

Ações Básicas de Saúde

1 – Introdução – é um conjunto de atividades que as Unidades de Saúde devem desenvolver, de forma individual ou integrada, para toda a população ou grupos específicos, voltados para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento, cura e reabilitação.

2 – Tipos de Ações:

2.1 – Ações de Promoção:

1 – Detecção e orientação junto à comunidade para a solução de problemas em relação ao ambiente, saneamento e infra-estrutura.

2 – Educação em Saúde com vistas à mudança de comportamento, hábitos e costumes a nível individual, familiar e comunitário que estejam relacionados com a elevação da qualidade de vida e o nível de saúde.

3 – Incentivo à organização e mobilização social com vistas à melhoria das condições de vida.

4 – Intersetorialidade das ações.

2.2 – Ações de Prevenção:

1 – Atividades de vigilância sanitária.

2 – Atividades de vacinação de rotina e bloqueio.

3 – Atividades de vigilância nutricional.

4 – Atividades de vigilância epidemiológica.

5 – Atividades de detecção e controle de doenças: transmissíveis, degenerativas e verminoses.

6 – Atividades de educação em saúde.

2.3 – Ações de Cura e Reabilitação:

1 – Atenção no ciclo gravídico e puerperal.

2 – Internação hospitalar.

3 – Atenção nos casos de urgências e emergências.

4 – Assistência terapêutica.

5 – Atividades ligadas à fisioterapia em casos de seqüelas.

6 – Atividades ligadas à terapia ocupacional.

3.2 – Atividades Específicas Para Grupos de Controle:

3.2.1 – Gestantes:

- 1 – Acompanhamento de pré-natal.
- 2 – Prevenção de sífilis.
- 3 – Prevenção do câncer de colo uterino e de mama.
- 4 – Prevenção do tétano neonatal.
- 5 – Orientação sobre higiene bucal durante a gestação.
- 6 – Estímulo e orientação sobre o aleitamento materno.
- 7 – Incentivo e criação de grupos de gestantes.
- 8 – Orientação sobre sexualidade e relação durante a gravidez.
- 9 – Prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis.
- 10 – Orientação sobre o planejamento familiar.
- 11 – Orientação sobre os cuidados com o recém-nascido.
- 12 – Tratamento de intercorrências patológicas.

3.2.2 – Crianças e Adolescentes:

- 1 – Controle dos nascidos vivos.
- 2 – Estímulo e orientação quanto ao aleitamento materno.
- 3 – Orientação sobre alimentação e higiene.
- 4 – Vacinação de rotina de acordo com o esquema básico.
- 5 – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.
- 6 – Orientação sobre a saúde bucal.
- 7 – Prevenção e tratamento das infecções respiratórias agudas.
- 8 – Prevenção e tratamento das diarreias e desidratação.
- 9 – Estímulo ao soro para a reidratação oral.
- 10 – Prevenção e tratamento de verminoses.
- 11 – Orientação e acompanhamento do desenvolvimento psicomotor e intelectual.
- 13 – Monitoramento de crianças em situação de riscos.
- 14 – Monitoramento e acompanhamento de crianças desnutridas.
- 15 – Prevenção e orientação sobre o uso de drogas.
- 16 – Orientação sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.
- 17 – Orientação sobre sexualidade e gravidez na adolescência.
- 18 – Tratamento de intercorrências patológicas.

3.2.3 – Adultos e Idosos:

- 1 – Prevenção e controle da hipertensão arterial e do diabetes.
- 2 – Orientação sobre a prevenção de doenças cardiovasculares.
- 3 – Orientação sobre os agentes externos causadores de doenças, especialmente o álcool, o fumo e as drogas.
- 4 – Orientação e promoção da realização de exames citológicos nas mulheres em idade fértil.
- 5 – Orientação sobre o auto-exame de mama.
- 6 – Orientação sobre a prevenção do câncer de próstata.
- 7 – Orientação sobre a prevenção dos diversos tipos de câncer, especialmente o de pele, de pulmão e bucal.
- 8 – Orientação ao idoso sobre limpeza, curativo de feridas, hidratação, cuidados com o corpo, alimentação, higiene corporal e atividades físicas.
- 9 – Identificação de situações de riscos em doentes mentais.
- 10 – Orientar sobre o cuidado com os dentes, as doenças periodontais e promover o seu tratamento.
- 11 – Prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis.
Controle de pacientes portadores de patologias crônicas e degenerativas, tais como: hipertensos, diabéticos, asmáticos, enfisematosos, cancerosos, ulcerosos, cardiopatas, epiléticos, hansenianos, tuberculosos, aidéticos, renais crônicos, portadores de doenças ósteo-articulares, doentes mentais e outros.
- 12 – Realização e promoção de internamentos domiciliares, sempre que as condições permitirem.
Orientação às famílias para os cuidados e apoio aos pacientes crônicos e as pessoas idosas.
- 13 – Organização e supervisão de grupos de pacientes.
- 14 – Orientação aos pais e responsáveis quanto os cuidados e apoio aos portadores de deficiência.
- 15 – Tratamento das intercorrências patológicas e atendimento em situações de emergências.

3.2.4 – Trabalhadores:

- 1 – Cadastramento de todas as empresas e locais de trabalho no município.
Identificação dos riscos e problemas ligados à saúde nestes locais de trabalho.
Identificação de queixas que poderão estar relacionadas com os riscos existentes no ambiente de trabalho.
- 2 – Oferecer tratamento aos problemas de menor complexidade.

- 3 – Orientação aos trabalhadores quanto à prevenção de doenças profissionais.
- 4 – Desencadear ações de vigilância no ambiente de trabalho.
- 5 – Promover a orientação dos trabalhadores quanto aos benefícios previdenciários.

3.2.5 – Deficientes Físicos e Mentais:

- 1 – Identificar e cadastrar todos os deficientes físicos e mentais residentes no município.
- 2 – Orientar, através de treinamento específico, as famílias dos portadores de deficiência física e mental sobre a melhor forma de como cuidar deles.
- 3 – Estabelecer mecanismos de atendimento específico e em locais apropriados para os portadores de deficiência física e mental.
- 4 – Orientar as famílias de deficientes físicos e mentais sobre os cuidados relativos a limpeza (higiene corporal), atividades físicas, alimentação, hidratação e cuidados gerais com o corpo.
- 5 – Orientar as famílias de deficientes físicos e mentais sobre os mecanismos de prevenção das mais diversas enfermidades.
- 6 – Identificar as situações de risco em portadores de deficiência física e mental.
- 7 – Identificar e tratar as patologias intercorrentes em portadores de deficiência física e mental.

Municipalização da Saúde

1 – Introdução – o relatório final da VIII CNS – um dos produtos do movimento da Reforma – define saúde como **“resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”**.

Para os participantes da VIII CNS, isto equivale à garantia, por parte do Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional. Esse direito, entretanto, não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional, mas há, simultaneamente, a necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente à integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando

para isso mecanismos que possam efetivá-las. Para ser garantido é necessário o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

Com o advento da Nova República, também em 1986, tomava corpo um movimento pela recuperação do poder político e econômico dos municípios. Essa tendência ganha as ruas e chegou mesmo a contar com adeptos dos mais diversos setores. Fortalecendo-se na campanha eleitoral que elegeria os governadores e o Congresso Constituinte, através de movimentos como a frente municipalista, buscava-se reabilitar os municípios não só na sua autonomia político-administrativa, mas principalmente econômica.

O Senhor Presidente da República, no uso das atribuições que lhe eram conferidas pela Constituição decretou a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) nos estados da federação, com objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde. No interior desse decreto há uma explícita redefinição das atribuições dos três níveis federativos, contemplando a necessária redistribuição regional da renda, paralelamente a um processo de estadualização e, através deste, de municipalização das ações de saúde.

A implantação do SUDS sinaliza para ações administrativas, técnicas e políticas relacionadas à estrutura de poder do setor saúde, remetendo rapidamente para o velho dilema: o modelo de assistência. A implantação do SUDS, respaldada por decreto presidencial (Brasil, 1987), desconcentrou recursos e descentralizou parte do processo decisório para o âmbito dos estados (política denominada "estadualização"), sobretudo no que se refere ao esvaziamento programado do INAMPS, mediante a fusão de suas estruturas administrativas nos estados com as das secretarias estaduais de saúde. Posteriormente, com a extinção de suas superintendências e substituição por escritórios regionais. Além disso, o SUDS possibilitou o desencadeamento de mais dois processos no sentido da descentralização das ações e serviços de saúde: a municipalização e a distritalização.

O SUDS, idealizado enquanto estratégia de transição em direção ao SUS, propunha a transferência dos serviços do INAMPS para estados e municípios. O SUDS pode ser percebido como uma estadualização de serviços. O seu principal ganho foi à incorporação dos governadores de estado no processo de disputa por recursos previdenciários. Contudo, a estadualização, em alguns casos, levou à retração de recursos estaduais para a saúde e à

apropriação de recursos federais para outras ações, além de possibilitaram a negociação clientelista com os municípios.

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer. No entanto, o fato da descentralização e municipalização do SUS ser matéria constitucional, prevista em lei, não assegura sua implantação. Diversos interesses institucionais, políticos e econômicos, a partir da definição da matéria legal, vêm se contrapondo, e a municipalização da saúde dependerá fundamentalmente da articulação das forças favoráveis a sua implementação dentro e fora do SUS. Em outras palavras, a municipalização da saúde sempre foi e continuará sendo, por algum tempo, uma questão de luta política. Se não é intenção deste texto promover a defesa conceitual da municipalização, torna-se necessário localizar os principais entraves à sua efetivação. Estes obstáculos são evidentes, quando se observa, o que na verdade, significa o termo municipalizar.

2 – Definição – “municipalizar é conferir aos municípios o direito, o dever e os recursos suficientes para promover, prevenir e assistir a saúde dos cidadãos no espaço de seu território”. Municipalizar a saúde significa o reconhecimento das responsabilidades políticas do município com a saúde dos seus cidadãos. O exercício pleno desta responsabilidade pressupõe a unificação dos diferentes recursos destinados à saúde, colocando-os sob a gestão do poder municipal, que passa a assumir a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, a organização, a execução, a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde na sua área de atuação.

A Municipalização é uma política de saúde que procura instituir os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos na Constituição Federal e presente já no escopo das Ações Integradas de Saúde, de 1983: Integração, Acesso Universal, Hierarquização e Regionalização com comando único em cada nível de governo. Considera-se fundamental a participação dos cidadãos na definição da política de saúde local, que abarcaria os princípios contidos no SUS, tanto em relação aos serviços quanto à formulação e implementação das ações de saúde definidas a partir da própria localidade.

Para o entendimento da Municipalização, enquanto tática conveniente de implementação de uma política local de saúde, faz-se necessário o enquadramento dos atores da cena social, como se organizam e determinam a política de saúde na localidade como produto e síntese de suas inter-relações. Convém ressaltar que a existência de decisão política local não significa existência de política de saúde local. Neste caso, uma decisão de implantar determinadas ações no setor não é o sinônimo de uma política de saúde. Nem que seja integrado e consoante a um sistema, no sentido de "um conjunto de partes combinadas e coordenadas entre si". Muito menos que sejam estas ações correspondentes aos princípios do SUS.

A municipalização é parte de uma estratégia para concretização dos princípios de constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social, através da devolução de poderes ao município, da descentralização das ações e serviços de saúde e da transformação da relação entre o poder público e a sociedade. Significa, portanto, o reconhecimento da maioria dos municípios na questão da saúde, o entendimento que a saúde dos habitantes demanda, pela sua diversidade, soluções e prioridades diferenciadas e que é de competência local detectar estas prioridades e assumir o encaminhamento das soluções.

O processo de municipalização na construção de sistemas locais de saúde ou mera desconcentração do pronto atendimento da demanda, fragmentando a fila colossal de pacientes das grandes cidades e transformando em milhares de filas menores em frente dos serviços de saúde periféricos. A tradição do Estado brasileiro, centralista e vertical, sempre se caracterizou pela União forte, detentora da maioria fatia dos recursos tributários, em detrimento de estados e, principalmente, de municípios com baixa autonomia e, conseqüentemente, dependentes de orientações, normas e recursos emanados do nível federal.

Apesar da constatação óbvia de que o país tem dimensões continentais e de que são grandes as distorções e diferenças regionais, até então o Estado não tinha uma tentativa clara de reordenação. Esta tentativa surgiu com o SUS, e a municipalização apontou o caminho. Por isso é que se diz freqüentemente que o SUS, a partir de sua concepção, apresentou-se como uma proposta ousada de reforma do próprio Estado brasileiro. Mas, se a necessidade de promover a reforma é lógica, não se quer dizer que seja simples o caminho. Em princípio porque a implementação do SUS significaria a transferência de poder e de recursos da União para os Estados e municípios.

3 – Despreparo dos Municípios – os argumentos contrários à municipalização da saúde e que caracterizariam a resistência institucional neste período se avolumaram na defesa da tese de que o município não estaria preparado para assumir tais responsabilidades. A quantidade e a diversidade dos municípios brasileiros submetidos historicamente à dependência dos estados e da União e a baixa confiança que os dirigentes municipais tinham nas continuidades do processo foram fatores decisivos na definição da política gradualista. Esta política define a implementação do SUS como processo, o que quer dizer que o SUS não existe efetivamente na sua integralidade. O que existe é um processo de construção do SUS, definido pela política gradualista de implementação, cuja principal estratégia foram as Normas Operacionais Básicas (NOBs).

A NOB/91:

1 – estabelecia aspectos operacionais e necessários ao gerenciamento do SUS, a serem cumpridos pelos municípios.

2 – enunciava o convênio como forma de transferência de recursos para os municípios.

3 – definia prestação de contas semestrais dos recursos transferidos aos municípios.

4 – Municipalização da Demanda – enquanto o Ministério da Saúde adotava a política gradualista para promover a implementação do SUS, um outro movimento surgia e ganhava corpo nos municípios brasileiros. Este movimento, de demanda da própria cidadania, forçava aos municípios a criar estruturas, postos e centros de saúde, às vezes hospitais, ou a assumir serviços de saúde sucateados pelo estado.

A municipalização de demanda ganhou importância na década de 1980, sendo impulsionada pela reordenação tributária promovida pela Constituição de 1988 e continuou de forma acentuadamente nos anos de 1990. As secretarias municipais de saúde tiveram que ser organizadas e passariam ter relevância na vida política dos municípios. Este período coincidiu com acentuada retração do aporte de recursos do nível federal para o setor de saúde e omissão quase completa dos recursos oriundos dos estados da federação.

O significado da municipalização da demanda, portanto, só pode ser plenamente entendido quando se observa que os municípios brasileiros foram obrigados ao desembolso de recursos consideráveis do seu próprio orçamento, o que contribuiu para evitar o colapso da saúde no país. Ao mesmo tempo em que aumentavam sua participação no conjunto da saúde pública nacional

os municípios continuavam com grande dificuldade no cadastro de seus serviços junto ao sistema nacional de saúde e tinham que jogar parcelas adicionais de recursos próprios para seu custeio. Além disso, ainda estavam subordinados a todas as regras estabelecidas pelo antigo INAMPS relacionadas ao uso dos recursos oriundos da prestação de serviços. A construção e incorporação de novos equipamentos de saúde e ampliação do atendimento médico não significam necessariamente impacto nas condições de vida da população.

Os secretários municipais, dentro deste quadro, eram gerentes da rede de serviços públicos municipais, convivendo com serviços de competência dos estados e da União em seu território. Apesar disto, no vazio de responsabilidade de um sistema multifocado, o secretário de saúde é visto cada vez com maior intensidade, pelos próprios cidadãos como responsável pela saúde do seu município.

5 – Gerência e Gestão:

5.1 – Introdução – a NOB 01/93 definiu três condições de gestão para estados e municípios e estabeleceu uma nova sistemática na relação até então existente entre as esferas de governo. Estados e municípios poderiam, se habilitar nos termos da lei 8142/90 nas condições de Gestão Incipiente, Parcial e Semiplena. Estas condições de gestão, dependentes da vontade do município em assumi-las e do cumprimento de pré-requisitos contidos anteriormente descrita, cristalizava o de gestão e o diferenciava de mera gerência que delimitava até então o universo de atuação dos secretários municipais de saúde.

O município podia, a partir de qualquer uma delas interferir, através do controle e avaliação próprios, no desempenho dos prestadores privados de saúde presentes em seu território. Já a União afastava-se quase completamente da gerência de seus serviços transferindo-os aos estados e municípios, mas demonstrava também a intenção de promover esforços no sentido de delimitar e congelar o desembolso de seus recursos destinados à assistência dentro do SUS. O governo federal queria saber o quanto custava o SUS e quanto efetivamente a União iria desembolsar mês a mês.

5.2 – Gerência Incipiente e Parcial – das três formas de gestão previstas na NOB/93, incipiente, parcial e semiplena, as duas primeiras mantêm as secretarias municipais de saúde como prestadoras de serviços ao SUS, recebendo o repasse de recursos por produção. A lógica do pagamento por produção é perversa, na medida que obriga os prestadores, inclusive os

municípios, a optar pelo que está mais bem contemplado na tabela para articular os seus serviços. Com a limitação do teto orçamentário de um lado e a pressão dos fornecedores de serviços do outro, o espaço de manobra das secretarias municipais é sensivelmente reduzido. O processamento dos serviços produzidos, baseado em Fichas de Programação Orçamentária (FPOs), por metas mensais pré-estabelecidas, sujeita o município a constantes glosas em seus serviços ambulatoriais.

Na condição de gestão parcial, a NOB/93 previa que o município iria receber a diferença entre os serviços produzidos e o seu teto orçamentário, o que possibilitaria um maior espaço para a readequação do sistema em nível local. Este compromisso o Ministério da Saúde nunca cumpriu.

5.3 – Gestão Semiplena – a gestão semiplena, prevista na NOB/93, iria significar o grande avanço na política gradualista adotada pelo SUS. Nesta condição de gestão o município recebe a totalidade do seu teto orçamentário repassado fundo a fundo municipal. Com este recurso as secretarias municipais pagam os prestadores de serviço, tanto públicos quanto privados, e sobra remanescente, sob supervisão do conselho municipal de saúde, pode ser livremente aplicada no custeio de serviços de saúde e leitos como prioritários.

A adesão dos municípios a esta condição de gestão se deu numa atmosfera densa onde os riscos tinham que ser considerados. Isto porque, ao assumir o seu teto orçamentário, o município passava a ser responsável pelo pagamento dos serviços, deslocando o eixo de pressões da União para o nível local. Em caso de extrapolação de seu teto orçamentário seria de responsabilidade local o pagamento da diferença. Os reflexos imediatos da semiplena em nível dos municípios se fizeram sentir no reforço de seus serviços de controle e avaliação, o que determinou uma redução significativa principalmente das internações hospitalares, numa antevisão de que seria possível conseguir e qual o limite da política restritiva adotada pela União.

Em contrapartida, os municípios em semiplena passariam a enfrentar pressões corporativas devido à insatisfação com o nível de remuneração da Tabela Nacional do SUS e com o menor poder de articulação de outros expedientes como, por exemplo, a prática bastante disseminada da cobrança por fora. A semiplena delimitou o rosto do SUS, responsabilizou as prefeituras e o gestor local perante aos cidadãos, ajudou de formas concretas no amadurecimento do conceito de responsabilidade sanitária e estabeleceu-se como referência como novos avanços da política gradualista.

5.4 – Gestão Plena – a NOB 01/96 vem aperfeiçoar a gestão dos Serviços de Saúde no país e a própria organização do sistema, visto que o município passa a ser o responsável pelo atendimento das necessidades e das demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenção saneadoras em seu território. Esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde. As gestões plenas municipais são 2: G. Plena da Atenção Básica e G. Plena do Sistema Municipal.

Ambas recebem recursos de forma regular e automática para o atendimento básico, na forma de PAB (Piso de Atenção Básica), no valor de R\$ 10,00 hab./ano. Recebem também recursos, na forma de incentivo, para assistência farmacêutica básica, saúde da família, agentes comunitários, carência nutricional, vigilância sanitária e epidemiológica.

Na Gestão Plena do Sistema, os municípios habilitados recebem os recursos de assistência especializada ambulatorial e hospitalar fundo a fundo, além de recursos de assistência básica.

Os sistemas de informação devem ser alimentados mensalmente. Esses sistemas de informações são:

SIM: Sistema de Informação e Mortalidade.

SINASC: Sistema de Informação de Nascidos Vivos.

SINAN: Sist. de Informação de Agravos de Notificação.

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

SAI: Sistema de Informação Ambulatorial.

SIH: Sistema de Informação Hospitalar.

SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários.

Nota – este texto é, na realidade, uma breve introdução, por isso queremos esclarecer aos interessados no assunto, que para obter o texto na íntegra (total), basta solicitá-lo, que atenderemos todos os pedidos e enviaremos os mesmos pelos Correios e Telégrafos; portanto, entre em contato conosco através dos nossos telefones ou e-mail.

À Direção.

Maceió, Janeiro de 2.012

Autor: Mário Jorge Martins.

Prof. Adjunto de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Mestre em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Médico da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).