

NOTA TÉCNICA Nº 35/2017

Brasília, 01º de dezembro de 2017.

ÁREA: Saúde
TÍTULO: Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, Portaria 2.436/ 2017.
REFERÊNCIAS:

Portaria MS nº 2.488/2011
Proposta da CIT, de 27/07/2017, sobre a revisão da PNAB
Portaria MS nº 2.436/ 2017

PALAVRAS-CHAVE:

Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção à Básica, Município, Comissão Intergestores Tripartite.

1. Introdução

Ao longo de 2017, o Ministério da Saúde - MS, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS reafirmaram a necessidade de revisão e aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), expressa na Portaria 2.488/2011.

A Confederação Nacional de Municípios (CNM), maior entidade municipalista do país, promove nesta Nota Técnica uma análise da Portaria Ministerial 2.436 de 21 de setembro de 2017, com o objetivo de orientar prefeitas e prefeitos a respeito das potencialidades e ausências detectadas. Como passo-a-passo para o processo de análise da proposta, esta Nota Técnica abordará as seguintes etapas:

- a) Nova configuração organizativa e funcional;
- b) Financiamento da Atenção Básica;
- c) Equidade em Saúde e a nova PNAB.

Esses temas são encontrados no Anexo I da Portaria, que trata da operacionalização da Política.

a) NOVA CONFIGURAÇÃO ORGANIZATIVA E FUNCIONAL

A nova PNAB revela uma extensa série de potenciais mudanças em relação às formas de garantia da ABS: alterações e ampliação de ações, estruturas, arranjos e especificidades das equipes e na ABS na Rede de Atenção.

A CNM alerta aos gestores que perante a quantidade e profundidade de alterações propostas, é de extrema importância a leitura de toda a Portaria. A Nota não esgota a possibilidade de abordagem das

diversidades e novidades definidas na PNAB, o foco é apresentar alguns dos aspectos que impactam a gestão local da ABS.

Sobre a ABS na Rede de Atenção à Saúde (RAS), no Anexo 1, ponto 2, destaca-se:

*“Recomenda-se a articulação e implementação de processos que **umentem a capacidade clínica das equipes**, que fortaleçam práticas **de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde**, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a **comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros**”. (Grifos nossos).*

Para tanto a PNAB 2.436/ 2017 considera a microrregulação, o aumento da capacidade clínica, a gestão de filas e dos exames utilizando, entre outras, tais como as “ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso”; sem apontamento por parte do Ministério de como será financiado esse “aumento da capacidade clínica”. O que se percebe é a inclusão de mais responsabilidades de cuidado e organização da RAS aos Municípios, sem o devido reconhecimento da necessidade de apoio técnico e financeiro que consiga absorver as novas demandas listadas.

Ao mesmo tempo não é novidade para os gestores que o Núcleo Telessaúde/UFRGS, responsável pelo serviço 0800 nacional deixou de receber recursos do Ministério da Saúde, neste caso está funcionando apenas no Rio Grande do Sul.

Comparando as Portarias PNAB 2.488/ 2011 e 2.436/ 2017, percebe-se que na última há ausência do apoio técnico e financeiro do MS e das SES à Educação Permanente. A ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica prescinde de ações nessa esfera, afinal, com a aprovação da EC 95/2016 (teto de gastos) todos os Entes da Federação deverão fazer mais com o mesmo nível de recursos financeiros. Para tanto, sem apoio concreto à qualificação dos processos e dos profissionais, a meta de garantia e ampliação da RAS não será atingida.

- **INFRAESTRUTURA E AMBIÊNCIA**

“As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS.

Devem, ainda, ser cadastradas no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de acordo com as normas em vigor para tal”.

Tal alteração indica uma melhoria para os Municípios: mantêm-se parâmetros de construção sem a problemática da defasagem técnica que o uso de manuais pode gerar perante as necessidades de infraestrutura local. **Quanto aos ambientes da UBS**, a Proposta traz recomendações para Unidade Básica de Saúde, Unidade Básica de Saúde Fluvial e Unidade Odontológica Móvel.

Quanto ao funcionamento das UBS na antiga PNAB, o quantitativo da população adscrita é relacionada à estrutura física e localização e poderia variar entre 18 mil pessoas quando a UBS não tivesse ESF e se localizasse em grandes centros urbanos ou 12 mil pessoas quando a UBS tivesse ESF. A nova Portaria refere que, a população adscrita por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família deve oscilar entre 2.000 a 3.500 pessoas. Existiria ainda a possibilidade de arranjos de adscrição, horários e dias diferenciados, desde que pactuados através das instâncias de participação social (participação da comunidade).

“As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNES, bem como nos instrumentos de monitoramento e avaliação. A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de segurança sanitária”.

Quanto ao **funcionamento** o parâmetro recomendado é:

- Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população;
- Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social;
- Até 4 (quatro) equipes por UBS com equipes de Atenção Básica ou Saúde da Família, para que possam atingir seu potencial resolutivo;
- Fica estipulada para cálculo do teto máximo de Equipes de Atenção Básica e Saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal - pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos - a seguinte fórmula: $\text{População}/2.000$

(atualmente é a mesma fórmula¹). Em Municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, o teto fica restrito a uma equipe de Saúde da Família ou de Atenção Básica responsável por toda população.

A nova PNAB também disponibiliza **dois tipos de ações e serviços da Atenção Básica**:

- Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e
- Padrões Ampliados - ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando as especificidades locais e decisão da gestão.

Nesta configuração, as equipes da **AB devem garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial** e recomenda-se que também realizem ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade.

Nesse intuito, o elenco de ações e procedimentos estratégicos deve contemplar de forma mais flexível as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definido a partir de suas especificidades locorregionais. Caberá a cada gestor municipal realizar análise de demanda no território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua Unidade.

Nas UBS deverá ser garantida a afixação das informações em local visível, com identificação e horário de atendimento; mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe; identificação do gerente/gestor do território e dos componentes de cada equipe da UBS; relação de serviços disponíveis e detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

- **Tipos de Equipes**

Assim como na Portaria 2.488/ 2011, a nova Política mantém na ABS equipes ESF com 40 horas semanais, contudo desaparecem as figuras das **Modalidade I e II** (Portaria 978/2012 e anexos). **Para equipe de Saúde da Família (ESF)**, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

¹ Portaria MS/ GM 2.355/2013.

Pela Proposta, a composição das **equipes ESF** passa a ser:

“Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.”

“O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local”.

Nesse sentido, mantem-se as características da PNAB 2.488/2011 **COM EXCEÇÃO do mínimo obrigatório de Agentes Comunitários de Saúde** que passam de, no mínimo 4 por ESF na Política anterior para, no mínimo 1 Agente Comunitário de Saúde; podendo fazer parte da ESF o Agente de Combate à Endemias.

Como anunciado nos princípios e diretrizes, para fins de organização e financiamento, a nova PNAB reconhece a possibilidade de implantar **Equipes da Atenção Básica (EAB)**. A gestão municipal poderá compor sua RAS com equipes de Atenção Básica e/ou ESF de acordo com características e necessidades do Município. As equipes ESF mantêm-se com a sua formação praticamente inalterada. As EAB/UBS podem ser compostas por:

“As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias.”

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

O tipo e quantidade de profissionais para as EAB ficarão a critério do gestor. A carga horária de cada categoria profissional supracitada deve somar no mínimo 40 horas/semanais.

Para as EAB está previsto o trabalho da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), **como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da**

Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os Agentes Comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica.

Quanto as **equipes de Saúde Bucal (eSB)**, a Portaria define:

- Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, **constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal**. Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (ESF) e de Atenção Básica (EAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:
 - Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;
 - Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (EAB) ou equipe de Saúde da Família (ESF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

Outra novidade diz respeito à atuação do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF), que passa a ser denominado como **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)** e vinculam-se as diversas equipes da ABS, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de atenção básica/saúde da família. Assim como na PNAB anterior, os Nasf-AB, constituem-se em equipes multiprofissionais e interdisciplinares compostas por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica.

“Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica).”

A composição do Nasf-AB pode contar com os profissionais das ocupações do Código Brasileiro de Ocupações – CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico

Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

Sobre a **Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)** é prevista a implantação nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. Segunda a Portaria, o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente, com carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor. O ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.

Quanto as especificidades da ESF, a Portaria 2436/ 2017 mantém as Equipes de Saúde da Família para o atendimento da **População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira (eSFR), Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF), e Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)**. A novidade passa a ser a inclusão da **Equipe de Consultório na Rua (eCR)** – equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica. Para cálculo do teto das equipes dos Consultórios na Rua de cada Município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde. **As Equipes de ESF para Assentamentos e população Quilombola foram excluídas entre a transição da 2.488/2011 para a 2.436/ 2017.**

- **ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Pela nova PNAB, os profissionais das equipes de Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual,

municipal ou do Distrito Federal. Duas novidades fundamentais nas atribuições são percebidas na nova PNAB:

- **A junção das atividades de ACS e ACE.**

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínicas e sanitárias mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

ACS e o ACE podem compor tanto a Equipe de Atenção Básica quanto a Equipe de Saúde da Família e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior vinculados à equipe.

Nas localidades em que não houver cobertura por Equipe de Atenção Básica ou Equipe de Saúde da Família, o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do Município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

A CNM entende que esse é um avanço necessário para o conjunto das ações básicas de saúde e apoia à integração no mesmo território das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde com os Agentes de Combate às Endemias, considerando que esses profissionais pertencem à mesma carreira, são regidas pela mesma regulamentação, com direitos comuns e competências definidas conforme especificidades de atuação no trabalho de campo, e ainda convergem na busca da prevenção de doenças e promoção da saúde.

- **A inserção da figura do Gerente de Atenção Básica.**

Na antiga PNAB, atividades tipicamente gerenciais eram atribuídas normalmente aos profissionais da Saúde. Na nova PNAB traz-se como novidade a possibilidade da inserção do Gerente de Atenção Básica, profissional que deve reunir conhecimento teórico sobre planejamento, de desenvolvimento de pessoas, logística e Redes de Saúde, aliado à experiência na Atenção Básica.

Ressalta-se a complexidade e dificuldade de gerenciar ao mesmo tempo protocolos, fluxos, promover dimensionamento e pensar/programar custos, insumos, férias da equipe e demais atividades consideradas administrativas. Para a CNM resta compreender se o aumento da composição das Equipes terá reflexo direto no financiamento da mesma.

b) FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Em termos de financiamento, a Portaria 2.436/2017 é literalmente um “cheque em branco”. Ao longo do texto não há referência alguma às portarias já instituídas que estabelecem os incentivos e valores de repasse fundo a fundo. Da mesma forma quando citados os recursos *per capita*, não se efetua determinação textual de quando será atualizada a contagem populacional, situação que afeta consideravelmente a Atenção Básica de todos os Municípios do país.

Os proponentes anunciam a expansão das formas de organização das equipes de Atenção Básica sem a prévia e devida definição do financiamento. Nesse sentido, estranha a ausência, na pretensa portaria, do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), instrumento de qualificação sistemático das ESF e de importantíssimo papel no aumento do incentivo financeiro junto aos Municípios e profissionais.

Refere-se continuamente a idéia/objetivo de instituição de mecanismos que ampliem o escopo de serviços a serem ofertados nas UBS, com a definição de padrões essenciais e ampliados; do escopo de atendimento; de listas de procedimentos, ou seja, processo que desde que discutidos e avaliados, os Municípios poderiam promover e adotar. Porém da forma que esses incisos são postos, dão margem ao entendimento que tais garantias deverão ser de responsabilidade financeira do Ente municipal, situação que segue na lógica da concentração dos recursos federais e descentralização das responsabilidades.

Outra situação temerosa sobre o financiamento diz respeito ao possível **efeito cascata dos repasses dos Estados aos Municípios**. Com a extinção das Modalidades I e II das ESF, a retirada de parte das Equipes para populações específicas; os Estados também poderiam desconhecer dessas especificidades e retirar incentivos. Em termos dos dois Entes, União e Estados, não foram localizadas referências a respeito de prazos determinados entre o “credenciamento” do serviço e a “implantação”; dando margem à continuidade do grave problema da abertura de serviço e a permanência de meses sem resposta do credenciamento e do financiamento por parte do Ministério da Saúde, além de ferir o pacto federativo de articulação, diálogo, pactuação e competências entre os Entes.

c) EQUIDADE EM SAÚDE E A NOVA PNAB

A Confederação Nacional de Municípios entende que a revisão da PNAB faz parte do processo contínuo de avaliação das ações e resultados alcançados até o momento. Claramente, a atual PNAB, assim como fatores socioeconômicos, foi responsável pela melhoria dos indicadores de saúde da população, com um importante aumento da cobertura da Atenção Básica.

Nesse processo, o Município é o Ente-chave: nele se dão os espaços da vida, da vulnerabilidade, do adoecimento e das dificuldades de organização e garantia do Sistema Único de Saúde (SUS) acolhedor e resolutivo.

Para ser completa e condizente com a construção do SUS, essa revisão prescinde dos atores políticos dos Municípios. Lamentável e reiteradamente permanecem situações que denotam esses espaços de debate e construção fechados às entidades municipalistas.

Mudanças profundas como a ampliação das equipes de Atenção Básica, do Núcleo de Apoio, as configurações de composição e trabalho de ACS e ACE, a ampliação da responsabilidade técnica e as ausências de norteadores a respeito do financiamento para garantir princípios e diretrizes indicam que a atual proposta da nova PNAB poderia se configurar com alguns avanços, contudo ainda apresenta cenários de muitos desafios e incógnitas a superar.

Dessa forma a Portaria 2.436/ 2017 nos remete à dúvida se, com tal configuração, a mesma possa se mostrar uma Política mais equitativa ou se contrária ao Pacto Federativo. Na prática, a CNM defende a promoção de debates sobre ações que busquem a inclusão social de populações específicas, dos gestores, da sociedade, dos trabalhadores do SUS, do Poder Executivo, do LEGISLATIVO e judiciário visando à equidade no exercício do direito à Saúde.

A CNM defende a necessidade de mudanças, mas acima disso luta pela participação de todos para a revisão e atualização da Política de Saúde. Desta forma, acredita que a PNAB necessita de reformulação e de processos de discussão e construção mais sólidos, que somente serão conquistadas pela ampla participação, debate e respeito às diversidades e realidades dos Entes.

Referências

FIORIN, José Luiz. Língua, discurso e política. **Alea**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, p. 148-165, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-

106X2009000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-106X2009000100012>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2488/2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), acessado em 04 de agosto de 2017, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. MINUTA PNAB CONSENSO GT-CIT COM CONTRIBUIÇÕES DO CONASEMS, CONASS e DAB (Pós reunião CIT -27.07.17). Acesso em 02 de agosto de 2017, disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/07/minuta-pnab.pdf>,

BRASIL. Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas- Programa Brasil Quilombola- Secretaria de políticas de promoção da igualdade racial- Brasília, 2013. Acesso dia 09 de ago de 2017. Link: <http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/arquivos-pdf/guia-pbq>

Área Técnica da Saúde

(61) 2101 6005

(051) 3231-7155