



DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº , DE 10 DE DEZEMBRO DE 2020.

Aprovar a atualização da Política Estadual de Atenção Primária à Saúde (APS) de Minas Gerais – PEAPS/MG.

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais - CIB-SUS/MG, no uso de suas atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 32 do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;
- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 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, e dá outras providências;
- o Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006, que promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco no Brasil;
- o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências;

MINUTA CIB



- a Lei Estadual nº 13.317, de 24 de setembro de 1999, que contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais;
- o Decreto Estadual nº 45.468, de 13 de setembro de 2010, que dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação das contas de recursos financeiros repassados pelo Fundo Estadual de Saúde;
- a Portaria nº 251, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família, revoga a portaria GM/MDS nº 321, de 29 de setembro de 2008, e dá outras providências;
- a Portaria de Consolidação nº 01, 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;
- a Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;
- a Portaria de Consolidação nº 03, Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;
- a Portaria de Consolidação nº 04, Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde;
- a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- a Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.341, de 19 de abril de 2016, que aprova a Política Estadual de Promoção da Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais e as estratégias para sua implementação;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.202, de 14 de agosto de 2020, que aprova, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, a Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT;
- a Resolução SES/MG nº 1.885, de 27 de maio de 2009, que aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares;



- a Resolução SES/MG nº 5.250, de 19 de abril de 2016, que institui a Política Estadual de Promoção da Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais e as estratégias para sua implementação;
- a necessidade de atualizar, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, as diretrizes e normas dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), frente as demandas assistenciais e possibilidades de organização; e
- a aprovação da CIB-SUS/MG em sua 270ª Reunião Ordinária, ocorrida em 10 de dezembro de 2020.

DELIBERA:

Art. 1º – Aprovar a atualização da Política Estadual de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais (PEAPS/MG), nos termos constantes no Anexo Único desta Deliberação.

Art. 2º – Fica revogada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.726, de 22 de maio de 2018.

Art. 3º – Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2020.

CARLOS EDUARDO AMARAL PEREIRA DA SILVA
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E
COORDENADOR DA CIB-SUS/MG

ANEXO ÚNICO DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº _____, DE 10 DE
DEZEMBRO DE 2020 (disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br/cib).

MINUTA CIB



Atualiza a Política Estadual de
Atenção Primária à Saúde (APS) de
Minas Gerais – PEAPS/MG.

- a Lei Federal 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 dá outras providências;

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 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, e dá outras providências; e

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº _____, de 10 de dezembro de 2020, que aprova a atualização da Política Estadual de Atenção Primária à Saúde (APS) de Minas Gerais – PEAPS/MG.



RESOLVE:

Art. 1º – Atualizar a Política Estadual de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais (PEAPS/MG), regulamentando a sua implantação, a operacionalização e estabelecendo as diretrizes e normas para a organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Estado de Minas Gerais, nos termos do Anexo Único desta Resolução.

Parágrafo único – A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), por meio da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS/SUBPAS/SES/MG), publicará documentos com detalhamento operacional e orientações específicas desta política.

Art. 2º – A PEAPS/MG possui as seguintes linhas de ação prioritárias:

I – Organização e qualificação do processo de trabalho da APS, no âmbito da gestão e do cuidado, tendo como conceitos norteadores o Modelo de Construção Social da APS e de Rede de Atenção à Saúde (RAS). A finalidade é à ampliação do acesso e resolutividade, e considerando o apoio institucional locorregional e a Educação Permanente em Saúde (EPS);

II – Qualificação da infraestrutura da APS, buscando a melhoria por meio de ações de construção, reformas e ampliação de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPSs), aquisição de equipamentos, mobiliários e insumos para essas unidades;

III – Promoção da Saúde, que tem como objetivo aumentar os níveis de saúde da população por meio de ações que considerem os determinantes sociais de saúde, os contextos culturais, sociais e econômicos aos quais os sujeitos estão inseridos e visando ampliar a autonomia, e a capacidade para o cuidado com a própria saúde e para a tomada de decisões mais saudáveis pelos indivíduos;

IV – Promoção da equidade em saúde, garantindo o acesso universal e a assistência integral e humanizada à saúde, livre de preconceitos e discriminação. Deve-se considerar as especificidades e as singularidades étnico-raciais, culturais, territoriais, de orientação sexual e identidade de gênero, de modos de vida e produção e de vulnerabilidades sociais, dentre outros determinantes sociais do processo de saúde e adoecimento da população;

V - Desenvolvimento de ações intrasetoriais e intersetoriais que favoreçam a articulação e cooperação de políticas públicas que tenham objetivos comuns, com envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação;

MINUTA CIB



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

VI – Participação Social, estimulando a participação dos indivíduos em busca da ampliação da autonomia e da capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social; e

VII – Gestão Participativa, com estímulo à participação dos indivíduos, visando fortalecer o processo democrático e ampliar o diálogo entre gestores, trabalhadores e comunidade.

Art. 3º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2020.

CARLOS EDUARDO AMARAL PEREIRA DA SILVA
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

MINUTA CIB

ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO SES/MG N° _____, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2020 (disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br).



**ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº , DE 10 DE DEZEMBRO DE
2020.**

**POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS
(PEAPS/MG)**

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual, familiar e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde.

A APS é considerada o primeiro contato da população com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), responsável por coordenar o cuidado nos diferentes pontos de atenção da RAS. Baseia-se em um modelo de atenção que visa o cuidado longitudinal do indivíduo, proporcionando a atenção integral no contexto da família e da comunidade.

A organização, a gestão e a execução das ações e serviços desse nível de atenção são de competência das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), dentro de seu território. Entretanto, por seu papel central na RAS, as ações e os serviços de APS nos territórios municipais impactam diretamente nos demais pontos de atenção, que estão estruturados em uma perspectiva microrregional e macrorregional. Dessa forma, a qualidade da APS atinge a organização dos serviços de toda a região da qual faz parte, sem limitar apenas ao município que executa.

Observando o disposto, esta Política preconiza que as discussões da organização dos processos de trabalho da APS extrapolem o âmbito dos municípios e aconteçam também nos territórios micro e macrorregionais.

Em Minas Gerais, o estado possui 853 municípios e é caracterizado por grande extensão territorial, com heterogeneidade socioeconômica e demográfica. Considerando a dimensão do território, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) tem sua divisão administrativa instituindo 28 (vinte e oito) Unidades Regionais de Saúde (URs). As URs se configuram como Superintendências ou Gerências Regionais de Saúde, que têm por finalidade garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas micro e macrorregiões mineiras, apoiando a implementação das políticas de saúde e assegurando a qualidade de vida da população.

MINUTA CIB



Portanto, espera-se que a PEAPS/MG seja discutida e pactuada entre os gestores municipais no âmbito municipal, regional, microrregional e macrorregional, se estendendo a todas as equipes da APS, com o apoio das equipes das URS. Entende-se que seja um processo contínuo de diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários, tendo em vista a readequação e qualificação do trabalho. O objetivo é fortalecer a APS no Estado, enquanto eixo ordenador da RAS, proporcionando a melhoria na qualidade da assistência prestada à população.

Para esta PEAPS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) será considerada o modelo prioritário para expansão e consolidação da APS no Estado de Minas Gerais. Também serão reconhecidas outras estratégias de organização da APS, desde que observados os princípios e diretrizes da atenção primária e do Sistema Único de Saúde (SUS) e, tenham caráter transitório. Utilizaremos a nomenclatura Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) para os estabelecimentos de saúde da RAS que prestam os serviços de APS nos territórios municipais. Devem estar cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com os seguintes tipos de estabelecimentos de saúde: Posto de Saúde, Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde e Unidade Mista.

Destaca-se que este documento não tem a pretensão de esgotar todas as questões relacionadas à organização da APS no Estado e, quando pertinente, serão elaborados outros documentos que abordem temas específicos.

CAPÍTULO II - DAS DIRETRIZES GERAIS

O entendimento da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde requer, em sua prática, a necessidade de seguir certos atributos e desempenhar algumas funções.

Assim, são atributos da APS:

I – Primeiro Contato: acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; a APS deve ser a porta de entrada, o ponto fácil de acesso pelos usuários aos sistemas de serviços de saúde. O usuário deve ser cadastrado a um território sanitário que se responsabilize por ele;

II – Longitudinalidade: é uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários nas unidades de saúde, independente dos problemas de saúde ou até mesmo da existência deles: neste princípio a atenção à saúde é mais oportuna e adequada, os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo entre usuários e equipes de saúde;



III – Integralidade: a APS deve reconhecer as necessidades da população e prestar diretamente todos os serviços frente às demandas comuns, além de ser um agente para a prestação de serviços em outros pontos de atenção;

IV – Coordenação: capacidade de garantir a continuação do cuidado, por meio da articulação e sincronia entre os variados serviços e ações de saúde, sendo que a essência deste princípio é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados;

V – Focalização na família: remete ao conhecimento, pela equipe de saúde, dos membros da família e de sua situação de saúde. Entendendo que família, em seu conceito ampliado, é um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo;

VI – Orientação Comunitária: remete ao atendimento às necessidades específicas de saúde da população diante da identificação de problemas da comunidade a partir do perfil epidemiológico, hábitos culturais, entre outros; também se relaciona com o poder de tomada de decisão pela comunidade em todos os níveis de atenção.

VII – Competência Cultural: pode ser definida como a capacidade de realizar um cuidado efetivo, compreensivo e respeitoso, de maneira compatível com as crenças e práticas culturais de saúde do usuário, e no idioma de sua preferência.

Funções da APS:

I - Função resolutiva: dar respostas a aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população;

II - Função de responsabilização: demanda o conhecimento real da população adscrita, com responsabilização da gestão sobre a referida população, de forma econômica e sanitária;

III - Função de comunicação: expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes, responsabilizando-se pela saúde da população usuária que está adstrita.

CAPÍTULO III - DO FUNCIONAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Seção I - Dos tipos de estabelecimentos que compõem a Atenção Primária à Saúde

Visando a organização correta dos estabelecimentos de APS na RAS todas as UAPS em funcionamento no estado deverão estar cadastradas nos tipos de estabelecimentos a seguir:

I - Posto de Saúde: Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.

II - Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde: Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior.

A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.

III - Unidade Mista: Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina.

Seção II - Sobre as estratégias de gestão da APS municipal, das UAPS e Infraestrutura

Visando fortalecer a APS enquanto ordenadora do cuidado da RAS, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) devem assegurar a existência de uma coordenação municipal, unidade equivalente ou referência técnica exclusiva responsável pela Atenção Primária à Saúde, sendo exercida por profissional de curso superior e da área da saúde, preferencialmente, objetivando a garantia de um trabalho integrado por parte dessas equipes.

No que diz respeito a saúde bucal, recomenda-se que os municípios com duas ou mais eSB tenham um (a) Coordenador (a) Municipal de Saúde Bucal ou referência técnica exclusiva



responsável, preferencialmente com formação em Saúde Coletiva/Saúde Pública, para apoio à SMS na consolidação da Rede de Saúde Bucal em nível local e Regional.

Recomenda-se que todas as UAPS possuam estrutura mínima, com os seguintes ambientes: Consultório médico; consultório de enfermagem; consultório odontológico com equipo odontológico completo; consultório multiprofissional; consultório ginecológico/obstétrico com sanitário; sala de procedimentos; sala de vacinas; sala de inalação coletiva; sala de coleta/exames; sala de curativos; escovário; sala de expurgo; sala de esterilização; Depósito de Material de Limpeza (DML), rouparia ou armário, sala de observação e sala de reunião/atividades coletivas, área de recepção, copa, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, almoxarifado, abrigo reduzido de resíduos sólidos, lavanderia, entre outros ambientes conforme a necessidade.

Em relação à assistência farmacêutica prestada no âmbito da APS, cabe destacar as especificidades de organização no âmbito do estado de Minas Gerais, a fim de entender como se dá sua execução em âmbito Municipal. A assistência farmacêutica está inserida na APS por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Este componente destina-se à disponibilização dos medicamentos e insumos da APS, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, e que são adquiridos com recursos de financiamento tripartite: Municípios, Estados e Distrito Federal e União.

Neste sentido, em Minas Gerais, como modelo organizativo de promoção do acesso de qualidade a medicamentos para os diferentes níveis de atenção à saúde no SUS, adotou-se o Farmácia de Minas. No âmbito da APS, o Farmácia de Minas abarca todas as farmácias e dispensários públicos municipais de medicamentos, tanto os estruturados com base nas Resoluções vigentes da Rede Farmácia de Minas, quanto os demais, que atuam no âmbito da APS. Desta forma, a farmácia municipal é parte da estrutura mínima recomendada por esta Política, podendo estar localizada dentro de um dos estabelecimentos de APS aqui definidos ou em prédio específico conforme modelo padrão estabelecido para a Rede Farmácia de Minas.

Além dos ambientes citados acima, orienta-se a disponibilização de sala de apoio para Agente Comunitário de Saúde (ACS) e sala de apoio para o Agente Comunitário de Endemias (ACE).

Deverá ser prevista acessibilidade interna e externa dos ambientes na construção e adequação da infraestrutura das UAPS.

Seção III – Das Equipes e dos profissionais que atuam na APS



A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a prioridade da PEAPS para expansão e consolidação da APS no Estado de Minas Gerais. Também, serão reconhecidas outras estratégias de organização da APS, desde que observados os princípios e diretrizes da atenção primária e do Sistema Único de Saúde (SUS) e, tenham caráter transitório.

Assim, a ESF possui as seguintes equipes:

- Equipe de Saúde da Família (eSF);
- Equipe da Atenção Primária (eAP);
- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB);
- Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP).

I - Todos os profissionais das equipes de APS deverão estar devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

II - Deverá ser incentivada a estabilidade dos profissionais das equipes, de forma a qualificar as relações de trabalho e diminuir a rotatividade e o impacto negativo na manutenção do vínculo, na continuidade do cuidado e na integração da equipe.

III – As equipes multiprofissionais são recomendadas, pois contribuem para a integralidade do cuidado. A inclusão de profissionais às equipes multiprofissionais deve ser avaliada conforme necessidade de saúde do território. Estas equipes deverão atuar por meio das estratégias de clínica ampliada, discussão de casos, atendimento individual e compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações intersetoriais, ações de educação em saúde, ações de promoção da saúde e equidade em saúde, ações preventivas, dentre outras.

IV - Recomenda-se a implantação de uma eSB para cada eSF ou eAP em funcionamento, fortalecendo e ampliando o acesso da população a este cuidado, de maneira que as ações de saúde bucal sejam desenvolvidas de forma compartilhada com as demais equipes de APS. Sempre que possível a implantação de eSB Modalidade II (Mod II), com a presença do Técnico em Saúde Bucal (TSB) é recomendada, de modo a aumentar o acesso às atividades preventivas e clínicas de competência desse profissional. Em caso de Mod II, deverão ser disponibilizados equipamentos e infraestrutura necessários para o desenvolvimento das atividades clínicas de competência do TSB.



Seção IV – Do Funcionamento das UAPS

O funcionamento adequado das UAPS possibilita maior acesso dos usuários às ações e serviços da APS e, conseqüentemente da RAS, reduzindo também o volume de atendimentos de usuários com condições de saúde de baixo risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares. Neste sentido:

I - Recomenda-se que as UAPS 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.

II - Horários alternativos de funcionamento e ampliação do horário podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população.

III- Os gestores municipais de saúde terão autonomia para indicar quais serão as unidades que terão o horário de atendimento ampliado, dentro de critérios estabelecidos e de acordo com a demanda e realidade local. A medida também permite mais flexibilidade na organização da APS, possibilitando o trabalho em escala e intercalando as equipes no atendimento à população, observando sempre a manutenção do vínculo.

IV - A UAPS deve possuir sala de vacina organizada, estruturada e em funcionamento com profissionais, insumos, materiais e equipamentos em quantitativo adequado conforme demanda do município a fim de atingir a cobertura recomendada pelo Ministério da Saúde (MS). Os profissionais de saúde envolvidos com a imunização devem ser qualificados quanto aos procedimentos de manuseio, conservação, triagem, preparo, administração, registro e descarte dos resíduos. As salas de vacina devem permanecer abertas durante todo o horário de funcionamento da unidade. Sempre que possível, ofertar vacinação em horários alternativos.

Seção V - Do Processo de Trabalho das Equipes de Atenção Primária à Saúde

A organização dos processos de trabalho da APS em Minas Gerais terá como norteador o Modelo de Construção Social da APS. Este Modelo implica o estabelecimento da coerência entre a estrutura da demanda e da oferta. Assim, parte-se do estabelecimento da estrutura da demanda e busca-se adequar as respostas sociais a cada tipo de demanda específica por meio de uma estrutura



de oferta singular. O foco principal é ampliar o acesso e a resolutividade, fortalecendo a APS enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede.

Na organização dos processos de trabalho da APS, o cuidado compartilhado deve ser fomentado, com elaboração de plano de cuidado ajustado e acordado com uma equipe multiprofissional e com outros pontos de atenção da RAS, quando for o caso. Os profissionais devem trabalhar de maneira interdisciplinar, discutindo os casos e acompanhando a evolução de cada usuário.

Neste sentido, a atenção em saúde terá como porta de entrada a APS e seguirá um fluxo de encaminhamento à atenção especializada para os casos de maior complexidade considerando:

- A garantia do acesso, privilegiando a detecção precoce dos usuários em condições clínicas de risco;
- A observância a protocolos e à saúde Baseada em Evidências, a fim de manter decisões clínicas e de gestão mais indicadas para cada situação e condição de saúde.
- Estratificação de risco das condições de saúde e ciclos de vida, sempre que possível;
- Cuidado compartilhado com a atenção especializada, com elaboração e monitoramento dos planos de cuidado.
- Autocuidado apoiado.
- Gestão de caso.
- Novos formatos da clínica: atenção contínua e atenção compartilhada a grupo.
- Matriciamento entre especialistas e generalistas; atenção de equipe multidisciplinar
- Educação em saúde por meio de ações no âmbito individual e coletivo.

O cuidado em saúde deve ser garantido, respeitando-se os pressupostos de preservação dos direitos e autonomia, respeito à origem e crenças, promovendo o desenvolvimento de habilidades, preservação e criação de vínculos sociais.

Dessa forma, os processos de trabalho da APS deverão ser mapeados, organizados e pautados nos seguintes itens, conforme segue:

I – Territorialização - Consiste na definição de território de abrangência para o trabalho da equipe e da adscrição dessa população. O seu objetivo é garantir o planejamento, a programação



descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais. Tudo em consonância com os princípios do SUS, com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades do território adscrito;

II - Cadastro - É o registro do usuário no SUS e compõe uma das ações realizadas pelas equipes de APS, servindo como identificação de que a pessoa está vinculada e sendo acompanhada na UAPS.

III – Classificação de risco familiar - Determina o risco social e de saúde das famílias adscritas a uma equipe de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar;

IV – Diagnóstico local/municipal - Reúne todas as informações necessárias para que a equipe de saúde conheça o território e a população residente sob sua responsabilidade;

V – Estratificação de risco individual das condições crônicas - permite o conhecimento da complexidade clínica e sociofuncional da condição de saúde, o que possibilita a atenção diferenciada, de acordo com o estrato de risco;

VI – Agenda - Favorece a organização das formas de acesso do usuário à UAPS, seja por atenção à demanda espontânea, seja por atenção à demanda programada ofertando um conjunto de ações de saúde necessárias para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e resolução de problemas de saúde identificados em um determinado território;

VII – Qualidade e a segurança da atenção, por meio da organização dos seguintes processos: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos;

VIII – Apoio Institucional - Trata da estratégia de gestão e cuidado na RAS, auxiliando as equipes a pensar sua atuação, conhecer sua rede e ampliar seus conhecimentos e possibilidades de ação;

IX – O acolhimento - Prática que deve estar presente em todas as relações de cuidado entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas. A finalidade do acolhimento é receber a demanda e prover a resposta adequada às necessidades individuais das pessoas. Também, deve ocorrer de forma humanizada, reconhecendo e respeitando-se a diversidade da sociedade.

Constitui-se como uma tecnologia de cuidado e como um mecanismo de ampliação e facilitação do acesso com equidade, uma vez que contempla adequadamente tanto a atenção



programada quanto a atenção à demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos.

X – As ações coletivas - Os grupos operativos, oficinas, rodas de conversa, dentre outros, são ferramentas importantes para a oportunizando ações de autocuidado, promoção da saúde e prevenção das doenças no âmbito da APS.

Durante cada um dos processos acima descritos, não se pode perder de vista que as especificidades e diversidades presentes no território devem ser consideradas de modo que as ações alcancem as populações em situação de maior vulnerabilidade, promovendo a equidade em saúde como estratégia para se alcançar a universalidade da atenção à saúde, reduzindo barreiras de acesso e considerando as diversidades culturais, religiosas, étnicas, de raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero, atentando-se aos seguintes pontos:

I - Devem ser consideradas as particularidades da população, sua distância dos centros urbanos, acesso a meios de comunicação, atentando-se às comunidades distantes dos centros urbanos, garantindo visitas *in loco* com regularidade às comunidades rurais, quilombolas, assentamentos e acampamentos da reforma agrária, dentre outras.

II - Devem ser implantadas estratégias que reduzam as barreiras de acesso, como a garantia da atenção à saúde para população em situação de rua, circense, ciganos, ocupações, em situação de nomadismo, dentre outras que estejam no território de atuação das equipes de atenção primária à saúde.

III - Deve-se garantir o respeito a autodeclaração do quesito raça/cor, da orientação sexual e identidade de gênero; e dos povos indígenas, bem como o uso do nome social pela população transexual e travesti, promovendo acolhimento humanizado que respeite as diversidades.

IV- Deverão ser identificadas pelas equipes de APS instituições que abriguem e acolham populações específicas nos territórios, desenvolvendo ações que garantam a assistência à saúde dessas populações e sua inserção na RAS.

Seção VI - Da Formação Profissional das Equipes de Atenção Primária à Saúde

A formação profissional a ser adotada será: Educação Permanente em Saúde e a Educação Continuada. Para esta PEAPS, utilizaremos os conceitos abaixo:



I - Educação Permanente em Saúde (EPS): estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e as necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho, com vistas à produção de mudanças neste contexto.

II - Educação Continuada (EC): contempla as atividades que possuem período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional. Trabalha com a atualização de conhecimentos específicos. Relaciona-se ainda às atividades educacionais que visam promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal, bem como de experiências no campo da atuação profissional, no âmbito institucional ou até mesmo externo a ele.

As ações de Educação Permanente e de Educação Continuada propostas e desenvolvidas devem estar calcadas prioritariamente nas necessidades locais e nas diretrizes das Políticas Nacional e Estadual de Educação Permanente em Saúde, de APS e demais normativas pertinentes e vigentes. Os objetivos da implantação e implementação das ações de Educação na Saúde nos serviços da APS são:

- I- Ampliar o compromisso, a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde;
- II- Incentivar o aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável;
- III- Alcançar todos os profissionais de saúde da APS, envolvendo a equipe multiprofissional em sua totalidade e basear-se em processos participativos e dialogados com a realidade do serviço, devendo a educação permanente e a educação continuada serem compreendidas como parte do processo de trabalho das equipes, garantindo a participação dos profissionais;
- IV- Incorporar o conceito ampliado de saúde;
- V- Incorporar o impacto dos determinantes sociais na saúde.



O Apoio Institucional é um método e uma estratégia de gestão que busca a reformulação do modo tradicional de coordenar, de planejar, de supervisionar e de avaliar em saúde. Esse Apoio Institucional deve proporcionar a comunicação institucional e a autonomia dos sujeitos, sendo orientado pela relação horizontal e pela Educação Permanente. O seu objetivo é de transformar as relações de supervisão em relações que produzam a democratização e publicização dos processos de gestão e de decisão, fazendo com que estas últimas sejam tomadas a partir da análise e discussão coletiva. Serão adotadas as seguintes estratégias para garantir o Apoio Institucional:

I - Reconhecimento das especificidades locorregionais e as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e das coletividades, a fim de possibilitar a promoção de vínculo, interlocução entre diferentes atores sociais, corresponsabilização e um processo contínuo de pactuação e Educação Permanente nos processos de trabalho da saúde na APS.

II - O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde. Possui caráter compartilhado e deve funcionar considerando as realidades e singularidades de cada território e unidade de saúde, pressupondo ações de planejamento, avaliação constante, suporte a intervenções e agendas de educação permanente.

III - Fomentar a cooperação horizontal entre os profissionais das equipes de APS, gestão e demais atores envolvidos para a promoção de trocas e disseminação de saberes, considerando as especificidades e realidades locais para o aprendizado.

IV- Efetivação na prática cotidiana dos serviços, incluindo-se o apoio do Nível Central da SES às Unidades Regionais de Saúde, das Unidades Regionais de Saúde às Secretarias Municipais de Saúde e destas secretarias às unidades e equipes de APS de seu território.

CAPÍTULO IV - DO PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA PEAPS

O monitoramento e a avaliação auxiliam na análise do acesso e da qualidade dos serviços prestados pelos municípios, viabilizando assim, a implementação de medidas de correção e/ou aprimoramento das ações e serviços ofertados no âmbito da APS, gerando cada vez mais valor para a população. Além disso, esta ação de monitoramento e avaliação tem potencial de promover o fortalecimento da APS nos municípios, bem como o reconhecimento das Unidades Regionais de



Saúde como ator fundamental neste processo. No âmbito da PEAPS, este processo se dará da seguinte forma:

I – Através da ação conjunta e integrada da APS e Vigilância em Saúde (VS), no âmbito estadual e municipal.

II – Por meio da análise de Indicadores e Supervisão Técnica das UAPS.

III – A supervisão técnica nas UAPS poderá ser realizada preferencialmente pelas referências técnicas das Unidades Regionais de Saúde (URS) considerando cronograma preestabelecido e critérios relacionados às especificidades de cada região.

CAPÍTULO V – DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Considerando o princípio de integralidade do cuidado e que a saúde é resultante de diversas condições tais como habitação, educação, renda, trabalho, emprego, alimentação, meio ambiente, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, dentre outros, é possível afirmar que o setor saúde, isoladamente, não é capaz de desenvolver ações que possam responder à todas as necessidades de saúde de uma população.

Nesse contexto, a APS tem papel fundamental, uma vez que possui a função de primeiro contato com os indivíduos para o cuidado e possibilita o acesso aos outros serviços de forma integrada. Sendo assim, as ações que envolvem o fomento da integralidade devem estar inseridas nas atribuições de todos os profissionais da APS. A ênfase sempre será nas necessidades do território, com a finalidade de promover respostas coerentes do sistema de saúde às necessidades de saúde da população.

Seção I – Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde compõe a rede de atenção à saúde como componente da Atenção Primária à Saúde. É uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que atua com a implantação de espaços denominados polos do Programa Academia da Saúde que possuem infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde.



Como ponto de atenção no território, os Polos do Programa Academia da Saúde ampliam e fortalecem as ações de promoção da saúde, complementam e potencializam as ações de cuidados individuais e coletivos na Atenção Primária à Saúde e contribuem para a integralidade do cuidado em saúde.

Seção II- Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde (VS) e a APS devem trabalhar de forma integrada, possibilitando realizar uma adequada identificação de problemas de saúde bem como o reconhecimento da população vulnerável nos territórios. O trabalho integrado possibilita o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes.

Essas ações atribuídas aos profissionais da APS envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- I - Vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública.
- II- Detecção, notificação e tratamento oportunos de agravos com vista a adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública.
- III - Vigilância, prevenção e controle dos agravos transmissíveis.
- IV - Vigilância das violências, acidentes e das condições crônicas de saúde não transmissíveis.
- V - Vigilância da saúde do trabalhador e ambiental.
- VI – Vigilância Sanitária.

É fundamental a integração do trabalho entre APS e VS, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. Essa integração visa o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Seção III - Assistência Farmacêutica



A assistência farmacêutica (AF) perpassa a RAS de forma sistêmica. As ações a serem desenvolvidas pela AF, no âmbito da APS, requerem a interface do farmacêutico com os demais profissionais de saúde e envolvem atividades técnico-gerenciais, relacionadas à disponibilidade de medicamentos (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos) nos diferentes pontos de atenção da RAS, e das atividades clínicas, tal como o acompanhamento do uso dos medicamentos por meio do cuidado farmacêutico, nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica do trabalho em saúde, voltado aos indivíduos, família, comunidade e equipe de saúde.

Seção IV – Educação

A escola é um espaço essencial para oportunizar as práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. A articulação entre a escola e a APS é, portanto, imperiosa para a garantia de ambientes de aprendizagem seguros e saudáveis. Essa articulação vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde, educação e em outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes.

Seção V – Promoção da equidade e a Assistência Social

A intersetorialidade é um dos princípios norteadores das práticas de promoção da saúde na medida em que essas práticas têm como objetivo atuar nos determinantes sociais de saúde que são capazes de influenciar as condições de vida e de saúde da população. Nesse sentido, a partir da realidade e necessidades locais, além das interfaces já mencionadas, outros setores são importantes para o desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde tais como: esporte, cultura, meio ambiente, desenvolvimento social, universidades, empresas privadas, organizações não-governamentais (ONGs), conselhos de classe, fundações, entidades religiosas, organizações comunitárias, dentre outros.

Na perspectiva da construção de políticas públicas de APS, principalmente para os grupos em situação de maior vulnerabilidade, faz-se necessária a compreensão do impacto dos determinantes sociais nos processos de saúde e adoecimento de populações específicas. Dessa forma, o trabalho intersetorial e intrasetorial com outras políticas públicas bem como a garantia da participação social se torna fundamental para o avanço da promoção da equidade em saúde na busca



pela garantia do acesso integral à saúde da população negra, LGBT, população em situação de rua, população privada de liberdade, adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, migrantes, refugiados e apátridas, povos do campo, águas e florestas (população rural, quilombolas, povos e comunidades tradicionais, povos indígenas, populações atingidas por barragens, entre outras).

CAPÍTULO VI - DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O financiamento das ações e serviços de Atenção Primária à Saúde no âmbito estadual, terá como premissas o aprimoramento e qualificação das estratégias e ações de acesso e primeiro contato com o sistema, integralidade, longitudinalidade e coordenação da atenção, com vistas ao fortalecimento da APS.

O modelo de cofinanciamento estadual será composto por:

I - Recursos per capita;

II - Recursos condicionados à implantação e implementação de estratégias para o fortalecimento dos processos de trabalho na APS;

III - Recursos condicionados ao desempenho de indicadores e metas pré-estabelecidos.

A ordenação dos recursos financeiros levará em consideração critérios relacionados a suplantar as iniquidades socioeconômicas municipais e será estabelecido e pactuado de forma bipartite.