



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

**LIDIANE TEREZA DOS SANTOS E SANTOS**

**O CONTROLE SOCIAL NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E  
PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS**

Salvador-BA  
2014

**LIDIANE TEREZA DOS SANTOS E SANTOS**

**O CONTROLE SOCIAL NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E  
PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

**Orientadora:** Profa. Dra. Rosana Aquino

Salvador-BA  
2014

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S237c Santos, Lidiane Tereza dos Santos e.

O controle social nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos / Lidiane Tereza dos Santos e Santos.-- Salvador: L.T.S. Santos, 2014.

82 f.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Aquino.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva.  
Universidade Federal da Bahia.

1. Participação Social. 2. Promoção da Saúde. 3. Conselhos de Saúde. I. Título.

CDU 614.2

---



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

## LIDIANE TEREZA DOS SANTOS E SANTOS

### O Controle social nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 07 de outubro de 2014

Banca Examinadora:

*Rosana Aquino Guimarães Pereira*

Prof<sup>ª</sup> Rosana Aquino Guimarães Pereira - Orientadora - ISC/UFBA

*Maria Guadalupe Medina*

Prof<sup>ª</sup>. Maria Guadalupe Medina - ISC/UFBA

*Carmen Fontes Teixeira*

Prof<sup>ª</sup>. Carmen Fontes de Souza Teixeira – IHAC/UFBA

*Joana Angélica Oliveira Molesini*

Prof<sup>ª</sup>. Joana Angélica Oliveira Molesini - Faculdade de Enfermagem/UCSAL

Salvador  
2014

Aos meus pais com eterna gratidão e carinho!

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, minha fortaleza e meu guia, sem ele nada seria possível.

Aos meus pais, fonte inesgotável de amor, dedicação e incentivo.

A minha irmã e melhor amiga, pelo apoio e compreensão.

A minha orientadora Rosana Aquino, um exemplo de professora, com quem compartilhei

momentos de crescimento e aprendizagem imensuráveis,

que extrapolam as orientações deste trabalho.

Aos professores, verdadeiros faróis do aprendizado, que me

impulsionavam a sempre ir mais além.

Aos colegas e professores do GRAB, com quem dividi momentos inesquecíveis.

Aos colegas do mestrado, com os quais, compartilhei muitas vezes as angústias e alegrias.

A Valéria, pela compreensão e palavras de apoio e força para sempre seguir em frente.

Aos amigos pela compreensão da ausência.

Enfim, a todos que colaboraram de alguma forma para que eu conseguisse

superar mais essa jornada.

## RESUMO

Os conselhos de saúde representaram uma grande inovação, principalmente a partir da criação do Sistema Único de Saúde, tornando legítima a participação da sociedade nas decisões políticas do setor saúde. Como canais institucionalizados de participação, marcaram uma reconfiguração das relações entre Estado e sociedade e instituíram uma nova modalidade de controle público sobre a ação governamental, podendo ser um dos caminhos para a mudança do modelo assistencial que tenha como prioridade as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva de caráter exploratório, cujo objetivo geral foi descrever as proposições do Conselho Estadual de Saúde relacionadas às ações de prevenção de agravos e promoção da saúde no período de 2007 a 2010. Para tanto, foi realizada uma análise dos documentos produzidos pelo Conselho Estadual de Saúde, a fim de analisar as ações e demandas do Conselho no período estudado. Para estabelecer uma relação entre os objetivos do estudo com os achados da análise documental, adotou-se como referencial a teoria dos Múltiplos Fluxos elaborada por Kingdon (2011). Baseando-se na fundamentação teórica, foi construído o modelo teórico que orientou a análise dos documentos, composto de quatro dimensões: Estrutura e composição do Conselho, Fluxo dos Problemas, Fluxo das Alternativas e Fluxo Político. Durante o período estudado, observou-se que o Conselho Estadual de Saúde da Bahia, não possuía paridade entre os seus membros, havendo o mesmo número de representantes para todos os seguimentos do Conselho. Em relação à frequência, os representantes estatais e sociais apresentaram maior frequência às reuniões, em detrimento dos de mercado. Os representantes estatais não conselheiros foram os principais responsáveis por levar os assuntos às discussões no Conselho, sob a forma de apresentação, enquanto os representantes sociais foram os que mais discutiram os assuntos apresentados. Em relação às deliberações do Conselho, observou-se que as resoluções não abordavam diretamente nenhum assunto sobre promoção e prevenção. Observou-se um conselho pouco propositivo, desempenhando ações burocráticas e a predominância de temas referentes a ações assistenciais, em detrimento das de promoção e prevenção. Pode-se concluir que o Fluxo dos Problemas, o Fluxo das Soluções e Fluxo Político relacionados à promoção e prevenção não convergiram para a entrada desses temas na agenda decisória. Apesar de fazerem parte da agenda governamental, estando presentes nos planos estaduais de saúde e nas propostas da 8ª Conferência Estadual de Saúde, não são assuntos que atraem a atenção dos grupos de interesse nem do governo. Dessa forma, torna-se necessário o fortalecimento do papel do CES-BA na formulação de políticas e fomento a ações de promoção e prevenção para a mudança do modelo assistencial de saúde no estado.

**Palavras Chave:** Participação social, Promoção da Saúde, Conselhos de Saúde

## ABSTRACT

The health councils represented a great innovation specially from creation of the Sistema Único de Saúde (SUS) (Health Unique System) making legitimate the participation of society in the political decisions of the health sector. Like institutionalized channels of participation, they have marked a reconfiguration of relations between State and society, besides instituting a new modality of public control over government actions, being able to be one of the ways to change the care model which has as priority the actions of health promotion and prevention of damages. This was a qualitative and descriptive research of exploratory character whose general aim was to describe the proposals of the Conselho Estadual de Saúde – CES (Health State Council) related to actions of prevention of damages and health promotion from 2007 to 2010. To this end, an analysis of the documents produced by the Health State Council was carried out in order to analyze both actions and demands of the council of the studied period. To establish a link among aims of the study with the findings of documentary analysis, the *Theory of multiply streams*, elaborated by Kingdon (2011) was adopted as a reference. According to the theoretical basis, it was constructed the *Theoretical model* which guided the analysis of the documents, composed of four dimensions: structure and composition of council; flow of problems; flow of alternatives; and political flow. During the period studied, it was observed that the Health State Council of Bahia (Brazil) had no parity among its members, having the same number of representatives for all follow-ups of the council. Regards to frequency, state and social representatives presented higher attendance at meetings, in spite of market ones. The non-councilor state representatives were the main responsible for bringing matters to discussions in the council in the form of presentation, while social representatives were the ones who discussed the most the issues presented. Regards to the council's deliberations, it was observed that the resolutions did not directly address any subjects on promotion and prevention. A little positive council was observed, taking out bureaucratic actions, besides matters related to care actions, in spite of the ones of promotion and prevention, performing bureaucratic actions, besides topics related to care actions, in spite of the promotion and prevention actions. It can be concluded that the flow of solutions and political flow related to promotion and prevention did not converge to the entry of these topics into the decision-making agenda. Although they are part of the government agenda, being present in the health state plans and proposals of the 8th Health State Conference, they have not been issues that attract the attention of interest groups neither of government. In this way, it is necessary to strengthen the role of CES-BA in the formulation of policies in order to promoting prevent actions, for the change of the health care model in the State.

**Keywords:** Social participation. Health promotion. Health council



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição das entidades do CES-BA por tipo de representação e número de representantes - 2007 a 2010 .....	35
<b>Tabela 2</b> - Percentual de presenças nas reuniões do CES por tipo e entidade de representação e ano das reuniões. Bahia, 2007 a 2010 .....	37
<b>Tabela 3</b> - Distribuição das resoluções aprovadas no CES-BA por tema, Bahia, 2007-2010 .....	47

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

<b>Figura 1</b> - Modelo teórico .....	28
<b>Quadro 1</b> - Temas referentes à promoção e prevenção apresentados nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (2007 a 2010) .....	43

## LISTA DE SIGLAS

<b>CEREST</b>	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
<b>CES-BA</b>	Conselho Estadual de Saúde da Bahia
<b>CESAT</b>	Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
<b>CIB</b>	Comissão de Intergestores Bipartite
<b>CIST</b>	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CONFERES</b>	Conferência Estadual de Saúde
<b>DST/AIDS</b>	Doenças sexualmente transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência adquirida Humana
<b>FAN</b>	Fundo de Alimentação e Nutrição
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PES</b>	Plano Estadual de Saúde
<b>SESAB</b>	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
<b>3</b>	<b>MODELO TEÓRICO</b> .....	22
<b>3.1</b>	<b>Ciclo da política</b> .....	23
<b>3.2</b>	<b>Fluxo dos problemas</b> .....	24
<b>3.3</b>	<b>Fluxo das alternativas</b> .....	24
<b>3.4</b>	<b>Fluxo da política</b> .....	25
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	29
<b>4.1</b>	<b>Desenho de estudo</b> .....	29
<b>4.2</b>	<b>Objeto de estudo</b> .....	29
<b>4.3</b>	<b>Definição de conceitos e categorias</b> .....	29
<b>4.4</b>	<b>Temas abordados</b> .....	30
<b>4.5</b>	<b>Dinâmica das discussões</b> .....	30
<b>4.6</b>	<b>Deliberações</b> .....	31
<b>4.7</b>	<b>Fontes de informação e procedimentos de coleta dos dados</b> .....	31
<b>4.8</b>	<b>Processamento e análise dos dados</b> .....	32
<b>5</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	33
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	34
<b>6.1</b>	<b>Estrutura e organização</b> .....	34
<b>6.2</b>	<b>Dinâmica do conselho</b> .....	38
<b>6.3</b>	<b>Temas abordados</b> .....	41
<b>6.4</b>	<b>Dinâmica das discussões</b> .....	45
<b>6.5</b>	<b>Deliberações</b> .....	46
<b>6.6</b>	<b>Entrada na agenda</b> .....	47
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	50
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	55
	<b>Apêndice A</b> – Temas pautados no CES-BA por ator responsável pela apresentação – Bahia (2007-2010) .....	62
	<b>Apêndice B</b> – Temas discutidos no CES-BA relacionados à promoção e prevenção, por representação e ano - Bahia (2007-2010) .....	71
	<b>Apêndice C</b> – Comparativo entre as propostas de promoção e prevenção da 8ª CONFERES; referência nas atas do CES nas ações dos planos estaduais de saúde 2007/2010 e 2012/2015 .....	82
	<b>Apêndice D</b> – Resoluções aprovadas CES-BA, temas e ano de aprovação (2007-2010).....	86

## 1. INTRODUÇÃO

A participação social faz parte dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Este princípio permite que a população, através dos conselhos e conferências de saúde, participe da formulação de políticas de saúde, fiscalizando o cumprimento das normas, ações e serviços realizados (NORONHA et al., 2008). Os conselhos de saúde têm representado uma grande inovação, desde que se tornou legal a participação da sociedade nas decisões políticas do setor de saúde.

Apesar desses espaços serem o reflexo do desenvolvimento da democracia participativa na atualidade, não são criações recentes. Tem-se relatos de conselhos que ganharam grande notoriedade nos anos da década de 1920 na Alemanha e na de 1950 na antiga Iugoslávia, além de outros conselhos importantes, como a Comuna de Paris, os conselhos dos soviets russos, os conselhos operários de Turim e os atuais na democracia americana. No caso brasileiro, é sabido que, no período colonial, as câmaras municipais e as prefeituras eram geridas através de conselhos (GOHN, 2002).

Ainda no Brasil, em épocas mais recentes, os conselhos emergiram em meio a crises políticas e institucionais, indo de encontro ao regime tradicional, sobressaindo-se num período de intensas transformações política e social no país, com a retomada dos movimentos e mobilizações sociais, após um período de ditadura militar (GOHN, 2002). Pode-se afirmar que a implantação dos conselhos no país foi uma conquista dos movimentos populares e da sociedade civil organizada, que, influenciados pelos diversos momentos políticos que atravessaram a história do país, contribuíram para ampliação dos espaços de participação democrática em épocas de abertura política (SOARES DO BEM, 2006). Foi nos períodos de maior flexibilidade política e de mudanças no Estado que se observou um aumento na criação de associações de moradores, entidades religiosas, movimentos feministas, entidades filantrópicas e vários outros movimentos comunitários que passaram a exercer atividades e pressões de controle, com reivindicações específicas em diversos setores da sociedade (BRASIL, 2002).

No âmbito desta conjuntura de mudanças e de abertura política, o setor da saúde foi um dos mais influenciados pelos movimentos que requeriam reformas no Estado que estivessem calcadas nos pilares da descentralização e na participação como estratégia para a reorganização do sistema. Apesar de adquirirem maior expressão no final da década de 70, os movimentos sociais neste setor surgiram anteriormente àquela época, sob a forma de

movimentos comunitários e populares que buscavam melhores condições de vida e saúde (ESCOREL; MOREIRA, 2008; GERSCHMAN, 2004).

Dentre os diversos movimentos que atuaram no contexto de transição para a democracia, o Movimento sanitário se destacou como o maior responsável pela difusão do pensamento crítico da saúde e pela formulação de uma nova concepção de atenção à saúde, contrariando o modelo de atenção médico-assistencial privatista, com vistas a assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda a população em defesa da vida e da saúde, com acessos universal e equitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde. O crescimento do Movimento Sanitário resultou no projeto da Reforma Sanitária, uma reforma social responsável pela produção de mudanças na política de saúde, sustentada no conceito de saúde ampliada (GERSCHMAN, 2004).

As mudanças no setor saúde decorrentes do movimento da Reforma Sanitária resultaram em muitos avanços para a institucionalização da participação social na saúde. A própria inserção na Constituição de 1988, da participação da sociedade como fator obrigatório nas decisões das políticas de saúde e da inclusão da participação social como uma das diretrizes do SUS representaram importantes avanços para a garantia da representatividade da população nas decisões das ações de saúde (GERSCHMAN, 2004).

Os movimentos sociais influenciaram de sobremaneira para a ampliação do processo de participação, interferindo também no estabelecimento dos seus diversos conceitos de participação (SILVA, 2013). Assim, os atores<sup>1</sup> e sua interação na construção do protagonismo para a tomada de decisões impulsionaram a criação do conceito de participação social para a discussão do controle social na saúde.

Participação social pode ser concebida como “[...] a capacidade que tem os indivíduos de intervir na tomada de decisões em todos aqueles aspectos de sua vida cotidiana e que os afetam e os envolvem.” (VIANNA et al., 2009, p. 222). Assim, infere-se que o exercício da participação social pode ampliar as possibilidades de intervenção da sociedade na definição e execução das políticas de saúde, exercendo o que se denomina controle social na saúde.

A expressão “controle social” tanto é aplicada para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado. Na sociologia, a expressão “controle social” é geralmente utilizada para designar os mecanismos

---

<sup>1</sup> Para Matus (1997), os atores são forças sociais que controlam os centros de poder e constituem-se sujeitos de mudança situacional, a partir do poder que lhes são instituídos, poder este que advém das instituições ou forças sociais que estes atores controlam. Sendo as forças sociais definidas como acumulações de ideologias, crenças, valores, projetos futuros, peso político, peso econômico, liderança, organização, informação, controle de centros de poder e influência sobre outras forças sociais.

que estabelecem a ordem social, disciplinando a sociedade, submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Na Ciência Política e na Economia, o controle social é entendido como a intervenção realizada pelo Estado sobre a sociedade, através da implementação de políticas sociais, a fim de se evitar conflitos sociais (CORREIA, 2000).

Na área da saúde, a perspectiva de controle social difere das existentes em outras áreas do conhecimento, estando tal controle atrelado à luta pela participação no processo decisório e ao processo de democratização da sociedade brasileira e definido como o controle da sociedade sobre o Estado, através de mecanismos de participação como conselhos e conferências de saúde (CORREIA, 2000). O controle social na saúde é uma conquista da sociedade civil, devendo ser entendido como um instrumento de expressão da democracia (GERALDI et al., 2012).

Os mecanismos de controle social na saúde, os conselhos e as conferências de saúde, foram institucionalizados e regulamentados na década de 90, com o estabelecimento do SUS, através das leis n. 8.080/90 e 8.142/90. Os conselhos foram criados como órgãos colegiados, em caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços e usuários, com objetivo de atuarem na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas de saúde na instância correspondente. As conferências, por sua vez – mecanismos responsáveis pela promoção de intercâmbio de informações e ausculta da sociedade –, não possuem caráter deliberativo, devendo representar os anseios da população em relação ao direcionamento das ações de saúde (BRASIL, 1990). Através dos conselhos e das conferências, a sociedade pode interferir na dinâmica do Estado e nas decisões governamentais do setor de saúde, o que pode favorecer a mudança do modelo assistencial.

Os conselhos de saúde antecederam a criação do SUS, a exemplo do Conselho Nacional de Saúde que, fundado em 1937, funcionou até o início da década de 90 de forma irregular e inexpressiva como um órgão meramente consultivo, sem função nem regulamentação atuais; adquiriu sua regulamentação apenas em 1972, quando passou a funcionar como uma espécie de órgão consultivo de Câmaras Técnicas. Somente a partir da década de 90, assumiu suas funções atuais, na mesma época em que os conselhos municipais e estaduais começaram também a ser implantados e a adquirir espaço e legitimidade (LABRA, 2005).

Na sequência da publicação da lei n. 8.142/90, em que os conselhos de saúde foram criados como órgãos colegiados de controle social, leis complementares foram instituídas norteando o funcionamento e a organização dos mesmos quanto à paridade e atribuições em

cada instância de governo. A resolução n. 33 de 1992 definiu os conselhos de saúde como instâncias colegiadas de caráter permanente e de caráter deliberativo em cada esfera de governo, integrantes da estrutura básica da secretaria ou departamento de saúde dos estados e municípios. A referida lei recomendou as diretrizes para a constituição de conselhos estaduais e municipais. Em 2003, foi revogada pela resolução n. 333, de 2003 que, por sua vez, foi revogada pela resolução n. 453, de 2012. Esta última, redefiniu as diretrizes para instituição, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde (ESPERIDIÃO, 2014).

Dessa forma, os conselhos foram reconhecidos no país, como instâncias legais de controle social, havendo um aumento significativo em seu número, desde a instituição da lei n. 8.142/90, fazendo-se presentes na atualidade em todos os municípios do Brasil (ESCOREL; MOREIRA, 2008).

Os conselhos foram constituídos como espaços heterogêneos, compostos por diversos atores com interesses distintos para serem instâncias voltadas para a efetiva participação da sociedade civil organizada nos processos de negociação, proposição, deliberação e consenso. Assim, colocaram a possibilidade do exercício da democracia participativa, fazendo valer os direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, favorecendo a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e potencializadoras de processos participativos mais amplos e de interlocução com o Estado (BRAVO; MENEZES, 2013).

Alguns autores se debruçaram na definição dos conselhos de saúde e suas funções, como (GOHN, 2002, p. 29), ao declarar que:

Os conselhos são parte de um novo modo de gestão dos negócios públicos que foi reivindicado pelos movimentos sociais nos anos 1980. Eles fazem parte de um novo modelo de desenvolvimento que está sendo implementado em todo o mundo da gestão pública estatal, via parcerias com a sociedade civil organizada; eles representam a possibilidade da institucionalização da participação, via sua forma de expressão, a co-gestão; expressam a possibilidade de desenvolvimento de um espaço público que não se resume e não se confunde com o espaço governamental/estatal; abrem a possibilidade de a sociedade civil intervir na gestão pública via parcerias com o Estado, que objetivem a formulação e o controle de políticas sociais.

Como canais institucionalizados de participação, os conselhos marcaram uma reconfiguração das relações entre Estado e sociedade e instituíram uma nova modalidade de controle público sobre a ação governamental, idealmente de co-responsabilização quanto ao desenho, ao monitoramento e à avaliação de políticas (CARNEIRO, 2006), sinalizando a possibilidade de representação de interesses coletivos na cena política e na definição da



agenda pública, apresentando um caráter híbrido, uma vez que são, ao mesmo tempo, parte do Estado e da sociedade.

Os conselhos distinguem-se de movimentos e de manifestações estritas da sociedade civil, uma vez que sua estrutura é legalmente definida e institucionalizada, e sua razão de ser reside na ação conjunta com o aparato estatal na elaboração e gestão de políticas sociais; constituem mecanismos de argumentação sobre valores, normas e procedimentos, de formação de consensos, de transformação de preferências e de construção de identidades sociais; têm poder de agenda e podem interferir, de forma significativa, nas ações e metas dos governos e em seus sistemas administrativos. São espaços de formação das vontades e da opinião que possibilitam a inserção na agenda governamental, as demandas e os temas de interesse público para que sejam absorvidos, articulados politicamente e implementados sob a forma de políticas públicas (CARNEIRO, 2006).

Os conselhos de saúde podem ser entendidos como um espaço deliberativo da máquina político-institucional do SUS, sendo instrumentos privilegiados de efetivação dos direitos dos cidadãos, desprezando as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público (MARTINS et al., 2008). Essas instâncias impulsionam a constituição de esferas públicas democráticas, transformando-se também em potenciais formadores de sujeitos capazes de interferir em processos participativos mais amplos de interlocução com o Estado (KRUGER, 2000).

Apesar de representar um tema importante na discussão sobre a efetivação do SUS, pode-se perceber, na revisão da literatura, matéria acerca dos conselhos que, apesar de possuírem um número considerável de publicações, observa-se que poucos se debruçaram sobre a análise da efetividade dos conselhos de saúde, sendo encontrado um considerável número de estudos que trazem a definição destes mecanismos de controle social e pesquisas relacionadas à descrição de experiências isoladas de práticas de controle social nos conselhos de saúde (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009; STRALEN et al., 2006; VIEIRA; CALVO 2011).

Outra parcela das pesquisas desenvolvidas sobre os conselhos de saúde e controle social teve como objetivo caracterizar a organização e funcionamento dos conselhos e demonstrar algumas alterações em seus dispositivos legais, como inconsistências quanto às normas locais e nacionais em relação ao caráter deliberativo, a paridade dos usuários, o regimento interno, o gestor como presidente nato e a não-garantia de estruturas física, administrativa e financeira (SILVA et al., 2012; ZAMBOM; OGATA, 2011).

Em relação à representatividade e participação, alguns abordaram a descrição da composição dos conselhos, como nos estudos realizados por Santos, Vargas e Lucas (2011) e

Pereira Neto (2012). Tais estudos apontaram baixa representatividade de usuários nos espaços dos conselhos de saúde, em detrimento de trabalhadores e gestores, bem como o fato de que a participação do segmento dos usuários era menor em relação ao total dos segmentos representativos dos conselhos.

Os avanços e desafios enfrentados pelos conselhos de saúde também foram temas frequentes de pesquisas (BRAVO; CORREIA, 2012; COSTA; NORONHA, 2003; CRUZ et al., 2012; VIANNA et al., 2009), evidenciando a presença de conselhos de saúde em todos os estados da Federação e na maioria dos municípios brasileiros. Isso demonstrou o desenvolvimento de instâncias participativas em todo o país. Essas mesmas pesquisas analisaram as dificuldades enfrentadas nos conselhos de saúde como a necessidade de promoção do protagonismo da representação dos usuários e os movimentos sociais que exerceram pouca influência no poder de decisão nos espaços de controle social e o fortalecimento do poder do conselho com a necessidade de aquisição de maior autonomia por parte das instâncias participativas e a transformação dos sujeitos para atuarem como promotores de mudanças na política de organização dos serviços de saúde. Ao analisar o papel dos conselheiros de saúde, o estudo desenvolvido por Rocha (2013) abordou as ações relacionadas à área de fiscalização e ao acompanhamento dos recursos financeiros do SUS.

Na literatura visitada, encontram-se ainda estudos relacionados à discussão da legitimidade democrática desses espaços, considerando os conselhos como os mecanismos mais importantes de participação existentes no Brasil (COELHO, 2007). Ações exitosas de incentivo à participação e à inclusão de novos atores em instâncias de controle social foram bastante discutidas em pesquisas como as desenvolvidas por Santos et al. (2011), Arantes et al. (2007), Côrtes (2002) e Cotta et al. (2011). Outros estudos, como os realizados por Landerdhal et al., (2010), ao analisarem as práticas de conselhos de saúde, revelaram atividades burocratizadas, com a predominância de aprovações de programas ou projetos predominantemente ligados à prestação de serviços assistenciais sem que houvesse a proposição de políticas de saúde por esses órgãos, evidenciando que o funcionamento regular dos conselhos não garante o efetivo controle social.

Pode-se perceber que existe uma considerável produção científica sobre o tema. Entretanto, os estudos, na sua maioria, descrevem os aspectos burocráticos e organizacionais dos conselhos de saúde, necessitando de mais estudos que enfoquem a análise destas instâncias como espaços para a discussão sobre a mudança do modelo assistencial hegemônico para um modelo que contemple as necessidades de saúde da população.

Considerando o papel dos mecanismos de controle social na formulação de políticas, não há dúvidas de que os conselhos sejam importantes veículos para a discussão de uma nova concepção de saúde e de suas práticas, concepção esta, que considere a determinação social das doenças e que extrapole as dimensões biológica e ecológica para a explicação do fenômeno saúde-doença na coletividade. São potenciais espaços para a proposição de mudanças do modelo assistencial vigente para a construção de um novo modelo que contemple ações de prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde.

A promoção da saúde, como diretriz para a mudança das condições de vida e saúde da população, já vem sendo discutida desde a década de 70. Essas discussões incorporaram-se aos conceitos de promoção da saúde que vinham sendo discutidos mundialmente ao longo das últimas décadas, principalmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental, inclusive com a elaboração de documentos importantes que definiram as diretrizes dessas propostas, a exemplo do Informe Lalonde, de 1974 e da Carta de Ottawa, de 1986 (BUSS, 2009).

O conceito tradicional da promoção da saúde surge com o modelo da história natural da doença elaborado por Leavell e Clark em 1976, fazendo parte dos elementos de um dos três níveis de prevenção desse modelo. A partir daí o conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado, podendo ser definido como um espectro de ações destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (BUSS,2009).

A promoção da saúde contempla estratégias técnicas e políticas que extrapolam o setor de saúde e requerem o desenvolvimento de um trabalho intersetorial, uma vez que não considera uma determinada doença ou agravo, mas o complexo processo saúde-doença e seus determinantes. Assim, não está sob a responsabilidade dos técnicos em saúde a resolução dos problemas e necessidades de saúde, necessitando-se da articulação de saberes técnicos e populares e da mobilização de recursos institucionais e comunitários para o seu enfrentamento (CZERESNIA, 2009).

Nessa perspectiva, a promoção da saúde diferencia-se das ações de prevenção, uma vez que esta última é conceituada como intervenções direcionadas para evitar o surgimento de doenças, de forma a reduzir os índices de incidência e prevalência nas populações; está direcionada ao controle da transmissão de doenças infecciosas e à redução do risco de agravos específicos (CZERESNIA, 2009). Já a promoção significa atuar na causa das causas, no sentido de fomentar e fortalecer a capacidade individual e coletiva para lidar com fatores que vão além das doenças (ESPERIDIÃO, 2014).

O desenvolvimento de ações de promoção da saúde requer que a saúde seja colocada no cerne da agenda de políticas públicas, resultando em transformações nas intervenções do Estado, a fim de propor a implementação de ações consideradas saudáveis, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS). A participação social na formulação de ações de promoção da saúde também é um dos pilares para a sua efetivação, estando presente nas recomendações dos principais documentos relacionados à promoção da saúde a exemplo do Informe Lalonde. (PORTO; PIVETTA, 2009).

Apesar das discussões acerca da promoção da saúde ser alvo de discussão já há algumas décadas, no Brasil, a discussão da promoção da saúde tem início com a Reforma Sanitária, sendo abordada em diversas instâncias de participação, como na 8ª, 10ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde.

A Política de Promoção da Saúde brasileira definiu como práticas para a promoção da saúde atividades que promovam a qualidade de vida, reduza vulnerabilidades e riscos à saúde, além de ações relacionadas aos determinantes de saúde como os modos de viver, as condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006). Para exemplificar tais atividades Carvalho et al (2008), apontaram como práticas de promoção as ações voltadas para o incentivo de hábitos alimentares saudáveis e atividade física, cessação e prevenção do tabagismo, redução da morbimortalidade devida ao abuso de álcool e outras drogas, prevenção de acidentes de trânsito e promoção do desenvolvimento sustentável e de uma “cultura de paz”.

Na literatura visitada sobre a promoção da saúde, observa-se uma vasta produção em relação ao tema, a maioria relacionada a práticas educativas e relato de experiências exitosas com a formação de grupos (MORETTI et al., 2009; RUMEL et al., 2005; SANTOS et al., 2006). A análise do conceito de promoção também é bastante discutida, entendendo a promoção da saúde como uma proposta de mudança nas ações de saúde, de forma a garantir a integralidade na assistência (LOPES et al, 2010). Uma considerável parcela das produções em relação à promoção da saúde incluem a percepção dos profissionais e usuários acerca das ações de promoção (RODRIGUES;RIBEIRO, 2012; ALVES e cols., 2012). Algumas publicações abordam noções e conceitos que fundamentam a proposta de elaboração de Políticas Públicas Saudáveis (TEIXEIRA, 2004), e a mudança de modelo assistencial com a proposta da promoção da saúde (COSTA, 2013; FAVORETO;CAMARGO, 2002).

Quando se associa promoção da saúde e controle social, observa-se poucas publicações relacionadas (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007; FERREIRA NETO et al., 2009; Bydowski et al., 2004), que abordam a necessidade de empoderamento da comunidade

e participação efetiva na proposição de políticas públicas a fim de modificar o modelo de atenção vigente. Desta forma, torna-se relevante o desenvolvimento do presente estudo a fim de contribuir com a produção científica da área, numa nova perspectiva que auxilie a reflexão sobre a atuação do controle social no fomento de ações de promoção da saúde.

Assim, pode-se perceber que a discussão em torno do conceito e das práticas de promoção da saúde com a inclusão do controle social vem sendo alvo de amplas discussões há algumas décadas. No entanto, requer maior aprofundamento na discussão da associação dos dois temas.

Apesar do esforço que tem sido feito para a inclusão do conceito de promoção nas bases legais do SUS desde a época da sua criação, a difusão de propostas no país é relativamente recente, destacando-se o Pacto pela vida, a criação da Comissão Nacional dos Determinantes de Saúde e a própria Política Nacional de Promoção da Saúde, apenas no ano de 2006.

O estado da Bahia segue a mesma trajetória do país, apesar de possuir o mais antigo conselho estadual do Brasil nos moldes paritário e deliberativo, o marco da promoção da saúde situa-se na VII Conferência Estadual de Saúde, realizada em 2007 e no Plano Estadual de Saúde (PES) 2007-2010, em que se evidenciou o compromisso governamental de se estabelecer políticas com a dimensão conceitual ampliada de saúde, incorporada à noção de qualidade de vida.

Considerando-se os avanços e as dificuldades presentes na plena efetivação do controle social voltado para o fomento de mudança do modelo assistencial, o presente estudo pretende analisar as propostas pautadas neste Conselho, que envolvam as práticas de prevenção de agravos e promoção da saúde e respondendo à seguinte questão: O Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA) tem atuado na formulação de propostas de promoção da saúde e prevenção de agravos?

## 2. OBJETIVOS

### GERAL:

- Descrever as proposições do Conselho Estadual de Saúde da Bahia relacionadas às ações de Prevenção de Agravos e Promoção da Saúde no período de 2007 a 2010.

### ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o Conselho Estadual de Saúde da Bahia e descrever seu funcionamento no período estudado;
- Descrever as propostas relacionadas à promoção da saúde elaboradas pelos conselheiros estaduais por tipo de representação e natureza de intervenção;
- Identificar as proposições do conselho Estadual de Saúde relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças que se tornaram resoluções.

### 3. MODELO TEÓRICO

A legislação acerca dos conselhos de saúde determina que estes foram criados como instâncias deliberativas e propositivas para atuarem na formulação de políticas do setor saúde. A composição e a organização dos conselhos legalmente instituídos constituem-se em importantes fatores de alargamento do espaço deliberativo e incorporam à cena decisória atores pertencentes a segmentos sociais de inúmeras origens ideológicas e políticas.

Para o melhor entendimento da dinâmica dos conselhos na sua função como formulador de políticas e de espaços de deliberação, faz-se necessário compreender os conceitos de políticas públicas, discutir teorias e métodos de análise de políticas públicas, bem como a interferência e a contribuição dos atores pertencentes a esses espaços.

Política refere-se ao conjunto de atividades relacionadas à cidade e ao cidadão. Por muito tempo foi utilizada para determinar tudo que tivesse correlação com o Estado (BOBBIO, 1995).

As decisões que envolvem questões públicas de ampla abrangência, visando a interesses de um coletivo, podem ser definidas como “políticas públicas”. São concebidas como respostas dos governos a demandas, problemas e conflitos que, provenientes de um grupo, tornam-se o resultado de negociações entre os diversos interesses a fim de se manter uma ordem (BAPTISTA; MATTOS, 2011). Apesar de ser de responsabilidade das autoridades legais, o compartilhamento na formulação de tais políticas vem aumentando através de mecanismos de participação no processo decisório.

As políticas públicas influenciam e são influenciadas por valores e ideias que orientam a relação entre o estado e a sociedade, sendo extremamente complexas (CASTRO; GONTIJO; AMABILE, 2012); são o resultado de um demorado e intrincado processo que envolve interesses divergentes, confrontos e negociações entre várias instâncias e atores.

Semelhantemente às outras políticas públicas, as políticas de saúde são definidas como ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e de seus determinantes sociais, ambientais e culturais, bem como com relação à produção, à distribuição e à regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIM, 2002). Tais políticas fazem parte de uma complexa relação entre o Estado e a sociedade civil, sofrendo interferências dos diversos grupos de interesse presentes na arena política. O setor de saúde apresenta como diferencial a presença das instâncias

colegiadas do SUS que, enquanto espaço de embates, de escolhas políticas e técnicas, assumem elevado grau de importância na determinação dos rumos dessas políticas.

A teoria do Ciclo da Política auxilia a compreensão dos processos de formulação de políticas públicas, sendo a que melhor se adequa ao alcance dos objetivos deste estudo.

### **3.1 Ciclo da política**

O estudo das políticas públicas considera algumas etapas divididas de forma didática, que nem sempre traduzem a realidade, mas que permitem a visualização do todo, desde a inclusão da política pública na agenda governamental até a avaliação de efetividade. O conjunto dessas fases é denominado “ciclo da política”.

Kingdon (2011) identifica as seguintes fases do ciclo da política:

- a) entrada na agenda;
- b) formulação da política;
- c) tomada de decisão;
- d) implementação da política; e
- e) avaliação da política.

O presente estudo privilegiou a etapa inicial que corresponde ao processo de formação da agenda. Para tanto, foi utilizada a teoria elaborada por Kingdon (2011). Para este autor, agenda não é utilizada como referência a uma pauta de reunião, nem ao tipo de plano que um organizador deseja que os participantes adotem ou a um conjunto coerente de propostas referidas por um grupo de pessoas. Concebe-se o conceito de “agenda” como uma lista de assuntos ou problemas que são alvo da atenção de atores governamentais e não-governamentais, mas que estejam relacionados a autoridades.

Kingdon (2011) subdivide a agenda em três categorias: i) agenda de governo; ii) agenda não-governamental; e iii) agenda de decisões. A “agenda de governo” é definida como uma lista de problemas que merece atenção do governo e de seus assessores. A “agenda não-governamental” refere-se a assuntos que não possuem a atenção do governo. A “agenda de decisões” está relacionada à lista dos assuntos que são encaminhados para deliberação.

A partir dessas definições, o autor questiona por que determinados assuntos entram na agenda de decisões, enquanto outros são retirados ou tratados com menor importância. Essa questão também é importante neste estudo, pois, busca-se entender por que alguns temas são considerados nas deliberações do CES e outros não.



Na tentativa de responder a tal questão, Kingdon (2011) apresenta o modelo de *Multiple streams* ou de Múltiplos fluxos. Esse modelo considera que as agendas são formuladas e alteradas a partir do desenvolvimento de três fluxos: i) fluxo dos problemas; ii) fluxo das alternativas; e iii) fluxo político. A convergência desses três fluxos, num dado momento, vai influenciar a mudança da agenda, resultando na consideração de alguns temas em detrimento de outros.

### **3.2 Fluxo dos problemas**

O reconhecimento de problemas é de suma importância para que este se estabeleça numa agenda. A atenção do governo para os problemas depende de como as diversas situações do cotidiano se apresentam e de como são interpretadas, podendo se transformar em problemas ou não. O autor diferencia condições de problemas, ao afirmar que as condições passam a ser definidas como “problemas” quando se percebe a necessidade de se fazer algo acerca delas. Essa percepção está baseada na análise de alguns mecanismos como os indicadores, eventos, símbolos e crises que atuam no sentido de reforçar a percepção de um problema (KINGDON, 2011).

### **3.3 Fluxo das alternativas**

As questões reconhecidas como problemas pelos formuladores de políticas não farão necessariamente parte da agenda governamental. Para que os problemas ascendam à agenda, precisam possuir soluções estabelecidas. Portanto, os problemas, apesar de importantes, podem não fazer parte da agenda por não apresentarem soluções viáveis.

Kingdon (2011) compara o surgimento de ideias com o processo de seleção biológica natural, estando todas imersas num “caldo” em que algumas sobrevivem e outras são descartadas. Nesse modelo, as ideias podem surgir de qualquer lugar e não são propostas de acordo com os problemas. As ideias que sobrevivem são aquelas que melhor se adaptam aos problemas selecionados, que possuem maiores viabilidades técnica e política. Essas ideias, ao se mostrarem viáveis, são amplamente difundidas e, por meio da persuasão, são aceitas pela maioria dos atores participantes do processo decisório.

### 3.4 Fluxo da política

Neste fluxo, os participantes percebem mudanças na atmosfera política, e grupos de interesse pressionam o governo com suas demandas. A mudança da atmosfera política cria incentivos para a promoção de algumas mudanças, podendo também desestimular algumas questões. Como o fluxo político é composto pelas forças políticas organizadas que podem ser de apoio ou de oposição em momentos diferentes, o “clima” da arena política determina se o ambiente é propício ou não à colocação de propostas que dependem das posições estratégicas dos grupos dentro da estrutura governamental e das mudanças de composição de atores do governo. A negociação, a troca e a formação de alianças fazem parte da dinâmica deste fluxo (KINGDON, 2011).

Os três fluxos mencionados em algum momento convergem, gerando uma oportunidade para que questões ascendam à *agenda*. Esse momento é denominado de *policy windows*. Nessa oportunidade, os defensores de algumas questões aproveitam para oferecer suas propostas e soluções.

O momento da abertura dessas janelas pode ser previsível quando na mudança de governo, por exemplo, ou imprevisível. As janelas não ficam abertas por muito tempo, sendo que, quando uma se abre, problemas e propostas são imediatamente trazidos à tona, havendo um excesso. Neste momento, alguns problemas podem ser resolvidos, e propostas podem ser postas em prática, enquanto outras não são consideradas, por falta de mobilização e recursos para a implementação.

Pelo fato de os recursos serem escassos, assim como o tempo de abertura das *policy windows*, os empreendedores (*entrepreneurs*) – pessoas dispostas a investir recursos para promover políticas que possam lhes favorecer – são peças-chave para o processo de tomada de decisão, pois desempenham a função de unir soluções a problemas, problemas a forças políticas, forças políticas a propostas. Os empreendedores são encontrados em diversos locais, podendo ser partidos políticos, funcionários públicos, lobistas, acadêmicos ou jornalistas.

Pode-se perceber, nos diferentes fluxos do modelo de Kingdon, que os atores são determinantes para que ocorra algum tipo de mudança na agenda. Considera-se que esses fazem a história e que nenhuma política prescinde da participação de sujeitos inseridos de formas distintas no debate político, sendo fundamental para a composição de uma agenda.

Os atores podem ser divididos em visíveis ou invisíveis. O grupo de atores visíveis recebe atenção da imprensa e do público. Os governantes e seus assessores, partidos políticos

e comitês de campanha estão inclusos nesse grupo e são responsáveis por definir a agenda. Logo, as propostas advindas desse grupo possuem maior facilidade de entrar na agenda.

O grupo de atores invisíveis é formado por acadêmicos, pesquisadores, consultores, burocratas de carreira, funcionários do congresso e analistas que trabalham para o grupo de interesses; dedicam-se ao planejamento e avaliação ou a formulações orçamentárias. Esse grupo está mais voltado ao encontro de soluções para os problemas, possuindo menores chances de colocação de propostas na agenda.

Para Correia (2005), os interesses dos atores presentes em espaços colegiados, como os conselhos, estão de acordo com o seguimento ou a entidade que representam, e esses interagem na defesa dos seus interesses, podendo emergir contradições e disputas nesses espaços, gerando uma relação de forças que irão influenciar nas deliberações dos conselhos, interferindo diretamente na gestão da saúde pública, nas diferentes instâncias de governo. Nesse sentido, a definição dos assuntos abordados, dos problemas a serem solucionados, bem como das deliberações de espaços como os conselhos de saúde estão de acordo com os interesses dos atores internos e externos a esses ambientes. A decisão final não ocorre a partir unicamente da deliberação do conselho. A decisão e a implementação de uma política são o resultado do embate de várias forças. Atores diversos buscam fazer valer suas intenções com articulação e mecanismos de pressão em diferentes arenas como a mídia, ou até mesmo manipulando o imaginário popular. Nesse cenário, os conselhos necessitam de postura firme e coesa para o ganho de respeito e espaço na arena deliberativa.

As instâncias colegiadas do SUS, por não se constituírem como espaços neutros nem homogêneos, convivem com o embate de propostas divergentes entre as classes representadas. A correlação de forças entre os conselheiros, resultante da correlação de forças existentes no conjunto da sociedade civil com o governo, determinará as propostas preponderantes. Utilizando o referencial de Kingdon (2011), foi elaborado um modelo teórico para a análise das propostas do CES-BA, partindo-se do modelo dos *múltiplos fluxos*.

Para tanto, partiu-se do pressuposto de que as ações do conselho são determinadas ou condicionadas pela sua organização e método de funcionamento. Assim, o CES-BA foi inicialmente analisado de acordo com a sua organização e composição.

No que se refere à organização foi realizada uma análise comparativa do regimento interno do período estudado com a dinâmica estabelecida no Conselho evidenciada nos registros das atas de reunião.

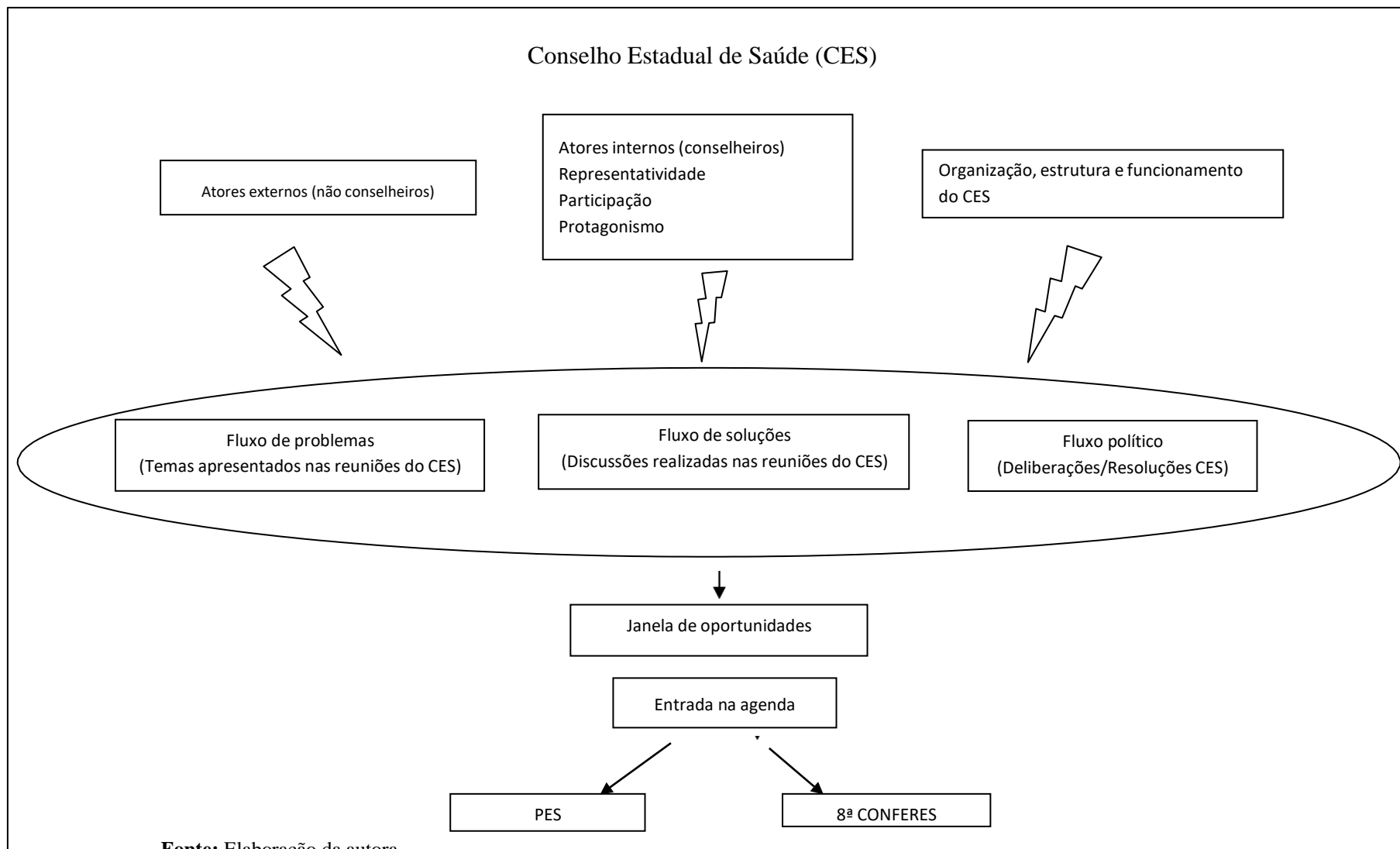
Em relação à composição, foram consideradas as seguintes categorias: atores internos (conselheiros) e atores não-conselheiros. Os atores internos foram classificados de acordo

com as suas representações (estatal, de mercado e social). Os atores não-conselheiros foram classificados como externos ou estatais não-conselheiros, sendo que os primeiros compuseram o grupo de atores que participaram das reuniões do Conselho, mas não fizeram parte da sua composição oficial e que não estão ligados nem ao quadro de dirigentes nem de trabalhadores do governo do estado. Já os segundos, foram os atores ligados diretamente ao quadro de dirigentes ou trabalhadores do governo do estado. Foram ainda analisadas na composição o protagonismo dos conselheiros e não-conselheiros para identificação do nível de influência desses atores na dinâmica das discussões durante as reuniões.

De acordo com a teoria proposta por Kingdon (2011), os atores podem influenciar positiva ou negativamente na colocação de propostas na agenda. A fim de analisar como as propostas advindas do CES-BA entram ou não na agenda de governo, foram utilizadas as categorias dos fluxos de problemas para análise dos temas apresentados nas reuniões. As discussões realizadas nas reuniões provenientes dos temas abordados foram consideradas nos fluxos de soluções. As deliberações dos conselheiros presentes nas resoluções foram inseridas no fluxo político.

Foram consideradas como agenda de governo as propostas da VIII Conferência Estadual de Saúde, bem como as ações dos Planos Estaduais de Saúde 2007-2010 e 2012-2015.

Figura 1 - Modelo teórico



## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho de estudo**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva de caráter exploratório. Nessa abordagem optou-se por uma pesquisa documental que consistiu num conjunto de operações intelectuais e teve como objetivo descrever e representar os documentos de maneira unificada e sistemática, somando-se às anotações e aos comentários pessoais elaborados no momento do exame detalhado do material (MOREIRA, 2005).

### **4.2 Objeto de estudo**

O objeto de estudo do trabalho consistiu no Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA), no período de 2007 a 2010. O período escolhido também correspondeu ao quadriênio posterior e à publicação da política de promoção da saúde no país.

### **4.3 Definição de conceitos e categorias**

Na primeira dimensão estão inclusas a estrutura e a organização do CES-BA e a sua composição por representação.

Para classificar as representações dos conselheiros e não-conselheiros, tomou-se como base a definição proposta por Côrtes (2009), a qual considera os termos “usuários”, “gestores” e “trabalhadores” inadequados para a compreensão da dinâmica e das relações de poder entre Estado e sociedade, quando se trata de processos participativos. Essa autora adota as nomenclaturas “atores estatais” para designar os atores que representam interesses de órgãos públicos ou de governo; “atores sociais”, para os representantes de interesses de coletividade ou particulares; e “atores de mercado”, para os representantes relacionados à noção de economia e mercado.

A segunda dimensão refere-se à dinâmica do CES-BA, buscando identificar, através das intervenções dos participantes das reuniões, o seu protagonismo e formas de participação nas 52 reuniões do período. Nessa dimensão, estão inclusos os temas abordados relacionados à promoção da saúde, à prevenção de agravos, à dinâmica das discussões nas reuniões e as deliberações apresentadas pelo Conselho através das resoluções.

#### 4.4 Temas abordados

Relaciona-se aos temas pautados nas reuniões do CES-BA que se referem a ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Foram classificados em nove categorias descritas a seguir, baseando-se na tipologia elaborada por Côrtes (2009):

- a) plano de governo – questões relacionadas a políticas de saúde, discussões sobre modelos de atenção, propostas, avaliações de políticas e programas de saúde;
- b) análise de situação e ações de controle de doenças infecciosas – questões relacionadas à análise e monitoramento de ações e programas voltados à prevenção de doenças infecciosas como campanhas de vacinação;
- c) análise de situação e ações de controle de doenças crônicas – questões relacionadas à análise e monitoramento de ações e programas voltados à prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis;
- d) comitês e conferências – referem-se às ações de promoção e prevenção desenvolvidas em conferências e comitês;
- e) saúde do trabalhador – ações de promoção e prevenção relacionadas à saúde do trabalhador;
- f) alimentação e nutrição – questões relacionadas a ações e políticas de promoção da alimentação e nutrição;
- g) ações preventivas para eventos – ações pontuais para prevenção de doenças e agravos em eventos;
- h) saúde da mulher – questões relacionadas à ações e políticas de promoção e prevenção voltadas à saúde da mulher;
- i) prevenção de acidentes e violências – questões relacionadas às ações preventivas para acidentes e violências.

#### 4.5 Dinâmica das discussões

Este tópico refere-se às discussões e intervenções realizadas durante as reuniões do CES-BA registradas em ata e ao protagonismo dos atores nessas discussões.

As intervenções dos atores foram baseadas na tipologia elaborada por Côrtes (2009), aparecendo expostas na sequência abaixo:

- a) comentários – críticas ou opiniões sobre algum assunto;

- b) proposições ou sugestões – exposição de propostas de encaminhamento para o objeto da discussão;
- c) esclarecimentos – oferecimento de respostas aos questionamentos;
- d) questionamentos – solicitações de esclarecimentos ou informações sobre determinado tema.

#### **4.6 Deliberações**

Refere-se aqui às deliberações e desfechos dos temas discutidos nas reuniões através de resoluções que foram organizadas de acordo com a seguinte tipologia: Monitoramento e avaliação; Comitês e comissões; Alimentação e nutrição; Capacitação de conselheiros; Doenças crônicas; Doenças infecciosas; Educação permanente; Investimento em recursos humanos; Plano de governo; Saúde ambiental; Saúde do trabalhador; Aprovação de projetos; Aprovação de tabela de pagamento; Desabilitação de municípios; Controle social; e Implantação de serviços e eventos.

A terceira dimensão refere-se à entrada na agenda, estando relacionada aos temas discutidos que fizeram parte das proposições da VIII Conferência Estadual de Saúde (CONFERES) ou que estiveram presentes nos planos estaduais de saúde de 2007-2010 ou 2012-2015.

Para essa dimensão, os temas seguiram a seguinte tipologia: Saúde ambiental programas; Políticas e projetos de educação em saúde e ações socioeducativas; Saúde do trabalhador; Implementação das ações de vigilância epidemiológica de doenças e agravos à saúde; Incentivo financeiro para ações de promoção e prevenção.

#### **4.7 Fontes de informação e procedimentos de coleta dos dados**

A análise documental neste estudo constou do exame das 52 atas de reuniões, pautas e resoluções do CES-BA do período de 2007 a 2010, sendo 13 atas, 13 pautas e 16 resoluções referentes ao ano de 2007; 15 atas, 15 pautas de reunião e 16 resoluções referentes ao ano de 2008; 12 atas, 12 pautas e 17 resoluções referentes ao ano de 2009; 12 atas, 12 pautas e 15 resoluções referentes ao ano de 2010. Foram também analisados o relatório final da VIII Conferência Estadual de Saúde e dos Planos Estaduais de Saúde, de 2007-2010 e 2012-2015.



#### **4.8 Processamento e análise dos dados**

A etapa de análise dos dados da pesquisa iniciou-se com a organização da documentação seguida da análise do conteúdo. Dessa forma, os documentos obtidos foram catalogados de acordo com a natureza (regimento, pautas, resoluções e atas) e a ordem cronológica dos documentos. Após essa etapa, os documentos foram analisados considerando-se as dimensões, subdimensões e os objetivos do estudo.

Na leitura das atas, foram consideradas todas as intervenções pautadas em reunião que faziam referência a ações de promoção da saúde e a prevenção de doenças, observando-se o tipo de intervenção e o autor da mesma. Analisou-se ainda que ator iniciaria o assunto e os atores que seguiriam nas discussões.

No que se refere às resoluções, foram analisadas todas as publicadas no período, independentemente de possuírem ou não relação com o tema de promoção de prevenção.

Ao analisar o relatório final da VIII CONFERES, foram selecionadas apenas as propostas de promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como também foram selecionadas as ações estratégicas dos planos estaduais de saúde 2007-2010 e 2012-2015 que faziam menção a estes temas.

## **5. ASPECTOS ÉTICOS**

O presente projeto encontra-se de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia e aprovado sob o parecer n. 630.411, de fevereiro de 2014.

Os dados dos sujeitos estudados presentes nos documentos analisados foram preservados, de modo a assegurar a privacidade dos sujeitos, a fim de se garantir a realização da pesquisa em consonância com os princípios éticos e legais exigidos para a realização de pesquisas dessa natureza.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Estrutura e organização

O CES-BA foi o pioneiro no Brasil em atuar de forma paritária e deliberativa instaurado formalmente, como auxiliar na gestão (MOLESINI, 2011). O Conselho tomou assento juridicamente com a lei n. 6.074, de 22 de maio de 1991, e foi instalado legalmente em julho de 1993, com a finalidade de atuar na formulação de estratégias, propostas e controle da política estadual de saúde, incluindo aspectos econômicos e financeiros (SANTOS, 2008).

A organização e funcionamento eram regulados por regimento interno que designava as suas atribuições e competências. De acordo com o referido regimento, de 2005, o CES-BA era composto das seguintes instâncias:

- a) plenário – órgão de deliberação plena, configurado pelas sessões ordinárias e extraordinárias de conselheiros nomeados;
- b) comissões técnicas – constituídas por profissionais especializados, indicados pelo Conselho e designados pelo presidente através de portaria e dirigidas por um coordenador indicado pelo presidente e eleito pelos seus pares;
- c) grupos de trabalho – dirigidos por um coordenador indicado pela plenária do CES-BA, tendo sua composição definida em resolução do Conselho, homologada em portaria da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB);
- d) secretaria executiva – parte da estrutura administrativa do Conselho, tendo por finalidade a promoção do necessário apoio técnico-administrativo ao Conselho, suas comissões e grupos de trabalho, fornecendo as condições para o cumprimento das competências legais expressas.

As reuniões ordinárias tinham periodicidade mensal, e as extraordinárias ocorriam quando convocadas pelo presidente do Conselho ou por 2/3 dos conselheiros (BAHIA, 2005). As reuniões ordinárias e extraordinárias deveriam ser iniciadas com a presença mínima de metade mais um dos seus membros. O regimento estabelecia aguardar por trinta minutos a formação do quórum e decorrido esse prazo, persistindo a falta de quórum, a reunião deveria ser suspensa, podendo ser feitas até três convocações sucessivas, com intervalos subsequentes de sete dias, decidindo-se na terceira convocação com qualquer número. Segundo o regimento, a qualquer momento da reunião, poderia ser solicitado verificação de quórum, podendo ser suspensa a reunião temporariamente até a recuperação da presença mínima exigida. A falta de quórum refletia a impossibilidade de deliberações.

Durante a reunião, cada membro tinha direito a um voto e os suplentes, na ausência do seu titular. Ao presidente do CES cabia o direito a voto de qualidade, bem como a prerrogativa de deliberar, em casos de extrema urgência, o *ad referendum* do plenário.

No período do estudo, a maioria das reuniões (38) apresentou quórum suficiente na primeira convocação, e 14 reuniões na segunda. Em apenas quatro delas, não houve quórum suficiente na segunda convocação. Neste caso, as mesmas foram iniciadas com discussão de assuntos presentes na pauta do dia. Em três destas reuniões, não houve deliberações, mas em uma houve mesmo sem quórum. Houve registros de relatos de esvaziamento da plenária antes do término das reuniões, contudo, com a manutenção das mesmas, além duração das reuniões por mais de duas horas, bem como reuniões que duraram dois turnos subsequentes, conforme se constata abaixo:

A Conselheira XXX solicitou que nas próximas reuniões deste CES fossem garantidos aqueles informes iniciais, porque damos informes com o plenário esvaziado e considero pouco interessante que juntemos os informes das entidades com o que ocorrer, aí fazemos um esforço enorme e com um plenário vazio. Ata 132. (BAHIA, 2011).

A Conselheira XL pontuou que está angustiada com o andamento da reunião. Temos uma pauta extensa, estamos nos atrapalhando com a questão dos informes em relação ao informe e o que ocorrer; no final, não temos objetividade em relação às questões importantíssimas, e, na hora do Relatório de Gestão, podemos correr o risco de não ter quórum. Ata 140. (BAHIA, 2011).

O Conselho estava representado por 24 conselheiros, divididos em representantes do governo, trabalhadores da saúde e usuários, presidido pelo secretário estadual de saúde. (BAHIA, 2011). No período estudado, o CES-BA não possuía a paridade estabelecida na lei 8.142/90, nem no seu próprio regimento, os quais preconizam a presença de 25% de gestores, 25% de prestadores e 50% de usuários, havendo o mesmo número de conselheiros por tipo de representação (33,3% cada), segundo a classificação utilizada por Côrtes (2009), situação representada na Tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição das entidades do CES-BA por tipo de representação e número de representantes - 2007 a 2010

<b>Tipo de representação</b>	<b>Entidade</b>	<b>Número de representantes</b>
<b>Estatal</b>	Secretaria de Saúde do Estado	01
	Secretaria de Infraestrutura	01
	Secretaria da Administração	01

	Secretaria Municipal de Saúde de Salvador	01
	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde	01
	Ministério da Saúde	01
	Universidade Federal da Bahia	01
	Assembleia Legislativa	01
<hr/>		
<b>Mercado</b>	Entidades privadas prestadoras de serviços de saúde	02
	Universidade Católica do Salvador	01
	Federação da Indústria do Estado da Bahia	01
	Associação Comercial da Bahia	01
	Federação da Agricultura do Estado da Bahia	01
	Comitê do Fomento Industrial de Camaçari	01
	Federação do Comércio	01
<hr/>		
<b>Sociais</b>	Trabalhadores em saúde	02
	Central Única dos Trabalhadores	01
	Confederação Geral dos Trabalhadores	01
	Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Estado da Bahia	01
	Associação Baiana de Deficientes Físicos	01
	Associação de Portadores de Patologias Crônicas	01
	Pastoral da Saúde	01
<hr/>		
<b>Total</b>		<b>24</b>

**Fonte:** CES-BA 2007-2010

Analisando-se a frequência dos conselheiros às reuniões, pôde-se perceber que os representantes estatais compareceram na maioria dos encontros, sendo que o representante da SESAB compareceu a todas as reuniões nos quatro anos analisados. Os representantes do Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia e Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde também tiveram uma frequência expressiva nas reuniões, enquanto os representantes das secretarias de infraestrutura e administração e da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador compareceram a menos de 50% das reuniões nos quatro anos. O representante da Assembleia Legislativa foi o único que não compareceu a nenhuma das reuniões. Os representantes sociais também tiveram uma frequência expressiva, sendo que os que menos compareceram às reuniões no período estudado foram os representantes da Associação Baiana de Deficientes Físicos, com uma média de 43,5% de frequência. Os representantes de mercado foram os que menos compareceram, verificando-se que apenas os

representantes das entidades privadas prestadoras de serviços de saúde e os da Federação do Comércio tiveram uma média de frequência maior que 60% (Tabela 02).

**Tabela 2** - Percentual de presenças nas reuniões do CES por tipo e entidade de representação e ano das reuniões. Bahia, 2007 a 2010

<b>Representação</b>	<b>Entidade</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Média</b>
<b>Estatal</b>	Secretaria de Saúde do Estado	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Secretaria de Infraestrutura	54,0	20,0	50,0	33,0	39,3
	Secretaria da Administração	92,0	40,0	8,0	0	35,0
	SMS Salvador	62,0	27,0	17,0	8,0	28,5
	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde	85,0	67,0	58,0	50,0	65,0
	Ministério da Saúde	100,0	93,0	100,0	100,0	98,2
	Universidade Federal da Bahia	69,0	80,0	67,0	75,0	72,7
	Assembleia Legislativa	0	0	0	0	0
<b>Mercado</b>	Entidades Privadas Prestadoras de Serviços de Saúde	85,0	93,0	92,0	58,0	82,0
	Universidade Católica do Salvador	69,0	67,0	33,0	33,0	50,5
	Federação da Indústria do Estado da Bahia	30,0	0	0	33,0	15,7
	Associação Comercial da Bahia	62,0	53,0	42,0	3,0	40,0
	Federação da Agricultura do Estado da Bahia	8,0	0	0	0	2,0
	Comitê do Fomento Industrial de Camaçari	46,0	67,0	67,0	42,0	55,5
	Federação do Comércio	69,0	67,0	42,0	100,0	69,5
<b>Sociais</b>	Trabalhadores em Saúde	77,0	100,0	83,0	100,0	90,0
	Central Única dos Trabalhadores	92,0	93,0	83,0	92,0	90,0
	Confederação Geral dos Trabalhadores	69,0	87,0	50,0	92,0	74,5
	Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Estado da Bahia	92	80,0	92,0	83,0	86,75
	Associação Baiana de Deficientes Físicos	69,0	47,0	25,0	33,0	43,5
	Associação de Portadores de Patologias Crônicas	77,0	80,0	67,0	75,0	74,7
	Pastoral da Saúde	54,0	87,0	92,0	92,0	81,2

**Fonte:** Atas CES-BA, 2007-2010.

## 6.2 Dinâmica do conselho

Conforme o regimento interno, antes de cada reunião, deveria ser elaborada a pauta dos trabalhos pela Secretaria Executiva do Conselho, de acordo com a deliberação da sessão anterior, no que tange ao dia, hora e local da sessão e à ordem cronológica de entrada dos processos para apreciação, excetuando-se dessa cronologia as matérias propostas quando da convocação de sessão extraordinária ou quando fosse requerida urgência para determinada matéria a critério do presidente. A dinâmica das reuniões do CES-BA teria a seguinte ordem de trabalho:

- a) verificação do número de conselheiros presentes;
- b) abertura da sessão plenária pelo presidente;
- c) discussão e aprovação da ata da reunião anterior;
- d) comunicação de ordem geral, leitura de informes e despachos constantes dos expedientes que teriam a duração máxima de trinta minutos, nos quais os conselheiros poderiam usar da palavra pelo prazo máximo de três minutos;
- e) execução da ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação de relatórios, pareceres, resoluções e recomendações, escolha e designação dos relatores;
- f) franqueamento da palavra a qualquer conselheiro, pelo prazo de cinco minutos.

Após análise das atas, percebeu-se que todas elas, no período estudado, foram aprovadas por unanimidade, havendo apenas sugestões de alterações na ortografia ou na organização textual sem, entretanto, influenciar o teor do documento.

Os informes eram tópicos sem discussão nem votação, comportando somente esclarecimentos breves. Observou-se que em algumas reuniões, foram deixados para o final das reuniões, sendo motivo de queixa de alguns conselheiros, pois, algumas vezes, o plenário já se encontrava esvaziado. “A Conselheira lembrou ao Senhor Presidente substituto que tem que ser garantida a fala dos conselheiros no início da reunião acerca dos informes das suas entidades.” Ata 134; Ator social. (BAHIA, 2011).

No momento dos informes, percebeu-se que, em sua maioria, não houve realmente discussões, sendo destinado a convites para eventos das entidades que compõem o Conselho ou denúncias. Nessa fase da reunião, também eram dados os informes da presidência, a maioria referente a aditamento ou celebração de contratos ou convênios, sendo alguns desses relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Entretanto, sem discussão nem questionamentos sobre esses informes por parte dos conselheiros. Com relação

às resoluções da Comissão de Interjetores Bipartite (CIB), eram também informadas nesse período da reunião. Alguns questionamentos foram levantados sobre o papel do CES-BA com relação a tais resoluções, entretanto, a presidência informava que as referidas resoluções não deveriam ser discutidas no CES, o Conselho apenas deveria ter ciência das mesmas até a elaboração do novo regimento interno.

O Conselheiro lembrou o questionamento que fez na reunião passada acerca das resoluções da CIB, se elas são apenas para ciência do Conselho ou para aprovação. Perguntou-se se há condição de sanar essa dúvida. O Senhor Presidente esclareceu que algumas questões como políticas que necessitam de aprovação no Conselho, elas passam também na CIB. Do ponto de vista das negociações intergestoras, são trazidas ao Conselho Estadual de Saúde como já ocorreu durante esse ano em algumas situações. No que diz respeito à habilitação de serviços, credenciamentos de serviços, habilitação de municípios, cumprimento de resoluções e portarias do Ministério na pactuação intergestora, adesão à política de hospitais de pequeno porte, credenciamento de saúde da família, agente comunitário, ou seja, todos esses processos administrativos gerenciais são aprovados na CIB e comunicados ao Conselho, o que não descarta a possibilidade de algum conselheiro solicitar informação ou questionar acerca de algum procedimento que tenha sido adotado pela Bipartite, mas não requer obrigatoriamente entrar na pauta do Conselho, que o CES formou uma comissão para discutir o regimento do mesmo, que essa comissão deve se debruçar sobre estas questões para definir a tramitação. Ata 136; Ator de mercado. (BAHIA, 2011).

O Conselheiro representante do COSEMS – Conselho Estadual de Secretário Municipal de Saúde complementou [que] o trabalho da Bipartite se refere principalmente à gestão, e as questões são muito mais técnicas que às vezes envolvem mais tempo para nos debruçar sobre cada uma delas que são colocadas aqui, mas, isso não impede que o Conselho tome conhecimento das mesmas e que em algumas vezes possa vir até a questionar, até porque é do interesse do município que essas pautas sejam discutidas, bem pactuadas, sejam colocadas regionalmente e sejam consultados todos os atores que estão em cada um desses procedimentos; é preciso que todos nós participemos das políticas públicas que estamos realizando nos municípios. Ata 136, Ator estatal. (BAHIA, 2011).

[...] sobre as aprovações da CIB – Comissão Intergestores Bipartite, que vem se repetindo, eu tinha comentado antes com a secretária executiva, que agora nós estamos vendo que os processos passaram pela CIB sem o CES ter conhecimento e mesmo sendo aprovado lá não está vindo o processo de transferência para que fosse lido aqui no Conselho. Gostaria que isso não se repetisse já que é motivo de pauta. Salientou que já há três reuniões vem pedindo pauta para discutir essas questões das resoluções da CIB, porque só está sendo um informe. Na realidade, nós nem aprovamos e nós temos interesse em discutir essas resoluções da CIB. Ata 135; Ator social. (BAHIA, 2011).

Com relação à ordem do dia, as pautas do CES-BA foram comunicadas aos conselheiros através de ofícios circulares emitidos pela secretaria executiva. De acordo com o regimento, as mesmas deveriam ser definidas no final de cada reunião. Entretanto, não foi visualizada esta atividade através da análise das atas, sendo encontrados registros de sugestões



de pauta por parte dos conselheiros, adiamento de alguns itens da pauta do dia ou a sugestão de alguma discussão que não fizesse parte do tema que estava sendo abordado para que fosse trazida como ponto de pauta da reunião seguinte.

As reuniões, de modo geral, eram conduzidas pelo presidente e faziam parte das pautas com questões referentes a ações da SESAB, apresentadas por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde. A maioria das apresentações eram enviadas previamente aos conselheiros por meio digital, a fim de se otimizar as discussões. Entretanto, tal procedimento reduzia o tempo de discussão dos assuntos, sendo aprovados alguns documentos sem a devida discussão dos assuntos, sendo aprovados alguns documentos sem a devida discussão e concordância da plenária.

Como temos feito nos trimestres anteriores, vamos apresentar de forma resumida o Conselho, porque os Conselheiros receberam o Relatório completo em forma de CD, inclusive com todos os anexos, e teremos até a próxima reunião para fazer a apreciação e os ajustes que forem necessários. Ata 146; Ator estatal.

O Relatório é apenas uma referência básica. O Senhor Presidente sugeriu submeter à aprovação o Relatório primeiro, e depois aprovar as propostas de alteração. Se o relator está propondo que o Relatório seja um documento-base, precisa primeiro aprovar o documento-base e depois aprovar os adendos. Colocou-se em aprovação o Relatório do Conselheiro, que foi aprovado por unanimidade. Ata 129; Ator estatal).

Colocou-se a reflexão dos Conselheiros, de que no Relatório poderia ser sugerido a aprovação com essas ressalvas, e não ser remetido à uma nova reunião, para que fosse feito todo o processo de correção, principalmente porque os outros três trimestres foram aprovados. Ata 140, Ator estatal.

A Senhora sugeriu voltar com esse documento e reapresentá-lo. O Senhor Presidente mencionou que não tem necessidade. A Senhora pontuou que temos uma norma do programa nacional que, para tocarmos essas ações, precisamos ter o outorgo e a aprovação do Conselho, mas é um documento passível de adaptação e correção. O Senhor Presidente colocou que, pelo que entendeu, a observação do conselheiro não foi no sentido de não aprovar. Foram apenas algumas considerações que remetiam o plano integral para os Conselheiros que encaminham para a Coordenação do DST/AIDS contribuições, e se os Conselheiros concordarem, consideramos aqui aprovado, pode ser? A Sra. sugeriu na elaboração do próximo PAM convidar os Conselheiros para participarem conjuntamente. O Senhor Presidente considerou a proposta aprovada. Ata 151; Ator estatal. (BAHIA, 2011).

À presidência, era dada a função de apresentar o representante da SESAB aos conselheiros, introduzir o tema e passar a palavra ao apresentador, mediar e encerrar as discussões, conduzindo a deliberação do assunto discutido. Cabe ressaltar que as resoluções eram oriundas desse momento da reunião, sempre sobre assuntos presentes em pauta.

O momento final da reunião foi destinado para o componente da pauta denominado de “o que ocorrer”, naquele momento, os conselheiros tinham a palavra franqueada para

manifestações e discussões sobre diversos assuntos e para fazer algumas proposições, sem, entretanto, haver registro de proposições concretas, apenas sugestões que, na maioria das vezes, eram acatadas, mas que não tinham desfecho.

### **6.3 Temas abordados**

Todos os temas colocados nas pautas de reunião foram analisados de acordo com o respectivo ator que trouxe a questão para a reunião no decorrer dos anos, (Apêndice A). Para os temas que se referiam à promoção e à prevenção, esses foram divididos em subtemas, pelo ator responsável por apresentar o tema e a forma com este havia sido inserido nas reuniões.

Os assuntos pautados no CES-BA, na sua maioria, não se referiam a temas voltados à promoção da saúde nem à prevenção de doenças e agravos. No ano de 2007, dos 47 temas pautados, apenas 8 estavam diretamente ligados à promoção e à prevenção, o que equivaleu a 17% dos assuntos pautados. Em 2008, foram 39 temas pautados; 6 (15%) referentes à promoção e à prevenção; em 2009, 43 temas foram pautados; em 2010, foram 36, sendo somente 15 (34,9%) e 7 (19%) voltados à promoção e à prevenção, respectivamente.

Os demais temas pautados referiram-se à avaliação e ao monitoramento, com um expressivo número de temas voltados à apresentação de prestação de contas, a relatórios de gestão da própria SES-BA e a instituições ligadas à SESAB. Dentre os temas abordados, houve ainda uma grande parte voltada para discussões sobre o investimento em recursos humanos e avaliação da assistência à saúde.

Dentre os temas não referentes diretamente à promoção e prevenção, observou-se que durante as discussões houve, em algumas ocasiões, comentários sobre a promoção da saúde e prevenção de doenças. Porém, numa frequência pouco relevante e sem desfecho ou desdobramento do comentário em propostas ou resoluções definidas. Dessa forma, pôde-se inferir que os assuntos voltados à prevenção e à promoção não foram temas considerados relevantes no CES-BA.

Com relação ao ator que expôs o tema de promoção ou prevenção nas reuniões, observou-se que a maioria dos temas foi trazido nas reuniões do CES-BA pelos atores estatais não-conselheiros (83,3%); seguidos dos atores estatais, conselheiros (11,1%); e sociais (5,6%). Os atores de mercado não apresentaram participação como expositores de temas de promoção e prevenção no CES-BA, (Quadro 1). Esses dados apontam baixo protagonismo dos atores não-estatais na dinâmica do Conselho.

Quanto à forma de inserção dos temas pautados, observou-se a predominância de apresentações dos temas (91,6%), seguidos de informes (8,4%). Os atores estatais não conselheiros foram os principais responsáveis por trazer os temas para as reuniões sob a forma de apresentações e informes. Os conselheiros estatais e sociais posicionaram-se como atores que trouxeram temas a serem discutidos no CES-BA sob a forma de apresentações.

Os temas pautados no Conselho que foram classificados como de promoção da saúde e prevenção apresentados no Quadro 1 foram abordados na forma de apresentação de resultados de ações ou de planos e projetos e a maioria fazia alguma referência a ações de prevenção em detrimento das de promoção da saúde.

Dentre os temas pautados, houve uma maior concentração de temas relacionados às doenças infecciosas (33,3%), como a discussão da situação epidemiológica de sarampo, febre amarela, dengue, influenza e discussão dos planos de DST/AIDS e dengue. O segundo tema mais abordado foi o relacionado à saúde ambiental (16,7%), como questões sobre planos, programas e conferências nesta área. O terceiro tema abordado com maior frequência estava relacionado a planos de governo (11,1%), como o “Plano estadual de saúde” e os “Princípios e proposições gerais para a saúde do governo estadual”. O quarto tema discutido referia-se à saúde do trabalhador e à prevenção de acidentes e violências, ambos com 8,3% e enfocavam o “Plano de ação estadual de saúde do trabalhador”, a apresentação da situação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e a apresentação do regimento interno da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CIST/CESAT). Além da apresentação das ações do Comitê de Óbito Infantil e Fetal, a apresentação do Observatório de Acidentes e Violências, a apresentação da situação epidemiológica das violências e acidentes, e a situação da violência contra a criança.

Os temas em torno de alimentação, nutrição, ações preventivas para eventos, saúde da mulher, análise de situação e ações de controle de doenças crônicas, comitês e conferências foram abordados com menor frequência, trazendo assuntos relacionados à apresentação do plano de trabalho do Fundo de alimentação e nutrição (FAN), às ações preventivas para o carnaval, à apresentação das ações desenvolvidas na atenção da saúde da mulher no estado da Bahia, à assistência ao parto no estado da Bahia e a situação da anemia falciforme.

Pode-se perceber que os atores estatais não-conselheiros apresentaram todos os tipos de temas, enquanto os conselheiros estatais se manifestaram apenas nos temas plano de governo, análise de situação de saúde e controle de doenças e ações preventivas para eventos. Os sociais apenas se manifestaram na análise de situação de saúde e controle de doenças infecciosas e no tema relacionado à saúde do trabalhador.

Independentemente do ator que trouxe o tema para a discussão, os subtemas, de maneira geral, não se repetiram durante os anos, ou seja, não houve continuidade de acompanhamento nem retorno às discussões dos temas relacionados à promoção e prevenção durante o período analisado, sendo tratados de forma pontual nas atas do período. Apenas alguns assuntos foram discutidos em mais de uma ata, não ultrapassando duas reuniões com o mesmo tema, a exemplo dos assuntos relacionados ao surto de sarampo, abordado em duas atas no ano de 2007; DST/AIDS, tema abordado numa ata no ano de 2008 e, em outra no ano de 2010; o Plano de trabalho do fundo de alimentação e nutrição, assunto abordado nos anos de 2007 e 2010; o Plano de vigilância sanitária e ambiental, abordado nos anos de 2009 e 2010; e ações do Comitê de Óbito Infantil e Fetal, abordadas em 2009 e 2010.

**Quadro 1** - Temas referentes à promoção e prevenção apresentados nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (2007 a 2010)

Temas	Ator	Manifestação	2007	2008	2009	2010
<b>Plano de governo</b>						
Princípios e proposições gerais para a saúde no governo Wagner	Estatal	Apresentação	X			
Informe da estrutura do Plano estadual de saúde (PES)	Estatal não conselheiro	Informe		X		
Apresentação do Plano estadual de saúde (PES)	Estatal não conselheiro	Apresentação			X	
Apresentação do parecer do Plano estadual de saúde (PES)	Estatal	Apresentação			X	
<b>Análise de situação e ações de controle de doenças infecciosas</b>						
Situação do surto de sarampo na Bahia	Estatal não conselheiro	Apresentação	X			
Situação atual do surto de sarampo no estado da Bahia	Estatal	Apresentação	X			
Informe sobre a pandemia de influenza	Estatal não conselheiro	Informe	X			
Informe sobre a situação da dengue	Estatal não conselheiro	Informe	X			
Apresentação do parecer do Plano estadual de ações e metas DST e AIDS - 2008	Social	Apresentação	X			
Situação da febre amarela na Bahia	Estatal não conselheiro	Apresentação		X		
Apresentação do Plano de contingência da dengue	Estatal não conselheiro	Apresentação		X		
Apresentação do Plano de metas DST e AIDS	Estatal não conselheiro	Apresentação		X		

Contextualização da tuberculose na Bahia	Estatual não conselheiro	Apresentação			X	
Apresentação do Programa estadual de DST e AIDS	Estatual não conselheiro	Apresentação				X
Apresentação do Plano estadual para enfrentamento da pandemia de influenza	Estatual não conselheiro	Apresentação				X
Apresentação da situação da meningite	Estatual não conselheiro	Apresentação				X
<b>Análise de situação e ações de controle de doenças crônicas</b>						
Situação da anemia falciforme	Estatual não conselheiro	Apresentação				X

<b>Saúde do trabalhador</b>						
Parecer do Plano de ação estadual de saúde do trabalhador	Social	Apresentação	X			
Apresentação do regimento interno da CIST e da CESAT	Estatual não conselheiro	Apresentação		X		
Apresentação da situação do CEREST	Estatual não conselheiro	Apresentação		X		
<b>Alimentação e nutrição</b>						
Apresentação do Plano de trabalho do Fundo de Alimentação e Nutrição	Estatual não conselheiro	Apresentação	X			
Apresentação do Plano de trabalho do Fundo de Alimentação e Nutrição	Estatual não conselheiro	Apresentação			X	
<b>Ações preventivas para eventos</b>						
Ações preventivas para o Carnaval	Estatual	Apresentação		X		
<b>Saúde da mulher</b>						
Apresentação das ações desenvolvidas na atenção da saúde da mulher no estado da Bahia	Estatual não conselheiro	Apresentação		X		
Assistência ao parto no estado da Bahia	Estatual não conselheiro	Apresentação		X		
<b>Saúde ambiental</b>						
Apresentação do Plano de vigilância sanitária ambiental	Estatual não conselheiro	Apresentação			X	
Apresentação da Conferência Estadual de Saúde Ambiental	Estatual não conselheiro	Apresentação			X	
Apresentação do Programa monitora integração água e saúde	Estatual não conselheiro	Apresentação			X	
Programa SWAP saúde/recursos hídricos	Estatual não conselheiro	Apresentação			X	
Apresentação e deliberação do PAC/FUNASA	Estatual não conselheiro	Apresentação			X	

Plano-diretor de vigilância sanitária e ambiental	Estatal não conselheiro	Apresentação				X
<b>Comitês e conferências</b>						
Apresentação das ações do Comitê de óbito infantil e fetal	Estatal não conselheiro	Apresentação			X	
Apresentação sobre o Comitê estadual de prevenção do óbito infantil e fetal (CEPOIF)	Estatal não conselheiro	Apresentação				X

<b>Prevenção de acidentes e violências</b>						
Apresentação do Observatório de Acidentes e Violências	Estatal não conselheiro	Apresentação				X
Apresentação da situação epidemiológica das violências e acidentes no estado da Bahia	Estatal não conselheiro	Apresentação				X
Situação da violência contra criança	Estatal não conselheiro	Apresentação				X

Fonte: Atas CES-BA, 2013.

#### 6.4 Dinâmica das discussões

Para esta dimensão, foram elaboradas tabelas com os temas pautados no Conselho, relacionados diretamente à promoção e prevenção, à frequência com que apareceram durante os anos estudados e às manifestações dos atores durante as discussões nas reuniões (Apêndice B).

Observou-se, na análise das atas, que para cada assunto abordado, as discussões eram extensas, com a possibilidade de intervenção de todos os presentes nas reuniões. Logo, houve a manifestação de todos os atores nos diversos temas discutidos. As discussões não resultaram necessariamente em decisões e deliberações, pois, na maioria das vezes, tais discussões não possuíam nenhum desfecho, exceto nos casos que envolviam a necessidade de aprovação de algum plano ou relatório, quando eram feitas as resoluções.

Foram observadas 176 manifestações referentes aos temas pautados. Quando analisadas por tipo de ator, a maioria advinha dos atores sociais e estatais não-conselheiros, 34,6% e 31,5%, respectivamente. Nas discussões percebeu-se que os atores estatais possuíam uma menor participação, 27,2%. Em relação aos atores de mercado, observou-se uma diminuta quantidade de manifestações provenientes destes atores, com apenas 6,8%. Observou-se ainda que alguns temas foram apresentados, mas não geravam nenhum tipo de

discussão nem manifestação por parte dos presentes nas reuniões, como no caso de 3 dos temas discutidos.

Com relação ao tipo de manifestação, os comentários genéricos foram predominantes nas discussões, 63,0%; seguidos dos questionamentos, 15,3%; e esclarecimentos, 11,9%. As propostas e sugestões surgiram nas discussões, entretanto, em menor quantidade, 9,6%; e sem resultar numa ação concreta, podendo-se inferir que as propostas dos conselheiros não eram valorizadas.

Na análise do CES-BA, pôde-se perceber que as manifestações por tipo de ator foram bastante diversas, sendo que os atores sociais foram responsáveis pela maioria dos comentários (38,7%) e questionamentos (40,7%); os estatais não-conselheiros foram responsáveis pela maioria dos esclarecimentos (80,9%); os estatais formam os atores mais propositivos, ao se discutir temas de promoção e prevenção, representando 47% das propostas. As propostas foram realizadas em menor frequência, por estatais não-conselheiros e atores sociais. Os atores de mercado, além de não terem feito nenhuma proposta, também não participaram muito das discussões, contribuindo com apenas 6 comentários e 6 questionamentos acerca dos temas pautados no período, representando 5,4% e 22,2% destas intervenções, respectivamente. Apesar de influentes nos comentários, não significou que os atores sociais possuíssem maior poder de influência no CES-BA. Logo, os segmentos que tiveram pouca participação puderam estar exercendo o seu poder de influência na saúde de outras formas, em outros espaços (BISPO JÚNIOR, 2013).

Observou-se que, apesar de nenhuma das proposições terem sido transformadas em resolução ou terem suscitado maiores discussões sobre as mesmas, eram, em sua maioria, advindas dos atores estatais, evidenciando, assim, o protagonismo deste segmento sobre os demais e que o CES-BA não era um espaço resolutivo.

## **6.5 Deliberações**

Foram aprovadas 64 resoluções no período estudado, sendo 16 em 2007 e 2008, 17 em 2009 e 15 em 2010. Observou-se que nenhuma das resoluções referiu-se diretamente à promoção da saúde nem a prevenção de doenças e agravos. No período estudado, apenas uma das resoluções foi aprovada, *ad referendum*, sendo as demais aprovadas por unanimidade dos conselheiros e sempre sugeridas ou propostas pelo presidente.

A maioria das resoluções referiu-se ao monitoramento e avaliação, especificamente à aprovação de relatórios de gestão e prestação de contas (34%), seguidas de indicações de

conselheiros para a participação em comitês e comissões (22%). Em menor número, observou-se resoluções referentes a ações na área de saúde do trabalhador (6%) e ações de investimento em recursos humanos, referentes à aprovação de cursos, implantação de serviços, aprovação de planos de enfrentamento de doenças infecciosas e controle social que se referiram à aprovação de documentos que tratavam da regularização do funcionamento do Conselho (Tabela 3).

No período em análise, encontrou-se com menor frequência (3%) algumas resoluções sobre aprovação de planos de alimentação e nutrição e tabelas de pagamento. Correspondendo a apenas 2%, foram encontradas resoluções referentes à aprovação de projetos, eventos, desabilitação de municípios, saúde ambiental, plano de governo, educação permanente, enfrentamento de doenças crônicas e capacitação de conselheiros.

**Tabela 3** - Distribuição das resoluções aprovadas no CES-BA por tema, Bahia, 2007-2010

<b>TEMAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Monitoramento e avaliação	22	34,0
Comitês e comissões	14	22,0
Alimentação e nutrição	2	3,0
Capacitação de conselheiros	1	2,0
Controle social	3	5,0
Doenças crônicas	1	2,0
Doenças infecciosas	3	5
Educação permanente	1	2
Investimento em recursos humanos	3	5
Plano de governo	1	2
Saúde ambiental	1	2
Saúde do trabalhador	4	6
Aprovação de projetos	1	2
Aprovação de tabela de pagamento	2	3
Desabilitação de municípios	1	2
Implantação de serviços	3	5
Eventos	1	2
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Resoluções CES-BA, 2007-2010.

## 6.6 Entrada na agenda

Conforme a definição de Kingdon (2011), agenda seria a lista de assuntos e problemas sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentrariam sua atenção num determinado momento. No presente estudo, as ações dos planos estaduais de saúde e as propostas da VIII



Conferência Estadual de Saúde (CONFERES) foram considerados como agendas decisórias, uma vez que esses documentos deveriam incluir os problemas que estavam sendo considerados e que seriam trabalhados no processo decisório. Para tanto, foi feita uma análise das propostas e resoluções do CES-BA, correlacionando com as propostas e ações dos planos.

Foram consideradas apenas as propostas da VIII CONFERES e dos planos estaduais relacionados à promoção e prevenção. Como os planos possuíam metodologias distintas, foram consideradas no Plano estadual de saúde de 2007-2010 as ações estratégicas da Linha de ação VII: Promoção da saúde, intersetorialidade e proteção da sociedade; Compromisso

13: Políticas transversais para a promoção da saúde, segurança alimentar e proteção da sociedade; Objetivo específico 13.1: Promover ações intersetoriais para a consolidação de políticas públicas saudáveis com vistas à promoção da saúde; e Objetivo específico 13.2: Promover ações intersetoriais para consolidar as políticas públicas de promoção de hábitos de vida saudáveis, segurança alimentar e proteção da sociedade. Para o Plano estadual de saúde 2012-2015, foram consideradas as ações da Diretriz estratégica 1: Fortalecer o SUS enquanto política pública capaz de assegurar, por meio da integração das práticas de atenção básica, vigilância da saúde e assistência farmacêutica, o acesso a ações e serviços essenciais que contribuam para a efetiva melhoria na situação de saúde da população, com enfoque na promoção da saúde, cuidado integral, equidade e humanização no Compromisso 1: Ampliar as ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças e agravos no âmbito do SUS.

Observou-se, apesar dos planos estaduais de saúde terem sido resultado das solicitações realizadas nas conferências de saúde, que houve pouca correlação das propostas da VIII CONFERES com as ações do Plano estadual de saúde (Apêndice C). Com relação às referências nas atas, verificou-se também poucas referências de temas discutidos durante as reuniões que correspondessem às proposições da Conferência e aos planos. Esses achados permitiram inferir que os temas discutidos e pautados no CES-BA não faziam parte da agenda decisional, podendo constituir apenas a agenda governamental ou a agenda sistêmica. Esse fato pôde ser influenciado pelo baixo poder de inferência dos conselheiros na proposição de problemas e soluções para os mesmos e o protagonismo de atores estatais com outros interesses que divergiam das ações de promoção e prevenção.

Os resultados deste estudo permitiram perceber que as ações de promoção e prevenção não foram o principal foco das pautas e discussões no CES-BA. Bem como as deliberações não contemplaram o desenvolvimento de tais ações. Em que pese as limitações do estudo que contemplou apenas a análise documental, não realizando observações nem

entrevistas que pudessem ampliar o conhecimento sobre os fatores que poderiam explicar a pouca ênfase na discussão de ações de promoção de prevenção, foi possível constatar que o fluxo dos problemas (temas abordados), o fluxo das soluções (temas discutidos) e o fluxo político (deliberações) relacionados à promoção e prevenção não convergiram para a entrada desses temas na agenda decisória. Apesar de fazerem parte da agenda governamental, estando presentes nos planos estaduais de saúde e nas propostas da VIII Conferência Estadual de Saúde, as ações promocionais e preventivas não foram assuntos que atraíssem a atenção dos grupos de interesse e do governo. Dessa forma, torna-se necessário o fortalecimento do papel do CES-BA na formulação de políticas e fomento a ações de promoção e prevenção, para a mudança do modelo assistencial de saúde no estado.

## 7. DISCUSSÃO

O Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA) trata-se de um mecanismo legal de controle social, presente e regulamentado na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, desde 1993, com regimento interno específico no intuito de nortear o seu funcionamento e atribuições, com vista a promover o desenvolvimento da participação social na gestão pública. Possuía na época estudada 24 conselheiros entre representações de mercados sociais e estatais, sendo realizadas no período 52 reuniões e deliberadas 64 resoluções. De 2007 a 2010, o CES-BA discutiu e pautou 36 assuntos relacionados à direta ou indiretamente a ações de promoção e prevenção.

De acordo com Stralen et al., (2006), a estruturação dos processos de discussão e deliberação dos conselhos está diretamente relacionada a fatores como a estruturação do regimento interno que estabelece, dentre outras obrigações, a periodicidade das reuniões, os procedimentos para a condução da reunião e o processo de tomada de decisão.

O CES-BA possuía no período estudado regulamentação específica com a presença de regimento interno estabelecido. Entretanto, o próprio regimento induzia à falta da paridade por não constar neste documento a composição do Conselho, considerando a paridade preconizada na Lei n. 8.142/90. Esse aspecto foi motivo de inquietação dos conselheiros, sendo estabelecido um novo regimento no ano de 2012, contemplando a paridade exigida nos marcos legais do SUS. Além da falta de paridade, observou-se que a frequência dos componentes do CES-BA não era uniforme, havendo a predominância de algumas representações em detrimento de outras.

Os resultados encontrados corroboraram com outros estudos, como o realizado por Cotta et al. (2010), que destacou que a composição em instâncias participativas também não obedecia às recomendações da legislação vigente, com diferenças na proporção de representantes dos profissionais da saúde, representantes dos usuários, do governo, de prestadores de serviço e de representantes dos profissionais de saúde. Quanto à frequência, estudos como os de Stralen et al. (2006) apontam que nas reuniões do conselho de saúde era nítida a presença minoritária de prestadores privados.

Tais achados apontam que a baixa frequência de algumas representações e a falta de paridade podem contribuir para que as decisões sejam tomadas de forma a privilegiar apenas determinado segmento, impossibilitando que o Conselho atue de forma representativa.

Ouro aspecto importante que merece ser destacado no estudo do Conselho é a sua dinâmica. Observou-se que as pautas do Conselho não eram formadas pelos conselheiros,

sendo elaboradas pelo gestor e divulgadas através de ofícios. Além disso, foi possível verificar a pouca priorização e valorização das demandas trazidas pelos conselheiros que não estivessem impressas na pauta do dia.

Bispo Júnior (2013), em seu estudo afirma que o gestor possuía a centralidade absoluta do que era discutido no CES-BA.

Além de deter o controle do que seria discutido influenciando, sobremaneira, a construção das pautas, a condução das reuniões era predominantemente realizada pelo gestor estadual ou por seu suplente. Isso pode ter impedido maior expressão por parte dos outros conselheiros e a inclusão ou exclusão de temas nas pautas de reunião.

Para Kronemberger (2010), no que diz respeito à construção da pauta, percebe-se dificuldades dos conselheiros em exercer influência na definição das temáticas a serem discutidas, sendo estas concentradas na secretaria executiva. Por sua vez, Cotta (2010), ao considerar os assuntos tratados nas reuniões dos conselhos de saúde como um ponto importante a ser avaliado, aponta tal fato como sendo a causa responsável pela definição da pauta das reuniões. Observou-se em seu estudo que a maioria dos conselheiros relatou que a prioridade de assuntos era definida pelo secretário de saúde.

Em pesquisa realizada por Bispo Júnior (2013) com o próprio CES-BA, no período de 2003 a 2011, evidenciou que a pauta era determinada conforme conveniência da gestão, sendo que os conselheiros declararam dificuldade para inserção de temas na agenda de discussão para os segmentos de trabalhadores e usuários. A pouca valorização dos outros momentos da reunião como os informes em que os conselheiros não-estatais poderiam expressar as suas necessidades de discussão em virtude de não possuírem muita influência na construção das pautas, pode ter influenciado o baixo número de temas discutidos no Conselho relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Observou-se que a falta de objetividade nas discussões fazia com que as mesmas fossem muito extensas e não tivessem conclusão nem desfecho na maioria delas. Permitia-se a fala de todos, o que resultava em comentários numerosos que algumas vezes extrapolavam o tema que estava sendo discutido, porém tais comentários não influíam nas deliberações.

As discussões evidenciaram que os temas de promoção e prevenção estiveram presentes em pauta em poucas oportunidades. Os mais frequentes foram os relacionados à prevenção de doenças infecciosas, sem qualquer menção a ações de promoção da saúde. Nenhuma vez estiveram presentes nas pautas discussões sobre a “Política nacional de promoção da saúde”, nem a proposição de elaboração de uma política estadual relacionada a esse assunto. Esses dados corroboraram com os encontrados por Bispo Júnior (2013), uma

vez que seu estudo evidenciou que as políticas, programas e estado de saúde da população foram os temas que mais ocuparam a pauta do Conselho. Entretanto, isso ocorreu com poucas deliberações, pois os assuntos relacionados à situação epidemiológica foram apresentados no Conselho apenas para conhecimento.

Considerando tais resultados e o referencial teórico utilizado, foi possível relacionar os assuntos pautados no CES-BA ao fluxo de problemas definidos por Kingdon (2011). Assim, os temas pautados podem ser vistos como a lista de temas sobre as quais o governo se debruça e considera importante. Concluindo-se, portanto, que temas relacionados à promoção e prevenção não são os prioritários na agenda governamental. Essa evidência torna-se mais clara, quando se observa que os temas pautados em geral não possuem continuidade, sendo tratados de forma pontual e esporádica ao longo dos anos estudados.

Em estudo sobre o CES-BA, realizado por Santos (2008), o fato de não haver cronologia dos assuntos abordados também foi constatado, o que provoca descontinuidade no fluxo das atividades futuras.

Em pesquisa realizada por Landerdhal et al. (2010), percebeu-se que a política e as ações de saúde no município estudado pareciam privilegiar a assistência em detrimento de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, evidenciando que a reestruturação da atenção em saúde não ocorria, fato também encontrado no estudo do CES-BA.

As discussões dos temas pautados nas propostas elaboradas pelo CES-BA voltados à promoção e prevenção foram abordadas neste estudo como fluxo de soluções que, para Kingdon (2011), constituem-se em propostas sugeridas para a resolução ou não dos problemas elencados. Para esse autor, nem todo problema possui uma solução e, às vezes, a alternativa surge antes do reconhecimento do problema. Observou-se um comportamento pouco propositivo por parte dos conselheiros, principalmente os sociais e de mercado. As proposições eram sempre acatadas, sem questionamentos, porém, não eram consideradas nos momentos de deliberação.

No período estudado, não foram apresentadas muitas propostas relacionadas aos temas da pesquisa. Entretanto, os conselheiros estatais possuíam bastante poder de proposição, mas tais propostas estavam relacionadas a temas divergentes aos de promoção da saúde e prevenção de doenças, como a aprovação de documentos, planos e relatórios de gestão. As resoluções do período pesquisado formalizaram as deliberações do CES-BA, não sendo encontradas, no período estudado, nenhuma resolução que aprovasse ações referentes à promoção e prevenção de doenças, tornando-se uma deliberação meramente burocrática, limitando-se a aprovações de comissões, comitês, projetos, planos e relatórios de gestão. Estes

últimos eram a única ferramenta de acompanhamento das políticas deliberadas, conforme afirma Bispo Júnior (2013). A análise das discussões do CES-BA, mostrou proximidade com o encontrado por Landerdhal et al. (2010), uma vez que as ações do Conselho pareciam ser burocratizadas com a predominância de aprovações de programas ou projetos predominantemente ligados à prestação de serviços assistenciais, sem que fosse visualizada a proposição de políticas de saúde.

Os planos estaduais e as propostas da VIII CONFERES foram considerados como agenda de governo. A análise das propostas dessa Conferência e dos planos estaduais de saúde mostrou haver pouca correspondência, evidenciando que não houve convergência entre os temas colocados na agenda como importantes para o governo em relação à promoção e prevenção. Dessa forma, havendo pouco espaço de discussão, os temas de promoção e prevenção colocados como prioridade nos planos e os da VIII CONFERES não foram adequadamente abordados no CES-BA, que seria um órgão privilegiado para a colocação da importância de discussão das propostas desses documentos. Assim, percebe-se que apesar de as ações de promoção e prevenção constarem na agenda, estas não despertaram a atenção governamental, e os grupos de interesse não tiveram força suficiente para provocar uma mudança na agenda. A análise dos documentos considerados como agendas decisórias, permitiu concluir que o Conselho não discutiu o PES 2007-2010, nem elaborou o PES 2012-2015.

Tais achados demonstram que o CES-BA, no período de 2007 a 2010, estava muito aquém de ser uma instância formuladora de políticas e deliberativa em relação às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos; possuía uma postura pouco propositiva, atuando de forma burocratizada e rígida. As discussões eram bastante particulares, pois seguiam os interesses de cada representação e as decisões privilegiavam as determinações dos grupos que possuíam maior poder de influência.

Assim, este estudo foi relevante para suscitar reflexão sobre a necessidade de ampliação do papel das instâncias participativas de gestão, como os conselhos de saúde no fomento a ações de promoção e prevenção, a fim de que tais temas passassem a fazer parte da agenda decisória, de modo a auxiliar na mudança do modelo assistencial à saúde e à implementação do SUS, uma vez que os assuntos relacionados a estes não foram considerados como problemas a serem enfrentados pelo Conselho, pois apesar de haver alguns comentários sobre a importância do enfoque na promoção e prevenção, a principal visão dos conselheiros estava relacionada à reprodução do modelo assistencial.

Frente a essa situação, conclui-se que o CES-BA não é o espaço em que estão sendo discutidas políticas e proposições acerca da promoção da saúde e prevenção de agravos, excluindo a participação da sociedade da arena decisória e da deliberativa. Faz-se necessário, portanto, identificar as instâncias em que esses temas estão sendo discutidos e elaborados para a inclusão do controle social.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, L. H. S.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 401-408, jun. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200019&script=sci_arttext). Acesso em: abr. 2013.
- ARANTES, C. I. S. et al. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto Contexto - Enferm.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 470-478, set. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000300013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000300013&script=sci_arttext). Acesso em: maio 2013.
- BAHIA. Conselho Estadual de Saúde. **Resolução 02/2005**. Regimento Interno do CES - Bahia. Salvador: (mimeo), 2005.
- BAHIA. Governo do Estado. **Regimento interno do Conselho Estadual de Saúde** – [atas de conselhos e conferências]. Salvador: Secretaria da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/ces/arquivos/.pdf>. Acesso em: jan. 2013.
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). *In: \_\_\_\_\_* (org.). **Caminhos para análise de políticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ENSP/EPSJV, 2011. p. 83-129.
- BISPO JÚNIOR, J. P. **Participação social e relações de poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia**. 2013. 213 f. Tese (Dotourado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política pública**. Brasília, DF: UnB; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília, DF: CNS, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a política nacional de promoção da saúde. Brasília, DF: O ministério, 2006. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687\\_30\\_03\\_06.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf). Acesso em: jan. 2020.
- BRASIL. Planalto. **Constituição da República Federativa do Brasil - 1988**. Brasília: Casa Civil, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: set. 2012.
- BRASIL. Planalto. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunicação da gestão do sistema único de saúde (SUS). Brasília, DF: Casa Civil, 1990. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei\\_8142\\_90.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei_8142_90.pdf). Acesso em: set. 2012.
- BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan.-mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n109/a08n109.pdf>. Acesso em: fev. 2013.



BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Participação popular em saúde. *In*: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. (org.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: MANOLE, 2013. p. 49-74.

BUSS, P Uma Introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009. p. 19-42.

BYDŁOWSKI, C. R. et al. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde Soc.**, v. 13, n. 1, p. 14-24, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/03.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2013.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 271-279, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a09v16n2.pdf>. Acesso em: maio 2013.

CARNEIRO, C. B. L. Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. *In*: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (org.). **Políticas públicas - coletânea**. Brasília, DF: ENAP, 2006.

CARVALHO, A. I. et al. **Histórico da promoção da saúde no Brasil**. Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.amazonia.fiocruz.br/.../25-saude-publica-gestores-sus.html>. Acesso em: mar. 2013.

CASTRO, C. L. F.; GONTIJO, C. R. B.; AMABILE, A. E. N. **Dicionário de políticas públicas**. Barbacena: UEMG, 2012.

COELHO, V. S. P. A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos Estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 78, p. 77-92, jul. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/nec/n78/09.pdf>. Acesso em: maio 2013.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social**: subsídios para a capacitação de conselhos de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CÔRTEZ, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, p. 18-49, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a02n7.pdf>. Acesso em: maio 2013.

CÔRTEZ, S. V. et al. Conselhos municipais de saúde da região metropolitana de Porto Alegre: funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. *In*: CÔRTEZ, S. V. (org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 145-176.

CÔRTEZ, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-33, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/22.pdf>. Acesso em: maio 2013.

COSTA, A. M.; NORONHA, J. C. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 65, p. 358-363, set.-dez. 2003.

Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=394037&indexSearch=ID&lang=p>. Acesso em: jan. 2013.

COSTA, B. V. L., et al. Academia da cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 95-102, jan. 2013.

COTTA, R. M. M. et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis Rev. Saúde Col.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 853-872, 2010.

COTTA, R. M. M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-38, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/19.pdf>. Acesso em: abr. 2013.

CRUZ, P. J. S. C. et al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1087-1100, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a25.pdf>. Acesso em: jan. 2013.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 43-57.

SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. *In*: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008; Cebes, 2008. p. 979-1009.

ESPERIDIÃO, M. A. Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 245-259.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO Jr., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-75, jun. 2002.

FERREIRA NETO, J. L. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n3/10.pdf>. Acesso em: mar. 2013.

GERALDI, A. P. et al. Definições do controle social em saúde: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 8, p. 101-113, 2012.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

GOHN, M. G. Conselhos gestores na política social urbana e participação popular. **Cadernos Metrôpole**, São Paulo, n. 7, p. 9-31, jan.-jun. 2002.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives, and public policies**. Boston: Longman, 2011.

KRONEMBERGER, T. S. **A participação da sociedade civil na política de saúde**: um estudo sobre o conselho municipal de saúde de Niterói. 2010. 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

KRUGER, T. R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. **Planejamento e políticas públicas**, Brasília, n. 22, p. 119-144, 2000.

LABRA, M. E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. *In*: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SÚAREZ, J. M. (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 353-383.

LANDERDHAL, M. C. et al. Resoluções do conselho de saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2431-36, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a17.pdf>. Acesso em: maio 2013.

LOPES, M. S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>. Acesso em: maio 2013.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis. Rev. de Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. 3. ed. Brasília, DF: IPEA, 1997.

MOLESINI, J. A. O. **A reforma sanitária na Bahia**: um lugar na história (1987-1989). 2011. 263 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Disponível em: <https://blog.ufba.br/grupogerirenfermagem/files/2011/07/TESE-JOANA-MOLESI-NI-pdf.pdf>. Acesso em: abr. 2013.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. *In*: DUARTE, J.; BARROS, A. (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

MORETTI, A. C. et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 346-354, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/17.pdf>. Acesso em: maio 2013.

NORONHA, J. C. et al. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In*: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008; Cebes, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, M. L.; ALMEIDA, E. S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 141-153, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sau.soc/v18n1/14.pdf>. Acesso em: maio 2013.

PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPIS-ISC, 2002.

PEREIRA NETO, A. F. A representação dos usuários nos conselhos de saúde: uma contribuição para o debate. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 441-462, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/03.pdf>. Acesso em: maio 2013.

PORTO, M. F.; PIVETTA, F. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 207-229.

ROCHA, E. N. et al. O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 104-111, mar. 2013. Disponível em: <http://w.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/12.pdf>. Acesso em: jan. 2013.

RODRIGUES, C. C.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 235-255, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/04.pdf>. Acesso em: maio 2013.

RUMEL, D. et al. Cidade saudável: relato de experiência na coleta e disseminação de informação sobre determinantes de saúde. **Saúde Soc.**, v. 14, n. 3, p. 134-143, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/09.pdf>. Acesso em: maio 2013.

SANTOS, C. T. C. R. **Democracia e participação: uma análise do Conselho Estadual de Saúde da Bahia**. 2008. 97 f. Dissertação (Pós-graduação em políticas sociais e cidadania) – Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2009. Disponível em: [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=163917](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=163917)>. Acesso em: maio 2013.

SANTOS, F. A. S. et al. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, dez. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000600018&s\\_cript=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000600018&s_cript=sci_arttext). Acesso em: abr. 2013.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>. Acesso em: maio 2013.

SANTOS, S. F.; VARGAS, A. M. D.; LUCAS, S. D. Conselheiros usuários do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 483-495, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/19.pdf>. Acesso em: fev. 2013.

SILVA, E. C.; PELICIONI, M. C. F. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 563-572, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/28.pdf>. Acesso em: fev. 2014.

SILVA, L. M. S. et al. Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 117-125, maio 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/10.pdf>. Acesso em: dez. 2012.

SOARES DO BEM, A. A centralidade dos movimentos sociais na articulação entre o estado e a sociedade brasileira nos séculos XIX e XX. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 97, p. 1137-1157, set.-dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v27n97/a04v2797.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 621-632, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30978.pdf>. Acesso em: maio 2013.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-46, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/05.pdf>. Acesso em: abr. 2013.

VIANNA, M. L. T. W. et al. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, Porto Alegre, n. 21, p. 218-251, jan.-jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/10.pdf>. Acesso em: jan. 2013.

VIEIRA, M.; CALVO, M. C. M. 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, p. 2315-26, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n12/04.pdf>. Acesso em: set. 2012.

ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Configurações dos conselhos municipais de saúde de uma região no estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 890-97, ago. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en\\_v45n4a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a14.pdf). Acesso em: mar. 2012.

## **APÊNDICES**

**Apêndice A – Temas pautados no CES-BA por ator responsável pela apresentação – Bahia (2007-2010)**

<b>Temas pautados nas reuniões do CES – 2007</b>		
<b>Ata</b>	<b>Assunto</b>	<b>Expositor</b>
125	Apresentação dos dirigentes da SESAB	Estatal
	Apresentação da proposta de Saúde do Governo Jaques Wagner	Estatal
	Situação atual do surto de sarampo no estado da Bahia	Estatal
126	Implantação da Comissão Permanente de Acompanhamento Orçamentário e da Comissão Permanente de Acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde	Estatal
	Convocação da II Plenária de Estadual de Conselhos Municipais de Saúde, bem como a instituição da Comissão Organizadora da supracitada plenária que será formada por quatro conselheiros estaduais de saúde	Estatal
	Formação do Grupo de Trabalho que elaborará uma proposta de Revisão ao Projeto de Lei do Conselho Estadual de Saúde que se encontra na Assembleia Legislativa	Estatal
	Informe sobre a situação da Dengue (SUVISA)	Estatal não conselheiro
	Situação da regulação do estado da Bahia	Estatal não conselheiro
	Situação atual do surto de sarampo no estado da Bahia	Estatal não conselheiro
	Rede baiana de farmácias populares do Brasil	Estatal não conselheiro
127	Implantação do grupo de trabalho para discussão de recursos humanos (SUS-BA)	Estatal
	Informes acerca da pandemia de influenza aviária	Estatal
	Política estadual para despreciação e formação de agentes comunitários de saúde (regularização, seleção e formação técnica)	Estatal não conselheiro
	Instituir Comissão do CES para Organização da Conferência Estadual de Saúde	Estatal não conselheiro
	Seleção pública para médicos – contratação emergencial	Estatal
128	Apresentação da prestação trimestral das contas da secretaria da saúde do estado da Bahia	Estatal
	Aprovação dos indicadores estaduais do Pacto pela Saúde 2007	Estatal
129	Instalação do Comitê de Ética (SUPERH)	Estatal não conselheiro
	Parecer acerca da prestação de contas do primeiro trimestre da Secretaria Estadual da Saúde	Social
	Plano de ação estadual de saúde do trabalhador (SUVISA)	Social
	Adesão ao Pacto de Gestão pelo Estado da Bahia (SUREGS)	Externo
	Contratualização dos hospitais filantrópicos	Estatal
	7ª Conferência Estadual de Saúde	Estatal

130	Situação do transplante no estado da Bahia.	Estatal não conselheiro
	Formalização do processo de negociação permanente setorial da saúde	Estatal
	Desprecarização do Trabalho dos ACS	Estatal não conselheiro
	Curso de Formação dos ACS	Estatal não conselheiro
131	Implantação e implementação dos SAMU metropolitanos de Salvador, litoral norte, regional de Alagoinhas, regional de Guanambi, regional de Bom Jesus da Lapa, regional de Paulo Afonso e regional de Livramento de Nossa Senhora	Não houve
	Balanço das conferências municipais de saúde e preparativos para a Conferência Estadual de Saúde	Estatal
	Solicitação de validação da conferência municipal de Itabuna.	Social
	Apresentação do Plano de trabalho do fundo de alimentação e nutrição (FAN)	Estatal não conselheiro
	Apresentação sobre a Fundação Estatal	Estatal não conselheiro
	Prestação de contas do 2º trimestre da Secretaria Estadual de Saúde	Estatal
132	Parecer e prestação de contas do 2º trimestre da Secretaria Estadual de Saúde	Mercado
	Discussão sobre a Fundação Estatal	Estatal não conselheiro
	Informes sobre a VII Conferência Estadual de Saúde	Estatal
	Implantação e implementação dos SAMU metropolitanos de Salvador, litoral norte, regional de Alagoinhas, regional de Guanambi, regional de Bom Jesus da Lapa, regional de Paulo Afonso e regional de Livramento	Estatal não conselheiro
133	Sessão especial, com a presença do excelentíssimo senhor ministro da saúde, Dr. José Gomes Temporão para o lançamento da Campanha Nacional de Doação de Órgãos	Estatal
	Apresentação de filme sobre a VII Conferência Estadual de Saúde	Estatal
8ª extraordinária	Sessão extraordinária referente à queixa-crime feita pelo excelentíssimo senhor secretário estadual de sobre a alteração de documentos	Estatal
134	Parecer referente ao relatório de gestão	Social
	Apresentação da prestação trimestral das contas da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia	Social
135	Avaliação da 13ª Conferência Nacional de Saúde	Estatal
	Informe sobre o Programa de Inclusão Digital do Conselho Nacional de Saúde através de convênio firmado com o Banco do Brasil	Estatal não conselheiro
	Proposta de calendário das reuniões do CES para o ano de 2008	Estatal
136	Apresentação do parecer referente à prestação de contas do III trimestre de 2007	Estatal
	Apresentação do Parecer Final do Relatório de Gestão, exercício 2006	Social
	Apresentação do Parecer do Plano Estadual de Ações e Metas DST/AIDS – 2008	Social



137	Situação da vacinação contra a febre amarela na Bahia	Estatal não conselheiro
	Operação Carnaval 2008	Estatal
	Avaliação do relatório de gestão - exercício 2006	Social
	Apresentação do calendário de planejamento 2008 e solicitação do pronunciamento do Conselho relativo às contas dos três trimestres de 2007	Estatal não conselheiro
	Propostas de projetos	Não houve
138	Prestação de contas do quarto trimestre de 2007	Não houve
	Plano de trabalho da comissão do Conselho Estadual de Saúde de acompanhamento aos conselhos municipais de saúde	Social
	Contextualização do Pacto da Saúde no estado da Bahia	Estatal
	Assistência ao parto no estado da Bahia	Estatal não conselheiro
	Propostas de projetos	Não houve
139	Prestação de contas do quarto trimestre de 2007 e apresentação do relatório de gestão do exercício de 2007	Estatal
140	Apresentação das ações desenvolvidas na atenção da saúde da mulher no estado da Bahia	Estatal não conselheiro
	Apresentação do parecer referente à prestação de contas do 4º trimestre de 2007	Social
	Apresentação do relatório de gestão da fundação HEMOBA - exercício de 2007	Não houve
9ª extra-ordinária	Apresentação do relatório de gestão do HEMOBA – exercício de 2007	Estatal não conselheiro
	Apresentação do pacto de indicadores 2008	Estatal não conselheiro
141	Apresentação do parecer do relatório de gestão da SESAB - exercício de 2007	Social
	Apresentação do parecer do relatório de gestão do HEMOBA - exercício de 2007	Social
142	Prestação de contas do primeiro trimestre de 2008	Estatal
	Mostra estadual de saúde da família	Estatal não conselheiro
	Apresentação para identificação dos facilitadores de educação permanente para o controle social	Estatal não conselheiro
143	Apresentação do parecer do relatório de gestão – HEMOBA – exercício de 2007	Social
	Apresentação do projeto de rede interestadual de saúde do médio São Francisco	Externo
	Contextualização da representação da plenária de conselheiros do estado da Bahia	Externo
144	Apresentação do parecer referente à prestação de contas do 1º trimestre de 2008	Mercado
	Apresentação do plano de cargos, carreira e vencimentos (PCCV)	Não houve
	Relatório referente à visita dos conselheiros ao município de Sobradinho	Social
	Apresentação do relatório de gestão – competência 2007 do sistema de saúde prisional do estado	Estatal não conselheiro

145	Apresentação do plano de cargo, carreira e salário (PCCS)	Estatal não conselheiro
	Situação Atual dos CEREST na Bahia	Estatal não conselheiro
146	Situação Atual dos CEREST na Bahia	Não houve
	Prestação de contas do segundo trimestre de 2008	Estatal
	Apresentação sobre infecção em serviços de saúde por microbactérias	Estatal não conselheiro
	Apresentação do relatório de visita ao município de Jandaíra	Estatal
	Proposta de datas para reuniões	Estatal
	Informes sobre o plano de cargo, carreira e vencimento (PCCV)	Social
147	Apresentação do parecer referente às agentes comunitárias de saúde do município de Cruz das Almas: Maria Lucimar Rocha da Silva e Lidiane Gonçalves de Jesus	Social
	Apresentação do parecer relativo ao convênio celebrado entre o hospital Aristides Maltez e o Ministério da Saúde	Social
	Apresentação e discussão da proposta do novo regimento interno do Conselho Estadual de Saúde (CES)	Social
10ª extraordinária	Apresentação e discussão da proposta do novo regimento interno do Conselho Estadual de Saúde	Não houve
11ª extraordinária	Continuação da discussão da proposta do novo Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde	Estatal
148	Apresentação do parecer referente à prestação de contas do II trimestre 2008	Estatal
	Apresentação da prestação de contas do III trimestre 2008	Estatal
	Apresentação do Plano de Ação do Participativa do SUS	Estatal não conselheiro
	Informe da estrutura do Plano Estadual de Saúde (PES)	Estatal não conselheiro
	Apresentação do relatório sobre a XV plenária de conselhos de saúde elaborada pelos conselheiros do CES-BA	Social
149	Apresentação do regimento interno do conselho gestor do CESAT	Estatal não conselheiro
	Apresentação do plano de contingência da dengue	Estatal não conselheiro
	Apresentação da alteração do plano de ação do participa SUS	Estatal não conselheiro
	Apresentação da proposta do curso de medicina da UNIFACS	Externo

150	Parecer sobre a prestação de contas - III trimestre	Estatal
	Apresentação do plano estadual de saúde (PES)	Estatal não conselheiro
	Apresentação do regimento interno da comissão intersectorial de saúde do trabalhador – CESAT	Estatal não conselheiro
	Apresentação da proposta do curso de medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) - <i>campus</i> de Jequié	Externo
	Apresentação sobre a situação de Itabuna	Não houve
151	Apresentação do relatório de gestão da SESAB – exercício de 2008	Estatal
	Apresentação do plano de metas de DST e AIDS	Estatal não conselheiro
	Apresentação sobre a situação de Itabuna	Não houve
	Apresentação da Proposta da Caravana em Defesa do SUS	Estatal não conselheiro
152	Apresentação sobre a situação de Itabuna	Estatal não conselheiro
	Parecer referente ao relatório de gestão da SESAB, exercício 2008	Mercado
	Parecer referente ao Plano Estadual de Saúde (PES)	Estatal
	Apresentação do plano de ação da vigilância sanitária e ambiental 2009	Não houve
	Apresentação sobre a avaliação do pacto pela saúde no estado da Bahia	Não houve
12ª extraordinária	Apresentação do Plano Estadual para Enfrentamento da Pandemia de Influenza	Estatal não conselheiro
153	Apresentação do plano de ação da vigilância sanitária e ambiental 2009	Estatal não conselheiro
	Relatório de gestão da HEMOBA - 2008	Estatal não conselheiro
	Fundação Estatal de Saúde da Família	Não houve
	Apresentação da RIPSA	Não houve
	Internação domiciliar	Não houve
154	Gestão da rede própria	Estatal
Não estava na pauta	Fundação Estatal de Saúde da Família	Estatal não conselheiro
	Apresentação do parecer referente ao relatório de gestão da Fundação HEMOBA	----
	Apresentação da prestação de contas do 1º trimestre de 2009	Estatal
	Apresentação Ripsa	Estatal não conselheiro
	Internação domiciliar	Estatal não conselheiro

155	Apresentação da programação pactuada integrada – etapa estadual – metodologia e parâmetros e avaliação da adesão do pacto pela saúde no estado da Bahia	Estatal não conselheiro
	Apresentação do parecer referente à prestação de contas do 1º trimestre de 2009	Não houve
	Apresentação do PAN/FAN 2009 (Plano de Trabalho do Fundo de Alimentação e Nutrição)	Estatal não conselheiro
	Apresentação da composição do quadro próprio e permanente de servidores da Fundação HEMOBA, organograma e composição de cargos comissionados.	Estatal não conselheiro
	Apresentação das Ações do Comitê Estadual do Óbito Infantil e Fetal	Estatal não conselheiro
156	Apresentação do Programa monitora: integração água e saúde	Estatal não conselheiro
	Conferência Estadual de Saúde Ambiental: eixos estruturantes	Estatal não conselheiro
	Programa SWAP saúde e recursos hídricos	Estatal não conselheiro
	Apresentação do parecer referente à prestação de contas, do 1º trimestre 2009 da SESAB	Social
	Balanço da gestão e dos processos de Itabuna	Estatal não conselheiro
	Apresentação do parecer referente ao relatório de gestão da Fundação de Hemoterapia e Hematologia da Bahia (HEMOBA) – exercício de 2008	Social
157	Apresentação e deliberação do PAC/FUNASA	Estatal não conselheiro
	A saúde mental no estado da Bahia	Não houve
	Contextualização da tuberculose na Bahia	Estatal não conselheiro
	Prestação de contas do II trimestre de 2009	Estatal
	Apresentação sobre o modelo proposto para o Hospital do Subúrbio	Estatal não conselheiro
158	A saúde mental no estado da Bahia	Estatal não conselheiro
	I Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas de Seguridade Social	Estatal
	Seminário Nacional Preparatório para a I Conferência Mundial	Estatal
	Parecer sobre a prestação de contas do II trimestre de 2009	Não houve
159	Situação da PPI – 1ª rodada	Estatal não conselheiro
	Parecer sobre a Prestação de Contas do II Trimestre 2009	Não houve
	Proposta calendário 2010	Estatal não conselheiro
	Situação da meningite	Estatal não conselheiro

160	Prestação de contas do III trimestre de 2009	Estatal não conselheiro
	Parecer sobre a prestação de contas do II trimestre de 2009	Social
	Apresentação do produto final da I Conferência Estadual de Saúde Ambiental	Não houve
161	Apresentação do relatório da gestão de 2009	Estatal
	Parecer sobre a prestação de contas do III trimestre de 2009	Social
	Conferência Estadual de Saúde Mental	Estatal
	Representação do PAM de DST e da AIDS	Não houve
	Situação do Hospital de Base de Itabuna	Não houve
162	Apresentação do PAM de DST e da AIDS	Social
	Situação do Hospital de Base de Itabuna	Social
	Apresentação da situação epidemiológica das violências e acidentes no Estado da Bahia	Não houve
	Apresentação sobre o Observatório de Violência e Acidentes	Não houve
	Apresentação do parecer referente ao relatório de gestão da SESAB - exercício de 2009	Não houve
	Apresentação do relatório de gestão da Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia	Não houve
	Apresentação sobre Cirurgias Eletivas	Não houve
163	Apresentação do parecer referente ao relatório de gestão da SESAB - exercício de 2009	Estatal
	Apresentação do relatório de gestão da Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia	Estatal não conselheiro
	Apresentação da situação epidemiológica das violências e acidentes no estado da Bahia	Estatal não conselheiro
	Apresentação sobre o Observatório de Violência e Acidentes	Estatal não conselheiro
	Apresentação sobre Cirurgias Eletivas	Não houve
164	Apresentação do parecer referente ao relatório de gestão 2009 da Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia HEMOBA	Não houve
	Apresentação sobre cirurgias eletivas	Estatal não conselheiro
	Apresentação do resultado da PPI	Estatal não conselheiro
	Apresentação do Plano-diretor de vigilância sanitária e saúde ambiental 2010	Estatal não conselheiro
	Apresentação sobre a cartilha DATASUS para capacitação de conselheiros	Não houve

165	Apresentação do parecer referente ao relatório de gestão 2009 da Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA)	Mercado
	Apresentação da prestação de contas do 1º trimestre de 2010	Não houve
	Apresentação sobre a cartilha DATASUS para capacitação de conselheiros	Estatual não conselheiro
	Apresentação sobre a violência contra a criança	Estatual não conselheiro
	Apresentação do relatório anual de gestão dos SUS - RAG SUS	Estatual
166	Apresentação do relatório de ações de saúde no sistema penitenciário da Bahia, gestão/2009	Estatual não conselheiro
	Universidade Aberta do SUS (UNASUS)	Estatual não conselheiro
	Apresentação sobre o Comitê estadual de prevenção do óbito infantil e fetal (CEPOIF)	Estatual não conselheiro
	Apresentação da prestação de contas do 1º trimestre de 2010	Estatual
	Participação do Termo de ajuste sanitário (TAS)	Estatual
167	Posse dos membros da Comissão intersetorial de saúde do trabalhador	Estatual
	Parecer referente à indicação do Sr. Eduardo Catharino Gordilho, junto ao Conselho Estadual de Saúde, como representante titular da Federação das Indústrias do Estado da Bahia (FIEB)	Mercado
	Parecer referente à prestação de contas do 1º trimestre de 2010	Não houve
	Relatório da III Plenária estadual de conselhos de saúde	Estatual não conselheiro
	Apresentação de informações das políticas, programas e projetos desenvolvidos pela Diretoria de gestão da educação e do trabalho na saúde (DGETS)	Estatual não conselheiro
	Situação da anemia falciforme	Estatual não conselheiro
168	Parecer referente à prestação de Contas do 1º Trimestre 2010	Social
	Convênios	Estatual não conselheiro
	Relatório do PARTICIPA –SUS	Não houve
	Prestação de contas do 2º trimestre de 2010	Não houve
	Gratificação de incentivo ao desenvolvimento (GID)	Social
169	Fundação Estatal de Saúde da Família	Estatual não conselheiro
	Apresentação do relatório final da IV Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial	Estatual não conselheiro
	Informes sobre a ouvidoria SESAB	Não houve
170	Parecer referente à prestação de contas do 2º trimestre de 2010	Não houve
	Prestação de contas do 3º trimestre de 2010	Estatual

171	Parecer referente à prestação de contas do 2º trimestre de 2010	Social
	Apresentação sobre a ouvidoria SESAB	Não houve
	Proposta de calendário das reuniões do CES para o ano de 2011	Estatal

**Apêndice B** – Temas discutidos no CES-BA relacionados à promoção e prevenção, por representação e ano - Bahia (2007-2010)

Tema	Manifestação	Ator	2007	2008	2009	2010
<b>Plano de governo</b>						
Princípios e proposições gerais para a saúde no governo Wagner	Descrição sobre as ações de promoção e prevenção prioritárias para o governo.	Estatal	X			
	Comentário sobre doenças crônico-degenerativas.	Estatal				
	Comentário sobre vigilância nutricional.	Social				
	Comentário processo de desprecarização do vínculo dos ACS.	Estatal				
Informe da estrutura do Plano Estadual de Saúde PES	Sem discussão.			X		
Apresentação do Plano Estadual de Saúde - PES	Comentário sobre a forma de apresentação do PES.	Estatal não conselheiro			X	
	Proposta de fazer uma reunião apenas com a pauta do PES.	Estatal presidente				
	Comentário de apoio ao PES.	Estatal				
	Comentário de apoio ao PES.	Mercado				
	Comentário sobre a importância do PES na condução da política de saúde da Bahia.	Estatal				
	Comentário de apoio ao PES.	Estatal				
Apresentação do parecer do PES	Comentário de apoio ao parecer do PES e sobre os aspectos financeiros do mesmo.	Estatal			X	
	Comentário de apoio ao parecer do PES e sobre a importância do monitoramento do mesmo.	Social				
	Comentário de apoio ao parecer do PES e sobre o aspecto político e social do mesmo.	Social				
	Comentário sobre a necessidade do reforço do controle social para o monitoramento do Plano.	Social				
	Comentário sobre a necessidade do reforço do controle social para o monitoramento do Plano.	Estatal				
	Comentário sobre a necessidade do reforço do Controle Social para	Estatal				



	o monitoramento do Plano.					
	Comentário sobre a elaboração do PES.	Estatal não conselheiro				
<b>Análise de situação e ações de controle de doenças infecciosas</b>						
Situação do surto de sarampo na Bahia	Comentário sobre o êxito da campanha.	Estatal	X			
	Comentário sobre a atenção à saúde dos trabalhadores rurais e povos indígenas.	Social				
	Proposta de criação de grupo de trabalho para estudo sobre as condições de saúde, de trabalho e salário dos trabalhadores da saúde.	Estatal				
Situação atual do surto de sarampo na Bahia	Proposta de entrega ao Conselho em cada reunião de boletim, contendo a situação das ações desenvolvidas a nível do Estado e o nível de alerta das doenças.	Estatal	X			
Informe sobre pandemia de influenza	Proposta para que fosse fornecido um informe técnico sobre a situação, plano e medidas adotadas sobre a pandemia da influenza. Sugeriu que a cada reunião do Conselho Estadual fosse dado um boletim sumário sobre a situação das ações desenvolvidas a nível de estado e qual o nível de alerta.	Estatal não conselheiro	X			
	Comentário sobre aceitação da proposta que seria incluída na próxima reunião num ponto de pauta.	Estatal				
Informe sobre situação da dengue	Sem discussão.	Sem discussão	X			
Apresentação do parecer do plano estadual de ações e metas DST e AIDS - 2008	Esclarecimento sobre o plano.	Estatal não conselheiro	X			
	Comentários sobre a necessidade de mais discussões sobre DST e AIDS.	Social				
Situação da febre amarela na Bahia	Questionamento sobre formas de registro da vacina.	Estatal				X
		Social				
		Mercado				
		Estatal				

	Comentário sobre a melhoria das condições de vida da população para evitar doenças.	Estatal			
	Comentários sobre a divulgação dos locais de vacinação.	Mercado			
		Estatal não conselheiro			
	Esclarecimento sobre estoque de vacinas.	Estatal			
Apresentação do plano de contingência da dengue	Propostas sobre ações para combate à dengue.	Social			
		Estatal			
	Comentários sobre combate à dengue.	Estatal			
		Social			X
	Mercado				
Apresentação do plano de metas DST e AIDS	Críticas e questionamentos acerca da apresentação do plano.	Social			
		Mercado			
	Esclarecimentos sobre o plano.	Social			
		Estatal não conselheiro			X
Propostas de nova forma de apresentação e construção do plano.	Estatal não conselheiro				
	Social				
Contextualização da tuberculose na Bahia	Comentário sobre a melhoria do programa de tuberculose.	Social			
	Questionamento sobre o tratamento de tuberculose.	Social			
	Esclarecimento sobre o tratamento.	Estatal não conselheiro			
	Comentário sobre a importância de discutir sobre a tuberculose.	Social			
	Comentário sobre a necessidade de articulação da rede para a prevenção e tratamento da doença.	Social			
	Comentário sobre a necessidade de articulação da rede para a prevenção e tratamento da doença.	Social			
	Comentário sobre as dificuldades para o tratamento da tuberculose,	Estatal não conselheiro			X

	considerando a rede assistencial existente.				
	Comentário sobre o incentivo ao paciente portador de tuberculose.	Estatal não conselheiro			
	Comentário sobre a tuberculose e HIV.	Social			
	Comentário sobre as novas drogas para o tratamento e os problemas sociais que atrapalham a adesão ao tratamento e a necessidade de articulação intersetorial.	Estatal não conselheiro			
	Comentário agradecendo as explicações fornecidas acerca do tema.	Estatal			
Apresentação do programa estadual de DST /AIDS	Questionamento sobre orçamento do programa.	Mercado			X
	Esclarecimento sobre orçamento.	Social			
	Questionamento sobre aquisição de testes rápidos.	Mercado			
	Comentário sobre a necessidade de comparação entre os planos de 2009 e 2010.	Estatal			
	Comentário sobre a necessidade de educação dos profissionais para atuar na assistência.	Social			
	Esclarecimentos aos questionamentos.	Estatal não conselheiro			
Apresentação do plano estadual para enfrentamento da pandemia de influenza	Comentário de apoio ao plano.	Mercado			X
	Comentário de apoio ao plano.	Estatal não conselheiro			
	Comentário de apoio ao plano e questionamento acerca da letalidade da doença.	Estatal			
	Esclarecimentos sobre a letalidade da doença.	Estatal não conselheiro			
	Comentário sobre as dificuldades da vigilância das emergências em saúde pública para o suporte às unidades de saúde no manejo da doença.	Estatal não conselheiro			
	Comentário sobre a preocupação com o avanço da doença.	Estatal não conselheiro			
	Comentário sobre os critérios para o diagnóstico da doença.	Estatal não conselheiro			
	Comentário sobre as dificuldades no manejo da doença.	Estatal não conselheiro			
	Comentário sobre a necessidade de estrutura física hospitalar para que haja condições seguras para o tratamento.	Estatal não conselheiro			

	Comentário sobre a necessidade do Conselho apoiar as ações do governo para o controle da doença.	Social				
	Comentário sobre a necessidade de apoio para o controle da doença e necessidade fortalecimento das ações para enfrentamento da pandemia.	Estatal não conselheiro				
Apresentação da situação da meningite	Questionamento sobre a vacinação na rede privada.	Social				
	Comentário de apoio as ações de controle da meningite.	Mercado				
	Comentário de apoio as ações de controle da meningite.	Estatal				
	Comentário sobre as campanhas de vacinação.	Estatal			X	
	Esclarecimentos sobre a vacina contra meningite.	Estatal não conselheiro				
<b>Análise de situação e ações de controle de doenças crônicas</b>						
Situação da anemia falciforme	Comentário sobre a situação da anemia falciforme, a dificuldade com diagnóstico e disseminação da informação sobre a doença e os recursos para tratamento da doença.	Social				
	Comentário sobre a situação da anemia falciforme, a dificuldade com diagnóstico e disseminação da informação sobre a doença	Social				
	Comentário de apoio as ações sobre a anemia falciforme e colocação da necessidade de divulgação da informação.	Social				
	Comentário de apoio às ações.	Estatal				
	Comentário sobre os serviços de atendimento a portadores de anemia falciforme.	Estatal não conselheiro				
	Comentário sobre os serviços de atendimento a portadores de anemia falciforme.	Estatal não conselheiro				
	Proposta de colocar a doença falciforme como uma política pública.	Estatal não conselheiro				
	Comentário sobre os desafios para enfrentamento da anemia falciforme.	Estatal não conselheiro				
	Comentário sobre a importância de discussão sobre a situação da anemia falciforme.	Social				X

	Esclarecimento sobre a rede de atendimento para portadores de anemia falciforme.	Estatal não conselheiro				
	Proposta de trazer o tema da anemia falciforme para o debate no Conselho outras vezes.	Estatal presidente				
<b>Saúde do trabalhador</b>						
Parecer do plano de ação estadual de saúde do trabalhador	Sem discussão.	Sem discussão	X			
Apresentação do regimento interno da CIST/CESAT	Comentários e questionamentos.	Estatal				
Apresentação da situação do CEREST	Questionamentos e comentários sobre a quantidade e função e atuação dos CEREST.	Social		X		
		Estatal				
		Mercado				
	Comentário sobre a falta de assistência para os trabalhadores de saúde.	Social				
	Esclarecimento.	Estatal não conselheiro				
Proposta de realização de seminário.	Social					
<b>Alimentação e nutrição</b>						
Apresentação do plano de trabalho do fundo de alimentação e nutrição	Comentário e questionamento sobre as questões relacionadas à nutrição.	Social	X			
Apresentação do plano de trabalho do fundo de alimentação e nutrição	Questionamento sobre os desafios para o estado da Bahia e os nós críticos atuais em relação à política de segurança alimentar e à política nutricional. Questionamento sobre as situações críticas para enfrentamento de uma política de estado para implementação de segurança alimentar.	Social			X	
	Comentário sobre a questão de investimento no combate abusivo de uso de agrotóxicos nos alimentos e na saúde do trabalhador.	Social				
	Questionamento sobre acompanhamento alimentar e nutricional sobre tuberculose.	Social				

	Questionamento sobre utilização de vitamina A e Ferro.	Mercado				
	Comentário sobre a necessidade de trabalho intersetorial para fortalecer a política estadual de vigilância alimentar e nutricional.	Social				
	Comentário sobre a necessidade de mais recursos para segurança alimentar e nutricional.	Estatual				
<b>Ações preventivas para eventos</b>						
	Questionamento sobre postos de saúde no carnaval.	Social				
Ações preventivas para o carnaval	Esclarecimentos sobre ações de prevenção no carnaval.	Estatual		X		
<b>Saúde da mulher</b>						
Apresentação das ações desenvolvidas na atenção da saúde da mulher no estado da Bahia	Comentário sobre redução da sífilis e importância das ações de DST e AIDS, com o envolvimento da DIVEP. Comentário sobre o aumento, ampliação pré-natal e ações de assistência para sífilis e profilaxia pré-parto para mulheres vivendo com HIV/AIDS.	Social		X		
	Proposta de campanha sobre a importância do pré-natal.	Social				
	Comentário sobre o deficiente funcionamento do PSF para auxiliar na redução da mortalidade materna.	Social				
	Comentário sobre a necessidade de reverter o modelo assistencial: é preciso que comecemos a trabalhar. Comentário no sentido de que o modelo de atenção passasse a ser um modelo a ser discutido. Questionamento sobre a que ponto estamos conseguindo reverter o modelo.	Estatual				
	Comentário sobre o programa Mais Saúde, programa prioritário do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, para a área da saúde e está lá na promoção e na atenção à saúde, a prioridade de ações estratégicas para a melhoria do atendimento, a questão da diminuição da mortalidade infantil, inclusive o planejamento e o pré-natal.	Estatual				
Assistência ao parto no estado da Bahia	Comentário sobre mortalidade materna.	Social		X		

	Comentário sobre mortalidade materna e causas evitáveis.	Estatal não conselheiro				
	Comentário sobre a realidade das maternidades.	Social				
	Comentário sobre a necessidade de ações conjuntas entre estados e municípios no que se refere a ações de promoção e prevenção.	Social				
	Comentário sobre acolhimento e humanização no parto.	Social				
	Comentário sobre acolhimento e humanização no parto; questionamentos sobre mortalidade materna e neonatal.	Estatal				
	Proposta de retornar a pauta em outra oportunidade para pontuação de ações estratégicas e o desdobramento de um plano de trabalho com ações que envolvam o Conselho.	Estatal				
	Esclarecimentos aos questionamentos.	Estatal não conselheiro				
<b>Saúde ambiental</b>						
Apresentação do plano de vigilância sanitária ambiental	Comentário sobre destino do lixo.	Social				
	Proposta de discussão sobre a questão do destino do lixo.	Estatal				
Apresentação da conferência estadual de saúde ambiental	Comentários sobre a necessidade de ações intersetoriais para a melhoria da saúde.	Estatal não conselheiro				
		Estatal				
		Estatal				
Apresentação do Programa Monitora integração água e saúde	Questionamento sobre as ações do Programa Monitora.	Estatal				
	Comentário de apoio ao programa.	Social				
	Comentário de apoio ao programa.	Estatal não conselheiro				
	Proposta de integração dos municípios para ampliação dos pontos de coleta e potencializar as ações intersetoriais.	Estatal				
	Questionamento sobre as ações do Programa Monitora.	Estatal não conselheiro				
	Questionamento sobre o monitoramento da água para consumo.	Estatal				
	Esclarecimentos aos questionamentos realizados.	Estatal não conselheiro				
					X	

	Comentário sobre as ações do Programa Monitora.	Estatal não conselheiro				
	Questionamento sobre o enquadramento dos rios.	Estatal não conselheiro				
	Esclarecimento aos questionamentos.	Estatal não conselheiro				
	Comentários sobre as ações e planos do Programa Monitora.	Estatal não conselheiro				
	Esclarecimento a questionamentos.	Estatal não conselheiro				
	Comentários sobre as ações e planos do Programa Monitora.	Estatal não conselheiro				
	Questionamento sobre as ações do Programa Monitora no Vale do Jequiriçá.	Estatal				
	Esclarecimentos a questionamentos.	Estatal não conselheiro				
Programa SWAP Saúde/Recursos	Questionamento acerca dos sistemas utilizados pelo programa.	Estatal não conselheiro				
	Esclarecimentos a questionamentos.	Estatal não conselheiro				
	Comentário de apoio ao programa.	Social				
	Comentário acerca do programa.	Estatal				
	Esclarecimento a questionamentos.	Estatal não conselheiro				
	Comentário de apoio ao programa.	Social				
	Comentário acerca das ações do programa.	Estatal não conselheiro				X
	Comentário sobre o sistema do programa.	Estatal não conselheiro				
	Proposta de estabelecer uma periodicidade de encontros entre o setor saúde e de recursos hídricos.	Estatal não conselheiro				
	Aceitação da proposta do estabelecimento de periodicidade de encontros entre setor saúde e recursos hídricos.	Estatal				
Apresentação e deliberação do PAC/FUNASA Hídricos	Comentário sobre a necessidade de atuar de forma intersetorial.	Estatal				
	Questionamento sobre as ações do PAC/FUNASA.	Social				
	Comentário de apoio ao PAC/FUNASA.	Mercado				
	Proposta de incluir a discussão dos recursos hídricos nas conferência sobre Saúde Ambiental.	Social				X



	Comentário de apoio às ações do PAC.	Social				
	Comentário de apoio às ações do PAC.	Social				
	Comentário sobre a redução de verbas para saúde.	Social				
	Esclarecimentos sobre os questionamentos.	Estatal não conselheiro				
Plano diretor de vigilância sanitária e ambiental	Questionamentos sobre o plano.	Social				X
		Estatal				
<b>Comitês e conferências</b>						
Apresentação das ações do comitê de óbito infantil e fetal	Comentários apoiando as ações do Comitê.	Social			X	
Apresentação sobre o Comitê estadual de prevenção do óbito infantil e fetal (CEPOIF)	Comentário sobre a dificuldade de implantação e efetivação de propostas direcionadas a saúde e proteção da criança e adolescente.	Social				X
	Comentário sobre a importância de ações de prevenção e do investimento na formação médica no sentido das ações de prevenção.	Social				
	Comentário sobre a necessidade de formação de mais médicos pediatras e capacitação dos médicos para evitar a mortalidade infantil.	Social				
	Comentário sobre a necessidade de melhorias tanto na educação como na assistência.	Social				
	Esclarecimentos a questionamentos.	Estatal não conselheiro				
	Comentário sobre necessidade de capacitação.	Estatal não conselheiro				
<b>Prevenção de acidentes e violências</b>						
Apresentação do observatório de acidentes e violências	Comentários de apoio ao observatório.	Estatal não conselheiro				X
		Social				
	Comentário sobre a importância do tema.	Estatal não conselheiro				X
	Comentário sobre o trabalho do Observatório de violência.	Estatal não conselheiro				
	Comentário sobre o site do observatório.	Estatal não conselheiro				

Apresentação da situação epidemiológica das violências e acidentes no estado da Bahia	Questionamentos sobre os dados de violência.	Social				
	Comentários sobre ampliação dos dados sobre violência.	Estatual não conselheiro				
	Comentário sobre situação da violência.	Social				
	Comentário sobre a situação dos acidentes de trabalho.	Estatual não conselheiro				
	Comentário de apoio ao observatório.	Estatual				
Situação da violência contra criança	Comentários sobre a prevenção de violências.	Social				X
		Estatual				

**Apêndice C – Comparativo entre as propostas de promoção e prevenção da 8ª CONFERES;**  
referência nas atas do CES-BA nas ações dos Planos Estaduais de Saúde 2007/2010 e 2012/2015

<b>Propostas da 8ª CONFERES</b>	<b>Referência em atas</b>	<b>Referência no PES 2007/2010</b>	<b>Referência no PES 2012/2015</b>
<b>Saúde ambiental</b>			
Que o setor saúde promova ações intersetoriais com as secretarias de infraestrutura, meio ambiente, recursos hídricos, Secretaria de Desenvolvimento Urbano, Secretaria de Planejamento, EMBASA e demais órgãos/instituições do governo e da sociedade civil para incentivar, construir e monitorar regularmente os aterros sanitários, o acondicionamento de resíduos sólidos e lixo hospitalar, garantir a coleta seletiva, estimular a reciclagem do lixo, garantir água tratada de qualidade e saneamento básico para todos os municípios baianos.	SIM	Desenvolvimento de políticas intersetoriais para o desenvolvimento adequado e garantia de destinação final aos resíduos sólidos dos serviços de saúde.	Implementação das ações de vigilância em saúde ambiental
Que o setor saúde promova ações intersetoriais com a Secretaria de Meio Ambiente e Recursos Hídricos e demais órgãos/instituições do governo e da sociedade civil para ampliação do acesso à água tratada e de qualidade, bem como ao saneamento básico para todas as regiões do Estado.	SIM	Apoio à implementação de políticas intersetoriais para a garantia do acesso à água de qualidade.	Implementação das ações de vigilância em saúde ambiental
Que o setor de saúde articule junto à Empresa Baiana de Águas e Saneamento (EMBASA), ao Serviço Autônomo de Águas e Esgoto (SAAE), à Companhia de Engenharia Rural da Bahia (CERB), à Companhia de Desenvolvimento de Ação Regional (CAR) e a outras empresas, a conclusão das obras de saneamento básico e tratamento de água para todos os municípios, principalmente na zona rural, como forma de prevenção das doenças.	SIM	Apoio à implementação de políticas intersetoriais para a garantia do acesso à água de qualidade.	Implementação das ações de vigilância em saúde ambiental
Que o setor de saúde participe em articulação com os órgãos/instituições governamentais da formulação de uma política ambiental para regulamentar o manejo do Rio São Francisco.	NÃO	-----	Implementação das ações de vigilância em saúde ambiental
Que o setor de saúde participe ativamente, em articulação com as secretarias de meio ambiente, planejamento e desenvolvimento urbano e com órgãos/instituições governamentais e não-governamentais, da formulação de projetos ambientais para recuperação do solo, reflorestamento e descontaminação de áreas, principalmente daquelas contaminadas com amianto, metais pesados, produtos toxicológicos, agentes químicos e outros resíduos contaminados e que tenham população exposta.	SIM	-----	Implementação das ações de vigilância em saúde ambiental

Que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, em parceria com as secretarias municipais de saúde, garanta a implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).	NÃO	Desenvolvimento de políticas intersetoriais para o desenvolvimento adequado e garantia de destinação final aos resíduos sólidos dos serviços de saúde.	Implementação das ações de vigilância em saúde ambiental
Que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, em parceria com o Ministério da Saúde, intensifique a fiscalização dos estabelecimentos que realizam a emissão de gases poluentes, com vistas a minimizar a incidência de doenças respiratórias.	NÃO	-----	Implementação das ações de vigilância em saúde ambiental
Que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, em parceria com o Ministério da Saúde, reorganize o Sistema de Vigilância Ambiental em Saúde, garantindo a criação de unidades com equipes compostas por agentes de saúde ambiental.	NÃO	-----	Implementação das ações de vigilância em saúde ambiental
Que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia intensifique as ações de vigilância ambiental visando à recuperação dos rios e a busca da qualidade do ar e do solo.	NÃO	-----	Implementação das ações de vigilância em saúde ambiental
<b>Programas, políticas e projetos</b>			
Que o setor saúde busque articulação com a Secretaria de Educação para garantir a efetivação do programa saúde na escola, com vistas à implementação de ações de vigilância nutricional, promovendo a alimentação saudável dos estudantes.	NÃO	Qualificação das ações de vigilância alimentar e nutricional.	-----
Que o setor saúde apoie ativamente a implantação de projetos para a profissionalização de jovens, estimulando o protagonismo juvenil para o desenvolvimento social do seu território.	NÃO	-----	-----
Que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia apoie e estimule os municípios na implantação das academias da saúde no Estado.	NÃO	-----	-----
Que o setor de saúde desenvolva ações de articulação com os órgãos competentes para garantir a construção e manutenção de quadras e praças esportivas, visando à implementação do Programa Academia da Saúde.	NÃO	-----	-----
Que a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em articulação com a Secretaria de Segurança Pública, Secretaria de Direitos Humanos e outros órgãos/instituições governamentais e não-governamentais, assegure a elaboração e implementação de políticas públicas voltadas à redução da violência e prevenção, controle, redução de danos e tratamento para o usuário de álcool, crack e outras drogas na cidade e no	NÃO	Implementação de medidas preventivas e intervenções de saúde sobre situações de risco à integridade física da população – articulação com	-----

campo, priorizando sempre os serviços da rede própria do SUS e do SUAS.		a Defesa Civil do Estado.	
Que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia elabore e implemente uma política estadual de promoção da saúde, com ampla divulgação para a população, incentivando as secretarias municipais a desenvolvê-la.	NÃO	-----	Implementação da gestão do Sistema Estadual de Vigilância da Saúde
Que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia assegure a elaboração e implementação de políticas públicas voltadas à prevenção, controle e redução de danos do uso de álcool, crack e outras drogas na população jovem.	NÃO	Implementação de ações de controle e vigilância de fatores de riscos para a promoção da saúde individual e coletiva.	-----
<b>Educação em saúde /ações socioeducativas</b>			
Que o setor saúde busque articulação com a Secretaria de Educação para garantir a inclusão de temáticas relacionadas à saúde e sexualidade nos currículos de ensino fundamental e médio.	NÃO	Implementação de ações de controle e vigilância de fatores de riscos para a promoção da saúde individual e coletiva.	-----
Que o setor saúde em articulação com órgãos/instituições governamentais desenvolva ações socioeducativas com as famílias que fazem uso indevido do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do Bolsa Família.	NÃO	Implementação de ações de saúde relativas ao Programa Bolsa Família – articulação com a Secretaria de Desenvolvimento Social.	-----
<b>Saúde do trabalhador</b>			
Que o setor saúde realize campanhas de conscientização nas indústrias e setores produtivos sobre os possíveis danos decorrentes da atividade laboral desenvolvida de forma indiscriminada.	NÃO	Implementação de ações de controle e vigilância de fatores de riscos para a promoção da saúde individual e coletiva.	-----
Que o setor saúde promova, em parceria com instituições civis, associações, instituições religiosas e ONG's, a implantação de centros de convivência adaptados às pessoas com deficiência e outras patologias e pessoas idosas para desenvolvimento de atividades esportivas, educativas e culturais que trabalhem temas sobre promoção de saúde e redução da violência e realizem terapias comunitárias.	NÃO	-----	-----

Que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, em parceria com as secretarias municipais de saúde, assegure a implementação das ações de saúde do trabalhador, orientadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e vigilância, com prioridade para os trabalhadores rurais.	SIM	Implementação de ações de controle e vigilância de fatores de riscos para a promoção da saúde individual e coletiva.	Implementação das ações de vigilância epidemiológica de doenças e agravos à saúde
Que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia implante o Projeto Cuidando do Cuidador, por meio de incentivo ao programa estadual de atenção integral a saúde do trabalhador (PAIST) articulando ações voltadas ao autocuidado e melhoria da qualidade de vida.	NÃO	-----	-----
<b>Implementação das ações de vigilância epidemiológica de doenças e agravos à saúde</b>			
Que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, o Ministério da Saúde e demais órgãos e instituições governamentais estabeleçam procedimentos de rotina quanto à fiscalização de cadernetas de vacinação nos aeroportos e portos brasileiros, contemplando voos domésticos.	NÃO	Implementação de ações de controle e vigilância de fatores de riscos para a promoção da saúde individual e coletiva.	Implementação das ações do Programa Estadual de Imunizações nos Municípios
Que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, em articulação com o Ministério da Saúde, assegure a implantação da imunização de rotina da vacina contra pneumococcus 23 e meningite C para os trabalhadores do SUS.	NÃO	Implementação de ações de controle e vigilância de fatores de riscos para a promoção da saúde individual e coletiva	Implementação das ações do Programa Estadual de Imunizações nos Municípios
<b>Incentivo financeiro para ações de promoção e prevenção</b>			
Que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia garanta incentivo financeiro exclusivo para ações de promoção da saúde, com vistas a uma maior divulgação dessa política e seus benefícios para a população.	NÃO	-----	-----
Que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia garanta a descentralização do incentivo financeiro das campanhas de imunização dentro do período de realização das mesmas.	NÃO	-----	-----

**Apêndice D – Resoluções aprovadas – CES-BA, temas e ano de aprovação (2007-2010)**

<b>Temas-resoluções</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Alimentação e nutrição</b>				
Aprova o Plano de Trabalho do Fundo de Alimentação e Nutrição.	X			
Institui a comissão organizadora do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS.				X
<b>Capacitação de conselheiros</b>				
Aprova o plano de ação PARTICIPASUS do estado da Bahia.		X		
<b>Comitês e comissões</b>				
Indica representantes para comissão organizadora da II Plenária Estadual de Conselhos de Saúde.	X			
Indica os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA) para integrarem a Comissão permanente de acompanhamento orçamentário.	X			
Indica os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA) para integrarem a Comissão permanente de acompanhamento dos conselhos municipais de saúde.	X			
Indica os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA) para integrarem grupo de trabalho de recursos humanos.	X			
Indica os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA) para integrarem a comissão preparativa da VII Conferência Estadual de Saúde.	X			
Indica os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA) para integrarem o Comitê técnico estadual de saúde da população negra, no âmbito da SESAB.		X		
Indica os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA) para integrarem a Comissão de acompanhamento e avaliação da implantação do PCCV.			X	
Indica os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA) para integrarem a Comissão intersetorial de saúde do trabalhador.			X	
Indica os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA) para comporem a comissão para implantação, acompanhamento, assessoramento e avaliação do plano de cargos carreiras e vencimentos da SESAB.			X	
Indica os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA) para comporem a comissão de gestão e acompanhamento local do projeto Reorientação nacional da formação profissional em saúde, dentro do programa Pró-saúde – Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde.			X	
Indica os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA) para participarem do Comitê estadual de humanização.			X	
Indica os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA) para participarem do Comitê-gestor da linha de cuidado à gestante e ao bebê do estado da Bahia			X	

Altera o regimento interno da Comissão intersectorial de saúde do trabalhador (CIST).				X
Institui a comissão para acompanhar as investigações referentes ao caso Ana Larissa Menezes Baptista ocorrido no hospital geral Roberto Santos (HGRS).				X
<b>Controle social</b>				
Aprova proposta de projeto de lei que delibera a reestruturação do Conselho Estadual de Saúde a ser encaminhado à Assembleia Legislativa.		X		
Aprova parecer favorável à representação da Federação da Indústria do Estado da Bahia, junto ao Conselho Estadual de Saúde (CES).				X
Aprova parecer favorável à representação da Secretaria de Saúde do Município do Salvador, junto ao Conselho Estadual de Saúde da Bahia.				X
<b>Doenças crônicas</b>				
Aprova parecer conclusivo referente à solicitação da Liga baiana contra o câncer do hospital Aristides Maltez.		X		
<b>Doenças infecciosas</b>				
Aprova o Plano de ações e metas do estado da Bahia DST/AIDS 2008.	X			
Aprova o Plano de ações e metas 2009 do Programa estadual de DST/AIDS.			X	
Aprova o Plano estadual de ações e metas do Programa de execução e controle das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS para o exercício de 2010.				X
<b>Educação permanente</b>				
Reconhece a Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto como unidade de ensino do SUS-BA, bem como solicita ao Conselho de Estadual de Educação apoio ao referido reconhecimento.		X		
<b>Investimento em recursos humanos</b>				
Recomenda ao Conselho Nacional de Saúde autorização para criação do curso de medicina da UNIFACS – Universidade Salvador.			X	
Recomenda ao Conselho Nacional de Saúde autorização para criação do curso de medicina da UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Campus Jequié.			X	
Aprova a possibilidade de utilização do modelo de fundação estadual como instrumento de gestão descentralizada do SUS-BA.	X			
<b>Monitoramento e Avaliação</b>				
Aprova os indicadores estaduais do Pacto pela saúde 2007.	X			
Aprova a prestação de contas do primeiro trimestre de 2007 da Secretaria Estadual da Saúde.	X			
Aprova o termo de compromisso de gestão estadual da Bahia.	X			
Aprova a prestação de contas do segundo trimestre de 2007 da Secretaria Estadual da Saúde.	X			
Aprova a prestação de contas do terceiro trimestre de 2007 da Secretaria Estadual da Saúde.	X			



Aprova a prestação de contas do quarto trimestre de 2007 da Secretaria Estadual da Saúde.		X		
Delibera pela prorrogação do prazo de apresentação do parecer do relatório de gestão 2007.		X		
Aprova o relatório de gestão, exercício de 2007, da Secretaria Estadual da Saúde.		X		
Aprova o Relatório de Gestão, exercício de 2007 da Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA).		X		
Aprova o Projeto de implantação da Rede interagencial de informação para a saúde (RIPSA) no estado da Bahia, com apoio da RIPSA nacional.		X		
Aprova a prestação de contas do primeiro trimestre de 2008 da Secretaria Estadual da Saúde.		X		
Aprova a prestação de contas do segundo trimestre de 2008 da Secretaria Estadual da Saúde.		X		
Aprova a prestação de contas do terceiro trimestre de 2008 da Secretaria Estadual da Saúde.			X	
Aprova o relatório de gestão, exercício 2008, da Secretaria Estadual da Saúde.			X	
Aprova o relatório de gestão, exercício de 2008, da Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA).			X	
Aprova a prestação de contas do segundo trimestre de 2009 da Secretaria Estadual da Saúde.			X	
Aprova a prestação de contas do segundo trimestre de 2009 da Secretaria Estadual da Saúde.				X
Aprova a prestação de contas do terceiro trimestre de 2009 da Secretaria Estadual da Saúde.				X
Aprova o relatório de gestão, exercício de 2009, da Secretaria Estadual da Saúde.				X
Aprova o relatório de gestão, exercício de 2009, da Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA).				X
Aprova a prestação de contas do primeiro trimestre de 2010 da Secretaria Estadual da Saúde.				X
Aprova a prestação de contas do segundo trimestre de 2010 da Secretaria Estadual da Saúde.				X
<b>Plano de governo</b>				
Aprova o Plano estadual de saúde da Bahia (PES); gestão 2007-2010; vigência, dezembro de 2011.			X	
<b>Saúde ambiental</b>				
Aprova a implantação dos sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário a serem implantados em municípios do estado da Bahia com recursos do Programa de aceleração do crescimento (PAC-FUNASA).			X	
<b>Saúde do trabalhador</b>				
Aprova o Plano estadual de saúde do trabalhador do estado da Bahia.	X			
Aprova o regimento interno do conselho gestor do Centro de Estudos de			X	

Saúde do Trabalhador (CESAT).				
Aprova o regimento interno da comissão intersetorial de saúde do trabalhador (CIST).			X	
Recomenda ao Conselho Nacional de Saúde a apreciação e aprovação da Política nacional de saúde do trabalhador, com as alterações sugeridas pela Comissão intersetorial de saúde do trabalhador do estado da Bahia.				X
<b>Aprovação de projetos</b>				
Aprova os Projetos da Liga baiana contra o câncer a serem firmados com o Ministério da Saúde.	X			
<b>Aprovação de tabela de pagamento</b>				
Aprova a resolução da Comissão intergestores bipartite (CIB) n. 54/2008 que aprovou a tabela SESAB para pagamento de prestação de serviços hospitalares de leitos de retaguarda para pacientes sob cuidados prolongados.		X		
Aprova a resolução da CIB n. 149/2008 que aprovou a tabela SESAB para pagamento de prestação de serviços hospitalares de leitos de retaguarda para pacientes sob cuidados prolongados.		X		
<b>Desabilitação de municípios</b>				
Propõe à Comissão intergestores bipartite do estado da Bahia (CIB-BA) a desabilitação do município de Itabuna da gestão plena do sistema municipal de saúde.		X		
<b>Implantação de serviços</b>				
Aprova, <i>ad referendum</i> , a implantação e implementação do Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU): metropolitano de Salvador, regionais de Alagoinhas, Camaçari, Guanambi, Livramento de Nossa Senhora, Porto Seguro, Paulo Afonso, Bom Jesus da Lapa; e municipais de Senhor do Bonfim, Santo Antônio de Jesus e Barreiras.	X			
Aprova a mudança de local para construção da Central regional de armazenamento e distribuição de vacinas no município de Barreiras.				X
Aprova o Projeto de implantação de um hemocentro regional na macrorregião oeste, no estado da Bahia, no município de Barreiras.				X
<b>Eventos</b>				
Define critérios para inscrição de participantes da Bahia na 3ª mostra nacional de saúde da família,		X		