

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS CONSEJOS MUNICIPALES DE BRASIL*

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONSELHOS GESTORES DE MUNICÍPIO DO BRASIL

Águeda Pereira**

Enfermeira, Doutora, Docente do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, UNIVALI, Brasil

Stella Brum

Fonoaudióloga, Doutora, Docente do Curso de Graduação em Fonoaudiologia, Docente do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, UNIVALI, Brasil

Gilberto Zonta

Educador Físico, Mestrando do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, Bolsista de PIPG, Brasil

Mayara da Cunha

Acadêmica de Enfermagem, Bolsista de Iniciação Científica do Programa de Integração entre Pós-graduação e a Graduação, PIPG, Brasil

Artículo recibido el 30 de julio, 2010. Aceptado en versión corregida el 15 de octubre, 2010

RESUMEN

*El sistema de Salud Brasileiro busca una nueva práctica en salud, incorporando las ideas de la Promoción de la Salud como estrategia fundamental. Como las prácticas de la promoción de la salud deben desarrollarse en todos los ámbitos del Sistema, preocupa como se vienen expresando en los Consejos Municipales Gestores de la salud, espacios participativos decisivos de las Políticas de Salud. Investigación cualitativa, donde se verifica en que medida los discursos/acciones/deliberaciones de los Consejos Gestores de Salud y de Derechos de los Adultos Mayores de un Municipio del Sur de Brasil, se aproximan a las ideas de la Promoción de la salud. Se realiza análisis cualitativo de discurso de las actas de reuniones de los años 2005-2006 de estos consejos. Se privilegian dos ejes recomendados en la Carta de Ottawa: Políticas Públicas Saludables y Reorientación de los Servicios de Salud. La discusión sobre Políticas Públicas Saludables, es prácticamente inexistente en las reuniones. La reorientación de los servicios de salud tampoco es mencionada. La mayoría de los registros se refieren a la acreditación de los servicios de asistencia médica secundaria o terciaria y los discursos y acciones relativos a atención primaria son prácticamente inexistentes. Se concluye que los discursos y prácticas en estos consejos municipales están distantes de las ideas de la Promoción de la Salud, aun cuando constatamos algunos cambios. El consejo discute sobre deshumanización en la asistencia en salud y acoge la política de estrategia de salud de la familia, recién implantada. En el Consejo de Derechos de los adultos mayores, aun cuando se percibe preocupación por la calidad de atención hay un fuerte sesgo de asistencialismo en las acciones, lo que genera dependencia en perjuicio de la autonomía de los sujetos. **Palabras clave:** promoción en salud, atención primaria de salud, políticas públicas de salud, participación social.*

RESUMO

*O Sistema de Saúde Brasileiro busca uma nova prática de saúde, incorporando o ideário da Nova Promoção da Saúde, como estratégia fundamental. Como as práticas decorrentes devem adentrar todos os âmbitos do Sistema, preocupa-nos como vêm se expressando nos conselhos gestores municipais, espaços participativos decisórios de Políticas de Saúde. Tratou-se de pesquisa qualitativa, verificando em que medida discursos/ações/deliberações dos Conselhos Gestores da Saúde e de Direitos do Idoso, em um município do sul brasileiro se aproximam do ideário da Promoção da Saúde. Realizou-se análise qualitativa de atas de reuniões dos anos 2005-2006, destes dois conselhos. Privilegamos neste recorte dois eixos recomendados pela Carta de Ottawa/Canadá: Políticas Públicas Saudáveis e Reorientação dos Serviços de Saúde. A discussão sobre Políticas Públicas praticamente inexistente nos fóruns. A Reorientação dos Serviços também é pouco mencionada nestes espaços; a maioria dos registros está relacionada ao credenciamento de serviços de assistência médica secundária e terciária; os discursos e ações relativos à atenção primária são praticamente inexistentes. Concluindo, os discursos/práticas nesses conselhos estão distantes do ideário de Promoção, embora constatamos algumas mudanças: o Conselho de Saúde discute a desumanização na assistência à saúde e acolhe a política de Estratégia de Saúde da Família, recém implantada como uma via de sua qualificação. No Conselho de Direitos dos Idosos, embora se perceba preocupação com a qualidade da assistência há um forte viés de "assistencialismo" nas ações, o que gera dependência e solapa a autonomia dos indivíduos. **Palavras chave:** promoção da saúde, atenção primária de saúde, políticas públicas de saúde, participação social.*

* Subprojeto do Projeto intitulado "Conselhos Gestores de Saúde: Empoderamento e Impacto sobre Gestão Publicam", financiado pelo CNPq (processo. nº 402431/2005-7) e pela FAPESC (FCTP nº14588/2005). Esta pesquisa foi também financiada pelo Programa Integrado de Pós-Graduação e Graduação PIPG/UNIVALI.

** correspondencia e-mail: agueda@univali.br

INTRODUÇÃO

O Movimento de Reforma Sanitária iniciado no final da década de 70 foi um processo motivador para construção de uma nova concepção de saúde e de políticas de saúde. Essa mudança ocorreu legalmente na Constituição de 1988, através das Leis 8080/90 e 8142/90, em que se garantiu o direito à saúde a toda população brasileira. A partir daí cria-se o Sistema Único de Saúde [SUS], pautado em princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação da população (Ministério da Saúde, Brasil, 1990a, 1990b).

A esse marco teórico revolucionário incorpora-se uma nova concepção que vinha sendo discutida mundialmente: a da Promoção da Saúde. Atualmente esta tem sido apontada pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, Brasil, 2002) como eixo norteador e orientador das teorias e práticas de saúde e se constitui em Política a partir de 2006 (Ministério da Saúde, Brasil, 2006). A Carta da Primeira Conferência Mundial de Promoção e Saúde, realizada em Ottawa no Canadá em 1986, se baseava na perspectiva de mudança de um Modelo Biomédico, em que práticas estavam fundamentadas unicamente na cura, para um modelo promocional em saúde que se considera as condições de vida como determinante para a saúde-doença (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 1996).

O novo enfoque parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença, que aponta para os determinantes múltiplos da saúde. A partir do momento em que se considera a saúde como algo mais amplo e não apenas a ausência de doença, as estratégias de intervenção, deslocam-se do eixo puramente individual para a atuação sobre esses diferentes elementos, o que demanda, necessariamente, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a participação social. Identifica-se aí uma proposta sócio-política, que se preocupa com as iniquidades e com a participação da sociedade no processo de tomada de decisões sobre saúde e qualidade de vida.

Assim, um dos aspectos importantes para a consolidação da Promoção da Saúde é a existência de canais e espaços de participação popular que deliberem acerca de políticas públicas, especialmente aqueles ligados diretamente à saúde ou que com ela possuem interfaces (Buss, 2003). Estes mecanismos participatórios vêm sendo paulatinamente criados em diversos níveis da administração pública. Dentre eles destacam-se os conselhos de políticas públicas, principalmente os da área da saúde e assistência social. Estes espaços públicos e institucionalizados de participação política têm estimulado pesquisadores, usuários, gestores e trabalhadores de saúde a examinar o papel que desempenham, tanto no contexto do processo de decisão político-administrativa, quanto na dimensão de suas vinculações com a capacidade organizativa dos movimentos populares (Côrtes, 2002).

Considerando que todos os setores podem contribuir para consolidar o SUS e mudar o modelo assistencial, interessou-nos investigar em que medida conselhos gestores, ligados a área de saúde, tem considerado em suas práticas participativas e decisórias o modelo da Promoção da Saúde. Assim, no presente recorte descrevemos os discursos/práticas dos Conselhos Municipais de Saúde e do Conselho do Idoso do Município de Itajaí-SC, em relação às deliberações sobre políticas de Promoção da Saúde.

AS BASES DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nos últimos 25 anos temos assistido a um crescimento excepcional do campo de Promoção da Saúde que vem impactando profundamente as concepções e práticas de Saúde Pública no Brasil e no mundo, na atualidade. Segundo Becker (2001) um dos primeiros autores a utilizar a expressão "promoção da saúde" foi Sigerist em 1946 ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação. Leavell e Clark

em 1965 (Buss, 2003) desenvolveram um modelo de história natural da doença, em três níveis de prevenção, no qual incluem a promoção da saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem estar geral.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde [OMS] convocou em colaboração com o United Nations Children's Fund [UNICEF], a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. A conferência trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta de 'Saúde para Todos no Ano 2000'. Este e outros eventos e discussões criaram as condições para a organização da I Conferência Internacional em Promoção de Saúde, em 1996, em Ottawa no Canadá, patrocinada pela OMS, Ministério da Saúde e Bem Estar do Canadá e Associação Canadense de Saúde Pública. Este evento, além de fazer críticas aos modelos de saúde anteriores, incluindo o do Canadá aplicado até então, com conotação fortemente comportamental, propôs um novo modelo assistencial (Ministério da Saúde, Brasil, 2002).

Em Ottawa re-definiu-se Promoção da Saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo inserindo-se, dessa forma, no grupo de conceitos mais amplos, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde. As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, afirmando que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos (Ministério da Saúde, Brasil, 2002).

Para Buss (2003) um ponto crítico em todo o debate foi a linha divisória entre a Promoção da Saúde e a Prevenção de Doenças. O termo 'Prevenir' tem o significado de "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que

se realize. 'Promover' tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar; o termo tem uma abrangência maior no seu campo de ação (Ferreira, 1986).

A Carta de Ottawa (OPAS, 1996) preconiza cinco princípios de ação para a promoção da saúde. 1. A formulação e implementação de **Políticas Públicas Saudáveis**, o que implica que a saúde tenha prioridade entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis, com responsabilização pelas consequências das políticas sobre a saúde da população. As políticas públicas saudáveis se expressam por diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações coordenadas que apontam para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. Este conceito vem em oposição à orientação prévia da conferência, que identificava a promoção da saúde primordialmente como a correção de comportamentos individuais, que seriam os principais, senão os únicos, responsáveis pela saúde (Buss, 2003). **A Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde** implica o reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre diversos setores. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam à saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passam a compor centralmente a agenda da saúde. Este princípio ressalta que a promoção da saúde exige a ação coordenada de todos: os governos, os setores sanitários e outras áreas sociais e econômicas, as organizações beneficentes, as autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação (Dobashi, Gonçalves, Barros, & Cabral, 2005). **A Intersetorialidade** é uma conduta institucional que parte da capacidade dos técnicos, gestores e lideranças, que passam

a perceber que os problemas que estão formulados pelas demandas sociais são de ordem complexa e precisam ser vistos de forma integrada, para que haja compreensão de sua globalidade e efetividade nas ações especializadas (Gonçalves, Junior, & Lisboa, 2003). Nessa nova ótica de pensamento, o conceito ampliado de saúde busca ações que podem se concretizar em qualquer espaço, nas escolas, nos ambientes de trabalho, nos locais de lazer, no espaço-território onde vivem as pessoas (Gonçalves et al., 2003). O **Reforço da Ação Comunitária** através do aumento de poder das comunidades na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde. As ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área (Buss, 2003). O **Desenvolvimento de Habilidades e Atitudes Pessoais** favoráveis à saúde em todas as etapas da vida. Para isto é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em qualquer espaço coletivo. Este componente resgata a dimensão da educação em saúde, embora também avance com a idéia de *empoderamento*, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de consciência política propriamente dita (Buss, 2003). A **Reorientação dos Serviços de Saúde**, ressalta que todos devem trabalhar em conjunto pela criação de um sistema de cuidados de saúde que contribua para a Promoção da Saúde. Estes serviços têm de adotar um amplo mandato que seja sensível e que respeite as especificidades culturais. Devem apoiar os indivíduos e as comunidades na satisfação das suas necessidades para uma vida saudável e abrir canais de comunicação entre o setor da saúde e os setores: social, político, econômico e ambiental. Tal perspectiva deve conduzir a uma mudança de atitudes

e de organização dos serviços de saúde, focalizando-os nas necessidades totais do indivíduo, enquanto pessoa, compreendido na sua globalidade.

METODOLOGIA

O objetivo foi analisar os discursos/práticas da promoção da Saúde dos Conselhos Gestores Municipais da Saúde e do Idoso, na cidade de Itajaí/SC, sul do Brasil, à luz dos princípios da Carta de Ottawa (OPAS, 1996). Com base neste e em outros autores e documentos oficiais da Promoção da Saúde (Buss, 2000; Fleury Álvares, de Oliveira, & Vaz, 2002; Nutbean & Blakey, 1996; Sícoli & Nascimento, 2003), construímos categorias. Privilegiamos neste recorte às categorias relativas a Políticas Públicas Saudáveis e Reorientação dos Serviços, Intersetorialidade e Empoderamento.

Quanto ao Município do estudo, Itajaí é uma cidade portuária, localizada na região do Vale do Itajaí, a 94 km da capital do Estado de Santa Catarina. Destaca-se pela função de Centro Portuário do Estado. É considerado município pólo da Microrregião do Vale do Itajaí, que congrega 11 municípios. Tendo uma concentração demográfica predominantemente urbana, sua população é de aproximadamente 150.000 habitantes.

O Conselho Municipal de Saúde de Itajaí foi implantado sob abrigo da Lei nº 2634/1991 (Conselho Municipal de Saúde de Itajaí, 1991), com reuniões ordinárias mensais. É composto por 28 conselheiros titulares e respectivos suplentes. Participam dele quatro segmentos de representação na seguinte proporção de: 50% Usuários, 25% Profissionais de Saúde e os 25% restantes divididos entre Prestadores de Serviço Privados vinculados ao SUS e Governo.

O Conselho Municipal do Idoso de Itajaí foi instituído pela Lei nº 3365/1998 (Conselho Municipal de Saúde de Itajaí, 1998), tendo sido implantado no mesmo ano. É um órgão de deliberação vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social.

É composto, atualmente, por 20 conselheiros divididos de forma paritária entre representantes governamentais e não governamentais; suas reuniões acontecem mensalmente.

A coleta de dados se deu sobre o conteúdo documental das atas das reuniões dos Conselhos selecionados no decorrer do ano de 2005-2006. As atas foram selecionadas utilizando-se o critério de escolha de duas intermitentes. No Conselho da Saúde em que houve mais reuniões no período, analisamos um total de 24 atas, no do Idoso foram analisadas 12.

Quanto aos procedimentos éticos os Conselhos foram previamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, o tempo gasto, a garantia de sigilo quanto à identidade dos conselheiros que aparecerem nos documentos estudados. Seguindo a orientação do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí [UNIVALI] foi construído um Termo de Compromisso de Utilização dos Dados. Ao referirmos os fragmentos de discursos das atas neste estudo, estaremos registrando ao final da fala, o conselho de onde foi extraída, com o mês e ano da reunião, por exemplo: Conselho de Saúde, dezembro de 2005.

AS POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS E A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VISÃO DOS CONSELHEIROS

Conforme a Conferência de Adelaide realizada em 1988 (Ministério da Saúde, Brasil, 2002), as Políticas Públicas Saudáveis caracterizam-se pelo interesse e as preocupações explícitas de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. Como este conceito vem em oposição à correção de comportamentos individuais, que tendem a reforçar o modelo biomédico, para análise dos dados vimos coerência em aproximá-lo do princípio da Reorientação do Modelo de Saúde, pois que este deve incorporar também uma visão ampla de saúde, que inclua os aspectos sócio-econômico-culturais e os

considere na gestão da assistência à saúde. A Orientação dos Serviços de Saúde deve ser modificada gradativamente com a participação dos indivíduos e da sociedade na criação de um novo sistema de saúde, a partir de uma definição e conquista conjunta, sempre considerando os serviços clínicos e de urgência (Reis & Vianna, 2004). A junção destes dois aportes ainda se justifica pela necessidade na efetivação políticas públicas em favor de um modelo de Reorientação à Saúde com vistas a superação do Modelo Biomédico, tão enraizado em nossa cultura.

Nas atas do Conselho de Saúde encontramos registros que dizem respeito ao que consideramos uma Política Pública Saudável, cujo objetivo é a Mudança do Modelo Assistencial: a Estratégia de Saúde da Família¹ que vem sendo implantada no Brasil desde 1994. O Assunto foi trazido à baila em várias reuniões. Numa delas, por exemplo, abordou-se sobre a necessidade de aumento das Equipes de Saúde da Família no Município: o programa de saúde da família, que somava dezesseis equipes, já aumentou o seu número e até o final do ano a meta é alcançar trinta e duas equipes (Conselho Municipal de Saúde, 2005-2006).

A estratégia de saúde da família pode ser compreendida justamente como produto do desenvolvimento dos conceitos e práticas da Promoção da Saúde nos últimos 20 anos. Essa concepção define ações eminentemente intersetoriais, agindo nos determinantes gerais da saúde e da qualidade de vida. Cada setor deverá ter as suas estratégias de atuação, coordena-

¹ A Saúde da Família no Brasil é entendida com uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizado mediante a implementação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento por um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade (Ministério da Saúde Brasil, 2006).

do pelas chamadas “políticas saudáveis” (Becker, 2001). O incremento da Estratégia de Saúde da Família pela Secretaria de Saúde se relaciona às políticas públicas saudáveis na medida em que pretende interferir nos determinantes de saúde e de qualidade de vida e ao princípio da reorientação do modelo assistencial quando reforça o atendimento integral, seja individual ou coletivo.

No Conselho de Saúde aparecem registros que denotam também a preocupação dos conselheiros com a humanização da assistência em saúde, incidindo, portanto, na reorientação do modelo assistencial no sentido de aprimorá-lo. Em contrapartida alguns profissionais resistem a esta mudança, denotando claramente o desejo que se mantenha o *status quo*, ou seja, o Modelo Biomédico.

O representante (médico) lembra que o profissional médico tem quinze minutos para atender cada paciente e, que da maneira que está organizado o pronto socorro é impossível atender o paciente no tempo estipulado pelo Ministério da Saúde, ficando o profissional exposto ao risco do diagnóstico errado (Conselho Municipal de Saúde, 2005-2006).

Referente aos demais profissionais, pertencentes ao Corpo Clínico explicou: não são funcionários do Hospital, são profissionais liberais que prestam serviços regidos pelo Conselho Nacional de Medicina; para a abertura deste Corpo Clínico necessita-se que o profissional não atenda ao serviço requisitado levando o responsável a contratar outros profissionais (Conselho Municipal de Saúde, 2005-2006).

A discussão no Conselho de Saúde expõe uma das feridas na assistência a saúde: a questão do número de atendimentos versus o tempo destinado a cada usuário em sua necessidade, o que aparece em várias reuniões. Este é um dos pontos frágeis que dificultam a humaniza-

ção e integralidade nos atendimentos: os médicos reivindicam que o governo pague melhor seu trabalho, em contrapartida a própria gestão dos serviços, paradoxalmente os acaba pressionando para que atendam mais indivíduos em menos tempo, cumprindo o número de procedimentos estipulados pelo Ministério da Saúde. Consideramos que esta, juntamente com outras questões, como a fila de espera, ou mesmo não atendimento de algumas situações, a má qualidade da relação profissional de saúde-usuário, acabam por ferir os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Por consequência mantém o modelo de saúde vigente, ou seja, hospitalocêntrico e biomédico, o que redundam em pouca resolubilidade e insatisfação do usuário, que não se sente respeitado.

Gerschman y Santos (2004) evidenciam que na contramão das propostas universalizantes do SUS vem se acentuando uma tendência à segmentação de clientela segundo lógicas de mercado (poder de compra), com diferenciações não só da qualidade quanto do tipo de serviço de saúde disponível. No setor público incorporado como circuito inferior de consumo no mercado de serviços de saúde, verifica-se não só uma diferenciação negativa na qualidade dos serviços, como um aumento da restrição do acesso a produtos de maior complexidade, reforçada pelo padrão de especializações das ofertas de serviços pelos setores públicos e privados.

Contrapondo a essa lógica de mercado, vimos que no Conselho de Saúde há discussões e contestação do tipo de serviço que está sendo prestado à população. É através deste elemento fiscalizador, do controle social, que se pode ter serviços de melhor qualidade e sem restrição de acesso e também controle dos profissionais que prestam assistência à saúde da população, tornando-a mais humanizada e portanto, mais próxima do ideário da Promoção.

Por outro lado observamos também, neste Conselho, discussões/práticas que possibilitam o acesso do usuário ao servi-

ço através de alguns esforços. Por exemplo: a criação de estruturas físicas para o melhor atendimento, locação de imóveis, tentativas de minimizar as filas existentes, expansão dos horários de atendimento em algumas unidades básicas de saúde, o que denota uma preocupação em modificar o processo de trabalho com vistas a melhoria da qualidade do atendimento:

O Secretário da Saúde informou que as Unidades de Saúde do bairro X e Y já se encontram abertas de segunda a sexta até as vinte e duas horas atendendo em regime de ambulatório, priorizando o trabalhador que não teria tempo de procurar a unidade de saúde no horário comercial (Conselho Municipal de Saúde, 2005-2006).

O Conselheiro informa sobre a futura inauguração do Centro de Referência da Saúde do Trabalhador que beneficiará os trabalhadores, priorizando os pescadores e caminhoneiros para início do atendimento (Conselho Municipal de Saúde, 2005-2006).

Outro aspecto positivo que nos chamou a atenção foi a discussão no Conselho de Saúde sobre a introdução de práticas “integrativas”, anteriormente denominadas “alternativas”, na rede pública de saúde. Iniciava-se a implantação e treinamento da prática de Do-In² junto aos funcionários e ao público em geral.

Foi implantado o treinamento da prática do DO-IN, a fim de que os funcionários exerçam esta prática entre os mesmos e no tratamento ao público (Conselho Municipal de Saúde, 2005-2006).

As práticas de Do-in, por sua vez hoje integram o que o Ministério da Saúde denomina de Práticas Integrativas. São, em essência, voltadas à compreensão da saú-

de/doença como resultante da vida cotidiana, o que suscita uma intervenção corporal mais integral, que a nosso ver interfere na Reorientação do Modelo Assistencial vigente, no sentido de torná-lo mais humanizado.

Mesmo com estas intervenções, no cômputo geral das discussões a ênfase é claramente no modelo curativo, pois como veremos adiante a maior parte das decisões se concentra na assistência de média e alta complexidade. Mesmo as pautas de prevenção são pouco discutidas e o modelo ainda é o de “evitar doenças”. Por exemplo, há discussão e preocupação sobre o alto índice de pessoas infectadas com dengue; com HIV; abordagens sobre doenças provocadas por zoonoses e em relação à AIDS.

Relatou-se o Projeto Porto Saudável, que é um trabalho de prevenção da AIDS (Conselho Municipal de Saúde, 2005-2006).

Houve explanação e foi abordado casos de Zoonoses e animais em geral: A doença que mais se notifica é mordedura canina; bicho de pé geográfico (Conselho Municipal de Saúde, 2005-2006).

O que pudemos observar é que a discussão não ultrapassa o modelo centrado na doença, mesmo quando se refere à prevenção, pois não há uma preocupação explícita com a pesquisa e controle das causas. Concordamos com Buss (2003) que há um ponto crítico em todo o debate: é a linha divisória entre a Promoção da Saúde e a Prevenção de Doenças. A prevenção, diferente da promoção, orienta-se mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades, ou de uma enfermidade específica. Seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la, mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou precipitam (Czeresnia, 2003). Westphal (2006) entende que a prevenção pode ser incorporada ao ideário da Promoção, desde que se dê importância a causação social das doenças e a processos de formação e empodera-

² Do-in: uma técnica de massagem de origem chinesa que visa a preservação ou recuperação da saúde, através da pressão exercida com os dedos sobre os pontos de acupuntura.

mento individual e coletivo dos indivíduos e grupos envolvidos.

O credenciamento³ ou autorização de serviços é prerrogativa do Conselho de Saúde. Lei de criação nº 4376 de 24 de agosto de 2005 (Conselho Municipal de Saúde, 2005-2006). Seu Art 2º, inciso XX, determina que compete ao Conselho estabelecer diretrizes para a participação complementar do setor privado contratado ou conveniado no Sistema Único de Saúde (o Conselho do Idoso não possui esta prerrogativa). Observamos que o assunto dos credenciamentos ocupa grande espaço da agenda de discussões da Saúde. Na amostra de atas analisadas (2005-2006) encontramos um total de 28 indicações e aprovações de credenciamento de serviços para o Sistema Único de Saúde.

O Presidente do Conselho interrompe a discussão chamando os conselheiros para a votação do credenciamento. Após conferência do quórum é colocado em discussão, a representante do Controle e Avaliação, comunica aos conselheiros que os mesmos estariam autorizando o caminhar do processo de Alta Complexidade (Conselho Municipal de Saúde, 2005-2006).

No ponto de pauta sobre a proposta de credenciamento de eco-cardiograma bidimensional com Doppler, onde se lê que o Sistema Único de Saúde repassa cinquenta reais por exame, sendo os treze reais restantes pagos com recursos próprios do Fundo, o correto é que o valor da tabela pago pelo Sistema Único de Saúde era de vinte e um reais, pagava-se cinquenta e passará a ser pago sessenta e três reais, sendo que o valor a ser pago será três vezes o valor da tabela (Conselho Municipal de Saúde, 2005-2006).

³ Credenciamento é uma habilitação dada pelo governo a uma pessoa ou empresa para atuar em determinado ramo de atividade.

Passamos então a sexta proposta que é, o credenciamento de Oftalmologia do Hospital, sugerindo-se processo de Credenciamento Universal para os prestadores que aceitem realizar todos os procedimentos, desde consultas até a diagnose, pelo valor constante na tabela oficial do Sistema de Informação Ambulatorial. Foi lhes apresentada uma proposta de credenciamento de um pacote que incluem todos os procedimentos existentes na tabela (Conselho Municipal de Saúde, 2005-2006).

Conforme os registros acima os credenciamentos são relativos a serviços de média e alta complexidade de laboratórios e hospitais e têm a sua apreciação pelas comissões que dão seu parecer e sua aprovação. Porém, se expressa uma tensão quando em vários momentos nas atas são registrados pedidos de conselheiros para um tempo maior de análise destes pedidos pela comissão responsável. Quando falamos de credenciamento estamos abrindo um leque de toda uma indústria baseada em proventos da saúde. De um lado, pagadores e financiadores diretos e indiretos do sistema de saúde, sejam eles, empregados e empregadores nos sistemas de base corporativa, a sociedade por meio de gastos privados ou contribuições para o sistema público e o Estado. De outro, os provedores: profissionais (em especial, a corporação médica) e empresários da saúde dos ramos de produtos (o complexo médico-industrial da saúde) e de serviços que tentam enxergar e aproveitar as oportunidades geradas pelo contexto, mediante a garantia de uma presença organizada na arena decisória (Gerschman & Santos, 2004).

A constatação é de que a expectativa do governo e dos serviços privados é de que tais credenciamentos sejam aprovados sem maiores discussões. Embora alguns conselheiros questionem a lisura do contrato, sua clareza, e outros, dificilmente

alguém pergunta da real necessidade deste serviço, de sua efetividade, dos benefícios que trará, qual o impacto e adequação em relação ao plano de saúde traçado, etc. Paira no ar a impressão de que quanto mais serviços complexos, mais a cidade viabiliza a saúde de seus cidadãos. Tal ideário ainda acaba predominando, mesmo junto ao setor governamental, que em princípio deveria defender propostas menos medicalizantes. Entretanto, esta discussão demandaria grande competência dos conselheiros em relação ao ideário da Promoção da Saúde, às reais necessidades de saúde do Município e que tipo de serviços interfeririam de fato melhorando seu perfil epidemiológico e sua qualidade de vida.

A conselheira afirma que para se fiscalizar e aprovar um contrato precisamos primeiro conhecê-lo, reforçou ao dizer que é interessante que se tenha clareza nos contratos. Após intensa discussão foi aprovado o credenciamento (Conselho Municipal de Saúde, 2005-2006).

No caso do Conselho do Idoso a discussão das Políticas em geral parece sofrer uma ingerência da Secretaria de Desenvolvimento Social, no sentido de que existe apenas uma “comunicação” das decisões afetas ao idoso pelo representante do governo que vai ao Conselho para prestar esclarecimento sobre decisões já tomadas, como mostramos nos excertos abaixo:

A Secretária de Desenvolvimento Social assumiu em agosto de 2005 o Centro Multi-uso quando funcionavam somente duas vezes por semana a tarde; agora é de segunda-feira a quinta-feira em período integral, sendo priorizado o atendimento dos idosos em seu território. Antes devido a pouca oferta de dias de atendimento, os idosos rodavam a cidade inteira para poderem participar todos os dias de alguma atividade. Isto aumentou o número de idosos atendidos (Conselho Municipal de Saúde de Itajaí, 1998).

Estranhou-nos o fato de o Conselho ser excluído desta decisão, pois nas competências do Conselho do Idoso em sua Lei de Criação (Art. 8º, Lei 3365) (Conselho Municipal de Saúde de Itajaí, 1998), constam vários itens que o colocam ao Conselho funções de formulador, fiscalizador e deliberador em relação a projetos, políticas, instituições, etc. Talvez seja importante considerar sua recente implantação à época⁴, em torno de oito anos versus a longa trajetória de organização dos Conselhos de Assistência Social, que anteriormente assumiam muitas das questões sociais relativas aos idosos. De qualquer modo parece não haver clareza dos conselheiros e nem do poder público municipal acerca da real função deste Conselho. Desta forma, constatou-se que as Políticas em relação ao idoso, são efetivadas através da Secretaria de Assistência Social, sem a participação efetiva do Conselho do Idoso.

No Conselho do Idoso observamos que as ações assistenciais discutidas possuíam em geral um caráter assistencialista, pois que as falas se restringem a comunicar a distribuição de cestas básicas, fraldas geriátricas e medicamentos para idosos.

A Conselheira observou que o grupo de Assistente Social da Secretaria de Desenvolvimento Social, realizou levantamentos dos dados de idosos cadastrados por regiões, e os casos aguardando visitas domiciliares Região São Vicente: duzentos e quarenta e cinco cadastros ativos de idosos recebendo benefício da cesta básica, mais trinta e quatro casos aguardando por visitas para este benefício e quarenta e dois casos de medicamentos e fraldas geriátricas aguardando visitas. Região Fazenda: duzentos e noventa e dois cadastros

⁴ O Conselho do Idoso neste Município possuía no ano da pesquisa (2006) apenas oito anos de implantação.

ativos de idosos recebendo cesta básica, sete aguardando visitas, e quatro casos de medicamentos para visitas. Região do Promorar: duzentos e sessenta e quatro cadastros ativos de idosos recebendo cesta básica e vinte e dois casos aguardando Visitas para cesta básica e Medicamentos. Região Cordeiros: duzentos e treze cadastros ativos de idosos recebendo cesta básica e trinta e nove cadastros de idosos aguardando visitas domiciliares (Conselho Municipal de Direitos do Idoso, 2005-2006).

Cabe aqui diferenciar assistência de assistencialismo. Segundo Sposati, Bonetti, Yazbek y Falcao (1986), não é a presença do benefício que caracteriza a ação como assistencial; esta seria assistencialista enquanto reiteradora da dependência. Os autores tecem uma longa argumentação do porquê do assistencialismo. Em suma ao exercer o paternalismo, através da concessão de benefícios individuais ou coletivos, mas que se extinguem no imediato, se permanece reproduzindo a dominação e repassando benefícios que o Estado "concede". Assim cria-se a dependência e reproduzem-se mecanicamente as ações.

Em nosso caso, o problema não é propriamente a distribuição de cestas básicas - provavelmente são necessárias -; a questão é a forma isolada como isto aparece. Não há nenhuma outra atividade paralela que enseje outro patamar de ações que levem à autonomia e ao empoderamento, e nem referências a reflexões sobre esta problemática. Assim, o assistencialismo gera dependência e a forma como são distribuídas na maioria das vezes solapa a autonomia dos indivíduos. Mas como afirma Sposati et al. (1986), a prestação de serviços assistenciais não revela necessariamente uma prática assistencialista. Pode-se recuperar neste âmbito de ação os interesses dos setores populares, promovendo seu empoderamento, mas para

tanto seriam necessários outros tipos de intervenção que considerem primeiramente o assistido como um sujeito em cuja cidadania dever-se ia investir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos aspectos importantes para a consolidação da Promoção da Saúde é a existência de canais e espaços de participação popular que deliberem acerca de políticas públicas, especialmente aqueles ligados diretamente à saúde ou que com ela possuem interfaces. Os mecanismos participatórios vêm sendo paulatinamente criados em diversos níveis da administração pública. Dentre eles, evidenciamos e analisamos os discursos/práticas dos Conselhos Municipais da Saúde e dos Direitos do Idoso, à luz de dois princípios da Promoção da Saúde: Implementação de Políticas Públicas Saudáveis e Redirecionamento do Modelo Assistencial.

Quanto a identificação se há referências de discussão sobre Políticas Públicas Saudáveis no Conselhos Gestores observou-se que estas são discutidas, mas se concretizam de maneira muito débil. No Conselho de Saúde quase não existem indicativas destas políticas. As citadas são as implementadas pela Secretaria de Saúde, falam do incremento da Estratégia de Saúde da Família, reforçando o modelo assistencial integral, na medida em que pretende interferir nos determinantes de saúde e de qualidade de vida. No Conselho do Idoso, as indicativas em relação às Políticas Públicas Saudáveis, parecem estar presentes, mas este espaço ainda sofre influência direta da Secretaria de Desenvolvimento Social, de modo que decisões são tomadas naquela instância, e não como se esperaria, no Conselho de Direitos do Idoso.

Já em relação às discussões e deliberações destes Conselhos em relação à Reorientação dos Serviços de Saúde, existem poucas ações que modifiquem o Modelo Biomédico e se materializam mais através de ações de cunho preventivo ou ações "assistencialistas". No Conselho do

Idoso encontramos claramente a prática do “assistencialismo” como forma acesso à assistência, o que vai contra a possibilidade de empoderar a população quanto a seus direitos. No Conselho da Saúde constatou-se presença de maior número de registros de discussões sobre o modelo assistencial, o que denota que é algo relevante para os conselheiros, aspecto que consideramos fundamental para a transformação desta situação.

Os credenciamentos acontecem de maneira diferente nos dois Conselhos: no de Saúde é um prática é rotineira e se referem à autorização de prestação de serviços; o de Direitos do Idoso não pode deliberar sobre credenciamentos de serviços, o que fica a cargo da Secretária de Assistência Social. No Conselho de Saúde observamos que estas autorizações são a favor de serviços de média e alta complexidade, o que reforça a ausência da discussão de Políticas Públicas/Reorientação dos Modelos Assistências a favor da Nova Promoção da Saúde. A exclusividade das aprovações para a assistência complexa denunciam ainda a permanência de uma forte ênfase no modelo médico curativo, cuja a superação tinha que ser no mínimo discutida. No Conselho de Direitos do Idoso, além da ausência de deliberação sobre suas políticas, as discussões sobre assistência denunciam também um vício do Serviço Público: o assistencialismo, que leva os usuários a considerarem-se apenas favorecidos pelo Estado e não portadores de direitos.

Concluindo, os discursos/práticas estejam distantes do ideário de Promoção da Saúde, constatamos algumas mudanças no Conselho de Saúde, onde a presença de Política (Estratégia de Saúde da Família) voltada a atenção primária e reorientação das práticas assistenciais e questionamento dos conselheiros a humanização da assistência. Embora “os idosos” recebam esta nova política da área da saúde não conseguem perceber sua implicação para uma nova assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becker, D. (2001). *No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Brasil.
- Brasil, Conselho Municipal de Saúde. (2005-2006). *Atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Itajaí*, Santa Catarina, Brasil: Conselho Municipal de Saúde.
- Brasil, Conselho Municipal de Saúde de Itajaí. (1991). *Lei nº2634/1991*. Brasil: Conselho Municipal de Saúde de Itajaí.
- Brasil, Conselho Municipal de Saúde de Itajaí. (1998). *Lei nº3365/1998*, de criação do Conselho Municipal de Direitos do Idoso. Brasil: Conselho Municipal de Saúde de Itajaí.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1990a). *Lei Orgânica de Saúde 8080/90*. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil, Ministério da Saúde. (1990b). *Lei Orgânica de Saúde 8142/90*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. (2002). *As Cartas da Promoção da Saúde. Projeto Promoção da Saúde*. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Promoção à Saúde*. Brasília: Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf
- Buss, P. M. (2000). Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. En: D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Conselho Municipal de Direitos do Idoso. (2005-2006). *Atas de reunião do Conselho Municipal de Direitos do Idoso de Itajaí*. Santa Catarina, Brasil.
- Côrtes, M. V. (2002). Participação de usuários nos conselhos municipais de saúde e de assistência social de Porto Alegre.

- En: R. M. Perissinoto, & M. Fucks (Eds.), *Democracia: Teoria e pratica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (2003). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dobashi, B. F., Gonçalves, C. M., Barros, E. O., & Cabral, E. R. (2005). Viva seu bairro: Em Campo Grande/ MS a Promoção da Saúde percorre os caminhos da Intersetorialidade. *Saúde em Debate*, 32, 28-35.
- Ferreira, A. B. de H. (1986). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa* (2a ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Fleury, P., Álvares, J., de Oliveira, V., & Vaz, F. (2002). *Projeto de pesquisa: Construção e Validação de Instrumento de Avaliação de Promoção da Saúde ao nível local*. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliacao_atencao_basica.pdf
- Gerschman, S., & Santos, M. A. (2000). As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil. Arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9, 795-807.
- Gonçalves, S., Júnior, O. D., & Lisboa, M. V. (2003, junho). Intersetorialidade. *Seminário Nacional de Saúde e Ambiente com Controle Sócia*. Ministério da Saúde, Brasil.
- Nutbean, D., & Blakey, V. (1996). El concepto de promoción de la salud y la prevención del SIDA. Uma base integrada y general para la acción em los años noventa. En: OPAS (Ed.), *Promoción de la salud uma antologia*. Washington DC: OPAS.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (1996). *Promoción de la salud: Una antologia* (pp. 367-372). Washington DC: OMS/OPAS.
- Reis, I. N., & Vianna, M. B. (2004). Proposta e análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: Um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), 617-626.
- Sícoli, J., & Nascimento, P. R. (2003). Health promotion: Concepts, principles and practice. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 107-110.
- Sposati, A. O., Bonetti, D. A., Yazbek, M. C., & Falcao, M. C. (1986). *Assistência na trajetória das Políticas Sociais Brasileiras*. Sao Paulo: Cortez.
- Westphal, M. F. (2006). Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: G. Campos, M. C. Minayo, & M. Akerman (Eds.), *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz.