



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado

Manual de Orientação para Gestores Municipais da Saúde (4ª Versão – Atualizada)

**Bahia
Julho/2023**



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado

GOVERNO DA BAHIA

Jerônimo Rodrigues Souza

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Roberta Carvalho Santana

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Igor Lobão Ferraz Ribeiro

DIRETORIA DA GESTÃO DO CUIDADO

Liliane Mascarenhas Silveira

COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS TRANSVERSAIS

Liana Figueirêdo Almeida de Souza

COORDENAÇÃO DO CUIDADO POR CICLO DE VIDA E GÊNERO

Olga Cristina Lima Sampaio

COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

Antônio Conceição da Purificação

COORDENAÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES ESPECIAIS

Simone Barbosa de Jesus Rabelo

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Luzia Cristina Gomes



Equipe da Diretoria de Gestão do Cuidado

Ana Paula Silva Pinheiro	Leila Araújo Fernandes
André Bomfim Dias	Liana Figueirêdo Almeida de Souza
Ane Caroline Mendes	Liliane Mascarenhas Silveira
Agda Maria Lopes Gonzales	Livia Moura de Sousa
Aline Franco Pritsch	Ludmila Souza Santos
Analía Cunha Pupo	Luiana Lima Fernandes Jatobá
Ana Carolina Moreira Oliveira Ventura	Luzia Cristina Gonçalves Gomes
Andrea Carla Antunes Ribeiro	Maria Cláudia da Costa Montal
Ane Caroline Ferreira Mendes Franco	Maria Arlinda Lisboa Correa
Ana Elis Nascimento	Maria das Graças Queiroz Machado
Antônio Conceição da Purificação	Maria Elisabete Mercês Pinto
Balbina Lemos da Silva	Maria Luísa de Castro Almeida
Bruno Reis dos Santos	Márcia Maciel Pôrto
Cândida Maria Pimentel Pereira	Margareth Hamdan Melo Coelho
Caliandra Machado Pinheiro	Marília Araújo Ferrão
Clarissa Leite Campos	Marjory Ellen Lima Costa
Carina Dantas	Mirella Tapioca Fontes
Davi da Costa Nunes Júnior	Olga Cristina Lima Sampaio
Dhuliane Macedo Damascena	Patrícia Lima Alves Lira
Emanuela Bacelar Freitas Carvalho	Priscila Torres da Silva pinho
Eliana Brito Nascimento	Rafael Lucena Rocha Cunha
Eva Carneiro Passos	Renildes Cardoso Santos
Evanderson Samuel Quirino Silva	Roberta Ferracuti
Eveline Arruda de Alencar	Sheila de Paiva Santos
Fabiana Brandão de Souza	Sheila Virgínia de Almeida Bahia
Francilene Rolemberg Almeida	Simone Almeida Santiago
Felícia Ferreira Fernandes da Silva	Simone Barbosa de Jesus Rabelo
Itatyane Bispo de Oliveira N. Santos	Sônia Cristina Sales Pereira Barreto
Jarbas Dultra	Suzana Costa Carvalho Neri
Jarissa Porto dos Santos	Thaís Costa Lima De Oliveira
Jesuína Macedo de Deus	Thaise dos Santos Viana
João Claudio dos Santos Neto	Thainá Ferreira de Carvalho
Juliana Marques Lima Galindo	Uli Tupina de Alcântara Leal



Colaboradores (as)

Clarissa Leite Campos

Equipe de Revisão Técnica

Antônio Conceição da Purificação
Clarissa Leite Campos
Eveline Arruda de Alencar
Liana Figueirêdo Almeida de Souza
Liliane Mascarenhas Silveira
Márcia Maciel Pôrto
Olga Cristina Lima Sampaio
Roberta Ferracuti
Simone Barbosa de Jesus Rabelo
Suzana Costa Carvalho Neri

Endereços Eletrônicos:

Site SESAB: <www.saude.ba.gov.br>

Material disponível também por meio eletrônico no site

<<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/diretoria-de-gestao-do-cuidado/>>

Bahia. Governo do Estado. Secretaria da Saúde.

Manual de Orientação para Novos Gestores Municipais da Saúde.

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. 3ª versão – Atualizada. SESAB: Bahia, 2022



SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	9
2	A DIRETORIA DE GESTÃO DO CUIDADO	10
3	CAMPOS TEMÁTICOS E PRINCIPAIS POLÍTICAS DE SAÚDE	12
3.1	Alimentação e Nutrição	12
3.2	Práticas Integrativas e Complementares	18
3.3	Saúde Bucal	20
3.4	Saúde da Criança	23
3.5	Saúde da Mulher	27
3.6	Saúde de Adolescentes e Jovens	30
3.7	Saúde do Homem	37
3.8	Saúde do Idoso	39
3.9	Saúde da População Negra	42
3.10	Saúde das Pessoas com Albinismo	45
3.11	Saúde da População com Doença Falciforme	47
3.12	Saúde da População em Situação de Rua	49
3.13	Saúde da População LGBTQI+	51
3.14	Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade	54
3.15	Saúde dos Povos Indígenas	57
3.16	Terapia Nutricional	58
4	REDES TEMÁTICAS DE ATUAÇÃO	59
4.1	Rede Cegonha	59
4.2	Rede de Atenção Psicossocial	64
4.3	Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência	70
5	Sistemas de Informação gerenciados pelo Núcleo de Informação em Saúde	
	ANEXOS	75
	Legislação da Saúde por Campo Temático	75
	Contatos da Diretoria de Gestão de Cuidado (DGC)	98
	Referências	113



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APALBA - Associação das Pessoas com Albinismo na Bahia
ASAJ - Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens
ATSC - Área Técnica de Saúde da Criança
ATSH - Área Técnica de Saúde do Homem
ATSI - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa
ATSM - Área Técnica de Saúde da Mulher
ATSSP - Área Técnica de Saúde no Sistema Prisional
ATSPI - Área Técnica de Saúde dos Povos Indígenas
ATSPR - Área Técnica de Saúde para Pessoa em Situação de Rua
ATSPN - Área Técnica de Saúde da População Negra
ATSLGBTQI+ - Área Técnica de Saúde da População LGBTQI+
BLH - Banco de Leite Humano
CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAISAN - Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CCVG - Coordenação do Cuidado por Ciclo de Vida e Gênero
CEEMM - Comitê Estadual de Estudo da Mortalidade Materna
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CER - Centros Especializados em Reabilitação
CES - Conselho Estadual de Saúde
CFAE – Coordenação de Fórmulas Alimentares Especiais
CGAN - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CGBP - Casa de Apoio à Gestante, Bebê e Puérpera
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CEPOIF - Comitê Estadual de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal
CPES - Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde
CPT – Coordenação de Políticas Transversais
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSA - Caderneta de Saúde de Adolescentes
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DGC - Diretoria de Gestão do Cuidado
DIS - Diretoria de Informação em Saúde
DOE – Diário Oficial do Estado
e-SUS AB - e-SUS Atenção Básica
EAAB - Estratégia Alimentação e Alimentação Brasil
eAPP – Equipe de Atenção Primária Prisional
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
eCR - Equipe de Consultório na Rua
ESF - Estratégia de Saúde da Família
EUR - Estabelecimentos Únicos em Reabilitação
FAE- Fórmulas Alimentares Especiais



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado

FAN - Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística



IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LCV - Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violências
LGBTQI+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais ou Transgêneros, Queers, Intersexuais, Assexuais, + abriga todas as outras.
LRPD - Laboratório(s) Regional(is) de Próteses Dentárias
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social
MM - Mortalidade Materna
MS – Ministério da Saúde
MTCA - Medicina Tradicional
Chinesa/Acupuntura NIS – Núcleo de Informação em Saúde
NutriSUS - Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó
NV – Nascidos Vivos
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PAAS - Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PBF- Programa Bolsa Família
PCRI - Programa de Combate ao Racismo Institucional
PDI - Plano Diretor de Investimento
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PEAN-BA - Política Estadual de Alimentação e Nutrição na Bahia
PELRPD/BA - Plano de Expansão de LRPD na Bahia
PEPIC-BA - Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares
PES - Plano Estadual de Saúde
PHPN - Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PLANSAN - II Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PMAQ-CEO - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNE- Pacientes com Necessidades Especiais
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSF - Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNSVA - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
PQM - Plano de Qualificação da Atenção e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal
PSE- Programa Saúde na Escola
RAPS - Rede de Atenção
Psicossocial RAS – Rede de Atenção



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado

à Saúde

RCPD - Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência

RedeNutri - Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde



RMS - Região Metropolitana de Salvador
RUE - Rede de Urgência e Emergência
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SAIS - Superintendência de Atenção Integral à Saúde
SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIGAF - Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SRT - Serviço Residencial
Terapêutico SUS - Sistema Único de Saúde
SUvisa - Superintendência de Vigilância da Saúde
TEA - Transtorno de Espectro Autista
UA - Unidade de Acolhimento
UBS - Unidade Básica de Saúde
UCINca - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru
UCINco - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas
UOM - Unidades Odontológicas Móveis
UP – Unidade Prisional
USF - Unidade de Saúde da Família
UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VAN - Vigilância Alimentar e Nutricional



1. APRESENTAÇÃO

Com o objetivo de melhor apoiar os gestores municipais de saúde quanto às políticas de saúde e programas prioritários, a equipe da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) elabora este instrumento de apoio – **Manual de Orientação para Gestores Municipais da Saúde (2ª Versão – Atualizada)**.

Esta iniciativa faz parte de um conjunto de ações articuladas da DGC/SESAB para apoiar e fortalecer os municípios na organização da rede de serviços locais e ampliar o acesso dos usuários nas linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve estar apto a acolher o usuário dentro de seu contexto social, compreendendo de forma mais eficaz as necessidades que perpassam os ciclos de vida e gênero, bem como as questões relacionadas à transversalidade do cuidado e à equidade em saúde. A partir daí, a ação integral deve acolher o usuário e oferecer um atendimento respeitoso e de qualidade, que desde 1988 foi definido pela Constituição Federal, ao estabelecer que é dever do Estado oferecer ao cidadão um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

No entanto, há ainda uma necessidade de compreendermos a importância da integralidade da saúde, que está associada à compreensão do ser humano em sua condição integral, bem como acerca da organização e regionalização da rede de cuidado.

Cabem aos gestores municipais, a responsabilidade pela saúde de seus cidadãos e estruturação das redes de atenção à saúde (RAS), para além dos limites territoriais de cada município. Desta forma, é necessário o protagonismo local para a organização do sistema de saúde, com estabelecimentos de saúde, serviços, políticas de saúde, programas e ações educativas, com vistas à promoção da qualidade de vida dos usuários locais.

Cabe à SESAB, enquanto coordenadora do Sistema Único de Saúde (SUS) estadual, o trabalho conjunto com os municípios, respeitando a sua autonomia, rumo à consolidação do SUS, fazendo jus à luta de todos brasileiros pelo direito universal, integral e equânime à saúde.

Assim, o presente manual apresenta as políticas de saúde e programas gerenciados e/ou



monitorados, pela Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC), a partir dos campos e redes temáticas, com anexos do acervo legislativo e contatos para acesso à equipe da diretoria.

Acolhemos com boas-vindas a todos(as) os(as) gestores(as) neste novo momento e desejamos sucesso na luta pela garantia do acesso à saúde com qualidade a todos os municípios!

2. A DIRETORIA DE GESTÃO DO CUIDADO

A Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) faz parte da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) e tem por finalidade coordenar processos de formulação, implantação, implementação e avaliação de políticas e programas estaduais de saúde, que garantam a qualificação, a ampliação do acesso e a integralidade da atenção, por meio da implementação de linhas de produção do cuidado.

A missão da DGC consiste em coordenar o processo de elaboração e acompanhamento das políticas de atenção à saúde, em articulação com os diversos atores e instituições, buscando a integralidade do cuidado, com o olhar sobre a rede existente, a rede necessária e as iniquidades locorregionais, de gênero e de raça/cor. Nesta perspectiva, propõe fluxos que ampliem e garantam o acesso necessário e oportuno nos espaços de atenção no âmbito do SUS da Bahia.

A DGC encontra-se estruturada em 04 (quatro) Coordenações e 01 (um) Núcleo de Informação em Saúde, além das equipes de Assessoria e de Administrativo que juntos atuam nas seguintes perspectivas:

A Coordenação do Cuidado por Ciclo de Vida e Gênero (CCVG) visa fomentar e implementar linhas de cuidado voltadas aos ciclos de vida e gênero, com foco na Saúde: da Criança, de Adolescentes e Jovens, da Mulher, do Homem e do Idoso.

A Coordenação de Políticas Transversais (CPT) a partir da compreensão do indivíduo enquanto sujeito integral, busca o fortalecimento de políticas que transversalizam o cuidado tais como: Saúde Mental, Saúde Bucal, Alimentação e Nutrição, Saúde da Pessoa com Deficiência e Práticas Integrativas e Complementares.

A Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde (CPES) contempla políticas públicas que visam a promoção da equidade em saúde, aplicando e ampliando o conceito de cuidado às necessidades de populações historicamente excluídas como: população



negra, quilombola, povos indígenas, albina, população dos campos, florestas e águas, pessoas privadas de liberdade, pessoas em situação de rua e LGBTQI+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais ou Transgêneros, Queers, Intersexuais, Assexuais, + abriga todas as outras¹.

A Coordenação de Fórmulas Alimentares Especiais (CFAE) propõe definir diretrizes, estabelecendo normas técnicas e administrativas, para assistência a usuários com indicação e prescrição de Fórmula Alimentar Especial (FAE), bem como critérios de avaliação e dispensação. Estabelece a utilização adequada da FAE, embasada em evidências científicas atuais, tendo em vista os mecanismos disponíveis e condizentes com a realidade, preservando a saúde do cidadão assistido e o uso sensato dos recursos públicos investidos.

O Núcleo de Informação em Saúde (NIS) funciona como referência técnica estadual para os Sistemas de Informação gerenciados pela DGC (Sistema de Informações de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal, Parto, Puerpério e Criança - SISPRENATAL, Sistema de Informação do Câncer - SISCAN, Painel-oncologia, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, Programa Bolsa Família - PBF, Sistema de Monitoramento dos Programas Vitamina A, Ferro e NutriSUS – Sistema Micronutrientes). Visa subsidiar as coordenações e áreas técnicas da DGC, Diretoria de Atenção Básica (DAB), Diretoria de Atenção Especializada (DAE), e municípios na pesquisa, orientação e organização das informações dos sistemas, para a coleta e tratamento dos dados que possuem interface com as políticas de saúde desta diretoria, colaborando assim no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

Há alguns sistemas sob a gestão da DGC em parceria com a DAE, a saber:

✓ **Sistema de Informação do Câncer – SISCAN** – é a versão em plataforma web

¹ Lésbicas – mulheres que se atraem afetiva e sexualmente pelo mesmo gênero; Gays – homens que se atraem afetiva e sexualmente pelo mesmo gênero; Bissexuais – mulheres e homens que se atraem afetiva e sexualmente tanto pelo gênero feminino quanto pelo masculino; Transexuais ou Transgêneros – referência a identidade de gênero, e não à orientação sexual, pessoas que se identificam com um gênero diferente daquele designado no nascimento; Queers – pessoas que transitam entre os gêneros feminino, masculino e/ou outros, em geral, percebem os demais termos como rótulos que restringem as possibilidades da vivência da sexualidade e das identidades e/ou expressões de gênero, não se identificando com essa perspectiva binária; Intersexuais – pessoas com variações em seus caracteres sexuais (cromossomos, hormônios, genitália, etc), que dificultam sua identificação no binarismo dos gêneros feminino ou masculino; Assexuais – pessoas que não se atraem afetiva e sexualmente por outras pessoas, independentemente do gênero; + abriga todas as outras possibilidades de orientação sexual e de identidade de gênero que existam.

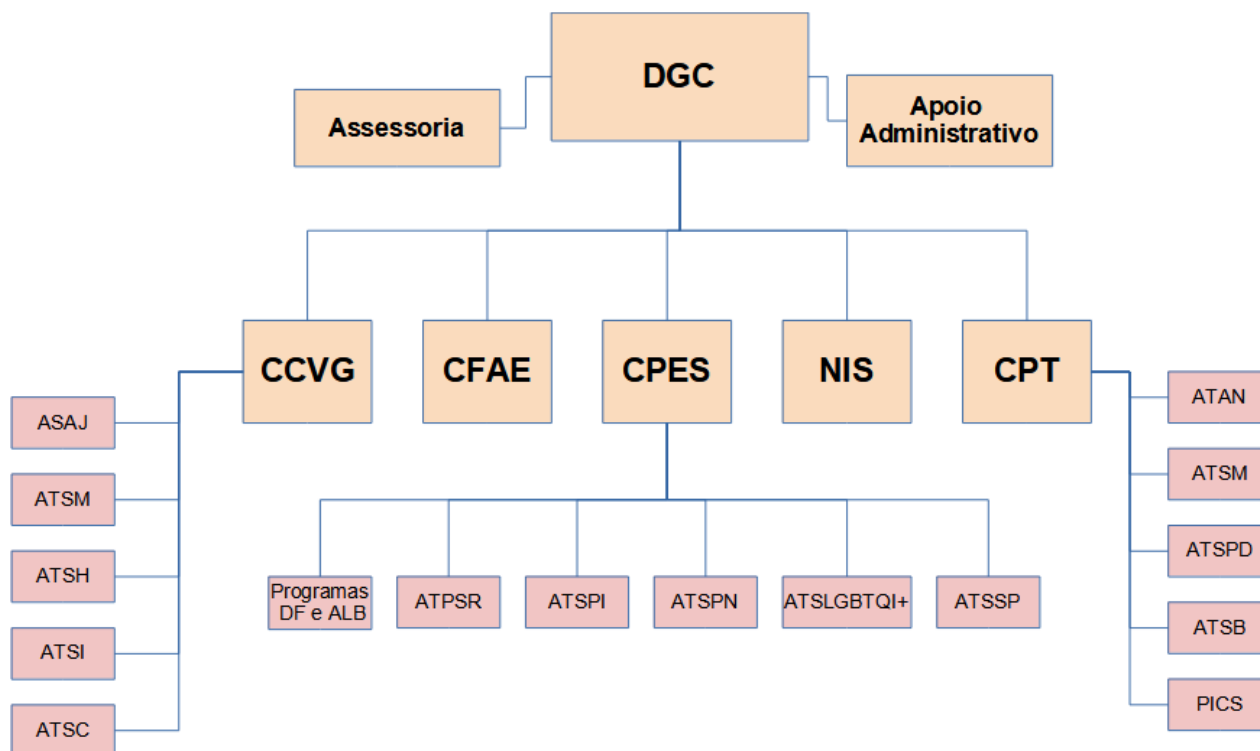


que integra os antigos sistemas SISCOLO e SISMAMA. Foi implantada em 30/10/2012 com o objetivo, enquanto ferramenta de gestão, de fortalecer as ações de controle e prevenção dos cânceres de mama e de colo do útero. O SISCAN gera dados que subsidiam o monitoramento e a avaliação dos indicadores de saúde para os vários níveis de governo. Também é o sistema oficial para que os prestadores de serviço efetuem o faturamento dos nove procedimentos SUS referentes a esses cânceres. A gestão do Sistema fica na DGC e a análise dos dados na DAE, que trabalham em parceria;

- ✓ **Painel oncologia** – trabalhado em parceria entre a DGC e a DAE, surgiu pela necessidade de monitorar o intervalo entre o diagnóstico de uma neoplasia maligna e o início do tratamento oncológico no Sistema Público de Saúde. Para tanto, foi desenvolvido o PAINEL – Oncologia pelo MS em parceria com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Esse sistema auxilia no monitoramento da **Lei 12.732 de maio de 2013**, que orienta todas as esferas de governo a disponibilizar acesso ao 1º tratamento do câncer (quimioterapia, radioterapia ou cirurgia) em até 60 dias, todos os municípios devem ter acesso. Na SESAB este Painel é trabalhado em parceria entre a DGC e a DAE.



2.1. ORGANOGRAMA DA DGC



LEGENDA:

DGC – Diretoria de Gestão do Cuidado; CCVG – Coordenação de Ciclo Vida e Gênero; CFAE – Coordenação de Fórmulas Alimentares Especiais; CPES – Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde; NIS – Núcleo de Informação em Saúde; CPT – Coordenação de Políticas Transversais; ASAJ – Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens; ATSM – Área Técnica de Saúde da Mulher; ATSH – Área Técnica de Saúde do Homem; ATSI – Área Técnica de Saúde do Idoso; ATSC – Área Técnica de Saúde da Criança; ATPSR – Área Técnica de Saúde da Pessoa em Situação de Rua; ATSPI – Área Técnica de Saúde dos Povos Indígenas; ATSPN – Área Técnica de Saúde da População Negra; DF – Doença Falciforme; ALB – Albinismo; ATSLGBTQI – Área Técnica de Saúde Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais ou Transgêneros, Queers, Intersexuais, Assexuais, + abriga todas as outras; ATSSP – Área Técnica de Saúde no Sistema Prisional; ATAN – Área Técnica de Saúde de Alimentação e Nutrição; ATSM – Área Técnica de Saúde Mental; ATSPD – Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência; ATSB – Área Técnica de Saúde Bucal; PICS – Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares.



Importante ressaltar que o princípio da educação permanente em saúde, de fomento à metodologia crítico-reflexiva, é estimulada pela equipe técnica da DGC a fim de que os municípios criem espaços locais para o desenvolvimento de ações educativas, qualificação e melhorias das práticas em saúde, potencializando a construção da qualidade do cuidado.

Desta forma, a equipe da DGC trabalha conjuntamente com Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e respectivas Bases Regionais, no apoio aos municípios e Movimentos Sociais, com relação às políticas e programas de saúde distribuídas neste manual por campos e redes temáticas.

3. CAMPOS TEMÁTICOS E PRINCIPAIS POLÍTICAS DE SAÚDE

3.1 Alimentação e Nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) do Ministério da Saúde (MS), de 1999, foi atualizada pela Portaria 2.715/2011, e tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Os Guias Alimentares para População Brasileira (ed. 2014) e para Crianças menores de dois anos (ed. 2019) são utilizados como instrumentos de divulgação da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável.

Na Bahia, a Política Estadual de Alimentação e Nutrição (PEAN-BA) foi aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), conforme a Resolução CES-BA nº 12/2014, de 30 de outubro de 2014, e, se encontra na Casa Civil para publicação. A PEAN-BA tem como objetivos:

- 1) Garantir o acesso universal e igualitário da população baiana à atenção alimentar e nutricional de qualidade, em todos os níveis de atenção à saúde; e
- 2) Contribuir para uma vida saudável em todos os ciclos de vida contemplando outras características da população, usuária do SUS, no âmbito do estado.

Além de monitorar a implementação da PNAN, algumas ações, estratégias e programas também são acompanhados:



A) Programa Bolsa Família (PBF) – Programa federal, instituído pela Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004, de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza, com a finalidade de promover seu acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza. Realizado por meio de auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de condicionalidades na Saúde, Educação e Assistência Social. A agenda de saúde do PBF no SUS compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização das crianças. Assim, as famílias beneficiárias do PBF com mulheres de idade entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos de idade deverão ser assistidas por uma Equipe de Saúde da Família (ESF), por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou por Unidades Básicas de Saúde (UBS).

B) Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) – A Portaria MS/GM nº 2.246, de 18 de outubro de 2004, institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional com o objetivo de avaliar e monitorar o estado nutricional e alimentar da população, através de dados antropométricos e de consumo. A VAN serve de instrumento para as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, fortalecendo a qualidade da assistência. Os dados coletados são sistematizados através do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN WEB), gerando relatórios públicos a serem utilizados pela gestão municipal na tomada de decisões de planejamento e gerenciamento dos programas.

C) Incentivo Financeiro para Estruturação da VAN – Instituído pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria MS/GM nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011, é um incentivo financeiro para aquisição de equipamentos antropométricos (antropômetros, balanças e fita inelástica), visando ampliar e qualificar as ações da VAN, promovendo condições adequadas para o diagnóstico nutricional como parte do cuidado integral à saúde. Repassado na modalidade fundo a fundo, em parcela única anual, por meio do bloco de financiamento de investimento e componente de implantação de ações e serviços de saúde para contemplar: Polos do Programa Academia da Saúde (com incentivo de R\$ 1.500,00/cada polo); e Unidades Básicas de Saúde/Equipe de Atenção Básica com adesão ao PMAQ (com incentivo de R\$ 3.000,00 por unidade).

D) Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) – Recurso



financeiro, instituído pelo MS, com propósito de apoiar a efetivação da PNAN, considerando sua natureza transversal às demais políticas públicas. Caracteriza-se por recurso de custeio, com repasse anual e destina-se, prioritariamente à efetiva implementação de ações de Alimentação e Nutrição nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), principalmente no âmbito da Atenção Básica. São elegíveis para o recebimento desse recurso todos os estados e municípios com população acima de 30.000 habitantes (IBGE).

E) Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) – Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS, publicada em 2012, que visa o fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade, aprimorando as competências e habilidades dos profissionais de saúde da Atenção Básica através de duas etapas: Oficina de formação de tutores e Oficina de trabalho na Unidade Básica de Saúde.

F) Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) – Instituído por meio da Portaria MS/GM nº 729, de 13 de maio de 2005, tem como objetivo reduzir e controlar a hipovitaminose A, a morbimortalidade em crianças de seis a cinquenta e nove meses de idade. Cada município deve cadastrar um coordenador para o PNSVA, que será responsável pela capacitação/treinamento das equipes de atenção básica e registro mensal das doses administradas no Sistema de Micronutrientes, módulo Vitamina A.

G) Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) – Instituído pela Portaria MS/GM nº 730, de 13 de maio de 2005, e atualizado pela Portaria MS/GM nº 1.977, de 12 de setembro de 2014, é uma das estratégias da PNAN para o combate da deficiência de ferro no Brasil. O PNSF tem o objetivo de prevenir e controlar a anemia por meio da administração profilática de suplementos de ferro às crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes (incluindo também o ácido fólico) e puérperas até 3º mês pós-parto e/ou pós-aborto. Todos os municípios do Brasil fazem parte do PNSF, que foi reformulado em 2013, quando foi descentralizada a aquisição dos suplementos para a esfera municipal, através do recurso do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, de acordo com a Portaria MS/GM nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Os municípios devem cadastrar um coordenador, que será responsável pela capacitação/treinamento das equipes de atenção



básica e registro mensal das doses administradas no Sistema de Micronutrientes, módulo Ferro.

H) Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó (NutriSUS) – Instituída pela Portaria MS/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos nº 28, de 13 de agosto de 2014, consiste na adição de um sachê – contendo mistura de vitaminas e minerais em pó – em uma das refeições oferecidas diariamente às crianças na faixa etária entre seis a quarenta e oito meses, em creches/escolas participantes do Programa Saúde na Escola (PSE), visando potencializar o pleno desenvolvimento infantil com a prevenção e o controle das deficiências nutricionais. Os sachês são adquiridos pelo MS e distribuídos aos municípios que realizaram adesão. É importante que cada município cadastre um coordenador, que será responsável pela capacitação/treinamento das equipes de atenção básica e o registro mensal dos sachês administrados no Sistema de Micronutrientes, módulo NutriSUS.

I) Programa Crescer Saudável – Destina recursos financeiros para o desenvolvimento de ações de prevenção da obesidade infantil em escolares, nos municípios com adesão ao PSE. As ações têm como estratégia a articulação entre as equipes de saúde e as escolas do território, no intuito de garantir o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na infância, através de cuidados com a alimentação e nutrição, além de incentivo à prática corporal e de atividade física, objetivando mudanças de comportamento.

3.2 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) estão voltadas às abordagens de cuidado que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

A Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares [em Saúde](#) da Bahia (PEPICS-BA) foi aprovada no Conselho Estadual de Saúde (CES) por meio da Resolução CES-BA nº 22/2019, sendo publicada em 22 de maio de 2019, e ainda, pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) através da Resolução CIB-BA nº 113/2019, publicada no



Diário Oficial do Estado (DOE) em 20 de junho de 2019. Essa política estadual, baseia-se na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS, aprovada em Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006, e busca contemplar em seu bojo a identidade regional do estado, no intuito de valorizar e fortalecer as práticas tradicionais e populares. Além disso, a PEPICS-BA destaca a importância da articulação e envolvimento da esfera municipal, compreendida pelos 417 municípios do estado da Bahia, onde essas práticas irão de fato se efetivar, consolidando um novo paradigma de cuidados em saúde incorporando princípios, conceitos e práticas, oriundos de diferentes sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos de atenção à saúde.

Alinhada à Política Nacional, a PEPICS-BA incorpora as 29 modalidades de práticas integrativas e complementares, através de 36 procedimentos oferecidos pelo SUS. Além da homeopatia, fitoterapia, medicina tradicional chinesa (acupuntura, qi gong, lian gong, tai-chi-chuan), arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturoterapia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, ioga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais; o documento estadual agrega práticas como a educação somática, medicina germânica, microfisioterapia, cura magnificada, cristaloterapia, dentre outras, como as práticas tradicionais e populares de cuidados em saúde. Sendo assim, o gestor poderá ofertar em seu município das atividades acima citadas, com respaldo das Políticas Nacional e Estadual de PICS.

O MS disponibilizou o [Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*](#) para subsidiar a implementação da política em âmbito municipal, contribuir para o desenvolvimento dessas práticas de cuidado e orientar o fluxo de cadastramento dos serviços em seus respectivos territórios. A implementação das PICS visa, também, a qualificação da oferta de serviços e a promoção da saúde, sendo comprovada a sua positiva relação custo efetividade, além da flexibilidade na adaptação dos modelos conforme a necessidade, especificidade e realidade de cada município.



3.3 Saúde Bucal

O eixo orientador para as ações de Saúde Bucal, nos estados e municípios, são as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, publicadas em 2004. Brasil Sorridente é um programa do governo federal que desenvolve, no âmbito do SUS, ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira.

Visando garantir o acesso ao tratamento odontológico, o Brasil Sorridente tem como principais linhas de ação:

1. Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;
2. Ampliação e qualificação da Atenção Especializada (implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e da Assistência Hospitalar;
3. Viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de água de abastecimento público.

Os profissionais da saúde bucal atuam para além da Atenção Primária, a partir do desenvolvimento de ações transversais como a inserção do Componente da Saúde Bucal nas Redes Temáticas prioritárias do MS e nos demais programas voltados para populações mais vulneráveis.

Na saúde bucal, a Atenção Especializada é dividida em ações de Média e Alta Complexidade. A Atenção Especializada de Média Complexidade inclui os seguintes serviços: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD); e ortodontia/ortopedia e implante dentário no SUS. As de Alta Complexidade incluem ações relacionadas à assistência hospitalar.

Os CEO são implantados nos municípios e visam oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e



atendimento a pacientes com necessidades especiais. Esses Centros devem realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade, definida no Anexo XL da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de Setembro de 2017. Assim, para realizar o credenciamento deve seguir o fluxo estabelecido pelo MS. Este equipamento especializado

é classificado em três modalidades:

CEO Tipo 1 (com 3 cadeiras odontológicas);

CEO Tipo 2 (de 4 a 6 cadeiras odontológicas);

CEO Tipo 3 (acima de 7 cadeiras odontológicas).

Na Bahia, de acordo com a Resolução CIB/BA nº 503/2013, os municípios podem solicitar a implantação de CEO, a partir de critérios populacionais e de cobertura em saúde bucal na Atenção Primária que irão definir a tipologia do serviço especializado a ser implantado.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) articula-se com os CEO, buscando viabilizar o atendimento odontológico qualificado a todas as pessoas com deficiência. Portanto, o atendimento a esse público deve ser iniciado na Atenção Primária, que referencia para o CEO ou atendimento hospitalar, apenas os casos que apresentarem necessidades especiais para o atendimento.

Nesse sentido, a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Origem PRT MS/GM 1.341/2012, Anexo XLI), criou incentivos adicionais para os CEO que fizerem parte da RCPD:

CEO Tipo I – R\$ 1.650,00 mensais; CEO Tipo II – R\$ 2.200,00 mensais; CEO Tipo III – R\$ 3.850,00 mensais.

Todos os CEO credenciados pelo MS podem solicitar o incentivo adicional. Para tanto, estes serviços precisam cumprir compromissos mínimos, conforme a legislação da saúde bucal (Anexo 1).



Destaca-se que para fazer a adesão do CEO na RCPD, o Gestor Municipal deve preencher o Termo de Compromisso, rubricar todas as páginas do anexo e encaminhar a proposta para Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DESF/SAPS do MS e uma cópia, para conhecimento, à Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Após receber a documentação, o MS publicará portaria específica, mudando a habilitação do CEO para CEO-RCPD, conforme o tipo e a competência do incentivo adicional.

Em 15 de junho de 2023, o MS instituiu, por meio da Portaria nº 751, o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb). Este serviço se configura como uma estratégia d (Sesb). Este serviço se configura como uma estratégia d

equipes de Saúde Bucal- eSB da APS em municípios com até 20.000 (vinte mil) habitantes, que não possuem CEO e cobertura mínima em saúde bucal de 75%. O serviço conta com a oferta de duas especialidades odontológicas, definidas de acordo com a necessidade epidemiológica do território.

Os LRPD são estabelecimentos que realizam próteses totais e parciais removíveis, mandibulares e maxilares, bem como próteses coronárias/intrarradiculares fixas/adesivas. Municípios com qualquer base populacional podem credenciar LRPD junto ao MS, e não há restrição quanto sua natureza jurídica, ou seja, a Gestão Municipal pode optar por um estabelecimento próprio (público) ou contratar a prestação do serviço (privado).

No âmbito da Atenção Especializada de Alta Complexidade, conforme mencionado anteriormente, incluem-se ações relacionadas à assistência hospitalar, como: cuidado à beira leito das pessoas internadas e/ou submetidas a procedimentos cirúrgicos; e também relacionadas à traumatologia. No ano de 2005, o MS possibilitou alguns avanços: emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pelo cirurgião-dentista; instituição da Política Nacional de Atenção Oncológica; estabelecimento de diretrizes para a atenção às pessoas com afecções das vias aéreas e digestivas superiores da face e do pescoço; e atenção odontológica no credenciamento dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Além disso, criaram-se normas para a odontologia em ambiente hospitalar, como: procedimentos odontológicos para Pacientes com Necessidades Especiais



(PNE); procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar; e Centros Cirúrgicos adaptados à RCPD.

3.4 Saúde da Criança

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída pela **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. A PNAISC reúne um conjunto de ações programáticas e estratégias para o desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida, somando-se às iniciativas e diretrizes das políticas públicas universais desenvolvidas pelo SUS para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, no sentido da defesa dos direitos à vida e à saúde da criança.

Caderneta da Criança - Documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 10 anos de idade, recebido gratuitamente na maternidade com as anotações sobre a gestação e o nascimento do bebê. Seu preenchimento é realizado pela equipe de saúde que atendeu ao parto, contendo o local de nascimento, dados do recém-nascido (RN) e condições de alta da maternidade. Inclui resultados das triagens neonatais (teste do olhinho, teste do coraçãozinho, triagem auditiva, teste do pezinho – informando se foi colhido), peso e indicação de dieta. Deve ser apresentada nas avaliações da criança na Atenção Primária



à Saúde (APS), agendadas desde a primeira semana de vida, logo após a alta da maternidade.

As Cadernetas da Criança são distribuídas pelo MS diretamente para as Secretarias de Saúde dos estados e para os municípios com mais de 200 mil habitantes. Cabe às Secretarias de Saúde redistribuírem para as maternidades do território, de forma que cada criança nascida em território nacional a adquira gratuitamente, na maternidade de nascimento, seja esta pública ou privada, em cumprimento ao estabelecido na Portaria nº 1.058, de 4 de julho de 2005.

Triagem Neonatal – É realizada em cinco modalidades: biológica, auditiva, ocular e de cardiopatias congênitas críticas, além da avaliação do frênulo lingual:

1.Triagem Neonatal Biológica – TP (Teste do pezinho) - Portaria GM/MS nº. 22 de 15 de Janeiro de 1992 e Portaria nº 822/GM, de 06 de junho de 2001.

É uma das principais formas de diagnosticar doenças que, quanto mais cedo forem identificadas, melhores são as chances de tratamento. São elas: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, deficiência de biotinidase, hiperplasia adrenal congênita e cromatografia de aminoácidos.

Para realizar o teste do pezinho, a família deve levar o RN a uma unidade básica de saúde entre o 3º (a partir de 48h de vida) e o 5º dia de vida. É fundamental ter atenção a esse prazo. Caso a criança esteja internada neste período, o teste do pezinho deve ser realizado na maternidade e encaminhado ao Serviço de Referência Estadual – APAE Salvador-BA.

Na atual pandemia de COVID 19, os municípios que já registraram casos confirmados deverão colher o teste do pezinho na alta da maternidade, respeitando a técnica da coleta, e priorizando os dados de identificação que devem ser preenchidos corretamente, já que estes pacientes poderão ser reconvocados pela coleta precoce. Para tanto, o Hospital-Maternidade deve entrar em contato com a APAE- Salvador para envio do papel-filtro. Contato 71 98796 4608 / 71 98796 5059.

2.Triagem Neonatal Auditiva – TNA (Teste da Orelhinha) **Portaria nº 1.328/SAS/MS, de 3 de dezembro de 2012**



Realizada por meio de medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição: Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) e Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE) em recém-nascidos e lactentes, visando identificar deficiências auditivas. Deve ser realizada na maternidade, antes da alta hospitalar (entre 24 e 48 horas de vida), se necessário, complementada ainda no primeiro mês de vida. Nos casos positivos, encaminhar para diagnóstico e tratamento, de acordo com as normas e as diretrizes do Ministério da Saúde (Diretriz de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal).

3. Triagem Neonatal Ocular – Teste do Reflexo Vermelho (Teste do Olhinho)

Consulta Pública Nº 18, De 20 De Setembro De 2013

Realizada por meio de exame de inspeção e teste do reflexo vermelho da retina, devendo fazer parte do primeiro exame físico do RN, na maternidade e depois repetido na APS. Consiste na identificação, em tempo oportuno, de agravos que levam à opacificação do cristalino, com diagnóstico presuntivo de retinoblastoma, à catarata congênita e outros transtornos oculares congênitos e hereditários (Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para a Prevenção de Deficiências Visuais).

4. Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênitas Críticas, por oximetria de pulso (Teste do Coraçãozinho) Portaria n.º 20, de 10 de junho de 2014

Realizada de forma universal, nos recém-nascidos, entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar, visando à detecção oportuna de malformações cardíacas graves, conforme o relatório n.º 115 com recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).

5. Teste da linguinha - Avaliação do Frênulo da Língua de Recém-nascidos

Lei n.º 13.002, de 20 de junho de 2014

É obrigatória a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências. Para regulamentar sua implementação, o MS publicou a Nota Técnica n.º 09/2016, visando orientar profissionais e serviços de saúde sobre a identificação precoce de anquiloglossia em recém-nascidos, como também estabelecer o fluxo de acompanhamento dos recém-nascidos diagnosticados com esse achado patológico na rede de atenção à saúde no âmbito do SUS.



Primeira Semana Saúde Integral – Esta ação faz parte de uma estratégia e oportunidade de atenção à saúde da mulher e da criança, na primeira semana de vida, preferencialmente no 5º dia de vida, momento este especial e de maior vulnerabilidade na vida da mulher e da criança. Deve-se fazer avaliação geral da criança: identificação da criança de risco ao nascer; avaliação da saúde da puérpera; avaliação e identificação da alimentação do binômio mãe-bebê; avaliação e orientação para o aleitamento materno – ressaltar a importância do aleitamento materno por 2 anos; coleta do teste do pezinho; aplicação das vacinas (BCG e contra hepatite para o RN (caso não tenha sido feito na maternidade), dupla tipo adulto e tríplice viral para a mãe, se necessário; agendamento de consulta para o RN e para a puérpera (30 dias após o parto).

AIDPI Neonatal e AIDPI Criança – A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) é uma estratégia utilizada por profissionais de saúde capacitados pelo MS, que permite avaliar, classificar e tratar precocemente as principais doenças e fatores de risco que afetam crianças de zero a dois meses de idade (AIDPI Neonatal) e o AIDPI Criança, de dois meses a cinco anos.

As capacitações em AIDPI são realizadas através das parcerias entre o MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O município deve entrar em contato com a DGC, que acionará os facilitadores para realizar a capacitação. Dessa forma, após o primeiro curso, haverá multiplicadores no município e estes poderão dar seguimento à estratégia localmente.

Método Canguru – Este método busca melhorar a qualidade da atenção prestada à gestante, ao RN e sua família, promovendo, a partir de uma abordagem humanizada e segura, o contato pele a pele (posição canguru) precoce entre a mãe/pai e o bebê, de forma gradual e progressiva, favorecendo vínculo afetivo, estabilidade térmica, estímulo à amamentação e o desenvolvimento do bebê.

A maternidade que deseja implantar a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINca) deverá estar de acordo com a norma de atenção humanizada ao RN de baixo peso (Método Canguru), preconizado em Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007. Para capacitação da equipe, o hospital deverá entrar contato com a DGC e/ou com o hospital de referência estadual, para solicitar o curso de sensibilização da equipe no Método Canguru.



Destaca-se a possibilidade da implantação desta metodologia na APS, para acolher os bebês que iniciaram este atendimento na maternidade.

NASCIMENTO SEGURO - REANIMAÇÃO NEONATAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê um mundo em que “todas as mulheres grávidas e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante a gravidez, o parto e o período pós-natal imediato”. Esta afirmação está alinhada com duas agendas de ação global complementares: “Estratégias para acabar com a mortalidade materna evitável” e “Para todo RN: um plano de ação para acabar com óbitos evitáveis”.

O NASCIMENTO SEGURO prevê componentes integrados de estrutura, processos e resultados, no contínuo do cuidado perinatal.

O RN precisa começar a respirar, espontaneamente ou com auxílio, no primeiro minuto de vida, considerado o “Minuto de Ouro”. Um em cada 10 recém-nascidos necessitam ajuda para iniciar a respiração ao nascer. Sabe-se que o risco de morte aumenta 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a respiração, nos primeiros 6 minutos de vida. A equipe de profissionais responsável pelo atendimento do RN em sala de parto deve possuir competência em reanimação neonatal. Pelo menos um profissional capacitado a realizar os passos iniciais e a ventilação com pressão positiva com máscara facial, deve estar presente e disponível para atender exclusivamente o RN. É essencial que as salas de parto tenham materiais e equipamentos adequados para o atendimento do RN, checados e testados de modo sistemático antes de cada nascimento.

A promoção do contato pele a pele efetivo e início da amamentação na primeira hora após o parto, é de extrema importância e não deve se separar mãe e bebê saudáveis – respeito ao período sensível (“primeira hora de ouro”), corte oportuno do cordão (1 a 3 min); não realizar procedimentos desnecessários na primeira hora de vida (exame físico, aspiração de vias aéreas, medidas antropométricas, banho, colírio e vitamina K) (BRASIL, 2011e, 2012a, 2014c; LEAL; GAMA, 2014).

No Brasil, cerca de três milhões de crianças nascem ao ano, sendo 98% em hospitais. Considerando que um em cada 10 recém-nascidos necessitam de manobras de reanimação para iniciar e manter a respiração no momento do nascimento, o MS publicou a Nota Técnica nº 16/2014, que normatiza a capacitação de profissionais médicos e de



enfermagem em reanimação neonatal, em estabelecimentos de saúde do SUS. A expectativa é de que a normatização reduza a asfixia perinatal no país, beneficiando em torno de 300 mil crianças que nascem ao ano com a necessidade de receber este atendimento especializado.

Assim, as capacitações deverão ter carga horária mínima de oito horas, tanto para médicos quanto para enfermeiros, e a certificação deverá ser expedida pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). O curso deve incluir os passos iniciais da reanimação neonatal e ventilação com pressão positiva com reanimadores manuais com máscara facial. No caso dos médicos, a capacitação inclui intubação traqueal, massagem cardíaca e indicação de medicações, enquanto o curso para os profissionais de enfermagem deve incluir auxílio a TODOS esses procedimentos, conforme protocolos e manuais adotados pelo Ministério da Saúde e atualizados a cada 5 anos.

Estratégia QualiNeo - É uma estratégia de fortalecimento da atenção/assistência neonatal, instituída pelo MS, em parceria com Instituto Fernando Filgueira/IFF e a Fundação Osvaldo Cruz/Fiocruz, desde 2017, inicialmente para 10 estados prioritários com maior concentração de mortalidade neonatal (acima de 11/1000 NV) com o objetivo geral de qualificar a atenção neonatal no País.

A Bahia foi contemplada para participar deste Projeto e foi assinado um Termo de Compromisso do estado com o MS para implantação desta estratégia em três serviços: Maternidade Dulcineia Moinho do Hospital Geral Roberto Santos; Maternidade de Referência José Maria de Magalhães Neto (unidades estaduais); e, Maternidade Climério de Oliveira, da Universidade Federal da Bahia. Todas de grande relevância para o atendimento materno-infantil no estado da Bahia, e que aceitaram este desafio.

A Estratégia QualiNEO reúne as principais ações desenvolvidas pelo MS para garantir ao RN o melhor início de vida, que até então eram ofertadas e acompanhadas de maneira isolada, tendo como principal desafio a integração da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), qualificação e habilitação de leitos neonatais, Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, Bancos de Leite Humano (BLH), Prevenção de Infecção, Reanimação Neonatal, Transporte Neonatal e alta hospitalar segura.



Com a Estratégia QualiNEO, o MS pretende focar no RN como forma de dar continuidade à qualificação perinatal iniciada com a Rede Cegonha, e proporcionar a melhoria da atenção à mulher desde o planejamento reprodutivo até a gestação, parto e pós-parto. Para efetivar os objetivos traçados é necessário fortalecer a parceria entre a Atenção Hospitalar, Atenção Primária, Vigilância Sanitária e Rede de Urgência e Emergência.

Em 2021, a Bahia priorizando as ações de qualificação da atenção materno infantil e compreendendo a relevância da Qualineo, firmou parceria com o MS/IFF/Fiocruz para continuidade da Estratégia com a inclusão de dezessete (17) novas unidades hospitalares: Hospital do Oeste – Barreiras; Hospital Municipal Professor Magalhães Neto – Brumado; Hospital Estadual da Criança – Feira de Santana; Hospital Inácia Pinto dos Santos – Feira de Santana; Hospital Regional de Guanambi – Guanambi; Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho – Irecê; Hospital Manoel Novaes – Itabuna; Santa Casa de Misericórdia São Judas Tadeu – Jequié; Hospital Nair Alves de Souza – Paulo Afonso; Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães – Porto Seguro; Instituto de Perinatologia da Bahia – Salvador; Maternidade Albert Sabin – Salvador; Maternidade Tsylla Balbino – Salvador; Hospital Maternidade Luiz Argolo – Santo Antônio de Jesus, Unidade Municipal Materno Infantil (UMMI) – Teixeira de Freitas; Hospital Geral de Vitória da Conquista e Hospital Municipal Esaú Matos – ambos em Vitória da Conquista.

Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (CEPOIF) - Na Bahia, o CEPOIF foi instituído através da Portaria nº 1.421 de 21 de junho de 2006, sendo alterada pela Portaria de nº 2506 de 03/09/2008, publicada no Diário Oficial do Estado em 04/09/2008. É um organismo interinstitucional, de caráter eminentemente educativo e formativo, com atuação sigilosa. Congrega instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor intervenções para redução da mortalidade. Constitui um instrumento de gestão que permite avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção e propor medidas que visem à redução da mortalidade infantil e fetal no estado da Bahia.



Considerando a relevância dos Comitês e Câmaras Técnicas, o CEPOIF vem estimulando os municípios na implantação desse dispositivo, enquanto ferramenta importante de monitoramento.

3.5 Saúde da Mulher

Lançada em 2016, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PEAISM), Portaria SESAB nº 653, publicada no DOE em 31 de maio de 2016, encontra-se coerente com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que considera o enfoque de gênero; os recortes raciais, étnicos, sociais e a incorporação de grupos de mulheres em situações específicas; define as diretrizes e principais estratégias para a atenção às mulheres; e respeita a diversidade dos 417 municípios baianos, tanto em suas especificidades epidemiológicas, quanto nos diferentes níveis de organização dos sistemas de saúde locais.

Na Bahia, os esforços empreendidos na área da atenção à saúde da mulher, têm sido direcionados especialmente para a garantia do acesso, assistência qualificada e humanizada às mulheres nos serviços essenciais de saúde. A DGC, através da Área Técnica de Saúde da Mulher, vem buscando atender às seguintes prioridades estabelecidas: a redução da mortalidade materna e neonatal; a prevenção do câncer de colo de útero e mama; a promoção do planejamento reprodutivo; e, o enfrentamento à violência contra a mulher.

Planejamento Reprodutivo – Trata-se de um conjunto de ações assistenciais que estão inseridas na Assistência Integral à Saúde das Mulheres e devem ser desenvolvidas por trabalhadores de saúde capacitados para fornecer orientações, informações, realizar avaliações clínicas, distribuir métodos contraceptivos, realizar acompanhamentos, identificar riscos, fornecer orientações ao casal que deseja concepção e encaminhamentos para serviços que realizam procedimentos cirúrgicos definitivos para laqueadura de trompas e vasectomia.

Cabe aos Gestores Estaduais/ Municipais, por meio das Unidades de Saúde, implantar ou implementar estratégias adequadas às diretrizes emanadas da atenção integral à saúde reprodutiva, com garantia da equidade, acolhimento, cuidados humanizados e de qualidade. Cabe ainda a esses gestores, possibilitar a escolha informada dos métodos



contraceptivos, assegurar o fornecimento dos métodos escolhidos e garantir a continuidade de acesso dos usuários a todos os cuidados necessários para a promoção da saúde reprodutiva. A implantação desse serviço segue as orientações do Manual para Gestores, do Ministério da Saúde (2002).

Atualmente, os métodos contraceptivos disponibilizados pelo MS fornecidos pela SESAB são: pílula combinada, pílula de emergência, minipílula, injetável mensal, injetável trimestral e DIU. A solicitação desses métodos deve ser realizada pelo Município no SIGAF (Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica).

O MS, conforme Portaria GM/MS nº 1555/2013 que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, faz a aquisição desses métodos contraceptivos e encaminha para o estado. A resolução CIB nº 049/2015, aprova o elenco de referência de medicamentos e insumos deste componente para execução das contrapartidas federal, estadual e municipais, sendo que os contraceptivos constam no elenco de referência dos medicamentos e insumos, para aquisição com a contrapartida sob o gerenciamento municipal da assistência farmacêutica na atenção básica.

Destacamos que o procedimento da inserção do Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU TCu) nas maternidades faz parte da tabela sus, como procedimento secundário da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) realiza a orientação e análise técnica para credenciamento /habilitação de serviços de saúde nos municípios, para realização de contracepção cirúrgica (laqueadura de trompas e vasectomia).

Enfrentamento à Violência Contra a Mulher – A violência contra a mulher, atualmente denominada violência de gênero, é considerada um fenômeno universal, que atinge todas as classes sociais, culturas, etnias, raças, gerações e religiões. Violência Doméstica é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica, ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família ou pessoas sem função parental, que convivam no mesmo espaço doméstico. Pode aparecer na forma de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais, econômico ou patrimonial (BRASIL, 2002).



As diversas tipologias de violências praticadas contra mulher causam impacto na saúde, tanto física quanto mental, podendo gerar quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade, uso de álcool e outras drogas, distúrbios psicossomáticos, suicídios, além da gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV, quando há ocorrência da violência sexual.

A notificação da violência doméstica e/ou sexual dá visibilidade aos casos, além de se constituir em fator de proteção, aponta para a necessidade de ações específicas para vítimas e agressores, sendo fundamental a notificação de todos os casos. Nesse contexto, o trabalho intersetorial e articulado permitirá a formação de uma rede de proteção que norteará o acolhimento e o encaminhamento da vítima – e, uma das formas de conhecer a magnitude do problema é através da notificação compulsória.

Recomendamos que cada município implante serviço de atendimento às mulheres em situação de violência, e que busquem articulação com outros serviços da rede (Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Delegacias, Ministério Público, Defensoria Pública e outros) visando uma assistência resolutiva e integral na perspectiva de Rede.

Com vistas à estruturação da Rede de Serviços de Referência para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, orientamos acesso ao **Informe DGC nº03/2019- Orientações gerais para a organização de Rede de Serviços para Atenção às Pessoas em situação de Violência Sexual**.

Comitê Estadual de Estudo da Mortalidade Materna (CEEMM) - No Brasil, os Comitês de Morte Materna são de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial, e têm se constituído em elementos-chave no enfrentamento da mortalidade materna, ao conferir visibilidade às mortes, discutir seus determinantes e apontar medidas para sua redução. Estas instâncias contam com a participação de instituições de saúde e representantes da sociedade civil, enquanto importante instrumento de controle social no acompanhamento e avaliação das políticas de atenção à saúde da mulher.

Na Bahia, o CEEMM tem discutido questões relacionadas à assistência obstétrica e ginecológica no estado e aos obstáculos existentes nas diversas etapas do processo investigatório do óbito de mulheres em idade fértil e particularmente no período da



gravidez, parto e puerpério. No entanto, para o enfrentamento deste desafio e considerando a permanência de elevadas razões de mortalidade materna (MM) no nosso estado, além da responsabilidade do município pela investigação de todos os óbitos maternos e de mulheres em idade fértil, recomendamos que sejam implantados comitês ou câmaras técnicas municipais ou regionais para análise dos óbitos maternos com produção de recomendações. Desta maneira, qualificaremos a assistência a mulher e evitaremos outros óbitos.

3.6 Saúde de Adolescentes e Jovens

Conforme definição da OMS, a adolescência é entendida como o período dos 10 aos 19 anos e a juventude, dos 15 aos 24 anos. Logo, quando se fala de população jovem ou pessoas jovens está se referindo ao conjunto de adolescentes e jovens dos 10 aos 24 anos.

A Área Técnica da Saúde de Adolescentes e Jovens (ASAJ) visa a promoção da atenção integral, humana e resolutiva à saúde, na perspectiva de assegurar a acessibilidade e a melhoria da qualidade de saúde a essa população, considerando as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, que tem como eixos prioritários:

- ✓ Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Saudáveis;
- ✓ Atenção Integral à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva;
- ✓ Atenção Integral ao Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas.

A partir de tais eixos, podem ser estruturadas algumas ações principais a saber:

3.6.1 – Atenção Integral a Adolescentes em Situação de Violências.

A - Implantação/ implementação da Estratégia da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violências (LCV).

Segundo o MS, a Linha de Cuidado constitui uma "estratégia pedagógica para orientar profissionais e gestores da saúde para que promovam articulações entre equipes e estabeleçam fluxos de atendimento de crianças e adolescentes e suas famílias, segundo suas demandas e necessidades, em uma rede de cuidados progressivos e



ininterruptos, na qual em cada ponto articulado assegure-se o acolhimento, a responsabilização, a resolutividade de problemas e a continuidade da atenção” (BRASIL, 2010).

A LCV tem como objetivo qualificar e capacitar profissionais de saúde e áreas afins sendo tratados vários aspectos voltados para a temática da violência como, por exemplo: ciclos, tipos, naturezas, manifestações das violências, vulnerabilidades do trabalhador da saúde, focando todas as dimensões da respectiva Linha do acolhimento, do atendimento às vítimas e suas famílias, da notificação e da rede de cuidado e proteção.

Há especial atenção e orientação ao processo de estruturação da rede de cuidados e de proteção social (intra ou inter), definindo e trabalhando os passos a serem dados nos diversos momentos:

- 1- Diagnóstico da situação;
- 2- Mobilização social e *Advocacy*;
- 3-Capacitação permanente e formação continuada;
- 4- Planejamento e gestão.

A meta é implantar a LCV nos 417 municípios, porém dada a amplitude do estado, foi definida uma estratégia para iniciar o processo de implantação, a saber:

- a) Municípios que apresentavam os piores indicadores;
- b) Municípios mais populosos (a meta foi começar com municípios acima de 100.000 habitantes e ir seguindo);
- c) Municípios com a ficha de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências implantada.

Para implantação/implementação são formados multiplicadores regionais e/ou municipais que recebem capacitação específica e vários materiais de suporte, como o documento da LCV propriamente dita, a **Metodologia para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências** e as principais publicações, normativas, portarias, etc, relacionadas à questão da violência contra crianças e adolescentes, para servir de consulta e subsidiar a atuação dos profissionais e gestores.



Tais multiplicadores ficam responsáveis pela socialização da estratégia no seu território. Os multiplicadores regionais, qualificam e formam multiplicadores municipais e estes implantam e implementam a LCV no seu território.

B- Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual

Apesar dos avanços nas normativas e regulamentações do Estado Brasileiro para o enfrentamento à violência sexual, a integralidade do cuidado ainda não consegue ser efetiva, homogênea, na sua totalidade e em todo território nacional. O tema ainda é pouco discutido, permeado de crenças e estigmas, aliado a questões de segurança da vítima e de profissionais de saúde. A sua efetivação, demanda conhecimento, por parte das equipes gestoras, do conjunto das diretrizes e procedimentos que regem esta modalidade de atenção, sensibilização para a urgência do atendimento a este perfil de público, planejamento conjunto incluindo outras políticas e ação intersetorial, por meio de pactuação de fluxos de atenção, garantia de sigilo, avaliação dos riscos e expansão dos serviços.

Desta forma, esta ação visa ampliar os serviços de referência para atenção a pessoas em situação de violência sexual, bem como contribuir para melhorar a qualidade da atenção prestada, com vistas a garantir direitos, especialmente sexuais e reprodutivos, por meio de uma análise e fortalecimento da rede de atenção à situação de violência sexual em consonância com as normativas da saúde, a legislação, as políticas e os avanços técnico-científicos.

3.6.2 - Caderneta de Saúde de Adolescentes (CSA).

Constitui um instrumento efetivo para acompanhamento da população de 10 a 16 anos (público ao qual se destina), em todas as questões relacionadas ao seu crescimento e desenvolvimento saudáveis e orientação no que se refere à prevenção de doenças e agravos à saúde, além de facilitar as ações educativas que promovam o aprendizado e a consolidação de estilo de vida saudável.

Está dividida em três eixos: Prevenção, Atenção e Promoção, abordando questões como adolescência, direitos, alimentação, crescimento e desenvolvimento, saúde bucal, imunização, saúde sexual e saúde reprodutiva e autocuidado.



Dessa forma, representa uma estratégia que possibilita a continuidade da integralidade da ação de saúde que foi iniciada na infância, sendo também um instrumento de cidadania, na medida em que a população adolescente se responsabiliza pela caderneta podendo acessar mais facilmente os serviços de APS, garantindo assim, o seu direito à saúde. Representa, pois, instrumento estratégico para ser trabalhado no PSE, pois uma ação complementar, fortalece e reforça a outra.

Para sua implantação/implementação, são formados multiplicadores regionais e/ou municipais que recebem capacitação específica e vários materiais de suporte teórico contendo as principais publicações, normativas, portarias, etc, relacionadas à saúde de adolescentes para servir de consulta e subsidiar a atuação dos profissionais de saúde e gestores.

3.6.3 - Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:

A - Prevenção da Gravidez Não Intencional na Adolescência

Esta linha compreende as discussões/reflexões referentes ao âmbito da sexualidade, entendendo como um conceito amplo presente em todas as fases do desenvolvimento; envolvendo o conhecimento do corpo, gravidez não intencional na adolescência, ISTs/AIDS, planejamento sexual, planejamento reprodutivo etc.

A gravidez na adolescência embora venha apresentando uma leve redução histórica, permanece, no estado da Bahia, com uma incidência ainda preocupante, tendo sido registrado em 2018 um percentual de 17,9% (SINASC). Em alguns municípios do estado da Bahia, este índice, chega a ser duas vezes maior do que o nacional que foi 14,94% em 2018 (IBGE, 2018). Além disso, a iniciação sexual cada vez mais precoce tem trazido preocupação com relação à gravidez em menores de 14 anos. No nosso estado, em 2019, a proporção de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 14 anos foi de 0,92 (SINASC), havendo municípios com incidência quatro vezes maior que a média nacional.

Outros fatores relevantes têm sido a alta incidência de IST/HIV/AIDS, o abortamento, a mortalidade materna e a baixa captação precoce de adolescentes grávidas no pré-natal. Com relação a esta última, observa-se que a maior incidência de ausência de consultas pré-natais e menor quantitativo de consultas, ocorre entre as adolescentes. Também têm sido de adolescentes os bebês com menor peso ao nascer (SINASC).



É importante esclarecer que o estado não deseja a pura redução da gravidez na adolescência, visto que a ideia não é de controle de natalidade e sim de assegurar os direitos sexuais e direitos reprodutivos dos adolescentes. A proposta é evitar que essa gravidez não seja planejada nem indesejada e que aconteça em período inoportuno para os/as adolescentes, provocando situações de conflitos e exposição a riscos como o de abortamento e abandono escolar.

Sabemos que o SUS, unicamente, não dará conta da questão, havendo a necessidade de realização de parcerias para tratar da temática. Neste sentido, as ações desenvolvidas pela saúde têm buscado inserir a temática dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes em diferentes espaços, inclusive, convidando as Secretarias de Educação, Ação Social, Ministério Público, entidades religiosas e outros atores estratégicos para o diálogo e a participação em eventos promovidos pela Saúde.

Uma outra importante estratégia é buscar incluir a saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens na Rede Cegonha e no PSE, como espaços de escuta, diálogo e participação deste segmento etário em todas as ações direcionadas a eles(as).

3.6.4 - Atenção diferenciada para adolescentes

Consiste em adequar e estruturar os serviços de saúde para que funcionem em conformidade com as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção e Recuperação da Saúde e na Prevenção de Agravos. O objetivo é atender às reais necessidades dos(as) adolescentes, de forma que os serviços, nos diversos níveis de atenção, estejam atentos e possam se organizar e funcionar de forma mais adequada às demandas de tal população visando uma atenção mais cuidadosa, sensível e resolutiva. Busca-se, pois, atender os(as) adolescentes e seus acompanhantes/responsáveis de forma acolhedora, sigilosa e amigável, por meio de equipes sensíveis e, se possível, multiprofissionais, através de ações intersetoriais, buscando orientá-los/las sobre seus direitos e discutir questões do seu interesse.

A ação compreende o desenvolvimento de sensibilizações de gestores e profissionais diversos, análise do fluxo de atendimento; capacitações de profissionais de nível médio e superior e adequação dos espaços físicos/ambiência, visando torná-los mais atrativos e acolhedores.



Além disso, é importante realizar análise e reflexão sobre metodologias/estratégias para atuação com adolescentes e jovens, com ênfase em atividades interativas e participativas, consideradas as mais adequadas e eficazes para trabalhar o segmento de adolescentes e jovens, tais como: oficinas, seminários, fóruns, encontros, rodas de conversas, debates, talk-show, trabalhos de grupo, peças teatrais etc.

3.6.5 - Educação Permanente e Continuada na Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens.

Apoio e/ou desenvolvimento de ações voltadas para educação permanente e continuada na atenção à saúde de adolescentes e jovens, na perspectiva de fortalecer o processo de qualificação dos profissionais de saúde e áreas afins que atuam junto a adolescentes e jovens (10 a 24 anos de idade) sobre as diretrizes nacionais relacionadas a tal segmento etário, a partir dos seus eixos prioritários (Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Saudáveis; Atenção Integral à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva e Atenção Integral ao uso abusivo de álcool e outras drogas) enfatizando os temas de gravidez na adolescência, paternidade responsável, violências, ISTs/HIV/ AIDS, como também as questões psicossociais, de gênero, geracionais, raciais, étnicas e culturais envolvidas neste contexto, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade da assistência prestada a adolescentes e jovens como forma de prevenir riscos e agravos a que poderão estar expostos, bem como fortalecer fatores de proteção.

3.6.6 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)

A Portaria nº 1.082, instituída pelo MS em 2014, trata das diretrizes da PNAISARI e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação e de internação provisória.

Tal portaria prevê a elaboração do Plano Operativo e tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da APS, média e alta complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde de adolescentes em regime de internação e internação provisória, além



de descrever as atribuições e compromissos entre as esferas municipal e estadual de saúde e da gestão do sistema socioeducativo na provisão dos cuidados em saúde das pessoas dessa faixa etária.

Os municípios que atendem aos critérios previstos na portaria, elaboram e apresentam os documentos exigidos e após análise e avaliação da ASAJ, os mesmos são submetidos à apreciação do MS para que seja providenciada a habilitação dos municípios. Após este processo, passam a fazer jus um recurso específico, repassado fundo a fundo, e calculado a partir do quantitativo de adolescentes e jovens atendidos por unidade socioeducativa.

3.6.7 - Fortalecimento do Programa Saúde na Escola (PSE)

O PSE tem como um de seus objetivos contribuir para a formação integral de estudantes da Educação Básica, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

Este Programa representa uma das mais importantes políticas de saúde voltadas ao segmento etário de adolescentes e jovens, sobretudo considerando sua perspectiva de atenção integral à saúde e por ser a escola o *locus* privilegiado para interação com esse referido público. Logo, não se deve perder a oportunidade de explorar ao máximo esse espaço de desenvolvimento de ações diversificadas e continuadas, que visam garantir oportunidades a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de promoção da mesma.

Estas ações devem ser planejadas e implementadas pelas UBS e pelas unidades escolares que participam do programa desenvolvendo ações em torno de várias temáticas, dentre elas a educação para saúde sexual e saúde reprodutiva, projeto de vida, saúde bucal, alimentação saudável, imunização etc.

É fundamental fortalecer e acompanhar como as ações estão sendo desenvolvidas no município, sendo importante quando se consegue inserir o PSE no Plano de Saúde Municipal bem como no Projeto Político Pedagógico das escolas.

3.6.8 - Agenda Proteger e Cuidar de Adolescentes

A Agenda Proteger e Cuidar de Adolescentes consiste em uma estratégia do MS para



ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde de adolescentes visando a atenção integral e a garantia de direitos na APS. Seus objetivos são: qualificar as ações de proteção e promoção de saúde sexual e de saúde reprodutiva de adolescentes para aumentar a resolutividade na APS e qualificar as ações de proteção e promoção de saúde durante o crescimento e desenvolvimento de adolescentes, de 10 a 16 anos.

Uma das estratégias ofertadas é o Guia de Avaliação de Qualidade de Serviços de Saúde para Adolescentes na APS, desenvolvido pela OMS para avaliar a qualidade da atenção à saúde de adolescentes nos serviços. Este instrumento é uma potente ferramenta de gestão na sinalização em tempo real de lacunas e potencialidades dos serviços da APS. Esta avaliação auxilia os gestores e profissionais diversos a identificar como estão os seus serviços e vai sugerir como e onde melhorias podem ser feitas, bem como acompanhar o progresso traçado ao longo de vários períodos.

3.7 Saúde do Homem

O autocuidado do homem, definido socialmente, não é percebido como uma prática masculina. Assim, buscar cuidados preventivos à saúde pode ser percebido culturalmente pela sociedade como fraqueza, medo e insegurança, condições próximas do universo concebido como feminino e distantes do ideal de masculinidade. Este comportamento favorece a um maior risco de adoecimento e mortalidade no público masculino.

A despeito da maior morbimortalidade masculina, observa-se que a presença de homens nos serviços de APS, apesar de já haver mudanças neste sentido, ainda é menor do que a das mulheres, o que ocasiona a detecção tardia de doenças e complicações resultantes do retardo na busca de atenção, implicando em maior custo para o sistema e prejuízo à saúde dos homens.

Pesquisas apontam que a expectativa de vida ao nascer dos homens é menor do que das mulheres, pois vivem em torno de 7 anos a menos. Além disso, os agravos da população masculina configuram-se como problema de saúde pública, já que os homens costumam procurar os serviços de saúde tardiamente.

A Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, instituiu no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISPH), cujo objetivo geral é “facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde,



contribuindo para a redução das causas de morbimortalidade e atuação nos aspectos socioculturais”. A SESAB, como um dos órgãos responsáveis pela efetivação desta Política, orienta as ações e serviços de saúde para esta população em todas as faixas etárias, com integralidade e equidade, primando pela humanização da assistência.

A PNAISPH compreende um conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção, reforçando a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, garantindo condições para a execução desta Política. Integra-se às demais políticas, programas, estratégias e ações do MS, promovendo uma articulação interinstitucional, em especial, com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir. Inclui ainda, a educação permanente dos trabalhadores do SUS nos temas ligados à Atenção Integral à Saúde do Homem. Tem como diretrizes:

- ✓ A Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, como foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado;
- ✓ Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente Política;
- ✓ Nortear a prática das ações de saúde pela humanização e pela qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações;
- ✓ ã Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;
- ✓ Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir;
- ✓ Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os



homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados;



- ✓ Integrar as entidades da sociedade organizada na corresponsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do estado, mas uma prerrogativa da cidadania;
- ✓ Incluir na educação permanente dos trabalhadores do SUS temas ligada à Atenção Integral à Saúde do Homem;
- ✓ Aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão; e
- ✓ Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

E como Eixos Prioritários:

- ✓ Acesso e Acolhimento; Saúde Sexual e Reprodutiva; Paternidade e Cuidado; Prevenção de Violências e Acidentes e Principais Agravos/Condições Crônicas.

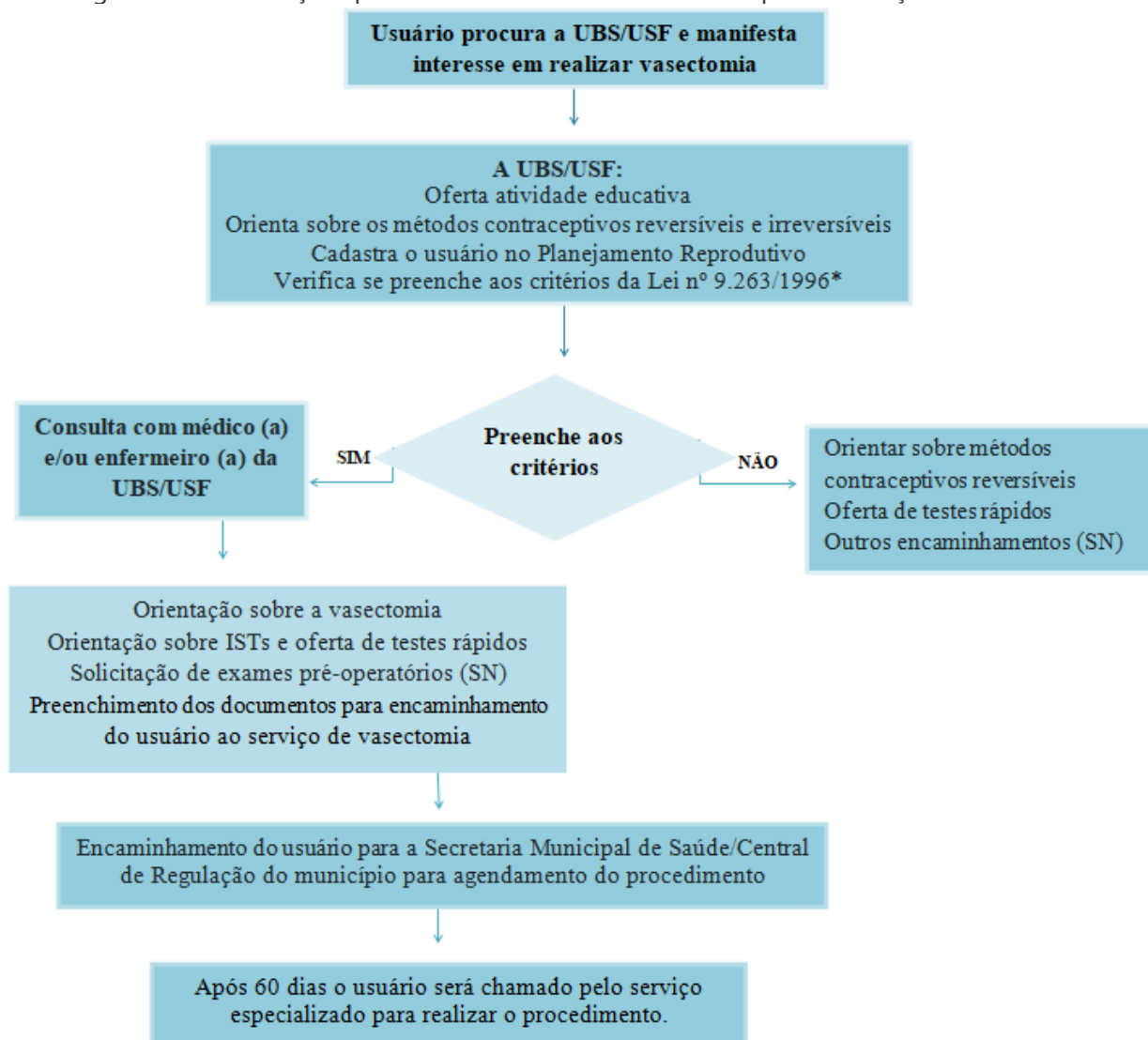
Planejamento Reprodutivo – Vasectomia pelo SUS/BA

Frequentemente procurada pelo público masculino, a vasectomia é uma cirurgia simples que é oferecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O procedimento não interfere na produção de hormônios masculinos e no desempenho sexual. Leva cerca de 20 minutos e não há necessidade de internação.

O interessado em realizar o procedimento deve procurar a Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da Família mais próxima de sua residência e expressar a vontade de utilizar um método definitivo de planejamento reprodutivo, conforme orientações no Fluxograma 1.



Fluxograma I – Orientações para encaminhamento de usuários para realização de vasectomia



O prazo mínimo para realização do procedimento é de 60 dias, entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade. Prazo estabelecido na Lei nº 9.263/1996.

Nova Lei

A nova Lei nº 14.443, sancionada em 2 de setembro de 2022, reduz de 25 para 21 anos a idade mínima para realizar esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena.



O documento acaba com a exigência de autorização do marido ou da esposa para fazer procedimentos de laqueadura ou vasectomia. Segundo a Lei de Planejamento Familiar de 1996, a esterilização dependia do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Essa nova legislação entra em vigor em março de 2023.

3.8 Saúde da Pessoa Idosa

O Brasil vem experimentando nos últimos anos uma transição demográfica acelerada, principalmente devido à queda acentuada dos níveis de fecundidade e maior expectativa de vida. Embora seja uma conquista de toda humanidade, a situação de envelhecimento da população, traz como consequências mudanças significativas na estrutura etária e necessidade de adequações das políticas públicas, de forma a garantir que as pessoas envelheçam com qualidade de vida.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que atualmente os idosos correspondam a 14% da população baiana o que o classifica como um Estado envelhecido, pois de acordo com a organização Mundial de Saúde, cidades que possuem mais de 7% da sua população composta por pessoas idosas, já são enquadradas nessa categoria.

Para organização das ações de saúde dirigidas a essa parcela da população, o Estado da Bahia segue como eixo orientador a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, definida através da Portaria de n 2528/GM de 19 de outubro de 2006 e que tem por finalidade primordial promover, manter e recuperar a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde



(SUS).

A PNSPI tem como principais diretrizes:

- I. Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável;
- II. Atenção Integral, Integrada à Saúde da Pessoa Idosa;
- III. Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- IV. Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- V. Estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social;
- VI. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- VII. Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- VIII. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- IX. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A meta da PNSPI é a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, centrada na capacidade funcional, definida esta como a “manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para uma vida independente e autônoma” (Neri, 2001).

Nesse sentido, considerando que é uma política que trabalha com o paradigma da Capacidade Funcional, deve ser assegurada a essa população a organização dos serviços, que tenham o olhar para além das doenças, buscando a compreensão quanto aos aspectos funcionais do indivíduo que envelhece, bem como suas condições socioeconômicas e sua capacidade de autocuidado.

“A abordagem à pessoa idosa, portanto, não se restringe a uma ação relacionada a uma doença, ou grupo de doenças e agravos. A atenção às pessoas idosas considera, principalmente, a limitação funcional, e o nível de dependência de familiares ou de outros cuidadores para o exercício de suas atividades de vida” (BRASIL, 2018).



Cada ponto de atenção deve estar organizado para adotar a avaliação multidimensional da pessoa idosa, de forma a avaliar e identificar as suas necessidades e especificidades do ponto de vista clínico, psicossocial e funcional.

No Diário Oficial do dia 14/12/2017, foi publicada a Portaria nº 1.771/SAS, que insere na Tabela do SUS o Procedimento “AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA”,

este é um procedimento específico que representa um importante avanço no reconhecimento de novo paradigma da atenção à saúde da pessoa idosa, visando o cuidado integral e não o foco no tratamento de doenças.

Um dos instrumentos que permite a realização da avaliação multidimensional é a **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Ela integra um conjunto de iniciativas do Ministério da Saúde que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde através do registro e o acompanhamento, pelo período de cinco anos, de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, sobre suas condições de saúde, seus hábitos de vida, da identificação das suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para o seu autocuidado. Através da Caderneta é possível incrementar a organização do processo de trabalho das equipes de saúde e para a otimização de ações que possibilitem uma avaliação e cuidado integral da saúde da pessoa idosa.

A nova edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, é enviada aos municípios pelo Ministério da Saúde, mediante adesão realizada através de ofício de solicitação assinado pelo Secretário Municipal de Saúde e cadastro realizado através do link: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=28007

Para os municípios que ainda não possuem a nova edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, orientamos o uso da Ficha Espelho da Caderneta, que permite consolidar as principais informações coletadas com a caderneta. A manutenção de uma ficha espelho atualizada da Caderneta na unidade de saúde contribui para o monitoramento da condição de saúde e para o planejamento das ações ofertadas pela equipe de saúde, qualificando os profissionais na atenção à saúde da pessoa idosa.

Com relação a organização da linha de cuidado integral das pessoas idosas nas redes locais de atenção, os municípios podem se embasar no documento, *Orientações*



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado

Técnicas



para a Implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde, que foi lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2018 e fornece orientações técnicas aos gestores.

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, através da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, contribui com a formulação, implantação, implementação e avaliação de políticas e programas estaduais de saúde, voltadas para a pessoa idosa, de forma que os municípios podem dispor de apoio para a organização desse cuidado. Maiores informações através do e-mail: dgc.saudedoidoso@saude.ba.gov.br

Como serviço de atenção especializada de atenção à Saúde da Pessoa Idosa, a SESAB dispõe do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa - CREASI que tem como missão atender ao idoso frágil ou em risco de fragilização que necessite de atenção especializada na área de geriatria e/ou gerontologia.

O modelo de atenção do CREASI é centrado na funcionalidade, priorizando a assistência a idosos frágeis ou em risco de fragilização, que devem ser encaminhados pela Atenção Básica, através de Formulário de Referência próprio, disponível no site do CREASI. Para os casos de idosos considerados robustos ou aqueles independentes funcionalmente, o Centro oferece apoio matricial, disponibilizando suporte técnico, treinamentos e capacitações às equipes que atuam na Atenção Básica de Saúde.

Segue abaixo alguns links de referência para organização atenção à saúde e Implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde.

3.9 Saúde da População Negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída pela **Portaria MS nº 992 de 13/05/2009** como uma resposta às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos. A história do País, construída sobre as bases da desigualdade, reservou para a população negra o lugar das classes sociais mais pobres e de condições mais precárias, que tem no racismo velado seu principal entrave nas políticas de igualdade e ações positivas.



Em 2013, O Governo do estado da Bahia instituiu a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra em consonância com a PNSIPN definindo princípios, objetivos, diretrizes, estratégias e responsabilidades de gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde deste segmento. Inclui-se nesta Política ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção dos agravos nas doenças mais prevalentes na população negra (hipertensão, diabetes, doença falciforme, glaucoma, câncer de cólon e útero, violência e outras), bem como na promoção da gestão participativa e estímulo ao controle social, além da produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde. Destaca-se algumas das seguintes diretrizes:

- I. Incentivo à produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
- II. Incentivo ao reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;
- III. Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes à redução das desigualdades étnico raciais no campo da saúde, nas distintas esferas de governo;
- IV. Desenvolvimento de processo de informação, comunicação e educação, que contribuam para redução das vulnerabilidades e fortalecimentos de uma identidade negra positiva.

A SESAB vem adotando o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), como uma das iniciativas para implementação da Política, cujo conceito passou a ser definido como o *fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço profissional e adequado às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica*. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes ou comportamentos que denotam discriminação resultante de preconceito inconsciente, ignorância, falta de atenção ou de estereótipos racistas que coloquem minorias étnicas em desvantagem.

Outra iniciativa foi a regulamentação da Assistência Religiosa nos estabelecimentos de saúde da Rede Própria do estado, através da **Portaria SES/BA nº 880 de 13/06/2014**. Destaca-se alguns artigos desta Portaria:



- I. a prática de culto envolvendo cerimônia coletiva será realizada em local apropriado e multirreligioso;
- II. em situação de urgência, à assistência religiosa individual poderá ser prestada fora do horário normal de visita, desde que exista anuência dos Serviços Social e de Enfermagem;
- III. apoio espiritual ao paciente respeitando sua crença;

Em 2014, o Governo do estado da Bahia, institui a Política Estadual para o Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, a partir do **Decreto Estadual nº 15.634 de 06/11/2014**, que traz como disposições preliminares o reconhecimento, fortalecimento e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos, culturais e educacionais, com respeito e valorização à sua identidade, suas formas de organização e suas instituições.

Neste contexto, compreende-se como Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs), os grupos culturalmente diferenciados, como os povos indígenas, ciganos e de terreiro, comunidades quilombolas, geraizeiros, marisqueiras, comunidades de fundos e fechos de pasto, pescadores artesanais e extrativistas. Estes grupos ocupam ou reivindicam seus territórios tradicionais, de forma permanente ou temporária, tendo como referência sua ancestralidade e reconhecendo-se a partir de seu pertencimento baseado na identidade étnica e na autodefinição. Conservam suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, suas línguas específicas e relação coletiva com o meio ambiente. Estes fatores são determinantes na preservação e manutenção de seu patrimônio material e imaterial, através da sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando práticas, inovações e conhecimentos gerados e transmitidos pela tradição, bem como o desenvolvimento sustentável para promoção da melhoria da qualidade de vida desses povos para as gerações atuais e futuras, considerando seus direitos territoriais; a equidade social; a conservação ambiental; a valorização cultural e ancestral; e o desenvolvimento econômico.

3.10- Saúde das Pessoas com Albinismo

O albinismo é uma condição genética, classificada na categoria dos distúrbios metabólicos. A pessoa com albinismo pode ser afetada por sérios efeitos danosos quando



exposta à radiação solar, como: eritema solar, foto envelhecimento, lesões pré-malignas na pele, podendo ocorrer desde a infância. Isso acontece devido a um conjunto de distúrbios genéticos na síntese de melanina que resultam na hipopigmentação da pele, pelos, olhos e cabelos. Estas condições facilitam a ocorrência de tumores malignos alimentados por células da pele que sofreram mutações de forma desordenada dando origem a um novo tecido “neoplasia” ou câncer de pele. Além disso, as pessoas com albinismo também sofrem alteração ocular que podem resultar na ocorrência de uma visão subnormal, que necessitam de cuidados oftalmológicos mais sensíveis.

A importância do cuidado à saúde das pessoas com albinismo atravessa a barreira da invisibilidade social, da deficiência e diferença, sendo extremamente necessário o acesso às informações em diversos setores públicos envolvendo, além dos serviços e processos específicos da saúde, os setores da educação e demais, garantindo a integralidade do cuidado no cotidiano dessas pessoas.

A Associação das Pessoas com Albinismo na Bahia (APALBA), tem dado suporte ao estado para a investigação do número de pessoas com esta desordem genética. Estima-se, que até 08/01/2021, o consolidado do eSUS e APALBA é de 546 pessoas com albinismo, com idade entre 06 meses e 71 anos.

Nesse contexto, no ano de 2010, foi aprovado o Programa Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Albinismo através da Resolução CIB-BA nº 368/2010, com o objetivo de assegurar inserção destas pessoas no SUS, garantindo a atenção integral e de qualidade, oferecendo informações às famílias em todo estado da Bahia.

Dentre as diretrizes destacamos:

- I. Organizar a linha de cuidado, buscando promover a atenção integral às pessoas com albinismo, articulando as ações de promoção, prevenção e assistência;
- II. Promover o acesso à informação, orientação e aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com Albinismo;
- III. Promover a garantia de acesso às medicações essenciais, conforme protocolos elaborados pelo MS.

A SESAB, baseada na **Resolução CIB nº 368/2010**, e orientada pela **Portaria Ministerial nº 199/2014** que trata das diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças



Raras, vem organizando a rede de cuidados às pessoas com albinismo desde a assistência básica, que visa a prevenção do câncer de pele através de exames físicos e distribuição de protetor solar, até a atenção especializada (dermatológica e oftalmológica).

3.11- Saúde das Pessoas com Doença Falciforme (DF)

A DF é uma doença hereditária, “caracterizada pela alteração dos glóbulos vermelhos do sangue, tornando-os parecidos com uma foice, daí o nome falciforme. Essas células têm sua membrana alterada e rompem-se mais facilmente, causando anemia. A hemoglobina, que transporta o oxigênio e dá a cor aos glóbulos vermelhos, é essencial para a saúde de todos os órgãos do corpo” (BRASIL,2015).

No Brasil, é uma das doenças hereditárias mais comuns, sendo uma questão de saúde pública. A gravidade clínica da doença é mutável, mas uma quantidade considerável de portadores tem as formas crônica e grave da doença que resultam em disfunções orgânicas múltiplas e sintomas como: crises de dor forte provocada pelo bloqueio do fluxo sanguíneo e pela falta de oxigenação nos tecidos; dores articulares; fadiga intensa; palidez e icterícia; atraso no crescimento; úlcera nas pernas; tendência a infecções; cálculos biliares; problemas neurológicos; cardiovasculares; pulmonares e renais.

A DF é predominante em pessoas pretas e pardas, e raramente ocorre em pessoas brancas. A incidência é de 1/650 nascidos vivos e de 1/17 para traço falciforme. A miscigenação racial é apontada pela literatura científica como a principal causa do número de casos no país, especialmente na Bahia onde, a cada mês, registram-se 30 novos casos da doença com altos índices de morbimortalidade.

Como apoio à implantação e implementação dos serviços de atenção às pessoas com DF nos municípios, foi instituído o Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, pela **Portaria nº 1.018 de 18/07/2005**, que refere como competências do Gestor Municipal:

- ✓ Conhecer o perfil da doença em seu município e definir, com assessoria da Gestão Estadual, sua inserção na rede de atenção integral à pessoa com doença falciforme e outras hemoglobinopatias;
- ✓ Garantir o atendimento na referência de média e alta complexidade, orientação e informação genética das pessoas portadoras de traço falciforme;



- ✓ Articular, com a Gestão Estadual, a capacitação de suas equipes e demais profissionais da rede municipal;
- ✓ Promover o conhecimento da atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias na ESF e demais ações básicas;
- ✓ Garantir a disponibilização dos medicamentos, que constam no anexo da Portaria, por meio de unidade de referência cadastrada no Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias; e
- ✓ Promover campanhas de informação e divulgação, bem como a elaboração de materiais instrucionais educativos.

A SESAB possui excelente efetividade na contribuição do diagnóstico da doença e no processo de tratamento. São eles: o Programa de Triagem Neonatal (teste do pezinho) e Programa Estadual de Triagem Pré-natal em papel-filtro. Estes programas, portanto, contribuem para a melhora da qualidade de vida e aumentam a sobrevida das pessoas com DF e de seus familiares.

A Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA) é a unidade de referência estadual que garante atendimento clínico, exames, qualidade dos produtos obtidos a partir do sangue e qualificação dos profissionais da RAS do estado.

Além destas iniciativas, destacamos o apoio aos municípios na implantação e implementação dos serviços de atenção às pessoas com DF. Atualmente, na Bahia, a população vem sendo assistida nos municípios que já implantaram a referida Política, a saber: Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Camaçari, Cruz das Almas, Feira de Santana, Guanambi, Ilhéus, Itabuna, Juazeiro, Lauro de Freitas, Salvador, São Francisco do Conde, Teixeira de Freitas, Valença e Vitória da Conquista.

3.12 Saúde da População em Situação de Rua

A Política Nacional para a População em Situação de Rua foi instituída pelo [Decreto nº 7.053/09](#) e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, pelo [Decreto nº 9.894/19](#), com vistas a orientar as ações das diversas políticas na garantia da universalidade dos direitos e integralidade do atendimento às pessoas em situação de rua. Esse marco é resultado de múltiplos esforços dos atores sociais que atuam na defesa dos direitos da População em Situação de Rua (PSR) e do MS comprometido com a



promoção da saúde dessa população. Assim, destacamos algumas diretrizes da Política Nacional para a PSR:

- ✓ Promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais;
- ✓ Responsabilidade do poder público pela sua elaboração e financiamento;
- ✓ Articulação das políticas públicas federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- ✓ Integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para sua execução;
- ✓ Implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional.

Em 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), na perspectiva de direcionar a construção de planos, programas, projetos e ações de saúde que priorizem a acessibilidade aos serviços e melhoria da saúde, como também no combate ao preconceito em relação a essa população no SUS e outros serviços, publica em Diário Oficial da União a **Resolução nº 31, de 30 de novembro de 2017**, e o **II Plano Operativo (2017-2019)** das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do SUS.

Neste sentido, a SESAB vem apoiando os gestores municipais de saúde na melhoria do cuidado qualificado à PSR, visando acolhimento desta nas unidades de saúde, bem como na atenção especializada e hospitalar, além de articular proposta de trabalho transversal e intersetorial entre a SESAB, SMS, Assistência Social e demais secretarias.

Para tanto, contamos com o protagonismo do gestor municipal desde a inclusão de ações de promoção à saúde no Plano Municipal, preenchimento do campo para pessoas em situação de rua na ficha de cadastro individual eSUS, busca ativa e acompanhamento dessa população referente às doenças prevalentes, implantação de Equipe de Consultório na Rua para os municípios que possuem habilitação, regulação para serviços de saúde de média e alta complexidade. Desse modo, fortalecemos o cuidado a essas pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, tornando-as visíveis no sistema



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado

de



saúde e possibilitando a condução da política.

Para a implantação da Equipe de Consultório na Rua, deverá ser realizado o credenciamento e cadastramento de ESF, seguindo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) conforme o Anexo 1 do anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Resolução CIB/BA nº 50, 23 de abril de 2015 e Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014 (Fixação de novos valores de incentivo financeiro de custeio mensal).

Os municípios que possuem pessoas em situação de rua e que tenham interesse do apoio na implantação e/ou implementação da Política de Cuidado à PSR no município, seja para orientação ou qualificação dos trabalhadores, poderão contar com a SESAB através da Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua (ATSPR) da DGC.

3.13 Saúde da População LGBTQI+²

A **Portaria MS nº 2836, de 1 de dezembro de 2011**, que institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) tem como marca o reconhecimento dos efeitos negativos da discriminação e da exclusão no processo de saúde doença desta população. Suas diretrizes e seus objetivos estão voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais que historicamente estiveram à margem das prioridades dos poderes públicos.

Dentre as diretrizes e os objetivos no campo da saúde, destacamos:

- ✓Garantir a atenção integral à saúde das pessoas LGBT, respeitando-se suas especificidades de gênero, raça/etnia, geração, orientação e práticas afetivas e sexuais no âmbito do SUS, com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais;

²

Lésbicas – mulheres que se atraem afetiva e sexualmente pelo mesmo gênero; Gays – homens que se atraem afetiva e sexualmente pelo mesmo gênero; Bissexuais – mulheres e homens que se atraem afetiva e sexualmente tanto pelo gênero feminino quanto pelo masculino; Transexuais ou Transgêneros – referência a identidade de gênero, e não à orientação sexual, pessoas que se identificam com um gênero diferente daquele designado no nascimento; Queers – pessoas que transitam entre os gêneros feminino, masculino e/ou outros, em geral, percebem os demais termos como rótulos que restringem as possibilidades da vivência da sexualidade e das identidades e/ou expressões de gênero, não se identificando com essa perspectiva binária; Intersexuais – pessoas com variações em seus caracteres sexuais (cromossomos, hormônios, genitália, etc), que dificultam sua identificação no binarismo dos gêneros feminino ou masculino; Assexuais – pessoas que não se atraem afetiva e sexualmente por outras pessoas,



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado

independentemente do gênero; + abriga todas as outras possibilidades de orientação sexual e de identidade de gênero que existam.



- ✓Prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico-uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;
- ✓Prevenir novos cânceres de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;
- ✓Garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (**Portaria nº 1820 – MS, de 13/08/2009**);
- ✓Incluir nos processos de formação e educação permanente de gestores, trabalhadores da saúde, integrantes dos Conselhos de Saúde - e, quando for o caso, de lideranças sociais - o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual e identidade de gênero;
- ✓Incentivar à inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde.

Dessa forma, a população LGBT deve ser acolhida desde a APS até a atenção especializada, de acordo com as suas necessidades. Para tanto, destacamos que a **Portaria MS/GM nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**, viabiliza o atendimento e acesso à população TRANS, seja na modalidade ambulatorial ou hospitalar, à hormonioterapia e processo cirúrgico de ressignificação sexual.

A SESAB desenvolve ações de apoio institucional à implantação/implementação dessa política nos municípios do estado, a fim de garantir o acesso à saúde com qualidade, resolutividade e respeito, independentemente da orientação sexual e da identidade de gênero.

Os gestores de saúde devem estar atentos aos maiores obstáculos enfrentados por essa população vulnerabilizada, tais como: dificuldades no uso do nome social em todas documentações (Cartão SUS, marcação de consulta, prontuário e etc); o acesso a uma atenção humanizada na assistência (tratar a pessoa a partir da identidade de gênero autorreferida, respeito à diversidade, acolhimento qualificado); o acesso ao cuidado no processo transexualizador, de modo a contribuir para a redução das discriminações e desigualdades desde o acolhimento à assistência e recuperação da saúde da população LGBTQI+, bem como para a consolidação do SUS equitativo.



Portanto, cabe aos gestores municipais estarem atentos às responsabilidades e atribuições desta Política no âmbito de sua atuação, que são:

- ✓ Implementar a PNSILGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos;
- ✓ Identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município;
- ✓ Promover a inclusão da PNSILGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;
- ✓ Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação da PNSILGBT;
- ✓ Articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com a PNSILGBT;
- ✓ Incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico- racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;
- ✓ Implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais;
- ✓ Apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos.

3.14 Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL)

Entende-se por pessoas privadas de liberdade (PPL) no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do estado, em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal). Em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP),



foi instituída pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 02 de janeiro de 2014, quando a saúde, no Sistema Prisional, passou a ser um processo articulado de definição de valores, objetivos, diretrizes, normas e estruturas, que tem como finalidade orientar o desenvolvimento de ações, estratégias e produtos, objetivando garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade (PPL) ao cuidado integral no SUS.

O Sistema Prisional da Bahia é composto por 27 (vinte e sete) Unidades Prisionais (UP) em funcionamento, sendo 10 (dez) na capital, dentre elas, uma exclusivamente feminina, e um Hospital de Custódia e Tratamento – HCT (com homens e mulheres cumprindo medida de segurança e/ou em tratamento psiquiátrico); ainda em Salvador, se encontra em atividade a Central Médica Penitenciária (CMP), equipamento que não é classificado como UP e se constitui como retaguarda para os casos de urgência e emergência no Sistema Prisional. No interior, são 17 (dezesete) UP, destas, 08 (oito) são mistas (custodiam homens e mulheres) e 09 (nove) são masculinas. Bem como, 418 delegacias distribuídas em 26 Coordenadorias Regionais da Polícia Civil (COORPINs) em todo o estado.

A PNAISP prevê a integralidade da atenção à saúde das PPL no Sistema Prisional em todo itinerário carcerário, dessa forma, as ações e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) devem ser ofertados preferencialmente intramuros, conforme a Portaria Interministerial MS/MJ nº 2.298 de 09 de setembro de 2021, que institui normas para a operacionalização da PNAISP. Enquanto a oferta das ações e serviços de média e alta complexidade deve ser prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Entre os principais focos da PNAISP está a garantia do acesso de todas estas pessoas à RAS com mais agilidade, equidade e qualidade, e o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis e dos agravos decorrentes do confinamento. Dentro desta perspectiva e consoante o art. 19 da PNAISP, a Bahia publicou a Portaria Conjunta SEAP/SESAB nº 01 de 09 de junho de 2015, que instituiu o Grupo Condutor (GCE/BA) para nortear as ações da PNAISP no âmbito do SUS do estado da Bahia.

A PNAISP alicerça suas diretrizes:



- Na atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde das PPL com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- No controle e/ou redução dos agravos mais frequentes entre esta população;
- No respeito à diversidade étnico-racial, orientação sexual, identidade de gênero, necessidades físicas e mentais, condições econômico-sociais, práticas e concepções culturais e religiosas;
- Na intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde dessas pessoas.

O município poderá fazer adesão a esta Política, conforme critérios estabelecidos. Tal processo implica na sua reafirmação do compromisso de garantir o acesso das PPL ao cuidado integral no SUS, bem como da sua responsabilidade sanitária em relação as UP. Assim, as ações são as mesmas que já vinham executando em relação a assistência à saúde dos seus munícipes privados de liberdade na RAS, não envolvendo custos adicionais para tal.

O município que fizer a adesão à PNAISP poderá requisitar a habilitação, etapa facultativa, que envolve orçamento e repasse do incentivo federal, conforme Portaria Interministerial MS/MJ nº 2.298 de 09 de setembro de 2021, para a manutenção das equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), também em consonância com as Portarias nº 60 de 26 de novembro de 2020 e nº 37 de 18 de janeiro de 2021. Tais equipes podem se organizar na modalidade essencial ou ampliada, a depender do número de pessoas em custódia, com repasse de incentivos financeiros de custeio mensal, que variam entre R\$ 4.000,00 e R\$ 61.500,00:

- Equipe de Atenção Primária Prisional com Carga Horária Compartilhada com equipe de Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal do território;
- Equipe de Atenção Primária Prisional Essencial ou Ampliada com Carga Horária de 20 H semanais, esta modalidade de equipe pode ser complementada com:
 - Equipe Complementar Psicossocial com Carga Horária de 20 H ou 30 H semanais;
 - Profissional de Saúde Bucal, na modalidade 20 H semanais.



· Equipe de Atenção Primária Prisional Essencial ou Ampliada com Carga Horária de 30 H semanais, esta modalidade de equipe pode ser complementada com:

- Equipe Complementar Psicossocial com Carga Horária de 20 H ou 30 H semanais;
- Profissional de Saúde Bucal, na modalidade 30 H semanais.

As ações de saúde serão ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares, assim definidas: I

– a APS será ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das eAPP; e II – a oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na RAS. Os serviços de saúde nas UP serão estruturados como pontos de atenção da RAS e cadastrados no SCNES.

As adesões e habilitações de equipes municipais relacionadas a PNAISP, só terão validade após a publicação no Diário Oficial da União, por meio de portaria específica. Os fluxos de solicitações de Adesão à PNAISP e de Habilitação de eAPP e/ou USB/ESF com delegacia(s) em seu território adstrito, pelo município, estão no site oficial da DGC. Sugere-se que na conclusão de qualquer uma destas etapas, seja apresentada ao CMS, CIR e CIB, para ciência. Caso o gestor necessite de mais orientações, poderá contatar a Área Técnica da Saúde no Sistema Prisional/SESAB (ATSSP), através de e-mail e/ou por telefone.

Reitera-se que entre as demais atribuições municipais, elencadas na PNAISP, está a elaboração do Plano de Ação para implementar esta Política. A ATSSP/SESAB disponibiliza um Modelo de Plano de Ação Municipal no site DGC ou através de e-mail, mediante solicitação. E, O MS também disponibiliza um modelo em seu site.

Outro incentivo é o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), cujo escopo está no Capítulo VI do Título V da Portaria de Consolidação nº 06/2017 e Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014 e suas atualizações, seu financiamento no âmbito da PNAISP é de responsabilidade do MS e se refere as medicações e aos insumos que estejam relacionados ao CBAF, constantes nos anexos I e IV, respectivamente, da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). O CBAF/PNAISP é diferenciado e corresponde a um repasse anual de R\$ 17,73 (dezesete reais e setenta e três centavos) por PPL no Sistema



Prisional. Para fins de cálculo do recurso, é utilizado o número dessa população disponibilizada pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) ao MS.

Segundo Nota Técnica (NT) nº 6/2021-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS, os municípios que tiverem interesse em receber diretamente esse recurso devem seguir um fluxo disponibilizado no site da DGC ou do MS.

A SESAB, por meio da DGC, sua Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde (CPES) e Área Técnica da Saúde no Sistema Prisional, têm realizado: articulações entre as três esferas de governo com vista a atenção à saúde integral das PPL; apoio institucional aos municípios na adesão à PNAISP, bem como, na habilitação das eAPP; Visitas Técnicas às UP do estado da Bahia, para conhecimento da situação de saúde desta população; ações de Educação Permanente, tais como seminários, oficinas e qualificações para os profissionais de saúde, policiais penais, trabalhadores administrativos, diretores e coordenadores de segurança das UP; elaboração/implementação da Linha de Cuidado para as PPL; articulações com a Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios e Secretarias Municipais de Saúde, com a Diretoria da Atenção Básica (DAB), Diretoria de Atenção Especializada (DAE), Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) e com a Área Técnica de Saúde Mental (ATSM) da SESAB, com o GCE PNAISP/BA e especialmente com a Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SEAP) e Secretaria de Segurança Pública (SSP), para desenvolvimento de ações de promoção à saúde para as PPL, bem como monitoramento dos resultados; orientações e apoio aos municípios com PPL em seu território e as eAPP, em situações de emergência sanitária, surto, epidemia e/ou pandemia que impactam às PPL; formulação do Plano de Ação para a Saúde do Sistema Prisional com apoio do GCE PNAISP/BA e incentivo à pesquisa em saúde das PPL, articulado ao PPSUS.

Considerando o disposto na PNAISP e o panorama do Sistema Prisional na Bahia, é imprescindível que os gestores municipais estejam atentos à:

- Garantir do acesso das PPL à RAS municipal;
- Cadastrar, por meio dos programas disponíveis, as PPL no seu território, assegurando a sua identificação no Cartão Nacional de Saúde;



- Atualizar periodicamente o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das UP;
- Implantar e implementar o e-SUS APS e demais sistemas de informação do SUS nas UP;
- Identificar as necessidades de saúde das PPL no território, de modo a elaborar e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, por meio de protocolos de acesso e acolhimento como instrumento de detecção precoce, viabilizando a resolutividade no acompanhamento dos agravos diagnosticados;
- Monitorar as notificações dos agravos prevalentes no Sistema Prisional no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), bem como, os demais indicadores específicos e os sistemas de informação da saúde, com dados produzidos no sistema local de saúde;
- Desenvolver capacitações e ações de Educação Permanente em Saúde para as eAPP, segundo o calendário da Secretaria Municipal de Saúde e Atenção Primária à Saúde;
- Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAISP e a articulação do SUS na esfera municipal.

K) Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

- Portaria Interministerial MS/MJ nº 1/2014 – Institui a Política Nacional de Saúde Integral à Pessoa Privada de Liberdade;
- Portaria Interministerial MS/MJ nº 2.298/2021 – Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria nº 2.765/2014, e atualizações – Dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências;



- Portaria Interministerial MJ/SPM nº 210/2014 – Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências;
- Portaria GM/MS nº 94/2014 – Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria GM/MS nº 95/2014 – Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria Conjunta SESAB/SEAP nº 01/2015 – Institui o Grupo Condutor para Conduzir as ações da Política Nacional de Saúde Integral à Pessoa Privada de Liberdade no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia;
- Portaria MS/SAES nº 37/2021 – Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Decreto-Lei nº 3.689/1941 (Código Penal) – Estabelece o regimento do Código de Processo Penal; e Lei nº 7.210/1984 (Lei de Execução Penal) – Institui a Lei de Execução Penal;
- Portaria MS nº 60/2020 – Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio;
- Portaria de Consolidação nº 02/2017, Capítulo I – Seção III – art. 4º – inciso XI – Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;
- Portaria de Consolidação nº 06/2017, Título II – Capítulo II – Seção IV; Título V – Capítulo VI – Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – das normas para financiamento e execução do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP);



3.15 Saúde dos Povos Indígenas

A gestão da saúde dos povos indígenas é orientada pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, instituído pela **Lei Arouca Nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, e pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI (Portaria nº 254/GM, de 31 de janeiro de 2002)**, cujo propósito é garantir a estes o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade geográfica, histórica, política, sociocultural e reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

De acordo a legislação vigente, cabe ao MS, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a execução das ações de atenção primária nos territórios indígenas, tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que são um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

Quanto aos estados e municípios, são responsáveis pela retaguarda SUS para as ações e serviços de média e alta complexidade, podendo também atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena, ficando a cargo do órgão gestor da saúde indígena, a definição de tais ações complementares, observando as características dos povos envolvidos.

As diretrizes da PNASPI orientam a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, a saber:

- Organização dos serviços de atenção à saúde na forma de DSEI e Polos base, no nível local, onde a APS e os serviços de referência se situam;
- Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;



- Promoção do uso adequado e racional de medicamento;
- Promoção de ações específicas em situações especiais;
- Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- Controle social.

Financiamento

As ações a serem desenvolvidas pelos DSEI serão financiadas pelo orçamento da SESAI/MS, podendo ser complementadas por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS.

Para qualificar a assistência ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico aos povos indígenas, foi instituído o Incentivo da Atenção Especializada à Saúde Indígena, através da **Portaria GM nº 2.656/2007** e cujos critérios para habilitação foram redefinidos pela **Portaria GM nº 2663/2017**, que também aborda critérios de monitoramento e avaliação.

Na Bahia, as ações e os serviços mais demandados pelos povos indígenas foram inseridos na Programação Pactuada Integrada PPI/2010, com vistas a ampliar a rede de assistência à saúde municipal. Assim, para a atenção à saúde indígena, os municípios receberam um recurso além do já existente para a programação das ações e serviços. Atualmente, os recursos para realização das ações e serviços desses povos estão alocados como **Ajuste**, por município, de acordo com a respectiva população, e devem ser pactuados pelos gestores municipais. Para os municípios que tem a gestão com Comando Único, os recursos são repassados mensalmente, diretamente aos fundos municipais de saúde. Para os municípios que estão sob gestão estadual, este recurso está sob responsabilidade da SESAB e deve ser programado em conjunto, a fim de garantir a oferta assistencial a esta parcela da população.

Para acompanhar os valores destinados ao seu município, acesse o site do



Observatório Baiano Regionalizado, selecione seu município e em seguida, clique em Ajustes. O recurso está descrito como RECURSOS AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE PARA ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO INDÍGENA DO TERRITÓRIO.

Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) é composto de dados primários, vindos da APS, prestada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), que é gerenciado pela SESAI/MS.

O fluxo de dados e a arquitetura do sistema permanecem com a alimentação realizada de forma descentralizada (distritos, polos ou aldeias), com autonomia do aplicativo local para análises, sem necessidade de conexão com a internet.

Vale ressaltar que, desde a sua criação até hoje, a gestão e o acesso ao SIASI são exclusivos do órgão gestor do subsistema, muito embora haja a pretensão, por parte da SESAI, de criar um perfil para gestores estaduais e municipais, por solicitações do controle social e gestores da saúde. Até lá, informações devem ser solicitadas junto aos DSEIs.

Saúde indígena na Bahia

De acordo com o IBGE, existem cerca de 56.381 indígenas autodeclarados na Bahia, o que inclui tanto os urbanizados com pertencimento étnico a povos indígenas específicos, quanto os que se classificaram genericamente como indígenas, mas que não possuem identificação com etnias específicas.

A Bahia conta com um DSEI, cuja sede está situada em Salvador e 9 (nove) Polos base, situados respectivamente nos municípios de Euclides da Cunha, Ribeira do Pombal, Ibotirama, Ilhéus, Pau Brasil, Juazeiro, Paulo Afonso, Itamaraju e Porto Seguro.

Segundo o Plano Distrital de Saúde Indígena 2020 a 2023, existem cerca de 32.281 indígenas cadastrados no SIASI, 19 etnias (Atikun, Capinauá, Funi-ô, Kaimbé, Kantaruré, Kiriri, Pankararé, Kambiuá, Pankararú, Pataxó, Pataxó Hã Hã Hãe, Payayá, Truká, Tumbalalá, Tupinambá, Tuxá, Tuxi, Kariri-Xocó e Xucuru-Kariri), distribuídas em 135 aldeias em 29 municípios: Abaré, Alcobaça, Angical, Banzaê, Barreiras, Belmonte, Buerarema, Camacan, Camamu,



Curaçá, Euclides da Cunha, Glória, Ibotirama, Ilhéus, Itaju do Colônia, Itamaraju, Muquém de São Francisco, Pau Brasil, Paulo Afonso, Porto Seguro, Prado, Quijingue, Rodelas, Santa Cruz Cabralia, Santa Rita de Cássia, Serra do Ramalho, Sobradinho, Una e Utinga.

Vale ressaltar que existem municípios com comunidades indígenas em processo de retomada de seus territórios ou situação similar e que não possuem cadastro no SIASI, não sendo acompanhadas pelo DSEI-BA. Nesses casos, as comunidades indígenas são assistidas pela gestão municipal. São exemplos os municípios de Ribeirão do Largo, Monte Santo, Sento Sé, Cocos, Lauro de Freitas, Morro do chapéu, Eunápolis.

Nesse contexto, a SESAB, com o objetivo de potencializar a atuação articulada da saúde dos povos indígenas nos três níveis de gestão, promovendo uma maior integração do Subsistema de Saúde Indígena ao SUS, instituiu, através da **Portaria Estadual Nº 890 de 03 de junho de 2013**, a Comissão Estadual de Saúde Indígena, coordenada pela DGC e que conta com outras representações do COSEMS, da Coordenação de Políticas para Povos Indígenas da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, do DSEI, da Fundação Nacional do Índio, do CES, do Conselho Distrital de Saúde Indígena e do Conselho dos Direitos dos Povos Indígenas.

3.16 Terapia Nutricional

É parte imprescindível, nas mais diversas faixas etárias, para o processo preventivo e terapêutico de múltiplas patologias, onde a utilização de formulações especializadas associadas aos demais cuidados multiprofissionais, configura condição fundamental para melhora e/ou manutenção da saúde do indivíduo.

No ambiente intra hospitalar, a terapia nutricional já é reconhecida como parte do processo terapêutico, a fim de evitar a desnutrição energético proteica e suas implicações. Desde meados dos anos 1970 que a desnutrição hospitalar vem sendo estudada e trabalhos de investigação desta comorbidade, dentre estes o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) de 1996, tem sido realizado. Este estudo multicêntrico subsidiou a institucionalização da terapia nutricional, com incentivo financeiro, além do estabelecimento de parâmetros formais para criação de



equipe multidisciplinar, a fim de diminuir o tempo de internação, a elevação dos custos e complicações, incluindo óbito.

Em agosto de 2017, a SESAB estrutura a Coordenação de Fórmulas Alimentares Especiais (CFAE), objetivando prestar assistência nutricional para a dispensação de Fórmulas Alimentares Especiais (FAE) para uso ambulatorial, bem como orientar os critérios de acessibilidade aos usuários requerentes das FAE, aplicando os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Ademais, define as competências da SESAB, junto à sua rede referenciada e órgãos parceiros, com o intuito de prever a demanda e garantir a continuidade do tratamento, sem que haja prejuízos à saúde do indivíduo e a necessidade de judicialização dos processos.

A CFAE também orienta o acesso à assistência ao usuário, através de UBS/USF, a fim de receber atendimento clínico médico e nutricional, além de acompanhar tolerância e aceitação da formulação indicada e a evolução do quadro. Deste modo, é imprescindível qualificação dos profissionais assistentes, lotados nessas unidades.

Financiamento da terapia nutricional ambulatorial:

O SUS não prevê orçamento específico para dispensação de FAE para usuários não hospitalizados e, por não possuir parâmetros legais para tal, mostra-se imprescindível o desenvolvimento de políticas públicas específicas para que os princípios da equidade, integralidade e universalidade sejam respeitados, no sentido de estabelecer parâmetros que orientem a solução de demandas como esta, a curto, médio e longo prazos.

Em contrapartida, o estado da Bahia vem assumindo, junto aos seus 417 municípios, a responsabilidade pelo fornecimento de fórmulas muito mais onerosas, **cujo uso é contínuo e imprescindível à manutenção da vida dos pacientes assistidos**, que devem ser acompanhados em centros de referência, normalmente situados em unidades hospitalares ou universitárias (HUPES, HGRS, UESB, APAE).

Formulações dispensadas:

Há situações onde as FAE atuam como parte terapêutica de determinadas doenças crônicas e graves, cuja assistência é especializada. Seu uso, normalmente, se dá por tempo indeterminado (alguns casos, de forma vitalícia), o que onera consideravelmente



os custos da terapia nutricional. Fazem parte do rol de formulações dispensadas por esta coordenação:

- ✓ Fórmulas utilizadas para a execução de dieta cetogênica;
- ✓ Fórmula com composição anti-inflamatória para promover a remissão da inflamação intestinal (sintoma com consequências graves em pacientes portadores de Doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa).
- ✓ Fórmulas para suprimento de necessidades metabólicas específicas, com perfil vitalício, como nos casos de portadores de Erros Inatos do Metabolismo (EIM).
- ✓ Formulações necessárias à cicatrização para pacientes com Epidermólise Bolhosa (EB), reduzindo os riscos de infecção e desnutrição, e promovendo consequentemente, a redução dos internamentos hospitalares e óbitos.

COMO SE CADASTRAR:

O acesso às fórmulas alimentares se dá através das unidades credenciadas. Em Salvador, através da Câmara de Conciliação em Saúde (CCS), na região metropolitana diretamente com a SESAB e, interior do estado, nos Núcleos e Bases Regionais de Saúde.

O processo de solicitação das fórmulas é efetuado, inicialmente, dirigindo-se à unidade para efetuar o requerimento com apresentação da documentação necessária para avaliação da pertinência do uso da fórmula:

- ✓ Cópia do RG ou certidão de nascimento, se menor de um ano;
- ✓ Cópia do documento de identificação dos pais (RG e CPF), quando menor;
- ✓ Cópia do Cartão SUS do proponente ou da mãe, se recém-nascido;
- ✓ Cópia do comprovante de residência, quando menor, dos pais;
- ✓ Número do telefone de contato;
- ✓ Relatório médico (até 6 meses de validade);
- ✓ Relatório nutricional (até 6 meses de validade);
- ✓ Resultados de exames médicos realizados nos últimos 60 dias (quando houver).



4. REDES TEMÁTICAS DE

ATUAÇÃO 4.1 Rede Cegonha

É uma estratégia para redução da mortalidade materna e neonatal, com finalidade de organizar a rede de assistência e mudar o modelo de atenção obstétrica, instituída no âmbito do SUS pela **Portaria/GM 1.459 de 24 de junho de 2011**, e consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

Suas diretrizes incluem a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Esta Rede busca articular e sintetizar as intervenções que já vinham sendo desenvolvidas no país, como o **Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (PHPN)**, o **Plano de Qualificação da Atenção e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal (PQM)**, entre outras.

Com base no desenho proposto pelo MS, as responsabilidades e a estrutura mínima necessária para a organização da Rede Cegonha por nível de complexidade, ficam assim definidas:

- ✓ **Para o âmbito Municipal** – A execução de ações de saúde sexual e saúde reprodutiva nas UBS/USF; ações de planejamento reprodutivo com garantia dos métodos contraceptivos; pré-natal de risco habitual para todas as gestantes nas UBS/USF; garantia ou referência para exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco; vinculação de cada gestante acompanhada em UBS/USF a um serviço de parto na região; realização de triagem neonatal, atenção à puérpera, ao neonato e a criança até 24 meses.
- ✓ **Para o âmbito da região de saúde** – A região deve contemplar ações e serviços como: centro de parto normal; maternidade de referência secundária para realização



do pré-natal de alto risco e parto cesáreo; Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais (UCINco); Unidade e Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCIca); Unidade de Coleta de Leite Humano; Unidade de Coleta e Transfusão (UCT).

✓ **Para o âmbito Macrorregional** – A macrorregião deve contemplar: maternidade de referência para gestação de alto risco para o pré-natal e parto; UTI adulto e neonatal; UCINco; UCINca; Banco de Leite Humano (BLH); Casa de Apoio à Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); e Hemocentro/Unidade Transfusional.

O governo do estado tem trabalhado na perspectiva de implantação dessa rede de cuidados, acompanhando as políticas públicas nacionais. Todos os 417 municípios do estado já fizeram adesão a essa rede no seu componente pré-natal. Houve uma ampliação da oferta de exames, incluindo os testes rápidos de gravidez para captação das gestantes precocemente, testes rápidos de sífilis e HIV e investimentos no programa de triagem pré-natal (papel-filtro).

Na Bahia, a proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal em 2010 era 41,40% e em 2019 foi de 66,17 %, o que demonstra uma ampliação do acesso das gestantes a essas consultas. Em relação à gestação na adolescência, o número vem diminuindo ao longo dos anos no estado, passando de 21,4% em 2010 para 17,1% em 2019, no entanto, as taxas ainda são bastante preocupantes, principalmente na faixa etária entre 10 a 14 anos, mesmo que seja observado uma discreta redução a partir de 2014. (Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP– SINASC).

Durante o pré-natal, toda gestante deve ser informada sobre qual maternidade/hospital procurar no momento do parto ou em caso de intercorrências. Na impossibilidade de realizar o internamento na unidade previamente vinculada, deverá ser acionada a regulação para encaminhamento a outra unidade. A responsabilidade pela regulação é da unidade e não da mulher. Esta estratégia é nomeada de vinculação e tem por objetivo evitar a peregrinação no momento do parto, que, caso ocorra, pode ter como consequências, complicações para ela e para a criança. Na alta das mulheres, a APS deve realizar a consulta puerperal, bem como o acompanhamento das crianças. As mulheres identificadas no pré-natal como gestantes de alto risco devem ser



encaminhadas para serviços destinados a esse acompanhamento, no entanto, devem manter o vínculo com a APS.

Compreendendo a gestação como um evento biopsicossocial, é importante que a atenção oferecida pelos profissionais de saúde às gestantes esteja pautada na integralidade do cuidado. As competências naturais da mulher para o parto, assim como seu protagonismo durante todo o processo da gestação, devem ser reforçados desde o pré-natal. Neste período, os profissionais devem aproveitar os encontros com as mulheres para prepará-las para o parto, divulgando as práticas baseadas em evidências científicas, conhecidas como boas práticas na assistência ao parto e nascimento, tais como a oferta de dieta líquida sem resíduos para mulheres durante o trabalho de parto, o estímulo às posições verticalizadas no parto, o contato pele a pele imediato entre mãe e bebê, dentre outras recomendadas para que possam viver essa experiência de forma enriquecedora, preparando-se para a chegada do bebê e para a nova fase da vida.

Incluir a rede social da mulher, possibilitando e estimulando a presença do acompanhante de sua escolha, além de ser uma boa prática, é direito assegurado pela **Lei Federal 11.108 de 7 de abril de 2005** e deve ser incentivado desde o pré-natal e garantido durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Durante a assistência obstétrica e neonatal, incluindo a atenção ao abortamento, os profissionais de saúde devem basear suas práticas nas melhores evidências científicas disponíveis, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela OMS e adotadas pelo MS. No estado, a proporção de partos normais tem apresentado um decréscimo nos últimos anos, em 2010 a taxa foi 61,20%, reduzindo para 53,9% em 2019. (Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP – SINASC).

A partir de 2015, com o aumento dos casos de microcefalia em recém-nascido, a SESAB se engajou na investigação e elaboração de um protocolo clínico e epidemiológico desse agravo. Este protocolo inclui a investigação e a orientação clínica, pré e pós-natal, dos casos de crianças nascidas com microcefalia, bem como da possível relação etiológica com arboviroses, especialmente com o Zika Vírus. A proposta é estruturar um sistema diagnóstico capaz de detectar precocemente casos de gestantes com exantema, monitorando a possibilidade da criança nascer com microcefalia, assegurando o manejo adequado desses casos.



Em relação à pandemia de COVID-19, o MS publicou, em 2020, o **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente a Pandemia de Covid-19**, que aponta um maior risco de complicações maternas, principalmente no último trimestre da gravidez e no puerpério, inclusive com casos de morte materna (Rasmussen et al. 2020). O MS orienta que gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto devem ser consideradas grupo de risco para COVID-19. Principalmente nos países em desenvolvimento, as razões de morte materna, neste período de pandemia, mostraram-se aumentadas (Hantoushzadeh et al. 2020).

Ainda conforme o referido manual, na vigência da pandemia pelo SARS-CoV-2, torna-se extremamente necessária a reorganização da Rede para a adequada assistência e acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico puerperal, evitando a desassistência. O cuidado pré-natal é de extrema importância na gestação em relação à classificação de risco e demais cuidados de rotina. Neste período de pandemia, precisam ser feitos ajustes para que esse cuidado não seja comprometido. Deve-se ressaltar a manutenção do cuidado pré-natal, com realização de exames mínimos e cumprimento do calendário vacinal. A vigilância com as gestantes de alto risco deve ser ainda maior, não devendo ser descontinuada. Destaca-se a importância em manter o atendimento obstétrico hospitalar adequado, e, em caso de intercorrências ou trabalho de parto, as gestantes devem continuar a ser orientadas a procurar o atendimento na maternidade de referência. O cuidado puerperal é outra atividade essencial que não deve ser abandonada, especialmente em situações de pacientes de risco.

Financiamento da Rede Cegonha

Os projetos encaminhados ao MS deverão ser submetidos à CIB, a fim de que sejam avaliadas as conformidades desses projetos com os seguintes instrumentos de planejamento:

- ✓ Plano Estadual de Saúde (PES);
- ✓ Plano Diretor de Regionalização (PDR); e
- ✓ Plano Diretor de Investimento (PDI).

Cada projeto aprovado terá a sua formalização efetivada mediante edição de portaria específica, pelo MS, na qual deverão estar definidos o valor, o período de execução e o



cronograma de desembolso dos recursos financeiros a serem transferidos automaticamente aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, bem como o valor correspondente à contrapartida a ser executada, se for o caso.

As informações do projeto e da execução do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde devem compor o Relatório de Gestão previsto na **Lei nº 8.142, de 1990, no Decreto nº 1.651, de 1995, e na PT/GM 3.176, de 24 de dezembro de 2008**, que aprovou orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.

O processo de implantação da Rede Cegonha na Bahia iniciou-se com a apresentação da proposta da referida Rede na 193ª Reunião Ordinária da CIB/BA (02/06/2011), a partir da exposição do levantamento e análise dos dados para construção da matriz diagnóstica. Nesta reunião, definiram-se os representantes da SESAB e do COSEMS para comporem o Grupo Condutor da Rede, e aprovadas as regiões prioritárias: Região Metropolitana (Salvador e Camaçari), Macrorregiões Norte, Centro Norte e Sul, para implementação da Rede Cegonha no Estado (**Resoluções nº. 128/2011 e 096/2012**) e definidas inicialmente, em seus quatro componentes ministeriais (pré-natal, parto e nascimento, puerpério e saúde integral à criança; sistema logístico e transporte seguro). Em reunião extraordinária da CIB-BA, houve aprovação do Plano Estadual da Rede Cegonha e pactuação dos prazos para qualificação dos planos de ação municipais, conforme **Resolução da CIB/BA N ° 318/2011**.

Para os municípios das macrorregiões não prioritárias (Nordeste, Centro-Leste, Oeste, Sudoeste e Extremo Sul) ficou acordado, junto ao MS, que a adesão à Rede Cegonha dar-se-á apenas para os componentes da APS (pré-natal/puerpério e atenção à saúde da criança). Todos os 417 municípios do estado fizeram adesão a essa rede no seu componente pré-natal. Em dezembro de 2011, foi publicada a **PT/GM 3.060** que aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado da Bahia, contemplando a RMS, considerada prioritária em portaria ministerial. Para a realização dos exames do componente pré-natal e os testes rápidos, a Bahia foi contemplada com os recursos publicados através das portarias a seguir: em 28/11/2013 publica-se a **PT GM 2.897-** (R\$ 1.422.406,08), sendo ajustada pela **PT/GM 66 de 09/01/2014** - (R\$ 236.325,29), em 04/03/2016 **PT GM/MS nº 323** e em 06/01/2017 **PT GM/MS nº 54**.



Os Planos de Ação Regionais (PAR) da Rede Cegonha são um importante instrumento de desenho da Rede e de fluxos da assistência materno-infantil para as Regiões de Saúde. Esses planos devem ser pactuados no Colegiado de Gestão Regional e homologados pela CIB, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado e pelos Municípios envolvidos. Após essa etapa, esses planos devem ser enviados para aprovação do MS. O Plano de Ação Regional é um documento orientador para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha nas Regiões de Saúde. Atualmente, temos no Estado 18 PAR aprovados pelo MS e dois ainda aguardando aprovação (Feira de Santana e Porto Seguro).

4.2 Rede de Atenção Psicossocial

O estado está orientado pelo Plano de Desinstitucionalização da Bahia, instituído pela **Portaria Estadual nº 352, de 13 de agosto de 2019**, sendo fundamentado na Legislação Federal vigente acerca da proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais. A **Lei 10.216/01** enfatiza a importância da garantia do cumprimento dos direitos desse público, e considera o “redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental”, assim como o tratamento preferencial “em serviços comunitários de saúde mental”. Vale salientar que a mudança legislativa é fruto de importante movimento social que culminou na Reforma Psiquiátrica Brasileira e no Movimento da Luta Antimanicomial.

Assim, foi instituída, pela **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011** e republicada em 21 de maio de 2013, posteriormente alterada pela **Portaria GM/MS Nº 3.588/2017**, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Esta rede dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para esse segmento e amplia a concepção de cuidado, ofertando serviços nos diversos níveis, distribuídos em sete Componentes:

I. Atenção Básica – UBS, equipe de atenção básica para populações específicas (equipe de consultório na rua, equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório) e Centros de Convivência.



II. Atenção Psicossocial Especializada – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades.

III. Atenção de Urgência e Emergência – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas).

IV. Atenção Hospitalar – Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral.

V. Atenção Residencial de Caráter Transitório – Unidade de Acolhimento.

VI. Estratégias de Desinstitucionalização – Serviços Residenciais Terapêuticos.

VII. Reabilitação

Psicossocial. As diretrizes da RAPS

são:

- ✓ Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas.
- ✓ Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde.
- ✓ Combate a estigmas e preconceitos.
- ✓ Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.
- ✓ Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas.
- ✓ Diversificação das estratégias de cuidado.
- ✓ Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.
- ✓ Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos.
- ✓ Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.
- ✓ Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.
- ✓ Promoção de estratégias de educação permanente.



- ✓ Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Objetivos Gerais da RAPS:

- ✓ Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral.
- ✓ Promover vínculos entre as pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção.
- ✓ Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Objetivos Específicos da RAPS:

- ✓ Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas).
- ✓ Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas.
- ✓ Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas.
- ✓ Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.
- ✓ Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde.
- ✓ Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil.
- ✓ Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede.
- ✓ Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RAPS.
- ✓ Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.



Nessa perspectiva, o Plano de Desinstitucionalização da Bahia, aprovado pela **Resolução CIB nº 139/2018**, foi embasado e orientado pelo modelo de cuidado territorial, e, está organizado nos seguintes Eixos de Atuação:

- a. Expansão e qualificação dos pontos de atenção da rede.
- b. Desenvolvimento de estratégias de desinstitucionalização por hospital psiquiátrico.
- c. Desenvolvimento de atividades de educação permanente.
- d. Cofinanciamento estadual de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III e CAPS ad III).
- e. Instituição de Coordenação de Saúde Mental na esfera estadual.
- f. Desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação.

Destaca-se que a SESAB vem se empenhando na efetivação deste Plano, bem como no fortalecimento da RAPS estadual, através da publicação de Portarias Estaduais, como:

✓ **Portaria nº 33, de 9 de janeiro de 2019**, que institui incentivo financeiro estadual mensal e provisório para implantação e custeio de SRT em saúde mental para as pessoas com transtornos mentais na modalidade tipo II e dá outras providências.

✓ **Portaria nº 543, de 10 de maio de 2018**, que institui incentivo financeiro estadual mensal para complementação do custeio de CAPS nas modalidades CAPS III e AD III e dá outras providências.

Além disso, há investimentos em ações de Educação Permanente, através de webpalestras temáticas no campo da Saúde Mental, encontros com as diferentes tipologias de serviços da RAPS, execução de Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental e apoio técnico aos municípios baianos, a partir de ações com as instituições docentes/assistenciais, dentre outros.

Nesse sentido, salienta-se duas webaulas que têm como tema “Os Procedimentos CAPS”, visando atingir o público de profissionais que atuam nestas instituições. As aulas pautam-se na importância do preenchimento dos instrumentos, tais como: Registro das



Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), bem como possibilita a discussão da clínica psicossocial.

Pontos de Atenção da RAPS, funcionamento e financiamento:

É relevante estar atento às informações do CNES, do FMS e ao SIA/SUS, visando o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços da rede.

Pontos de atenção da RAPS que dispõem de incentivo para implantação e custeio:

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

A) CAPS I – Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Indicado para municípios ou regiões com população entre 15.000 e 70.000 habitantes e funcionamento no período das 8 h às 18 h, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. O incentivo para implantação é no valor de R\$ 20.000,00 e o custeio mensal no valor de R\$ 28.305,00.

B) CAPS II – Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e funcionamento das 8 h às 18 h, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21h. O incentivo para implantação é no valor de R\$ 30.000,00 e o custeio mensal no valor de R\$ 33.086,25.

C) CAPS ia – Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões com população a partir de 70.000 habitantes. O funcionamento deve ser das 8 h às 18 h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21 h. O incentivo para implantação do CAPS i é no valor de R\$ 30.000,00 e o custeio mensal no valor de R\$ 32.130,00.

D) CAPS ad – Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões com população



a partir de 70.000 habitantes. O funcionamento deve ser das 8 h às 18 h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21 h. O incentivo para implantação do CAPS ad é no valor de R\$ 50.000,00 e o custeio mensal no valor de R\$ 39.780,00.

E) CAPS III – Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes e funcionamento de 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. O incentivo para implantação é de R\$ 50.000,00 e o custeio mensal é de R\$ 84.134,00. Ainda para este dispositivo, há uma contrapartida estadual com custeio mensal no valor de R\$ 50.000,00 (**Portaria Estadual nº 543/2018**).

F) CAPS ad III – Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do **Estatuto da Criança e do Adolescente**, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes e funcionamento de 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. O incentivo para implantação é de R\$ 50.000,00 e o custeio mensal é de R\$ 105.000,00. Ainda para este dispositivo, há uma contrapartida estadual com custeio mensal no valor de R\$ 70.000,00 (Portaria Estadual nº 543/2018).

Unidade de Acolhimento (UA)

Oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de 24 horas diariamente, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses. A inclusão de usuários na unidade será de acordo com Projeto Terapêutico Singular (PTS) definido pela equipe do CAPS de referência. Existem duas modalidades de UA:

- ✓ UA Adulto (destinada às pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos); e
- ✓ UA Infanto-Juvenil (destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 e 18 anos incompletos, de ambos os sexos).



O critério populacional para implantação da UA Adulto é de 200.000 habitantes, enquanto para a UA infanto-Juvenil é de 100.000 habitantes em município ou região. O incentivo para implantação é de R\$ 70.000,00 e com custeio mensal de R\$ 25.000,00 e de R\$ 30.000,00 para UA Adulto e UA Infanto-Juvenil, respectivamente.

Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

Configuram-se como ponto de atenção do componente Desinstitucionalização, sendo estratégico no processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internadas nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia. Devem acolher pessoas com internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, de acordo com as diretrizes descritas na **Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Existem duas modalidades de SRT: tipo I e tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador, podendo acolher até oito e até dez indivíduos, respectivamente. O incentivo para implantação é de R\$ 20.000,00 e o custeio mensal é no valor de até R\$ 10.000,00 para SRT I e até R\$ 20.000,00 para SRT II.

Leitos de Saúde Mental

Direcionado para a atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente Atenção Hospitalar da RAPS. Tem a função precípua de preservação da vida, visando criar condições para a garantia da continuidade do cuidado pelos outros componentes da rede. Deve ofertar suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrente do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da RAPS e da APS. Os critérios para implantação são: implantação de no mínimo oito leitos por hospital (que não devem exceder 20% do total de leitos e o quantitativo de 30 leitos) e de um leito para cada 23.000 habitantes. O incentivo para implantação dos leitos de saúde mental é no valor de R\$ 4.000,00 por leito e custeio por leito é de R\$ 67.321,32 por ano, podendo ser este valor diluído mensalmente.



4.3 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

A partir da segunda metade do Século XX, as pessoas com deficiência vêm conquistando maior visibilidade na luta pela garantia de seus direitos e no fortalecimento de sua identidade. Decorre deste processo de mobilização política, uma nova configuração conceitual da deficiência denominada de Modelo Social da Deficiência (HUNT, 1996, ABBERLEY, 1997, DINIZ, 2007) – um modelo explicativo que supera a ideia de deficiência como um fato exclusivamente biológico ou como oposição à normalidade, e, considera a multicausalidade e a sua determinação social e histórica.

Este modelo reafirma a dimensão relacional da deficiência, ou seja, a deficiência, enquanto fato fisiológico é determinada, condicionada ou agravada por elementos de ordem social, que se constituem como barreiras ao pleno desenvolvimento e participação das pessoas, tal como está expresso no propósito da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, no art. 1º - Propósito, do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009:

“(…) Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.”

Esta concepção não apenas sintetiza o modelo social, como também guarda profunda relação com os princípios da integralidade e da equidade trazendo a pessoa em suas múltiplas dimensões para o centro do cuidado.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, pela Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar o acompanhamento e cuidados qualificados para pessoas com deficiência, tendo como principal objetivo promover a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, e reabilitá-la na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social, prevenindo agravos. O Plano de Ação Estadual da RCPD da Bahia consiste em um instrumento estratégico para o planejamento, acompanhamento, avaliação e controle de ações para esse segmento, integrando-o ao Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limites. O Plano Estadual objetiva a ampliação do acesso e a qualificação do atendimento das pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual e visual na RCPD, e, busca-se promover a vinculação desse segmento e familiares nos pontos de atenção da rede,



por meio da articulação e integração de todos os componentes da rede. Tais ações são pautadas nas normativas legais estabelecidas pelo MS, que nos permite avançar em direção à estruturação assistencial à saúde da pessoa com deficiência no Estado.

Este Plano foi elaborado a partir de um esforço conjunto que envolveu técnicos da SESAB, direcionados pelo desejo de concretizar uma efetiva defesa e garantia dos direitos humanos e cidadania à pessoa com deficiência, por meio da promoção do acesso no território e cuidado qualificado, em uma rede pública que ofereça Órteses, Próteses, Meios Auxiliares de Locomoção, Bolsas de Estomias e Acessórios (OPM).

Assim, a Resolução CIB nº 173/2020 aprovou ad referendum o Plano da RCPD da Bahia, relacionado ao quadriênio 2020-2023 no âmbito do SUS, que atualiza proposições para o contexto atual do Estado, conforme as orientações para atualização/elaboração dos Planos de Ação da Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa Com Deficiência do MS.

O Plano da RCPD da Bahia é composto por três partes:

1. Apresentação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.
2. Apresentação do Diagnóstico e Análise da Situação de Saúde.
3. Apresentação do Desenho Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Vale salientar que no ano de 2019, a Resolução CIB-BA nº 008/2019 aprovou a Repactuação da Programação Pactuada e Integrada (PPI-2010) da Bahia, destacando no seu Art. 9º, a alocação de recurso para RCPD, anteriormente alocados em Alta Complexidade e na Reserva Técnica, como Serviço, e os valores foram realocados para compor a RCPD, tanto para os atendimentos multiprofissionais, como para OPM.

A proposta teve como propósito ampliar a concessão de OPM no Estado, descentralizando e responsabilizando os entes municipais pela atenção regionalizada, buscando atender aos serviços, cobrindo todas as temáticas (Reabilitação Física, Deficiência Intelectual, Saúde Auditiva, Reabilitação Visual e Atenção à Pessoa com Ostomia) nas 28 Regiões de Saúde do Estado e com abrangência preestabelecida por estabelecimento. Além disso, teve como objeto o incentivo para a qualificação de serviços preexistentes como Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Estabelecimentos Únicos em Reabilitação (EUR) que não possuíam o atendimento de Reabilitação Intelectual/Transtorno do Espectro Autista (TEA), de forma que recursos foram incorporados para que estes pudessem ampliar a cobertura e realizar série



histórica de produção para um pleito futuro de habilitação incorporando a temática da Pessoa com Deficiência.

Atualmente a Bahia conta com os seguintes CER e EUR:

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO	MUNICÍPIO	GESTÃO FINANCEIRA	TEMÁTICAS ATENDIDAS
CER III – CEPRED	Salvador	Estadual	Física, intelectual e auditiva
CER IV – OSID	Salvador	Estadual	Visual, física, intelectual e auditiva
CER II – APAE Salvador	Salvador	Municipal	Física e intelectual
CER II – NACPC	Salvador	Municipal	Física e intelectual
CER II – IBR	Salvador	Municipal	Física e intelectual
EUR – Instituto de Cegos da Bahia	Salvador	Municipal	Auditiva



CER III – Sociedade Pestalozzi de Alagoinhas	Alagoinhas	Municipal	Física, Intelectual e Auditiva
CER II – CEMPRE	Camaçari	Municipal	Física e Intelectual
CER II – CEPROESTE	Barreiras	Municipal	Física e Intelectual
CER II – APAE Feira de Santana	Feira de Santana	Municipal	Física e Intelectual
EUR – Hospital Otorrinos	Feira de Santana	Municipal	Auditiva
CER II – CEMUR	Itaberaba	Municipal	Física e Intelectual
CER II – CEMERF	Vitória da Conquista	Municipal	Física e Auditiva
EUR – APAE Vitória da Conquista	Vitória da Conquista	Municipal	Intelectual
CER II – APAE Itapetinga	Itapetinga	Municipal	Intelectual e Visual
CER II – APAE Jacobina	Jacobina	Municipal	Intelectual e Física



EUR – Áudio Clínica	Irecê	Municipal	Auditiva
CER IV – Teixeira de Freitas	Teixeira de Freitas	Municipal	Visual, física, intelectual e auditiva
EUR – NAE	Ilhéus	Municipal	Física
EUR – CREADH	Itabuna	Municipal	Física
EUR – NUPREJ	Jequié	Municipal	Física
EUR – CESAI	Itabuna	Municipal	Auditiva
EUR – CERPRIS	Juazeiro	Municipal	Física
CER II	Gandu	Municipal	Física e Intelectual
CER III	Lauro de Freitas	Municipal	Física, Auditiva, Intelectual

Ressalta-se, ainda, que o Plano de Ação Estadual da RCPD da Bahia consta um escalonamento de pleitos para habilitação de pontos de Atenção Especializada, que exigiu o desenvolvimento de diversas estratégias, objetivando, principalmente, o processo de planejamento e programação integrada entre os entes, no quadriênio 2020-2023, além



de orientar a alocação de recursos financeiros e orçamentários baseada na lógica do cuidado e de acordo as prioridades estabelecidas pelos gestores na RCPD.

Abaixo relacionamos informações relevantes da RCPD:

Diretrizes:

- ✓ Respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas.
- ✓ Promoção da equidade.
- ✓ Promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos.
- ✓ Garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.
- ✓ Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas.
- ✓ Diversificação das estratégias de cuidado.
- ✓ Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.
- ✓ Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.
- ✓ Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.
- ✓ Promoção de estratégias de educação permanente.
- ✓ Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.
- ✓ Desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva.

Objetivos Gerais da RCPD:

- ✓ Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência



temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no SUS.

✓ Promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção.

✓ Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

Objetivos Específicos da RCPD:

✓ Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências.

✓ Desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta.

✓ Ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM).]

✓ Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social.

✓ Promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde.

✓ Desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil.

✓ Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais.

✓ Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

✓ Construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde.



Componentes da RCPD:

- ✓ Atenção Básica.
- ✓ Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências.
- ✓ Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Pontos de Atenção da RCPD, funcionamento e financiamento:

É relevante estar atento às informações do CNES, do FMS e aos SIA/SUS visando o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços da rede.

Pontos de atenção da RCPD que dispõem de incentivo para implantação e custeio:

A) Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação – São unidades ambulatoriais especializadas em apenas reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências. São aqueles que já existiam na data da publicação da **Portaria GM/MS nº 793/2012**, ficando vedadas novas habilitações para esse tipo de ponto de atenção.

B) Centros Especializados em Reabilitação (CER) – É um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para as RAS no território, e poderá ser organizado das seguintes formas: CER II (composto por dois serviços de reabilitação habilitados); CER III (composto por três serviços de reabilitação habilitados); e CER IV (composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados), conforme **Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (MS, 2020)**.

C) Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na RCPD – Conforme descrito no item 4.3 Saúde Bucal deste Manual.

D) Oficina Ortopédica – Constitui-se em serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), podendo ser fixa ou itinerante. Os estabelecimentos habilitados em Reabilitação Física ou os CER com serviço de Reabilitação Física poderão contar com serviço de Oficina Ortopédica.



Incentivo Financeiro de Investimento da RCPD:

A partir da instituição da RCPD visando à ampliação do acesso aos pontos de atenção especializados, foram instituídos incentivos financeiros de investimento destinado à construção, reforma ou ampliação das sedes físicas, bem como para aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes, consoante **Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012:**

Construção de CER:

A) CER II – R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais) para CER com metragem mínima de 1000 m².

B) CER III – R\$ 3.750.000,00 (três milhões setecentos e cinquenta mil reais) para CER com metragem mínima de 1500 m².

C) CER IV – R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais) para CER com metragem mínima de 2000 m².

Construção de Oficina Ortopédica: R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) para edificação mínima de 260 m².

Reforma ou ampliação para qualificação de CER II, CER III e CER IV, até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais).

Aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes:

A) CER II – Até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);

B) CER III – Até R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais);

C) CER IV – Até R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais); e

d) Oficina Ortopédica – Até R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil

reais). Incentivo Financeiro de Custeio da RCPD:

Foi instituído também incentivo financeiro de custeio, conforme valores a seguir:

✓ CER II – R\$ 140.000,00 (cento e quarenta mil reais) por mês.

✓ CER III – R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por mês.

✓ CER IV – R\$ 345.000,00 (trezentos e quarenta e cinco mil reais) por mês;



- ✓ Oficina Ortopédica fixa – R\$ 54.000,00 (Cinquenta e quatro mil reais) por mês;
- ✓ Oficina Ortopédica itinerante fluvial ou terrestre – R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) por mês; e

CEO – Adicional de 20% (vinte por cento) calculado sobre o valor de custeio atual do serviço.

ANEXOS

Anexo 1 – Legislação da Saúde por Campo Temático

A) Alimentação e Nutrição

- ✓ Portaria GM/MS, de 17 de novembro de 2011 - Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Programa Bolsa Família

- ✓ Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 - Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências;

- ✓ Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004 - Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família;

- ✓ Instrução Operacional Conjunta SENARC/MDS/SAS/MS nº11, de 18 de novembro de 2011 - Trata sobre os procedimentos para a identificação de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família elegíveis ao Benefício Variável à Gestante (BVG) e das regras relacionadas à concessão desse benefício.

Vigilância Alimentar e Nutricional

- ✓ Portaria 2.268, de 16 de outubro de 2014 - Habilita os Municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional em Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Atenção Básica que realizaram adesão ao 2º ciclo do PMAQ-AB e polos do Programa Academia da Saúde habilitados para recebimento de incentivo de custeio das ações do programa;

- ✓ Portaria nº 2.883, de 26 de novembro de 2013 - Altera a Portaria nº 2.975/GM/MS, de 14 de dezembro de 2011, e homologa os municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional em Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Atenção Básica que realizaram adesão ao segundo ciclo do PMAQ-AB; Portaria 2.392, de 19 de outubro de 2012 - Homologa os Municípios que receberão recursos financeiros para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional, por meio da aquisição de equipamentos antropométricos



adequados, em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Atenção Básica com adesão ao PMAQ-AB homologada;

✓ Portaria 2.388, de 19 de outubro de 2012 - Homologa o Município de Garulhos (SP) a receber recurso financeiro para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional, por meio de aquisição de equipamentos antropométricos adequados, em polo do Programa Academia da Saúde contemplado pelo incentivo para custeio das ações de promoção da saúde;

✓ Portaria 3.156, de 27 de dezembro de 2011 - Habilita os Municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Atenção Básica com adesão ao



(PMAQAB) homologada;

- ✓ Portaria 3.157, de 27 de dezembro de 2011 - Homologa os Municípios ao recebimento do incentivo para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde e homologa os Municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional nesses polos;
- ✓ Portaria 2975, de 14 de dezembro de 2011 - Apoiar financeiramente a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional;
- ✓ Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011 - Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;
- ✓ Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 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);
- ✓ Portaria nº 3.462, de 11 de novembro de 2010 - Estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde;
- ✓ Portaria nº 2.608/GM, de 28 de dezembro de 2005 - Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais;
- ✓ Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004 - Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional.

Alimentação e Nutrição – Sites importantes:

- ✓ BOLSA FAMÍLIA. Disponível em: <bolsafamilia.datasus.gov.br>. Acesso em: 8 agosto. 2018.
- ✓ ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>>. Acesso em: 8 agosto. 2018.
- ✓ PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS NUTRICIONAIS. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pcan.php?conteudo=nutrisus>. Acesso em: 8 agosto. 2018.
- ✓ PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A. Disponível em: <[2018.http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/vitaminaA/relatorio_publico/vita_relatorio.php](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/vitaminaA/relatorio_publico/vita_relatorio.php)>. Acesso em: 8 agosto. 2018
- ✓ PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsf.php>>. Acesso em: 8 agosto. 2018.
- ✓ PROGRAMA CRESCER SAUDÁVEL – Programa de prevenção, controle e tratamento da Obesidade Infantil. Disponível em:



<2018http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/faq_programa_crescer_saudavel.pdf>. Acesso em: 8 agosto.

✓ Vigilância Alimentar e Nutricional. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php>. Acesso em: 8 agosto. 2018.

✓ FUNDO NACIONAL DE SAÚDE Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/consulta/detalhada/filtro.jsf>>. Acesso em: 8 agosto. 2018.

✓ COORDENAÇÃO GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/cgan.php>>. Acesso em: 8 agosto. 2018.

✓ CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – CAISAN: <<http://mds.gov.br/caisan-mds>>. Acesso em: 8 agosto. 2018.

✓ MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL Disponível em: <<http://mds.gov.br/>>. Acesso em: 8 agosto. 2018.

✓ REDE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Disponível em: <http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-view_articles.php>. Acesso em: 8 agosto. 2018.

Acesse e conheça mais:

1. SESAB/SAIS/DGC/CPT/Alimentação e Nutrição:
<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/alimentacao-e-nutricao/>

2. Ministério da Saúde:
<https://aps.saude.gov.br>

3. Ministério da Cidadania:
<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/>

4. Bolsa Família:
<bolsafamilia.datasus.gov.br>

5. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil:
<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>>

6. Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pcan.php?conteudo=nutrisus>

7. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A:
<2018.http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/vitaminaA/relatorio_publico/vita_relatorio.php>

8. Programa Nacional de Suplementação de Ferro:
<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsf.php>>

9. Programa Crescer Saudável – Programa de prevenção, controle e tratamento da Obesidade Infantil:
<2018http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/faq_programa_crescer_saudavel.pdf>

10. Vigilância Alimentar e Nutricional:



<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php>

11. Fundo Nacional de Saúde:

<<http://www.fns.saude.gov.br/visao/consulta/detalhada/filtro.jsf>>

12. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/cgan.php>>

13. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional:

CAISAN:<<http://mds.gov.br/caisan-mds>>

14. Ministério do Desenvolvimento Social:

<<http://mds.gov.br/>>

15. Rede de Alimentação e Nutrição do Sistema Único de Saúde:

<http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-view_articles.php>

B) Práticas Integrativas e Complementares

✓ Portaria nº 533, de 28 de março de 2012 - Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

✓ Portaria SAS/GM nº 470, de 19 de agosto de 2011 - Inclui na Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, no serviço de código 125 - Serviço de Farmácia, a classificação 007 - Farmácia Viva;

✓ Portaria DNPM nº 127, de 25 de março de 2011 - Aprova o Roteiro Técnico para elaboração do Projeto de Caracterização Crenoterápica para águas minerais com propriedades terapêuticas utilizadas em complexos hidrominerais ou hidrotermais;

✓ Portaria GM/MS nº 886, de 20 de abril de 2010 - Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde;

✓ Portaria DGP nº 48, de 25 de fevereiro de 2010 - Aprova a diretriz para implantação dos Núcleos de Estudos em Terapias Integradas (NETI) no âmbito do serviço de saúde do exército;

✓ Portaria DNPM nº 374, de 1º de outubro de 2009 - Aprova a Norma Técnica nº 001/2009, que dispõe sobre as "Especificações Técnicas para o Aproveitamento de água mineral, termal, gasosa, potável de mesa, destinadas ao envase, ou como ingrediente para o preparo de bebidas em geral ou ainda destinada para fins balneários", em todo o território nacional na forma do Anexo a esta portaria;

✓ Portaria SAS/MS nº 84, de 25 de março de 2009 - Adequa o serviço especializado 134 - Serviço de práticas integrativas e sua classificação 001 – Acupuntura;

✓ Portaria DGP/NR nº 07, de 27 de janeiro de 2009 - Aprova as Normas. Reguladoras do Exercício da Acupuntura no Âmbito do Serviço de Saúde do Exército;

✓ Portaria Interministerial nº 2.960, de 09 de dezembro de 2008 - Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas



Medicinais e Fitoterápicos;

✓ Portaria SAS/GM nº 154 de 18 de março de 2008 - Recompõe a Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES.(ANEXO I);

✓ Portaria SAS/GM nº 853, de 17 de novembro de 2006 - Incluir na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 - Práticas Integrativas e Complementares;

✓ Portaria GM/MS nº 1.600, de 17 de julho de 2006 - Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS);

✓ Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006 - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

✓ Decreto

✓ Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006 - Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências.

✓ Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS : Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS *Disponível*

em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics>. Acesso em: 8 agosto. 2018.

Acesse e conheça mais:

1. SESAB/SAIS/DGC/CPT/Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/praticas-integrativas-complementares/>

2. *Link de acesso ao [Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf)
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf

C) Saúde Bucal

Sobre CEO

✓ Portaria nº 1.234, de 20 de junho de 2013 - Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal;

✓ Portaria SAS/MS nº 975, de 14 de setembro de 2012 - Inclui, na Tabela de Incentivos Redes no SCNES, os incentivos: CEO-I - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; CEO-II - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e CEO-III - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

✓ Portaria SAS/MS nº 911, de 29 de agosto de 2012 - Define normas para o Sistema



de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), para melhor operacionalizar a Política Nacional de Saúde Bucal com vistas à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

✓ Portaria GM/MS nº 1.341, de 13 de junho de 2012 - Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dá outras providências;

✓ Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011 - Altera o Anexo da Portaria GM/MS nº 600, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);

✓ Portaria GM/MS nº 600, de 23 de março de 2006 - Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas;

✓ Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006 - Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento;

✓ Portaria GM/MS nº 283, de 22 de fevereiro de 2005 - Antecipa o incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em fase de implantação, e dá outras providências;

✓ Portaria SAS/MS nº 566, de 06 de outubro de 2004 - Dá andamento ao processo de permanente revisão e atualização das tabelas dos Sistemas de Informações do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS e SCNES);

✓ Portaria SAS/MS nº 562, de 30 de setembro de 2004 - Define alteração na tabela Serviço/Classificação dos Sistemas de Informações (SCNES, SIA e SIH/SUS).

Sobre LRPD

✓ Portaria SAS/MS nº 474, de 22 de maio de 2012 - Atualiza a Tabela de Regras Contratuais do SCNES - LRPD;

✓ Portaria SAS/MS nº 27, de 13 de janeiro de 2012 - Inclui na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES, no Serviço de código 157 - Serviço de laboratório de prótese dentária, Classificação - Laboratório Regional de Prótese Dentária, o Grupo 002 e CBO dentro da família de CBO 2232;

✓ Portaria SAS/MS nº 211, de 13 de maio de 2011 - Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, OPM do SUS realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias;

✓ Portaria SAS/MS nº 205, de 20 de maio de 2010 - Exclui da Tabela de Habilitações do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (SCNES), a habilitação de código 0402 - Laboratório Regional de Prótese Dentária;

✓ Portaria GM/MS nº 2.374, de 7 de outubro de 2009 - Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política



Nacional de Saúde Bucal;

✓ Portaria GM/MS nº 2.373, de 7 de outubro de 2009 - Altera a redação da Portaria GM/MS nº 599, de 23/03/2006 e dispõe sobre a implantação de Laboratório Regional de Prótese Dentária;

✓ Portaria GM/MS nº 1.127, de 8 de outubro de 2012 - Altera a Regra Contratual 71.16 da Tabela de Regras Contratuais do SCNES.

Notas Técnicas

✓ Nota Técnica CGSB/DAB/SAS/MS nº 001;

✓ Nota Técnica - Preenchimento do Termo de Compromisso GraduaCEO-BRASIL SORRIDENTE;

✓ Nota Técnica - GraduaCEO;

✓ Nota Técnica nº 01/2014 - Registro de procedimento odontológico em Ambiente Hospitalar;

✓ Nota Técnica Portaria GM/MS nº 1.032 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais;

✓ Nota Técnica ESB;

✓ Nota Técnica LRPD;

✓ Nota Técnica Unidade Móvel Odontológica;

✓ Nota Técnica Portaria SAS/GM nº 718 - Procedimentos na Tabela do SUS: Ortodontia/Ortopedia e Implante dentário;

✓ Orientações referentes ao Sistema de Informação Saúde Bucal no Bolsa Família;

✓ Nota Técnica - Indicador de Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada.

Acesse e conheça mais:

1. SESAB/SAIS/DGC/CPT/Saúde Bucal:

<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saudebucal/>

2. Brasil Sorridente:

<https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente>

D) Saúde da Criança

✓ Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 - Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

✓ Portaria GM nº 693 de 05 de julho de 2000, que instituiu o Método Canguru como Política Nacional de Saúde. Esta portaria foi revogada a partir da publicação da Portaria GM nº 1.683, de 12/07/2007, que, hoje, regulamenta o Método Canguru no país.

✓ Portaria GM nº 930 de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



- ✓ Portaria GM Nº 1.300, de 23 de novembro de 2012, a UCINca foi incluída na Tabela de Habilitações do Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – SCNES passando a possuir código para habilitação e incentivo financeiro, no valor de R\$ 150,00 reais a diária.
- ✓ Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências.
- ✓ Portaria GM nº 1.172 (BRASIL, 2004b), de 15 de junho de 2004, preconiza que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna”, e dos Estados, “de forma complementar a atuação dos municípios”. Portanto, as secretarias de saúde devem identificar profissionais responsáveis pela vigilância de óbitos de referência do município e do estado.
- ✓ Portaria nº 1.058, de 4 de julho de 2005 - Institui a disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança”, e dá outras providências.
- ✓ Portaria nº 4.279/GM/MS de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito SUS.
- ✓ Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 - institui a Rede Cegonha.
- ✓ Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 - .Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
- ✓ Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)
- ✓ Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011-Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)
- ✓ Portaria 1.920 de 05 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.
- ✓ Portaria Interministerial Nº 405, de 15 de março de 2016, instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia.
- ✓ Portaria GM/MS nº. 22 de 15 de Janeiro de 1992 : Institui o teste do pezinho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
- ✓ Portaria nº 822/GM, de 06 de junho de 2001: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN).até fase III Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias + Fibrose Cística
- Portaria nº 1.328/SAS/MS, de 3 de dezembro de 2012 que aprova as Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal no âmbito do SUS;
- ✓ Portaria nº 2.829/GM/MS, de 14 de dezembro de 2012, que inclui a Fase IV no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN); inclusão da triagem neonatal para hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase;



- ✓ CONSULTA PÚBLICA Nº 18, DE 20 DE SETEMBRO DE 2013: passa a contemplar a triagem neonatal por amostra biológica, a triagem neonatal auditiva e a triagem neonatal ocular;
- ✓ Portaria nº20, de 10 de junho de 2014: Torna pública a decisão de incorporar a oximetria de pulso - teste do coraçãozinho, a ser realizado de forma universal, fazendo parte da triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde - SUS.
- ✓ Lei n.º 13.002, de 20 de junho de 2014: Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês

E) Saúde da Mulher/ Rede Cegonha

Portarias

- ✓ <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>;
- ✓ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
- ✓ <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/>

Manuais e Protocolos

- ✓ http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/rede_cegonha/MANUAIS/1.MANUAL_P_RATICO_MS.pdf
- ✓ Manual prático para implementação da Rede Cegonha
- ✓ Guia UNICEF/Ministério da Saúde Adequação da ambiência para os serviços de saúde que realizam partos
- ✓ Cartilha_UNFPA
- ✓ Cartilha "Gravidez saudável e parto seguro são direitos da mulher"
- ✓ Manual Técnico: Gestação de alto risco
- ✓ Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes
- ✓ Programa Saúde na Escola (PSE) passo_a_passo
- ✓ Protocolo do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia
- ✓ Recomendações da OMS na Assistência ao Parto Normal
- ✓ Atenção Humanizada ao Aborto
- ✓ Banco de Leite Humano: Funcionamento, prevenção e controle de riscos
- ✓ Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso
- ✓ Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.465 p. : il. – (Cadernos Humaniza SUS; v. 4)

Sobre Humanização

- ✓ Cadernos HumanizaSUS Volume 1 - Formação e Intervenção
- ✓ Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência

Sobre Pacto Pela Saúde



- ✓ Volume 1 - Diretrizes
- ✓ Volume 2 - _Regulamento
- ✓ Volume 3 - _Regionalização
- ✓ Volume 4 - _PNAB
- ✓ Volume 5 - PPI

Cadernos da Atenção

Básica

- ✓ Cadernos de Atenção Básica nº 13 - Controle dos cânceres do colo do útero e da mama
- ✓ Cadernos de Atenção Básica nº 25 - Doenças Respiratórias Crônicas
- ✓ Cadernos de Atenção Básica nº 18 - HIV/Aids, hepatites e outras DST
- ✓ Cadernos de Atenção Básica nº 32 - Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco
- ✓ Cadernos de Atenção Básica nº 26 - Saúde Sexual e saúde

reprodutiva Sobre Atenção ao Recém-Nascido

- ✓ Atenção à Saúde do Recém-Nascido Volume 1 - Cuidados Gerais
- ✓ Atenção à Saúde do Recém-Nascido Volume 2 - Intervenções comuns, icterícia e infecções
- ✓ Atenção à Saúde do Recém-Nascido Volume 3 - Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos
- ✓ Atenção à Saúde do Recém-Nascido Volume 4 - Cuidados com o recém-nascido pré-termo

Notícias Relacionadas

- ✓ Vídeos - Rede Cegonha
- ✓ Legislação - Rede Cegonha
- ✓ Apresentações - Rede Cegonha
- ✓ Textos - Rede Cegonha
- ✓ Resoluções CIB - Rede Cegonha

F) Saúde do Adolescente e Jovem

Portarias e publicações

- ✓ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
- ✓ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm
- ✓ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
- ✓ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf
- ✓ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf
- ✓ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html
- ✓ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1083_23_05_2014.html
- ✓ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf
- ✓ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menino.pdf



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado

✓ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf



- ✓ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf
- ✓ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodologia_cuidado_crianças_adolescentes_famílias.pdf
- ✓ http://www.saude.ba.gov.br/dab/Instrutivo_PSE.pdf
- ✓ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf
- ✓ http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pub_sus.pdf

G) Saúde do Homem

- ✓ Lei nº 9.263/96 - Dá direito a todo cidadão brasileiro a todos os métodos cientificamente aceitos de concepção e contracepção.
- ✓ Lei Federal nº 8.069/90 - Direito ao acompanhamento de crianças e adolescentes internados.
- ✓ Lei Federal nº 11.108/05 - Direito de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.
- ✓ Portaria nº 2.418/05 - Define como pós-parto imediato o período de 10 dias após o parto e dá cobertura para que o/a acompanhante possa ter acomodação adequada e receber as principais refeições.
- ✓ Portaria nº 48/99 Ministério da Saúde - Dispõe sobre o planejamento familiar e dá outras providências.
- ✓ Licença paternidade de 05 (cinco) dias foi concedida pela Constituição Federal/88 em seu artigo 7º, XIX e art.10, §1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
– ADCT.
- ✓ Portaria nº 1.944/09 - Institui no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH.
- ✓ Portaria nº 930/12- Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

H) Saúde do Idoso

- ✓ Portaria MS nº 2.528/2006 - Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e com a Política Nacional do Idoso;
- ✓ Lei nº 8.842/1994 - que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa, o Estatuto do Idoso;
- ✓ Lei nº 10.741/2003 - em especial no que concerne ao Capítulo IV – Do Direito à Saúde, Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022), em especial no que se refere à



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado

Estratégia 12, Eixo II, Promoção da Saúde, Planejamento Estratégico do Ministério da



Saúde, (2011 -2015)

- ✓ Portarias MS nº 4.279/2010 - que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde,
- ✓ Portaria MS nº 2.488/2011 - que 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),
- ✓ Decreto nº 7.508/2011 - que regulamenta a Lei 8080/1990, dispondo sobre a organização o SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa,
- ✓ Decreto nº 8.114 /2013 - que estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo.

Segue abaixo alguns links de referência para organização atenção à saúde e Implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde.

- ✓ Caderno 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa
- ✓ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
- ✓ Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1/10/2003)
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf
- ✓ Guia Prático do Cuidador
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
- ✓ Diretrizes - Cuidado com a pessoa idosa
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
- ✓ Orientação para implantação da Linha de Cuidado
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf
- ✓ Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528, de 19/10/2006)
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
- ✓ Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso – CREASI
<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi/>
- ✓ Sistema de indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
- ✓ <https://sisapidoso.iciet.fiocruz.br/>

I) Saúde da População Negra

- ✓ Decreto N° 14.720 DE 29 DE AGOSTO DE 2013: Institui, no âmbito do Poder Executivo, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra.
- ✓ Portaria N° 880 DE 13 DE JUNHO DE 2014: Regulamenta a Assistência Religiosa nas Unidades da Rede Própria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB.
- ✓ Decreto N° 10.572 DE 19 DE NOVEMBRO DE 2007-Cria o Comitê Técnico Estadual



de Saúde da População Negra no âmbito da SESAB e dá outras providências.

✓ Portaria N° 836 DE 05 DE JUNHO DE 2012: Aprova o Regimento Interno do CTESPN.

✓ Lei N° 13.182 DE 06 DE JUNHO DE 2014-Estatuto de Igualdade Racial e de Combate à Intolerância Religiosa.

✓ Portaria N° 992, DE 13 DE MAIO DE 2009 Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

J) Saúde da População em Situação de Rua

✓ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 06 jan. 2017.

✓ _____. Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 dez. 2009a. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>.

Acesso em: 06 jan. 2017.

✓ _____. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.305 de 24 de dezembro de 2009b. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 25 dez. 2009b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html>.

Acesso em: 06 jan. 2017.

K) Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

✓ Portaria Interministerial MS/MJ n° 1/2014 - Institui a Política Nacional de Saúde Integral à Pessoa Privada de Liberdade.

✓ Portaria Interministerial MS/MJ n° 482/2014 - Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

✓ Portaria Interministerial n° 210/14 - Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências.

✓ Portaria n° 94/2014 - Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

✓ Portaria n° 95/2014 - Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



- ✓ Portaria MS nº 142/2014 - Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes que realizarão serviços de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAP).
- ✓ Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014 - dispõe sobre as normas para financiamento e execução do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito da política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (pnaisp), e dá outras providências.
- ✓ Portaria GM/ MS nº 305/2014, que estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP).
- ✓ Portaria Conjunta SESAB/SEAP nº 01 de 09/06/2015 – Constitui o Grupo Condutor para conduzir as ações da Política Nacional de Saúde Integral à Pessoa Privada de Liberdade no Estado da Bahia

L) Saúde dos Povos Indígenas

- ✓ Constituição Federal da República Federativa do Brasil. Reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais bem como estabelece seus direitos sociais, sendo principais os artigos 231 e 232 do capítulo VIII (Dos Índios) do Título VIII (Da ordem social). Estes direitos são reafirmados pela Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT, ratificada pelo Brasil em 2003.
- ✓ Decreto nº 7.797, de 30 de ago de 2012. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do ministério da saúde
- ✓ Decreto presidencial, de 06 de jun de 2012. Institui o comitê de gestão integrada das ações de atenção à saúde e de segurança alimentar para a população indígena.
- ✓ Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, 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.
- ✓ Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do ministério da saúde.
- ✓ Decreto nº 7.395, de 22 de dez de 2010. Estabelece a remuneração para as contratações temporárias
- ✓ Decreto 6.878, de 18 de jun de 2009. Altera e acresce artigo ao anexo i do decreto no 4.727, de 9 de junho de 2003, que aprova o estatuto e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas da fundação nacional de saúde - FUNASA, e dá outras providências.
- ✓ Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a



prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do sistema único de saúde, pelo ministério da saúde, altera dispositivos dos decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. (Art. 1º A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde).

✓ Portaria nº 890 de 03 de junho de 2013. Institui a Comissão Estadual de Saúde Indígena, com o objetivo de viabilizar a atuação articulada da saúde desses povos nos três níveis de gestão, promovendo uma maior integração do Subsistema de Saúde Indígena e o SUS.

✓ Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

✓ Portaria nº 2.012, de 14 de setembro de 2012. Extingue o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), dispõe sobre a utilização dos recursos financeiros remanescentes e dá outras providências.

✓ Portaria nº 1.297, de 25 de jun de 2012. Estabelece o Regime Especial de Execução para a concessão e aplicação de suprimento de fundos no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de atender às especificidades decorrentes da assistência à saúde indígena.

✓ Portaria nº 24, de 1º de jun de 2012. Institui Grupo de Trabalho para analisar e avaliar os contratos administrativos vigentes sob a responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS).

✓ Portaria nº 3.965, de 14 de dezembro de 2010. Aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde

✓ Portaria nº 3.841, de 7 de dez de 2010. Autoriza os Superintendentes Estaduais da Fundação Nacional de Saúde e os Chefes dos Distritos Especiais de Saúde Indígena, perante as Superintendências Estaduais da Fundação Nacional de Saúde a praticar atos referentes à saúde indígena

✓ Portaria nº 284, de 21 de agosto de 2009. Credenciar os Municípios descritos no Anexo I desta Portaria, dos Estados relacionados, a receber recursos financeiros referentes ao Incentivo da Atenção Básica - IAB/PI, conforme previsto no Anexo da Portaria Nº 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007.

✓ Portaria nº 3.034, de 17 de dez de 2008. Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas.

✓ Portaria nº 2.760, de 18 de novembro de 2008. Altera a redação do art. 20 da Portaria nº 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007.

✓ Portaria nº 629, de 23 de outubro de 2008. Secretária de Atenção à Saúde-Substituta, no uso de suas atribuições; Considerando a Portaria Nº 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007, que dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção



à saúde dos povos indígenas e regulamenta o Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAEPI.

✓ Portaria nº 2.043, de 26 de setembro de 2008. Designa os representantes do Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas, visando a incorporação de competências e atribuições procedentes da Fundação Nacional de Saúde nessa área, instituído pela Portaria 1.922/GM de 11 de setembro de 2008.

✓ Portaria nº 1.922, de 11 de setembro de 2008. Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas.

✓ Portaria nº 475, de 1º de setembro de 2008. Incluir na Tabela de Estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, o tipo de estabelecimento 72 - Unidade de Atenção à Saúde Indígena e seus subtipos.

✓ Portaria nº 2.656 MS/GM, 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no M.S. e regulamentação dos incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.

✓ Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

*Destaque para: Capítulo II - DOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO - Seção I
Do Bloco de Atenção Básica*

Art 11. O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como: I - Saúde da Família;

II - Agentes Comunitários de Saúde;

III - Saúde Bucal;

IV - Compensação de Especificidades Regionais;

V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; Atenção Básica - PAB Variável (IAB-PI) Média e Alta Complexidade (IAE-PI).

✓ Portaria Conjunta nº 47, de 23 de junho de 2006. Qualifica os municípios a receberem mensalmente os Incentivos da Atenção Básica aos povos indígenas, destinado as ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde.

✓ Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 - Política Nacional de Atenção Básica aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa saúde da família (psf) e o programa agentes comunitários de saúde (pacs).

Destaque para:

O Piso da Atenção Básica - PAB recursos financeiros federais destinados à



viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básico. Composição:

- Parte Fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios;
- Parte variável (PAB variável) destinada a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde Indígena – SI será regulamentada em portaria específica.

- ✓ Portaria nº 645/GM, de 27 de março de 2006. Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).
- ✓ Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
- ✓ Portaria nº 70/GM, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.
- ✓ Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
- ✓ Portaria MS nº 1.163, de 14 de setembro de 1999. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.
- ✓ Lei nº 11.897 de 16 de março de 2010 da Bahia. Cria o Conselho Estadual dos Direitos dos Povos Indígenas do Estado da Bahia - COPIBA e dá outras providências.
- ✓ Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Também conhecida como Lei Arouca. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8080, 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", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

M) Saúde da População LGBTQI+

Internacional

- ✓ Declaração Universal dos Direitos Humanos. Dezembro, 1948.
- ✓ [Princípios de Yogyakarta](#) – Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Yogyakarta, Indonésia, 2006.



✓ Resolução “Direitos humanos, Orientação sexual e Identidade de Gênero” – Aprovada pelo Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas – ONU. Genebra, em 17 de junho de 2011.

Marco Nacional

- ✓ Constituição Federal do Brasil.
- ✓ Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 – Lei Maria da Penha
- ✓ Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- ✓ Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 – Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.
- ✓ Portaria nº 2803, de 19 de novembro de 2013 – Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)
- ✓ Portaria Estadual nº 919, de 01 de julho de 2014 – Institui o Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População de Lésbica, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais- LGBT.
- ✓ Resolução / Conselho Federal
- ✓ Conselho Federal de Psicologia RESOLUÇÃO CFP Nº 001/99 de 22 de março de 1999 “Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual”.

Conselho Federal de Serviço Social

- ✓ RESOLUÇÃO CFESS Nº 615, de 8 de setembro de 2011, Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social da assistente social travesti e do(a) assistente social transexual nos documentos de identidade profissional.

Conselho Federal de Medicina

- ✓ RESOLUÇÃO CFM nº 2.265/2019, Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010.

Programas

- ✓ Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e Promoção da Cidadania Homossexual /- Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH-3

Planos

- ✓ II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008
- ✓ Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT



- ✓ Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT- Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH, 2009
- ✓ Plano Integrado de ENFRENTAMENTO à FEMINIZAÇÃO da Epidemia de AIDS e outras DST
- ✓ Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis.
- ✓ Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia da AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis –Bahia - 2010-2012

Publicações

- ✓ Guia Orientador para a criação de Conselhos Estaduais / Municipais de Direitos da População de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais-LGBT (abril, 2013).

Manual de comunicação LGBT

- ✓ Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil(2011)
- ✓ Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil

(2012) Ouvidoria

- ✓ Disque Direitos Humanos (Disque 100)
- ✓ O Disque 100 é uma central telefônica gratuita de funcionamento ininterrupto vinculado à Ouvidoria da Secretaria de Direitos Humanos/Presidência da República que recebe e encaminha denúncia de violações de direitos humanos, dentre eles, os cometidos contra a população LGBT.

Calendário Comemorativas LGBT

29 de janeiro – dia Nacional da Visibilidade Travesti e Transexual

17 de maio -dia Nacional de Combate à LGBTfobia

28 de junho – dia Nacional do Orgulho LGBT

29 de agosto – dia Nacional da Visibilidade

Lésbica 23 de setembro – dia de visibilidade
bissexual

22 de outubro – Dia Internacional da Despatologização Trans

28 de outubro – Dia de Visibilidade Intersexual

8 de dezembro- dia da pansexualidade

N) Rede de Atenção Psicossocial

Legislação Básica de Saúde Mental

- ✓ Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Instituição da Rede de Atenção Psicossocial

- ✓ Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 - Institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack,



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado

álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

- ✓ Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2005 - Estabelece as modalidades de CAPS e equipe mínima;
- ✓ Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005 - Destina incentivo financeiro para implantação de CAPS;
- ✓ Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011 (republicada) - Dispõe sobre o financiamento dos CAPS – custeio;
- ✓ Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 (republicada) - Redefine o CAPS AD III e os incentivos financeiros;
- ✓ Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012 - Altera a tabela de procedimentos dos CAPS;
- ✓ Nota técnica sobre Portaria 854, de 22 de agosto de 2012 - Informa sobre o preenchimento dos novos procedimentos dos CAPS;
- ✓ Portaria nº 1.966, de 10 de setembro de 2013 - Altera o custeio dos CAPS 24h (CAPS III e CAPS ad III).

Construção de CAPS e UA

- ✓ Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013 - Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- ✓ Portaria nº 2.495, de 23 de outubro de 2013 - Divulga a 1ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD III) e Unidades de Acolhimento (UA);
- ✓ Portaria nº 3.168, de 20 de dezembro de 2013 - Divulga a 2ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD III) e Unidades de Acolhimento (UA);
- ✓ Portaria nº 3.402, de 30 de dezembro de 2013 – Divulga a lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos Municípios pela Unidade Federativa Estadual com recursos de Emendas Parlamentares.

Unidades de Acolhimento - UA

- ✓ Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 (republicada) - Institui a Unidade de Acolhimento (UA) no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS;
- ✓ Nota Técnica sobre a republicação da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 - Presta esclarecimentos quanto ao funcionamento da UA e modificações da republicação;
- ✓ Portaria nº 855, de 22 de agosto de 2012 – Inclusão de procedimentos, incentivo e custeio de UA.

Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral



- ✓ Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 - Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio;
- ✓ Nota Técnica sobre a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012 - Apresenta informações sobre a implantação de leitos de saúde mental em Hospital Geral;
- ✓ Portaria nº 1615, de 26 de julho de 2012 - Altera a portaria nº 148 de 31/01/2012 em relação ao número de leitos e incentivo financeiro;
- ✓ Portaria nº 349, de 29 de fevereiro de 2012 - Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148 de 31/01/2012;
- ✓ Portaria nº 953, de 12 de setembro de 2012 - Inclui os Serviços Hospitalares de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Estratégias de desinstitucionalização

- ✓ Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 - Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos;
- ✓ Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 - Altera a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- ✓ Portaria nº 857, de 22 de agosto de 2012 - Habilita na tabela de incentivos e procedimentos dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- ✓ Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002 - Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria);
- ✓ Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 - Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações "De Volta para Casa";
- ✓ Portaria nº 2644, de 28 de outubro de 2009 - Estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte e reajusta incrementos.

Componente Reabilitação Psicossocial

- ✓ Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012 - Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS);
- ✓ Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013 - Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social.

Outras portarias



- ✓ Portaria nº 118, de 18 de fevereiro de 2014 - Desativa automaticamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral;
- ✓ Portaria nº 3.091, de 13 de dezembro de 2013 - Altera a Portaria nº 121/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, a Portaria nº 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, e a Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, e dá outras providências.

Acesse e conheça mais:

- ✓ 1. SESAB/SAIS/DGC/CPT/Saúde Mental:
 - ✓ <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude-mental/>
- ✓ 2. Plano de Desinstitucionalização da Bahia:
 - ✓ <http://www.saude.ba.gov.br/2019/08/21/publicada-portaria-que-aprova-o-plano-de-desinstitucionalizacao-da-bahia/>
- ✓ 3. Os Procedimentos CAPS:
 - ✓ <https://www.youtube.com/watch?v=JT5zafHjnbq>
- ✓ 4. MS Rede de Atenção Psicossocial:
 - ✓ https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf
- ✓ 5. MS Redes Prioritárias/RAPS:
 - ✓ <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredepsicossocial>
- ✓ 6. ABRASCO:
 - ✓ <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>

O) Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

- ✓ Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 - Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências;
- ✓ Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000 - Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências;
- ✓ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- ✓ Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989 - Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.
- ✓ Decretos
 - ✓ nº 7.508, de 28 de junho de 2011 - 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;

✓Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 - Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências;

✓Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 - Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

✓Portaria SAS/MS nº 1.434, de 19 de dezembro de 2012 - Inclui na tabela de habilitação do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) a habilitação referente à fase IV do PNTN;

✓Portaria GM/MS nº 2.829, de 14 de dezembro de 2012 - Inclui a Fase IV no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), instituído pela Portaria nº 822/GM/MS, de 6 de junho de 2001;

✓Portaria GM/MS nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012(*) - Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

✓Portaria SAS/MS nº 1.330, de 3 de dezembro de 2012 - Aprova, na forma do Anexo a esta Portaria, as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

✓Portaria SAS/MS nº 971, de 13 de setembro de 2012 - Adequa o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e inclui Procedimentos de Manutenção e Adaptação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais da Tabela de Procedimentos do SUS;

✓Portaria GM/MS nº 1.341, de 13 de junho de 2012 - Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências;

✓Portaria SAS/MS nº 793, de 24 de abril de 2012 - Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde;

✓Portaria SAS/MS nº 835, de 25 de abril de 2012 - Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde;

✓Portaria GM/MS nº 822, de 06 de junho de 2001 - Institui, no âmbito do sistema único de saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN;

✓Portaria SAS/MS nº 303, DE 2 de julho de 1992 - Dispõe sobre as normas de



funcionamento dos serviços de saúde da pessoa com deficiência, no Sistema Único de Saúde. Define normas para o atendimento de reabilitação em nível hospitalar;

✓ Portaria SAS/ MS nº 304, de 2 de julho de 1992 - Modifica a Portaria 237, de 13 de fevereiro de 1992, que dispõe sobre mor,as de funcionamento dos serviços de saúde para atendimento da pessoa portadora de deficiência - PPD no Sistema Único de Saúde;

✓ Portaria SAS/MS nº 305, de 2 de julho de 1992 - Modifica a portaria nº 204, de 26 de dezembro de 1991, que dispõe sobre a inclusão do tratamento de reabilitação no SIH-SUS;

✓ Portaria SAS/ MS nº 306, de 2 de julho de 1992 - Modifica a Portaria 236, de 12 de fevereiro de 1992, da atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência, nos procedimentos já existentes relativos aos códigos 036, 038-8, 039-6, 650-5, 844-3 E 846-0 no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS;

✓ Portaria SAS/MS nº 146, de 14 de outubro de 1993 - Estabelece diretrizes gerais para a concessão de próteses e órteses através da assistência ambulatorial;

✓ Portaria SAS/MS nº 388, de 28 de julho de 1999 - Estabelece que a empresa de ortopedia técnica, fornecedora de órtese e prótese ambulatorial, deverá, mediante próprio instrumento, oferecer garantia para o material fornecido;

✓ Portaria GM/MS nº 1.060, de 05 de junho de 2002 - Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência;

✓ Portaria GM/MS nº 3.192, de 24 de dezembro de 2008 - Concede reajuste em procedimentos da Tabela do Sistema Único de Saúde SUS;

✓ Portaria GM/MS nº 3.194, de 24 de dezembro de 2008 - Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios;

✓ Portaria GM/MS nº 1.857, de 12 de julho de 2010 - Cria incentivo financeiro para implantação das Redes Estaduais de Serviços de Reabilitação para Pessoas com Deficiência.

✓ Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (CER e Serviços habilitados em uma única modalidade).

Reabilitação Física

✓ Portaria SAS/MS nº 1.329, de 3 de dezembro de 2012 - Aprova, na forma do Anexo, a Diretriz de Atenção à Pessoa Amputada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

✓ Portaria GM/MS nº 818, de 5 de junho de 2001 - Cria mecanismos para organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência Física;

✓ Portaria SAS/ MS nº 185, de 5 de junho de 2001 - Altera a descrição de Serviços e procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos do SUS, para adequá-los a criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência Física, que trata a Portaria nº 818/2001;



- ✓ Portaria GM/MS nº 2.297, de 10 de outubro de 2008 - Altera os valores de remuneração da Tabela de Procedimentos do SUS relacionados às órteses, próteses ortopédicas e procedimentos de acompanhamento em reabilitação física;
- ✓ Portaria GM/MS nº 2.373, de 10 de outubro de 2008 - Estabelece recurso anual referente ao reajuste dos valores dos procedimentos de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção da Tabela de Procedimentos do SUS e ao reajuste dos procedimentos de acompanhamento em reabilitação física;
- ✓ Portaria GM/MS nº 2.381, de 10 de outubro de 2008 - Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para fortalecimento da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência - atendimento da fila de espera do SUS por órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;
- ✓ Portaria SAS/MS nº 400, de 16 de novembro de 2009 - Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS;
- ✓ Portaria GM/MS nº 1.032, de 05 de maio de 2010 - Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais.

Doenças Neuromusculares

- ✓ Portaria GM/MS nº 1.370, de 3 de julho de 2008 - Institui o Programa Nacional de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares;
- ✓ Portaria SAS/MS nº 370, de 4 de julho de 2008 - Define os mecanismos para operacionalização do Programa Nacional de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Osteogenesis Imperfecta;
- ✓ Portaria SAS/MS nº 370, de 4 de julho de 2008 - Define os mecanismos para operacionalização do Programa Nacional de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças;
- ✓ Portaria GM/MS nº 2.305, de 19 de dezembro de 2001 - Aprova, na forma do Anexo I, desta Portaria, o Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico da osteogenesis imperfecta com pamidronato dissódico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Deficiência Intelectual

- ✓ Portaria SAS/MS nº 1.327, de 3 de dezembro de 2012 - Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- ✓ Portaria GM/MS nº 1.635, de 12 de setembro de 2002 - Inclui no Sistema de Informações ambulatoriais do SUS, procedimentos específicos para o atendimento de pacientes com deficiência mental e autismo.

Saúde Auditiva

- ✓ Portaria SAS/MS nº 1.328, de 3 de dezembro de 2012 - Aprova, na forma do Anexo,



as Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

✓ Portaria GM/MS nº 2.073, de 28 de setembro de 2004 - Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva;

✓ Portaria SAS/MS nº 587, de 07 de outubro de 2004 - Determina que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva: Anexo I - Normas para o atendimento em saúde auditiva; Anexo II - Normas gerais para credenciamento/habilitação de serviços de atenção à saúde auditiva; Anexo III - Formulário para vistoria do gestor; Anexo IV - Diretrizes para o fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI);

✓ Portaria SAS/MS nº 589, de 08 de outubro de 2004 - Exclui a classificação de código 083 (reabilitação auditiva), do serviço/classificação de código 018 (reabilitação), da tabela de serviço/classificação do SIA/SUS;

✓ Portaria GM/MS nº 389, de 3 de março de 2008 - Redefine os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos Estados, Distrito Federal e Municípios;

✓ Portaria GM/MS nº 3.150, de 24 de dezembro de 2008 - Estabelece recursos financeiros a serem incorporados no Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e do Distrito Federal nas áreas de Oncologia, Neurocirurgia, Auditiva, Traumato-Ortopedia e Cardiovascular.

Implante Coclear

✓ Portaria GM/MS nº 1.278, de 20 de outubro de 1999 - Aprova, na forma do Anexo I, os critérios de indicação e contra-indicação de implante coclear;

✓ Portaria SAS/MS nº 584, de 21 de outubro de 1999 - Desvincula os valores da prótese para Implante coclear, inclusive tabela de órteses e próteses e materiais especiais – OPM e na tabela de compatibilidade do SIH/SUS, as próteses a serem cobradas, exclusivamente, nos procedimentos Implante Coclear.

Reabilitação Visual

✓ Portaria GM/MS nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008 - Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual;

✓ Portaria GM/MS nº 3.129, de 24 de dezembro de 2008 - Estabelece recursos financeiros a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e do Distrito Federal.

Acesse e conheça mais:

1. SESAB/SAIS/DGC/CPT/Pessoa com Deficiência:



<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude-da-pessoa-com-deficiencia/>

2. Plano de Ação Estadual da RCPD da Bahia:

https://nam10.safelinks.protection.outlook.com/?url=http%3A%2F%2Fwww.saude.ba.gov.br%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F12%2FPlano_de_Acao_Estadual_da_RCPD_BA_27nov2020.pdf&data=04%7C01%7Cdgc.pessoacomdeficiencia%40saude.ba.gov.br%7C2e9cb3ee4bf44f7eae7c08d89ab00f3b%7C4cd835f45440408f93a3975fc17c384a%7C0%7C0%7C637429429456007360%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWljoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTiI6IjEhaWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C1000&reserved=0

3. Saúde de A a Z – MS Pessoa com Deficiência:

✓ <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia>

✓ 4. MS Pessoa com Deficiência:

✓ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cuidado_pessoa_com_deficiencia.pdf



Anexo 2 - Contatos da Diretoria de Gestão de Cuidado (DGC)

DIRETORIA

Telefone: (71) 3115-4284/8390

E-mail: dgc.diretoria@saude.ba.gov.br

E-mail: dgc.assessoria@saude.ba.gov.br

ASSESSORIA

Telefone: (71) 3115- 4284

E-mail: dgc.assessoria@saude.ba.gov.br

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (NIS)

Telefone: (71) 3115.4216

E-mail: dgc.nis@saude.ba.gov.br

COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS TRANSVERSAIS (CPT)

Telefone: (71) 3115-4382/8421

E-mail: dgc.cpt@saude.ba.gov.br

Áreas técnicas relacionadas:

- ÁREA TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
(ATAN) E-mail:
dgc.alimentacaoenutricao@saude.ba.gov.br
- ÁREA TÉCNICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
(ATPIC) E-mail: dgc.pics@saude.ba.gov.br
- ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL
(ATSB) E-mail:
dgc.saudebucal@saude.ba.gov.br
- ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL
(ATSM) E-mail:
dgc.saudemental@saude.ba.gov.br
- ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
(ATSPD) E-mail: dgc.pessoacomdeficienciaba@saude.ba.gov.br

COORDENAÇÃO DO CUIDADO POR CICLO DE VIDA E GÊNERO (CCVG)

Telefone: (71) 3115-4245 e 3115-4345

E-mail: dgc.ccvg@saude.ba.gov.br

Áreas técnicas relacionadas:



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado

- ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER -
ATSM E-mail:
dgc.saudedamulher@saude.ba.gov.br



- **ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA CRIANÇA -**
ATSC E-mail:
dgc.saudedacrianca@saude.ba.gov.br
- **ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO HOMEM - ATSH**
E-mail: dgc.saudedohomem@saude.ba.gov.br
- **ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE E JOVEM -**
ASAJ E-mail: dgc.saudedoadolescente@saude.ba.gov.br
- **ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO IDOSO -**
ATSI E-mail:
dgc.saudedoidoso@saude.ba.gov.br

COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO À EQUIDADE (CPES)

Telefone: (71) 3115-4302

E-mail: dgc.cpes@saude.ba.gov.br

Áreas técnicas relacionadas:

- **ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE**
RUA E-mail: dgc.poprua@saude.ba.gov.br
- **ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS-**
ATSPI E-mail: dgc.saudeindigena@saude.ba.gov.br
- **ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA -**
ATSPN E-mail: dgc.cpes@saude.ba.gov.br

COORDENAÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES ESPECIAIS (CFAE)

Telefone: (71) 3115-4282

E-mail: dgc.cfae@saude.ba.gov.br



Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS N° 2, de 28 de setembro de 2017 – Anexo XII. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde.: Ministério da Saúde, Orientações Técnicas para a Implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde, q, 2018.
- NERI, A.L. (2001). O fruto das sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: Neri, A.L. (Org.). (2001). Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociais: 11-54. (3ª ed.). Campinas (SP): Papirus.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Anemia falciforme. 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/437-anemia-falciforme>. Acesso em 19/05/21.
- BRASIL. Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de dezembro de 2017, Capítulo I, Seção III, art. 4º, inciso XI – Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.
- BRASIL. Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de dezembro de 2017 Capítulo VI do Título V – Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – das normas para financiamento e execução do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (art. 573 ao art. 585).
- BRASIL. Portaria MS/MJ nº 1, de 02/01/2014. Institui as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. Portaria nº 482, de 01/04/2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. Portaria nº 2.765, de 12/12/2014, e suas atualizações. Dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências.
- BAHIA. Portaria Conjunta SESAB/SEAP nº 01, de 09/06/2015. Institui o Grupo Condutor para Conduzir as ações da Política Nacional de Saúde Integral à Pessoa Privada de Liberdade no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21/09/2017. 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)

BRASIL. Portaria SAPS/MS nº 60, de 26/11/2020. Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio.

BRASIL. Nota Informativa COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS nº 01, de 13/01/2021. Reabertura do Sistema SAIPS para solicitação de credenciamento de Equipes de Saúde Prisional.

BRASIL. Portaria nº 37, de 18/01/2021. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

BRASIL. Nota Informativa COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS nº 06, de 18/02/21. Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio. E fornece orientações sobre o fluxo de adesão municipal à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)

SITE:<https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp> Acesso 24/02/202: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), MS.

SITE:<http://www.hportugues.com.br/hospital/noticias/2011/marco/a-importancia-dos-protocolos-clinicos-na-gestao-por-resultados-assistenciais-e-financeiros> Acesso 28/12/16: A importância dos protocolos clínicos na gestão por resultados assistenciais e financeiros Hospital Português da Bahia.

SITE:http://rumosaude.hospedagemdesites.ws/content/data/files/files_contact_407/Guia%20para%20elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20protocolos.pdf Acesso 28/12/16: Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço Marcos Azeredo Furquim Werneck Horácio Pereira de Faria Kátia Ferreira Costa Campos Belo Horizonte Nescon UFMG Editora Coopmed 2009.

SESAB



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado