

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017

BRASÍLIA - DF |



Atualizar a PNAB, considerando:

- O tempo de revisão da PNAB (2006-2011-2017); - toda política pública deve ser aprimorada na direção daquilo que pretende produzir;
- Proposta 5.5.11 - da 15ª Conferência Nacional de Saúde: *“Garantir o processo de revisão da política nacional de atenção básica – PNAB, considerando principalmente as seguintes dimensões: composição de profissionais por equipe de saúde da família, carga horária dos profissionais e critérios de distribuição de habitantes por equipe.”*
- Os resultados observados nos dois primeiros ciclos do PMAQ, bem como no e-SUS AB, além das atuais necessidades expressadas pelos gestores (estaduais e municipais), de modo a fomentar um modelo de atenção à saúde que atenda à pluralidade e às necessidades de saúde do país.



Objetivos da atualização da PNAB:

- Afirmar os fundamentos e diretrizes estratégicas para a política nacional de atenção básica, reforçando a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica;
- Reconhecer e garantir na PNAB importantes mudanças na perspectiva de ampliação do acesso, acolhimento e resolutividade da AB em todo o País, respeitando as especificidades existentes nas diferentes realidades.



Linha do



2017

- GT CIT + Plenário CIT;
- GT CNS + Plenário CNS;
- Debates com trabalhadores do DAB;
- Consulta Pública – 28/07 a 10/08;
- Aprovação na CIT 31/08/2017.

Linha do Tempo

2017																
Mês	Janeiro				Fevereiro				Março				Abril			
Semana	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°
Reuniões interna DAB - Eixos	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x	X
GT CIT		12/01 Eixo - 1		31/jan Eixos - 2, 3 e 4		07/02 Eixos - 2, 3 e 4			03/mar Eixos 1, 2 e 3		14/03 Eixos 3 e 4		07/04 Revisão documento inicial (artigos)			
Reunião com SVS (pontos específicos dos eixos) Integração AB e Vigilância				25/01 Geral	01/02 DEVIT (ACE e território) 03/02 IST	06/02 DASAST 09/02 IST				08/03 DANTS	17/03 - Reunião geral com todos SVS					
DAB Trabalhadores							22/02 Eixos 1 e 2			10/03 Eixos 3 e 4						
Envio documento revisão PNAB para GT CIT											17/03 - Parte 1 (PT inicial até infra.)	31/03 - Parte 2 (Funcionament e até equipes pop. Especificas)	04/04 Parte 3 - (atribuições até anexo C)			



CP-PNAB

Consolidado das contribuições recebidas

❖ Foram 6.281 entradas, distribuídas da seguinte forma:

Perfil	Contagem	Percentual
Trabalhador	3.779	60,17
Usuário	1.700	27,07
Gestor	556	8,85
Pesquisador	217	3,45
Outros	19	0,30
Conselhos	10	0,16
Total Geral	6.281	100,00



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



CONSOLIDADO das propostas recebidas

- ❖ Destas 6.281 contribuições, transformaram-se em 8.901 proposições, que corresponde a 1.421 páginas;
- ❖ Recebidos em anexo 192 arquivos, que correspondem a mais 480 páginas.

Contagem de TAMANHO		
TAMANHO	Total	
CURTA (até 500)	5.232	83%
MÉDIA (500 - 1000)	595	9%
GRANDE (1001 a 5000)	320	5%
MUITO GRANDE (> 5 000)	134	2%
Total Geral	6.281	100%

Soma de CARACTERES		
TAMANHO	Total	
MUITO GRANDE	1.051.267	36%
CURTA	790.526	27%
GRANDE	658.253	23%
MÉDIA	410.748	14%
Total Geral	2.910.794	100%



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Processo de sistematização e pactuação no GT-CIT

- ❖ Padronização de todas as informações recebidas;
- ❖ Leitura e sistematização em categorias e subcategorias - N=54;
- ❖ Produção de enunciados-síntese e contagem das recorrências de assuntos – N=1.068;
- ❖ Elaboração do “relatório de contribuições” da consulta pública;
- ❖ Pactuação GT-CIT – 28 e 29/08/2017.



Categorias de análise com número de propostas

1. Modelo de Atenção Básica (1.476 propostas = 288 páginas)
2. Financiamento (487 propostas = 122 páginas)
3. Composição e arranjo das equipes (2.707 propostas = 395 páginas)
4. Atribuições dos profissionais (84 propostas = 30 páginas)
5. Processo de trabalho (247 propostas = 45 páginas)
6. Infraestrutura (105 propostas = 29 páginas)
7. Gestão (578 propostas = 125 páginas)
8. Programas (84 propostas = 32 páginas)
9. Posicionamento PNAB (2.644 propostas = 328 páginas)
10. Não se aplica (489 proposta = 25 páginas)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Exemplo de subCategorias de análise – (54)

❖ **Categoria:** Composição e arranjo das equipes

❖ **Subcategorias:**

1. Agentes Comunitários de Saúde
2. Equipe de Saúde da Família
3. Equipes de Atenção Básica
4. Equipe de Saúde Bucal
5. Equipe de Consultório na Rua
6. Equipes Ribeirinha e Fluvial
7. Núcleo de Apoio à Saúde da Família
8. Referência a outras equipes (Fronteiras, Quilombola, Assentado, Rural)
9. Inclusão de profissionais, sem especificar o tipo de equipe
10. Carga horária, sem especificar o tipo de equipe





PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

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).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e as outras providências;

Considerando a Lei nº 11.350, de outubro de 2006, que regulamenta o § 9º do Art. 198 da Constituição, dispõe sobre o planejamento de pessoal empregado pelo Parágrafo Único do Art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006;

Considerando o Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE) no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90;

Considerando a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o transiênto e a transferência de recursos humanos para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de encaminhamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes processuais de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 20 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Portarias nº 622/GM/MS, de 17 de abril de 2006, nº 90/GM, de 17 de janeiro de 2008 e nº 2.926/GM/MS, de 03 de dezembro de 2008, que estabelecem diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 2.143/GM/MS, de 9 de outubro de 2008, que institui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Agentes de Saúde da Família (ESF);

Considerando Portaria nº 2.143/GM/MS, de 9 de outubro de 2008, que institui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Agentes de Saúde da Família (ESF);



PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, considerando:

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal;

Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, alterando a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de



FINANCIAMENTO DE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

PNAB 2011	PNAB 2017
<ul style="list-style-type: none">- EAB não era reconhecida;- EAB não tinha financiamento federal;- Município podia compor da forma que lhe fosse conveniente, incluindo definição de composição e carga horária;- EAB não enviava produção de saúde.	<ul style="list-style-type: none">- EAB passa a ser reconhecida;- Há previsão de financiamento da EAB, com valor inferior ao repassado às ESF, que continua prioritária (em financiamento e modelo de atenção);- EAB deve atender aos princípios e diretrizes da AB;- EAB tem caráter transitório em direção à ESF;- Definida carga horária mínima semanal (40h) e composição das equipes (máximo 3 profissionais por categoria / CH mínima 10h)



ACS E ACE – INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA

PNAB 2011	PNAB 2017
<ul style="list-style-type: none">- ACE não compunha ESF/EAB;- Processo de trabalho e território diferentes;- ACS obrigatório na ESF (1 para cada 750 pessoas; máximo de 12 por equipe) e facultativo na EAB;- EACS sem definição de quantidade mínima de ACS;- Sem atribuições dos ACE;- 8 atribuições dos ACS;- Coordenação do trabalho do ACS apenas pelo enfermeiro;- Sem atribuições relacionadas à Vigilância.	<ul style="list-style-type: none">- ACE pode ser membro da ESF/EAB;- Território único e planejamento integrado das ações;- ACS obrigatório na ESF (quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local / em áreas de vulnerabilidade, 1 para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população / excluído máximo por equipe) e facultativo na EAB;- EACS com quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local;- Incorpora as atribuições do ACE (Lei 11.350) e acrescenta 11 atribuições comuns ACE e ACS;- Amplia as atribuições dos ACS (12);- Coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe (nível superior);- Inseridas ações de integração da AB e Vigilância.

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

PNAB 2011	PNAB 2017
<ul style="list-style-type: none">- NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família;- NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) podia se vincular apenas às eSF;- 3 modalidades;- 19 CBO podem compor os NASF;- Continha descrição do processo de trabalho do NASF;- Definia os valores de implantação e custeio;- Parâmetros de vinculação: NASF 1(5-9 ESF); NASF 2 (3-4 ESF); NASF 3 (1-2 ESF).	<ul style="list-style-type: none">- NASF-AB = Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica;- NASF-AB pode se vincular às eSF e EAB;- 3 modalidades;- 19 CBO podem compor os NASF-AB;- Não contém descrição do processo de trabalho do NASF-AB, considerando que este é disciplinado em CABs específicos;- Valores de implantação e custeio serão normatizados em portarias específicas;- Parâmetros de vinculação mantidos: NASF 1(5-9 ESF/EAB); NASF 2 (3-4 ESF/EAB); NASF 3 (1-2 ESF/EAB).



Gerente de Atenção Básica

PNAB 2011	PNAB 2017
<ul style="list-style-type: none">- Não reconhecia este trabalhador.	<ul style="list-style-type: none">- Reconhece a figura do gerente de UBS, recomendando sua inserção na equipe, a depender da necessidade local;- Não há previsão de recursos adicionais para equipes com este trabalhador;- Gerente de AB deve ter nível superior, preferencialmente da área da saúde. Caso seja enfermeiro, a UBS deverá ter outro enfermeiro para as ações de cunho clínico.

Composição das equipes

PNAB 2011	PNAB 2017
<ul style="list-style-type: none">- ESF mínima: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS;- ESF complementar: saúde bucal, NASF;- EAB não havia definição – a critério do gestor local.	<ul style="list-style-type: none">- ESF mínima: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS;- ESF complementar: ACE, saúde bucal, NASF;- EAB deve seguir parâmetros da ESF, exceto ACS.

Oferta Nacional de Serviços e Ações Essenciais e Ampliados da AB

PNAB 2011	PNAB 2017
- Não possuía.	- Incorpora o debate em torno da formulação de uma Oferta Nacional de Serviços e Ações Essenciais e Ampliados da AB – busca a uniformidade da AB no País, a garantia da oferta de serviços essenciais no âmbito da AB à toda a população e a ampliação da resolutividade da AB.

Territorialização / Vínculo

PNAB 2011	PNAB 2017
- Usuário só podia se vincular a uma UBS.	- Usuário pode se vincular a mais de uma UBS.



Segurança do paciente

PNAB 2011	PNAB 2017
- Não possuía.	- Incorpora o debate em torno da segurança do paciente no âmbito da AB, como atribuições de todos os membros da equipe.

Regulação

PNAB 2011	PNAB 2017
- Tratado de forma superficial (aparece 3 vezes).	- Acrescenta, nas atribuições dos membros da equipe, a função de participar e contribuir com os processos de regulação do acesso a partir da AB; - Sinaliza o Telessaúde e a utilização de protocolos como ferramentas de apoio e aperfeiçoamento do processo de regulação.



Pontos de apoio

PNAB 2011	PNAB 2017
- Não há referência.	<ul style="list-style-type: none">- Reconhece os pontos de apoio como estrutura física que compõe a AB/SUS para atendimento às populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.);- Destaca que os pontos de apoio devem respeitar as normas gerais de segurança sanitária, bem como ser um local de acolhimento humanizado para a população.

Carga horária

PNAB 2011	PNAB 2017
- ESF 40h + 5 tipos de ESF (equipes transitórias);	- ESF 40h para todos os membros + EAB 40h por categoria profissional (máx. 3 profissionais por categoria, mínimo de 10h/semana).



Apoio institucional

PNAB 2011	PNAB 2017
<ul style="list-style-type: none">- Considerado apenas como ferramenta de gestão do trabalho;- Sinalizado nas competências dos entes.	<ul style="list-style-type: none">- Reconhece o Apoio Institucional também como ferramenta de educação permanente;- Mantém-se nas competências dos entes.

Educação permanente e Formação em Saúde

PNAB 2011	PNAB 2017
<ul style="list-style-type: none">- EP distribuída ao longo do texto, não versava sobre formação em saúde (ensino na saúde);- Não abordava espaço físico para tais ações;	<ul style="list-style-type: none">- EP distribuída ao longo do texto, versa sobre formação em saúde que deve ser incorporada no processo de trabalho das equipes;- Sinaliza a importância de estrutura física e ambiência que comporte os processos de EP e formação em saúde;- Incorpora a temática do ensino na saúde – integração ensino-serviço, destacando o papel da AB como lócus de formação na graduação e residência, de pesquisa e extensão.

NÃO HÁ ALTERAÇÃO:

Saúde bucal

SISAB



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

dab@saude.gov.br

61-33156224