

Produção do Cuidado e Atenção Integral

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB): PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Socorro Castelo Branco

A atuação na Atenção Primária apresenta desafios e, para fazer frente a esses, é importante que você perceba que seus princípios e diretrizes vêm sendo elaborados e discutidos desde a Declaração de Alma-Ata em 1978.

Para Saber Mais

A Declaração de Alma-Ata em 1978 é o resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que conclamou os países a implantarem a Atenção Primária, particularmente, os países em desenvolvimento (WHO, 1978).

Para você aprofundar o assunto, leia os materiais complementares disponíveis na sala de aula virtual referente à Unidade 3 de estudo.

Um marco legal que estabeleceu a missão da Atenção Primária no Brasil foi a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, reformulada em 2011 e que atualmente passa por nova e criticada reformulação. Este texto tem como objetivo apresentar princípios e diretrizes do Serviço Único de Saúde (SUS) e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a serem operacionalizados na Atenção Primária e utilizados na Portaria da PNAB de 2017. Ao mesmo tempo, a fim de propiciar uma melhor compreensão desses princípios, o texto também remete à fundamentação teórica sobre o tema.

No Brasil a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera Atenção Primária como termo equivalente a Atenção Básica e a define como (BRASIL, 2017, p. 02):

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Em 2006 o Ministério da Saúde Brasileiro aprova a PNAB (BRASIL, 2006), revista em 2011 por meio da portaria 2488 de 21/10/2011, com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), entendida como porta de entrada ao



Sistema Único de Saúde e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção. Definiu ainda, uma reorientação no modelo de atenção, utilizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da APS (BRASIL, 2012).

A reformulação da PNAB em 2017, pela portaria 2423 de 21/09/2017, define as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para a organização do SUS e destaca a Atenção Básica como porta de entrada preferencial ao sistema. Tal reformulação admite, além da ESF, outras estratégias de organização da Atenção Primária, com vagos parâmetros populacionais de adscrição e carga horária profissional (BRASIL, 2017). Entretanto, vários setores organizados e comprometidos com a Atenção Primária e o SUS apontam retrocessos nessa nova PNAB (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

São princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica e utilizados na Portaria da PNAB de 2017 (BRASIL, 2017):

1. **Princípios:** a universalidade, a equidade e a integralidade.
2. **Diretrizes:** regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

A seguir você pode compreender melhor os princípios e as diretrizes.

A **universalidade**, definida como o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, é exercida na Atenção Primária pelo acolhimento de todas as pessoas que procuram seus serviços, oferecendo fácil acesso e sem diferenciações, assim como, busca responder as necessidades da população.

Para entender o princípio da **equidade**, perceba que as iniquidades no campo da saúde têm origem social. De acordo com Whiteread (1985, p. 02), as iniquidades são “desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias”. Na **PNAB** (BRASIL, 2017, p. 06), a “equidade é definida como a oferta de cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade”. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) equidade é o passo fundamental para a cobertura universal (WHO, 2008).

A **integralidade** é alcançada quando as redes de atenção atendem às necessidades de saúde da população adscrita, preservando sua autonomia. Na **PNAB** (BRASIL, 2017) a integralidade deve atender aos campos da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos.

As diretrizes são normas que devem ser adotadas pelos entes federados para a Atenção Primária. Dentre essas, a regionalização é o modelo de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Primária como porta de entrada ao sistema. No Estado do Pará a **regionalização** foi estabelecida por meio da organização do território em Regiões de Saúde, entendidas como “espaços geográficos contínuos com municípios limítrofes, com identidades culturais,



econômicas, sociais, comunicação, transportes” (GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, 2016, p. 14). São 13 as Regiões de Saúde nas quais estão distribuídos os 145 municípios do Estado (Quadro1).

Quadro 1 - Regiões de Saúde do Estado do Pará e composição dos municípios por Região de Saúde - 2016

Regiões de Saúde	Municípios por região	
Araguaia	Água Azul do Norte Bannach Conceição do Araguaia Cumarú do Norte Floresta do Araguaia Ourilândia do Norte Pau D'Arco Redenção	Rio Maria Santa Maria das Barreiras Santana do Araguaia São Félix do Xingu Sapucaia Tucumã Xinguara Carajás
Baixo Amazonas	Alenquer Almeirim Belterra Curuá Faro Juruti Mojuí dos Campos	Monte Alegre Óbidos Oriximiná Placas Prainha Santarém Terra Santa
Carajás	Abel Figueiredo Bom Jesus do Tocantins Brejo Grande do Araguaia Canaã dos Carajás Curionópolis Dom Eliseu Eldorado dos Carajás Itupiranga	Marabá Nova Ipixuna Palestina do Pará Parauapebas Piçarra Rondon do Pará São Domingos do Araguaia São Geraldo do Araguaia São João do Araguaia
Lago de Tucuruí	Breu Branco Goianésia do Pará Jacundá	Novo Repartimento Tailândia Tucuruí
Metropolitana I	Ananindeua Belém	Benevides Marituba Santa Bárbara do Pará
Metropolitana II	Acará Bujaru Colares Concórdia do Pará	Santa Izabel do Pará Santo Antônio do Tauá São Caetano de Odivelas Tomé-Açu Vigia



Regiões de Saúde	Municípios por região	
Metropolitana III	Aurora do Pará Capitão Poço Castanhal Curuçá Garrafão do Norte Igarapé-Açu Inhangapi Ipixuna do Pará Irituia Mãe do Rio Magalhães Barata	Maracanã Marapanim Nova Esperança do Piriá Paragominas Santa Maria do Pará São Domingos do Capim São Francisco do Pará São João da Ponta São Miguel do Guamá Terra Alta Ulianópolis
Rio Caetés	Augusto Corrêa Bonito Bragança Cachoeira do Piriá Capanema Nova Timboteua Ourém Peixe-Boi	Primavera Quatipuru Salinópolis Santa Luzia do Pará Santarém Novo São João de Pirabas Tracuateua Viseu
Tapajós	Aveiro Itaituba Jacareacanga	Novo Progresso Rurópolis Trairão
Tocantins	Abaetetuba Baião Barcarena Cametá	Igarapé-Miri Limoeiro do Ajuru Mocajuba Moju Oeiras do Pará
Xingu	Altamira Anapu Brasil Novo Medicilândia	Pacajá Porto de Moz Senador José Porfírio Uruará Vitória do Xingu
Marajó I	Afuá Cachoeira do Arari Chaves Muaná	Ponta de Pedras Salvaterra Santa Cruz do Arari São Sebastião da Boa Vista Soure
Marajó II	Anajás Bagre Breves	Currálinho Gurupá Melgaço Portel

Fonte: Adaptado de IBGE/DATASUS (2018).

O planejamento, a gestão e o atendimento das necessidades de saúde da população na Atenção Primária requer delimitação de território, definido na PNAB (BRASIL, 2017, p.6) como “unidade geográfica única, de construção descentralizada



do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde”.

A delimitação da unidade geográfica determinará uma referência para a população desse território e a responsabilização da equipe de saúde pelo cuidado dessa **clientela adscrita**, proporcionando o estabelecimento de **vínculo com a equipe e longitudinalidade do cuidado**.

Outro ponto importante da **PNAB** foi o estabelecimento de um método de abordagem na Atenção Primária, para ser adotado por todos os profissionais de saúde, que diz respeito ao **Cuidado Centrado na Pessoa**. O método descrito por Stewart e colaboradores (2017) tem como pressuposto o compartilhamento de poder na relação médico-paciente e apresenta quatro componentes:

- Explorar a saúde, a doença e a experiência da doença;
- Entender a pessoa como um todo;
- Elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas;
- Intensificar a relação entre a pessoa e o médico.

A Atenção Primária, assim como, os serviços de saúde devem alcançar a **resolutividade**, cuja base, de acordo com a **PNAB**, é a clínica ampliada, proposta, que busca integrar os diferentes saberes em uma abordagem transdisciplinar, cujos eixos são (BRASIL, 2009):

- Compreensão ampliada do processo saúde-doença, incluindo os determinantes sociais;
- Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, por meio do projeto terapêutico singular, para indivíduos ou coletivos, utilizando o apoio matricial e a rede de atenção;
- Ampliação do “objeto de trabalho”, evitando a fragmentação na abordagem de pessoas e coletivos;
- Transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho, por exercício da escuta e da empatia;
- Suporte para os profissionais de saúde, pois, problemas no processo de trabalho da equipe podem causar adoecimento em seus membros.

Starfield (2002), ao influenciar os princípios e diretrizes da **PNAB**, definiu os atributos essenciais da Atenção Primária como: **atenção ao primeiro contato; integralidade; longitudinalidade; e coordenação do cuidado**. A longitudinalidade do cuidado, na **PNAB**, à semelhança do que pensava Starfield (2002) é a atenção orientada para a pessoa, ao longo do tempo e envolve vínculo com os profissionais da atenção primária.

A **coordenação do cuidado** é essencial para alcançar os outros três atributos, e requer um fluxo de informações adequado entre o médico da Atenção Primária e os especialistas focais nas RAS, utilizando atenção compartilhada, prontuários eletrônicos devidamente preenchidos e protocolos de encaminhamentos (STARFIELD, 2002). A coordenação depende da continuidade da atenção, por meio de mecanismos que evidenciem a sucessão ininterrupta de eventos entre as consultas



e o reconhecimento das informações existentes sobre os problemas do paciente (STARFIELD, 2002). Sobre a coordenação do cuidado, a PNAB orienta que a Atenção Primária seja a articuladora das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais (BRASIL, 2017), determinando a centralidade do cuidado pela Atenção Primária.

O papel de ordenar a RAS, de acordo com a PNAB (BRASIL, 2017), pressupõe o reconhecimento e a organização das necessidades de saúde da população, sob a responsabilidade da equipe, no planejamento de ações e na programação dos serviços, em toda a Rede. A OMS orienta que os serviços de saúde devam se voltar para as necessidades e expectativas das pessoas e para políticas públicas que garantam a saúde das comunidades, na perspectiva da equidade, minimizando a exclusão social, e ainda, conter interesses corporativos ou comerciais contrários as reais necessidades da população (WHO, 2008).

Visando atender aos interesses da coletividade, nas decisões políticas de saúde, o controle social, no campo da saúde, emergiu a partir da redemocratização do país na década de 80, se fortaleceu na VIII Conferência Nacional de Saúde e foi regulamentado como Direito Constitucional pela participação efetiva no SUS dos setores organizados da sociedade (BRAVO; CORREIA, 2012).

A participação social no SUS foi instituída por meio das Conferências de Saúde realizadas periodicamente nas três esferas de Governo e pelos Conselhos de Saúde que são órgãos colegiados, deliberativos permanentes nos níveis Municipal, Estadual e Federal (BRASIL, 2013).

Na perspectiva do controle social, a PNAB (BRASIL, 2017, p. 09) orienta as equipes quanto à participação da comunidade da seguinte maneira,

Estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

Ainda que tenha havido dificuldades na implantação dos Princípios e Diretrizes estabelecidos pela PNAB, é importante que você perceba a necessidade de mantê-los como norteadores das práticas. Você, como médico atuante no sistema, tem papel fundamental nesse processo a fim de que os avanços alcançados na Atenção Primária, desde a implantação do SUS, sejam não somente mantidos, mas, ampliados apesar das perspectivas de retrocessos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 5. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.



BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PNH - Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. I. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle democrático do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 17 jun. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67-76, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios do controle social**. Serv. Soc. Soc., v. 109, p. 126-150, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n109/a08n109.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ. **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2016 - 2019**. Belém: [s.n.], 2016. Disponível em: <<http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/nisplan/plano-estadual-saude-2016-2019.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias De. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde em Debate, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 jun. 2018.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO e Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.



STEWART, MOIRA et al. **Medicina Centrada na Pessoa**: PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: [s.n.], 1985. Disponível em: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

WHO. **Declaração de alma-ata. Conferencia Internacional de Cuidados Primarios**. Alma-Ata: [s.n.], 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

WHO. **Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de saúde primários - Agora mais que nunca**. Lisboa: World Health Organization, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2018.

