

## NOTA TÉCNICA Nº 30/2017

Brasília, 24 de agosto de 2017.

---

**ÁREA:** Saúde

**TÍTULO:** A proposta da CIT de mudança na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB

**REFERÊNCIAS:**

Portaria MS nº 2.488/2011

Proposta da CIT, de 27/07/2017, sobre a revisão da PNAB

**PALAVRAS-CHAVE:**

Política Nacional de Atenção à Básica (PNAB), Gestão da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

---

### 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), que compõem a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), reafirmaram a necessidade de revisão e aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), expressa na Portaria 2488/2011.

Em julho deste ano, a CIT, responsável pela proposição de alterações nas políticas nacionais de Saúde, apresentou uma minuta contemplando modificações para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A Confederação Nacional de Municípios (CNM), maior entidade municipalista do país, promove nesta Nota Técnica uma análise detalhada desta Proposta, publicada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), datada de 27 de julho de 2017, com o objetivo de provocar algumas reflexões, orientar prefeitas e prefeitos a respeito das potencialidades e ausências detectadas, bem como contribuir para o aprimoramento da Proposta que necessita um viés mais municipalista, haja visto que são os Municípios que executam as estratégias e ações que envolvem a atenção primária à Saúde.

A análise da Proposta CIT exposta nesta Nota não se limita somente às informações contidas no texto em si. Assim, foi necessário verificar também outras fontes, tais como pareceres e notas técnicas de gestores municipais, uma pesquisa sobre a legislação e artigos, informações originárias de entidades como Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), organizações de classe e instituições, como a Fiocruz, além das referências midiáticas emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Portanto, como passo-a-passo para o processo de análise da proposta da CIT, esta Nota Técnica abordará as seguintes etapas:

- Formato e disposição dos conteúdos na Proposta CIT;
- Processo de construção da nova PNAB;
- Princípios e Diretrizes;
- Nova configuração organizativa e funcional;
- Financiamento;
- Conclusão: Equidade em Saúde e a PNAB.

Esclarecidas as fontes consultadas e como se configura esta Nota, é preciso agora descrever o parecer da Comissão. Destaca-se que, como toda análise referente a políticas públicas, a CNM apresenta os critérios técnicos necessários para a compreensão da proposta, mas também lança um criterioso olhar a todo o processo de construção e articulação.

### 1) Formato e disposição dos conteúdos na Proposta CIT

O formato e organização mostram-se com fluxo e crescente de temáticas amigáveis ao tratar-se de um texto que pretende reestabelecer a Política Nacional. O aumento do número e dos conteúdos que passam a ser “artigos” e não mais “anexos” torna a leitura fluida e facilita a localização e desenvolvimento dos temas.

A proposta apresenta 10 artigos e 1 anexo, enquanto a PNAB (Portaria 2488/2011) apresenta 5 Artigos – dos quais os últimos dois revogam legislações anteriores e, 3 anexos. Assim, o sentido da proposta CIT aloca-se nos artigos, deixando para o único Anexo às especificações e conceituações.

Por entender que a língua não é um instrumento neutro de comunicação, mas é atravessada pela política, pelo poder, pelos poderes (Fiorin, 2009), a apresentação inicial da Proposta CIT destoa dos discursos veiculados pelos proponentes federais, os quais afirmam manter a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária.

#### Quadro 1: Resumo PNAB x Resumo proposta CIT

PNAB 2488/2011	Proposta CIT
<b>Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde</b>	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, <b>no âmbito do</b>

da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	<b>Sistema Único de Saúde (SUS)</b>
---	-------------------------------------

A primeira expressa a escolha da estratégia prioritária de organização da Atenção Básica para o Brasil, ou seja, a ESF em conjunto com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No campo da Saúde, as relações entre discurso e política não podem ser negadas. Portanto, tal mudança é entendida como uma manifestação, uma mudança na relação de poder que pretende reconhecer todas as possíveis configurações da Atenção Básica. A Confederação entende que a proposta da CIT contempla ações de Estado e não mais ações programáticas, atreladas ao um programa de governo, mas sim de Estado.

## **2) Processo de construção da nova PNAB**

Inicialmente, vale referir - embora sinalizada e amplamente reiterada a garantia do Pacto Federativo pelo atual Presidente da República - o Ministério da Saúde mantém ignorar a necessidade de convocação de entidades municipalistas para o debate e construção conjunta de mudanças estruturantes da Saúde nacional.

Mesmo não tendo assento na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a CNM é a entidade que congrega os responsáveis pelas políticas nos Municípios – Prefeitas e Prefeitos – que representam a autoridade máxima na estrutura administrativa do Poder Executivo no Município (CF, 1988) e essas revisões dizem respeito às mudanças nas “Responsabilidades dos Entes”, presentes nos artigos 7 a 10 da Proposta, ou seja, uma situação que envolve diretamente o Poder Executivo local e que urge a sua integração no processo desta revisão.

Traçando um comparativo da atual PNAB (Portaria 2488/ 2011) com a Proposta CIT, a responsabilidade na esfera municipal tem alterações consideráveis como:

- a) O foco das responsabilidades da execução deixa de ser de “Secretarias Municipais de Saúde”, e transfere-se para os “Municípios” (artigos 7º ao 10 da Proposta CIT).

*Análise:* A perspectiva nessa mudança é a de retirar da Secretaria responsável pela execução da política e, que integra as instâncias de formulação, execução, regulação da mesma, para uma esfera que potencialmente responsabiliza a autoridade máxima na estrutura administrativa do Poder Executivo do Município, neste caso, os Prefeitos.

- b) O quantitativo das responsabilidades “comuns” entre as esferas de governo passam de 13 para 20, com destaque:

- *inciso III, Art. 7º - garantia à infraestrutura e acessibilidade de pessoas com deficiência;*
- *inciso VIII, Art. 7º - garantia de provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo;*

*Análise:* Questiona-se o potencial dos Municípios serem responsabilizados por ações de fixação para além do que já se estabelecem, por exemplo, no *Programa Mais Médicos (PMM)*. Pesquisas dos Conselhos de Classe das profissões da saúde mostram o desafio de fixação de profissionais fora da linha litorânea e das grandes cidades. Dessa forma, a CNM entende que novas garantias de fixação também devam ser de exclusividade dos Estados e do governo federal.

- *inciso VIII, Art. 7º - desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informação e o prontuário eletrônico da Atenção Básica, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades;*
- *inciso X, Art. 7º - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde (equipes, procedimentos eletivos, exames), buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, conforme necessidade do território e planejamento de saúde, entre outros.*

*Análise:* a CNM entende positiva a “garantia tripartite de dispositivos” visto que, a atual Proposta CIT não rompe com a lógica do financiamento *per capita*, fracionada e vinculada à implantação dos programas federais, nem da transferência de recursos por produção, modalidade que direciona recursos financeiros a quem mais concentra população, estabelecimentos e procedimentos; características de grandes centros urbanos. E, a partir dessa manutenção da lógica – quem mais atende, mais recebe – se manterá também a tendência de Municípios de médio e pequeno porte continuarem com a chamada “ambulancioterapia”, o que vai exigir uma maior atuação tripartite, junto com Estados e União, na responsabilidade de custeio e manutenção do transporte.

- c) O quantitativo das responsabilidades dos Municípios para com a PNAB, passam de 16 para 19, com destaque para o inciso XV – Garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população, pela gestão municipal.

*Análise:* As mudanças e as ações específicas elencadas mostram-se preocupantes visto que se reitera a perspectiva da Atenção Básica em garantir acesso a ações de “diagnóstico e laboratorial”, quando o atendimento a essa garantia de acesso se dá pela contratação do serviço sob um contexto de grande deficiência de serviços laboratoriais no interior, em especial nas cidades de médio e pequeno porte, e até mesmo na organização da Rede e no financiamento desses serviços.

Mais uma vez o que preocupa a Confederação é como o Município conseguirá atender a essa responsabilidade, quando muitas vezes, quando consegue o atendimento do serviço, não tem condições financeiras para a sua manutenção.

- d) A desvinculação de Estados e governo federal em relação às responsabilidades pelas estruturas físicas da UBS. Como se pode verificar no Quadro 2, no comparativo entre a 2488/2011 e a Proposta CIT, é retirado o indicativo de apoio técnico-financeiro do Ministério e do Estado.

**Quadro 2: Da Responsabilidade do Município: PNAB x Proposta CIT**

PNAB 2488/ 2011	Proposta CIT
<b>X - Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;</b>	XIV - Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;

*Análise:* O governo federal oferece inúmeros oportunidades de financiamento para a implantação de estruturas de serviços de saúde, que estimulam o gestor a aderir com a apresentação de valores que atendem a implantação, mas sem contrapartidas suficientes para a sua manutenção.

Após a conclusão das obras e das estruturas, os Municípios enfrentam o alto custeio desses espaços com recursos próprios, sem suporte técnico e financeiro para a continuidade. Nesta nova proposta, o governo federal e estadual estão se eximindo das responsabilidades de manutenção desses serviços.

### 3) Princípios e Diretrizes

São propostas mudanças em termos de princípios, fundamentos e diretrizes da PNAB, tanto no formato quanto na disposição e conteúdo.

A Portaria 2488/2011 trabalha com 9 princípios e 5 fundamentos/diretrizes, alocados no Anexo A do documento e dispostos em formato de texto fluído. Já a Proposta CIT diminuiu os princípios para 3 e ampliou as diretrizes para 9. A dimensão de significado de cada um deles é descrita no Anexo da Proposta.

Quanto ao conteúdo da PNAB atual, perdem o status de princípios: *(iii) o vínculo, (iv) da continuidade do cuidado; (ix) da participação social*. Esses passam a constituir a Política como diretrizes.

### Quadro 3: Princípios, fundamentos e diretrizes

<p>ANEXO A <b>DISPOSIÇÕES GERAIS</b></p> <p>1 DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA</p> <p>(...) <i>Orienta-se pelos princípios da (i) universalidade, (ii) da acessibilidade, (iii) do vínculo, (iv) da continuidade do cuidado, (v) da integralidade da atenção, (vi) da responsabilização, (vii) da humanização, (viii) da equidade e (ix) da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.</i></p> <p><i>Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes (...)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I - Ter território adstrito (...)</li> <li>II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde (...)</li> <li>III - Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo (...);</li> <li>IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos (...);</li> <li>V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e (...) lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (...).</li> </ul>	<p><b>Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizados na Atenção Básica:</b></p> <p>1 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA <b>Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos Municípios, conforme descritos a seguir:</b></p> <p><i>1.1 Princípios</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I- Universalidade;</li> <li>II- Equidade;</li> <li>III- Integralidade.</li> </ul> <p><i>1.2 Diretrizes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I - Regionalização e Hierarquização;</li> <li>II - Territorialização e População adstrita;</li> <li>III - População Adscrita;</li> <li>IV - Cuidado centrado na pessoa;</li> <li>V - Resolutividade;</li> <li>VI - Longitudinalidade do cuidado;</li> <li>VII - Coordenação do cuidado;</li> <li>VIII - Ordenação da rede;</li> <li>IX - Participação da comunidade.</li> </ul>
---	--

Basicamente, a nova proposta direciona princípios e diretrizes somente aos Municípios, e, mesmo compreendendo a responsabilidade quanto à sua execução na esfera municipal, os outros Entes também devem ser incluídos nesta orientação política.

Tais disposições de princípios para diretrizes podem não aparentar maiores mudanças. O que o novo texto traz de forma reduzida são os “pilares” necessários à garantia e orientação da Atenção Básica.

As diretrizes, por definição, convencionaram-se localmente, ou seja, fazem parte das regras, permitindo uma margem de decisão ao gestor sobre como melhor garanti-las. Nesse sentido, tem-se como exemplo o uso do termo “participação social” (inciso IX, alínea b, Artigo 3º) e não mais no “controle social”; indica outras possibilidades de intervenção de coletivos nas políticas públicas do Município que não somente o Controle Social, ou seja, os Conselhos Municipais de Saúde.

#### 4) Nova configuração organizativa e funcional

A proposta CIT 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 dos pontos 2, 3 e 4 da Proposta CIT. A atual Nota não esgota a possibilidade de abordagem dos temas, pois seu foco é apresentar alguns dos aspectos que mais podem impactar a gestão local da ABS.

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

*“Os Estados e Municípios **devem articular a organização da RAS com ênfase nas necessidades locais, promovendo a integração das referências de seu território. (...) Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem 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 Proposta CIT 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”. Exposta essa recomendação e, comparada com a realidade atual dos Núcleos dos Telessaúde, a CNM questiona se há pretensão do Conass, Conasems e MS de que essa série de arranjos, instrumentos e equipamentos necessários para aumento da “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” sejam unicamente financiados pelos Municípios.

É importante adicionar a tal questão o final do contrato entre o MS e o Núcleo Telessaúde/UFRGS, responsável pelo serviço 0800 que, até a data de 03 de julho, estava disponível para profissionais da ABS em todo o país, ou seja, um contexto de franco desfinanciamento das “ferramentas” custeadas até o

momento, pelo próprio MS. Atualmente apenas o Estado do Rio Grande do Sul mantém consultorias do Núcleo para a ABS.

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 dê conta dessas potencias novas demandas listadas pelos componentes da CIT, além de que sistemas de informações são caros, enfrentam processo longo de implantação e capacitação, além do risco de dificultar ainda mais a confiabilidade de dados e informações.

Ainda comparando PNAB e Proposta CIT, percebe-se a 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 urge de ações de apoio aos Municípios, pois, com a aprovação da EC 95/2016 (teto de gastos), todos os Entes da Federação deverão garantir Saúde 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.

#### **a) Funcionamento e funções**

Quando se trata das estruturas das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Portaria 2488/ 2011 indica, como referência, as normas sanitárias do *Manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS*; situação alterada pela Proposta CIT, como segue:

Fragmento da *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”.*

Essas normativas sanitárias e de infraestrutura, após a aprovação da PNAB, sofrerão reajustes e atualizações e, neste novo processo de “reconstrução” das normas, é preciso que as realidades vivenciadas pelos Municípios sejam consideradas.

Tal alteração pode indicar uma melhoria para os Municípios, se forem mantidos parâmetros de construção sem a problemática da defasagem técnica que o uso de manuais gera perante as necessidades de infraestrutura locais. 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 PNAB atual, 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 Proposta refere que, a população adscrita por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família seria de 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).

O parâmetro recomendado seria:

- 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 fórmula<sup>1</sup>). 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 CNM defende que os pequenos Municípios também sejam contemplados nos critérios para a implantação de serviços na ABS, indiferente do quantitativo populacional, ou mesmo que sejam possibilitadas outras estratégias para o atendimento a essas localidades.

A Proposta 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.

Segundo a Proposta CIT, 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

---

<sup>1</sup> Portaria MS/ GM 2.355/2013.

definido a partir de suas especificidades locorregionais. Caberá assim a cada gestor municipal, aprimorar seus instrumentos de gestão (Plano Municipal, Programação Anual de Saúde, PPA, LDO e LOA), por meio da análise de demanda do 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.

Ainda segundo a Proposta CIT, 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.

Nos padrões propostos de adscrição, em função do provável aumento do teto de equipes, dos arranjos de funcionamento e garantias inerentes à ABS é considerável que, Municípios aumentarão o número de eESF ou eABS/UBS (custeio), assim como possíveis novos investimentos (capital). Novamente, a CNM aponta para a ausência de referência do nível de apoio técnico e de financiamento por parte do Ministério da Saúde para a sustentabilidade da manutenção do Padrão Essencial e o incremento para o “Padrão Ampliado”.

#### **b) Tipos e composição das equipes**

Assim como a PNAB (Portaria 2488/ 2011), a Proposta CIT inclui na ABS equipes ESF com 40 horas semanais, contudo **sem definir Modalidade I e II** (Portaria 978/2012 e anexos).

No histórico da PNAB, a Portaria do Ministério da Saúde nº 822/2006 definiu inicialmente a lista dos Municípios classificados por modalidades para recebimento de incentivos financeiros para manutenção do programa, neste caso essa norma infralegal publicitou os Municípios integrantes da "Modalidade 1", em abril de 2006, e desde então não é atualizada, ou seja, há mais de 10 anos, impactando, hoje, diretamente, mais de 2 mil Municípios que recebem valores que não correspondem aos critérios estabelecidos pela própria política de saúde.

Pela Proposta, a composição das equipes passaria a ser a seguinte:

*“Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Podendo-se acrescentar a esta composição, agente de combate às endemias 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), conforme legislação vigente.”*

Como anunciado nos princípios e diretrizes, a Proposta CIT reconhece, para fins de organização e financiamento, **Equipes da Atenção Básica (eABS)**, além de manter as eESF. 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. Já as eABS/UBS podem ser compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem, com ou sem a participação de equipes de Saúde Bucal e/ou ACS e/ou ACE. O tipo e quantidade de profissionais para as eABS ficarão a critério do gestor. A carga horária de cada categoria profissional supracitada deve somar no mínimo 40 horas/semanais.

Para as eABS 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.**

Cada 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.

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.

A CNM defende a revisão e considera justa uma nova definição de equipes de saúde em todo território nacional, de forma a não prejudicar mais a continuidade e sustentabilidade das Ações e Estratégias de Saúde na Atenção Básica.

### **c) Atribuições**

Pela nova proposta, 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.

Atribuições comuns a todos os membros das Equipes de Atenção Básica da Proposta CIT aumentam em quantidade e especificidade: de 18 passam para 27 e prevê, dentre outras questões, a atuação dos profissionais na microrregulação, reforço da busca ativa, implementação de tecnologias visando melhorar a resolutividade na ABS, entre outras:

- Para o profissional Enfermeiro as atribuições passam de 6 para 9 incisos, retirando-o das ações de Educação Permanente e conferindo maiores ações e responsabilidades “clínicas” inclusive de supervisão de ACE, ACS e Técnicos de Enfermagem.
- Ao Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem são reduzidas as atribuições, retirando-o das ações de Educação Permanente e passando a citar nominalmente os procedimentos que lhe cabem: *“Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área”*.
- Para a categoria médica, as Propostas da CIT mantêm 7 (sete) atribuições, expandindo algumas delas para relações e fluxos preestabelecidos pelo gestor e retira a obrigação de participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB e de atividades de Educação Permanente com os demais profissionais.

Duas novidades fundamentais nas atribuições são percebidas na Proposta CIT:

1. 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 a 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.

## 2. A inserção da figura do Gerente de Atenção Básica.

Na atual PNAB, atividades tipicamente gerenciais são atribuídas às profissões da Saúde. Na Proposta da CIT traz-se como novidade a possibilidade da inserção na ABS 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. É preocupante uma vez que a Proposta mantém na obscuridade a forma e valores de financiamento de cada equipe. No momento de crise econômica nacional vivida nas três esferas de governo, agregar um novo membro a equipe, faz o sinal de alerta permanecer aceso, porque podem estimular novas carreiras, novas responsabilidades, quando essa decisão por uma gerência deve ficar a cargo do Município, sob sua responsabilidade e custeio com seus próprios recursos?

### **d) Especificidades das equipes e serviços da ABS**

Mantêm-se as equipes de Saúde da Família para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira; Equipe de Consultório na Rua (eCnR); Equipe de Atenção Básica Prisional (EABp), todas com o mesmo quantitativo de profissionais da atual PNAB, incluindo o PACS. As Equipes de ESF para Assentamentos e população Quilombola foram excluídas na Proposta CIT.

Em 17 de janeiro de 2008, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 90/GM que atualiza as bases populacionais da população quilombola e assentada da reforma agrária, de forma que os Municípios que implantam equipes de Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal que atuam nas comunidades em seus territórios são beneficiados com repasse de recursos federais fundo a fundo.

O anexo desta Portaria contempla um total de 774 Municípios, estes recebem o equivalente à 50% do valor a mais para manutenção das equipes de saúde que possuem a presença quilombolas e assentados em seu território.

Neste sentido, a exclusão do financiamento e organização das estratégias responsáveis pela assistência às comunidades quilombolas e assentadas recairá sobre o gestor municipal, ou seja, **774 Municípios continuarão a atender essa população específica, sem apoio financeiro suficiente do governo federal e sem regulamentação na PNAB.**

## 5) Financiamento

Em termos de financiamento, a Proposta é literalmente um cheque em branco para a CIT. Ao longo do texto da Proposta não há referência alguma a 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 eESF e de importantíssimo papel no aumento do incentivo financeiro junto aos Municípios e profissionais.

Refere-se continuamente a ideia/objetivo de instituição de mecanismos que ampliem o escopo de serviços a serem ofertados nas UBS, com a definição de padrões essenciais e ampliados; da ampliação do escopo de atendimento; de listas de procedimentos (carteira de serviços), 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.

Desta forma, conclui-se que mais uma vez a proposta de tornar a ABS a principal Política Nacional de organização do Sistema Único de Saúde está fadada ao fracasso, uma vez que não possui uma política real, transparente e sustentável de financiamento.

## **6) Conclusão: Equidade em Saúde e a 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 Proposta CIT nos remete à dúvida se, com tal configuração, a mesma possa se mostrar uma Política mais equitativa ou se contrária ao Pacto Federativo.

A democracia participativa está firmada historicamente na Constituição Federal, reafirmada no capítulo da Saúde estabelecendo um sistema universal. 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](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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.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