

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA OS NOVOS GESTORES MUNICIPAIS DA SAÚDE

Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado

Bahia
Janeiro 2017

SECRETARIA DA
SAÚDE

BAHIA
GOVERNO DO ESTADO

GOVERNO DA BAHIA
Rui Costa dos Santos

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
Fabio Vilas-Boas Pinto

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
Jassicon Queiroz dos Santos

DIRETORIA DA GESTÃO DO CUIDADO
Liliane Mascarenhas Silveira

COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS TRANSVERSAIS
Liana Figueirêdo Almeida de Souza

COORDENAÇÃO DE CICLO DE VIDA E GÊNERO
Olga Cristina Lima Sampaio

COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO À EQUIDADE
Antônio Conceição da Purificação

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO À SAÚDE
Luzia Cristina Gomes

Equipe de Elaboração

Aline Franco	Luciana Chaves
Ana Carolina Moreira Oliveira Ventura	Luiana Lima Fernandes Jatobá
Analia Cunha Pupo	Luiz Fernando S. Alencar
Andréa Carla Antunes Ribeiro	Márcia Maciel Porto
Ângelo Barreto	Margareth Hamdan Melo Coelho
Antônio Conceição da Purificação	Margarida França
Balbina Lemos	Maria Cláudia da Costa Montal
Bruno Reis dos Santos	Maria das Graças Queiroz Machado
Candida Maria Pimentel Pereira	Maria de Fátima G. Varela
Carla Fernandes	Maria Luiza de C. Almeida
Carolina de Andrade Dórea	Mirella Tapioca Fontes
Clarissa Leite Campos	Mírian Gracie Plena Nunes de Oliveira
Emanuela Bacelar	Nadja Queiroz de Oliveira
Enézio de Deus Silva Júnior	Nadja Queiroz de Oliveira
Eva Carneiro Passos	Olga Cristina Lima Sampaio
Eveline Arruda de Alencar	Paulo César Gabrielli de Azevedo
Felícia Ferreira Fernandes da Silva	Renildes Cardoso Santos
Isabel Rosana Borges Barbosa	Rosa Esther de A. S. Magalhães
Itatyane Bispo de Oliveira N. Santos	Rozeana Matos de Santana Silva
Jarbas Dultra	Sandra Maria Portela Leal
Josaildes Antunes Ribeiro	Simone Coelho Evangelista
Julie Eloy kruschewsky	Sônia Cristina Sales Pereira Barreto
June Oliveira Reis	Sônia Maria Mendes Ribeiro
Leila Araújo Fernandes	Ubiraci Matildes de Jesus
Liana Figueirêdo Almeida de Souza	Uli Tupiná
Lilian Maria Caldas Embiruçu	Verônica Batista Gonçalves
Livia Moura	Waldemar Santos Filho
Lizia Valverde	
Luciana Chaves	

Equipe de Revisão Técnica

Antônio Conceição da Purificação

Clarissa Leite Campos

Enézio de Deus

Liana Figueirêdo Almeida de Souza

Liliane Mascarenhas Silveira

Luciana Chaves

Olga Cristina Lima Sampaio

Bahia. Governo do Estado. Secretaria da Saúde.

Manual de Orientação para Novos Gestores Municipais da Saúde. .

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB – Bahia, 2017.

72 p.

Endereços Eletrônicos:

www.saude.ba.gov.br/dgc

Material disponível também por meio eletrônico no site www.saude.ba.gov.br/dgc

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO

2 A DIRETORIA DE GESTÃO DO CUIDADO

3 CAMPOS TEMÁTICOS

3.1.	Alimentação e Nutrição	10
3.2.	Práticas Integrativas e Complementares	12
3.3.	Saúde Bucal	14
3.4.	Saúde da Criança	16
3.5.	Saúde da Mulher	18
3.6.	Saúde da População Albina	20
3.7.	Saúde da População com Anemia Falciforme	21
3.8.	Saúde da População em Situação de Rua	22
3.9.	Saúde da População LGBT	23
3.10.	Saúde da População Negra	24
3.11.	Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade	26
3.12.	Saúde do Adolescente e Jovem	27
3.13.	Saúde do Homem	29
3.14.	Saúde do Idoso	30
3.15.	Saúde dos Povos Indígenas	31

4 REDES TEMÁTICAS

4.1	Rede Cegonha	32
4.2	Rede de Atenção Psicossocial	35
4.3	Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência	39

ANEXOS

Legislações por temática

Contatos da Diretoria

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

ATSI – Área Técnica de Saúde do Idoso

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

ATSH – Área Técnica de Saúde do Homem

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

ASAJ – Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem

ATSM – Área Técnica de Saúde da Mulher

ATSC – Área Técnica de Saúde da Criança

CCVG – Coordenação do Cuidado por Ciclo de Vida e Gênero

DGC - Diretoria de Gestão do Cuidado

SAIS – Superintendência de Atenção Integral à Saúde

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

CES - Conselho Estadual de Saúde

SUVISA – Superintendência de Vigilância da Saúde

DIS – Diretoria de Informação em Saúde

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PHPN - Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento

PQM - Plano de Qualificação da Atenção e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

RMS – Região Metropolitana de Salvador

PES - Plano Estadual de Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PDI - Plano Diretor de Investimento

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UCINco - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

UCINca - Unidade De Cuidados Intermediários Neonatal Canguru

BLH - Banco de Leite Humano

CGBP - Casa De Apoio à Gestante, Bebê e Puérpera

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

SUS – Sistema Único de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

LCV - Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violências

APALBA - Associação das Pessoas com Albinismo na Bahia

CSA - Caderneta de Saúde de Adolescentes

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CER - Centros Especializados em Reabilitação

ONU - Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

UA - Unidade de Acolhimento

RCPD – Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

1 APRESENTAÇÃO

No intuito de ofertar um instrumento de apoio às gestões municipais que se organizam neste início de ano após as eleições municipais, a equipe da Diretoria de Gestão do Cuidado da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) elaborou este manual para o acolhimento ao(a) gestor(a) municipal de saúde em 2017. Esta iniciativa faz parte de um conjunto de ações articuladas da Diretoria para apoiar e fortalecer o município na organização da rede de serviços municipais e ampliar o acesso aos usuários na sua linha de cuidado integral.

A responsabilidade do governo municipal pela saúde de seus cidadãos passa pela estruturação das redes de atenção a saúde que não termina nos limites do seu município. Desta forma, o município transforma-se no protagonista da organização do sistema de saúde, pois é quem de fato mais pode interferir na qualidade de vida e saúde da cidade, organizando o sistema de saúde composto por unidades, serviços e ações que interagem rumo a promoção da qualidade de vida dos seus munícipes.

Sendo assim, aqui se registra o papel do estado de coordenador do Sistema Único de Saúde (SUS) estadual e se afirma a necessidade de trabalho conjunto com os municípios, respeitando a sua autonomia, rumo a consolidação do SUS, fazendo jus a luta de todos brasileiros pelo direito universal, integral e equitativo à saúde.

Acolhemos, portanto, com boas-vindas todos os gestores neste momento ímpar e desejamos sucesso na luta pela garantia do acesso à saúde com qualidade a todos os munícipes.

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, buscando a integralidade, com o olhar sobre a rede existente, a rede necessária e as iniquidades regionais, de gênero e de raça. Ainda nesta missão, propõe fluxos que amplie e garanta o acesso necessário e oportuno nos espaços de atenção no âmbito do SUS da Bahia.

Para alcançar tal missão, a Diretoria organiza-se para 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). Entendendo o indivíduo enquanto sujeito integral, busca ainda o fortalecimento de políticas que o transversalizam o cuidado tais como: a Saúde Mental, Saúde Bucal, Alimentação e Nutrição, atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e Práticas Integrativas e Complementares. Por fim, contemplando outras 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 LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Nesta perspectiva, a Diretoria é estruturada em 03 Coordenações e 02 Núcleos que trabalha conjuntamente com Núcleos Regionais de Saúde e Bases Operacionais no apoio aos municípios e Movimentos Sociais com relação às políticas de saúde sob a sua responsabilidade.

3 CAMPOS TEMÁTICOS

3.1 Alimentação e Nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) do Ministério da Saúde de 1999 foi atualizada pela Portaria 2.715/2011, 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.

A Política Estadual de Alimentação e Nutrição na Bahia (PEAN-BA) se encontra em fase de finalização, apresentando os seguintes objetivos:

I - 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

II - Contribuir para uma vida saudável em todos os ciclos de vida contemplando outras características da população, usuária do SUS, no âmbito do estado.

São ações pertinentes à Alimentação e Nutrição:

Programa Bolsa Família (PBF) - É um programa federal de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza com a finalidade de promover seu acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza. O PBF é realizado por meio de auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos na saúde, educação e assistência social, o que chama-se de condicionalidades. No que se refere à saúde, atenta-se aos dados antropométricos e vacinais;

Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) - Tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS. Essa iniciativa é o resultado da integração de duas ações importantes do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que se uniram para formar essa nova estratégia, que tem como compromisso a formação de recursos humanos na atenção básica;

Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó (NutriSUS) - 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 6 e 48 meses, em creches participantes do Programa Saúde na Escola – PSE, visando potencializar o pleno desenvolvimento infantil com a prevenção e o controle das deficiências nutricionais;

Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) - É uma série de indicadores de consumo e dados antropométricos objetivando avaliar e monitorar o estado nutricional e alimentar da população. É um valioso instrumento de apoio às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, visando um aumento da qualidade da assistência, pois fornecerá uma base para decisões a serem tomadas pelos responsáveis pela gestão, planejamento e gerenciamento de programas, relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional;

Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) - Instituído por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A

em crianças de 6 a 59 meses de idade. Esse programa objetiva combater a pobreza absoluta na primeira infância e reforça a assistência a criança menor de 5 anos para prevenção da deficiência de vitamina A.

Financiamento

Vale ressaltar que a Portaria nº 55/GM/MS de 06 de janeiro de 2017 estabelece incentivo de custeio para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias de Saúde dos municípios que possuem população entre 30.000 e 149.999 habitantes (IBGE) com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). O incentivo financeiro de que trata esta Portaria deverá ser utilizado exclusivamente no custeio de serviços e despesas relacionadas à efetiva implementação de ações de alimentação e nutrição nas Redes de Atenção à Saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica, observadas as diretrizes e responsabilidades definidas na PNAN.

3.2 Práticas Integrativas e Complementares

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS valoriza o pluralismo de saberes e racionalidades médicas tradicionais que se associam a lógica e serviços da biomedicina, instituída pela Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006. Atualmente, busca-se implantar a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC-BA), a qual está em fase de elaboração, evidenciada com a publicação da Portaria nº. 521/2016, criando a Comissão Interinstitucional de Implementação da PEPIC a fim de contribuir com a resolubilidade do sistema e com a ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, através de diretrizes e ações para inserção de serviços e produtos.

Salienta-se que as Práticas Integrativas (PIC) estão voltadas às abordagens 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.

As práticas e métodos de atenção em saúde promovem cuidados integrativos e tem como referência a Portaria nº. 145/2017, a exemplo de Auriculopuntura, Reiki, Yoga, Dança Circular/Biodança, Arteterapia, Meditação, Musicoterapia e outras terapêuticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde com base em tecnologias leves, escuta acolhedora e humanizada.

Sendo assim, o gestor poderá ofertar em seu município as seguintes PIC's:

Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura (MTCA): é uma tecnologia de intervenção e saúde, que aborda de modo integral e dinâmico o processo de saúde e doença no ser humano, podendo ser usada de forma isolada ou integrada a outros recursos terapêuticos. A Medicina Tradicional Chinesa inclui práticas corporais (Lian Gong, Tui-Na, Tai-Chi-Chuan), práticas mentais (Meditação), orientação alimentar e uso de plantas medicinais.

Plantas Medicinais e Fitoterapia: objetiva garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. As ações com plantas medicinais e fitoterápicos acontecem, prioritariamente, na Atenção Básica. Os programas podem oferecer no SUS as plantas medicinais nas seguintes formas: Planta fresca (in natura), Planta seca (droga vegetal), Fitoterápico manipulado, Fitoterápico industrializado.

Termalismo Social-Crenoterapia: compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

Homeopatia: sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista. A implementação da Homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde, fortalecendo a relação médico-usuário, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e autonomia do indivíduo. Atua nas situações clínicas como: doenças crônicas não-transmissíveis; doenças respiratórias e alérgicas e transtornos psicossomáticos, reduzindo intervenções hospitalares e emergenciais.

Medicina Antroposófica: uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos destacam-se os medicamentos baseados na Homeopatia, Fitoterapia, banhos terapêuticos, massagem rítmica, terapia artística e técnicas de medicina popular (escalda-pé, óleos, enfaixamento, etc.)

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, publicada em 2004. O 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 ações:

- I - Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das [Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família](#);
- II - Ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de [Centros de Especialidades Odontológicas](#) e [Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias](#); e [Assistência Hospitalar](#);
- III- e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Os profissionais da saúde bucal que atuam na **Atenção Básica** desenvolvem suas ações em distintos dispositivos do SUS, a saber: Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, Unidades Odontológicas Móveis (UOM), Equipes de Consultório na Rua, Programa Saúde na Escola (PSE) e Equipes do Melhor em casa.

Além de comporem estas equipes, os profissionais da saúde bucal que atuam na atenção básica lidam ainda com ações referentes a: Levantamentos epidemiológicos periódicos; Pacto de Indicadores, e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, bem como a questão da Transversalidade das ações: o que significa a inserção do componente da Saúde Bucal nas Redes Temáticas prioritárias do MS e nos demais programas voltados para populações mais vulneráveis, a saber: Rede Cegonha; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD); Rede de Urgência e Emergência (RUE); População Negra/ Quilombolas e pessoas com Doença Falciforme; Atenção aos Beneficiários do Programa Bolsa Família (componente Brasil Sorridente); Cuidado à Saúde no Ambiente Prisional; Brasil Sorridente Indígena; Vítimas de violência.

As ações de **Média Complexidade** da Saúde Bucal são desenvolvidas nos seguintes serviços: Centro de Especialidades Odontológicas – CEO; Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD; Unidades de Pronto Atendimento – UPA tipo 3; Centros de Referência Estadual; e nos Serviços de Odontologia Hospitalar.

Quanto aos **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**, estes 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. Existem 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).

Os CEO devem realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria GM/MS nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Na Bahia, de acordo com a Resolução CIB/BA nº. 503/2013,

qualquer município pode solicitar implantação de CEO, desde que respeite alguns critérios.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade também englobou os CEO, e é denominado PMAQ-CEO, que foi instituído pela Portaria n.º. 261/GM/MS de 21 de fevereiro de 2013, como estratégia de qualificação dos serviços especializados de saúde bucal.

Os **Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD)**, por sua vez, são estabelecimentos que realizam Próteses Totais e Parciais Removíveis, Mandibulares e Maxilares, bem como Próteses Coronárias/Intrarradiculares Fixas/Adesivas. Municípios com qualquer base populacional pode credenciar LRPD, junto ao Ministério da Saúde, 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).

Na Bahia, além de LRPD implantados por iniciativa municipal, os municípios com maior percentual de população em situação de extrema pobreza, dispensam próteses através do “Plano de Expansão de LRPD na Bahia (PELRPD/BA)”, aprovado por meio da Resolução CIB/BA n.º. 197/2011, em parceria com o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia – COSEMS – BA e o Ministério da Saúde. Em 2015, a Resolução CIB n.º. 030/2015 aprovou a continuidade do PELRPD/BA e incluiu novos municípios na relação de municípios beneficiários, totalizando 90 municípios beneficiários.

No âmbito da **Assistência hospitalar**, o Ministério da Saúde, tendo como eixo orientador a integralidade do cuidado, possibilitou, em 2005, a emissão pelo cirurgião-dentista da Autorização de Internação Hospitalar – AIH, medida esta que possibilitou o fortalecimento da saúde bucal no ambiente hospitalar: Procedimentos odontológicos em Ambiente Hospitalar para Pacientes com Necessidades Especiais, Procedimentos Odontológicos em Ambiente hospitalar (cuidado à beira leito das pessoas internadas, o atendimento daqueles indivíduos a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos e aqueles relacionados à traumatologia e cirurgia bucomaxilofacial), Centros Cirúrgicos adaptados a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD.

No que tange à **alta complexidade**, as ações deste nível de atenção são desenvolvidas no âmbito da Assistência Oncológica nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), bem como, nos Hospitais Conveniados para Atendimento aos Pacientes com Anomalias Crânio Faciais.

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 Sistema Único de Saúde (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 DE SAÚDE DA CRIANÇA

A Caderneta de Saúde da Criança é um documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos de idade. É um documento único para cada criança, recebido gratuitamente na maternidade com as anotações sobre o nascimento do bebê feitas pela equipe de saúde que atendeu ao parto. Na primeira semana de vida, o RN deverá ser agendado para sua primeira avaliação após a alta da maternidade, nesta ocasião deve ser verificado a Caderneta de Saúde da Criança, onde deve constar o local de nascimento, seus dados e condições de alta da maternidade.

As Cadernetas de Saúde da Criança são distribuídas pelo Ministério da Saúde diretamente para as Secretarias de Saúde dos Estados e para os municípios com mais de 200 mil habitantes. Cabe às Secretarias de Saúde distribuir para as maternidades no território, de forma que cada criança nascida em território nacional adquira gratuitamente a caderneta, na maternidade de nascimento, seja ela pública ou privada, em cumprimento ao estabelecido na [Portaria nº 1.058, de 4 de julho de 2005](#).

PRIMEIRA SEMANA SAÚDE INTEGRAL

A ação “Primeira Semana Saúde Integral” é uma estratégia e oportunidade de atenção à saúde da mulher e da criança, em um momento 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; avaliação e orientação para o aleitamento materno – ressaltar a importância do aleitamento materno por 2 anos; coleta do teste do pezinho (do terceiro ao quinto dia de vida); aplicação das vacinas (BCG e contra hepatite para o recém-nascido (caso não tenha sido feito na maternidade), dupla tipo adulto e tríplice viral para a mãe, se necessário; agendamento de consulta para o recém-nascido e para a puérpera (30 dias após o parto) .

O Teste do Pezinho tem uma idade ideal para ser realizado, preconizado pelo Ministério da Saúde, que é do 3º ao 5º dia de vida. Entretanto diante da realidade de que provavelmente milhares de recém-nascidos não realizaram a coleta e não fizeram então a triagem neonatal, recomendamos aos gestores da saúde que estimulem a realização do teste mesmo em lactentes até o 6º mês de vida em caráter excepcional.

1. AIDPI NEONATAL E AIDPI CRIANÇA

AIDPI Neonatal (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) é uma estratégia utilizada por

profissionais de saúde capacitados pelo Ministério da Saúde, que permite avaliar, classificar e tratar precocemente as principais doenças e fatores de risco que afetam crianças de zero a dois meses de idade e o AIDPI Criança, de dois meses a cinco anos.

As capacitações em AIDPI são realizadas através das parcerias entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Municípios. O município deve entrar em contato com a Secretaria de Saúde do Estado, que acionará os facilitadores formados pelo Ministério da Saúde para realizar a capacitação no município solicitante. Dessa forma, após o primeiro curso, haverá multiplicadores no município e estes poderão dar seguimento à estratégia localmente.

2. MÉTODO CANGURU

O Método Canguru busca melhorar a qualidade da atenção prestada à gestante, ao recém-nascido 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 recém nascido de baixo peso – Método Canguru, portaria nº 1683 de 12 de julho de 2007. Para capacitação da equipe, o hospital deverá entrar contato com a Secretaria Estadual de Saúde ou com o hospital de referência estadual para solicitar o curso de sensibilização da equipe no Método Canguru.

REANIMAÇÃO NEONATAL

O Ministério da Saúde 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 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. 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. Para todos 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.

3.5 Saúde da Mulher

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios, Diretrizes e Plano de Ação 2004-2007” publicada pelo MS, se constitui na diretriz para a atenção à saúde da mulher, a nível nacional. Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a equidade como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica e neonatal, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega também a prevenção e o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HIV/AIDS, e a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis e do câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas como as mulheres no climatério, mulheres idosas, mulheres negras, indígenas, trabalhadoras do campo e da cidade, mulheres LGBT, deficientes, com transtorno mental e mulheres em situação de prisão.

Na Bahia, em 2016 foi publicada a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PEAISM) como documento orientador das ações e serviços a nível estadual e municipal, com princípios e diretrizes baseados na Política Nacional e realidade do estado da Bahia. Cabe aos Gestores Municipais, por meio das Unidades de Saúde, implantar e/ou implementar estratégias adequadas às diretrizes emanadas da atenção integral à saúde da mulher, com garantia do acesso de forma humanizado e equânime.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

O Planejamento Reprodutivo é um conjunto de ações assistenciais que devem ser desenvolvidas por trabalhadores de saúde capacitados e agentes comunitários de saúde para fornecer orientações, informações, avaliações clínicas, distribuição de métodos contraceptivos, acompanhamentos, identificação de riscos, orientações ao casal que deseja concepção (infertilidade) e realização de procedimentos cirúrgicos para laqueadura de trompas e vasectomia.

Cabe ainda aos gestores municipais possibilitar a mulher escolha adequada dos métodos contraceptivos, assegurar o fornecimento de todos os métodos escolhidos e garantir a continuidade de acesso dos usuários a todos os cuidados necessários para a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

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

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Pode aparecer na forma de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais, econômico ou patrimonial.

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, o uso de álcool e outras drogas, distúrbios psicossomáticos, suicídios, além da gravidez indesejada e doenças 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, portanto é 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, uma das formas de conhecer a magnitude do problema é através da notificação compulsória.

De acordo com essas normativas ministeriais, o Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual poderá ser organizado em todos os estabelecimentos de saúde, conforme as especificidades e atribuições de cada estabelecimento, considerando importante que as diversas tipologias de violências praticadas contra a mulher causam impactos na saúde, tanto física quanto mental, podendo gerar quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade, uso e abuso de álcool e outras drogas, distúrbios psicossomáticos, suicídios, além da gravidez indesejada e do risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre elas, o HIV, quando há ocorrência da violência sexual.

Recomendamos que cada município tenha pelo menos um 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.

3.6 Saúde das Pessoas com Albinismo

Albinismo consiste em conjunto heterogêneo de distúrbio genético, na síntese da melanina que podem levar a hipopigmentação da pele, pelos, olhos e cabelos. As pessoas com albinismo podem ser afetadas por todos os efeitos danosos, da exposição à radiação solar, como: eritema solar, foto envelhecimento e assim como lesões pré-malignas na pele, podendo ocorrer desde a infância. Esta condição pode ressaltar em câncer de pele formando tumores malignos alimentados por células da pele que sofreram mutações de forma desordenada dando origem a um novo tecido ‘neoplasia’. Além destas, as pessoas com albinismos possuem alteração ocular o que pode levá-los a ter visão subnormal, necessitando cuidados oftalmológicos especializados.

Na Bahia, a Associação das Pessoas com Albinismo na Bahia (APALBA), tem apoiado o estado no levantamento do número de pessoas com albinismo, visto que não existem estatísticas sobre as pessoas portadoras desse agravo. Até a presente data, são aproximadamente 400 pessoas com albinismo, com idade entre 06 meses e 71 anos.

Em 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 desta população no Sistema Único de Saúde, 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 do acesso à informação, orientação e aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com Albinismo
- III. Promover a garantia de acesso aos medicamentos 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 Raras, vem organizando a rede cuidados às pessoas com albinismo no que concerne atenção dermatológica e oftalmológica. Neste sentido os gestores municipais necessitam identificar as pessoas albinas do seu território, ofertando assistência na rede básica na perspectiva da prevenção ao câncer de pele, através de exame físico e distribuição do protetor solar e consulta especializada com dermatologista. Em relação à assistência oftalmológica, pessoas albinas com suspeita de visão subnormal, deverão ser encaminhados para consulta especialista.

3.7 Saúde das Pessoas com Doença Falciforme

A doença falciforme é genética autossômica recessiva que possui maior prevalência na população negra: a incidência de doença falciforme é 1/650 nascidos vivos e de 1/17 para traço falciforme. A literatura científica aponta que miscigenação racial como a principal causa do número de casos no país, especialmente na Bahia. Alguns sintomas da doença: 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. Na Bahia a cada mês 30 novos casos são registrados no estado.

O Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias foi instituído pela Portaria nº 1.018 de 18/07/2005, no âmbito do Sistema Único de Saúde, atribuindo algumas competências ao gestor municipal:

- I. Conhecer o perfil da doença em seu município a partir dos dados do programa estadual e definir, com assessoria do Gestor Estadual, sua inserção na rede de atenção integral à pessoa com doença falciforme e outras hemoglobinopatias;
- II. Garantir o atendimento na referência de média e alta complexidade, orientação e informação genética das pessoas portadoras de traço falciforme;
- III. Articular, com o Gestor Estadual, a capacitação de suas equipes e demais profissionais da rede municipal;
- IV. Promover o conhecimento da atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias na Equipe de Saúde da Família (ESF) e demais ações básicas;
- V. Garantir a disponibilização dos medicamentos constantes do Anexo desta Portaria, por meio de unidade de referência cadastrada no Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias; e
- VI. Promover campanhas de informação e divulgação, bem como a elaboração de materiais instrucionais educativos.

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia vem organizando a atenção à saúde às pessoas com doença falciforme, através dos Programa de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) e Programa Estadual de Triagem Pré-Natal em papel filtro, os quais têm efetivamente contribuído para acesso ao diagnóstico e o fluxo de tratamento. Vale ressaltar também a unidade de referência estadual, a Fundação HEMOBA, garantindo atendimento clínico, exames, a qualidade do sangue e qualificação da Rede de Saúde do estado.

Além destas iniciativas, destacamos o apoio aos municípios na implantação e implementação dos serviços de atenção às pessoas com doença falciforme. Atualmente na Bahia esta população vem sendo assistida nos seguintes municípios: 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.

3.8 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](#) que visa orientar as ações das diversas políticas na garantia da universalidade dos direitos e integralidade do atendimento às pessoas em situação de rua. Neste sentido destacamos algumas diretrizes:

- I. integração das políticas públicas em cada nível de governo;
- II. participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organizações da população em situação de rua, na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;
- III. 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;
- IV. democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos.

A SESAB vem apoiando os gestores municipais de saúde na qualificação dos profissionais de saúde no acolhimento desta população nas unidades da Rede SUS, além fortalecer a articulação intersetorialmente com Secretarias Municipais de Assistência Social com vistas aos cuidados a pessoa em situação de rua. Esta população deve ser integrada à Rede de Atenção Psicossocial através da Equipe de Consultório na Rua (eCR) vinculada a Unidade Básica de Saúde com o papel articulador do cuidado à saúde das pessoas em situação de rua.

3.9 Saúde da População LGBT

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais -LGBT (Brasil, 2011) tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais que historicamente esteve à margem das prioridades dos poderes públicos. 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 e resolutividade.

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

:

- I. 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 Sistema Único de Saúde, com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais;
- II. prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;
- III. Prevenir novos cânceres de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;
- IV. 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);
- V. 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;
- VI. Incentivo à inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde.

Dessa forma, população LGBT deve ser acolhida desde da atenção básica até a atenção especializada, de acordo com as suas necessidades. Neste aspecto é importante, ressaltar a Portaria MS/GM nº 2.803 de 19 de novembro de 2013 que viabiliza o atendimento a população TRANS na modalidade ambulatorial e hospitalar, possibilitando o acesso à hormonoterapia e processo cirúrgico de ressignificação sexual.

Os gestores de saúde devem estar atentos aos maiores obstáculos enfrentados por essa população vulnerável, 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 auto referida, respeito a diversidade, acolhimento qualificado) e o acesso ao cuidado no processo transexualizador.

3.10 Saúde da População Negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída pela Portaria nº 992 de 13/05/2009 é uma resposta do Ministério da Saúde 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 presentes na história do País. Nossa história, construída sobre as bases da desigualdade, reservou para a população negra o lugar das classes sociais mais pobres e de condições mais precárias que ainda sofre com um racismo silencioso e não declarado.

Em 2013, O Governo do Estado da Bahia institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra em consonância com a Política Nacional 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 (hipertensão, diabetes, doença falciforme, glaucoma, violência e etc) na população negra, 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. Destacamos as 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 a redução as desigualdades étnicos raciais no campo da saúde, nas distintas esferas de governo;
- IV. Desenvolvimento de processo e 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. O Racismo Institucional passou a ser definido com o seguinte conceito: 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 880 de 13/06/2014. Destacamos alguns artigos da referida 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

- IV. fica garantido o acesso do representante credenciado à dependência da unidade de interação coletiva para fins de assistência religiosa.

A SESAB vem apoiando os gestores municipais de saúde na qualificação dos profissionais na implementação da Política Estadual. Ressaltamos que os municípios que possuem Comunidades Quilombolas reconhecidas pela Fundação Palmares, podem realizar o cadastramento das Equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF e Saúde Bucal, levando-o ao recebimento de incentivos de custeio por equipes, garantindo o respeito a cultura, cidadania das famílias e proteção à vida.

3.11 Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

A Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP) foi instituída pela Portaria Interministerial MS/MJ 01/01/2014 com vistas a garantir o acesso as pessoas privadas de liberdade aos SUS. Destacamos algumas diretrizes:

- I. atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- II. controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional;
- III. respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômico-sociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero; e
- IV. intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde.

O Município poderá aderir a PNAISP, conforme critérios estabelecidos pela referida Política. A adesão trata-se de uma movimentação política de reafirmação do compromisso de garantir o acesso das Pessoas Privadas de Liberdade ao cuidado integral no SUS e da responsabilidade sanitária do município em relação as Unidades Prisionais. Ações estas já realizada pelo município ao assistir seus municípios na Rede de Atenção à Saúde, atentando que as pessoas em situação de prisão estão incluídas na contagem da população do município. Não envolve custos adicionais referentes a assistência à saúde da população privada de liberdade, e o município continuará executando as mesmas ações de saúde que já vem realizando.

O Município que fez a adesão a PNASIP, poderá requer a habilitação, etapa facultativa, que envolve orçamento e repasse do incentivo federal, conforme Portaria MS/SAS nº 482/2014 para manutenção das equipes de saúde no Sistema Prisional. As equipes podem se organizar em cinco modalidades, e o repasse de recursos financeiros é definido conforme cada uma: Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I (EABP-I); Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I com Saúde Mental (EABP-I com Saúde Mental); Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II (EABP-II); Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II com Saúde Mental (EABP-II com Saúde Mental) e Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo III (EABP-III).

3.12 Saúde do Adolescente e Jovem

A adolescência é entendida como o período dos 10 aos 19 anos, a juventude dos 15 aos 24 anos e o conjunto de adolescentes e jovens dos 10 aos 24 anos, conforme definição da Organização Mundial de Saúde – OMS.

Nesta perspectiva, objetiva-se promover a atenção integral, humana e resolutiva à saúde de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos, 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 nos municípios algumas ações principais a saber:

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

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. (Brasil, 2010). A LCV tem como objetivo qualificar e capacitar profissionais de saúde e áreas afins sobre vários aspectos relacionados a temática da violência como: os ciclos, os tipos, naturezas, manifestações das violências, as vulnerabilidades do trabalhador da saúde, focando todas as dimensões da respectiva linha: o acolhimento, atendimento às vítimas e suas famílias, a notificação e da rede de cuidado e proteção. Para implantação/implementação são formados multiplicadores municipais que recebem capacitação específica ofertada pela SESAB e vários materiais de suporte como o documento da Linha de Cuidado propriamente, a Metodologia para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, um CD contendo 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.

Caderneta de Saúde de Adolescentes (CSA)

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 saudáveis. 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 atenção primária, garantindo assim, o seu direito à saúde. Representa pois, instrumento estratégico para ser trabalhado

no Programa Saúde na Escola, pois uma ação complementar, fortalece e reforça a outra. É fundamental fortalecer e acompanhar como as ações que estão sendo desenvolvidas no município, sendo muito interessante quando se consegue inserir o PSE no Plano de Saúde Municipal bem como no Projeto Político Pedagógico das escolas.

Para implantação/implementação da CSA são formados multiplicadores municipais que recebem capacitação específica ofertada pela SESAB e vários materiais de suporte teórico dentre eles um CD contendo as principais publicações, normativas, portarias, etc, relacionadas à saúde de adolescentes para servir de consulta e subsidiar a atuação dos profissionais e gestores.

Implantação/implementação de 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 os/as adolescentes e seus acompanhantes 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.

A atenção diferenciada para adolescentes pode ser implantada em maternidades voltadas para adolescentes grávidas, puérperas e em situação de abortamento, seguindo os mesmos princípios e características já apresentados. Podem ser estruturados serviços de pré-natal, desenvolvendo ações com vistas à prevenção de uma segunda gestação não planejada ainda na adolescência e estabelecer leitos diferenciados para as adolescentes puérperas, seus recém-nascidos e familiares. Uma outra importante estratégia é buscar incluir a Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e jovens na Rede Cegonha e no Programa Saúde na Escola.

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

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 de assistência prestada a adolescentes e jovens como forma de prevenir riscos e agravos a que poderão estar expostos bem como fortalecer fatores de proteção. Além disso, é importante realizar análise e reflexão sobre metodologias/estratégias para atuação com adolescentes e jovens, em relação às quais devem ser priorizadas as 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.

3.13 Saúde do Homem

A Atenção Integral à Saúde do Homem, objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção. E tem como público prioritário: homens de 20 à 59 anos.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) estabelece como objetivo geral “Facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, contribuindo para a redução das causas de morbidade, mortalidade e atuação nos aspectos socioculturais”.

Os Eixos prioritários da PNAISH são: Acesso e Acolhimento; Saúde Sexual e Reprodutiva; Paternidade e Cuidado; Prevenção de Violências e Acidentes e Principais Agravos/Condições Crônicas. Para desenvolver ações de fortalecimento da linha de cuidado do Homem, o município pode realizar no seu território as seguintes ações:

- Priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada do sistema de saúde integral e hierarquizado e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais e regionais;
- Promover, no âmbito de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;
- Incentivar junto à rede educacional municipal, ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;
- Implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais;
- Promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;
- Estimular e apoiar em parceria com o Conselho Municipal de Saúde o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promover ou participar das ações de capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem;
- Analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo estratégias e atividades que se fizerem necessárias

3.14 Saúde do Idoso

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) estabelece como meta a “atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, considerando a condição de funcionalidade, entendendo que a incapacidade funcional e as limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do processo de envelhecimento, embora reconheça que a prevalência de incapacidade aumente com a idade e que esse fator sozinho não prediz incapacidade.

O estado presta apoio aos municípios propondo protocolos assistenciais que possibilitem a organização da rede de serviços; fornecendo apoio matricial aos municípios em questões relacionadas ao envelhecimento e estimulando a realização de ações para a promoção do envelhecimento ativo.

A PNSPI TEM COMO DIRETRIZES:

- I. Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável;
- II. Atenção Integral, Integrada à Saúde da Pessoa Idosa;
- III. Estimulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- IV. Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- V. Estimulo 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.

CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Importante instrumento no cuidado à pessoa idosa que permite conhecer as suas vulnerabilidades através das informações fornecidas pelo idoso, cuidador ou familiar. Por meio do correto preenchimento da Caderneta, pode-se compor o Plano de Cuidado identificando situações de risco, informações sobre as condições de saúde, suporte familiar e social que trarão subsídios para qualificar a prática diária das equipes de saúde.

3.16 Saúde dos Povos Indígenas

O propósito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002/DOU nº 26 □ Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002) é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

Diretrizes

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

- I. Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos - Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- II. Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- III. Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- IV. Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- V. Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- VI. Promoção de ações específicas em situações especiais;
- VII. 7-Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- VIII. Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- IX. Controle social.

As ações a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas são financiadas pelo orçamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde. O recurso repassado aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas tem como base o montante de população, situação epidemiológica e características de localização geográfica. Os municípios também devem atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS.

4. REDES TEMÁTICAS

4.1 Rede Cegonha

A Rede Cegonha é uma estratégia para redução da mortalidade materna e neonatal, organização da rede de assistência e mudança do modelo de atenção obstétrica, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde pela PT/ GM 1.459 de 24 de junho de 2011, 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. A Rede Cegonha buscou 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 Ministério da Saúde, 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 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 cesárea; unidade de cuidados intermediários neonatal convencional(UCINco); unidade de cuidados intermediários neonatal canguru (UCINca); unidade de coleta de leite humano; unidade de coleta e transfusão (UCT).

Para o âmbito Macrorregional - As ações e serviços a serem contemplados pela macrorregião são: maternidade de referência para gestação de alto risco para o pré-natal e parto; UTI adulto e neonatal; unidade de cuidado intermediário neonatal convencional (UCINco); unidade de cuidados intermediários neonatal canguru (UCINca); banco de leite humano (BLH); casa de apoio à gestante, bebê e puérpera (CGBP); e hemocentro/unidade transfusional.

A Bahia 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 07 ou mais consultas de pré-natal em 2006 era 33,9 % e em 2014 foi de 50,9 % o que demonstra uma ampliação do acesso das gestantes às consultas de pré-natal. Em relação a gestação na adolescência, o número vem diminuindo ao longo dos anos no estado, passando de 24,2% em 2006 para 20,7% em 2014, no entanto, as taxas ainda são bastante preocupantes, principalmente na faixa etária entre 10 a 14 anos que não tem apresentado redução.(Fonte: SESAB/SUVISA/DIS □ 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 da mulher no momento do parto, que caso ocorra pode ter como consequências complicações para ela e para a criança. Na alta das mulheres, a atenção básica 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 atenção básica.

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 à 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 de seu acompanhante de livre escolha além de ser uma boa prática é direito assegurado pela lei federal 11.108/2005 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 Organização Mundial da Saúde e adotadas pelo Ministério da Saúde. No Estado, a proporção de partos normais tem apresentado um decréscimo nos últimos anos, em 2008 a taxa foi 65,4 % reduzindo para 55,3% em 2014. (Fonte: SESAB/SUVISA/DIS – SINASC).

O aumento dos casos de microcefalia em recém-nascido a partir de 2015 levou a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia a se engajar na investigação e elaboração de um protocolo clínico e epidemiológico de microcefalia. Esse protocolo inclui a investigação e a orientação clínica dos casos de crianças nascidas com microcefalia, bem como da possível relação etiológica com arboviroses, especialmente com o Zica Vírus. A proposta é estruturar um sistema diagnóstico capaz de detectar precocemente casos de gestantes com exantema, monitorando a possibilidade de a criança nascer com microcefalia e assegurando o manejo adequado a esses casos. Também objetiva investigar os casos de microcefalia diagnosticados no pós natal para ver se há relação com o Zica Vírus.

FINANCIAMENTO

Os projetos encaminhados ao Ministério da Saúde deverão ser submetidos à Comissão Intergestora Bipartite - CIB, a fim de que seja avaliada a conformidade desses projetos com os seguintes instrumentos de planejamento:

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

Cada projeto aprovado terá a sua formalização efetivada mediante edição de portaria específica, pelo Ministério da Saúde, 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.”(NR)

Iniciou-se o processo de implantação da Rede Cegonha na Bahia com a apresentação da proposta da referida Rede na 193ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia – CIB/BA (02/06/2011), a partir da exposição do levantamento e análise dos dados para construção da matriz diagnóstica. Nesta reunião também se definiu os representantes da SESAB e do COSEMS para comporem o Grupo Condutor da Rede. Além disso, foram aprovadas as regiões prioritárias: **Região Metropolitana, Macrorregião Norte, Macrorregião Centro Norte e Macrorregião 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 ficou acordado junto ao Ministério da Saúde que a adesão à Rede Cegonha dar-se-á apenas para os componentes da Atenção Básica (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) que considera o repasse de um ano, entretanto isso corresponde a 06 meses de custeio, entende-se então que seria de março a agosto de 2013. Logo, este grupo de municípios receberam o recurso até agosto de 2013.

4.2 Rede de Atenção Psicossocial

A Reforma Psiquiátrica Brasileira adveio de uma conquista do Movimento da Luta Antimanicomial e propõe novas formas de cuidado às pessoas em situação de sofrimento ou transtorno mental, com a produção de redes substitutivas que visam à atenção em serviços de base comunitária e integrada a outros atores na perspectiva intersetorial. Sua proposta envolve a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de base territorial, inclusivas e que estimulem a autonomia dos sujeitos nela inseridos. Esses princípios foram consolidados através da Lei 10.216/2001, que redireciona o modelo da atenção em Saúde Mental.

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 Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 e republicada em 21 de maio de 2013. A RAPS 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 7 (sete) Componentes: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Diretrizes da RAPS

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

- I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - 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; e

III - 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

I - Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - 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;

V - Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RAPS; e

IX - Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Componentes da RAPS

I - Atenção Básica em Saúde: Unidade Básica de Saúde; 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: SAMU 192; e UPA 24 horas;

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento;

V - Atenção Hospitalar: Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral;

VI - Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - Reabilitação Psicossocial.

Pontos de Atenção da RAPS: Funcionamento e Financiamento

É relevante estar atento às informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e aos Sistemas de Informações do SUS (SIA/SIA) visando o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços da rede.

Abaixo, encontra-se relacionados os pontos de atenção da RAPS que dispõem de incentivo

para implantação e custeio:

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

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 com população entre 15.000 e 70.000 habitantes e funcionamento no período das 08:00 às 18:00 horas, em 02 (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.

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 com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e funcionamento das 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. O incentivo para implantação é no valor de R\$ 30.000,00 e o custeio mensal no valor de R\$ 33.086,25.

CAPS i - Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios com população partir de 70.000 habitantes. O funcionamento deve ser das 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. 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.

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 com população a partir de 70.000 habitantes. O funcionamento deve ser das 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. 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.

CAPS III - Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Indicado para municípios 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 275/2012).

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 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 275/2012).

Unidade de Acolhimento (UA) - Oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de 24 horas diariamente, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade 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 (dezoito) 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. 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 estratégicos no processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internados 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 de 8 a 10 indivíduos. 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 atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente 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 decorrentes 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 Atenção Básica. O incentivo para implantação dos leitos de saúde mental é no valor de R\$ 4.000,00 por leito e custeio por leito é o valor de R\$ 67.321,32 por ano, podendo ser este valor diluído mensalmente.

4.3 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

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: (...) 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 (BRASIL, 2008, p. 27). 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 Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD), no âmbito do SUS, foi instituída pela Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, que por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua visa adotar a concepção ampliada da deficiência, trazendo em suas diretrizes a autonomia, independência e liberdade das pessoas com deficiência e a ênfase nos serviços com base territorial e comunitária como elementos centrais.

Diretrizes da RCPD

- I - Respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas;
- II - Promoção da equidade;
- III - Promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- IX - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- X - Promoção de estratégias de educação permanente;
- XI - 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; e

XII - Desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva.

Objetivos Gerais da RCPD

I - Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;

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

III - 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

I - Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências;

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

III - Ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM);

IV - 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;

V - Promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde;

VI - Desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - 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;

VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e

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

Componentes da RCPD

I - Atenção Básica;

II - Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e

III - Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Pontos de Atenção da RCPD: Funcionamento e Financiamento

É relevante estar atento às informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e aos Sistemas de Informações do SUS (SIA/

SIA) visando o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços da rede.

Abaixo, encontra-se relacionados os pontos de atenção da RCPD que dispõem de incentivo para implantação e custeio:

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 existam na data da publicação desta Portaria, ficando vedadas novas habilitações para esse tipo de ponto de atenção;

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 a rede de atenção à saúde 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);

Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) - São estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006. Deverão ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos CEO.

Os estabelecimentos habilitados em Reabilitação Física ou os CER com serviço de Reabilitação Física poderão contar com serviço de 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.

A partir 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, como:

I - 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 1500m²;

c) CER IV - R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais) para CER com metragem mínima de 2000 m²;

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

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

IV - 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)

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

I - CER II - R\$ 140.000,00 (cento e quarenta mil reais) por mês;

II - CER III - R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por mês;

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

IV - Oficina Ortopédica fixa - R\$ 54.000,00 (Cinquenta e quatro mil reais) por mês;

V - Oficina Ortopédica itinerante fluvial ou terrestre - R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) por mês; e

VI - CEO - adicional de 20% (vinte por cento) calculado sobre o valor de custeio atual do serviço.

ANEXOS

Legislação da Saúde

1.1 Alimentação e Nutrição

Política Nacional de 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.

1.2 Práticas Integrativas e Complementares

Portarias

- ✓ 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 Mediciniais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Mediciniais 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

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

1.3 Saúde Bucal

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 \(SCNES, SIA e SIH/SUS\).](#)

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 referente ao Sistema de Informação Saúde Bucal no Bolsa Família;](#)
- ✓ [Nota Técnica - Indicador de Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada.](#)

1.4 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/>

http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/rede_cegonha/MANUAIS/1.MANUAL_PRATICO_MS.pdf

MANUAIS

[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 obstetria](#)

[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)

- Nº **485/2014**, **que** Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde;

- Nº **618/2014**, **que** Define o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência

Sexual no SUS e altera a tabela de Serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional dos Serviços de Saúde (SCNES) para o serviço 165 - Atenção integral à Saúde em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento);

- **Nº 2.415/2014, que** Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e todos os seus atributos na tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS);

- **Nº 288/2015, que** Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde).

- **Nº 1662/2015, que** Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS;

HUMANIZAÇÃO

[Cadernos HumanizaSUS Volume 1 - Formação e Intervenção](#)

[Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência](#)

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](#)

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](#)

1.5 Saúde da Criança

PORTARIAS:

  **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.

LEGISLAÇÃO RELACIONADA:

[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](#).

[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.

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/515-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/13-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/10385-mortalidade-infantil>

1.6 Saúde do Homem

PORTARIAS:

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).

1.7 Saúde do Adolescente e Jovem

PORTARIAS:

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

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

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodologia_cuidado_crianças_adolescentes_famílias.pdf

http://www.saude.ba.gov.br/dab/Instrutivo_PSE.pdf
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf
http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pub_sus.pdf

1.8 Saúde do Idoso

PORTARIAS

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 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.

1.9 Saúde da População Negra

PORTARIAS

Decreto Nº 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 Nº 880 DE 13 DE JUNHO DE 2014: Regulamenta à Assistência Religiosa nas Unidades da Rede Própria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB.

Decreto Nº 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 Nº 836 DE 05 DE JUNHO DE 2012: Aprova o Regimento Interno do CTESPN.

Lei Nº 13.182 DE 06 DE JUNHO DE 2014-Estatuto de Igualdade Racial e de Combate à Intolerância Religiosa.

Portaria Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009 Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

1.10 Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

PORTARIAS

1. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1/2014 - Institui a Política Nacional de Saúde Integral à Pessoa Privada de Liberdade.
2. Portaria Interministerial MS/MJ nº 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).

3. Portaria Interministerial nº 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.
4. Portaria 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).
5. Portaria 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).
6. 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).
7. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1777/2003 - Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.
8. 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).
9. 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

10.

1.16 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 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.

PORTARIAS

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 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 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 A SAÚDE INDIGENA 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.

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 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 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.

1.18 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, 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 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.

1.19 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

Leis

[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

[Decreto 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.

Portarias

[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 Ostromizadas 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/ 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.

ANEXO 2

Contatos da DGC

www.saude.ba.gov.br/dgc

DIRETORIA DE GESTÃO DE CUIDADOS

Telefone: (71) 3115-8390

E-mail: diretoria.dgc@gmail.com

COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS TRANSVERSAIS (CPT)

Telefone: (71) 3115-4382

E-mail: cptsaude.ba@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (ATAN)

E-mail: atansesab@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (ATPIC)

E-mail: picsesab@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL (ATSB)

E-mail: sesab.sbucal@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL (ATSM)

E-mail: saudementalba@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (ATSPD)

E-mail: atpessoacomdeficienciaba@gmail.com

COORDENAÇÃO DE CICLO DE VIDA (CCVG)

E-mail: ccvg.sesab@gmail.com

Telefone: (71) 3115-4245 e 3371-1272

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER - ATSM

E-mail: sesab.saudedamulher@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA CRIANÇA - ATSC

e-mail: sesab.scrianca@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO HOMEM - ATSH

e-mail: saudedohomem.sesab@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE E JOVEM - ASAJ

e-mail: asaj.bahia@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO IDOSO - ATSI

e-mail: sesab.idoso@gmail.com

COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE (CPES)

Telefone: (71) 3115-4302

E-mail: cpes.dgc@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

E-mail: atspoprua.dgc.sesab@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

E-mail: ats.populacaonegra.dgc@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS- ATSPI

E-mail: atspi.dgc.sesab@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA - ATSPN

E-mail: cpes.dgc@gmail.com

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE

E-mail: saudeprisional.dgc.sesab@gmail.com

Telefone: (71) 3115-4203

SECRETARIA DA
SAÚDE

BAHIA 
GOVERNO DO ESTADO



/saudegovba



@sesab



/saudegovba



/saudegovba

www.saude.ba.gov.br

