

ISSN 0100-0233
ISSN (online) 2318-2660

Revista Baiana de Saúde Pública

v. 40 supl. 3 2016

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA
Órgão Oficial da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

EXPEDIENTE | CREDITS | CRÉDITOS

Rui Costa – Governador do Estado da Bahia
Fábio Vilas-Boas Pinto – Secretário da Saúde

ENDEREÇO • Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Address 4ª Av. Plataforma 6, Lado B, n. 400, Sala 400
Dirección Centro Administrativo da Bahia - CAB - Salvador, Bahia, Brasil
CEP: 41745-002
Tel.: (71) 3115-4343
E-mail: rbsp.saude@saude.ba.gov.br
http://rbsp.sesab.ba.gov.br

EDITORIA GERAL • Joana Angélica Oliveira Molesini – Sesab/UCSAL – Salvador (BA)
General Publisher
Editora General

EDITORIA EXECUTIVA • Lucitânia Rocha de Aleluia – Sesab/EESP – Salvador (BA)
Executive Publisher
Editora Ejecutiva

EDITORES ASSOCIADOS • Edivânia Lúcia Araújo Santos Landim – LACEN/Sesab/UFBA – Salvador (BA)
Associated Editors Lorene Louise Silva Pinto – UFBA/FMB – Salvador (BA)
Editores Asociados Sílvia Denise Laranjeira Cardoso – APC/ Sesab – Salvador (BA)
Washington Luís Abreu de Jesus – UFBA/FMB/Sesab – Salvador (BA)

CONSELHO EMÉRITO • Carmen Fontes Teixeira – UFBA/ISC – Salvador (BA)
Emeritus Council Cristina Maria Meira de Melo – UFBA/EENF – Salvador (BA)
Consejo Emérito Eliane Elisa de Souza Azevedo – UEFS – Feira de Santana (BA)
Emerson Elias Merhy – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ)
Heraldo Peixoto da Silva – UFBA/Agrufba – Salvador (BA)
Jacy Amaral Freire de Andrade – UFBA/Crie – Salvador (BA)
José Carlos Barboza Filho – UCSAL – Salvador (BA)
José Tavares Neto – UFBA/FMB – Salvador (BA)
Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza – UFBA/ISC – Salvador (BA)
Paulo Gilvane Lopes Pena – UFBA/FMB – DMP – Salvador (BA)
Vera Lúcia Almeida Formigli – UFBA/FMB – DMP – Salvador (BA)

CONSELHO EDITORIAL • Adriana Cavalcanti de Aguiar – Instituto Oswaldo Cruz/Instituto de
Editorial Board Medicina Social (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ)
Consejo Editorial Ana Maria Fernandes Pita – UCSAL – Salvador (BA)
Ana Mattos Brito de Almeida – Escola de Saúde Pública do Ceará – Fortaleza (CE)
Ana Valéria Machado Mendonça – UNB – Brasília (DF)
Andrea Caprara – UEC – Fortaleza (CE)
Jaime Breilh – Centro de Estudios Y Asesoría en Salud (CEAS) – (Health
Research and Advisory Center – Ecuador)
Juarez Pereira Dias – EBMS/SESAB – Salvador (BA)
Julio Lenin Diaz Guzman – UESC – Ilhéus (BA)
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – USP – São Paulo (SP)
Lauro Antônio Porto – UFBA/FMB – DMP – Salvador (BA)
Luiz Roberto Santos Moraes – UFBA/Escola Politécnica – DHS – Salvador (BA)
Maria Conceição Oliveira Costa – UEFS Departamento de Saúde – Feira de
Santana (BA)
Maria Inês da Silva Barbosa – Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)
Mittermayer Galvão dos Reis – Fiocruz – Salvador (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos – UFMG – Belo Horizonte (MG)
Paulo de Tarso Puccini – UFP/IFCH – Belém (PA)
Reinaldo Pessoa Martinelli – UFBA/FMB – Salvador (BA)
Rodolfo G. P. Leon – Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)
Ruben Araújo Mattos – UERJ – Rio de Janeiro (RJ)
Sérgio Koifman – ENSP/Fiocruz – Rio de Janeiro (RJ)
Volney de Magalhães Câmara – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ)

ISSN: 0100-0233
ISSN (on-line): 2318-2660

Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

INDEXAÇÃO | INDEXING | INDEXACIÓN

Periódica: Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências (México)

Sumário Actual de Revista, Madrid

LILACS-SP – Literatura Latinoamericana em Ciências de La Salud – Salud Pública, São Paulo

Revisão e normalização de originais | *Review and standardization* | *Revisión y normalización*: Yayá Comunicação

Revisão de provas | *Proofreading* | *Revisión de pruebas*: Yayá Comunicação

Revisão técnica | *Technical review* | *Revisión técnica*: Lucitânia Rocha de Aleluia

Tradução/revisão inglês | *Translation/review english* | *Revisión/traducción inglés*: Yayá Comunicação

Tradução/revisão espanhol | *Translation/review spanish* | *Traducción/revisión español*: Yayá Comunicação

Editoração eletrônica | *Electronic publishing* | *Editoración electrónica*: Yayá Comunicação

Capa | *Cover* | *Tapa*: detalhe do portal da antiga Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Solar do século XVIII)

Fotos | *Photos* | *Fotos*: Paulo Carvalho e Rodrigo Andrade (detalhes do portal e azulejos)

Periodicidade – Trimestral | *Periodicity – Quarterly* | *Periodicidad – Trimestral*

Tiragem – 1.200 exemplares | *Circulation – 1.200 copies* | *Tirada – 1.200 ejemplares*

Distribuição – gratuita | *Distribution – free of charge* | *Distribución – gratuita*

Revista Baiana de Saúde Pública é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos

Revista Baiana de Saúde Pública is associated to Associação Brasileira de Editores Científicos

Revista Baiana de Saúde Pública es asociada a la Associação Brasileira de Editores Científicos



Revista Baiana de Saúde Pública
Plano Estadual de Saúde 2016-2019./ Secretaria da Saúde do
Estado da Bahia. v. 40, supl. 3, out./dez. 2016, Salvador, 2016.

Trimestral.
Publicado também como revista eletrônica.

ISSN 0100-0233
E-ISSN 2318-2660

1. Saúde Pública. I. Título

CDU: 614 (813.8) (05)

SECRETARIA DA
SAÚDE



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2016 a 2019

Salvador
2016

RUI COSTA
GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

JOÃO LEÃO
VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

FÁBIO VILAS-BOAS PINTO
SECRETÁRIO DA SAÚDE

GESTÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

SUBSECRETÁRIO
Roberto José da Silva Badaró

CHEFIA DE GABINETE
Luiz Cláudio Guimarães

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
Fernando Mário Pires Daltro Junior

FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE
Adelson de Araújo Prata

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E
REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (SUREGS)
Ana Paula Dias de Santana Andrade

SUPERINTENDÊNCIA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (SAIS)
Jassicon Queiroz dos Santos

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA
SAÚDE (SUvisa)
Ita de Cássia Aguiar Cunha

SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA
SAÚDE (SUPERH)
Maria do Rosário Costa Muricy

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE (SAFTEC)
Gilmar Barros Vasconcelos

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL (ASCOM)
Pablo Vinícius Silva Barbosa

FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DA
BAHIA (HEMOBA)
Marinho Marques da Silva Neto

FUNDAÇÃO BAHIANA DE PESQUISA CIENTÍFICA,
DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO, FORNECIMENTO E
DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS (BAHIAFARMA)
Ronaldo Ferreira Dias

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

SEGMENTO DE GESTOR (QUATRO)

SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
Fábio Vilas-Boas Pinto (Titular)
Cássio André Garcia (Suplente)

UM REPRESENTANTE DA SECRETARIA DE MEIO AMBIENTE
Mariana Stefanelli Mascarenhas (Titular)
Rosalvo de Oliveira Junior (Suplente)

UM REPRESENTANTE DO CONSELHO ESTADUAL DOS
SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (COSEMS)
Stela dos Santos Souza (Titular)
Raul Moreira Molina Barrios (Suplente)

UM REPRESENTANTE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
Aroldo Luiz da Silva Bacelar (Titular)
Maria Fernanda Rios Grassi (Suplente)

SEGMENTO DE PRESTADOR (PÚBLICO E/OU PRIVADO) DE
SERVIÇOS DE SAÚDE (QUATRO)

DOIS REPRESENTANTES ESTADUAIS DOS PRESTADORES DE
SERVIÇO EM SAÚDE
Isadora Oliveira Maia (Titular)

FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSPITAIS E ENTIDADES
FILANTRÓPICAS DO ESTADO BAHIA (FESFBA)
Doraides Alves Nunes Almeida Souza (Suplente)

ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
(AHSEB)
Mauro Duran Adam (Titular)

SINDICATO DOS HOSPITAIS E ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO
ESTADO DA BAHIA (SINDHOSBA)
Luis Delfino Mota Lopes (Suplente)

UM REPRESENTANTE ESTADUAL DA COMUNIDADE CIENTÍFICA CENTRO BRASILEIRO
DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)
Rafael Damasceno de Barros (Titular)

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB)
Márcio Costa de Souza (Suplente)

UM REPRESENTANTE DA BAHIAFARMA
Ronaldo Ferreira Dias (Titular)
Paulo Sérgio Pereira Costa (Suplente)

SEGMENTO DE TRABALHADOR

OITO REPRESENTANTES DE TRABALHADORES NA ÁREA DE
SAÚDE

QUATRO REPRESENTANTES ESTADUAIS DE ENTIDADES
CONGREGADAS EM SINDICATOS E FEDERAÇÕES

SINDICATO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE ÀS
ENDEMIAS DA BAHIA (SINDACS/BA)
Edson Moraes de Oliveira (Titular)

SINDICATO DOS MÉDICOS DO ESTADO DA BAHIA (SINDIMED)
Luiz Américo Pereira Camara (Titular)

SINDICATO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE ÀS
ENDEMIAS DO SUL E EXTREMO SUL DA BAHIA (SINDIACS)
Josivaldo de Jesus Gonçalves (Suplente)

SINDICATO DOS TRABALHADORES FEDERAIS EM SAÚDE TRABALHO, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DA BAHIA (SINDPREV)
Célia Maria Alexandria de Oliveira (Titular)

SINDICATO DOS ASSISTENTES SOCIAIS DO ESTADO DA BAHIA (SASB)
Marleide Castro dos Santos (Suplente)

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA (SINDSAÚDE/BA)
Silvio Roberto dos Anjos e Silva (Titular)

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM SANTAS CASAS, ENTIDADES FILANTRÓPICAS, BENEFICENTES E RELIGIOSAS E EM ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SINDI SAÚDE) REDE PRIVADA
Waldir Cerqueira dos Santos (Suplente)

QUATRO REPRESENTANTES ESTADUAIS DE CONSELHOS DE CLASSE E DEMAIS ASSOCIAÇÕES PROFISSIONAIS

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES APOSENTADOS E PENSIONISTAS DA PREVIDÊNCIA FEDERAL NA BAHIA / CASA DO APOSENTADO E PENSIONISTA (ASAP/CAP)
Valdemir Medeiros da Silva (Titular)
Valdete Francisca da Silva (Suplente)

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA (CRF)
Eliane Araújo Simões (Titular)
Paulo Henrique Albuquerque Nascimento (Suplente)

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA (CREMEB)
Julio Cesar Vieira Braga (Titular)
Plinio Roberto Barreto Sodre (Suplente)

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA (CROBA)
Liliane Elze Falcão Lins Kusterer (Titular)
Viviane Almeida Sarmento (Suplente)

SEGMENTO DE USUÁRIO (16)

QUATRO REPRESENTANTES ESTADUAIS DO FÓRUM DE ENTIDADES DE PATOLOGIAS

ASSOCIAÇÃO BAIANA DAS PESSOAS COM DOENÇAS FALCIFORMES (ABADFAL)
Tharcia da Purificação Machado dos Santos (Titular)

CENTRO DE ESTUDO, PREVENÇÃO E APOIO AOS PORTADORES DE LER/DORT (CEAPLER)
Maria Ângela da Mata Santos (Suplente)

GRUPO VONTADE DE VIVER, DE APOIO AOS PORTADORES DE HEPATITES VIRAIS
Romulo José Valença Corrêa (Titular)

REDE NACIONAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS (RNP)
Moysés Longuinho Toniolo de Souza (Suplente)

MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE MORHAN NÚCLEO ESTADUAL (MORHAN)
Jair Alves dos Santos (Titular)

SINDICATO DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL DO ESTADO DA BAHIA (SINTSEF)
Leonídia Laranjeira Fernandes (Suplente)

GRUPO DE APOIO À PREVENÇÃO À AIDS (CAPA)
Rosa Beatriz Graça Marinho (Suplente)

NÚCLEO ASSISTENCIAL PARA PESSOAS COM CâNCER (NASPEC)
Lourani Maria Carneiro dos Santos (Titular)

ASSOCIAÇÃO DE DEFESA DOS PACIENTES CRÔNICOS RENAIS DO ESTADO DA BAHIA
José Vasconcelos de Freitas (Suplente)

TRÊS REPRESENTANTES ESTADUAIS DE ENTIDADES CONGREGADAS EM CENTRAIS E FEDERAÇÕES DE TRABALHADORES URBANOS E RURAIS, EXCETO ENTIDADES DA ÁREA DA SAÚDE

CENTRAL DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DO BRASIL (CTB)
Francisco José Sousa e Silva (Titular)

FEDERAÇÃO DOS BANCÁRIOS DOS ESTADOS DA BAHIA E SERGIPE (FEEB)
Fernando Antônio Duarte Dantas (Titular)

FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA NO ESTADO DA BAHIA (FETAC/BA)
João da Cruz de Souza Santos (Suplente)

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES (CUT)
Ricardo Luiz Dias Mendonça (Titular)
Lázaro Ribeiro de Souza (Suplente)

DOIS REPRESENTANTES ESTADUAIS DO FÓRUM DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

ASSOCIAÇÃO BAIANA DE DEFICIENTES FÍSICOS (ABADEF)
Maria Luiza Costa Camera (Titular)
Silvanete Brandão Figueiredo (Suplente)

ASSOCIAÇÃO METAMORFOSE AMBULANTE DE USUÁRIOS E FAMILIARES DO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL (AMEA)
Eduardo de Agueda Nunes Calliga (Titular)

ASSOCIAÇÃO DAS PESSOAS COM ALBINISMO NA BAHIA (APAL BA)
Maria Helena Machado Santa Cecília (Suplente)

UM REPRESENTANTE ESTADUAL DE ENTIDADES CONGREGADAS EM FEDERAÇÕES E ASSOCIAÇÕES PATRONAIS URBANAS E/OU RURAIS, EXCETO ENTIDADES PATRONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DA BAHIA (FIEB)
Carlos de Souza Andrade (Titular)
Ângela Macêdo Magalhães (Suplente)

UM REPRESENTANTE ESTADUAL FÓRUM DE ENTIDADES RELIGIOSAS

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL – REGIONAL NORDESTE 3 BAHIA E SERGIPE (CNBB)
Maria Helena Ramos Belos (Titular)
Vera Lúcia Gonçalves de Jesus (Suplente)

UM REPRESENTANTE ESTADUAL FÓRUM DE MULHERES ORGANIZADAS EM SAÚDE

UNIÃO BRASILEIRA DE MULHERES (UBM)
Maria Soraya Pinheiro de Amorim (Titular)

UM REPRESENTANTE ESTADUAL FÓRUM DE ENTIDADES DE APOSENTADOS E/OU PENSIONISTAS

ASSOCIAÇÃO DOS PENSIONISTAS E APOSENTADOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DA BAHIA (ASAPREV) / CASA DO APOSENTADO
Marcos Barroso de Oliveira (Titular)

ASSOCIAÇÃO HABITACIONAL, CREDITO, FINANCEIRO, ESPORTE, CULTURA, LAZER
E FORMAÇÃO PROFISSIONALIZANTES DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DO
RAMO DA SEGURIDADE SOCIAL NA BAHIA (AFOSHACLASS/BA)
Raimundo Rodrigues Cintra (Suplente)

UM REPRESENTANTE ESTADUAL FÓRUM DE COMBATE A
VIOLÊNCIA

CENTRO AFRO DE PROMOÇÃO E DEFESA DA VIDA PADRE EZEQUIEL (CAP
DEVER)
José Silvino Gonçalves dos Santos (Titular)
Ferdinando Capri (Suplente)

UM REPRESENTANTE ESTADUAL DO FÓRUM DE ENTIDADES
DO MOVIMENTO ANTIRRACISTA

INSTITUTO KUTALA 'NLEEKE
Marcos Antônio Almeida Sampaio (Titular)

UNIÃO DOS NEGROS PELA IGUALDADE (UNEGRO)
Rubiraci Santos de Almeida (Suplente)

UM REPRESENTANTE ESTADUAL DE POPULAÇÕES
INDÍGENAS OU QUILOMBOLAS

ASSOCIAÇÃO CULTURAL E AMBIENTALISTA DOS ÍNDIOS TUPINAMBÁ DE OLIVENÇA
Walney Magno de Souza (Titular)
Valdeci Domingas Luiza Cunha (Suplente)

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS
REPRODUTIVO
Lilian Fátima Barbosa Marinho (Suplente)

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

REDE DE PLANEJAMENTO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(REDE PMA)

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
Joana Angélica Oliveira Molesini
Rosa Maria Reis de Jesus
Alan Silva Reis
Arlizia Carla Amorim Pinheiro Stankewitz
Cristiane Câmara Macêdo
Talita Andrade Oliva

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO
Larissa Cortizo de Almeida

SUREGS
Dorath Menezes Silva

SAIS
Joana Angélica Simão Demarchi

SUPERH
Maura Regina de Freitas Jatobá Lopez

SAFTEC
Ana Cristina de Oliveira Guimarães

DASF
Milena Lima Santos

DIRETORIA GERAL
José Henrique Falck Silva

SUVISA
Elisabeth Cardoso da França

HEMOBA
Rose Mary Farias de Sousa dos Santos

CEIRF
Christiane Neves Castelucci

AUDITORIA SUS
Rosana Machado Lopes Martinho

OUVIDORIA
Celurdes Alves Carvalho

PROSUS
Zaida de Barros Mello Nascimento Santos

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SISTEMAS DE
TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA
SAÚDE
Maria Conceição Palma Sento Sé

COORDENAÇÃO DE MONITORAMENTO DE PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Viviane Barbosa da Silva

CORREGEDORIA DA SAÚDE
Carla Sande Rodrigues da Costa

CONTROLE INTERNO
Fábio Andre Silva Reis

BAHIAFARMA
Carolina Villas-Bôas Souza Fonseca

OUTROS SETORES
Joubert Ferreira da Silva Neto
Waldelio Almeida de Oliveira Filho
Yumi Kuwano Wakabayashi
Zenaide Calazans

CONSULTOR
Francisco Pacheco

COMISSÃO CES
Gislane Villas Boas Torres
José Silvino Gonçalves dos Santos
Maria Helena Ramos Belos
Sílvio Roberto dos Anjos e Silva

REVISÃO FINAL
Joana Angélica Oliveira Molesini
Lucitânia Rocha de Aleluia
Rosa Maria Reis de Jesus

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Pirâmide etária do Estado da Bahia, 1980	27
Gráfico 2.	Pirâmide etária do Estado da Bahia, 2012	27
Gráfico 3.	Coeficiente de incidência para DenV/ChikV/ZikaV por semana epidemiológica. Bahia/BR, 2015-2016	35
Gráfico 4.	Percentual de internações de acordo com os principais grupos de causas. Bahia/BR, 2008-2014	38
Gráfico 5.	Mortalidade proporcional, por faixa etária. Bahia/BR, 1980, 2000 e 2014	41
Gráfico 6.	Mortalidade proporcional, segundo principais grupos de causa. Bahia/BR, 2004-2014	41
Gráfico 7.	Taxas de Mortalidade por DAC. Bahia/BR, 2004-2014	42
Gráfico 8.	Mortalidade proporcional por doença do aparelho circulatório, segundo raça/cor. Bahia/BR, 2004-2014	43
Gráfico 9.	Taxa de internação por infarto agudo do miocárdio, segundo NRS. Bahia/BR, 2004 e 2015	44
Gráfico 10.	Taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio, segundo NRS. Bahia/BR, 2004 e 2014	45
Gráfico 11.	Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstâncias da lesão. Bahia/BR, 2004 e 2014	46
Gráfico 12.	Taxa de mortalidade em Mulheres, segundo principais grupos de causas. Bahia/BR, 2004 e 2014	49
Gráfico 13.	Taxa de mortalidade em Homens, segundo principais grupos de causas. Bahia/BR, 2004 e 2014	50
Gráfico 14.	Mortalidade proporcional por neoplasias malignas, segundo cor. Bahia/BR, 2004 e 2014	50
Gráfico 15.	Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos). Bahia/BR, 2000 e 2014	51
Gráfico 16.	Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos), segundo faixa etária. Bahia/BR, 2000 e 2014	53
Gráfico 17.	Internações hospitalares na rede SUS, segundo regime do hospital e NRS de residência. Bahia/BR, 2008 e 2014	69
Gráfico 18.	Taxa de internação por trauma ortopédico e neurológico, segundo NRS de residência. Bahia/BR, 2004 e 2015	70
Gráfico 19.	Proporção de nascidos vivos com menos de 37 semanas de gestação. Bahia/BR, 2011 e 2014	71
Gráfico 20.	Proporção de nascidos vivos com baixo peso (< 2.500g), segundo NRS. Bahia/BR, 2004 e 2014	72

LISTA DE MAPAS

Mapa 1.	Taxa de Incidência de Tuberculose (por 100.000 habitantes). Bahia/BR, 2015	32
Mapa 2.	Taxa de Incidência de Dengue (por 100.000 habitantes). Bahia/BR, 2015	34
Mapa 3.	Coeficiente de incidência para DenV/ChikV/ZikaV por municípios. Bahia/BR, 2015	36
Mapa 4.	Divisão das Regiões de Saúde segundo Plano Diretor de Regionalização. Bahia/BR, 2015	58

LISTA DE ORGANOGRAMAS

Organograma 1.	Sesab após a reforma Administrativa de 2014	57
----------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Doença Falciforme (N e %), segundo raça/cor. Salvador/BA, 2009-2015	37
Tabela 2.	Previsão de Recursos por Programa/Compromisso, PPA 2016-2019	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Controle e Classificação de Risco
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AES	Agenda Estratégica de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
Asis	Análise de Situação de Saúde
AT	Acidente de Transporte
AVC	Acidente Vascular Cerebral
Bahiafarma	Fundação Baiana de Pesquisa Científica, Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos
BCG	Bacillus Calmette-Guérin ou vacina contra a tuberculose
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Caps-AD	Centro de Atenção Psicossocial, álcool e Outras Drogas
Caps-IA	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CDSS	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
Cead	Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos
Cedap	Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Central Estadual de Regulação
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
Cesat	Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CGMR	Colegiado de Gestão Microrregional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
Cican	Centro Estadual de Oncologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
Cievs	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CIHDOTTS	Comissão Intra-hospitalar de doação de Órgãos e Tecidos
CimBahia	Centro de Informações sobre Medicamentos da Bahia
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
Conferes	Conferência Estadual de Saúde
Cope	Coordenação de Projetos Especiais
Cosems	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CRM	Central de Regulação Médica
Creasi	Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso
Crie	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CSDH	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health)
DAB	Diretoria da Atenção Básica
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DAE	Departamentos de Atenção Especializada
DAR	Doenças do Aparelho Respiratório
DARH	Diretoria de Administração de Recursos Humanos
Dasf	Diretoria de Assistência Farmacêutica
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGC	Diretoria de Gestão do Cuidado
DGE	Diretoria Geral
DGETS	Diretoria da Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde
DGRP	Diretoria de Gestão da Rede Própria
Diconv	Diretoria de Convênios
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
Dipro	Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada
Direg	Diretoria de Regulação
DIS	Diretoria de Informação em Saúde
Divast	Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
Divep	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Divisa	Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
DM	Diabetes Mellitus
DNC	Doenças de Notificação Compulsória
DPI	Desenvolvimento na Primeira Infância

DST	Doença Sexualmente Transmissível
DTP-Hib	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e Haemophilus Influenza Tipo b
EAD	Educação a Distância
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
Ebal	Empresa Baiana de Alimentos S.A.
EBCT	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EESP	Escola Estadual de Saúde Pública
EFTS	Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fesba	Fundo Estadual de Saúde da Bahia
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
Gasec	Gabinete do Secretário
GID	Gratificação de Incentivo ao Desempenho
GM	Gabinete Ministerial
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
GT	Grupo de Trabalho
HAN	Hospital Ana Nery
HECL	Hospital Especializado Carvalho Luz
HEML	Hospital Estadual Mário Leal
Hemoba	Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia
Heom	Hospital Especializado Otávio Mangabeira
HESF	Hospital Geral Ernesto Simões Filho
HGC	Hospital Geral de Camaçari
HGCA	Hospital Geral Cleriston Andrade
HGE	Hospital Geral do Estado
HGMV	Hospital Geral Manuel Vitorino
HGPV	Hospital Geral Prado Valadares
HGRS	Hospital Geral Roberto Santos
HGVC	Hospital Geral de Vitória da Conquista
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMV	Hospital Manoel Vitorino
HOM	Hospital Otávio Mangabeira
HPP	Política Estadual para Contratualização de Hospitais de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
Iperba	Instituto de Perinatologia da Bahia
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
Lacen	Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalo Moniz
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NEU	Núcleos de Educação em Urgências
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
Nugtes	Núcleo de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde
OBS	Oficina Bahia Saudável
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
ParticipaSUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCCR	Plano de Cargos, Carreiras e Remunerações
PCCV	Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
Peam	Política Estadual de Alimentação e Nutrição
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNH	Política Nacional de Humanização
PNSP	Programa Nacional de Saúde Prisional
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PPA-P	Plano Plurianual Participativo
PPI	Programação Pactuada Integrada
ProgeSUS	Programa de qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação do Sistema Único de Saúde
Promex	Programa de Medicamentos Excepcionais
PS	Plano de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
Reda	Regime Especial de Direito Administrativo
RELSP	Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
Resme	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
RLI	Receita Líquida de Impostos
RMS	Região Metropolitana de Salvador
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SADT	Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia
Saftec	Superintendência de Assistência Farmacêutica e Ciência e Tecnologia em Saúde
Sais	Superintendência da Atenção Integral à Saúde
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do Sistema Único de Saúde
Seap	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização
SEC	Secretaria de Educação
Seplan	Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia
SES	Sistema Estadual de Saúde
Sesab	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SGD	Sistema de Gestão de Demandas
SCEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Sicof	Sistema de Informações Contábeis e Financeiras
Sigaf	Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
Sinan	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SisPacto	Sistema de Pactuação dos Indicadores
Sisreg	Sistema de Regulação para as Internações Hospitalares
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
Superh	Superintendência de Recursos Humanos
Suregs	Superintendência de Gestão dos Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Suvisa	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARM	Técnicos Auxiliares de Regulação Médica
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidado Intermediário
UFBA	Universidade Federal da Bahia
Unasus	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidades de Suporte Avançado
USB	Unidades de Suporte Básico
USF	Unidades de Saúde da Família
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VA	Vigilância Ambiental
VE	Vigilância Epidemiológica
VS	Vigilância Sanitária





A P R E S E N T A Ç Ã O

Este plano apresenta o trabalho de várias pessoas e organizações. O alcance e a ambição da Política Estadual de Saúde para os anos de 2016 a 2019 é um reflexo da diversidade de autores. O documento enfoca os compromissos de governo presentes no Plano Plurianual (PPA) do mesmo período, mas descreve as estratégias para fundamentar o conjunto de ações a serem desenvolvidas pelo sistema público de saúde da Bahia.

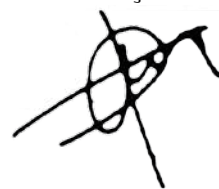
O Estado da Bahia ocupa, no Brasil, o quinto lugar em território (564.732 km²) e o quarto em população (15.276.566 hab.), o que indica a necessidade de uma desconcentração espacial e interiorização dos serviços. Este foi um dos aspectos mais relevantes que levaram o Governo do Estado da Bahia a configurar o **Programa Saúde Mais Perto de Você**, constituído de nove compromissos. Orçado em R\$ 17,7 bilhões, este é o segundo maior Programa do Poder Executivo no PPA 2016-2019 (corresponde a 21,23%) e segue uma forte orientação para regionalização, pautada na distribuição de recursos mais igualitários e eficientes para organizar o sistema de saúde nas nove Macrorregiões de Saúde do Estado.

Outro aspecto a considerar são as condições crônicas de saúde que têm afetado, de modo cada vez mais intenso, os perfis de morbidade e mortalidade populacional no mundo, o que não é diferente na Bahia. Tais condições envolvem um grupo extenso de doenças e agravos bastante diversos entre si, mas que se caracterizam pela longa duração, por impor limites à vida das pessoas afetadas e desafiar as intervenções em saúde indicadas nos programas e políticas de saúde.

Se, por um lado, as condições crônicas afetam diversos aspectos das trajetórias e da qualidade de vida das pessoas, desafiando o sistema de saúde a dar respostas efetivas, por outro, o aumento das doenças agudas e dos agravos dimensiona-se, em grande medida, no entrecruzamento dessas trajetórias e intervenções. Essa situação torna bastante relevante a abordagem das políticas públicas de promoção e prevenção, com ações intersetoriais e interdisciplinares, dirigidas aos indivíduos e coletividades.

Não se espera que o caminho para alcançar os resultados seja simples, mas poucas coisas de valor acontecem sem dedicação. Os desafios incluem a necessidade de investir nas redes de serviços de saúde em quantidade e qualidade para ampliar o acesso da população baiana.

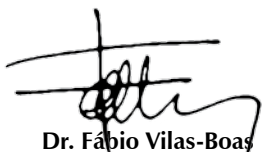
Com ações postas em prática desde o início da gestão com a construção de novas unidades hospitalares e ambulatoriais regionais, a descentralização da gestão em saúde e a maior integração das ações e serviços nas redes de atenção têm favorecido ainda mais a relação entre os municípios e a rede estadual.



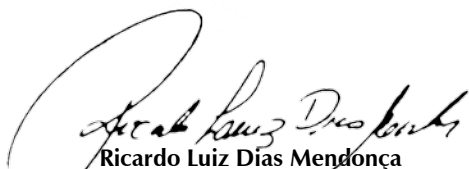
Entretanto, o maior desafio está em viabilizar esta política dentro do contexto de orçamentos escassos, o que exigirá a utilização mais racional e equitativa dos recursos, principalmente nas ações direcionadas para os mais necessitados.

O documento PES 2016-2019 pretende ser uma referência para todos os profissionais e gestores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e suas duas unidades de administração indireta (Hemoba e Bahiafarma) e visa ao fortalecimento do sistema estadual de atenção à saúde e à consequente melhoria da atenção à saúde de pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais, independentemente de gênero, idade, etnia, nível social ou religião.

Por fim, convidamos-lhes a ler e consultar este documento que transmite os pontos de vista e sentimentos de uma grande variedade de pessoas que vivem na Bahia. Aguardamos a oportunidade de dar prosseguimento a esse diálogo contínuo com o controle social por meio do Conselho Estadual de Saúde (CES/BA), uma vez que estamos juntos nesse ambicioso empreendimento de aprender como maximizar e sustentar o impacto da política de saúde com o passar do tempo.



Dr. Fábio Vilas-Boas
Secretário Estadual de Saúde



Ricardo Luiz Dias Mendonça
Presidente do Conselho Estadual de Saúde







S U M Á R I O

1	INTRODUÇÃO	21
2	METODOLOGIA	23
3	ANÁLISE DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA	26
3.1	PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO	26
3.2	PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO	29
3.3	PANORAMA DA GESTÃO DO SUS-BA	56
3.3.1	Estrutura administrativa da Sesab e aspectos da organização da gestão do SUS-BA	56
3.3.2	A gestão compartilhada	60
3.3.3	A administração indireta	62
3.3.4	Ciência e tecnologia	63
3.3.5	Estruturas complementares da gestão do SUS-BA	64
4	ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO	66
4.1	ATENÇÃO BÁSICA	66
4.2	ATENÇÃO ESPECIALIZADA / ATENÇÃO À SAÚDE	67
5	PREVISÃO DE RECURSOS	78
6	PROPOSIÇÕES ESTRATÉGICAS	80
6.1	CONTEXTUALIZAÇÃO	80
6.2	MÓDULOS OPERACIONAIS	81
6.2.1	Programa Saúde Mais Perto de Você	81
6.2.1.1	Compromisso 1 – Fortalecer as ações de Vigilância à Saúde para promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças/agravos e controle de riscos	81
6.2.1.2	Compromisso 2 – Consolidar as ações e serviços de saúde da Atenção Básica, com resolutividade	87
6.2.1.3	Compromisso 3 – Ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde da Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar, com resolutividade, fortalecendo a Regulação do Sistema de Saúde, com ganho de eficiência e garantia da segurança do paciente	90
6.2.1.4	Compromisso 4 – Promover a integração das ações e serviços de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde	96
6.2.1.5	Compromisso 5 – Promover a equidade e a humanização no cuidado à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas	100
6.2.1.6	Compromisso 6 – Fortalecer a gestão da assistência farmacêutica assegurando o acesso aos medicamentos e apoiando a produção de insumos estratégicos para a saúde	103
6.2.1.7	Compromisso 7 – Fortalecer a Rede de Hematologia e Hemoterapia do Estado da Bahia para atender a demanda do SUS-BA	105
6.2.1.8	Compromisso 8 – Fortalecer a gestão do trabalho e educação na saúde, valorizando o trabalho e o trabalhador do SUS-BA	107
6.2.1.9	Compromisso 9 – Fortalecer a capacidade de gestão estadual do SUS, qualificando as ações de sistematização, monitoramento e fiscalização, ampliando os canais de diálogo com a sociedade e o exercício do controle social	110
6.2.2	Programa Cidadania e Direitos	113
6.2.2.1	Compromisso compartilhado – Promover o acesso ao direito humano à alimentação adequada e saudável e a seguranças alimentar e nutricional às famílias em situação de vulnerabilidade e risco social	113
6.2.3	Programa Gestão Participativa	113
6.2.3.1	Compromisso compartilhado – Disponibilizar a infraestrutura adequada para o funcionamento de edificações administrativas	113
6.2.3.2	Compromisso compartilhado – Intensificar o uso de tecnologia de Informação e Comunicação – TIC para facilitar o acesso à informação e qualificar a prestação de serviços públicos	114
7	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	115
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
	REFERÊNCIAS	120



O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, define, nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080 e 8.142, ambas do ano de 1990, a necessidade da elaboração de planos de saúde nas três esferas de governo. Posteriormente, com o decreto Presidencial n.º 7.508, de 28 de junho de 2001, que regulamenta a LOS 8080, mantém-se a exigência de um processo de planejamento da saúde como obrigatório, reforçado pela Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012.

Deste modo, o Plano Estadual de Saúde do Estado da Bahia (PES) constitui-se como o instrumento de gestão, em que está expressa a Política de Saúde do estado para o período de 2016 a 2019. As orientações para implementação de todas as iniciativas de gestão do SUS no âmbito do território baiano estão neste documento, explicitando os compromissos setoriais de governo, além de refletir, por meio da análise situacional, as necessidades de saúde da população e a capacidade de oferta pública de ações, serviços e produtos para supri-las.

Para cumprir a função de formalizar as linhas de atuação da gestão estadual para saúde com iniciativas que serão entregues à população na forma de ações e serviços, o PES 2016-2019 utilizou, como subsídios para sua elaboração, outros documentos que também apontam direcionamentos para a política de saúde no estado, como: os relatórios de auditoria da gestão do Sistema Estadual de Saúde da Bahia (SES/BA) de 2013, elaborados pelo departamento Nacional de Auditoria do SUS (Sistema de Gestão de Demanda/Departamento de Articulação Interfederativa/Ministério da Saúde); auditoria operacional da Atenção Básica, realizada em 2014 e referente ao período 2012 a junho de 2014, elaborados pelo Tribunal de Contas do Estado da Bahia; os relatórios das plenárias territoriais do PPA Participativo na elaboração do Plano Plurianual (PPA) 2016-2019; e os relatórios da 9ª Conferência Estadual de Saúde, realizada em outubro de 2015.

O PES 2016-2019 guarda, no seu conteúdo, consonância com o Plano Plurianual (PPA) deste mesmo quadriênio, de forma a manter coerência entre os processos de planejamento governamental e o de saúde, respeitando suas especificidades metodológicas. Entretanto, no produto final, a compatibilização entre ambos potencializa desenvolvimento das ações e facilita o monitoramento. Por outro lado, foi considerado o discurso do Gestor enquanto elemento de direcionalidade estratégica.

Este plano está apresentado em **seis capítulos**, além desta introdução, assim descritos:

Capítulo 1 – Descreve a metodologia utilizada para elaboração do PES 2016-2019;

Capítulo 2 – Contempla uma síntese da Análise da Situação de Saúde (ASIS) da população baiana e da gestão do sistema de saúde;

Capítulo 3 – Apresenta aspectos da atenção à saúde da população;

Capítulo 4 – Apresenta a previsão de recursos para o quadriênio;

Capítulo 5 – Apresenta os módulos operacionais com as diretrizes e quantifica metas a serem alcançadas;

Capítulo 6 – Explicita como se dará o monitoramento e avaliação das ações do PES 2016-2019.

Por fim, compreende-se que o plano constitui requisito legal para o balizamento da gestão, mas, também, uma ferramenta para o controle social e, ao mesmo tempo, espera-se que seja útil como instrumento de uso contínuo a ser aperfeiçoado à luz das mudanças da realidade. Para tanto, foi fundamental o envolvimento e comprometimento de vários atores na construção das metas propostas, favorecendo o alcance de bons resultados em prol da população e do aperfeiçoamento da gestão do sistema estadual de saúde.

Com a publicação da Lei 13.204, em 11 de dezembro de 2014, foram criadas as Assessorias de Planejamento e Gestão (**APGs**) na estrutura de todas as Secretarias e Órgãos da Administração Pública Estadual. Essa criação tem a finalidade de promover, no âmbito setorial, em articulação com a Secretaria da Administração (SAEB) e a Secretaria do Planejamento (Seplan), a gestão organizacional do planejamento estratégico, do orçamento, de tecnologias da informação e comunicação (TIC) e dos sistemas formalmente instituídos com foco nos resultados institucionais. No âmbito da Sesab, houve, também, a implantação, por meio da Portaria nº 287, de 15 de março de 2016, da Rede de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (**Rede PMA**) que, sob a coordenação da APG, constitui-se como um espaço de institucionalização e consolidação dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação na Saúde.

Deste modo, o processo de formulação do PES iniciou-se com a discussão interna envolvendo a APG e a Rede PMA para definição da proposta de metodologia de elaboração do Plano. Posteriormente, estabeleceu-se discussão com a finalidade de definição de cronograma para detalhamento do documento e a constituição dos grupos de trabalho envolvendo a equipe técnica das distintas instâncias da Sesab, buscando dar consistência e coerência interna na construção do plano, contando, ainda, com consultores externos para apoio no processo de sistematização das informações coletadas. Outro elemento importante da construção foi a participação da comissão especial de apoio à elaboração do PES, composta por membros do Conselho Estadual de Saúde (CES) que participaram de todas as etapas de construção do documento.

A concentração e a dispersão foram definidas como estratégias de trabalho, com prazos e produtos referentes ao processo de construção do PES. Realizaram-se cinco oficinas como momento de concentração, seguidas de dispersão e, durante tal processo, o texto foi sendo construído, seguindo quatro momentos. No **primeiro momento** foi priorizada a Análise de Situação de Saúde (ASIS), com a sistematização do conjunto de indicadores demográficos, sociais e epidemiológicos; além de informações relacionadas à Gestão e à estrutura do Sistema de Saúde. Estes dados foram enviados para Áreas Técnicas/Rede PMA e Comissão do CES para considerações e contribuições para a versão final.

Os dados levantados no **primeiro momento** contemplaram a avaliação da cobertura e da qualidade das informações; situação sociodemográfica da população baiana, com vistas a subsidiar o planejamento e a programação de ações de saúde do Estado da Bahia,

bem como possibilitar o acompanhamento e a avaliação do impacto das ações planejadas para o período 2016-2019. As principais causas de morbidade hospitalar de 2000 e 2014 foram obtidas do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que registra internações na rede hospitalar em hospitais públicos, filantrópicos e privados conveniados ao SUS. Para os menores de um ano, utilizou-se como denominador o número de nascidos vivos (NV) registrado no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Foram identificados os desafios para organização dos sistemas de saúde e necessidade de adequação da oferta às mudanças no perfil epidemiológico referente ao envelhecimento populacional, com a elevação da expectativa de vida e consequente mudança na estrutura etária, nos padrões de adoecimento e morte da população.

No **segundo momento** ocorreu a elaboração das Proposições/Propostas Estratégicas com as áreas técnicas articuladas com as demandas da 9ª Conferência de Saúde da Bahia (9ª CONFERES), da Escuta Social oriunda da elaboração do PPA Participativo, das Prioridades de Governo e compatibilização com os Compromissos, Iniciativas e Metas do PPA 2016-2019.

As proposições construídas para o PES 2016-2019 no **segundo momento** acompanham, em sua estrutura, os **9 compromissos** presentes no PPA, relacionados à área da Saúde, conforme listados abaixo, e três compromissos compartilhados, de responsabilidades de outras secretarias, descritos nos capítulos de **previsão de recursos** e de **proposições e estratégias** :

Compromisso 1 – Fortalecer as ações de Vigilância à Saúde para promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças/agravos e controle de riscos;

Compromisso 2 – Consolidar as ações e serviços de saúde da Atenção Básica, com resolutividade;

Compromisso 3 – Ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde da Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar, com resolutividade, fortalecendo a Regulação do Sistema de Saúde, com ganho de eficiência e garantia da segurança do paciente;

Compromisso 4 – Promover a integração das ações e serviços de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde;

Compromisso 5 – Promover a equidade e a humanização no cuidado à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas;

Compromisso 6 – Fortalecer a gestão da assistência farmacêutica, assegurando o acesso aos medicamentos e apoiando a produção de insumos estratégicos para a saúde;

Compromisso 7 – Fortalecer a Rede de Hematologia e Hemoterapia do Estado da Bahia para atender a demanda do SUS-BA;

Compromisso 8 – Fortalecer a gestão do trabalho e educação na saúde, valorizando o trabalho e o trabalhador do SUS-BA;

Compromisso 9 – Fortalecer a capacidade de gestão estadual do SUS, qualificando as ações de sistematização, monitoramento e fiscalização, ampliando os canais de diálogo com a sociedade e o exercício do controle social.

Foram utilizados, também como subsídios, os relatórios de auditoria da gestão SES/BA de 2013, elaborados pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Sistema de Gestão de Demanda/Departamento de Articulação Interfederativa/Ministério da Saúde), e da auditoria operacional da Atenção Básica, realizada em 2014, mas referente ao período 2012 a junho de 2014, elaborados pelo Tribunal de Contas do Estado da Bahia. Foi considerado, ainda, para a articulação e priorização das ações, o documento da agenda/discurso do Secretário Estadual de Saúde no ato da posse, enquanto elemento de direcionalidade estratégica.

O **terceiro momento** compreendeu a elaboração da previsão de recursos do PES, compatibilizado, também, com o PPA 2016-2019. Deste modo, a coerência entre as metas orçamentárias do PES e o PPA 2016-2019 foi elaborada pela equipe técnica da APG e referendada em uma oficina de alinhamento com os responsáveis de cada compromisso/meta/iniciativa das correspondentes áreas técnicas da Sesab.

A seleção dos indicadores no **quarto momento** considerou as doenças e agravos de prioridade para as ações de saúde na Bahia e também as indicações apresentadas na Escuta Social e no relatório final da 9ª CONFERES, ambos capazes de refletir problemas e necessidades de saúde da população. Contemplou-se, também, a análise dos indicadores nacionais que alimentam o Sistema de Pactuação dos Indicadores (SisPacto) como integrantes da análise do perfil epidemiológico e do acesso a serviços de saúde.

Para conclusão do momento, recorreu-se a oficinas e momentos de dispersão, resultando nas discussões para construção coletiva de indicadores, dando subsídios à elaboração da proposta de monitoramento e avaliação do PES.

Por fim, o **quinto momento** envolveu a consolidação do documento final sob responsabilidade da APG e contribuição da Comissão do CES/BA, seguido do envio ao pleno do Conselho Estadual de Saúde para apreciação e aprovação do PES.

3 ANÁLISE DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

O conhecimento acerca dos problemas e das necessidades de saúde de uma população é base para formulação e implementação de políticas na área, bem como o planejamento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A Análise de Situação de Saúde (ASIS) é um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas, assim como seus determinantes, facilitando a identificação das necessidades e prioridades; de intervenções e de programas apropriados; e da avaliação do impacto¹.

As análises aqui apresentadas acompanham a divisão do território do Estado de acordo com a reformulação feita pela Lei 13.204/2014 que, na desconcentração administrativa da Secretaria de Saúde, definiu nove (09) Núcleos Regionais de Saúde (NRS) na sua estrutura, correspondendo ao território de cada Macrorregião de Saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR). As nove (09) Macrorregiões de Saúde subdividem-se em 28 Regiões de Saúde (RS) para efeitos de programação das ações e serviços de saúde. Esse processo será explicitado mais detalhadamente no tópico 2.3.

3.1 PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO

A Bahia está localizada na região Nordeste do Brasil, sendo o quinto estado em extensão territorial, com 564.692,669 km², ocupando 6,63% da área geográfica do país e 36,3% da região. Seu contingente populacional é o quarto maior do país, com uma estimativa de 15.203.934 de pessoas residentes em 2015, representando 7,4% do total de habitantes do país. Com esta extensão territorial, o Estado possui uma densidade demográfica de 26,9 habitantes por km².

Entre 1980 e 2015 foi registrado, em todo Estado, aumento populacional de 60,8%. Entretanto, no que se refere à dinâmica demográfica, observa-se uma acentuada redução nas taxas de crescimento geométrico da população nas últimas décadas, passando de 1,09 em 1991/2000 para 0,72 em 2000/2010. As projeções apontam para uma redução ainda mais acentuada em 2015, com 0,51 e de apenas 0,10 em 2030.

O declínio das taxas de crescimento populacional é resultante de um conjunto de fatores, passando pela melhoria das condições de vida e de saúde, com a consequente diminuição da mortalidade, especialmente entre os menores de um ano, bem como na queda das taxas de fecundidade, que decresceram em 30,3% no período de 2000 a 2015.

Nos últimos quinze anos, o número de filhos por mulher passou de 2,5 para 1,74. As mudanças observadas nestes indicadores produziram impacto importante no padrão demográfico da população, resultando no fenômeno que se denominou de **transição demográfica**, com elevação da expectativa de vida e a consequente mudança na estrutura etária da população.

Entre 1980 e 2012 (**Gráfico 1 e 2**), houve redução de 42% dos indivíduos menores de 15 anos de idade, ao passo que as camadas da população com 60 anos ou mais se elevaram em 68,8% no mesmo período. A média de idade passou de 42,5 anos, em 1980, para 73,2 em 2015, o que representou um ganho de 30 anos na média de vida dos baianos. A maior longevidade é ainda observada para as mulheres, que representam mais da metade da população (50,9%), com 9,1 anos acima da masculina, cujos valores foram 77,9 e 68,8 anos de idade para mulheres e homens, respectivamente, em 2015².

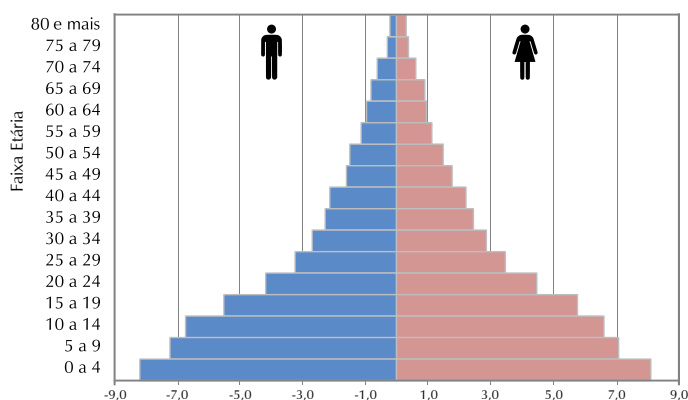


Gráfico 1. Pirâmide etária do Estado da Bahia, 1980

Fonte: IBGE-Censo Demográfico, Sesab/Suvisa/DIS-GT de Demografia

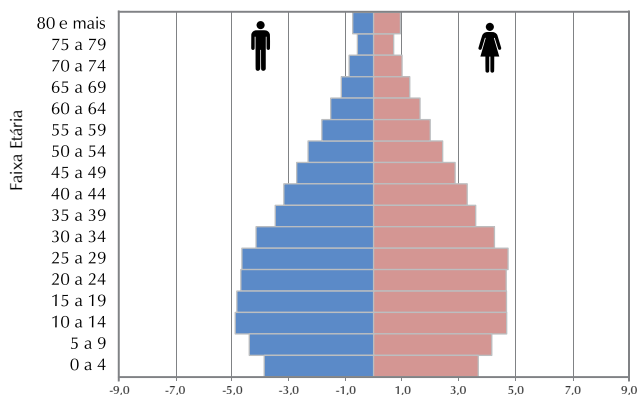


Gráfico 2. Pirâmide etária do Estado da Bahia, 2012

Fonte: IBGE-Projeção da população 2000-2030, Sesab/Suvisa/DIS-GT de Demografia³

No último censo populacional, em 2010⁴, a maior parte da população baiana declarou-se de cor ou raça parda (59,2%), sendo que na Bahia o percentual foi de 17,1% dos entrevistados, totalizando 2,4 milhões de pessoas, caracterizando o Estado com maior afirmação de raça ou cor preta. Ao considerar pretos e pardos, a Bahia também é o Estado com maior população autodeclarada negra, com mais de 10,6 milhões de habitantes.

A distribuição da população no Estado é bastante heterogênea, com áreas densamente povoadas, como o NRS Leste, onde se concentra mais de um terço dos habitantes (31,6%); na região Extremo Sul residem apenas 5,5%, embora o número de habitantes tenha aumentado em 14,5% no mesmo período. O contrário observa-se na região Centro-Norte, onde também residem 5,5% da população, porém com decréscimo de 10,1% no número de seus habitantes, entre 1980 e 2015.

O Estado está constituído por 417 municípios e a grande maioria (57%) apresentou menos de vinte mil habitantes. Quanto à taxa de urbanização, a comparação com o último censo mostrou elevação na população residente na zona urbana, representando 72,1% do total de habitantes da Bahia, sendo que o maior índice, 91,4%, encontrava-se no NRS Leste em 2010.

Um dos mais importantes indicadores socioeconômicos, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), é considerado um indicador síntese, que agrega a renda *per capita*, educação e esperança de vida ao nascer de determinada área geográfica, cujo objetivo é aferir o desenvolvimento de uma região. De acordo com Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2010, último ano com dados disponíveis, a Bahia ocupou a 22ª posição no ranking nacional do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), com um valor de 0,660. Mesmo considerado médio pela classificação do PNUD, o estado apresentou um crescimento de 71% em relação a 1991, quando registrou um índice baixo, de 0,386. Dentre os componentes, a educação foi o que mais contribuiu para o aumento do IDHM estadual, o qual passou de 0,182 em 1991, para 0,555 em 2010, registrando um aumento de 204,9% no período.

As características sociodemográficas dos nascidos vivos (NV) constituem-se em informações fundamentais na definição de prioridades nas ações de saúde. O número de nascimentos na Bahia apresentou tendência de declínio correspondente à redução de 13,0% na última década, corroborando a redução observada na taxa de fecundidade. O NRS Oeste foi o único que apresentou incremento de 6,2% no número de nascidos vivos entre 2004 e 2014. O impacto na redução na taxa de fecundidade também é sentido no perfil etário materno, sendo maior a proporção de mulheres que têm adiado a maternidade. As faixas etárias 30 a 39 anos e 40 a 49 anos apresentaram, respectivamente, um incremento de 35,7% e 10,8%, no período de 2004 a 2014.

Apesar da redução geral dos partos de mulheres entre 10 e 19 anos na Bahia, destacam-se os NRS Sul, Extremo Sul e Centro-Norte, que mantiveram cerca de 25% de nascidos vivos de mães adolescentes no período. Tanto a gravidez na adolescência quanto em idades avançadas representam desafios à saúde pública em decorrência da concentração de riscos relacionados à gestante e ao feto, a exemplo da pré-eclâmpsia, da anemia, da necessidade de parto cesáreo e de recém-nascido de baixo peso. Apesar de a proporção de baixo peso ao nascer na Bahia manter-se relativamente estável no período, com cerca de 8% do total de NV com esta característica, excetuando o NRS Leste, as maiores proporções e incremento foram observado exatamente nos NRS, onde também havia maior proporção de NV de mães adolescentes, como Centro-Norte e Sul. Outra explicação para o incremento do baixo peso ao nascer em NRS como o Oeste e Centro-Leste comparados com os demais foi o aumento da cobertura do Sinasc nesses Núcleos e maior qualidade e completude na coleta das informações por meio da declaração de nascido vivo, especialmente para o campo peso ao nascer.

3.2 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

As **doenças redutíveis por imunização** destacam-se pelo sucesso na efetiva ação de controle pela vacinação na Bahia, o que reflete as sequências de coberturas heterogêneas, mas satisfatórias, na série histórica para os principais imunobiológicos do calendário de vacinação do SUS. Nesse contexto, pelo menos três vacinas merecem destaque: a pentavalente (vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B e *Haemophilus Influenzae* tipo b), tríplice viral (vacina sarampo, caxumba, rubéola) e conjugada (meningocócica C).

Destaca-se a vacina tríplice viral, que vem mantendo coberturas acima da meta preconizada (95%) desde 2006, ratificando a ausência de casos de **sarampo** no Estado nesse período. Os últimos casos autóctones de sarampo ocorreram no ano 1999 e, desde então, os casos registrados eram importados ou relacionados à importação.

A cobertura satisfatória de crianças vacinadas adequadamente vem contribuindo na redução de doenças de interesse epidemiológico como **meningites, difteria e tétano neonatal e acidental**, este último com redução de 85% no número de casos e apenas seis casos registrados, preliminarmente, em 2015, em todo Estado.

Após a elevação, em 2007, (21,9 casos por 100.000 habitantes), a incidência de meningites por todas as etiologias apresentou declínio no período analisado, especialmente a partir de 2009, não se confirmando a tendência de crescimento que foi observada até este ano. Em 2015 ocorreram 1.171 casos, correspondendo a uma redução de 33,7% no coeficiente de incidência retomando o patamar próximo, mas ainda menor, que aquele registrado em 2004.

A análise por Núcleos Regionais de Saúde (NRS) mostrou incremento na incidência de meningites de 116,7%, 66,7% e 22,2%, respectivamente, para os núcleos Oeste, Centro-Norte e Sudoeste. Os demais núcleos registraram redução na ocorrência de casos novos da doença no período em análise, com destaque para que Extremo Sul (70,4%), Nordeste (62,4%) e Sul (56,3%).

Observou-se, também, para a meningite do sorogrupo C, constante declínio após introdução da vacina meningocócica C (conjugada), o que rompeu com a tendência de elevação observada até o ano de 2010 (1,5 casos por 100.000 habitantes), quando foi notado a maior incidência desde 2002.

Assim como observado para a doença meningocócica C, o declínio da **meningite por *Haemophilus Influenzae* tipo b** iniciou-se com a introdução da vacina tetravalente em 1999, cuja incidência reduziu abruptamente um ano depois, com manutenção de valores consideravelmente baixos, próximos a zero, nos últimos anos.

O número de casos de tétano acidental apresentou oscilação no período em análise, variando de 13 casos no ano de 2013 a 24 casos em 2015. Os casos de tétano acidental são mais frequentes em homens em idade produtiva e os grupos mais expostos são os trabalhadores que exercem funções manuais – construção civil, agricultores, mecânicos e catadores de resíduos sólidos urbanos – além de mulheres em idade fértil. As ações de prevenção da Vigilância Epidemiológica devem ocorrer de forma intersetorial com a Vigilância em Saúde do Trabalhador e outros setores da saúde e sociedade.

No que se refere a todas as **hepatites virais**, no período de 2004 a 2015, foi observada redução de 10,8%. Conforme etiologia das hepatites, as de etiologia por vírus A, sensível à vacinação e também a melhorias nas condições de vida e saneamento, reduziram em 89,8% a sua incidência, ao passar de 7,9% (2004) para 0,8% (2015). Entretanto, as taxas de incidência pelos vírus B e C registraram incremento, respectivamente, de 88,7% e 189,2%, na última década. A elevação na incidência de hepatites por esses dois agentes etiológicos pode refletir melhoria no acesso ao diagnóstico, com maior acesso a exames sorológicos específicos, mas também sinaliza a relevância da transmissão sexual.

Já no âmbito das **doenças redutíveis por ações de saneamento básico**, a **leptospirose** destacou-se no Estado, com uma média de 322 casos entre 2004 a 2015, correspondendo a um incremento de 18,7% na incidência (2,2 casos por 100.000 em 2015). O ano de 2010 registrou o mais alto coeficiente de incidência: 2,7 por 100.000.

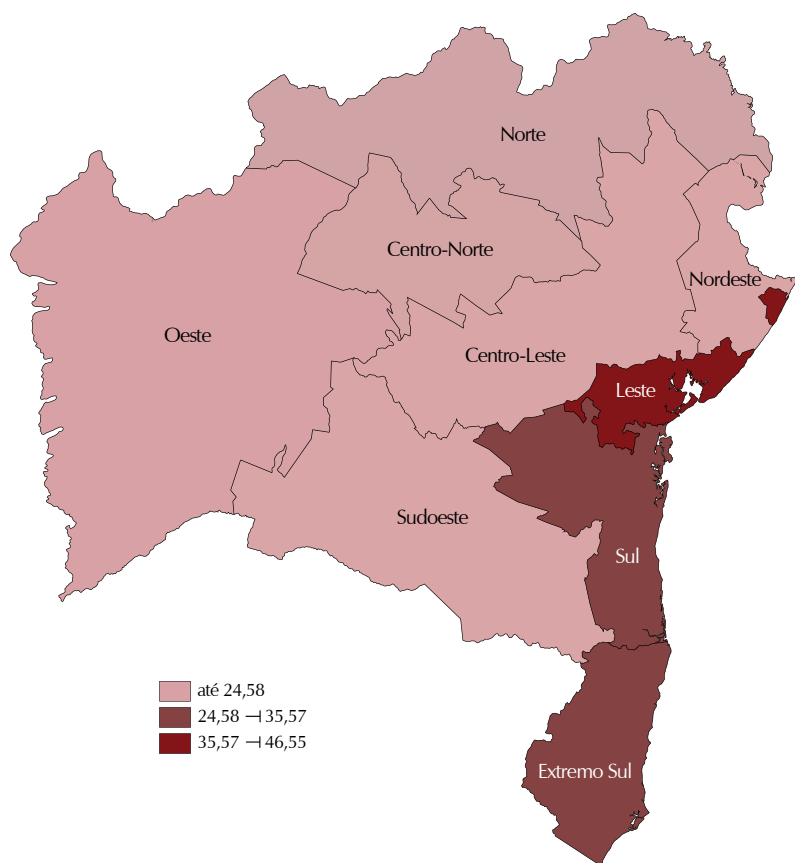
Quanto às **doenças redutíveis por intervenção de programas especiais**, merecem destaques: HIV/aids, tuberculose, hanseníase e sífilis congênita. O coeficiente de incidência da

infecção **HIV/aids** na população geral da Bahia elevou-se em 44,0%, quando comparado o ano de 2004 e 2013, passando, respectivamente, de 9,3 para 13,3 casos por 100.000 habitantes, observando-se tendência crescente desde 2008. O maior número de casos foi registrado no ano de 2013 (1.489), correspondendo a uma taxa de incidência de 9,9 por 100.000 habitantes. Os maiores percentuais de crescimento foram observados no NRS Nordeste (248,8%), seguido do Oeste (189,0%), Centro-Norte (86,9%) e Leste (86,5%). Ressalta-se que o NRS Leste registrou as maiores taxas de incidência entre os anos de 2004 (7,9 por 100.000 habitantes) e 2014 (14,7 por 100.000 habitantes), sendo que o ano de 2014 concentrou 59,4% dos casos de aids registrados no Estado. A sobretaxa masculina variou em torno de 1,4 casos de aids no sexo masculino para cada 1 no sexo feminino (2007) e 1,7 em 2013. A maior concentração dos casos da doença está entre os indivíduos de 30 a 49 anos, os quais concentram mais de 30% do total, seguido da faixa de 40 a 49 anos, com cerca de 25%. O maior incremento no período foi registrado entre os idosos (+158,5%) e entre os jovens de 15 a 19 anos (+ 119,2%).

A maior incidência de tuberculose é encontrada em localidades onde também foi elevada a prevalência de infecção pelo HIV. Apesar de o avanço da infecção **HIV/ aids** na Bahia ser decrescente, a tendência do número de casos novos de **tuberculose**, mesmo com o quadro persistente, tem reduzido constantemente desde a década anterior (Gráfico 3). A redução no coeficiente de incidência foi da ordem de 40,3% no período analisado e o número de casos passou de 6.608 casos, em 2004, para 4.425 casos, em 2015, correspondendo a uma redução de 33,0%. O NRS Leste apresentou, em 2015, até 46,55 casos de tuberculose por 100 mil habitantes, o maior coeficiente de incidência do Estado. Os mais altos coeficientes também foram observados nos NRS Sul e Extremo Sul, que atingiram até 35,57 casos de tuberculose por 100 mil habitantes (Mapa 1). Quanto à situação de encerramento, observa-se que no ano de 2004, dos 7.317 casos notificados, 78,7% evoluíram para cura, 6,2% sem informação e 9,7% para abandono. Quando comparado com o ano de 2014, nota-se uma redução de 13,6% no percentual de cura e 9,3% no percentual de abandono. O percentual de 'sem informação' teve um aumento de 158,1%. O percentual de casos multirresistentes também apresentou aumento, passando de 0,5 (2004) para 1,2 (2014), um incremento de 14,0%.

Esta situação possivelmente decorre da desarticulação da rede de referência e contrarreferência, que propicia o aumento dos casos de ignorados/branco e o retardo na alimentação do sistema de informação, mantendo elevado o índice de casos sem encerramento e contribuindo diretamente para a situação observada. O percentual de casos multirresistente também registrou um aumento ao passar de 0,5% (2004) para 1,2% (2014), correspondendo a um incremento de 14,0%.

A meta para o indicador de proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera é 85,0%, sendo ainda um desafio para o estado da Bahia, visto que a série histórica do percentual de cura é preocupante por apresentar uma tendência decrescente para os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, correspondendo a 8,6%.



Mapa 1. Taxa de Incidência de Tuberculose (por 100.000 habitantes). Bahia/BR, 2015*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-Sinan

*Dados preliminares

O coeficiente de incidência de **hanseníase**, *proxy* da sua taxa de detecção, que vinha apresentando discreta elevação nos anos 2000, declinou 42,9% entre 2004 (28,8 por 100.000 habitantes) e 2015 (16,4 por 100.000 habitantes). O aumento nos coeficientes de hanseníase em geral, como o observado em 2004, deve-se às melhorias na capacidade de detecção de casos pela vigilância da hanseníase. As condições técnico-operacionais para realização de busca ativa de casos são variáveis em cada região. Em 2015, os municípios dos núcleos Extremo Sul, Oeste e Nordeste apresentaram coeficientes de até 33,40 casos por 100 mil habitantes.

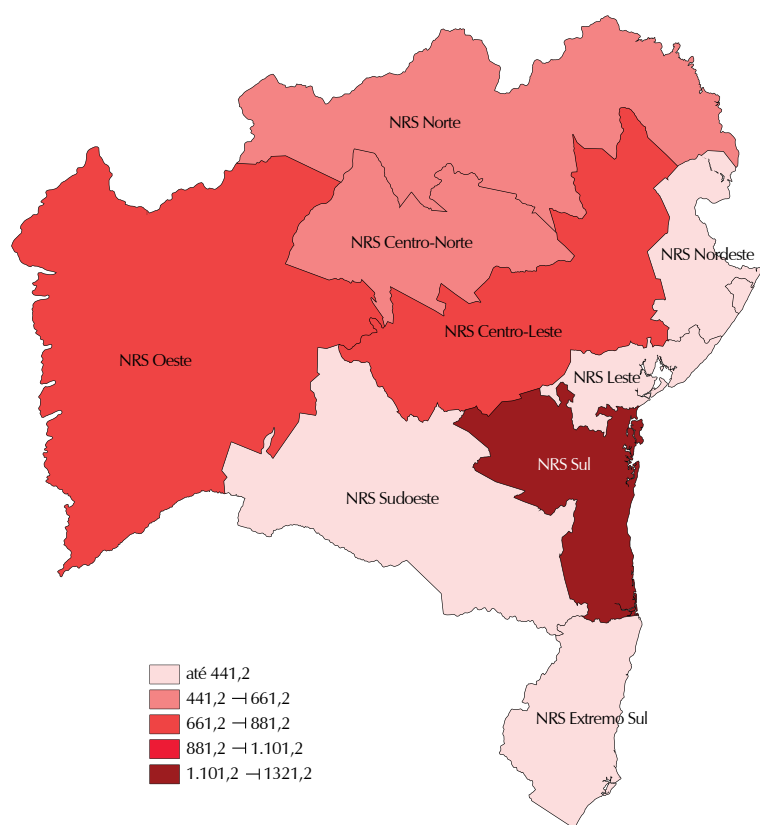
A proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados é um indicador que avalia a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares da doença para detecção de novos casos e de focos. O exame físico dermatoneurológico dos contatos intradomiciliares é fator primordial na quebra da cadeia de transmissão da enfermidade. Vale destacar que, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os parâmetros são classificados em: Bom: $\geq 75\%$; Regular: 50 a 74,9%; Precário: $< 50\%$. O desempenho do indicador, na série histórica analisada, aponta que o Estado da Bahia manteve-se classificada como regular, no período de 2010 a 2014, apresentando uma redução, ainda preliminar, no ano de 2015.

A incidência de **sífilis congênita** na população menor de um ano apresentou tendência de elevação no período, alcançando 5,3 casos por 1.000 nascidos vivos em 2014 e 2015 (maior valor registrado na série histórica), observando-se incremento de 529,8% entre 2007 e 2015. Em 2015, os NRS Leste e Extremo Sul apresentaram até 10,5 casos de sífilis congênita em menores de um ano por 1.000 nascidos vivos. Os núcleos Centro-Leste e Norte alcançaram 5,0 casos por 1.000 NV e os demais até 3 casos por 1.000 NV no mesmo ano. No Brasil foi estabelecida a meta de redução da incidência de SC, tendo como parâmetro nacional $< 0,5$ casos por 1.000 nascidos vivos, com base na meta definida com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) para os países da América Latina.

As **doenças de transmissão vetorial** como a **dengue** e a **leishmaniose** têm apresentado perfil de difícil controle. Apesar dos recursos e esforços envidados pelos governos Federal e Estadual, fracassa o modelo operacional de controle vetorial focado na educação popular para eliminação mecânica dos criadouros e no controle químico para eliminação de larvas e inseto adulto. Ações de saneamento ambiental, como coleta adequada de resíduos, presença de esgotamento sanitário e abastecimento contínuo de água não têm sido priorizadas⁵ e não são centrais nas campanhas veiculadas. Os casos concentram-se na população de menor nível socioeconômico, que ocupam espaços desordenados nas periferias, com piores condições sanitárias e elevada degradação ambiental, condições ideais para a proliferação dos insetos. A problematização dos efeitos da elevada e prolongada exposição dos agentes químicos ao ambiente e à saúde é necessária, com o questionamento da lucrativa indústria produtora e das agências de saúde públicas que as apoiam⁶.

A **dengue** caracteriza-se por ser uma doença reemergente e, no Estado da Bahia, acompanha o padrão sazonal observado nacionalmente. Entre 2009 e 2010 foi observada a última grande epidemia do período (844,7 casos por 100 mil habitantes) quando o sistema de vigilância da dengue registrou 123.637 casos notificados e ocorreram 16.458 internações por

dengue no SUS. Entre 2010 e 2013, o número de casos oscilou entre 61.289 e 23.157 em todo o estado. A flutuação nos níveis de incidência reflete a introdução de novos subtipos virais no país e também no estado. Considerando a variação cíclica da doença e desde que se mantenham as taxas de infestação predial do mosquito elevadas, é esperado que, após declínio da curva epidêmica observado até 2014, ocorra o desencadeamento de nova epidemia, uma vez que houve acúmulo de susceptíveis. A taxa de incidência de dengue na Bahia, no ano de 2015, foi 518,1 por mil habitantes. Considerando os coeficientes de incidência do NRS, observou-se uma variação de 221,2 por 100.000 habitantes (NRS Sudoeste) a 1.321 por 100.000 habitantes (NRS Sul) (Mapa 2).



Mapa 2. Taxa de Incidência de Dengue (por 100.000 habitantes). Bahia/BR, 2015*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-Sinan⁷

*Dados preliminares

Além dos vírus da dengue, a **chikungunya** iniciou período de transmissão mais evidente a partir da 30ª semana epidemiológica e um terceiro arbovírus transmitido pelo artrópode hematófago *Aedes aegypti* passou a ter casos notificados na Bahia, especialmente na capital, em

2015, o vírus **zika**, até então inédito na cidade de Salvador. A circulação dos três vírus é simultânea na população da Bahia e a doença possui sintomas clínicos semelhantes à dengue e chikungunya, o que dificulta a classificação diagnóstica com base na sintomatologia. Atualmente está implantado um sistema de vigilância sentinela nas unidades de pronto atendimento e foram identificados pela vigilância epidemiológica 64.478 casos de zika na Bahia desde o início da epidemia até 18 de dezembro de 2015. Mais de 70% dos casos foram notificados em 296 municípios, com destaque para Salvador, Camaçari, Itabuna, Senhor do Bonfim e Monte Santo, este último notificou 3264,18 casos por 100.000 habitantes. Juntos os municípios notificaram mais de 35 mil casos da doença. Os casos concentram-se, em sua maioria, em indivíduos entre 20 e 39 anos. O sexo feminino correspondeu a 62,8% dos casos (Boletim Epidemiológico Sesab/Suvisa/Divep nº01).

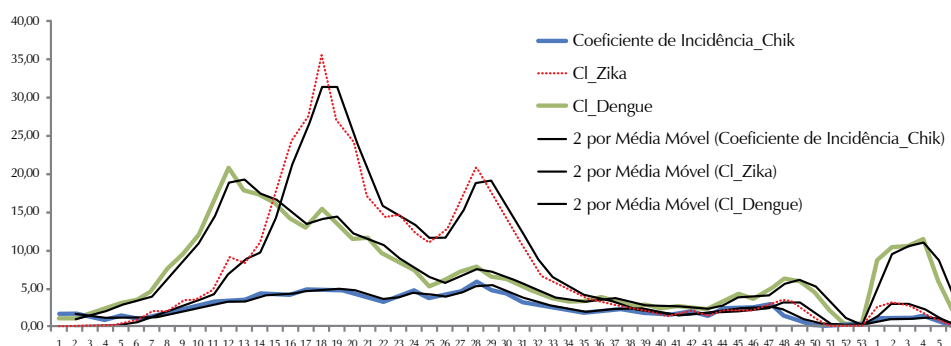


Gráfico 3. Coeficiente de incidência* para DenV/ChikV/ZikaV por semana epidemiológica. Bahia/BR, 2015-2016**

Fonte: Site GT-Dengue/Divep; Sinan/DIS; FormSus e planilhas paralelas/SMS. Gráfico apresentado no Boletim Epidemiológico da Dengue, Chikungunya e Zika na Bahia, nº 02, 22 de fevereiro de 2016.

* Coeficiente de incidência por 100.000 habitantes.

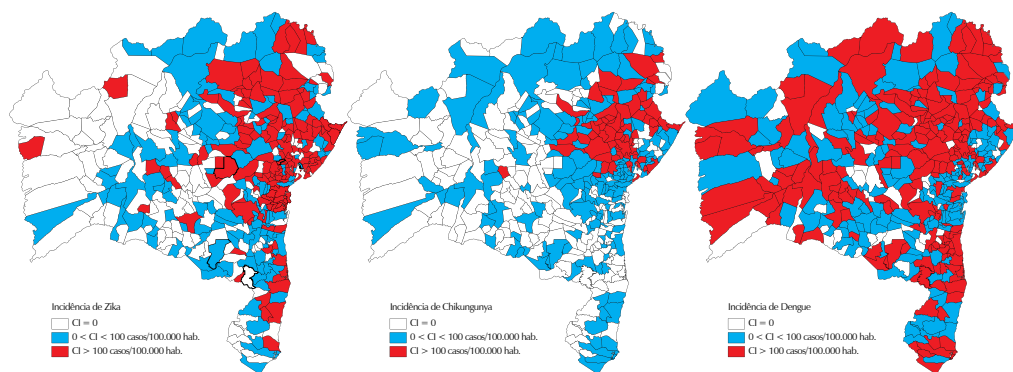
**Dados sujeitos a alterações.

As arboviroses concentram-se especialmente nos NRS Leste, Centro-Leste e Sul, representando 77% dos casos notificados no Estado. O maior número de casos notificados de zika ocorreu no NRS Leste, onde se encontra a capital do estado (35.294 casos). Predominaram, no NRS macro Centro-Leste, os casos de chikungunya (14.956 casos) e no NRS Sul, os casos de dengue (16.161 casos).

A maior incidência de chikungunya foi observada no município de Valente, que apresentou 8386,3 casos por 100.000 habitantes, seguido de Riachão do Jacuípe (6.449,2 casos por 100.000 habitantes). Feira de Santana, município que registrou o maior número de

casos (4.059), apresentou incidência de 663,2 casos por 100.000 habitantes. Ressalta-se que a notificação passiva dos casos representa parcela menor que a real propagação dessas doenças.

Observa-se que 41 (9,83%) municípios apresentaram incidência maior ou igual a 100 casos por 100.000 habitantes., simultaneamente, para DenV/ChikV/ZikV e 22 (5,27%) municípios são silenciosos para as três arboviroses (Mapa 3). Por outro lado, destaca-se a magnitude e potencial de propagação das demais arboviroses em 2016, baseado no risco de adoecer pelo dengue em 2015.



Mapa 3. Coeficiente de incidência para DenV/ChikV/ZikaV por municípios. Bahia/BR, 2015*

Fonte: Suvisa/Divep-Sinan/FormSus⁷

* Dados preliminares.

A partir de outubro de 2015, Estados da região Nordeste, principalmente Pernambuco, notificaram casos de **microcefalia** acima do esperado, cujas gestantes relataram histórico de exantema durante período gestacional. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) é uma fonte de dados com elevada cobertura na Bahia e deve ser acompanhado para obtenção de casos de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika, mesmo que preliminarmente. Desde 01/01/2015 até 14/01/2016, foram registrados nesse sistema 238 casos de microcefalia, majoritariamente concentrados entre outubro a dezembro de 2015, com 88,7% (211 casos) registrados em nascimentos ocorridos nesses três meses, distribuídos em 67 municípios. A Bahia foi o terceiro Estado com maior número de casos notificados de microcefalia, antecedido apenas por Pernambuco (1236) e Paraíba (569 casos).

A tendência na incidência de **leishmaniose tegumentar americana (LTA)** foi de elevação no período 2004 a 2014. Atingiu o patamar de 36,2 casos por 100.000 habitantes em 2010, um aumento de 150,3%, quando comparado com o ano de 2004 (14,5 por 100.000 habitantes). Em 2015, o coeficiente de incidência chegou a 15,0 casos por 100.000 habitantes. O NRS Sul destaca-se por apresentar as maiores taxas de incidência da doença entre os anos de

2004 (71,0 por 100.000 habitantes) e 2014 (81,6 por 100.000 habitantes), correspondendo a um incremento de 14,9%. Entretanto, os NRS Nordeste e Extremo Sul apresentaram as maiores variações das taxas de incidência, respectivamente, de 768,4% e 90,7%, quando comparados os anos de 2004 e 2015.

O coeficiente de incidência de **leishmaniose visceral** tem apresentado tendência de estabilidade, mas com oscilações no período em análise (2004 a 2014) de 2,8 a 6,6 casos por 100.000 habitantes. Quando comparado o ano de 2004 (5,5 por 100.000 habitantes) e 2015 (4,7 por 100.000 habitantes), observa-se uma redução de 13,3%. No ano de 2015, a incidência foi maior no NRS Centro-Norte (32,0 por 100.000 habitantes), seguido do Oeste (6,9 por 100.000 habitantes) e Sudoeste (6,6 por 100.000 habitantes), representando um aumento de 163,3% (Norte) e 86,8% (Oeste). Entretanto, o NRS Sudoeste registrou uma redução de 30,5%, acompanhando a tendência da Bahia.

Sobre a **doença falciforme**, no ano de 2009, por meio da Portaria Nº 217, a Secretaria Municipal de Saúde do município de Salvador tornou compulsória a notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), dos casos de doença falciforme, permitindo maior visibilidade para o problema. No período de 2009 a 2015, foram registrados 1.643 casos da enfermidade no sistema, sendo que, para 46,3% (761) dos casos não houve o preenchimento da variável raça/cor, o que prejudicou a análise do perfil dos pacientes. Os dados registrados apontam para um maior percentual de doença falciforme para a população que referiu raça/cor negra, correspondendo a 51,9%, no período em análise. Considerando apenas os casos registrados com o preenchimento da variável raça/cor (882), o percentual da população negra aumenta para 96,6% (tabela 1).

Tabela 1. Doença Falciforme (N e %), segundo raça/cor. Salvador/BA, 2009-2015

Ano	Negra		Não Negra		Ign/Branco		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2009	30	46,2	1	1,5	34	52,3	65
2010	130	46,4	3	1,1	147	52,5	280
2011	88	61,1	2	1,4	54	37,5	144
2012	106	61,3	4	2,3	63	36,4	173
2013	83	37,9	2	0,9	134	61,2	219
2014	297	60,6	16	3,3	177	36,1	490
2015	118	43,4	2	0,7	152	55,9	272
Total	852	51,9	30	1,8	761	46,3	1643

Fonte: SMS/ Tabnet-Sinan (dados preliminares)

Em se tratando da anemia falciforme, doença essencialmente predominante na população negra, situações de vulnerabilidade como: as desvantagens sociais e econômicas; o racismo institucional; e as iniquidades étnico-raciais, podem contribuir negativamente para a detecção da doença, dificultando o tratamento adequado e impactando na pior qualidade de vida e maior mortalidade precoce entre negros.

Quanto às internações hospitalares, excetuando as causas elencadas no capítulo XV do CID-10 – relacionadas à gravidez, parto e puerpério – a principal causa de internação na população baiana em todas as faixas etárias foram as Doenças do Aparelho Respiratório (DAR), com 15,3% de todos os internamentos em 2014 (Gráfico 4). A tendência é declinante, assim como as Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), a segunda mais frequente e que mais reduziu no período (24%). As internações por causas externas foram as que apresentaram maior crescimento no período, com um incremento de 50%.

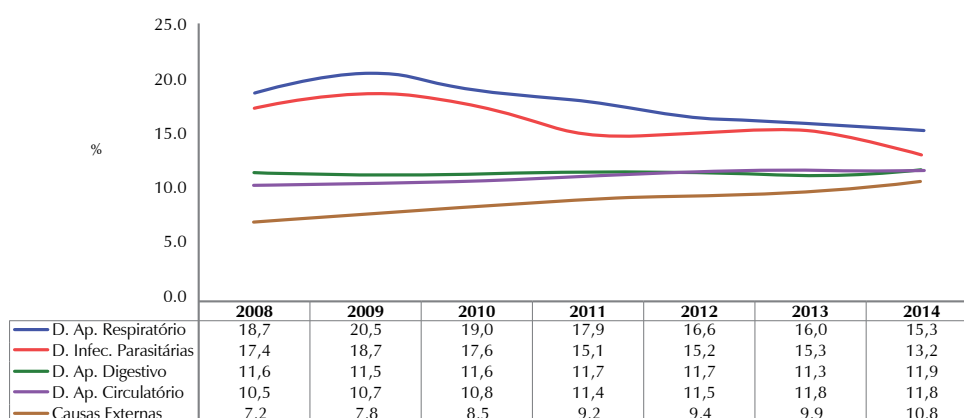


Gráfico 4. Percentual de internações de acordo com os principais grupos de causas. Bahia/BR, 2008-2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS- SIH/SUS

A seguir são apresentadas as principais causas com maior risco de internação de internação por ciclo de vida e gênero no ano de 2014, ranqueadas segundo taxa de internação hospitalar na rede SUS por 10.000 homens e mulheres.

No sexo masculino, entre crianças menores de um ano, as afecções originadas no período perinatal (604,4 internações por 10 mil NV), doenças do aparelho respiratório (DAR) (549,8 internações por 10 mil NV) e as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) (276,3 internações por 10 mil NV) foram responsáveis por 80,4% das internações, o mesmo ocorrendo no sexo feminino (82,6%). Para crianças de 1 a 4 anos e 5 a 9 anos do sexo masculino,

as primeiras posições no ranking da taxa de internação continuam sendo ocupadas por DAR e DIP, desde o ano 2001. Para esses grupos, o risco reduz com o aumento da idade e entre crianças de 1 a 4 anos o risco de internação por DAR foi maior, sendo da ordem de 248,9 internações por 10 mil habitantes, reduzindo para 83,1 internações por 10 mil habitantes na faixa etária de 5 a 9 anos. Em 2014, as causas externas passaram a ocupar a quinta e a terceira posição no risco de internações de meninos entre 1 a 4 anos (29,3 internações por 10 mil habitantes) e 5 a 9 anos (36,5 internações por 10 mil habitantes), respectivamente, cada causa subindo uma posição na comparação com o ano 2001.

Entre as meninas, as três primeiras causas de internação foram as mesmas dos meninos, excetuando as causas externas: em menores de um ano, foram as afecções perinatais (619,8 internações por 10 mil NV), seguidas por DAR (419,5 internações por 10 mil habitantes) e DIP (257,2 internações por 10 mil habitantes); e para as maiores de um ano DAR, DIP e doenças do aparelho digestivo, todas apresentando redução da taxa com o aumento da idade.

As causas de internações que mais se destacaram em 2014, entre os adolescentes (10 a 19 anos) do sexo masculino, foram aquelas para tratamento de lesões decorrentes de causas externas, que teve risco aumentado em razão do aumento da idade, sendo 44,9 internações por 10 mil habitantes para o grupo de 10 a 14 anos; e 71,7 internações por 10 mil habitantes em 15 a 19 anos. As neoplasias que ocupavam, em 2001, a 9ª e 10ª posição entre o grupo de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, respectivamente, passaram a ocupar a 6ª posição em 2014, em ambos os grupos, representando cerca de 9 internações por 10 mil habitantes.

Entre as adolescentes, as internações por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério passaram a ocupar a primeira posição na internação de meninas entre 10 e 14 anos, com 23% das internações, totalizando 41,7 internações por 10 mil habitantes. Outro grupo de causas de internação que se destacou no grupo feminino entre 15 e 19 anos foram as doenças do aparelho geniturinário, que passaram da quarta posição em 2001 para a segunda posição em 2014.

Entre os adultos até 49 anos do sexo masculino, as principais causas de internação, em 2014, foram as causas externas e doenças do aparelho digestivo, como primeira e segunda principal causa de internação. As causas externas aumentaram sua participação nas causas de internações entre nos grupos de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, que, em 2001, ocupava a terceira e quinta posição, respectivamente.

No grupo entre 50 e 59 anos, as DAC continuam a ocupar a primeira causa de internações (96,2 internações por 10 mil habitantes) em 2014, seguidas pelas doenças do aparelho digestivo. As **causas externas** também elevaram sua relevância para o risco de

internação nesse grupo, passando da sexta para a terceira posição em 2014 (67,4 internações por 10 mil habitantes) e as neoplasias passaram da décima para a sexta posição.

Nas mulheres destacaram-se, em 2014, as internações por gravidez, parto e puerpério até os 39 anos, seguidas das doenças do aparelho geniturinário e doenças do aparelho digestivo. As neoplasias foram as principais causas de internação na faixa etária de 40 a 49 (104,7 internações por 10 mil habitantes.). Em 2001, este grupo de causas ocupava a quinta posição e, em 2014, passou a ocupar o lugar que era ocupado pelas doenças do aparelho geniturinário, que, por sua vez, apresentaram taxa de 44,7 internações por 10 mil habitantes. Também se observou redução no risco de internação por DAC nesse grupo etário, passando da segunda para a quarta posição em 2014, com um risco de 53,3 internações por 10 mil habitantes. Já entre mulheres de 50 a 59 anos, as DAC continuaram a ocupar a primeira causa de internações desde 2001, seguidas das neoplasias, que passaram da sexta para a segunda posição (72,7 internações por 10 mil habitantes).

No ano de 2014, foram computadas 88.179 internações de homens e 93.134 de mulheres com 60 anos e mais na Bahia. Destas, 23% em homens e 24,3% para mulheres foram ocasionadas pelas DAC, com taxa de internação de 294 internações por 10 mil habitantes e 260 internações por 10 mil habitantes, respectivamente. O grupo das DAR continuou a ocupar a segunda posição, seguidas pelas doenças do aparelho digestivo, desde 2001. No grupo etário não se distinguem as quatro principais causas de internação entre mulheres e homens, havendo, contudo, diferença na posição, uma vez que, para os homens, as doenças do aparelho digestivo (140,3 internações por 10 mil habitantes) ocuparam a terceira posição que, para as mulheres, foi ocupada pelas DIP.

Apesar das importantes alterações nos padrões de morbimortalidade da população baiana, conhecida como transição epidemiológica, reflexo dos padrões urbanos de estilo de vida e, sobretudo, do envelhecimento populacional (transição demográfica), as principais causas de morte observadas em 2004 foram mantidas em 2014. Contudo, ocorreram mudanças na participação percentual e mudanças de posição.

O padrão de mortalidade da população ao longo da série histórica também reflete a melhoria da qualidade dos dados registrados do SIM. No ano de 2014, foram registrados, até o momento, 85.539 óbitos na Bahia. A taxa de mortalidade geral bruta foi de 4,7 óbitos por 1000 habitantes em 2004 e passou a 5,7 em 2014, menor que a taxa nacional observada em 2013 de 6,0 óbitos por 1000 habitantes.

A análise da mortalidade proporcional por idade reflete o envelhecimento da população e indica que ocorreram melhorias nas condições de vida e de saúde na Bahia,

evidenciadas pela importante redução dos óbitos de menores de um ano (86,5%), entre outros fatores (Gráfico 5). Adicionalmente, com a redução dos óbitos infantis, observa-se elevação do total das mortes entre os indivíduos de 50 anos (74,4%).

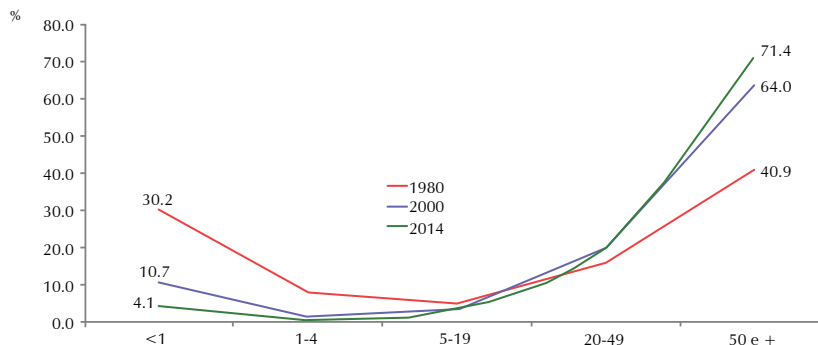


Gráfico 5. Mortalidade proporcional, por faixa etária. Bahia/BR, 1980, 2000 e 2014*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM

*Dados preliminares

A análise proporcional dos principais grupos de causas de mortalidade revela que as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) ainda representaram o grupo de mortes mais importante na última década, com 23,0% do total de todos os óbitos em 2014 (Gráfico 6). A elevação na proporção de mortes no grupo, notada em 2006, foi artifício construído pela redistribuição dos óbitos mal definidos. Já a tendência da mortalidade por DAC na população geral, nesta última década, é de estabilização e declínio, padrão observado nacionalmente.

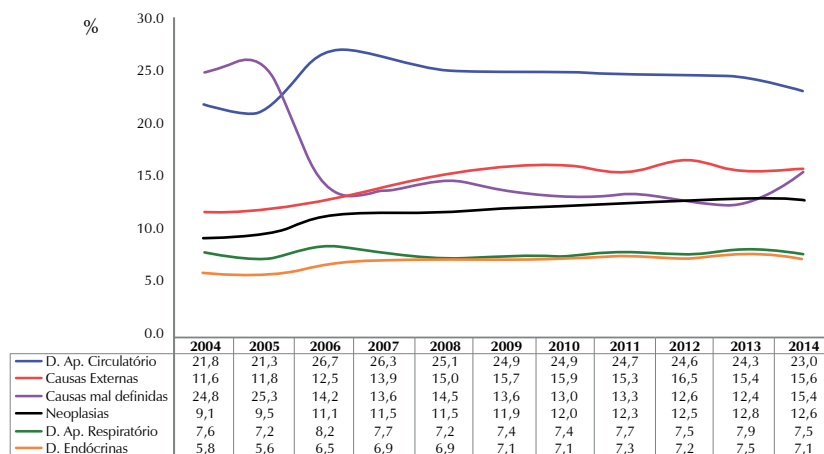


Gráfico 6. Mortalidade proporcional, segundo principais grupos de causa. Bahia/BR, 2004-2014*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM

* Dados preliminares

Dentre as taxas de mortalidade específicas por DAC, a observação detalhada do grupo mostra que as doenças isquêmicas do coração, infarto agudo do miocárdio e cerebrovasculares têm continuamente elevado sua participação no risco de morte (Gráfico 7), especialmente após os 50 anos de idade em ambos os sexos. O grupo das cerebrovasculares alcançou a taxa de mortalidade mais elevada em 2012 (47,5 óbitos por 100.000 habitantes) e fechou o último ano da série com 40,8 óbitos por 100.000 habitantes. Contudo, o maior incremento apresentado taxas no período foi observado para o infarto agudo do miocárdio (40,3%).

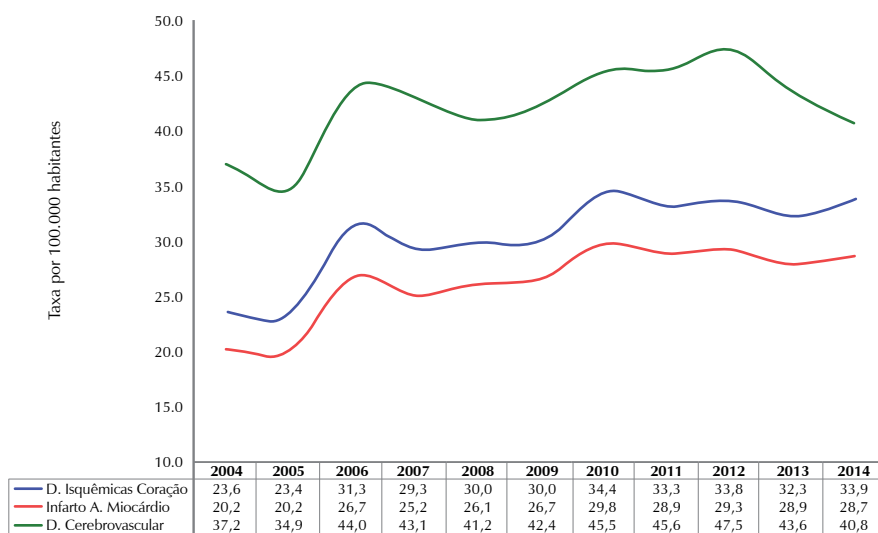


Gráfico 7. Taxas de Mortalidade por DAC. Bahia/BR, 2004-2014*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM

* Dados preliminares

O risco de morte por DAC elevou-se no Estado e em todos os NRS, exceto no Leste, que manteve as taxas praticamente estáveis entre 2004 e 2014. No último ano da série, o maior risco de morte foi observado no NRS Extremo Sul (136,6 óbitos por 100.000 habitantes). O padrão, provavelmente, reflete melhor qualidade da informação no núcleo que possui Serviço de Vigilância de Óbito (SVO).

É necessário salientar que determinados fatores de risco estão associados tanto com o aumento de algumas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), quanto com a mortalidade por DAC. As diabetes, dislipidemias, hipertensão arterial e obesidade estão relacionadas aos padrões não saudáveis de alimentação, consumo elevado de sal e sedentarismo.

Fatores de risco selecionados são monitorados desde 2006 por inquérito telefônico pelo Ministério da Saúde na população residente nas capitais do país⁸.

O Vigitel acompanha diagnósticos médicos referidos de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias, excesso de peso/obesidade, características do padrão de alimentação e de atividade física associadas à ocorrência de DCNT. A discussão sobre os dados obtidos no Vigitel auxilia na análise das tendências da mortalidade por DAC. As elevadas frequências de diabetes, hipertensão e o aumento do excesso de peso encontrado pelo estudo do inquérito remontam a necessidade da prevenção desses fatores de risco para redução da mortalidade por estas doenças. Tais ações de prevenção devem iniciar já na infância e adolescência, períodos críticos de desenvolvimento biopsicossocial, fundamental para adoção de práticas saudáveis.

Quando se observa o risco de morte por DAC segundo raça/cor no Estado da Bahia para os anos de 2004 e 2014, verifica-se maiores incrementos para a população negra (18,6%); enquanto que entre não negros o aumento foi de 6,4% (Gráfico 08). Os agravos mais frequentes dentre as DAC, as doenças isquêmicas e o infarto, foram mais comuns entre negros e 70% destes faleceram por esta causa. Além de importante causa de óbito na população negra, as DAC são as principais causas da doença renal crônica (DRC)⁹, que, por sua vez, têm maior mortalidade na população negra. A insuficiência renal também é uma das principais complicações urogenitais da doença falciforme, mais prevalente nessa população. Além das DAC, a obesidade influencia no desenvolvimento da DRC por predispor à nefropatia diabética, nefroesclerose hipertensiva e esclerose glomerular segmentar e focal. Considerando a tendência de crescimento do excesso de peso, que já atinge metade da população de Salvador (56% em homens e 49% em mulheres), é esperado o avanço da DRC. A obesidade também é considerada um importante fator de risco para as neoplasias.

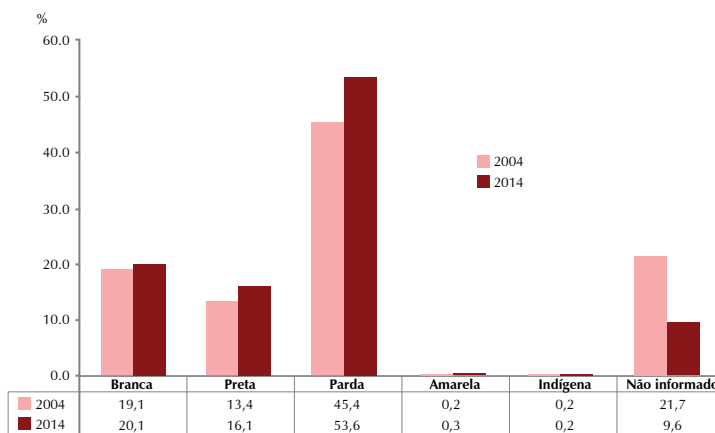


Gráfico 8. Mortalidade proporcional por doença do aparelho circulatório, segundo raça/cor.

Bahia/BR, 2004-2014*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM

* Dados preliminares

Dentre as doenças isquêmicas do coração (DIC), o infarto agudo do miocárdio é a mais frequente. Entre 2004 e 2015, foram registradas, no SIH-SUS, 46.938 internações motivadas pelo IAM. Dentre as DIC, ele foi a causa de 55,8% das internações em 2015, seguido da angina pectoris (34,8%). A taxa de internação elevou-se 74,5% na Bahia, chegando a 32,9 internações por 100.000 habitantes em 2015. A região que apresentou o maior incremento foi a Oeste (158%). Norte e Sudoeste apresentaram as maiores taxas em 2015, 47,8 e 47,2 internações por 100 mil habitantes (Gráfico 09).

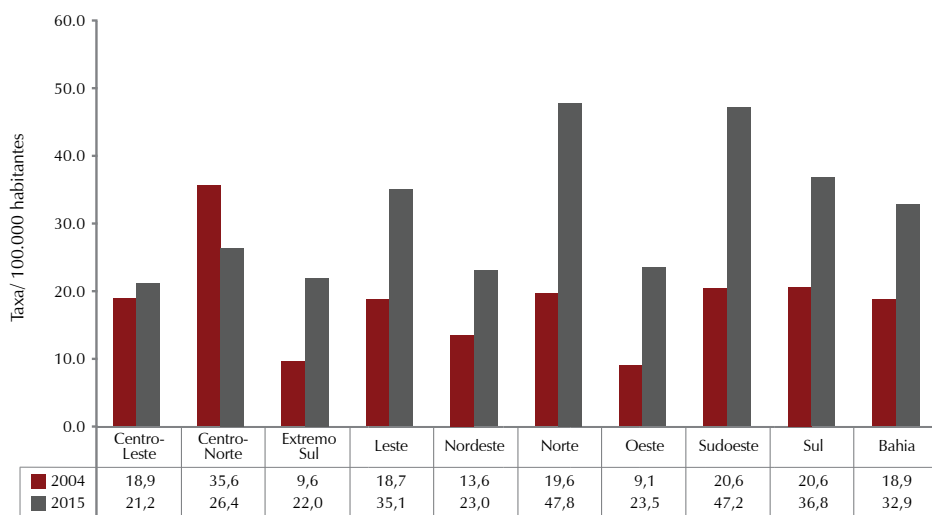


Gráfico 9. Taxa de internação por infarto agudo do miocárdio, segundo NRS. Bahia/BR, 2004 e 2015

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIHSUS

O risco de morte por IAM na população da Bahia elevou-se 41,8% na última década, passando de 20,2 para 28,7 óbitos por 100 mil habitantes. O núcleo que apresentou o maior incremento foi o Oeste (117,8%) e as maiores taxas em 2015 foram observadas para o Extremo Sul (37,8%) (Gráfico 10).

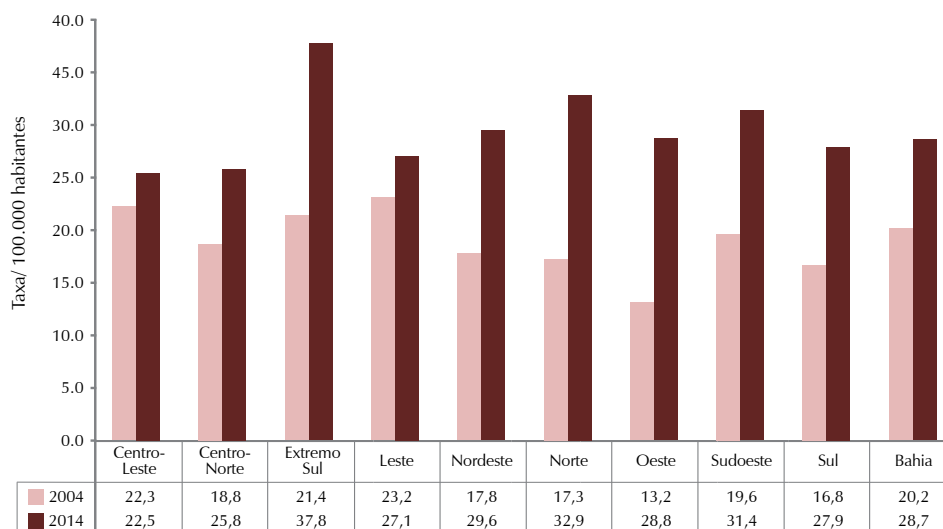


Gráfico 10. Taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio, segundo NRS. Bahia/BR, 2004 e 2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIHSUS

As mortes por **causas externas** constituem o segundo grupo com maior relevância nas causas de morte, em frequência, dentre os principais grupos de causas, contribuindo com 15,6% do total de óbitos em 2014. Na Bahia, na população geral, o risco de morte por causas externas cresceu 54,5%. A tendência no período foi de elevação em todos os NRS, destacando-se o núcleo Extremo Sul, que apresentou a maior taxa em 2014 (116,9 óbitos por 100.000 habitantes) e o núcleo Oeste, com o maior incremento no período (78,4%).

Na desagregação dos componentes do **grupo dos óbitos por causas externas**, as causas mais frequentes no Estado da Bahia, em 2014, foram: os homicídios (37,2 óbitos por 100.000 habitantes), seguidos dos acidentes de trânsito (AT) (18,1 óbitos por 100.000 habitantes) e quedas (3,7 óbitos por 100.000 habitantes). Observou-se que o risco de morte por homicídios cresceu 122,9% quando comparado à taxa observada no primeiro ano da série histórica. (Gráfico 11).

A análise por município ao longo da série histórica aponta crescimento no número e percentual de municípios que registraram óbitos por homicídios na Bahia. O incremento foi de 51,7% no período e, em 2014, 73,9% dos 417 municípios baianos apresentaram 5.817 óbitos por esta causa.

O risco de morte por acidentes de trânsito foi o segundo maior componente dentre as causas externas e, no início dos anos 2000, era semelhante ao risco de morte por homicídios,

quando o risco para ambas as causas de morte era de 9 óbitos por 100.000 habitantes. A evolução do número de acidentes de trânsito registrados no SIM apresentou constante aumento entre 2004 e 2014. A tendência crescente da taxa de mortalidade por acidente de trânsito e homicídio foi estatisticamente significativa ($<0,05$). Durante o período analisado, verificou-se aumento de 85,2% da taxa de mortalidade por **acidentes de transporte**.

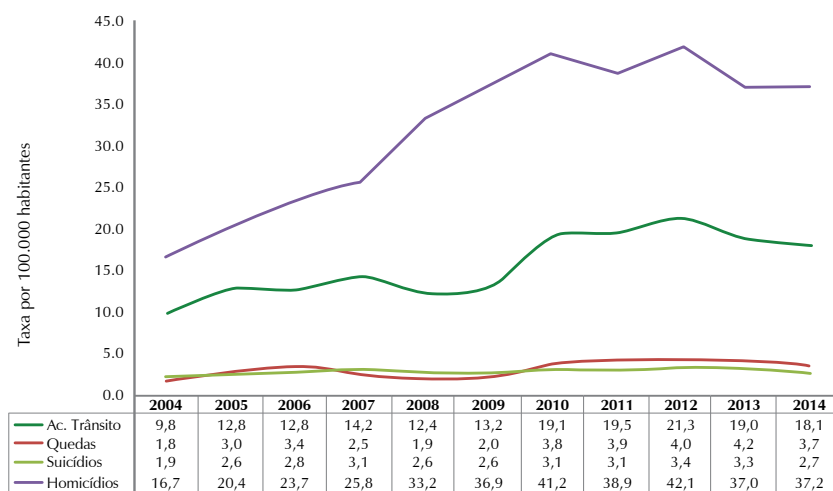


Gráfico 11. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstâncias da lesão.

Bahia/BR, 2004 e 2014*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM

* Dados preliminares

De um modo geral, as taxas de mortalidade por AT, segundo NRS, apresentaram elevação em todo o estado, com variação percentual na série analisada entre 11,0% no Extremo Sul e 163,9% no Centro-Norte. Esta média anual de crescimento foi mais elevada que a do estado em cinco dos nove NRS.

A análise da contribuição dos tipos de acidentes de trânsito revela que os acidentes com motociclistas têm adquirido importância no total de mortes desde os anos 2000. Chama a atenção o incremento do risco de morrer entre motociclistas que, entre 2000 e 2014, foi de 0,7 para 4,8 óbitos por 100.000 habitantes, totalizando um crescimento de 557,6%. O consumo de bebidas alcoólicas é o principal fator de risco para ocorrência de acidentes de trânsito¹¹. Adoecimentos e mortes por esta causa são evitáveis e atingem principalmente a população jovem e em idade produtiva. Mudanças na legislação, como a redução da concentração permitida de álcool no sangue e o endurecimento das penalidades decorrentes da direção sob o efeito do álcool, não alcançaram o impacto esperado de redução da ocorrência de acidentes e mortes relacionadas¹⁰.

A **taxa de mortalidade por acidentes de motocicleta** nos NRS foi maior no Nordeste e no Centro-Norte. O NRS Leste, onde está localizada a capital do Estado, apresentou uma das menores taxas de mortalidade entre 2004 e 2014, mas o maior crescimento da série histórica (974,9%), seguido pelo núcleo Norte, onde o risco de morte por acidentes de motocicleta cresceu 466%.

A análise dos meios ou agentes utilizados pelo agressor contra a sua vítima revela que as **armas de fogo** são predominantes em relação aos demais. Em 2014, o meio foi responsável por 78,8% das **mortes por homicídio**. A taxa de mortalidade alcançou 29,3 óbitos por 100.000 habitantes, o que representou um crescimento de 27,7% em relação a 2000, quando esta taxa foi de 11,7%. A tendência crescente das taxas de mortalidade por arma de fogo foi estatisticamente significativa ($<0,05$) e não aleatória no período. Os demais meios de agressão apresentaram decréscimo no mesmo período.

O **risco de morte por homicídios** nos NRS elevou-se no período de 2004 a 2014. O NRS Extremo Sul apresentou a maior taxa em 2014, chegando a 68,5 óbitos por 100.000 habitantes em 2014. O maior incremento nas taxas de mortalidade entre 2004 e 2014 foi observado no NRS Centro-Leste, que apresentou 434,9% de aumento. Quase 90% da mortalidade por **causas externas** ocorreu entre negros (pardos e pretos), em 2014, na Bahia. Os homicídios foram a principal causa de morte entre negros e, no período, observou-se elevação de 99% entre as vítimas classificadas de raça/cor preta, bem como a redução de 3% entre não negros. Ressalta-se a redução de 81,5% na não identificação da cor na declaração de óbito, evidenciando a melhoria da qualidade dos dados obtidos.

A análise dos meios/agentes utilizados pelos agressores nos homicídios aponta um destaque para as armas de fogo em relação aos demais. A grande maioria dos mortos eram negros. Ressalta-se o aumento de 126% que ocorreu entre os de cor/raça preta entre 2004 e 2014. No mesmo período, o aumento observado nos óbitos classificados como não negros foi de 7,7%.

O racismo é um dos determinantes que afeta a taxa de mortalidade de causas externas e homicídios na população negra, seja pela menor escolaridade e oportunidade de trabalho, com alcance apenas de posições menos qualificadas, mantendo o ciclo do baixo nível socioeconômico; ou pelos estereótipos construídos pela ideologia racista que associa o negro, especialmente os mais jovens, à imagem do crime e da violência, reforçando o racismo e a violência dentro e fora das instituições¹¹. Na Bahia, em 2010, homens negros perderam 2,41 anos em expectativa de vida em razão dos homicídios, enquanto que entre homens não negros, a perda foi de 0,69¹². A redução da expectativa de vida da população masculina negra também

foi maior com relação aos óbitos por acidentes de transporte em negros (0,91 anos) comparados aos não negros (0,58 anos).

No terceiro lugar, nas causas de maior risco de morte, as **neoplasias** elevaram-se em todos os NRS, com destaque para o Leste, que apresentou as maiores taxas ao início e final da série histórica; e o Norte, com o maior incremento na taxa (135,1%). A distribuição dos óbitos de acordo com os NRS foi concentrada nas cidades com maior número de habitantes. Desta forma, no NRS Leste, onde se reúnem os municípios da Região Metropolitana de Salvador, acontece cerca de 30% de todos os óbitos ocorridos na Bahia, em toda a série histórica, seguido pelo NRS Centro-Leste, onde se localiza Feira de Santana, a segunda maior cidade baiana.

As **neoplasias** tiveram o maior incremento (39,7%), passando de 9,1% em 2004, para 12,6% dos óbitos em 2014, assumindo a terceira posição, quando se exclui o grupo das causas mal definidas. O segundo maior crescimento proporcional das mortes foi pelas causas externas, semelhante ao das neoplasias (incremento de 34,8% em todo período), passando de 11,6% para 15,6% das mortes em 2014. Com menor participação proporcional, mas não menos importante, observa-se as doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas, com 7,5% e 7,1% dos óbitos em 2014 e estas últimas com discreta tendência de elevação.

Foi distinto o risco de morte apresentado por mulheres e homens. Entre as **mulheres**, destacou-se o grupo das DAC, que se elevou no período analisado e representou o mais alto risco de morte (117,0 óbitos por 100.000 mulheres) dentre todas as causas. Contudo, o maior incremento no risco de morte foi observado para as neoplasias, que tiveram crescimento de 57,3% no período, seguidas pelas doenças endócrinas (36,9%) e do aparelho digestivo (34,5%).

O câncer de mama, além de ser o mais frequente na população de mulheres, é o que apresenta o maior risco de morte. Em 2013, a neoplasia apresentou a maior taxa no período com risco de morte de 10,5 óbitos por 100.000 mulheres. Neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões foi o segundo grupo que apresentou o maior risco de morte no período e também a maior tendência de crescimento, com 112% de elevação nas taxas.

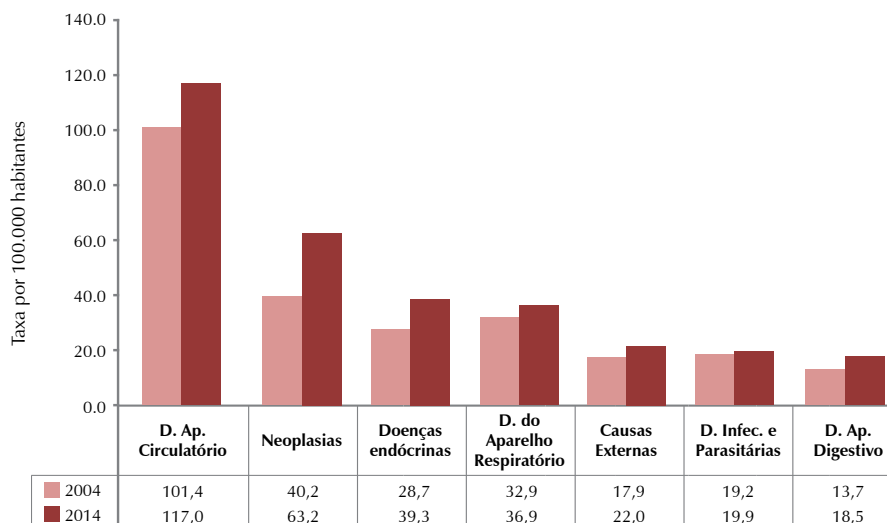


Gráfico 12. Taxa de mortalidade em Mulheres, segundo principais grupos de causas.

Bahia/BR, 2004 e 2014*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM

* Dados preliminares

Análise específica do câncer de mama feminino nos NRS aponta elevação nas taxas de mortalidade em todos os núcleos. Ressalta-se o NRS Leste como aquele que historicamente apresenta o maior risco de morte por câncer de mama. Isto se deve à maior oferta de serviços para diagnóstico e tratamento na capital, sendo um atrativo para pacientes de todo o Estado. Contudo, o NRS Nordeste foi o que apresentou maior incremento na taxa no período (260,6%), seguido pelo NRS Extremo Sul (251,0%) e Centro-Norte (213,7%).

Entre os **homens**, os principais grupos de causas de morte, no período de 2004 a 2014, foram as causas externas (146,0 óbitos por 100.000 homens). Estas, que são a segunda causa de morte na população geral, na população masculina ultrapassaram as DAC a partir de 2009 (gráfico 16). As causas externas também foram as que apresentaram a maior tendência de crescimento no risco de morte no período (55,7%), seguidas das neoplasias (54,7%).

No grupo das neoplasias destaca-se o câncer de próstata, com o maior risco de morte, ainda que suas taxas tenham estabilizado após 2010. Em todo o período, a taxa de mortalidade por câncer de próstata elevou-se 72,2%. O maior incremento nas taxas de mortalidade no período foi observado para as neoplasias de lábio, cavidade oral e faringe (78,4%) e esôfago (73,9%).

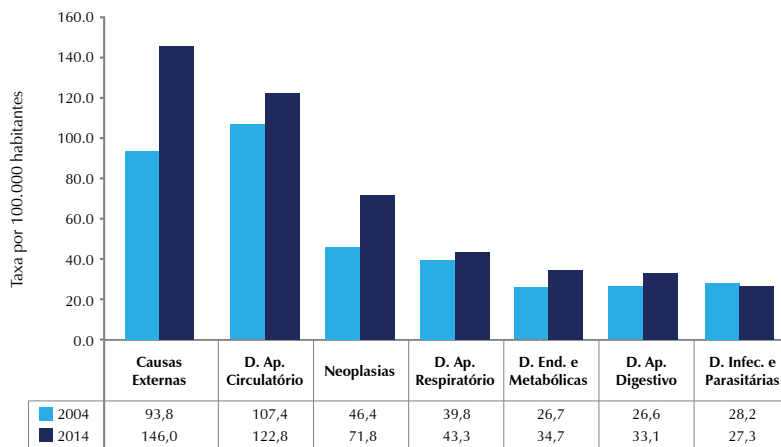


Gráfico 13. Taxa de mortalidade em Homens, segundo principais grupos de causas. Bahia/BR, 2004 e 2014*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM

* Dados preliminares

A análise segundo NRS das taxas de mortalidade da neoplasia de maior impacto nos óbitos masculinos mostra tendência de crescimento em todos os núcleos no período, sobretudo nos NRS Oeste e Extremo Sul, com incrementos da ordem de 194,8% e 181,0%, respectivamente.

As neoplasias ocorreram em 69,4% na população negra em 2014. Na última década foram observados 19,3% mais óbitos classificados como cor/raça preta ou parda, enquanto que foi observada redução na proporção de óbitos por neoplasias entre não negros (-8,7%).

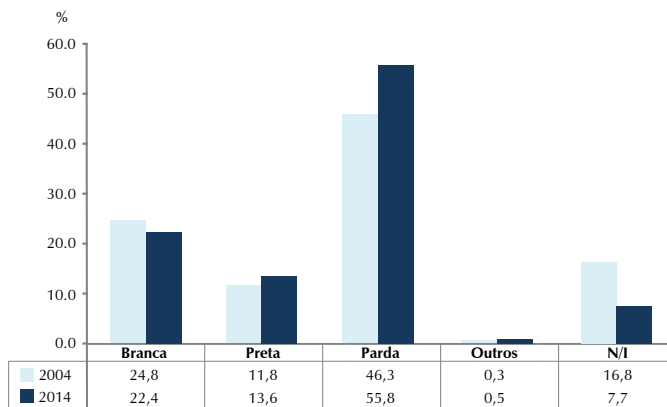


Gráfico 14. Mortalidade proporcional por neoplasias malignas, segundo cor. Bahia/BR, 2004 e 2014*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM

* Dados preliminares

A série histórica da **razão de mortalidade materna (RMM)** aqui apresentada é apenas para o Estado, tendo em vista que a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil ocorre de forma heterogênea entre os municípios, de acordo com o maior ou menor nível de atuação das vigilâncias epidemiológicas regionais, o que pode distorcer os valores encontrados.

No Estado da Bahia, a razão de mortalidade materna passou de 50,9 óbitos por 100.000 NV em 2000 (122 óbitos maternos) para 72,1 óbitos por 100.000 NV em 2014 (140 óbitos maternos), um incremento de 41,6% nos últimos quinze anos (Gráfico 15). A Organização Mundial da Saúde considera aceitável RMM até 20 óbitos por 100.000 NV. Nos países europeus e da América do Norte, são observados valores inferiores a 10 óbitos por 100.000 NV.

Ressalta-se que a elevação no registro de óbitos maternos ocorridos na Bahia entre 2000 e 2004, com seu ápice em 2009, tem sido resultado da implementação da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil. Com base no decreto 10.263/2007, o óbito materno foi incluído entre os eventos de notificação compulsória e investigação imediata em todo o Estado, além de incorporadas às Normas de Operacionalização da Vigilância do Óbito Materno e Infantil pelos Comitês de Vigilância do Estado da Bahia, contribuindo, assim, para a redução da subinformação e do sub-registro das declarações de óbitos por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério e aproximação do real conhecimento do perfil de mortalidade materna e infantil.

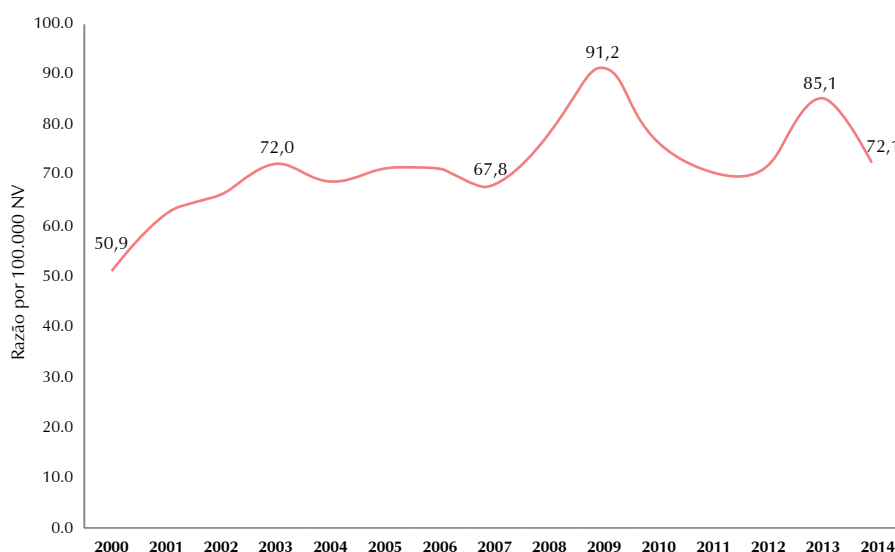


Gráfico 15. Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos). Bahia/BR, 2000 e 2014*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM

* Dados preliminares

Pela característica de elevada evitabilidade da mortalidade materna, que está relacionada à **qualidade dos serviços de saúde** e à atenção prestada, esta foi um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com meta de alcance nacional da RMM a valor inferior ou igual a 35 óbitos por 100.000 NV até o final de 2015. Apesar de o país não ter atingido esta meta, a taxa alcançada, de cerca de 60 óbitos por 100.000NV, representou redução de 55% entre 1990 e 2012, maior que as médias dos países da América Latina (*5º Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM*).

Quanto à mortalidade materna segundo o tipo e principais causas, observa-se que as causas obstétricas diretas foram responsáveis pela metade das mortes em 2014 (50,5%), com destaque para as eclampsias e infecções puerperais. Entre as causas obstétricas indiretas, as principais foram a aids e as doenças do aparelho circulatório. Os NRS Norte e Oeste não apresentaram elevação da RMM entre 2000 e 2014. Já o incremento nos NRS Sul e Leste foi da ordem de 100%, o que reflete o trabalho dos comitês de morte materna e óbito infantil, além do SVO.

Óbitos diretos e indiretos relacionados à gravidez, parto e puerpério ocorreram em 77,6% em mulheres negras (114 óbitos) e 16,3% em não negras (24 óbitos) no ano de 2014. No ano 2000, 58,5% desses óbitos foi de mulheres negras e 11,4% de não negras, ficando 30,1% de óbitos sem informação. A observação da maior proporção de óbitos em mulheres negras em 2014, comparada com o ano 2000, sinaliza que aqueles óbitos de cor/raça não definidos eram, em sua maioria, de mulheres negras.

A **mortalidade infantil** na Bahia acompanha a tendência observada em todo o país, tendo apresentado redução de 38,5% entre 2000 e 2014 (Gráfico 16). O período pós-neonatal foi o que apresentou mais rápida redução nas taxas de mortalidade, enquanto que o período neonatal precoce (menores de 7 dias) começa a apresentar aceleração no declínio a partir de 2011 (13,0 óbitos por 1000 nascidos vivos), mantendo-se estável nos dois últimos anos da série (10,7 óbitos por 1000 nascidos vivos). O período neonatal tardio (7 a 27 dias) manteve taxas praticamente estabilizadas no período. Melhorias na assistência à gestação, ao parto e aos recém-nascidos de risco, implementadas no período, podem auxiliar o entendimento da redução na mortalidade neonatal precoce, enquanto que o aumento na vigilância do óbito infantil, a partir de 2007, pode justificar a desaceleração da queda da mortalidade no período pós-neonatal, uma vez que óbitos pós-neonatais, ocorridos fora de hospitais, os mais subnotificados, passaram a fazer parte das estatísticas.

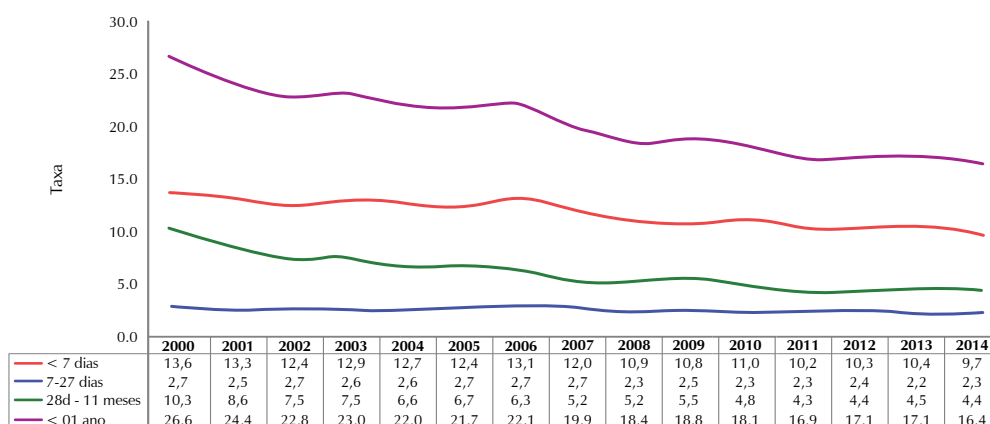


Gráfico 16. Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos), segundo faixa etária.

Bahia/BR, 2000 e 2014*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM

* Dados preliminares

Na Bahia, a população assistida pelo **Distrito Sanitário Indígena (DSEI)** é de 27.062 indígenas, valor estimado com base nas planilhas de dados demográficos enviadas pelos pólos base em 2016. Esse total de indígenas encontra-se distribuído por 09 Polos Base localizados em Ribeira do Pombal, Euclides da Cunha, Paulo Afonso, Ibotirama, Juazeiro, Porto Seguro, Pau Brasil, Itamaraju e Ilhéus. A área adstrita do PB/DSEI abrange, aproximadamente, 30 municípios, 140 aldeias, situados nos NRS Sul, Extremo Sul, Norte, Oeste e Centro-Leste, com uma maior concentração populacional nos Sul e Extremo Sul. Os grupos étnicos predominantes são os Atikum, Tumbalalá, Tuxá, Truká, Pankarú, Xucuru Kariri, Pankararé, Pankararu, Kantaruré, Kambiawá, NeoPankararé, Kiriri, Fulni-ô, Pataxó, Pataxó HãHãHãe, Capinawá, Payayá, Potiguara, Tapuia, Tupinambá, Kaimbé, Xacriabá Xacriab com o total de 22 etnias, sendo que 19 com registro no SIASI.

Em 2015 foi contabilizado um total de 573 indígenas nascidos vivos, uma taxa de natalidade de 20,99% (número de indígenas nascidos vivos por mil habitantes). Em relação à mortalidade, foram registrados, em 2015, um total de 122 óbitos, gerando uma taxa bruta de mortalidade de 4,43 óbitos a cada mil indígenas. Dentre os óbitos, 56 foram em mulheres (46%) e 65 em homens (53%). Ao analisar os 122 óbitos por causa básica, consoante a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), constata-se que as principais causas de morte no DSEI em 2015 foram mal definidas, representando 25% de todos os óbitos. Em seguida, as causas externas e as doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por 18% do total de óbitos ocorridos no ano. As Doenças do Aparelho Circulatório

aparecem em quarto lugar no ranking de causas básicas. Destaca-se que 9% das causas de óbito não foram informadas. A taxa de mortalidade infantil do DSEI-BA para o ano de 2015 foi de 19,20 óbitos a cada 1.000 indígenas nascidos vivos.

Em relação às Doenças Diarréicas Agudas (DDA), o total de eventos no ano de 2015 no DSEI-BA foi 1853. Já sobre a Infecção Respiratória Aguda (IRA), no mesmo ano de 2015, foram registrados, em todo o DSEI-BA, 5105 casos.

A escassez de dados secundários organizados e de estudos populacionais dificulta a análise epidemiológica do perfil de atendimento psiquiátrico, tão valiosa à organização do cuidado no âmbito do SUS e para o planejamento dos serviços assistenciais na área da saúde mental.

Problemas psicossociais são frequentemente relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Contudo, nos prontuários de pacientes admitidos nos serviços de saúde mental, questões relacionadas ao uso de drogas ilícitas e consumo de bebida alcoólica possuem elevada incompletude com a possibilidade de viés em análises que busquem associar os problemas. Pesquisa recente realizada na cidade de Jequié encontrou mais de 90% de incompletude para estas variáveis¹¹. No estudo, cerca de 10% da população atendida apresentou padrão de consumo de bebidas alcoólicas considerado de risco¹³ e há que se considerar o sub-relato, por restrições sociais, e sub-registro dos dados nos serviços de saúde. Na população residente em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, 10,7% referiu consumo que foi classificado como excessivo¹³. Há evidências, na literatura, de que a população negra está mais exposta ao consumo excessivo de álcool. Salvador foi a segunda capital cuja população relatou, em inquérito telefônico, maior proporção de consumo abusivo de bebida alcoólica comparada às outras capitais brasileiras (32%), sendo antecedida apenas por Florianópolis (34,4%)⁸.

Transtornos mentais e comportamentais pelo uso de substância psicoativa foram mais frequentes entre pacientes do sexo masculino (25%), de acordo com um estudo realizado na cidade de São Francisco do Conde. Entre as mulheres, diagnósticos relacionados aos transtornos afetivos foram os mais frequentes (23%)¹⁴.

A série histórica da **taxa de internação por doença alcoólica do fígado** na Bahia, obtida por meio da base de dados do SIH-SUS, mostrou elevação de 60% entre 2008 e 2015. Até 2012 o aumento foi constante, mas, após esse período, foi encontrada tendência de redução. Contudo, a tendência da mortalidade por esta causa é de elevação. Em 2015 foram registrados 4,9 óbitos por doença alcoólica por 100 mil habitantes, o que representa um aumento de 94,5% no período. Ao analisar a mortalidade por faixa etária, observou-se que o risco de morte aumenta com a faixa etária e foi maior entre aqueles com 50 a 69 anos de idade

na comparação dos anos 2004 e 2014. A maior elevação no período ocorreu entre os idosos (100% de aumento), com discreta redução entre os mais jovens (<30 anos) (17,4%).

A proporção de **internação por transtornos relacionados ao álcool e outras drogas** no Estado da Bahia aumentou 93,7% entre 2004 e 2015, segundo dados do SIH- SUS. No último ano, 21,4% das internações foram por esta causa. A análise segundo sexo mostrou que o problema foi mais frequente em homens (31%) e ocorreu em menor proporção entre as mulheres (5,6%). Dentre as demais internações por transtorno mental e comportamental, observou-se elevação no período dos transtornos maníacos e depressivos, com variação percentual de 190,4%. A internação por este transtorno foi mais frequente entre as mulheres (32,3%), enquanto que 11,8% das internações relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais no sexo masculino ocorreram por estas causas.

Redução nas internações motivadas por esquizofrenia (-13,8%), transtornos psicóticos (-58,5%) e demais transtornos (-11,6) foi observada nesse mesmo período. As reduções podem estar refletindo maior controle desses agravos de origem orgânica em nível ambulatorial, o que antes era tratado com internações.

A análise por cor/raça mostrou que foi mais frequente a internação de negros do que não negros. Na população negra, 50% das internações foram motivadas por transtorno mental e comportamental. Já entre os autodeclarados brancos, o percentual foi de 5% e de 1,5% entre os amarelos.

A população negra também apresentou, em 2015, a maior proporção de internações dentre aquelas motivadas pelos transtornos causados por álcool e outras drogas (66,5%). Este problema e a esquizofrenia foram os mais frequentes na população negra.

Por conta da quase totalidade de ausência de registro da cor/raça indígena à ocasião do internamento (6 internações), não foi possível o cálculo da proporção de internações por estas causas. Com relação às internações sem registro de cor/raça, o melhor preenchimento desta variável ocorreu nas internações por transtornos causados por álcool e outras drogas (27% de não preenchimento).

3.3 PANORAMA DA GESTÃO DO SUS-BA

3.3.1 Estrutura administrativa da Sesab e aspectos da organização da gestão do SUS-BA

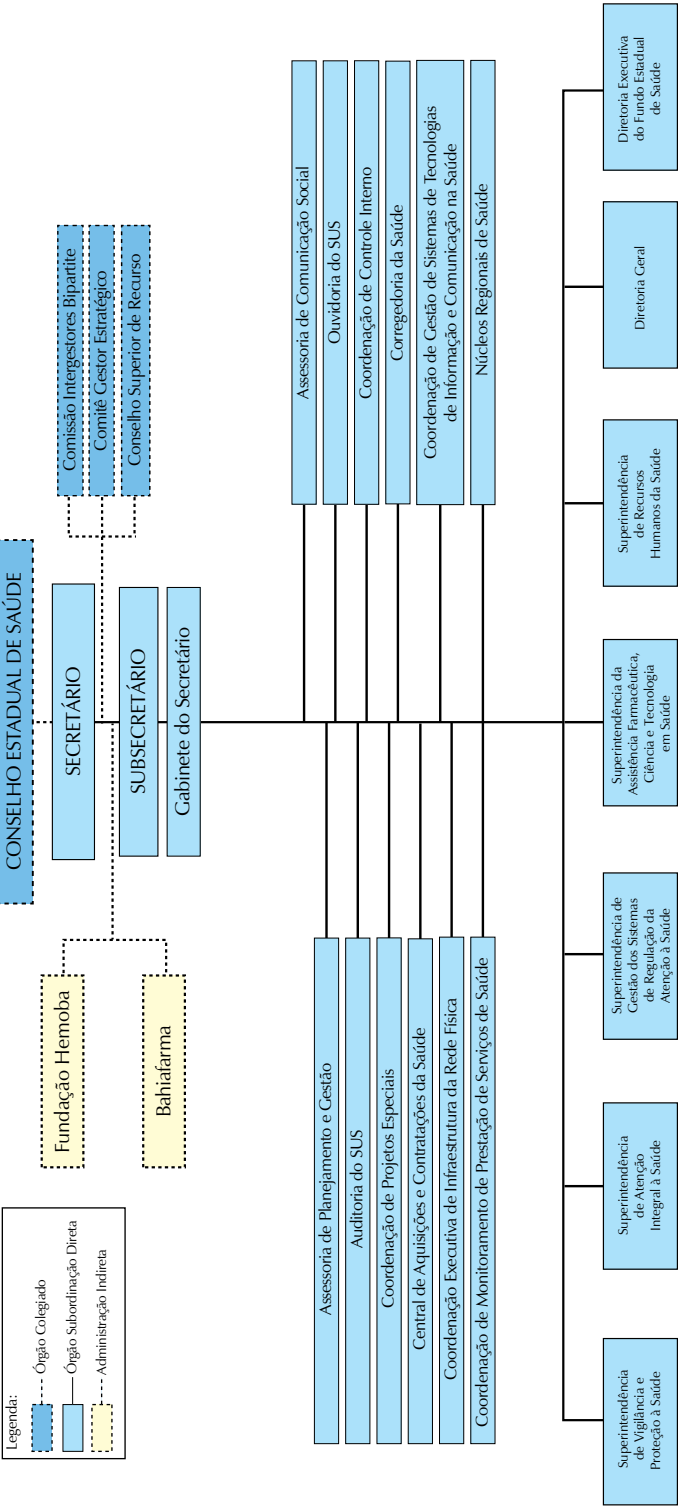
A Sesab tem como finalidade a formulação da Política Estadual de Saúde, a gestão do Sistema Estadual de Saúde e a execução de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com os dispositivos legais do SUS.

No final do ano de 2014, a Lei Estadual nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, que “Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências”¹⁵ extingue secretarias e órgãos do Estado e cria ou modifica outros. Quanto a Sesab, foi mantida a estrutura existente, mas inclui os setores: Corregedoria da Saúde, Central de Aquisições e Contratações da Saúde, Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços, Coordenação Executiva de Infraestrutura da Rede Física e Coordenação de Gestão de Sistemas de Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde.

Cria, também, a Assessoria de Planejamento e Gestão (APG), setor presente nas estruturas de todas as secretarias do governo estadual com a finalidade de

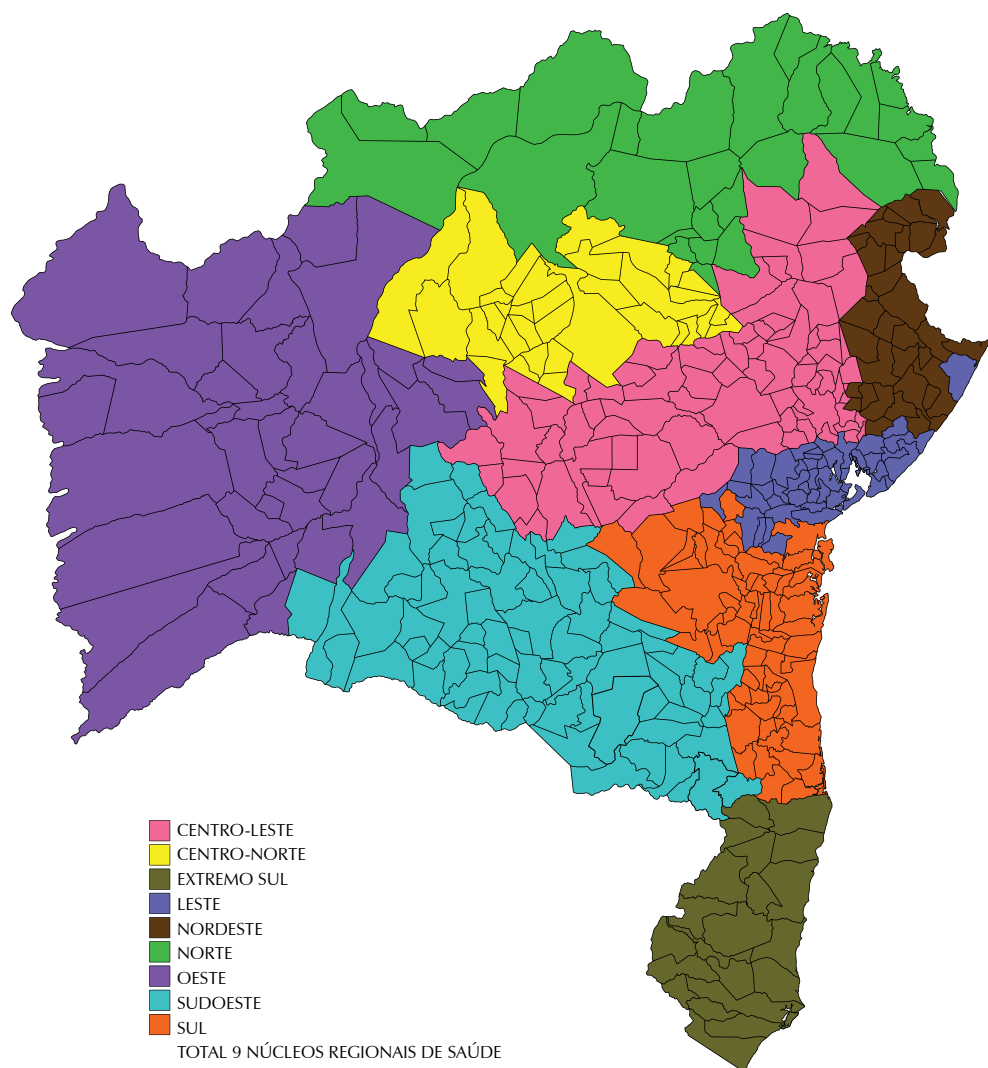
em articulação com a Secretaria da Administração (SAEB) e a Secretaria do Planejamento (Seplan), a gestão organizacional, do planejamento estratégico, do orçamento e de tecnologias da informação e comunicação (TIC), dos sistemas formalmente instituídos, com foco nos resultados institucionais¹⁶.

Outro item que foi objeto da redefinição da Sesab foi a desconcentração administrativa, exercida por 31 Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) que, com a reforma administrativa, foram extintas para o surgimento dos **Núcleos Regionais de Saúde (NRS)** em número de nove (09), abrangendo os territórios das Macrorregiões de Saúde, conforme Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado¹⁸. Os NRS têm suas ações descritas como de acompanhamento das atividades de regulação e de vigilância sanitária, bem como as ações relativas às coordenações criadas nesta nova estrutura.



Organograma 1. Sesab

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), além dividir o espaço geográfico do estado em macrorregiões, define uma subdivisão interna destas em Regiões de Saúde em número de vinte e oito (28).



Mapa 4. Divisão das Regiões de Saúde segundo Plano Diretor de Regionalização. Bahia/BR, 2015

Fonte: Sesab¹⁸

Núcleo Regional de Saúde – **NRS Norte**: formado por 28 municípios
Total de 1.099.545 habitantes, com sede na cidade de Juazeiro.

Núcleo regional de Saúde – **NRS Centro-Leste**: formado por 72 municípios
Total de 2.263.626 habitantes, com sede na cidade de Feira de Santana.

Núcleo regional de Saúde – **NRS Centro-Norte**: formado por 38 municípios
Total de 826.099 habitantes, com sede na cidade de Jacobina.

Núcleo regional de Saúde – **NRS Extremo Sul**: formado por 21 municípios
Total de 833.307 habitantes, com sede na cidade de Teixeira de Freitas.

Núcleo regional de Saúde – **NRS Leste**: formado por 48 municípios
Total de 4.763.189 habitantes, com sede na cidade de Salvador.

Núcleo regional de Saúde – **NRS Nordeste**: formado por 33 municípios
Total de 876.085 habitantes, com sede na cidade de Alagoinhas.

Núcleo regional de Saúde – **NRS Oeste**: formado por 37 municípios
Total de 959.610 habitantes, com sede na cidade de Barreiras.

Núcleo regional de Saúde – **NRS Sudoeste**: formado por 73 municípios
Total de 1.812.416 habitantes, com sede na cidade de Vitória da Conquista.

Núcleo regional de Saúde – **NRS Região Sul**: formado por 67 municípios
Total de 1.692.494 habitantes, com sede na cidade de Ilhéus.

A **Auditoria**, como instrumento de gestão no contexto de um Sistema de Saúde, assume, também, a missão de avaliar a eficiência, eficácia, efetividade e economicidade das ações e serviços de saúde; prestar cooperação técnica e propor medidas corretivas, subsidiar o planejamento e o monitoramento com informações validadas e confiáveis. Deve assegurar a conformidade das ações, serviços e aplicação de recursos do SUS com as normas e resultados estabelecidos, no âmbito do estado da Bahia.

O Componente Estadual do SNA na Bahia foi instituído em 1995, por meio da Lei Estadual nº 6.812 /1995 e nº 7.306/1998, regulamentada pelo Decreto estadual nº 7.884/2000, quando foram criados, 50 cargos de auditores em saúde pública nas funções: médico, enfermeiro, odontólogo e contador. Posteriormente, em 2006, houve ampliação para 147 cargos, com inclusão do farmacêutico e modificação do cargo de auditor contábil para auditor financeiro, integrando profissionais com formação em Administração, Economia e Ciências Contábeis.

A **Ouvidoria SUS/Bahia** foi implantada pela Portaria nº 775, de maio de 2004, tendo como respaldo legal o Decreto nº 8.803 de 10/10/2003, vinculada ao Gabinete do Secretário da Saúde e tecnicamente à Ouvidoria Geral do Estado, trabalhando em parceria com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS do Ministério da Saúde (MS).

A Ouvidoria SUS-BA é constituída por uma coordenação que funciona no Nível Central, interligada a uma rede composta por 48 ouvidorias que utilizam o Sistema Informatizado Ouvidor SUS, assim distribuídas: 12 hospitais estaduais, 01 Hospital universitário, 01 maternidade estadual, 03 Centros de Referência (CICAN, CEPRED e CEDAP), Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (Hemoba), Fundação Estadual Saúde da Família (FESF), Laboratório Central (LACEN), 09 Macrorregiões e 19 municípios.

A atividade de **Regulação da Atenção à Saúde**, explicitada nas diretrizes de Universalidade, Integralidade e Equidade da Atenção, consiste em uma organização de estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores – públicos e privados, gerentes e profissionais – de modo a viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, adequando a complexidade de seu problema aos níveis exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz.

O trabalho de apoio institucional à regulação municipal é realizado, principalmente, por meio de atuação junto às Comissões Intergestores Regional das regiões onde há **Complexos Reguladores** e visitas técnicas aos municípios, a fim de tratar a inserção de unidades de saúde hospitalares no processo de regulação regional, adequação de processos de trabalho em regulação.

3.3.2 A gestão compartilhada

A organização e o funcionamento do SUS pressupõem a articulação interfederativa entre as esferas de governo municipal, estadual e federal, para tanto, define a necessidade de criação de comissões intergestores para pactuação constante desde a formulação de suas políticas, financiamento, responsabilidades, até aspectos operacionais. A **Comissão Intergestores**

Tripartite (CIT), envolvendo os três entes da federação, e a **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)**, com participação do estado e municípios, foram instituídas desde 1993.

No Estado da Bahia, a CIB foi criada pela Secretaria da Saúde do Estado por meio da Portaria do Diário Oficial do Estado nº 2094, publicada em 20 de agosto de 1993. Trata-se de uma instância de caráter deliberativo no âmbito estadual, com base nas decisões tomadas em consenso e de caráter consultivo para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), quando se referir às questões que envolvam outros estados. Tem por finalidade pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção.

Desde a sua criação até os dias atuais (2016), CIB/BA é composta por cinco membros titulares e seus respectivos suplentes, representando a Sesab e indicados pelo Secretário da Saúde do Estado; e cinco membros titulares e seus respectivos suplentes, representando os Secretários Municipais de Saúde, na forma recomendada pelo Estatuto do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS/BA).

Em 2011, o Decreto presidencial nº 7.508 reforçou a regionalização e o processo de planejamento da saúde integrado e regionalizado, manteve as Comissões intergestores já existente e definiu mais outra na forma de Comissões Intergestores Regionais (CIR), na perspectiva de ser o *locus* privilegiado das pactuações e da governança do território regional. No estado da Bahia, substituindo o Colegiado de Gestão Microrregional (CGMR) então existentes, desde 2012, estão implantadas CIR em cada uma das 28 regiões de saúde definida no PDR.

O **Conselho Estadual de Saúde (Ces-Ba)**, órgão deliberativo e fiscalizador, em caráter permanente – criado pela Lei nº 6.074, de 22 de maio de 1991, em conformidade com as disposições estabelecidas na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 684, de 18 de novembro de 1991 e modificado pelos Decretos 1.314, de 01 de julho de 1992, 7.274, de 08 de abril de 1998, 7.415, de 18 de agosto de 1998, 7.546, de 25 de março de 1999 e 8.392, de 12 de dezembro de 2002, cujas decisões são homologadas pelo Governo do Estado ou seu preposto legalmente autorizado – foi instalado no Estado em 21 de julho de 1993.

O colegiado do SUS é um espaço público de composição plural e paritária entre estado e sociedade civil, que tem por finalidade atuar na formulação de estratégias, propostas e no controle da execução da política estadual de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Com as atribuições apresentadas, torna-se o principal canal de participação popular no âmbito da gestão estadual.

3.3.3 A administração indireta

A Fundação Baiana de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos (**Bahiafarma**) é uma Fundação pública de direito privado, integrante da administração pública indireta do poder executivo do estado da Bahia, vinculada à Sesab, que tem como finalidade a realização de pesquisa científica; desenvolvimento tecnológico e inovação no campo farmacêutico e da saúde; a produção e comercialização de medicamentos, alimentos e seus derivados, cosméticos, equipamentos, insumos e produtos para a saúde; e o fornecimento e distribuição de medicamentos essenciais e outros produtos de interesse social para órgãos e entidades que integram o SUS e outros de interesse público.

Para o fortalecimento do papel da Bahiafarma como laboratório público, estratégico do SUS, a Assembléia Legislativa da Bahia aprovou, em novembro de 2015, a nova Lei da Bahiafarma nº 13.453, que amplia o escopo produtivo da fundação, permitindo, além da produção de medicamentos e insumos, também, cosméticos, alimentos e produtos para a saúde, a exemplo de equipamentos médicos. Esta ampliação de atividades tem consonância com a atual política do Ministério da Saúde (MS) e a política industrial do país, sintetizada no Plano Brasil Maior que, no setor Saúde, significa o fortalecimento do Complexo Produtivo e Industrial da Saúde. Nesta perspectiva, a implementação de parcerias de desenvolvimento produtivo, envolvendo incorporação de tecnologia, almeja proporcionar ao país a independência e o domínio tecnológico de uma área até então inacessível à indústria nacional, além de possibilitar a instalação de um novo produtor público no mercado da saúde e democratizar o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos e ao desenvolvimento tecnológico.

A **Hemoba** foi criada em 1989, sendo a construção do Hemocentro Coordenador, em Salvador, concluída em 1993. Tal fato permitiu o fomento à instalação de unidades de coleta de sangue e produção de hemocomponentes de forma descentralizada. A expansão da hemorrede pública intensificou-se em 2007, com a construção e instalação de diversas novas unidades hemoterápicas nas macrorregiões Norte, Centro-Norte, Nordeste, Centro-Leste, Centro-Norte e Sul. Desse modo, esta ampliação permitiu um conhecimento mais aprofundado pelos gestores sobre a real demanda transfusional e o estabelecimento de um sistema de suporte logístico para a realocação de bolsas de hemocomponentes excedentes entre as unidades do Estado, objetivando otimizar o aproveitamento das mesmas e reduzir a possibilidade de desabastecimento da rede assistencial.

A hemorrede do estado da Bahia é composta pelo conjunto de serviços de hematologia e hemoterapia, organizados de forma hierarquizada e regionalizada, de acordo

com o nível de complexidade das funções que desempenham e área de abrangência para assistência à população baiana. A atual estrutura funcional da Hemorrede pública do Estado da Bahia está constituída de 26 unidades: 01 Hemocentro Coordenador (Salvador); 01 Hemocentro Regional no Extremo Sul (Eunápolis); 19 UCT's (Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Camaçari, Feira de Santana, Guanambi, Irecê, Itaberaba, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Ribeira do Pombal, Santo Antônio de Jesus, Seabra, Senhor do Bonfim, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista); e 04 UC's (Hospital do Subúrbio, Hospital Santo Antônio/OSID, Valença e 02 Unidades Móveis).

3.3.4 Ciência e tecnologia

O Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS) foi criado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) – Ministério da Saúde (MS), em 2004, com os objetivos de financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde em cada Unidade Federativa (UF), promovendo a aproximação dos sistemas de saúde e ciência e tecnologia locais, ocasionando a redução das desigualdades regionais na ciência, tecnologia e inovação em saúde.

O PPSUS envolve parcerias no âmbito federal e estadual, entre instâncias de saúde e de ciência e tecnologia. No nível federal, participam o MS, por meio do Decit/SCTIE, que é o coordenador nacional do Programa, e o CNPq/MCTI, instituição responsável pelo gerenciamento administrativo do PPSUS. Na esfera estadual estão envolvidas as Fundações de Amparo à Pesquisa (FAP) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). As FAP são os agentes executores do Programa em cada UF e devem atuar em parceria com as SES, responsável por definir as prioridades de pesquisa e avaliar, acompanhar e incorporar os resultados.

No Estado da Bahia, a Sesab tem participação ativa, coordenando os seminários para definir prioridades de temas que compõem editais para convocação de pesquisadores e, desta forma, assegurar que as questões de pesquisa sejam coerentes com os problemas de saúde da população e a política estadual de saúde.

A Revista Baiana de Saúde Pública (RBSP), publicação periódica institucional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), criada em 1974 pela Portaria nº 210, como órgão da Sesab, é um importante veículo de divulgação da produção técnico-científica na Bahia e no Nordeste para o setor saúde, com periodicidade trimestral. A missão precípua desse periódico é publicar contribuições sobre aspectos relacionados aos problemas de saúde da população e sobre a organização dos serviços e sistemas de saúde e áreas correlatas.

A RBSP circula por todos os estados do Brasil, países da América Latina e alguns da Europa. Está incluída na base de dados LILACS por meio do sistema LILACS-Express, implantado pela BIREME desde 2003, o que possibilita que as publicações indexadas na base de dados LILACS e publicadas eletronicamente sejam enviadas automaticamente para a LILACS na etapa de editoração, anterior à impressão gráfica. Em 2012, ela passou a ser eletrônica, por meio do Sistema de Editoração Eletrônica de Revistas (SEER), do Instituto Brasileiro de Ciência e Tecnologia (IBICT) do Ministério de Ciência e Tecnologia.

Nos seus 42 anos de existência, esta revista apresenta-se como um importante veículo de disseminação da informação na área de saúde coletiva nos âmbitos local, regional, nacional e Internacional. Com o propósito de manter sua qualidade, busca constantemente aprimorar suas atividades e tem cumprido a periodicidade com publicação de quatro (4) números regulares e dois (2) números suplementares / ano.

3.3.5 Estruturas complementares da gestão do SUS-BA

O Governo do Estado da Bahia inicia, no ano de 2015, a proposta de implantação de **Consórcios Interfederativos de Saúde**, em consonância com o compromisso de descentralizar a gestão e execução das ações e serviços de saúde com caráter regional. Esta forma de associar as esferas de governo é normatizada pela Lei Federal nº 11.107/2005, regulamentada pelo Decreto nº 6.017/2007 e, no caso da saúde, deve ter alinhamento com as políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde, por meio das Leis nº 8.080 e 8.142, de 19 de setembro de 1990, regulamentadas pelo Decreto nº 7.508/11.

Assim, o desenvolvimento de ações conjuntas regionalizadas de saúde deve ter como abrangência territorial as 28 Regiões de Saúde (RS) do estado, conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR)¹⁷. Com esta estratégia, os municípios e o estado realizarão objetivos de interesse comum por intermédio dos consórcios públicos.

Como motivador para formação dos consórcios, o estado irá financiar a construção e os equipamentos de policlínicas que possibilitarão a oferta de procedimentos médicos de média e alta complexidade, como consultas médicas em diversas especialidades, exames de imagem, serviços de apoio ao diagnóstico e pequenas cirurgias. Portanto, serão implantadas 28 (vinte e oito) policlínicas, uma em cada área de abrangência das RS do Estado da Bahia, conforme PDR¹⁷, as quais constituirão consórcios correspondentes ao seu território

A ênfase na implantação das policlínicas visa a contribuir com os municípios para garantir a oferta de serviços na atenção secundária, fortalecendo esse nível de atendimento, no sentido da atenção à saúde com integralidade, permitindo o acesso, desde atenção básica,

ao seguimento da assistência em serviços que faça diagnóstico e tratamento em ambiente ambulatorial e, se necessário, até a alta complexidade. Esta estratégia aumenta as chances de cura da doença em estágios iniciais, evitando a hospitalização e as possíveis sequelas por tratamento tardio. Por outro lado, além do aspecto da economicidade, com diminuição da procura de internação e procedimentos que aportam maior tecnologia em equipamentos médicos, há o valor social da qualidade de vida da população. Outro efeito também esperado é a diminuição da procura por serviços de urgência e emergência, que poderão se organizar melhor para um atendimento oportuno de acordo com a gravidade da situação do paciente.

A **Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS)** foi oficialmente instituída em maio de 2009. Na Bahia, é um órgão integralmente público, intermunicipal, integrante da administração indireta dos Municípios, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e dotado de personalidade jurídica de direito privado. Esse modelo surge da combinação entre duas modalidades de instituições públicas da administração brasileira: as autarquias e as empresas estatais. Desenvolve ações direcionadas para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) junto aos municípios da Bahia, por meio da celebração de Contrato de Gestão.

A Lei nº 9.290, de 27 de dezembro de 2004, instituiu o **Programa de Parcerias Público-Privadas do Estado da Bahia (PPP Bahia)**, um marco legal destinado a atrair investimentos privados em projetos de reconhecido interesse para o provimento da necessidade identificada pelo estado por meio da celebração de contratos administrativos de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa.

O estado da Bahia, atualmente, tem seis contratos de PPP nas áreas de infraestrutura e saneamento, de desenvolvimento urbano e da saúde. No âmbito da saúde, a Sesab possui grande representatividade no cenário, sendo responsável por três projetos:

- hospital do subúrbio – contrato de concessão administrativa para gestão e operação da unidade com 313 leitos, perfil de hospital geral, atendimento de urgência e emergência, além de suporte para internação domiciliar;
- serviços de apoio ao diagnóstico por imagem – contrato de concessão administrativa para gestão e operação de serviços de apoio ao diagnóstico por imagem, em uma central de imagem e em 12 unidades hospitalares da rede própria sob gestão direta da Sesab;
- concessão administrativa para construção e operação de serviços não assistenciais de unidade hospitalar do estado da Bahia – Instituto Couto Maia.

4 ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO

4.1 ATENÇÃO BÁSICA

Em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), revisada pela Portaria GM/MS nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011; e pela Política Estadual da Atenção Básica no estado da Bahia (PEBA), instituída pela resolução CES nº 14/2012, a expansão e consolidação do Programa Saúde da Família são imprescindíveis para reorientação do modelo de atenção à saúde. Dessa forma, estrategicamente atuando nos pilares da promoção da saúde, essa, prima pela garantia do acesso às ações e serviços de saúde e pela resolutividade da maior parte dos problemas e necessidades de saúde da população.

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) orienta-se em princípios como a universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, vínculo, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Ou seja, tem-se a saúde como direito de cidadania, com ações pautadas pelo cuidado humanizado, pela inclusão social, respeito às diferenças e afirmação de direitos sociais, buscando garantir a equidade, valorizando as necessidades do lugar.

Para tanto, a manutenção e o funcionamento da Atenção Básica são de responsabilidade dos três entes federados, resguardadas as devidas competências legais. Nesse ínterim, o Governo Federal tem por obrigação garantir fonte de recursos para compor o financiamento; prestar apoio institucional aos outros entes, bem como definir estratégias para institucionalização da avaliação e da qualificação da atenção básica; e articular com órgãos/setores governamentais a realização de processos de educação permanente em saúde.

No que compete ao Governo Estadual, tem por responsabilidade garantir o financiamento, o apoio institucional, o bom funcionamento dos sistemas de informação em articulação com os municípios, além de ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais e, assim como o Governo Federal, deve definir estratégias para institucionalização da avaliação e da qualificação da Atenção Básica, incluindo os processos de educação permanente em saúde.

Além das responsabilidades no âmbito do financiamento, da qualificação das equipes, do monitoramento e avaliação, da manutenção dos sistemas de informação, compete ao ente municipal organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, ou seja, garantir o pleno funcionamento das equipes.

O Estado da Bahia vem repassando regularmente aos municípios recursos financeiros para garantir o funcionamento das equipes de Saúde da Família. O valor repassado

por equipe foi ampliado no início de 2007 e os municípios com mais de 100.000 habitantes, que antes não recebiam, passaram também a receber os recursos.

Os recursos aplicados pelo Estado na Atenção Básica, por intermédio da Sesab, vêm sendo ampliados anualmente, por isso, no ano de 2015, quase R\$38,5 milhões foram repassados aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) para manutenção das equipes de saúde da família como contrapartida estadual.

Além dos incentivos financeiros repassados mensalmente, o Estado vem realizando investimentos para criar uma infraestrutura adequada para o funcionamento da Saúde da Família, com construção de novas unidades de saúde. Foram investidos, desde 2007, mais de R\$ 76,8 milhões por meio de convênios e do Projeto Saúde Bahia para a construção de 552 unidades, reforma de 43 e aquisição de 82 equipamentos. Somente em 2014 foram investidos R\$ 4,35 milhões em convênios firmados com os municípios para apoio a construção de unidades de saúde e auxílio na recuperação das mesmas.

No âmbito da gestão, destaca-se o apoio institucional prestado aos municípios. O apoio institucional é uma importante ferramenta de qualificação da gestão municipal, cuja relação entre os entes é pautada pela produção da autonomia dos sujeitos e das regiões. O apoio institucional desenvolve-se, ainda, no campo da gestão do trabalho e da educação permanente em saúde, a exemplo do apoio à Desprecarização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE).

4.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA / ATENÇÃO À SAÚDE

O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de julho de 2011¹⁸, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, define que a Atenção Básica, capaz de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde, firma-se como centro estratégico para a organização do Sistema de Saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As ações de saúde consideradas de média e alta complexidade, no modelo de atenção à saúde, devem concretizar-se como um estágio assistencial aberto às demandas oriundas da Atenção Básica, tendo como foco garantir a integralidade e equidade. Organizar a rede de assistência para garantir, de forma mais racional, o acesso da população a estes níveis de atenção significa ofertar serviços ambulatoriais e hospitalares em quantidade e qualidade

A proposta da Política Estadual de Atenção Hospitalar da Bahia visa induzir uma mudança no modelo assistencial ainda vigente, com reestruturação da oferta da atenção hospitalar, tendo como base a regionalização e, sobretudo, as necessidades de saúde da população. Desta forma, pretende-se reduzir as desigualdades e ampliar o acesso, respeitando

os princípios de economia de escala e escopo, minimizando desperdícios e ampliando eficiência do SUS/BA. Ela tem como objetivo induzir à integralidade da atenção à saúde, ampliando o acesso do usuário aos procedimentos necessários à resolução dos seus problemas de saúde, independente do nível de complexidade. Apresenta como pressupostos: a integração de ações e serviços de saúde, com base em linhas de cuidado que garantam a continuidade da atenção; e a territorialidade, a base populacional e as condições de acesso como parâmetros importantes para organização da oferta das ações de média e alta complexidade.

Segundo a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013¹⁹, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

O Estado da Bahia, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CENS), registra um quantitativo de: 464 hospitais gerais, 74 hospitais especializados, 44 unidades mistas e 96 hospitais dia isolado. Destas, 41 unidades compõem a rede própria hospitalar da Sesab.

Em 2014 foram registradas 834.562 internações (55,2 internações por 1000 habitantes), cuja evolução, a partir de 2008, aponta redução de 9,4% no número de internações na rede SUS. A tendência pode estar refletindo a extensão da cobertura da atenção básica de saúde no Estado, por meio da Estratégia Saúde da Família. Internações de mulheres representaram 61,3% e a faixa etária mais frequente foi entre 20 e 29 anos (19%), seguida daqueles entre 30 e 39 anos (15%).

A elevada proporção de 44% de cesarianas realizadas no Estado em 2014, com incremento de 72,3% no período e variação percentual acima da observada para a Bahia nos NRS Oeste (142,5%), Centro-Leste (120,7%), Sudoeste (101,7%) e Sul (89,1%), pode estar relacionada, entre outros fatores culturais e socioeconômicos, aos perfis etários maternos. Contudo, o percentual dos partos cesáreos encontrados está muito acima dos parâmetros desejáveis pela Organização Mundial de Saúde, de 15%, ou pela Rede Cegonha, 25%, indicando a necessidade de intervenção na prática de realização de cesarianas desnecessárias.

No período de 2008 a 2015, a média da proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) foi 51,7. Sendo observada tendência de redução, ao passar de 55,9% (2008) para 46,0% (2015), correspondendo a 17,8%. Esta tendência pode ser reflexo

da maior resolutividade da Atenção Primária por meio da ampliação das Equipes de Saúde da Família no Estado.

Considerando o regime do hospital, observa-se elevação das hospitalizações nos hospitais de regime público, entre 2008 e 2014, reduzindo-se internações em hospitais de regime privado. O NRS Norte foi o que apresentou maior incremento nas hospitalizações em hospitais públicos (114%) e junto com o núcleo oeste reduziu em 39% a participação dos leitos em hospitais de regime privado no período analisado.

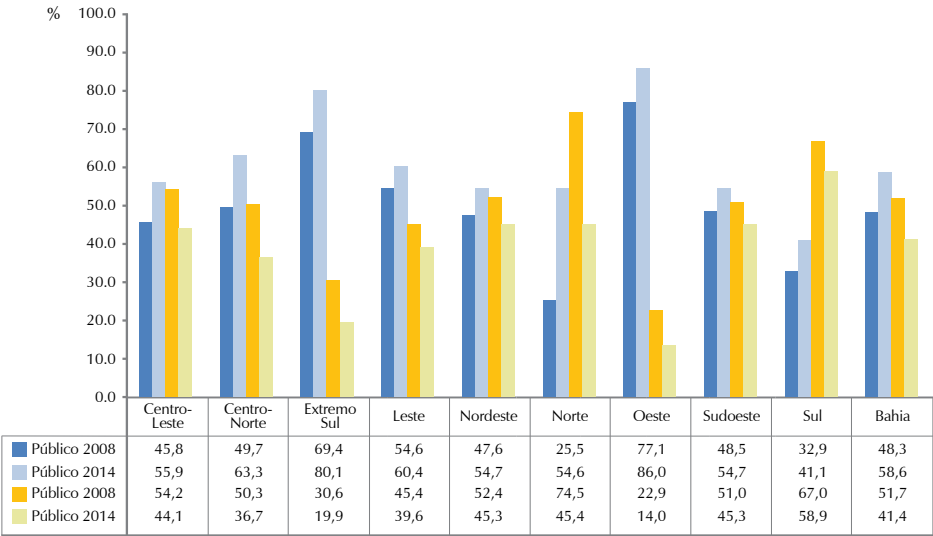


Gráfico 17. Internações hospitalares na rede SUS, segundo regime do hospital e NRS de residência. Bahia/BR, 2008 e 2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS SIHSUS

Excetuando o NRS Norte, o risco de internação por trauma ortopédico e neurológico elevou-se em todo Estado. O maior incremento ocorreu no NRS Extremo Sul, que também apresentou, em 2015, o maior risco de internação por esta causa, seguida da Centro-Leste (72,9%) (Gráfico 18). O risco de internação por traumas acompanha o crescimento das causas externas.

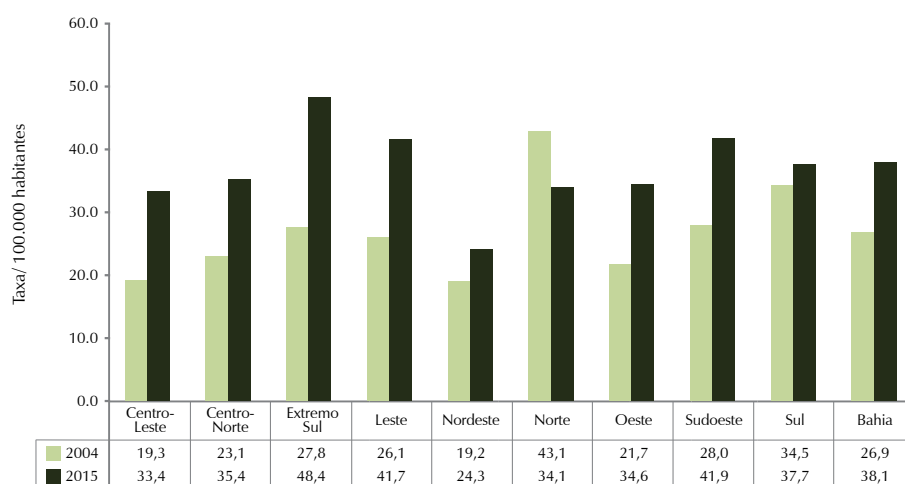


Gráfico 18. Taxa de internação por trauma ortopédico e neurológico, segundo NRS de residência. Bahia/BR, 2004 e 2015

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS SIHSUS

O critério de classificação de recém-nascidos de alto risco inclui dois determinantes da sobrevivência das crianças, a prematuridade (idade gestacional < 37 semanas) e o baixo peso ao nascer (< 2500g). O estudo regionalizado da situação dos nascimentos de alto risco na Bahia foi realizado com base na análise da proporção dos nascidos vivos prematuros e nascimentos de baixo peso segundo NRS.

Na última década, a proporção de nascidos vivos (NV) prematuros registrados no SINASC manteve-se estável. A elevação observada, a partir de 2011, é artificial e em virtude das alterações no formulário de nascidos vivos, que elevou a sensibilidade desta informação, cuja captação atual é por idade gestacional específica e não mais por faixas de idade gestacional (categóricas). Assim, a proporção de NV prematuros na Bahia, em 2014, foi 10,6%. A análise por NRS foi realizada a partir do ano 2011, uma vez que não são comparáveis os dados anteriores pelo motivo anteriormente explicado. Observou-se maior variação percentual no NRS Extremo Sul (18%) e também maior proporção de prematuridade (12,6%), seguido do Oeste (12%) e Sudoeste (12%). Reduções nas proporções foram encontradas no NRS Sul (-11,1%), Leste (-7,6%) e Norte (-4,9%) (Gráficos 19 e 20).

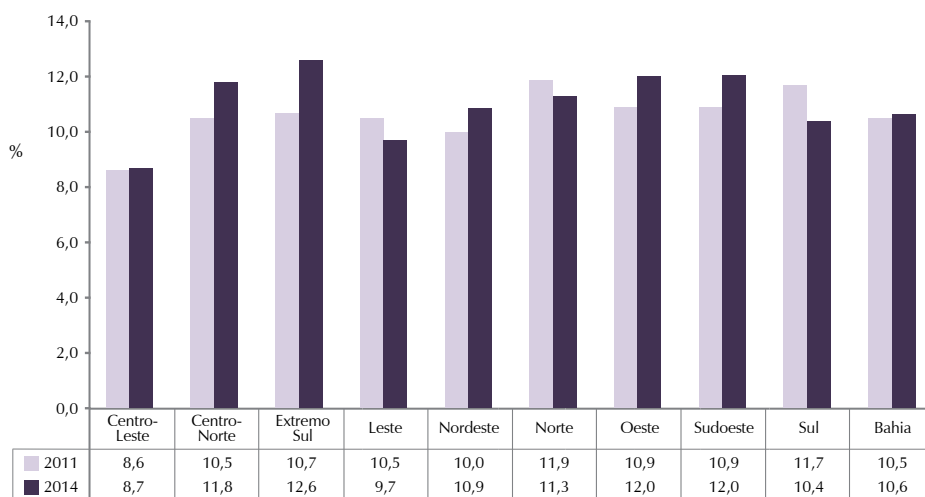


Gráfico 19. Proporção de nascidos vivos com menos de 37 semanas de gestação. Bahia/BR, 2011 e 2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS Sinasc

O baixo peso foi registrado em 8,1% dos nascidos vivos na Bahia em 2014 (Gráfico 20). A variação ocorrida na última década pode estar associada a menor incompletude do campo na declaração de NV e ampliação da cobertura do sistema de informação ao longo da série histórica. Com relação aos NRS, o Leste apresentou a maior proporção e também o maior aumento percentual no período e é sabido que o núcleo concentra unidades públicas de referência que recebem a demanda de gestantes de alto risco. Excetuando o Leste, as maiores proporções e incremento foram observados nos NRS Centro-Norte, Centro-Leste e Sudoeste.

Ambos indicadores estão relacionados com a qualidade da atenção pré-natal, que precisa ter seu acesso garantido, especialmente, para gestantes indígenas, negras e com menor escolaridade, por ser conhecido o menor acesso aos serviços de saúde e cuidados no pré-natal.

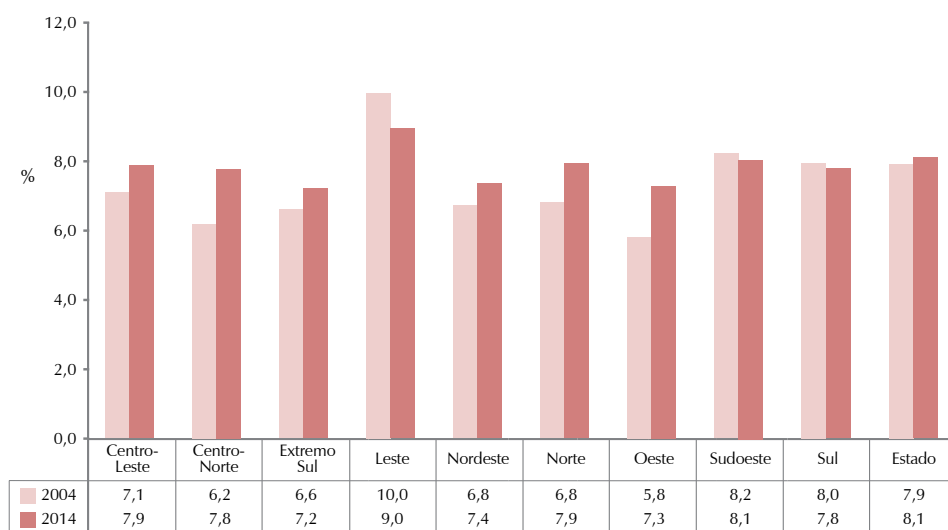


Gráfico 20. Proporção de nascidos vivos com baixo peso (< 2.500g), segundo NRS. Bahia/BR, 2004 e 2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS Sinasc

A regulamentação Federal que redirecionou o modelo de atenção psicossocial em saúde mental, a Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216/2001 e a consequente constituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Portaria de nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002) que contribuíram e contribuem para desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, impactaram nas proporções de internações psiquiátricas que passaram a ser o último recurso para tratamento em saúde mental.

Entre 2005 e 2015, a redução percentual dos leitos psiquiátricos na Bahia foi da ordem de 45,3%. Dos leitos psiquiátricos existentes em 2005, o SUS disponibilizava da maioria absoluta (98%), com 1886 leitos; e em 2015 passa a disponibilizar 60,3% menos (748 leitos). O número de internações nos leitos psiquiátricos apresentou redução de 65,5% em 2015, passando de 2,6% a 0,9% de internações nos leitos dessa especialidade.

A análise dos leitos psiquiátricos e internações sinaliza o avanço na política de atenção psicossocial, uma vez que o cuidado das pessoas com problemas mentais nos CAPS passa a ser mais democrático e humanizado, permitindo aos pacientes e suas famílias a possibilidade de um tratamento psiquiátrico de fato, com reinserção social e sem violação de direitos humanos.

A demanda para os **transtornos mentais infanto-juvenis** é prioritariamente ambulatorial e não hospitalar. Assim, no SIH-SUS, onde são registradas cada vez menos internações por causas psiquiátricas desde a habilitação dos Centros de Atenção Psicossocial e

Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPSi) no SUS (Lei nº 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica), incumbidos do atendimento de transtornos mais severos e persistentes, foram observadas apenas dez internações por transtornos do desenvolvimento psicológico – inclusive, o transtorno autista – na Bahia, entre 2008 e 2015 e, destas, 8 na capital.

A Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, estabelece que esta seja constituída pelas unidades de saúde que compõem: a Atenção Básica em Saúde, a Atenção Psicossocial Especializada, a Atenção de Urgência e Emergência, a Atenção Residencial de Caráter Transitório, a Atenção Hospitalar, a Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial.

No funcionamento da **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, devem ser observados o respeito aos direitos humanos, a promoção da equidade, o combate a estigmas e preconceitos, o acesso integral aos serviços com qualidade, a humanização da atenção, a inclusão social, a autonomia dos sujeitos e o exercício da cidadania, a redução de danos, o controle social, a intersetorialidade, e a construção do projeto terapêutico singular.

A Sesab tem apoiado os municípios nos processos de implantação e funcionamento dos CAPS no Estado, considerando a sua importância na construção das Redes de Atenção Psicossocial – RAPS. No que se refere à Atenção Psicossocial especializada, há que se destacar os CAPS, estes, sob gestão municipal, podem ser de diferentes modalidades. Eles são serviços de natureza ambulatorial, regionalizados, com cobertura assistencial para uma população pré-definida, capacitados para realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial.

A Sesab apoia tecnicamente os municípios na implantação e manutenção dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, sobretudo no que se refere à qualificação profissional e ao processo de credenciamento e habilitação desses serviços junto ao MS. É importante registrar ainda que o Governo do Estado instituiu, em 2012, com a Portaria nº. 275, de 24 de fevereiro de 2012, o incentivo financeiro estadual mensal para o custeio dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nas modalidades CAPS III e CAPS AD III.

Ressalta-se que os CAPS e CAPSi em todo Brasil têm enfrentado dificuldade de funcionamento e atendimento da demanda populacional e sua rede concentra-se nas zonas urbanas, onde há maior oferta de profissionais especialistas²².

Na **atenção à saúde bucal**, as ações devem estar orientadas por uma gestão participativa, pela ética, pelo acolhimento, pelo vínculo e pela responsabilização, onde a

unidade ou serviço deve-se comprometer com o atendimento às necessidades de cuidado em saúde bucal, garantindo o acesso universal e equânime.

O cuidado em saúde bucal deve ser realizado, em níveis individual e coletivo, tanto na Atenção Básica quanto no nível especializado e alta complexidade, com ações de promoção e proteção de saúde, que compreendam a educação em saúde, fluoretação das águas, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor, bem como ações de recuperação e reabilitação.

No nível especializado, há que se destacar a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Na complexidade, destaca-se a atenção odontológica hospitalar conforme a Portaria nº. 599²⁰, de 23 de março de 2006, que estabelece critérios, normas e requisitos para o credenciamento desses serviços, o CEO é um estabelecimento de saúde classificado como clínica especializada/ambulatório de especialidade para realizar diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais. Já o LRPD é uma Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria GM/MS nº 793/2012, configura um importante avanço para o cuidado à saúde desta população, visto que amplia, qualifica e vincula a atenção às pessoas com deficiência física, visual, auditiva, intelectual/ transtorno do espectro do autismo; além das deficiências múltiplas, em pontos de atenção situados em três componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴, com base no Censo Demográfico de 2010, no Brasil, aproximadamente 24% da população tem pelo menos um tipo de deficiência. A Região Nordeste do Brasil apresenta a maior parte da população de pessoas com deficiência em todo o país e os dados do Estado da Bahia revelam que 25,4% da população apresenta pelo menos um tipo de deficiência.

O Estado da Bahia, por meio da Resolução CIB nº 167/2013, estruturou diretrizes para o cuidado às Pessoas com Deficiência que, com base na Portaria GM/MS nº 793/2012, contemplam a defesa da dignidade da pessoa, o fortalecimento da identidade e a emancipação com base na autonomia, independência e liberdade.

Neste sentido, é fundamental que as ações de saúde sejam desenvolvidas com base nos conceitos do modelo social da deficiência, que envolvem a integralidade da

atenção à saúde, o acesso a ações e serviços em diferentes linhas de cuidado. Além disso, a eliminação progressiva e contínua de barreiras sociais, físicas e de comunicação que dificultem a participação da pessoa com deficiência.

A **Rede de Urgências e Emergências** tem por objetivo articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Nesse contexto, é papel do Estado desenvolver ações de prevenção de acidentes e violências, das lesões e morte no trânsito, de ampliação da atenção básica, de qualificação das unidades hospitalares de urgência e de contratualização de leitos de retaguarda para desafogar as unidades de urgência. Destacam-se, ainda, o fomento e o apoio aos municípios na implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 h e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

Desde 2011, com o objetivo de organizar o atendimento na área de urgência e emergência nas diversas regiões do Estado, estão sendo construídos os Planos de Ação da Rede de Atenção às Urgências (RAU). Destaca-se que essas redes estão organizadas nas macrorregiões Leste, Sul, portas de entrada dos 10 leitos de UTI da região de Teixeira de Freitas, com a publicação de portarias ministeriais aprovando os referidos planos de ação pelo Ministério da Saúde (MS), com os recursos alocados estando, atualmente, em processo à conformação da rede. Encontram-se no MS, para análise e avaliação, os planos das macrorregiões Sudoeste, Extremo Sul, das regiões de Juazeiro, Santa Maria da Vitória e Serrinha.

A implantação do **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)** tem como diretriz a humanização dessa assistência e a qualificação da rede. Como ponto forte destacou-se a elaboração e aprovação do Protocolo Estadual de Classificação de Risco, embora tenha ocorrido dificuldades na sua implantação nas unidades. O ponto alto no processo de organização da Rede de Urgência iniciou-se com a realização de oficinas de sensibilização em todas as regiões de saúde do estado, tendo por finalidade a elaboração de Planos de Ação Regional de Atenção às Urgências (PAR), culminando com a aprovação dos planos das regiões Leste e Sul.

O Estado deve ainda repassar regularmente para os Fundos Municipais de Saúde (FMS), recursos financeiros para o funcionamento do SAMU – 192. Em 2014 foram aplicados cerca de R\$32,2 milhões, incremento de 76% se comparado a 2007, quando foram investidos cerca de R\$18,3 milhões.

Atualmente estão em funcionamento 19 Centrais de Regulação de Urgência (CRU) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, alcançando 266 municípios do

Estado da Bahia, com uma cobertura populacional de aproximadamente 83%, ou seja, mais de 12 milhões de habitantes com acesso ao serviço.

No que se refere à atenção especializada, a Sesab vem focando esforços para a interiorização de ações e serviços por meio da organização das macrorregiões de saúde com Redes de Atenção Especializada. Para tal, busca-se a habilitação em alta complexidade de serviços nas especialidades de Cardiologia, Neurologia, Nefrologia, Oncologia, Traumatologia-ortopedia, Oftalmologia e Queimados.

Atualmente, tem-se como marco conceitual para **assistência farmacêutica** o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando a acesso e a seu uso racional. O conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade, na perspectiva da melhoria da qualidade de vida da população.

Os eixos estratégicos norteadores da **assistência farmacêutica estadual** consistem no fortalecimento da gestão da assistência farmacêutica; na qualificação do acesso a medicamentos; na promoção do uso racional de medicamentos; e no fomento à pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico e produção de medicamentos e insumos.

As ações da assistência farmacêutica estadual – de natureza técnica, científica e administrativa – persistem em garantir à população baiana o acesso qualificado aos medicamentos essenciais em todos os níveis de atenção à saúde, promovendo o seu uso racional e o atendimento humanizado nos serviços farmacêuticos. Para tanto, foram desenvolvidas ações que incluem: estruturação e qualificação da gestão da assistência farmacêutica; estruturação dos serviços farmacêuticos e implantação de novos; integração da assistência farmacêutica às redes de Atenção à Saúde; implantação do Programa Farmácia da Bahia, em parceria com os municípios baianos; apoio institucional aos municípios referente às ações da assistência farmacêutica, tais como acompanhamento da execução financeira e seu cumprimento; interlocução com órgãos fiscalizadores, judiciário, entidades de classes para identificação de soluções e execução de ações conjuntas; educação permanente dos trabalhadores de saúde na área de assistência farmacêutica; oferta de oportunidade de estágios aos estudantes de farmácia; e promoção do acesso à informação sobre medicamentos, de forma qualificada, baseadas em evidências científicas.

O Programa Farmácia da Bahia, criado por meio da Resolução CIB nº 250/2009, consiste na estruturação de serviços farmacêuticos (Farmácia Ambulatorial e Central de Abastecimento Farmacêutica Municipal) e tem por objetivo dirimir o vazio existente no campo da estruturação dos serviços farmacêuticos por meio de uma proposta que integra incentivo financeiro ao apoio técnico científico para o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica nos municípios baianos.

A implantação do Programa foi estabelecida por meio da Portaria Sesab nº 565/2012, que prevê que, para a primeira fase, contemplaria os municípios com até 15 mil habitantes, de acordo como censo do IBGE⁴ de 2010, que perfazia um total de 182 municípios nessa condição. Além disso, a portaria supra prevê que o gerenciamento do processo de implantação das unidades do programa é responsabilidade de Bahiafarma, em razão do Contrato de Gestão firmado com a Sesab, em que está fixada a meta de 50 unidades implantadas.

A Sesab vem investindo em mudanças quantitativas e qualitativas na formação dos profissionais, de modo a suprir as necessidades de saúde dos baianos, buscando a melhoria da gestão e do cuidado, pautados nos princípios e diretrizes do SUS, por meio da implementação da **Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde**, aliada à **Política Nacional de Humanização (PNH)**, para reorientar o sistema e os serviços, segundo a lógica da promoção da saúde.

5 PREVISÃO DE RECURSOS

Elaborado em consonância com as discussões e definições do Plano Plurianual (PPA) 2016 – 2019, o PES 2016 – 2019 apresenta uma estreita integração com os programas, compromissos, metas, iniciativas e previsão de recursos aprovados para o referido PPA.

Conforme metodologia definida pela Seplan para elaboração do PPA 2016 – 2019, “os programas refletem o conjunto de ações do governo que contribuem para o alcance de temas estratégicos e não apenas das ações que um órgão específico pretende desenvolver”²¹. Seguindo essa proposição, ao elaborar o PPA, a Sesab aportou metas e/ou iniciativas em compromissos de responsabilidades de outras secretarias, adotando, assim, a responsabilidade compartilhada e parceria na sua implementação.

Estão demonstrados, no capítulo, a previsão de recursos para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde e gestão do sistema, expressos nos Programas de Governo: **Saúde mais Perto de Você, Cidadania e Direitos e Gestão Participativa**, sendo esses dois últimos programas de responsabilidade de outras secretarias.

A previsão de recursos para execução do PES 2016 – 2019, é de, aproximadamente, R\$ 17,9 bilhões. A **Tabela 2** apresenta a distribuição dos recursos por “Programa” e por “Compromisso”.

Na análise da alocação de recursos por compromisso, verifica-se que 62,3% dos recursos previstos para o Programa **Saúde Mais Perto de Você** estão direcionados para a ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar (**Compromisso 3**), no qual estão incluídos construção, ampliação, reforma, recuperação e aparelhamento de unidades de saúde, garantia de funcionamento da rede própria e assistência complementar, bem como a implantação e ou ampliação de serviços e regulação do sistema de saúde.

Para o **Compromisso 8**, conforme demonstrado na **Tabela 2**, foram aportados 26,2% dos recursos previstos para o Programa **Saúde Mais Perto de Você**, incluindo a administração de pessoal e encargos do grupo ocupacional de saúde, o ordenamento das residências em saúde na rede SUS, o desenvolvimento de cursos para a formação de nível médio e pós-médio na área da saúde e a qualificação de trabalhadores, gestores e estudantes.

Tabela 2. Previsão de Recursos por Programa/Compromisso, Bahia/BR, PPA 2016-2019

Programas / Compromissos		Valor
Saúde Mais Perto de Você		17.683.820.103
1	Fortalecer as ações de vigilância à saúde para promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças/agraves e controle de riscos.	333.043.000
2	Consolidar as ações e serviços de saúde da Atenção Básica, com resolutividade	340.255.000
3	Ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde da Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar, com resolutividade, fortalecendo a Regulação do Sistema de Saúde, com ganho de eficiência e garantia da segurança do paciente.	11.023.051.103
4	Promover a integração das ações e serviços de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde	416.720.000
5	Promover a equidade e a humanização no cuidado à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas.	21.906.000
6	Fortalecer a gestão da Assistência Farmacêutica, assegurando o acesso aos medicamentos e apoiando a produção de insumos estratégicos para a saúde.	733.781.000
7	Fortalecer a rede de Hematologia e Hemoterapia do Estado da Bahia para atender à demanda do SUS-BA	120.866.000
8	Fortalecer a gestão do trabalho e educação na saúde valorizando o trabalho e o trabalhador do SUS-BA	4.637.076.000
9	Fortalecer a capacidade de gestão estadual do SUS, qualificando as ações de sistematização, monitoramento e fiscalização, ampliando os canais de diálogo com a sociedade e o exercício do controle social	57.122.000
Cidadania e Direitos		5.426.000
5	Promover o acesso ao direito humano à alimentação adequada e saudável e a segurança alimentar e nutricional às famílias em situação de vulnerabilidade e risco social	5.426.000
Gestão Participativa		257.020.000
30	Disponibilizar a infraestrutura adequada para funcionamento de edificações administrativas	47.020.000
33	Modernizar institucionalmente os órgãos do Executivo, mediante o aporte de novas tecnologias de gestão	210.000.000
Total		17.946.266.103

6 PROPOSIÇÕES E ESTRATÉGIAS

6.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A elaboração do Plano de Saúde está prevista na Lei nº 8.080/90, sendo atribuição comum à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Esse documento deve ser a “base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”²³. Ele deve ser elaborado a cada quatro anos em todas as esferas e deve considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde. A versão final é submetida à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde (LC 141/12, art. 30, §4º, Portaria GM/MS nº 2.135/13, art. 3º, §7º). O seu conteúdo deve guardar consonância com o respectivo Plano Plurianual, de forma a manter coerência entre ambos os instrumentos.

No estado da Bahia, o Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 foi elaborado com uma estratégia de construção participativa, estabelecendo, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública estadual, considerando as despesas de capital e outras decorrentes delas, assim como as relativas aos programas de duração continuada. Dessa forma, o PPA 2016-2019 contém, entre outros elementos, Programas, Compromissos, Metas e Indicadores, sendo que estas três últimas categorias foram alinhadas, respeitando suas especificidades, com o PES 2016-2019, o que facilita e potencializa a compatibilização entre ambos.

A correlação entre o PES e o PPA, permitiu que, em relação ao compromisso 1, houvesse a evidência de ações de fortalecimento do combate às doenças arbovirais – dengue, zika e chikungunya – e suas consequências. Para o compromisso 2 houve o destaque de demandas relacionadas à necessidade de ampliação dos investimentos na Estratégia de Saúde da Família, visando à consolidação da Atenção Básica, bem como a implementação de ações integrais que orientem as intervenções segundo os ciclos de vida e gênero, além do apoio institucional aos municípios na Qualificação da Atenção Básica.

Para os compromissos 3 e 4, destacam-se as ações de organização das Redes de Atenção à saúde com prioridade em Saúde Mental (Rede de Atenção Psicossocial), Saúde Materno Infantil (Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil), Rede de Urgência e Emergência, além da ampliação ao acesso à Atenção Hospitalar e da efetivação dos Consórcios Interfederativos de Saúde, com policlínicas regionais.

No compromisso 5 estão contempladas as ações de implantação do Centro Estadual de Referência em Atenção às Pessoas com Doença Falciforme e de apoio aos

municípios no desenvolvimento de ações para o cuidado à saúde das populações negras, indígenas, quilombolas, de pescadores artesanais, em situação de rua, privadas de liberdade, LGBTs, ciganas e assentadas, pessoas com albinismo e com doença falciforme.

No compromisso 6 foram observadas as demandas de revisão/atualização da Política da Assistência Farmacêutica, qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica, Implantação de laboratório de produção de insumos estratégicos para a saúde com incentivo à pesquisa e desenvolvimento. Para o compromisso 7, destacou-se o fortalecimento dos serviços de hematologia e hemoterapia (Rede Hematológica e Hemoterápica).

Quanto aos compromissos 8 e 9, foram contempladas as demandas de aprimoramento da gestão e monitoramento das unidades assistenciais. Também se observou a ênfase nas solicitações para a qualificação dos conselheiros de saúde, fortalecendo o controle social; o cumprimento das ações pactuadas e a implementação da Política de Regulação, objetivando o aprimoramento da gestão do sistema; e a regularização da força de trabalho em saúde e a implementação do projeto Saúde Digital, por meio da Ferramenta de Gestão para Acompanhamento de Indicadores – Business Intelligence (BI).

6.2 MÓDULOS OPERACIONAIS

Cada módulo operacional apresenta as proposições definidas para o PES 2016 – 2019. A sua estrutura configura-se com base em Programa, Compromisso, Meta, Iniciativa e Ações.

6.2.1 Programa Saúde Mais Perto de Você

6.2.1.1 Compromisso 1 – Fortalecer as ações de Vigilância à Saúde para promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças/agravs e controle de riscos

Esse compromisso busca consolidar o desenvolvimento das ações da Vigilância em Saúde, que se constituem de práticas integradas de promoção da saúde da população, vigilância da situação de saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental em saúde, vigilância e atenção à saúde do trabalhador e vigilância laboratorial.

A Vigilância da Saúde fundamenta-se na análise permanente da situação de saúde da população e efetiva-se por meio das políticas públicas integradas e intersetoriais, visando controlar determinantes, riscos e danos à saúde, assim como reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos transmissíveis ou não.

A atuação contínua da Vigilância em Saúde permite a adoção de medidas oportunas no enfrentamento de problemas com vistas à manutenção da saúde das populações nos distintos territórios baianos.

Meta: Desenvolver ações de vigilância em saúde nos 417 municípios, conforme resolução Comissão Intergestora Bipartite – CIB.			
Iniciativa: Aprimorar o sistema de vigilância de produtos e serviços de interesse à saúde sujeitos à vigilância sanitária			
Setor Responsável: SUVISA/DIVISA			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar inspeções sanitárias em estabelecimentos de saúde e os de interesse à saúde pela VISA estadual (DIVISA, NRS/BRS).	Estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde inspecionados	10.000	Quantitativo de estabelecimentos de saúde inspecionados
Realizar investigação das notificações obrigatórias de queixas técnicas e eventos adversos.	Queixas técnicas e eventos adversos de notificação obrigatória investigados	100,0%	Percentual de notificações obrigatórias de queixas técnicas investigadas
Implantar CCIH em hospitais que possuem leitos de UTI.	Hospitais que possuem leitos de UTI com CCIH implantadas	100,0%	Percentual de CCIH implantadas
Iniciativa: Implementar ações de vigilância em saúde ambiental relacionadas à qualidade da água para consumo humano e às populações expostas a contaminantes químicos e aos desastres naturais			
Setor Responsável: SUVISA/DIVISA			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar a implantação e implementação das ações de vigilância em saúde de populações expostas aos desastres nos municípios	Ações de vigilância em saúde de populações expostas aos desastres nos municípios apoiadas	208	Quantitativo de ações de vigilância em saúde de populações expostas aos desastres nos municípios apoiadas
Apoiar a implantação e implementação de unidades de monitoramento das doenças respiratórias nos municípios prioritários.	Unidades de monitoramento das doenças respiratórias nos municípios prioritários apoiadas	24	Quantitativo de unidades de monitoramento das doenças respiratórias nos municípios prioritários apoiadas
Apoiar os municípios na implantação e implementação das ações de Vigilância à Saúde de populações expostas a contaminantes químicos (Vigipeq)	Municípios apoiados na implantação e implementação das ações de vigilância à Saúde de populações expostas a contaminantes químicos	417	Quantitativo de municípios apoiados na implantação e implementação das ações de vigilância à Saúde de populações expostas a contaminantes químicos
Apoiar os municípios na implantação e implementação das ações de Vigilância da qualidade da água para consumo humano (Vigiagua)	Municípios apoiados na implantação e implementação das ações de vigilância da qualidade de água para consumo humano – Vigiagua	417	Quantitativo de municípios apoiados na implantação e implementação das ações de vigilância da qualidade de água para consumo humano – Vigiagua

Iniciativa: Implementar a Rede Estadual de Vigilância à Saúde do Trabalhador mediante incorporação de ações nas redes de vigilância e atenção à saúde do SUS-Bahia			
Setor Responsável: SUVISA/ DIVAST			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar ações de apoio institucional/matricial em saúde do trabalhador nos municípios	Municípios desenvolvendo ações de saúde do trabalhador	210	Quantitativo de municípios desenvolvendo ações de saúde do trabalhador
Desenvolver ações de vigilância em saúde do trabalhador na Renast-Bahia aos trabalhadores	Trabalhadores potencialmente beneficiados no desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador	298.200	Quantitativo de trabalhadores beneficiados pelas ações de vigilância em saúde do trabalhador
Construir Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador construído	1	Quantitativo de centro de referência em saúde do trabalhador construído
Iniciativa: Ampliar a capacidade de vigilância laboratorial, mediante o fortalecimento da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RELSP			
Setor Responsável: SUVISA/LACEN			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Ampliar a capacidade de realização de exames laboratoriais e de produção dos meios de cultura/soluções/reagentes pela Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RELSP	Exames laboratoriais realizados e meios de cultura/soluções/reagentes produzidos pela Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RELSP	7.811.123	Quantitativo de exames realizados Quantitativo de meios de cultura/soluções/reagentes produzidos
Monitorar a descentralização dos testes diagnósticos/meios de cultura/soluções/reagentes pelo Laboratório Central de Saúde Pública Prof. Gonçalo Moniz – LACEN	Testes diagnósticos/meios de cultura/soluções/reagentes descentralizados pelo Laboratório Central de Saúde Pública Prof. Gonçalo Moniz – LACEN	5.162.201	Quantitativo de testes diagnósticos/meios de cultura/soluções/reagentes descentralizados
Ampliar a quantidade de unidades de vigilância laboratorial no Estado da Bahia	Laboratórios de saúde pública em funcionamento no Estado da Bahia	25	Quantitativo de laboratórios de saúde pública em funcionamento no Estado da Bahia

Iniciativa: Implementar o processo de produção da informação para melhoria da cobertura e da qualidade dos sistemas de informação em saúde			
Setor Responsável: SUVISA/ DIS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Ampliar a cobertura dos sistemas de informação sobre nascimentos, óbitos e de agravos	Notificação de todas as ocorrências de nascimentos.	SINASC (95%)	Percentual de cobertura no SINASC
	Notificação de todas as ocorrências óbitos	SIM (90%)	Percentual de cobertura no SIM
	100% dos municípios com notificação positiva das doenças e agravos ocorridos na sua área de abrangência	SINAN (100% dos municípios)	Percentual de cobertura no SINAN
Qualificar a informação notificada no SIM, SINASC e SINAN	Agravos encerrados em tempo oportuno (SINAN)	SINAN (80%)	Percentual de agravos encerrados em tempo oportuno no SINAN
	Causas de óbitos investigadas e definidas (SIM);	SIM (90%)	Alcance de 90% de cobertura no SIM
	Melhoria da completude dos campos da Declaração de Nascidos Vivos – DNV (SINASC)	SINASC (98%)	Percentual de completude dos campos da Declaração de Nascidos Vivos – DNV (SINASC)
Disseminar informações técnico científica em Saúde	Publicação de boletins, informativos, anuários estatísticos e manuais de instrução e materiais educativos	24	Quantidade de boletins, informativos, anuários estatísticos e manuais de instrução e materiais educativos publicados

Iniciativa: Implementar as ações de educação permanente em Vigilância em Saúde-VISAU			
Setor Responsável: SUVISA/VISAU			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Desenvolver processos formativos em Vigilância em Saúde igual ou superior a 40 horas	Cursos em VISAT para a Renast (40 horas ou mais/ presencial ou semi -presencial) realizados	12	Quantitativo de cursos em VISAT realizados
	Servidor da Renast capacitado em VISAT	840	Quantitativo de servidores da Renast capacitados
	Cursos em vigilância com carga horária igual ou superior a 40h executados	48	Quantitativo de cursos com carga horária igual ou superior a 40h executados
	Técnicos administrativos da RELSP qualificados em logística de suprimentos com CH superior a 40 horas	30	Quantitativo de técnicos administrativos da RELSP qualificados
	Servidores da SUVISA em nível de pós-graduação lato-sensu qualificados	90	Quantitativo de servidores da SUVISA em nível de pós-graduação lato-sensu qualificados
	Formação para técnicos de análises clínicas que atuam na RELSP com CH superior a 40 horas	50	Quantitativo de formação para técnicos de análises clínicas que atuam na RELSP com CH superior a 40 horas
	Curso em entomologia	20	Quantitativo de cursos em entomologia realizado
	Curso de gestão de rede para RELSP	20	Quantitativo de cursos de gestão de rede para RELSP realizado
	Capacitação em coleta de amostras para Relsp	20	Quantitativo de capacitações em coleta de amostras para RELSP
	Cursos em gestão da informação e em análise da situação em saúde desenvolvidos	10	Quantitativo de cursos em gestão da informação e em análise da situação em saúde realizados
	Servidores capacitados em informação em saúde	550	Quantitativo de servidores capacitados em informação em saúde

Iniciativa: Implementar a descentralização das ações de Vigilância em Saúde (VISAU) do Estado			
Setor Responsável: SUVISA/VISAU			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Descentralizar recursos para 100% dos Núcleos Regionais de Saúde para implementação da gestão do sistema estadual de vigilância epidemiológica	100% dos Núcleos Regionais de Saúde com recursos descentralizados	100%	Percentual de Núcleos Regionais de Saúde com recursos descentralizados para implementação da gestão do sistema estadual de vigilância epidemiológica
Apoiar, com os Núcleos Regionais de Saúde, os municípios na execução das ações de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental	Municípios executando as ações de Vigilância Sanitária e em Saúde Ambiental	50,00%	Percentual de municípios apoiados na execução das ações de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental
Iniciativa: Implementar ações de vigilância epidemiológica e prevenção de doenças e agravos no SUS-BA			
Setor Responsável: SUVISA/ DIVEP			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar apoio institucional a município na Vigilância Epidemiológica de doença e agravo à saúde.	Ter investigado e encerrado oportunamente 75% das doenças/agravos de notificação compulsória imediata (DNCI), registradas, em até 60 dias a partir da data de notificação.	75%	Proporção de doenças/ agravos notificadas, investigadas e encerradas em até 60 dias após notificação.

Meta: Apoiar tecnicamente os 417 municípios nas ações de imunização.			
Iniciativa: Qualificar o programa estadual de imunizações nos municípios.			
Setor Responsável: SUVISA/DIVEP			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar apoio institucional aos municípios nas ações de imunização.	70% dos municípios do estado com cobertura vacinal da pentavalente adequada em menores de 1 ano.	292	Quantitativo de municípios com cobertura adequada (95%) da vacina pentavalente em menores de 1 ano.
	100% NRS/BRS com apoio institucional em imunização realizado (visitas, reuniões técnicas, capacitações, boletins, vídeo conferências, documentos técnicos científicos realizados).	100%	Quantitativo de NRS/BRS com apoio institucional em imunização realizado (visitas, reuniões técnicas, capacitações, boletins, vídeo conferências, documentos técnicos científicos realizados).
	100% municípios atendidos adequadamente na distribuição e logística dos insumos estratégicos (com pedidos no Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES) atendidos).	100%	Percentual de municípios atendidos na distribuição e logística dos insumos estratégicos (com pedidos no Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES) atendidos).
Meta: Realizar 08 campanhas publicitárias para mobilização da população para adoção de práticas de melhoria da saúde e da qualidade de vida.			
Iniciativa: Desenvolver ações de mobilização da população para prevenção, promoção da saúde e controle de doenças e agravos.			
Setor Responsável: SUVISA			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar publicidade de utilização pública	Realizar 2 campanhas publicitárias ao ano	8	Quantitativo de campanhas realizadas

6.2.1.2 Compromisso 2 – Consolidar as ações e serviços de saúde da Atenção Básica, com resolutividade

A consolidação da Atenção Básica tem o objetivo principal de promover resolutividade por meio das ações de melhoria do acesso e acolhimento; fomento ao provimento e fixação de profissionais; qualificação do cuidado e da gestão da Atenção Básica; fortalecimento do controle social, coordenação do cuidado e orientação das redes com base neste nível de atenção, pautado em quatro pilares fundamentais: o *Apoio Institucional*; *Telessaúde*; *Educação Permanente*; e *Monitoramento e Avaliação*.

Meta: Fomentar a ampliação para 82% da cobertura da atenção básica			
Iniciativa: Implementar a atenção básica por meio de incentivo financeiro			
Setor Responsável: SAIS/DAB			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Cofinanciar as equipes de saúde da família	Equipes de saúde da família cofinanciadas	3.497	Quantitativo de equipes de saúde da família cofinanciadas
Repassar incentivo financeiro para as equipes de saúde da família	Incentivo para equipe de saúde da família repassado	41.964	Quantitativo de repasses do incentivo financeiro à equipes de saúde da família
Iniciativa: Fornecer equipamentos e materiais de saúde para qualificação da atenção básica			
Setor Responsável: SAIS/DAB			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Fornecer Kit para as equipes de Atenção Básica	kit saúde bucal fornecido	2.200	Quantitativo de kits saúde bucal fornecido
	kit de puericultura fornecido	3.200	Quantitativo de kits de puericultura fornecido
Iniciativa: Realizar apoio institucional aos municípios na atenção básica			
Setor Responsável: SAIS/DAB			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar institucionalmente municípios na Qualificação da Atenção Básica	Apoio institucional a Municípios realizado	417	Quantitativo de Municípios apoiados
Realizar colegiados regionais de coordenadores de atenção básica	Colegiados regionais de coordenadores de atenção básica realizados	364	Quantitativo de colegiados regionais de coordenadores de atenção básica realizados
Realizar visita técnica	Visita técnica realizada	270	Quantitativo de visitas técnicas realizadas
Realizar atividade de educação permanente	Atividades de educação permanente realizadas	90	Quantitativo de atividades de educação permanente realizadas

Meta: Implantar 11 Unidades Básicas de Saúde			
Iniciativa: Implantar Unidade básica de saúde na Região Metropolitana de Salvador			
Setor Responsável: Unidade Gestora de Projetos – PROSUS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Implantar Unidade Básica de Saúde	Unidade Básica de Saúde implantada	11	Quantitativo de Unidades Básicas de Saúde implantadas

Meta: Apoiar a implantação do Prontuário eletrônico do cidadão (PEC) do e-SUS em 30 % dos municípios			
Iniciativa: Apoiar a implantação do Prontuário eletrônico do cidadão (PEC) do e-SUS em municípios			
Setor Responsável: SAIS/DAB			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar os municípios para implantação do PEC	Municípios apoiados para implantação do PEC	124	Quantitativo de municípios apoiados para implantação do PEC
Apoiar institucionalmente os municípios na implementação do Telessaúde e e-SUS	Apoio institucional a município realizado nas atividades do telessaúde e e-SUS	258	Quantitativo de municípios apoiados nas atividades do telessaúde e e-SUS
Realizar teleconsultoria	Teleconsultoria realizada	1.088	Quantitativo de teleconsultorias realizadas
Realizar visita técnica	Visita técnica realizada	240	Quantitativo de visitas técnicas realizadas
Apoiar município por meio de webconferência	Municípios apoiados por web conferência	208	Quantitativo de municípios apoiados por web conferência
Realizar web palestras	Web palestras realizada	174	Quantitativo de web palestras realizadas

Meta: Apoiar a construção de 32 Unidades de Saúde			
Iniciativa: Apoiar a construção de Unidade de Saúde			
Setor Responsável: FESBA/DICONV			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar financeiramente municípios na construção de unidades de saúde	Construção de Unidade de Saúde apoiada	32	Quantitativo de Unidades de Saúde construídas apoiadas

Meta: Implantar 13 Academias da Saúde			
Iniciativa: Implantar Academia da Saúde			
Setor Responsável: PROSUS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Implantar Academia de Saúde	Academia de Saúde implantada	13	Quantitativo de Academias da Saúde implantadas

6.2.1.3 Compromisso 3 – Ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde da Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar, com resolutividade, fortalecendo a Regulação do Sistema de Saúde, com ganho de eficiência e garantia da segurança do paciente

Busca-se, com esse compromisso, incrementar o desempenho do sistema por meio da melhoria da cobertura assistencial, da qualidade das ações e serviços de saúde, da ampliação do acesso, da regulação da oferta da atenção especializada, buscando garantir a integralidade do cuidado.

Destacam-se as ações nas áreas de gestão, de prestação de serviços e de infra estrutura, tais como: gerenciamento da rede própria estadual, implementação do sistema estadual de transplantes de órgãos e tecidos, implementação da regulação da assistência e dos complexos reguladores, funcionamento do tratamento fora do domicílio e outras ações do controle das ações e serviços do SUS, bem como investimentos na construção e aparelhamento de novas unidades de saúde, além da ampliação de serviços de atenção especializada nas áreas de saúde bucal, oftalmologia, nefrologia, queimados, traumato-ortopedia, cardiologia e neurologia.

Meta: Implantar 07 Unidades hospitalares			
Iniciativa: Implantar unidade hospitalar			
Setor Responsável: CEIRF			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Construir Unidades de Saúde	Unidade de Saúde Construída	07	Quantitativo de Unidades de Saúde construídas

Meta: Ampliar 10 Unidades de saúde da rede própria			
Iniciativa: Ampliar unidade de saúde da rede própria			
Setor Responsável: CEIRF			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Ampliar Unidade de Saúde da Rede Própria	Unidade de saúde ampliada	10	Quantitativo de Unidades ampliadas

Meta: Requalificar 47 Unidades de saúde			
Iniciativa: Requalificar unidade de saúde			
Setor Responsável: CEIRF			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Reformar Unidade de Saúde da Rede Própria	Unidade de Saúde Reformada	14	Quantitativo de Unidades de Saúde reformadas
Apoiar financeiramente municípios na recuperação de Unidade de Saúde	Recuperação de unidade de saúde apoiada	15	Quantitativo de Unidade de Saúde recuperada apoiada
Reparar unidade de Saúde da Rede Própria	Unidade de Saúde reparada	18	Quantitativo de Unidade de Saúde reparada

Meta: Implantar 28 Policlínicas de forma consorciada			
Iniciativa: Implantar consórcios interfederativos de saúde			
Setor Responsável: APC/GASEC			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Construir Policlínica de saúde	Policlínica de saúde construída	28	Quantitativo de Policlínicas de Saúde construídas
Apoiar o funcionamento de Consórcio Interfederativo de Saúde	Consórcio interfederativo de saúde apoiado	28	Quantitativo de Consórcios de Saúde apoiados
Aparelhar Policlínicas Regionais	Policlínica Regional de Saúde aparelhada	28	Quantitativo de Policlínicas regionais de Saúde aparelhadas

Meta: Gerenciar 100% das Unidades da rede própria			
Iniciativa: Gerenciar Unidade Ambulatorial e Hospitalar da Rede Própria			
Setor Responsável: SAIS/ DGRP			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Gerenciar as unidades da Rede Própria – administração Indireta	Unidades da rede Própria sob Gestão Indireta gerenciadas	28	Quantitativo de unidades da rede Própria sob Gestão Indireta gerenciadas
Gerenciar as unidades da Rede Própria – administração Direta	Unidades da rede Própria sob Gestão Direta gerenciadas em funcionamento	32	Quantitativo de unidades da rede Própria sob Gestão direta gerenciadas
Ampliar Serviços da Atenção Especializada nas Unidades da Rede Própria	Unidades da Rede Própria com serviços da atenção especializada ampliadas	18	Quantitativo de Unidades da Rede Própria com serviços da atenção especializada ampliadas

Iniciativa: Gerenciar Unidade sob Parceria Público Privada – PPP			
Setor Responsável: SAIS/DGRP			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Gerenciar unidades da rede própria sob Parceria Público Privada –PPP	Parceria Público Privada em saúde gerenciada	3	Quantitativo de PPP gerenciadas
	Unidade hospitalar sob Parceria Público Privada em funcionamento	1	Quantitativo de Unidade hospitalar sob Parceria Público Privada em funcionamento
	Unidade hospitalar com Parceria Público Privada de serviços não clínicos em funcionamento	1	Quantitativo de Unidade hospitalar com Parceria Público Privada de serviços não clínicos em funcionamento
	Unidade de saúde com Parceria Público Privada de Diagnóstico por Imagem em funcionamento	11	Quantitativo de Unidade de saúde com Parceria Público Privada de Diagnóstico por Imagem em funcionamento
Iniciativa: Desenvolver ações para a melhoria da atenção especializada Ambulatorial e Hospitalar da Rede Própria			
Setor Responsável: SAIS/DGRP			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Capacitar profissionais nas áreas Estratégicas	Profissionais capacitados nas áreas estratégicas da Rede Própria	300	Quantitativo de profissionais capacitados

Meta: Apoiar na ampliação de 10% ao ano o número de transplantes realizados			
Iniciativa: Implementar o Sistema Estadual de Captação e Transplantes de Órgãos			
Setor Responsável: SAIS/DAE			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar Transplantes de Órgãos	Transplantes de Órgãos e Tecidos Realizados	2.923	Quantitativo de transplantes realizados
Captar doadores para doação de Órgãos	Doadores de Órgãos captados	748	Quantitativo de doadores de órgãos
Capacitar Profissionais de saúde no processo doação-transplante	Profissionais de saúde capacitados no processo doação-transplante	1.200	Quantitativo de profissionais capacitados
Capacitar Profissionais do PACS / PSF	Profissionais do PACS / PSF capacitados	1.300	Quantitativo de profissionais PACS/PSF capacitados
Implantar CIHDOTTS *	CIHDOTTS Implantadas	53	Quantitativo de CIHDOTTS Implantadas
Habilitar Centros Transplantadores	Centros Transplantadores Habilitados	39	Quantitativo de Centros transplantadores habilitados

* CIHDOTTS: Comissão Intra-hospitalar de doação de Órgãos e Tecidos

Meta: Apoiar a ampliação de 38 serviços de atenção especializada no âmbito da Rede de Atenção à Saúde			
Iniciativa: Apoiar tecnicamente na organização dos serviços de atenção especializada em Cardiologia, Traumatologia, Lipodistrofia, Doenças Raras, Nefrologia, Neurologia/Neurocirurgia, Obesidade, Oftalmologia, Queimados e Dor Crônica			
Setor Responsável: SAIS/DAE			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Implantar Serviços de Atenção Especializada	Serviços de Atenção Especializada implantados	38	Quantitativo de Serviços de Atenção Especializada implantados
Acompanhar os Serviços de Atenção Especializada que estão em funcionamento	Serviço de Atenção Especializada em funcionamento, acompanhados	130	Quantitativo de Serviços de Atenção Especializada acompanhados
Monitorar os Desenhos Regionais da Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas (eixos)	Desenhos Regionais da Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas (eixos) monitorados	2	Quantitativo de desenhos Regionais da Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas (eixos) monitorados
Elaborar o Plano Estratégico de Atenção Hospitalar	Plano Estratégico de Atenção Hospitalar elaborado	1	Plano Estratégico de Atenção Hospitalar elaborado.

Meta: Assegurar que 100% dos serviços de saúde de média e alta complexidade da rede complementar, sob responsabilidade do Estado, sejam contratualizados e/ou credenciados, no âmbito do SUS.			
Iniciativa: Gerenciar os processos de Contratualização/Credenciamento dos Serviços de Saúde de média e alta complexidade, no âmbito do SUS.			
Setor Responsável: SUREGS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar apoio Institucional a Município na Contratualização dos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade.	Apoio Institucional a Município realizado.	100%	Percentual de serviços Contratualizados/ Credenciados apoiados

Meta: Disponibilizar 100% de acesso aos municípios com programação/adesão aos projetos estratégicos			
Iniciativa: Desenvolver Projetos Estratégicos para fortalecimento e ampliação do acesso à atenção Especializada.			
Setor Responsável: SUREGS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Estruturar a Rede Complementar de Serviço de Saúde de Média e Alta Complexidade.	Estratégia saúde sem fronteiras – Oftalmologia realizada	28 Regiões de Saúde	Quantitativo de etapas realizadas por Região de Saúde
	Projeto Olhar Brasil – correção de disfunções visuais realizada	100%	Percentual de óculos prescritos disponibilizados
	Programa Estadual de Rastreamento do Câncer de Mama p/mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos realizado.	80%	Percentual de mulheres na faixa etária de 50 a 60 anos atendidas
	Projeto Olhar Brasil – alunos atendidos do Programa TOPA (Todos pela Alfabetização).	28	Quantitativo de alunos por Região de saúde atendidos.

Meta: Assegurar o atendimento de 100% das solicitações de Tratamento Fora do Domicílio – TFD, conforme critérios regulamentados, quando esgotados todos os meios de tratamento no âmbito Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia			
Iniciativa: Assegurar o acesso aos usuários do Tratamento Fora do Domicílio – TFD, conforme critérios regulamentados.			
Setor Responsável: SUREGS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar Assistência Financeira a Usuário no Tratamento Fora do Domicílio	Assistência Financeira prestada	2.200/ano	Quantitativo de pacientes com assistência financeira prestada/ano

Meta: Desenvolver ações para o fortalecimento da capacidade regulatória dos 417 municípios do Estado			
Iniciativa: Assegurar a execução dos serviços da rede credenciada ao Sistema Único de Saúde – Bahia sob gestão estadual			
Setor Responsável: SUREGS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar Institucionalmente Município na Gestão do Sistema de Regulação da Saúde	Gestão de regulação municipal apoiada	417	Quantitativo de municípios com gestão de regulação apoiada

Meta: Assegurar o registro dos serviços executados pelos 1.048 estabelecimentos assistenciais de saúde da rede credenciada ao Sistema Único de Saúde sob Gestão Estadual.			
Iniciativa: Assegurar a execução dos serviços da rede credenciada ao Sistema Único de Saúde sob Gestão Estadual.			
Setor Responsável: SUREGS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Implementar Rede de Serviços de Saúde Credenciada ao SUS	Unidade de saúde credenciada em funcionamento.	1.048/Ano	Quantitativo de estabelecimentos assistenciais de saúde credenciados pelo SUS processados.

Meta: Regular 100% das vagas de internações na Regulação do SUS-BA, nas regiões de saúde abrangidas por complexos reguladores.			
Iniciativa: Regular as internações do SUS-Ba, nas regiões de saúde abrangidas por Complexos Reguladores			
Setor Responsável: SUREGS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar a Gestão da Regulação no Sistema Estadual de Saúde	Complexo Regulador gerido	04	Quantitativo de complexos reguladores geridos

Meta: Aparentar 100% das unidades de saúde			
Iniciativa: Aparentar unidades de saúde			
Setor Responsável: DG			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Aparentar Unidade de Saúde	Unidade de Saúde aparelhada	42	Quantitativo de Unidades de saúde aparelhada
Ampliar Frota de Ambulância	Ambulância disponibilizada	480	Quantitativo de ambulância disponibilizada

Meta: Fomentar a ampliação de 17 municípios com ações especializadas de saúde bucal			
Iniciativa: Implementar as ações para o desenvolvimento da saúde bucal			
Setor Responsável: SAIS/ DGC			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar institucionalmente os municípios nas ações de saúde bucal	Municípios com apoio institucional para o desenvolvimento de ações de Saúde Bucal	195	Quantitativo de Municípios com apoio institucional realizado
Qualificar profissionais nas ações de saúde bucal	Profissionais de saúde qualificados nas ações de saúde bucal	680	Quantitativo de Profissionais de saúde qualificados
Monitorar a execução do Plano Estadual de Expansão de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD)	Municípios inseridos no Plano Estadual de Expansão de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) monitorados	90	Quantitativo de municípios monitorados

Meta: Apoiar 10 ações para a melhoria da assistência à saúde			
Iniciativa: Apoiar ações para a melhoria da assistência à saúde			
Setor Responsável: FESBA/DICONV			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar financeiramente ações de Melhoria da Assistência à Saúde	Ações de apoio financeiro à melhoria de Saúde realizadas	10	Quantitativo de ações de apoio financeiro de saúde realizado

Meta: Apoiar o aparelhamento da saúde em 27 Unidades de Saúde			
Iniciativa: Apoiar o aparelhamento da saúde			
Setor Responsável: FESBA/DICONV			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar financeiramente o Aparelhamento de Unidade de Saúde	Aparelhamento de Unidade de Saúde apoiada	27	Quantitativo de aparelhamento de Unidade de Saúde apoiada

Meta: Estruturar a política estadual de gerenciamento de equipamentos e produtos médicos da rede própria.			
Iniciativa: Estruturar a política estadual de gerenciamento de equipamentos e produtos médicos da rede própria			
Setor Responsável: DG			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Gerenciar equipamentos e produto médicos das unidades da Rede Própria	Tipos de equipamento de saúde gerenciado	06	Quantitativo de equipamento gerenciado

6.2.1.4 Compromisso 4 – Promover a integração das ações e serviços de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde constituem-se em arranjos organizativos das ações e serviços de saúde, por meio de relações horizontais entre os pontos de atenção, de diferentes densidades tecnológicas, promovendo a integração sistêmica da rede com provisão de atenção contínua, integral, qualificada, responsável e humanizada.

No compromisso estão contempladas as seguintes redes de atenção: Rede de serviços para o cuidado Materno Infantil – Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) (inclui a reabilitação física, auditiva, visual, intelectual e transtorno global de desenvolvimento), Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPD) e Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Meta: Apoiar a ampliação de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) em 06 municípios			
Iniciativa: Desenvolver ações para organização e manutenção dos Serviços de Atenção Domiciliar			
Setor Responsável: SAIS/DAE			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Gerenciar o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar no município	Serviços Estaduais de Atenção Domiciliar, em funcionamento	16	Quantitativo de Serviços Estaduais de Atenção Domiciliar, em funcionamento
Apoiar os municípios para implantação do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD	Municípios apoiados para implantação do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD	6	Quantitativo de Municípios apoiados para implantação do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD
Atender aos Usuários de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada – ODP	Usuários de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada – ODP, atendidos	1597	Quantitativo de Usuários de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada – ODP, atendidos
Atender em domicílio das Pessoas portadoras de Epidermólise Bolhosa	Pessoas portadoras de Epidermólise Bolhosa atendidas em domicílio	58	Quantitativo de Pessoas portadoras de Epidermólise Bolhosa atendidas

Meta: Apoiar a ampliação de 100% na cobertura do SAMU 192			
Iniciativa: Apoiar técnica e financeiramente o SAMU 192			
Setor Responsável: SAIS/DAE			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Cobrir os municípios pelo Serviço de Assistência Pré-hospitalar Móvel do SAMU 192	Municípios cobertos pelo SAMU 192	417	Quantitativo de municípios cobertos pelo SAMU 192
Cofinanciar municípios com SAMU implantado	Municípios com SAMU implantado com cofinanciamento.	280	Quantitativo de municípios com cofinanciamento

Meta: Apoiar a ampliação para referência na gestação de alto risco em 04 municípios			
Iniciativa: Implementar as ações da Rede Materno Infantil			
Setor Responsável: SAIS/DGC			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar as Regiões de Saúde nas ações de saúde na rede materno infantil – Rede Cegonha	Região de saúde apoiadas nas ações de saúde na rede materno infantil – Rede Cegonha	28	Quantitativo de regiões de saúde apoiadas
Qualificar profissionais de saúde na atenção materno infantil	Profissionais de saúde qualificados na atenção materno-infantil	1700	Quantitativo de profissionais qualificados
Implantar Fóruns Regionais da Rede Cegonha	Fóruns Regionais da Rede Cegonha implantados	19	Quantitativo de Fóruns implantados
Apoiar os Hospitais com vistas à adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC e da Mulher	Hospitais apoiados com vistas à adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC e da Mulher	4	Quantitativo de hospitais apoiados
Apoiar os Postos de Coleta de Leite Humano no processo de implantação	Postos de Coleta de Leite Humano apoiados no processo de implantação	4	Quantitativo de Postos de Coleta de Leite Humano apoiados
Elaborar a Política de Parto Normal de baixo Risco	Política de Parto Normal de baixo Risco elaborada	1	Quantitativo de Política elaborada
Aparelhar Unidade de Saúde da Rede Cegonha	Unidade de saúde aparelhada	200	Quantitativo de unidades aparelhadas

Meta: Apoiar a ampliação em 10% do número de procedimentos ambulatoriais do SUS realizados pelos serviços habilitados na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no estado da Bahia			
Iniciativa: Implementar ações da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)			
Setor Responsável: SAIS/ DGC			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar institucionalmente os municípios para implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)	Municípios com apoio institucional para implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)	23	Quantitativo de Municípios apoiados
Qualificar profissionais para atenção às pessoas com Deficiência	Profissionais de saúde qualificados para atenção às pessoas com Deficiência	1.300	Quantitativo de profissionais qualificados
Credenciar hospitais do SUS para cirurgia de reversão de ostomias	Hospital da Rede SUS-BA credenciado por abrangência de NRS para cirurgia de reversão de ostomias	3	Quantitativo de hospitais da Rede SUS-BA credenciados
Implantar Serviço Estadual de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)	Serviço Estadual de Atenção à Pessoa com TEA, docente assistencial implantado	1	Serviço Estadual de Atenção à Pessoa com TEA, implantado
Iniciativa: Conceder órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e bolsas de ostomias			
Setor Responsável: SAIS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Conceder órteses, Próteses, meios auxiliares de locomoção e bolsas de ostomia	Órteses, Próteses, meios auxiliares de locomoção e bolsas de ostomia concedidas.	820.000	Quantitativo de Órteses, Próteses, meios auxiliares de locomoção e bolsas de ostomia concedidas.

Meta: Apoiar a ampliação em 40 o número de municípios do estado desenvolvendo serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)			
Iniciativa: Estruturar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)			
Setor Responsável: SAIS/ DGC			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Cofinanciar o CAPS III e CAPS AD III	CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento	13	Quantitativo de CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento
Apoiar os municípios da Rede de Atenção Psicossocial	Municípios com apoio institucional para implementação da RAPS	40	Quantitativo de municípios com apoio institucional
Qualificar profissionais para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	Profissionais qualificados para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	1.350	Quantitativo de profissionais qualificados
Promover ações de Desinstitucionalização em Hospitais Psiquiátricos	Hospital Psiquiátrico, no Estado, com ações de Desinstitucionalização promovidas	04	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida
Implantar Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	Hospital Geral com Leitos de Saúde Mental implantados	06	Quantitativo de leitos de Saúde Mental implantados
Manter em funcionamento CAPS AD Estadual	CAPS AD Estadual, docente-assistencial, em funcionamento	1	Manutenção do CAPS AD Estadual realizada
Implantar Serviço Residencial Terapêutico (SRT) estadual	Serviço Estadual de SRT implantado	2	Quantitativo de Serviços Estaduais de SRT implantado
Implantar Centro de Atenção Psicossocial	Centro de Atenção Psicossocial implantado	04	Quantitativo de Centros Psicossociais implantados

Meta: Apoiar na Implantação de 05 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)			
Iniciativa: Organizar a Rede Estadual para prevenção diagnóstico e tratamento do Câncer			
Setor Responsável: SAIS/DGC			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Implantar Serviço de Atenção Especializada em oncologia	Serviços de Atenção Especializada em oncologia implantados	15	Quantitativo de serviços implantados
Monitorar os Serviços de Atenção Especializada em Oncologia que estão em funcionamento	Serviço de Atenção Especializada em Oncologia em funcionamento monitorados	25	Quantitativo de serviços monitorados
Aprovar Plano de Atenção ao Paciente com Câncer	Plano de Atenção ao Paciente com Câncer aprovado	1	Quantitativo de planos aprovados
Monitorar o Plano de Atenção ao Paciente com Câncer	Plano de Atenção ao Paciente com Câncer monitorado	1	Monitoramento do plano realizado

Meta: Apoiar 417 municípios para desenvolver ações de saúde na atenção à mulher, homem, criança, adolescente e jovem e idoso			
Iniciativa: Apoiar municípios para desenvolver ações de saúde por ciclo de vida e gênero			
Setor Responsável: SAIS/DGC			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar institucionalmente os Municípios no desenvolvimento das ações de saúde por ciclo de vida e gênero	Municípios apoiados no desenvolvimento das ações de saúde por ciclo de vida e gênero	417	Quantitativo de municípios apoiados
Qualificar profissionais de saúde na atenção à saúde por ciclo de vida e gênero	Profissionais de saúde qualificados na atenção à saúde por ciclo de vida e gênero	1200	Quantitativo de profissionais de saúde qualificados
Aprovar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher aprovada	1	Quantitativo de políticas aprovadas
Aprovar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa	Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa aprovada	1	Quantitativo de políticas aprovadas
Apoiar e monitorar as Unidades de Saúde na atenção à Pessoas em Situação de Violência Sexual	Unidades de Saúde apoiadas e monitorada na atenção à Pessoas em Situação de Violência Sexual	20	Quantitativo de unidades de saúde monitoradas

Meta: Apoiar a ampliação de 13 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) em funcionamento			
Iniciativa: Desenvolver ações para a organização da Rede de Atenção às Urgências			
Setor Responsável: SAIS/DAE			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Funcionamento de novas UPAS	Novas UPAS em funcionamento	49	Quantitativo de novas UPAS em funcionamento
Acompanhar as UPAS 24 h em funcionamento	UPAS 24 h em funcionamento e acompanhadas	79	Quantitativo de UPAS 24 h em funcionamento
Implantar salas de telemedicina nas unidades de saúde da rede de urgência	Salas de telemedicina implantadas nas unidades de saúde da rede de urgência	52	Quantitativo de salas implantadas
Articular os Distritos Sanitários de Salvador com os pontos de Atenção da Rede de Urgência	Distritos Sanitários de Salvador com pontos de Atenção da Rede de Urgência articulado	12	Quantitativo de Distritos Sanitários com pontos de atenção articulados
Apoiar municípios para a implementação das UPAS habilitadas	Municípios apoiados para a implementação das UPAS	61	Quantitativo de municípios apoiados

Meta: Ampliar 05 Unidades da Rede Materno Infantil			
Iniciativa: Ampliar Unidades da Rede Materno Infantil			
Setor Responsável: CEIRF			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Ampliar de Unidade da Rede Materno Infantil	Unidade de saúde ampliada	06	Quantitativo de Unidades de Saúde Materno Infantil ampliada

Meta: Reformar 06 Unidades da Rede Materno Infantil			
Iniciativa: Reformar Unidades da Rede Materno Infantil			
Setor Responsável: CEIRF			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Reformar Unidade da Rede Materno Infantil	Unidade de Saúde reformada	06	Quantitativo de Unidades de Saúde reformadas

Meta: Implantar 01 Maternidade			
Iniciativa: Implantar Maternidade			
Setor Responsável: CEIRF			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Construir Unidade de Saúde Materno Infantil	Unidade da Rede Materno Infantil construída	01	Quantitativo de Unidade Materno Infantil construída

Meta: Elaborar 02 estudos de Linhas de Cuidado e modelagem das Redes de Saúde da Região Metropolitana de Salvador			
Iniciativa: Elaborar estudos de Linhas de Cuidado e modelagem das Redes de Saúde da Região Metropolitana de Salvador			
Setor Responsável: PROSUS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar estudos de linha de cuidado e modelagem das redes de Saúde	Estudo de Saúde realizado	02	Quantitativo de estudos de saúde realizados

6.2.1.5 Compromisso 5 – Promover a equidade e a humanização no cuidado à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas

Busca-se, com esse compromisso, a formulação e implementação de políticas voltadas para promoção da equidade e a humanização no cuidado integral à saúde dos segmentos populacionais estratégicos e em situações de maior vulnerabilidade social ou sanitária, tais como: negros, quilombolas, indígenas, assentados, acampados, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBTT), populações do sistema prisional, entre outras.

Desta forma, contemplam-se os problemas e as capacidades dos diferentes grupos e usuários, identificando e reconhecendo as desigualdades sociais a que estão submetidos, o seu perfil epidemiológico quanto à vulnerabilidade, riscos e danos, assim como suas possibilidades de resiliência, com garantia e ampliação dos direitos à saúde.

Meta: Apoiar os 417 municípios no desenvolvimento de ações para o cuidado à saúde das populações: negra, indígenas, quilombolas, pescadores artesanais, situação de rua, privada de liberdade, LGBT, cigana e assentado, pessoa com albinismo e com doença falciforme			
Iniciativa: Apoiar tecnicamente os municípios no desenvolvimento de ações de atenção à saúde das Populações: Negra, Indígenas, Quilombolas, Campo, Florestas e Águas, Situação de Rua, Privada de Liberdade, LGBT, Cigana e Assentado, Pessoa com Albinismo e com Doença Falciforme			
Setor Responsável: SAIS/DGC			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Desenvolver ações de qualificação nos municípios para seus profissionais de saúde e gestores na Atenção à saúde dos Povos Indígenas	Municípios com profissionais de saúde e gestores qualificados na Atenção à saúde dos Povos Indígenas	31	Quantitativo de municípios com profissionais de saúde e gestores qualificados
Diagnosticar o estado de saúde da população Indígena na Bahia	Diagnóstico do estado de saúde da população Indígena na Bahia realizado	1	Quantitativo de Diagnósticos do estado de saúde da população Indígena na Bahia realizados
Qualificar profissionais de saúde na atenção à saúde integral da população LGBT	Profissionais de saúde qualificados na atenção à saúde integral da população LGBT	200	Quantitativo de Profissionais de saúde qualificados na atenção à saúde integral da população LGBT
Apoiar o Ambulatório Transexualizador no processo de habilitação	Ambulatório Transexualizador apoiado no processo de habilitação	2	Quantitativo de Ambulatórios Transexualizadores apoiados
Apoiar os Municípios no cuidado à saúde das populações: Negra, Indígenas, Quilombolas, Campo, Florestas e Águas, Situação de Rua, Privada de Liberdade, LGBT, Cigana e Assentado, Pessoa com Albinismo e com Doença Falciforme.	Municípios apoiados no cuidado à saúde das populações: Negra, Indígenas, Quilombolas, Campo, Florestas e Águas, Situação de Rua, Privada de Liberdade, LGBT, Cigana e Assentado, Pessoa com Albinismo e com Doença Falciforme.	417	Quantitativo de municípios apoiados no cuidado à saúde das populações: Negra, Indígenas, Quilombolas, Campo, Florestas e Águas, Situação de Rua, Privada de Liberdade, LGBT, Cigana e Assentado, Pessoa com Albinismo e com Doença Falciforme.
Desenvolver ações de qualificação nos municípios para seus Profissionais na temática da população negra	Municípios com profissionais qualificados na temática da população negra.	417	Quantitativo de municípios com profissionais qualificados na temática da população negra.
Qualificar trabalhadores do SUS na atenção às pessoas com doença falciforme.	Trabalhadores do SUS qualificados na atenção às pessoas com doença falciforme.	800	Quantitativo de trabalhadores do SUS qualificados na atenção às pessoas com doença falciforme.
Qualificar trabalhadores do SUS na atenção às pessoas com albinismo.	Trabalhadores do SUS qualificados na atenção às pessoas com albinismo.	500	Quantitativo de trabalhadores do SUS qualificados na atenção às pessoas com albinismo.
Qualificar as Maternidades para Atenção à Mulher com Doença Falciforme.	Maternidades qualificadas na Atenção à Mulher com Doença Falciforme.	25	Quantitativo de maternidades qualificadas na Atenção à Mulher com Doença Falciforme.
Qualificar Municípios para atenção à população em situação de rua.	Municípios qualificados na atenção à população em situação de rua.	5	Quantitativo de municípios qualificados na atenção à população em situação de rua.

Iniciativa: Apoiar tecnicamente os municípios para a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – PNAISP			
Setor Responsável: SAIS/DGC			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar os Municípios no processo de habilitação das equipes de saúde prisional no sistema penitenciário	Municípios apoiados no processo de habilitação das equipes de saúde prisional no sistema penitenciário	14	Quantitativo de municípios apoiados no processo de habilitação das equipes de saúde prisional no sistema penitenciário
Apoiar aos Municípios no processo de habilitação das equipes de saúde da atenção básica para atendimento à pessoa privada de liberdade em Complexo de Delegacias	Municípios apoiados no processo de habilitação das equipes de saúde da atenção básica para atendimento à pessoa privada de liberdade em Complexo de Delegacias	30	Quantitativo de municípios apoiados no processo de habilitação das equipes de saúde da atenção básica para atendimento à pessoa privada de liberdade em Complexo de Delegacias
Implantar equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com Lei – EAP	Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com Lei – EAP implantadas	2	Quantitativo de equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com Lei – EAP implantadas

Meta: Intermediar a oferta de serviços de saúde aos 9.500 internos do sistema prisional			
Iniciativa: Manter em funcionamento oferta dos serviços de saúde às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional			
Setor Responsável: Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização – SEAP			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Manter o Hospital de Custódia e Tratamento em funcionamento	Hospital de Custódia e Tratamento funcionando	1	Quantitativo de Unidades funcionando
Manter as unidades de saúde prisional em funcionamento	Unidades de saúde prisional funcionando	16	Quantitativo de unidades funcionando
Manter a Central Médica Penitenciária em funcionamento	Central Médica Penitenciária funcionando	1	Quantitativo de Unidades funcionando

Meta: Implantar 01 Centro Estadual de Referência em Atenção às Pessoas com Doença Falciforme			
Iniciativa: Implantar Centro Estadual de Referência em Atenção às Pessoas com Doença Falciforme			
Setor Responsável: CEIRF / SAIS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Implantar Centro Estadual de Referência em Atenção à Pessoa com doença falciforme	Centro Estadual de referência implantado	01	Quantitativo de Centro Estadual de referência em Atenção às Pessoas com Doença Falciforme implantado

6.2.1.6 Compromisso 6 – Fortalecer a gestão da assistência farmacêutica assegurando o acesso aos medicamentos e apoiando a produção de insumos estratégicos para a saúde

O compromisso busca garantir à população baiana o acesso a medicamentos essenciais em todos os níveis de atenção à saúde, o atendimento humanizado nos serviços farmacêuticos, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria farmacêutica pública local. Tem como eixos estratégicos orientadores da assistência farmacêutica estadual o fortalecimento da gestão; a qualificação do acesso a medicamentos; a promoção do uso racional de medicamentos; e o apoio à pesquisa científica, o desenvolvimento tecnológico e a produção de medicamentos e insumos.

Os projetos da assistência farmacêutica são formados por ações que direcionam os recursos em prol da execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, sob responsabilidade do estado, possibilitando o apoio institucional e técnico científico aos municípios e o cumprimento da contrapartida financeira. Além disto, há uma previsão de ampliação do Programa Farmácia da Bahia, mediante implantação de 50 novas unidades, qualificando os serviços farmacêuticos nos municípios baianos que forem contemplados com o programa. Para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, há uma previsão de incremento de 10% anuais na oferta de tratamento medicamentoso aos usuários do SUS com base nos critérios definidos na Portaria GM/MS nº 1.554/2013 e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

Meta: Atender os municípios, trimestralmente, com o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, com 6.672 unidades de medicamentos e insumos			
Iniciativa: Desenvolver ações do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.			
Setor Responsável: SAFTEC/DASF			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Atender aos municípios com medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, trimestralmente.	Atendimento trimestral aos municípios fornecendo medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.	6.672	Quantitativo de atendimento aos municípios de medicamentos e insumos Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Meta: Ampliar em 10% o acesso aos tratamentos medicamentosos do Componente Especializado			
Iniciativa: Disponibilizar medicamentos e nutracêuticos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.			
Setor Responsável: SAFTEC/DASF			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Distribuir tratamentos medicamentosos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.	Tratamentos medicamentosos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica distribuídos.	4.656.000	Quantitativo de tratamentos medicamentosos do Componente Especializado disponibilizados

Meta: Implantar 50 unidades do Programa Farmácia da Bahia			
Iniciativa: Implantar 50 unidades do Programa farmácia da Bahia			
Setor Responsável: SAFTEC/DASF			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Qualificar dos serviços de assistência Farmacêutica municipal mediante a implantação de uma unidade do programa Farmácia da Bahia, por município selecionado	Unidade do programa Farmácia da Bahia implantada.	50	Quantitativo de unidades implantadas com alvará sanitário emitido

Meta: Desenvolver 5 ações de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica.			
Iniciativa: Desenvolver ações de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica.			
Setor Responsável: SAFTEC/DASF			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Estruturar física e operacionalmente os serviços de assistência Farmacêutica da FIMAE (Farmácia Integrada de Medicamentos da Atenção Especializada)	FIMAE estruturada em <i>layout</i> , equipamentos de informática e material permanente	100%	FIMAE estruturada
Estruturar os serviços da Assistência Farmacêutica nas regiões de saúde	Unidades de dispensação de medicamentos nas Regiões de Saúde estruturadas, física e operacionalmente	28	Quantitativo de Unidades de Assistência Farmacêutica estruturadas física e operacionalmente
Reestruturar a Central Farmacêutica da Bahia (CEFARBA)	CEFARBA reestruturada	1	CEFARBA reestruturada
Realizar capacitação para qualificação dos serviços farmacêuticos.	Ações de capacitação realizadas	4	Quantitativo de Unidades funcionando com ações de capacitação realizadas
Qualificar o gerenciamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica	Unidades do CEAF com os módulos de dispensação e faturamento de medicamentos implantados	28	Quantitativo de Unidades CEAF com os módulos de dispensação e faturamento de medicamentos implantados

Meta: Implantar 65% das linhas de produção de insumos estratégicos para a saúde			
Iniciativa: Implantar laboratório de produção de insumos estratégicos para a saúde com incentivo à pesquisa e desenvolvimento.			
Setor Responsável: SAFTEC/DASF			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Implantar linha produtiva de sólidos orais	50% da linha de sólido oral implantada	50%	Percentual de implantação executada
Implantar linha produtiva de kit rápido diagnóstico	80% da linha de kit rápido de diagnóstico implantada	80%	Percentual de implantação executada

6.2.1.7 Compromisso 7 – Fortalecer a Rede de Hematologia e Hemoterapia do Estado da Bahia para atender a demanda do SUS-BA

Objetiva-se, para esse compromisso, o fortalecimento da Rede de Hematologia e Hemoterapia do Estado da Bahia para que sejam executadas as ações das políticas públicas relativas à especialidade por meio do órgão executor (Hemoba). As ações visam garantir o fornecimento de hemocomponentes com qualidade e quantidade suficiente para o atendimento da demanda de toda a rede pública do Estado da Bahia, além de oferecer serviços como: doação de sangue, cadastro de doadores de medula óssea, atendimento a pacientes com doenças hematológicas benignas e atividades de educação permanente para profissionais da área, dentre outras.

Meta: Construir 05 Unidades Hematológicas/Hemoterápicas			
Iniciativa: Construir Unidades Hematológicas/Hemoterápicas			
Setor Responsável: Hemoba/Sesab			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Construir Unidades Hematológicas/Hemoterápicas	Unidades Hematológicas/Hemoterápicas construídas	5	Quantitativo de Unidades Hematológicas/Hemoterápicas construídas

Meta: Adquirir 02 Unidades de Coleta Móveis			
Iniciativa: Adquirir Unidades de Coleta Móveis			
Setor Responsável: Hemoba/Sesab			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Adquirir Unidades de Coleta Móveis	Unidades de Coleta Móveis adquiridas	02	Quantitativo de Unidades de Coleta Móveis adquiridas

Meta: Produzir 960.000 bolsas de hemocomponentes			
Iniciativa: Produzir bolsas de hemocomponentes			
Setor Responsável: Hemoba/Sesab			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Produzir bolsas de hemocomponentes	Bolsas de hemocomponentes produzidas	960.000	Quantitativo de Bolsas de hemocomponentes produzidas

Meta: Realizar 480.000 atendimentos ambulatoriais para portadores de doenças hematológicas benignas			
Iniciativa: Realizar atendimentos ambulatoriais para portadores de doenças hematológicas benignas			
Setor Responsável: Hemoba/Sesab			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar atendimentos ambulatoriais para portadores de doenças hematológicas benignas	Atendimentos ambulatoriais realizados	480.000	Quantitativo de Atendimentos ambulatoriais realizados

Meta: Captar 696.000 Candidatos à doação de sangue			
Iniciativa: Disseminar a cultura da doação voluntária de sangue			
Setor Responsável: Hemoba/Sesab			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Disseminar a cultura da doação voluntária de sangue	Candidatos à doação de sangue captados	696.000	Quantitativo de Candidatos à doação de sangue captados

Meta: Gerenciar o funcionamento de 31 Unidades da Rede Hematológica/Hemoterápica			
Iniciativa: Gerenciar o funcionamento de Unidade da Rede Hematológica/Hemoterápica			
Setor Responsável: Hemoba/Sesab			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Gerenciar o funcionamento de Unidades da Rede Hematológica/Hemoterápica	Unidades da Rede Hematológica/ Hemoterápica em funcionamento	31	Quantitativo de Unidades da Rede Hematológica/ Hemoterápica em funcionamento

Meta: Aparelhar 29 Unidades hematológicas/Hemoterápicas			
Iniciativa: Aparelhar Unidades hematológicas/Hemoterápicas			
Setor Responsável: Hemoba/Sesab			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Aparelhar Unidades Hematológicas/Hemoterápicas	Equipamentos/ Materiais Permanentes adquiridos	240	Quantitativo de Equipamentos/ Materiais Permanentes adquiridos

Meta: Requalificar a Rede Física das 08 Unidades Hematológicas/Hemoterápicas			
Iniciativa: Requalificar a Rede Física das Unidades Hematológicas/Hemoterápicas			
Setor Responsável: Hemoba/Sesab			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Requalificar a rede física das Unidades Hematológicas/ Hemoterápicas	Unidades Hematológicas/ Hemoterápicas requalificadas	08	Quantitativo de Unidades Hematológicas/ Hemoterápicas requalificadas

Meta: Ampliar em 04 a frota de veículos			
Iniciativa: Ampliar a frota de veículos			
Setor Responsável: Hemoba/Sesab			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Ampliar a frota de veículos	Veículos da Hemoba adquiridos	04	Quantitativo de veículos da Hemoba adquiridos

Meta: Promover 160 eventos de capacitação para profissionais da Rede Hematológica/Hemoterápica			
Iniciativa: Promover eventos de capacitação para profissionais da Rede Hematológica/Hemoterápica			
Setor Responsável: Hemoba/Sesab			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Promover eventos de capacitação para profissionais da Rede Hematológica/ Hemoterápica	Eventos de capacitação realizados	160	Quantitativo de Eventos de capacitação realizados

6.2.1.8 Compromisso 8 – Fortalecer a gestão do trabalho e educação na saúde, valorizando o trabalho e o trabalhador do SUS-BA

Reafirma-se, no compromisso 8, a importância de promover mudanças quantitativas e qualitativas na formação dos trabalhadores de saúde de modo a contribuir com a melhoria da gestão e do cuidado pautados nos princípios e diretrizes do SUS, por meio da implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, aliada à PNH, para reorientar o sistema e os serviços, segundo a lógica da promoção da saúde.

Meta: Consolidar estratégias de gestão do trabalho em 100% das unidades de saúde da Secretaria de Saúde da Bahia			
Iniciativa: Aperfeiçoar a regulamentação e a execução dos Planos de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) por meio de processos democráticos de negociação.			
Setor Responsável: SUPERH/ DGTES			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Executar as ações previstas nos Planos de Cargos, Carreiras e Vencimento (PCCV) instituídos na Sesab	Ações previstas nos PCCV's executadas	3	Quantitativo de ações previstas nos PCCV's, executadas.
Iniciativa: Consolidar a humanização dos processos e das condições de trabalho bem com a saúde do trabalhador			
Setor Responsável: SUPERH/DGTES			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Implantar Serviços de Atenção integral à Saúde do Trabalhador (SIAS) nas unidades com mais 200 trabalhadores	SIAS implantado	100%	Percentual de SIAS implantado
Definir Trabalhador de referência nas unidades com menos de 200 trabalhadores	Trabalhador de referência definido	100%	Percentual de trabalhador de referência definido
Implantar Comissão local de Saúde do Trabalhador (CLST) nas unidades	CLST implantada	100%	Percentual de implantação de CLST
Implantar ações de humanização em Unidades da Sesab	Unidades da Sesab, sob gestão direta com dispositivos da humanização implantados.	100%	Percentual de unidades da Sesab, sob gestão direta com dispositivos da humanização implantados
Implantar o Programa PermanecerSUS em unidades assistenciais da Sesab	Unidades assistenciais da Sesab com Programa PermanecerSUS implantado.	100%	Percentual de unidades assistenciais da Sesab com Programa PermanecerSUS implantado.

Meta: Qualificar 53.200 trabalhadores, gestores, residentes e estudantes da formação técnica, pós-técnica, graduação e pós-graduação em saúde.			
Iniciativa: Ordenar o Processo de Formação Técnica e qualificação dos trabalhadores do SUS-BA			
Setor Responsável: SUPERH/ EFTS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Formar trabalhadores de nível médio e pós-médio na área da saúde em cursos de atualização, aperfeiçoamento, habilitação técnica e especialização técnica desenvolvidos pela EFTS	Estudantes/ trabalhadores de nível médio e pós médio na área da saúde qualificados	2800	Quantitativo de Estudantes/ trabalhadores de nível médio e pós médio na área da saúde qualificados
Qualificar estudantes da formação técnica que cumprem seus estágios na Rede SUS_BA regulados pela EFTS na modalidade estágio supervisionado obrigatório	Estudantes qualificados e regulados	3200	Quantitativo de Estudantes qualificados e regulados

Iniciativa: Ordenar o Processo de graduação, pós-graduação e dos programas de residência em rede SUS-BA			
Setor Responsável: SUPERH/EFTS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Qualificar residentes e trabalhadores nos Programas de Residência Médica e Multiprofissional implantados nos estabelecimentos de saúde da rede SUS-BA	Residentes e trabalhadores qualificados	22 000	Quantitativo de residentes qualificados
Qualificar trabalhadores que atuam na Rede-SUS BA em cursos de pós graduação, aperfeiçoamento e atualização	Trabalhadores qualificados	6000	Quantitativos de trabalhadores qualificados
Organizar os campos de práticas da Rede- SUSBA e regular as vagas para os estágios obrigatórios	Campos de práticas da Rede-SUSBA organizados e vagas para os estágios obrigatórios reguladas	36000	Quantitativo de campos de práticas da Rede-SUSBA organizados e vagas para os estágios obrigatórios reguladas
Qualificar estudantes de graduação que cumprem seus estágios na Rede SUSBA nos Programas de Estágio Não Obrigatórios	Estudantes de graduação que cumprem seus estágios na Rede SUSBA nos Programas de Estágio Não Obrigatórios qualificados	1200	Quantitativo de Estudantes de graduação que cumprem seus estágios na Rede SUSBA nos Programas de Estágio Não Obrigatórios qualificados

Meta: Regionalizar estratégias de gestão do trabalho e educação em saúde em 28 regiões de saúde			
Iniciativa: Implantar nas regiões de saúde estratégias de gestão do trabalho e educação em saúde			
Setor Responsável: SUPERH/DGETS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar apoio institucional às regiões pelas diretorias da Superintendência de Recursos Humanos e/ou Ofertar processos formativos/ educativos/ qualificação às regiões pelas Escolas do SUS	Regiões de saúde com ações de gestão do trabalho e educação na saúde implantadas.	28	Quantitativo de Regiões de saúde com ações de gestão do trabalho e educação na saúde implantadas.

Meta: Assegurar a administração de pessoal e encargos do grupo ocupacional de saúde em 31 unidades de saúde da rede própria sob administração direta			
Iniciativa: Assegurar a administração de pessoal e encargos do grupo ocupacional de saúde das unidades de saúde da rede própria sob administração direta			
Setor Responsável: SUPERH/ DARH			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar as atividades de administração de pessoal e encargos para todos os servidores civil ativo da Sesab	Servidores civis ativo com as atividades de administração de pessoal e encargos realizados	100%	Quantitativo de Servidores civil ativo com as atividades de administração de pessoal e encargos realizados

6.2.1.9 Compromisso 9 – Fortalecer a capacidade de gestão estadual do SUS, qualificando as ações de sistematização, monitoramento e fiscalização, ampliando os canais de diálogo com a sociedade e o exercício do controle social

Pretende-se, no compromisso 9, contribuir com o aperfeiçoamento da gestão do sistema, pautado no desenvolvimento de processos de planejamento, com base nas necessidades de saúde da população, na organização de serviços, no planejamento regional integrado, por intermédio das comissões intergestores regionais, como espaço privilegiado de pactuações territoriais.

Além disso, é fundamental o fortalecimento da auditoria do SUS, do monitoramento e avaliação dos processos de planejamento, das ações desenvolvidas e dos resultados alcançados contribuindo para a transparência da gestão do sistema.

Aliados a esses processos, busca-se, também, fortalecer a participação e o controle social no Estado, consolidando a relação com a sociedade por meio dos conselhos de saúde, bem como a implementação de mecanismos mais eficazes de gestão estratégica e participativa.

Meta: Promover a elaboração e monitoramento de 26 instrumentos do sistema de Planejamento da Gestão do SUS Ba			
Iniciativa: Aprimorar os processos de planejamento da Gestão do SUS Bahia			
Setor Responsável: APG/GASEC			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar o fortalecimento dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS nos municípios	Municípios apoiados quanto aos instrumentos de planejamento e gestão	417	Quantitativo de municípios apoiados
Elaborar e aprimorar os instrumentos de planejamento e gestão do SUS	Instrumentos de planejamento e gestão do SUS aprimorados	26	Quantitativo de instrumentos de planejamento e gestão aprovados

Meta: Realizar 1.160 reuniões de pactuações interfederativas			
Iniciativa: Desenvolver ações para o fortalecimento do planejamento regional integrado e dos espaços de negociação e pactuação de gestores			
Setor Responsável: APG/GASEC			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Apoiar o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite – CIB	10 reuniões anuais	40	Quantitativo de reuniões realizadas
Apoiar o funcionamento das Comissões Intergestores Regionais – CIR	280 reuniões anuais	1120	Quantitativo de reuniões realizadas
Realizar a Pactuação dos Indicadores de Saúde	09 seminários Macrorregionais	36	Quantitativo de seminários realizados
Elaborar a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – PGASS, Fase I	28 oficinas regionais	28	Quantitativo de oficinas realizadas
Elaborar Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – PGASS, Fase II, III e IV	28 oficinas regionais	28	Quantitativo de oficinas realizadas
Realizar a Repactuação da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – PGASS	28 oficinas regionais	56	Quantitativo de oficinas realizadas

Meta: Auditar 1.800 ações, serviços, programas, sistemas e aplicação de recursos do SUS no âmbito do estado da Bahia.			
Iniciativa: Desenvolver ações de fiscalização, controle, avaliação contábil, financeira, orçamentária, patrimonial e operacional das ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS-BA			
Setor Responsável: AUDITORIA SUS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Realizar Auditoria do Sistema Único de Saúde – SUS-Bahia	Auditoria de saúde realizada	1.800	Quantitativo de auditorias realizadas

Meta: Implantar e monitorar sistemas de controle de custo em 30 hospitais da rede própria			
Iniciativa: Qualificar a alocação de recursos utilizando a análise econômica dos custos e gastos com ações e serviços de saúde			
Setor Responsável: SAFTEC/ECONOMIA DA SAÚDE			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Monitorar custos e gastos em Unidade de saúde	Unidade de Saúde com sistema de custo monitorado	30	Quantitativo de Unidades de Saúde com sistema de custo monitorado

Meta: Ampliar em 112 o Serviço da Ouvidoria do SUS Ba			
Iniciativa: Desenvolver ações para o fortalecimento da Ouvidoria SUS Ba			
Setor Responsável: OUVIDORIA SUS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Implantar Ouvidorias do SUS nos municípios do Estado	Secretarias Municipais da Saúde com Ouvidorias do SUS implantadas	83	Quantitativo de Secretarias Municipais com ouvidorias do SUS implantadas
Implantar Ouvidorias nas Unidades da Rede Sesab	Unidades da Rede Sesab com Ouvidoria implantada	29	Quantitativo de Unidades da Rede Sesab com ouvidorias do SUS implantadas
Implementar as Ouvidorias da Rede SUS Bahia	Ouvidorias da Rede SUS Bahia capacitadas e monitoradas	112	Quantitativo de Ouvidorias da Rede SUS Bahia capacitadas e monitoradas

Meta: Qualificar 100% das instâncias de controle social (Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e Conferências de Saúde)			
Iniciativa: Garantir o pleno funcionamento das instâncias de controle social			
Setor Responsável: Conselho Estadual de Saúde – CES			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Garantir o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde	Conselho Estadual de Saúde em funcionamento	01	Quantitativo de Conselhos Estaduais de Saúde em funcionamento
Apoiar a capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde	Conselhos Municipais com conselheiros capacitados	50%	Percentual de conselhos municipais com conselheiros capacitados.
Apoiar tecnicamente a realização das Conferências Municipais de Saúde.	Conferências Municipais de Saúde apoiadas.	417	Quantitativo de Conferências Municipais apoiadas
Realizar a Conferência Estadual de Saúde	Conferência Estadual de Saúde realizada	01	Quantitativo de Conferência Estadual de Saúde Realizada

Meta: Visitar 100% das unidades da Rede Própria da Sesab			
Iniciativa: Desenvolver e difundir boas práticas que contribuam para a atuação funcional			
Setor Responsável: CORREGEDORIA			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Difundir boas práticas na regulação da atuação funcional nas Unidades	Unidades com atuação funcional regulada	100%	Percentual de Unidades com atuação funcional regulada

Meta: Renovar em 35 a frota de veículo			
Iniciativa: Renovar a frota de veículo			
Setor responsável: DG			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Adquirir veículos	Veículos adquiridos	35	Quantitativo de veículos adquiridos

Meta: Gerenciar 01 Projeto de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador – PROSUS			
Iniciativa: Gerenciar o Projeto de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador – PROSUS			
Setor Responsável: Unidade Gestora de Projetos – PROSUS			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Gerenciar o Projeto de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador – PROSUS	Projeto Gerenciado	1	Quantitativo de projetos gerenciados

6.2.2 Programa Cidadania e Direitos

6.2.2.1 Compromisso compartilhado – Promover o acesso ao direito humano à alimentação adequada e saudável e a seguranças alimentar e nutricional às famílias em situação de vulnerabilidade e risco social

Meta: Apoiar os 417 municípios para a implementação da Política Estadual de Alimentação e Nutrição da Bahia (PEAN-BA) e Política Estadual de Segurança Alimentar (PESAN-BA)			
Iniciativa: Apoiar municípios para a implementação da Política Estadual de Alimentação e Nutrição da Bahia (PEAN-BA) e Política Estadual de Segurança Alimentar (PESAN-BA)			
Setor Responsável: SAIS/ DGC			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Fornecer incentivo financeiro aos municípios para a implantação/ implementação da PEAN-BA e PESAN-BA	Municípios com incentivo para implantação/ implementação da PEAN-BA e PESAN-BA	52	Quantitativo de municípios com incentivo para implantação/ implementação da PEAN-BA e PESAN-BA
Realizar apoio institucional aos municípios para implementação da PEAN-BA e PESAN-BA	Municípios apoiados na implementação da PEAN-BA e PESAN-BA	417	Quantitativo de municípios apoiados na implementação da PEAN-BA e PESAN-BA
Qualificar profissionais nas ações de alimentação e nutrição	Profissionais de saúde qualificados	940	Quantitativo de profissionais de saúde qualificados
Monitorar os municípios na cobertura das Condiionalidades de Saúde do PBF	Municípios monitorados por meio do Sistema de Gestão	417	Quantitativo de municípios monitorados por meio do Sistema de Gestão

6.2.3 Programa Gestão Participativa

6.2.3.1 Compromisso compartilhado – Disponibilizar a infraestrutura adequada para o funcionamento de edificações administrativas

Meta: Ampliar a infra estrutura física de 1 unidade administrativa			
Iniciativa: Ampliar a infra estrutura física de unidade administrativa			
Setor Responsável: CEIRF			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Ampliar edifício público	Edifício público ampliado	1	Quantidade de edifício público ampliado

Meta: Adequar a infra estrutura física de 1 unidade administrativa			
Iniciativa: Adequar a infra estrutura física de unidade administrativa			
Setor Responsável: CEIRF			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Recuperar edifício público	Edifício público ampliado	1	Quantidade de edifício público ampliado

6.2.3.2 Compromisso compartilhado – Intensificar o uso de tecnologia de Informação e Comunicação – TIC para facilitar o acesso à informação e qualificar a prestação de serviços públicos

Meta: Estruturar Unidades de Saúde da Rede Própria e Unidades Administrativas da Sesab com soluções tecnológicas na área da informação e comunicação			
Iniciativa: Estruturar Unidades de Saúde da Rede Própria e Unidades Administrativas da Sesab com soluções tecnológicas na área da informação e comunicação			
Setor Responsável: TIC			
Ações	Produtos	Meta até 2019	Indicador
Melhorar a infraestrutura tecnológica das unidades de saúde e da sede Sesab.	Unidades com infraestrutura tecnológica renovada	35	Quantitativo de Unidades com infraestrutura tecnológica renovada
Desenvolver e implantar ferramentas e sistemas de informação e comunicação	Unidades com ferramentas e sistemas de informação e comunicação implantadas	35	Quantitativo de unidades com ferramentas e sistemas de informação e comunicação implantadas
Aprimorar a gestão organizacional e tecnológica da Sesab	Unidades com ferramentas, técnicas, boas práticas e padrões de gestão em TIC e Segurança da Informação implantadas.	35	Quantidade de unidades com ferramentas, técnicas, boas práticas e padrões de gestão em TIC e Segurança da Informação implantadas.

A proposta apresentada para o monitoramento e avaliação do PES 2016-2019 parte do princípio de que é uma prática indispensável à gestão de programas governamentais, na medida em que contribuem para melhorar os seus resultados, apoiar o processo decisório e ampliar a transparência da execução das políticas públicas²⁴. É pertinente lembrar aspectos relacionados ao campo da avaliação em saúde, que tem se organizado na concepção de que avaliar é uma forma particular de julgamento e ferramenta de gestão compromissada com os processos de transformação social. Busca-se, também, a capacitação e a criação de uma massa crítica em avaliação, capaz de implantar e adequar propostas relacionadas àquela concepção, institucionalizando a avaliação como um processo contínuo e permanente²⁵.

É de suma importância, quando se trata de monitoramento e avaliação, atentar para a desarticulação entre os instrumentos de gestão do sistema e os instrumentos de planejamento e orçamento público. Como geralmente são elaborados com metodologias específicas e prazos divergindo na escala temporal, podem ocorrer deficiências no financiamento das ações planejadas.

No tocante à elaboração desses instrumentos, adotou-se uma metodologia que fortaleceu a articulação, minimizando as distorções e inconformidades no financiamento das ações planejadas. A metodologia e o instrumental de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde (PES) têm como foco os instrumentos que oferecem concretude ao processo de planejamento do SUS, estabelecidos pela Portaria MS nº 2.135/2013. Esses instrumentos são: Plano de Saúde (PS), que marca as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas; Programação Anual de Saúde (PAS), que operacionaliza as intenções descritas no Plano de Saúde; Relatório Anual de Gestão (RAG), que registra os resultados alcançados com a execução da PAS e norteia eventual redirecionamento; Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior, que é instrumento de prestação de contas do gestor do SUS referente a cada quadrimestre. Apesar de a Portaria nº 2.135/2013, do Ministério da Saúde, determinar que a apresentação dos instrumentos seja quadrimestral, ressalta-se que a necessidade de monitoramento e avaliação dos resultados de Saúde deve ser contínua.

A alternativa construída pelo Ministério da Saúde, em articulação com as Secretarias Estaduais e Municipais, tem se centrado na elaboração e implementação do Pacto de Indicadores. Este visa a práticas e percepções das distintas áreas técnicas envolvidas, por meio de um processo de trabalho que objetiva fortalecer a capacidade de gestão do sistema, com a esperada melhoria da qualidade dos serviços e ações de saúde.

Uma sistemática de monitoramento e avaliação envolve definições sobre os objetos que serão monitorados e avaliados; sobre os prazos e procedimentos de coleta, tratamento e disponibilização dos dados e informações sobre os sujeitos envolvidos; e sobre os instrumentos e formas de disponibilização das informações geradas. O monitoramento e a avaliação devem abranger objetos tanto do esforço quanto do resultado. Os objetos de esforço podem ser iniciativas (ações, projetos ou processos, inclusive de melhoria da gestão, por meio de seus indicadores de execução, excelência e economicidade, conforme o caso), estejam ou não dispostas em instrumentos de pactuação de resultados.

Usualmente, há três principais modalidades de avaliações:

- avaliação de esforço em períodos curtos (um a três meses);
- avaliação de esforços e resultados em períodos médios e;
- avaliação de resultados ao fim do ciclo avaliatório.

Os objetos do resultado são os elementos programáticos da agenda estratégica, sob a forma de objetivos e metas mobilizadoras (por meio de seus indicadores de efetividade, eficiência e eficácia, conforme o caso).

O Plano Estadual de Saúde apresenta um conjunto de indicadores que são classificados em duas categorias principais:

Indicadores universais (U) – Expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente;

Indicadores específicos (E) – Expressam as características epidemiológicas locais, de organização e de desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território.

Em articulação com os setores responsáveis e por meio das ações da APG, a rede PMA constitui-se em elemento-chave do desenho estratégico aqui proposto para o acompanhamento e avaliação do PES 2016-2019. Considera-se, para tal desenho, a utilização dos indicadores do PPA e a articulação das metas pactuadas e dos indicadores do SISPACTO no monitoramento e avaliação dos processos e resultados. Trabalhados de forma articulada durante o processo de elaboração das ferramentas de gestão de SUS (Plano Estadual de Saúde-PES, Programação Anual de Saúde – PAS e Relatório Anual de Gestão – RAG), podem contribuir para a tomada de decisão e ações corretivas para o aprimoramento da Gestão do SUS no Estado da Bahia. A sistematização destas informações fica a responsabilidade da APG com as informações geradas nos setores correspondentes.

Nesse contexto, ressalta-se a importância do RAG no processo de avaliação e monitoramento da Sesab, por apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS, o que auxilia na análise do processo geral de desenvolvimento do plano, já que registra os avanços obtidos, os obstáculos que requerem implementação de soluções, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser empreendidas para contornar ou superar os obstáculos existentes.

Indicadores selecionados pelas áreas técnicas da Sesab e do SISPACTO a serem utilizados no monitoramento e avaliação do PES 2016-2019:

TIPO	INDICADORES	REFERÊNCIA NORMATIVA
U	Taxa de mortalidade infantil	PACTO
U	Proporção de óbitos maternos investigados	PACTO
U	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	PACTO
U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	PACTO
U	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	PACTO
U	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	PACTO
U	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	PACTO
U	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	PACTO
U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	PACTO/PPA
U	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	PACTO
U	Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	PACTO
U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	PACTO
E	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes	PACTO
E	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	PACTO
E	Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	PACTO
U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	PACTO
U	Cobertura vacinal de Pentavalente em menores de 1 ano	PPA
E	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica	PPA
E	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	PACTO
E	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	PACTO
U	Proporção de parto normal	PACTO
U	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	PPA
E	Percentual de atendimento às solicitações de hemocomponentes recebidas pela Fundação Hemoba	PPA
E	Proporção de plano de saúde enviado ao conselho de saúde	PACTO

As modalidades de Monitoramento e Avaliação estabelecem a forma e o momento como os dados serão obtidos e disponibilizados. Levando em consideração a realidade específica da Sesab, propõem-se as seguintes modalidades de M&A:

– **Monitoramento da Execução das Ações** – Essa modalidade, com periodicidade mensal, é focada em esforços. Envolverá as equipes que estão diretamente relacionadas à implementação das ações. O monitoramento é mais processual, ou seja, dos esforços e dos marcos das ações (cumprimento das atividades de cada iniciativa) e terá como foco a articulação com o monitoramento de produtos das ações orçamentárias por meio de ferramenta institucionalizada pelo Estado por meio do FIPLAN e integram o processo de trabalho da APG, em articulação com a Rede PMA.

– **Avaliação dos Esforços e Resultados Intermediários – Quadrimestral** – de caráter mais abrangente, discutem-se tanto os esforços quanto os resultados intermediários e realiza reflexões mais profundas a respeito das causas do desempenho, tanto positivo quanto negativo.

Deve acompanhar o processo de elaboração do RAG quadrimestral, gerando, por intermédio dele, um Relatório Quadrimestral de Monitoramento e Avaliação das Metas, iniciativas e indicadores.

Como instrumentos de subsídio para a direcionalidade da avaliação quadrimestral, serão utilizados os quadros de síntese do acompanhamento da elaboração do relatório quadrimestral de monitoramento do PPA / PES e de elaboração do RAG. O encaminhamento às instâncias decisórias para a superação dos obstáculos identificados será realizado com a articulação entre APG e REDE PMA.

– **Avaliação dos Resultados Finais Anual** – a avaliação dos resultados finais será norteada, sobretudo, por: acompanhamento e avaliação dos indicadores selecionados, análises sobre a pertinência e coerência dos resultados programados e alcançados; justificativas sobre eventuais descumprimentos ou superações; e indicações para os ciclos avaliatórios subsequentes.

A duração proposta para cada ciclo de monitoramento e avaliação do PES 2016-2019 é de um ano, por meio da avaliação das Programações Anuais de Saúde, de forma conjunta com a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Ao final do quadriênio, será realizada a avaliação dos resultados finais do PES por meio da consolidação das avaliações anuais participativas.

A elaboração do Plano Estadual de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia desenvolve-se por meio de diversos atores, tempos e movimentos institucionais. Com base nesta proposta, espera-se obter maior assertividade metodológica, proporcionando aos diferentes atores articular e arquitetar processos e métodos de forma ordenada e sistemática.

Deseja-se que os debates produzidos com o PES 2016-2019 e seus ajustes possam tornar o documento um instrumento de uso contínuo a ser aperfeiçoado à luz das mudanças da realidade. Assim, espera-se que o envolvimento e o comprometimento de todos os envolvidos na construção das metas propostas neste PES seja um indutor para os resultados a serem alcançados e que impacte na qualidade de vida da população, proporcionando o aperfeiçoamento da Gestão do Sistema Estadual de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Almeida-Filho N, Paim JS. Análise de situação de saúde: o que é necessidades e problemas de saúde? In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 29-40.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030. Rio de Janeiro; 2013 ago. [citado 2015 set 16]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2016. Rio de Janeiro; 2010. [citado 2015 set 16]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Rio de Janeiro; 2010. [citado 2016 set 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
5. Morosini L. Reflexo das desigualdades e impactos na saúde. RADIS Comun Saúde. 2015;154.
6. Reis V. Nota técnica sobre microcefalia e doenças vetoriais relacionadas ao *Aedes aegypti*: os perigos das abordagens com larvicidas e nebulizações químicas – fumacê. Rio de Janeiro; 2015. [citado 2016 out 15]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/2016/02/nota-tecnica-sobremicrocefalia-e-doencas-vetoriais-relacionadas-ao-aedes-aegypti-os-perigosdas-abordagens-com-larvicidas-e-nebulizacoes-quimicas-fumace/>
7. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Situação epidemiológica da dengue, chikungunya e zika -Bahia, 2015. Salvador; 2015 [citado 2016 out 18]. Disponível em: http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/Boletim%20epidemiol%C3%B3gico%20n%C2%BA%2004%20dengue_chikungunya_zika_0.pdf

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2015.
9. Gansevoort RT, Correa-Rotter R, Hemmelgarn BR, Jafar TH, Heerspink HJ, Mann JF, et al. Chronic kidney disease and cardiovascular risk: epidemiology, mechanisms and prevention. *Lancet*. 2013;382:339-52.
10. Pan American Health Organization. Regional status report on alcohol and health in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2015.
11. Oliveira Junior A, Lima VCA. Segurança pública e racismo institucional. *Bol Análise Político-Institucional*. 2013 out;4(1):21-6.
12. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Taxa de homicídio de negros. Brasília; 2013. [citado 2016 out 6]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/131119_tx_homicidio_uf.pdf
13. Cardoso LGV, Melo APS, Cesar CC. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):809-20.
14. Oliveira VF, Alvez JS, Moraes ACS, Silva JC, Silva CSS, Nepomuceno FWAB, et al. Caracterização de pacientes com transtornos mentais atendidos no centro de atenção psicossocial em São Francisco do Conde – Bahia. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2014;13(3):204-11.
15. Bahia. Casa Civil. Lei n. 13.204, de 19 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Salvador; 2014. [citado 2016 out 16]. Disponível em: <http://www.secom.ba.gov.br/arquivos/File/LEI13204.pdf>

16. Bahia. Secretaria do Meio Ambiente. Assessoria de Planejamento e Gestão. Salvador; 2015. [citado 2016 out 2]. Disponível em: <http://www.meioambiente.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=300>
17. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado. Salvador; 2015. [citado 2016 out 20]. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp
18. Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília (DF); 2011. [citado 2016 out 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.390, de 30 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília (DF); 2013. [citado 2016 out 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília (DF); 2006. [citado 2016 out 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html
21. Bahia. Secretaria do Planejamento. PPA Participativo Bahia 2016-2019. Salvador; 2016. [citado 2016 out 2]. Disponível em: <http://www.ppaparticipativo.ba.gov.br/metodologia>

22. Garcia GYC, Santos DN, Machado DB. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(12):2649-54.
23. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF); 2014. [citado 2016 out 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
24. Bahia. Secretaria do Planejamento. Home page. Salvador; 2016. [citado 2016 set 19]. Disponível em: www.seplan.ba.gov.br
25. Souza SMPS, Alves MTSSB, Coimbra LC, Lima VFSA, Silva RA, Guilhon MVM et al. Monitoramento e avaliação em saúde: um relato de experiência. Trabalho apresentado na III Jornada Internacional de Políticas Públicas, Questão social e Desenvolvimento no Século XXI, São Luiz, MA; 2007, ago 28 a 30. [citado 2016 set 10]. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/mesas/trabalho__Mesa_coordenada__Saude_tereza_liberata_americo_r.pdf



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2016-2019