

GOVERNO DO ESTADO



SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO
PRESENTE
FUTURO
PRA GENTE

Plano Estadual de **Ações Estratégicas** Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis

Plano DANT 2022-2030

GOVERNO DO ESTADO

BAHIA

SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO
PRESENTE
FUTURO
PRA GENTE

Plano Estadual de Ações Estratégicas Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis

Plano DANT 2022-2030

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Adriana Dourado
Ana de Fátima Cardoso Nunes
Edna Pereira Rezende
Eliana Carvalho Bomfim Barqueiro
Graciele Oliveira Menezes
Marcia São Pedro Leal Souza
Maria da Conceição Freitas Teles
Michele Alcântara de Almeida da Hora
Moacir de Santana Jorge Filho
Mônica Tereza Carvalho Dantas dos Santos
Renato Queiroz dos Santos Junior
Vânia Rebouças Barbosa Vanden Broucke
Zenaide Calazans Oliveira

Diretoria de Vigilância Sanitária

Luzana A. Carvalho
Mariza Eduane Costa Pinheiro
Tânia Maria O. Cordeiro

Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador

Jesuína do Socorro Mendes Castro
Leticia Coelho da Costa Nobre
Miguel Andino Depallens
Suzana Mendes Almeida

Diretoria da Atenção Básica

Anderson Freitas de Santana
Daiana Cristina Machado Alves
Daniele Machado Pereira Rocha
Lígia de Gaia Azevedo de Oliveira
Marcia Ediméia Costa de Matos
Monica Maria Lemos Pereira

Diretoria da Gestão do Cuidado

Ailana Almeida Campos
Ana Paula Silva Pinheiro

Clarissa Leite Campos
Daiane Monique Lira de França

Evanderson Samuel Quirino Silva
Eveline Arruda de Alencar
Isabella Aira da Silva Lopes
Leila Araújo Fernandes
Liana Figueirêdo Almeida de Souza
Luiz Fernando Santana Alencar
Margareth Hamdan Melo Coelho
Marjory Ellen Lima Costa
Marília Araújo Ferrão
Renildes Cardoso Santos
Suzana Costa Carvalho Neri
Uli Tupiná de Alcantara Leal

Diretoria da Atenção Especializada

Maria Alcina Romero Boullosa
Maria de Fátima Rocha Ribeiro da Silva
Natalia Cardoso dos Santos Vieira
Ticiania Castelo Branco Borges

Diretoria da Assistência Farmacêutica

Claudia Daniela Santos Souza
Franciane Souza Guedes
Luane Rocha da Silva
Renata Mundim Ferreira Martins

2022 – Secretaria Estadual de Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

1ª edição | Publicação digitalizada (2024)

Ficha Catalográfica

Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA).

Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP).

Plano Estadual de Ações para o Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis

2023. 178 p.

1.Sistema Único de Saúde (SUS). 2.Secretaria Estadual da Saúde (SES). 3.Vigilância em Saúde (VISAU). 4.Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT)

Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia

4ª Avenida Centro Administrativo da Bahia, 400

Centro Administrativo da Bahia, Salvador - BA, 40301-110

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Variação populacional por macrorregião de saúde. Bahia, 2010 e 2022	18
Figura 2	Macrorregiões de saúde. Bahia 2023.	19
Figura 3	Pirâmides etárias. Bahia, 2010 e 2022	20
Figura 4	Sistemas para captação dos óbitos por COVID-19. Bahia, 2020-2021	40
Figura 5	Carga global de doenças (CGD). Bahia, 2022.	71
Figura 6	Linha de produção do cuidado do câncer de mama. Bahia, 2022.	86
Figura 7	Principais atividades, setores e ocupações associadas a exposições classificadas como carcinogênicas ou provavelmente carcinogênicas.	93
Figura 8	Escala temporal dos impactos decorrentes de desastres naturais e/ou tecnológicos.	140

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Pirâmide etária dos povos indígenas. Bahia, 2022.	21
Gráfico 2	Percentual dos povos indígenas segundo o ciclo de vida. Bahia, 2022.	21
Gráfico 3	Evolução da esperança de vida ao nascer (em anos), segundo sexo. Bahia, 2010 – 2021.	22
Gráfico 4	Índice de envelhecimento. Bahia, 2010 - 2021	23
Gráfico 5	Razão de dependência, por grupo etário. Estado da Bahia, 2010 - 2021	24
Gráfico 6	Distribuição percentual da população economicamente ativa por sexo e raça/cor. Bahia, 2010.	25
Gráfico 7	Taxa de analfabetismo segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2010.	28
Gráfico 8	Número de óbitos e taxa padronizada por homicídios. Bahia, 2010-2020.	34
Gráfico 9	Taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2010-2020.	34
Gráfico 10	Taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo o sexo. Bahia, 2010-2020	35
Gráfico 11	Percentual de homicídios de acordo com a raça/cor da vítima. Bahia, 2010-2020.	36
Gráfico 12	Taxa padronizada de mortalidade por suicídio de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2020.	38
Gráfico 13	Taxa padronizada de mortalidade por suicídios segundo macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2010-2020.	39
Gráfico 14	Percentual de óbitos por suicídio de pessoas com diagnóstico de Covid-19 de acordo com o sexo. Bahia, 2020-2021*	41
Gráfico 15	Percentual de óbitos por suicídio de pessoas com diagnóstico de Covid-19 de acordo com a faixa etária. Bahia, 2020-2021*	41

Gráfico 16	Número (15) de pessoas com diagnóstico de Covid -19 de acordo com os dias decorridos entre a notificação da doença e o suicídio. Bahia, 2020-2021*	42
Gráfico 17	População de idosos (60 anos e mais) segundo o sexo. Bahia, 2010-2021.	44
Gráfico 18	Número de óbitos e taxa padronizada de mortalidade por quedas de acordo com o sexo. Bahia, 2010 – 2021*.	44
Gráfico 19	Número de notificações e de unidades notificadoras da violência interpessoal/autoprovocada. Bahia, 2009-2022*.	47
Gráfico 20	Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o sexo. Bahia, 2009-2022*.	48
Gráfico 21	Percentual de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a faixa etária. Bahia, 2009-2022*.	49
Gráfico 22	Percentual de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a raça/cor. Bahia, 2009-2022*.	50
Gráfico 23	Percentual de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a escolaridade. Bahia, 2009-2022*.	51
Gráfico 24	Número de casos notificados da violência sexual e a proporção de estupros. Bahia, 2009-2022.	54
Gráfico 25	Percentual de casos notificados da violência sexual segundo macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2022*.	55
Gráfico 26	Número de casos notificados das lesões autoprovocadas e dos suicídios. Bahia, 2010-2020.	56
Gráfico 27	Número de óbitos por lesões de trânsito de acordo com o grupo de vítimas. Bahia, 2010-2020.	58
Gráfico 28	Percentual de óbitos por lesões de trânsito de acordo com o local de ocorrência. Bahia, 2010 – 2020	59
Gráfico 29	Número de internamentos e custo das internações por lesões de trânsito. Bahia, 2010-2021.	59
Gráfico 30	Evolução da frota de veículos. Bahia, 2010 a 2021.	60
Gráfico 31	Evolução da frota de veículos de acordo com o tipo. Bahia, 2010 a 2021.	61
Gráfico 32	Número de casos de trabalho infantil e acidentes de trabalho notificados no Sinan. Bahia, 2015-2022.	69
Gráfico 33	Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) e taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Bahia 2010-2020.	72
Gráfico 34	Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo macrorregião de residência. Bahia 2010-2020	72
Gráfico 35	Número de óbitos e taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo o sexo. Bahia 2010-2020.	73

Gráfico 36	Taxa de mortalidade padronizada pelos quatro principais grupos das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população de 30 a 69 anos e na população total. Bahia, 2010-2020.	75
Gráfico 37	Número de óbitos e taxa de mortalidade/100 mil hab. por infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial essencial. Bahia, 2015-2021.	81
Gráfico 38	Evolução do número de óbitos do ranking das cinco primeiras neoplasias de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2020.	82
Gráfico 39	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 segundo o ano. Bahia, 2010-2021*	83
Gráfico 40	Número de óbitos por neoplasia maligna de colo de útero. Bahia, 2010-2020.	87
Gráfico 41	Cobertura vacinal da HPV de meninas segundo idade (09 aos 13 anos) e dose (1ª/D1 e 2ª/D2). Bahia, 2018-2020.	90
Gráfico 42	Número e percentual dos cinco principais tipos de cânceres segundo a localização primária do tumor. Bahia, 2017-2020*.	97
Gráfico 43	Percentual de casos segundo a localização primária do tumor na faixa etária dos 30 aos 69 anos (prematura). Bahia, 2017-2020*.	97
Gráfico 44	Número de casos de neoplasias segundo o primeiro tratamento recebido. Bahia, 2017-2020*.	99
Gráfico 45	Número de casos de neoplasias, segundo razão de não tratar. Bahia, 2017 a 2020.	100
Gráfico 46	Número de caso de câncer, segundo ano de registro. Salvador, Bahia - 2007 a 2017.	101
Gráfico 47	Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que consomem regularmente frutas e hortaliças segundo o sexo para Salvador e Bahia* respectivamente.2010-2021.	108
Gráfico 48	Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) fumantes, segundo o sexo para Salvador e Bahia* respectivamente.2010-2021.	110
Gráfico 49	Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) fumantes passivos no local de trabalho, segundo o sexo para Salvador e Bahia* respectivamente.2010-2021	111
Gráfico 50	Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre segundo o sexo para Salvador e Bahia* respectivamente.2010-2021.	114
Gráfico 51	Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva segundo o sexo para Salvador e Bahia* respectivamente.2010-2021.	116
Gráfico 52	Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que referiram conduzir veículos motorizados após o consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica segundo o sexo para Salvador e Bahia* respectivamente.2010-2021.	117

LISTA DE MAPAS

Mapa 1	Distribuição espacial dos municípios de acordo com o índice de desenvolvimento humano (IDH). Bahia, 2010.	26
Mapa 2	Número de municípios com registro de oferta de Pícs por macrorregião de saúde. Bahia, 2022.	121
Mapa 3	Distribuição Espacial dos polos do programa academia da saúde segundo município. Bahia, 2022*.	123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	População economicamente ativa segundo faixa etária (15 anos e +). Bahia, 2000, 2010 e 2021.	24
Quadro 2	Número de óbitos segundo causas Capítulo da CID-10 de residentes na Bahia, 2010-2021.	31
Quadro 3	Número de óbitos segundo causas externas desagregadas de residentes na Bahia, 2010-2020*.	32
Quadro 4	Ranking dos cinco principais grupos de causas de óbito dentre as causas externas, segundo faixa etária. Bahia, 2010-2020.	32
Quadro 5	Razão da taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo sexo. Bahia, 2010 -2020.	35
Quadro 6	Número de homicídios de acordo com a faixa etária. Bahia, 2010-2020.	36
Quadro 7	Número de suicídios de acordo com a faixa etária. Bahia, 2010-2020.	39
Quadro 8	Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovoçada de acordo com a macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2009-2022*.	46
Quadro 9	Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovoçada de acordo com a orientação sexual e a identidade de gênero. Bahia, 2014-2022*.	52
Quadro 10	Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovoçada de acordo com o tipo. Bahia, 2010-2022*.	53
Quadro 11	Distribuição dos serviços com profilaxia pré e pós-exposição segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2023.	54
Quadro 12	Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovoçada de acordo com o provável agressor. Bahia, 2010-2022*.	55
Quadro 13	Taxa de mortalidade prematura padronizada pelos quatro principais grupos de DCNT* na população de 30 a 69 anos por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2021**.	74
Quadro 14	Ranking dos óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelas causas 3 dígitos das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo o sexo. Bahia, 2010-2020.	76
Quadro 15	Taxa de mortalidade padronizada por diabetes mellitus segundo sexo e macrorregião de residência. Bahia, 2015-2022.	78

Quadro 16	Municípios que aderiam a ação sala de pé diabético/distribuição do kit para prevenção e cuidados segundo a macrorregião. Bahia, 2022.	80
Quadro 17	Número de óbitos por hipertensão arterial essencial, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2021.	81
Quadro 18	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 segundo macrorregião de residência. Bahia, 2019-2021*	84
Quadro 19	Razão de exames citopatológicos do colo do útero de mulheres de 25 a 64 anos segundo macrorregião de residência. Bahia, 2019-2021*	91
Quadro 20	Razão de exames citopatológicos em mulheres indígenas de 25 a 64 anos. Bahia, 2017-2022*	91
Quadro 21	Percentual de Cobertura da Atenção Primária, relacionado Consumo Alimentar e Estado Nutricional da Bahia, 2022*.	109
Quadro 22	Número de usuários dos povos indígenas com consumo nocivo de bebida alcoólica segundo o polo base. Bahia, 2022*	118
Quadro 23	Distribuição dos dispositivos da Raps, habilitados pelo Ministério da Saúde, por macrorregiões de saúde. Bahia, 2023.	129
Quadro 24	Linhas de cuidado prioritárias. Bahia, 2023.	132
Quadro 25	Média e alta complexidade em políticas públicas específicas. Bahia, 2023	133
Quadro 26	Relação da UPAS em funcionamento de acordo com a macrorregião, município, porte e gestão da unidade. Bahia, 2022.	137
Quadro 27	Ações estratégicas para o enfrentamento das DANT na ocorrência de desastres naturais.	144

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Proporção de casos de Acidente de Trabalho notificados no Sinan, segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404).	64
Tabela 2	Número e proporção de casos de acidente de trabalho notificados no Sinan, segundo ano de notificação e variáveis circunstância do acidente, tipo de acidente e evolução do caso. Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404).	66
Tabela 3	Proporção de casos e óbitos de acidente de trabalho notificados no Sinan, segundo principais circunstâncias do acidente (CID). Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404; n=1.080).	67
Tabela 4	Número e proporção de casos e óbitos por acidente de trabalho, segundo ocupação nível 1 e principais ocupações nível 6. Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404/1.080).	68
Tabela 5	Proporção de amputação do pé/tarso e membros inferiores, decorrente de complicações de diabetes mellitus, por macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015- 2022*.	79

Tabela 6	Número de casos de câncer relacionado ao trabalho segundo a atividade econômica.Bahia, 2007-2021	94
Tabela 7	Número de casos de câncer relacionado ao trabalho segundo a ocupação.Bahia, 2007-2021.	95
Tabela 8	Percentual do intervalo de tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento das neoplasias. Bahia, 2017-2020*.	98
Tabela 9	Cobertura estimada de Estratégia Saúde da Família, por macrorregião de saúde. Bahia. 2012-2022.	127
Tabela 10	Cobertura estimada das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família por macrorregião de saúde. Bahia. 2012-2022.	128

ABREVIATURAS

AP – Acolhimento Pedagógico

APS – Atenção Primária à Saúde

ASIS – Análise da Situação de Saúde

ATSSP – Area Técnica da Saúde no Sistema Prisional

CID-10 – 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

CIVEDI - Coordenação de Imunizações e Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis

COASS – Coordenação de Análise da Situação de Saúde

CODANT- Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis

CRU – Central de Regulação de Urgência

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DAB- Diretoria da Atenção Básica

DASF – Diretoria da Assistência Farmacêutica

DCNT- Doenças Crônicas não Transmissíveis

DISEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DIVEP – Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DGC – Diretoria da Gestão do Cuidado

DNC – Doenças de Notificação Compulsória

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INCA – Instituto Nacional do Câncer
MS – Ministério da Saúde
NRS – Núcleos Regionais de Saúde
ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana da Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização- P
PEA – População Economicamente Ativa
PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PES- Plano Estadual de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PPL – Pessoas Privadas de Liberdade
PQA-VS – Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde
RHC – Registro Hospitalar de Câncer
SAIS – Superintendência de Atenção Integral à Saúde
SARS – Síndrome Respiratória Aguda
SEI - Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais
SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIASI – Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena
SIH – Sistema de Internação Hospitalar
SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS – Sistemas de Informação em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SUvisa – Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado
UP – Unidades Prisionais
VIVA – Vigilância das Violências e Acidentes

Apresentação

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) respondem por elevadas taxas de morbimortalidade na população em geral. Destaque-se os óbitos prematuros (30 a 69 anos) causados pelo conjunto de quatro doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes mellitus) e as mortes por causas externas, principalmente as lesões de trânsito, homicídios e suicídios nas faixas etárias de adolescentes (10 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 40 anos).

Consoante às políticas, recomendações internacionais e nacionais e objetivando fortalecer as ações de enfrentamento das DANT nas esferas estadual, regionais e municipais, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), apresenta o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis, 2022-2030, o qual foi construído de maneira coletiva por representantes das diretorias que compõem as Superintendências de Vigilância e Proteção à Saúde (Suvisa) e de Assistência à Saúde (SAIS), os Núcleos e Bases Regionais de Saúde (NRS/BRS), pesquisadores e controle social através da consulta pública.

O Plano inclui a análise da situação de saúde das doenças crônicas e agravos não transmissíveis (DANT), os indicadores e metas divididos em três grupos: **doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)**, **seus quatro principais fatores comportamentais de risco** (alimentação não saudável, tabagismo, sedentarismo e consumo abusivo de álcool) e **as causas externas** (violência interpessoal/autoprovoada, homicídios, suicídios, quedas, lesões de trânsito e acidentes de trabalho), também as ações estratégicas divididas em quatro eixos: **promoção da saúde, atenção integral à saúde, vigilância em saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde**. Contempla a assistência farmacêutica e orientações específicas para o enfrentamento das DANT no contexto dos desastres naturais.

Ressalte-se a importância em fortalecer a articulação e a integração das diversas áreas técnicas para a implementação das ações propostas no Plano e o seu monitoramento quanto aos resultados. Por fim, que este documento contribua para a vigilância e assistência à saúde dos diversos territórios.

Márcia São Pedro Leal Souza
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

Apresentação	13
1 Introdução	15
2 Análise da Situação de Saúde	17
2.1 Perfil sociodemográfico	17
2.2 Causas Externas	30
2.2.1 Homicídios	33
2.2.2 Suicídios	37
2.2.3 Quedas acidentais	42
2.2.4 Violência interpessoal e autoprovocada	45
2.2.5 Lesões de trânsito	57
2.2.6 Acidentes de trabalho	61
2.3 Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)	71
2.3.1 Conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis	71
2.3.2 Diabetes <i>mellitus</i>	78
2.3.3 Hipertensão arterial	80
2.3.4 Neoplasias	82
2.3.4.1 Neoplasias relacionadas ao trabalho	92
2.3.4.2 Registros de cânceres	96
2.3.5 Doenças crônicas não transmissíveis e saúde bucal	102
2.3.6 Doenças crônicas não transmissíveis e pessoas privadas de liberdade (PPL)	103
2.4 Fatores de Risco para as Doenças Crônicas não Transmissíveis	106
2.4.1 Alimentação não saudável	107
2.4.2 Tabagismo	109
2.4.3 Inatividade física (Sedentarismo)	114
2.4.4 Consumo abusivo de bebidas alcoólicas	115
2.5 Promoção da Saúde	120
2.5.1 Práticas integrativas e complementares (PICS)	120
2.5.2 Programa Academia da Saúde	122
2.6 Redes de Atenção à Saúde	126
2.6.1 Atenção Primária	126
2.6.2 Atenção Especializada	128
2.6.2.1 Rede de Atenção Psicossocial	129

2.6.2.2 Linhas de Cuidado Prioritárias e Políticas da Média e Alta Complexidade	130
2.6.2.3 Rede de Urgência e Emergência	134
2.6.2.3.1 Serviço Móvel de Urgência (SAMU)	135
2.6.2.3.2 Unidades de Pronto Atendimento 24 Horas (UPA)	136
2.6.2.4 Policlínicas	137
3 Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DANT na Ocorrência de Desastres Naturais	140
4 Assistência Farmacêutica	146
5 Indicadores, Metas e Ações Estratégicas	151
6 Monitoramento e Avaliação do Plano Estadual das DANT	163
Referências	170
Anexos	175

Introdução

O Ministério da Saúde lançou em setembro de 2022 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DANT) o qual apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco para as DANT e promoção da saúde da população com vistas a dirimir as desigualdades em saúde. O Plano aborda os quatro principais grupos das doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus), seus quatro principais fatores comportamentais de risco (tabagismo, sedentarismo, alimentação não saudável e consumo abusivo de álcool) e os agravos não transmissíveis (violência interpessoal e autoprovocada, lesões de trânsito, quedas, homicídios e suicídios).

As mudanças geradas pelas transições epidemiológica, demográfica e nutricional vem alterando, de modo diverso, o perfil de adoecimento e morte da população brasileira, em função das diferenças socioeconômicas, culturais, raciais, processos de interiorização da violência, acesso a bens e serviços, impossibilidade de fazer escolhas favoráveis à saúde, entre outras. Na Bahia o cenário não difere do da maioria dos estados.

A análise da situação de saúde deixa claro que no estado é elevada a morbimortalidade pelas DANT, representada pelas taxas de internações e mortes, assim como, a prevalência dos seus principais fatores de risco, configurando-se como grave problema de saúde pública. O processo de saúde-doença tem de ser visto de forma mais ampla considerando os seus determinantes e condicionantes, exigindo da gestão a formulação de políticas públicas voltadas à melhoria da qualidade de vida individual e coletiva, o que inclui assegurar os princípios do SUS.

O Plano constitui-se em instrumento importante para subsidiar a gestão e os profissionais dos diversos pontos de atenção à saúde, na definição de ações estratégicas

2. Análise da situação de saúde

Nas últimas décadas, o cenário epidemiológico brasileiro vem se tornando complexo em decorrência da transição demográfica, da forma polarizada da transição epidemiológica e da transição nutricional, na Bahia não é diferente. Diante desse contexto, as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) tornam-se um desafio para a agenda não só dos gestores da saúde, como também de outros setores governamentais, cujas ações repercutem na ocorrência desses eventos¹.

Para a elaboração da análise da situação de saúde (Asis) primeiro elemento no processo de construção do Plano, foi constituída uma comissão intersetorial composta por técnicos representantes das superintendências da Sesab, definida a utilização do modelo lógico (**Anexo 1**) como instrumento norteador das suas etapas, também, o uso da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Em reuniões e oficinas com gestores e comissão intersetorial (Sesab) foram definidos os elementos da Asis, elaborado cronograma das atividades e pactuados prazos das entregas. As informações recebidas das áreas técnicas foram consolidadas e sistematizadas, pela apoiadora Divep/OPAS/OMS compondo um documento com 138 páginas o qual constituiu a base para construção do Plano.

2.1 Perfil sociodemográfico

A Bahia está localizada na região Nordeste do Brasil, sendo o quinto estado em extensão territorial, com 564.722,61 quilômetros quadrados, e ocupando 6,6% da área geográfica do país e 36,3% da região. Com essa extensão territorial, possui uma densidade demográfica de 26,54 habitantes por quilômetro quadrado. Seu contingente populacional é o quarto maior do país, com 14.136.417 habitantes². Registre-se que 480 mil km² do território são de abrangência do Semiárido Brasileiro, correspondendo a 85,2% da sua área e 279 (67,0%) municípios.

Consoante ao Plano Diretor de Regionalização (PDR), o estado, é constituído por 417 municípios, divididos administrativamente em 28 regiões e 09 macrorregiões de saúde, nessas estão implantados os Núcleos Regionais de Saúde (NRS), sendo a proposta da Divep/Suvisa/Sesab trabalhar o monitoramento das ações por macrorregião. Vale ressaltar que houve aumento de 0,85 na taxa de crescimento populacional do estado, quando comparados os dados dos censos 2010 e 2022, registre-se também a

redução da população nas macrorregiões Leste (-3,71), Nordeste (1,93) e Sul (4,45)

(Figura 1).



Macrorregião de saúde	2010	2022	Variação 2010/2022	Proporção por macrorregião 2022
Centro-Leste	2098402	2182544	4,01	15,44
Centro-Norte	771253	779695	1,09	5,52
Extremo Sul	760206	824540	8,46	5,83
Leste	4353829	4192420	-3,71	29,66
Nordeste	813271	797564	-1,93	5,64
Norte	1016807	1087053	6,91	7,69
Oeste	876843	962199	9,73	6,81
Sudoeste	1704534	1760805	3,30	12,46
Sul	1621761	1549597	-4,45	10,96
Total	14016906	14136417	0,85	100,00

Figura 1. Variação populacional por macrorregião de saúde. Bahia, 2010 e 2022.

Fonte: Sesab/Observatório Baiano de Regionalização; IBGE 2010 e 2022.

A distribuição da população no estado é bastante heterogênea, com áreas densamente povoadas contrastando com áreas de menor densidade populacional. Os principais centros urbanos com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)² são: a capital Salvador (2.417.678 hab.), Feira de Santana (616.272 hab.), Ilhéus (178.649 hab.), Vitória da Conquista (370.879 hab.), Itabuna (186.708 hab.), Juazeiro (237.821 hab.) e Jequié (158.813 hab.). A população total do sexo feminino (7.280.254) e masculino (6.856.163), correspondem a percentuais de 51,5% e 48,5%, respectivamente. Assim, no estado, a razão de sexo é de 94,2 homens para cada grupo de cem mulheres; este indicador pode ser influenciado por movimentos migratórios e características socioeconômicas dos territórios, a exemplo de regiões com atividade econômica de mão de obra predominantemente masculina. É importante conhecer e considerar a diversidade populacional, geográfica e cultural dos territórios e a distribuição da rede de atenção à saúde. A análise da situação de contemplou questões do estado de saúde da população e dos equipamentos disponíveis para as ações voltadas à promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e agravos, segundo a macrorregião de saúde (Figura 2).



Figura 2. Macrorregiões de saúde. Bahia 2023.

Fonte: Sesab/Observatório Baiano de Regionalização.

Ao comparar-se a estrutura populacional do estado nos anos de 2010 e 2022, verificam-se mudanças na pirâmide etária. Em 2010, a pirâmide possuía base mais alargada (predomínio de crianças e adolescentes) e ápice mais estreito (baixa proporção de idosos). Em 2022, a pirâmide encontra-se com a base menos alargada, o que está relacionada à redução na taxa de natalidade, e o ápice um pouco mais largo, demonstrando envelhecimento da população (**Figura 3**). Importante ressaltar que na faixa etária dos 15 aos 19 anos houve uma redução de 12% para ambos os sexos o que pode estar relacionado às mortes por causas externas de adolescentes.

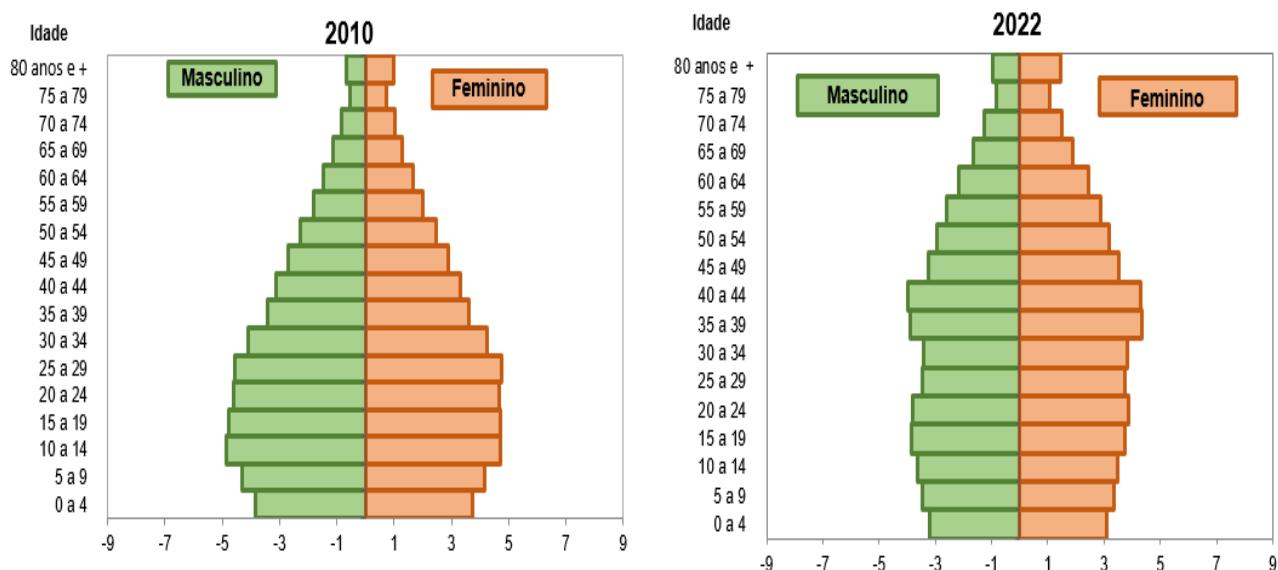


Figura 3. Pirâmides etárias. Bahia, 2010 e 2022.
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass; IBGE 2010 e 2022.

Referente ao aumento no percentual de idosos é importante considerar as questões relacionadas às limitações e deficiências decorrentes das DANT e do próprio processo de envelhecimento, os quais requerem a estruturação dos serviços de saúde para o acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis e atenção às vítimas de causas externas (principalmente quedas e acidentes de trânsito), nesse recorte populacional, o que contempla desde a promoção da saúde até a reabilitação.

Quanto as especificidades de grupos populacionais no estado, é importante destacar que a população indígena aldeada é de 35.155 habitantes (Siasi/fevereiro/2022) distribuídos em 143 aldeias, localizadas em 30 municípios, situados nas macrorregiões de saúde do Sul, Extremo Sul, Norte, Nordeste, Oeste e Centro Leste, essa recebe a assistência à saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI-BA) através das 34 equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI). A dinâmica populacional dos povos indígenas demonstra uma pirâmide de base larga, retratando uma maior proporção de adolescentes e adultos jovens (**Gráfico 1**).

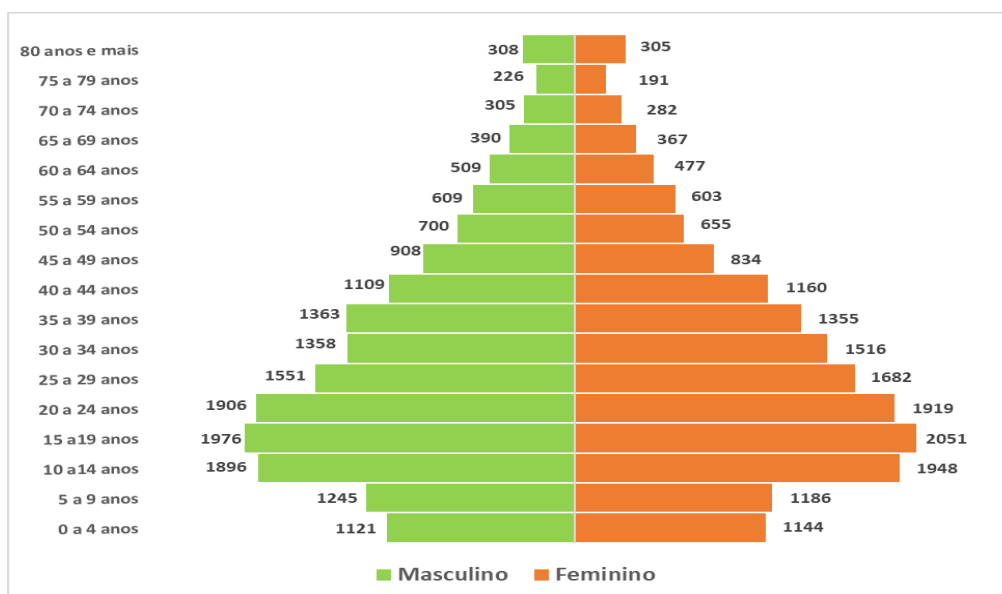


Gráfico 1. Pirâmide etária dos povos indígenas. Bahia, 2022.

Fonte: DSEI-Bahia, 2022. 1

A desagregação dos povos indígenas por ciclo de vida demonstra que os extremos desse apresentam os menores percentuais, para crianças 13,4% (4.696) e para os idosos 9,6% (3.360) (**Gráfico 2**).

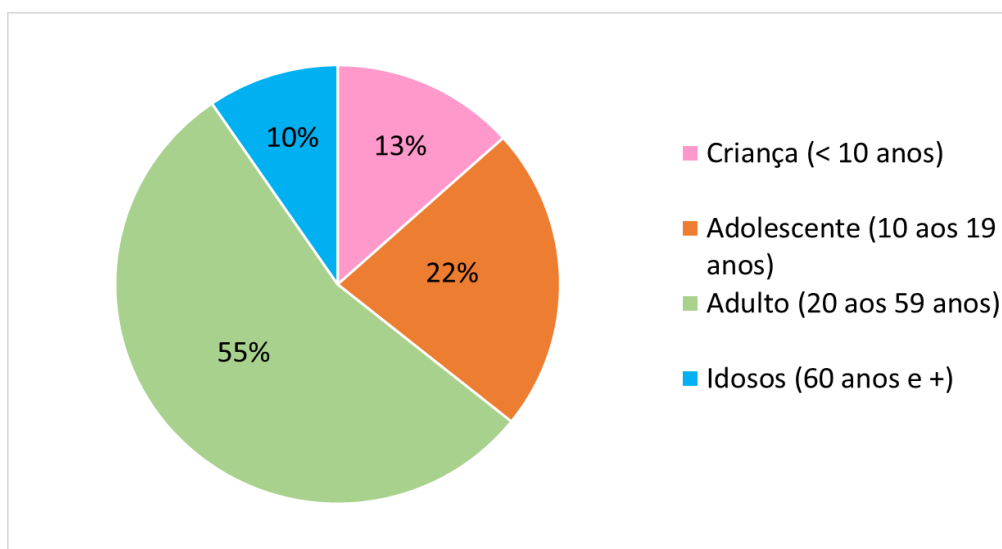


Gráfico 2. Percentual dos povos indígenas segundo o ciclo de vida. Bahia, 2022.

Fonte: DSEI-Bahia, 2022.

No estado cerca de 80% da população geral é composta por pretos (as) e pardos (as) que em sua é maioria usuária exclusiva do SUS. Destaca-se que entre as quatro doenças mais prevalentes nessa população, duas (hipertensão arterial e diabetes mellitus) estão no contexto do Plano DANT. Historicamente devido ao racismo estrutural

a população negra enfrenta dificuldades no acesso, acolhimento e atendimento em saúde³.

A subnotificação do quesito raça/cor na maioria dos formulários que alimentam os sistemas de informação da saúde, invisibiliza conhecer o real cenário da morbimortalidade de populações específicas.

A evolução da esperança de vida ao nascer na Bahia apresenta tendência de crescimento na população geral e em ambos os sexos, em 2021 alcançou 79,32 e 70,05 anos, para o feminino e masculino, respectivamente (**Gráfico 3**). Melhorias nas condições de saneamento básico, acesso a serviços de saúde, implementação de meios diagnósticos/tratamentos e imunização são alguns dos fatores que contribuem positivamente para aumento da expectativa de vida.

Ressalte-se ainda, que os homens procuram menos os serviços de saúde, principalmente para prevenção e controle das doenças/agravos e apresentam maior risco de óbitos por causas externas, infere-se que estas questões contribuem para que o sexo masculino apresente uma menor expectativa de vida.

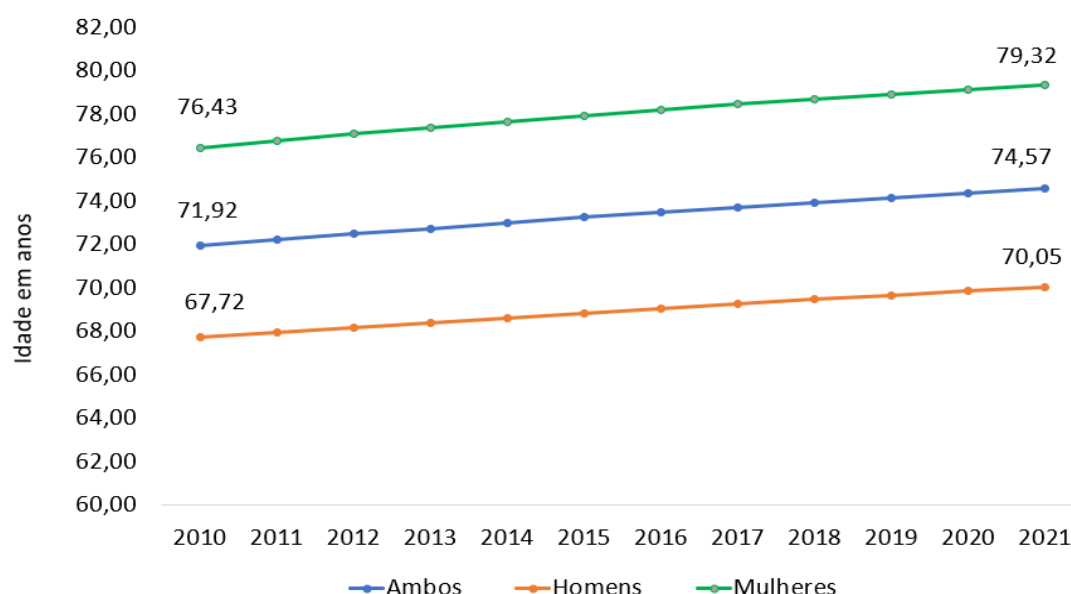


Gráfico 3. Evolução da esperança de vida ao nascer (em anos) segundo sexo. Bahia, 2010 – 2021.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass.

IBGE - IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais.
Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

O envelhecimento populacional é um fenômeno que tem ocorrido em escala global. Ao contrário do que muitos pensam, ele é resultado do aumento da expectativa

de vida ao nascer, declínio da taxa de fecundidade e não especificamente por redução da taxa de mortalidade⁴.

O envelhecimento da população pode levar a possibilidade de faltar jovens no mercado de trabalho, aumentando o custo da mão de obra e gerando problemas econômicos, além da elevação nos custos da previdência social e gastos com saúde⁴. Na Bahia, o índice de envelhecimento apresenta tendência crescente e entre 2010 e 2021 o incremento foi de 64,73% passando de 27,59 para 45,45% (**Gráfico 4**).

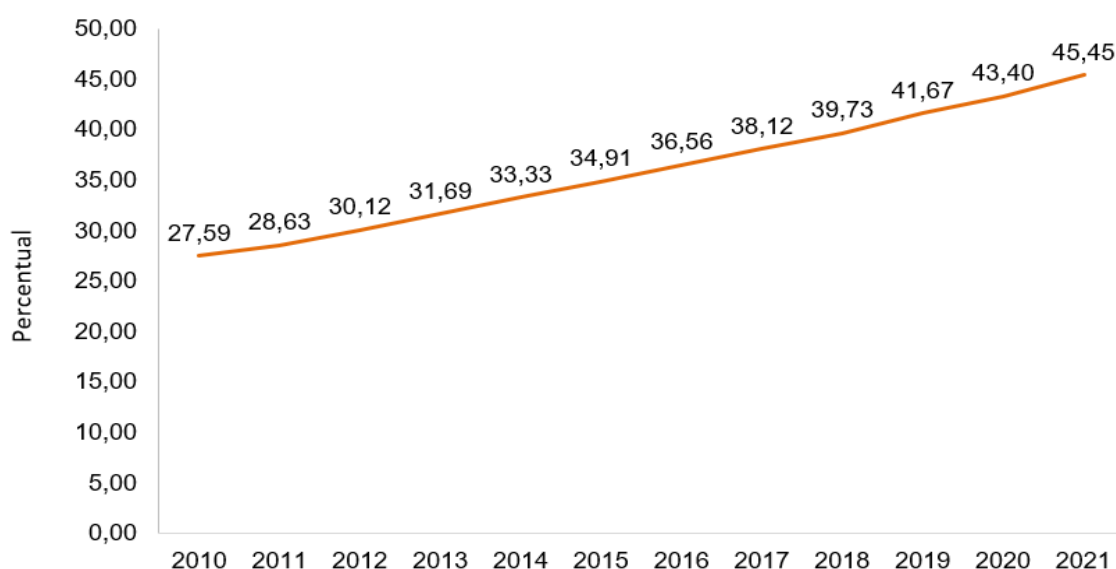


Gráfico 4. Índice de envelhecimento. Bahia, 2010 - 2021

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass.

IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

A razão de dependência expressa a quantidade de crianças/adolescentes (menores de 14 anos) e idosos (população acima de 65 anos) que existe em determinado espaço geográfico para cada pessoa em idade ativa (entre 15 e 64 anos). Ainda que o envelhecimento populacional represente, de certo modo, uma história de sucesso para a humanidade, ele também traz inúmeros desafios às instituições públicas e aos sistemas de saúde e assistência social, que devem se adaptar a uma estrutura etária em constante mudança. Entre estes, destaca-se o constante aumento da população idosa aposentada em relação a redução da população em idade economicamente ativa.

No estado a razão de dependência por grupo etário no período de 2010 a 2021 vem apresentando declínio na população de jovens e na população geral e, elevação na população de idosos (**Gráfico 5**).

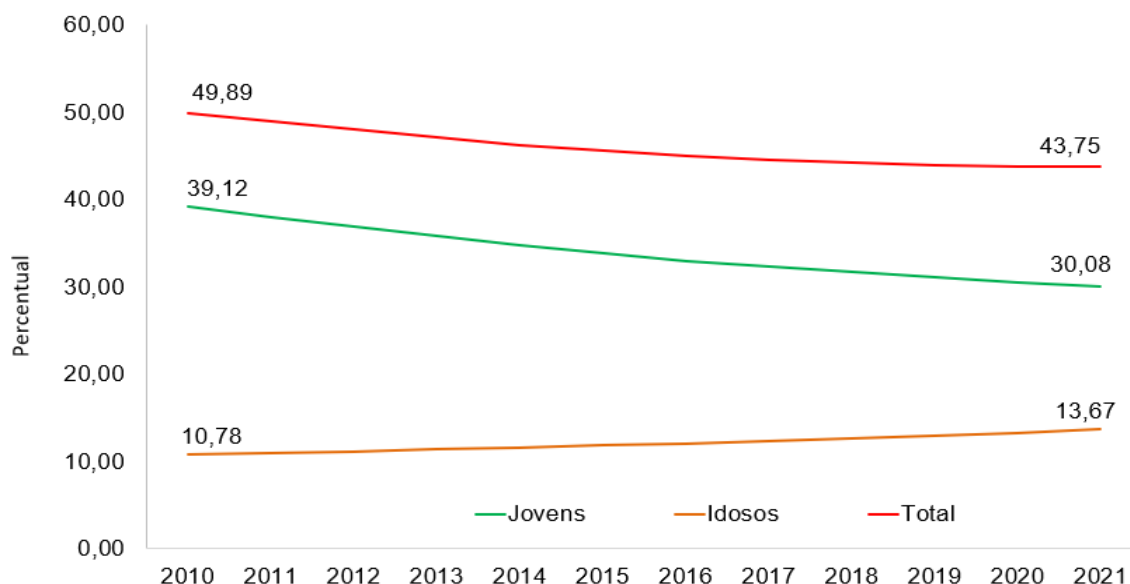


Gráfico 5. Razão de dependência, por grupo etário. Bahia, 2010 – 2021.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass.

IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores sociais.

Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

Demográfica e economicamente falando, existe uma série de termos utilizados para mensurar e estabelecer estatísticas sobre as características socioeconômicas e espaciais de um território. Um dos mais importantes é o conceito de População Economicamente Ativa (PEA). O IBGE define a PEA⁵ como a mão de obra com a qual o setor produtivo pode contar, ou seja, é o número de habitantes em idade e condições físicas para exercer algum ofício no mercado de trabalho.

Nessa conceituação, a PEA envolve aquilo que o IBGE classifica como população ocupada e população desocupada. Na Bahia considerando os anos de 2000, 2010 e 2021 registrou-se variação positiva da população economicamente ativa nas faixas etárias de 15 a 64 anos e de 65 anos e + (**Quadro 1**).

Quadro 1. População economicamente ativa segundo faixa etária (15 anos e +). Bahia, 2000, 2010 e 2021.

Faixa Etária	2000 ²		2010 ¹		2021 ²		Variação % 2000/2021
	nº	%	nº	%	nº	%	
15 a 64	8.141.411	62,3	9.412.334	67,1	10.421.863	69,5	11,7
65 e +	749.867	5,7	1.014.478	7,2	1.382.235	9,2	60,8
Total	13.070.250	100,0	14.016.906	100,0	14.985.284	100,0	-

Fonte: IBGE. Censo Demográfico¹ e estimativas populacionais².

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua⁶, realizada pelo IBGE, revela que no primeiro trimestre de 2021, o índice desemprego foi de 14,4% no Brasil e que, apesar de haver uma estabilidade na taxa de ocupação, no referido trimestre não houve uma geração significativa de postos de trabalho. Na Bahia, em mesmo período, a taxa de desocupação foi de 21,3%, quebrando o recorde de 2020 e ficando no maior patamar para o estado em nove anos. O contingente de desempregados chegou a 1,386 milhão de pessoas no primeiro trimestre de 2022, o maior desde o início da série da PNAD contínua trimestral. O aumento foi de 6,9% em relação ao último trimestre de 2021 (+90 mil desocupados) e 5,7% em relação ao primeiro trimestre de 2020 (+75 mil desocupados). Além disso, é importante destacar que na outra ponta, o mercado volta a repetir a preponderância do trabalho informal.

Segundo o censo demográfico de 2010⁷, a análise da distribuição percentual da PEA por sexo e raça/cor demonstra que há uma predominância de negros em ambos os sexos com percentuais 43,7% para o masculino e de 33% para o feminino, estes percentuais foram superiores quando comparados com os dados do Brasil (**Gráfico 6**).

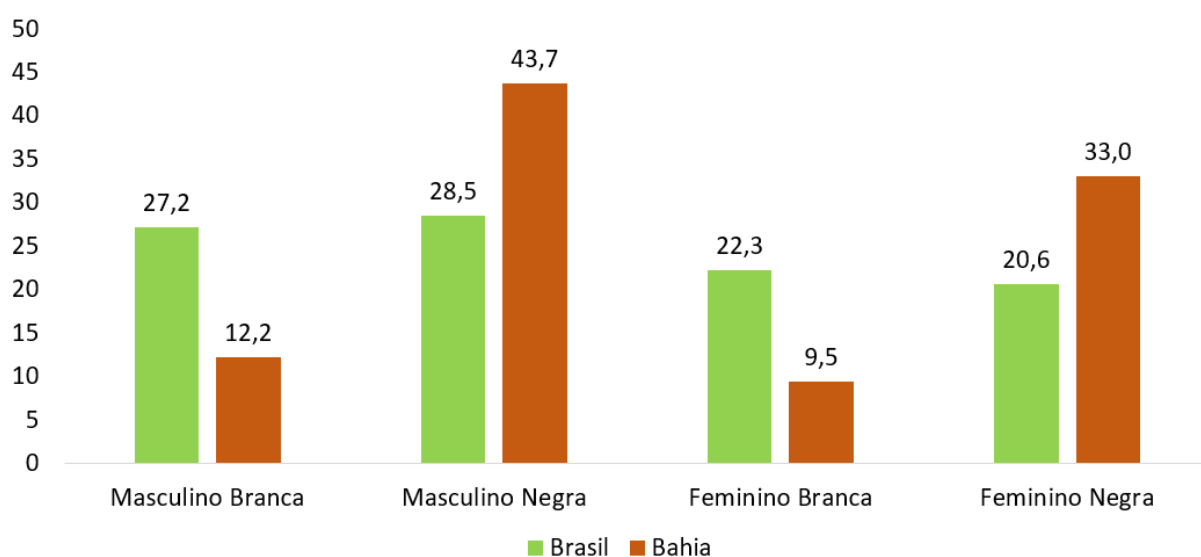
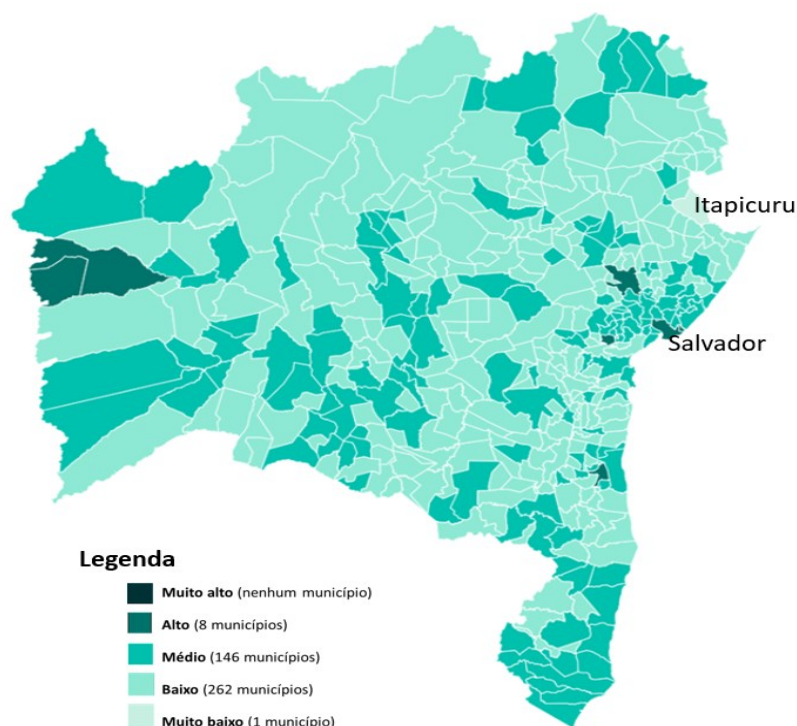


Gráfico 6. Distribuição percentual da população economicamente ativa por sexo e raça/cor. Bahia, 2010.
Fonte: IBGE, 2010.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. O objetivo da criação do IDH foi o de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2010, a Bahia ocupou a 22ª posição no ranking Nacional do Índice de Desenvolvimento Humano, com o valor de 0,660. Considera-se IDH baixo até 0,500; médio de 0,500 a 0,699; elevado de 0,700 a 0,799; muito elevado a partir de 0,800. A educação foi o componente que mais contribuiu para o aumento do IDH estadual, o qual passou de 0,182 em 1991 para 0,555 em 2010, registrando aumento de 204,9% no período⁸.

De acordo com os dados de 2010⁷, o município com o maior índice de desenvolvimento humano no estado foi Salvador, com 0,759 (considerado alto), e o município com o menor índice foi Itapicuru, com 0,486 (considerado muito baixo). De todos os municípios do estado, nenhum município registrou um IDH muito alto, enquanto oito apresentaram um IDH alto, 146 IDH médio, 262 municípios IDH baixo, e um município IDH muito baixo (**Mapa 1**).



Mapa 1. Distribuição espacial dos municípios de acordo com o índice de desenvolvimento humano (IDH). Bahia, 2010.
Fonte: www.undp.org. Dados acessados em 14/06/2022.

O produto interno bruto (PIB) é um importante indicador econômico, traduz a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região em um determinado período. A renda dos indivíduos (per capita), impacta diretamente nos hábitos e estilo de vida e consequentemente no processo saúde doença e no perfil de morbimortalidade da população.

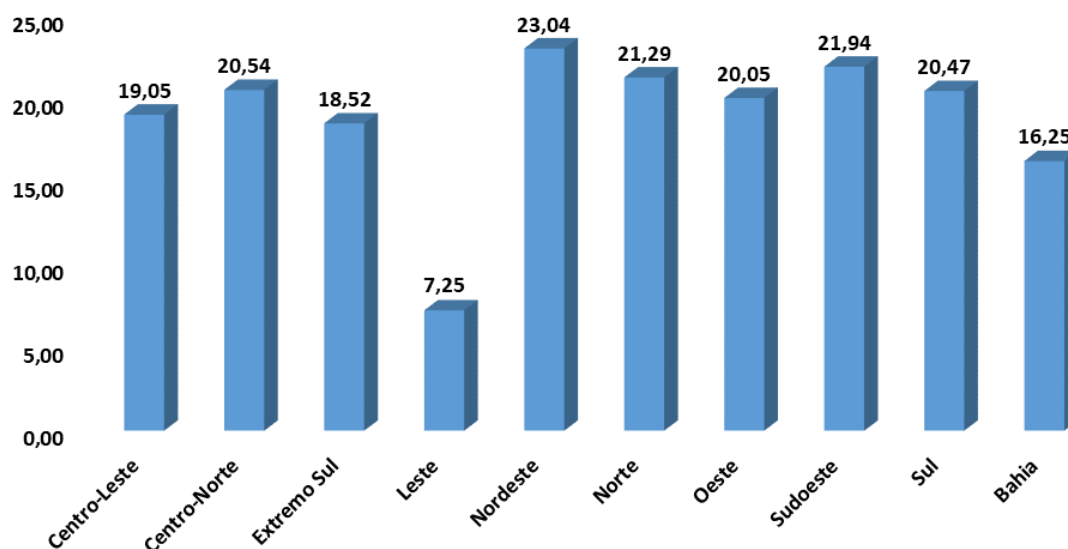
A Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI) divulgou em 2021 os resultados do PIB do estado, estes demonstraram que a atividade econômica registrou crescimento de 3,2% no quarto trimestre de 2021 na comparação com o mesmo período do ano anterior. No ano, a economia baiana apontou crescimento de 4,1%, recuperando as perdas de 2020 decorrentes dos efeitos negativos da pandemia. Já na comparação com o terceiro trimestre de 2021, quando são eliminadas as influências sazonais – ajuste sazonal – houve retração de 0,7%. No que diz respeito aos grandes setores, a agropecuária apresentou valor adicionado de R\$ 3,0 bilhões, a indústria R\$ 19,0 bilhões, e os serviços R\$ 50,2 bilhões. O acumulado do ano (2021) totalizou R\$ 347,9 bilhões.

Outro importante indicador socioeconômico é a taxa de alfabetização que expressa a situação educacional mínima de uma população. Esse indica o percentual de pessoas

com 15 anos ou mais de idade que sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecem, em relação à população total na mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico e ano considerado. O nível de alfabetização influencia diretamente no autocuidado; pessoas não alfabetizadas requerem formas especiais de abordagem nas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PnadC)⁹, demonstrou que o índice de analfabetismo no estado em 2019 correspondeu a 13%. O estudo revelou que o percentual de analfabetos é maior nos idosos (54,8%), população esta que apresenta elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e em geral fazem uso de polifármacos. A alfabetização constitui-se uma poderosa ferramenta para a manutenção, prevenção e recuperação da saúde; em idosos, esta importância aumenta em situações de indivíduos morando sozinhos, idosos cuidando de idosos, ou dos que passam a maior parte do dia longe de seus familiares.

Na Bahia, considerando os dados do censo de 2010⁷, a taxa de analfabetismo foi de 16,25, a macrorregião Leste registrou a menor taxa (7,25); e a Nordeste, a maior (23,04) (**Gráfico 7**).



2.2 CAUSAS EXTERNAS

As causas externas são constituídas pelos acidentes e violências, agravos esses previsíveis e preveníveis. Representam um problema de saúde pública na atualidade, com elevada morbimortalidade, atingindo faixas etárias jovens, gerando grandes gastos para o setor público e com reflexo em várias áreas. A política nacional para a redução desses agravos apresenta diretrizes intersetoriais. O enfrentamento do problema na saúde inclui a promoção da saúde e da cultura da paz, a prevenção da violência/acidentes e a assistência às vítimas; para tal é necessária organização das redes de atenção (contemplando os serviços de emergência fixos e móveis, os hospitais, centros especializados, atenção psicossocial, serviços de reabilitação) e de proteção às vítimas e seus familiares.

A violência é um fenômeno sócio-histórico que acompanha a espécie humana ao longo da sua existência. Contudo, pelo número de vítimas, principalmente a partir dos anos 90, por responder por elevadas taxas de morbimortalidade e pelos custos sociais, previdenciários, hospitalares e emocionais gerados, tornou-se um problema de saúde pública¹⁰.

Visando o enfrentamento deste grave problema o Ministério da Saúde lançou em 2001, a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência/Portaria MS / GM nº 737, de 16 de maio de 2001¹¹, como desdobramento desta foi proposta, em 2004, a criação de Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, pela Portaria MS/GM nº 936/2004, e, em 2006, foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356. O Viva é constituído por dois componentes: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência -VIVA Inquérito¹².

Como avanço significativo e para dar visibilidade à violência interpessoal e autoprovocada enquanto problema de saúde pública, em 2011, a Portaria MS/GM nº 104, tornou a notificação deste agravo compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados do Brasil. A Portaria MS/GM nº 1.271, de 2014, padronizou os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Também, tornou de notificação imediata (em até 24 horas) a lesão autoprovocada (tentativa de suicídio) e a violência sexual¹³.

Na Bahia as causas externas figuraram como a segunda causa de morte no período de 2010 a 2017, em 2018 e 2019 foram ultrapassadas pelas neoplasias ocupando o terceiro lugar no ranking de óbitos na população geral. Em 2020 e 2021 foram superadas também, pelas doenças infecciosas e parasitárias, que em função da pandemia da covid 19 apresentaram um incremento de 266,57 % passando de 3.976 em 2019 para 14.575 óbitos em 2020. Para 2021 os dados são preliminares (**Quadro 2**).

Quadro 2. Número de óbitos segundo causas capítulo da CID-10 de residentes na Bahia, 2010-2021.

Causas Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4175	3981	3745	3706	3979	14612	21084	55282
II. Neoplasias (tumores)	11263	11784	12642	13191	13508	13754	13872	90014
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transtornos imunitários	645	639	637	592	635	597	631	4376
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6628	6343	7147	6613	6604	7804	7740	48879
V. Transtornos mentais e comportamentais	1058	928	969	1008	1136	1402	1469	7970
VI. Doenças do sistema nervoso	1482	1551	1764	1876	2224	2245	2471	13613
VII. Doenças do olho e anexos	4	2	-	-	-	2	6	14
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	8	8	7	4	8	8	10	53
IX. Doenças do aparelho circulatório	21156	20592	22321	22490	23035	24278	24958	158830
X. Doenças do aparelho respiratório	7293	7114	6879	7639	8451	7023	7179	51578
XI. Doenças do aparelho digestivo	4231	4242	4439	4378	4467	4563	4829	31149
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	342	429	464	463	524	539	579	3340
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tecido conjuntivo	319	359	325	311	378	375	385	2452
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1831	1938	2080	2208	2504	2442	2541	15544
XV. Gravidez parto e puerpério	145	126	135	118	109	151	209	993
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	2046	2037	2057	1934	1819	1715	1731	13339
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	686	754	706	811	821	713	722	5213
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais	11269	11748	11385	9795	10349	11589	11214	77349
XIX. Lesões envenenamentos e algumas out consequências de causas externas	2	1	1	1	2	-	-	7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12813	13754	13936	13147	13005	13402	13642	93699
XXII. Códigos para propósitos especiais	1	1	-	2	9	66	142	221
Total	87397	88331	91639	90287	93567	107280	115414	673915

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

A desagregação das causas externas por grupo de causas demonstra que no estado, do total dos óbitos 143.377 registrados no período 2010-2020, a maior proporção foi de homicídios 46,40% (66.525), seguido dos acidentes de transportes terrestres 19,95% (28.607) e dos eventos de intenção indeterminada com 11,23% (16.104) (**Quadro 3**).

Quadro 3. Número de óbitos segundo causas externas desagregadas de residentes na Bahia, 2010-2020*.

Causas Externas	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Homicídio	5780	5503	5971	5576	5945	5816	6832	6887	6190	5721	6304	66525
Suicídio	439	437	484	496	452	506	543	605	570	698	740	5970
Acidentes de Transportes	2676	2756	3014	2854	2886	2412	2497	2401	2195	2503	2413	28607
Outros Acidentes	686	580	596	632	597	655	650	639	629	683	681	7028
Afogamento	576	473	456	521	532	536	484	470	440	437	505	5430
Queda	537	544	570	635	700	681	698	850	708	817	834	7574
Queimadura	102	99	113	97	85	76	88	65	63	45	50	883
Eventos cuja intenção é indeterminada	1290	1486	1767	1492	1676	1757	1468	1280	1576	1367	945	16104
Demais causas externas	173	170	333	317	253	374	494	739	772	722	909	5256
Total	12259	12048	13304	12620	13126	12813	13754	13936	13143	12993	13381	143377

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

O ranqueamento das cinco principais causas externas segundo faixa etária demonstra que de modo geral as maiores vítimas da violência são os adolescentes e adultos jovens. A maior proporção 41% (29.037) dos homicídios foi na faixa dos adultos jovens (20 a 29 anos) e os acidentes de transportes terrestres foram a segunda causa das mortes registradas nos indivíduos dos 10 aos 49 anos (21.639) no período de 2009 a 2021. Cabe destacar, as quedas enquanto principal causa externa de mortes em idosos, ressalte-se ainda que o envelhecimento da população e o consequente aumento da proporção de idosos eleva o risco de lesões graves e mortes por esta causa (**Quadro 4**).

Quadro 4. Ranking dos cinco principais grupos de causas de óbito dentre as causas externas, segundo faixa etária. Bahia, 2010-2020.

Posição	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos e +
1	Outros Acidentes (252)	Afogamento (357)	Acidentes de Transportes (318)	Homicídio (896)	Homicídio (13.236)	Homicídio (30.287)	Homicídio (16.101)	Homicídio (7.106)	Acidentes de Transportes (4.059)	Queda (5.886)
2	Eventos cuja intenção é indeterminada (114)	Acidentes de transportes (257)	Afogamento (281)	Acidentes de Transportes (518)	Acidentes de Transportes (2.204)	Acidentes de Transportes (7.371)	Acidentes de Transportes (6.911)	Acidentes de Transportes (5.493)	Homicídio (3.359)	Eventos cuja intenção é indeterminada (4.817)
3	Acidentes de Transportes (86)	Outros acidentes (225)	Outros Acidentes (149)	Afogamento (433)	Eventos cuja intenção é indeterminada (91.425)	Eventos cuja intenção é indeterminada (3.784)	Eventos cuja intenção é indeterminada (2.974)	Eventos cuja intenção é indeterminada (2.194)	Eventos cuja intenção é indeterminada (1.569)	Acidentes de Transportes (4.377)
4	Homicídio (57)	Eventos cuja intenção é indeterminada (135)	Eventos cuja intenção é indeterminada (120)	Eventos cuja intenção é indeterminada (225)	Demais causas externas (1.327)	Demais causas externas (2.669)	Suicídio (1.583)	Suicídio (1.334)	Suicídio (1.104)	Outros Acidentes (3.015)
5	Demais causas externas (27)	Homicídio (109)	Homicídio (106)	Outros Acidentes (169)	Afogamento (743)	Suicídio (1.386)	Outros Acidentes (1.069)	Outros Acidentes (961)	Queda (906)	Homicídio (2.318)

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

Com relação às pessoas privadas de liberdade (PPL), fazendo-se o recorte das causas externas, estima-se se que anualmente 25% destas pessoas são vítimas de violência, das quais, 5% sofrem algum tipo de violência sexual. No sistema prisional, a violência pode ser classificada como qualquer incidente provocado por conflitos no cárcere, em que um indivíduo é ameaçado, abusado e/ou agredido. Os principais tipos de violência sofrida por essa parcela da população são a violência física, psicológica, sexual e autoprovocada (suicídios, tentativas de suicídio e automutilação)¹⁴.

A declaração de óbito (DO) atual não contempla se a vítima é pessoa privada de liberdade, esta é um das questões que estão sendo revistas pelo MS, tanto para DO física quanto digital.

2.2.1 Homicídios

Os óbitos ocasionados por homicídios sobrecarregam os serviços de saúde, assistência social, sistema judiciário e outros aparelhos do estado. Geram impacto na duração e qualidade de vida das famílias; os traumas decorrentes do medo e insegurança, podem desencadear doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes e suas complicações), transtornos mentais, isolamento social além de problemas financeiros. O homicídio intencional é definido pela Classificação Internacional do Crime para fins estatísticos (ICCS) como a morte ilegal causada a uma pessoa, é considerado um dos crimes mais graves no sistema jurídico e consiste na ação de matar outra pessoa de forma **intencional** ou por **negligência**. No Brasil, em 2019, as agressões foram a principal causa de morte de jovens de 15 a 29 anos (n= 22.228; 50,6%).

Os dados disponíveis no sistema de informação de mortalidade (SIM) não possibilitam conhecer intencionalidade, assim, foram considerados como homicídios os óbitos cuja causa básica tenha sido classificada com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10¹⁵. Na Bahia no período analisado, foram registrados no SIM, 66.525 homicídios, o incremento no número de óbitos por esta causa foi de 9,06% passando de 5.780 em 2010 para 6.304 em 2020, para taxa de mortalidade o incremento foi de 2,4% passando de 41,24/100.000 hab. para 42,22/100.000 hab., em mesmo período (**Gráfico 8**).

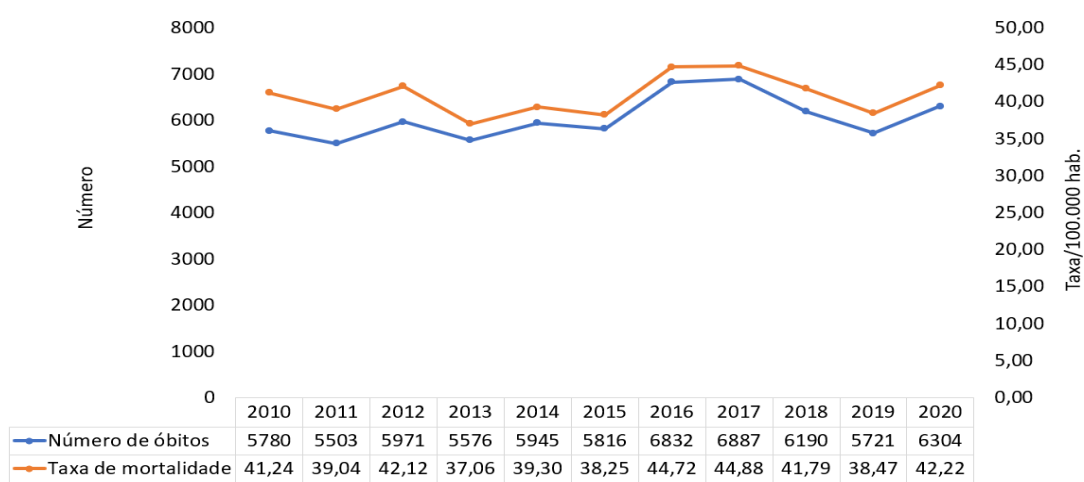


Gráfico 8. Número de óbitos e taxa padronizada por homicídios. Bahia, 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

As taxas padronizadas de mortalidade por homicídios segundo a macrorregião de saúde de residência, revelam que no período 2010-2020 a macrorregião Extremo Sul manteve os maiores índices, seguida das Leste e Sul. Destaque-se também, o aumento a partir de 2015 da referida taxa nas macrorregiões Oeste e Nordeste; as demais apresentaram pouca flutuação ao longo da série histórica (**Gráfico 9**).

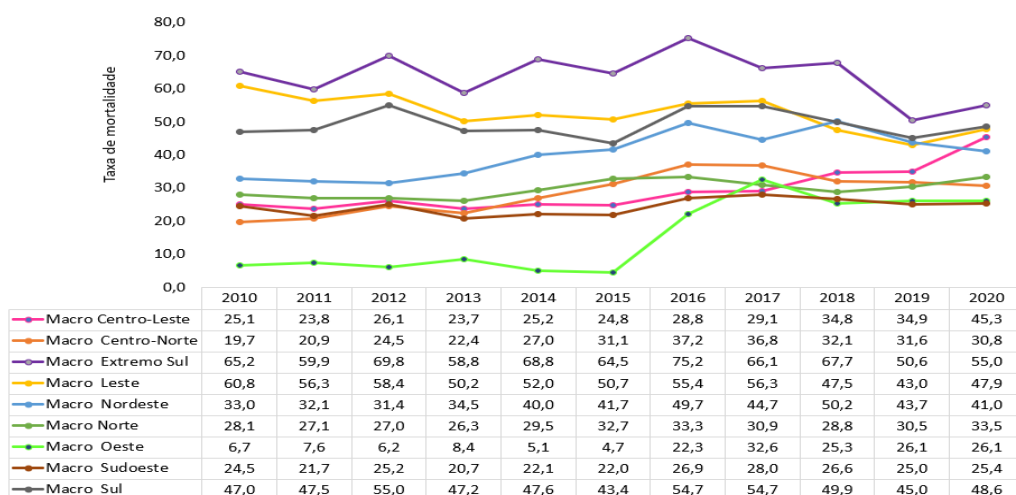


Gráfico 9. Taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

Os homicídios têm uma ligação direta com as questões relacionadas ao tráfico de drogas, a disputa por áreas dominadas por facções rivais e todo contexto que envolve a violência urbana; as mortes por esta causa, que há alguns anos eram mais frequentes nos grandes centros urbanos vem aumentando em municípios de pequeno porte

populacional, e mesmo as áreas rurais, vem sendo “ocupadas” por grupos que disputam o poder, é a interiorização das agressões.

Consoante ao **Gráfico 10**, observa-se que a taxa de mortalidade por homicídios foi maior em toda série histórica analisada (2010-2020) em indivíduos do sexo masculino.

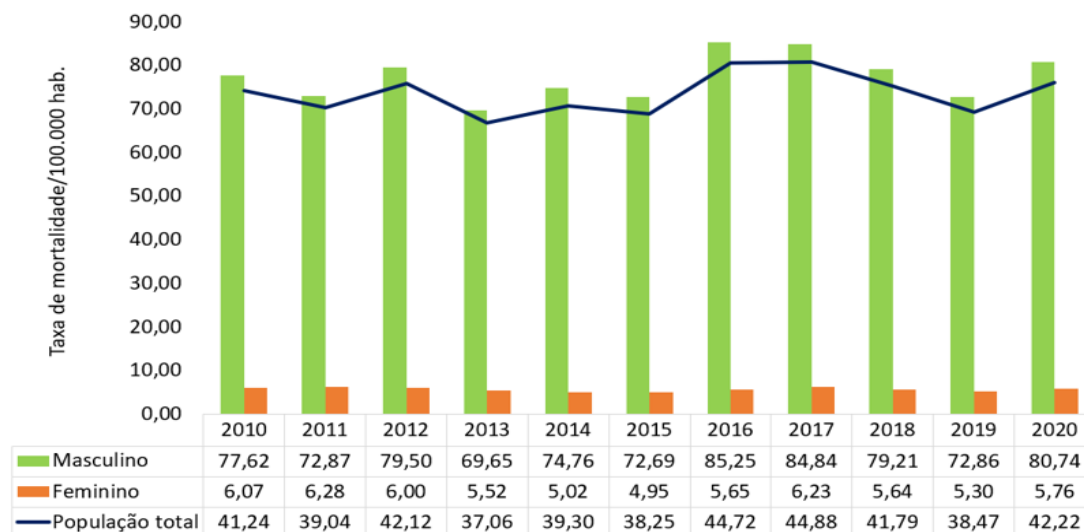


Gráfico 10. Taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo o sexo. Bahia, 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

O risco de morrer por esta causa foi maior na população masculina em toda série histórica variando de 11,60 (2011) a 15,08 (2016) e em 2020 manteve a tendência crescente desta razão (**Quadro 5**).

Quadro 5. Razão da taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo sexo. Bahia, 2010 -2020.

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razão da taxa de mortalidade:homicídio masculino/homicídio feminino	12,80	11,60	13,26	12,62	14,88	14,70	15,08	13,62	14,03	13,74	14,02

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

Outra característica importante a ser considerada quando analisada a questão das mortes por agressões é a raça/cor. Desagregando-se o número de homicídios segundo a raça cor da vítima, observa-se que 90,0% (59.683) foram de pessoas negras (pretas+pardas/IBGE); em geral residentes em áreas periféricas dos municípios e em situação de vulnerabilidade social (**Gráfico 11**).

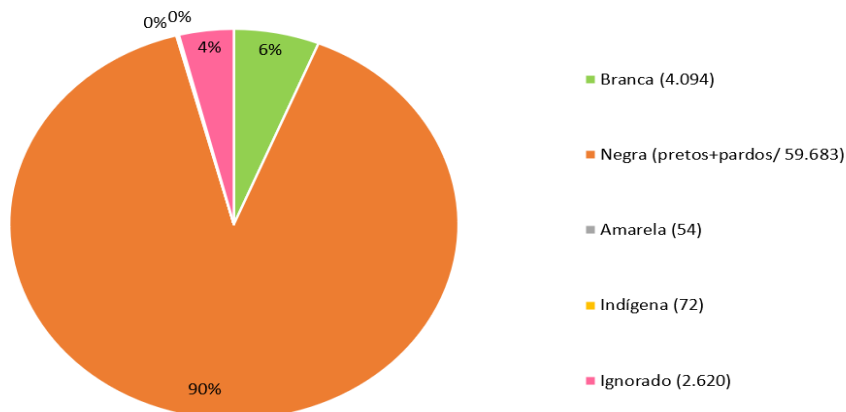


Gráfico 11. Percentual de homicídios de acordo com a raça/cor da vítima. Bahia, 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

Quanto a faixa etária, na Bahia os homicídios manteve-se como principal causa de morte na população entre 10 e 49 anos nos últimos dez anos. Na faixa dos 15 aos 39 anos foram registrados 53.055 (79,75%) homicídios entre 2010-2020, ou seja na população de adolescentes e adulto jovens em fase produtiva (**Quadro 6**).

Quadro 6. Número de homicídios de acordo com a faixa etária. Bahia, 2010-2020.

Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Menor 1 ano	8	7	5	6	7	2	5	3	5	3	4	55
1 a 4 anos	11	7	3	10	11	12	8	11	9	7	7	96
5 a 9 anos	11	13	11	6	9	12	7	6	4	10	10	99
10 a 14 anos	89	82	92	79	76	72	93	86	64	55	39	827
15 a 19 anos	1058	981	1152	1071	1105	1040	1282	1315	1098	921	992	12015
20 a 29 anos	2445	2195	2352	2146	2345	2335	2776	2705	2539	2315	2631	26784
30 a 39 anos	1142	1168	1235	1155	1322	1250	1429	1521	1353	1275	1406	14256
40 a 49 anos	468	491	554	550	500	541	633	641	589	592	625	6184
50 a 59 anos	223	204	259	252	276	271	321	289	264	297	336	2992
60 a 69 anos	106	87	91	97	126	130	141	143	116	113	122	1272
70 a 79 anos	50	60	39	43	44	48	51	63	63	53	53	567
80 anos e mais	16	32	18	24	17	24	22	26	18	17	20	234
Idade ignorada	153	176	160	137	107	79	64	78	68	63	57	1142
Total	5780	5503	5971	5576	5945	5816	6832	6887	6190	5721	6302	66523

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022

Destaque-se que para algumas profissões (policiais, motoristas de táxi e ônibus, vendedores, comerciantes, trabalhadores rurais, motociclistas, mototaxistas, entregadores de mercadorias e trabalhadores por plataformas de aplicativos) observa-se a tendência do aumento dos homicídios, os quais são também mortes relacionadas ao trabalho¹⁶. O número de vítimas internadas por agressões também é elevado no estado. No período de 2010 a 2020, segundo dados do sistema de internação hospitalar (SIH) foram hospitalizados 65.024 indivíduos, dos quais 51.933 (80,0%) do sexo

masculino. O custo total das internações por essa causa, disponível no SIH, no período analisado foi de R\$ 78.820,482,09.

2.2.2 Suicídios

O suicídio é o resultado de uma convergência de fatores de risco genéticos, psicológicos, sociais e culturais e outros, às vezes combinados com experiências de trauma e perda. Formas de organização do trabalho, gestão autoritária no trabalho, incentivos à competitividade e ou práticas de assédio moral (e sexual), na contemporaneidade têm impactos relevantes na saúde mental, com aumento de casos de depressão e sofrimento psíquico relacionados ao trabalho, podendo levar também ao suicídio. Pessoas que tiram a própria vida representam um grupo heterogêneo, com influências causais únicas, complexas e multifacetadas que precedem seu ato final. Essa heterogeneidade apresenta desafios para os especialistas em prevenção de suicídio. Esses desafios podem ser superados pela adoção de uma abordagem multinível e coesa para a sua prevenção¹⁷.

Todos os anos, o suicídio aparece entre as 20 principais causas de morte em todo o mundo para pessoas de todas as idades. É responsável por mais de 800.000 mortes, o que equivale a um suicídio a cada 40 segundos. Cada vida perdida representa um parceiro, filho, pai, mãe, amigo ou colega de alguém. Para cada suicídio, aproximadamente 135 pessoas sofrem intenso luto ou são afetadas de outra forma. Isso equivale a 108 milhões de pessoas por ano que são profundamente afetadas pelo comportamento suicida. O comportamento suicida inclui suicídio e também engloba ideação suicida e tentativas de suicídio. Para cada suicídio, 25 pessoas fazem uma tentativa de suicídio e muitas outras têm pensamentos sérios de suicídio. No Brasil, em 2019, dados do SIM demonstraram que suicídios resultaram em 13.523 mortes, com taxa de mortalidade de 6,1 óbitos por 100 mil habitantes¹⁷.

As análises apontam para a existência de uma parcela importante da população com transtornos mentais e sem diagnóstico e tratamento adequado, tornando evidente a necessidade de expandir e democratizar o acesso à saúde mental no Brasil, bem como a importância da identificação precoce de transtornos mentais na atenção primária em saúde, porta de entrada da rede de atenção à saúde e ordenadora do cuidado. O Plano de Ação Nacional possui boas estratégias e linhas de cuidado para o suicídio embora pareça ignorar a luta antimanicomial e os serviços substitutivos de saúde mental. Em

termos práticos, todas essas ações estratégicas não podem ser possíveis sem o fortalecimento dos serviços de cuidado de saúde mental, ou seja, o fortalecimento da RAPS. O acesso ao diagnóstico precoce, acolhimento, escuta qualificada, tratamento eficaz com apoio de uma equipe preparada para atender as demandas, psicoterapia e combate ao estigma dos transtornos mentais são fundamentais para a prevenção do suicídio, além da conscientização dos profissionais de saúde que não trabalham diretamente com saúde mental através de educação permanente e matriciamento da rede. Como citado acima, existem populações em situações de maior vulnerabilidade para este agravo, necessitando, assim, de políticas de cuidados que pautem essas sob um outro olhar, como a população indígena, população negra e população LGBTQIA+, levando em consideração, também, a interseccionalidade das mesmas.

Há também um recorte importante de gênero e idade, com uma prevalência maior entre homens jovens no início da vida adulta, sendo importante um olhar voltado para essa população de maior risco nesse ciclo de vida.

Entre 2000 e 2019, verificou-se no país aumento das taxas de suicídio da ordem de 42,6%, variando de 4,3 para 6,1 óbitos por 100 mil habitantes¹⁵. Na Bahia no período de 2010-2020 foram registrados 5.970 suicídios no SIM, a maior proporção foi de pessoas do sexo masculino (**Gráfico 12**).

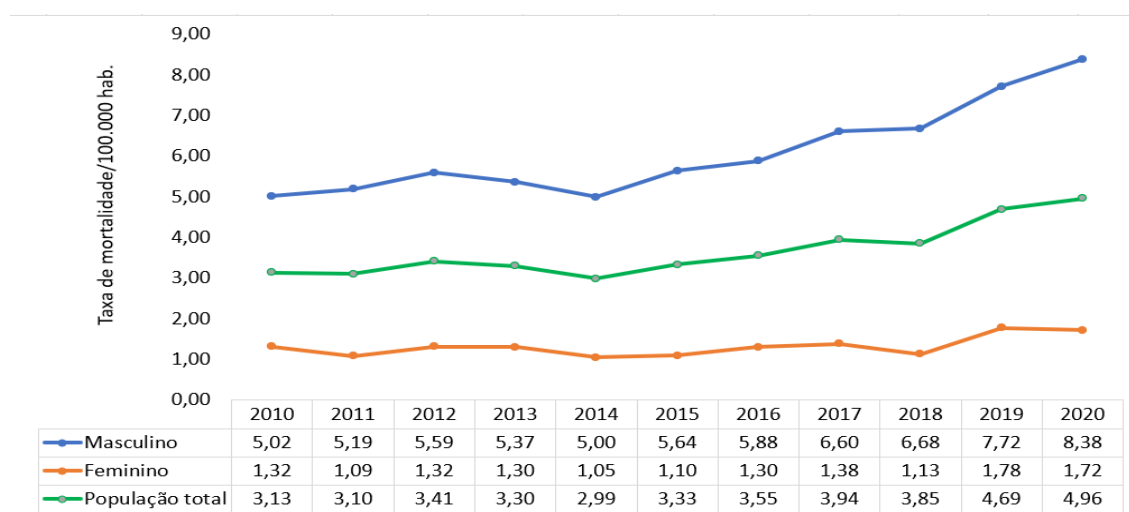


Gráfico 12. Taxa padronizada de mortalidade por suicídio de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

Com relação a faixa etária observou-se que de 2010-2020, o maior percentual 60,80% (3.630) dos suicídios foram de pessoas com idades entre 20 e 49 anos (**Quadro 7**).

Quadro 7. Número de suicídios de acordo com a faixa etária. Bahia, 2010-2020.

Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
10 a 14 anos	6	4	3	6	2	2	5	9	3	4	7	51
15 a 19 anos	27	22	29	21	29	30	38	41	25	41	59	362
20 a 29 anos	107	109	116	91	71	105	101	109	110	120	135	1174
30 a 39 anos	91	112	122	106	106	105	130	127	137	161	151	1348
40 a 49 anos	84	79	86	95	86	93	98	116	101	125	145	1108
50 a 59 anos	59	50	60	72	75	84	73	94	73	109	113	862
60 a 69 anos	31	27	34	58	45	44	58	62	69	75	76	579
70 a 79 anos	22	23	20	36	24	27	26	35	34	47	40	334
80 anos e mais	11	7	13	10	13	14	11	11	17	16	14	137
Idade ignorada	1	2	1	1	1	1	3	1	1	-	-	12
Total	439	437	484	496	452	506	543	605	570	698	740	5970

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

Destacam-se com as maiores taxas padronizadas de mortalidade por suicídio as macrorregiões Centro-Norte e Sudoeste; também a Oeste que passou a apresentar crescimento contínuo a partir de 2014 (**Gráfico 13**). É necessário que os territórios se organizem em termos de rede de atenção psicossocial para atender a demanda crescente de pessoas em risco de suicídio.

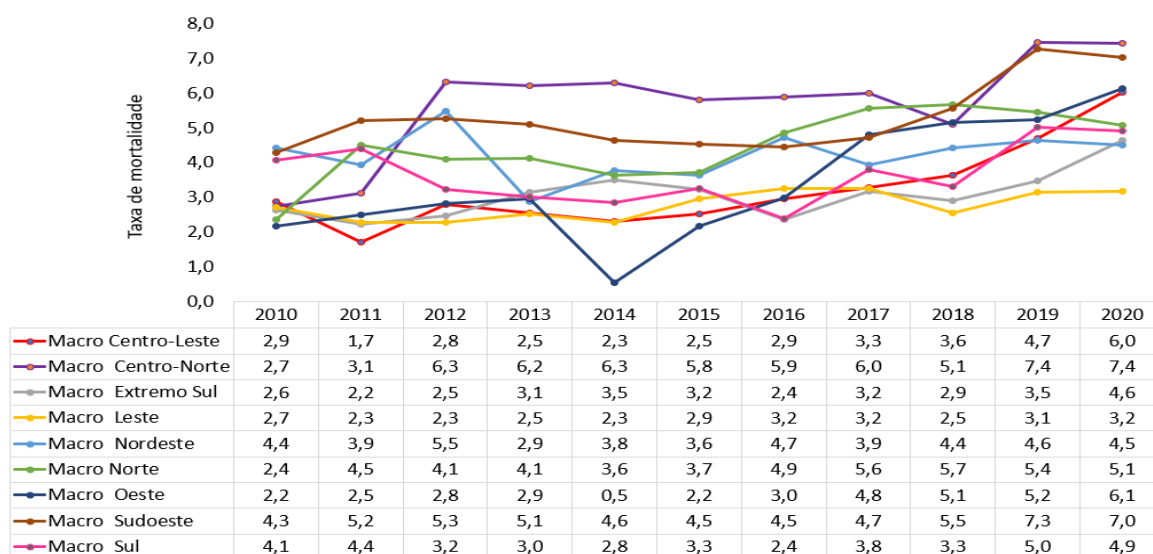


Gráfico 13. Taxa padronizada de mortalidade por suicídios segundo macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

Por tentativas de suicídios foram internados 4.871 baianos no período 2010-2020, desses 65,0% (3.164) do sexo masculino, em geral estes usam meios mais letais quando tentam ceifar a própria vida. Os custos com os internamentos por tentativas de suicídio foram de R\$ 1.892.880,14.

No período de março 2020 a junho de 2022, foram registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 1.838 suicídios, destes 778 (42,33%) em 2021. Os três municípios com maiores registros de suicídios foram: Salvador (170), Feira de Santana (61) e Vitória da Conquista (51). Ressalte-se que em função da pandemia da Covid-19 o cenário da saúde mental foi agravado e que os dados ainda são preliminares.

Em mesmo período foram registrados no Estado 1.562.997 casos de Covid-19 e 30.009 óbitos por esta causa. Buscando estabelecer a relação, ainda que preliminar, entre a infecção por Covid – 19 e as mortes por suicídio, foi realizado um levantamento em 2021 quando o número de casos por Covid-19 era de 1.048.576 e os óbitos por suicídio 1.094, fez-se o linkage dos bancos de dados dos óbitos confirmados por SARS-CoV 2 (que inicialmente utilizou para captação o formsus, e-mail e WhatsApp institucional, posteriormente o google forms, Sivep-Gripe e o Sistema de Base de dados de Indicadores - SBI), os dos casos confirmados da Covid -19 (banco integrado do Sivep Gripe, GAL/Lacen e o E-SUS VE) e para os suicídios os dados do SIM (**Figura 4**).

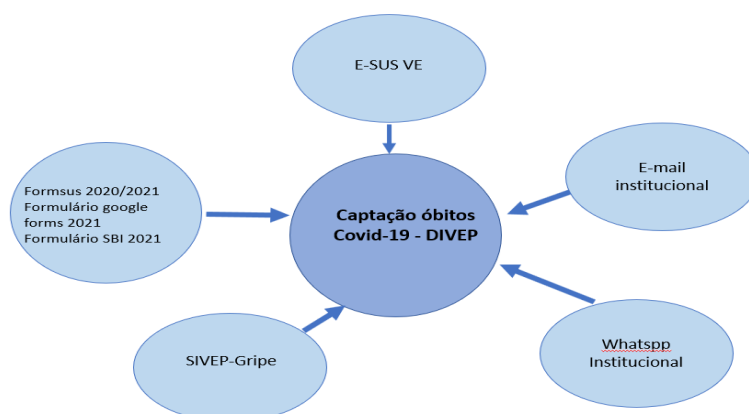


Figura 4. Sistemas para captação dos óbitos por COVID-19. Bahia, 2020-2021.
Fonte: Elaboração própria/Codant/Divep.

Para o relacionamento dos bancos foi utilizado o software *Microsoft Access* e definidas como variáveis o nome e data de nascimento do paciente e o nome da mãe. Foram encontrados 15 óbitos por suicídio de pessoas que tiveram diagnóstico prévio de COVID – 19, destas duas residiam em Salvador e as outras treze nos seguintes

municípios: Barreiras, Barrocas, Brumado, Canarana, Cícero Dantas, Conceição do Almeida, Eunápolis, Filadélfia, Ilhéus, Itabela, Juazeiro, Lajedinho e Remanso.

Do total dos suicídios 80% (12) foram de indivíduos do sexo masculino e desses o maior percentual 53% (08) na faixa etária dos 40 aos 59 anos (**Gráficos 14 e 15**). Ressalte-se que as vítimas mais jovens residiam em Eunápolis e Itabela e tinham respectivamente 13 e 14 anos, ambos utilizaram como meio da agressão o estrangulamento.

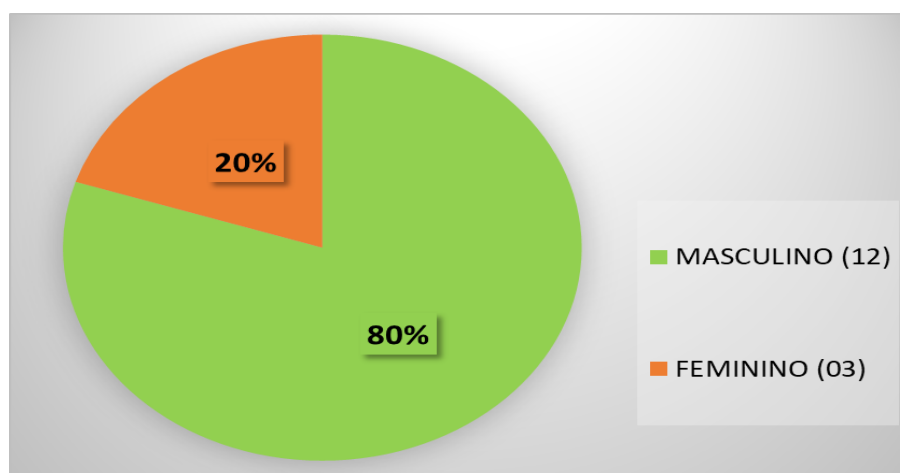


Gráfico 14. Percentual de óbitos por suicídio de pessoas com diagnóstico de Covid-19 de acordo com o sexo. Bahia, 2020-2021*

Fonte: Sesab/Divep/SIM.

*Dados acessados em 21/09/2021.

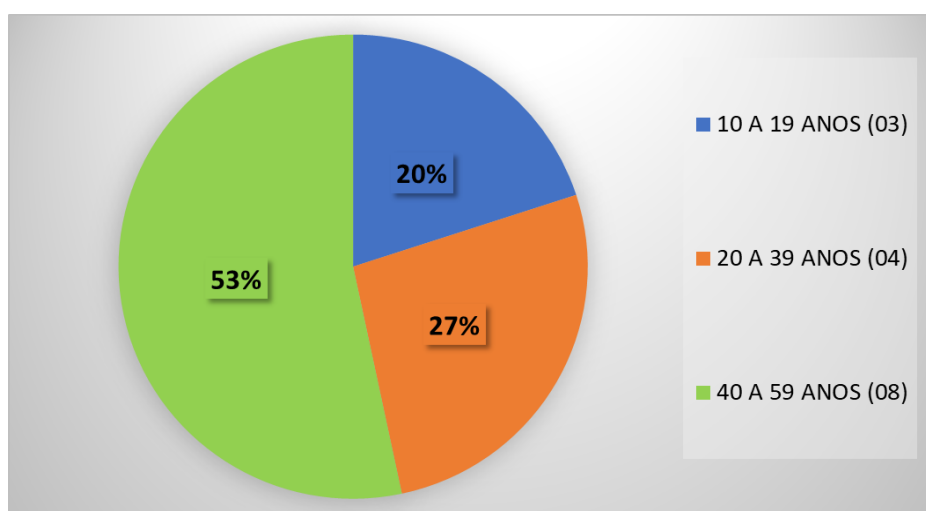


Gráfico 15. Percentual de óbitos por suicídio de pessoas com diagnóstico de Covid-19 de acordo com a faixa etária. Bahia, 2020-2021*

Fonte: Sesab/Divep/SIM.

*Dados acessados em 21/09/2021

Considerando o tempo decorrido entre o diagnóstico da Covid-19 e o suicídio, observou-se variação de menos de dez dias a um ano e cinco dias. Os dados preliminares e a inexistência de estudos não permitem inferências e ou estabelecer nexo causal (**Gráfico 16**).

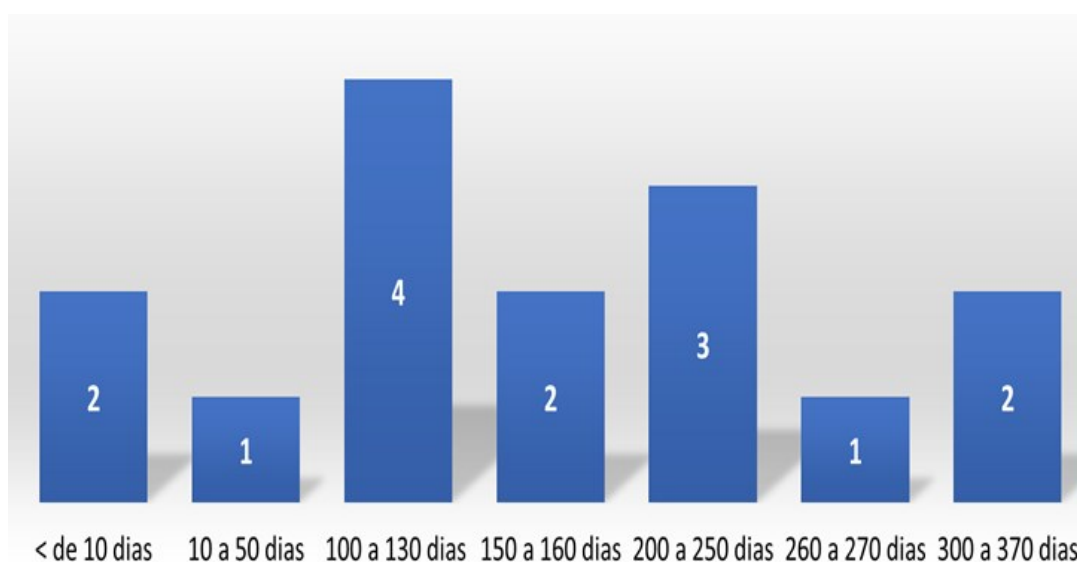


Gráfico 16. Número (15) de pessoas com diagnóstico de Covid-19 de acordo com os dias decorridos entre a notificação da doença e o suicídio. Bahia, 2020-2021*.

Fonte: Sesab/Divep/SIM/Sivep Gripe, GAL/Lacen e o e-SUS VE.

Formsus, e-mail e WhatsApp institucional, google forms, Sivep-Gripe e o Sistema de Base de dados de Indicadores – SBI *Dados acessados em 21/09/2021.

Quanto as lesões autoprovocadas (autoagressões e tentativas de suicídio) no período de 2020 a 2021* foram notificadas no Sinan 3.946 casos, 62,2% (2.456) em 2020. No linkage dos bancos de lesão autoprovocada/Sinan, com óbitos por Covid-19, casos confirmados por Covid-19 e óbitos por suicídio observou-se que:

- 88 indivíduos com diagnóstico de Covid-19 tinham notificação prévia por lesão autoprovocada;
- 08 dos óbitos por Covid – 19 tinham notificação por lesão autoprovocada;
- 44 dos óbitos por suicídio tinham notificação por lesão autoprovocada.

Dos 08 óbitos por Covid- 19 com histórico de lesões autoprovocadas 03 (37,5%) eram do sexo feminino e 05 (62,5%) do masculino. Em todos esses óbitos os pacientes estavam na faixa etária dos 33 aos 75 anos.

2.2.3 Quedas acidentais

A transição demográfica a qual o Brasil tem vivenciado nas últimas décadas, segue a tendência mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a população mundial com mais de 60 anos vai passar dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050. No Brasil, estima-se que a população idosa chegará a 30% em 2050¹⁵. As quedas acidentais são uma das principais causas de hospitalizações e mortes de idosos representando quase 50% de todos os atendimentos por trauma, em virtude das consequências físicas e emocionais. Podem gerar incapacidades, limitando a capacidade de realizarem as atividades da vida diária (AVD), receio de novos episódios de quedas afetando a saúde mental, assim, contribuindo para elevar os custos sociais, econômicos para os idosos, seus cuidadores e os serviços de saúde¹⁵.

As principais orientações para prevenção de quedas inclui exames oftalmológicos e físicos anualmente; uma ingestão adequada de cálcio e vitamina D; participar de programas de atividade física que visem o desenvolvimento de agilidade, força, equilíbrio, coordenação e ganho de força do quadríceps e mobilidade do tornozelo; eliminar de casa tudo aquilo que possa provocar escorregões como tapetes, desníveis do piso; quando possível instalar suportes, corrimão, piso antiderrapante e outros acessórios de segurança; manter uma lanterna ou luminária próxima a cama; usar calçados com sola antiderrapante; informar aos médicos efeitos colaterais dos remédios que está tomando; manter o ambiente organizado e o caminho livre de objetos pequenos e fios.

Considerando que a avaliação multidimensional é o eixo estruturante para o cuidado da pessoa idosa, que consta como um procedimento na ficha de e-SUS-AB, com o código de nº 03.01.09.003-3, o seu registro e acompanhamento é de fundamental importância para o monitoramento da atenção ofertada às pessoas idosas na atenção básica.

Na Bahia o número de idosos vem apresentando tendência de aumento, para ambos os sexos. O incremento entre 2010 e 2021 foi de 39,85% e 33,40% para o feminino e masculino respectivamente (**Gráfico 17**).

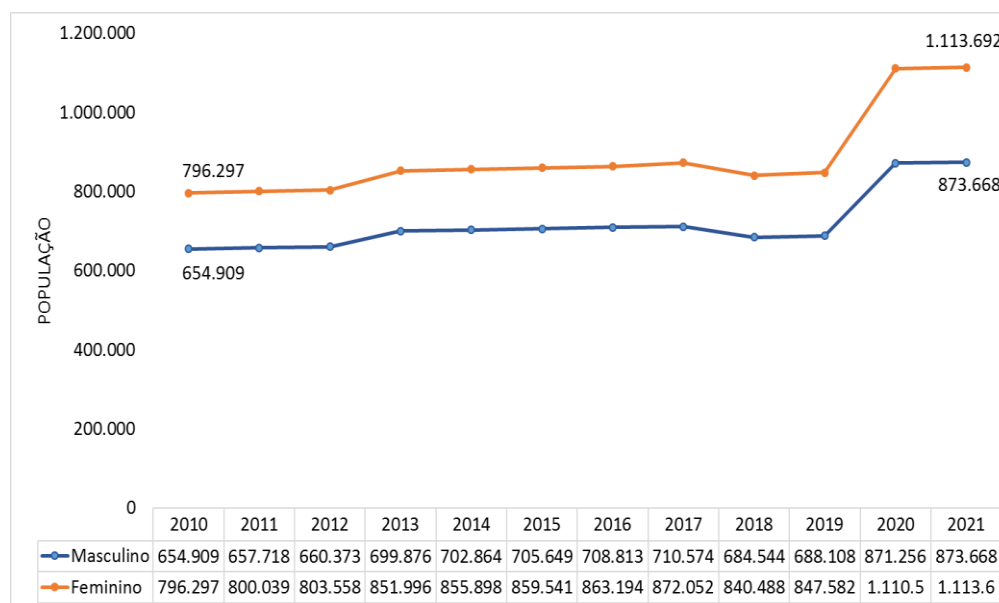


Gráfico 17. População de idosos (60 anos e mais) segundo o sexo. Bahia, 2010-2021.

Fonte: IBGE/Datasus.

Sesab/Suvisa/Divep/Sistema de Informação de dados demográficos/TABNET.

Observa-se que, embora o número de óbitos por quedas em pessoas do sexo feminino tenha sido maior em quase toda série histórica (2010-2021*) a taxa de mortalidade foi mais elevada nos indivíduos do sexo masculino (**Gráfico 18**).

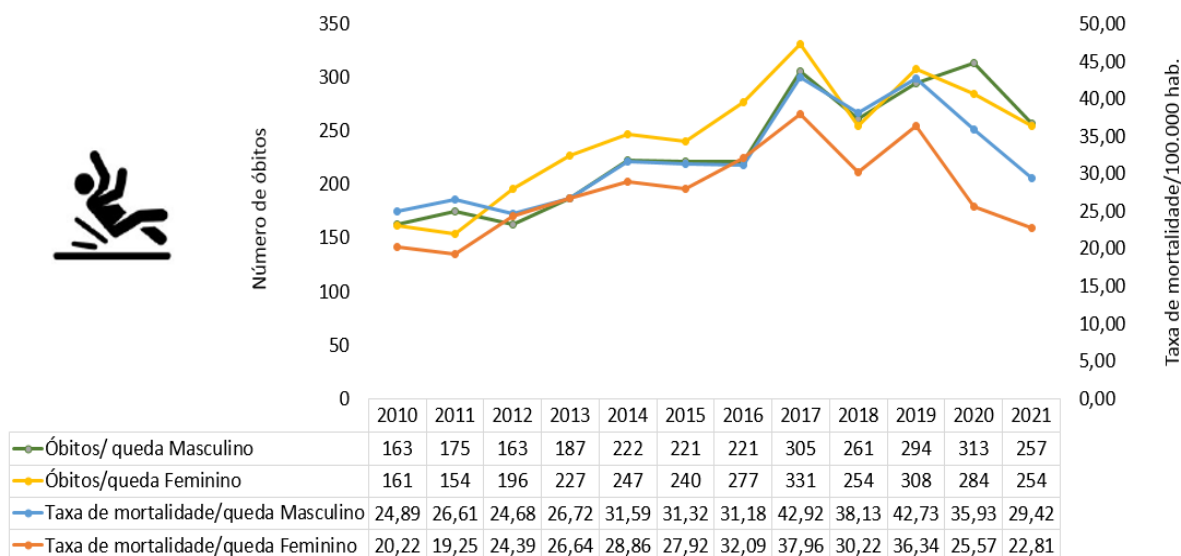


Gráfico 18. Número de óbitos e taxa padronizada de mortalidade por quedas de acordo com o sexo. Bahia, 2010 – 2021*.

Fonte: IBGE/Datasus.

Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

*Dados preliminares sujeitos a alterações.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde/2013, 7,8% dos indivíduos com idade acima de 60 anos relataram a ocorrência de queda nos últimos 12 meses. Entre os que relataram quedas, 8,3% informaram ter apresentado fratura de quadril ou fêmur, destes 44% necessitaram tratamento cirúrgico.

De acordo com os dados do sistema de informações hospitalares do SUS são gastos, por ano, mais 51 milhões de reais com tratamentos de fraturas decorrentes de queda em idosos. Isso implica na necessidade de direcionar políticas públicas para essa população e os problemas a que estão expostos, a exemplo da morbimortalidade por quedas acidentais¹⁵. As quedas podem levar a diferentes necessidades de saúde e demandar assistência e cuidados de reabilitação. Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência a reabilitação é essencial para pessoas com deficiência e limitações a fim de torná-las capazes de participar da vida educacional, do mercado de trabalho e da vida civil. O conceito de reabilitação proposto por esse relatório engloba os aspectos que dizem respeito à deficiência, como a melhoria da funcionalidade individual, e a intervenção no ambiente, como a instalação de barra de apoio no banheiro, por exemplo. Portanto a reabilitação envolve a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, a relação entre fatores relevantes do indivíduo e seu ambiente, a definição de metas, o planejamento, implantação de medidas e a avaliação de seus efeitos¹⁸.

2.2.4 Violência interpessoal/autoprovoçada

Para fins de notificação a violência é definida como: “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”¹². Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial. A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos, segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovoçada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias)¹².

São objetos da notificação todos os casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal e/ou autoprovoçada contra crianças e adolescentes, idosos, mulheres, indígenas, portadores de deficiência, pessoas LGBT, bem como homens vítimas de

violência doméstica/intrafamiliar, sexual ou autoprovocada, e casos de tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura e intervenção legal¹².

Considerando que todas as unidades de saúde são notificadoras, em levantamento realizado na base de dados do Sinan foi observado que 3.669 (59,1%) dos serviços de saúde estão silenciosos quanto à notificação do agravo no período de 2009 a 2022 no estado. Das 2.530 unidades que registraram casos de violência, 32,4% (820) notificaram apenas uma ocorrência, assim, pode-se inferir que a violência interpessoal e autoprovocada é subnotificada.

As macrorregiões de saúde com maiores números de casos notificados são a Leste com 57.450 (41,52%), Centro-Leste 21.503 (15,54%) e a Sudoeste com 14.484 (10,47%) e as com menores registros de casos da violência interpessoal e autoprovocada são a Centro-Norte com 4.352 (3,15%) e a Nordeste com 3.559 (2,57%) **(Quadro 8)**.

Quadro 8. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2009-2022*.

Macrorregião residência	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Leste	1585	2019	2220	2526	3558	4800	4548	5683	5393	5967	7452	5248	4723	1728	57.450
Centro-Leste	386	534	491	1015	1438	1353	1290	1819	1820	2152	2561	2541	2943	1160	21.503
Sudoeste	34	546	751	588	798	1028	1101	1119	954	1397	1565	1812	2052	739	14.484
Sul	117	518	500	576	727	856	1005	1100	1356	1436	1673	1091	1099	582	12.636
Norte	90	109	303	442	434	600	820	1012	818	1154	1059	1215	1317	262	9.635
Oeste	53	68	180	385	657	1164	630	503	590	883	1523	834	682	237	8.389
Extremo Sul	16	82	218	152	384	459	560	526	580	873	1125	642	545	165	6.327
Centro-Norte	14	25	49	62	117	348	229	270	495	664	609	584	588	298	4.352
Nordeste	25	46	102	79	169	185	127	350	253	305	552	460	688	218	3.559
Ignorado - BA	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	1	6	6	18
Total	2.320	3.947	4.814	5.825	8.285	10.795	10.310	12.382	12.259	14.831	18.119	14.428	14.643	5.395	138.353

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan.

*Dados acessados em 22/06/2022.

A Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Ministério da Saúde traz na Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências o Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências que contempla a ampliação do número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua de violência interpessoal/autoprovocada e definiu como indicador de monitoramento o número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência interpessoal/autoprovocada violências implantado. Esse indicador possibilita o acompanhamento da ampliação da

cobertura da ficha de notificação para atender a legislação e garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de risco; permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública. Assim, ainda que este tenha sido retirado do Pacto pela Saúde na esfera federal o estado o manteve enquanto indicador nas suas pactuações com os municípios.

No período de 2009-2019 observa-se o incremento no número de unidades notificadoras e de notificações da violência interpessoal/autoprovocada com poucas flutuações. A melhoria na captação dos casos pelos profissionais de saúde, pode ser atribuída ao trabalho educação permanente com ênfase na importância da notificação enquanto instrumento disparador dos processos de gestão e do cuidado, desenvolvido pelas áreas de vigilância epidemiológica e assistência junto aos mesmos. A partir de 2020 em função do contexto da pandemia observou-se uma redução das notificações e da inserção das mesmas no Sinan (**Gráfico 19**).

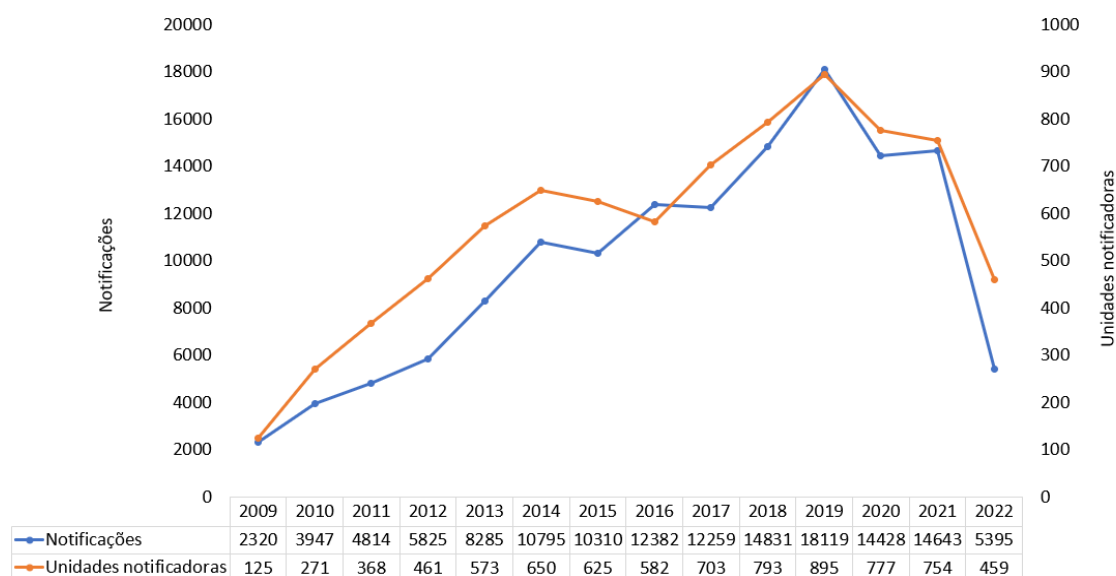


Gráfico 19. Número de notificações e de unidades notificadoras da violência interpessoal/autoprovocada. Bahia, 2009-2022*.
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan.

*Dados acessados em 22/06/2022

A desagregação dos casos notificados da violência, de acordo com o sexo, demonstra que na Bahia o padrão é o mesmo dos demais estados e do Brasil; onde o maior número das vítimas são de pessoas do sexo feminino. Na Bahia no período 2009-2022 foram 85.694 (61,7%) mulheres vitimadas (**Gráfico 20**).

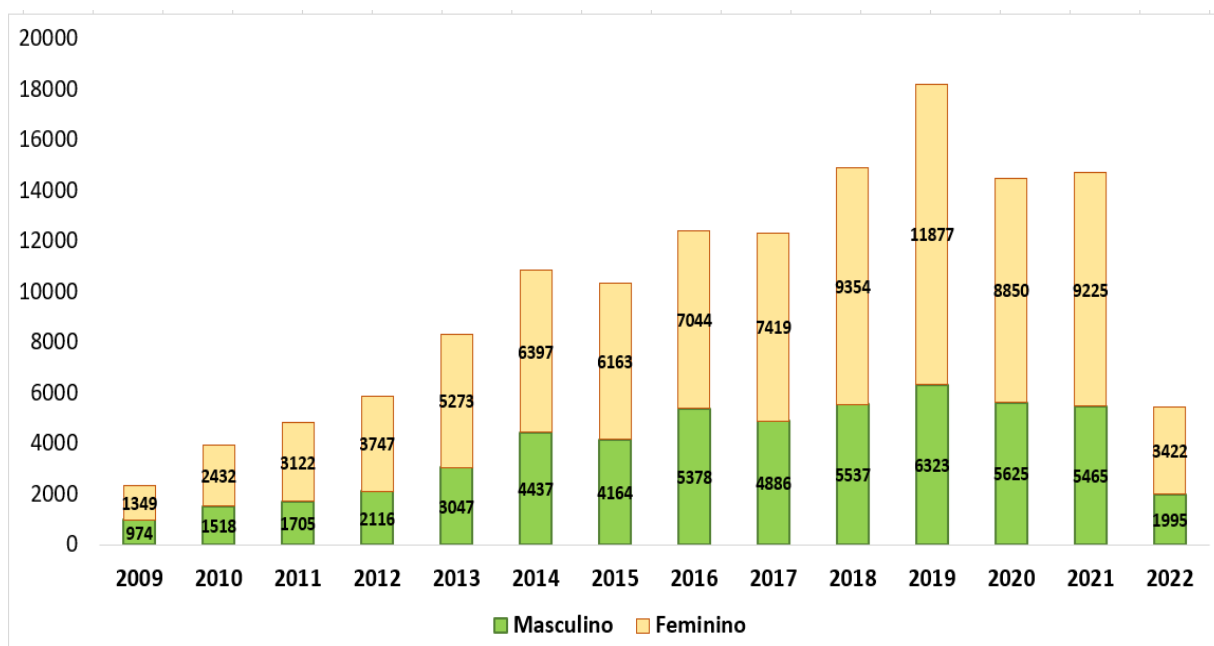


Gráfico 20. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovoçada de acordo com o sexo. Bahia, 2009-2022*.
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan.

*Dados acessados em 22/06/2022.

A maior proporção (54%/66.182) de casos notificados da violência foram na faixa dos 15 aos 34 anos (adolescentes e adultos jovens) (**Gráfico 21**). Ressalte-se que, os casos de violência em que as vítimas são dos extremos do ciclo de vida: crianças (< de 1 ano aos 09 anos) e idosos (60 anos e mais), são ainda mais subnotificados e os perpetradores são em sua maioria do ambiente familiar e cuidadores. De acordo com a Rede Internacional para Prevenção dos Maus Tratos contra a Pessoa Idosa, a violência para este grupo etário define-se como “ato único ou repetido, ou omissão que lhe cause danos físico ou aflição, e que se reproduz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança”¹⁹. A violência contra a pessoa idosa não deve ser naturalizada pela organização domiciliar, imperativos familiares, normas culturais, senilismo característico da idade, desajustes financeiros e inúmeras situações que mascaram a permanência do agravo¹².

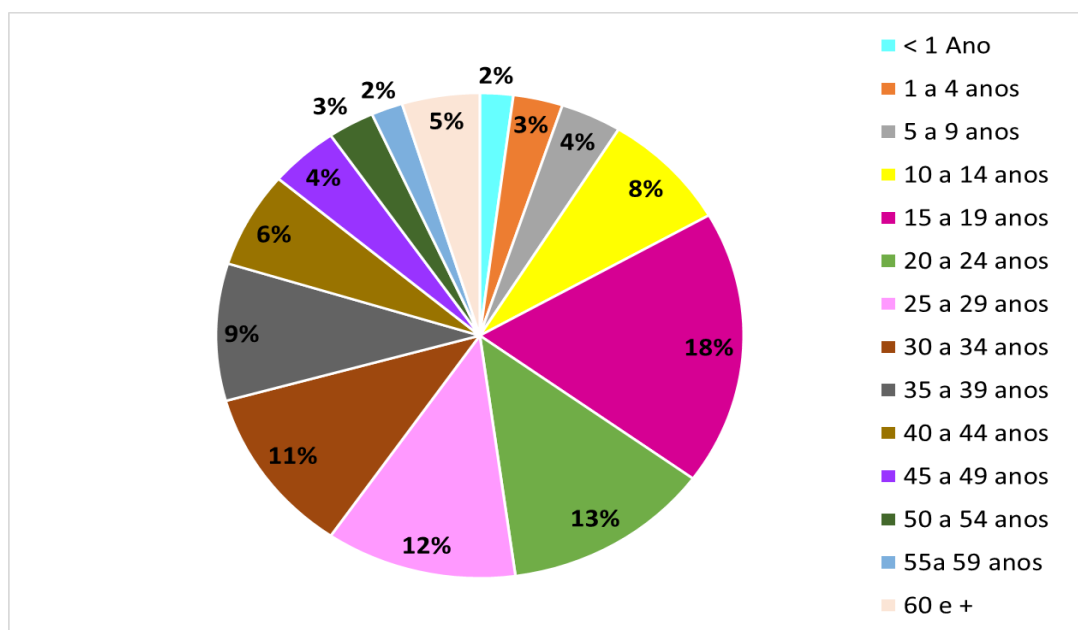


Gráfico 21. Percentual de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a faixa etária. Bahia, 2009-2022*.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

*Dados acessados em 22/06/2022

Campos importantes na identificação das desigualdades sociais são pouco preenchidos a exemplo das variáveis raça/cor, escolaridade, ocupação, identidade de gênero e orientação sexual. Ressalte-se que, para a raça/cor existem duas portarias específicas que tornam obrigatório o registro autodeclarado desta variável: Portaria Nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 que dispõe sobre o preenchimento deste quesito nos formulários dos sistemas de informação em saúde e a Portaria/GM/MS 1.320 de 30 de maio de 2018 que revisa os indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). No período 2009-2022* o campo raça/cor não foi preenchido (ignorado/em branco) em 34,0% (47.370) das fichas; quanto ao percentual desta variável com informação válida (especificada a raça/cor da vítima) foi de 66,0% (91.544), não atingindo, pois, a meta do PQA-VS que é de 95% de preenchimento do campo válido. Os negros (pretos+pardos/IBGE) representaram 88,6% (81.122) dos casos notificados com informação válida (**Gráfico 22**).

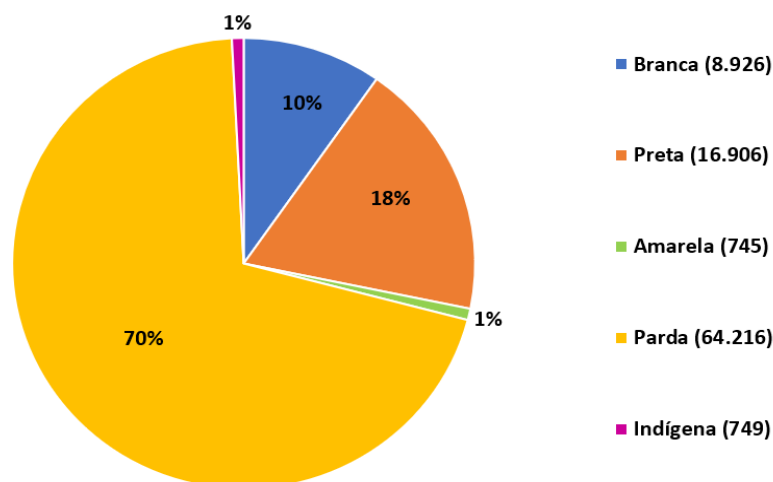


Gráfico 22. Percentual de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a raça/cor. Bahia, 2009-2022*.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan.

*Dados acessados em 22/06/2022.

A maior parte da carga das doenças, e muitas das desigualdades de saúde que existem, são resultantes das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, ou seja, dos determinantes e da determinação social. A discriminação racial se configura como fenômeno que gera o aumento da vulnerabilidade de sujeitos específicos. O racismo, em conjunto com outros fatores, é um marcador que agrava a vulnerabilidade de populações negras, dos povos e comunidades tradicionais³.

A informação válida do quesito raça/cor busca dar visibilidade às questões do processo saúde-doença e dos contextos sociais vivenciados pela população negra, quilombola, cigana, indígena e outras. A correlação das variáveis raça/cor/etnia com variáveis socioeconômicas como, por exemplo, renda, local de moradia, nível de escolaridade, dentre tantas outras, pode ajudar a identificar potencialidades, a elucidar a vivência de vulnerabilidades e riscos sociais e a apontar para possibilidades de superação³.

Quanto a escolaridade o percentual de ignorados/em branco correspondeu a mais da metade (57%) das fichas de notificação, o que gera viés na análise desta variável. O ensino fundamental incompleto representou 10,0% (13.295) dos casos (**Gráfico 23**).

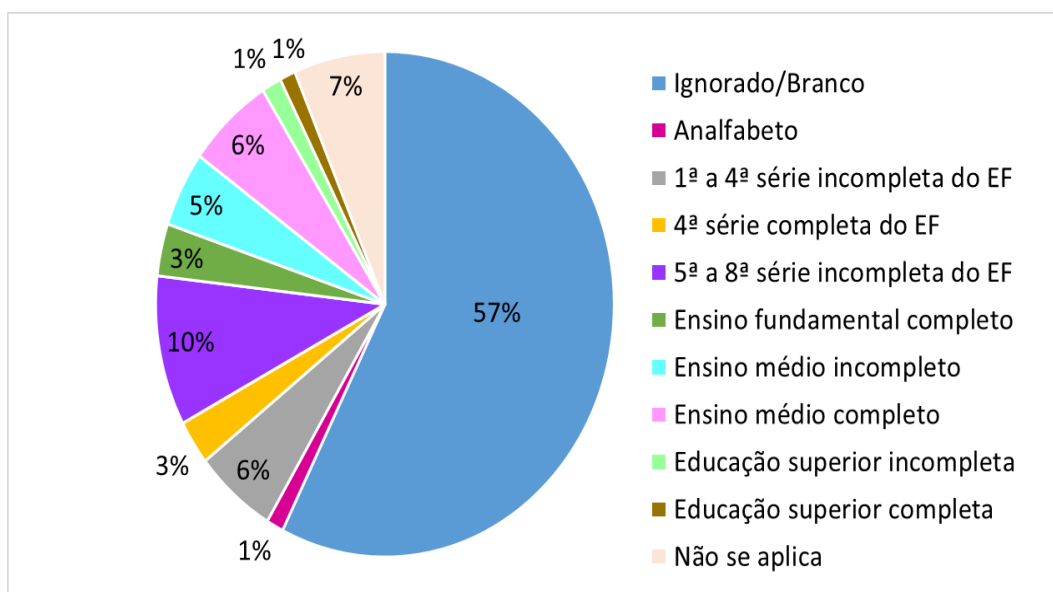


Gráfico 23. Percentual de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a escolaridade. Bahia, 2009-2022*.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan.

*Dados acessados em 22/06/2022.

Os campos orientação sexual e identidade de gênero passaram a compor a ficha de notificação da violência a partir de 2014, quando o referido instrumento passou por atualização; também, foram inseridos os campos motivação da violência e nome social¹².

De 2014 a 2022 o número de notificações constando ignorado/em branco para as variáveis orientação sexual e identidade de gênero foram de 62.551 (55,0%) e 72.992 (64,2%) respectivamente, demonstrando a fragilidade no preenchimento destas e invisibilizando a identificação da população LGBTQI+ em situação de violência.

A classificação “*não se aplica*” é colocada quando a vítima é menor de 10 anos, conforme o instrutivo de orientação para o preenchimento da ficha¹². Em 1.493 (1,3%) casos notificados foi sinalizado ser a vítima homossexual e em 792 mulher transexual (0,7%) (**Quadro 9**).

Quadro 9. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a orientação sexual e a identidade de gênero. Bahia, 2014-2022*.

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Orientação Sexual										
Ignorado/Branco	9883	6192	7430	6365	7369	8089	7101	7412	2710	62551
Heterossexual	580	2731	3419	4137	5452	7827	5313	5023	1969	36451
Homossexual (gay/lésbica)	59	151	141	157	199	297	208	197	84	1493
Bissexual	4	15	18	27	36	55	38	55	21	269
Não se aplica	308	1242	1416	1625	1849	1945	1828	2012	639	12864
Total	10834	10331	12424	12311	14905	18213	14488	14699	5423	113628
Identidade gênero										
Ignorado/Branco	10113	7025	8201	7235	8814	10813	8720	8810	3261	72992
Travesti	0	18	16	22	35	39	23	28	14	195
Transexual Mulher	22	74	76	118	110	154	105	84	49	792
Transexual Homem	2	17	30	32	49	46	34	29	10	249
Não se aplica	697	3197	4101	4904	5897	7161	5606	5748	2089	39400
Total	10834	10331	12424	12311	14905	18213	14488	14699	5423	113628

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan.

*Dados acessados em 22/06/2022

A desagregação dos casos notificados revelou que os maiores registros foram da violência física com 100.618 (72,4%), seguidos da psicológica/moral com 30.037 (21,6%), lesão autoprovocada (autoagressões e tentativas de suicídio) com 15.352 (11,1%) e a sexual 14.233 (10,2%).

Ressalte-se que o sistema permite o registro de mais de um tipo de violência em um mesmo episódio, embora, a orientação constante no instrutivo que norteia o preenchimento da ficha seja para registrar apenas a violência principal¹². Este contexto é complexo, dado que em geral a vítima sofre mais de um tipo de violência por episódio. A área técnica da vigilância epidemiológica das DANT, através de ações de educação permanente, tem orientado os profissionais a sinalizarem como principal a violência que levou à vítima ao serviço de saúde e as demais (caso haja), descrever de forma objetiva no campo de observações adicionais no verso da ficha (**Quadro 10**).

Quadro 10. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o tipo. Bahia, 2010-2022*.

Tipo \ Ano	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Física	2110	3082	3501	4362	6237	8184	8095	9683	9085	10478	12799	10145	9215	3642	100.618
Psicológica/moral	265	769	1132	1483	2059	2189	2081	2229	2646	3444	4565	3082	3004	1089	30.037
Lesão autoprovocada	84	158	187	302	426	453	535	617	1023	1828	3311	2551	2704	1173	15.352
Sexual	155	382	507	660	1025	1326	1171	1321	1287	1555	1737	1216	1401	490	14.233
Outras violências	21	90	98	78	130	700	319	525	370	545	955	659	883	379	5.752
Negligência/Abandono	71	252	308	185	249	212	243	329	501	707	610	703	768	235	5.373
Tortura	54	75	92	128	213	260	293	308	421	464	628	486	403	194	4.019
Financeira/econômica	23	113	181	241	232	308	211	281	180	330	463	300	326	94	3.283
Trabalho infantil	5	19	10	15	59	24	33	71	85	59	160	56	46	5	647
Intervenção legal	4	7	14	11	16	18	18	36	40	48	40	23	22	11	308
Tráfico de seres humanos	0	2	6	8	7	6	3	11	7	19	18	17	17	3	124

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan.

*Dados acessados em 22/06/2022

No período 2009-2022 dos 14.233 casos notificados de violência sexual, 9.734 (68,4%) foram estupros; a proporção de estupros variou no período analisado de 41,3% em 2009 a 74,5% em 2015 (**Gráfico 24**).

É importante ressaltar que os municípios precisam conhecer a realidade do agravo em seus territórios e estabelecer o fluxo para o atendimento das vítimas quanto a realização da profilaxia pós-exposição (PEP) e o acompanhamento na pós-venção, tanto no que se refere a continuidade da profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis (IST) e hepatites quanto para o acompanhamento psicossocial.

Destaque-se que os casos de estupro de vulnerável descrito no Art. 217 – A do Código Penal como: “a conduta de ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”, é de notificação compulsória na saúde independentemente de ser dito consensual e da idade do perpetrador do ato. É importante serem descritas no campo de observações adicionais informações outras que colaborem para esclarecer o contexto no qual a violência ocorreu e estabelecer a linha de cuidado.

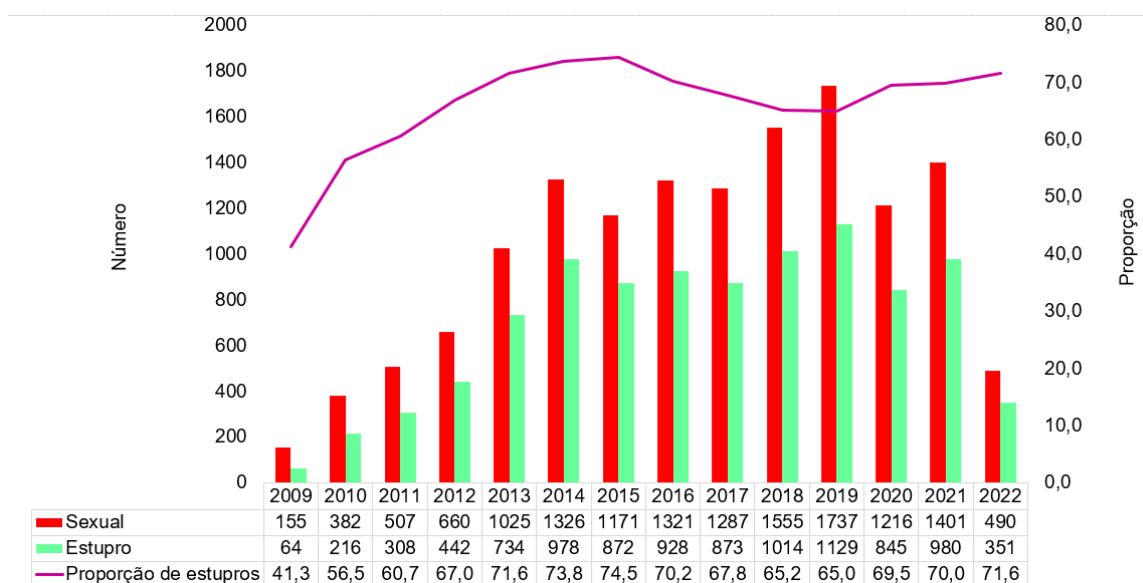


Gráfico 24. Número de casos notificados da violência sexual e a proporção de estupros. Bahia, 2009-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan.

*Dados acessados em 22/06/2022.

A Coordenação de Agravos Transmissíveis (Coagravos/Divep) disponibiliza a relação atualizada das unidades que realizam a PEP e a PrEP, segundo município (**Anexo 2**). Abaixo a distribuição da referida rede por macrorregião de saúde (**Quadro 11**).

Quadro 11. Distribuição dos serviços com profilaxia pré e pós-exposição segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2023.

Macrorregião de saúde	REDE PEP		REDE PrEP	
	Nº de municípios	Proporção de municípios	Nº de municípios	Proporção de municípios
Centro-Leste	5	6,94	3	4,17
Centro-Norte	2	5,26	0	0,00
Extremo Sul	2	9,52	2	9,52
Leste	7	14,89	4	8,51
Nordeste	2	6,06	0	0,00
Norte	3	10,71	1	3,57
Oeste	4	11,11	2	5,56
Sudoeste	3	4,05	3	4,05
Sul	4	5,88	2	2,94
BAHIA	32	7,67	17	4,08

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coagravos.

Dados atualizados em 2022.

A maior concentração dos casos da violência sexual, de acordo com a residência das vítimas, ocorreu nas macrorregiões Leste e Sudoeste, as duas regiões somaram 54,0% (7.685) do total de notificações (14.233) por este tipo violência (**Gráfico 25**).

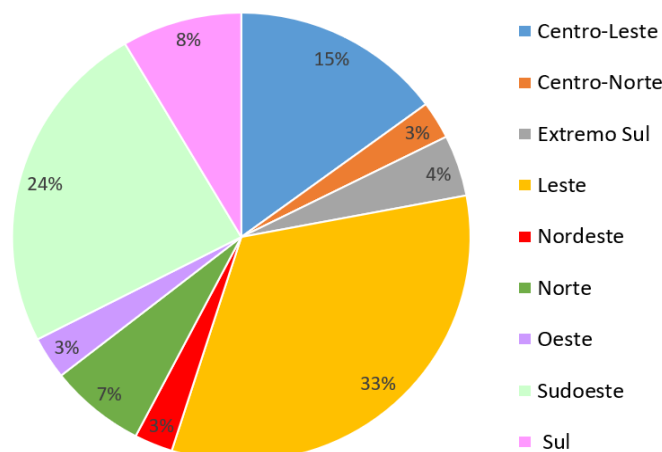


Gráfico 25. Percentual de casos notificados da violência sexual segundo macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2022*.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan.

*Dados acessados em 22/06/2022

Quanto aos agressores foram na maioria de pessoas do convívio familiar e ou próximos às vítimas. Para a variável do provável autor da agressão pode-se marcar mais de uma opção por episódio na ficha de notificação do agravo.

Considerando o total de casos notificados (138.353) no período 2009-2022, observa-se que para 54.623 (39,5%) das notificações os agressores foram familiares ou amigos das vítimas: cônjuge, amigos/conhecidos (as), ex-cônjuge, mãe, pai, irmão (ã), namorado (a), filho (a), padrasto, ex-namorado (a), cuidador (a), madrasta (**Quadro 12**). Esta relação entre agressor e vítima, reforça o contexto da violência doméstica.

Quadro 12. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o provável agressor. Bahia, 2010-2022*.

Ano da Notificação	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Cônjuge	137	285	562	670	982	1077	983	1191	1298	1733	2225	1538	1518	557	14756
Desconhecidos	218	341	363	466	943	1180	1231	1518	1424	1564	1758	1288	979	447	13720
Amigos/conhecidos (as)	187	462	427	494	915	1098	1066	1029	1176	1435	1665	1229	1163	496	12842
Própria pessoa	52	159	150	210	286	304	284	350	626	1313	2626	2077	1994	916	11347
Outros_Vínculos	65	195	239	343	480	563	461	543	550	727	974	746	725	264	6875
Ex-cônjuge	48	106	216	376	535	532	497	583	619	758	961	631	709	261	6832
Mãe	67	251	264	223	277	251	284	343	473	700	604	629	653	223	5242
Pai	71	221	222	228	306	338	319	355	372	444	495	349	399	127	4246
Irmão (ã)	29	72	81	108	172	197	179	205	255	316	384	314	279	113	2704
Namorado (a)	29	66	51	55	150	173	186	179	245	331	423	304	354	124	2670
Filho (a)	16	33	75	73	123	105	120	153	142	220	283	176	181	43	1743
Padrasto	30	68	75	67	143	137	142	132	124	199	169	124	163	46	1619
Ex-namorado (a)	17	29	33	51	87	102	96	126	123	145	188	163	169	74	1403
Policial/agente da lei	14	32	28	21	52	84	122	129	121	181	210	100	81	43	1218
Pessoa com relação institucional	20	13	26	21	45	37	53	69	48	62	127	35	33	19	608
Cuidador (a)	7	19	15	12	21	22	40	21	33	40	30	22	28	7	317
Madrasta	3	16	13	9	16	18	30	27	23	38	26	16	8	6	249
Patrão/chefe	0	4	1	4	14	7	28	19	32	26	30	19	19	5	208

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan.

*Dados acessados em 22/06/2022.

Entre 2010 e 2020, foram registrados no Sinan 11.391 casos de lesões autoprovocadas (automutilações e tentativas de suicídio) e no SIM 5.970 suicídios, ambos vem apresentando tendência de crescimento, principalmente a partir de 2016; considerando os extremos da série histórica analisada (2010 e 2020), observa-se o incremento de 1.514% das notificações por lesões autoprovocadas e de 68,6% para os suicídios (**Gráfico 26**). Importante ressaltar que contribuíram para este incremento o agravo ter passado a compulsório para notificação imediata e o trabalho da área técnica nas ações de educação permanente.

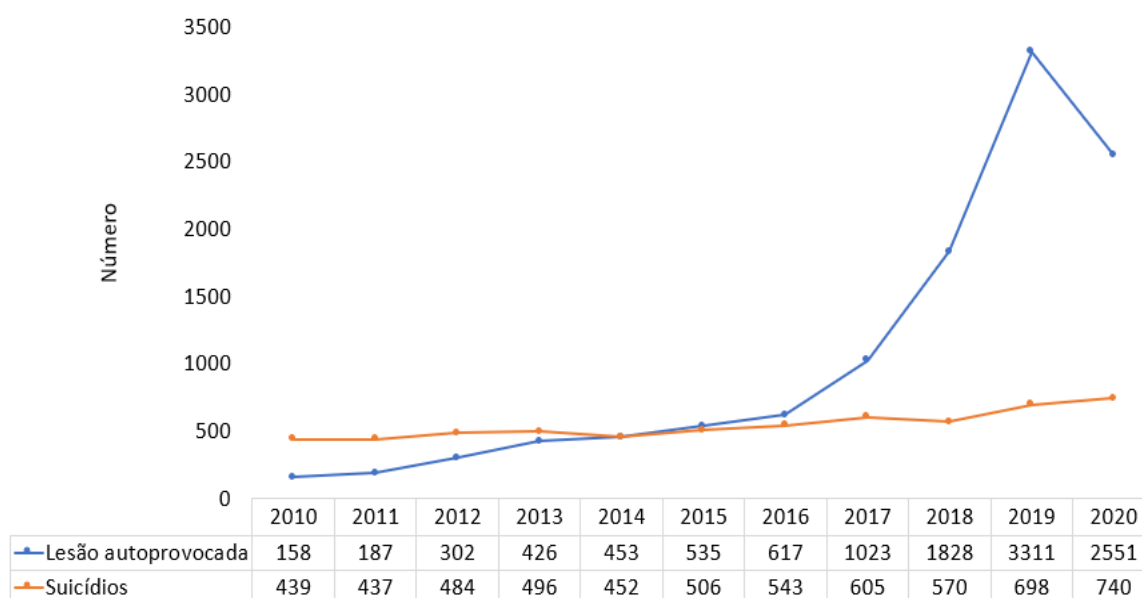


Gráfico 26. Número de casos notificados das lesões autoprovocadas e dos suicídios. Bahia, 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan e SIM.

*Dados acessados em 22/06/2022.

Os impactos gerados pela pandemia da Covid-19 no contexto da violência variaram a depender dos determinantes e condicionantes sociais de cada território e das respostas das políticas públicas e da sociedade. O isolamento social enquanto medida necessária para conter a propagação da Covid-19, constitui-se em fator de proteção para população em geral, contudo, impôs novas formas de se relacionar que podem ter contribuído para deflagrar ou agravar a violência.

2.2.5 Lesões de trânsito

O relatório sobre lesões de trânsito apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2019, apontou progressos alcançados em relação a essas; a taxa de

mortalidade por essa causa se estabilizou nos últimos anos, mas, não foi suficiente para compensar os efeitos da rápida e crescente motorização em várias partes do mundo. No Brasil, as lesões de trânsito representam a segunda causa de morte entre as causas externas, com maior ocorrência entre jovens e adultos de 15 a 39 anos¹⁵. Na Bahia as lesões de trânsito, entre as causas externas, figuram como a primeira causa de óbitos nas faixas etárias de 05 a 09 anos e na dos 50 a 59 anos e a segunda causa nas faixas de 01 a 04 anos e na de 10 a 49 anos. As lesões de trânsito são agravos previsíveis e preveníveis, o que reforça a importância de abordagens que enfatizem a promoção e a educação em saúde visando a redução de riscos no trânsito e a implementação de políticas voltadas ao desenvolvimento e ao aprimoramento da mobilidade segura e sustentável, intensificação da fiscalização de caráter contínuo, educação e conscientização da população.

Entre os fatores associados a ocorrência de lesões e mortes no trânsito estão as condições da via; aumento da frota de veículos, principalmente das motocicletas nos últimos anos; o uso do álcool associado a direção veicular; o não uso de equipamentos de segurança (cintos de segurança, capacetes, dispositivo de retenção para crianças, entre outros). Também, o uso do celular pelo condutor (distração ao dirigir), alta velocidade e desrespeito à legislação vigente²⁰.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) publicou a revisão da NBR 10697/2018 e redefiniu os termos técnicos usados na preparação e execução de pesquisas relativas ao agravo e na elaboração de relatórios estatísticos e operacionais. A norma corrige a expressão “acidente de trânsito”, substituída por sinistro de trânsito e suprime o entendimento de sinistro não premeditado.

A Bahia possui uma malha rodoviária com extensão de 119.639 km. Desse total, 5.093 (4,3%) são federais, 14.940 (12,4%) são estaduais e 99.606 (83,3%) são municipais. Dentre as principais rodovias do estado podemos destacar as BRs-116, 020, 242, 135, 101, 324 e 407, e as BAs-172, 052 e 093.

No estado entre os anos de 2010 e 2020, dos óbitos (143.377) por causas externas 19,95% (28.607) foram decorrentes das lesões de trânsito, ficando atrás apenas dos homicídios, neste mesmo período observa-se a tendência de declínio do número de óbitos de dois dos grupos de vítimas: pedestres e ocupantes de outros veículos, a tendência de aumento para as mortes de outros acidentes de transportes e de ocupantes de automóvel entre 2018-2020; destaca-se ainda o aumento de óbitos de motociclistas

entre 2011-2014 e entre 2018-2019 (**Gráfico 27**), questões relacionadas ao aumento da frota de motocicletas, velocidade excessiva e ao não uso dos equipamentos de segurança, têm contribuído para o elevado número de óbitos deste grupo. Ressalte-se também a interiorização das mortes de motociclistas.

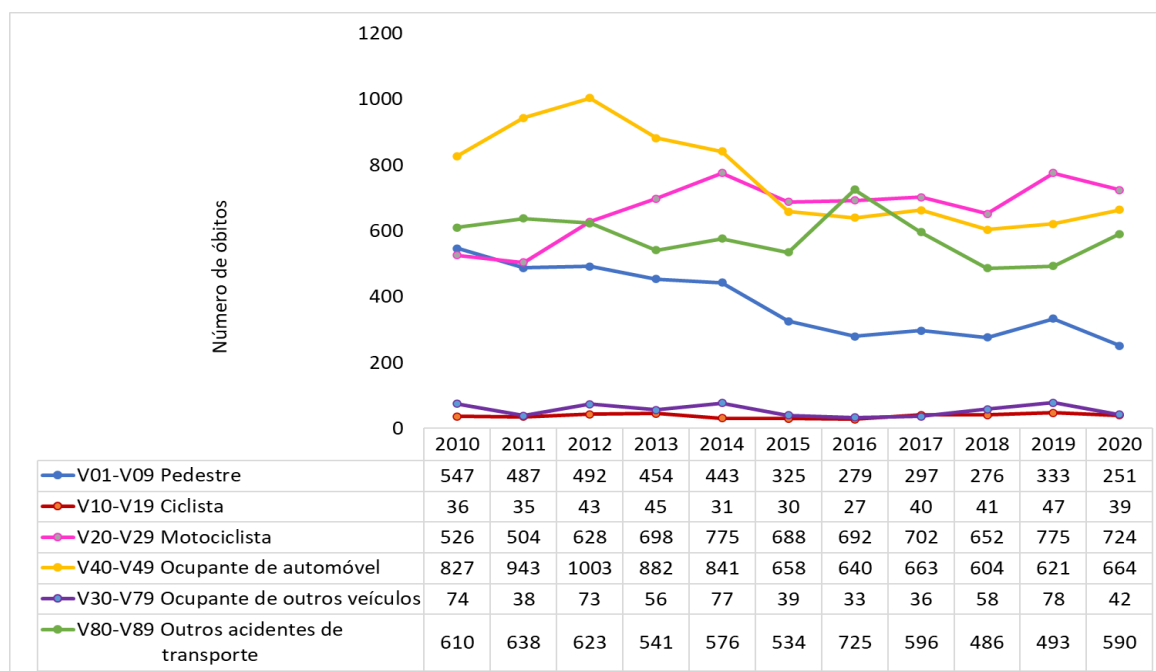


Gráfico 27. Número de óbitos por lesões de trânsito de acordo com o grupo de vítimas. Bahia, 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

A gravidade das lesões de trânsito pode ser traduzida pelo percentual das vítimas que vão a óbito no local do acidente/sinistro. No período de 2010 a 2020 foram a óbito em via pública 53,0% (15.161) das vítimas (**Gráfico 28**).

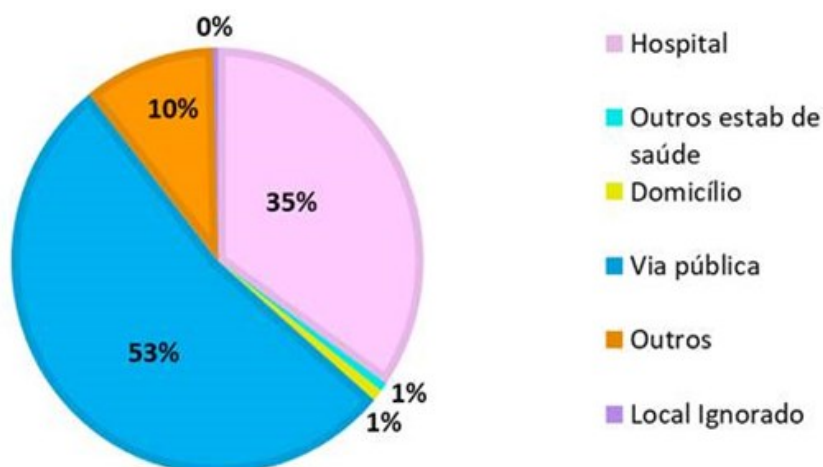


Gráfico 28. Percentual de óbitos por lesões de trânsito de acordo com o local de ocorrência. Bahia, 2010 – 2020.
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

O número de internamentos por lesões de trânsito foi crescente no período de 2010 a 2021 e os custos decorrentes destes chegaram a R\$ 15.685.695 em 2020 (**Gráfico 29**). Ressalte-se que o atendimento às vítimas das lesões de trânsito envolve desde o atendimento pré-hospitalar à reabilitação, em geral requerem realização de procedimentos cirúrgicos e leito de UTI, sobrecarregando os sistemas de saúde, principalmente o SUS.



Gráfico 29. Número de internamentos e custo das internações por lesões de trânsito. Bahia, 2010-2021.
Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS.

Na Bahia, a portaria 1.290 instituída emergencialmente em 09 de novembro de 2017, atualizou a Lista Estadual de Notificação Compulsória (DNC) de doenças, agravos

e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados e incluiu a notificação das lesões de trânsito. Em 2017, a nota técnica N°01/Suvisa/Divep/Caest, contemplou orientações quanto a inserção das referidas lesões no sistema de informação de agravos não transmissíveis de notificação – Sinan. Em que pese a importância da notificação do agravo, o monitoramento desse é mais eficiente quando trabalhado o banco do sistema de mortalidade (SIM), pois no Sinan, além da portaria atribuir apenas o CID V87 (acidente de trânsito de tipo especificado, sendo desconhecido o modo de transporte da vítima), a ficha de notificação não atende a vigilância do agravo, pois não permite conhecer o perfil das vítimas e o contexto em que o sinistro ocorreu (local e hora de ocorrência, modal envolvido, EPIs utilizados, via e situação da mesma, evolução do caso).

Estas informações são fundamentais para qualificação e integração das informações de mortalidade e de lesões graves causadas pelo trânsito, inclusive para subsidiar a implantação de políticas públicas. A área técnica da Codant/Divep vem trabalhando no projeto para implementação da notificação das lesões de trânsito, bem como para expansão da metodologia do Programa Vida no Trânsito (PVT) para outros municípios, atualmente só implantado em Salvador.

Entre 2010 e 2021, observou-se o aumento da frota de veículos na Bahia, com incremento de 103,4%, passando de 2.308.978 em 2010 para 4.695.972 em 2021 (Gráfico 30).

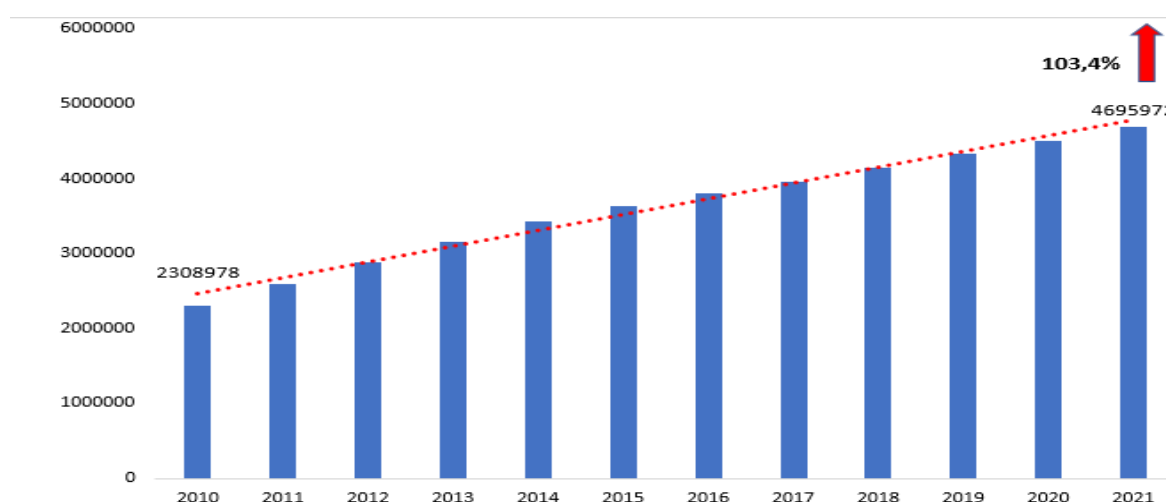


Gráfico 30. Evolução da frota de veículos. Bahia, 2010 a 2021.

Fonte: Ministério da Infraestrutura, Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN – 2021. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/BA/pesquisa/22/28120>

Entre os tipos de veículos, o que apresentou maior aumento da frota foram as motocicletas, com 107,6% de incremento, passando de 699.071 em 2010 para 1.451.613 em 2021, para os automóveis em mesmo período o incremento foi de 89,2% passando de 1.079.158 para 2.041.781 (**Gráfico 31**).

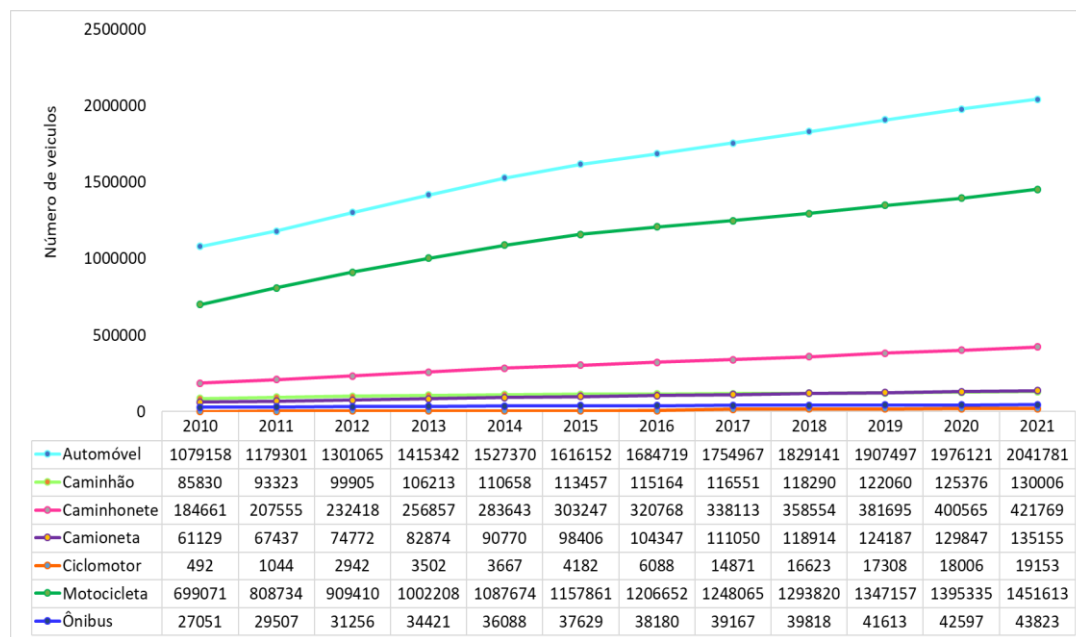


Gráfico 31. Evolução da frota de veículos de acordo com o tipo. Bahia, 2010 a 2021.

Fonte: Ministério da Infraestrutura. Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN – 2021.<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/BA/pesquisa/22/28120>.

Os anos pandêmicos da Covid-19 no tocante ao trânsito foram marcados pela alta circulação de motociclistas, sobretudo na atuação dos serviços de entrega, cuja demanda foi ampliada em 2020, diante da necessidade de manter o isolamento social, mas, esta é uma prática que perdura pós pandemia e, precisa de um olhar mais atento para a segurança desses condutores. Assim como, para o crescimento de outra categoria que são os ciclistas, os quais já despontam como nova tendência entre os baianos, seja como atividade física ou oportunidade de trabalho.

2.2.6 - Acidentes de trabalho

Entende-se como Acidente de Trabalho (AT) todo evento súbito, inesperado ou não, de causas não naturais (acidentes e violência) que acarreta prejuízos à saúde, podendo levar a lesões corporais ou mesmo a perturbação funcional com perda ou redução da capacidade para o trabalho, de forma permanente ou temporária, ou ainda, em situações de maior gravidade, ao óbito. Podem ser caracterizados como típicos,

quando ocorrerem no ambiente de trabalho, e de trajeto quando ocorrem no percurso entre a residência e o trabalho ou vice e versa¹⁵.

Para a saúde coletiva, o acidente de trabalho é um fenômeno complexo e socialmente determinado; são eventos potencialmente e/ou majoritariamente previsíveis e preveníveis., dado que os fatores causais encontram-se presentes na situação de trabalho muito tempo antes deste ser desencadeado²¹. Todo acidente de trabalho é um alerta sobre as condições de trabalho e indicativo de falhas na gestão da produção, na gestão da segurança e/ou nas medidas de prevenção²².

Acidentes de trabalho podem ocorrer com quaisquer trabalhadores(as), independente de seu tipo de vínculo ou inserção no mercado de trabalho ou filiação a regime previdenciário. Podem acontecer em qualquer situação em que o trabalhador ou a trabalhadora esteja a serviço da empresa ou agindo em seu interesse. Também são considerados acidentes de trabalho: agressão ou violência sofrida no ambiente de trabalho, acidentes ou agressões ocorridas no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa²³.

Para fins de vigilância, deve ser notificado como acidente de trabalho os eventos de “causas não naturais compreendidas como acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98) que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho, quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (trajeto), que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte”²³.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dados globais registram 1.879.890 mortes por agravos e doenças relacionadas ao trabalho, sendo o acidente de trabalho a terceira causa de morte, com 363.283 (19,3%) ocorrências em 2016. Os acidentes de trabalho respondem também como a primeira causa de afastamento dos trabalhadores das suas atividades ocupacionais²⁴. No Brasil, em 2017, houve 440.914 acidentes de trabalho entre trabalhadores segurados da Previdência Social, sendo 340.229 típicos e 100.685 de trajeto²⁵.

No período de 2011 a 2020, foram registrados na Bahia 31.404 casos de acidentes de trabalho no Sinan, sendo observado um aumento de 221% em 2020 em relação ao primeiro ano de análise. Este resultado pode indicar, entre outros fatores, uma maior

capacidade da Rede Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast/BA) na investigação de acidentes e outras causas externas e identificação de sua relação com o trabalho, principalmente nas Regiões de Saúde que contam com cobertura de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), que têm, como função, entre outras, desenvolver ações de vigilância em saúde do trabalhador e apoio matricial junto aos municípios do território de abrangência²⁶.

A quase totalidade dos casos é de trabalhadores do sexo masculino (86,8%), o que pode estar associado com a maior participação dos homens em atividades que conferem maior risco e, conseqüentemente, maior probabilidade da ocorrência de óbito, com maior ocorrência para a faixa etária de 30 a 39 anos (29,4%). Em relação à raça/cor, os trabalhadores pardos (45,2%) e pretos (11,7%) representam a maioria dos casos, embora seja expressivo o número de incompletude em relação a essa variável (33,6%).

A escolaridade é outra variável socioeconômica com expressiva incompletude, sendo desconhecida a formação educacional para 51,2% dos casos e 26,2% têm até o ensino fundamental completo. Grupos em situação de vulnerabilidade com menor nível de formação escolar são mais susceptíveis ao exercício de atividades que concentram maior risco, além da maior carga de acidentes observada também para a população preta e parda²⁷.

Em relação à situação no mercado de trabalho, a maior ocorrência de casos notificados foi entre trabalhadores informais (38,1%), seguido dos trabalhadores formais (29,7%), resultado pode ser consequência do aumento na população informal devido ao desemprego e a crise econômica que se instalou no país, notadamente a partir de 2016. Sabe-se que os trabalhadores informais representam uma importante proporção da população economicamente ativa no Brasil, notadamente no Norte e Nordeste, estando submetido a condições precárias de trabalho e sem acesso aos benefícios previdenciários (**Tabela 1**).

Tabela 1. Proporção de casos de Acidente de Trabalho notificados no Sinan, segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404).

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS	N	%
Sexo		
Ignorado	2	0,0
Masculino	27.273	86,8
Feminino	4.129	13,1
Faixa Etária	N	%
< 1 ano	368	1,2
1 a 4 anos	2	0,0
5 a 9 anos	12	0,0
10 a 14 anos	78	0,2
15 a 17 anos	523	1,7
18 a 19 anos	911	2,9
20 a 29 anos	7.758	24,7
30 a 39 anos	9.233	29,4
40 a 49 anos	6.805	21,7
50 a 59 anos	4.124	13,1
60 a 69 anos	1.346	4,3
70 a 79 anos	216	0,7
80 anos e mais	28	0,1
Raça/cor	N	%
Ign/Branco	10.563	33,6
Branca	2.713	8,6
Preta	3.672	11,7
Amarela	203	0,6
Parda	14.186	45,2
Indígena	67	0,2
Escolaridade	N	%
Ign/Branco	16.077	51,2
Analfabeto	569	1,8
1ª a 4ª série incompleta do EF	2.386	7,6
4ª série completa do EF	1.208	3,8
5ª a 8ª série incompleta do EF	2.799	8,9
Ensino fundamental completo	1.290	4,1
Ensino médio incompleto	1.805	5,7
Ensino médio completo	3.921	12,5
Educação superior incompleta	308	1,0
Educação superior completa	653	2,1
Não se aplica	388	1,2
Sit. Merc. Trab.	N	%
Ign/Branco	9290	29,6
Empregado registrado	8180	26,0
Empregado não registrado	3225	10,3
Autônomo	6717	21,4
Serv. Púb. Estatutário	877	2,8
Serv. Púb. Celetista	297	0,9
Aposentado	118	0,4
Desempregado	101	0,3
Trab. temporário	637	2,0
Cooperativado	699	2,2
Trab. avulso	694	2,2
Empregador	93	0,3
Outros	476	1,5

Fonte: Divast/Sesab/Sinan.

Em relação à circunstância do Acidente de Trabalho, observa-se que o agrupamento de “outras causas externas de lesões acidentais” da CID 10 é a ocorrência de maior frequência (53,23%), seguida de “fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e mortalidade classificados em outra parte” (22,5%) e dos “acidentes de transporte” (16,35%). Sobre os acidentes de trânsito relacionados ao trabalho, Lacerda e colaboradores²⁸ alertam quanto às situações a que estão expostos os trabalhadores devido à precariedade dos meios de transporte ou mesmo a falta de segurança no espaço público.

O expressivo número de registros para o agrupamento “fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e mortalidade classificados em outra parte” da CID-10 indica baixa qualidade do preenchimento do campo “circunstância do acidente” na ficha de notificação do Sinan, com a reprodução do CID que nomeia a ficha neste campo, resultado com tendência crescente no período analisado, o que leva ao subregistro das circunstâncias relacionadas aos AT e indica a necessidade da implementação das ações de educação permanente. A maioria dos acidentes foi classificada como típicos (72,61%), ou seja, ocorreram nas instalações do contratante, levando à incapacidade parcial e total para 53,95% dos trabalhadores, sendo que para 3,44% houve desfecho óbito.

Os acidentes típicos, ou seja, relacionados às atividades desempenhadas pelos trabalhadores, sobrepõem-se numericamente à ocorrência dos acidentes de trajeto. Esse resultado em relação à natureza do acidente pode estar associado ao desconhecimento das equipes quanto ao entendimento e notificação do acidente de trajeto como um acidente de trabalho, assim como a pressão dos órgãos de controle, para investigação e notificação dos acidentes típicos, o que pode motivar as equipes na seleção dos casos a serem notificados (**Tabela 2**).

Tabela 2. Número e proporção de casos de acidente de trabalho notificados no Sinan, segundo ano de notificação e variáveis circunstância do acidente, tipo de acidente e evolução do caso. Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404).

VARIÁVEIS	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Circunstância do Acidente																						
Ign/Branco	6	0,02	22	0,07	13	0,04	16	0,05	23	0,07	12	0,04	35	0,11	32	0,10	24	0,08	256	0,82	427	1,40
Acidentes de Transporte	218	0,69	390	1,24	576	1,83	646	2,06	584	1,86	609	1,94	600	1,91	505	1,61	621	1,98	386	1,23	4526	16,35
Outras Causas Externas de Lesões Acidentais	462	1,47	482	1,53	1120	3,57	1131	3,60	1569	5,00	1556	4,95	2065	6,58	2749	8,75	3031	9,65	2552	8,13	15161	53,23
Lesões autoprovocadas voluntariamente	4	0,01	2	0,01	1	0,00	11	0,04	12	0,04	14	0,04	38	0,12	33	0,11	24	0,08	3	0,01	128	0,45
Agressões	19	0,06	48	0,15	42	0,13	114	0,36	115	0,37	99	0,32	85	0,27	88	0,28	51	0,16	72	0,23	634	2,33
Eventos cuja inten.é indet.	33	0,11	39	0,12	59	0,19	57	0,18	67	0,21	79	0,25	95	0,30	131	0,42	161	0,51	230	0,73	872	3,03
Intervenções legais	0	0,00	0	0,00	2	0,01	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,01
Complicações de assist.med/cirur.	15	0,05	17	0,05	13	0,04	17	0,05	12	0,04	6	0,02	17	0,05	13	0,04	12	0,04	31	0,10	147	0,49
Seque Causas Externas morb/mort	8	0,03	4	0,01	5	0,02	4	0,01	1	0,00	6	0,02	9	0,03	15	0,05	12	0,04	3	0,01	61	0,21
Fatores suple. rel causas morb e mort class outra parte	611	1,95	667	2,12	418	1,33	545	1,74	612	1,95	606	1,93	863	2,75	842	2,68	890	2,83	1011	3,22	6459	22,50
Tipos de Acidente																						
Ign/Branco	116	0,37	248	0,79	192	0,61	321	1,02	457	1,46	386	1,23	439	1,40	605	1,93	500	1,59	808	2,57	4072	12,97
Típico	994	3,17	1021	3,25	1637	5,21	1765	5,62	2024	6,45	2053	6,54	2809	8,94	3350	10,67	3788	12,06	3360	10,70	22801	72,61
Trajeteto	266	0,85	402	1,28	420	1,34	455	1,45	514	1,64	548	1,75	559	1,78	453	1,44	537	1,71	377	1,20	4531	14,43
Evolução do Caso																						
Ign/Branco	202	0,64	474	1,51	592	1,89	464	1,48	904	2,88	1013	3,23	511	1,63	650	2,07	887	2,82	825	2,63	6522	20,77
Cura	368	1,17	343	1,09	366	1,17	613	1,95	676	2,15	413	1,32	653	2,08	734	2,34	820	2,61	1305	4,16	6291	20,03
Incapacidade Temporária	643	2,05	634	2,02	942	3,00	966	3,08	913	2,91	821	2,61	1124	3,58	1035	3,30	1205	3,84	992	3,16	9275	29,53
Incapacidade parcial permanente	84	0,27	90	0,29	219	0,70	329	1,05	367	1,17	565	1,80	1357	4,32	1779	5,66	1670	5,32	1208	3,85	7668	24,42
Incapacidade total permanente	10	0,03	19	0,06	25	0,08	30	0,10	16	0,05	17	0,05	24	0,08	33	0,11	25	0,08	14	0,04	213	0,68
Óbito pelo acidente	52	0,17	88	0,28	83	0,26	111	0,35	95	0,30	117	0,37	91	0,29	116	0,37	136	0,43	135	0,43	1024	3,26
Óbito por outras causas	0	0,00	2	0,01	7	0,02	3	0,01	5	0,02	24	0,08	1	0,00	4	0,01	3	0,01	7	0,02	56	0,18
Outra	17	0,05	21	0,07	15	0,05	25	0,08	19	0,06	17	0,05	46	0,15	57	0,18	79	0,25	59	0,19	355	1,13

Fonte: Sesab/Divast/Sinan.

Analisando as circunstâncias mais frequentes segundo categorias da CID-10, verifica-se que as maiores ocorrências são para o contato de trabalhadores com máquinas (9,3%), metais quentes (8,6%) e à exposição a forças mecânicas inanimadas (5%). Das circunstâncias relacionadas ao agrupamento dos acidentes de trânsito, as circunstâncias relacionadas ao uso de moto são as mais frequentes, com destaque os “motociclistas traumatizados em outros acidentes de transporte” (6,1%). Observa-se que, para 20,5% dos casos notificados, houve o registro do Y96 que é o CID que nomeia a ficha de acidente de trabalho e não detalha as circunstâncias dos acidentes. Para os óbitos, circunstâncias relacionadas aos acidentes de trânsito (17,4%), seguidas de exposição à corrente elétrica (6,2%) são as principais causas dos acidentes fatais nesse período (**Tabela 3**).

Tabela 3. Proporção de casos e óbitos de acidente de trabalho notificados no Sinan, segundo principais circunstâncias do acidente (CID). Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404; n=1.080).

CID DA CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE PARA CASOS	N	%
Y96 acidente de trabalho grave	6351	20,6
W31 contato com outras maquinas e com as não especificadas	2894	9,3
X18 contato com outros metais quentes	2681	8,6
W49 exposição a outras forças mecânicas inanimadas e as não espe	1563	5,0
V29 motociclista traumatizado em outros acidentes de transporte	1051	3,4
W10 queda em ou de escadas ou degraus	825	2,7
W20 impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda	706	2,3
W12 queda em ou de um andaime	679	2,2
W27 contato com ferramentas manuais sem motor	673	2,2
Y98 circunstâncias relativas a condições do modo de vida	558	1,8
CID DA CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE PARA ÓBITOS	N	%
Y96 acidente de trabalho grave	151	14,0
W87 exposição a corrente elétrica não especificada	67	6,2
V49 ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em outro acide	59	5,5
V87 acidente de trânsito de tipo especificado, mas sendo desco.	42	3,9
V89 acidente com um veículo a motor ou não-motorizado, tipo(s) d	35	3,2
W20 impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda	33	3,1
V29 motociclista traumatizado em outros acidentes de transporte	29	2,7
W13 queda de ou para fora de edifícios ou outras estruturas	29	2,7
X95 agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arm	29	2,7
V44 ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em colisão com	24	2,2

Fonte: Sesab/Divast/Sinan.

Quanto à ocupação (nível seis de desagregação), trabalhadores do setor secundário da “produção de bens e serviços I e II” (46,5%) são os que mais se acidentam, seguido dos “trabalhadores agropecuários, florestais e da caça” (16,79%) e “trabalhadores de serviços administrativos” (2,53%), mesmo padrão observado para os acidentes fatais, com maior proporção de óbitos para os dois primeiros agrupamentos (46,11% e 17,31%), comparativamente ao número de casos notificados no período. Ainda para esta variável, observa-se que 7,32% dos casos apresentam incompletude. Analisando as ocupações no seu maior nível de desagregação (nível seis), verifica-se que trabalhadores da construção civil, do setor agropecuário e prestadores de serviço são as maiores frequências de acidentes e, as ocupações com maior número de óbitos são os motoristas, com destaque para

motoristas de caminhão (rotas reg/int) (9,81%), trabalhadores agropecuários em geral (9,72%) e pedreiros (8,7%) (**Tabela 4**).

Tabela 4. Número e proporção de casos e óbitos por acidente de trabalho, segundo ocupação nível 1 e principais ocupações nível 6. Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404/1.080).

OCUPAÇÃO		CASOS		ÓBITOS	
Nível 1		Nº	%	Nº	%
0- Forças armadas, policiais, bombeiros militares		93	0,3	13	1,2
1- Membros superiores do poder público, dirigentes		272	0,87	32	2,96
2- Profissionais das ciências e das artes		787	2,51	34	3,15
3- Técnicos de nível médio		1530	4,87	48	4,44
4- Trabalhadores de serviços administrativos		796	2,53	21	1,94
5- Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio		4059	12,93	133	12,31
6- Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça		5272	16,79	187	17,31
7- Trabalhadores de produção de bens e serviços (I)		12753	40,61	498	46,11
8- Trabalhadores de produção de bens e serviços (II)		1866	5,94	30	2,78
9- Trabalhadores de manutenção e reparação		1050	3,34	41	3,8
Ocupações especiais (estudantes)		300	0,96	11	1,02
Ocupações especiais (dona de casa)		98	0,31	4	0,37
Ocupações especiais (aposentado/pensionista)		72	0,23	3	0,28
Desempregado crônico		158	0,5	6	0,56
Não informado, não se aplica		2298	0,732	19	1,76
OCUPAÇÃO		CASOS		ÓBITOS	
Nível 6		Nº	%		
Pedreiro		3165		10,08	
Trabalhador agropecuário em geral		2627		8,37	
Soldador		2438		7,76	
Ignorada		1926		6,13	
Trabalhador volante da agricultura		1072		3,41	
Mestre (construção civil)		811		2,58	
Operador de máquinas fixas, em geral		711		2,26	
Marceneiro		586		1,87	
Técnico de enfermagem		579		1,84	
Servente de obras		557		1,77	
Motociclista no transporte de documentos e pequenos volumes		546		1,74	
Mecânico manutenção autom/motoc e veic similar		485		1,54	
Motorista de caminhão (rotas regionais e internacionais)		479		1,53	
Carpinteiro		471		1,5	
Cozinheiro geral		413		1,32	
OCUPAÇÃO		CASOS		ÓBITOS	
Nível 6		Nº	%		
Motorista de caminhão (rotas regionais e internacionais)		106		9,81	
Trabalhador agropecuário em geral		105		9,72	
Pedreiro		94		8,7	
Servente de obras		30		2,78	
Eletricista de instalações		30		2,78	
Trabalhador volante da agricultura		28		2,59	
Motociclista no transporte de documentos e pequenos volumes		28		2,59	
Motorista de carro de passeio		24		2,22	
Motorista de taxi		20		1,85	
Comerciante varejista		18		1,67	
Vendedor ambulante		17		1,57	
Mecânico manutenção autom/motoc e veic similar		15		1,39	
Motorista de furgão ou similar		15		1,39	
Tratorista agrícola		13		1,2	
Ajudante de motorista		12		1,11	

Fonte: Sesab/Divast/Sinan.

Com relação ao perfil epidemiológico de crianças e adolescentes em situação de trabalho, destaca-se que na Bahia, no período de 2015 a 2022, foram notificados no Sinan, respectivamente, 431 casos de trabalho infantil na ficha de violência interpessoal/autoprovocada e 592 casos de acidentes na ficha de acidente de trabalho, para crianças e adolescentes na faixa etária de 5 a 17 anos. Observa-se, nesse sistema, uma tendência crescente para a notificação de casos de acidente de trabalho e comportamento errático da curva de casos de trabalho infantil, com exceção apenas para o ano de 2019 (**Gráfico 32**). Sabe-se que o trabalho infantil é um fenômeno ainda muito subnotificado, inclusive pela sua naturalização na nossa sociedade, sendo necessários investimentos nas áreas de educação popular e educação permanente em saúde, entre as estratégias para seu enfrentamento.

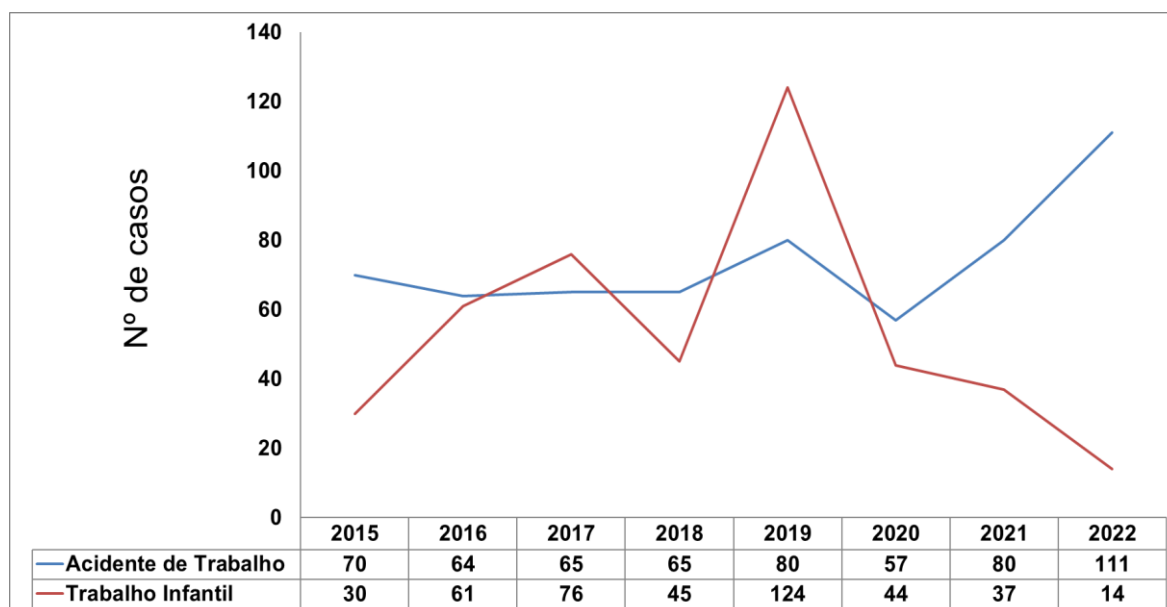


Gráfico 32. Número de casos de trabalho infantil e acidentes de trabalho notificados no Sinan. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Divast/Sinan.

2.3

Análise da Situação de Saúde |

Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

Plano Estadual de
Ações Estratégicas

Enfrentamento das
Doenças Crônicas
e Agravos
não Transmissíveis

Plano DANT 2022-2030

2.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

2.3.1 Grupo das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis

As DCNT constituem o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco e ou ao acesso restrito as informações e aos serviços de saúde¹⁵.

O indicador de carga global de doenças (CGD) tem sido utilizado para avaliar o “peso” de doenças específicas em uma população, também, como proxy das iniquidades em saúde e de grupos em situação de vulnerabilidade. Consoante à **Figura 5**, é possível identificar que para a Bahia em 2022 destacaram-se enquanto carga global de doenças (principais causas de óbito): as crônicas não transmissíveis com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes e neoplasias e as nas causas externas as agressões/homicídios.

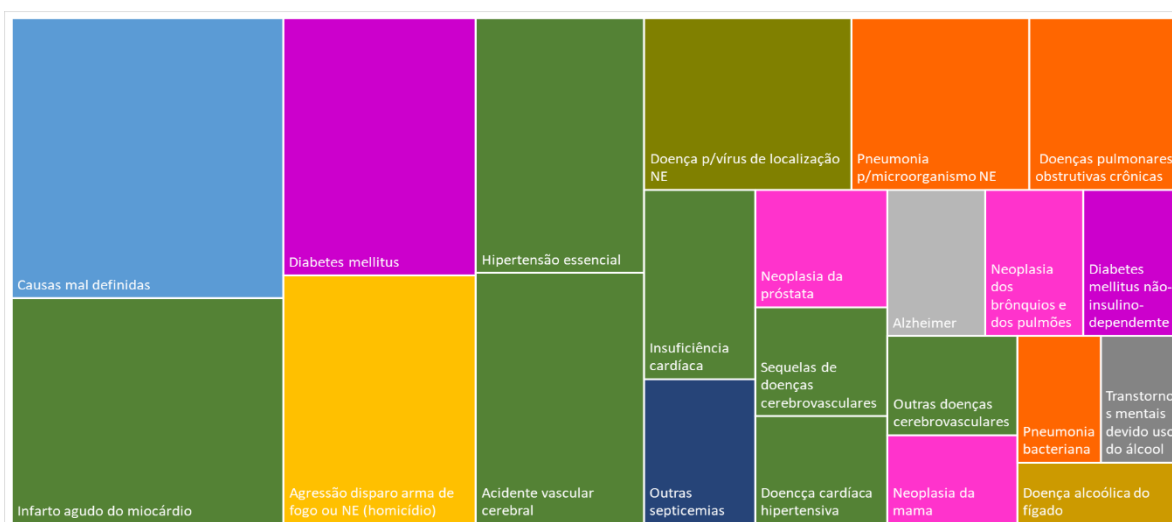


Figura 5. Carga global de doenças (CGD). Bahia, 2022.

Fonte: Sesab/Divep/SIM. Dados acessados em 21/12/2023.

As DCNT são responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura¹⁵. No Brasil em 2019, foram registrados 738.371 óbitos por DCNT; destes, 41,8% (n=308.511) ocorreram prematuramente, ou seja, entre 30 e 69 anos de idade, perfazendo uma taxa padronizada de mortalidade de 275,5 óbitos prematuros a cada 100 mil habitantes. Na Bahia, no mesmo ano o total de óbitos por DCNT foi de 46.418 destes 40,0% (18.582) na faixa etária dos 30 a 69 anos; e a taxa

padronizada da mortalidade prematura neste ano alcançou 301,2/100.000 habitantes, sendo assim superior à registrada no país (**Gráfico 33**).

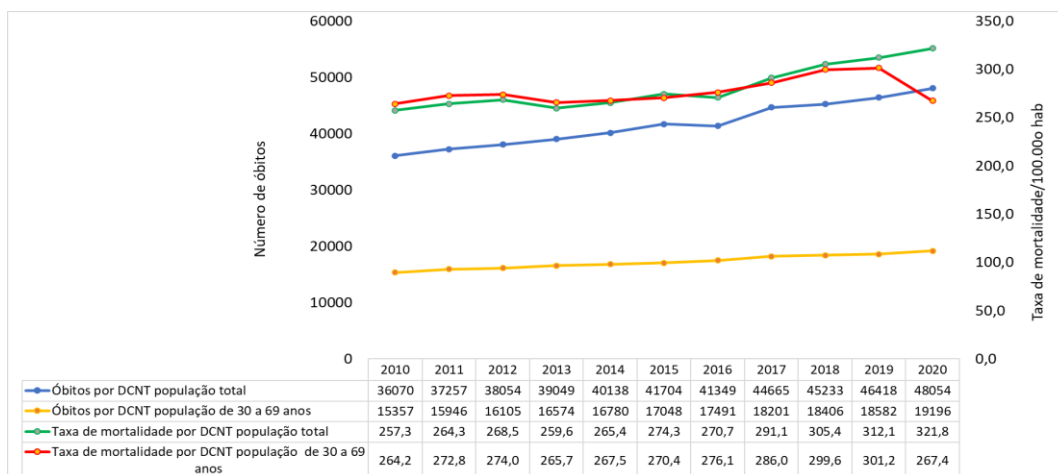


Gráfico 33. Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) e taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Bahia 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM e IBGE. Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022.

DCNT (Doenças do aparelho circulatório – I00 a I99, Doenças respiratórias crônicas – J30 a J98 (exceto J36), Diabetes Mellitus E10 a E14, Neoplasias malignas C00 a C97).

A desagregação da taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT padronizada segundo a macrorregião de residência demonstra que no período de 2010 a 2020, as macrorregiões Leste, Extremo Sul e Sul apresentaram taxas superiores à do estado, comportamento também observado na Centro Norte a partir de 2015. As menores taxas foram registradas pela macrorregião Oeste, contudo, essa apresentou tendência de aumento durante toda série histórica analisada, com maior incremento entre 2018 e 2019. De modo geral as taxas apresentaram tendência de redução em todas as macrorregiões entre 2019 e 2020 (**Gráfico 34**).

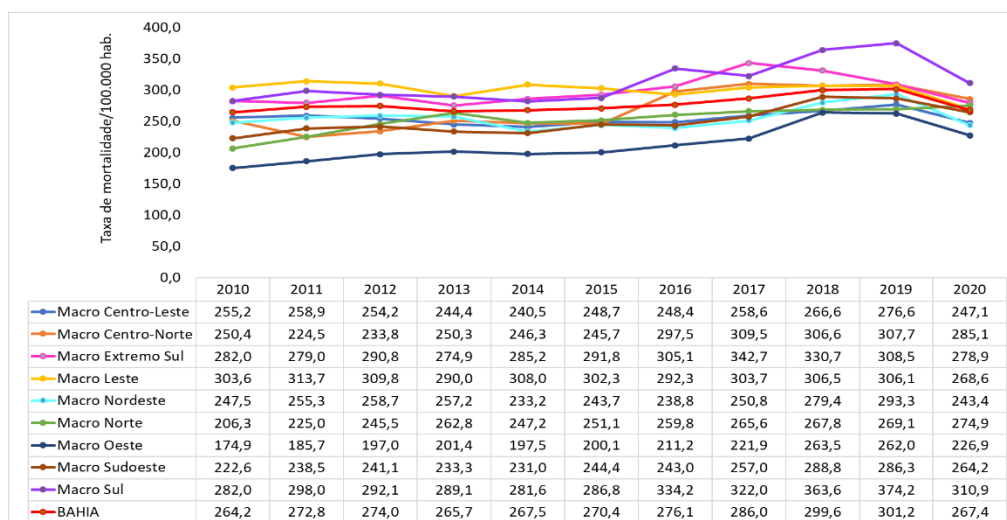


Gráfico 34. Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo macrorregião de residência. Bahia 2010-2020. Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/ SIM e IBGE. Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022 DCNT (Doenças do aparelho circulatório – I00 a I99, Doenças respiratórias crônicas – J30 a J98 (exceto J36), Diabetes Mellitus E10 a E14, Neoplasias malignas C00 a C97).

O indicador de monitoramento das DCNT guarda uma relação com recorte populacional, onde para municípios com população maior ou igual a 100.000 habitantes é calculada a taxa de mortalidade e para os com população menor que 100.000 habitantes é considerado o número de óbitos pelas referidas doenças. É importante conhecer a evolução deste indicador em cada território, considerando as suas divisões e, as desagregações possíveis, de modo a conhecer o perfil epidemiológico que subsidiará a implementação das ações voltadas a promoção da saúde, a prevenção das DCNT e de suas complicações.

Observa-se que na série histórica 2010-2020 o número de óbitos prematuros e a taxa de mortalidade padronizada prematura para as DCNT foram superiores para indivíduos do sexo masculino quando comparada às pessoas do sexo feminino e a população total (**Gráfico 35**).

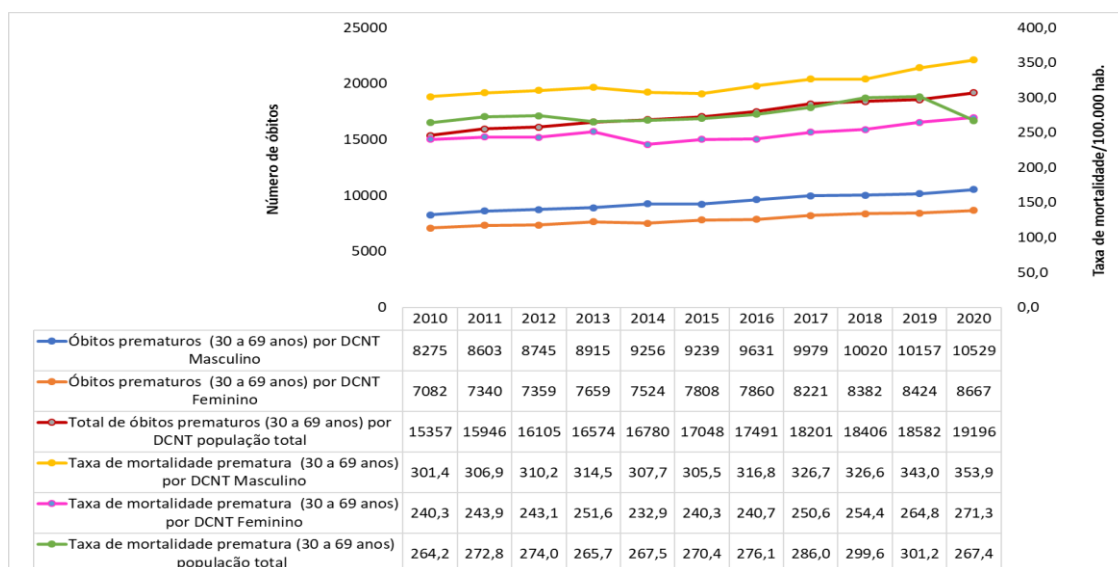


Gráfico 35. Número de óbitos e taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo o sexo. Bahia 2010-2020

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM e IBGE. Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022

DCNT (Doenças do aparelho circulatório – I00 a I99, Doenças respiratórias crônicas – J30 a J98 (exceto J36), Diabetes Mellitus E10 a E14, Neoplasias malignas C00 a C97)

Dada a heterogeneidade dos territórios, faz-se importante a análise por macrorregiões de saúde a fim de identificar suas peculiaridades. A evolução da taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por DCNT por macrorregião, no período de 2015 a 2021, está representada no **Quadro 13**. Ao analisar o perfil epidemiológico das DCNT no panorama das macrorregiões de saúde observa-se similaridade com seu comportamento em nível estadual. Em todas elas, identificam-se as doenças do aparelho circulatório como primeira causa de mortalidade prematura, seguidas das neoplasias.

Quadro 13. Taxa de mortalidade prematura padronizada pelos quatro principais grupos de DCNT* na população de 30 a 69 anos por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2021**.

DAC - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS)							
Macrorregião de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Centro-Leste	114,55	107,93	112,53	118,37	121,49	109,26	108,76
Centro-Norte	122,24	149,68	150,79	155,05	150,87	137,57	136,30
Extremo Sul	140,66	156,28	167,04	163,81	145,63	136,03	147,64
Leste	132,49	124,08	126,15	126,37	124,61	110,48	110,77
Nordeste	118,85	110,09	113,98	124,62	135,14	105,79	103,20
Norte	122,66	127,27	132,11	137,92	130,33	129,64	146,68
Oeste	106,93	114,19	117,45	141,55	136,40	118,58	115,48
Sudoeste	118,64	108,88	120,80	129,48	132,29	121,35	124,86
Sul	126,65	146,38	137,64	163,52	161,03	141,78	148,49
BAHIA	124,86	124,42	127,72	134,73	133,09	119,20	121,69
NEO - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS)							
Macrorregião de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Centro-Leste	85,50	88,49	92,61	92,78	102,53	90,73	85,55
Centro-Norte	76,51	101,10	103,55	96,23	98,49	95,68	93,93
Extremo Sul	95,58	91,26	110,18	107,68	101,43	85,97	105,97
Leste	113,46	119,85	124,82	126,28	129,38	110,15	105,93
Nordeste	73,82	79,89	83,79	98,58	98,44	80,65	81,87
Norte	84,30	85,68	89,36	89,90	91,18	93,54	94,59
Oeste	62,40	63,50	68,08	81,12	87,51	68,96	77,53
Sudoeste	83,00	88,58	93,18	115,51	109,40	103,32	101,82
Sul	89,29	100,98	100,13	110,20	125,40	94,38	101,99
BAHIA	93,33	99,41	103,98	109,35	112,95	97,60	97,63
DM - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS)							
Macrorregião de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Centro-Leste	32,45	32,34	32,98	32,69	28,60	31,90	31,69
Centro-Norte	29,57	28,84	35,43	33,97	35,76	35,14	39,95
Extremo Sul	41,18	36,68	39,69	36,30	36,33	39,05	40,36
Leste	31,95	26,90	33,83	29,75	29,82	32,35	29,49
Nordeste	34,77	33,31	36,11	37,44	35,24	37,83	34,24
Norte	25,04	27,65	27,74	23,77	27,89	35,90	33,50
Oeste	15,67	18,26	23,06	25,18	23,34	26,09	26,61
Sudoeste	24,75	25,94	28,56	27,66	25,96	27,11	28,77
Sul	51,19	55,57	61,73	56,73	54,30	48,58	53,51
BAHIA	32,37	31,19	35,55	33,10	32,19	34,07	33,73
DRC - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS)							
Macrorregião de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Centro-Leste	16,22	19,66	20,46	22,89	23,89	15,57	15,13
Centro-Norte	17,38	17,91	19,68	21,39	22,58	18,92	21,59
Extremo Sul	14,43	20,88	25,77	22,88	26,04	17,82	21,09
Leste	24,41	21,48	18,86	24,14	22,34	15,37	14,63
Nordeste	16,25	15,53	16,93	18,72	24,76	20,16	16,37
Norte	19,06	19,19	16,37	16,24	20,16	15,79	14,50
Oeste	15,12	15,26	13,29	15,67	14,72	13,51	11,80
Sudoeste	18,02	19,62	14,48	16,20	18,84	12,54	10,86
Sul	19,71	31,25	22,45	33,32	33,61	26,27	20,80
BAHIA	19,81	21,06	18,80	22,51	23,11	16,73	15,53

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM/IBGE/Datasus.

DCNT* = CID-10: I00-I99(doenças cardiovasculares), C00-C97 (neoplasias), E10-E14(diabetes) e J30-J98 (doença respiratória crônica, exceto J-36).

Dados preliminares, acessados em 10/03/2023, sujeitos a alterações.

Ao se analisar o comportamento da mortalidade pelas quatro principais DCNT no estado, de acordo com a população considerada prematura (30 a 69 anos) e com a população total, é possível observar que, em ambos os recortes populacionais as

doenças do aparelho circulatório (DAC) e as neoplasias figuram com primeira e segunda causas respectivamente no período 2010-2020, nota-se ainda, a tendência de crescimento sustentado a partir de 2016 das doenças do aparelho circulatório. Segundo dados da OMS a mortalidade por neoplasias tem crescido mundialmente e em muitos países já ocupa o segundo lugar como causa de morte¹⁵. As doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus apresentam comportamentos similares, pouca flutuação ao longo da série histórica, para ambos os grupos (**Gráfico 36**).

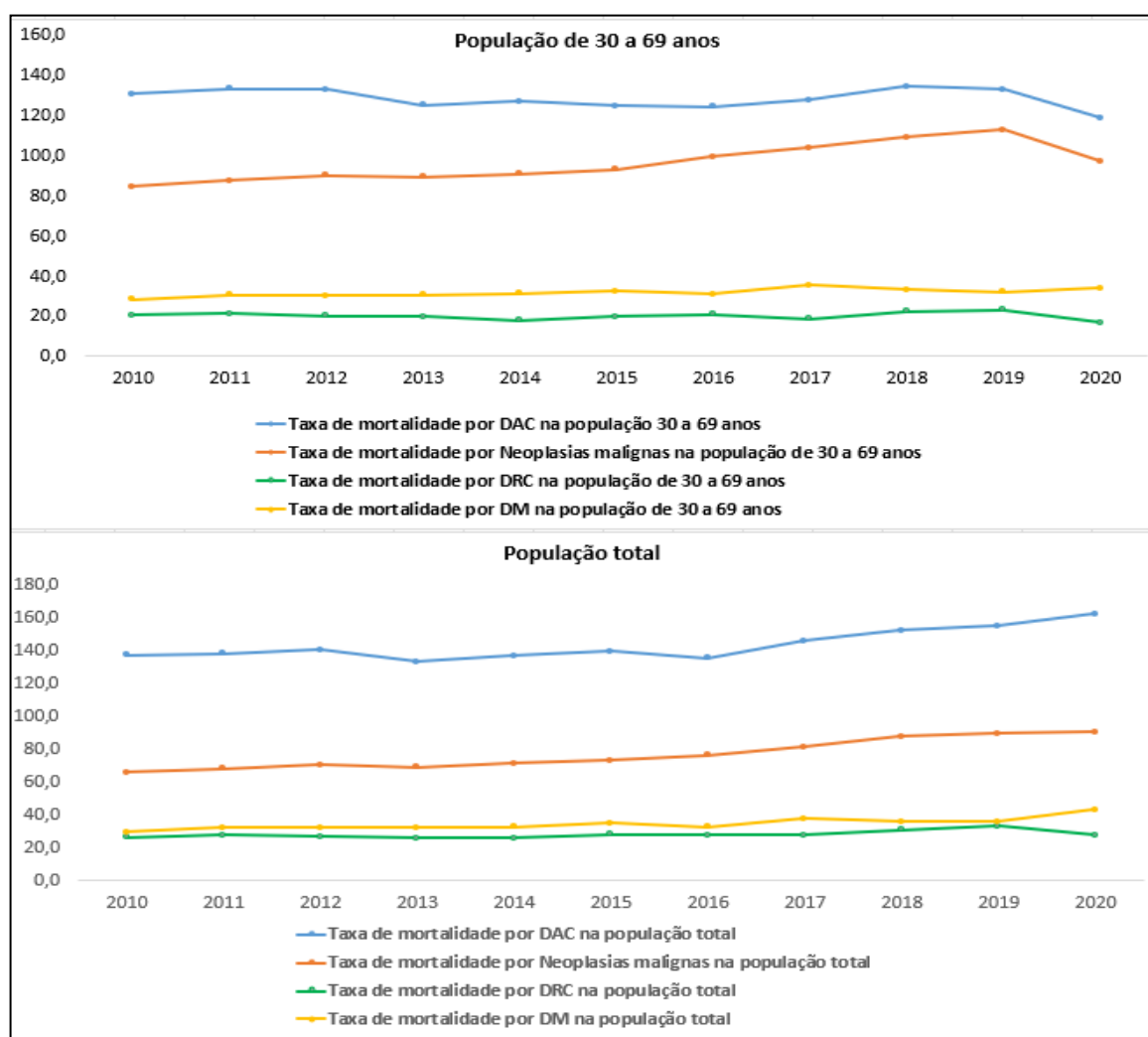


Gráfico 36. Taxa de mortalidade padronizada pelos quatro principais grupos das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população de 30 a 69 anos e na população total. Bahia, 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/ SIM e IBGE.

Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022.

DCNT (Doenças do aparelho circulatório – I00 a I99, Doenças respiratórias crônicas – J30 a J98 (exceto J36), Diabetes Mellitus E10 a E14, Neoplasias malignas C00 a C97).

No contexto do estado a desagregação dos óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelas quatro principais DCNT segundo as causas 3 dígitos/CID 10 e o sexo, evidencia-se que não existem diferenças entre o ranking das cinco principais causas de morte entre indivíduos do sexo masculino e feminino para as doenças do aparelho circulatório e o diabetes mellitus. Quanto as neoplasias a primeira e segunda causas no sexo masculino foram os cânceres de brônquios e pulmões e o de estômago respectivamente; para o feminino os cânceres de mama e o de colo de útero ocuparam as referidas posições. Já para as doenças respiratórias crônicas a única alteração é na quinta posição do ranking, onde para o sexo masculino foi pneumonite devido a sólidos e líquidos e para o feminino foi asma (**Quadro 14**).

Quadro 14. Ranking dos óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelas causas 3 dígitos das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo o sexo. Bahia, 2010-2020.

Ranking	Neoplasias malignas	Doenças do aparelho circulatório	Doenças respiratórias crônicas	Diabetes mellitus
Masculino				
1º	Neoplasia dos brônquios e pulmões	Infarto agudo do miocárdio	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	Diabetes mellitus
2º	Neoplasia do estômago	Acidente vascular cerebral	Outros transtornos respiratórios	Diabetes mellitus não insulino dependente
3º	Neoplasia do esôfago	Hipertensão arterial	Insuficiência respiratória	Diabetes mellitus insulino dependente
4º	Neoplasia da próstata	Insuficiência cardíaca	Edema pulmonar não especificado	Diabetes mellitus relacionada com desnutrição
5º	Neoplasia de fígado e vias biliares	Hemorragia intracerebral	Pneumonite devido a sólidos e líquidos	Outros tipos espec. de diabetes mellitus
Feminino				
1º	Neoplasia da mama	Infarto agudo do miocárdio	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	Diabetes mellitus
2º	Neoplasia do colo do útero	Acidente vascular cerebral	Outros transtornos respiratórios	Diabetes mellitus não insulino dependente
3º	Neoplasia dos brônquios e pulmões	Hipertensão arterial	Insuficiência respiratória	Diabetes mellitus insulino dependente
4º	Neoplasia do estômago	Insuficiência cardíaca	Edema pulmonar não especificado	Diabetes mellitus relacionada com desnutrição
5º	Neoplasia do ovário	Hemorragia intracerebral	Asma	Outros tipos espec. de diabetes mellitus

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/ SIM e IBGE.

Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022.

DCNT (Doenças do aparelho circulatório – I00 a I99, Doenças respiratórias crônicas – J30 a J98 (exceto J36), Diabetes Mellitus E10 a E14, Neoplasias malignas C00 a C97).

Em relação à análise do perfil epidemiológico sobre as DCNT nos povos indígenas dos territórios de abrangência do DSEI-BA, foi realizado um levantamento de acordo com os capítulos da CID 10, sendo registrados 388 óbitos no período de 2017 – 2021 no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi).

As principais causas de morte nessa população foram as doenças do aparelho circulatório, representando 18,7% do total de óbitos, seguida das causas externas (11,55%), doenças do aparelho respiratório (10,07%) e neoplasias (7,62%).

Cabe destacar que 27,03% dos óbitos no período analisado estão classificados como causa mal definida. Em relação à proporção da ocorrência de óbitos por polo base observa-se que o polo que mais informou os óbitos foi Ilhéus com 18,43%, seguido por Paulo Afonso (17,20%), Porto Seguro (15,72%), Pau Brasil (13,76%) e Ribeira do Pombal (12,04%).

A organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) é de fundamental importância para assegurar a atenção integral as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, neste sentido, a DAB, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), vem implementando a planificação da atenção saúde, uma proposta de organização da atenção primária à saúde em rede com a atenção ambulatorial especializada, que fortalece o papel da atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS.

As linhas de cuidado priorizadas foram a da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes mellitus (DM), com foco nos seguintes objetivos: reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes; reduzir a prevalência de fatores de risco para doenças do aparelho circulatório e diabetes; alcançar o controle metabólico dos hipertensos e diabéticos, reduzindo as complicações decorrentes do controle inadequado; melhorar a qualidade do cuidado do usuário com hipertensão e diabetes. Atualmente a planificação vem acontecendo nas regiões consorciadas de Simões Filho e Valença.

Para qualificar e ampliar o acesso ao cuidado das pessoas com diabetes, obesidade, disfunção tireoidiana e outras endocrinopatias, foi implantado em agosto de 2020 o serviço de teleconsultoria entre a atenção básica e o Centro de Endocrinologia do Estado da Bahia (Cedebe) “Projeto TeleCedebe: O Cedebe mais perto de você! ”. Através da teleconsultoria solicitada pelo profissional da atenção básica, os especialistas respondem regularmente às demandas e caso sejam confirmados critérios de matrícula,

conforme os protocolos clínicos, os pacientes são contatados pela equipe do Cedeba para agendamento da consulta inicial presencial ou por meio de teleatendimento. Quando não forem evidenciados critérios para o seguimento do paciente no centro de referência, os profissionais do Cedeba podem sugerir condutas e/ou ajustes da terapia aos colegas da APS por meio da plataforma do telessaúde.

2.3.2 Diabetes mellitus

A desagregação da taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por diabetes, segundo o sexo e a macrorregião de saúde de residência, demonstra que em 2021, no estado, a taxa foi de 30,83/100 mil habitantes para pessoas do sexo feminino e as macrorregiões com maiores taxas foram a Sul (47,07/100 mil hab.) e a Extremo Sul (46,44/100 mil hab.). Para o sexo masculino, a taxa estadual foi de 36,92/100 mil habitantes, superior à do sexo feminino em 20%. As macrorregiões com maiores taxas para o sexo masculino foram a Sul (60,43/100 mil hab.) e a Centro-Norte (40,61/100 mil hab.) (Quadro 15).

Quadro 15. Taxa de mortalidade padronizada por diabetes mellitus segundo sexo e macrorregião de residência. Bahia, 2015-2022.

TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS) POR DIABETES MELLITUS - FEMININO							
Macrorregião de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Centro-Leste	27,15	29,20	29,26	26,84	27,37	28,91	29,17
Centro-Norte	26,63	33,75	37,28	33,10	33,66	23,93	39,30
Extremo Sul	45,57	38,07	37,82	32,25	34,44	40,58	46,44
Leste	28,90	22,45	28,67	25,70	26,91	30,94	25,13
Nordeste	35,01	31,94	35,76	38,21	38,06	36,65	34,13
Norte	22,68	26,16	24,25	21,85	30,07	29,60	31,07
Oeste	16,40	19,05	26,24	28,22	24,65	27,92	25,39
Sudoeste	25,25	26,81	29,40	30,07	25,09	24,37	26,22
Sul	50,89	52,12	60,98	51,50	50,49	43,60	47,07
BAHIA	30,56	29,05	33,08	30,30	30,62	31,42	30,83
TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS) POR DIABETES MELLITUS - MASCULINO							
Macrorregião de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Centro-Leste	38,20	35,73	37,01	39,05	29,95	35,20	34,47
Centro-Norte	32,55	23,86	33,54	34,21	37,88	46,71	40,61
Extremo Sul	36,76	35,29	41,57	40,37	38,24	37,46	34,02
Leste	35,49	32,07	39,82	34,44	33,19	34,05	34,72
Nordeste	34,52	34,75	36,49	36,63	32,27	39,09	34,35
Norte	27,46	29,18	31,32	25,74	25,66	42,53	36,07
Oeste	14,98	17,51	20,05	22,30	22,10	24,32	27,80
Sudoeste	24,24	25,05	27,69	25,18	26,84	29,97	31,41
Sul	51,50	59,15	62,51	62,14	58,24	53,92	60,43
BAHIA	34,31	33,49	38,20	36,06	33,88	37,00	36,92

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/ SIM e IBGE.

Dados preliminares, acessados em 10/03/2023, sujeitos à alteração.

Os indivíduos acometidos pela *diabetes mellitus*, uma das DCNT, podem apresentar ao longo do tempo algumas complicações, dentre as mais frequentes está a complicação nos membros inferiores (“pé diabético”), que em algumas situações ocasiona internação e óbito de usuários diabéticos.

As internações por amputação do pé/tarso e membros inferiores vêm crescendo nos últimos dez anos no Brasil. Em 2021, representaram 9% das causas de internação decorrente de complicações do *diabetes mellitus*. Para a Bahia, esse indicador está em torno de 60%, excluindo-se os dados de 2022, por serem preliminares. Essa complicação do diabetes é uma das mais graves, de maior impacto socioeconômico e mais frequente na população. As macrorregiões que registraram maiores proporções de amputação foram Nordeste, Centro-Norte e Centro-Leste, superando a alcançada pelo estado (Tabela 5).

Tabela 5. Proporção de amputação do pé/tarso e membros inferiores, decorrente de complicações de *diabetes mellitus*, por macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015- 2022*.

Macrorregião de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	22,2	47,9	37,2	56,7	66,5	114,5	74,2	37,4
Centro-Norte	97,6	53,8	25,4	48,3	39,1	61,5	77,2	64,2
Extremo Sul	24,4	16,5	15,5	25,6	20,2	49,5	37,8	26,3
Leste	45,1	61,4	56,6	47,0	43,3	75,3	74,1	64,2
Nordeste	14,3	50,0	51,1	90,4	67,8	122,5	98,6	46,4
Norte	56,6	50,7	67,6	94,0	59,9	58,3	57,1	86,5
Oeste	10,8	16,2	18,5	27,3	26,2	47,8	58,3	37,8
Sudoeste	89,9	52,3	54,3	72,9	53,2	68,5	49,0	29,4
Sul	24,3	29,7	30,0	15,7	13,2	16,5	26,9	17,6
Bahia	39,7	45,9	44,0	49,6	42,5	65,2	59,5	43,5

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/ Coass – SIH/SUS. *Informações preliminares.

Acessadas em 04/04/2023.

Código do procedimento/SIGTAP 0408050020

Em resposta a esta situação, a Sesab, por meio das Diretorias de Atenção Básica (DAB) e Atenção Especializada (DAE) e em parceria com outras áreas da Secretaria, vem implementando o Projeto “Sala do pé diabético” que objetiva a formação de profissionais e a incorporação de tecnologias voltadas à prevenção e o controle de “feridas complexas”, consequentemente a redução das amputações por esta causa. O projeto inclui o curso na modalidade EAD: “Prevenção, Manejo, e Reabilitação das

Lesões de Pé em Usuários Portadores de Diabetes” e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visam a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado sobre o paciente diabético com foco à inspeção e cuidado do pé.

Aos municípios que concluírem o curso e tiverem aderido à Resolução CIB nº140/2018, são distribuídos o kit composto por: mesa fixa, carro de curativo, esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, monofilamento. Atualmente 193 (46,3%) dos municípios aderiram ao projeto, dos quais 48,0% (93) com população maior que 20 mil habitantes e 52,0% (100) população inferior a 20 mil habitantes. As macrorregiões Sudoeste, Centro Leste e Sul apresentam os maiores números de municípios que aderiram (**Quadro 16**).

Quadro 16. Municípios que aderiam a ação sala de pé diabético/distribuição do kit para prevenção e cuidados segundo a macrorregião. Bahia, 2022.

Macrorregião de saúde	Total municípios	Municípios com adesão	Curso concluído e recebimento do kit em 2019	Curso concluído e aptos para kit em 2021	Não concluíram
Centro- Norte	38	18	13	04	01
Norte	28	15	Sem informação	12	03
Oeste	36	14	Sem informação	06	05
Nordeste	33	18	16	02	00
Extremo Sul	21	04	Sem informação	04	Sem informação
Centro- Leste	72	47	Sem informação	36	11
Sul	68	24	01	19	04
Sudoeste	74	24	01	17	06
Leste	47	29	26	03	Sem informação
TOTAL	417	193	57	103	30

Fonte: Sesab/Sais/DAB.

2.3.3 Hipertensão arterial

Como DCNT de alta prevalência no estado e importante fator de risco associado às doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica responde por elevado número de internações e óbitos. No período de 2015 a 2023, foram internados 50.267 indivíduos por hipertensão arterial. Dados do SIM revelam que na série histórica de 2015 a 2021 foram a óbito por essa causa 21.903 baianos. Já por infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, dois dos desfechos mais frequentes decorrentes da hipertensão arterial não diagnosticada, não controlada ou inadequadamente tratada, morreram 41.544 e 30.181 indivíduos respectivamente (**Quadro 17**).

Quadro 17. Número de óbitos por hipertensão arterial essencial, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2021.

Macrorregião de saúde	Hipertensão essencial	Infarto agudo do miocárdio	Acidente vascular cerebral
Centro-Leste	3.822	5.437	5.008
Centro-Norte	1.362	3.059	2.272
Extremo Sul	1.177	2.724	1.856
Leste	4.965	10.185	7.035
Nordeste	1.655	2.204	1.709
Norte	1.700	3.808	2.679
Oeste	988	2.742	1.848
Sudoeste	2.981	6.596	3.934
Sul	3.253	4.789	3.840
Bahia	21.903	41.544	30.181

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM. Dados acessados em 09/07/2023.

As taxas de mortalidade por infarto agudo do miocárdio e hipertensão arterial apresentam tendência de elevação sustentada no período de 2015 a 2021. Já a taxa de mortalidade por acidente vascular, embora alta, apresenta tendência de estabilidade, com pouca flutuação no mesmo período (**Gráfico 37**).

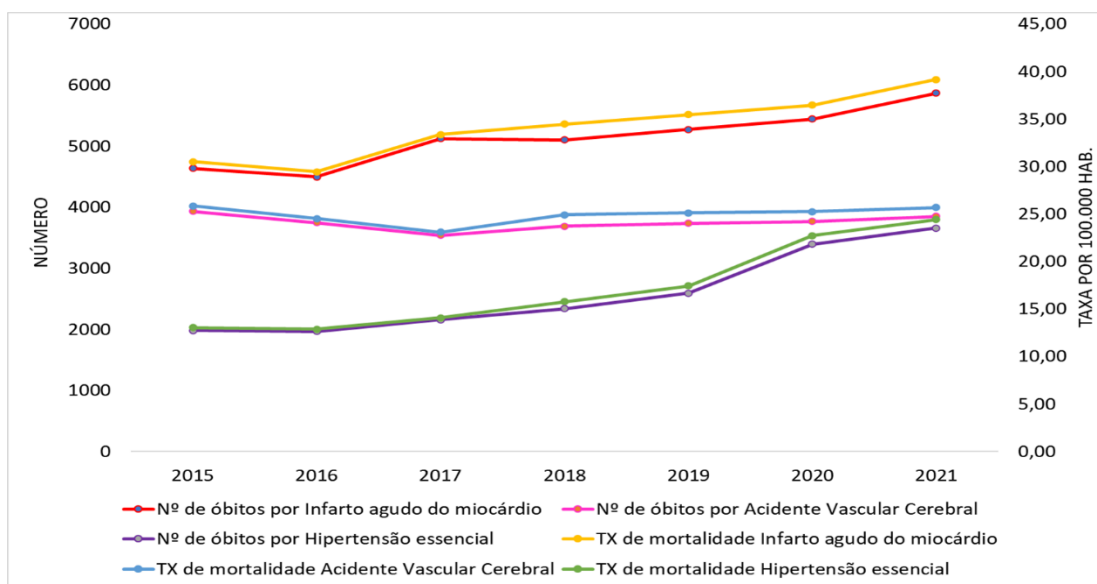


Gráfico 37. Número de óbitos e taxa de mortalidade/100 mil hab. por infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial essencial. Bahia, 2015-2021.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM e IBGE. Dados acessados em 09/07/2023.

2.3.4 Neoplasias

A análise da evolução do número de óbitos por neoplasias no período 2010-2020 demonstra que para as pessoas do sexo feminino as mortes por neoplasias de mama foram duas vezes maiores que a do colo do útero e para o masculino as neoplasias de brônquios e pulmões, que figuraram como primeiro lugar no ranking, apresentaram pouca variação em relação as do estômago. As neoplasias de mama tiveram um incremento de 51,0% passando de 484 em 2010 para 731 em 2020, para as neoplasias de brônquios e pulmões no sexo masculino o incremento foi de 31,0% passando de 266 em 2010 para 348 em 2020 (**Gráfico 38**).



Gráfico 38. Evolução do número de óbitos do ranking das cinco primeiras neoplasias de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM e IBGE.

Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 – 2022, definia entre as metas aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. Com a publicação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (Plano DANT) 2021-2030¹⁵, no qual consta balanço das metas do Plano 2011-2022, foi excluído o monitoramento da meta “Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer”, por não haver dados nacionais disponíveis. Em contrapartida foi definido o monitoramento do aumento da cobertura de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos últimos dois anos para 70% e a meta de reduzir em 10% a mortalidade prematura por câncer de mama.

Ao analisar a série histórica da razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos, na Bahia (**Gráfico 39**), verifica-se uma elevação até o ano 2017, apresentando queda no indicador a partir de 2018; para 2020 essa razão foi de 0,14, em cuja análise deve-se considerar o início da pandemia do coronavírus e os impactos negativos na realização de procedimentos eletivos. Em 2021, a razão do indicador no estado foi de 0,25, podendo denotar retomada gradual das ações de rastreamento por mamografia para a faixa etária definida.

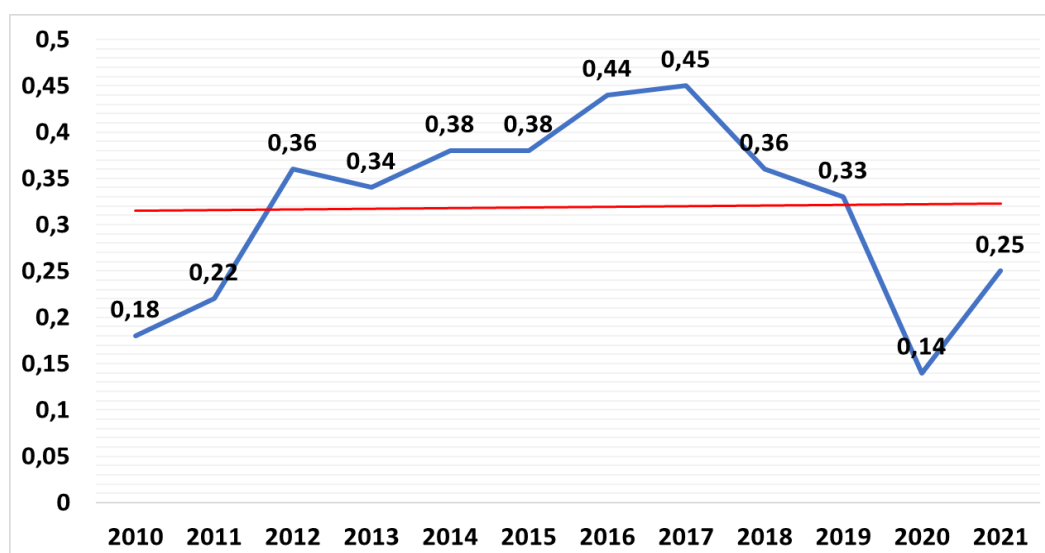


Gráfico 39. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 segundo o ano. Bahia, 2010-2021*
Fonte: MS/Datasus-SIASUS; Sesab/Suvisa/Divep/Coass
Dados acessados em 17.03.2022

Ao analisar comparativamente as razões de mamografias por macrorregião de saúde entre 2019, 2020 e 2021 verificamos que houve uma diminuição em 2020, se comparado a 2019, já em 2021 as razões aumentaram em relação a 2020. Nota-se que, a macrorregião Nordeste apresentou comportamento diferente desta razão com um aumento atípico para o ano pandêmico (passou de 0,16 em 2019 para 0,39 em 2020) e redução de 2020 para 2021 (de 0,39 para 0,07). Considerando que 2020 foi um ano atípico, por conta da pandemia, na presente análise também se comparou às razões de 2021 com as de 2019, sendo observado que as razões apresentadas em 2019 foram superiores às de 2021 nas macrorregiões Extremo Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul, enquanto nas Centro Leste e Centro Norte a situação foi inversa (**Quadro 18**).

Quadro 18. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 segundo macrorregião de residência. Bahia, 2019-2021*

Macrorregião de Saúde	2019	2020	2021
Centro-Leste	0,28	0,22	0,47
Centro-Norte	0,28	0,22	0,47
Extremo Sul	0,83	0,08	0,10
Leste	0,35	0,15	0,21
Nordeste	0,16	0,39	0,07
Norte	0,45	0,11	0,20
Oeste	0,66	0,07	0,09
Sudoeste	0,20	0,09	0,14
Sul	0,22	0,09	0,16

Fonte: Sesab/DAE/CRAE

Considerando a necessidade de promover ações de orientação, detecção e encaminhamento para tratamento precoce do câncer de mama, o estado implantou o Programa Estadual de Rastreamento do Câncer de Mama – Estratégia Itinerante, complementar à Rede de Atenção à Saúde, atuando em ciclos de atenção nas regiões de saúde do estado, priorizando mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos.

A programação das ações da estratégia itinerante é feita a partir dos dados acompanhados pelo indicador da razão de mamografia na faixa etária de 50 a 69 anos

de idade, juntamente com o monitoramento dos resultados apresentados no último período em que a região recebeu a estratégia, sendo priorizados os ciclos de atenção.

O programa tem se mostrado relevante na oferta de rastreamento do câncer de mama no estado, entretanto se faz necessário o entendimento dos gestores locais, de que o programa é ação complementar, não excluindo a necessidade em se manter a oferta dos exames de rastreamento, assim como dos exames de diagnóstico do câncer de mama, de forma regular e contínua observando protocolos, periodicidade e acompanhamento da mulher durante todo o ano.

A prevenção, a assistência e o monitoramento das neoplasias, assim como das DANT, requer que a assistência e a vigilância em saúde planejem e definam estratégias para o enfrentamento, de forma articulada e integrada. Nesta lógica cabe destacar:

- Atenção Primária e Atenção Especializada: desenvolvendo ações conjuntas em ensino, pesquisa e incorporação de tecnologias, tendo a referência da alta complexidade o matriciador da atenção básica;
- Vigilância em Saúde: epidemiologia, sistemas de informação e vigilância sanitária;
- Gestão de Rede: monitoramento e avaliação;
- Instâncias colegiadas: Cosems, CIB e CIRs, Conselhos de Saúde;
- Comunicação: ouvidoria SUS, assessoria de comunicação do estado e dos municípios;
- Judicialização da assistência em oncologia: atuação da gestão quanto à articulação com a justiça referente a informações em saúde.

As linhas de produção de cuidado são ferramentas fundamentais na definição de fluxos e acompanhamento do itinerário terapêutico dos indivíduos que necessitam acessar o sistema de saúde. Consoante a **Figura 6**, observa-se os procedimentos e encaminhamentos por nível de complexidade da assistência às pessoas com câncer de mama. As estratégias de detecção precoce do câncer visam o diagnóstico em fase inicial, resultando em melhor prognóstico e menor morbidade. A publicação revisada das Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, de 2015, estabelece

a mamografia como método para rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher, para a faixa etária entre 50 a 69 anos, a cada dois anos.

LINHA DE PRODUÇÃO DO CUIDADO DO CÂNCER DE MAMA

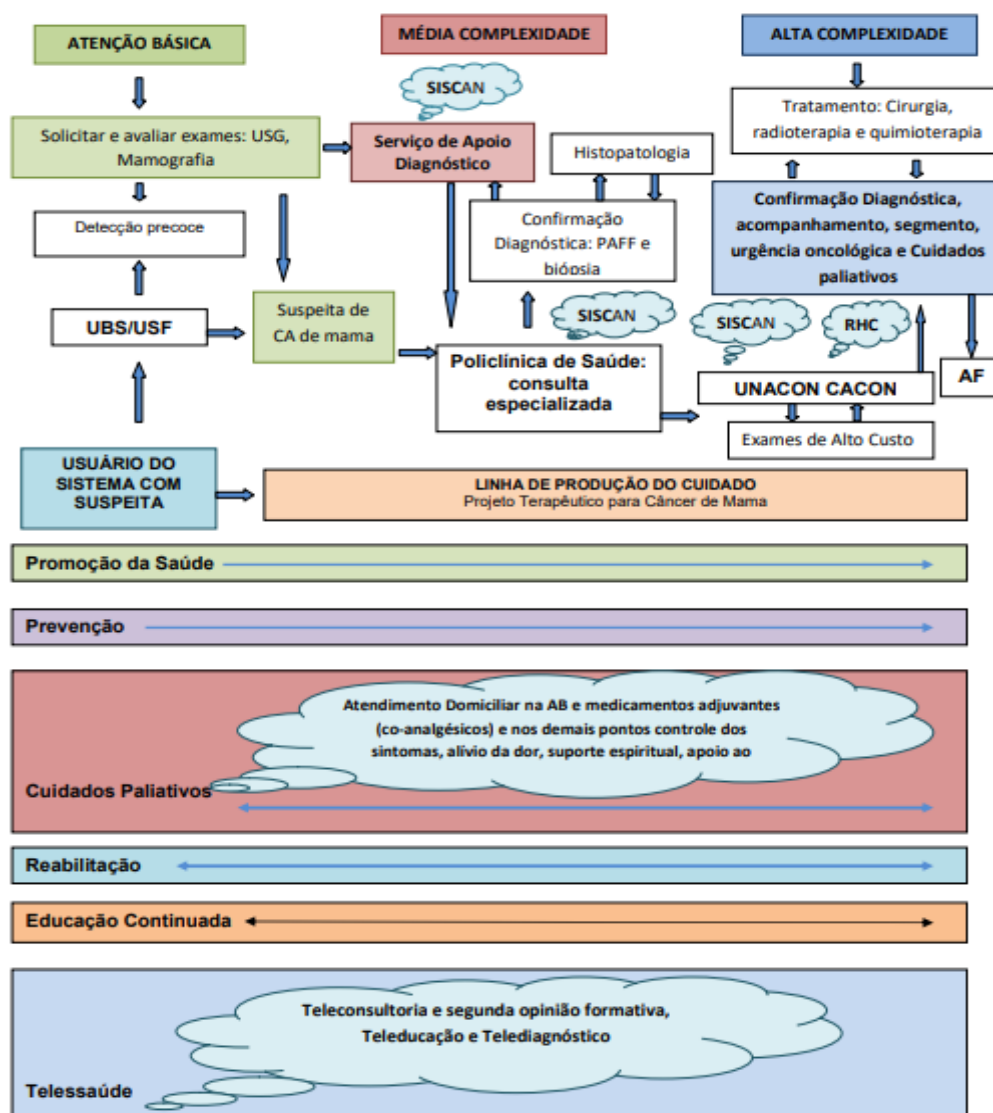


Figura 6. Linha de produção do cuidado do câncer de mama. Bahia, 2022.
Fonte: Sesab/Sais/DAE/CRAE

Para as mulheres indígenas a mamografia é realizada em articulação com os municípios. O sistema de informação da atenção à saúde indígena, que agrupa os dados epidemiológicos do DSEI-Ba, não possui o módulo específico de acompanhamento desse dado.

O Programa Nacional de Qualidade em Mamografia tem por objetivos implementar ações nacionais com finalidade de aprimorar a qualidade das mamografias, no contexto da detecção precoce do câncer de mama; qualificar os recursos humanos; elaborar e implementar instrumentos de garantia da qualidade da imagem, do laudo/diagnóstico e

da dose de radiação empregada (controle de risco); elaborar critérios para o credenciamento e monitoramento contínuo dos serviços de mamografia públicos ou privados, vinculados ou não ao SUS²⁹; e, elaborar e implementar um sistema automatizado de coleta, processamento e gerenciamento de informações. Contudo, a Bahia não implantou o programa e não realiza o monitoramento de qualidade do filme, bem como o Ministério da Saúde não fornece informações referente ao programa, já que o envio dos filmes mamográficos é feito diretamente das poucas unidades cadastradas, para o INCA. Nessa perspectiva, a gestão estadual não possui dados referentes ao programa quanto à qualidade do filme. Entretanto, o controle da qualidade dos equipamentos de mamografia vem sendo realizado pela Divisa.

Na Bahia, quanto à neoplasia maligna do colo do útero, observa-se a tendência de crescimento do número de óbitos na série histórica analisada (2010-2020), permanecendo como a segunda causa de óbito por neoplasias malignas, entre as mulheres, no estado em todo o período, com incremento de 52,0% passando de 218 em 2010 para 331 em 2020 (**Gráfico 40**).

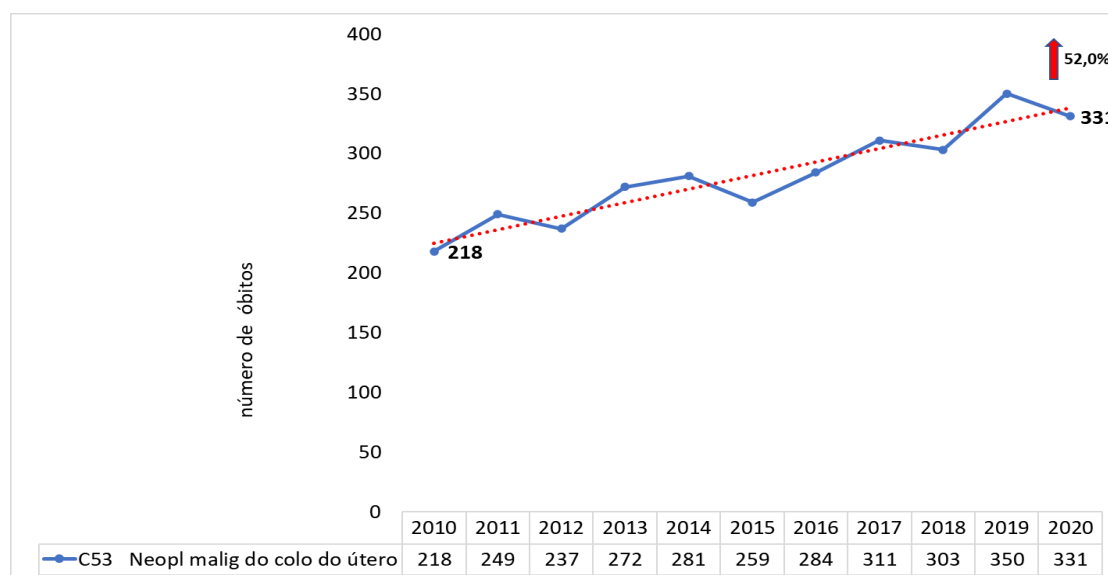


Gráfico 40. Número de óbitos por neoplasia maligna de colo de útero. Bahia, 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022.

O câncer do colo do útero é uma neoplasia com alto potencial de prevenção, seja por meio da vacinação contra o HPV ou através do rastreamento, cujo êxito está relacionado a fatores como a cobertura adequada da população alvo, seguimento dos casos alterados, qualidade dos exames citopatológicos, da confirmação diagnóstica e do tratamento.

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolau), que deve ser oferecido às mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. Isso pode incluir homens trans e pessoas não binárias designadas mulheres ao nascer³⁰.

A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento³¹. A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos.

Pessoas com o vírus HIV ou imunodeprimidas são exceção a essa regra, devendo realizar o exame anualmente, após dois exames normais consecutivos, realizados com intervalo semestral.

A coleta de material para exame citopatológico do colo do útero é um procedimento realizado na Atenção Básica, não invasivo, que apesar de simples, torna-se complexo por seu detalhamento, devendo serem seguidas as recomendações do Caderno de Atenção Básica nº 13 - Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, a fim de que a qualidade do exame e seu resultado não fiquem comprometidos. É necessário acompanhar o percentual de lâminas classificadas como coleta insatisfatória em relação ao total de coletas realizadas, a fim de planejar ações de educação permanente para melhoria da coleta do exame nas unidades básicas de saúde. Na Bahia, assim como no restante do país, o rastreamento do câncer do colo do útero é predominantemente oportunístico, ou seja, as mulheres realizam o exame citopatológico quando procuram os serviços de saúde por outros motivos, gerando multiplicidade de exames numa mesma mulher e negligenciando outras, quando o ideal é realizar o rastreamento de forma organizada, onde as ações devem ser feitas considerando a periodicidade adequada. Para organização destas ações, a equipe da Atenção Básica deve realizar cadastro sistemático dos usuários da sua área adstrita, a partir do qual poderá identificar as mulheres da faixa etária para rastreamento; cruzar os dados entre as mulheres que

devem realizar o exame e as que realizaram, a fim de definir a cobertura, priorizando as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que nunca realizaram o exame.

Uma estratégia importante para prevenção das neoplasias de colo uterino é a vacina contra o papilomavirus humano (recombinante) – HPV quadrivalente – que foi inserida no calendário nacional de vacinação para reforçar as ações de prevenção voltadas a este tipo de câncer. A OMS recomenda uma abordagem integral para prevenção e controle das neoplasias malignas de colo do útero, apresentando a vacinação como um dos avanços tecnológicos para o enfrentamento dessa doença na população mundial¹⁵.

No Brasil a vacina está disponível para meninas de 9 a 14 anos; meninos de 11 a 14 anos; e, homens e mulheres imunossuprimidos, de 9 a 45 anos, que vivem com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos. Em agosto de 2023 a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde publicou nota técnica³² incluindo as vítimas de violência sexual como grupo prioritário para vacinação contra o HPV, para pessoas de nove a 45 anos de idade, ainda não vacinados contra papilomavírus humano. Em recente discussão a Associação Pan-Americana de Infectologia (API) na revisão do Guia de Vacinas, recomendou-se, por unanimidade, a inclusão da vacina HPV para pessoas de 9 a 45 anos vítimas de violência sexual, indistinta de gênero, para prevenir riscos futuros desta população.

Dados de São Paulo evidenciaram que 30% das vítimas de violência sexual atendidas nos serviços especializados, desenvolvem lesões pelo HPV posteriormente e que apresentam vulnerabilidades sociais e comportamentais de risco, como abusos frequentes. Dentre os mais de nove mil casos de violência sexual ao ano registrados no estado de São Paulo, aproximadamente 80% ocorrem em faixas etárias abaixo dos 40 anos de idade, desses 50% entre nove e 25 anos de idade³³.

Na Bahia no período de 2018 a 2020, as coberturas vacinais em meninas nas faixas etárias dos 09 aos 13 anos não atingiu a meta preconizada pelo MS que é de 80% desta população; destaque-se também que a adesão foi maior tanto para primeira quanto segunda dose das meninas de 9 e 10 anos (**Gráfico 41**).

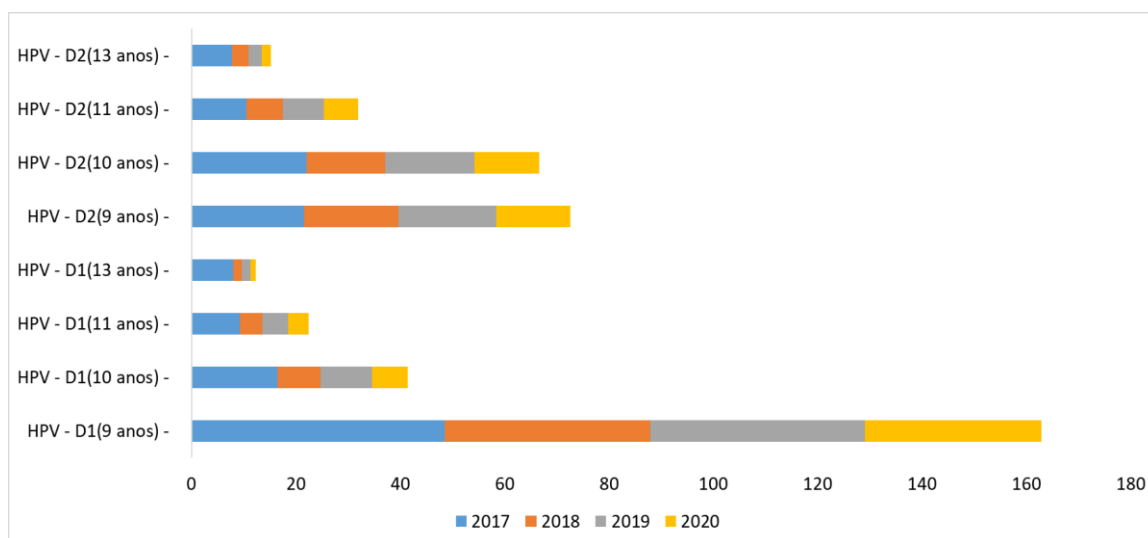


Gráfico 41. Cobertura vacinal da HPV de meninas segundo idade (09 aos 13 anos) e dose (1ª/D1 e 2ª/D2). Bahia, 2018-2020.

Fonte: SIPNI/GT-Sistema de informação/Divep/Civedi.

Dados acessados em 02/05/2022.

O Plano Nacional de DANT contempla como meta a “Aumentar a cobertura de Papanicolau em mulheres de 25-64 de idade nos últimos três anos para 85%” e reduzir em 20% a mortalidade prematura (30 a 69 aos) por câncer de colo uterino. A razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos é o indicador para o monitoramento deste tipo de neoplasia. Na Bahia, a partir de 2013 observa-se importante queda na razão de exames citopatológicos do colo do útero e, desde então vem mantendo razões anuais variando entre (0,32) e (0,36) até 2019. Em 2020 houve uma queda abrupta do indicador (0,16), devendo-se considerar na análise o impacto negativo da pandemia da Covid 19 no que tange aos procedimentos eletivos, incluindo ações de rastreamento. Em 2021, registrou-se o aumento do indicador para 0,27; contudo, não pode ser desconsiderada a vigência da pandemia, ainda que com índices de mortalidade em decréscimo em relação a 2020, o que ainda pode estar provocando receio na população em procurar os serviços para realização de rastreamento.

Ao avaliar o indicador em 2021 por macrorregião de saúde, observa-se que quatro possuem razão abaixo da média estadual: Centro Leste (0,25), Extremo Sul (0,26), Leste (0,20) e Sul (0,25); e as outras cinco: Centro Norte (0,46), Nordeste (0,31), Norte (0,30), Oeste (0,46) e Sudoeste (0,32) estão acima da média estadual. Ao compararmos as razões apresentadas nas macrorregiões de saúde, entre os anos de 2019, 2020 e 2021 observamos os impactos negativos da pandemia na realização de exames citopatológicos na faixa etária de rastreamento, com queda entre 2019 (ano pré-

pandemia) e 2020 (ano auge da pandemia) e o início da retomada do rastreamento em 2021, ainda que com razões abaixo daquelas apresentadas em 2019 (**Quadro 19**).

Quadro 19. Razão de exames citopatológicos do colo do útero de mulheres de 25 a 64 anos segundo macrorregião de residência. Bahia, 2019-2021*

Macrorregião de Saúde	2019	2020	2021
Centro-Leste	0,34	0,16	0,25
Centro-Norte	0,50	0,31	0,44
Extremo Sul	0,38	0,18	0,26
Leste	0,26	0,13	0,20
Nordeste	0,40	0,14	0,31
Norte	0,40	0,18	0,30
Oeste	0,56	0,20	0,46
Sudoeste	0,50	0,20	0,32
Sul	0,26	0,12	0,25

Fonte: MS/Datasus-SIASUS; Sesab/Suvisa/Divep/Coass.
Dados acessados em 17.03.2022.

Para as mulheres indígenas os exames citopatológicos do colo do útero são oferecidos e coletados nas unidades indígenas de saúde, sendo analisados através de articulação com município de referência. A realização desses exames têm sido um desafio para as equipes multidisciplinares de saúde indígena devido a barreiras culturais estabelecidas e agravada durante a pandemia.

No **Quadro 20** está representada a razão de exames citopatológicos/2017-2022*, em mulheres entre 25 e 64 anos, registrados no sistema de informação de atenção à saúde indígena (Siasi).

Quadro 20. Razão de exames citopatológicos em mulheres indígenas de 25 a 64 anos. Bahia, 2017-2022*

Ano	Razão de exames citopatológicos
2017	0,09
2018	0,08
2019	0,08
2020	0,04
2021	0,03
2022	0,01

Fonte: SIASI. *Dados acessados em julho de 2022

Referente às ações de rastreamento, tanto do câncer de mama, quanto do câncer do colo do útero, em março de 2020, o INCA publicou a Nota Técnica DIDEPRE/CONPREV/INCA, em que era orientado não realizar ações de rastreamento naquele momento, o adiamento da realização de mamografias de rastreamento, assim como remarcação as coletas de exame citopatológico, com retorno quando houvesse diminuição das restrições devido a pandemia.

Em nova nota técnica emitida em julho o INCA orientou análise criteriosa e individualizada para reinício do rastreamento, além de recomendações para segurança de pacientes e profissionais, no caso de retorno das atividades. Dessa forma as ações de retorno ao rastreamento obedeceram a realidades individualizadas e por vezes sem linearidade, considerando as variações epidemiológicas locoregionais.

Ressalte-se a importância do papel da Atenção Primária à Saúde na ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita, realizando busca ativa dessas mulheres, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade, pois a dificuldade de acesso e acolhimento enfrentado pelas mulheres, seja pela rigidez na agenda das equipes, que nem sempre está aberta à disponibilidade da mulher, ou ainda por não acolher singularidades estão entre as razões que levam a uma baixa cobertura no rastreamento do câncer.

2.3.4.1 Neoplasias relacionadas ao trabalho

As concentrações de substâncias cancerígenas, em geral, são maiores nos locais de trabalho do que em outros ambientes extralaborais. Conforme as estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), aproximadamente 440 mil pessoas morreram no mundo em 2005, como consequência da exposição a substâncias perigosas no trabalho, mais de 70%, ou seja, aproximadamente 315 mil pessoas morreram de câncer relacionado ao trabalho e uma proporção significativa desses casos teve como causa a exposição ao amianto; divulga que de 4 a 40% dos casos de câncer podem ser atribuíveis à exposição ocupacional, podendo variar entre os países a depender das condições de trabalho, do perfil produtivo, da capacidade de aplicação e cumprimento das medidas de proteção, do uso de tecnologias menos danosas, da capacidade de fiscalização e controle social dos trabalhadores e suas representações e da capacidade diagnóstica dos serviços de saúde e índices de sub-registro³⁴. Para fins

de notificação, o câncer relacionado ao trabalho “tem entre seus elementos causais a exposição a fatores, agentes e situações de risco presentes no ambiente e processo de trabalho, mesmo após a cessação da exposição”²³.

Na **Figura 7**, são apresentadas as principais atividades, setores e ocupações associadas a exposições classificadas como carcinogênicas ou provavelmente carcinogênicas relacionadas aos principais cânceres (pulmão, próstata, fígado, esôfago, leucemia, mama e ovário), atividades produtivas de interesse à Vigilância do câncer relacionado ao trabalho (RT).

	Ácidos inorgânicos fortes, pigmentos e baterias		Produção de metais pesados, mineração subterrânea, serviços de radiologia, chapeamento de metal
	Construção civil		Agricultura, agrotóxicos, radiação solar
	Produção de solventes, formaldeídos, plásticos, borrachas e têxteis; fabricação de fertilizantes e biocidas		Trabalhos em ambientes fechados como bares e restaurantes
	Indústria nuclear, siderúrgica e petroquímica		Bombeiros, soldadores e trabalhadores noturnos (saúde, transporte e serviços) e expostos ao benzeno e 1,3-butadieno
	Produção e uso de todas as formas de amianto		Ocupações como as de pintores, pedreiros, trabalhadores em serviços externos

Figura 7. Principais atividades, setores e ocupações associadas a exposições classificadas como carcinogênicas ou provavelmente carcinogênicas.

Fonte: Sesab/ Divast.

Em relação aos casos de cânceres relacionados ao trabalho notificados na Bahia, no período de 2007 a 2021, foram identificados apenas 35 registros, o que representa uma importante subnotificação, tendo em vista que as neoplasias constituem uma das três causas mais frequente de mortalidade no estado. A maioria dos casos é do sexo masculino (71%), destacando algumas atividades econômicas como a fabricação de artefatos de concreto, de resinas e fibras, trabalhadores da agricultura e os que atuam com metal e/ou alumínio (**Tabela 6**).

Tabela 6. Número de casos de câncer relacionado ao trabalho segundo a atividade econômica.Bahia, 2007-2021.

Classe/atividade econômica	Total
Não informada/não se aplica	19
Fabricação de artefatos de concreto, cimento, gesso e materiais semelhantes	2
Fabricação de intermediários para resinas e fibras	2
Atividades de serviços relacionados com a agricultura; agricultura e serviços relacionados	2
Produção de artefatos estampados de metal, metalurgia do alumínio e suas ligas	2
Atividades de serviços relacionados com a extração de petróleo e gás - exceto prospecção realizada por terceiros	1
Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos de uso geral.	1
Fabricação de fios, cabos e condutores elétricos isolados	1
Comércio e varejo de combustíveis	1
Comércio atacadista especializado em mercadorias não especificadas anteriormente	1
Serviços de arquitetura e engenharia e de assessoramento técnico especializado	1
Seleção, agenciamento e locação de mão de obra	1
Administração pública em geral	1
Total	35

Fonte: Sesab/Divast/Tabnet/Sinan.

Entre as ocupações, destacam-se os agentes comunitários de saúde (23%), tanto pela exposição múltipla à riscos carcinogênicos quanto pela facilidade de acesso à rede de atenção à saúde, e os trabalhadores agropecuários e da agricultura (11%). Quanto aos estudantes, estes não deveriam fazer parte dessa estatística, uma vez que essa categoria não representa atividade ocupacional, destacando a deficiência na qualidade do preenchimento desses dados pelos profissionais de saúde (**Tabela 7**).

Tabela 7. Número de casos de câncer relacionado ao trabalho segundo a ocupação.Bahia, 2007-2021.

Ocupação	Total	Ocupação	Total
Agente comunitário de saúde	8	Pedreiro	1
Estudante	3	Servente de obras	1
Trabalhador agropecuário em geral	2	Caldeireiro (chapas de cobre)	1
Trabalho volante da agricultura	2	Serralheiro	1
Operador de empilhadeira	2	Operador de processo de tratamento de imagem	1
Técnico mecânica (máquinas)	1	Auxiliar de radiologia (revelação fotográfica)	1
Técnico de produção em refino de petróleo	1	Operador de processos químicos e petroquímicos	1
Auxiliar de enfermagem	1	Técnico de operação (química, petroquímica e afins)	1
Carteiro	1	Mecânico de manutenção de máquinas, em geral	1
Lavadeiro, em geral	1	Mecânico de manutenção de equipamento de mineração.	1
Frentista	1	Total	35
Polidor de pedras	1		
Torneiro (lavra de pedra)	1		

Fonte: Sesab/Divast/Tabnet/Sinan

Sabe-se que os casos notificados de câncer relacionado ao trabalho são ainda muito escassos no Sinan, não sendo uma realidade exclusiva da Bahia, e entre as possíveis explicações estão: longos períodos de latência do processo de oncogênese e carcinogênese; a coleta da histórica ocupacional é raramente detalhada quando o trabalhador é atendido nos serviços de saúde; os trabalhadores são geralmente expostos à múltiplos riscos ao longo da vida laborativa, envolvendo por exemplo efeitos somatórios ou sinérgicos, dificultando o estabelecimento de nexos entre a neoplasia e uma ocupação ou risco específico; o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre exposições, processos e condições de trabalho; o desconhecimento dos trabalhadores sobre suas exposições e efeitos à saúde; o não-reconhecimento do trabalho como fator importante para o adoecimento, tendo em vista que, em geral, não se identifica a condição de trabalhador(a) no acolhimento aos(às) usuários(as) do SUS e de serviços privados, contratualizados; e a importância da articulação entre ações de assistência e vigilância em saúde.

Neste sentido, ratifica-se que empresas e atividades ocupacionais de risco para o câncer relacionado ao trabalho devem ser mapeadas e monitoradas no âmbito do estado, com monitoramento regular da saúde de trabalhadores expostos, para identificação precoce, por meio de acesso facilitado dos trabalhadores/as à rede de

atenção à saúde, bem como investigação e notificação adequada dos casos. Para complementar estas estratégias, deve-se organizar as inspeções e intervenções nos processos e ambientes de trabalho, avaliando o impacto destas, assim como desenvolver atividades de educação permanente, comunicação e educação em saúde, na perspectiva de promover ambientes de trabalho seguros.

2.3.4.2 Registros de cânceres

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep) realiza o monitoramento dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), bem como a qualidade da informação produzida pelos mesmos, possibilitando o conhecimento da assistência prestada nas unidades de saúde com serviço de oncologia e, conseqüentemente, a produção de indicadores fundamentais para subsidiar as políticas públicas da atenção oncológica.

Com o objetivo de padronizar e facilitar o acesso às informações, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998, tornou obrigatória a implantação do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) em centros de atendimentos em oncologia.

O monitoramento é realizado através do banco de dados do Sistema Integrador do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e suas ferramentas operacionais, consolida e possibilita a tabulação das informações sobre os casos de neoplasias dos RHC no Brasil. Ressalta-se que, os dados coletados através do Integrador RHC não se constituem como base para cálculo de incidência, uma vez que, retratam o perfil de atendimentos de uma determinada instituição ou de um grupo destas.

A qualidade e a precisão das informações disponibilizadas podem estar comprometidas à medida que se observam variáveis com preenchimento inadequado ou mesmo sem informações na ficha de registro de tumor. Para tanto, se faz necessário, a qualificação dos registros para uma análise situacional completa das neoplasias.

Considerando a população total do estado, no período 2017-2020, com base no integrador do RHC/Bahia, observou-se que os cinco principais tipos de cânceres segundo a localização primária do tumor foram: próstata, mama, pele, colo de útero e tireóide (**Gráfico 42**).

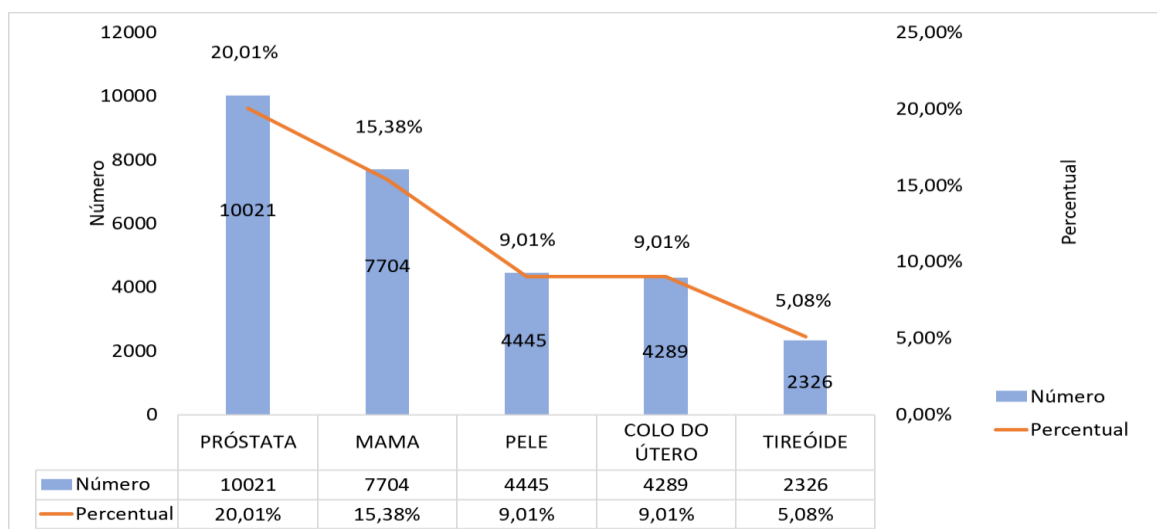


Gráfico 42. Número e percentual dos cinco principais tipos de cânceres segundo a localização primária do tumor. Bahia, 2017-2020*.

Fonte: INCA / RHC – Bahia. Dados acessados em 25/04/2022.

Os cânceres têm origem multicausal. Há aquelas relacionadas ao ambiente e fatores comportamentais de risco (tabagismo, alimentação rica em alimentos processados, inatividade física) e causas orgânicas (hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas). Contudo, o envelhecimento natural do ser humano traz mudanças nas células, que as tornam mais vulneráveis ao processo cancerígeno³⁵. Dados segundo a localização primária do tumor e a faixa etária prematura (30 a 69 anos) disponíveis no RHC revelam ser os cânceres de mama, próstata e colo do útero os responsáveis pelo maior número de atendimentos (**Gráfico 43**).

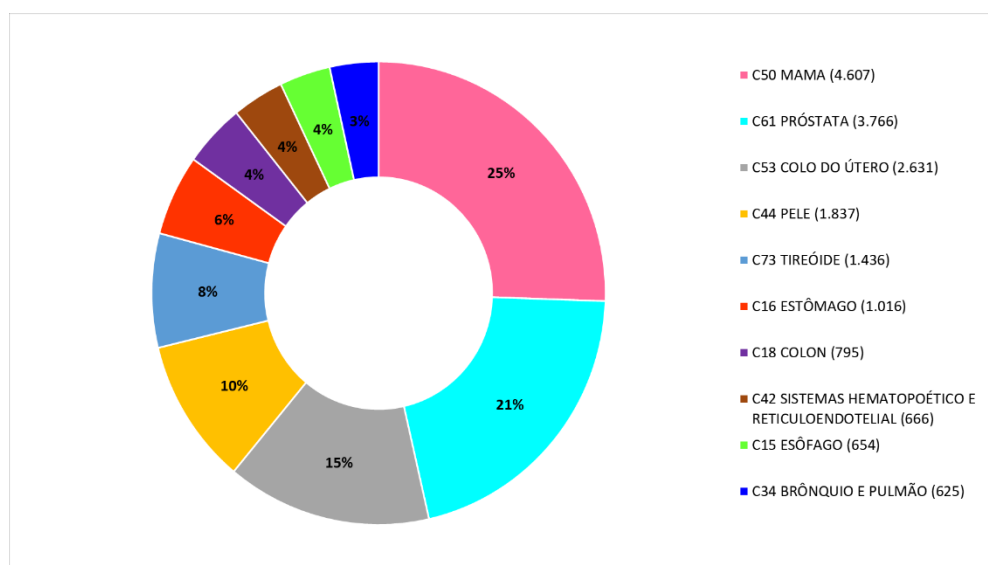


Gráfico 43. Percentual de casos de neoplasias segundo a localização primária do tumor na faixa etária dos 30 aos 69 anos (prematura). Bahia, 2017-2020*.

Fonte: INCA / RHC – Bahia. Dados acessados em 25/04/2022.

O diagnóstico precoce é a primeira etapa para que os bons resultados sejam alcançados no tratamento das neoplasias, e com esta resposta em mãos espera-se que o tratamento seja iniciado em 60 dias, evitando que a doença avance³⁶. Em vigor desde 2012, a Lei nº 12.732 do Ministério da Saúde estabelece que o primeiro tratamento oncológico no SUS deve ser iniciado no prazo máximo de 60 dias a partir da assinatura do laudo patológico ou em prazo menor, conforme necessidade terapêutica do caso registrada no prontuário do paciente. Contudo, verifica-se que a Bahia, no período 2017-2020 a média de espera para início do tratamento foi superior ao previsto na Lei. Para os pacientes que chegaram aos serviços de saúde sem diagnóstico e sem tratamento os percentuais de mais de 60 dias foram superiores a 34% e para os com diagnóstico e sem tratamento superior a 62%, para 2020 os dados são preliminares, visto que apenas 20% dos RHC ativos no estado enviaram os dados. Para cálculo dos tempos, foram incluídos os registros analíticos, coerentes e validados.

Os casos excluídos, estão relacionados aos registros com datas consideradas inválidas tais como: 99/99/9999 e 88/88/8888, as com formatos diferentes de dd/mm/aaaa e ainda as que o diagnóstico tenha sido anterior ao ano de 1980 (**Tabela 8**).

Tabela 8. Percentual do intervalo de tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento das neoplasias. Bahia, 2017-2020*.

Status dos Pacientes	Tempo entre diagnóstico e Tratamento	Ano da primeira consulta			
		2017 %	2018 %	2019 %	*2020 %
Casos que chegaram sem diagnóstico e sem tratamento	0 a 15 dias	27,9	31,3	30,3	45,6
	16 a 30 dias	16,5	14,8	14,6	25,8
	31 a 60 dias	19,1	19,8	18,1	14,7
	> 60 dias	36,6	34,2	40,7	13,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	Nº total de casos	4.652	3.601	3.935	708
Casos que chegaram com diagnóstico e sem tratamento	0 a 15 dias	3,9	4,2	4,2	5,5
	16 a 30 dias	7,7	6,6	6,7	12,5
	31 a 60 dias	20,1	18,2	18,2	29,6
	> 60 dias	68,2	71,8	70,8	52,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	Nº total de casos	6.458	6.252	4.796	1.373

Fonte: INCA / RHC – BAHIA.

*Dados acessados em: 25/04/2022, preliminares para 2020.

Número de casos excluídos do cálculo: 7.447 em 2017; 7.165 em 2018; 6.175 em 2019 e 1.916 em 2020.

A cirurgia oncológica é um dos métodos muito utilizado na terapêutica do câncer. No período 2017-2020 os RHC registraram 36.345 casos de neoplasias, para os quais os tratamentos mais utilizados foram isoladamente: a cirurgia em 13.092 (36,0%) dos casos, seguida da quimioterapia com 5.614 (15,4%) e a radioterapia 4.910 (13,5%) dos casos. A combinação de quimioterapia e radioterapia totalizou 3.646 (10,0%) registros **(Gráfico 44)**.

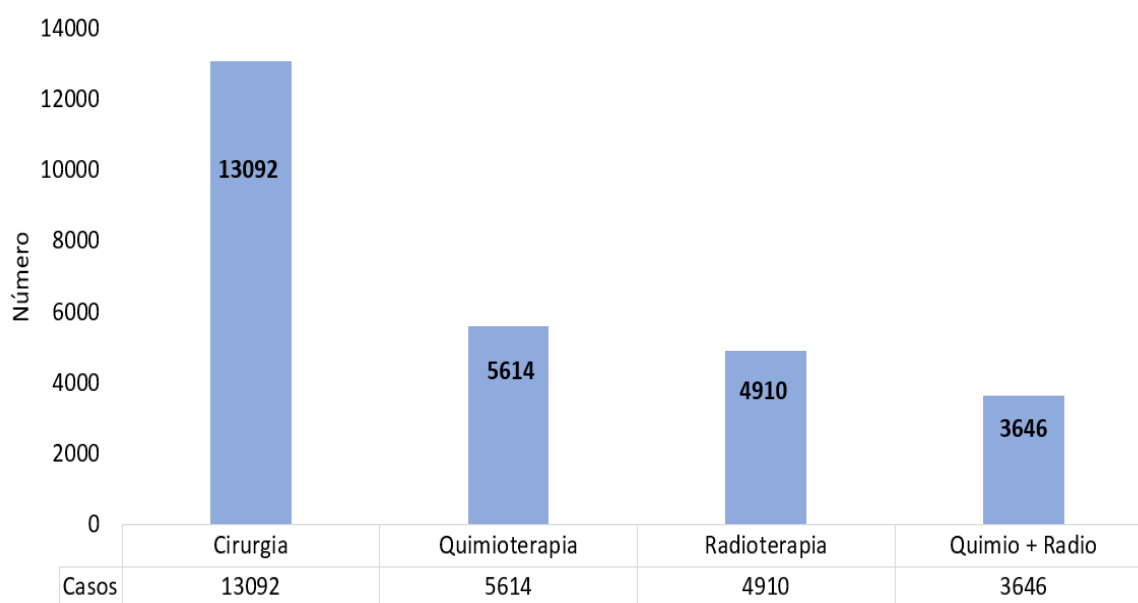


Gráfico 44. Número de casos de neoplasias segundo o primeiro tratamento recebido. Bahia, 2017-2020*.

Fonte: INCA / RHC – BAHIA.

*Dados acessados em: 25/04/2022, preliminares para 2020.

Outro aspecto importante a ser considerado para o sucesso do tratamento é a adesão do paciente ao plano terapêutico, bem como, a identificação dos principais obstáculos da rede de atenção à saúde que pode intensificar o abandono da terapia. Define-se como abandono de tratamento como a falha em iniciar ou completar a terapia, para uma doença potencialmente curável ou definitivamente controlada, e/ ou interrupção do tratamento por um período consecutivo de quatro ou mais semanas, sem causa clínica. Em países de baixa e média rendas, o abandono de tratamento é apontado como uma das principais causas de insucesso da terapêutica³⁷.

Na Bahia, no período analisado (2017-2020) foi registrado abandono de 794 pacientes, destes, 504 são do sexo masculino e 290 são do sexo feminino. Acredita-se que a configuração familiar, bem como as condições de vulnerabilidade do sujeito

colocam em risco a continuidade do tratamento; entre outras razões para não tratar estão a falta de condições clínicas, recusa e complicações do tratamento (**Gráfico 45**).

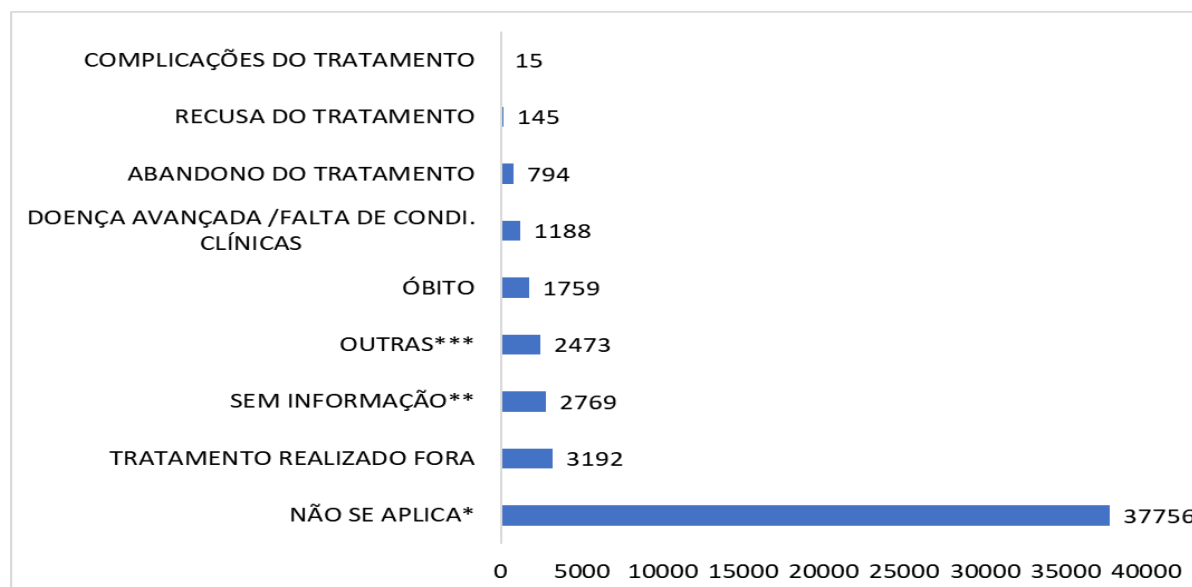


Gráfico 45. Número de casos de neoplasias, segundo razão de não tratar. Bahia, 2017 a 2020.

Fonte: INCA/RHC – BAHIA. Dados acessados em: 28/04/2022, preliminares para 2020.

*Não se aplica: Quando o paciente realizou integralmente o tratamento proposto.

**Sem informação: Paciente com tratamento interrompido, sem registro em prontuário, ou ainda quando não há registro de tratamento no prontuário.

***Outras: Tratamento interrompido por mudança de residência para outra cidade; realização do tratamento em outra unidade hospitalar ou a não realização em virtude da idade avançada do paciente.

Paralelo as ações do RHC, temos os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), que permitem, determinar o comportamento temporal das neoplasias. Estes dados, facilitam a definição de políticas públicas para o câncer e planejamento das intervenções a serem implementadas no País, de acordo com as necessidades regionais.

Ainda que o agravo câncer não disponha de um indicador formal, as informações produzidas pelos RCBP são capazes de avaliar o impacto deste na população coberta pelo registro, por meio da análise das taxas de incidência.

O RCBP-Bahia, encontra-se ativo, constituído como área de cobertura o município de Salvador. Nossas fontes notificadoras são formadas pelos laboratórios de anatomia patológica, registros hospitalares de câncer do município de Salvador e as clínicas especializadas em oncologia.

A coleta de dados teve início em 1996, e o ano de implantação foi em 1997. O registro de informações advém do sistema local (BasepopWeb/INCA). As coletas foram temporariamente interrompidas inicialmente por falta de recursos humanos e depois pelo

contexto da Covid-19 e retomadas em maio/2022. Dessa maneira, os últimos registros datam o ano de 2017 e ainda apresentam incompletude nas informações. Atualmente são 47 fontes ativas e a coleta dos dados vem sendo feita em seis destas (CAM, CLION, NOB, STUDART, IMAGEPAT, NAP).

De acordo com os relatórios produzidos através do RCBP, identificamos o quantitativo de 73.495 registros em sistema no período de (2007 a 2017) no município de Salvador. Observa-se que há uma redução no número de registros de câncer até 2012, a partir de então nota-se o crescimento até 2015, voltando a decrescer em 2016-2017 (**Gráfico 46**).

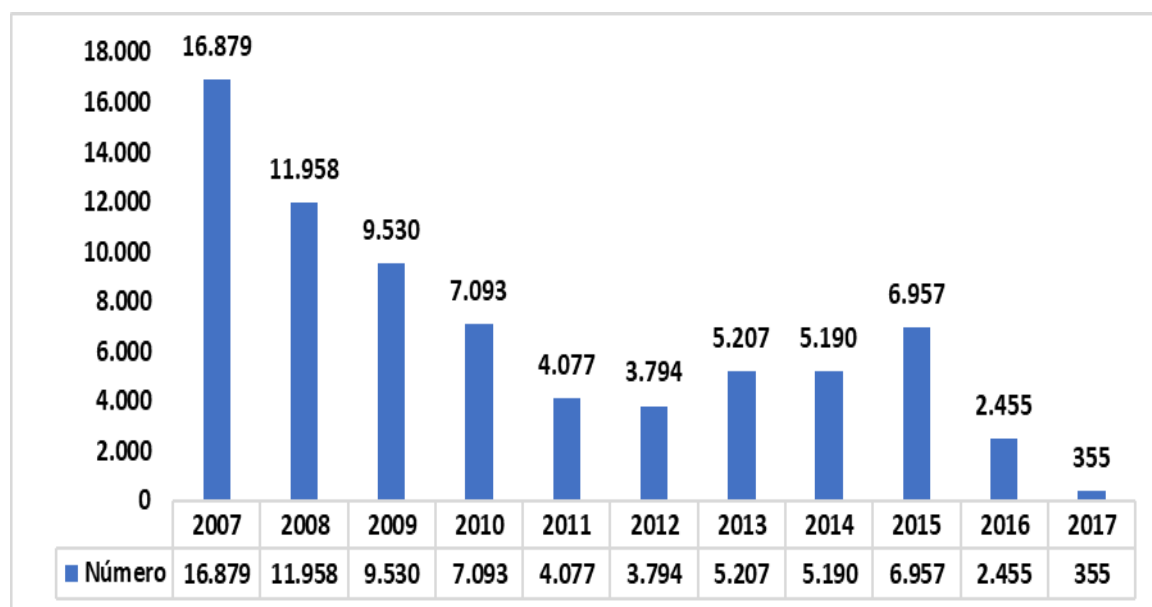


Gráfico 46. Número de casos de neoplasias, segundo ano de registro. Salvador, Bahia -2007 a 2017.

Fonte: INCA / RCBP – BAHIA. Dados acessados em 11/04/2022.

Registre-se a importância do Instrumento PAINEL-oncologia, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, para monitorar a Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que estabelece o prazo para o início do tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada. As informações do painel se referem ao tempo de início do primeiro tratamento oncológico calculado a partir da informação das datas de diagnóstico e de tratamento registradas no SIA (APAC e BPA-I), SIH e SISCAN.

Segundo o Ministério da Saúde, os registros de procedimentos de diagnóstico e de tratamento realizados pelos serviços de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde (estabelecimentos de saúde públicos ou particulares conveniados ao SUS) são consolidados pelo Datasus, formando as bases de dados dos procedimentos realizados pelo SUS no Brasil.

Nesse sentido, o painel oncologia é ferramenta de grande valia no monitoramento das ações de saúde relacionadas ao tratamento integral do câncer, ofertada pelo estado.

As fontes de dados sobre as neoplasias acima citadas (RHC, RCPB e o painel de oncologia), possibilitam o monitoramento do usuário no sistema de saúde, desde o diagnóstico do câncer até seu desfecho, contribuindo para o delineamento do perfil dos pacientes diagnosticados e permite a desagregação por macrorregião de saúde. Diante do cenário preocupante das neoplasias no estado é fundamental a implementação de ações de educação permanente relacionadas a detecção precoce de lesões malignas ou com potencial de malignização, do fortalecimento do programa de matriciamento profissional para a realização de biópsias e do fluxo das redes de referenciamento.

2.3.5 Doenças crônicas não transmissíveis e saúde bucal

Considerando que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e que a presença de doenças orais tem o potencial de interferir no desenvolvimento, agravamento e aumento da morbimortalidade por DCNT. A presença de infecções envolvendo os tecidos orais origina quadros de septicemia e endocardite infecciosa, prejudica a cicatrização e desregula a resposta inflamatória, causando alterações no colágeno e provocando lesões vasculares. Consequentemente, o controle glicêmico em diabéticos é afetado negativamente e a presença de microrganismos provenientes da cavidade oral, circulando na corrente sanguínea, promove a formação de coágulos que aumentam o risco de agravamento de doenças cardiovasculares³⁸.

Ressalta-se que na publicação do Saúde Brasil³⁹, os dados relativos às doenças periodontais indicam um crescimento destas situações com o aumento da idade da população, requerendo um olhar direcionado para o controle da doença, prevenindo, consequentemente, o agravamento das DCNT. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou para cada ano do triênio 2020-2022, 14,7 mil novos casos de câncer bucal, 11,2 mil em homens e 3,5 mil em mulheres correspondendo a um risco estimado de 10,70 novos casos a cada 100 mil homens⁴⁰.

O uso do tabaco tem sido proposto como um dos fatores de risco mais importantes para o câncer bucal, todavia ocupações profissionais relacionadas à exposição solar e a substâncias químicas também são apontadas como fatores de risco para neoplasias orais. Nesse contexto, pescadores, agricultores, carteiros, pedreiros, pintores,

condutores de veículos a motor, encanadores, trabalhadores da construção civil etc., são profissionais que necessitam de um programa direcionado para prevenção, detecção precoce e educação quanto às medidas de proteção durante prática laboral.

No sentido de fortalecer a coleta de dados que subsidiam a análise da situação de saúde e o desenvolvimento de ações estratégicas para a promoção da saúde, prevenção e cuidado frente ao grupo de DCNT, é importante a inserção de um campo no e-SUS que possibilite ao cirurgião dentista registrar o atendimento, identificando que o usuário possui alguma DCNT, obtendo-se, dessa forma, um perfil das condições de saúde bucal dos pacientes com doenças crônicas, com o intuito de entender a extensão e monitorar o progresso da doença, aumentar a conscientização e embasar medidas de intervenção.

2.3.6 Doenças crônicas não transmissíveis e pessoas privadas de liberdade (PPL)

Atualmente, a Bahia contém uma população flutuante no total de 12.543 de Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), sendo 12.190 homens e 344 mulheres (SEAP, 26/03/2023), distribuídas em 27 Unidades Prisionais (UP) e no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT). Cada UP apresenta uma equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP), já as demais categorias variam de acordo com a necessidade de cada UP (farmacêuticos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros).

Uma das maiores dificuldades no monitoramento da saúde das PPL no estado é a falta de um banco de dados epidemiológico, pois na maioria das UP não se tem implantado o e-SUS APS, quando tem, as informações vão para o banco de dados geral dos municípios com UP em seu território, não se tendo uma estratificação da população prisional nas informações, da mesma forma para os agravos de notificação compulsória. As PPL fazem parte do território onde estão cumprindo a privação de liberdade, no entanto, a RAS municipal em alguns casos ainda se mostra excludente com esses indivíduos.

Estudos realizados no âmbito prisional estimam que um em cada dois custodiados apresenta uma doença ou agravo não transmissível (DANT), entre os achados frequentes estão a dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). No entanto, são detectadas outras patologias como a asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), cardiopatias isquêmicas, problemas circulatórios e

transtornos mentais comuns (TMC), como a ansiedade e depressão⁴¹. O contexto de vida das pessoas privadas de liberdade (PPL) aponta para uma maior vulnerabilidade, considerando que além da exposição aos fatores de risco, existem determinantes relacionados ao perfil dos custodiados que levam à predisposição de quadros patológicos.

Associa-se ainda o adoecimento das PPL às condições insalubres observadas em diversas Unidades Prisionais (UP), desde a má alimentação, sedentarismo, privação de luz solar por tempo adequado, isolamento social, abuso de tabaco, superlotação e o contato com práticas violentas⁴¹. Vale ressaltar a dificuldade que as PPL com histórico prévio de DANT enfrentam na continuidade do acompanhamento terapêutico a partir do momento em que é determinada sua reclusão, em razão do déficit histórico no quadro de profissionais que compõem os serviços de saúde prisionais, a precariedade na oferta de medicamentos e o rompimento de vínculos familiares que dificultam a mediação e coleta de informações acerca do estado de saúde desses indivíduos⁴². Reitera-se que as PPL por estarem em situação de custódia, se configuram como um grupo que possibilita intervenções direcionadas para identificação de fatores de risco, detecção e tratamento de doenças, que estejam fundamentadas em ações multiprofissionais de educação em saúde, sob orientações e aconselhamentos interdisciplinares. Considerando o contexto descrito, é de suma importância que os estudos dos agravos nesta parcela da população sejam desenvolvidos e visibilizados, tendo em vista, que esta demanda se configura como uma questão de saúde pública.

A Sesab, por meio da DGC (CPES e ATSSP), continuamente oferta qualificações e realizam reuniões com os pontos da rede de assistência dos municípios, com o objetivo de gerar reflexões nos atores presentes e instituir fluxos entre as UP e RAS municipal.

2.4

Análise da Situação de Saúde |

Fatores de Risco para as Doenças Crônicas não Transmissíveis

Plano Estadual de
Ações Estratégicas

Enfrentamento das
Doenças Crônicas
e Agravos
não Transmissíveis

Plano DANT 2022-2030

2.4. Fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis

Os hábitos e estilos de vida constituem-se em importantes determinantes no processo saúde-doença. Em geral, traduzem a forma como uma pessoa ou um grupo de pessoas vivenciam o mundo e, em consequência, se comporta e faz “escolhas”, geralmente expressas sob a forma de padrões de consumo, rotinas, hábitos ou uma forma de vida adaptada ao dia a dia e que tem forte correlação com as questões culturais. Dado que alguns desses hábitos são definidos como não saudáveis e, por conseguinte constituem fatores de risco, é importante a implementação das ações de promoção da saúde.

O conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis tem em comum quatro fatores comportamentais de risco, a saber: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo abusivo de álcool. Estes fatores também são modificáveis e a implementação de ações que objetivem a adoção de estilo e hábitos de vida e educação em saúde, são estratégias fundamentais para a redução das DCNT e suas complicações. A OPAS reforça que Políticas de saúde que criam ambientes propícios para escolhas saudáveis e acessíveis são essenciais para motivar as pessoas a adotarem e manterem comportamentos saudáveis¹⁵.

A OMS recomenda que a vigilância das DCNT e de seus fatores de risco e proteção seja realizada por meio de inquéritos populacionais. Desde 2006 o MS, realiza anualmente, por telefone, o Inquérito Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), na população adulta (≥ 18 anos), nas capitais e no Distrito Federal e recomenda que estados e municípios também utilizem essa fonte de monitoramento anual dos indicadores.

Outras pesquisas importantes na abordagem dos fatores comportamentais de risco são a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada com escolares adolescentes (13 aos 17 anos); em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e com o apoio do Ministério da Educação (MEC), foram realizadas três edições da PeNSE (2009, 2012 e 2015). A população-alvo da pesquisa constituiu-se, a princípio, de estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental; a partir de 2015, foram incluídos estudantes do 6º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio, com o intuito de tornar a pesquisa representativa de escolares na idade de 13 a 17 anos.

Também em parceria com o IBGE o MS passou a realizar a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), ocorrida em âmbito nacional, até então com duas edições 2013 e 2019.

Estas pesquisas e inquérito são fontes importantes para obtenção de dados sobre os quatro fatores de risco que isoladamente ou em conjunto desencadeiam ou complicam as DCNT. Conhecer o comportamento da população, como as pessoas vivem e trabalham, é fundamental para a definição das ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT. Os hábitos não saudáveis impactam diretamente na qualidade e duração da vida dos indivíduos.

Na Bahia, o Vigitel⁴³ é feito em Salvador e dada a diversidade e características da população, a desagregação para os demais 416 municípios é complexa. Considerando o impacto dos quatro principais fatores comportamentais de risco para as DCNT, utilizou-se os percentuais alcançados por Salvador nos inquéritos no período de 2010 a 2021 para o cálculo da população de adultos (≥ 18 anos) convertendo para número no estado, de maneira a inferir a frequência do comportamento da mesma quanto a alimentação saudável, consumo do tabaco, prática de atividade física e consumo nocivo de álcool. Idealmente os municípios poderiam fazer pesquisas locais, ainda que amostral (representativa), utilizando as áreas cobertas pela estratégia de saúde da família, para conhecer a realidade dos seus territórios quanto às DCNT e seus fatores de proteção e risco.

2.4.1 Alimentação não saudável

A alimentação saudável prioriza os grupos de alimentos que fazem bem para a saúde do ser humano: frutas, verduras, leguminosas, sementes, cereais integrais, proteínas magras, gorduras boas (insaturadas). O consumo regular de frutas, legumes e verduras é apontado pela OMS como um importante fator de proteção e de prevenção das DCNT. Estudos recentes na literatura evidenciam importante associação entre o consumo adequado desses alimentos e menor risco de mortalidade por doença cardiovascular e neoplasias. A recomendação é o consumo diário de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças, o que equivale, aproximadamente, a cinco porções desses alimentos¹⁵. Na série histórica (2010-2021) do Vigitel observa-se que para o município de Salvador as pessoas do sexo feminino consumiram regularmente frutas e hortaliças em maior percentual que as do sexo masculino e a população geral; para a Bahia considerando os percentuais alcançados por Salvador/ano, manteve-se o maior número de pessoas adultas do sexo feminino com o consumo regular de frutas e hortaliças (**Gráfico 47**).

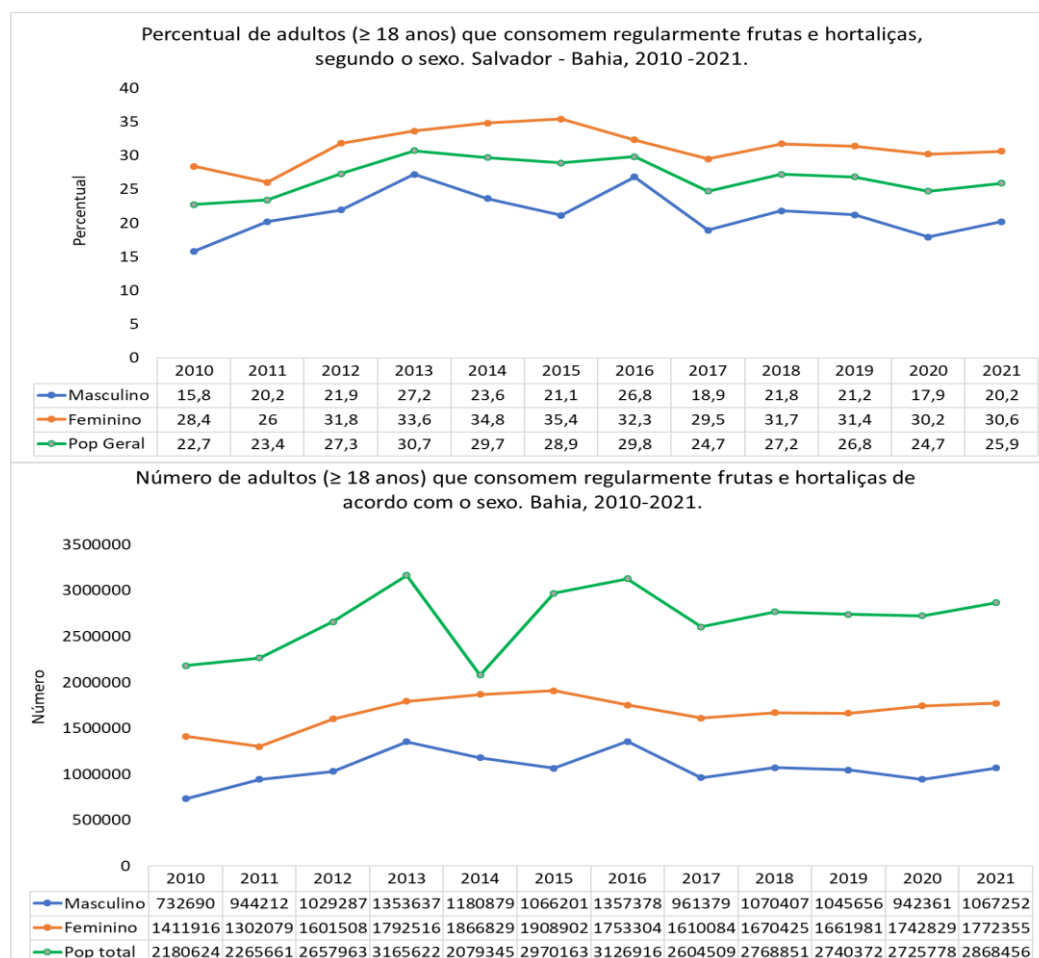


Gráfico 47. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que consomem regularmente frutas e hortaliças segundo o sexo para Salvador e Bahia* respectivamente. 2010-2021.

Fonte: CGDANT/SVS/MS/Vigitel 2010-2021.

*Para o cálculo do Estado, foram aplicados os mesmos percentuais alcançados por Salvador em cada ano da série para população de adultos (≥ 18 anos) em mesmo ano, como um proxy, na impossibilidade de desagregação por município.

No estado, a Política Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional (Pesan) tem o objetivo geral de promover a segurança alimentar e nutricional, com vistas a assegurar o Direito Humano à alimentação adequada e saudável em todo território do estado.

Na análise dos dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) no ano de 2022, observa-se o percentual de cobertura de Insegurança Alimentar e Nutricional (INSAN), classificada como desnutrição e risco de obesidade de acordo com a faixa etária e ciclos de vida, valores extremamente preocupantes e que necessitam de intervenções governamentais intersetoriais (**Quadro 21**). Em relação à cobertura do consumo alimentar em 2022, a Bahia encontra-se com apenas 4,9% de registro no Sistema de Informação e 120 (31,2%) dos municípios, não registram nenhuma informação em 2022.

Quadro 21. Percentual de Cobertura da Atenção Primária, relacionado Consumo Alimentar e Estado Nutricional da Bahia, 2022*.

Estado nutricional	% Grupo/faixa etária*
Insegurança alimentar (desnutrição e risco de obesidade)	38,69% crianças de 0 a 5 anos
	36,08% crianças de 5 a 10 anos
	32,8% adolescentes
	64,9% adultos
	59,3% Idosos
	66,0% gestantes

Fonte: Relatórios públicos e-Gestor da Atenção Básica.

*Dados acessados em 16/03/2023.

2.4.2 Tabagismo

O tabagismo é o ato de se consumir produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. Constitui fator de risco importante para as DCNT, relacionado ao desenvolvimento de vários tipos neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças cardiovasculares, entre outras doenças. O consumo de tabaco é uma das maiores ameaças a saúde pública, sendo responsável por mais de 8 milhões de mortes por ano no mundo, das quais cerca de 1,2 milhões são decorrentes do fumo passivo¹⁵. O percentual de adultos fumantes em Salvador apresentou tendência de declínio de 2011 a 2013 para ambos os sexos, elevação em 2014 e 2016, destaque-se o incremento de 31,6% no percentual de fumantes do sexo masculino entre 2020 e 2021. Para Bahia, considerando os percentuais do município de Salvador para cada ano, infere-se que os adultos fumantes do sexo masculino apresentaram tendência crescente sustentada a partir de 2015 e superaram sexo feminino em toda série histórica (**Gráfico 48**).

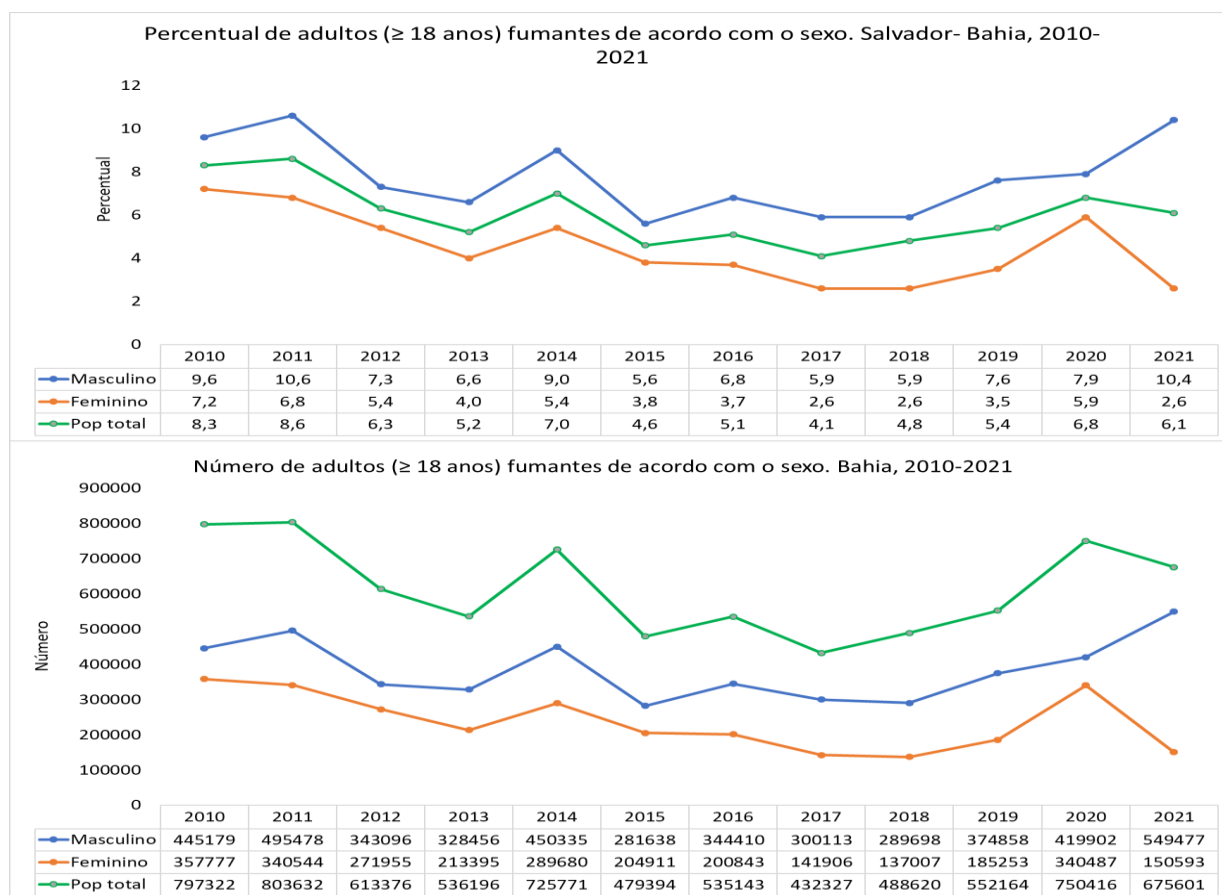


Gráfico 48. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) fumantes, segundo o sexo para Salvador e Bahia* respectivamente. 2010-2021.

Fonte: CGDANT/SVS/MS/Vigitel 2010-2021.

*Para o cálculo do Estado, foram aplicados os mesmos percentuais alcançados por Salvador em cada ano da série para população de adultos (≥ 18 anos) em mesmo ano, como um proxy, na impossibilidade de desagregação por município.

A condição de fumante passivo no domicílio foi atribuída a todo indivíduo não fumante que informou que pelo menos um dos moradores do domicílio tem o hábito de fumar dentro de casa⁴³. O fumante passivo inala uma combinação de dois tipos de fumaça: a principal, exalada pela pessoa que está fumando, e a secundária, emitida pela ponta final de um cigarro aceso. Para Salvador o percentual de fumantes passivos do sexo feminino foi superior ao masculino em quase todo período analisado (2010-2021), exceto em 2015 e 2016; no estado a inferência desta tendência se repetiu nos números, contudo a diferença entre os sexos foi menor (**Gráfico 49**).

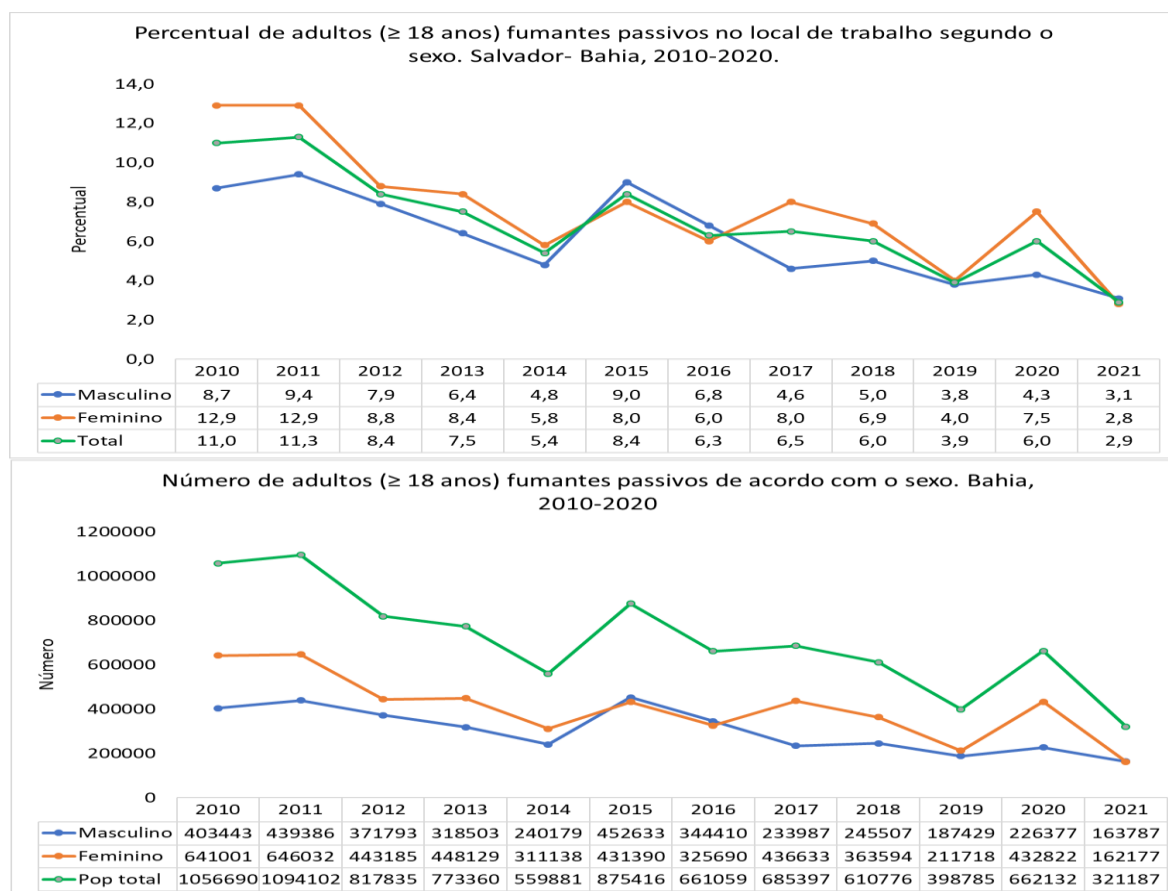


Gráfico 49. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) fumantes passivos no local de trabalho, segundo o sexo para Salvador e Bahia* respectivamente. 2010-2021

Fonte: CGDANT/SVS/MS/Vigitel 2010-2021

*Para o cálculo do Estado, foram aplicados os mesmos percentuais alcançados por Salvador em cada ano da série para população de adultos (≥ 18 anos) em mesmo ano, como um proxy, na impossibilidade de desagregação por município.

O Programa de Controle do Tabagismo tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo lógico no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio, a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre crianças, adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco. A Bahia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2019), apresenta prevalência de fumantes de tabaco em 9,8% das pessoas acima de 18 anos, sendo o estado com o segundo menor índice do país. O Programa de Controle do Tabagismo na Bahia (PNCT/BA) é desenvolvido sob responsabilidade técnica da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC/Sesab) desde o ano de 2017. A gestão conta com a colaboração de residentes multiprofissionais em saúde. Para

que o cuidado se estenda a todos, é importante que haja capacitação de todos envolvidos no processo de implantação do PNCT nos municípios, dos coordenadores municipais aos profissionais que executam as ações nas unidades de saúde. Por esse motivo, o INCA juntamente com a DGC realiza qualificações para implantação do programa nos municípios, com conteúdo voltado para os gestores, e cursos de abordagem para a cessação do tabagismo voltado para profissionais de saúde. Também, são trabalhadas as linhas de cuidado para hipertensão, diabetes, neoplasias, doenças respiratórias; ações de promoção da saúde/hábitos saudáveis de vida voltadas aos principais fatores de risco para as DANT (tabagismo, excesso de peso, obesidade, consumo nocivo de bebidas alcoólicas, inatividade física e alimentação não saudável) e prevenção de quedas em idosos.

Em parceria com INCA a Sesab trabalha anualmente na divulgação do “Curso de Prevenção à Iniciação ao Tabagismo” destinado aos trabalhadores da saúde e educação. O curso busca ampliar cada vez mais a promoção da saúde e alertar sobre o tabagismo como um problema de saúde pública, para a prevenção da iniciação do uso de produtos do tabaco por crianças, adolescentes e jovens. A divulgação ocorre através do envio de e-mail de inscrições para todos municípios, liberação do link do curso para os mesmos e emissão de certificados para todos participantes.

Com relação à adesão dos municípios ao PNCT-BA, ela ocorre quadrimestralmente seguindo o fluxo de adesão para aqueles municípios que ainda não têm o programa ou adesão e monitoramento para os que estão com o programa em funcionamento. A adesão e monitoramento quadrimestral se justificam devido a necessidade de acompanhamento das ações do programa para melhor planejamento e direcionamento dos insumos, avaliando as estimativas e realidades dos municípios periodicamente, o que possibilita ao município a oportunidade para realizar atualizações de estimativas ou até mesmo aderir ao programa. Para estimular a adesão junto aos municípios, a coordenação estadual do programa de controle do tabagismo realiza oficinas tele-presenciais para os coordenadores municipais e profissionais interessados na gestão do PNCT, contato direto através de ligações telefônicas, e-mail e aplicativo de mensagens junto às secretarias municipais e/ou coordenadores da atenção básica, no intuito de esclarecer dúvidas e sinalizar os prazos referente a adesão/monitoramento conforme periodicidade citada anteriormente. Faz-se extremamente necessário essas iniciativas para que não haja interrupção no fluxo de envio dos insumos necessários continuem chegando em cada município, os pacientes continuem sendo assistidos e os grupos continuem rodando de acordo com a necessidade de cada

unidade. Em 2018, dos 417 municípios que compõem o estado, apenas 196 (47,0%) municípios aderiram ao PNCT, em 2019 foram 124 (29,7%) e em 2020 foram 93 (22,3%). Após observar a queda na adesão ao PNCT, a DGC em parceria com a Residência Multiprofissional da Fundação Estatal de Saúde da Família, realizou ações de incentivo e qualificação dos gestores municipais para o aumento na adesão ao programa. Assim, em 2021 a Bahia registrou a adesão de 226 (54,2%) municípios no terceiro quadrimestre, com planejamento e desenvolvimento do programa para os meses de janeiro a abril de 2022.

O grande desafio diante do PNCT é que, diferente de outros programas de saúde que possuem monitoramento anual, a periodicidade do preenchimento do formulário de adesão/monitoramento do PNCT deve ocorrer três vezes ao ano e exige da gestão estadual um constante acompanhamento e apoio aos gestores municipais. A grande rotatividade dos profissionais da gestão e da assistência à saúde torna necessária uma contínua (re) qualificação dos municípios para permanência da adesão e garantia da oferta do tratamento aos usuários tabagistas. Os medicamentos e cartilhas do programa são fornecidos pelo Ministério da Saúde, após análise dos formulários de adesão/monitoramento pelo INCA; a Coordenação Estadual do PNCT informa à Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF a lista dos municípios que realizaram a adesão para o quadrimestre vigente. A solicitação das medicações estratégicas para os usuários do programa ocorre via Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica - SIGAF. A Coordenação municipal solicita, através do Farmacêutico responsável, os insumos necessários para a assistência ao tabagista (incluindo cartilhas e medicamentos). Após a aprovação da Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF, o pedido é enviado à Central de Abastecimento Farmacêutica da Bahia - CEFARBA que envia, de acordo com as condições de estoque, para os municípios. Infelizmente os estados brasileiros vêm sofrendo com o constante desabastecimento dos insumos estratégicos do PNCT.

2.4.3 Inatividade física (Sedentarismo)

Foram definidos como fisicamente inativos pelo Vigitel os indivíduos que referem não ter praticado qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos relevantes no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta (perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto ou 20 minutos por dia) e que não participam da limpeza pesada de suas casas⁴³. A prática regular de atividade física é reconhecidamente um comportamento saudável de vida que impacta no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos e reduzem a morbimortalidade por DCNT. Para Salvador e Bahia (inferência) a tendência foi de aumento contínuo da prática de atividade física para ambos os sexos em toda série histórica 2010-2021, sendo maior para o masculino (**Gráfico 50**).

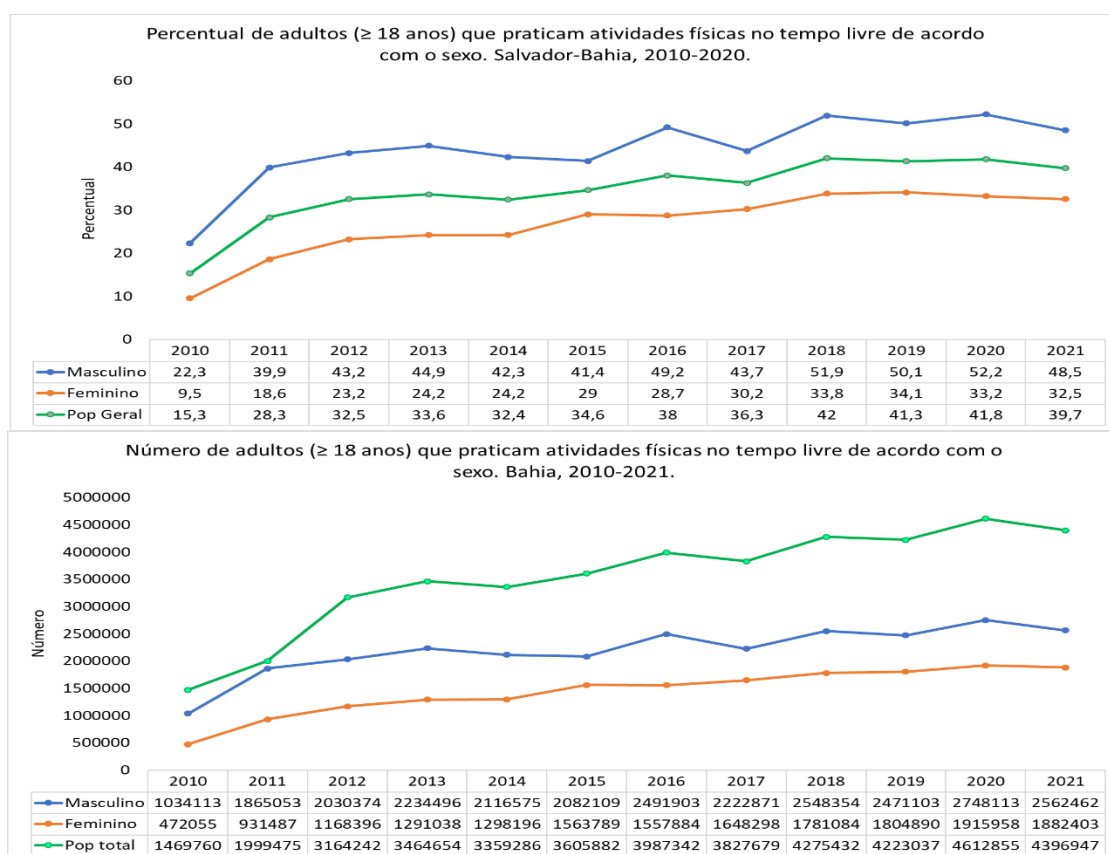


Gráfico 50. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre segundo o sexo para Salvador e Bahia* respectivamente. 2010-2021.

Fonte: CGDANT/SVS/MS/Vigitel 2010-2021.

*Para o cálculo do Estado, foram aplicados os mesmos percentuais alcançados por Salvador em cada ano da série para população de adultos (≥ 18 anos) em mesmo ano, como um proxy, na impossibilidade de desagregação por município.

2.4.4 Consumo abusivo de bebidas alcoólicas

O consumo do álcool é um dos principais fatores de risco para a saúde da população mundial, e o avanço no conhecimento sobre o impacto do seu uso abusivo sobre a saúde dos indivíduos e das populações vem evidenciando a associação da substância com a mortalidade e a ocorrência de uma ampla variedade de doenças crônicas, como neoplasias malignas, doenças cardiovasculares, doenças do fígado, entre outras¹⁵.

A Portaria nº3.0088/2012, do MS, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, ampliando a concepção de cuidado, não centrando em apenas uma unidade, expandindo assim as ofertas de atenção ao apontar novos serviços, distribuídos em 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.

Os dispositivos da RAPS e a redução de danos, são estratégias importantes quando se fala sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas. Vale também mencionar a importância da construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), considerando que cada caso apresenta suas particularidades e subjetividades.

Para o Vigitel⁴³ foi considerado consumo abusivo do álcool a ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião, constituindo-se em risco para o desenvolvimento das DCNT, destacando-se as neoplasias malignas, doenças hepáticas e cardiovasculares. Segundo a Global Burden of Disease (GDB) em 2017, aproximadamente 6,2% de todos os óbitos ocorridos no Brasil estavam relacionados ao uso do álcool. Além disso, quando observado os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY's - Disability Adjusted Life Years), o uso de álcool foi o terceiro e o quarto principal fator de risco comportamental para carga de doença, no Brasil e no mundo, respectivamente¹⁵. Salvador e a Bahia (inferência) apresentaram a mesma tendência quanto ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas no período de 2010-2020, pouca flutuação ao longo da série histórica, maior percentual e número dos adultos do sexo masculino e aumento do consumo abusivo do álcool na população geral entre 2019 e 2020 (**Gráfico 51**).

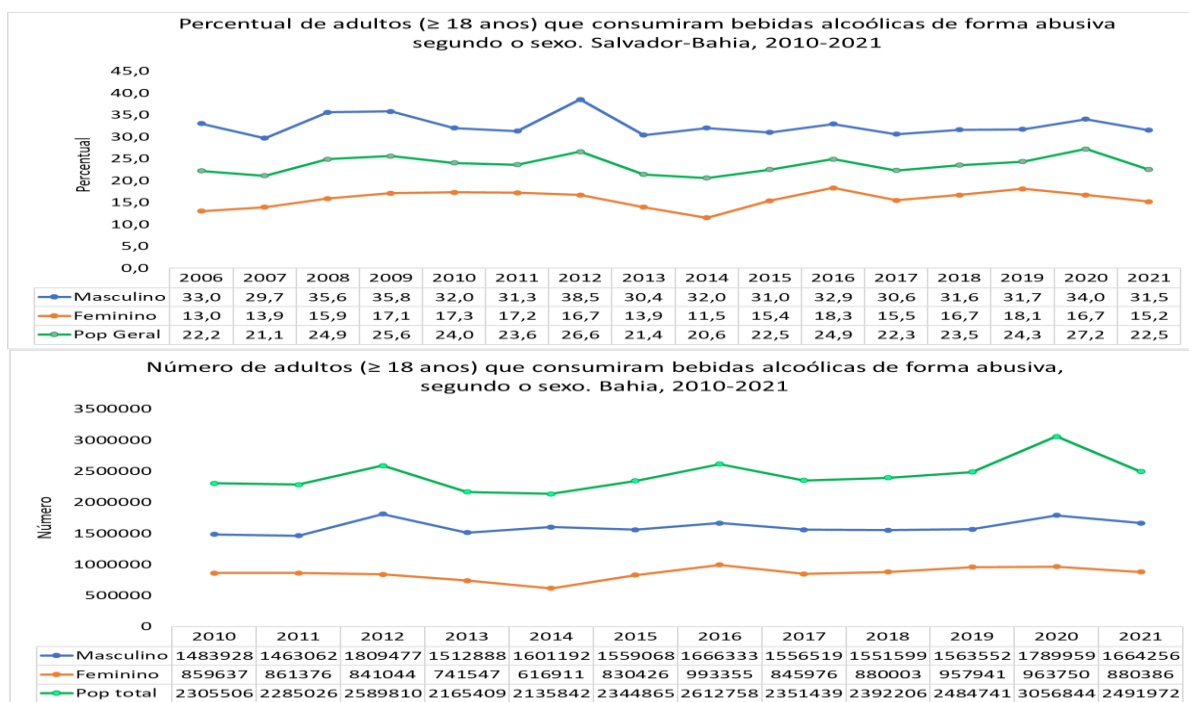


Gráfico 51. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva segundo o sexo para Salvador e Bahia* respectivamente. 2010-2021.

Fonte: CGDANT/SVS/MS/Vigitel 2010-2021

*Para o cálculo do Estado, foram aplicados os mesmos percentuais alcançados por Salvador em cada ano da série para população de adultos (≥ 18 anos) em mesmo ano, como um proxy, na impossibilidade de desagregação por município.

A embriaguez no volante é um problema sério, que triplica os riscos e coloca muitas vidas em jogo. O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) estabelece limite zero para o consumo de álcool pelos motoristas e impõe penalidades severas para quem infringe a norma. Consoante a Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, e a nova “Lei Seca”, Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012, que visa coibir a condução de veículo motorizado após o consumo de bebidas alcoólicas, o Vigitel passou a estimar a frequência de adultos que referiram conduzir veículo motorizado após o consumo de bebida alcoólica, independentemente da quantidade de bebida consumida e da periodicidade dessa prática. Em Salvador o percentual de adultos do sexo masculino que conduziram veículos após ingerir bebida alcoólica foi superior aos do sexo feminino no período analisado (2010-2021) o mesmo ocorreu com o número de adultos no estado; após a implantação da Lei Seca o declínio é contínuo até 2019 voltando a subir entre 2019-2020 (**Gráfico 52**).

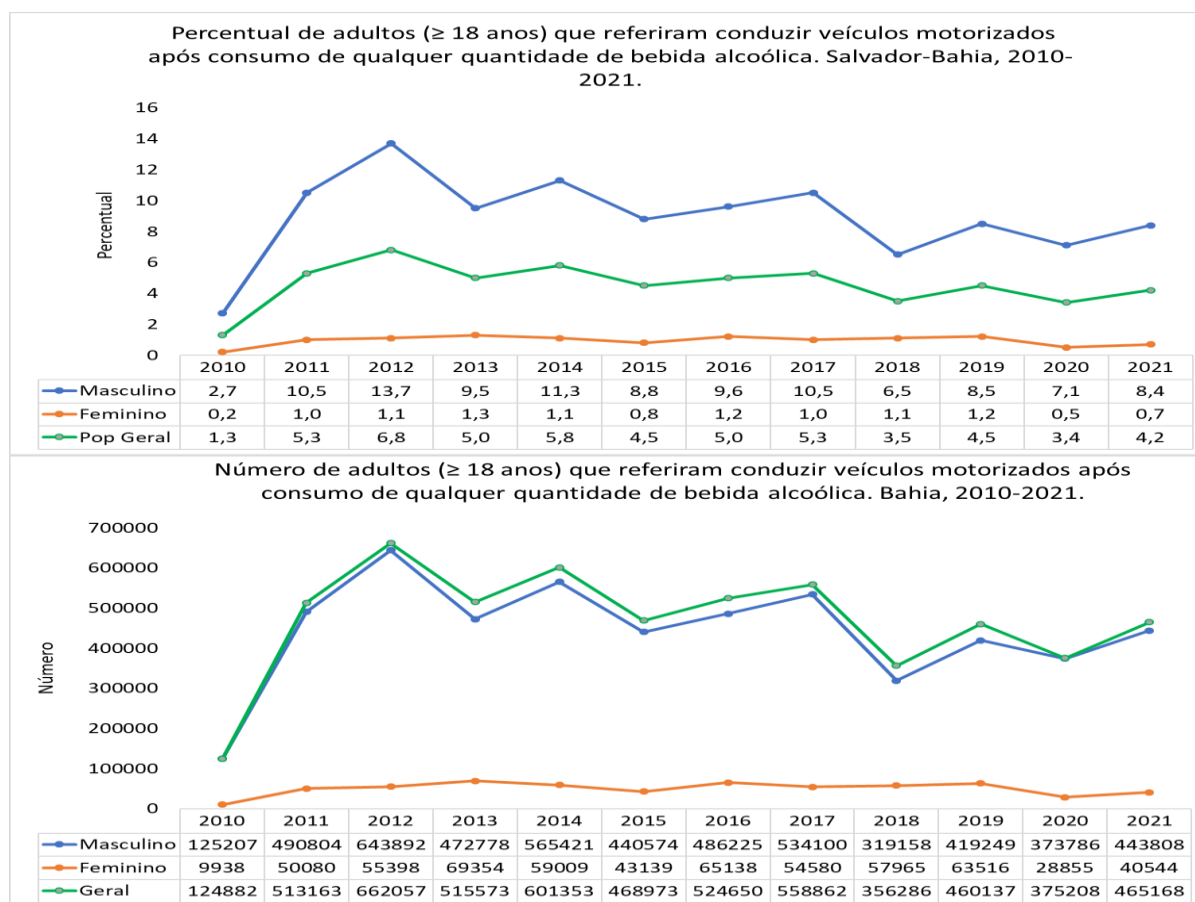


Gráfico 52. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que referiram conduzir veículos motorizados após o consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica segundo o sexo para Salvador e Bahia* respectivamente. 2010-2021.

Fonte: CGDANT/SVS/MS/Vigitel 2010-2021.

*Para o cálculo do Estado, foram aplicados os mesmos percentuais alcançados por Salvador em cada ano da série para população de adultos (≥ 18 anos) em mesmo ano, como um proxy, na impossibilidade de desagregação por município.

As mudanças registradas no comportamento dos povos indígenas quanto aos hábitos de vida impactam diretamente no processo de saúde doença nessa população. Os profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) e núcleos de apoio à saúde indígena (NASI) fazem o acompanhamento dos usuários em uso abusivo de bebidas alcoólicas. O **Quadro 22** apresenta o levantamento de usuários indígenas em consumo nocivo de bebidas alcoólicas segundo o polo base de residência.

Quadro 22. Número de usuários dos povos indígenas com consumo nocivo de bebida alcoólica segundo o polo base. Bahia, 2022*

Polo Base	Número de usuários com consumo nocivo de bebida alcoólica
Euclides da Cunha	05
Ibotirama	10
Ilhéus	11
Itamaraju	01
Juazeiro	08
Pau Brasil	27
Paulo Afonso	01
Porto Seguro	22
Ribeira do Pombal	05
TOTAL	90

Fonte: Planilha padronizada DIASI, 2022*.

É importante que as estratégias a serem implantadas no enfrentamento ao consumo nocivo de bebida alcoólica não coloque os sujeitos já em situação de vulnerabilidade e marginalizados, em situações de maior risco e exposição. O uso abusivo de álcool é um problema de saúde pública. O cuidado deve ser baseado na coesão e não na coerção, com a garantia dos direitos humanos e dignidade das pessoas. O fortalecimento de vínculos, o apoio da família e da comunidade, bem como, o sujeito enquanto protagonista no seu próprio PTS é fundamental para um cuidado efetivo.

2.4

Análise da Situação de Saúde |

Fatores de Risco para as Doenças Crônicas não Transmissíveis

Plano Estadual de
Ações Estratégicas

Enfrentamento das
Doenças Crônicas
e Agravos
não Transmissíveis

Plano DANT 2022-2030

2.4. Promoção da Saúde

A promoção da saúde compreende a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um. Promover saúde também é aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular, que otimize os recursos disponíveis e garanta sua aplicação em políticas que respondam mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade. É se responsabilizar no nível da legislação e execução com políticas que favoreçam a vida em todas suas dimensões sem que isso implique, necessariamente, no desenvolvimento de ações inéditas, mas no redirecionamento do enfoque das políticas públicas.

A promoção da saúde propõe o desafio de reorientar os serviços de saúde a superar a fragmentação do assistir a doença, e irem em direção a perspectiva da atenção integral às pessoas em suas necessidades, numa relação dialógica do cuidar/ser cuidado, do ensinar/aprender. Traz os serviços a reflexão de que necessitam participar ativamente das soluções dos problemas de saúde levantados conjuntamente com as comunidades. Destacaremos aqui as práticas integrativas e o Programa Academia da Saúde como exemplo de instrumentos e espaços promotores de saúde.

2.5

Análise da Situação de Saúde |

Promoção da Saúde

Plano Estadual de
Ações Estratégicas

Enfrentamento das
Doenças Crônicas
e Agravos
não Transmissíveis

Plano DANT 2022-2030

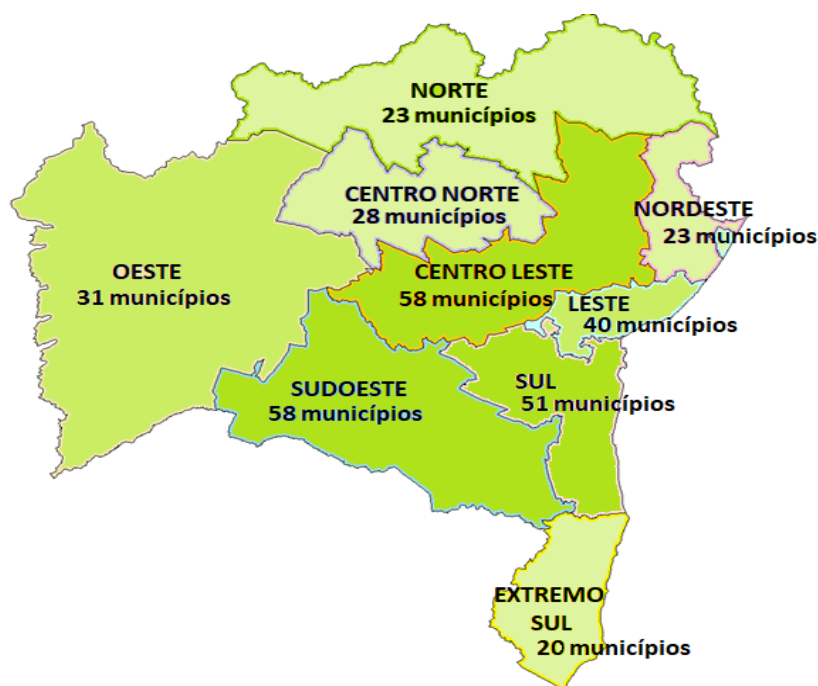
2.5.1 Práticas integrativas e complementares (PICS)

As PICS, no âmbito do SUS, são ações de cuidados transversais realizadas na Atenção Básica, na média e alta complexidade, por meio de recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. O Consórcio Acadêmico Brasileiro em Saúde Integrativa (CABSIn)⁴⁴, em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (Bireme/OPAS/OMS) publicou 12 mapas de evidências científicas das PICS, que apontam a contribuição dessas práticas no tratamento de doenças físicas e mentais. Dentre os achados científicos, destacam-se os efeitos positivos das PICS para problemas físicos e metabólicos, como as dores crônicas, diabetes, hipertensão e a obesidade, para bem-estar e qualidade de vida das pessoas e para problemas de saúde mental, a exemplo da depressão e da ansiedade⁴⁴.

Dentro desse contexto, salientamos a existência da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde da Bahia (PEPICS/BA), publicada em 2019, com o objetivo de ampliar o acesso às PICS no Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva do cuidado integral em todos os níveis de atenção (promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde) para a população do estado. Essa política tem servido de subsídio para fomentar o exercício das PICS, de modo a favorecer a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Além disso, as PICS têm se mostrado vantajosas por se tratar de métodos não medicamentosos, voltados ao autocuidado, que privilegiam a escuta acolhedora e que alcançam a integralidade ao ultrapassar aspectos físicos ao abranger questões socioculturais e emocionais, contemplando, dessa forma, o princípio da integralidade.

Na Bahia, consoante aos dados do Sisab/2022, 390 (93,5%) municípios ofertam PICS, no **Mapa 2** está demonstrada a distribuição desses por macrorregião de saúde.



Mapa 2. Número de municípios com registro de oferta de Pics por macrorregião de saúde. Bahia, 2022.

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), 2022.

Voltadas à promoção de uma cultura de paz o DSEI através das equipes do NASI (Assistente Social, Psicólogo, Farmacêutico e Nutricionista), em parceria com as EMSI (Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena) desenvolvem as ações para sensibilização e conscientização da prevenção da violência interpessoal e autoprovocada dos povos indígenas e monitoram os casos notificados em planilhas consolidadas a partir da ficha de notificação de violência, além da articulação com os setores municipais (CRAS e CREAS), visando incluir a população indígena nas políticas de enfrentamento ao agravo. São realizadas rodas de conversa com a comunidade, caciques e lideranças indígenas, palestras em sala de espera e em instituições educacionais, encontro de saberes de interculturalidade, entre outros.

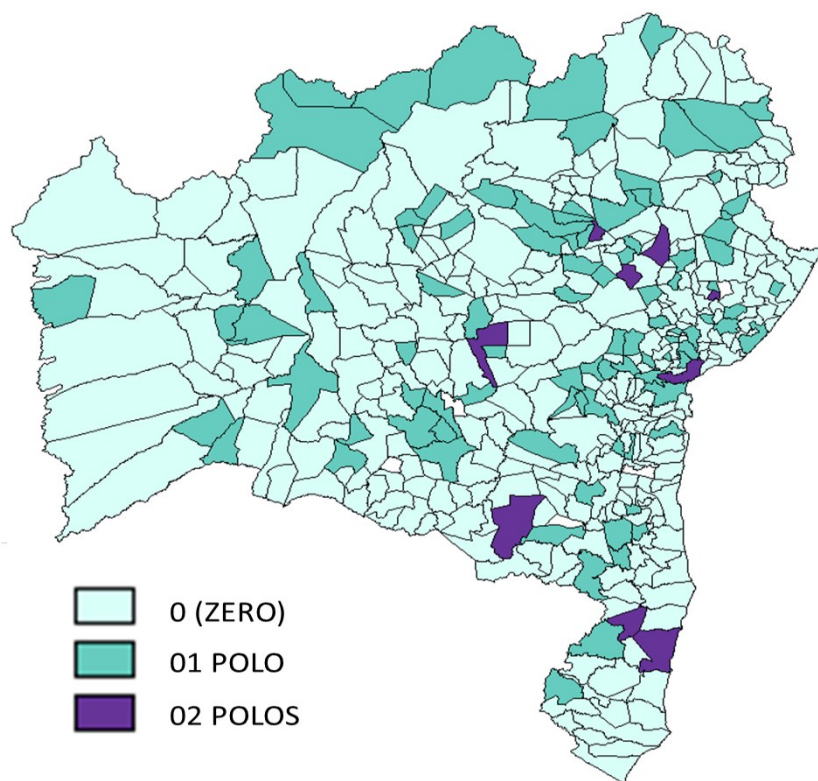
2.5.2 Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde (PAS) foi instituído em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS) e atualmente é regulamentado pelas Portarias de Consolidação GM/MS nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017. O programa possui princípios e diretrizes baseados na Lei Orgânica da Saúde e nas Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (PNPS) e de Atenção Básica (PNAB).

O objetivo do PAS é contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis para a população, por meio de ações como: práticas corporais e atividades físicas; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade. A implementação do PAS nos municípios e no Distrito Federal inicia-se com a construção dos polos, que são estabelecimentos de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), geridos pelas secretarias municipais e distrital de saúde e possuem infraestrutura específica, equipamentos e profissionais qualificados.

O financiamento das obras dos polos é definido no Orçamento Geral da União e está condicionado à disponibilidade orçamentária. Atualmente, os recursos para construção dos polos são oriundos de emendas parlamentares e os valores de repasse são definidos de acordo com a modalidade (básica, intermediária e ampliada) e com a região do país, com atualização anual pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e publicados na cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde.

Para manutenção dos polos como estratégia de promoção da saúde, o MS prevê o repasse mensal de recurso de custeio para o financiamento das ações no valor mensal de R\$ 3.000,00 (três mil reais), por polo credenciado e conforme o cumprimento do monitoramento previsto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 e na Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1/2021. O Estado possui atualmente 115 Polos do Academia da Saúde distribuídos em 106 municípios, nos quais são realizadas ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos a saúde. No **Mapa 3** está representada a distribuição espacial dos polos do academia da saúde segundo município.



Mapa 3. Distribuição Espacial dos polos do programa academia da saúde segundo município. Bahia, 2022*.

Fonte: Sesab/Sais/DAB/2022.

De acordo com o Parecer Técnico nº 7/2022-SAPS/NUJUR/SAPS/M, emitido pelo Núcleo Jurídico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, atualmente designado como Coordenação-Geral de Demandas de Órgãos Externos da Atenção Primária (CGOEX/SAPS/MS), não há permissivo legal para que ocorra eventual mudança na finalidade dos polos do PAS. Caso o município ou Distrito Federal compreendam, no exercício de sua autonomia federativa, pela alteração de finalidade, devem restituir os recursos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos são fundamentais para reduzir a progressão das DCNT e de suas complicações, as quais respondem por perda da qualidade de vida das pessoas e elevadas taxas de morbimortalidade, neste sentido, as esferas de gestão do SUS vem envidando esforços para qualificar o cuidado prestado a população com o vistas a reduzir a morbimortalidade pelas DCNT, um destes esforços é o Projeto “Cuida APS”, uma parceria entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, que objetiva qualificar o cuidado às pessoas com condições crônicas, por meio de cursos de especialização para

as equipes de saúde da atenção primária e da gestão, além da oferta de conteúdo/materiais para facilitar a tomada de decisão clínica sobre o cuidado de pessoas com DCNT, instrumentos para apoiar o autocuidado de pessoas com doenças crônicas. Os apoiadores da DAB acompanham os planos de intervenção para qualificar as ações de enfrentamento às DCNT, elaborados pelos profissionais da AB, como produto do Curso desenvolvido pelo Projeto Cuida APS. O projeto está sendo desenvolvido em 27 municípios da macrorregião Norte.

Como estratégia para qualificação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e Atenção Primária, em geral, a DAB elaborou a proposta e vem implementando o Acolhimento Pedagógico (AP), abordando temas estruturantes para o desenvolvimento da Atenção à Saúde da Bahia, tendo a AB como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. A ação da DAB envolve a qualificação de orientadores de território, a formação presencial de facilitadores (profissionais de nível superior indicados pelos municípios) e a qualificação de trabalhadores da atenção básica; assim como, a disponibilização de manual para facilitadores e trabalhadores. O produto final do processo de qualificação do acolhimento pedagógico é a construção da territorialização, a análise de situação de saúde e o planejamento de cada uma das equipes formadas. Dos 417 municípios 358 (86,0%) aderiram ao AP e já foram formados mais 400 facilitadores. Está em curso a 3ª oferta de formação de facilitadores em diversas regiões e o trabalho com as equipes de saúde nos territórios já foi iniciado.

2.6

Análise da Situação de Saúde |

Redes de Atenção à Saúde

Plano Estadual de
Ações Estratégicas

Enfrentamento das
Doenças Crônicas
e Agravos
não Transmissíveis

Plano DANT 2022-2030

2.6 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. São expressas por meio de políticas, programas e serviços de saúde na perspectiva de priorização do alcance de cuidado integral e efetivo à saúde do usuário. Em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, elas têm o desafio de viabilizar o acesso ao cuidado em saúde para os cidadãos baianos, com maior resolutividade e qualidade e em tempo oportuno.

2.6.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A Política Estadual da Atenção Básica da Bahia (Peab), instituída pela Resolução CES nº 14/2012, em consonância com a Política Nacional da Atenção Básica (Pnab), define a Atenção Básica como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre o qual as equipes assumem responsabilidade sanitária. A estrutura da Atenção Básica estadual está representada no **Anexo 3**.

Enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado a APS tem papel fundamental na abordagem das DANT através do acolhimento, diagnóstico precoce, encaminhamentos e tratamento dos usuários. Cabe a essa estabelecer o primeiro contato com a população por meio de uma abordagem centrada na família, considerando o contexto social e comunitário, de forma a assegurar a integralidade e longitudinalidade do cuidado em seu percurso nas redes de atenção à saúde.

A educação permanente para os profissionais é parte integrante das ações da APS e a telessaúde é uma ferramenta importante nesse processo, que amplia o acesso e qualifica o cuidado por meio de apoio clínico e diagnóstico, realização de ações de educação em saúde e educação permanente. Utiliza as modernas tecnologias da informação e comunicação para desenvolver ações e serviços de saúde a distância, aproximando

profissionais de saúde, assim como profissionais de saúde e a população. O serviço da telessaúde oferta: teleconsultoria/teleinterconsulta, segunda opinião formativa (SOF), teleducação para todos os profissionais da Atenção Básica, monitoria e apoio aos municípios na implementação do e-SUS-AB e telediagnóstico em cardiologia e dermatologia. No estado todos os municípios acessam pelo menos uma das ofertas da telessaúde. Atualmente temos 18.488 profissionais da saúde estão cadastrados na plataforma de teleconsultoria, com 33.501 teleconsultorias realizadas.

As tabelas abaixo demonstram que a Bahia e suas macrorregiões vêm apresentando comportamento de crescimento contínuo nas coberturas da Estratégia Saúde da Família e saúde bucal (**Tabelas 9 e 10**).

Tabela 9. Cobertura estimada de Estratégia Saúde da Família, por macrorregião de saúde. Bahia. 2012-2022.

Macrorregião de saúde	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	73,18	73,79	76,58	77,13	79,39	81,29	81,24	84,36	85,00	87,74	88,36
Centro-Norte	82,26	82,93	89,43	88,72	89,55	91,85	91,92	94,41	96,92	97,46	99,06
Extremo Sul	90,50	86,70	90,46	93,58	94,16	94,77	94,20	97,76	94,96	96,89	96,89
Leste	36,81	43,89	44,16	45,79	46,84	47,73	47,51	51,33	56,57	57,21	58,50
Nordeste	77,73	84,07	80,05	83,16	78,03	81,97	85,54	88,43	86,78	90,62	93,19
Norte	73,55	77,74	78,75	82,20	81,35	86,38	83,79	89,37	91,38	92,21	92,83
Oeste	65,81	71,31	78,57	82,03	77,44	86,49	84,28	88,48	86,93	92,68	97,33
Sudoeste	75,97	78,10	80,38	80,74	79,47	81,91	82,76	84,37	84,65	86,53	87,43
Sul	68,22	69,26	71,84	72,66	72,62	77,37	79,57	82,94	82,83	83,85	84,77
Bahia	62,91	66,39	68,29	69,77	69,69	72,39	72,48	75,84	77,54	79,23	80,52

Fonte: Sesab/Sais/DAB- e-Gestor Atenção Básica/Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - CGIAP/Desf/Saps/MS.

Dados gerados em: 27/03/2023.

No que tange à saúde da família, é importante salientar que todas as macrorregiões têm cobertura superior à cobertura da Bahia (80,52%), exceto a macrorregião Leste, onde está situada a capital do estado, que é o maior município, mas tem a segunda menor cobertura, o que impacta decisivamente na cobertura do estado como um todo. Atualmente, 83% dos municípios têm 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família; 12% têm abrangência entre 80 e 99%; 5%, entre 50 e 79%; e apenas 1% tem inferior a 50%.

Tabela 10. Cobertura estimada das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família por macrorregião de saúde. Bahia. 2012- 2022.

Macrorregião de saúde	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	52,25	51,79	49,46	49,73	47,34	52,14	54,31	57,14	58,95	61,93	54,15
Centro-Norte	65,08	67,49	63,03	61,51	61,66	74,66	83,32	85,75	89,63	92,91	82,19
Extremo Sul	72,44	68,71	67,43	70,54	69,61	69,87	71,41	76,09	75,54	74,53	59,45
Leste	30,23	32,62	36,10	36,11	34,22	35,52	36,68	42,51	48,32	48,83	41,21
Nordeste	48,91	55,15	51,56	53,21	46,88	51,05	56,63	61,85	61,72	67,61	52,69
Norte	60,28	61,74	58,66	58,23	56,24	64,63	67,60	71,82	74,76	76,98	63,37
Oeste	57,61	54,76	56,51	59,34	56,14	66,63	70,80	73,71	75,79	80,80	71,15
Sudoeste	67,17	67,27	69,34	69,69	68,59	73,81	75,06	77,42	77,92	80,28	73,33
Sul	51,55	51,57	52,81	52,59	51,65	57,49	58,72	64,88	63,13	66,44	60,36
Bahia	49,66	50,54	51,01	51,39	49,42	54,04	56,36	60,74	63,23	65,40	56,40

Fonte: Sesab/Sais/DAB-Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - CGIAP/Desf/Saps/MS. Dados gerados em: 27/03/2023.

2.6.2 Atenção Especializada

No âmbito do SUS, a Atenção Especializada (AE) consiste em um conjunto de conhecimentos, ações, práticas e técnicas assistenciais articuladas a partir de processos de trabalho de maior densidade tecnológica. Assim, a AE organiza-se de forma hierarquizada e regionalizada, bem como integra estrategicamente a rede de atenção à saúde, em articulação e alinhamento com a Atenção Básica – estabelecendo sistema de referência e contrarreferência – a fim de fomentar a continuidade da assistência de acordo com as necessidades de saúde da população.

Sob a perspectiva assistencial, a atenção especializada é composta por ações e serviços da atenção secundária (serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e serviços médicos ambulatoriais e hospitalares), da atenção terciária (diagnose, terapia e atenção hospitalar), além da área de urgência e emergência (articulada com todos os níveis de atenção).

No contexto das DANT, principalmente na atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e às vítimas da violência e acidentes, a articulação entre os serviços, a implementação das linhas de cuidado prioritárias e das ações e serviços de média e alta complexidade voltados às políticas de atenção cardiovascular; oncológica; em neurologia/neurocirurgia; ao portador de doença renal crônica; às doenças crônicas,

especificamente sobrepeso e obesidade são fundamentais para assegurar a continuidade do cuidado aos usuários.

2.6.2.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Diante do cenário da saúde mental da população demonstrado pelos dados apresentados referentes às lesões autoprovocadas e suicídio reitera-se a importância da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). A RAPS figura como um grande gargalo na atenção à saúde e a reforma psiquiátrica propõe mudança no modelo de atenção em saúde mental por meio de novas modalidades de cuidado às pessoas em situação de sofrimento ou transtorno mental e àquelas que apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas.

Atualmente, a Bahia conta com 298 dispositivos da Raps, nas diversas modalidades. No **Quadro 23**, está representada a distribuição dos equipamentos segundo macrorregião de saúde. Ressalta-se que, diante dos critérios populacionais estabelecidos nas portarias ministeriais que regulamentam essa rede, no âmbito da atenção especializada e hospitalar, especialmente na Bahia, se observa um importante vazio assistencial.

Quadro 23. Distribuição dos dispositivos da Raps, habilitados pelo Ministério da Saúde, por macrorregiões de saúde. Bahia, 2023.

Macrorregiões de saúde	DISPOSITIVOS DA RAPS									
	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	SRT	Uai	CAPS ia	e-MAESM	TOTAL
Centro-Leste	42	4	1	1	2	8	0	1	8	67
Centro-Norte	13	2	0	1	0	0	0	0	0	16
Extremo Sul	11	3	0	3	0	0	0	3	0	20
Leste	26	15	2	5	1	5	1	4	0	59
Nordeste	15	0	1	0	0	0	0	0	3	19
Norte	17	2	0	2	1	0	0	0	0	22
Oeste	15	1	1	1	0	0	0	0	1	19
Sudoeste	33	4	0	2	2	1	0	1	4	47
Sul	20	4	0	2	0	0	0	2	1	29
TOTAL	192	35	5	17	6	14	1	11	17	298

Fonte: Sesab/Observatório Baiano de Regionalização, 2023; Sesab/Sais/DGC.

É importante ressaltar a necessidade da implementação da Raps diante do contexto de violência interpessoal/autoprovocada, aumento dos suicídios e do cenário da saúde mental agravado pelo contexto da pandemia de covid-19.

2.6.2.2 Linhas de Cuidado Prioritárias e Principais Políticas da Média e Alta Complexidade

Em 2015, a Sesab priorizou a implantação das linhas de cuidado prioritárias cardiovascular, neurovascular e traumatológica. Por se tratar de agravos tempo-dependente, foram criados fluxogramas de atendimentos que otimizassem a utilização dos recursos, oportunizando o acesso à saúde para usuários. No ano de 2016, a Sesab instituiu a Política Estadual para a Redução de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que aprovou a implantação de salas de telemedicina.

Neste ensejo, destaca-se o investimento estadual no fortalecimento do componente hospitalar com ampliação do número de hospitais de referência regional. A gestão estadual ainda concentra a maior parte da gestão dos hospitais de alta complexidade, mesmo na capital, com quatro unidades habilitadas em alta complexidade.

Referente à linha do cuidado cardiovascular foi possível constatar que a implantação das salas de telemedicina distribuiu o TeleECG em muitos serviços de urgência e emergência, o que possibilita a identificação e o diagnóstico precoce do IAM em locais de vazios assistenciais, aumentando as chances de sobrevida dos pacientes e reduzindo o número de óbitos.

Em mapeamento das portas de entrada dos hospitais estratégicos do estado, realizado em 2021, constatamos oferta de atendimento cardiológico em apenas dez hospitais (50%). Os dados mostram-se preocupantes, onde tal carência é percebida na dificuldade de acesso e de regulação das situações de urgência e emergência, na alta complexidade.

Quanto à Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), instituída pela Portaria GM/MS nº 665/2012 que prevê a habilitação dos estabelecimentos hospitalares como centros de atendimento de urgência aos pacientes com AVC no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), houve a implantação e habilitação de 14 leitos de Unidade de Agudos em AVC, no Hospital Geral Roberto Santos. Os hospitais estratégicos do estado ainda apresentam baixa oferta de neurologistas em suas portas de entrada, com apenas seis (30%) funcionando durante 24 horas e mais seis (30%) no formato de sobreaviso. O

formato de sobreaviso também gera atraso na abordagem inicial ao paciente com AVC, considerado um agravo tempo-dependente. O êxito da implantação das linhas do cuidado cardiovascular e neurovascular dependem de uma maior integração e articulação entre gestores, usuários e serviços para otimizar a utilização dos recursos tecnológicos disponíveis, nos diversos territórios, e a criação de fluxos e protocolos que possibilitem a melhoria do acesso dos usuários no contexto da rede de atenção. Para a linha do cuidado do AVE, considera-se como estratégia de identificação e diagnóstico precoce do AVC-isquêmico a utilização do telediagnóstico, já que muitos hospitais dispõem do tomógrafo, mas não possuem o neurologista.

No que tange à linha de cuidado prioritário ao trauma na rede de atenção às urgências e emergências, esta foi instituída através da Portaria GM/MS nº 1.365/2013. Conforme mapeamento realizado, o serviço de ortopedia se mostrou como uma das especialidades de maior amplitude de oferta, de forma bastante distribuída entre as regiões de saúde, presente em 17 (85%) dos hospitais estratégicos. Para março de 2023 está prevista a inauguração do Hospital Ortopédico do Estado (HOE) no bairro do Cabula em Salvador, o qual contará com 212 leitos, sendo 30 reservados ao atendimento de terapia intensiva (UTI), 13 salas cirúrgicas e atendimento adulto e pediátrico.

Nos **Quadros 24 e 25** está representada a síntese das linhas de cuidado prioritárias e das principais políticas da média e alta complexidade implantadas no estado através da Diretoria da Atenção Especializada (DAE/CRAE/Sesab).

LINHAS DE CUIDADO PRIORITÁRIAS	
Infarto agudo do miocárdio (IAM)	A linha do cuidado do IAM foi aprovada através da Portaria GM/MS nº 2.994/2011 no intuito de estabelecer ações integradas para reduzir a ocorrência das doenças cardiovasculares e os índices de mortalidade, bem como definir a padronização de tratamento da Síndrome Coronariana Aguda - SCA no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. O Ministério da Saúde (MS) também publicou a Portaria GM/MS nº 2.777/2014 que regulamenta o financiamento e o uso do trombolítico tenecteplase no âmbito do SAMU 192. Se conforma através das ações desenvolvidas, integradas e articuladas entre os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência (RUE), possibilitando um cuidado integral ao usuário, garantindo acesso às ações de promoção e prevenção à saúde, bem como tratamento e reabilitação, com fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção. De acordo com a base de dados do Datasus, constatou-se um total geral de 48.328 internações para tratamento do IAM no estado da Bahia no período de 2015 a 2022. Verifica-se um crescente no número de internações por IAM à medida que os anos avançam.
Acidente vascular cerebral (AVC)	A linha de cuidado do AVC tem por objetivo proporcionar uma assistência integrada e continuada, com orientações das equipes multiprofissionais quanto aos cuidados em reabilitação, considerando as alterações físicas, auditivas, visuais, intelectuais e emocionais das pessoas que sofreram AVC, tendo em vista que é um acometimento que pode levar à morte e a sequelas incapacitantes. Dentro deste conceito a linha de cuidado do AVC se dá de forma pactuada com ações da atenção básica, serviços de urgência/emergência hospitalares e pré-hospitalares fixos (UPA 24 h e Prontos Socorros) e móveis (SAMU 192), as Unidades de AVC, a reabilitação, cuidados ambulatoriais pós-ictus e a reintegração social. De acordo com a base de dados do Datasus, no período de 2015 a 2022 o estado da Bahia registrou um total de 1.688 trombóses, sendo que deste total 1.154 (68,3%) foram realizadas no Hospital Geral Roberto Santos, 283 (16,7%) no Hospital Regional Costa do Cacaú e HGRS e 104 (6,16%) foram realizadas no Instituto Brandão de Reabilitação (IBR). Quanto ao procedimento de tromboectomia no sistema nervoso, ainda no período de 2015 a 2022 o estado registrou um total de 20 procedimentos, sendo seis deles (30%) realizados no Hospital Geral Clériston de Andrade e três procedimentos (15%) no Hospital Geral Roberto Santos.
Trauma	A linha de cuidado prioritário ao trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, foi instituída através da Portaria GM/MS nº 1.365/2013. Conforme mapeamento realizado, o serviço de ortopedia se mostrou como uma das especialidades de maior amplitude de oferta, de forma bastante distribuída entre as regiões de saúde, presente em 17 (85%) dos hospitais estratégicos. No que se refere ao tratamento cirúrgico em politraumatizados, os hospitais que mais realizaram este procedimento foram o Hospital Geral do Estado, Hospital de Base Luiz Eduardo Magalhães, Hospital Gral de Vitória da Conquista, Regional de Eunápolis, Hospital Geral Clériston Andrade, Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães. Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus e Hospital do Subúrbio.
Pé diabético	Além das linhas de cuidado definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde descritas, tendo em vista o cenário epidemiológico das vasculopatias, sobretudo o impacto das amputações relacionadas ao pé diabético, no estado foi estabelecido como prioridade a Linha do Cuidado às Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas, provada através da Resolução CES nº 09/2018. A LC, bem como a Política referida tem sido um esforço conjunto da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Especializada, com estabelecimento de fluxos compreendendo todos os pontos de atenção, integrados mediante processo regulatório, de acordo com protocolo único de acesso considerando critérios de risco e a gravidade dos casos. Esta Linha do cuidado se conforma através do desenvolvimento de ações de promoção à saúde capazes de identificar e classificar lesões em pés de pacientes portadores de diabetes mellitus na Rede de Saúde do Estado da Bahia e intervir sobre os fatores de risco para ulceração e amputação. Ampliação do acesso a serviços ambulatoriais especializados em diagnóstico/tratamento possibilitando um cuidado integral ao usuário garantindo dessa forma, acesso às ações de promoção e prevenção à saúde, bem como tratamento e reabilitação, integrados por processos regulatórios e fluxos efetivos de referência e contrarreferência.

Quadro 24. Linhas de cuidado prioritárias. Bahia, 2023.

Fonte: Sesab/Sais/DAE. Dados acessados em 04/05/2023.

Quadro 25. Média e alta complexidade em políticas públicas específicas. Bahia, 2023.

ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	
Sobrepeso e obesidade	A Bahia conta com 03 unidades habilitadas no âmbito do Ministério da Saúde para a assistência na alta complexidade da Obesidade e Sobrepeso. A Linha do Cuidado para Sobrepeso e Obesidade vem sendo discutida, objetivando a validação nos espaços de governança da rede a atenção a saúde (RAS), mediante a inclusão das policlínicas regionais para a oferta de ações de média complexidade ambulatorial, articuladas com o Centro Estadual de Diabetes e Endocrinologia (Cedeba).
Doença renal crônica	A atenção a pessoa com doença renal crônica na Bahia, está organizada de forma articulada e integrada, considerando que os critérios e requisitos da Política Nacional de Atenção em Nefrologia. A oferta das ações e serviços em diálise está estruturada de forma que o acesso da população com DRC a procedimentos de hemodiálise e diálise peritoneal é feito através do Sistema de Regulação em Nefrologia (Sinefro), operacionalizado pela Comissão Estadual de Nefrologia. A Bahia conta com 43 (quarenta e três) unidades de hemodiálise ambulatorial em funcionamento, distribuídas entre municípios que integram 27(96,4%) das 28 Regiões de Saúde. Para compor a linha do cuidado da DRC, nove das unidades habilitadas em hemodiálise atendem também aos pacientes com DRC nos estágios pré-dialítico 4 e 5. Os dados disponíveis na base de dados do DataSUS registram o incremento entre 2018 e 2022 de 18,9% em procedimentos de diálise na Bahia, passando de 985.284 sessões para 1.171.581 sessões.
Oncologia	A Assistência de alta complexidade em oncologia do estado da Bahia conta com dezesseis estabelecimentos habilitados no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. A Bahia conta, ainda, com cinco unidades de assistência de alta complexidade em oncologia, não habilitadas pelo Ministério da Saúde, financiadas com recurso estadual, obedecendo à proposta de expansão no Desenho Regional da Rede de Atenção ao Paciente com Câncer, constante no Plano Estadual de Atenção ao Câncer - Bahia 2016-2023, implantadas e em funcionamento, nas macrorregiões Leste, Sudoeste, Oeste, Centro-Norte e Extremo Sul. No contexto do Plano Nacional de Expansão da Radioterapia (PER-SUS), a UNACON do HGRS/CICAN e o Hospital Regional de Juazeiro já contam com o Serviço de Radioterapia implantados e em funcionamento, em processo de habilitação pelo Ministério da Saúde. Já o HGVC e o HMTF ainda estão em fase de obras físicas necessárias a implantação do serviço. Cabe salientar que o Desenho Regional da Rede de Assistência do Paciente com Câncer, do estado da Bahia, considera que as abrangências das UNACON e do CACON são macrorregionais.
Urgência e emergência	A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS foi instituída pelo Ministério da Saúde em junho de 2011 por meio da Portaria GM/MS nº 1.600 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências. A normativa estabelece os componentes da rede de atenção, a saber: Promoção, proteção e vigilância; Atenção Básica; SAMU 192 e Centrais de Regulação Médica de Urgências; Sala de estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidade de Pronto Atendimento -UPA 24 Horas e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Serviços de Urgência Hospitalar e Leitos de Retaguarda e a Atenção Domiciliar, além de definir as Linhas do Cuidado Prioritárias. O SAMU 192 atualmente contempla 20 CRU (Central de Regulação das Urgências). Além de 392 ambulâncias, (sendo 67 Unidades de Suporte Avançado e 325 Unidades de Suporte Básico), 21 motolâncias e 2 Ambulanchas, funcionando e/ou habilitadas pelo Ministério da Saúde, atendendo à 321(77%) municípios do estado. No que se refere às Unidades de Pronto atendimento, atualmente existem 56 UPA 24h em funcionamento, destas 04 são de gestão estadual: e 52 sob gestão municipal. Atualmente o Ministério da Saúde incentiva financeiramente Serviços de Urgência em Hospitais Estratégicos para a RUE, localizados em 03 macrorregiões (Extremo Sul, Leste e Sul) que tiveram Planos de Ação da RUE aprovados. A atenção domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.
Assistência domiciliar	A assistência domiciliar (AD) garante ao paciente o atendimento em casa por equipes multidisciplinares, formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e assistentes sociais, bem como fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais. Assim, o paciente tem acesso a um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição (cuidados paliativos) e promoção à saúde, garantindo a continuidade da assistência. Conforme o CNES, a Bahia conta com 217 equipes multidisciplinares de atenção domiciliar habilitadas pelo Ministério da Saúde, sendo 96 equipes multidisciplinares de apoio (EMAP), 66 equipes multidisciplinares de atenção domiciliar tipo I (EMAD I) e 55 equipes multidisciplinares de atenção domiciliar tipo II (EMAD II). Observando a distribuição regional dessas equipes, registra-se maior concentração nas macrorregiões Leste, Sudoeste e Sul.

Fonte: Sesab/Sais/DAE. Dados acessados em 04/05/2023.

2.6.2.3 Rede de Urgência e Emergência

A Coordenação de Urgência encontra-se inserida na Diretoria de Atenção Especializada, Superintendência de Atenção Integral à Saúde e dentro do Plano Estadual de Saúde (PES) tem como compromisso de expandir, qualificar e humanizar a Rede de Urgência no Sistema Único de Saúde-Bahia, através da articulação e integração dos equipamentos de urgência. Concebendo a premissa de ampliação da oferta e cobertura de serviços, conforme necessidade territorial, e que a organização da Rede de Atenção às Urgências é o eixo estruturante para a implementação da Política Estadual de Atenção às Urgências, a Bahia iniciou em 2011, a construção dos Planos Regionais de Atenção às Urgências. Para tanto, criou-se movimento de discussão colegiada com a participação do Grupo Condutor de Redes da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (Cosems) e o Ministério da Saúde.

A Bahia, no ano de 2012, em consonância com o Ministério da Saúde, aprovou as diretrizes, critérios e requisitos para a construção dos Planos Estadual, Regionais e Municipais da Rede de Atenção às Urgências, através da Resolução Comissão Intergestores Bipartite (CIB) n. 044/2012. Inicialmente, o documento definiu os hospitais estratégicos para a rede de urgência, além da necessidade de organização da rede em tese, considerando os aspectos epidemiológicos, territoriais, capacidade instalada existente e o planejamento de novos pontos de atenção para contemplar uma maior resolutividade aos usuários.

Ainda em 2012, houve um avanço importante no contexto da organização da rede de urgência e emergência, através da aprovação do Plano de Ação da Rede (PAR) de Atenção às Urgências da Macrorregião Leste (Portaria GM/MS nº 1.723/2012), e posteriormente, o PAR da Macrorregião Sul (Portaria GM/MS nº 72/2014). Nesse sentido, o investimento recebido possibilitou uma melhoria da infraestrutura e a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), nas portas de entrada dos hospitais estratégicos, bem como a ampliação da capacidade instalada de leitos de unidade de terapia intensiva e leitos clínicos na rede hospitalar. Cumpre-nos informar que os referidos planos se encontram em análise para atualização, no Ministério da Saúde.

No ano de 2014, a Sesab publicou o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA, documento técnico que subsidiou a implantação do ACCR em portas de entrada da

rede, melhorando a qualidade da atenção e uniformizando a linguagem na rede em tese. A qualificação das portas de entrada foi produto de ação conjunta com a elaboração da Política Estadual de Humanização-BA, que contribuiu para a ampliação do acesso dos usuários, através das ações e estratégias de acolhimento, reestruturação da ambiência das portas de entrada, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização.

2.6.2.3.1 Serviço Móvel de Urgência (SAMU)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é o componente pré-hospitalar móvel da rede de atenção às urgências e emergências com objetivo de ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

A Sesab, desde 2002, vem desenvolvendo as ações de acordo com a normatização vigente, no sentido de apoiar o processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 em todo território estadual. Vale ressaltar que com a ampliação do serviço do SAMU no estado, houve incremento de recurso para custeio mensal do serviço. Em dezembro de 2014 o custeio mensal do estado correspondia ao valor de R\$ 3.010.500,00. Atualmente, o custeio mensal corresponde ao valor de R\$ 5.311.939,00, o que representa um aumento mensal no valor de R\$ 2.301.439,00.

Quanto à ampliação da cobertura do SAMU 192 no estado, em janeiro de 2014, existiam 19 Centrais de Regulação Regionais (CRU) e 296 unidades móveis, dentre as quais, 66 correspondiam a Unidade de Suporte Avançado (USA), 230 Unidades de Suporte Básico (USB), 29 motolâncias e 01 ambulância. Estes equipamentos funcionavam sob habilitação do Ministério da Saúde, atendendo ao total de 257 municípios do estado, correspondendo à cobertura de **78,37%** da população, estimada pelo IBGE em 14.175.341 habitantes.

Com a implantação do SAMU Regional de Serrinha em 2020, somam-se o total de 20 CRU localizadas nos municípios de Eunápolis, Teixeira de Freitas, Camaçari, Salvador, Alagoinhas, Juazeiro, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim, Barreiras, Bom Jesus da Lapa,

Brumado, Guanambi, Vitória da Conquista, Jequié, Irecê, Santo Antônio de Jesus, Serrinha, Feira de Santana, Ilhéus e Itabuna. Vale ressaltar que em 2013, o projeto do SAMU Regional Seabra/Itaberaba foi aprovado. Com a finalização da obra da Central de Regulação de Urgência, em 2021 o Ministério da Saúde aprovou a proposta de liberação das ambulâncias para o referido serviço. Ainda no ano de 2020, foi aprovada a expansão do SAMU Regional de Alagoinhas com a inclusão da Região de Saúde de Ribeira do Pombal.

Atualmente a Bahia dispõe de 410 equipamentos móveis, distribuídos entre 67 Unidades de Suporte Avançado, 320 Unidades de Suporte Básico, 21 motolâncias e 2 ambulâncias funcionando sob habilitação do Ministério da Saúde e atendendo à 306 municípios, o que corresponde a cobertura de 88% da população estimada pelo IBGE (2021), equivalente a 13.582.084 habitantes. Do total de municípios cobertos, encontram-se financiados 254 municípios, os quais recebem custeio mensal no valor de R\$ 5.311.939,00.

2.6.2.3.2 Unidades de Pronto Atendimento 24 Horas (UPA)

Atualmente existem 77 UPA 24h aprovadas para o estado da Bahia, o que corresponde uma cobertura de 45% da população do estado. Destas, 57 unidades encontram-se em funcionamento, o que corresponde a 73% do total das UPA aprovadas **(Quadro 26)**.

Quanto ao tipo de gestão, quatro (04) unidades são de gestão estadual (Cabula, Feira de Santana, Vitória da Conquista e Jequié) e 53 são de gestão municipal (Bom Jesus da Lapa, Luís Eduardo Magalhães, Barreiras, Santa Maria da Vitória, Porto Seguro (Frei Calixto e Arraial da Ajuda), Prado, Teixeira de Freitas, Seabra, Feira de Santana (Mangabeira e Queimadinha), Ipirá, Juazeiro, Sr. do Bonfim, Irecê, Morro do Chapéu, Capim Grosso, Caetité, Itapetinga, Poções, Guanambi, Cruz das Almas, Vera Cruz, Salvador (São Cristóvão, Adroaldo Albergaria, Valéria, San Martin, Hélio Machado, Barris, Brotas, Santo Inácio, Paripe, Cidade Baixa Santo Antônio), Simões Filho, Camaçari (Gleba A e Arembepé), Dias D'Ávila, Lauro de Freitas, Itaberaba, Jacobina, Maragogipe, Santo Antônio de Jesus, Monte Santo, Livramento de Nossa Senhora, Euclides da Cunha, Araci, Jaguaquara, Itabuna, Macaúbas, Alagoinhas, Rio Real, Esplanada e Ilhéus).

Quadro 26. Relação da UPAS em funcionamento de acordo com a macrorregião, município, porte e gestão da unidade. Bahia, 2022.

MACRO	MUNICÍPIOS COM UPA EM FUNCIONAMENTO	UPA EM FUNCIONAMENTO	PORTE	GESTÃO
Oeste	BOM JESUS DA LAPA	UPA 24h Bom Jesus da Lapa	I	Municipal
	LUÍS EDUARDO MAGALHÃES	UPA Luis Eduardo Magalhães	I	Municipal
	BARREIRAS	UPA de Barreiras	II	Municipal
	SANTA MARIA DA VITÓRIA	UPA Santa Maria da Vitória	I	Municipal
Extremo Sul	PORTO SEGURO	UPA Frei Calixto	II	Municipal
	Arrail da Ajuda	Arrail da Ajuda	I	Municipal
	TEIXEIRA DE FREITAS	UPA Unidade de Pronto Atendimento	II	Municipal
	PRADO	UPA 24h Prado	I	Municipal
Centro Leste	SEABRA	UPA 24h de Seabra Jorge Alves de Oliveira	I	Municipal
	MONTE SANTO	UPA 24h Monte Santo	I	Municipal
	IPIRÁ	UPA de Ipirá Genário Libório Lima	I	Municipal
	FEIRA DE SANTANA	UPA de Feira Santana (Fros da Mota)	III	Estadual
		UPA da Mangabeira Jairo de Jesus Santos	I	Municipal
		UPA da Queimadinha	II	Municipal
	ITABERABA	UPA Dr. Nelson Ribeiro de Alencar	I	Municipal
	ARACI	UPA de Araci	I	Municipal
	EUCLIDES DA CUNHA	UPA Dr. Aristides Freitas Queiroz	I	Municipal
	SR. DO BONFIM	UPA de Sr. do Bonfim	I	Municipal
Norte	JUAZEIRO	UPA Dr. João Oliveira	II	Municipal
	IRECÊ	UPA 24h Rosa Maria Oliveira Bastos	I	Municipal
Centro Norte	MORRO DO CHAPÉU	Unidade de Pronto Atendimento Tolentino Oliveira Guimarães	I	Municipal
	JACOBINA	UPA de Josefa Maia da Silva	II	Municipal
	CAPIM GROSSO	UPA Capim Grosso	I	Municipal
	CAETITÉ	UPA 24h de Caetité	III	Municipal
Sudoeste	ITAPETINGA	UPA 24h Itapetinga	I	Municipal
	POÇÕES	UPA 24h Vilivaldo Macedo	I	Municipal
	GUANAMBI	UPA 24h Guanambi	I	Municipal
	LIVRAMENTO DA NOSSA SENHORA	UPA Marilton Tanajura Matias	I	Municipal
	Macaubas	UPA Luis Eduardo Magalhães	II	Municipal
	VITÓRIA DA CONQUISTA	UPA 24h Vitória da Conquista(estadual)	III	Estadual
	CRUZ DAS ALMAS	UPA 24h UPA I	I	Municipal
	VERA CRUZ	UPA de Vera Cruz	II	Municipal
	SÃO CRISTÓVÃO	UPA 24h São Cristóvão	III	Municipal
	ADROALDO ALBERGARIA	UPA 24h Professor Adroaldo Albergaria	III	Municipal
Leste	BARRIS	UPA 24h Vale dos Barris	III	Municipal
	SANTO INÁCIO /Pirajá	UPA 24h Pirajá/ Stº Inacio	III	Municipal
	PARIPE	UPA de Paripe	III	Municipal
	BROTAS	UPA dos Brotas	III	Municipal
	VALÉRIA	UPA 24h Valéria	III	Municipal
	SAN MARTIN	UPA 24h San Martin	III	Municipal
	CIDADE BAIXA	UPA 24h Cidade Baixa do SANTO ANTONIO	III	Municipal
	HÉLIO MACHADO	UPA 24h Itapõa	III	Municipal
	CABULA	UPA Cabula	III	Estadual
	LAURO DE FREITAS	UPA de Itinga	II	Municipal
	SIMÕES FILHO	UPA Simões Filho	II	Municipal
	DÍAS DÁVILA	UPA de Lucas Evangelista	I	Municipal
	CAMAÇARI	UPA 24h Gleba A Gravatá	II	Municipal
		UPA 24h Arembepe	I	Municipal
	SANTO ANTONIO DE JESUS	UPA 24h Antônio Rogério Fernandes dos Santos	II	Municipal
	MARAGOGIPE	UPA de Maragogipe	I	Municipal
Sul	ITABUNA	UPA de Monte Santo	I	Municipal
	JEQUIÉ	UPA de Jaguaquara	I	Municipal
		UPA de Eunice Jesus Leal Almeida	I	Estadual
Nordeste	RIO REAL	UPA 24h Ana Leopoldina dos Santos	I	Municipal
	ALAGOINHAS	UPA de Alagoinhas	I	Municipal
	ESPLANADA	UPa Palame	I	Municipal
TOTAL				56

Fonte: Sesab/DAE/COUR.

2.6.2.4 Policlínicas

As policlínicas são unidades especializadas de apoio diagnóstico, com serviços de consultas clínicas e médicos de diferentes especialidades (definidas com base no perfil epidemiológico da população da região), realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos, como vasectomia. Com área construída 2.848,32m² e 12 consultórios, as policlínicas são equipadas com estrutura de

ponta e equipe multidisciplinar. Estão situadas em locais estratégicos, possibilitam descentralizar a assistência, regionalizando o atendimento ao cidadão, que passa a ter acesso aos serviços perto de casa, sem precisar se deslocar para regiões distantes ou aguardar tempo excessivo para o atendimento.

Estes equipamentos visam prestar serviços de média complexidade na rede de saúde, ampliando o acesso ambulatorial às especialidades médicas diversas e exames, em busca de uma maior atenção à saúde do paciente. As policlínicas foram idealizadas para cobrir um vazio assistencial identificado na Bahia e, considerando o perfil epidemiológico, oferecem atendimento nas especialidades de: angiologia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia/obstetrícia, mastologia e urologia. Essas especialidades são fundamentais no diagnóstico, tratamento e acompanhamento da população acometida por doenças crônicas não transmissíveis e das lesões decorrentes de acidentes. É importante o estabelecimento de critérios e fluxo para o encaminhamento entre as unidades de saúde.

Atualmente, o estado conta com 25 policlínicas distribuídas nas macrorregiões de saúde a maior quantidade está localizada na Leste (5). A macro Sul tem três policlínicas e a quarta está em fase de conclusão no município de Ilhéus, com entrega prevista para 2023.

3

Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DANT na Ocorrência de Desastres Naturais

Plano Estadual de
Ações Estratégicas

**Enfrentamento das
Doenças Crônicas
e Agravos
não Transmissíveis**

Plano DANT 2022-2030

3. Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DANT na Ocorrência de Desastres Naturais

Objetivo: Fortalecer a capacidade de resposta da atenção e vigilância em saúde nos municípios em situação de emergência.

A ocorrência de desastres sejam esses naturais ou tecnológicos acarretam implicações diretas e indiretas à saúde pública. Tais impactos podem ocorrer em tempos diferentes, variando entre curto, médio e longo prazo, conforme demonstrado na **Figura 8**.

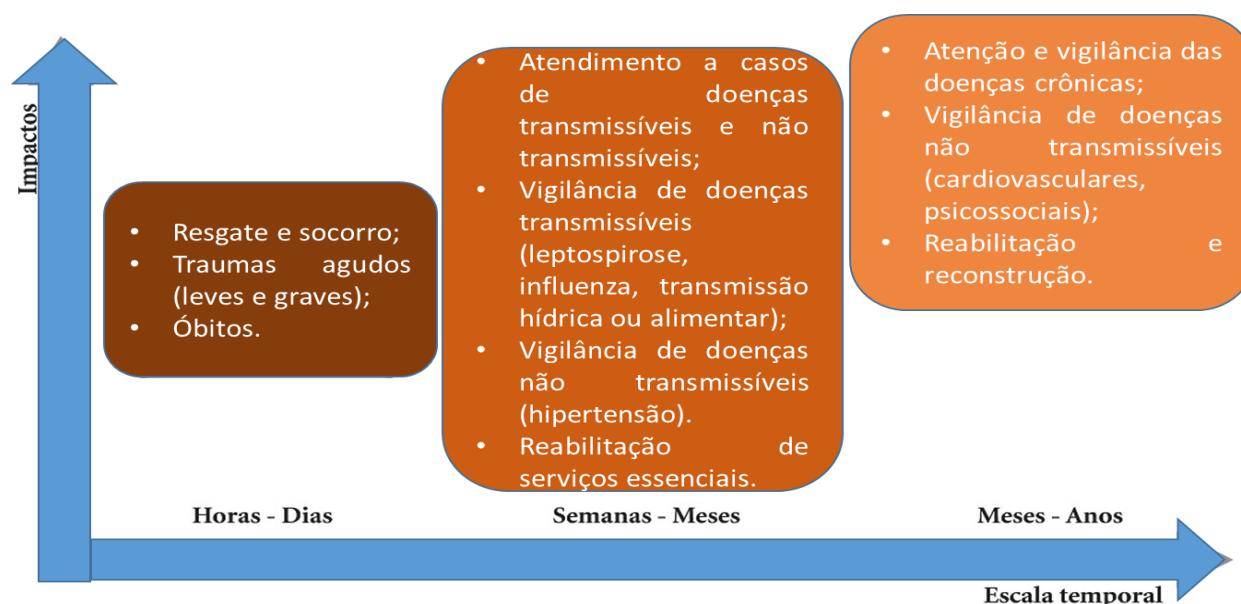


Figura 8. Escala temporal dos impactos decorrentes de desastres naturais e/ou tecnológicos.

Fonte: Freitas et. Al.

Diante de um desastre, as ações do setor da saúde visam garantir a prevenção, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Além das ações de assistência à saúde, destaca-se o papel da vigilância em saúde pelo potencial de atuação na gestão dos riscos relacionados a esses eventos. A capacidade de preparação e resposta aos desastres colabora para a redução dos impactos na saúde pública. Associada a essa preparação, a coordenação entre as esferas de gestão do SUS e a integração dos serviços de saúde, bem com parceiros interinstitucionais, são essenciais para uma resposta oportuna.

As chuvas intensas ocasionadas por uma conjunção incomum de fatores meteorológicos atingiram as regiões Sul, Extremo Sul e Sudoeste do Estado em dezembro de 2021, causando inúmeros danos, nas estradas, habitações e lavouras, deixando um rastro de destruição, mortes, pessoas desalojadas e desabrigadas. Em 197 cidades foi declarada situação de emergência. Mesmo após semanas de chuva, ainda havia locais isolados, principalmente em zonais rurais e pontos altos. A região mais afetada possuía muitas serras e morros, tornando ainda mais difícil o acesso.

Entre as estruturas atingidas pelas chuvas estavam unidades de saúde, onde além dos danos à estrutura física, houve a perda de material e medicamentos, impossibilitando o atendimento da população nestes equipamentos. Faz-se, pois, necessário que os municípios se preparem para situações similares de modo a minimizar os impactos gerados pelas chuvas e outros desastres naturais possíveis de ocorrer nos seus territórios. É de fundamental importância o mapeamento de toda área e a distribuição espacial das habitações, escolas, creches, clubes de serviço e unidades de saúde, bem como dos pacientes que estão em tratamento para doenças crônicas, os que fazem tratamento fora do domicílio, os acamados e ou com limitações físicas, de modo a agilizar, se necessário a evacuação de áreas e os encaminhamentos para locais de alojamento/abrigo; o primeiro e principal passo nestas ocorrências é salvar vidas.

Assim propõe-se para essas situações a elaboração de uma matriz de intervenção **(Quadro 27)** contemplando as ações estratégicas, atividades a serem desenvolvidas, recursos necessários, resultados esperados, responsáveis, prazos e indicadores de monitoramento. Abaixo estão elencadas algumas dessas ações:

- Articular com as áreas da infraestrutura, saúde, educação, assistência social, sociedade civil e outras para monitoramento e definição das ações de resposta integrada;
- Divulgar diariamente através dos meios de comunicação local de boletins sobre a situação e orientações para população;
- Elaborar e publicar dos números de telefones para as emergências em locais públicos e através dos meios de comunicação disponíveis (rádios, serviços de som, blogs...);
- Nas áreas com ACS/ACE e ou com representantes locais, clubes de serviço, instituições religiosas... estabelecer comunicação de risco através de mensagens

por SMS/WhatsApp (sistema de alerta de alarme comunitário) com informações sobre mudanças no padrão das chuvas, necessidade de evacuação de áreas, informações sobre vacinação, distribuição do hipoclorito, locais para abrigo e outras informações necessárias;

- Mapear as áreas, populações em maior vulnerabilidade e serviços;
- Identificar os locais de abrigo das vítimas das chuvas (condições sanitárias, número de pessoas/faixa etária, estado de saúde (doenças pré-existent, situação vacinal, sinais e sintomas de doenças transmissíveis);
- Verificar com a assistência social (CRAS e CREAS) a avaliação de vulnerabilidade social e os encaminhamentos para concessão dos benefícios pertinentes com cada caso;
- Analisar os sistemas de informação (SINAN, GAL, SIPNI) a fim de conhecer a situação epidemiológica dos municípios;
- Orientar as equipes da atenção primária local quanto à realização de busca ativa e visitas domiciliares aos pacientes, em TFD (principalmente os em terapia renal substitutiva, para avaliação do quadro clínico e encaminhamentos necessários);
- Verificar com a assistência farmacêutica o estoque e como está sendo feita a revalidação de receitas e dispensação de medicamentos para os pacientes de DCNT (doenças respiratórias, cardiovasculares, diabetes, neoplasias e renais), hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, sífilis;
- Verificar como estão sendo disponibilizados os testes para sífilis, HIV, COVID-19
- Realizar de webreunião com profissionais da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica para fomentar a necessidade de retroalimentação dos sistemas de notificação;
- Divulgar webpalestras sobre a temática;
- Divulgar de materiais educativos para o reconhecimento dos sinais e sintomas, e manejo das doenças de notificação compulsória;
- Reunir com a CIR para apresentação e pactuação da proposta de implantação de vigilância diária de casos suspeitos de doenças de notificação compulsória e surtos e os encaminhamentos necessários;
- Sensibilizar dos profissionais para vigilância de doenças e agravos emergentes;
- Implementar de formulário para captação imediata de casos;

- Alimentar regularmente os sistemas de informação em saúde;
- Elaborar de fluxo para envio de amostras ao Lacen;
- Mapear a rede de assistência dos municípios;
- Estabelecer o fluxo para o atendimento para os casos de síndromes gripais, DTHA;
- Definir municípios/unidades onde serão acondicionados os soros para às vítimas por animais peçonhentos;
- Identificar e visitar aos abrigos de animais;
- Realizar campanhas de vacinação animal;
- Levantar necessidade de Hipoclorito de Sódio a 2,5%;
- Enviar o Hipoclorito de Sódio a 2,5% para as áreas atingidas;
- Distribuir de informes técnicos sobre a utilização correta do hipoclorito de sódio à 2,5%;
- Realizar levantamento das coberturas vacinais dos municípios;
- Enviar de imunobiológicos, seringas e agulhas;
- Acompanhar a execução das campanhas;
- Avaliar dos resultados das ações;
- Realizar multivacinação prioritária nos abrigos, lar de idosos, desalojados, populações indígenas e ribeirinhas.

Quadro 27. Ações estratégicas para o enfrentamento das DANT na ocorrência de desastres naturais.

SITUAÇÃO PROBLEMA: Emergência em Saúde Pública por desastres naturais						
Objetivo: Fortalecer a capacidade de resposta da atenção e vigilância em saúde nos municípios em situação de emergência.						
Ações estratégicas	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo	Indicadores para avaliar o alcance dos objetivos
Identificar os principais problemas que impactam na saúde da população atingida						

4

Assistência Farmacêutica

Plano Estadual de
Ações Estratégicas

Enfrentamento das
Doenças Crônicas
e Agravos
não Transmissíveis

Plano DANT 2022-2030

4. Assistência Farmacêutica

A Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia (DASF) é composta por duas coordenações responsáveis pela distribuição dos medicamentos e insumos para o Enfrentamento das Doenças e Agravos não Transmissíveis, a saber: a coordenação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (CAFAB) e a coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (COAFE). A coordenação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (CAFAB) é responsável por assessorar os municípios do estado da Bahia na linha da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, avaliando e autorizando a distribuição de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) pactuados na Resolução CIB 49/2015.

As normas de financiamento e execução do CBAF são reguladas pela Portaria GM/MS nº 1.555/2013 e as Portarias GM/MS de Consolidação nº 02 e 06 de 2017, sendo que, o financiamento desse Componente é de responsabilidade das três esferas da gestão. A coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (COAFE) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde. O fluxo de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) está baseado na Portaria GM/MS de Consolidação nº 2 de 2017, na qual são necessárias 5 etapas obrigatórias (solicitação, avaliação, autorização, dispensação, e renovação de tratamento) devem ser registradas em sistema informatizado para que o Ministério da Saúde tenha conhecimento do trajeto do medicamento até a sua chegada às mãos do paciente.

Na Bahia, o sistema utilizado é o sistema AFsesab, que também dispõe da plataforma de faturamento de APAC (obrigatória para cumprimento das exigências da Portaria do CEAF). O elenco dos medicamentos e como são disponibilizados para o tratamento das DCNT estão descritas nos despachos 00058228723 e 00058294897. As unidades realizam a programação dos pedidos através do Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica (SIGAF) e cada coordenação avalia e autoriza os pedidos de acordo com sua competência.

A Coordenação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (CAFAB), é uma das coordenações da Diretoria da Assistência Farmacêutica (DASF) responsável por

assessorar os municípios do estado na linha da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Dessa forma, uma das competências desta coordenação é a avaliação e autorização para a distribuição de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), pactuados na Resolução CIB 49/2015.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é regulado pela Portaria GM/MS nº 1.555/2013 e as Portarias GM/MS de Consolidação nº 02 e 06 de 2017, que dispõem sobre as normas de financiamento e execução do CBAF, de modo que o financiamento desse Componente é de responsabilidade das três esferas da gestão. Dentre os medicamentos do CBAF constam os para tratamento de doenças crônicas como Hipertensão (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Doenças Respiratórias Crônicas. Atualmente são disponibilizados os seguintes medicamentos e insumos sob responsabilidade de aquisição estadual: Enalapril 20mg comprimido, Furosemida 40mg comprimido, Glibenclamida 5mg comprimido, Gliclazida 30mg comprimido, Hidroclorotiazida 25mg comprimido, lanceta para punção capilar digital, Losartana 50mg comprimido, Metformina 850mg comprimido, Metildopa 250mg comprimido, tira reagente para determinação de glicemia capilar e para o suporte a doenças respiratórias o Salbutamol 10mg aerossol. Ressaltamos que há na Resolução CIB 49/2015 outros medicamentos no âmbito do CBAF, contudo, a responsabilidade de aquisição é municipal.

Além dos medicamentos e insumos supracitados, há o fornecimento de medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde. As Insulinas Humanas (NPH e Regular) pertencentes ao CBAF, são adquiridas pelo MS e fornecidas mensalmente ao Estado, possibilitando o fornecimento aos municípios. Compete aos municípios a disponibilização dos medicamentos nas unidades de saúde no seu território. Além do apoio ao tratamento da hipertensão e diabetes, esta área técnica também atua no fornecimento de medicamentos para controle do tabagismo os quais são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos pelo Estado. O atendimento aos municípios está condicionado ao preenchimento do levantamento de informações solicitadas pelo INCA/MS, no formulário do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Assim com periodicidade quadrimestral o INCA/MS realiza levantamento dos dados de atendimentos e consumo dos municípios.

Os municípios que manifestaram interesse quanto a adesão ao programa, através do preenchimento do formulário, poderão realizar a solicitação de medicamento a CAFAB, e dessa forma, a avaliação é feita de acordo com as informações contidas no levantamento

realizado pelo INCA. As programações dos medicamentos do CBAF e para controle do tabagismo devem ser realizadas trimestralmente pelos municípios no Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica (SIGAF), considerando a contrapartida estadual prevista, a demanda e estoque existente no município, podendo ser realizada programação complementar, caso o município identifique necessidade e possua saldo de contrapartida para os medicamentos do CBAF, adquiridos pelo Estado, e no caso dos medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde possuam demanda justificada.

A COAFE é a coordenação do DASF/SAFTEC que gerência o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF. O CEAF é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. O fluxo de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) está baseado na Portaria GM/MS de Consolidação no 2 de 2017. Essa portaria do Ministério da Saúde - MS define que para execução do componente são necessárias 5 etapas obrigatórias (solicitação, avaliação, autorização, dispensação, e renovação de tratamento) devem ser registradas em sistema informatizado para que o Ministério da Saúde tenha conhecimento do trajeto do medicamento até a sua chegada às mãos do paciente.

Na Bahia, o sistema utilizado é o sistema AFsesab, que também dispõe da plataforma de faturamento de APAC (obrigatória para cumprimento das exigências da Portaria do CEAF). Em resumo, é necessário que a paciente encaminhe os documentos e exames atualizados em uma das unidades do CEAF; se os critérios clínicos estiverem de acordo com o PCDT do Ministério da Saúde, a solicitação será deferida e posteriormente a paciente receberá a dispensação dos medicamentos. Desta forma, por conta das exigências legais em relação ao componente, é necessário que a dispensação do medicamento ocorra na unidade onde o paciente realizou a solicitação do medicamento. No interior do estado essa solicitação ocorre nas Regionais de Saúde do Estado (as antigas DIRES).

Para facilitar o entendimento de pacientes e profissionais de saúde de disponibilizados no site da SESAB de uma página com os principais fluxos para solicitação de medicamentos através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), segue link: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/medicamentos/medicamentos-especializados/fluxos-de->

atendimento-por-patologia/ Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas, que são:

- Medicamentos do Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Medicamentos do Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Medicamentos do Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Em relação os três grandes grupos do Plano Estadual de DANT, os medicamentos distribuídos através da COAFE estão sempre correlacionados com os CIDs descritos na tabela SIGTAP.

5

Indicadores, Metas e Ações Estratégicas

Plano Estadual de
Ações Estratégicas

Enfrentamento das
Doenças Crônicas
e Agravos
não Transmissíveis

Plano DANT 2022-2030

5. Indicadores, Metas e Ações Estratégicas

Planilha 1. PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO DAS DANT/PLANILHA DE INDICADORES, METAS E AÇÕES

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

INDICADORES	META	LINHA DE BASE (2019)	PROJEÇÃO								
			2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	Reduzir em 2% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT.	301,2/ 100.000	295,1	289,2	283,4	277,8	272,2	266,8	261,4	256,2	251,1
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama	Reduzir em 10% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama na população feminina.	24,2/ 100.000	23,9	23,7	23,4	23,2	23,0	22,7	22,5	22,2	21,8
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero	Reduzir em 10% mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero.	10,9/ 100.000	10,8	10,7	10,6	10,5	10,4	10,3	10,2	10,1	9,85
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de pulmões e brônquios na população masculina	Reduzir em 10% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de pulmões e brônquios na população masculina	11,6/ 100.000	11,5	11,3	11,2	11,1	11,0	10,9	10,8	10,7	10,4
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de próstata	Reduzir em 10% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de próstata.	9,3/100.000	9,2	9,1	9,0	8,9	8,8	8,7	8,6	8,5	8,4
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	Aumentar para 80% a proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	13,4% (2022Q1)	20%	25%	35%	50%	60%	65%	70%	75%	80%
Proporção de amputação do pé/tarso e membros inferiores, decorrente de complicações de diabetes mellitus	Reduzir em 10% a proporção de amputação do pé/tarso e membros inferiores, decorrente de complicações de diabetes mellitus.	42,5 %	42,0	41,5	41,0	40,5	40,0	39,5	39,0	38,5	38,0
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	Aumentar para 80% proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	18,2% (2022Q1)	22%	30%	40%	50%	60%	65%	70%	75%	80%
Casos notificados no Sinan de transtornos mentais, pneumoconioses e cânceres relacionados ao trabalho.	Aumentar em 10% ao ano o número de casos de transtornos mentais, pneumoconioses e cânceres relacionados ao trabalho.	218	240	264	290	319	351	386	425	467	514

Eixos	Ações estratégicas/ DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)	Responsáveis
1.Promoção da saúde	Realizar mobilização no Dia Mundial da Saúde alusiva a adoção de hábitos saudáveis de vida. Realizar mobilizações de orientação a população nas datas temáticas relacionadas às DCNT e seus fatores comportamentais de risco. Monitorar as atividades realizadas pelos Polos do Academia da Saúde e estimular a prática de atividades sociointegrativas, de promoção de comportamentos saudáveis por ciclo de vida e para pessoas em risco de desenvolver DCNT. Promover a prática da alimentação saudável, práticas corporais/atividade física, prevenção do tabagismo, consumo de álcool e drogas. Apoiar institucionalmente os municípios e regionais de saúde na implementação do programa de controle do tabagismo. Realizar ações educativas voltadas à prevenção dos cânceres de colo do útero e mama Desenvolver ações de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, saúde mental e prevenção das DCNT e dos agravos relacionados ao trabalho, incluindo intervenções nos ambientes e processos de trabalho, mudanças nos processos produtivos e nas formas de gestão e organização do trabalho. Estabelecer articulações e práticas intersetoriais que permitam considerar os impactos à saúde dos trabalhadores e da população em geral nos processos decisórios das políticas relativas ao desenvolvimento econômico social, de modo a contribuir para a redução da morbimortalidade relacionada a fatores e situações de risco presentes nos processos produtivos nos territórios. Promover iniciativas intersetoriais que impactem na redução da influência de agentes ambientais e relacionados ao trabalho nas causas e agravamentos das doenças respiratórias crônicas.	DIVEP, DAB, DGC, DIVISA, DIVAST DIVEP, DAB, DGC, DIVISA, DIVAST DAB DAB, DGC DAB, DGC DAB/DGC DIVAST DIVAST DIVAST/DIVISA

	Realizar capacitações para municípios das macrorregiões Oeste, Norte e Sudoeste para implantação de unidades de monitoramento de doenças respiratórias em menores de 5 anos e maiores de 60 anos. Identificar áreas sob risco ambiental Intensificar nos processos formativos junto aos profissionais a notificação de doenças e agravos respiratórios Realizar o monitoramento de agrotóxicos e metais pesados em água para consumo humano de municípios prioritários.	DIVISA DIVISA DIVISA DIVISA
2. Prevenção de Doenças e Agravos à saúde	Desenvolver plano de contingência para acompanhamento dos indivíduos com DCNT na ocorrência de desastres naturais. Realizar capacitações para os profissionais da atenção primária voltadas ao diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Realizar capacitações para os profissionais da atenção primária para coleta do Papanicolau e exame da mama. Realizar ações de educação em saúde referentes aos cuidados de prevenção ao pé diabético Disponibilizar para os municípios e regionais guias, manuais, protocolos sobre as DCNT. Monitorar e apoiar as ações das salas de pé diabético. Realizar o controle da qualidade dos equipamentos de mamografia; Realizar ações educativas voltadas a conscientização da importância da adesão à reabilitação de sequelas relacionadas às DCNT;	CODANT/DIVEP DAB DAB, DGC, DAE DAB DAB, DGC, DAE DAB, DAE DIVISA DGC

	Realizar ações educativas com objetivo de estimular a prática adaptada de atividades de vida diária (AVD's) e atividades laborais para as pessoas com sequelas relacionadas às DCNT.	DGC
3. Vigilância em Saúde	Produzir e divulgar informações sobre as DCNT para instrumentalizar as equipes das regionais e municípios.	CODANT/DIVEP
	Promover ações de educação permanente para implementação da vigilância das DCNT.	CODANT/DIVEP
	Apoiar institucionalmente os municípios e regionais quanto às informações necessárias sobre as DCNT.	CODANT/DIVEP
	Realizar o monitoramento dos registros de cânceres (RHC e RCBP).	CODANT/DIVEP, INCA
	Realizar o treinamento para os técnicos que atuam nos RHCs.	CODANT/DIVEP, INCA
	Elaborar o painel de monitoramento com as principais metas e indicadores de acompanhamento do Plano Estadual de Enfrentamento das DANT do Estado.	CODANT/DIVEP
	Monitorar e avaliar a redução da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) para o conjunto das quatro principais DCNT (Doenças Cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus) em 2% ao ano, no estado.	CODANT/DIVEP
	Ampliar e qualificar ações de Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador (VE-ST) para detecção oportuna, investigação e notificação do Câncer e Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho e das Pneumoconioses nos Sistemas de Informação em Saúde (Sinan, SIM, RCBP, RHC, DataAmianto), e realizar ações de VE-ST de forma suplementar e complementar aos municípios.	DIVAST
	Fortalecer ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho, por meio de inspeções sanitárias em saúde do trabalhador, para controle e prevenção de fatores e situações de risco para cânceres, com destaque para populações expostas ao amianto, benzeno, radiações e agrotóxicos.	DIVAST

4.Atenção integral	Apoiar a construção, pelos municípios, da Linha de Cuidado das DCNT com projeto terapêutico adequado e vinculação à equipe de saúde, garantindo a integralidade, continuidade da atenção à saúde.	DAB/DGC/DAE
	Apoiar os municípios, no processo de trabalho da Rede de Atenção e na definição dos fluxos entre a Atenção Básica, Especializada e Hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado aos portadores de DCNT.	DAB/DGC/DAE
	Realizar oficinas regionais de educação permanente para os profissionais de saúde, visando qualificar as ações de promoção e atenção às DCNT.	DAB/DGC/DAE
	Ampliar o acesso das mulheres da população-alvo à mamografia de rastreamento.	DAE
	Utilizar métodos de Telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce e preciso do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e na abordagem do Acidente Vascular Encefálico (AVE).	DAE
	Elaborar documentos técnicos (manuais, orientações, notas técnicas e informativas) para qualificar ações de Atenção à Saúde do Trabalhador, com destaque para os cânceres, doenças respiratórias e transtornos mentais relacionados ao trabalho.	DIVAST
	Promover ações de Educação Permanente para a construção de habilidades, competências e cuidado interdisciplinar dos profissionais da APS para a identificação de doenças relacionadas ao trabalho, com destaque para os cânceres, transtornos mentais e doenças respiratórias relacionados ao trabalho.	DIVAST

FATORES DE RISCO PARA DCNT											
INDICADORES	META	LINHA DE BASE (2019)	PROJEÇÃO								
			2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Número de ações educativas voltadas para profissionais de saúde para tratamento do tabagismo no PNCT	Realizar 02 (duas) ações educativas/ano para profissionais de saúde sobre tratamento do tabagismo.	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
Número de municípios com programa do controle de tabagismo implantado.	Ampliar em 10% os municípios com adesão ao programa de tabagismo.	226	228	230	232	234	236	238	240	242	244
Percentual de insegurança alimentar de crianças (0 a 5) e adultos (> 18 anos)	Reduzir em 10% o percentual de segurança alimentar de crianças (0 a 5) e adultos (≥ 18 anos)*.	38,7% (0 a 5 anos)	38,3	37,9	37,5	37,2	37,0	36,4	36,1	35,7	35,3
		64,9% (≥18 anos)	64,1	63,4	62,7	62,1	61,4	60,7	60,1	59,3	58,7
Número de municípios realizando PICS.	Ampliar em x% o número de municípios realizando PICS	390	393	395	397	400	404	407	411	415	417
Número de capacitações realizadas para professores sobre a temática do controle do tabaco e derivados.	Realizar 01 (uma) /ano capacitação para professores sobre a temática do controle do tabaco e derivados.	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
Número de polos do Programa do Academia da Saúde monitorados.	Realizar o monitoramento de 100% Polos do Academia da Saúde**	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115
Cobertura vacinal contra o HPV.	Atingir 80% de D1 e 60% D2 de cobertura vacinal contra o HPV para meninas de 9 a 14 anos.	D1 74,8	68,1	81,7	82,0	83,0	84,0	85,0	86,0	87,0	88,0
		D2 50,3	51,0	61,1	73,4	80,1	80,5	80,8	81,0	82,0	82,5

* Linha de base 2022.

**Ajustar caso haja ampliação do número de polos do Academia da Saúde

Eixos	Ações estratégicas/ FATORES DE RISCO PARA DCNT	Responsáveis
1. Promoção da saúde	Apoiar institucionalmente as ações de promoção da saúde, voltadas para a alimentação saudável, as culturas alimentares locais, práticas corporais, esportivas e atividade física junto às equipes da atenção primária. Divulgar os guias alimentares para estimular os municípios na realização de ações voltadas às escolhas alimentares saudáveis, principalmente através da Rede Cegonha, Estratégia Amamenta e Alimenta, Academia da Saúde e Programa Saúde na Escola. Apoiar os municípios para a implementação e desenvolvimento do Programa de Controle do Tabagismo. Realizar anualmente uma capacitação estadual para professores sobre a temática do controle do tabaco e derivados. Implementar e qualificar a vigilância alimentar e nutricional no contexto da Atenção Básica de Saúde por meio da utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) web, em todas as fases do ciclo de vida, a fim de monitorar a prevalência de sobrepeso, obesidade e fatores associados ao consumo de alimentos não saudáveis. Articular com a Vigilância Sanitária dos municípios para a verificação nos estabelecimentos inspecionados, quanto ao cumprimento da legislação que visa garantir os ambientes de uso coletivo livres do tabaco. Articular com os CEREST a implementação das notificações sobre o trabalho infantil. Desenvolver campanhas de mídia sobre uso de álcool e direção, uso de álcool e trabalho e emprego, uso de álcool e violência doméstica e uso de álcool e doenças crônicas e das medidas de proteção e divulgação dos serviços de saúde disponíveis para o apoio à prevenção e cessação do consumo. Promover iniciativas intersetoriais que impactem na redução da influência de agentes ambientais e relacionados ao trabalho nas causas e agravamentos das doenças respiratórias crônicas.	DAB, DGC DAB, DGC DGC, DAB DGC, DAB DGC, DAB DIVISA DIVAST DIVAST DIVAST
2. Prevenção de Doenças e Agravos à saúde	Realizar campanha de vacina e disponibilizar na rede básica na rotina dos serviços a vacina contra HPV. Implementar em articulação com os municípios a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	DIVEP/DAB DAB/DGC

	Estimular o desenvolvimento de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade e nos serviços de saúde no âmbito do SUS, por meio do incentivo à implementação de "ambientes livres de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco". Construir subsídios para a implementação de programas de incentivo à atividade física e redução do comportamento sedentário no trabalho nos setores público e privado.	DIVAST
3. Vigilância em Saúde	Articular com as demais diretorias o monitoramento do Plano Estadual de DANT para nortear novas ações. Elaborar boletins epidemiológicos sobre fatores de risco com base nos dados do VIGITEL/MS. Realizar seminário sobre Promoção da Saúde para profissionais das regionais e municípios. Monitorar os casos e óbitos por intoxicações exógenas por agrotóxicos, metais pesados, produtos de uso domiciliar, produtos químicos, raticidas e produtos veterinários com verificação de relações com as violências autoprovocadas e com o trabalho. Estimular e apoiar ações de vigilância em saúde oportuna, de populações expostas a agentes químicos como agrotóxicos, metais pesados, petróleo e seus derivados, por trabalhadores e populações rurais, ribeirinhas, pescadores, quilombolas outros grupos vulneráveis e realizar ações complementar aos municípios.	DIVEP, DAB, DGC, DIVISA, DIVAST DIVEP DIVEP, DAB, DAE, DGC, DIVAST/DIVISA DIVAST
4. Atenção integral	Ampliar em 10% os municípios com adesão ao programa de tabagismo. Alcançar e manter 40% dos municípios do estado com adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabaco (PNCT). Ofertar ao ano duas qualificações estaduais para tratamento do tabagismo no PNCT, destinadas à profissionais da saúde das categorias profissionais aptas a oferecer o tratamento do tabagismo. Estimular os municípios para o desenvolvimento de ações voltadas à atenção integral para o envelhecimento ativo. Apoiar a ampliação do acesso para o tratamento a usuários e dependentes de álcool e aos seus familiares, com ênfase nas populações vulneráveis, como adolescentes, adultos jovens, baixa escolaridade, baixa renda, população de rua, indígenas e quilombolas.	DAB, DGC DGC/DAB DAB, DGC DAB, DGC DAB, DGC

AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS)											
INDICADORES	META	LINHA DE BASE (2019)	PROJEÇÃO								
			2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Taxa de mortalidade por lesões de trânsito por 100 mil habitantes.	Reduzir em 50% a taxa de mortalidade por lesões de trânsito.	14,86	13,81	12,85	11,95	11,11	10,33	9,61	8,94	8,31	7,43
Taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos por 100 mil habitantes.	Reduzir em 50% a taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos.	4,93	4,58	4,26	3,96	3,68	3,42	3,18	2,96	2,75	2,46
Taxa mortalidade por suicídios por 100 mil habitantes.	Deter o crescimento da taxa mortalidade por suicídios.	4,69	4,59	4,50	4,41	4,32	4,23	4,15	4,07	3,99/	3,91
Taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais por 100 mil habitantes.	Deter o crescimento da mortalidade de idosos por quedas acidentais.	39,2	38,41	37,64	36,89	36,15	35,43	34,7 2	34,0 3	33,3 4	32,6 8
Percentual de pessoas idosas com avaliação multidimensional realizada na APS	Ampliar o número de pessoas idosas que realizaram avaliação multidimensional em 30%	*	10%	12,5%	15%	17,5%	20%	22,5 %	27,5 %	29%	30%
Percentual de municípios notificantes da violência interpessoal e autoprovocada no Viva/Sinan.	Aumentar em 5.5% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan.	395	397	400	402	404	406	409	411	414	417
Percentual de completude do campo “acidente de trabalho” na DO/SIM com informação válida e fidedigna (caso de óbito por causa externa investigado)	Reduzir em 10% ao ano a incompletude do campo “acidente de trabalho” no SIM (informação válida e fidedigna, registrada após investigação epidemiológica do caso de óbito por causa externa.	82,2	74,0	67,4	60,7	54,7	49,3	44,4	40,0	36,0	33,6
*a linha de base será 2022 para este indicador											

Eixos	Ações estratégicas/ AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS)	Responsáveis
1.Promoção da saúde	Elaborar material educativo voltados à educação no trânsito. Desenvolver ações educativas para profissionais e pacientes sobre a prevenção de quedas em idosos. Desenvolver ações educativas voltadas a cultura da paz. Elaborar em conjunto com Ministério da Saúde e secretarias municipais de saúde, publicações sobre temáticas de suicídio e automutilação, contemplando os ciclos de vida e incluindo os relacionados ao trabalho, com objetivo de combater a desinformação e o estigma em torno dos transtornos mentais e do suicídio. Promover ações de promoção em saúde e segurança dos trabalhadores considerando intervenções nos fatores de risco ocupacionais, priorizando grupos de trabalhadores mais vulneráveis, como os informais, menores de 18 anos, idosos, gestantes, trabalhadores em situação análoga à escravidão, em condições de trabalho precário, entre outros.	CODANT/DIVEP DAB, DGC CODANT/DIVEP, DAS, DGC DIVAST/DIVEP DIVAST
2. Prevenção de Doenças e Agravos à saúde	Realizar educação permanente para os profissionais das regionais e municípios para o monitoramento das notificações dos sinistros de trânsito. Divulgar a vídeo aula sobre o preenchimento correto da ficha de notificação da violência, disponível no telessaúde como instrumento de educação permanente. Desenvolver campanha de prevenção de acidentes com maior incidência na população incluindo todo o ciclo de vida e observando os tipos de acidentes mais frequentes nas regiões de saúde. Fortalecer ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho, por meio de inspeções sanitárias em saúde do trabalhador, para controle e prevenção dos riscos ocupacionais	CODANT/DIVEP DIVEP DIVAST DIVAST

	relacionados aos transtornos mentais e sua relação com o suicídio, com destaque para grupos de trabalhadores sob maior risco.	
3. Vigilância em Saúde	Expandir a metodologia o Programa Vida no Trânsito no Estado. Elaborar instrumento para notificação dos casos de sinistros de trânsito que contenha as variáveis necessárias à vigilância do agravo. Realizar ações de educação permanente voltadas à vigilância epidemiológica da violência interpessoal e autoprovocada. Implementar a vigilância das violências de notificação em até 24 horas (sexual e tentativas de suicídio). Implementar a educação permanente sobre preenchimento da ficha de notificação da violência interpessoal através de ações educativas, vídeo-aula e aplicativo NotiVIVA/MS. Produzir e divulgar informações sobre causas externas para subsidiar as equipes dos territórios na implementação de ações de cultura da paz. Apoiar institucionalmente os municípios e regionais quanto às informações necessárias sobre as causas externas nos territórios. Elaborar o painel quadrimestral das causas externas e enviar às regionais de saúde e municípios para subsidiar as ações nos territórios. Ampliar e qualificar ações de Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador (VE-ST) para investigação e notificação dos Acidentes de Trabalho e realizar ações de VE-ST de forma suplementar e complementar aos municípios. Fortalecer ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho, por meio de inspeções sanitárias em saúde do trabalhador, para controle e prevenção dos riscos ocupacionais relacionados aos transtornos mentais e sua relação com o suicídio, com destaque para grupos de trabalhadores sob maior risco.	CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP/DGC/DAB CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP DIVAST DIVAST
4. Atenção integral	Implementar o protocolo de quedas em idosos. Implementar a atenção às pessoas em situação de violência através das redes inter e intrasetoriais de saúde e proteção às vítimas. Apoiar municípios na implantação de serviços de referência de a atenção a saúde da mulher em situação de violência	DGC/DAB DGC/DAB DGC/DGGUP DAB/DGC

	Apoiar as equipes das regionais e municípios na elaboração dos fluxos para os encaminhamentos das pessoas em situação de violência. Promover a articulação entre a atenção primária e a rede de atenção psicossocial para assistência aos transtornos mentais mais prevalentes. Apoiar ações de Atenção à Saúde do Trabalhador com enfoque nos transtornos mentais relacionados ao trabalho e executar ações de forma suplementar e complementar aos municípios. Aplicar as diretrizes clínicas atualizadas pelo MS e Sesab e apoiar a implementação de linhas de cuidado para pessoas em situação de violência e ideação de suicídio no âmbito da RAS, contemplando os ciclos de vida e os determinantes relacionados ao trabalho.	DAB/DGC DIVAST DIVAST/DIVEP
--	---	--

6

Monitoramento e Avaliação do Plano Estadual das DANT

Plano Estadual de
Ações Estratégicas

Enfrentamento das
Doenças Crônicas
e Agravos
não Transmissíveis

Plano DANT 2022-2023

6. Monitoramento e avaliação do Plano Estadual das DANT

O monitoramento do Plano Estadual das DANT, dar-se-á através do acompanhamento semestral dos resultados de cada um dos indicadores, os quais serão analisados pelas áreas técnicas e subsidiarão a revisão e inclusão de novas ações estratégicas. A metodologia a ser adotada contempla o cálculo de indicadores e metas, mediante acesso aos bancos de dados dos sistemas de informação do SUS, resultados das pesquisas e inquéritos e reuniões com as áreas técnicas envolvidas para avaliar os resultados alcançados. Será utilizado um score de pontuação e cores de acordo com o percentual alcançado por cada indicador, a saber:

- **Vermelho:** alcance inferior à 25% da meta;
- **Amarelo:** alcance entre 25 e 50% da meta;
- **Azul:** alcance ente 50 e 75% da meta;
- **Verde:** alcance ente 75% a 100% da meta

A análise qualitativa levará em conta as fragilidades/dificuldades e potencialidades no desenvolvimento das ações.

Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis

[illegible]

REFERÊNCIAS

Plano Estadual de
Ações Estratégicas
Enfrentamento das
Doenças Crônicas
e Agravos
não Transmissíveis

Plano DANT 2022-2030

Referências

- 1- Malta, D. C.; Cezário, A. C.; Moura, L.; Moraes Neto, O. L.; Silva Júnior, J. B. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2006, n. 15, p. 47-64
- 2- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2022 [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2022. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>
- 3- Filho, 2012 in: Batista, Werneck e Lopes 2012. Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates. 1ª Edição – 2012 – [Internet] De Petrus Alii Editora Ltda. Realização: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. Apoio: Oxfam e Fundação Ford. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/blog/vulnerabilidade-social-no-brasil-como-anda-o-amparo-a-populacao>
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Brasil.
- 5- PEA - <https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/o-conceito-populacao-economicamente-ativa-pea.htm>
- 6- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. [Internet] Rio de Janeiro (RJ); 2021. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html>
- 7- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [Internet]. Rio de Janeiro 9RJ); ibge;2010. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>
- 8- Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil IDHM. Municípios 2010. <https://www.undp.org/pt/brazil/idhm-munic%C3%ADpios-2010>
- 9- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. [Internet] Rio de Janeiro (RJ); 2019. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html>
- 10- Minayo, Maria Cecília de Souza. Violência e Saúde. Maria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p. (Coleção Temas em Saúde)
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005

- 12-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016
- 13-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.271 de 06 de junho de 2014. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
- 14-Silva, A. C. L. G.; Nazário, N. O.; Lima, D. C. (2014). Atenção à Saúde do Homem Privado de Liberdade. In: E. B. S. Coelho et al. (org.) Curso de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade. Universidade Federal de Santa Catarina. Acesso em: 16 de maio de 2022.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf
- 16-Nobre, L. C. C.; Carvalho, F. M.; Kato, M. Validade e Acurácia da Causa Básica na Declaração de Óbitos por Acidentes de Trabalho e Outras Violências. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 (1): 81 - 93, 2010
- 17-Brasil. Ministério da Saúde. Trabalhando juntos para prevenir o suicídio”: 10/9 – Dia mundial de prevenção do suicídio. Biblioteca Virtual em Saúde/2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/trabalhando-juntos-para-prevenir-o-suicidio-10-9-dia-mundial-de-prevencao-do-suicidio/>
- 18-Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p.
- 19- Minayo, Maria Cecília de Souza. Violência contra idosos. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_eixos/3.pdf
- 20- Oliveira, G.F., Batista, H.M.T., Rufato, D.O., Maranhão, T.L.G., Braga, I.B., & Guedes, J.D. (2015). Psicologia do trânsito: Uma revisão sistemática. Caderno de Cultura e Ciência, 13(2), 124-145.
- 21-Jacobina, A.; Nobre, L. C. da C.; Conceição, P. S. de A. Vigilância de Acidentes de Trabalho Grave e com Óbitos. In: Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para

- a Vigilância da Saúde do Trabalhador/Sesab/Suvisa/Cesat – Salvador: CESAT/SESAB. 2002. p. 64-88.
- 22-Binder M. C. P.; Almeida, I. M. Acidentes do trabalho: acaso ou descaso. In: Mendes, R. Patologia do trabalho. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2003. v.1, p.769-808.
- 23- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Ficha de Investigação Acidente de Trabalho [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. [citado em 2023 set 20]. Disponível em:
https://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_Acidente_Trabalho_Grave.pdf
- 24-WHO/ILO joint estimates of the work-related burden of disease and injury, 2000-2016: global monitoring report. 2021 Disponível em:
https://www.ilo.org/wcmstp5/groups/public/---ed_dialogue/---lab_admin/documents/publication/wcms_819788.pdf
- 25-Brasil. Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho: AEAT 2017/ Ministério da Fazenda. Instituto Nacional do Seguro Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. – vol. 1(2009). Brasília: MF, 2017.996 P. Disponível em:
<http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf>
- 26-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
- 27-Rodrigues, A.B.; Santana, V.S.; Acidentes de Trabalho Fatais em Palmas, Tocantins, Brasil: Oportunidades Perdidas de Informação. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online]. 2019, v. 44 [acessado 12 dezembro 2021], e8. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/2317-6369000017817>>. Epub 25 Abr 2019. ISSN 2317-6369. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000017817>.
- 28- Lacerda e colaboradores. A (in)visibilidade do acidente de trabalho fatal entre as causas externas: estudo qualitativo Revista Brasileira de Saúde Ocupacional 39 (130) • Jul-Dec 2014 • <https://doi.org/10.1590/0303-7657000068112>.
- 29-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.898/GM de 28 de novembro de 2013 .Atualiza o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2898_28_11_2013.html
- 30-Alison M Berner, Dean J Connolly. Atitudes de homens trans e pessoas não binárias em relação ao rastreamento cervical: um estudo transversal de métodos mistos no Reino Unido. Jornal Britânico de Prática Geral 2021; 71 (709): e614-e625. DOI:
<https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0905>

- 31-Brasil. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer do colo do útero. – 2 ed. Rec. Atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
- 32- Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica sobre vacina HPV. Trata-se da inclusão de vítimas de violência sexual como grupo prioritário para vacinação contra o HPV, para pessoas de nove a 45 anos de idade, ainda não vacinados contra HPV <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/arquivos/nota-tecnica-63-2023-cqici-dpni-svsa-ms.pdf>
- 33-Ignácio, M; Martins M. Avanço em políticas públicas: vacinação contra HPV para vítimas de violência sexual:
http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilanciaepidemiologica/areas-devigilancia/imunizacao/documentoteucnico_vacinahpvparaviutimasdevioleenciase_xual_2023_maio.pdf
- 34- OIT. 2009. Oficina Internacional do Trabalho. Normas da OIT sobre segurança e saúde no trabalho: promover a segurança e a saúde no meio ambiente de trabalho. Ginebra: Oficina Internacional do Trabalho; 2009 [citado em 30 de setembro de 2010]. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_103489.pdf
- 34-INCA. Tratamento do câncer. Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cirurgia>. Acesso em: 11/04/2022.
- 35-Melo, A. 60 Dias para o câncer e o direito do paciente. Observatório de oncologia. 2014. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/60-dias-para-o-cancer-e-o-direito-do-paciente/>. Acesso em: 25/04/2022
- 36-Lima, F. F. Set all. Estratégias de intervenção para adesão ao tratamento do câncer infanto-juvenil: relato de caso. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro, 2018. Disponível: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1007487/estrategias-de-intervencao-para-adesao-ao-tratamento-do-cancer_U6Gyoxa.pdf. Acesso em: 28/04/2022.
- 37-Santos, ES, et al. Análise do perfil epidemiológico em saúde Bucal de regiões distintas do Município de Penedo –AL: Estratégia de fortalecimento e redirecionamento da política de saúde bucal. Research, Society and Development, v. 10, n. 6, e42110615368, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15368>
- 38-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

- 39-INCA, Instituto Nacional do Câncer. Estimativa do Câncer 2020. <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-ecomentarios#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20casos%20novos,homens%2C%20ocupando%20a%20quinta%20posi%C3%A7%C3%A3o.>
- 40-Serra, R. M. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e perfil sociodemográfico das pessoas privadas de liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP, Brasil. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020. DOI: 10.11606/D.17.2020.tde-05102020-114650. Acesso em: 12 de maio de 2022.
- 41- Silva, A. C. L. G.; Nazário, N. O.; Lima, D. C. (2014). Atenção à Saúde do Homem Privado de Liberdade. In: E. B. S. Coelho et al. (orgs.) Curso de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade. Universidade Federal de Santa Catarina. Acesso em: 16 de maio de 2022.
- 42- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- 43- CABSIn. Mapas de evidências científicas das PICS. Disponível em: <https://cabsin.org.br/cabsin-finaliza-2020-com-muitas-conquistas/>

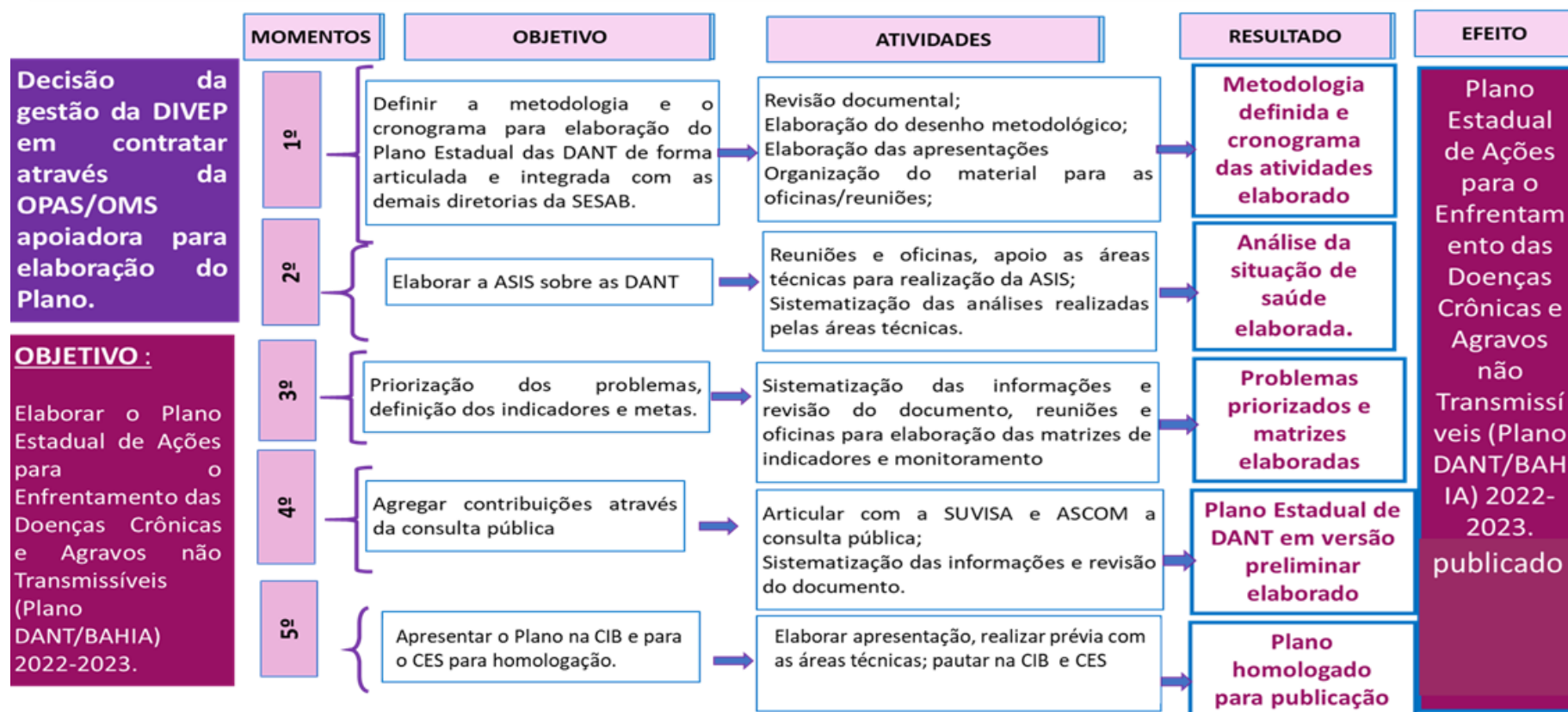
ANEXOS

Plano Estadual de
Ações Estratégicas
Enfrentamento das
Doenças Crônicas
e Agravos
não Transmissíveis

Plano DANT 2022-2030

Anexo 1.

MODELO LÓGICO PARA CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL DAS DANT – BAHIA, 2022-2030.



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Codant

Anexo 2. Relação de unidades que realizam a profilaxia pós-exposição (PEP). Bahia, 2022.

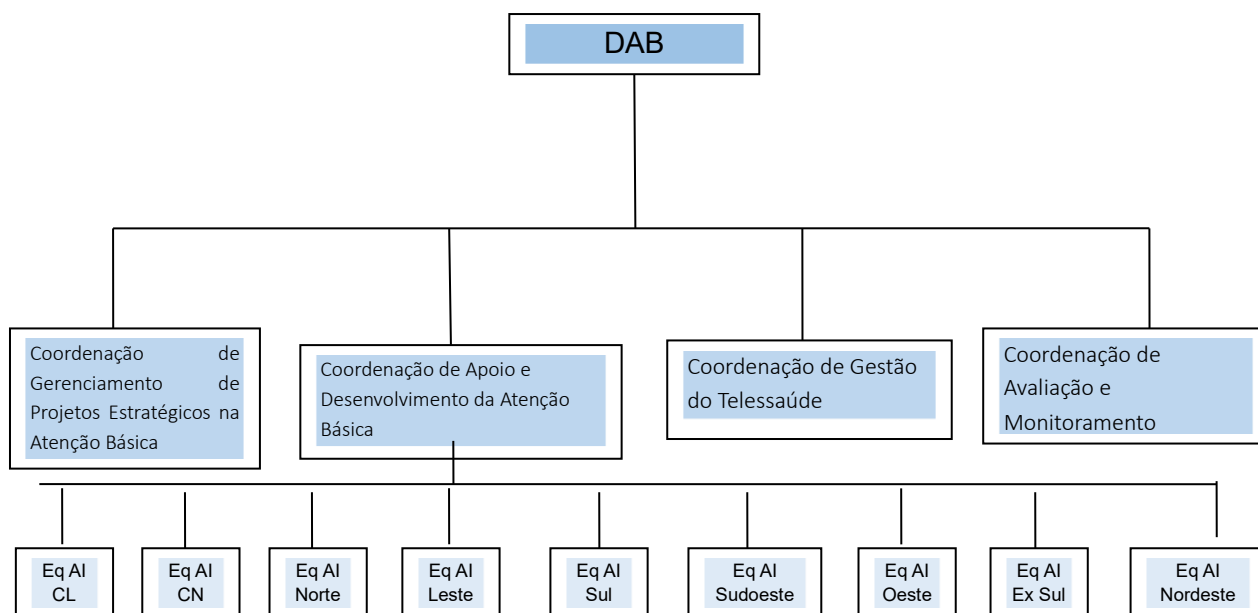
Macrorregião de Saúde	Município	Unidade/Serviços*
Centro-Leste	Feira de Santana	Centro de Referência Municipal de DST/AIDS; Hospital Estadual da Criança ; Instituto médico de Gestão Integrada (UPA Mangabeira); Hospital Geral Clériston Andrade; UPA Elizabete Dias Marques (UPA Queimadinha).
	Itaberaba	CTA/SAE ; UPA Nelson Ribeiro de Alencar; Hospital Geral de Itaberaba.
	Ruy Barbosa	Santa Casa de Misericórdia de Ruy Barbosa.
	Seabra	Base Regional de Seabra ; SAE Seabra.
	Serrinha	Hospital Municipal de Serrinha; Base Regional de Serrinha.
Centro-Norte	Irecê	Hospital Regional ; SAE/CTA.
	Jacobina	SAE/CTA Jacobina.
Extremo Sul	Porto Seguro	SAE Ed Aquino ; PA Arraial D'Ajuda; PA Trancoso; UPA Frei Calixto; Hospital Municipal de Porto Seguro; Hospital Regional Dep. Luis Eduardo Magalhães.
	Teixeira de Freitas	SAE; Hospital Municipal.
	Eunápolis	Hospital Regional; SAE/CTA.
	Itabela	SAE; Hospital Municipal Frei Ricardo
Leste	Amargosa	SAE
	Camaçari	CRES- Centro de referência e especialidades em saúde; UPA Pediátrica; UPA Gravatá.
	Cruz das Almas	UPA de Cruz das Almas; SAE Cruz das Almas.
	Lauro de Freitas	SAE (horário administrativo); Hospital Menandro de Farias
	Santo Antonio de Jesus	Hospital Maternidade Luiz Argolo; CTA/SAE Viva a Vida.
	Salvador	UPA Hélio Machado; UPA Valéria, UPA Boca do Rio; UPA Adroaldo Abergaria; UPA Barris; SEMAE (seguimento); Instituto Couto Maia; Hospital da Mulher; Hospital Sagrada Família; Hospital Geral Roberto Santos, Hospital Prof Edgar Santos (Clínicas), IPERBA, Maternidade Tsylla Balbino.
	Simões Filho	Hospital Municipal ; SAE
Nordeste	Alagoinhas	Hospital Regional Dantas Bião; SAE
	Ribeira do Pombal	Unidade Hospitalar São Marcelo
Norte	Juazeiro	SAE; Maternidade Materno Infantil; Hospital Regional; Clínica Especializada da Mulher.; UPA João Oliveira
	Paulo Afonso	CTA/SAE
	Remanso	SAE
	Senhor do Bonfim	SAE
Oeste	Barreiras	SAE; Hospital Regional do Oeste
	Bom Jesus da Lapa	Centro de referência em saúde sexual; Hospital Municipal Carmela Dutra; UPA 24 hs.
	Luiz Eduardo Magalhães	CTA/SAE
	Santa Maria da Vitória	BRS Santa Maria da Vitória
Sudoeste	Vitória da Conquista	Centro de Atenção e Apoio a Vida (CAVV); Hospital Municipal Esaú Matos; Fundação Pública de Saúde de Vitória da Conquista.
	Itapetinga	UPA 24 hs; CTA/SAE;
	Guanambi	CTA/SAE; Hospital Regional
Sul	Ilhéus	Hospital Geral Luis Viana Filho; Hospital Regional da Costa do Cacao; SAE
	Itabuna	Hospital de Base Luis Eduardo Magalhães; Centro de referência em prevenção, assistência e tratamento (CERPAT); SCM de Itabuna - Hospital Manoel Novaes.
	Jequié	SAE; Hospital Geral Prado Valadares, UPA Eunice Jesus Leal Almeida
	Ipiaú	Hospital Geral de Ipiaú

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coagravos

*UPA, PA, maternidade e hospitais funcionamento 24 horas; CTA, SAE, clínicas, bases regionais e centros de referência funcionamento em horário administrativo.

Anexo 3. Estrutura da Diretoria de Atenção Básica (DAB).

Atualmente, a DAB é composta por quatro coordenações, a saber: a Coordenação de Apoio e Desenvolvimento da Atenção Básica, a Coordenação de Avaliação e Monitoramento (COAM), a Coordenação de Gerenciamento de Projetos Estratégicos na Atenção Básica e a Coordenação de Gerenciamento de Projetos Estratégicos na Atenção Básica, conforme disposto na figura abaixo:



Fonte: Sesab/DAB

GOVERNO DO ESTADO



SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO
PRESENTE
FUTURO
PRA GENTE

Plano Estadual de **Ações Estratégicas** Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis

Plano DANT 2022-2030