

ISSN 0100-0233
ISSN (online) 2318-2660

Revista Baiana de Saúde Pública

v. 44 supl. 1 2020

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 – Secretário da Saúde

ENDEREÇO • Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Address 4ª Avenida, n. 400 – Plataforma 6, Lado B, 4º andar, Sala 400
Dirección Centro de Atenção à Saúde (CAS) – Av. Antônio Carlos Magalhães
Parque Bela Vista, Salvador – Bahia – Brasil
CEP 40.301-155
E-mail: rbps.saude@saude.ba.gov.br
<http://rbps.sesab.ba.gov.br>

EDITORA GERAL • Marcele Carneiro Paim – ISC – Salvador (BA)
General Publisher
Editora General

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

EDITORES ASSOCIADOS • Edivânia Lucia Araujo Santos Landim – Suvisa/Sesab – Salvador (BA)
Associated Editors Eduardo Luiz Andrade Mota – ISC/UFBA
Editores Asociados Joana Angélica Oliveira Molesini – SESAB/UCSAL – Salvador (BA)
Lorene Louise Silva Pinto – SESAB/UFBA/FMB – Salvador (BA)
Milton Shintaku – IBICT/MCT

CONSELHO EMÉRITO • Ana Maria Fernandes Pita – UCSAL – Salvador (BA)
Emeritus Council Carmen Fontes Teixeira – UFBA/ISC – Salvador (BA)
Consejo Emérito Cristina Maria Meira de Melo – UFBA/EENF – Salvador (BA)
Eliane Elisa de Souza Azevedo – UEFS – Feira de Santana (BA)
Heraldo Peixoto da Silva – UFBA/Agrufo – 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)
Juarez Pereira Dias – EBMSP – Salvador (BA)
Lauro Antônio Porto – UFBA/FMB – DMP – Salvador (BA)
Luis 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 Andrea Caprara – UEC – Fortaleza (CE)
Jaime Breilh – Centro de Estudios Y Asesoría en Salud (CEAS) – (Health
Research and Advisory Center – Ecuador
Julio Lenin Díaz Guzman – UESC (BA)
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – USP – São Paulo (SP)
Luiz Roberto Santos Moraes – UFBA/Escola Politécnica – DHS – Salvador (BA)
Mitermayer Galvão dos Reis – Fiocruz – Salvador (BA)
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 – URFJ – 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*: Tikinet

Revisão de provas | *Proofreading* | *Revisión de pruebas*: Tikinet

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

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

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

Editoração eletrônica | *Electronic publishing* | *Editoración electrónica*: Tikinet

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 – 100 exemplares | *Circulation – 100 copies* | *Tirada – 100 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 Asociación Brasileira de Editores Científicos



Revista Baiana de Saúde Pública
Plano Estadual de Saúde 2020-2023./ Secretaria da Saúde do
Estado da Bahia. - v. 44, supl.1, jan./mar. 2020 -

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 2020-2023

SALVADOR
2020

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

SUBSECRETARIA DA SAÚDE
Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho

CHEFIA DE GABINETE
Nelma Carneiro Araújo

COORDENAÇÃO DE CONTROLE INTERNO – CCI
Waldélio Almeida de Oliveira Filho

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – ASCOM
Pablo Vinícius Silva Barbosa

AUDITORIA DO SUS-BA
Daniela Neves Castellucci

OUVIDORIA DO SUS-BA
Celurdes Alves Carvalho

DIRETORIA EXECUTIVA DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FESBA
Luiz Claudio Guimarães Souza

DIRETORIA DE ORÇAMENTO DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – DOP
Jamile David de Andrade

DIRETORIA DE FINANÇAS DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – DIFIN
Romilton da Silva Sousa

DIRETORIA DE CONVÊNIOS DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – DICONV
Ivonildo Dourado Bastos

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO – APG
Emanuele Figueredo Barbosa

DIRETORIA GERAL – DG
Roberta Silva de Carvalho Santana

DIRETORIA ADMINISTRATIVA – DA
Laura Lima Moura

COORDENAÇÃO EXECUTIVA DE INFRAESTRUTURA DA REDE FÍSICA – CEIRF
Átila Pinheiro de Souza

DIRETORIA DE MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA – DMA
Diego Cavalcante Teixeira Daltro

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA
Rívia Mary de Barros

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – DIVEP
Jeane Magnavita da Fonseca Cerqueira

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL – DIVISA
Sandra Helena P. Marques

DIRETORIA DO SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO – SVO
Márcia de Paulo Costa Mazzei

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR – DIVAST
Letícia Coelho da Costa Nobre

DIRETORIA DO LABORATÓRIO CENTRAL PROF. GONÇALO MONIZ – LACEN
Arabela Leal e Silva de Mello

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS
Jerusa Marins Paes Coelho

DIRETORIA DE PROGRAMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO REGIONAL – DIPRO
Jucélia Souza Nascimento

DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE – DIREG
Rita de Cássia Silva Santos

DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA SAÚDE – DICON
Naia Neves de Lucena

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE – SAFTEC
Luiz Henrique Gonzales d’Utra

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – DASF
Daniela Nunes Vitor

DIRETORIA DE CIÊNCIA TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE – DITEC
Maridete Simões de Castro Cunha

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS
Jassicon Queiroz dos Santos

DIRETORIA GERAL DE GESTÃO DAS UNIDADES PRÓPRIAS – DGGUP
Wilma Ribeiro de Moreira

DIRETORIA DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – DGESS
Júlio Jorge Musse Calzado

DIRETORIA DE APOIO OPERACIONAL ÀS UNIDADES PRÓPRIAS – DAOUP
Viviane Chicourel Hipólito Rodrigues

DIRETORIA DE GESTÃO DE UNIDADES CONSORCIADAS E EM PARCERIAS PÚBLICO PRIVADA – DGCOP
Priscilla Magalhães Bellazzi

DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – DAE
Maria Alcina Romero Boullosa

DIRETORIA DE GESTÃO DO CUIDADO – DGC
Liliane Mascarenhas Silveira

DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA – DAB
José Cristiano Soster

SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS – SUPERH
Janaína Peralta de Souza

DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO
NA SAÚDE – DGTES
Bruno Guimarães de Almeida

DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DOS RECURSOS
HUMANOS – DARH
Rosa Ceci de Oliveira Santos

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA BAHIA PROFESSOR JORGE
NOVIS – ESPBA
Marcele Carneiro Paim

FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DA
BAHIA – HEMOBA

DIRETORIA GERAL – DIREG
Fernando Luiz Vieira de Araújo

DIRETORIA DE HEMATOLOGIA – DIHEMAT
Anelisa Schittini Costa Streva

DIRETORIA DE HEMOTERAPIA – DIHEMOT
Rivania Almeida de Andrade

DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA – DIRAF
Jeane Sousa da Cunha

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES-BA

ASSOCIAÇÃO BAIANA DAS PESSOAS COM
DOENÇAS FALCIFORMES – ABADFAL
André Luis Silva Gomes

ASSOCIAÇÃO BAIANA DE DEFICIENTES FÍSICOS – ABADEF
Jane Cristian Gondim Santos
Maria Luiza Costa Câmara

ASSOCIAÇÃO CULTURAL E AMBIENTALISTA DOS
ÍNDIOS TUPINAMBÁS DE OLIVENÇA – ACAITO
Luzia Matos Silva
Walney Magno de Souza

ASSOCIAÇÃO DE DEFESA DOS PACIENTES CRÔNICOS
RENAIS DO ESTADO DA BAHIA – ASDEPACRE
José Vasconcelos de Freitas

ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE DO
ESTADO DA BAHIA – AHSEB
Mauro Duran Adam

ASSOCIAÇÃO DE PORTADORES DE ALBINISMO
DA BAHIA – APALBA
Maria Helena Machado Santa Cecília

ASSOCIAÇÃO DOS PENSIONISTAS E APOSENTADOS DA
PREVIDÊNCIA SOCIAL DA BAHIA – ASAPREV
Gislene Vilas Boas Torres

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES APOSENTADOS E
PENSIONISTAS DA PREVIDÊNCIA FEDERAL NA BAHIA –
ASAP-CAP
Valdemir Medeiros da Silva
Valdete Francisca da Silva

ASSOCIAÇÃO HABITACIONAL, CRÉDITO, FINANCEIRO,
ESPORTE, CULTURA, LAZER E FORMAÇÃO
PROFISSIONALIZANTE DOS TRABALHADORES E
TRABALHADORAS DO RAMO DA SEGURIDADE SOCIAL
NA BAHIA – AFOSHACCLASS-BA
Raimundo Rodrigues Cintra
Raimundo Teixeira Cintra

ASSOCIAÇÃO METAMORFOSE AMBULANTE – AMEA
Eduardo de Agueda Nunes Calliga

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES – CUT
Lázaro Ribeiro de Souza
Ricardo Luis Dias Mendonça

CENTRO AFRO DE PROMOÇÃO E DEFESA DA VIDA
PADRE EZEQUIEL RAMIN – CAPDEVER
José Silvino Gonçalves dos Santos
Sílvia Roberto Anjos e Silva

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

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL – CNBB
Maria Helena Ramos Belos
Vera Lúcia Gonçalves de Jesus

CONSELHO ESTADUAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE – COSEMS
Raul Moreira Molina Barrios
Stela dos Santos Souza

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA – CRF
Eliane Araújo Simões
Paulo Henrique Albuquerque Nascimento

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO
DA BAHIA – CREMEB
Evandro de Almeida Gouveia Sobrinho

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DA BAHIA –
CROBA
Kairo Silvestre Damasceno
Maria da Conceição Sanches Passidomo

FEDERAÇÃO DAS APAES DO ESTADO DA BAHIA – FEAPES-BA
Isadora Oliveira Maia

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DA BAHIA –
FIEB
Roberto José da Silva Badaró
Paulo Fernando Bittencourt Sudart

FEDERAÇÃO ESPÍRITA DO ESTADO DA BAHIA – FEEB
Fernando Antônio Duarte Dantas

FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES AGRICULTORES E
AGRICULTORAS FAMILIARES DO ESTADO DA BAHIA – FETAG
Luciana Santos de Oliveira

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF-BA
Breno Roger Adam

FUNDAÇÃO BAIANA DE PESQUISA CIENTÍFICA E
DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO, FORNECIMENTO E
DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS – BAHIAFARMA
Abdon de Martins Pinho
Adelson de Araújo Prata

GRUPO DE APOIO À PREVENÇÃO À AIDS DA BAHIA – GAPA
Gladys Maria Almeida Santos

GRUPO VONTADE DE VIVER, DE APOIO AOS
PORTADORES DE HEPATITES VIRAIS
Romulo José Valença Correia

INSTITUTO KUTALA NLEEKE
Marcos Antônio Almeida Sampaio

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Glauber Almeida do Nascimento Silva
Maria Madalena Braga

MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS
ATINGIDAS PELA HANSENÍASE – MORHAN
Patrícia Gonçalves Soares

NÚCLEO ASSISTENCIAL PARA PESSOAS COM CÂNCER –
NASPEC
Lourani Maria Carneiro dos Santos

REDE NACIONAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS
Rubens Batista Santos

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB
Cássio André Garcia
Fábio Vilas-Boas Pinto

SECRETARIA DO MEIO AMBIENTE – SEMA
Maurício Carneiro Paim
Rosalvo de Oliveira Júnior

SINDICATO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
E AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS DA BAHIA –
SINDACS-BA
Adenilson Viana Rangel
Roberto Lima Machado

SINDICATO DOS ASSISTENTES SOCIAIS DO ESTADO DA
BAHIA – SASB
Marleide Castro dos Santos

SINDICATO DOS HOSPITAIS E ESTABELECIMENTOS DE
SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SINDHOSBA
Luiz Delfino Mota Lopes

SINDICATO DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO PÚBLICO
FEDERAL NO ESTADO DA BAHIA – SINTSEF
Leonídia Laranjeira Fernandes

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE DO
ESTADO DA BAHIA – SINDISAÚDE
Iona San Just Silva
Tereza Cristina Bonfim de Jesus Deiró

SINDICATO DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS
DO BRASIL – CTB
Francisco José Sousa e Silva

SINDICATO DOS TRABALHADORES FEDERAIS EM
SAÚDE, TRABALHO E PREVIDÊNCIA – SINDPREV
Célia Maria Alexandria de Oliveira

UNIÃO BRASILEIRA DE MULHERES – UBM
Ivanilda Souza de Brito

UNIÃO DE NEGROS PELA IGUALDADE – UNEGRO
Rubiraci Santos de Almeida

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA BAHIA – UNEB
Márcio Costa de Souza

EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

REDE DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(REDE PMA)

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO – APG
Cristiane Câmara Macêdo
Emanuele Figueiredo Barbosa
Joana Angélica Oliveira Molesini
Lis Bandarra Monção
Maria Aparecida dos Santos
Tércio Santana de Farias

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – ASCOM
Larissa Cortizo de Almeida

AUDITORIA DO SUS-BA
Ana Paula Chancharulo Moraes Pereira

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES
Arão Capinam de Oliveira

COORDENAÇÃO DE CONTROLE INTERNO – CCI
Maria Eunice de Carvalho Paes
Simone dos Santos Mota

COORDENAÇÃO EXECUTIVA DE INFRAESTRUTURA DA
REDE FÍSICA – CEIRF
Christiane Neves Castelucci

COORDENAÇÃO GERAL DE TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E
COMUNICAÇÃO – CGSTICS
Maria Conceição Palma Sento Sé
Manuela Dayse Fadigas Silva Santos

COORDENAÇÃO DE MONITORAMENTO DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE – CEMPSS
Elza Lopes Ferreira
Lilian Barreto Matos

CORREGEDORIA DA SAÚDE
Alice Mendonça de Araújo Melo
João Bráulio de Santana Júnior

DIRETORIA GERAL – DG
José Henrique Falck Silva

DIRETORIA DE CONVÊNIOS – DICONV
Rosemary Souza de Santana

FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FESBA
Aidalva Silva Santos
Rita de Cassia Santos Souza

FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO
ESTADO DA BAHIA – HEMOBA

Robson Pereira Silva

Rose Mary Farias de Sousa dos Santos

OUVIDORIA DO SUS-BA

Celurdes Alves Carvalho

Hairla Henrique Alves de Almeida Monteiro

PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DO SUS NA REGIÃO
METROPOLITANA DE SALVADOR – PROSUS

Daiane Celestino Melo

Maria Tereza de Carvalho Braga

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE – SAFTEC

Isabel Cristina Martins Galo

Milena Lima Fontes

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS

Joana Angélica Simão Demarchi

Sidilene Cunha dos Santos Lopes

SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE
– SUPERH

Bruno Guimarães de Almeida

Luciano de Paula Moura

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS DA
ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS

Eli Carla dos Santos

Francismar Lima Amorim

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À
SAÚDE – SUVISA

Edivânia Lucia Araujo Santos Landim

EQUIPE DE ELABORAÇÃO DA ANÁLISE DA
SITUAÇÃO DE SAÚDE

Adryanna Cardim de Almeida

Edivânia Lucia Araujo Santos Landim

Gênova da Silva Carvalho

Ita de Cacia Aguiar

Milene Baqueiro Wasconcellos

Mouna Cristienne Rodrigues Farias

Mônica Carvalho Alvim

Roberta Gordilho Souza Rosa

Rosanita Ferreira e Baptista

Suzana Mendes Almeida

Zenaide Oliveira Calazans

REVISÃO FINAL

Edivânia Lucia Araujo Santos Landim

Lucitania Rocha de Aleluia

Maria Aparecida dos Santos

Tércio Santana de Farias

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribuição percentual dos municípios, segundo porte populacional. Bahia, 1980/2018.....	30
Gráfico 2.	Evolução da taxa de fecundidade. Bahia, 2000-2018	31
Gráfico 3.	Evolução da esperança de vida ao nascer. Bahia, 1970-2018.....	31
Gráfico 4.	Esperança de vida ao nascer, por sexo. Bahia, 2000-2018	32
Gráfico 5.	Pirâmide etária da população do estado da Bahia, 1980.....	33
Gráfico 6.	Pirâmide etária da população do estado da Bahia, 2000.....	33
Gráfico 7.	Pirâmide etária da população estado da Bahia, 2018.....	34
Gráfico 8.	Evolução da estrutura etária do estado da Bahia, 1991-2018	34
Gráfico 9.	Distribuição da população, segundo cor/raça. Bahia, 2010	35
Gráfico 10.	Evolução da taxa de urbanização. Bahia, 1950-2018.....	36
Gráfico 11.	Cobertura das vacinas do calendário básico de crianças com até 1 ano. Bahia, 2009-2018.....	38
Gráfico 12.	Incidência de sarampo/rubéola e cobertura da vacina tríplice viral. Bahia, 2009-2018.....	40
Gráfico 13.	Taxa de abandono da pentavalente do calendário de vacinação de crianças (menores de 1 ano de idade), entre 2014 e 2018. Bahia, 2019.....	41
Gráfico 14.	Coefficiente de incidência das meningites bacterianas segundo ano de início dos sintomas. Bahia, 2008-2018	43
Gráfico 15.	Incidência da doença meningocócica e cobertura vacinal da vacina meningocócica c conjugada. Bahia, 2009-2018	44
Gráfico 16.	Taxa de detecção de hepatites virais (por 100 mil habitantes), segundo agente etiológico e ano de notificação. Bahia, 2009-2018.....	46
Gráfico 17.	Óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por hepatites virais. Bahia, 2008-2018.....	46
Gráfico 18.	Casos notificados e incidência de dengue. Bahia, 2009-2018	47
Gráfico 19.	Casos notificados e coeficiente de incidência da febre pelo vírus zika em residentes do estado da Bahia. 2015-2018.....	49
Gráfico 20.	Casos de doenças neuroinvasivas e casos de síndrome de Guillain-Barré. Bahia, 2015-2018	50
Gráfico 21.	Distribuição de casos suspeitos de febre amarela, segundo semana epidemiológica. Bahia, 2017-2018	51
Gráfico 22.	Número de casos notificados e cobertura vacinal de febre amarela em menores de 1 ano. Bahia. 2009-2018	52
Gráfico 23.	Taxa de mortalidade por doença de Chagas, segundo macrorregião de Saúde. Bahia, 2007-2017	54
Gráfico 24.	Coefficiente de incidência (CI) de casos novos confirmados de leishmaniose visceral. Bahia, 2009-2018	56
Gráfico 25.	Coefficiente de incidência e letalidade por leishmaniose visceral. Bahia, 2009-2018	56
Gráfico 26.	Número absoluto de casos novos confirmados e coeficiente de incidência por 100 mil habitantes (CI) de leishmaniose tegumentar americana. Bahia, 2009-2018	57
Gráfico 27.	Coefficiente de detecção geral de hanseníase (por 100 mil habitantes). Bahia, 2009-2018	60
Gráfico 28.	Número de casos e coeficiente de detecção de hanseníase em menores de 15 anos (por 100 mil habitantes). Bahia, 2009-2018.....	61
Gráfico 29.	Número de casos e coeficiente de incidência da tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera (por 100 mil habitantes). Bahia, 2009-2018	62
Gráfico 30.	Coefficiente de incidência da tuberculose de todas as formas e pulmonar bacilífera (por 100 mil habitantes). Bahia, 2009-2018.....	63
Gráfico 31.	Número de casos e coeficiente de mortalidade por tuberculose (por 100 mil habitantes). Bahia, 2009-2017.....	64
Gráfico 32.	Número de casos e taxa de detecção de aids e HIV. Bahia, 2009-2018.	65
Gráfico 33.	Número de casos e taxa de detecção de aids em menores de 5 anos. Bahia, 2009-2018.....	66
Gráfico 34.	Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por aids. Bahia, 2009-2017	67
Gráfico 35.	Casos notificados de sífilis em gestantes e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos). Bahia, 2009-2018	68
Gráfico 36.	Número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano. Bahia, 2009-2018.	68
Gráfico 37.	Taxa de trabalho infantil, segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2010	74
Gráfico 38.	Registros acidentários relacionados ao trabalho entre segurados da Previdência Social. Bahia, 2010-2017 ..	75
Gráfico 39.	Proporção de notificação de agravos e doenças relacionados ao trabalho, segundo macrorregião de notificação. Bahia, 2010-2018.....	76

Gráfico 40.	Número de notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho, segundo macrorregião de residência. Bahia, 2010-2018	78
Gráfico 41.	Coeficiente de mortalidade por acidente de trabalho (por 100 mil trabalhadores) para o total de trabalhadoras e trabalhadores segurados da Previdência Social. Bahia, 2010-2017	79
Gráfico 42.	Quantitativo de estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária estadual inspecionados. Bahia, 2009-2018	81
Gráfico 43.	Número de inspeções realizadas em estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária estadual. Bahia, 2009-2018	81
Gráfico 44.	Distribuição dos serviços de alta complexidade por macrorregiões. Bahia, 2018	82
Gráfico 45.	Serviços de hemoterapia inspecionados por macrorregião de saúde. Bahia, 2018	83
Gráfico 46.	Serviços de hemodiálise inspecionados por macrorregião de saúde. Bahia, 2018	83
Gráfico 47.	Número de hospitais com leitos de UTI inspecionados, por macrorregião de saúde. Bahia, 2018	84
Gráfico 48.	Serviços de terapia antineoplásica inspecionados por macrorregião de saúde. Bahia, 2018	84
Gráfico 49.	Quantitativo de indústrias de interesse da saúde inspecionadas. Bahia, 2018	85
Gráfico 50.	Número de análises de projetos arquitetônicos realizadas e aprovadas. Bahia, 2014-2018	85
Gráfico 51.	Número de notificações de eventos adversos e queixas técnicas notificadas no sistema de Notificações de Vigilância Sanitária. Bahia, 2009-2018	86
Gráfico 52.	Número de notificações obrigatórias de eventos adversos e queixas técnicas investigadas e concluídas. Bahia 2012-2018	88
Gráfico 53.	Percentual de comissões de controle de infecção hospitalar constituídas e atuantes nos hospitais. Bahia, 2009-2018	89
Gráfico 54.	Percentual de hospitais com leitos de UTI com comissões de controle de infecção hospitalar atuantes. Bahia, 2009-2018	89
Gráfico 55.	Número de núcleos de segurança do paciente constituídos nos hospitais com leitos de UTI. Bahia, 2014-2019	90
Gráfico 56.	Distribuição dos núcleos de segurança do paciente constituídos, por macrorregião de saúde, nos hospitais com leitos de UTI. Bahia, 2018	91
Gráfico 57.	Percentual de municípios realizando no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias. Bahia, 2013-2018	91
Gráfico 58.	Implementação das ações do Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. Bahia, 2014-2018	92
Gráfico 59.	Proporção de análises de água realizadas em amostras para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez. Bahia, 2013-2018	93
Gráfico 60.	Casos notificados de intoxicação exógena por substância química (agrotóxico de uso em saúde pública), segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009-2018	95
Gráfico 61.	Óbitos relacionados à intoxicação por agrotóxicos. Bahia, 2009-2018	96
Gráfico 62.	Proporção de registro de óbitos com causa definida. Bahia, 2009-2017	101
Gráfico 63.	Mortalidade proporcional, segundo principais grupos de causas. Bahia, 2009-2017	102
Gráfico 64.	Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, segundo causa selecionada. Bahia, 2009-2017	103
Gráfico 65.	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017	103
Gráfico 66.	Taxa de mortalidade por causas externas, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017	104
Gráfico 67.	Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Bahia, 2009-2017	105
Gráfico 68.	Taxa de mortalidade por homicídio, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017	105
Gráfico 69.	Taxa de mortalidade por acidentes com motociclista. Bahia, 2009-2017	106
Gráfico 70.	Taxa de mortalidade por acidentes com motociclista, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017	106
Gráfico 71.	Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017	107
Gráfico 72.	Taxa de mortalidade por homicídio decorrente de arma de fogo. Bahia, 2004-2017	107
Gráfico 73.	Taxa de mortalidade por neoplasias, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017	108
Gráfico 74.	Taxa de mortalidade do sexo feminino, segundo principais grupos de causas. Bahia, 2009 e 2017*	109
Gráfico 75.	Taxa de mortalidade por neoplasias em mulheres, segundo principais causas. Bahia, 2009-2017	109
Gráfico 76.	Taxa de mortalidade por câncer de mama feminino, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017	110

Gráfico 77.	Taxa de mortalidade em homens, segundo principais grupos de causas. Bahia, 2009 e 2017	111
Gráfico 78.	Taxa de mortalidade por neoplasia em homens, segundo principais causas. Bahia, 2009-2017	111
Gráfico 79.	Taxa de mortalidade por câncer de próstata, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017	112
Gráfico 80.	Taxa de mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), por doenças crônicas não transmissíveis selecionadas. Bahia, 2009-2017.....	112
Gráfico 81.	Razão de mortalidade materna. Bahia, 2009-2017	113
Gráfico 82.	Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas. Bahia, 2009-2017	114
Gráfico 83.	Razão de mortalidade materna, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017	114
Gráfico 84.	Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária. Bahia, 2009-2017	115
Gráfico 85.	Proporção de nascidos vivos, segundo tipo de parto. Bahia, 2009-2018	133
Gráfico 86.	Percentual de nascidos vivos, segundo parto cesáreo e macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2018.....	133
Gráfico 87.	Percentual de nascidos vivos de baixo peso (menos de 2,5 quilogramas). Bahia, 2009-2018.....	134
Gráfico 88.	Percentual de nascidos vivos de baixo peso (menos de 2,5 quilogramas), segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2018.....	135
Gráfico 89.	Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos). Bahia, 2009-2018.....	136
Gráfico 90.	Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos), segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2018.....	136
Gráfico 91.	Percentual de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. Bahia, 2009-2018	137
Gráfico 92.	Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2018.....	138

LISTA DE MAPAS

Mapa 1.	Municípios por classificação de risco, a partir das coberturas vacinais do 1º semestre de 2019. Bahia, 2019.....	39
Mapa 2.	Distribuição espacial das epizootias em primatas não humanos, segundo local de ocorrência. Bahia, 2018.....	53
Mapa 3.	Distribuição dos centros de referência em saúde do trabalhador. Bahia, 2019	80
Mapa 4.	Distribuição dos municípios com estabelecimentos notificadores de eventos adversos e queixas técnicas por macrorregião de saúde. Bahia, 2016-2019.....	87
Mapa 5.	Municípios com monitoramento de agrotóxicos na água para consumo humano. Bahia, 2019	93
Mapa 6.	Municípios baianos com decretos de emergência por situação de seca. Bahia, 2019	94
Mapa 7.	Distribuição territorial e abrangência dos laboratórios municipais de referência regional. Bahia, 2019	98
Mapa 8.	Distribuição territorial e área de cobertura dos laboratórios de vigilância da qualidade da água. Bahia, 2019.....	99
Mapa 9.	Distribuição geográfica das unidades da hemorrede, segundo região de saúde. Bahia, 2019.....	118
Mapa 10.	Distribuição geográfica das unidades da Hemorrede Pública por macrorregião de saúde da Bahia.....	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição da população residente (número e percentual), segundo macrorregião de saúde. Bahia, 1980, 2000 e 2018.....	29
Tabela 2.	Índice de Desenvolvimento Humano desagregado por componentes. Bahia, 1991, 2000 e 2010.....	37
Tabela 3.	Homogeneidade das coberturas vacinais do calendário básico da criança com até 1 ano de idade. Bahia, 2009-2018	38
Tabela 4.	Indicadores de qualidade da vigilância do sarampo e rubéola. Bahia, 2010-2018.....	41
Tabela 5.	Distribuição da população em idade ativa e população economicamente ativa ocupada, segundo macrorregião de residência. Bahia, 2010 e 2018	69
Tabela 6.	População economicamente ativa ocupada, segundo posição no trabalho principal e macrorregião de residência. Bahia, 2010	70
Tabela 7.	Proporção da população economicamente ativa ocupada, segundo grupamento ocupacional no trabalho principal e macrorregião de residência. Bahia, 2010.....	71
Tabela 8.	População economicamente ativa ocupada, segundo ramo de atividade no trabalho principal e macrorregião de residência. Bahia, 2010	72
Tabela 9.	Óbitos por intoxicação por agrotóxicos, por macrorregião de saúde. Bahia, 2008-2018.....	96
Tabela 10.	Previsão de recursos por compromisso no PPA 2020-2023	143

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Compromisso 1	145
Quadro 2.	Compromisso 2	148
Quadro 3.	Compromisso 3	151
Quadro 4.	Compromisso 4	163
Quadro 5.	Compromisso 5	168
Quadro 6.	Compromisso 6	170
Quadro 7.	Compromisso 7	174
Quadro 8.	Compromisso compartilhado.....	176
Quadro 9.	Indicadores	179
Quadro 10.	Eixo 1: saúde como direito	180
Quadro 11.	Eixo 2: consolidação do SUS	181
Quadro 12.	Eixo 3: financiamento adequado e suficiente para o SUS.....	182

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Distribuição espacial de amostras positivas das arboviroses (dengue, zika e chikungunya) por municípios. Bahia, 2019.....	50
Figura 2.	Municípios com população exposta a contaminantes químicos. Bahia, 2019	95
Figura 3.	Macroestrutura de Gestão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia	117
Figura 4.	Missão, visão e valores.....	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitários de Saúde
AD	Assistência Domiciliar
ADRT	Agravo e Doenças Relacionada ao Trabalho
AFSESAB	Sistema de Gestão Farmacêutica
AGHUse	Aplicativo de Gestão Hospitalar
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APG	Assessoria de Planejamento e Gestão
Asis	Análise da Situação de Saúde
AT	Acidente do Trabalho
ATT	Acidente de Transporte Terrestre
ATG	Acidente de Trabalho Grave
Bahiafarma	Fundação Baiana de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
Caps	Centros de Atenção Psicossocial
Capsi	Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CCI	Comissão de Controle Interno
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDI	Classificação Internacional de Doenças
Cedap	Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa
Ceirf	Coordenação Executiva de Infraestrutura da Rede Física
Cies	Comissões de Integração Ensino Serviço
Cefarba	Central Farmacêutica da Bahia
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Cepred	Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiências
CER	Centro Especializado de Reabilitação
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
CESAT	Centro Estadual de Saúde do Trabalhador
CGS	Corregedoria da Saúde
CGSH	Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados
CI	Coeficiente de Incidência
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
Cican	Centro Estadual de Oncologia
CIHDOTT	Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLTS	Comissão Local de Saúde do Trabalhador
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Coah	Coordenação de Atenção Hospitalar
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conferes	Conferência Estadual de Saúde
Cosems	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
Cour	Coordenação de Urgência
CPN	Centro de Parto Normal
Crae	Coordenação de Redes de Apoio Especializada
Creasi	Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso
CRU	CentraL de Regulação de Urgência
DAB	Diretoria de Atenção Básica
DAC	Doenças do Aparelho Respiratório
DAE	Diretoria de Atenção Especializada
Daet	Departamento de Atenção Especializada e Temática
Dasf	Diretoria de Assistência Farmacêutica
Darh	Diretoria de Administração de Recursos Humanos da Saúde
Datusus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
Dataprev	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência
DC	Doença de Chagas
DNCI	Doença de Notificação Compulsória Imediata
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DDA	Doença Diarreica Aguda
Decit	Departamento de Ciência e Tecnologia
DG	Diretoria Geral
DGC	Diretoria de Gestão do Cuidado
Dgecop	Diretoria de Gestão de Unidades Consorciadas e em Parceria Público Privado
DGRP	Diretoria de Gestão da Rede Própria
DGTES	Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Dicon	Diretoria de Controle
DigiSUS	Aplicativo Digital do Sistema Único de Saúde
Diconv	Diretoria de Convênio
Dihemot	Diretoria de Hemoterapia
Disi	Diretoria de Acompanhamento Biopsicossocial de Internos
DMA	Diretoria de Modernização Administrativa
Diraf	Diretoria Administrativa Financeira
Direg	Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde
Ditec	Diretoria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
Divast	Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador

Divep	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Divisa	Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
DN	Declaração de Nascidos Vivos
DO	Declaração de Óbito
DOE	Diário Oficial do Estado
Dort	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DTHA	Doença de Transmissão Hídrica Alimentar
EA	Evento Adverso
EB	Epidermólise Bolhosa
Embasa	Empresa Baiana de Água e Saneamento
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPBA	Escola de Saúde Pública da Bahia
FA	Febre Amarela
FAP	Fundação de Amparo à Pesquisa
Fapesb	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado Bahia
Fesba	Fundo Estadual de Saúde da Bahia
Fesf	Fundação Estatal Saúde da Família
Fimae	Farmácia Integrada de Medicamentos da Atenção Especializada
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FJP	Fundação João Pinheiro
GASEC	Gabinete do Secretário
GT	Grupo de Trabalho
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
HC	Hemocentro Coordenador
HCT	Hospital de Custódia e Tratamento
Hemoba	Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia
HP	Hospital Psiquiátrico
HPP	Hospital de Pequeno Porte
HPCA	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
HR	Hemocentros Regionais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus T-linfotrópico Humano
Ibict	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IH	Infecção Hospitalar
IIP	Índice de Infestação Predial
IO	Investigação Obrigatória
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
Lacen	Laboratório Central de Saúde Pública
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
Ler	Lesão por Esforço Repetitivo
LERR	Laboratório Estadual de Referência Regional
LGBTQ+	Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis, Transsexuais e Q+
LIRAA	Levantamento Rápido de Índices de Infestação Predial
LMRR	Laboratório Municipal de Referência Regional
LOA	Lei Orçamentária Anual
LPI	Local Provável de Infecção
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
LV	Leishmaniose Visceral

LVQA	Laboratório de Vigilância da Qualidade da Água
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nesp	Núcleo Estadual de Segurança do Paciente
Notivisa	Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária
NRS	Núcleo Regional de Saúde
NESP	Núcleo Estadual de Segurança do Paciente
Nugtes	Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSID	Obras Sociais Irmã Dulce
PAS	Programação Anual de Saúde
PAH	Plano Estratégico de Atenção Hospitalar
Pair	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PAR	Planos de Ação Regional
PDI	Plano de Desenvolvimento Integrado
PDR	Plano Diretor de Regionalização
Peab	Política Estadual da Atenção Básica da Bahia
PEAO	População Economicamente Ativa Ocupada
PEO	Plano Estratégico Organizacional
PEQGC	Programa Estadual de Qualificação da Gestão Consorciada
PES	Plano Estadual de Saúde
PGP	Plano de Governo Participativo
PIB	Produto Interno Bruto
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
Ploa	Projeto de Lei Orçamentária Anual
Pnab	Política Nacional da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Pnan	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNH	Primata Não Humano
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNPCIRAS	Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
Pnud	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual de Saúde
PPP	Parcerias Público-Privadas
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
Proadi-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
Prosus	Programa de Fortalecimento do Sistema Único de Saúde
PPL	População Privada de Liberdade
PS	Plano de Saúde
PVHIV	Pessoas Vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana
QT	Queixa Técnica
RAG	Relatório Anual de Gestão
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RBSP	Revista Baiana de Saúde Pública
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
Rede PMA	Rede de Planejamento, Monitoramento e Avaliação
Redome	Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea
Relsp	Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública
RESP	Registro de Emergência em Saúde Pública
RQDA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

RQG	Relatório Quadrimestral de Gestão
RMM	Razão de Mortalidade Materna
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAA	Sistema de Abastecimento de Água
SAC	Serviço de Atendimento ao Cliente
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
Sadt	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
Saeb	Secretaria da Administração do Estado da Bahia
Saes	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Saftec	Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia
Sais	Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Sargsus	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SC	Sífilis Congênita
SCB	Síndrome de Guillain-Barré
SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Seer	Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas
Sefaz	Secretaria da Fazenda
Seplan	Secretaria Estadual de Planejamento
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sesab	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SCZV	Síndrome Congênita do Zika Vírus
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
Sinan	Sistema de Informação de Notificação de Agravos
Sinasc	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SisPACTO	Sistema de Pactuação Interfederativa de Indicadores
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
ST	Saúde do Trabalhador
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
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UC	Unidade de Coleta
UCT	Unidades de Coleta e Transfusão
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UF	Unidade Federada
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
Vigiagua	Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
Vigidesastre	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Desastres
Vigipeq	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos
Vigipós	Vigilância Pós-Comercialização
Visa	Vigilância Sanitária
Visat	Vigilância em Saúde do Trabalhador
Visau	Vigilância em Saúde



A P R E S E N T A Ç Ã O

O Plano Estadual de Saúde (PES) é o principal instrumento de planejamento da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivo orientar as políticas públicas no período 2020-2023, com base nas necessidades de saúde da população baiana e nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. A partir da análise situacional da saúde do estado, são definidos compromissos, iniciativas, ações, metas e indicadores a serem alcançados no período de quatro anos e é identificada a estratégia para o monitoramento e a avaliação das metas previstas no âmbito estadual.

Este plano é o resultado do trabalho em conjunto de técnicos dos diferentes setores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e reflete as deliberações advindas da 10ª Conferência Estadual de Saúde (Conferes), das Escutas Sociais e do diálogo contínuo com o Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA), estando alinhado com o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023 e o Plano de Governo Participativo (PGP) 2018.

Nesse sentido, o presente plano é mais um passo para efetivar a consolidação do SUS na Bahia, tendo como eixo norteador a implantação e o fortalecimento das ações e serviços de saúde na região, visando promover a equidade, a universalidade e a integralidade por meio da implementação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Pretende-se alcançar esse objetivo mediante a descentralização, qualificação e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, reconhecendo as especificidades locais e regionais, com ênfase nas populações em situação de vulnerabilidade, historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas.

No decorrer dos últimos quatro anos, observam-se grandes investimentos na construção de novas unidades hospitalares e ambulatoriais regionais, bem como na implantação de policlínicas de saúde, com vistas a superar lacunas assistenciais e promover maior integração das ações e serviços nas redes de atenção, favorecendo a integralidade do cuidado por meio de um conjunto articulado de ações de promoção, proteção e prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e reabilitação.

Além disso, essa estratégia de governo tem favorecido a relação interfederativa entre o estado e os municípios, de modo a organizar e ofertar no território regional serviços complementares entre si.

Entretanto, o maior desafio consiste em viabilizar essa política no contexto de orçamentos escassos, o que exigirá a utilização mais racional e equitativa dos recursos,

principalmente nas ações direcionadas a reduzir as desigualdades na distribuição e oferta de serviços em âmbito regional.

O PES 2020-2023 é um instrumento de gestão direcionado a orientar as ações a serem desenvolvidas por todos os profissionais e gestores da Sesab, visando a efetivação do direito à saúde e o fortalecimento do sistema estadual de saúde. Desse modo, as ações elencadas neste documento têm o firme propósito de oferecer uma saúde mais humanizada e resolutiva, contribuindo para a melhoria das condições de vida da população baiana.

Nesse sentido, reafirmamos nosso compromisso político-institucional com os princípios e diretrizes do SUS e o diálogo contínuo com o CES-BA, instância de controle social, para formulação e implementação de políticas de saúde, participativas e aderentes ao contexto locorregional.

Dr. Fábio Vilas-Boas Pinto

Secretário da Sesab

Ricardo Luis Dias Mendonça

Presidente do CES







S U M Á R I O

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	23
2 METODOLOGIA	25
3 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	28
3.1 PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO	28
3.2 PANORAMA SOCIOECONÔMICO	36
3.3 PANORAMA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	37
3.3.1 Vigilância das doenças redutíveis por imunização e outros agravos transmissíveis	37
3.3.2 Panorama da vigilância à saúde do trabalhador	67
3.3.3 Panorama da vigilância sanitária	77
3.3.4 Panorama da vigilância em saúde ambiental	89
3.3.5 Panorama da vigilância laboratorial	95
3.3.6 Perfil da mortalidade na Bahia	98
3.3.6.1 Perfil da mortalidade materna	111
3.3.6.2 Panorama da mortalidade infantil	113
4 PANORAMA DA GESTÃO DO SUS-BA	116
4.1 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA E ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DO SUS-BA	116
4.2 MISSÃO, VISÃO E VALORES DO SUS-BA	118
4.3 A GESTÃO COMPARTILHADA	120
4.4 A ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	122
4.5 CIÊNCIA E TECNOLOGIA	124
4.6 ESTRUTURAS COMPLEMENTARES DA GESTÃO DO SUS-BA	125
5 ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO	129
5.1 ATENÇÃO BÁSICA	129
5.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA / ATENÇÃO À SAÚDE	131
6 PREVISÃO DE RECURSOS	143
7 COMPROMISSOS E AÇÕES ESTRATÉGICAS	144
7.1 COMPROMISSO 1: APERFEIÇOAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PROTEÇÃO, PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE NOS TERRITÓRIOS EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO	144
7.2 COMPROMISSO 2: FORTALECER A ATENÇÃO BÁSICA DE FORMA INTEGRADA E RESOLUTIVA	148
7.3 COMPROMISSO 3: POTENCIALIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE FORMA REGIONALIZADA, AMPLIANDO A EQUIDADE DE ACESSO E GARANTINDO A INTEGRALIDADE E A SEGURANÇA DO PACIENTE	150
7.4 COMPROMISSOS 4: PROMOVER A VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR NO SUS-BA	162
7.5 COMPROMISSO 5: POTENCIALIZAR A ATENÇÃO HEMATOLÓGICA E HEMOTERÁPIA À POPULAÇÃO DA BAHIA	167
7.6 COMPROMISSO 6: APRIMORAR A GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE, AMPLIANDO OS CANAIS DE DIÁLOGO COM A SOCIEDADE E O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL	169
7.7 COMPROMISSO 7: PROMOVER A GESTÃO DE RECURSOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELO SUS-BA	173
7.8 COMPROMISSO COMPARTILHADO	174
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	177
9. DELIBERAÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE	180
CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
REFERÊNCIAS	184



No âmbito da saúde, o interesse pelo planejamento tornou-se uma necessidade amplamente reconhecida a partir da segunda metade do século passado, como consequência do grande desenvolvimento científico e tecnológico ocorrido na área nesse período. As transformações decorrentes da prestação de serviços e mudanças ocorridas nas condições de vida e saúde da população também impulsionaram a necessidade de incorporação do planejamento.

Em 2006, foi implantado o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)¹, por iniciativa do Ministério da Saúde (MS) juntamente com gestores e técnicos de planejamento de governos estaduais e municipais, com o objetivo de coordenar o processo de planejamento no SUS e garantir resolutividade e qualidade na gestão das ações e serviços prestados.

Dentre as características principais do PlanejaSUS, destacam-se: objetivos claramente definidos a respeito das responsabilidades de cada esfera de gestão (federal, estadual e municipal); nenhuma forma de subordinação entre as três esferas de governo; organização e operacionalização baseadas em processos que permitam funcionamento harmônico entre todas as esferas do SUS; processos resultantes de pactos objetivamente definidos, com estrita observância dos papéis específicos de cada um; e proximidade dos níveis de decisão do SUS, buscando permanente pactuação das bases de funcionamento do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS.

O PlanejaSUS utiliza-se de instrumentos que lhe dão concretude, quais sejam: o Plano de Saúde (PS), as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Quadrimestrais e Anuais de Gestão (RQG e RAG). Esses instrumentos compõem os produtos básicos a serem promovidos inicialmente pelo PlanejaSUS.

O PES aqui apresentado é um instrumento de planejamento contemplado no PlanejaSUS e concretiza, dessa forma, uma das fases do planejamento estadual de saúde.

O PES expressa a política de saúde do estado da Bahia para o período de 2020-2023, tendo como base referencial a análise da situação de saúde da população baiana, seus determinantes e condicionantes. Desse modo, o documento explicita os compromissos do governo para o setor saúde, as iniciativas estratégicas e as respectivas ações.

Como subsídio para sua elaboração foram utilizados outros documentos que também apontam direcionamento para política de saúde no estado, a saber: o PGP; os relatórios das plenárias territoriais do PPA Participativo na elaboração do PPA 2020-2023; e os relatórios da 10ª Conferes, realizada em julho de 2019.

O PES 2020-2023 guarda, no seu conteúdo, consonância com o 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 o desenvolvimento das ações e facilita o monitoramento.

Este plano está apresentado em nove capítulos, assim descritos:

Capítulo 1 – Introdução

Capítulo 2 – Metodologia

Capítulo 3 – Análise da situação de saúde

Capítulo 4 – Panorama da gestão do SUS-BA

Capítulo 5 – Atenção à saúde da população

Capítulo 6 – Previsão de recursos

Capítulo 7 – Compromissos estratégicos

Capítulo 8 – Monitoramento e avaliação

Capítulo 9 – Deliberações da 10ª Conferes: Democracia e Saúde

Por fim, compreende-se que o plano constitui não apenas um requisito legal para o balizamento da gestão, mas também uma ferramenta para o controle social. Ao mesmo tempo, espera-se que seja útil como instrumento de uso contínuo a ser aperfeiçoado à luz das mudanças conjunturais, favorecendo o alcance de bons resultados em prol da população e do fortalecimento da gestão do sistema estadual de saúde.

A elaboração do Plano de Saúde está prevista na Lei nº 8.080/1990, sendo atribuição comum à União, estados, Distrito Federal e municípios. O documento é a “base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva da proposta orçamentária”².

Elaborado a cada quatro anos em todas as esferas de governo, o PS 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 nº 141/2012, art. 30, §4º, Portaria GM/MS nº 2.135/2013, art. 3º, §7º) e seu conteúdo deve guardar consonância com o respectivo PPA, de forma a manter coerência entre ambos os instrumentos³.

No estado da Bahia, o PPA 2020-2023 foi elaborado com uma estratégia de construção participativa, estabelecendo, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública estadual e considerando as despesas de capital e outras decorrentes delas, assim como as relativas aos programas de duração continuada. Em sua elaboração, mais especificamente para o Programa Saúde, a Sesab envolveu toda a Rede de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (Rede PMA) e técnicos responsáveis pela execução dos compromissos, metas e iniciativas previstos no plano.

Para a construção do PPA, que envolveu todas as setoriais e seccionais do estado, três instrumentos foram balizadores, são eles:

- Plano de Desenvolvimento Integrado (PDI): debateu com atores territoriais e setoriais as estratégias de desenvolvimento para a Bahia, constituindo-se na construção coletiva de uma visão de futuro que expressa a situação desejada para o estado da Bahia até 2035. Para tanto, foram estabelecidas estratégias de longo, médio e curto prazo para o estado, apontando potenciais vetores de desenvolvimento para nortear a ação do governo para a visão de futuro, incluindo diretrizes e objetivos estratégicos para a elaboração dos próximos quatro planos plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Leis Orçamentárias Anuais (LOA), planos setoriais e planos estratégicos organizacionais.
- Plano de Governo Participativo (PGP): teve a participação de mais de 40 mil pessoas, convidadas a contribuir e pensar uma Bahia mais inclusiva, economicamente pujante e eficiente. O documento traduz os eixos

estratégicos do Programa de Governo Participativo 2018-2021, seguido das proposições programáticas para todas as setoriais, incluindo o setor saúde. O PGP visa garantir uma exposição transparente e objetiva das proposições programáticas, considerando as escolhas estratégicas diante do cenário político e econômico para o quadriênio.

- Plano Estratégico Organizacional (PEO): base para elaboração do PPA 2020-2023, foi capitaneado estrategicamente pela Secretaria de Administração (Saeb), em parceria com a Secretaria de Planejamento (Seplan) e Casa Civil e envolveu todas as setoriais e seccionais do governo e servidores públicos dos diversos órgãos. O PEO possibilitou discussão ampliada, no âmbito de cada secretaria de governo, no sentido de identificar os usuários dos serviços e suas necessidades, lacunas de valor, análise de cenário interno e externo alinhado aos objetivos do PDI – Bahia 2035. O produto final do PEO propiciou a qualificação do processo de definição dos Programas de Governo para o PPA 2020-2023 e Compromissos para as respectivas secretarias de estado.

Para além desse conjunto de instrumentos norteadores do planejamento estadual e setorial, outros documentos e instrumentos foram orientadores para a construção do PES, como as deliberações da 10ª Conferes, que contou com a participação de cerca de 2 mil pessoas, dentre conselheiros, gestores estaduais e municipais, estudantes e trabalhadores da saúde.

Convém salientar que a Sesab, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), aderiu ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS) e desenvolveu um planejamento direcionado para o fortalecimento da gestão estadual de saúde⁴.

Sob a coordenação da Assessoria de Planejamento e Gestão (APG), a construção do PES 2020-2023 envolveu a Rede PMA para definição das suas ações, metas e indicadores, com a realização de diversas rodadas de reuniões para alinhamento da metodologia. Após a consolidação das ações propostas pelas áreas técnicas, foi realizada uma oficina e dois encontros com o CES, com intuito de qualificar as ações propostas para o PES 2020-2023 e reafirmar o exercício do controle social na formulação e implementação de políticas públicas.

Compõem a estrutura do PES os sete compromissos presentes no PPA, relacionados à área da Saúde, conforme listados a seguir:

Compromisso 1 – Aperfeiçoar as ações de vigilância, proteção, promoção e prevenção em saúde nos territórios e em todos os níveis de atenção;

Compromisso 2 – Fortalecer a atenção básica de forma integrada e resolutiva;

Compromisso 3 – Potencializar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma regionalizada, ampliando a equidade de acesso e garantindo a integralidade e a segurança do paciente;

Compromisso 4 – Promover a valorização do trabalho e do trabalhador no SUS-BA;

Compromisso 5 – Potencializar a atenção hematológica e hemoterápica à população da Bahia;

Compromisso 6 – Aprimorar a Gestão Estratégica em Saúde, ampliando os canais de diálogo com a sociedade e o exercício do controle social;

Compromisso 7 – Promover a gestão de recursos administrativos e financeiros para prestação de serviços de saúde SUS-BA.

A elaboração do PES compreendeu também a previsão de recursos orçamentários, compatibilizando-o com o PPA 2020-2023 e a LOA 2020. Desse modo, a coerência entre as metas orçamentárias do PES e o PPA 2020-2023 foi elaborada conjuntamente pela equipe técnica da APG, Rede PMA e Fundo Estadual de Saúde (Fesba) e, após, referendada em uma oficina de alinhamento com áreas técnicas da Sesab, correspondentes a cada compromisso/meta/iniciativa das áreas correspondentes.

Para definição das ações, produtos e indicadores do PES 2020-2023, foram considerados Análise da Situação de Saúde (Asis), redes de serviços de saúde e acesso da população, bem como os indicadores do PPA 2020-2023, além dos indicadores nacionais pactuados pelo estado no Sistema de Pactuação dos Indicadores (SisPacto).

Por fim, a consolidação do documento, sob responsabilidade da APG, contou com a contribuição da Rede PMA e da Comissão de Planejamento e Monitoramento do CES-BA, sendo encaminhado pelo gestor do sistema estadual de saúde ao pleno do CES-BA em 6 de dezembro de 2019, e aprovado mediante a Resolução CES nº 54/2019.

3 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

A Asis constitui-se no monitoramento contínuo e sistemático das condições de saúde da população em âmbito nacional, estadual, regional e/ou dos territórios adscritos pelas equipes de atenção à saúde. Isso possibilita identificar e explicar os problemas de saúde, seus determinantes e condicionantes, riscos e danos, bem como o comportamento dos principais indicadores de saúde e áreas correlatas que afetam o processo saúde-doença, favorecendo, assim, a formulação de um planejamento de saúde abrangente, considerando-se as interfaces e a transversalidade das ações.

Nesse sentido, este capítulo contempla análises relacionadas ao perfil sociodemográfico e econômico do estado da Bahia, seguidas do panorama da vigilância em saúde, com foco nas doenças imunopreveníveis e outros agravos transmissíveis, bem como em vigilância da saúde do trabalhador, saúde ambiental, sanitária e laboratorial, além da mortalidade.

3.1 PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO

A Bahia está localizada na região Nordeste do Brasil, sendo o quinto estado em extensão territorial, com 564.722,61 quilômetros quadrados, e ocupando 6,6% da área geográfica do país e 36,3% da região. Com essa extensão territorial, o estado possui uma densidade demográfica de 26,23 habitantes por quilômetro quadrado. Seu contingente populacional é o quarto maior do país, com uma estimativa de 14.812.617 de pessoas residentes em 2018, representando 7,1% do total de habitantes do país. Vale ressaltar que houve redução na taxa de crescimento populacional, quando comparado ao período 2016-2019, em razão da metodologia adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A distribuição da população no estado é bastante heterogênea, com áreas densamente povoadas, como a macrorregião de saúde Leste, onde se concentra quase um terço dos habitantes (31,9%), e com tendência crescente nos últimos anos. Já na macrorregião Extremo Sul, residem apenas 5,6%, embora o número de habitantes tenha aumentado em 15,8% no mesmo período. O contrário se observa na macrorregião Centro-Norte, onde também residem 5,4% da população, porém com decréscimo de 10,4% no número de seus habitantes entre 1980 e 2018 (**Tabela 1**).

Inúmeros são os fatores que conformam as características da população nas diversas regiões da Bahia, como população economicamente ativa, oportunidades de emprego, trabalho e renda, índice de alfabetização, entre outros. Esses elementos são vetores de desenvolvimento

socioeconômico, imprimindo constantes mudanças no perfil produtivo de cada região, com reflexos no fluxo migratório.

Essas mudanças apontam para um processo migratório interno, com evasão da população para áreas consideradas polos de atração, com melhores condições de vida e emprego, especialmente para os jovens e adultos em idade produtiva.

Tabela 1. Distribuição da população residente (número e percentual), segundo macrorregião de saúde. Bahia, 1980, 2000 e 2018

Macrorregião de saúde	1980		2000		2018		Variação % 1980/2018
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Centro-Leste	1.494.331	15,8	1.960.290	15,0	2.210.257	14,9	-5,6
Centro-Norte	573.683	6,1	738.158	5,6	803.975	5,4	-10,5
Extremo Sul	456.456	4,8	664.850	5,1	828.285	5,6	15,8
Leste	2.455.352	26,0	3.846.853	29,4	4.718.301	31,9	22,7
Nordeste	556.606	5,9	759.608	5,8	859.335	5,8	-1,4
Norte	684.932	7,2	939.136	7,2	1.079.265	7,3	0,6
Oeste	549.385	5,8	775.415	5,9	945.944	6,4	9,9
Sudoeste	1.269.923	13,4	1.685.153	12,9	1.754.874	11,8	-11,8
Sul	1.414.724	15,0	1.700.787	13,0	1.612.381	10,9	-27,2
Bahia	9.455.392	100,0	13.070.250	100,0	14.812.617	100,0	-

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

As diferenças na concentração populacional podem ser observadas quando se distribui a população entre os 417 municípios, cuja variação compreende cerca de três milhões no município de Salvador a 3.555 habitantes em Catolândia, no oeste do estado.

A distribuição dos municípios, de acordo com o porte populacional (**Gráfico 1**), mostra que 59% dos municípios, em 2018, eram considerados de pequeno porte, com menos de 20 mil habitantes. Comparando-se ao ano de 1980, verifica-se que a participação de municípios desse porte apresentou um decréscimo de 5,2%, quando seu percentual foi de 60,1%; a redução no período foi mais acentuada entre os municípios com menos de 10 mil habitantes (-19,4%). O contrário se observa nos grandes centros urbanos, cuja elevação foi de 38,4% para os de porte populacional entre 50 mil e 90 mil habitantes, e de 49,3% para os de 100 mil ou mais, no respectivo período.

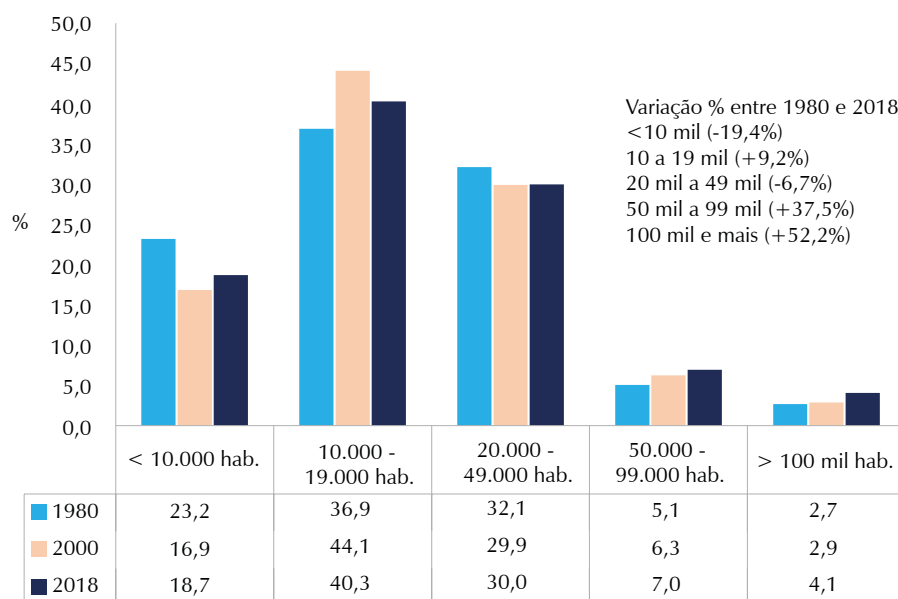


Gráfico 1. Distribuição percentual dos municípios, segundo porte populacional. Bahia, 1980/2018

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

No que se refere à dinâmica demográfica, observa-se 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, e as projeções apontam para uma redução ainda mais acentuada em 2018, com 0,41, e em 2030, com apenas 0,1. Tais mudanças estão relacionadas a fatores econômicos e sociais, como a melhoria das condições de vida e de saúde, com a consequente diminuição da mortalidade, especialmente entre os menores de um ano, bem como a queda das taxas de fecundidade, configurando o fenômeno denominado “transição demográfica”, com elevação da expectativa de vida e a consequente mudança na estrutura etária da população.

No estado, a taxa de fecundidade decresceu 32,8% no período de 2000 a 2018. Nas últimas décadas, o número de filhos por mulher passou de 2,49 para 1,67, sendo a média da Bahia, de 1,98, semelhante à do país, de 1,94 filhos por mulher. Quando se compara com a taxa de 3,6 filhos/mulher registrado nas décadas de 1980/1991, esta redução foi de 53,6%. A tendência decrescente na taxa de fecundidade encontrada para o estado acompanha os índices registrados para o país e suas regiões geográficas (**Gráfico 2**).

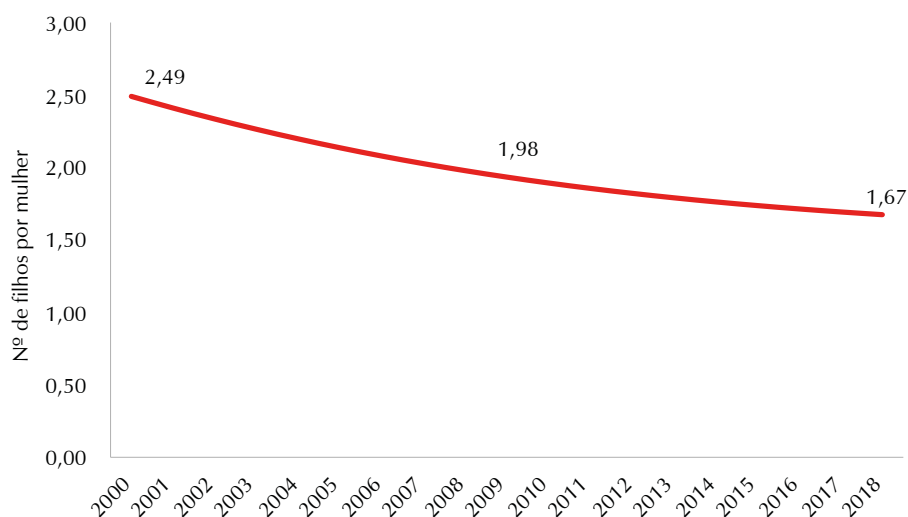


Gráfico 2. Evolução da taxa de fecundidade. Bahia, 2000-2018

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

Outro indicador resultante da transição demográfica é a esperança de vida ao nascer, cuja elevação nas últimas décadas proporcionou um ganho de 30 anos na média de vida dos baianos, passando de 42,5 anos em 1970, para 73,9 em 2018 (**Gráficos 3 e 4**).

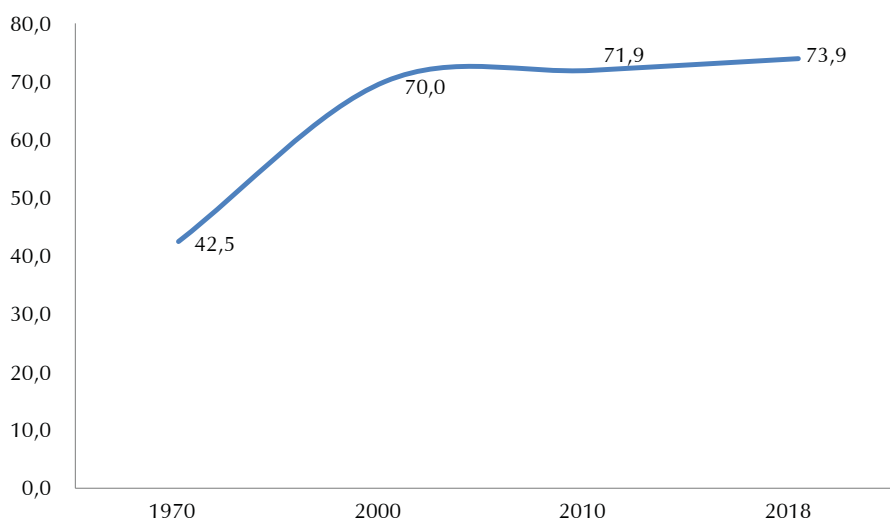


Gráfico 3. Evolução da esperança de vida ao nascer. Bahia, 1970-2018

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

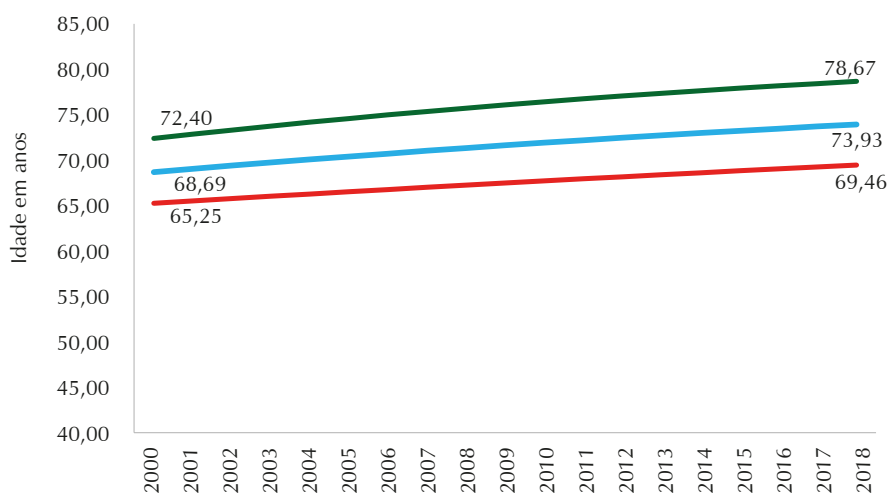


Gráfico 4. Esperança de vida ao nascer, por sexo. Bahia, 2000-2018

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

As mudanças no perfil demográfico do estado podem ser sintetizadas nas pirâmides populacionais apresentadas para os anos de 1980, 2000 e 2018 (**Gráficos 5, 6 e 7**), nas quais se observa acentuado estreitamento da base da pirâmide, mostrando a rápida redução dos indivíduos menores de 15 anos de idade, ao mesmo tempo que a população com 60 anos ou mais apresentam maior participação nas camadas superiores da pirâmide.

Ao analisar as mudanças na estrutura etária da população entre os anos 1980 e 2018, observa-se decréscimo de 0,5% entre os jovens com menos de 20 anos de idade. Em contrapartida, verifica-se acentuada elevação nas faixas etárias dos grupos populacionais com 20 anos ou mais, principalmente entre os idosos com 60 anos ou mais, cujo aumento foi 164,9% (**Gráficos 5, 6 e 7**).

O reflexo dessa transformação demográfica pode ser observado no **Gráfico 7**, no qual a base da pirâmide etária do ano de 2018 apresenta-se mais estreita em comparação aos anos de 1980 e 2000, enquanto as faixas etárias mais avançadas vão se alargando, em razão do envelhecimento populacional. Nesse período, verificou-se maior estreitamento da base da pirâmide e os jovens menores de 15 anos, que representavam 32% da população em 2000, passaram para 25,6% em 2018 (redução de 9,3%). Concomitantemente, observou-se um crescimento da população de 60 anos ou mais, que passou de 8,2% em 2000 para 10,3% em 2018, o que representa aumento de 41,5% nos últimos dezoito anos. Esses dados mostram um acelerado envelhecimento populacional, embora o contingente de jovens ainda seja bastante elevado, uma vez que 44,4% da população possui menos de 25 anos de idade.

Com relação a sua distribuição segundo o sexo, observa-se maior participação da população masculina entre os jovens menores de 20 anos, enquanto a proporção de mulheres predomina em todas as faixas etárias a partir dos 25 anos. O contingente populacional do sexo masculino nas idades mais avançadas é maior em relação às faixas etárias mais jovens, o que pode estar refletindo a maior mortalidade por causas externas, que incide com maior frequência entre os jovens do sexo masculino.

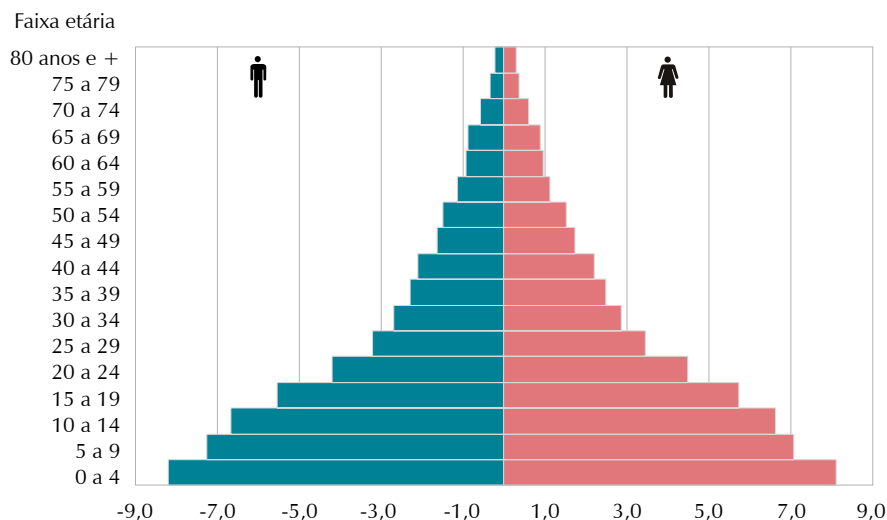


Gráfico 5. Pirâmide etária da população do estado da Bahia, 1980

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

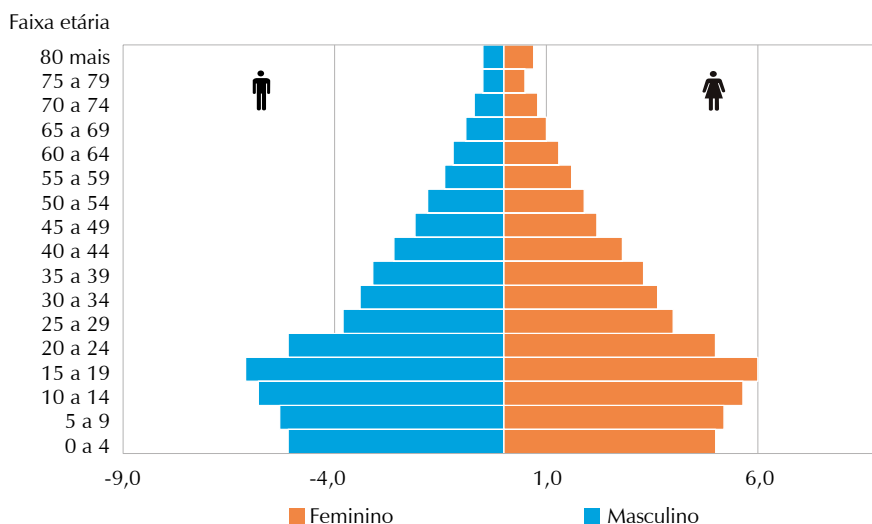


Gráfico 6. Pirâmide etária da população do estado da Bahia, 2000

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

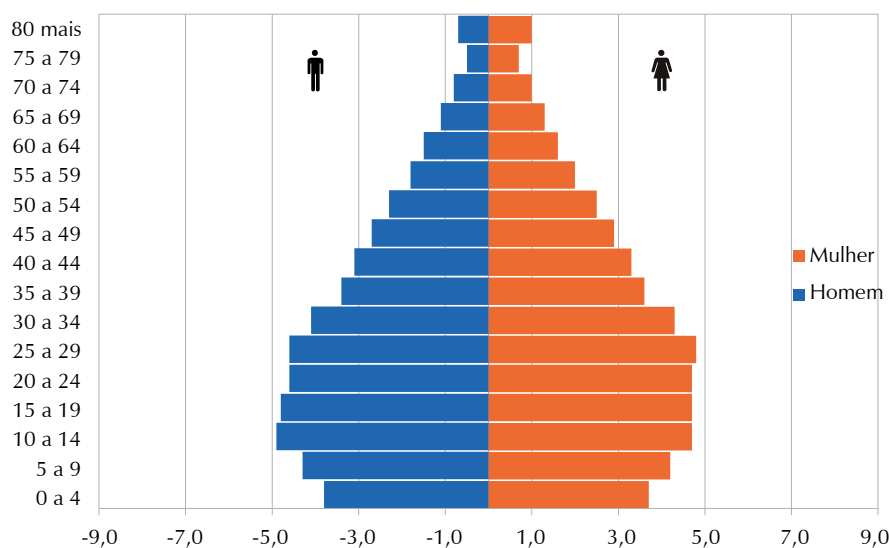


Gráfico 7. Pirâmide etária da população do estado da Bahia, 2018

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

No **Gráfico 8**, observa-se com mais clareza a acelerada mudança na estrutura etária da população baiana. A participação dos indivíduos abaixo de 15 anos de idade decresceu 55,1% entre 1991 e 2018, passando de 39,7% para 25,6%, enquanto o percentual dos idosos (60 anos ou mais) elevou-se em 33,3% no mesmo período, passando de 6,9% para 10,3%.

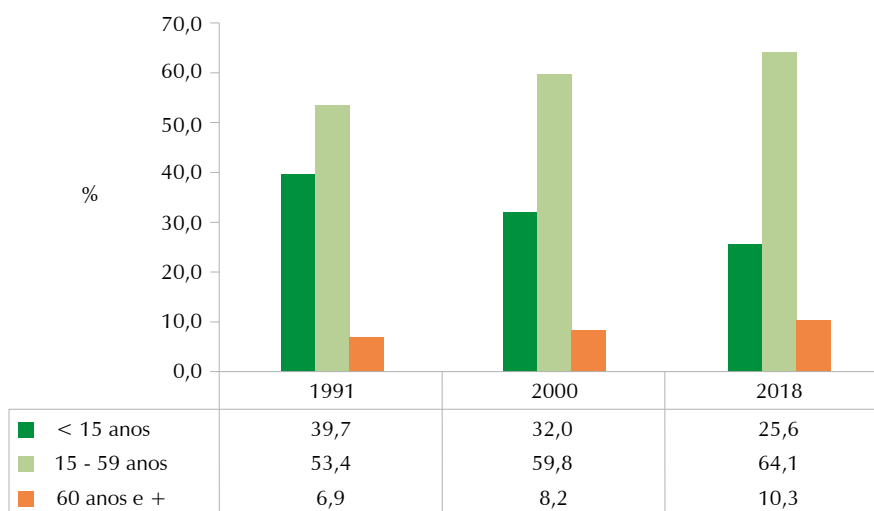


Gráfico 8. Evolução da estrutura etária da população do estado da Bahia, 1991-2018

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019

A distribuição da população por sexo mostra que as mulheres apresentam discreta predominância, com 51% do total. Em consequência, a razão por sexo foi de 96,3 homens para cada 100 mulheres em 2018. Diversos fatores podem estar envolvidos para essa baixa razão, dentre eles, destaca-se a mortalidade por causas violentas, bem como comportamentos e hábitos de vida menos saudáveis e a cultura de não procurar os serviços de saúde com a frequência observada entre as mulheres.

No que se refere à cor ou raça, os dados são sempre censitários, quando as pessoas declaram sobre sua cor e raça. Assim, o último dado disponível para essa característica, refere-se a 2010. Para esse ano, a composição por cor mostrou a predominância dos pardos, com 59,2% do total, seguida dos brancos (22,2%) e negros (17,1%); os da raça indígena e amarela (orientais) representaram apenas 0,4% e 1,1% da população, respectivamente (**Gráfico 9**). A distribuição por raça/cor é sempre polêmica, uma vez que reflete a cor autorreferida pelo indivíduo no momento das pesquisas realizadas pelo IBGE, devendo, portanto, ser considerados com reservas os índices apresentados.

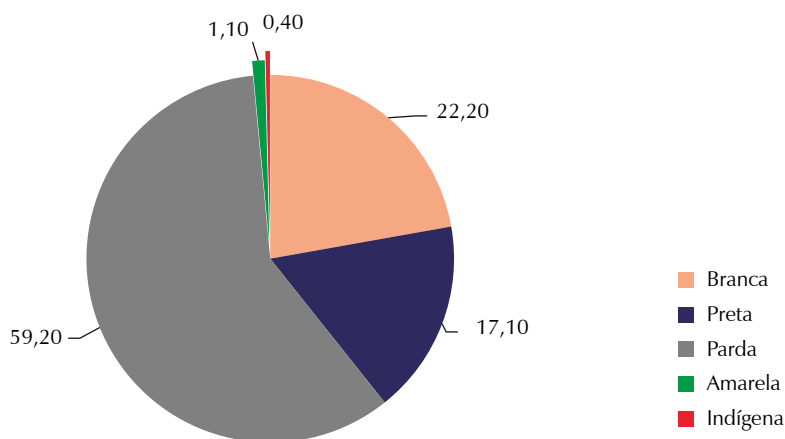


Gráfico 9. Distribuição da população, segundo cor/raça. Bahia, 2010

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

Quanto à situação de domicílio, a partir dos anos 1980, a maioria da população passou a residir na zona urbana, onde se concentraram 72,7% da população em 2018 (**Gráfico 10**). Não obstante esse avanço, a proporção ainda está abaixo da média de urbanização do país em 1991, com 74%. Em 2010, ainda em comparação com outras unidades da federação, a Bahia encontra-se dentre os estados menos urbanizados, ocupando a 24ª posição. Entretanto, estima-se que a população urbana tende a crescer lentamente, alcançando 77,2% em 2030.

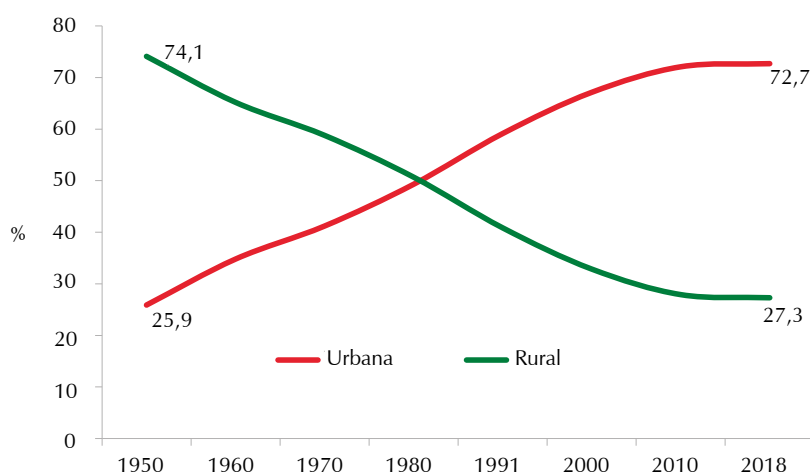


Gráfico 10. Evolução da taxa de urbanização. Bahia, 1950-2018

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

Nos municípios, essa taxa de urbanização também é bastante diversificada, variando entre 100% em três dos 417 municípios (0,7%), incluindo Salvador, e apenas 12,5% em Muquém de São Francisco em 2010 (último ano com dados disponíveis por município). Em 1980, dos 336 municípios existentes, apenas 59 (17,2%) tinham taxa de urbanização acima de 50%, já em 2010, dos 417 municípios, 220 (52,8%) apresentaram essa taxa de urbanização.

3.2 PANORAMA SOCIOECONÔMICO

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), em 2010, a Bahia ocupou a 22ª posição no ranking Nacional do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), com o valor de 0,660. Mesmo com um índice considerado médio pela classificação do Pnud, o estado apresentou crescimento de 71% em relação a 1991, quando registrou IDHM baixo, de 0,386. Considera-se IDHM baixo até 0,500; médio de 0,500 a 0,699; elevado de 0,700 a 0,799; muito elevado a partir de 0,800.

A educação foi o componente que mais contribuiu para o aumento do IDHM estadual, o qual passou de 0,182 em 1991 para 0,555 em 2010, registrando aumento de 204,9% no período. O melhor IDHM dentre os 417 municípios em 2010 foi o de Salvador, com índice de 0,759, ocupando a 383ª posição no ranking nacional, sendo o município um dos oito do estado na faixa de alto desenvolvimento.

Observa-se que, dentre os componentes do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a educação foi a que mais contribuiu para sua elevação, enquanto a renda apresentou o menor crescimento (**Tabela 2**).

Tabela 2. Índice de Desenvolvimento Humano desagregado por componentes.
Bahia, 1991, 2000 e 2010

Ano	IDH (Global)	Longevidade	Educação	Renda
1991	0,590	0,580	0,620	0,570
2000	0,690	0,660	0,790	0,620
2010	0,660	0,783	0,555	0,663
Variação % 1991/2010	71,0	34,5	204,9	22,1

Legenda: IDH: Índice de Desenvolvimento Humano.

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019; Pnud, Ipea, FJP, IBGE, 2019

O indicador econômico mais importante de uma comunidade é o produto interno bruto (PIB), que dimensiona o montante arrecadado com base na totalidade da produção e em como essa renda é distribuída entre os habitantes. A renda dos indivíduos, ou renda per capita, pode definir o acesso aos bens e serviços disponíveis, estilo de vida e modo de inserção na sociedade, bem como determinar o processo saúde-doença e, conseqüentemente, o perfil da morbimortalidade da comunidade.

No estado da Bahia, o valor do produto interno bruto (PIB) apresentou crescimento de 225% entre 2005 e 2018. No mesmo período, o PIB per capita, ou seja, a divisão do total de rendimentos para cada baiano teve aumento semelhante, 203,3%, variando de 6.390,86 a 19.380,29 reais. Embora esse aumento tenha sido considerável, a renda média dos baianos ainda está bem abaixo da média do país, com 30.441,30 reais em 2016, e pouco acima da média da região Nordeste (15.779,11 reais), evidenciando as desigualdades entre as regiões brasileiras.

3.3 PANORAMA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Este capítulo aborda as doenças redutíveis por imunização, com ênfase na queda das coberturas vacinais a partir de 2016, acompanhando a tendência nacional de recrudescimento de doenças consideradas erradicadas e aumento dos riscos à saúde da população. Destacam-se, ainda, os riscos das doenças transmitidas por vetores, em especial as arboviroses e outros agravos transmissíveis.

3.3.1 Vigilância das doenças redutíveis por imunização e outros agravos transmissíveis

A vacinação é uma das estratégias de intervenção do SUS que mais logrou êxitos desde a implantação, na década de 1970, do Programa Nacional de Imunizações (PNI), na prevenção, controle e eliminação de doenças, com reflexo na queda da morbidade e mortalidade infantil, bem como em outras estratificações etárias. Ao analisar a série histórica

de 2009 a 2018, observa-se no Brasil e no estado da Bahia, a partir de 2016, quedas das coberturas vacinais de todos os imunobiológicos do calendário de vacinação para crianças com até 1 ano (**Gráfico 11**).

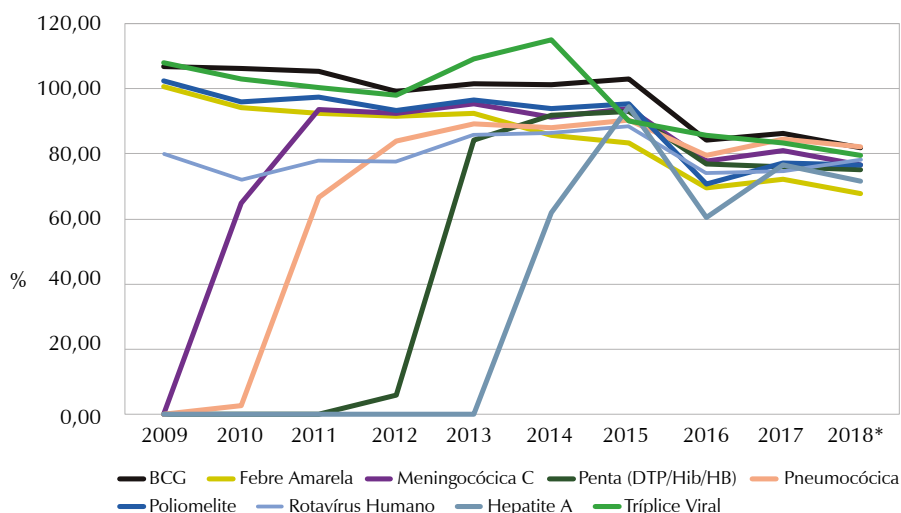


Gráfico 11. Cobertura das vacinas do calendário básico de crianças com até 1 ano de idade. Bahia, 2009-2018

**Dados atualizados até 26/07/2019

Fonte: SI-PNI, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Em relação à homogeneidade das coberturas vacinais (percentual de municípios que atingiram cobertura vacinal adequada) para todos os anos da análise, o estado não alcançou o percentual preconizado pelo MS (70%), mantendo suas coberturas vacinais baixas e heterogêneas, o que coloca em risco a saúde da população e o atual estado de controle, eliminação ou erradicação de doenças. Salienta-se que a obtenção de altas e homogêneas coberturas vacinais é uma condição para reduzir os bolsões de suscetíveis e garantir a imunidade da população (**Tabela 3**).

Tabela 3. Homogeneidade das coberturas vacinais do calendário básico da criança com até 1 ano de idade. Bahia, 2009-2018

(continua)

Imunobiológicos	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
BCG	65,95	49,64	47,24	38,61	41,01	43,65	41,73	24,22	35,25	38,37
Rotavírus Humano	43,17	25,66	32,13	29,74	46,28	51,80	54,20	35,73	30,94	47,72
Meningocócica C	...	13,19	51,56	45,56	52,52	46,04	53,24	30,46	32,37	36,21
Penta (DTP/Hib/HB)	...	...	...	-	35,97	46,28	44,12	29,02	24,94	31,18
Pneumocócica	...	-	14,63	33,81	43,65	42,45	44,12	35,97	40,29	46,52
Poliomielite	81,77	64,03	64,99	48,68	56,12	48,92	46,28	18,47	26,62	30,22
Febre Amarela	74,82	53,00	49,64	42,69	47,48	35,01	31,65	21,34	18,47	21,58

Tabela 3. Homogeneidade das coberturas vacinais do calendário básico da criança com até 1 ano de idade. Bahia, 2009-2018

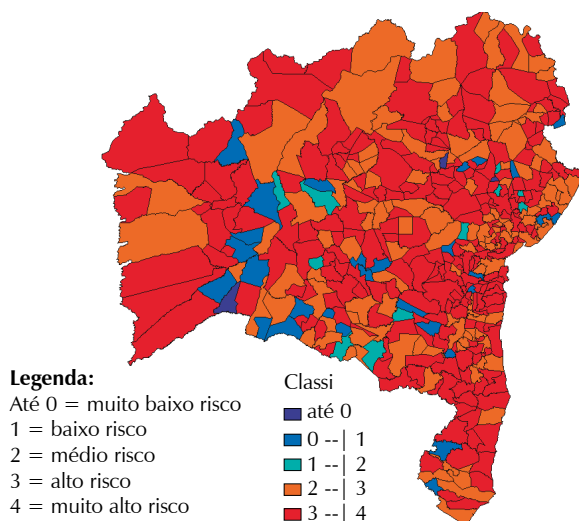
(continua)

Imunobiológicos	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Hepatite A	...	...	...	...	...	0,48	46,76	12,23	29,02	20,86
Tríplice Viral	83,45	70,74	59,47	55,88	71,94	75,30	45,56	37,65	38,61	35,73
Meta de homogeneidade	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00

(...) não constava no calendário; (-) corresponde a zero.
Fonte: SI-PNI, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Atualmente o PNI utiliza uma ferramenta de análise de risco da transmissão de doenças imunopreveníveis com estratificação dos riscos a partir de indicadores de cobertura vacinal, homogeneidade, taxa de abandono de vacinas multidoses e registro das ações de vacinação, na perspectiva de apoiar os municípios no estabelecimento de prioridades e planejamento das ações de imunização. De acordo com essa análise, 59,23% dos municípios da Bahia apresentam risco “muito alto” para transmissão de doenças imunopreveníveis e apenas 0,72% (três) “muito baixo risco”, sinalizando a importância da adoção de medidas oportunas para bloqueio de transmissão dessas enfermidades.

A distribuição dos municípios do estado da Bahia por classificação de risco, a partir da análise das coberturas vacinais do 1º semestre de 2019, evidencia predominância de “muito alto risco” e “alto risco”, respectivamente, em 59,23% (247) e 30,7% (128), totalizando 89,93% dos municípios baianos (**Mapa 1**).



Mapa 1. Municípios por classificação de risco, a partir das coberturas vacinais do primeiro semestre de 2019. Bahia, 2019*

* Dados atualizados até 31 de julho de 2019

Fonte: SI-PNI, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Tal cenário pode ser justificado por vários fatores, entre os quais a fragilidade na qualidade dos dados inseridos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), inconsistências relacionadas a erros de registro que impedem que as doses sejam computadas para fins de cobertura vacinal, erro vacinal (idade incorreta e/ou intervalo entre as doses inferior ao recomendado), irregularidade do envio das doses aplicadas pelos municípios e problemas advindos da implantação/implementação do SI-PNI nas salas de vacina. Essa situação sinaliza a importância de realizar intensificação vacinal e qualificação do sistema de informação, tendo em vista a magnitude do problema.

Nesse contexto, merece destaque a baixa cobertura da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola). Na Bahia, o último caso confirmado de sarampo pelo vírus autóctone foi registrado em 1999, no município de Salvador. Em 2006, ocorreu um surto com 57 casos pelo vírus importado nos municípios de João Dourado, Filadélfia, Senhor do Bonfim e Pindobaçu. Em 2011, houve registro de um caso do vírus importado em Porto Seguro e no ano de 2018, a partir de um caso importado de Manaus, confirmaram-se três ocorrências de sarampo entre residentes do município de Ilhéus.

De janeiro a outubro de 2019, foram notificados 467 casos suspeitos de sarampo, com confirmação de quatro importados. Posteriormente, houve confirmação de mais oito casos no estado, sete residentes em Santo Amaro e um em Jacobina, configurando um cenário de surto neste último.

Quanto à **rubéola**, os casos confirmados mais recentemente ocorreram em 2008, após o último surto, registrado em 2007. O comportamento dessas doenças (sarampo e rubéola) apresenta uma tendência de crescimento exponencial devido às baixas coberturas vacinais (**Gráfico 12**).

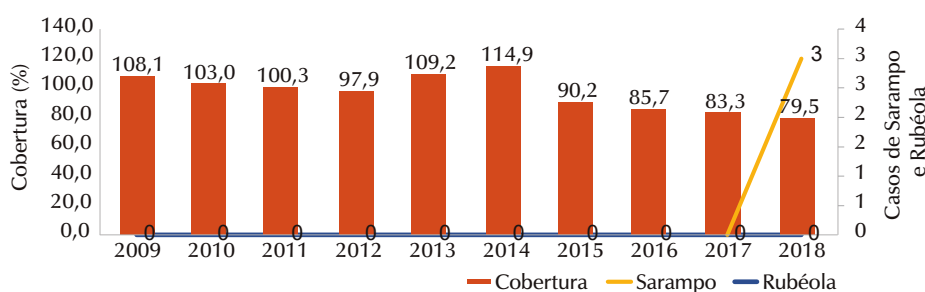


Gráfico 12. Incidência de sarampo/rubéola* e cobertura da vacina tríplice viral**.

Bahia, Brasil, 2009-2018

* Dados atualizados até 12 de março de 2019

** Dados atualizados até 26 de julho de 2019

Fonte: SI-PNI, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

A qualidade da vigilância das doenças exantemáticas tem o seu monitoramento alicerçado sob a análise de alguns indicadores que permitem avaliar sua sensibilidade, no

sentido de detectar oportunamente a ocorrência de casos, instituindo intervenções para interrupção da cadeia de transmissão. Sob esse prisma, de acordo com a **Tabela 4**, observa-se que no estado da Bahia somente o indicador de investigação oportuna, para todos os anos da série histórica, cumpriu a meta estabelecida, ratificando a necessidade de ações estratégicas e oportunas para o enfrentamento da doença.

Tabela 4. Indicadores de qualidade da vigilância do sarampo e rubéola. Bahia, 2010-2018

Indicadores	Meta (%)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Homogeneidade de cobertura vacinal	70	63,1	59	56	72	75	45,6	37,7	16,3	33,8
Taxa de notificação	$\geq 2/100.000$ hab	6,9	5	4,3	3,2	3,2	1,5	6,7	0,7	3,2
Investigação oportuna	80	84,1	91	89	91	87	85	82	82	91,4
Investigação adequada	80	-	78	81	75	75	52	65	31	40,6

Fonte: DataSUS, 2019; Divep/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

Outro imunobiológico que merece destaque é a pentavalente, composta pelas vacinas difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo B. Semelhante ao observado na tríplice viral, a cobertura vacinal e a homogeneidade da pentavalente apresentaram índices abaixo da meta estabelecida pelo MS, considerando o período analisado (2009-2018). Um indicador importante para mensuração é a taxa de abandono da pentavalente, a qual possibilita avaliar quantas crianças completaram o esquema vacinal (as três doses). A Bahia não tem alcançando a meta preconizada pelo Ministério da Saúde de 5%, sendo seu maior percentual de 14,25% alcançado em 2017 (**Gráfico 13**), cujos dados sinalizam para a formação de bolsões de susceptíveis às doenças.

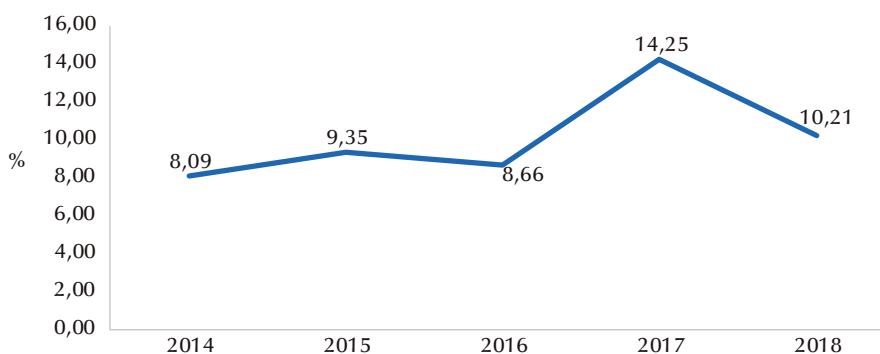


Gráfico 13. Taxa de abandono da pentavalente do calendário de vacinação de crianças (menores de 1 ano de idade), entre 2014 e 2018. Bahia, 2019*

* Dados atualizados até 30 de maio de 2019
Fonte: SI-PNI, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

No período de 2009 a 2018, foram notificados 188 casos de **tétano acidental**, com maior número de confirmados e maior incidência no ano de 2011 (0,24/100 mil habitantes). A série histórica mostra tendência de queda na incidência da doença a partir de 2016. Entretanto, houve aumento significativo da taxa de letalidade em 2018 (55,6%), quando comparado com 2017 (9,1%). A respeito do tétano neonatal, os últimos registros foram confirmados em 2010, com dois casos e um óbito. Quanto à difteria, em 2006 confirmou-se o último caso.

Acerca da **coqueluche**, após uma redução expressiva do número de casos confirmados (597 em 2014 para 107 casos em 2015), registrou-se aumento significativo no ano de 2018 (127 casos). A concentração foi maior entre os menores de 1 ano de idade, visto que dos 127 casos confirmados, 40,1% (51 casos) ocorreram nessa faixa etária, apresentando coeficiente de incidência de 24,6/100 mil habitantes. O aumento no número de casos segue a tendência nacional e reforça a característica de ciclicidade esperada da doença, de três a quatro anos. No que se refere à letalidade, em 2018 houve registro do óbito de uma criança de 1 mês de idade.

As **meningites virais e as bacterianas** são consideradas de maior importância devido a sua magnitude e capacidade de provocar surtos e, no caso das bacterianas, sua gravidade. Para prevenir essas doenças, são disponibilizadas na rede pública as vacinas pneumocócica 10 valente conjugada, meningocócica C conjugada, pentavalente e BCG. Em determinados anos da série histórica (2009 a 2018), algumas dessas vacinas alcançaram a meta preconizada, a exemplo da BCG, entretanto, a partir de 2016, notou-se uma queda da cobertura vacinal desse grupo de imunobiológicos. Quanto à homogeneidade das coberturas vacinais, em nenhum ano do período analisado, a meta recomendada (70%) foi alcançada, o que representa risco para o aumento no número de casos de meningite.

No período de 2008 a 2018, o estado da Bahia registrou 11.617 casos confirmados de meningite. A análise da série histórica mostra uma redução significativa de 69,1% no número de casos (1.423 em 2008 para 439 em 2018), que pode estar associada à introdução da vacina. Considerando as etiologias das meningites em análise, observou-se que: 49,4% foram virais; 33% foram bacterianas; 15,1% sem agente etiológico especificado; 2% causadas por fungos e parasitas. Alguns tipos de meningite são considerados de importância epidemiológica devido ao elevado risco de morte. Nesse sentido, no período de 2008 a 2018, foram notificados 1.805 casos (15,5%) do total de notificações, sendo 1.261 (69,9%) de doença meningocócica^a; 468 (25,9%) por *Streptococcus pneumoniae*; e 76 (4,2%) por *Haemophilus influenzae*.

a Incluem a meningite meningocócica, meningococcemia ou ambas associadas. O agente etiológico é a bactéria *Neisseria meningitidis*.

Sobre os óbitos por meningites, foram notificados 134 em 2008 e 71 em 2018, redução de 47%. Destacaram-se como principais causas de morte: doença meningocócica (306 óbitos, 28%), meningite bacteriana (214 óbitos, 19,6%) e meningite por pneumococos (153 óbitos, 14%).

A partir de 2016, houve aumento na incidência das **meningites pelo *Streptococcus pneumoniae***, que se tornou em 2018 o principal agente etiológico responsável pelos casos de meningite bacteriana no estado da Bahia, com 53 casos de meningite pneumocócica (incidência de 0,35/100 mil habitantes). Chama a atenção o aumento de 94,4% no coeficiente de incidência dessas meningites em relação a 2017. Esse incremento possivelmente está relacionado à melhora no diagnóstico laboratorial com a implantação da reação em cadeia da polimerase (PCR), no segundo semestre de 2016, bem como às baixas coberturas das pneumocócicas (**Gráfico 14**), que, historicamente, não alcançaram a meta de 95%. Ao comparar o ano de 2018 com 2017, verificou-se um aumento de 100% na taxa de letalidade. Esse resultado pode estar associado à assistência tardia.

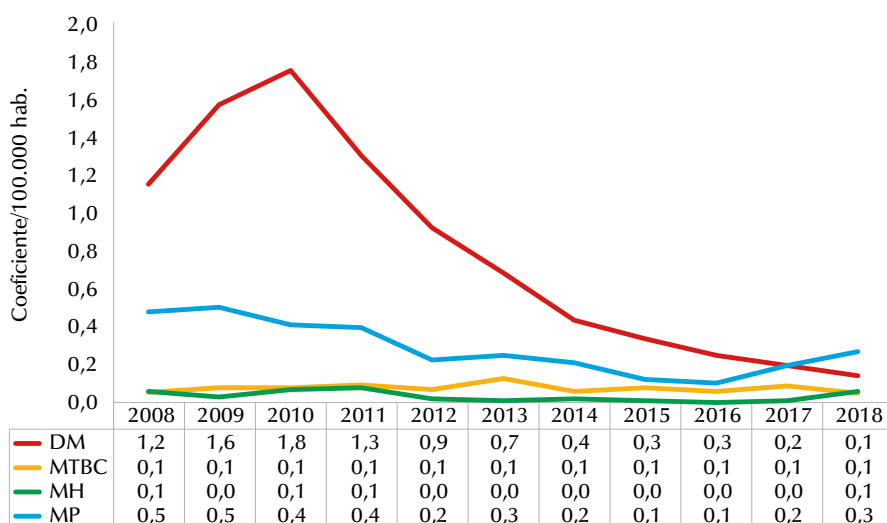


Gráfico 14. Coeficiente de Incidência das meningites bacterianas segundo o ano de início dos sintomas. Bahia, 2008-2018*

* Dados atualizados até 31 de dezembro de 2018

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

A ocorrência da **meningite** por *Haemophilus influenzae* (MH) vem diminuindo desde a introdução, na rotina, da vacina contra *Haemophilus influenzae* B (HIB), em 1999. Porém, percebe-se aumento na incidência (por 100 mil habitantes), uma vez que em 2016 foi registrado um caso (incidência 0,006), em 2017 quatro (incidência 0,026) e, em 2018,

oito (incidência 0,05). O grupo de menores de 1 ano foi o mais acometido, totalizando cinco casos. Entre 2008 e 2018, foram confirmados 13 óbitos, com a letalidade de 17,1%.

Quanto à **meningite meningocócica**, a incidência tem apresentado redução após a introdução da vacina meningocócica C conjugada, conforme **Gráfico 15**. Em 2018, foram confirmados 25 casos e sete óbitos (incidência de 0,16/100 mil habitantes, letalidade de 28%). O grupo de menores de 1 ano foi o mais acometido (incidência de 0,88/100 mil habitantes), enquanto a maior letalidade (100%) foi registrada para o grupo de 5 a 9 anos.

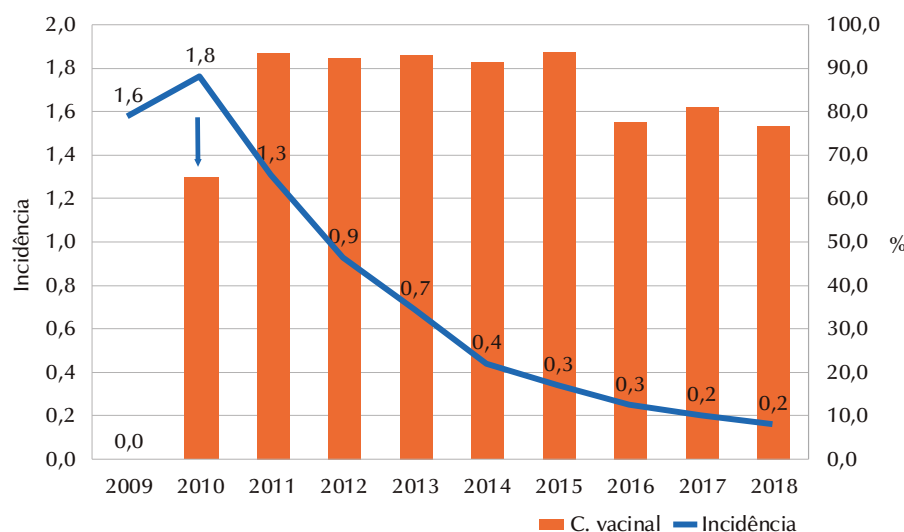


Gráfico 15. Incidência da doença meningocócica* e cobertura vacinal da vacina meningocócica C conjugada**. Bahia, 2009-2018

* Dados atualizados até 12 de março de 2019

** Dados atualizados até 26 de julho de 2019

Fonte: SI-PNI, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Quanto à vigilância da **síndrome respiratória aguda grave** (SRAG), no período de 2009 a 2018 foram notificados 1.285 casos de influenza no estado da Bahia. Com relação aos casos confirmados, verificou-se na série histórica que os anos que mais registraram ocorrências de influenza A H1N1 foram 2009 (485 casos), 2016 (152 casos) e 2018 (250 casos). Com relação ao vírus influenza A H3N2, o maior número de registros ocorreu em 2009 e 2018, respectivamente com 47 e 45 casos confirmados. A partir de 2012, verificou-se a circulação do vírus influenza B, apresentando o maior número de casos (61) em 2018. Nesse mesmo ano, foram confirmados 46 óbitos por influenza, 31 pelo subtipo A H1N1, 13 pelo A H3N2 sazonal, um pelo A não subtipado e nove pelo B.

A **poliomielite** ou “**paralisia infantil**” é uma doença infectocontagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito. No Brasil, não há circulação de poliovírus selvagem desde 1990, em virtude do êxito da política de prevenção através da vacinação, vigilância e controle desenvolvida pelas três esferas de gestão.

Todavia, a cobertura vacinal contra poliomielite na Bahia vem sofrendo decréscimo gradual desde 2015, alcançando, em 2018, 76,47%, muito abaixo da meta desejada (95%). Com relação à coleta oportuna das fezes, procedimento importante para a realização do diagnóstico precoce da poliomielite, no período de 2009 a 2018 apenas o ano de 2011 alcançou a meta de 80%, com o resultado de 89%.

A **raiva** é uma zoonose viral que se caracteriza como encefalite progressiva aguda com 100% de letalidade. O último registro de raiva humana transmitida por cão na Bahia ocorreu em 2004. Treze anos depois, em 2017, ocorreu outro caso em humano, provocada pela mordedura de morcego (variante 3 *Desmodus rotundum*). Importante consideração deve ser dada às coberturas vacinais dos últimos dez anos, pois o estado da Bahia não tem alcançado a meta pactuada de 80% de cobertura vacinal animal, aumentando o risco de transmissão para humanos.

As **hepatites** são consideradas um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil, tendo em vista a alta transmissibilidade e o impacto socioeconômico em virtude do comprometimento da qualidade de vida das pessoas acometidas pela doença e pelo custo com o tratamento.

No período de 2008 a 2019, houve redução de 96,7% na taxa de detecção da hepatite A (**Gráfico 16**). A partir de 2015, a redução foi significativa, o que pode se justificar pela implantação da vacina hepatite A no calendário vacinal da criança, no ano anterior. Em contrapartida, as taxas de detecção dos vírus B e C registraram incremento, respectivamente, de 62,5% e 94,7%, 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.

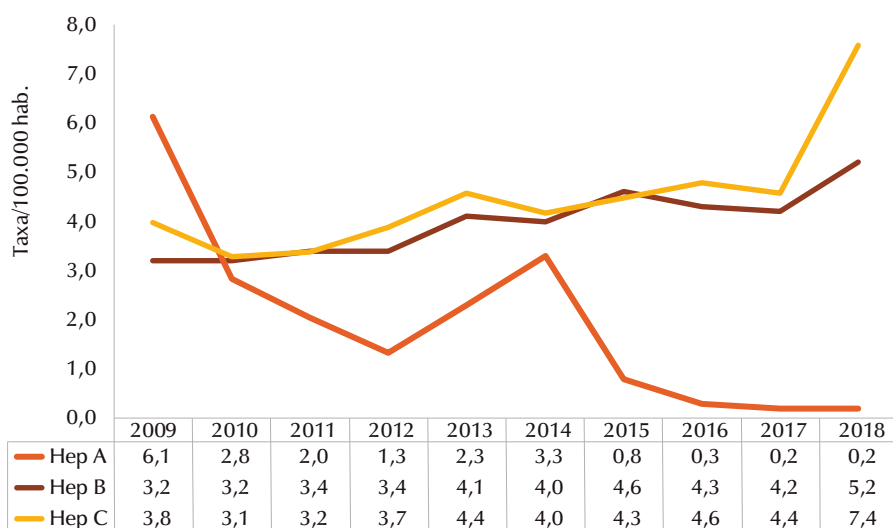


Gráfico 16. Taxa de detecção de hepatites virais (por 100 mil habitantes), segundo agente etiológico e ano de notificação. Bahia, 2009-2018

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

Em relação à mortalidade por hepatite, foram confirmados 1.087 óbitos no período de 2008 a 2018 no estado da Bahia. O coeficiente de mortalidade apresentou uma constante, com média de 0,65 por 100 mil habitantes ao longo do período, o que demonstra a necessidade de implementação das ações preventivas e assistenciais (**Gráfico 17**).

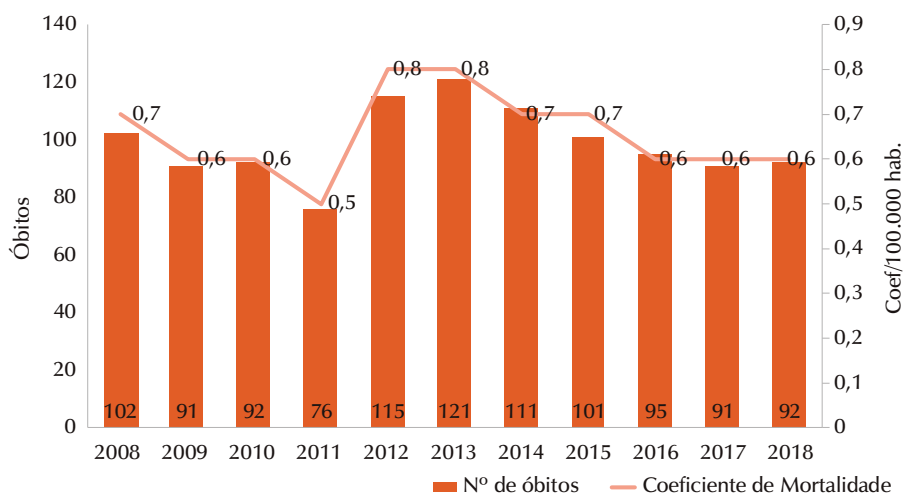


Gráfico 17. Óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por hepatites virais. Bahia, 2008-2018*

* Dados atualizados até 4 de julho de 2019
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Na última década, as **doenças de transmissão vetorial** foram responsáveis por elevada morbimortalidade e sobrecarga nos sistemas de saúde. O fortalecimento de estratégias que colaborem com a integração entre as vigilâncias e a rede assistencial é imprescindível para desenvolver ações articuladas e coordenadas direcionadas à prevenção e controle dos agravos relacionados à transmissão vetorial, incluindo o uso de agrotóxico em ações de saúde pública para combate ao vetor da dengue. Destaca-se a importância da atenção básica/primária em saúde, tendo em vista o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e controle da doença, pelas equipes de saúde da família, agentes de saúde e agentes de endemias, no território que atuam.

A **dengue** é a mais importante arbovirose que afeta o homem. Na Bahia, os anos de 2009, 2013 e 2016 foram os que mais notificaram casos. Em 2009, foi registrada a maior epidemia desde a reintrodução da doença no estado, com 96.651 casos notificados com coeficiente de incidência (CI) de 660,30/100 mil habitantes. Nos dois últimos anos da série histórica, 2017 e 2018, o estado apresentou redução dos coeficientes de incidência, respectivamente, 64,06 e 63,12/100 mil habitantes (**Gráfico 18**).

Na sua distribuição territorial, no período de 2009 a 2018, as macrorregiões Sul (134.111) e Centro-Leste (66.281) apresentaram o maior número de casos notificados. Cabe informar que essas macrorregiões apresentaram maior número de municípios com Índice de Infestação Predial (IIP), para todos os levantamentos rápidos de índices de infestação pelo *Aedes aegypti* (LIRAA), realizados no ano de 2018 com resultados acima de 4, considerado alto. O IIP elevado pode ser indicativo de risco de ocorrência de maior número de casos de dengue. Para tal, devem ser considerados alguns determinantes, a exemplo da circulação viral na população residente no território em análise.

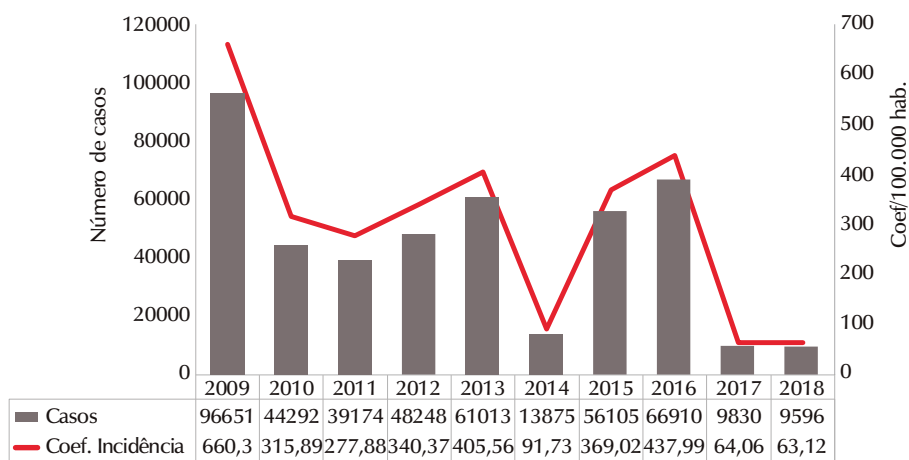


Gráfico 18. Casos notificados e incidência de dengue. Bahia, 2009-2018

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Em todo o estado, entre os anos de 2009 e 2017, foram confirmados 43 óbitos por dengue. O ano de 2016 apresentou o maior coeficiente de letalidade (50%), visto que dos 24 casos identificados como formas graves de dengue, 12 evoluíram para óbito. Vale ressaltar que a circulação dos quatro sorotipos do vírus (DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4) foi determinante para a existência de população susceptível e, conseqüentemente o agravamento dos casos. Em 2018, foram confirmados três óbitos por dengue na Bahia, ocorridos nas macrorregiões de saúde Oeste (dois casos) e Norte (um caso), resultando em uma letalidade de 10,34%. Salienta-se que a identificação precoce dos casos de dengue é de fundamental importância para a tomada de decisões e implementação de medidas de maneira oportuna, visando principalmente evitar óbitos.

Outra arbovirose de relevância epidemiológica é a **chikungunya** (CHIKV). No Brasil, os primeiros casos autóctones da febre de chikungunya foram notificados em agosto e setembro de 2014, em municípios dos estados do Amapá e Bahia.

Em 2017, foram notificados 11.135 casos de chikungunya no estado da Bahia, ao passo que em 2018 foram 4.368, redução de 154,9%. Com relação à faixa etária e ao sexo, 2017 apresentou comportamento semelhante a 2018. Neste último, a faixa etária mais atingida foi de 30 a 39 anos (858 casos/ 100 mil habitantes), correspondendo a 19,6% dos casos, seguida pelas faixas de 20 a 29 anos (761 casos/ 100 mil habitantes) com 17,2% e de 40 a 49 anos (654 casos/ 100 mil habitantes), representando 14,9% das notificações. Do total de casos notificados, 62,4% são do sexo feminino. Sobre a mortalidade, no período de 2014 a 2017, foram confirmados 15 óbitos por chikungunya. Os anos com mais registros foram 2015 (seis casos) e 2016 (cinco casos).

O vírus **zika**, foi identificado pela primeira vez no país no ano de 2015 e representa um importante problema de saúde pública, por estar associado a graves complicações neurológicas, a exemplo da microcefalia.

No período de 2015 a 2018, foram registrados 97.893 casos suspeitos de zika, dos quais 58,9% concentraram-se no ano de 2016, com coeficiente de incidência (CI) de 379,21 casos/ 100 mil habitantes, sendo esse o ano mais epidêmico da doença (**Gráfico 19**). A partir de 2017, observou-se decréscimo no número de casos e no coeficiente de incidência, ratificando a característica cíclica da arbovirose. Em 2018, verificou-se que 67,2% das notificações foram de pessoas do sexo feminino e do total para o mesmo período, 39,1% correspondiam à faixa etária de 20 a 39 anos. Esse dado é de fundamental importância para saúde pública, visto que a faixa etária mais acometida foi a população economicamente

ativa e mulheres em idade fértil, fator que predispõe ao aumento de casos em gestantes e, consequentemente, de microcefalia.

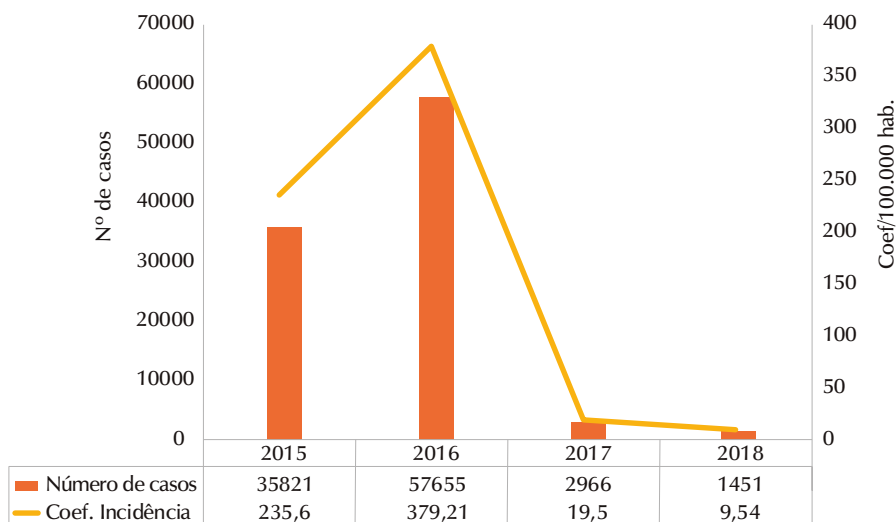


Gráfico 19. Casos notificados e coeficiente de incidência* da febre pelo vírus zika em residentes do estado da Bahia. 2015-2018

* Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Com relação às complicações relacionadas à infecção pelo vírus zika durante a gestação – microcefalia e Síndrome Congênita do Zika vírus (SCZV) – no acumulado de 2015 a 2018, constam no Registro de Emergência em Saúde Pública notificações de casos de pacientes residentes em 252 municípios do estado, atingindo todas as macrorregiões de saúde e totalizando 1.885 casos, destes, 29,2% com confirmação diagnóstica. O maior número de casos notificados tem como residência municípios da macrorregião Leste (58,5%), seguida da Centro-Leste (9,7%).

É possível observar que no território baiano o maior percentual de amostras positivas é para dengue, seguida de chikungunya e zika (**Figura 1**). Quanto à estratificação de amostras por macrorregião de saúde, a Centro-Leste foi responsável por 51,7% (2.670) das amostras positivas para dengue e 39,3% (72) para zika. A macrorregião Leste se destaca pelos resultados positivos para chikungunya (64,3%; 570). O município que apresentou o maior quantitativo de amostras positivas para dengue foi Feira de Santana, com 23,3% (204). Em relação à chikungunya, Salvador expressa o maior valor de amostras positivas, com 16,1% (143). Quanto às amostras positivas para Zika, Feira de Santana foi o município que mais se destacou, com 11,4% (21).

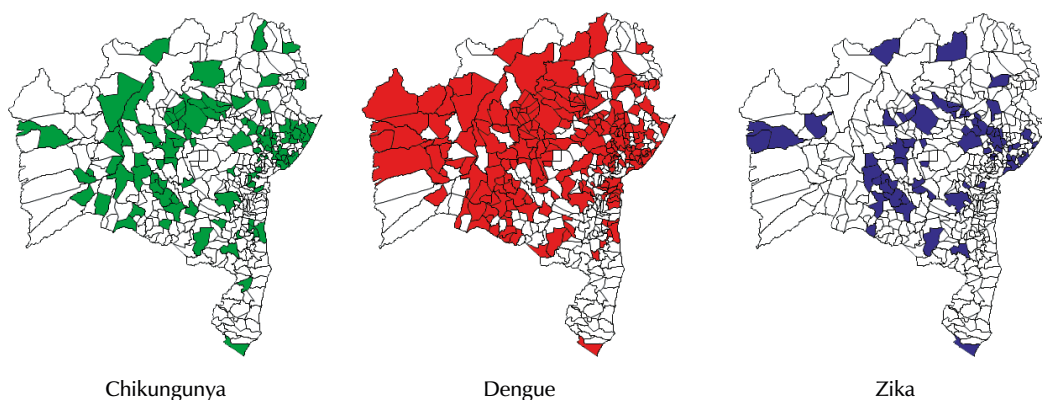


Figura 1. Distribuição espacial de amostras positivas das arboviroses (chikungunya, dengue e zika) por municípios. Bahia, 2019

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Concomitante à tríple epidemia por arboviroses (dengue, chikungunya e zika) que atingiu o estado da Bahia a partir de 2015, houve aumento na ocorrência de manifestações neurológicas. No período de 2015 a 2018, foram notificados 338 casos suspeitos, com destaque para a **síndrome de Guillain-Barré (SGB)**, que apresentou o maior número de casos em todos os anos do período. Em 2018, do total de casos suspeitos de doença neuroinvasivas, 73,8% foram confirmados como SGB (**Gráfico 20**).

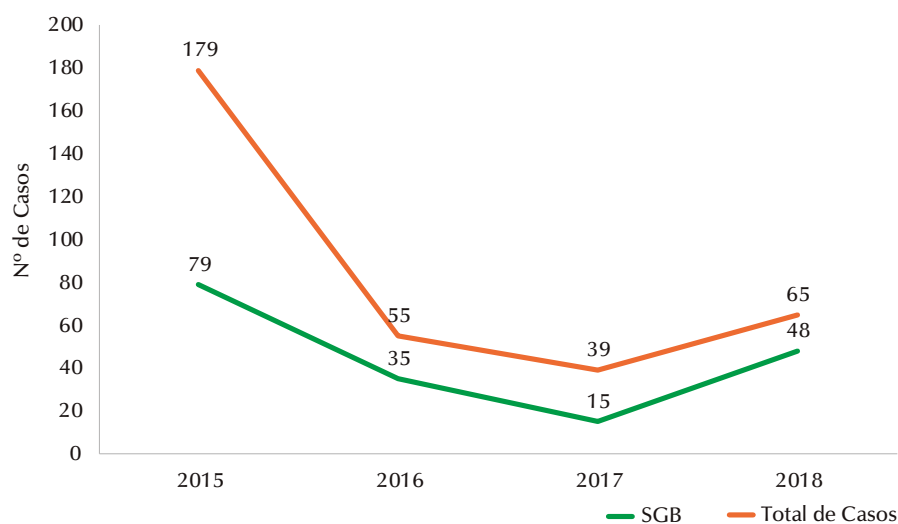


Gráfico 20. Casos de doenças neuroinvasivas e casos de síndrome de Guillain-Barré (SGB). Bahia, 2015-2018

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Concernente à **Febre Amarela** (FA), na última década o ressurgimento do vírus no país produziu importante impacto na saúde pública, principalmente na região sudeste do país, com mortes confirmadas pelo agravo, principalmente no ano de 2017. No estado da Bahia, os anos de 2017 e 2018 totalizam 86 casos notificados, com o maior percentual das notificações em 2018 (70%). Na distribuição por semana epidemiológica, observa-se que entre a 9ª e a 37ª não foram registrados casos suspeitos de FA para o ano de 2017 (**Gráfico 21**).

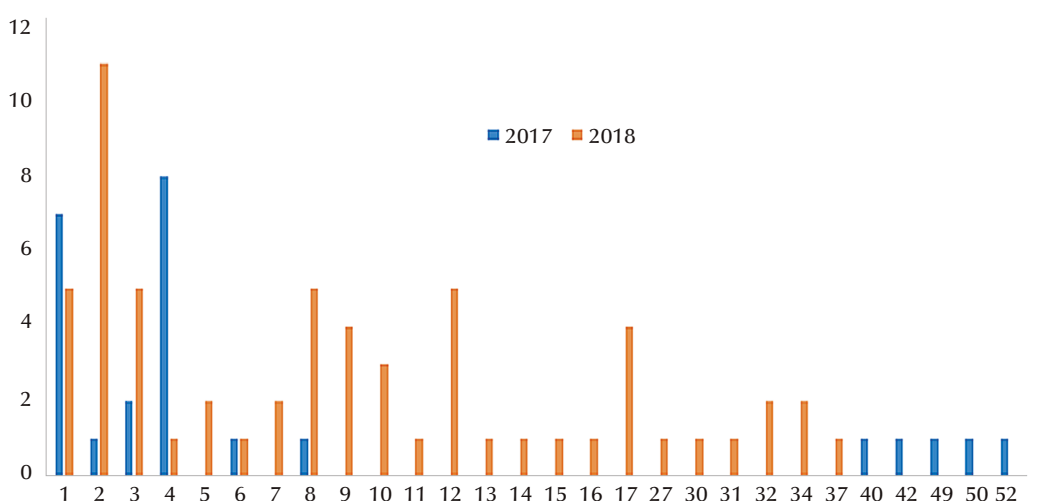


Gráfico 21. Distribuição de casos suspeitos de febre amarela, segundo semana epidemiológica. Bahia, 2017-2018

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Dentre os casos notificados para os anos em análise, adultos jovens (64%) e homens (73%) foram os mais acometidos, o que pode estar associada à maior exposição aos vetores nas atividades laborais. Na distribuição espacial dos casos notificados de febre amarela nos anos de 2017 e 2018, as macrorregiões de saúde mais acometidas foram a Leste, em especial o território que compõe a região metropolitana, a Oeste (região territorial de Santa Maria da Vitória) e a Extremo Sul, todas com 15% cada.

Importante consideração deve ser dada ao local provável de infecção (LPI) para febre amarela, definido como exposição a provável fonte de infecção, cuja informação é fundamental para definição da autoctonia. Nos anos de 2017 e 2018 os casos suspeitos registrados tiveram LPI em diversas unidades de federação. Nesse período, 86% (74) dos casos tiveram LPI no estado da Bahia, ao passo que Espírito Santos, Goiás, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais foram responsáveis pelas demais ocorrências.

Sob a perspectiva da promoção da saúde, e considerando a FA uma doença imunoprevenível, é importante considerar a curva descendente da cobertura vacinal e o aumento do número de casos da arbovirose para o período em análise (**Gráfico 22**).

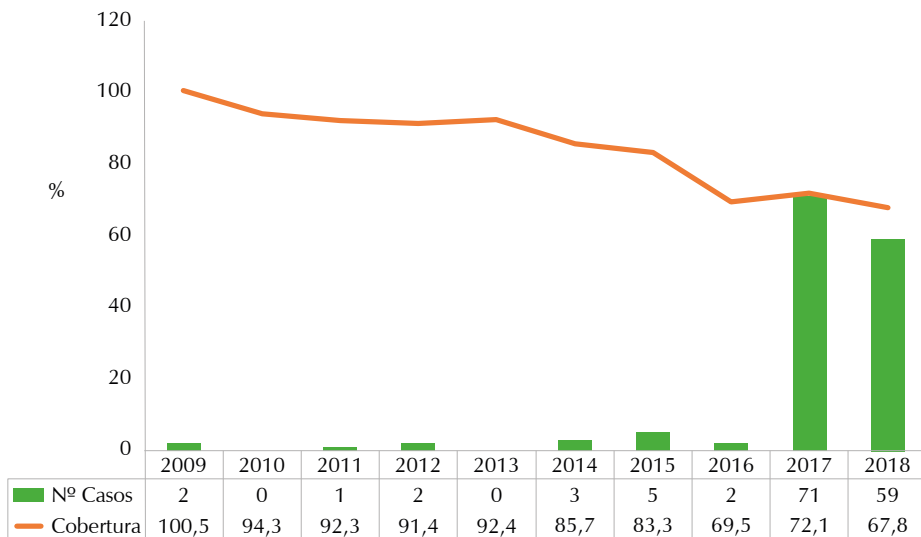


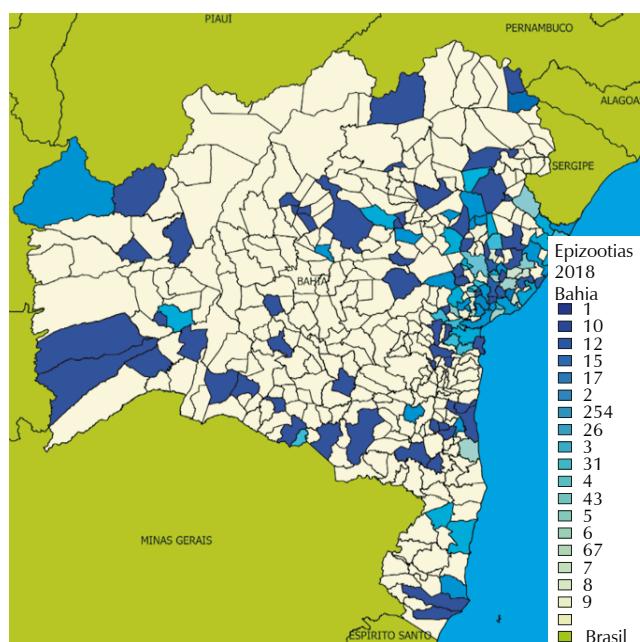
Gráfico 22. Número de casos notificados e cobertura vacinal de febre amarela em menores de 1 ano. Bahia, 2009-2018

*Independente de confirmação

Fonte: SI-PNI, Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

A vigilância das epizootias em primatas não humanos (PNH) tem como objetivo prever o risco de ocorrência de casos humanos de febre amarela por meio da identificação precoce da circulação viral na população de PNH mortos ou doentes, visto que alertam para o risco de transmissão da forma silvestre para o homem. No estado da Bahia, no período de 2017 a 2018, foram notificadas 1.597 ocorrências. Quanto à distribuição espacial (**Mapa 2**), a macrorregião Leste apresentou nos dois anos em análise 964 notificações, totalizando 60% dos casos, seguida da Centro-Leste, com 23% das epizootias notificadas no período (362 casos).

No tocante à **malária**, sua magnitude está relacionada à elevada incidência da doença na região amazônica e à sua potencial gravidade clínica. O estado da Bahia não se inclui entre as áreas endêmicas do Brasil, mas apresenta alto risco de transmissão autóctone de malária devido à densidade vetorial elevada e à dispersão dos potenciais vetores da doença em 397 (95,2%) municípios considerados vulneráveis.



Mapa 2. Distribuição espacial das epizootias em primatas não humanos, segundo local de ocorrência. Bahia, 2018

Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Em 2008, foram confirmados oito casos autóctones de malária. Entre 2007 e 2018, foram notificados 420 casos suspeitos, dos quais 60% confirmados. De acordo com a distribuição espacial dos casos por macrorregiões de saúde, a maior frequência, para o período analisado, foi observada nos municípios que compõem a macrorregião Leste (38%), seguida da Sul (35%). O maior número de casos foi entre adultos jovens (20 a 34 anos), com 47 casos confirmados, assemelhando-se a outras arboviroses, a exemplo da febre amarela, reforçando que a exposição ao vetor está relacionada a atividades laborais na faixa etária economicamente ativa.

Ocorreu um óbito em 2014, um em 2016 e um em 2017. Em 2018, ocorreram dois óbitos, no município de Wenceslau Guimarães, vinculados ao surto de malária. Importante consideração deve ser dada a esse município em razão da ocorrência do surto apresentar alguns aspectos relacionados à biologia do parasita e pela eficácia limitada do controle vetorial por borrifação domiciliar. Além disso, ressaltam-se os aspectos socioculturais e econômicos da população acometida, como o trabalho agrícola em áreas de mata atlântica, uso de mananciais superficiais para higienização, pesca ou lazer e o fluxo de pessoas entre Wenceslau Guimarães e municípios da região endêmica (região Norte do país).

A **doença de Chagas** (DC) apresenta elevada carga de morbimortalidade em países endêmicos como o Brasil. Podem-se elencar como determinantes e condicionantes sociais para a transmissão do *Trypanosoma cruzi* ao homem as migrações humanas não controladas, a degradação ambiental, as alterações climáticas, a maior concentração da população em áreas urbanas e a precariedade de condições socioeconômicas (habitação, educação, saneamento, renda, entre outras).

Essa enfermidade tem uma representação bastante significativa no estado da Bahia, com média anual de 624 óbitos nos últimos dez anos (2008 a 2017). A taxa de mortalidade é historicamente expressiva, sendo atualmente a quarta maior entre as unidades federativas, ficando atrás somente dos estados de Goiás e Minas Gerais e do Distrito Federal. Na análise segundo macrorregião de saúde, observou-se que, no período de 2007 a 2017, esse agravo se concentrou na Centro-Norte, Leste e Oeste. A macrorregião Centro-Norte, apresentou a maior taxa de mortalidade, sinalizando o risco elevado desse território (**Gráfico 23**).

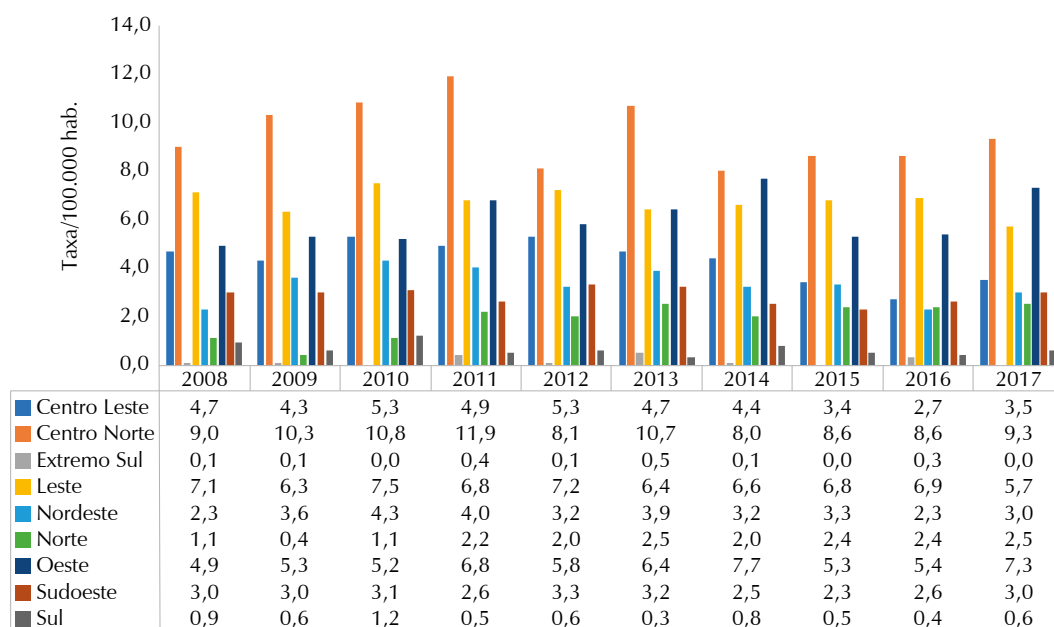


Gráfico 23. Taxa de Mortalidade por doença de Chagas, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2007-2017

* Dados atualizados em 10/01/2019

Fonte: IBGE, 2019; SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Quanto à proporção de óbitos por DC segundo raça/cor, observou-se entre 2008 a 2017 elevada ocorrência (76,9%) em pessoas negras (pretas e pardas). A superação da negligência histórica a essa doença requer garantia de acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento, visando a equidade e a justiça social, com ênfase para as populações mais vulneráveis.

A **esquistossomose** é uma doença endêmica. Do total de 417 municípios baianos, 167 (40%) são endêmicos, 122 (29,3%) focais e 128 (30,7%) indenes para transmissão da esquistossomose.

Na Bahia, o percentual de positividade manteve-se abaixo do que é considerado aceitável pelo MS (5%). Dentre as explicações para esse resultado, cabe informar que o número de municípios considerados endêmicos e focais (289), que devem realizar a busca ativa dos casos, é aquém do esperado. No período de 2008 a 2018, a média de municípios realizando a busca ativa foi apenas 78, tendo maiores resultados nos anos de 2011 e 2012 (113 e 108 municípios). Consequentemente, o número de pessoas examinadas também reduziu (73,8%), comparando o primeiro ano da série (2008) com o último (2018).

No período analisado, uma média de 11.245 casos positivos para esquistossomose foi identificada na rede básica de saúde por demanda espontânea, quando o preconizado é realizar busca ativa nas localidades de risco, identificar positivos e tratar oportunamente, bem como realizar a vigilância malacológica, educação em saúde e ações de saneamento visando a quebra da cadeia de transmissão.

Com relação ao tratamento dos positivos, a média no período analisado, 2008 a 2018, ficou em aproximadamente 82% (preconizado 90%). Embora o ano de 2012 tenha notificado o maior número de positivos, apenas 60,1% foram tratados. Em 2017, a Bahia vivenciou um surto no município de Lençóis, sendo examinados 7.677 casos suspeitos, dos quais 944 foram positivos para a doença, representando um percentual de positividade igual a 12,3%. No período de 2008 a 2017, foram registrados 626 óbitos por esquistossomose (média de 63 por ano). Em 2018, ao analisar os óbitos segundo macrorregião de saúde, verifica-se que a macrorregião Leste registrou 17, a Sudoeste 10, a Centro-Leste e a Sul 9 casos cada, sendo essas as que apresentaram as maiores frequências.

A **leishmaniose visceral** (LV) apresenta endemicidade em franca expansão no estado da Bahia, estando presente em 191 dos 417 municípios baianos, os quais estão classificados em média e baixa transmissão, respectivamente, 34 e 157 municípios. Ao analisar a série histórica de 2009 a 2018, observa-se 3.516 casos confirmados, com oscilação em todo período, sendo evidenciado para o ano de 2014 maior risco de adoecer (3,4/100 mil habitantes), quando comparado com os demais anos (**Gráfico 24**).

Considerando a distribuição territorial por macrorregião de saúde, dos casos de LV no período analisado, os maiores coeficientes de incidência, estão na macrorregião Centro-Norte, região de Irecê (municípios de Barro Alto e Jussara), seguida da macrorregião Centro-Leste, região de Seabra (município Novo Horizonte) e Feira de Santana (município de Santa Bárbara).

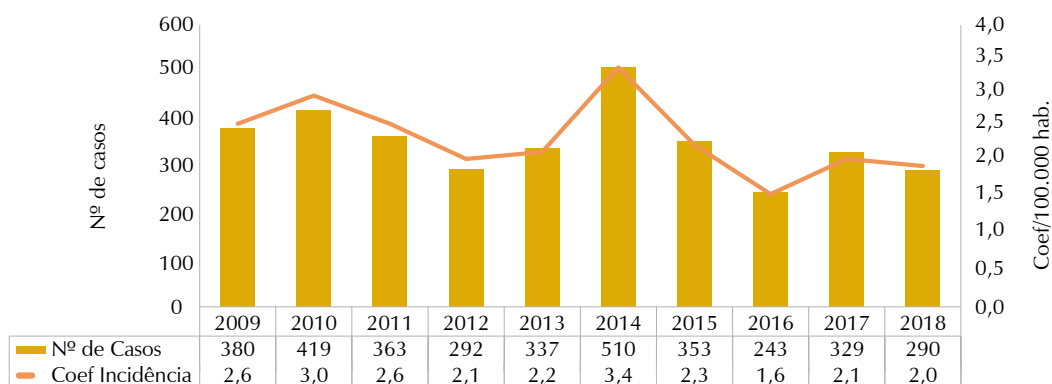


Gráfico 24. Coeficiente de incidência (CI) de casos novos confirmados de leishmaniose visceral. Bahia, 2009-2018

*Dados processados até 29/07/2019

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Quanto aos óbitos confirmados por LV, foram constatados 218 para a série em análise, com maior concentração na macrorregião Centro-Leste (27%), na área territorial de Feira de Santana, Itaberaba e Serrinha, seguida da Centro-Norte, com 23%, concentrando-se na região de Irecê. Importante consideração deve ser dada aos óbitos por faixa etária, com maiores proporções na estratificação de 1 ano a 4 anos (46 notificações), perfazendo um total de 21% dos óbitos. Tal cenário reforça a necessidade do diagnóstico precoce e reorganização da rede assistencial, perpassando por todos os níveis de atenção.

Ao analisar a letalidade da LV, verifica-se que o estado da Bahia apresentou, para o período em análise, a maior taxa para o ano de 2018 (9,8%) e menor coeficiente (1,96) (**Gráfico 25**).

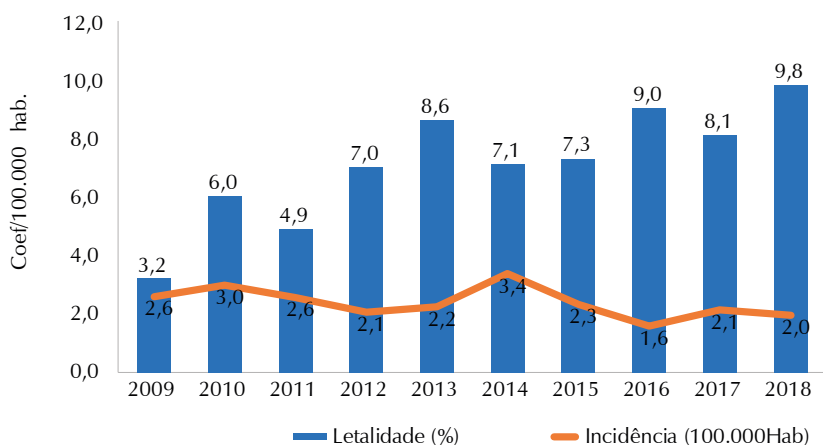


Gráfico 25. Coeficiente de incidência e letalidade por leishmaniose visceral. Bahia, 2009-2018

*Dados processados até 29/07/2019

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

A alta letalidade do agravo segue a tendência das taxas no Brasil. Supõe-se que a taxa de mortalidade esteja atrelada ao diagnóstico tardio, comorbidades e complicações. Convém salientar que a imunodepressão causada pela LV torna os portadores vulneráveis ao desenvolvimento de coinfeção. Nesse sentido, ao analisar o número de casos confirmados por coinfeção *Leishmania*/HIV, observou-se 69 casos notificados, a maioria concentrados na macrorregião Centro-Leste (17), seguida da Sudoeste (15) e da Norte (12).

Outra manifestação da doença é a **leishmaniose tegumentar americana** (LTA). No estado da Bahia, a LTA encontra-se dispersa, com existência de focos em todas as regiões, atingindo 212 municípios.

A série histórica de 2009 a 2018 apresenta 30.253 casos confirmados e a soma dos anos de 2010 e 2012 perfaz 9.204 casos, representando 30,4% do total. No tocante ao risco de adoecer, nos anos citados obteve-se maiores coeficientes, respectivamente, 34,2 e 31,1 (**Gráfico 26**). Sua distribuição territorial tem maior concentração na macrorregião de saúde Sul (Gandu) e Leste (Santo Antônio de Jesus).

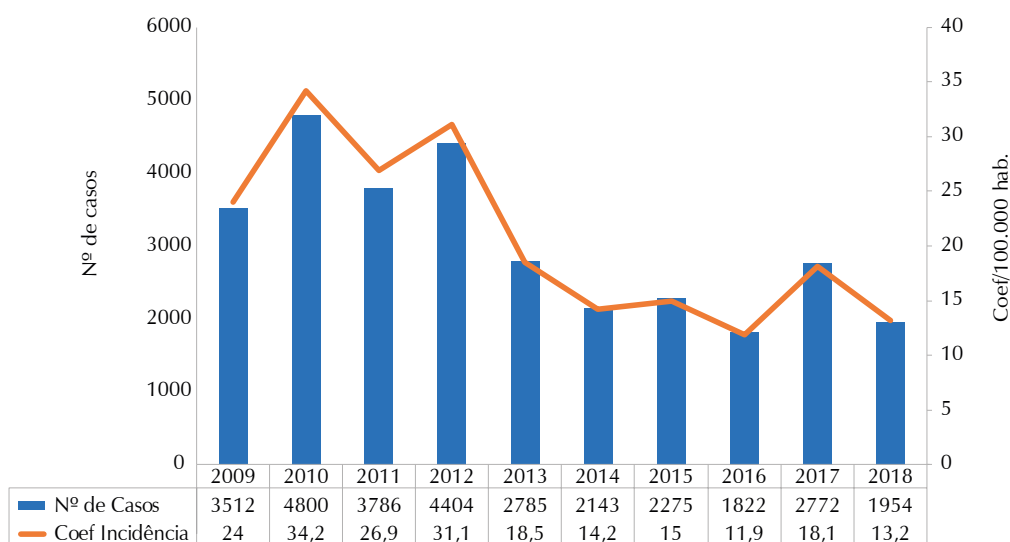


Gráfico 26. Número absoluto de casos novos confirmados e coeficiente de incidência por 100 mil habitantes (CI) de leishmaniose tegumentar americana. Bahia, 2009-2018

*Dados processados até 29/07/2019
Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Quanto às variáveis sexo e faixa etária, observou-se que o maior risco de adoecer está no sexo masculino, com 59,2%. Ao analisar a faixa etária, observa-se que a doença ocorre em todas as idades, com concentração na faixa etária de 20 a 34 anos, evidenciando que se

concentra na população economicamente ativa e possui forte relação com a atividade laboral desses indivíduos. Porém, deve-se atentar para ocorrência de casos na faixa etária abaixo de 4 anos, por causa de complicações e pela suspeita do vetor (flebótomo) intradomiliar.

Nesse mesmo período, ao analisar o número de casos confirmados por coinfeção *Leishmania*/HIV, observou-se um total de 153 casos, dos quais 61% concentrados na macrorregião Sul (94), seguida da Leste (23).

A ocorrência de algumas doenças possui relação com a precariedade ou ausência de saneamento básico (abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos, além de drenagem/manejo das águas pluviais urbanas), a exemplo da **leptospirose e doenças de transmissão hídrica e alimentar**. Em situações de enchente, é comum observar o aumento no número de casos dessas doenças.

No estado da Bahia, para o período de 2009 a 2018, foram notificados 3.403 casos de **leptospirose**, com confirmação de 39,8% do total. O ano de 2014 apresentou o maior número de notificações, embora a maior positividade tenha ocorrido em 2009, com 50% dos casos confirmados. Para todos os anos da série, a maior concentração de casos ocorreu entre os meses de abril e agosto, ratificando a característica sazonal da doença, que coincide com o período de maior ocorrência de chuvas no estado. Considerando o risco de adoecer por leptospirose, observou-se que a macrorregião Sul apresentou o maior coeficiente de incidência (por 100 mil habitantes) com 62,8, seguida da Leste, com 41,5.

Em relação à estratificação etária, para o mesmo período, o maior número de casos de leptospirose ocorreu na faixa etária economicamente mais produtiva (20 a 49 anos), com percentual de 54,2%. Quanto à letalidade, houve pequena variação para os anos em análise, com destaque para 2018, com 63 casos confirmados e letalidade de 15,9%. Ao comparar o ano de 2018 com 2017, que apresentou letalidade de 7,8%, observou-se um incremento de 103,8%, sinalizando a necessidade do diagnóstico precoce e manejo clínico oportuno.

Dentre as **doenças de transmissão hídrica e alimentar** (DTHA), a mais comum é a doença diarreica aguda (DDA), cujas formas variam de leves a graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição.

No estado da Bahia, no período de 2009 a 2018, foram registrados 2.365.541 casos de DDA. Os anos com maior ocorrência foram 2009 (273.845), 2010 (286.477) e 2013 (272.088). Entre 2015 e 2016 o número de casos foi menor, o que pode estar relacionado à subnotificação. Com relação às outras doenças que fazem parte das DTHA, no mesmo período, foram notificados 320 casos de febre tifoide, 14 de botulismo, 29 da doença Creutzfeldt-Jakob e desde a década de 1990 não há casos de cólera.

Com relação à distribuição regional, no período analisado, a macrorregião Leste apresentou maior número de casos (474.220), seguida da Sudoeste (381.754) e da Norte (341.805). Devido à possibilidade de maior agravamento entre as crianças menores de 4 anos, a vigilância epidemiológica das doenças diarreicas prioriza a referida população para as ações de prevenção e controle. Assim, do total de casos de DDA, 35,2% (832.444) ocorreram entre crianças menores de 4 anos.

Medidas como a introdução da terapia de reidratação oral, diminuição da desnutrição infantil e melhora no acesso a serviços de saúde são importantes para redução da morbimortalidade por doenças diarreicas. Ademais, a introdução no Brasil, em 2006, da vacina oral de rotavírus humano foi outro fator que contribuiu para a diminuição da DDA. No período de 2009 a 2018, o estado não alcançou a meta recomendada para essa vacina (90%) em nenhum ano. A média da cobertura vacinal no período foi 79,54%, sendo 2010 o ano com a menor cobertura (72,14%) e 2015 com a maior (88,36%).

Para além das medidas próprias do setor saúde, é necessário também investir em políticas de saneamento básico na Bahia, visto que, segundo levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre os anos de 2016 e 2017, mais da metade dos municípios baianos (216 das 417 cidades) registraram endemias ou epidemias associadas à falta de saneamento básico. Em 2017, as unidades da federação com as menores proporções de municípios com Plano Municipal de Saneamento Básico foram Maranhão (8,3%), Alagoas (9,8%), Paraíba (13,5%), Pernambuco (14,1%) e Bahia (14,6%).

Quanto às **doenças por intervenções de programas especiais**, merecem destaque: hanseníase, tuberculose, HIV/aids/HTLV e sífilis congênita.

A **hanseníase** possui grande importância para a saúde pública pela magnitude, alto poder incapacitante e relevância social, além de se manter no rol de doenças negligenciadas, por prevalecer em áreas de pobreza e contribuir para a manutenção do quadro de desigualdades sociais no território nacional.

No estado da Bahia, no período de 2009 a 2018, foram notificados 24.601 casos. Em 2017, foram diagnosticados 2.236 novos casos de hanseníase, resultando em um coeficiente de detecção (por 100 mil habitantes) de 14,57; em 2018, notificaram-se 2.119 novos casos, dos quais 1.465 (69,1%) eram multibacilares, com coeficiente de detecção de 14,31 (**Gráfico 27**). Os dados apresentados colocam a Bahia em uma situação epidemiológica considerada de alta endemicidade. Entre os anos de 2009 e 2018 houve redução no coeficiente de detecção da hanseníase para 25,8, resultado observado na maioria das macrorregionais de saúde, exceto na Sudoeste e na Sul, que apresentaram incremento no coeficiente de detecção, respectivamente, 5,7 e 2,9.

A comparação com anos anteriores demonstra provável subnotificação nos anos de 2016, 2017 e 2018 (**Gráfico 27**). Essa redução acentuada do número de casos novos diagnosticados pode ser explicada pela dificuldade de implantação do programa de controle da hanseníase nos municípios do estado onde há concentração de atendimentos em unidades de referência, em decorrência da fragilidade de realização do diagnóstico na atenção básica, bem como mudanças na gestão municipal, com grande rotatividade de profissionais da assistência, ocasionando demora na reorganização de serviços e efetiva composição das equipes de saúde.

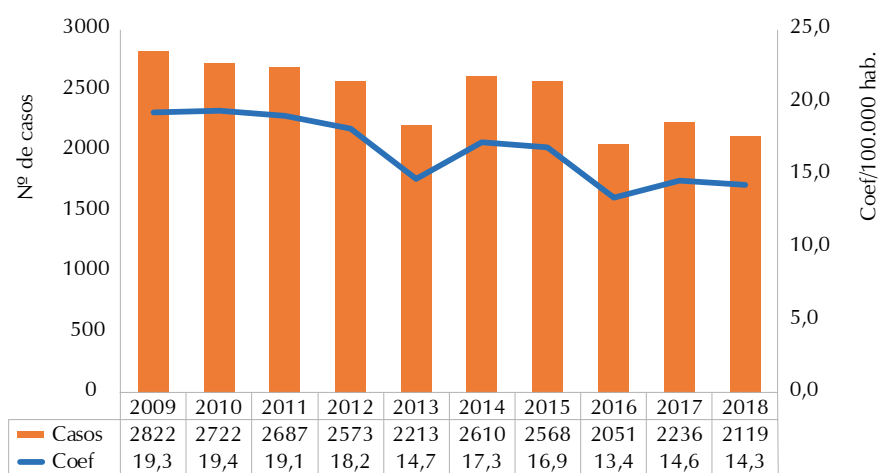


Gráfico 27. Coeficiente de detecção geral de hanseníase (por 100 mil habitantes).

Bahia, 2009-2018

* Dados acessados 04/01/2019

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

A força da morbidade, magnitude e tendência da endemia expressa na população menor de 15 anos, considerada o principal indicador de monitoramento do agravo, sugere intensa circulação do *Mycobacterium leprae* e transmissão ativa e recente, sendo o acompanhamento epidemiológico muito importante para o controle da hanseníase. Assim, observou-se que, do total de casos detectados no período, 1.768 (7,2%) ocorreram em crianças e adolescentes menores de 15 anos. Para todos os anos em análise é possível observar que o estado apresentou alta endemicidade, segundo os parâmetros nacionais (**Gráfico 28**).

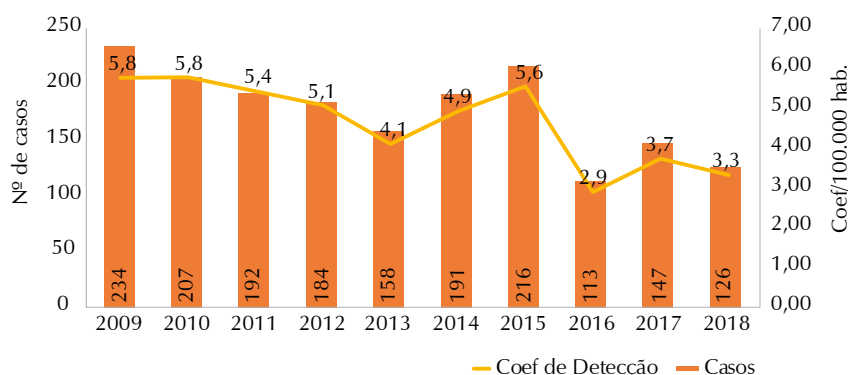


Gráfico 28. Número de casos e coeficiente de detecção de hanseníase em menores de 15 anos (por 100 mil habitantes). Bahia, 2009-2018

Parâmetros: hiperendêmico: > 10/100 mil habitantes; muito alto: 5 a 9,99/100 mil habitantes; alto: 2,5 a 4,99/100 mil habitantes; médio: 0,5 a 2,49/100 mil habitantes; baixo: < 0,5/100 mil habitantes.

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Para que haja redução da taxa de incidência no estado da Bahia, é imprescindível monitorar a proporção de contatos de casos de hanseníase examinados (recomendado acima de 75%). Observou-se que essa proporção vem aumentando nos últimos dez anos, passando de 33,2% em 2009 para 72,3% em 2018.

A média de cura dos novos casos de hanseníase nos anos das coortes (2009 a 2018) foi 78% (recomendado acima de 90%), situação que suscita reflexões sobre a qualidade da assistência prestada, sugerindo baixa efetividade dos serviços, especialmente na atenção básica, em assegurar a adesão ao tratamento até a cura. A proporção de casos novos com grau 2 de incapacidade física variou de 5,6% em 2016 para 8,9% em 2017. Destaca-se que as incapacidades físicas na hanseníase são importantes sinalizadores do diagnóstico tardio e manifestam-se por perda de sensibilidade protetora, diminuição da força muscular e/ou surgimento de deformidades visíveis.

A **tuberculose** (TB) ainda é um problema de saúde pública devido a sua elevada incidência e mortalidade. No contexto mundial, o Brasil ocupa o 16º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB. No ranking nacional, o estado da Bahia ocupa o quinto lugar em número de casos e a 14ª posição em incidência da doença no país.

De 2009 a 2018, foram diagnosticados 49.086 novos casos de tuberculose de todas as formas, dos quais 64,36% eram tuberculose pulmonar bacilífera. O coeficiente de incidência (por 100 mil habitantes) para todas as formas passou de 38,9 em 2009 para 32,4 em 2018 (redução de 16,7%). Entre os anos de 2009 e 2016, observou-se decréscimo no coeficiente de incidência, mas, a partir de 2017, a curva está ascendente (**Gráfico 29**).

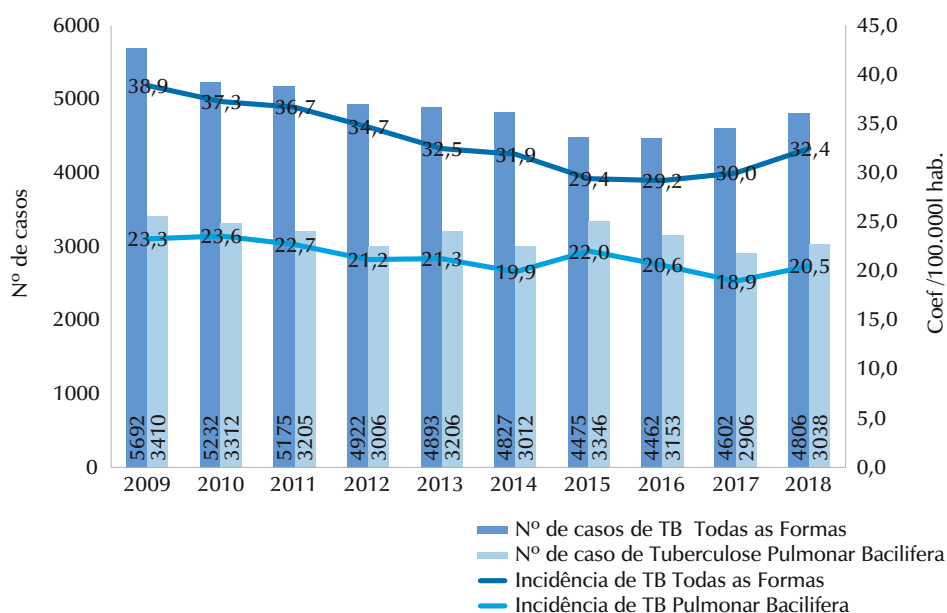


Gráfico 29. Número de casos e coeficiente de incidência da tuberculose de todas as formas e da Tuberculose pulmonar bacilífera (por 100 mil habitantes). Bahia, 2009-2018

Legenda: TB: tuberculose.

* Acessados em 31/05/2019

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

No que diz respeito a sua distribuição territorial no período analisado, observou-se que 72% do total de casos de tuberculose (todas as formas) concentraram-se nas macrorregiões de saúde Leste, Sul e Centro-Leste, nas quais estão os municípios com o pior IDH, ratificando a estreita relação da doença com condições de vida.

Para além do número de casos, analisou-se o risco de adoecer por TB (todas as formas), verificando-se que em todos os anos os homens negros acima de 20 anos apresentaram os maiores coeficientes de incidência. Importante consideração deve ser dada à redução do risco de adoecer para as faixas etárias de 5 a 9 anos (-47,8) e 10 a 14 anos, ocorrida entre 2007 e 2017. Quanto à variável raça/cor, a raça negra (pretas e pardas) permanece com os maiores coeficientes de incidência (31,5 em 2017), o que representa um risco de adoecer por TB 2,6 vezes maior que o da população branca.

Dentre as populações mais vulneráveis, merece atenção a população privada de liberdade (PPL), devido à elevada prevalência da tuberculose nas instituições prisionais, chegando a ser 25,9 vezes, em 2018, quando comparada com a população geral.

Ainda em relação às populações vulneráveis para TB, destaca-se que as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), no Brasil, apresentam risco 28 vezes maior de desenvolver

TB ativa que a população geral. É consenso que o uso da terapia antirretroviral (TARV) reduz a mortalidade por tuberculose. A Bahia tem ampliado a testagem rápida para o HIV em pessoas com tuberculose, passando de 26,1% em 2009 para 63,1% em 2018, com proporção de coinfeção de 6,6% neste último ano. Na população de coinfectados, 47% usaram o antirretroviral.

Quanto à estratificação espacial, as macrorregiões Leste, Sul e Extremo Sul exibem os maiores coeficientes de incidência da tuberculose pulmonar de todas as formas e da pulmonar bacilífera (**Gráfico 30**).

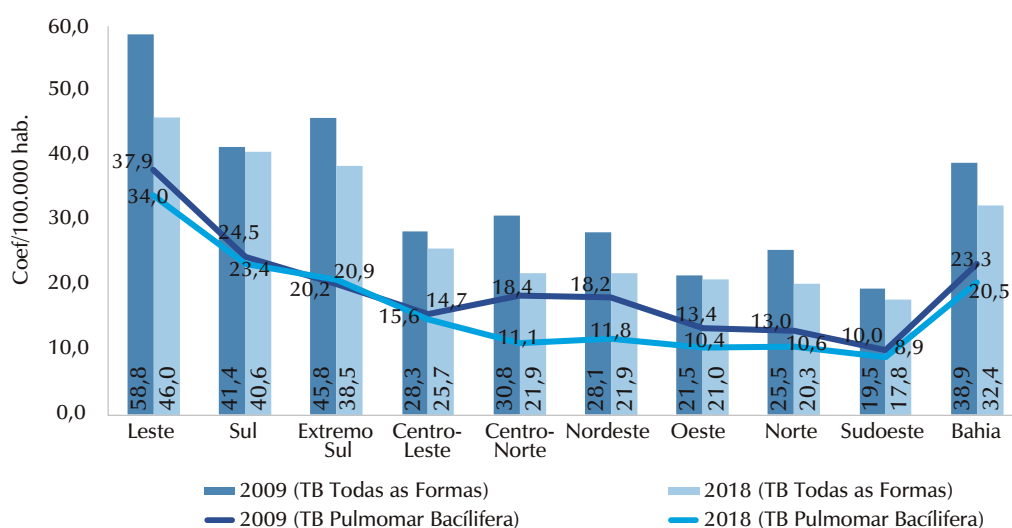


Gráfico 30. Coeficiente de incidência da tuberculose de todas as formas e da pulmonar bacilífera (por 100 mil habitantes). Bahia, 2009-2018

* Acessados em 31/05/2019
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

A avaliação de indivíduos expostos a pessoas com tuberculose pulmonar ou laríngea é uma abordagem eficaz orientada para a busca ativa de casos de TB e para identificação de pessoas recém-infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis* (agente etiológico da TB). Na Bahia, considerando os anos de 2009 e 2018, houve redução de 18,87% na proporção de contatos examinados. As macrorregiões de saúde que melhoraram a avaliação dos contatos nesses anos foram a Centro-Leste e a Nordeste.

Quanto ao desfecho do tratamento da tuberculose na Bahia, houve redução na proporção de cura de novos casos com confirmação laboratorial, passando de 72,8% em 2009 para 65,5% em 2018; o aumento na taxa de abandono para o período analisado passou de 7,5%

em 2009 para 8,2% em 2018. Tal cenário favorece a manutenção da cadeia de transmissão, assim como o aumento das populações bacterianas resistentes à quimioterapia, reforçando a importância de medidas de prevenção e controle, sendo a busca ativa de faltosos uma das principais estratégias de enfrentamento.

De 2009 a 2017, foram registrados 3.478 óbitos por TB, com coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) variando entre 2,1 (2016) e 2,9 (2010 e 2013) (**Gráfico 31**). Não ocorreram mudanças significativas na mortalidade por TB no estado, o que reforça a necessidade de fortalecer a atenção básica, como porta de entrada preferencial, centro de comunicação para estabelecimento de fluxos e contrafluxos, coordenação do cuidado e ordenamento das RAS.

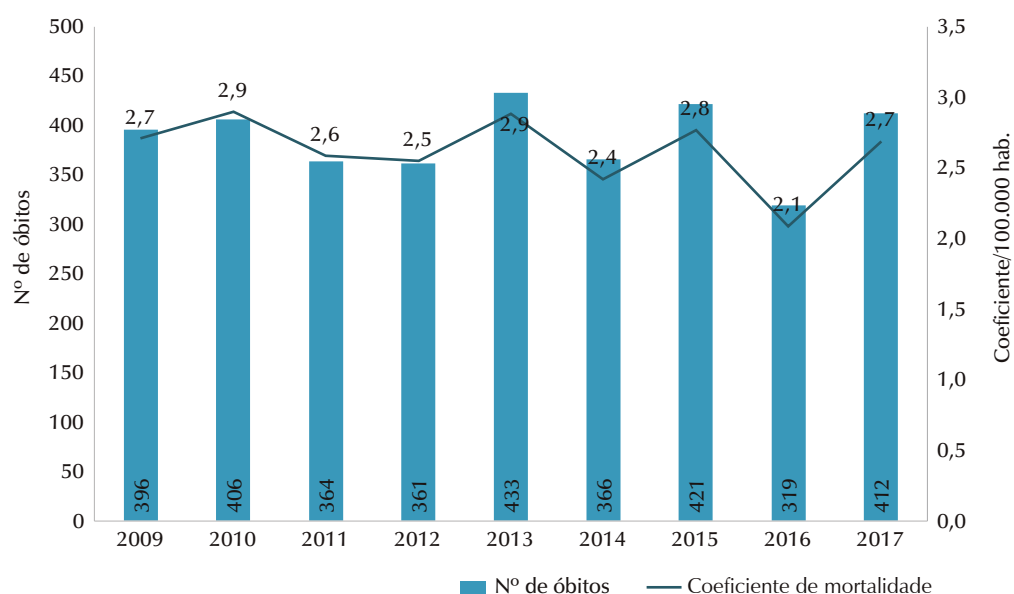


Gráfico 31. Número de casos e coeficiente de mortalidade por tuberculose (por 100 mil habitantes). Bahia, 2009-2017

* Acessado em 31/05/2019
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

No que diz respeito à **aids e ao HIV**, foram notificados, no período de 2009 a 2018, 18.287 casos de aids e 15.567 de HIV. A taxa de detecção da aids (por 100 mil habitantes), no mesmo período, apresentou decréscimo, sobretudo a partir de 2011, com apenas 13,7 casos (**Gráfico 32**), abaixo da taxa nacional (22 por 100 mil habitantes). A partir de 2014, ano em que se tornou obrigatória a notificação dos casos confirmados, houve aumento da incidência dos casos de HIV. Destaca-se que em 2013 foi implementado o

tratamento para todas as PVHIV, independentemente da carga viral, o que tem contribuído para a redução dos casos de aids no estado.

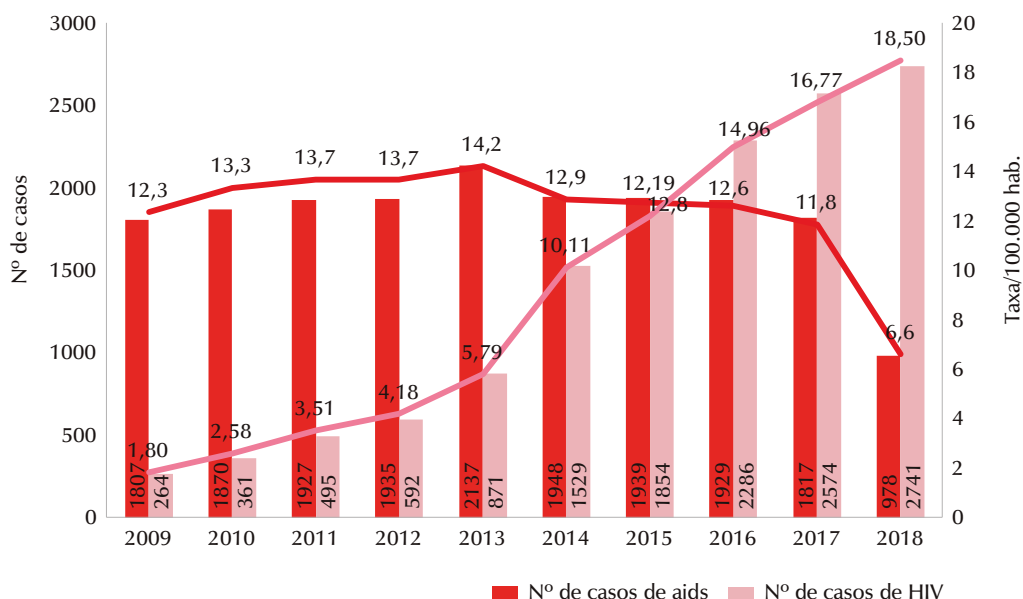


Gráfico 32. Número de casos e taxa de detecção de aids e HIV. Bahia, 2009-2018

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

No último ano (2018), as maiores taxas de incidência (por 100 mil habitantes) foram registradas nas macrorregiões de saúde Leste (11,7), Centro-Leste (6,4) e Sul (5,3). Em comparação com os anos de 2009 e 2018, houve redução nas taxas de detecção entre os indivíduos com até 14 anos de idade, sobretudo mulheres. Nas demais faixas etárias, a taxa de detecção entre os homens é superior ao registrado no sexo feminino.

Ao comparar os anos de 2009 e 2018, entre os homens, verifica-se queda na taxa de detecção nas faixas etárias de 40 a 49 anos (24,8 para 16,7) e 30 a 39 anos (24,8 para 20,02), mantendo-se praticamente estável no grupo etário de 10 a 14 anos, porém com aumento nos demais. Em 2009, a maior taxa de detecção de aids foi observada entre os homens de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, com 24,8 casos/100 mil habitantes.

Entre as mulheres, em 2009, a maior taxa de detecção de aids foi observada entre 30 a 39 anos (14,8 casos/100 mil habitantes) e, em 2018, o grupo etário com maior taxa correspondia à faixa de 40 a 49 anos (10,2 casos/100 mil habitantes).

Em 2018, a principal via de transmissão em indivíduos com 13 anos ou mais foi a sexual, tanto em homens (76,5%) quanto em mulheres (77,9%). Entre os homens,

observou-se o predomínio da categoria de exposição heterossexual em todos os anos (acima de 40%), seguida da homossexual (22%). Para esta última, em 2017, o percentual apresentado foi 31,9%. A proporção de usuários de drogas injetáveis (UDI) vem diminuindo ao longo dos anos na Bahia, representando 2,3% dos casos entre homens, cenário que se repete no Brasil.

A taxa de detecção de aids em menores de 5 anos tem sido utilizada como indicador *proxy* para o monitoramento da transmissão vertical do HIV. Na Bahia, o número de casos de aids em menores 5 anos reduziu 65,8%, saindo de 38 casos notificados em 2009 para treze em 2018. O coeficiente de incidência (por 100 mil habitantes) foi 2,7 em 2009 e 1,4 em 2018 (redução de 48,1%), percentuais inferiores ao apresentado no país, para todo o período (**Gráfico 33**).

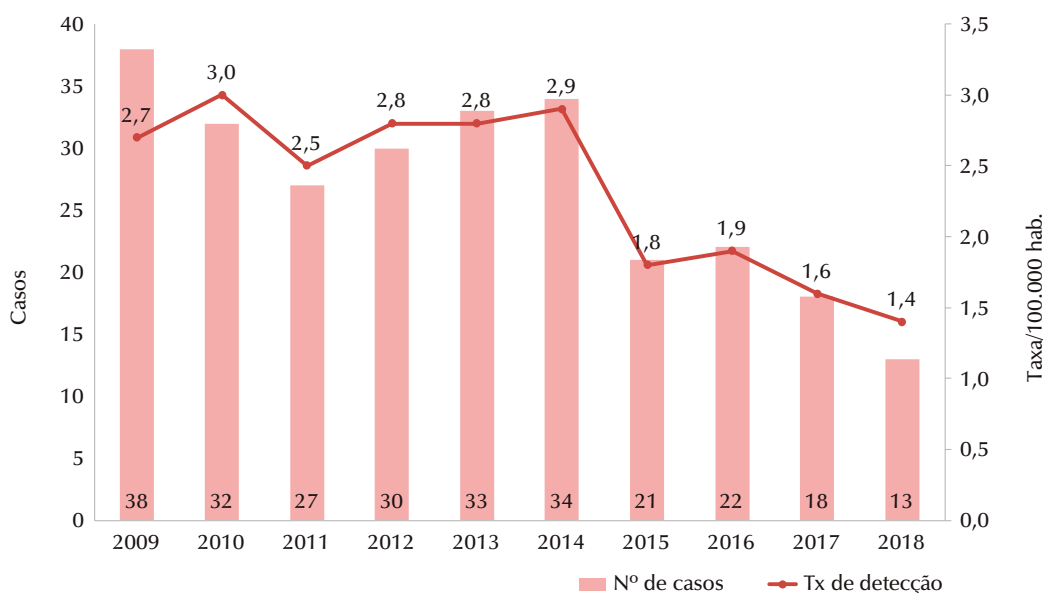


Gráfico 33. Número de casos e taxa de detecção de aids em menores de 5 anos. Bahia, 2009-2018*

*Dados Preliminares. Acesso em 01/08/2019.
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

No estado da Bahia, de 2009 a 2017, foram notificados 5.133 óbitos por aids (**Gráfico 34**). Ao analisar o coeficiente de mortalidade bruta por aids, observou-se que ele se manteve, em 2017, abaixo do Brasil (4,8 óbitos/100 mil habitantes), ocupando a 22ª posição no país.

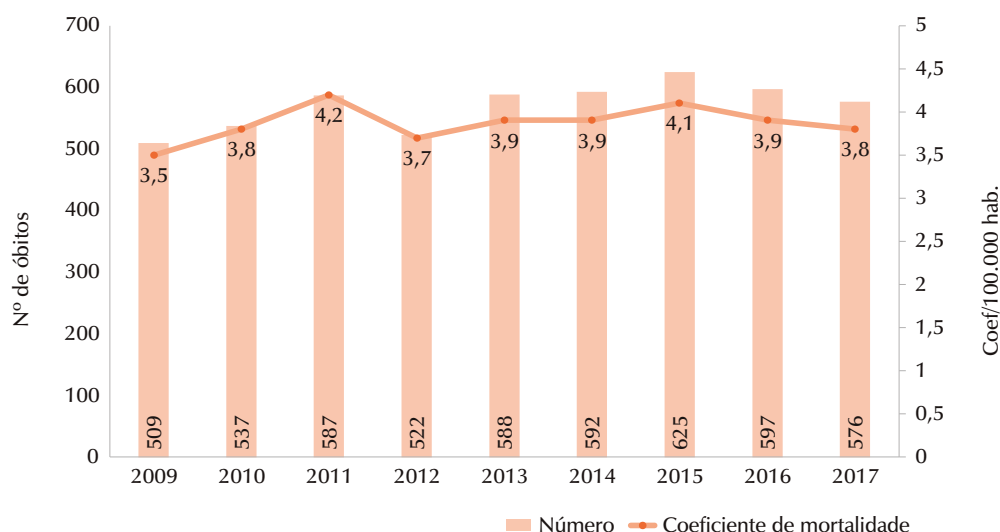


Gráfico 34. Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por aids. Bahia, 2009-2017

* Dados Preliminares

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

A Bahia inseriu o vírus T-linfotrófico humano (**HTLV**) como uma doença de notificação compulsória, através da Portaria nº 125/2011. No período de 2012 a 2018, foram notificados 2.486 casos de HTLV, destes, 25% no sexo masculino (627) e 75% no feminino (1.859), o que pode estar relacionado com a realização do exame na rotina pré-natal (307 gestantes). Quanto à **sífilis**, no período de 2009 a 2018, foram notificados 18.970 casos em gestantes, com incremento de 707,0% no número de casos e crescente taxa de detecção nesse grupo (**Gráfico 35**). Em 2018, algumas macrorregiões apresentaram taxas de detecção superiores ao estado, a saber: Leste (30,7/mil nascidos vivos), Extremo Sul (26,7/mil nascidos vivos) e Sul (24,7/mil nascidos vivos). Sugere-se que o aumento de casos está relacionado com a descentralização da testagem rápida para a atenção básica e maternidades.

A **sífilis congênita** (SC) é uma doença de elevada magnitude e transcendência, passível de controle, desde que as mulheres com sífilis sejam diagnosticadas e tratadas adequadamente durante a gestação. A prevenção da transmissão vertical da sífilis é uma prioridade da Sesab, em parceria com MS, em observância às orientações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para atingir a taxa de incidência de sífilis congênita menor ou igual a 0,5 caso por mil nascidos vivos.

De 2009 a 2018, a taxa de incidência de sífilis congênita na população menor de 1 ano variou de 1,2 casos/mil nascidos vivos em 2009 para 6,6 em 2018 (**Gráfico 36**), apresentando crescimento semelhante ao observado no país.

Em 2018, a maior incidência da sífilis congênita ocorreu na macrorregião de saúde Leste (12,5 casos/mil nascidos vivos), ultrapassando a média do estado, seguida da macrorregião Sul (6,6) e a Extremo Sul (5,2).

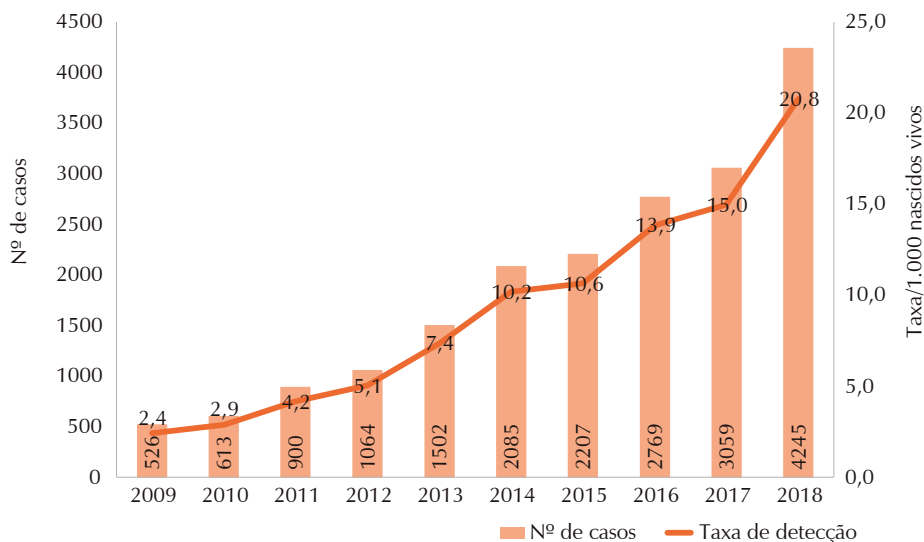


Gráfico 35. Casos notificados de sífilis em gestantes e taxa de detecção (por mil nascidos vivos). Bahia, 2009-2018

* Dados Preliminares

Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

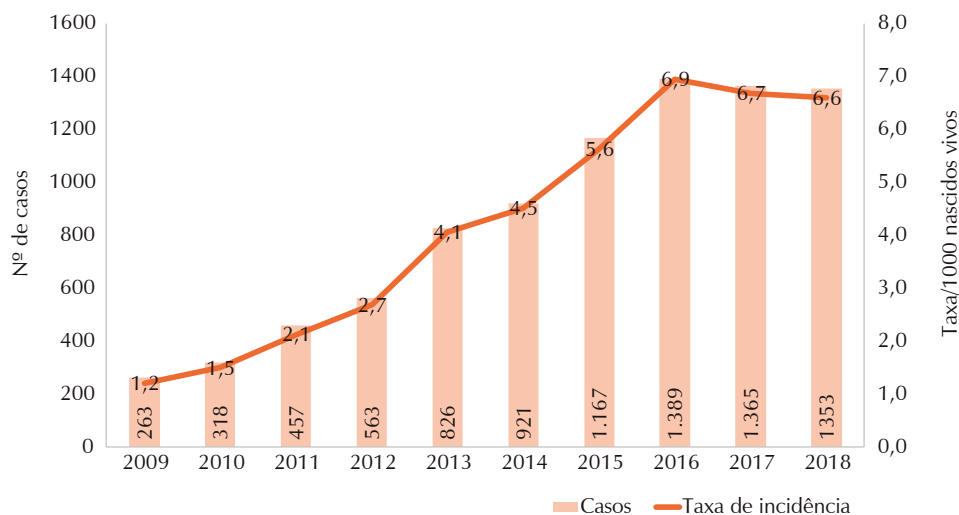


Gráfico 36. Número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano. Bahia, 2009-2018

*Dados Preliminares. Acesso em 01/08/2019.

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

A maioria das mães de crianças com sífilis congênita realizaram o pré-natal. No período de 2009 a 2018, verifica-se que 43,8% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal e 47,7% no momento do parto/curetagem e após o parto. No mesmo período, nos casos de sífilis congênita, o tratamento da mãe foi adequado em apenas 3,5% dos casos e inadequado ou não realizado em 79,6%.

Concernente à mortalidade, na série histórica de 2009 a 2018, registrou-se 81 óbitos por SC em menores de 1 ano de idade residentes na Bahia. O coeficiente de mortalidade variou de 0,5/100 mil nascidos vivos em 2010 para 8,3 em 2014, quando apresentou o maior coeficiente, cenário de curva ascendente semelhante ao do Brasil.

3.3.2 Panorama da vigilância à saúde do trabalhador

A população em idade ativa (PIA) do estado da Bahia corresponde a 11.308.125 pessoas⁵, o que representa 51,7% da população do estado em 2018. As macrorregiões de saúde Oeste (47,1%), Nordeste (49,3%) e Norte (49,3%) apresentam maiores contingentes de desocupados (Tabela 5). Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a deterioração do mercado brasileiro segue com altos números de desocupados, desalentados e subocupados e, entre os desocupados, cresce o contingente de desempregados por mais de dois anos⁶.

Tabela 5. Distribuição da população em idade ativa e população economicamente ativa ocupada, segundo macrorregião de residência. Bahia, 2010 e 2018

Macrorregião de saúde	PIA	%	PEAO	%
Centro-Leste	1.669.937	14,8	887.762	53,2
Centro-Norte	596.427	5,3	308.624	51,7
Extremo Sul	608.490	5,4	316.263	52,0
Leste	3.734.951	33,0	1.948.111	52,2
Nordeste	644.292	5,7	317.702	49,3
Norte	796.145	7,0	392.703	49,3
Oeste	696.078	6,2	327.688	47,1
Sudoeste	1.347.036	11,9	709.884	52,7
Sul	1.214.769	10,7	632.379	52,1
Total	11.308.125	100,0	5.841.116	51,7

Legenda: PIA: população em idade ativa; PEA: população economicamente ativa ocupada.
Fonte: Divast/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

Entre a população ocupada⁷, segundo posição no trabalho principal, os trabalhadores formais na Bahia representam 32,6% do total; os informais (conta própria e sem carteira assinada) 50%; os trabalhadores para o próprio consumo 9,3%; os trabalhadores

não remunerados 2,4% e os empregadores 1,4%. As maiores concentrações de trabalhadores na informalidade encontram-se nas macrorregiões Leste (13,4%) e Centro-Leste (7,9%). Quanto aos trabalhadores para o consumo próprio, destacam-se as macrorregiões Centro-Leste (2,5%) e Sudoeste (1,5%). Os empregadores concentram-se nas macrorregiões Leste (0,6%), Centro-Leste (0,2%) e Sul (0,2%) (**Tabela 6**). Importante registrar que a categoria “produção para o próprio consumo” vem crescendo no país desde 2016 e, em 2018, a região Nordeste passou a ter a maior taxa nessa posição, com 10,9%^b. Quanto à natureza destas atividades, 76,7% dos trabalhadores referiram realizar cultivo, pesca, caça e criação de animais⁸.

Tabela 6. População economicamente ativa ocupada, segundo posição no trabalho principal e macrorregião de residência. Bahia, 2010

	Centro-Leste	Centro-Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	Total
Conta própria	3,4	1,4	1,2	6,9	1,4	1,7	1,2	2,7	2,8	22,6
Empregadores	0,2	0,0	0,1	0,6	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	1,4
Empregados (carteira assinada)	3,7	0,7	1,8	16,6	1,2	1,5	1,2	3,0	3,1	32,6
Militares e funcionários públicos	0,6	0,2	0,3	1,4	0,2	0,3	0,3	0,5	0,4	4,2
Outros empregados sem carteira assinada	4,5	2,0	1,7	6,5	1,6	1,9	1,7	4,1	3,5	27,4
Não remunerado/Ajuda membro do domicílio	0,4	0,2	0,1	0,5	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	2,4
Produção para próprio consumo	2,5	0,7	0,2	1,0	0,9	1,0	1,0	1,5	0,6	9,3
Total	15,2	5,3	5,4	33,4	5,4	6,7	5,6	12,2	10,8	100

N = 5.841.116.

Fonte: Divast/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

Na Bahia, o maior contingente de ocupados está relacionado às ocupações elementares (23,7%), seguido dos trabalhadores agropecuários, florestais, caça e pesca (16,3%) e trabalhadores de serviços, comércios e mercados (15,7%). A macrorregião Leste concentra as maiores proporções para a quase totalidade dos grupamentos, com exceção para os trabalhadores agropecuários, florestais, caça e pesca, que têm maiores proporções referidas para a Centro-Leste (3,2%) e Sudoeste (3%). As maiores proporções de ocupações elementares estão nas macrorregiões Leste (6,2%), Centro-Leste (4,1%) e Sudoeste (3%) (**Tabela 7**). É nesse

^b Produção para o próprio consumo é uma das formas de trabalho definida pela 19ª Conferência Internacional dos Estatísticos do Trabalho (Ciet) promovida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 2013 e investigada pelo IGBE na PNAD Contínua.

grupamento que está o trabalho doméstico, reservando para as mulheres maior precariedade e menores salários⁹.

Tabela 7. Proporção da população economicamente ativa ocupada, segundo grupamento ocupacional no trabalho principal e macrorregião de residência. Bahia, 2010

	Centro- -Leste	Centro- -Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	Total
Diretores e gerentes	0,4	0,1	0,2	1,4	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	3,0
Membros das forças armadas, policiais e bombeiros	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Ocupações elementares	4,1	1,5	1,3	6,2	1,5	1,9	1,4	3,0	2,7	23,7
Ocupações mal definidas	0,8	0,2	0,4	2,9	0,3	0,3	0,3	0,6	0,7	6,6
Operadores de instrumentos e máquinas e montadores	0,9	0,2	0,4	2,1	0,3	0,3	0,3	0,8	0,6	6,0
Profissionais das ciências e intelectuais	1,0	0,3	0,4	3,5	0,4	0,4	0,4	0,8	0,8	8,1
Trabalhadores de apoio administrativo	0,6	0,2	0,3	2,7	0,2	0,2	0,2	0,4	0,5	5,3
Trabalhadores de serviços, vendedores do comércio	2,0	0,6	1,0	6,4	0,7	0,9	0,8	1,5	1,8	15,7
Trabalhadores qualificados da agropecuária, floresta, caça, pesca	3,2	1,6	0,6	1,8	1,3	1,6	1,3	3,0	1,9	16,3
Trabalhadores qualificados, operários e artesãos	1,5	0,4	0,6	3,5	0,4	0,6	0,5	1,2	1,0	9,6
Técnicos e profissionais de nível médio	0,6	0,1	0,3	2,7	0,2	0,3	0,2	0,4	0,5	5,3
Total	15,2	5,3	5,4	33,4	5,4	6,7	5,6	12,2	10,8	100

N = 5.841.116

Fonte: Divast/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

Ao analisar a distribuição da população ocupada por ramo de atividade na Bahia, observa-se maior proporção de trabalhadores vinculados ao setor primário (26,0%) – agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura –, sendo as macrorregiões de saúde Centro-Leste (5,1%), Sudoeste (4,4%) e Sul (3,1%) as áreas com maior concentração de trabalhadores (**Tabela 8**). Destaca-se que o Brasil, desde 2008, ocupa a primeira posição na classificação de países consumidores de agrotóxicos e os trabalhadores que utilizam esses produtos estão entre os grupos mais vulneráveis ao risco de intoxicação. No país, foram comercializadas 539.944,95 toneladas de agrotóxicos em 2017, estando a Bahia em oitavo lugar dentre os estados, com um total de 26.318,44 toneladas comercializadas, correspondendo a 4,9% do total do país. Esse quantitativo pode representar média de 4,78 toneladas em cada um dos 125.885 estabelecimentos que referiram ter utilizado agrotóxicos no período censitário de 2017^{10,8}.

O setor de serviços predomina no estado, com destaque para o comércio na área de reparação de veículos automotores (15,9%). Outros ramos com forte concentração de trabalhadores são a construção (7,6%) e a indústria de transformação (6,6%), ambos do setor secundário (**Tabela 8**). Em relação ao ramo da construção, destaca-se que, apesar da sua importância na absorção de mão de obra no país, muitos trabalhadores da construção civil estão na informalidade com estágio avançado de precarização do trabalho em relação aos demais trabalhadores, sendo também considerada uma das atividades produtivas mais perigosas.

Tabela 8. População economicamente ativa ocupada segundo ramo de atividade no trabalho principal e macrorregião de residência. Bahia, 2010

(continua)

	Centro- -Leste	Centro- -Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	Total
Administração pública, defesa e seguridade social	0,7	0,2	0,3	1,9	0,2	0,4	0,3	0,6	0,7	5,2
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	5,1	2,5	1,2	2,7	2,3	2,7	2,1	4,4	3,1	26,0
Alojamento e alimentação	0,4	0,1	0,3	1,5	0,1	0,2	0,1	0,3	0,4	3,5
Artes, cultura, esporte e recreação	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7
Atividades administrativas e serviços complementares	0,2	0,1	0,1	1,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	2,4
Atividades financeiras, seguros e serviços rela	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,8
Atividades imobiliárias	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Atividades mal especificadas	0,6	0,1	0,3	2,4	0,2	0,3	0,3	0,5	0,5	5,2
Atividades profissionais, científicas e técnicas	0,2	0,0	0,1	0,9	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	1,6
Comércio, reparação de veículos auto e moto	2,4	0,7	1,0	5,9	0,7	1,0	0,8	1,7	1,8	15,9
Construção	1,1	0,3	0,5	3,0	0,4	0,4	0,4	0,8	0,7	7,6
Educação	0,8	0,3	0,3	2,0	0,3	0,4	0,3	0,7	0,7	5,8
Eletricidade e gás	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Indústrias de transformação	1,2	0,2	0,4	2,5	0,3	0,2	0,2	1,0	0,6	6,6
Indústrias extrativas	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5
Informação e comunicação	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Organismos internacionais e outras instituições exteriores	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabela 8. População economicamente ativa ocupada segundo ramo de atividade no trabalho principal e macrorregião de residência. Bahia, 2010

(continuação)

	Centro- -Leste	Centro- -Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	Total
Outras atividades de serviços	0,3	0,1	0,1	1,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	2,4
Saúde humana e serviços sociais	0,4	0,1	0,1	1,6	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	3,2
Serviços domésticos	0,9	0,3	0,4	2,8	0,3	0,4	0,3	0,8	0,7	7,0
Transporte, armazenagem e correio	0,5	0,1	0,2	1,6	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	3,7
Água, esgoto, atividades de gestão residencial e descarte	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,8
Total	15,2	5,3	5,4	33,4	5,4	6,7	5,6	12,2	10,8	100

N = 5.841.116

Fonte: Divast/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

Importante destacar o conjunto das atividades do ramo da extração mineral – petróleo e pedras, mineração e garimpo –, que, apesar do contingente aparentemente pequeno, são de grande relevância econômica em todo o estado e, ao mesmo tempo, de alto risco de adoecimento e morte, alto índice de informalidade e precariedade das condições de vida e trabalho.

O estado da Bahia apresenta taxa de trabalho infantil de 11,9%⁷ (**Gráfico 37**), sendo o 24º estado na classificação nacional, com 79,6 mil crianças e adolescentes ocupados, ou seja, em atividades de trabalho proibido, inclusive nas piores formas^c. As maiores taxas de trabalho infantil são observadas nas macrorregiões Nordeste (15,3%), Centro-Leste (15,1%) e Centro-Norte (14,2%), e seis macrorregiões apresentam proporções superiores à taxa estadual (**Gráfico 37**). Cabe ressaltar que acidente de trabalho envolvendo crianças e adolescentes e o trabalho infantil são eventos de notificação compulsória no Sinan, definida pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) como ação prioritária, no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS). Além dos riscos iminentes, o trabalho infantil traz prejuízos à saúde e compromete o desenvolvimento físico e psíquico de crianças e adolescentes, além de favorecer a inserção tardia na escola e a evasão escolar.

^c As piores formas de trabalho infantil referem-se às atividades que mais oferecem riscos à saúde, ao desenvolvimento e à moral das crianças e dos adolescentes. A Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (Lista TIP) pode ser consultada no Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008. O Governo do Estado da Bahia instituiu o programa Bahia do Trabalho Decente (Decreto nº 13.149/2011), que lista entre as diretrizes da agenda para a promoção do trabalho decente a erradicação do trabalho escravo e a eliminação do trabalho infantil, com ênfase em suas piores formas.

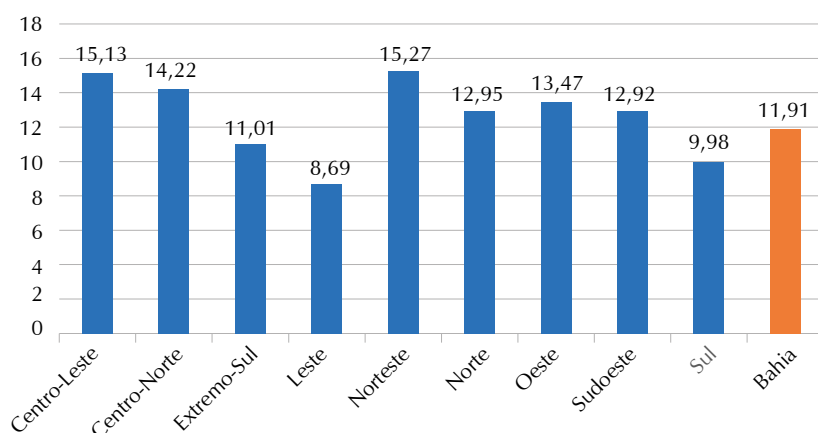


Gráfico 37. Taxa de trabalho infantil, segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2010

Fonte: Divast/Suvisa/Sesab, 2019; IBGE, 2019

No período de 2010 a 2017, foram registrados 167.734 acidentes e doenças do trabalho entre os segurados da Previdência Social no estado da Bahia, sendo 78.092 (46,6%) acidentes de trabalho típicos^d, 19.882 (11,9%) acidentes de trajeto, 6.047 (3,6%) casos de doenças do trabalho e 63.713 (38,0%) casos de agravos relacionados ao trabalho sem comunicação de acidente de trabalho (CAT). Estima-se que a maioria dos casos registrados sem CAT refere-se a doenças do trabalho. Os homens representam 70,2% desse grupo e as mulheres 29,8%. A faixa etária de 30 a 34 anos foi a de maior incidência para o total dos registros (18,5%), sendo ainda maior a participação dessa faixa etária para os acidentes típicos (20,6%). O setor terciário predomina na participação dos acidentes entre os segurados, com destaque para as atividades de atenção humana (8,8%) e comércio varejista (6,5%). Atividades econômicas relacionadas à construção de edifícios (4,7%), obras de infraestrutura (4,4%) e agricultura, pecuária e serviços relacionados (4,0%) também têm participação de destaque no total dos registros de acidentes.

O total de registros de acidentes e doenças do trabalho entre trabalhadores segurados da Previdência Social apresenta tendência de queda que se acentua a partir de 2015, chegando a uma redução de 33,5% no ano de 2017. As subcategorias dos registros acidentários mantêm o mesmo comportamento de queda, com exceção apenas para os acidentes de trajeto (**Gráfico 38**). Esse decréscimo no número de registros acidentários pode estar relacionado à desaceleração da economia e à retração de postos de trabalho do mercado formal.

^d Define-se como acidente de trabalho típico o agravo que ocorre no ambiente do trabalho ou durante o exercício do trabalho, quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função ou a serviço do empregador ou representando os interesses deste.

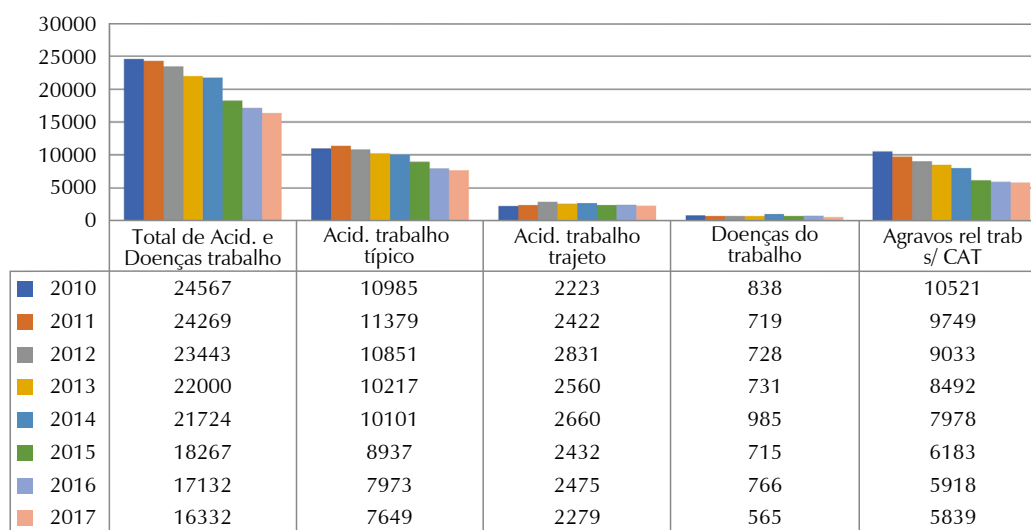
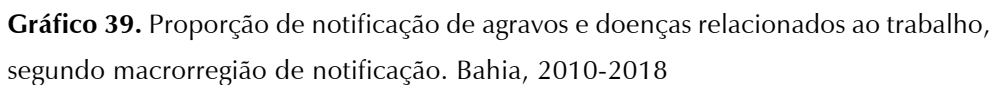


Gráfico 38. Registros acidentários relacionados ao trabalho entre segurados da Previdência Social. Bahia, 2010-2017
Fonte: Dataprev/INSS, 2019

De acordo com dados do Sinan, no período de 2010 a 2018, foram notificados no estado da Bahia 55.416 casos de agravos e doenças relacionados ao trabalho (ADRT), sendo 3.563 notificações no primeiro ano e 8.979 no último, o que corresponde a um incremento de 39,7% na capacidade de identificação e notificação dos casos de ADRT pelas instâncias da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast-BA). Considerando as notificações por macrorregião de saúde e ano de notificação, a Leste destaca-se das demais, tendo sido responsável por 44,6% das notificações no ano de 2018, seguida da Sul (15,9%) e da Centro-Leste (12,8%) (**Gráfico 39**).

O aumento da capacidade de notificação observado na macrorregião Leste pode estar associado, entre outros fatores, à retaguarda técnica dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), notadamente do serviço de Salvador, que reorganizou e recompôs sua equipe de vigilância em saúde do trabalhador (Visat) a partir de 2012. Por outro lado, é nessa região que se concentra o maior contingente de trabalhadores do estado, especialmente de categorias com maior histórico de organização e informação sobre saúde e direitos trabalhistas, a exemplo dos polos industriais de Camaçari, Aratu, Candeias, comércio, serviços e construção civil, reconhecidos como de maior risco para acidentes e outros agravos mais prevalentes.

Inversamente proporcional à capacidade de notificação da macrorregião Leste, verifica-se a Extremo Sul (4,8%) – pior desempenho observado no período –, e Nordeste (1,8%).



Ao analisar o conjunto de agravos notificados no Sinan e a sua distribuição por macrorregião de residência, constata-se que os acidentes de trabalho graves (ATG) predominam sobre os demais ADRT, com 22.886 casos notificados, no período de 2010 a 2018, sendo de maior frequência em cinco das nove macrorregiões: Centro-Leste, Extremo Sul, Leste, Oeste e Sul (**Gráfico 40**).

76

macrorregião Leste (**Gráfico 40**), provavelmente devido à maior densidade de equipamentos de saúde nesse território, acidentando, principalmente, técnicos e auxiliares de enfermagem. Excetuando os profissionais de saúde, outra categoria vítima desse tipo de acidente é o trabalhador gari. As Lesões por Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/Dort), apareceram com 8.435 notificações, observando-se as maiores ocorrências nas macrorregiões Leste e Centro Leste (**Gráfico 40**), afetando majoritariamente trabalhadores da produção de bens e serviços. As Intoxicações Exógenas Ocupacionais apresentam maiores frequências para as macrorregiões Leste, Sul e Norte (**Gráfico 40**), sendo os trabalhadores agropecuários, da construção civil e os agentes de saúde pública os grupos com maiores frequências.

Foram notificados 590 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho, com maiores ocorrências nas macrorregiões Leste e Centro-Leste (**Gráfico 40**) e nas atividades econômicas de transporte rodoviário e bancário. O adoecimento psíquico tem sido associado a mudanças no mundo do trabalho, reorganização produtiva, fatores relacionados à organização do trabalho – especialmente práticas competitivas e autoritárias na gestão e nas relações de trabalho –, incertezas, desemprego e precariedade, bem como ao crescimento da violência urbana, no caso de ocupações que lidam com o público e com valores financeiros.

Os demais ADRT – dermatoses ocupacionais (216 casos), perda auditiva induzida por ruído (Pair) (127 casos), pneumoconioses (101 casos) e câncer relacionado ao trabalho (22 casos) (**Gráfico 40**) – apresentam frequência baixa e não expressam magnitude, levando em conta o número de trabalhadores expostos aos fatores de risco ocupacionais associados nas principais atividades produtivas no estado. Destaca-se, por exemplo, o câncer relacionado ao trabalho, com estimativas de ocorrência populacional variando de 8% a 16%¹¹, mas que teve, no intervalo de 2010 a 2018, pouco mais de duas dezenas de casos identificados na Bahia. Outro exemplo são as pneumoconioses, patologias associadas à exposição a poeiras minerais e vegetais, em atividades de mineração, extração e beneficiamento de pedras, construção civil, agricultura, entre outras, existentes em todas as regiões do estado, praticamente invisíveis nos registros de saúde. Essa subnotificação demonstra a fragilidade e a baixa capacidade dos serviços e profissionais de saúde na identificação da situação de trabalho, suspeita e investigação da relação do adoecimento dos usuários do SUS com o trabalho.

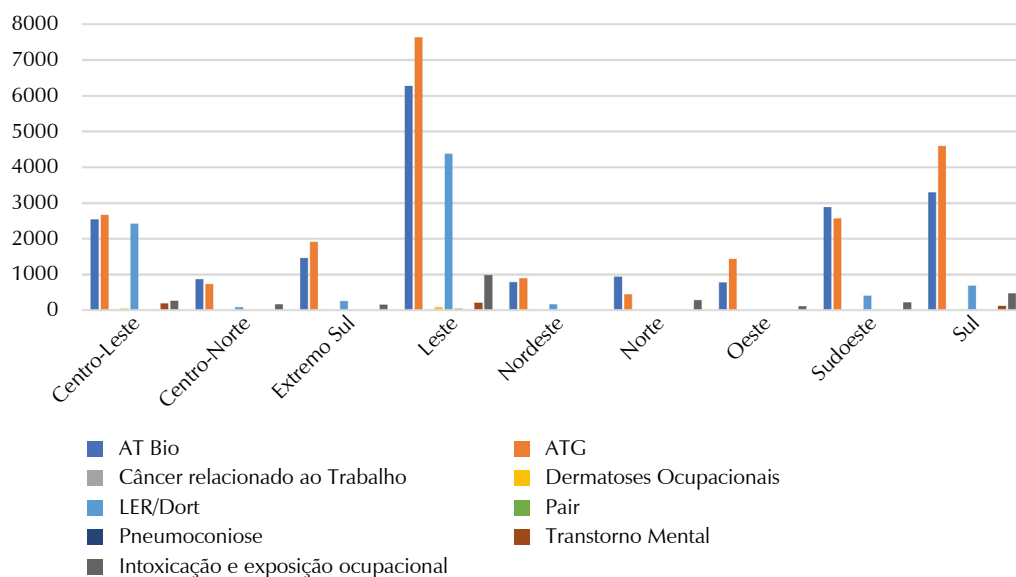


Gráfico 40. Número de notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho, segundo macrorregião de residência. Bahia, 2010-2018

Legenda: AT Bio: acidente de trabalho com material biológico; ATG: acidente de trabalho grave; LER/Dort: lesão por esforço repetitivo/distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho; Pair: perda auditiva induzida por ruído.
Fonte: Sinan, Divast/Suvisa/Sesab, 2019

No período de 2010 a 2018, foram registrados no SIM 1.569 óbitos por causas externas relacionados ao trabalho, sendo observadas as maiores frequências acumuladas nas macrorregiões Leste (337), Sul (303) e Sudoeste (240). Do total dos óbitos por acidente de trabalho, 53% foram de transporte, sendo motorista de caminhão, trabalhador agropecuário e mototaxista as ocupações habituais mais frequentes. Outras causas externas de traumatismos acidentais responderam por 41,9% dos acidentes fatais, sendo queda, exposição à corrente elétrica, radiação e temperatura, bem como às forças mecânicas inanimadas, as causas que levaram a óbito, na sua maioria, trabalhadores agropecuários e da construção civil. A proporção de incompletude do campo ocupação nas declarações dos óbitos AT para o período analisado foi de 31,2%, alto índice de sub-registro que impacta na estimativa da associação de risco entre os acidentes fatais e as atividades ocupacionais relacionadas.

Segundo dados do MS, o coeficiente de mortalidade por acidente de trabalho em 2010 (AT) para a região Nordeste foi 2,73 por 100 mil trabalhadores e 7,60 por 100 mil trabalhadores segurados, com tendência para convergência¹¹. Ao analisar os dados da Bahia, no período de 2010 a 2017, observa-se também tendência de queda e convergência de ambos os indicadores, tendo sido obtidos os coeficientes de mortalidade por AT de 2,36 por

100 mil trabalhadores e 4,50 por 100 mil trabalhadores segurados, no ano de 2017, com uma discreta elevação do último quando comparado com 2016 (**Gráfico 41**). Apesar da tendência de queda observada, estima-se que o sub-registro do campo acidente de trabalho na declaração de óbito (DO) ainda é muito expressivo no SIM, tendo entre suas causas o não reconhecimento da importância da informação sobre a relação do agravo com o trabalho¹². Esse cenário aponta para importância de consolidar e ampliar, para todos os municípios do estado, a vigilância epidemiológica dos óbitos por causas externas relacionados ao trabalho, a fim de garantir melhor qualidade do registro dos dados de AT no SIM e Sinan.

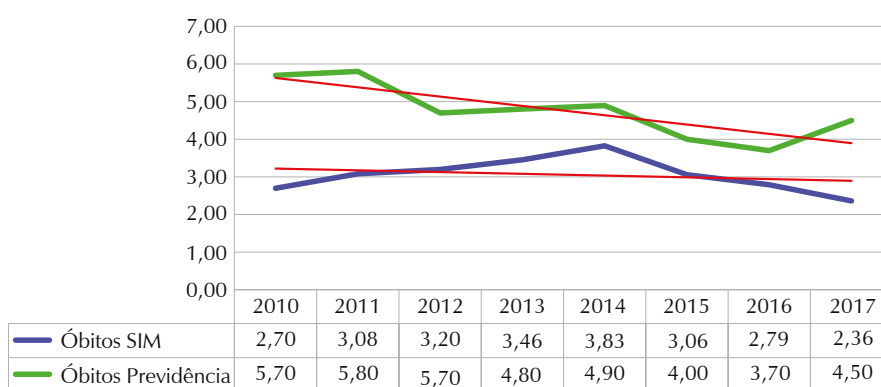


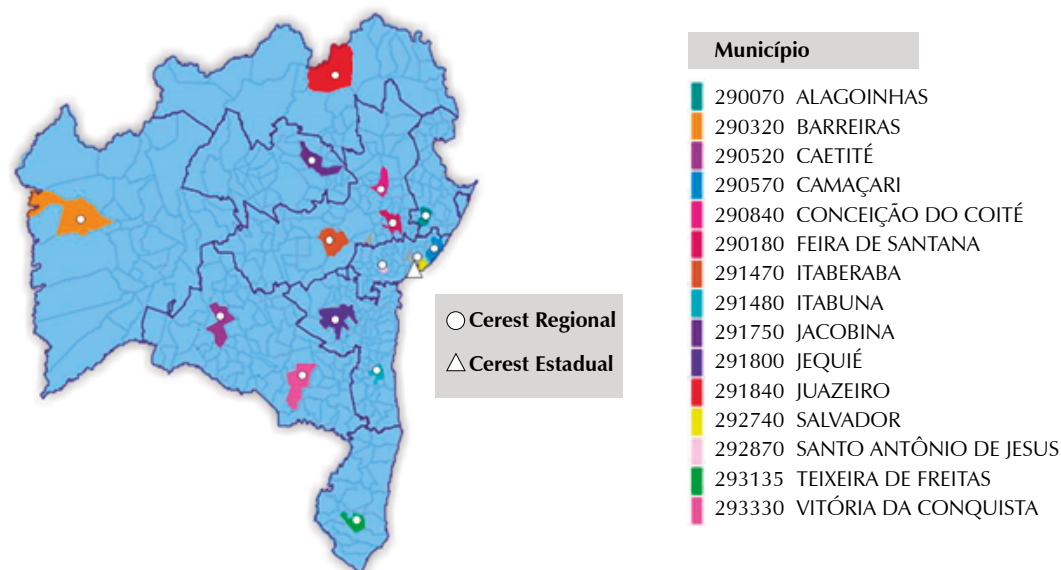
Gráfico 41. Coeficiente de mortalidade por acidente de trabalho (por 100 mil trabalhadores) para o total de trabalhadoras e trabalhadores segurados da Previdência Social. Bahia, 2010-2017

Fonte: IBGE, 2019; Ministério da Economia, 2019; SIM, Divast, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

No Brasil, a Renast foi criada em 2002, por meio da Portaria GM nº 1.679/2002, com objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador (ST) articuladas às demais redes do SUS, compreendendo uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção e promoção da saúde, na perspectiva da ST.

A Bahia conta atualmente com 15 Cerest, além do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (Cesat). Destes, apenas os Cerest de Conceição do Coité e de Caetitê não são sede de região de saúde e as macrorregiões Centro-Leste e Leste apresentam as maiores concentrações desses serviços (**Mapa 3**). O Cerest tem, entre outras atribuições, o papel de atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de ST e como retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS, sendo polo irradiador para as ações de Vigilância em Saúde¹¹. Além dos Cerest, são parte da Renast-BA os

demais pontos de atenção à saúde e instâncias da rede SUS que também atendem usuários trabalhadores – rede de atenção básica, rede especializada, serviços de urgência/emergência, bem como as instâncias regionais da Sesab.



Mapa 3. Distribuição dos centros de referência em saúde do trabalhador. Bahia, 2019

Fonte: Divast/Suvisa/Sesab, 2019

3.3.3 Panorama da vigilância sanitária

A vigilância sanitária (Visa) é definida como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”². As ações de vigilância sanitária visam proteger a saúde da população por meio do controle, fiscalização, inspeção, investigação e monitoramento de produtos e serviços que cotidianamente estão em uso/consumo pela população.

As ações de controle e fiscalização dos objetos (produtos, bens e serviços) sujeitos à Visa estadual são desenvolvidas pelas equipes central e regionais, de forma a alcançar todo território baiano, tendo em vista que estas estão distribuídos em todas as macrorregiões do estado. Os **Gráficos 42 e 43** apresentam, respectivamente, o quantitativo de estabelecimentos sujeitos à Visa inspecionados e o número de inspeções realizadas pela equipe estadual ao longo dos últimos dez anos. Neles constata-se uma redução do número de estabelecimentos inspecionados e de inspeções sanitárias.

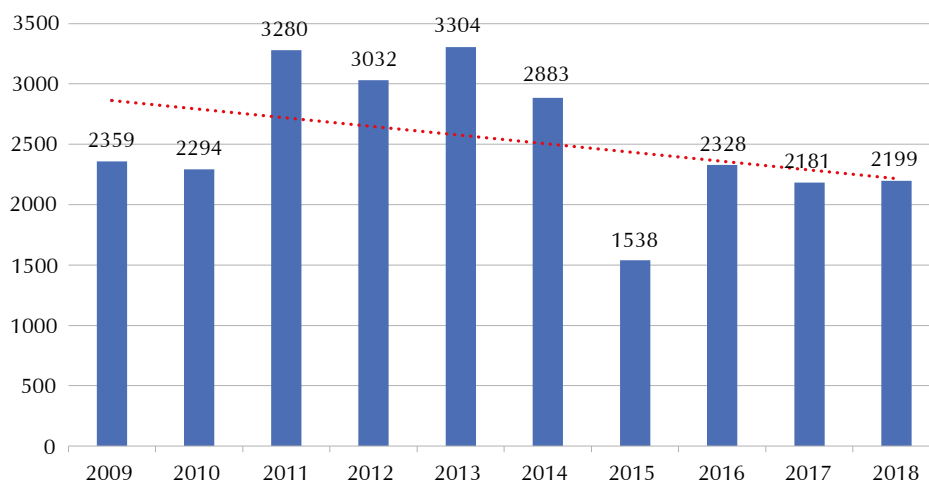


Gráfico 42. Quantitativo de estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária estadual inspecionados. Bahia, 2009-2018

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

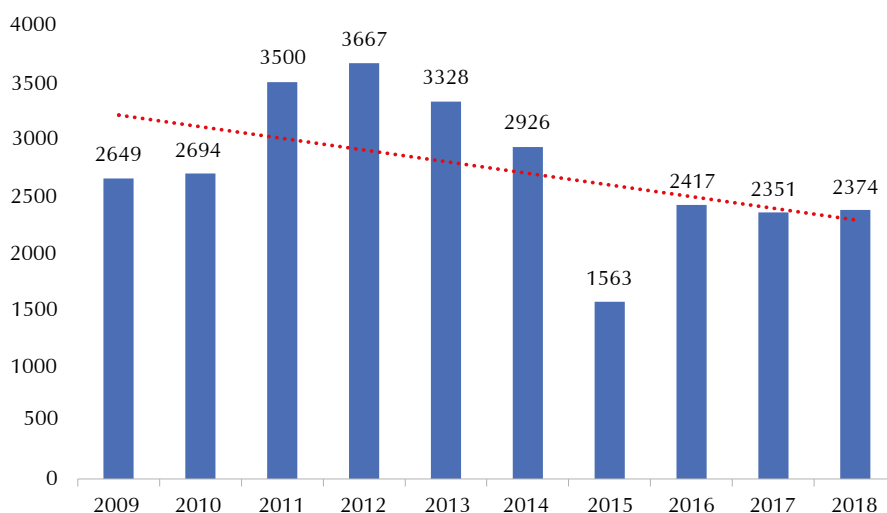


Gráfico 43. Número de inspeções realizadas em estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária estadual. Bahia, 2009-2018

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

Dentre os objetos sob os quais a Visa desenvolve as ações de controle de risco, destacam-se os serviços de saúde e de interesse da saúde. Estão sob a responsabilidade da Visa estadual os que possuem maior risco sanitário, maior densidade tecnológica e, por conta disso, necessitam de técnicos altamente qualificados com conhecimentos específicos para

realizarem o controle de risco. Dentre eles, destacam-se os serviços de terapia renal substitutiva, hemoterapia, oncologia e os hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Observa-se uma concentração da distribuição dos serviços de alta complexidade (hemoterapia, terapia renal substitutiva, terapia antineoplásica e os hospitais com leitos de UTI) na macrorregião Leste, especialmente em Salvador, e um grande vazio assistencial nas demais macrorregiões de saúde do estado (**Gráfico 44**). Isso sinaliza para a necessidade de estruturação/ implementação das redes de atenção à saúde no território estadual, de forma regionalizada, considerando-se as necessidades de saúde da população e a extensão territorial do estado, de modo a garantir acesso universal, equidade e integralidade do cuidado, com intervenções em tempo oportuno.

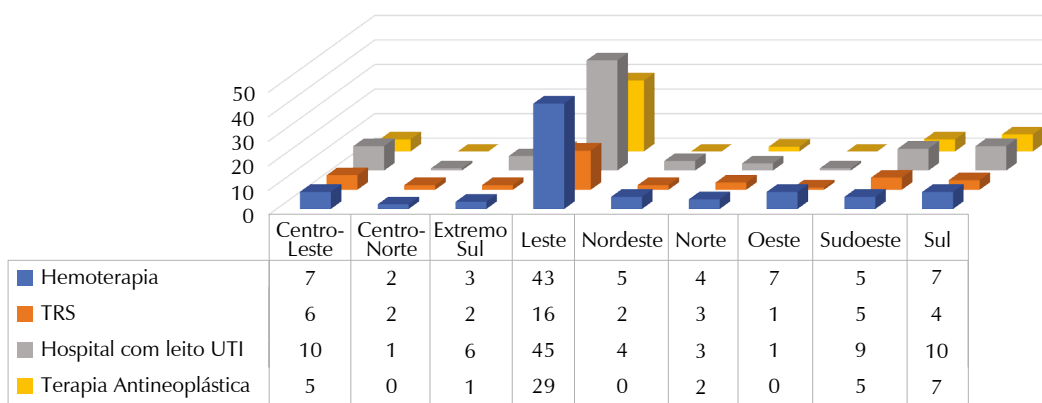


Gráfico 44. Distribuição dos serviços de alta complexidade por macrorregiões. Bahia, 2018

Legenda: TRS: Terapia Renal Substitutiva.

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

A Bahia dispõe de 83 serviços de hemoterapia, distribuídos em 34 municípios. Segundo o nível de complexidade, esses serviços são constituídos por 49 agências transfusionais, 22 unidades de coleta e transfusão, duas unidades de coleta, nove núcleos de hemoterapia e um hemocentro coordenador. Destes, 41 (49,3%) estão situados na capital e região metropolitana.

Em 2018, verifica-se que 39 (47%) serviços de hemoterapia foram inspecionados (**Gráfico 45**). Contudo, a avaliação de risco realizada em 28 serviços de hemoterapia inspecionados evidenciou que a maioria foi classificada como alto ou médio-alto risco, definida por percentuais de conformidade em relação ao padrão sanitário vigente, com base nos pontos críticos de controle do ciclo do sangue, apontando, assim, para necessidade de adequação às normas sanitárias.

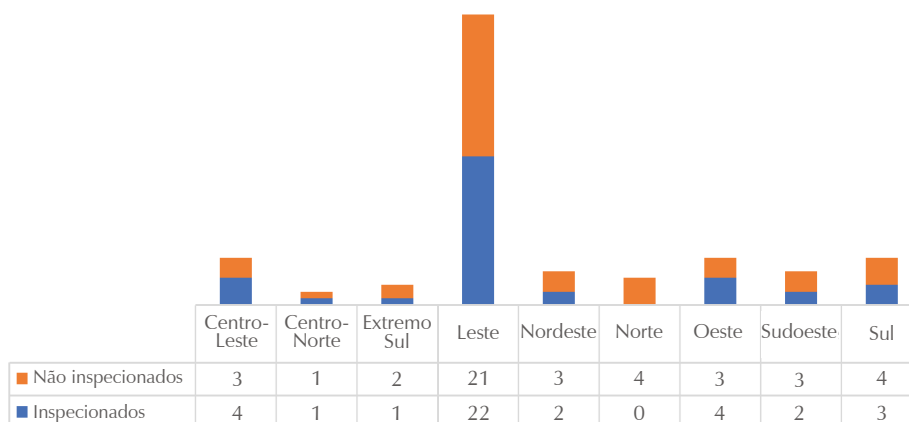


Gráfico 45. Serviços de hemoterapia inspecionados por macrorregião de saúde. Bahia, 2018

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

Com relação a terapia renal substitutiva, o estado da Bahia possui 41 serviços de hemodiálise distribuídos em 26 municípios nas nove macrorregiões. Em 2018, foram inspecionados 39 (95,1%) dos serviços, conforme o **Gráfico 46**. Destaca-se que apenas cinco (9,7%) são serviços públicos que funcionam nos hospitais Roberto Santos, Edgard Santos, Ana Nery e Alayde Costa. Salienta-se a falta de cumprimento das normas sanitárias por parte de alguns estabelecimentos, que se encontram em adequação conseguir o licenciamento sanitário.

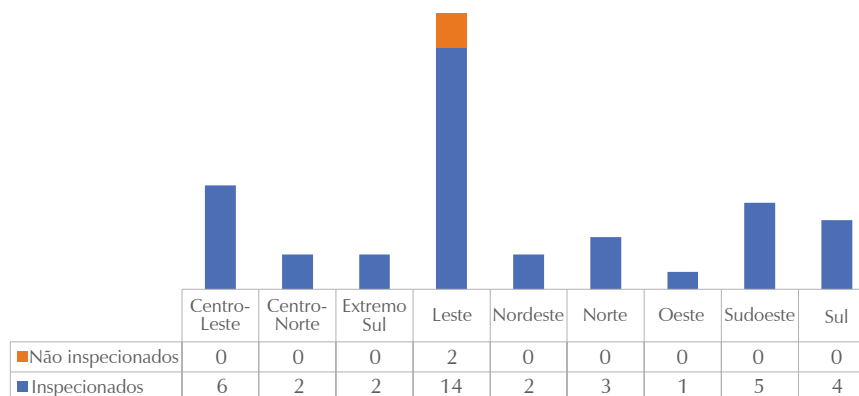


Gráfico 46. Serviços de hemodiálise inspecionados por macrorregião de saúde. Bahia, 2018

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

O **Gráfico 47** demonstra que, dos 89 hospitais com leito de UTI, 55 (61,79%) foram inspecionados, localizados em todas as macrorregiões do estado. Semelhantemente aos demais serviços, observa-se a concentração na macrorregião Leste, ampliando ainda mais o vazio assistencial já sinalizado anteriormente. Salienta-se que esse vazio assistencial perpassa toda a RAS, sendo decorrente de um conjunto de fatores de natureza histórico-estrutural, político-institucional, socioeconômicos, perfil produtivo das regiões, entre outros, retratando as iniquidades intra e inter-regionais.

No que diz respeito aos serviços de terapia antineoplásica, são 49 serviços distribuídos em 10 municípios baianos. Há concentração desses serviços na macrorregião Leste, especialmente na capital (24 serviços), e vazio assistencial nas macrorregiões Oeste, Centro-Norte e Nordeste (**Gráfico 48**). Em 2018, verifica-se que 29 (59,1%) dos serviços foram inspecionados.

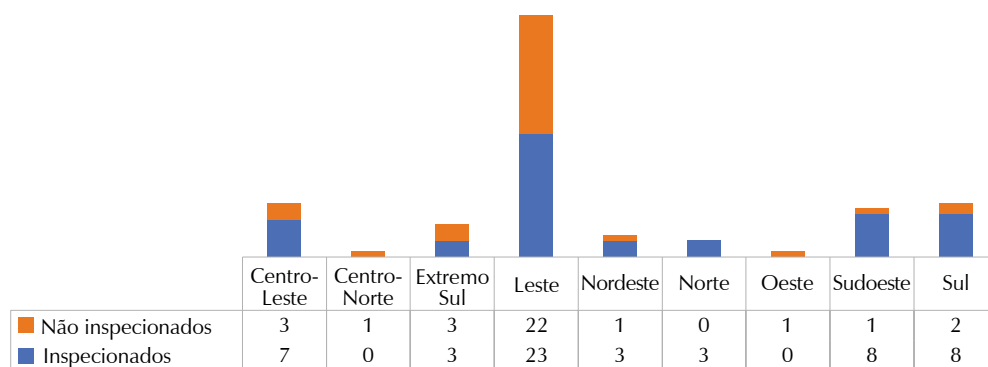


Gráfico 47. Número de hospitais com leitos de UTI inspecionados, por macrorregião de saúde. Bahia, 2018

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

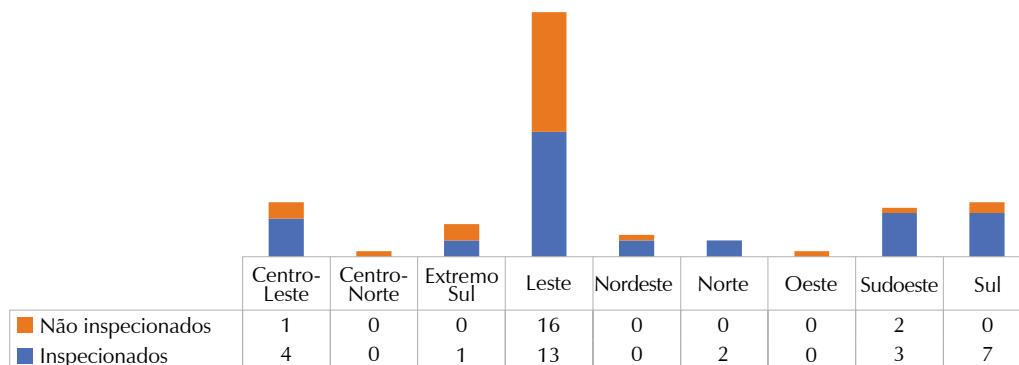


Gráfico 48. Serviços de terapia antineoplásica inspecionados por macrorregião de saúde. Bahia, 2018

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

Com relação às ações de vigilância sanitária na área de serviços de interesse à saúde, destaca-se a regulação das indústrias de produtos, como medicamentos, insumos farmacêuticos, produtos para saúde e higiene pessoal, saneantes e cosméticos e banco de células e tecidos. O **Gráfico 49** apresenta o quantitativo de indústrias de interesse da saúde inspecionadas em 2018.

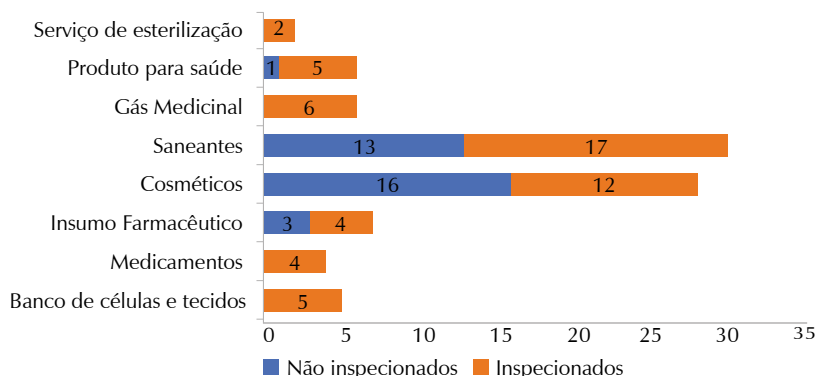


Gráfico 49. Quantitativo de indústrias de interesse da saúde inspecionadas. Bahia, 2018

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

Quanto às análises dos projetos arquitetônicos, verifica-se aumento do número de análises, principalmente em 2018, período em que houve ampliação da equipe de engenharia (**Gráfico 50**). Porém o número de deferimentos continua baixo, devido às não conformidades desses projetos com as normas sanitárias. Dos estabelecimentos analisados em 2018, observa-se que 75% estão no interior do estado, refletindo maior interiorização dos investimentos de capital das atividades sujeitas à Visa.

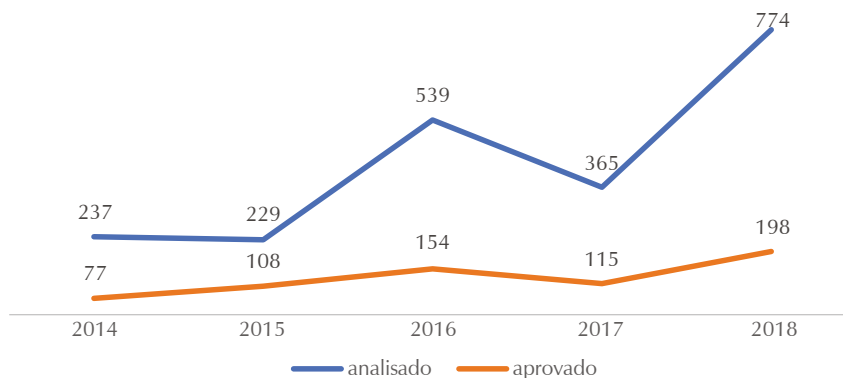


Gráfico 50. Número de análises de projetos arquitetônicos realizadas e aprovadas. Bahia, 2014-2018

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

A vigilância de pós-comercialização está direcionada ao acompanhamento, investigação e monitoramento dos eventos adversos (EA)^e e queixas técnicas (QT)^f relacionados aos produtos sob vigilância sanitária. O Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária (Notivisa) é uma ferramenta disponibilizada em plataforma web, utilizada pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para o gerenciamento das notificações de EA e QT no país.

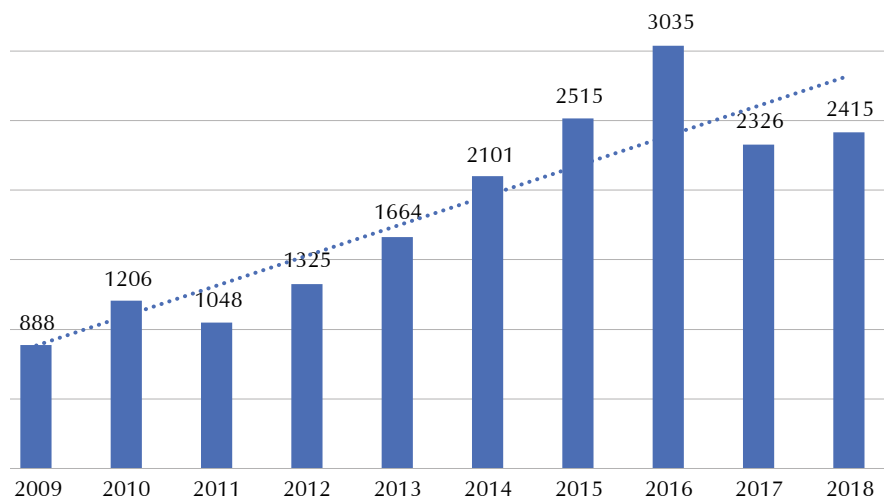


Gráfico 51. Número de notificações de eventos adversos e queixas técnicas notificadas no Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária. Bahia, 2009-2018

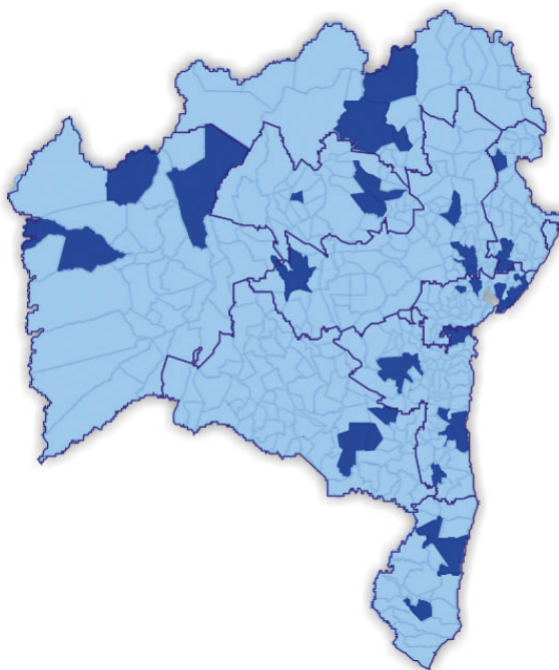
Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

Observa-se que, no período entre 2009 e 2018, houve aumento linear do número total de notificações de QT e EA no sistema Notivisa, nas áreas de farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância, cosmetovigilância e vigilância de saneantes (**Gráfico 51**), o que pode ser atribuído à ampliação da rede de estabelecimentos notificadores, resultante de um conjunto de ações estruturantes desenvolvidas junto aos estabelecimentos de saúde e municípios.

Verifica-se em território estadual que 33 municípios concentram os 121 estabelecimentos notificadores (**Mapa 4**), número reduzido ao considerar o total de estabelecimentos produtores e prestadores de serviços de saúde. Destaca-se que, quanto maior o número de estabelecimentos notificadores, maior o controle e proteção da saúde da população.

e Evento adverso é entendido como qualquer efeito não desejado em humanos decorrente do uso de produto sob vigilância sanitária.

f Queixa técnica é entendida como qualquer notificação de suspeita de alteração/irregularidade de um produto/empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, que poderá ou não causar danos à saúde individual e coletiva.



Mapa 4. Distribuição dos municípios com estabelecimentos notificadores de eventos adversos e queixas técnicas por macrorregião de saúde. Bahia, 2016-2019

Fonte: Notivisa, Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

Vale ressaltar que, a partir de 2012, a Vigilância de Pós-Comercialização (Vigipós) estabeleceu como indicador o percentual de investigações obrigatórias (IO) concluídas, cuja meta é investigar e concluir as IO. Nesse sentido, observa-se que a média percentual de investigações concluídas se mantém em aproximadamente 95,6% (**Gráfico 52**). Alguns fatores são limitantes para o alcance do percentual estabelecido, como falta de informações complementares dos notificadores e indústrias produtoras, ausência de metodologias analíticas implantadas no Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalo Moniz (Lacen) para atender a demanda relacionada a produtos, o que acarreta demora dos resultados das análises fiscais, uma vez que algumas amostras são referenciadas para a Rede de Referência Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, para a conclusão das notificações.

As infecções hospitalares (IH), atualmente denominadas infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), são relacionadas a internações ou procedimentos realizados nos serviços de saúde que se manifestam após a admissão do paciente ou até mesmo depois da alta, constituindo-se num grave problema de saúde pública.

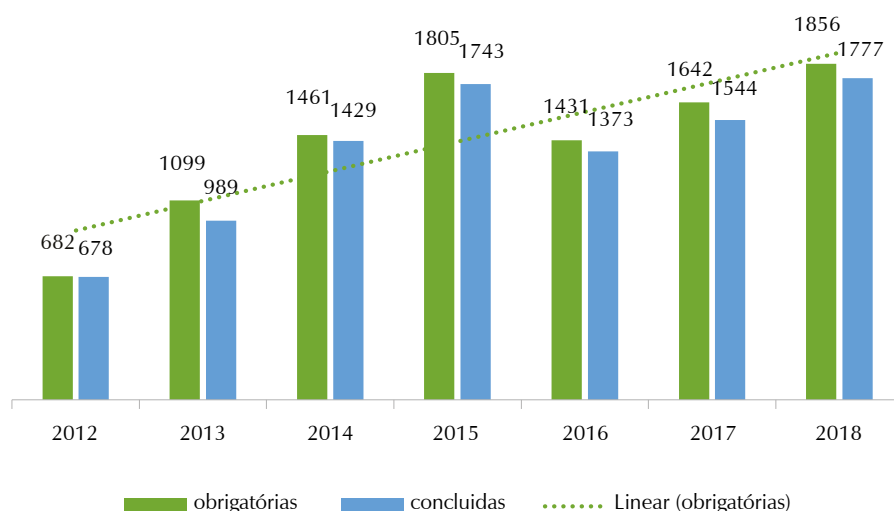


Gráfico 52. Número de notificações obrigatórias de eventos adversos e queixas técnicas investigadas e concluídas. Bahia, 2012-2018

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a maior prevalência de IRAS ocorre em unidades de terapia intensiva, enfermarias cirúrgicas e demais serviços de alta complexidade, sendo as mais prevalentes as infecções de sítio cirúrgico, trato urinário, trato respiratório e corrente sanguínea. Essa evidência colaborou para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2016-2020), priorizasse o monitoramento das infecções relacionadas aos procedimentos invasivos em UTI, serviço de diálise e procedimentos cirúrgicos.

No período de 2008 a 2018, verifica-se aumento progressivo no percentual de hospitais com Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com 71% (396) dos hospitais com CCIH constituídas em 2018 (**Gráfico 53**). No entanto, apenas 37,8% (209) realizam vigilância das infecções hospitalares e desenvolvem as ações do programa de controle das infecções. Na maioria dos hospitais do estado, verificou-se que, mesmo com as CCIH constituídas, ainda faltam profissionais com informação especializada e infraestrutura para a efetiva implementação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, principalmente nos hospitais do interior do estado. O enfrentamento desse problema de saúde pública é essencial para melhorar a qualidade da rede assistencial no estado, com vistas a reduzir os riscos e danos à saúde da população.

Entre 2009 e 2018 houve aumento de CCIH atuantes, alcançando 100% (89) dos hospitais com leitos de UTI em 2018 (**Gráfico 54**). Entende-se como atuante a CCIH que desenvolve sistematicamente todas as ações definidas no Programa de Controle de Infecção,

através da vigilância ativa e prospectiva das infecções; implementação e monitoramento das práticas de prevenção e controle realizadas pelos profissionais; envio à Visa das notificações das IRAS, resistência microbiana e autoavaliação das ações, com foco na qualidade da assistência e controle das infecções, conforme legislação federal e estadual.

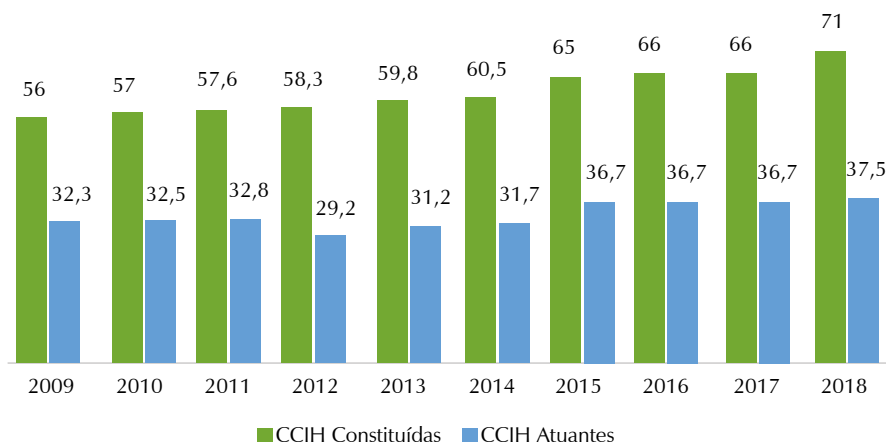


Gráfico 53. Percentual de comissões de controle de infecção hospitalar constituídas e atuantes nos hospitais. Bahia, 2009-2018

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

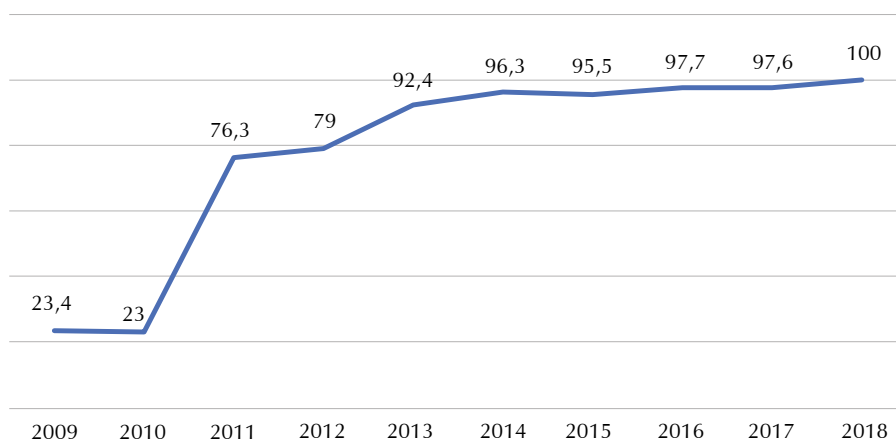


Gráfico 54. Percentual de hospitais com leitos de UTI com comissões de controle de infecção hospitalar atuantes. Bahia, 2009-2018

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

O termo segurança do paciente refere-se à redução a um mínimo aceitável de danos desnecessários ao paciente pela assistência à saúde e envolve a avaliação permanente

e proativa dos riscos em serviços de saúde. Entende-se por eventos adversos incidentes com dano que poderiam ser evitados, tendo como causas mais frequentes queda, lesão por pressão, erros em procedimentos cirúrgicos, entre outros.

Apesar de sua relevância e da legislação vigente, observa-se baixa adesão às práticas de segurança do paciente nos serviços de saúde no estado. De acordo com critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 529/2013 e pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Anvisa nº 36/2013, destaca-se que os hospitais públicos da rede própria ou de consórcio, bem como os municipais com leito de UTI, têm menor adesão a essas práticas.

Observa-se nos **Gráficos 55 e 56** o crescimento do número de Núcleos Estaduais de Segurança do Paciente (Nesp) constituídos nas macrorregiões de saúde e cadastrados no sistema Notivisa, a partir do ano de 2016, quando o Núcleo foi criado, tendo como prioridade os serviços de saúde que possuem leitos ativos de UTI.

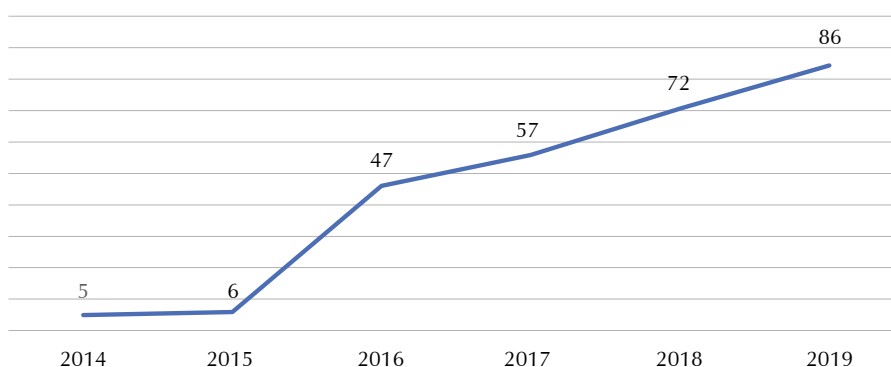


Gráfico 55. Número de núcleos de segurança do paciente constituídos nos hospitais com leitos de UTI. Bahia, 2014-2019*

* Dados parciais até 15 de agosto de 2019

Fonte: Anvisa, 2019; Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

Dos 89 hospitais com leito de UTI, apenas três não têm implantado o Nesp: um na macrorregião Nordeste (consórcio), um na Extremo Sul (público municipal) e um na Sudoeste (público municipal).

Em 2018, somente 50,84% dos municípios desenvolvendo ações básicas de vigilância sanitária alcançaram a meta pactuada (**Gráfico 57**). Isso é decorrente de um conjunto de fatores, entre eles, a gestão do sistema municipal de saúde na conformação da Visa no que se refere à estrutura física e legal, equipe técnica e insuficiência de recursos materiais para realização das ações básicas, além da redução acentuada do quadro de pessoal em âmbito regional para realizar as ações de monitoramento e assessoramento técnico aos municípios.

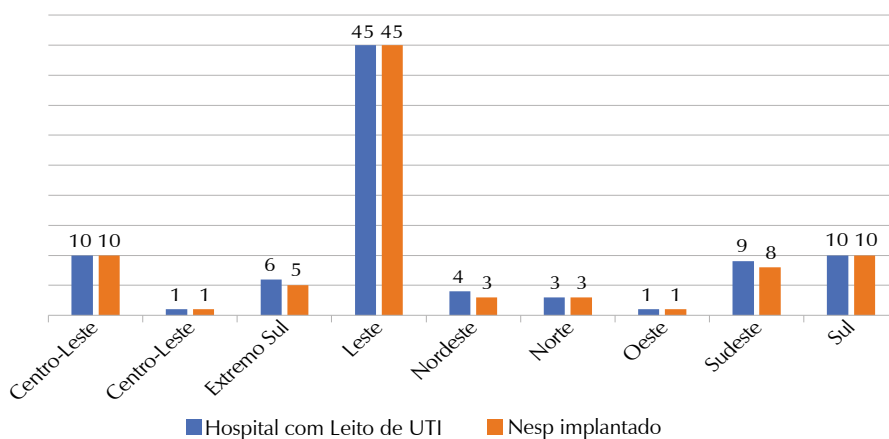


Gráfico 56. Distribuição dos núcleos de segurança do paciente constituídos, por macrorregião de saúde, nos hospitais com leitos de UTI. Bahia, 2018

Fonte: Anvisa, 2019; Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

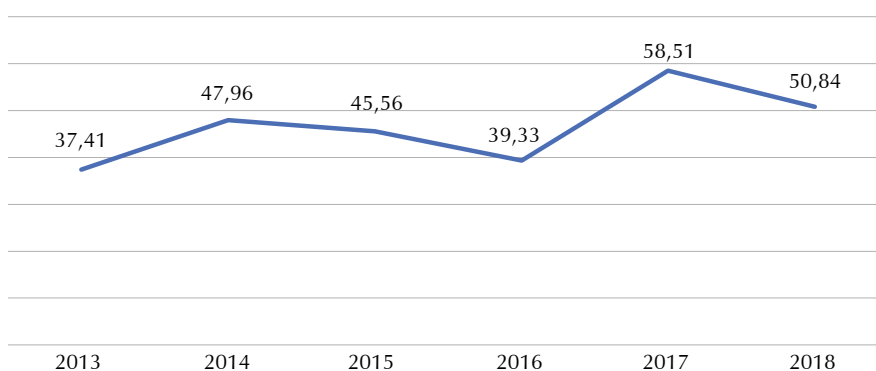


Gráfico 57. Percentual de municípios realizando no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias. Bahia, 2013-2018

Fonte: Tabnet/Datasus, Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

3.3.4 Panorama da vigilância em saúde ambiental

A vigilância em saúde ambiental atua na área de fatores de risco não biológicos, buscando a prevenção e controle de doenças e agravos provenientes de contaminantes ambientais da água para consumo humano, ar e solo; de desastres naturais; de acidentes com produtos perigosos; e de fatores químicos e físicos. Contempla desde a coleta de dados até a análise de informações sobre saúde e ambiente, com intuito de orientar a execução de ações de controle de fatores ambientais que interferem na saúde e contribuem para a ocorrência de doenças e agravos.

A vigilância da qualidade da água para consumo humano (Vigiagua) tem como objetivo garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e às normas

estabelecidas na legislação. A principal forma de abastecimento de água utilizada no estado é o Sistema de Abastecimento de Água (SAA), que alcança 81,2% da população baiana, desse total, 87,3% é operado pela Empresa Baiana de Água e Saneamento (Embasa) e 12,7% (53) por sistemas autônomos municipais.

Salienta-se que se desconhece a forma de abastecimento de água utilizada por 17,1% da população baiana, percentual expressivo do ponto de vista da efetividade das ações de vigilância da qualidade da água, cujos efeitos podem ser altamente nocivos à saúde individual e coletiva.

Observa-se que, no período de 2014 a 2018, houve incremento das ações da vigilância da qualidade da água, com redução de 90,63% de municípios silenciosos, ou seja, que não alimentam o Sisagua com dados de cadastro, controle e vigilância (**Gráfico 58**).

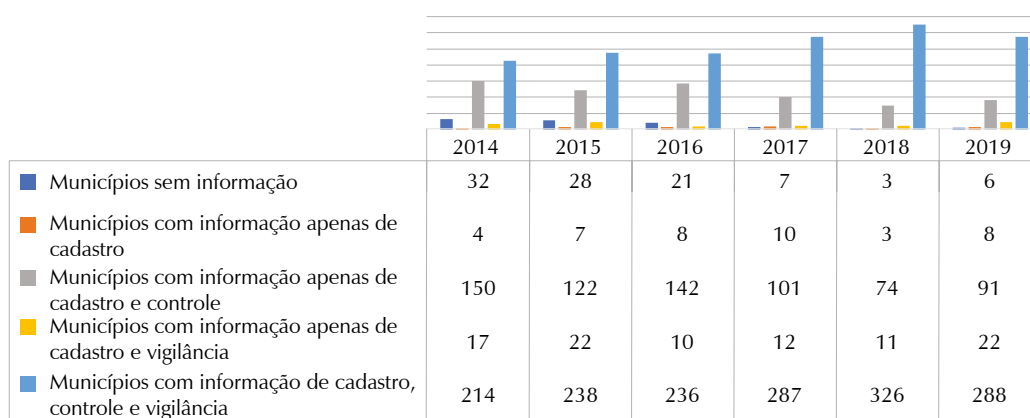


Gráfico 58. Implementação das ações do Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. Bahia, 2014-2018

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2018

O indicador 10 do Sispacto, que mede a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de coliformes totais, cloro residual e turbidez, sofreu variação ao longo de período de 2013 a 2018, alcançando em 2018 o percentual de 51,1% do total de amostras preconizadas (**Gráfico 59**). Nesse contexto, a vigilância da qualidade da água para consumo é de fundamental importância para proteção da saúde da população.

Contudo, destaca-se que a inexistência de laboratórios de vigilância da qualidade da água (LVQA) em alguns núcleos regionais e/ou regiões de saúde, a rotatividade das equipes municipais, a falta de transporte para coleta de amostras de água para consumo humano, entre outros fatores, comprometem o alcance dos resultados.

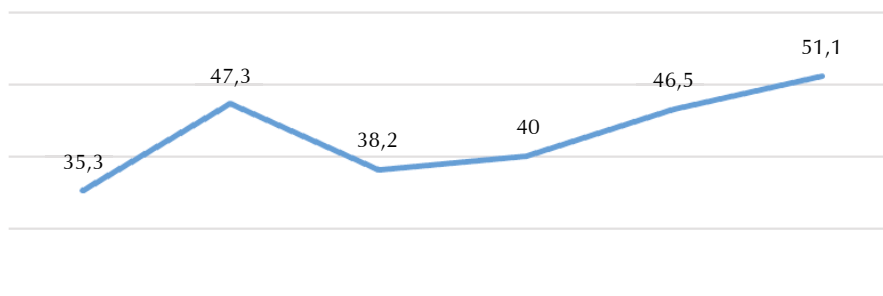
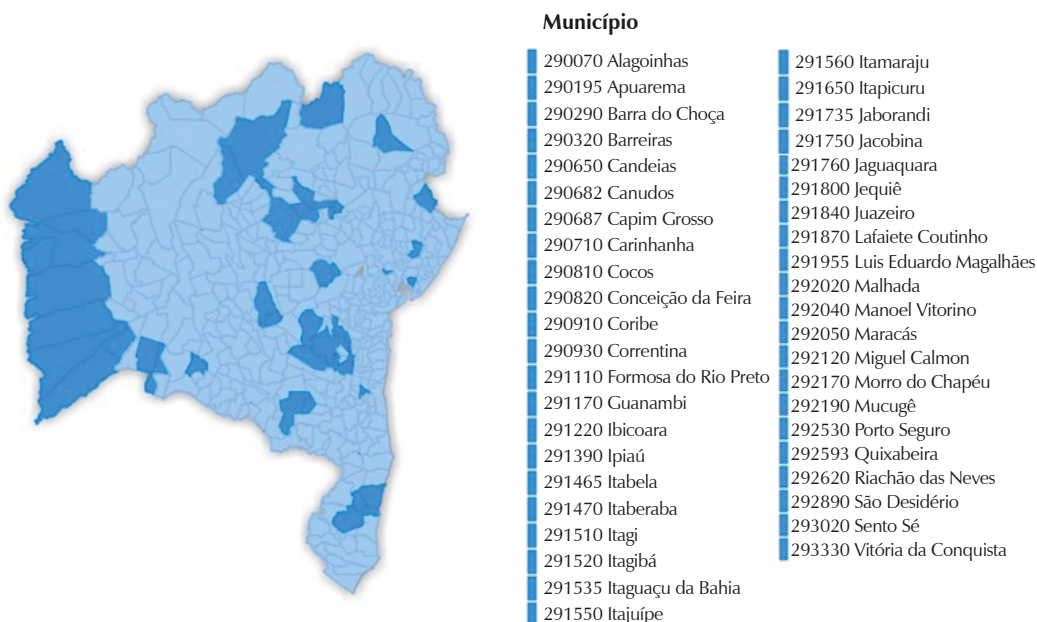


Gráfico 59. Proporção de análises de água realizadas em amostras para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez. Bahia, 2013-2018

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

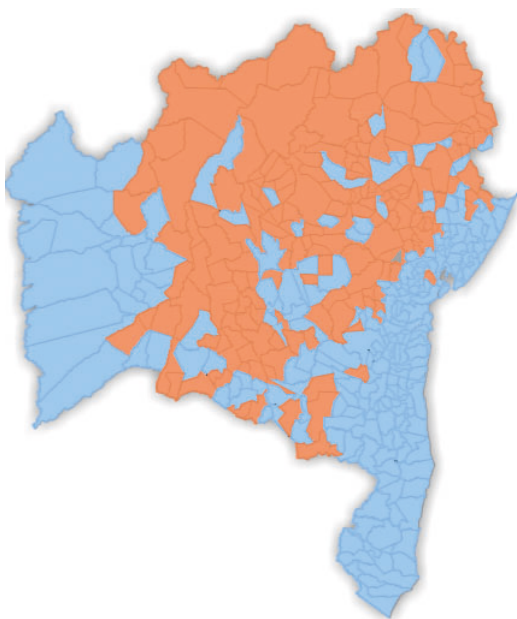
Como parte integrante do rol das ações do Vigiaqua, é realizado o monitoramento de agrotóxicos na água para consumo humano em 43 municípios baianos prioritários, conforme **Mapa 5**. Até 2018, os resultados das amostras apresentavam concentração dentro do padrão de potabilidade estabelecido pela legislação vigente.



Mapa 5. Municípios com monitoramento de agrotóxicos na água para consumo humano. Bahia, 2019

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

Além da vigilância da qualidade da água para consumo humano, compete à vigilância em saúde ambiental a implementação das ações relacionadas aos riscos decorrentes dos desastres (Vigidesastres) e de contaminantes químicos (Vigipeq). O primeiro tem seu foco direcionado para os eventos que podem afetar adversamente a saúde da população e requerem urgência na organização de respostas rápidas às emergências em saúde pública. Possui como campo de atuação os cenários de desastres no território, sendo os mais frequentes na Bahia: seca/ estiagens/queimadas; deslizamento de terra/inundações/alagamentos; acidentes na estocagem, produção e transporte de produtos perigosos. Entre esses, destacam-se os cenários de seca e de estiagem, abrangendo cerca de 80% dos municípios (**Mapa 6**).



Mapa 6. Municípios baianos com decretos de emergência por situação de seca. Bahia, 2019

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

O Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (Programa Vigipeq) tem como objetivo o desenvolvimento de medidas de promoção, prevenção contra doenças e agravos e atenção integral à saúde das populações expostas a contaminantes químicos.

Além dos agrotóxicos, verifica-se a presença dos seguintes contaminantes químicos em 16 municípios do estado: chumbo (Aratuípe, Boquira e Santo Amaro); urânio (Caetité, Livramento de Nossa Senhora e Lagoa Real); amianto (Bom Jesus da Serra, Simões Filho);

e mercúrio (Candeias, Itaparica, Salvador, Santo Amaro, São Francisco do Conde, Saubara, Simões Filho e Vera Cruz) (**Figura 2**).

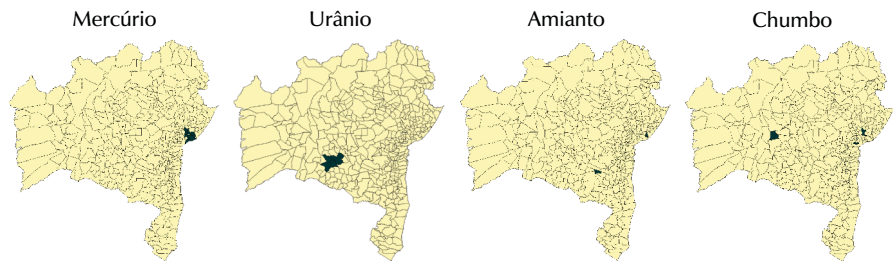


Figura 2. Municípios com população exposta a contaminantes químicos. Bahia, 2019

Fonte: Divisa/Suvisa/Sesab, 2019

Essa situação requer aprimoramento das ações de vigilância e monitoramento desses contaminantes químicos na água para consumo humano e alimentos, a fim de adotar medidas corretivas e/ou paliativas. Além disso, os dados sinalizam a importância da estruturação da rede assistencial para o cuidado integral dos danos causados à saúde da população exposta.

Em 2018, houve aumento das notificações de intoxicação exógena por agrotóxicos de uso em saúde pública em todas as macrorregiões de saúde (**Gráfico 60**), o que pode ser atribuído à ocorrência de intoxicações pelo uso do Piroxifen no combate ao *Aedes aegypti*, bem como à intensificação das ações de vigilância em saúde ambiental, decorrente de investimentos em capacitações das equipes de saúde, na esfera estadual e municipal, para registro dos casos no Sinan.

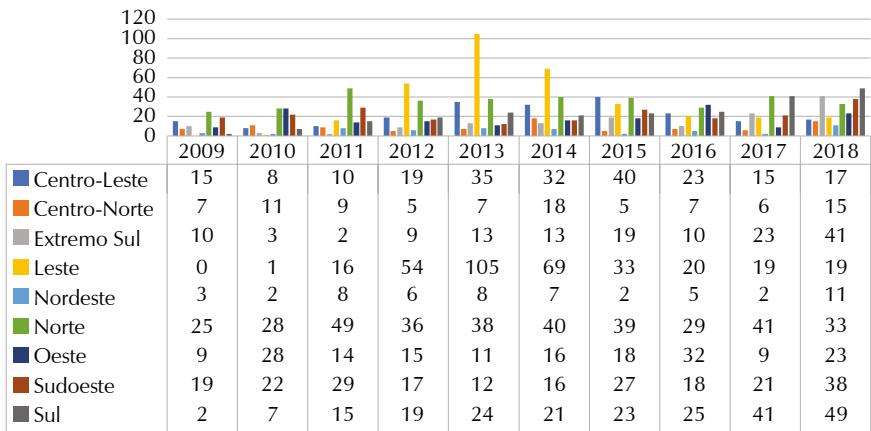


Gráfico 60. Casos notificados de intoxicação exógena por substância química (agrotóxico de uso em saúde pública), segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009-2018*

* Dados preliminares com informações processadas até 26 de agosto de 2019.
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Com relação aos óbitos relacionados à intoxicação por agrotóxicos, verifica-se que a maior causa dos registros de óbitos deve-se a autointoxicação intencional a pesticidas (**Gráfico 61**).

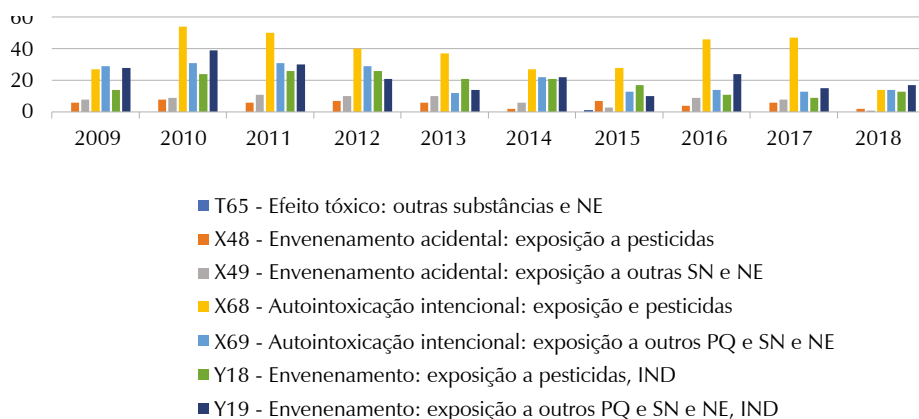


Gráfico 61. Óbitos relacionados à intoxicação por agrotóxicos. Bahia, 2009-2018*

* Dados preliminares com informações processadas até 26 de agosto de 2019

Legenda: NE: não especificadas; IND: intenção não determinada; PQ: produtos químicos; SN: substâncias nocivas.

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

No período 2008 a 2018, foram registrados no SIM 205 casos de óbito devido à intoxicações por agrotóxicos (envenenamento por exposição a pesticidas, intenção não determinada – CID Y18), mais da metade deles na macrorregião Leste, seguida da Centro-Leste, Sudoeste e Sul. Estima-se que esse número seja bem maior, considerando as dificuldades e fragilidades da rede de atenção e vigilância em saúde para diagnóstico, notificação e investigação desses eventos. Além da rede de serviços de saúde, também contribuem para essa invisibilidade a baixa capacidade de investigação e esclarecimento dos casos nos serviços de medicina legal (**Tabela 9**).

Tabela 9. Óbitos por intoxicação por agrotóxicos, por macrorregião de saúde. Bahia, 2008-2018

(continua)

Macrorregião de Saúde	Ano											Total
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Centro-Leste	2	4	2	-	1	2	4	1	2	-	1	19
Centro-Norte	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Extremo Sul	-	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	4
Leste	11	5	16	21	17	13	14	12	9	7	3	128
Nordeste	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	3

Tabela 9. Óbitos por intoxicação por agrotóxicos, por macrorregião de saúde.
Bahia, 2008-2018

(continuação)

Macrorregião de Saúde	Ano											Total
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Norte	-	1	-	-	-	2	-	1	-	-	1	5
Oeste	-	-	-	2	1	-	-	-	-	2	1	6
Sudoeste	4	2	3	-	2	1	1	1	-	-	4	18
Sul	2	1	2	2	1	1	-	-	-	-	3	12
Ignorado – BA	2	-	1	-	1	2	1	1	-	-	-	8
Total	23	14	24	26	26	21	21	17	11	9	13	205

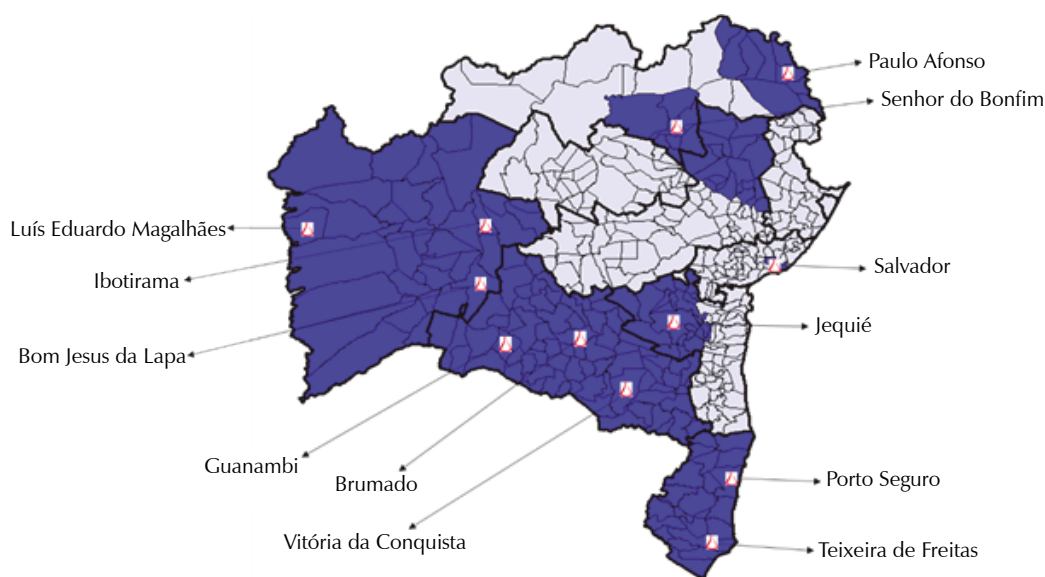
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

3.3.5 Panorama da vigilância laboratorial

O Lacen-BA é reconhecido como a terceira maior unidade de vigilância laboratorial do país, sendo classificado na categoria máxima de qualidade pelo MS. Entende-se por vigilância laboratorial um conjunto de ações transversais aos demais sistemas de vigilância em saúde que propicie conhecimento e investigação diagnóstica de agravos e verificação da qualidade de produtos de interesse para a saúde pública mediante estudo, pesquisa e análises relacionados aos riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e da saúde do trabalhador.

O Lacen-BA também atua como unidade de retaguarda especializada para realizar análises de alta complexidade e coordenar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (Relsp). Atualmente a Relsp é composta por 24 laboratórios, a saber: uma Unidade Central (Lacen-BA), localizada em Salvador, que contempla atividades de ensaios diagnósticos de interesse da vigilância epidemiológica e entomológica, bem como análises da qualidade da água, sanitária e ambiental; 12 unidades descentralizadas de vigilância epidemiológica, sendo 11 Laboratórios Municipais de Referência Regional (LMRR) e um Laboratório Estadual de Referência Regional (LERR). Além disso, possui 11 unidades descentralizadas de Laboratórios Regionais de Vigilância da Qualidade da Água (LVQA).

Os 11 LMRR e suas respectivas áreas de abrangência estão localizados nos municípios de Luis Eduardo Magalhães, abrangendo 15 municípios, Teixeira de Freitas (13 municípios), Vitória da Conquista (31 municípios), Bom Jesus da Lapa (13 municípios), Brumado (21 municípios), Serrinha (19 municípios), Paulo Afonso (9 municípios), Guanambi (21 municípios), Porto Seguro (8 municípios), Ibotirama (9 municípios) e Senhor do Bonfim (nove municípios); e o LERR está situado no município de Jequié (25 municípios), totalizando uma área de cobertura de 193 municípios no estado (**Mapa 7**).



Mapa 7. Distribuição territorial e abrangência dos laboratórios municipais de referência regional. Bahia, 2019

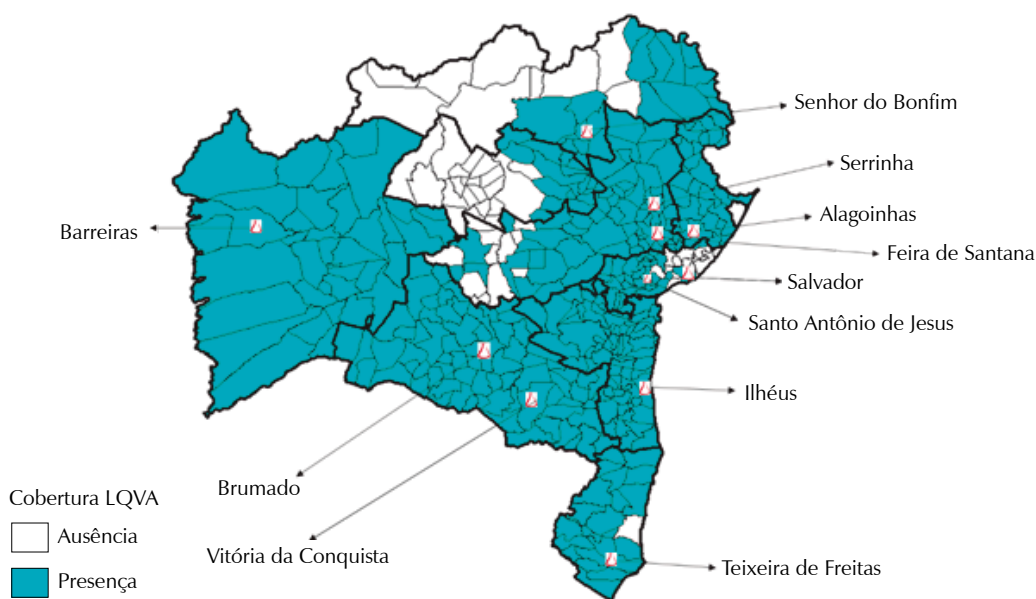
Legenda: Lacen: Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalves Moniz.
Fonte: Lacen, Suvisa/Sesab, 2019

Ressalta-se que a distribuição geográfica dos LMRR evidencia maior concentração na macrorregião de saúde Sudoeste com quatro unidades descentralizadas, seguidas das macrorregiões Oeste e Extremo Sul, respectivamente, com três e dois LMRR. As macrorregiões Norte e Centro-Leste possuem uma unidade cada. A Unidade Central está localizada na Leste sendo, portanto, referência para esta e demais macrorregiões de saúde que não dispõem de LMRR (Centro-Norte e Sul) e para todo o território estadual para análise de alta complexidade.

Nesse sentido, nas áreas onde existe vazio assistencial dos serviços laboratoriais, as amostras coletadas para investigação de doenças de interesse para a saúde pública são encaminhadas e processadas na Unidade Central da Relsp, conforme protocolos de acondicionamento e envio de amostras, para que se mantenham viáveis até as análises.

Entretanto, considerando-se a extensão territorial do estado da Bahia e o decurso entre coleta e processamento das amostras relacionadas a determinados agravos, faz-se necessário implementar o processo de descentralização e regionalização dos LMRR, com vistas a aumentar a cobertura diagnóstica para eventos de interesse para a saúde pública, de modo a viabilizar intervenções em tempo oportuno.

No que se refere aos LVQA, as 11 unidades descentralizadas estão localizadas em Salvador (Lacen Municipal), Feira de Santana (atende 59 municípios), Alagoinhas 34 municípios), Santo Antônio de Jesus (37 municípios), Teixeira de Freitas (21 municípios), Serrinha (29 municípios), Brumado (43 municípios), Vitória da Conquista (57 municípios), Senhor do Bonfim (8 municípios), Barreiras (37 municípios) e Ilhéus (30 municípios), totalizando 355 municípios no estado. A gestão desses laboratórios é estadual e, em geral, estão localizados na sede dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS) (**Mapa 8**).



Mapa 8. Distribuição territorial e área de cobertura dos laboratórios de vigilância da qualidade da água. Bahia, 2019

Legenda: LVQA: laboratórios de vigilância da qualidade da água.

Fonte: Lacen, Suvisa/Sesab, 2019

Verifica-se no **Mapa 8**, a existência de vazios assistenciais dos serviços laboratoriais para vigilância da qualidade da água para consumo. Desse modo, os municípios localizados nessas áreas direcionam suas amostras para a Unidade Central. Entretanto, reitera-se argumento anterior entre extensão territorial, tempo de coleta e processamento de amostras, sobretudo quando se observa as macrorregiões Oeste, Centro-Norte e Norte. Tal situação evidencia a necessidade de implantação de LVQA, haja vista que a persistência desses vazios assistenciais afeta diretamente as ações de vigilância em saúde ambiental, configurando um grande problema de saúde pública.

Sob essa perspectiva, a ampliação da Relsp é de suma importância, pois, além de promover o aumento da cobertura de acesso ao diagnóstico laboratorial, proporciona o incremento da capacidade tecnológica dos municípios, contribuindo para a definição do perfil epidemiológico da região.

Por outro lado, convém salientar que a atual capacidade estrutural da Unidade Central limita a implantação e implementação de metodologias analíticas para realização de ensaios relacionados a contaminantes químicos, o que demanda que as amostras sejam referenciadas para Laboratórios da Rede Nacional, permanecendo um hiato entre demandas sociais e institucionais.

Destaca-se ainda, que os laboratórios da rede nacional têm restringido o recebimento de amostras para investigação de agravos e monitoramento da qualidade de produtos, o que reforça a necessidade de viabilizar investimentos na ampliação da Relsp, de modo a garantir a cobertura das ações de vigilância laboratorial em todo o território baiano.

Por se tratar de uma atividade transversal (apoio diagnóstico), qualquer lacuna nessa área afeta diretamente as ações das demais vigilâncias, no que se refere ao alcance dos resultados estabelecidos, bem como à adoção de medidas adequadas e em tempo oportuno de proteção e promoção da saúde, prevenção dos riscos e danos e atenção integral à população.

3.3.6 Perfil da mortalidade na Bahia

Para análise do perfil de mortalidade da população do estado da Bahia, utilizou-se dos dados disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Datasus, considerando o período de 2009 a 2017. Para tanto, foram contempladas as principais causas de morte por sexo e faixa etária, detalhamento de circunstâncias e condição das vítimas para as causas externas de maior relevância. A análise das principais causas de morte por capítulo da CID-10 foi realizada para o primeiro e o último ano da série histórica, segundo sexo e faixa etária.

O padrão de mortalidade da população ao longo desse período também reflete a melhoria da qualidade dos dados registrados no SIM. O trabalho de investigações de óbitos por causas mal definidas proporcionou a determinação dessas causas de morte e a redistribuição dos óbitos entre as demais causas.

O grupo de óbitos por causas definidas na Bahia vem aumentando progressivamente com variação positiva de 1,2 quando comparados os anos de 2009 e 2017 (**Gráfico 62**). A proporção de registro de óbitos com causa definida aproximou-se da meta estabelecida pelo processo de pactuação interfederativa de indicadores (Sispacto) para os anos de 2017 a 2021,

que é 90%. Esse indicador expressa o acesso da população à assistência à saúde e aos meios diagnósticos, assim como permite a avaliação da qualidade das informações aportadas no SIM.

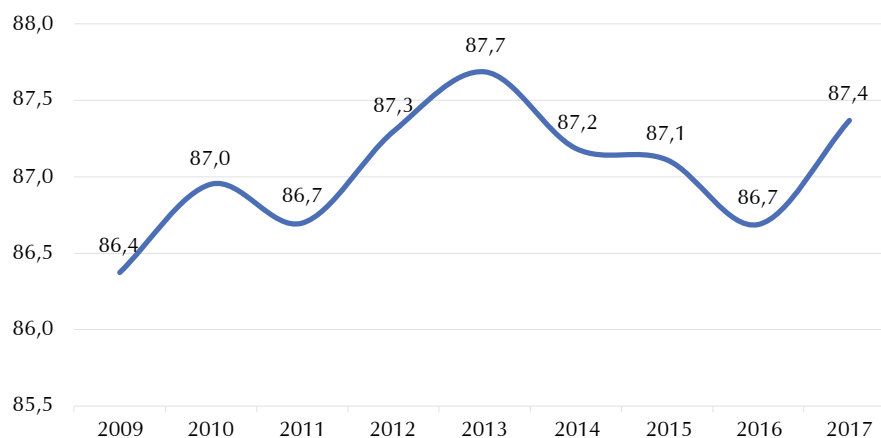


Gráfico 62. Proporção de registro de óbitos com causa definida. Bahia, 2009-2017*

* Dados preliminares

Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

No ano de 2017 foram registrados 91.512 óbitos no estado da Bahia. A taxa bruta de mortalidade (por mil habitantes) foi 5,1 em 2009, passando para 6 em 2017.

A análise proporcional dos principais grupos de causas de mortalidade revela que as doenças do aparelho circulatório (DAC) representaram o grupo de mortes mais registradas na última década, com 24,2% do total de óbitos em 2017. No que se refere à tendência da mortalidade por DAC na população baiana nessa última década, observa-se estabilização e declínio (**Gráfico 63**), padrão também observado nacionalmente.

As mortes por causas externas são o segundo grupo com maior relevância nas causas de morte na Bahia, dentre os principais grupos de causas e contribuiu com 15,2% do total de óbitos em 2017 (**Gráfico 63**).

As neoplasias tiveram um incremento de 16,1%, passando de 11,9% do total dos óbitos, em 2009, para 13,8% em 2017, assumindo a terceira posição no grupo de causas de morte no estado. O segundo maior crescimento proporcional foi apresentado pelas doenças endócrinas (incremento de 10% em todo período), passando de 7,1% para 7,8% das mortes em 2017. Com menor participação proporcional, mas não menos importante, observam-se as doenças do aparelho respiratório, com 7,4% dos óbitos em 2009 e 7,5% em 2017, apresentando discreta tendência de elevação (1,3%) (**Gráfico 63**).

A distribuição dos óbitos por macrorregiões de saúde, no período de 2009 a 2017, está concentrada naquelas que reúnem municípios com maior número de habitantes. Dessa

forma, a macrorregião Leste, que integra os municípios da Região Metropolitana de Salvador, registra cerca de 31,4% de todos os óbitos notificados na Bahia, seguida da Centro-Leste, com 15%, onde se localiza Feira de Santana, a segunda maior cidade baiana.

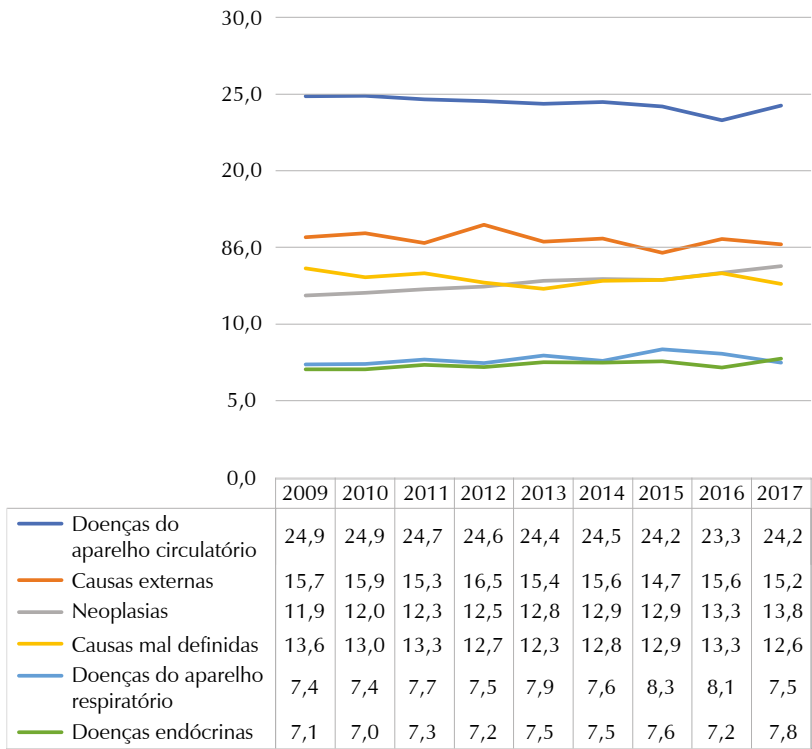


Gráfico 63. Mortalidade proporcional, segundo principais grupos de causas. Bahia, 2009-2017*

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Quanto às taxas de mortalidade específicas para as principais causas de morte na população da Bahia, verifica-se que o grupo das DAC é a primeira causa. Esse grupo de doenças também representa o maior risco de morte para a população geral, especialmente com mais de 50 anos de idade, em ambos os sexos. A observação detalhada mostra que as doenças isquêmicas do coração, infarto agudo do miocárdio e cerebrovasculares têm continuamente elevado sua participação no risco de morte. O grupo das cerebrovasculares alcançou a taxa de mortalidade mais elevada em 2012 (47,7 óbitos por 100 mil habitantes) e fechou o último ano da série com 44,7 óbitos por 100 mil habitantes (**Gráfico 64**). Contudo, o maior incremento apresentado no período foi observado para as doenças isquêmicas do coração (30,0%).

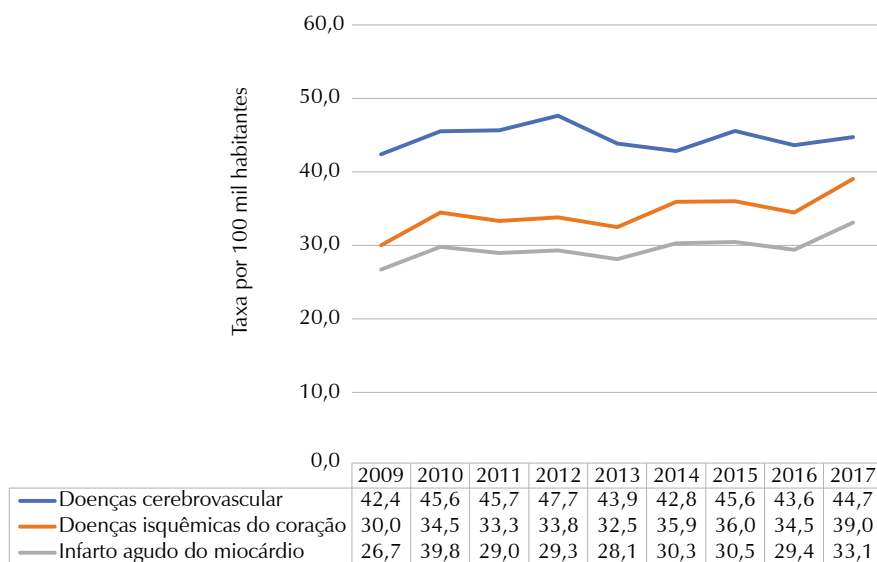


Gráfico 64. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, segundo causa selecionada. Bahia, 2009-2017*

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

O risco de morte por DAC aumentou em todas as macrorregiões de saúde do estado (**Gráfico 65**). No último ano da série histórica, o maior risco foi observado na macrorregião Centro-Norte (173,7 óbitos por 100 mil habitantes).

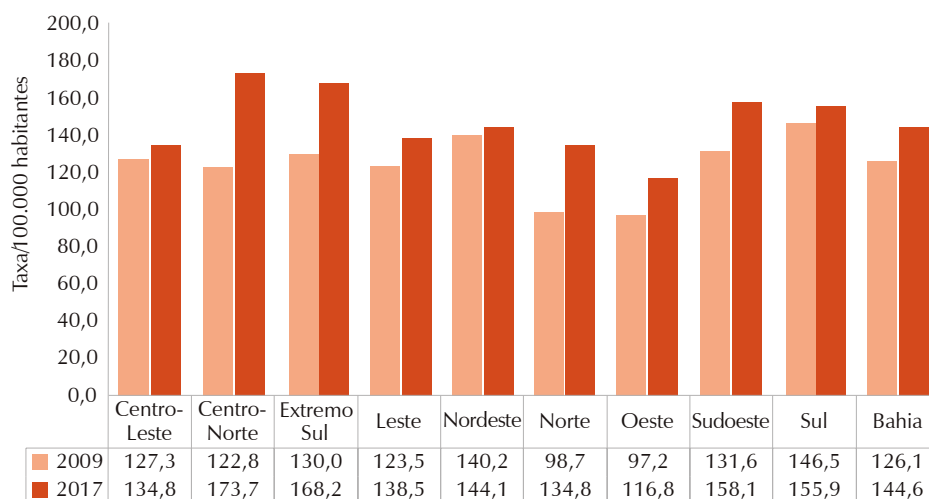


Gráfico 65. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017*

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Determinados fatores de risco estão associados tanto com o aumento de algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) quanto com a mortalidade por DAC. Tanto as DAC, quanto diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial e obesidade estão relacionadas a padrões não saudáveis de alimentação, consumo elevado de sal e sedentarismo, entre outros fatores.

Na Bahia, observa-se que o risco de morte por causas externas tem crescido. A tendência, no período em análise, foi de elevação em todas as macrorregiões de saúde, destacando-se a Extremo Sul, que apresentou a maior taxa em 2017 (115,6 óbitos por 100.000 habitantes), e a Oeste, com o maior incremento no período (42,6%) (**Gráfico 66**).

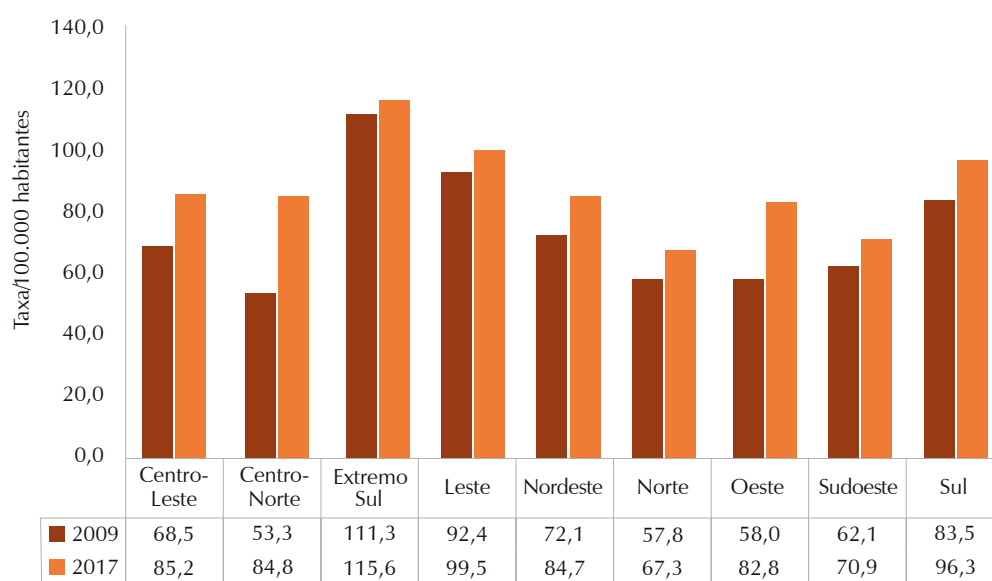


Gráfico 66. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017*

* Dados preliminares

Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Dentre as causas externas de mortalidade, em 2017, o maior risco de morte foi por homicídios, com taxa de 44,9 por 100 mil habitantes, seguido dos acidentes de transporte (ATT) (15,6); quedas (5,5) e suicídios (3,9). As causas que apresentaram maior incremento em comparação à taxa observada no primeiro ano da série histórica foram: quedas (177,9%) e suicídio (50,3%), seguidas de homicídio (21,5%) (**Gráfico 67**).

Morte por acidente de trânsito foi o segundo maior componente dentre as causas de óbito em 2017. Durante o período analisado, verificou-se aumento de 18,8% da taxa de mortalidade por acidentes de transporte (**Gráfico 67**).

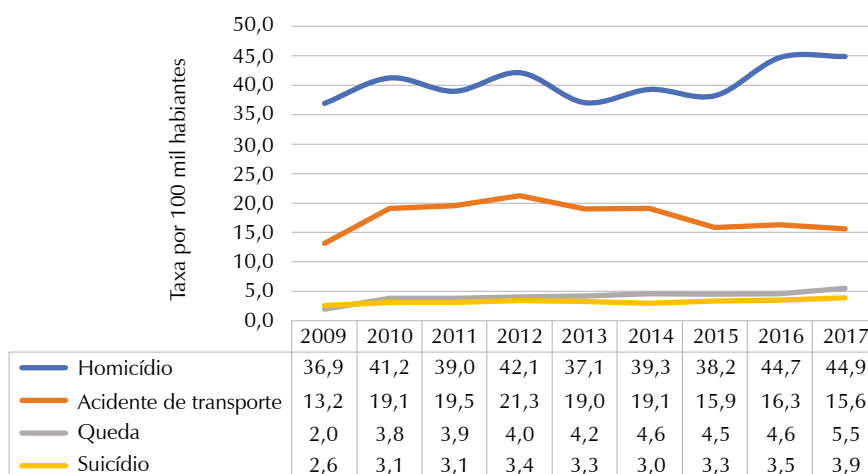


Gráfico 67. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Bahia, 2009-2017*

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

A taxa de morte por homicídio aumentou em todas as macrorregiões de saúde no período analisado, e a Extremo Sul e a Leste ocuparam a primeira e a segunda posições, respectivamente. Contudo, os maiores incrementos ocorreram na macrorregião Oeste e Centro-Norte, com 621% e 170,7%, respectivamente. Verifica-se ainda que sete das nove macrorregiões de saúde apresentaram crescimento acima da média do estado (21,5%) (**Gráfico 68**).

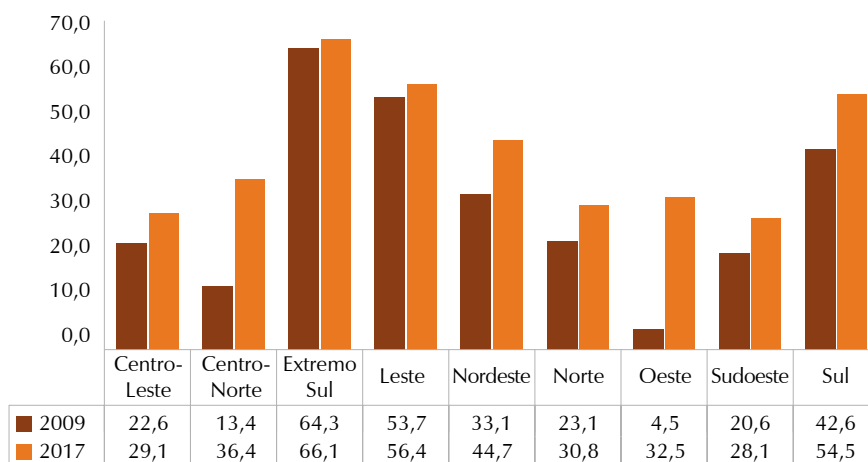


Gráfico 68. Taxa de mortalidade por homicídio segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017*

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

A análise da contribuição dos tipos de acidentes de trânsito revela que os acidentes com motociclistas têm adquirido importância no número dessas mortes desde os anos 2000. Chama a atenção o incremento do risco de morrer entre motociclistas, que passou de 2,4 óbitos por 100 mil habitantes em 2009 para 4,6 em 2017, representando um crescimento de 91,7% (**Gráfico 69**).

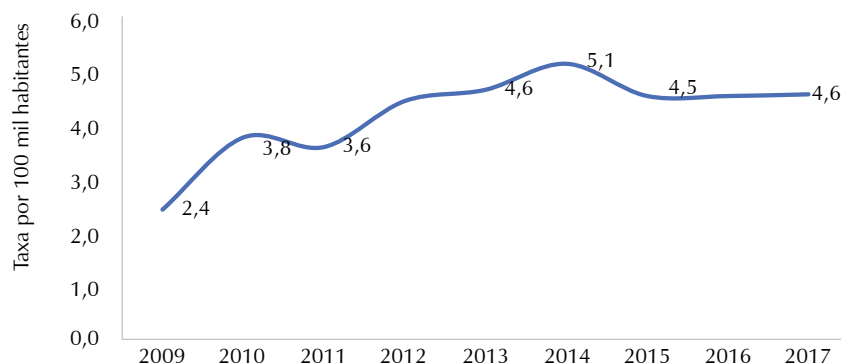


Gráfico 69. Taxa de mortalidade por acidentes com motociclista. Bahia, 2009-2017*

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Quanto à distribuição territorial da taxa de mortalidade por acidentes de motocicleta (por 100 mil habitantes) em 2017, observou-se que as macrorregiões de saúde Centro-Norte (11,4) e Nordeste (8,0) apresentaram as maiores taxas, ao passo que a Leste exibiu uma das menores (2,4). O maior crescimento da série histórica ocorreu nas macrorregiões Oeste (271,4%) e Extremo Sul (188,2%) (**Gráfico 70**).

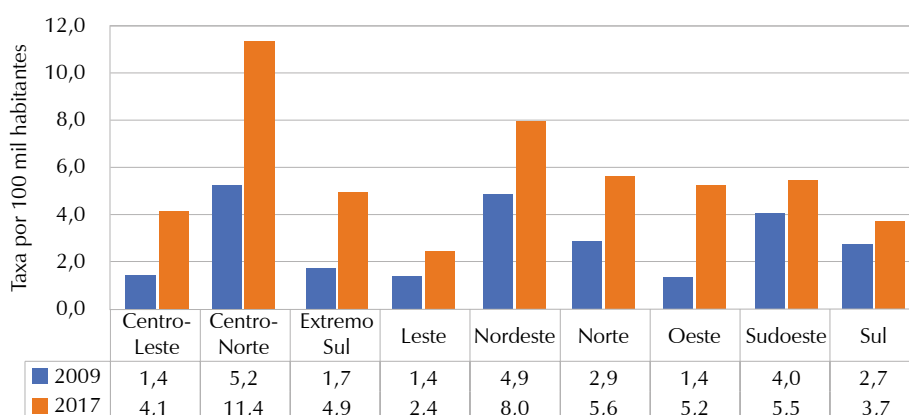


Gráfico 70. Taxa de mortalidade por acidentes com motociclista, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017*

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Das nove macrorregiões de saúde do estado, sete (77,8%) apresentaram elevação nas taxas de mortalidade por acidente de trânsito e duas decréscimo: Sudoeste (-12,4%) e Sul (-9,8%) (**Gráfico 71**).

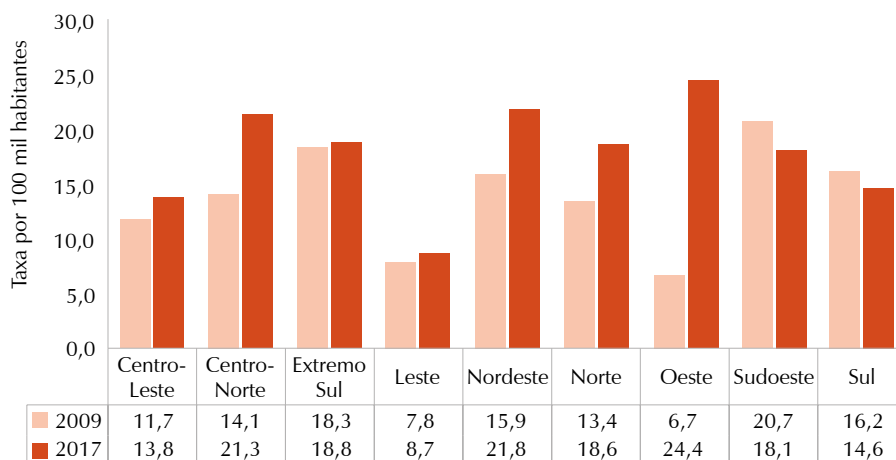


Gráfico 71. Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Outro agravo incluído no grupo das causas externas é a agressão por arma de fogo, que predomina em comparação com outros meios ou agentes utilizados pelo agressor contra a vítima. A taxa de mortalidade por homicídios por armas de fogo alcançou 35,4 óbitos por 100 mil habitantes no ano de 2017, o que representou crescimento de 18,4%, em relação a 2009, quando essa taxa foi de 29,9 (**Gráfico 72**).



Gráfico 72. Taxa de mortalidade por homicídio decorrente de arma de fogo. Bahia, 2004-2017*

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

No terceiro lugar entre as principais causas de morte, as neoplasias elevaram-se em todas as macrorregiões de Saúde do estado, com destaque para a macrorregião Leste que apresentou as maiores taxas na série histórica analisada, a Centro-Norte com o maior incremento (84,3%), ao passo que a Oeste exibiu as menores taxas de mortalidade, tanto em 2009 quanto em 2017, respectivamente, com 32,9 e 50,4 por 100.000 habitantes (**Gráfico 73**).

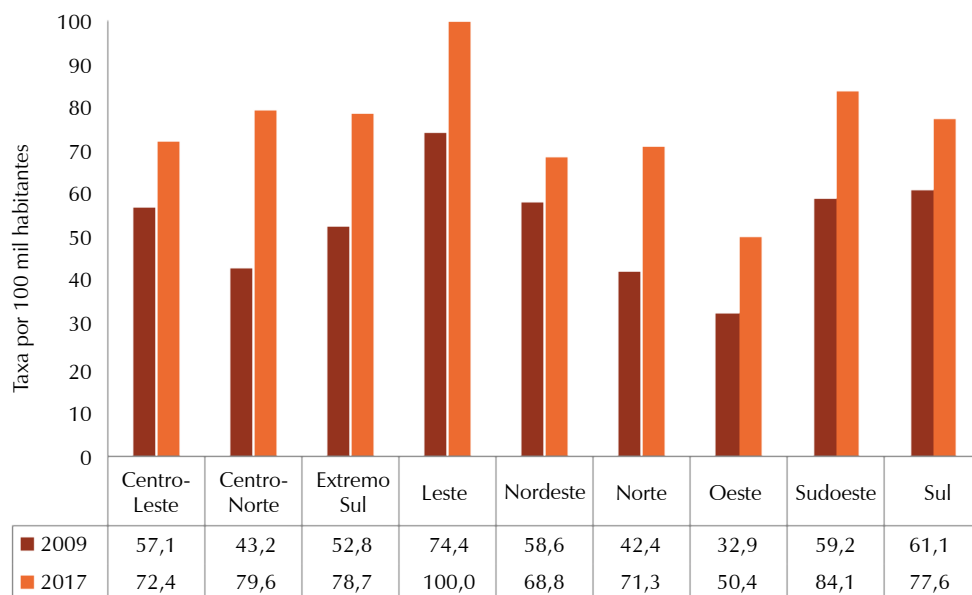


Gráfico 73. Taxa de mortalidade por neoplasias, segundo macrorregião de saúde.

Bahia, 2009 e 2017*

* Dados preliminares

Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Ao comparar a prevalência de óbitos entre os sexos, observa-se distinção entre o risco de morte apresentado por mulheres e homens. Entre as mulheres, destacou-se o grupo das doenças do aparelho circulatório, que se elevou no período analisado, representando o maior índice dentre todas as causas (**Gráfico 74**). Contudo, o maior incremento ocorreu nas neoplasias, com crescimento de 36,7% no período, seguidas pelas doenças endócrinas (28,0%) e do aparelho respiratório (25,4%).

O câncer de mama, além de ser o mais frequente entre mulheres, é o que apresenta o maior risco de morte. Em 2017, essa neoplasia apresentou a maior taxa no período, com risco de 12,7 óbitos por 100 mil mulheres (**Gráfico 75**). As neoplasias de traqueia, brônquios e pulmões apresentaram o maior risco de morte no período e a maior tendência de crescimento, com 47,7% de elevação nas taxas.

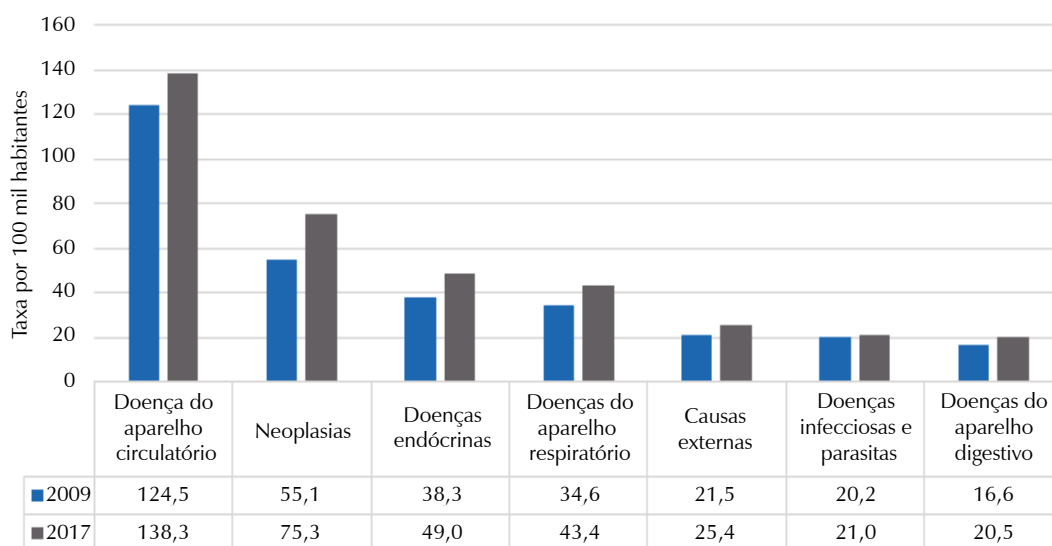


Gráfico 74. Taxa de mortalidade do sexo feminino, segundo principais grupos de causas. Bahia, 2009 e 2017*

* Dados preliminares

Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

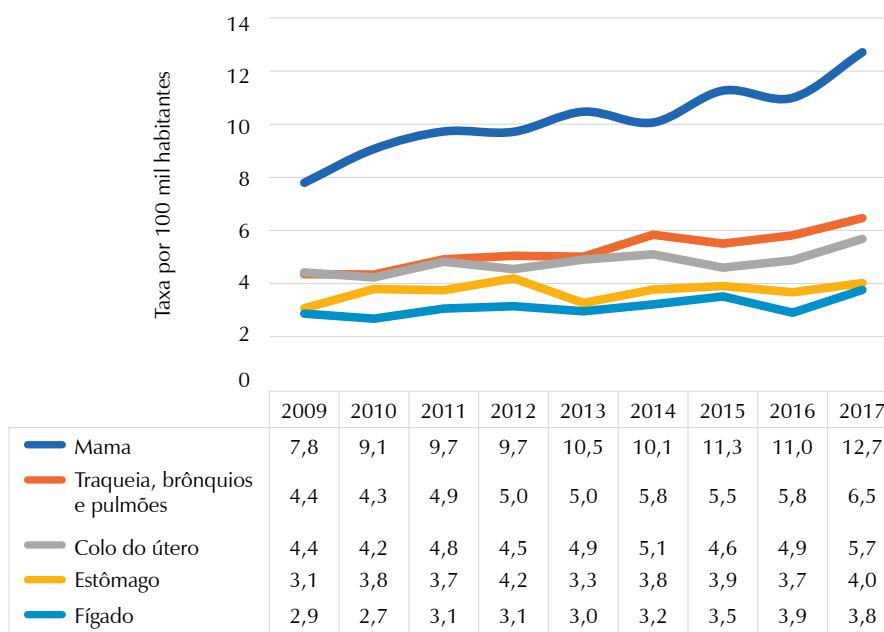


Gráfico 75. Taxa de mortalidade por neoplasias em mulheres, segundo principais causas. Bahia, 2009-2017*

* Dados preliminares

Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Houve melhora do acesso da população feminina aos serviços de diagnóstico precoce do câncer por meio do aumento no número de exames de mamografia e de citologia oncológica, este último para a detecção do câncer de colo uterino. Contudo, a continuidade da assistência para o tratamento das mulheres cujos exames apresentam resultados positivos para a enfermidade ainda é precária em função de desigualdades de oferta e acesso à assistência especializada.

O câncer de mama feminino apresentou elevação nas taxas de mortalidade em todas as macrorregiões de saúde, com destaque para a Leste, que historicamente apresenta o maior risco de morte. A macrorregião Centro-Norte foi a que apresentou maior incremento na taxa de mortalidade no período (145,4%), seguida pela Norte (140,9%) e pela Extremo Sul (123,8%) (**Gráfico 76**).

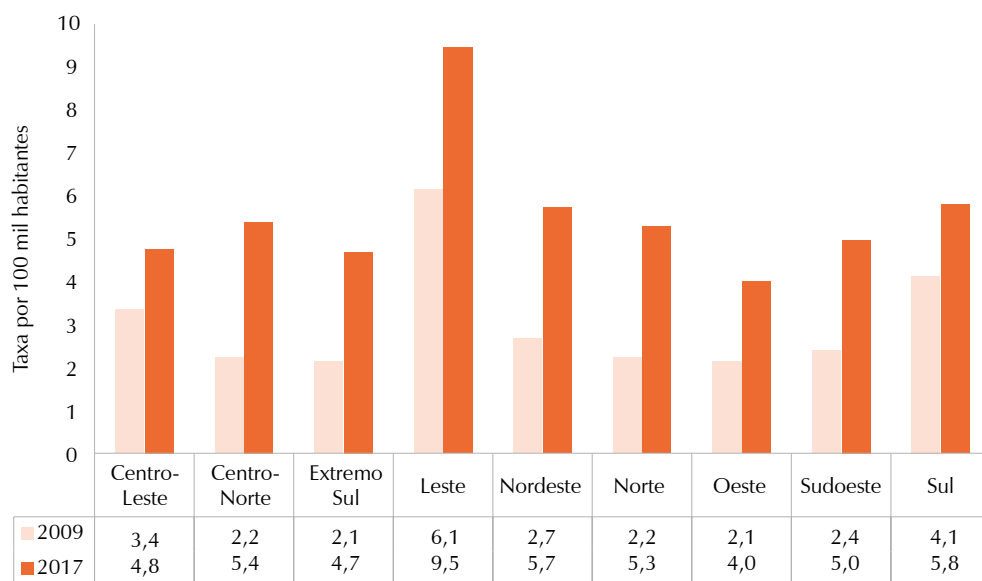


Gráfico 76. Taxa de mortalidade por câncer de mama feminino, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017*

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Para o período analisado, a principal causa de óbitos entre a população masculina foi a do grupo de causas externas, com incremento de 14,2% de 2009 para 2017. Cabe salientar que esse grupo de causas é a segunda causa de morte na população baiana. As neoplasias foram as que apresentaram a maior tendência de crescimento no risco de morte no período (36,3%), seguidas das doenças endócrinas (30,6%) (**Gráfico 77**).

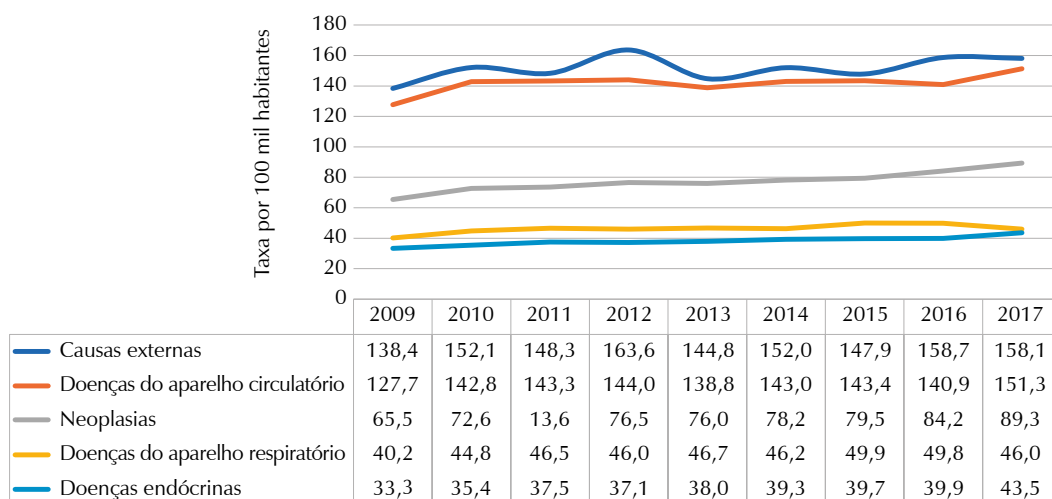


Gráfico 77. Taxa de mortalidade em homens, segundo principais grupos de causas. Bahia, 2009 e 2017*

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

No grupo das neoplasias, destaca-se o câncer de próstata com o maior risco de morte no período em análise. Os tipos que apresentaram a maior elevação, quando comparados os anos de 2009 e 2017, foram as neoplasias de esôfago (41,5%), seguidas do câncer de fígado (40%) e de próstata (39%) (**Gráfico 78**).

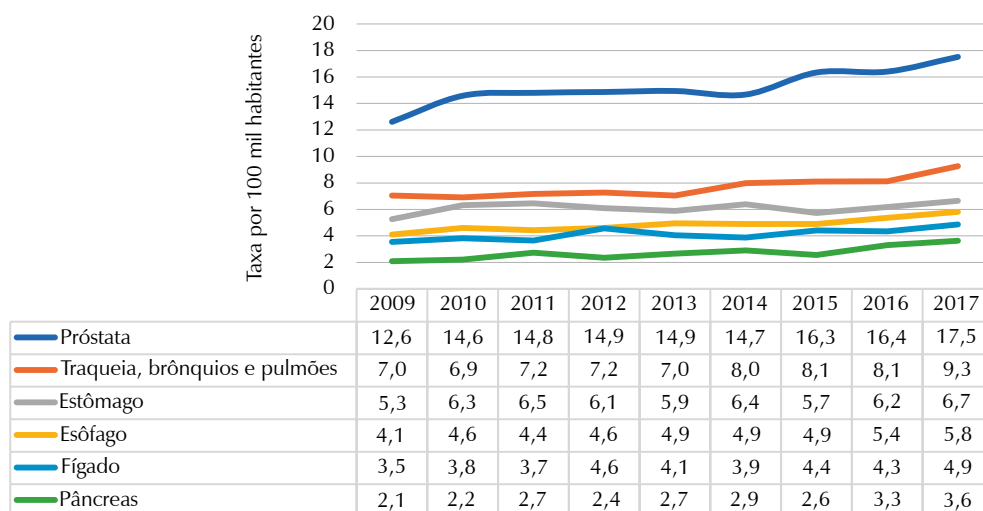


Gráfico 78. Taxa de mortalidade por neoplasia em homens, segundo principais causas. Bahia, 2009-2017*

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

A análise das taxas de mortalidade por neoplasia maligna da próstata mostrou tendência de crescimento em quase todas as macrorregiões de saúde no período analisado, com exceção da Centro-Leste, que apresentou redução de 0,6%. As macrorregiões Oeste e Norte apresentaram os maiores incrementos, respectivamente, 102% e 87,6% (**Gráfico 79**).

A análise da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas) revelou que, na Bahia, o número de óbitos aumentou em 20,7% no período de 2009 (15.040) a 2017 (18.150). O risco de morrer por essas causas aumentou 8% no período analisado (**Gráfico 80**).

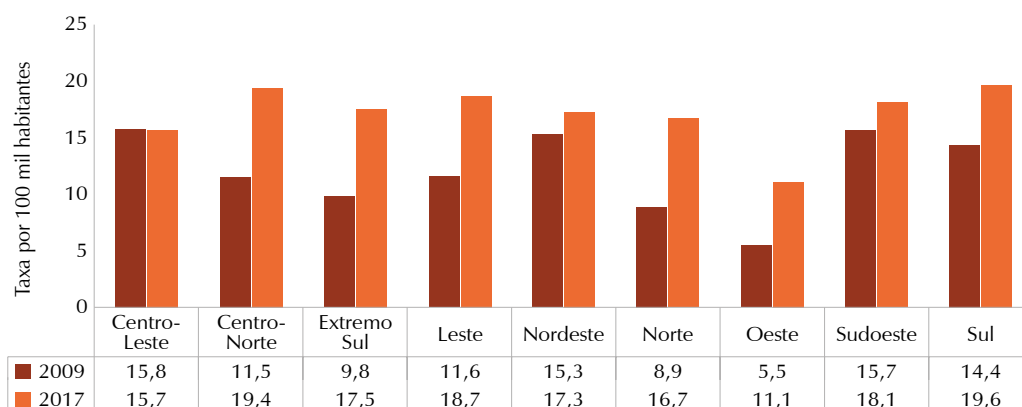


Gráfico 79. Taxa de mortalidade por câncer de próstata segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017*

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

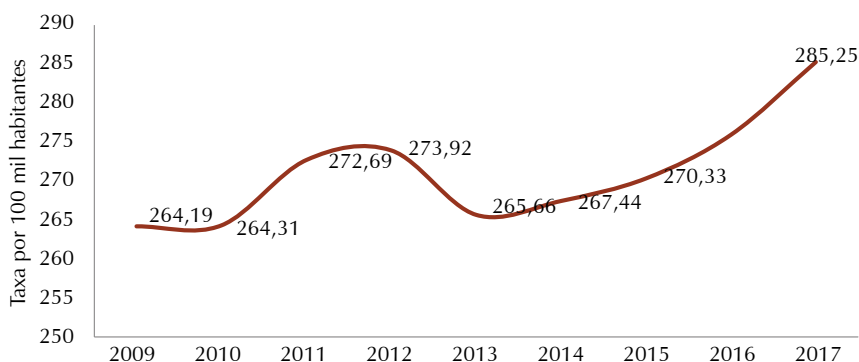


Gráfico 80. Taxa de mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis selecionadas. Bahia, 2009-2017*

* Dados preliminares
Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

3.3.6.1 Perfil da mortalidade materna

No estado da Bahia, a razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos passou de 91,6 óbitos em 2009 para 65,6 em 2017 (-28,5%) (**Gráfico 81**). Esse número ainda está aquém do esperado, considerando que a OMS estabelece como aceitável a razão de mortalidade materna (RMM) de até 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

A redução da mortalidade materna é reconhecida como a principal prioridade da agenda estadual de saúde, refletindo o seu reconhecimento como problema social e político. No estado da Bahia, o Decreto nº 10.263/2007, incluiu o óbito materno entre os eventos de notificação compulsória e investigação imediata em todo território baiano.

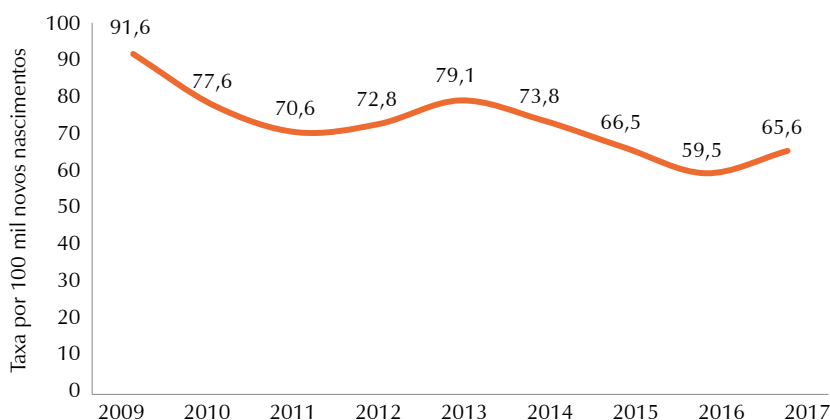


Gráfico 81. Razão de mortalidade materna. Bahia, 2009-2017*

* Dados preliminares

Fonte: Sinasc, SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Quanto à mortalidade segundo o tipo e principais causas, a análise da série histórica demonstrou que em todos os anos houve predomínio das causas diretas, com destaque para as eclâmpsias e infecções puerperais, quando comparadas com as indiretas, principalmente aids e doenças do aparelho circulatório. Nas causas diretas, houve variações entre os anos, sendo a maior RMM em 2014 (52,3) e a menor em 2016 (39). As causas indiretas apresentaram tendência de queda no período analisado, reduzindo 53,7% de 2009 para 2017 (**Gráfico 82**).

Das nove macrorregiões de saúde, oito apresentaram redução da RMM entre 2009 e 2017 (Gráfico 83), sendo a Norte a única que apresentou incremento (14,7%). As macrorregiões Nordeste e Centro-Norte se destacaram positivamente por reduzirem RMM em 74,9% e 55,5%, respectivamente.

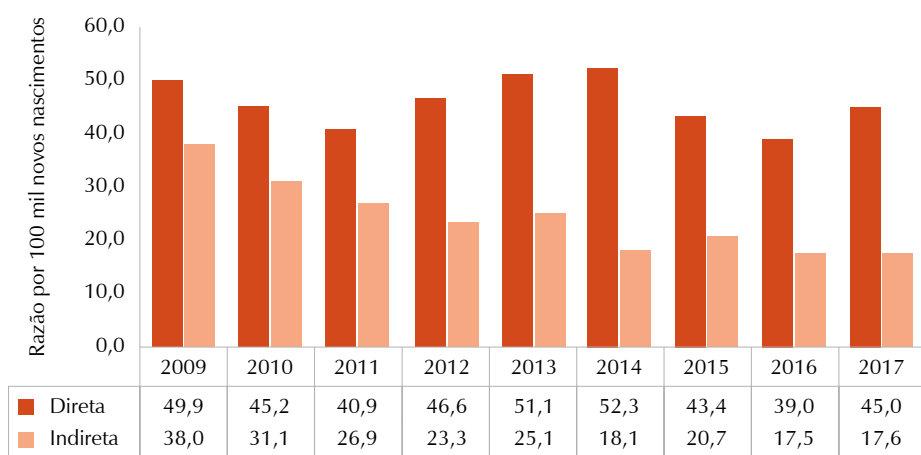


Gráfico 82. Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas.

Bahia, 2009-2017*

* Dados preliminares

Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

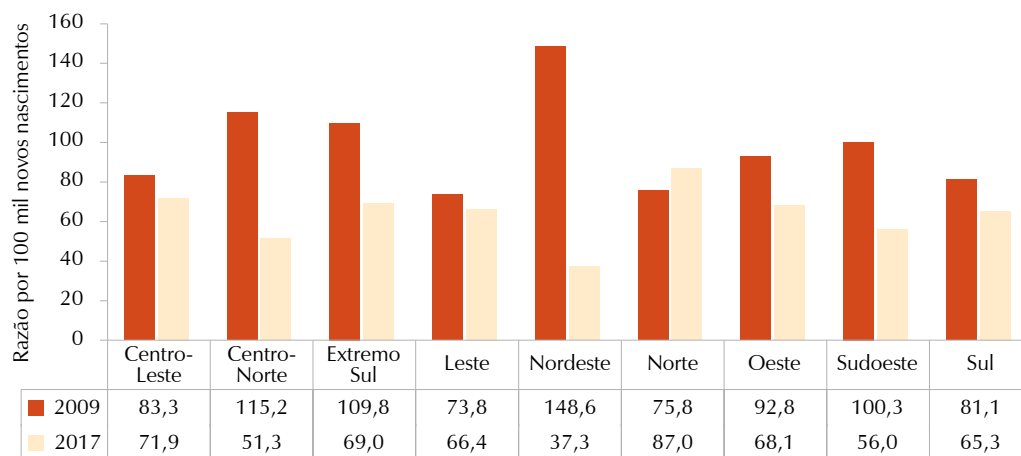


Gráfico 83. Razão de mortalidade materna segundo macrorregião de saúde. Bahia,

2009 e 2017*

* Dados preliminares

Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

3.3.6.2 Panorama da mortalidade infantil

Na Bahia, a mortalidade infantil acompanha uma tendência de redução verificada em todo o país, reduzindo sua taxa em 19,6% entre 2009 e 2017 (Gráfico 84). A análise revela que o maior número de óbitos tem ocorrido no período neonatal (menores de 28 dias de vida).

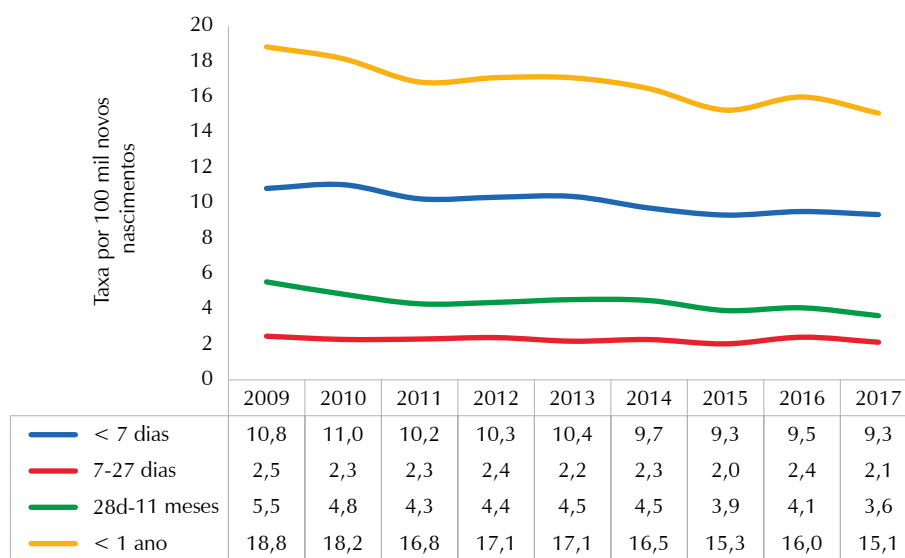


Gráfico 84. Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária. Bahia, 2009-2017*

* Dados preliminares
Fonte: Sinasc, SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

De forma geral, houve redução no risco de morte em todos os componentes do óbito infantil, com maior decréscimo (-34,5%) no período pós-neonatal (entre 28 e 364 dias de vida).

A mortalidade pós-neonatal é mais sensível às melhorias socioeconômicas e investimentos na atenção à saúde no início da vida, como elevação de coberturas vacinais e implementação de programas de controle de doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e desnutrição. Já os fatores relacionados à mortalidade neonatal estão mais relacionados à qualidade da atenção ao parto e recém-nascido.

O período neonatal tardio (7 a 27 dias) manteve taxas estabilizadas no período. Melhorias na assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascidos de risco implementadas no período podem auxiliar o entendimento da redução na mortalidade neonatal precoce.

4 PANORAMA DA GESTÃO DO SUS - BA

Esse capítulo versa sobre a estrutura organizacional da gestão do sistema estadual de saúde, apresentando as competências, visão, missão e valores que norteiam a busca de uma gestão assertiva e eficiente de forma compartilhada e descentralizada.

4.1 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA E ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DO SUS-BA

A Sesab, criada pela Lei nº 2.321/1966, tem como finalidade a formulação da Política Estadual de Saúde (PES), 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.

Assim, dentre outras competências, a Sesab formula a política de saúde do estado e implementa atividades de caráter político-estratégico, objetivando a criação de projetos de governo e mobilização de vontades políticas, recursos econômicos e organizativos; articula-se com órgãos e entidades da administração pública federal, estadual e municipal e com organizações não governamentais para elaborar e conduzir projetos intersetoriais; coordena a elaboração, execução e avaliação do PES, de acordo com os ditames emanados do CES; e monitora e avalia, permanentemente, a situação da saúde no estado, o que conduz à elaboração e formulação dos instrumentos de planejamento para implementação da política de saúde.

Desse modo, para implementar e efetivar ações estruturantes para o atendimento humanizado, seguro e adequado à população, a desconcentração e descentralização das ações de saúde são fundamentais. Nesse sentido, o fortalecimento dos nove NRS, a formação dos consórcios interfederativos de saúde e a adoção de parcerias público-privadas têm garantido mudanças estruturais na gestão da saúde do estado, fortalecendo a rede de atenção e aproximando o cidadão dos serviços de saúde em todos os níveis.

Nesse contexto, merece destaque a construção das policlínicas regionais de saúde em locais estratégicos no interior do estado, possibilitando descentralizar a assistência, regionalizar o atendimento ao cidadão e transformar a realidade da atenção de média e alta complexidade na Bahia. Além disso, foram criados os consórcios interfederativos de saúde, que representam a união dos municípios para dividir os custos e a assistência à saúde. Eles gerenciam os serviços de saúde ambulatorial especializados nas áreas de consultas médicas, terapias e exames de média e alta complexidade, além de outros serviços, oferecendo ao povo um acesso mais qualificado e humanizado.

O organograma da Sesab já incorpora as mudanças ocorridas após a reforma administrativa de 2014, que criou as assessorias de planejamento e gestão (APG), as coordenações de controle interno (CCI), a Corregedoria de Saúde, a Central de Aquisição e Contratação de Saúde, a Coordenação de Gestão de Sistemas de Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde, a Coordenação Executiva de Infraestrutura da Rede Física e a Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, todas criadas pela Lei nº 13.201/2014.

Outro destaque de fundamental importância para a estrutura da gestão da saúde na Bahia foi a criação da Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA), instituída pelo Decreto nº 19.001/2019, tendo a competência de qualificar servidores públicos estaduais e municipais, bem como e trabalhadores de saúde, em um espaço para formar pessoas e produzir conteúdo que possa ser utilizado na RAS, bem como nas escolas do estado que possuem cursos técnicos na área.

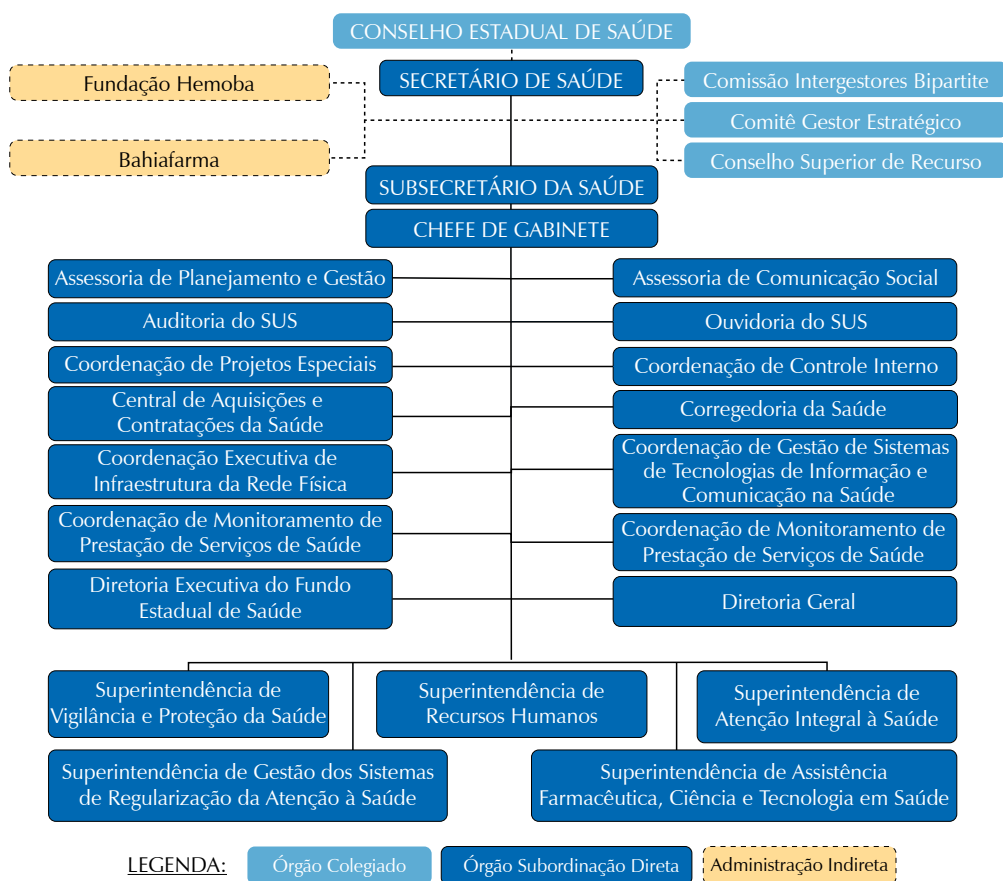


Figura 3. Macroestrutura de Gestão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

4.2 MISSÃO, VISÃO E VALORES DO SUS-BA

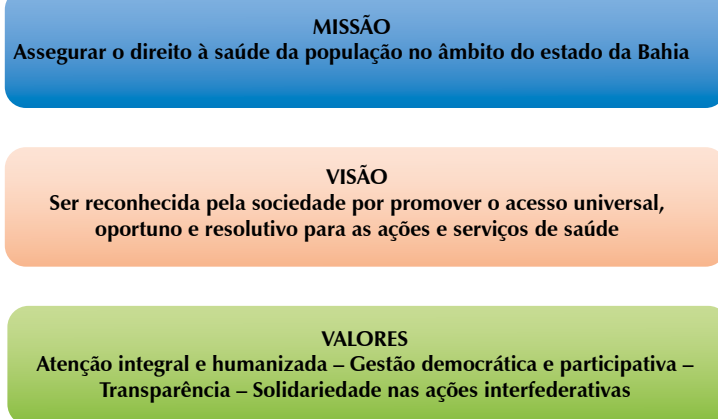
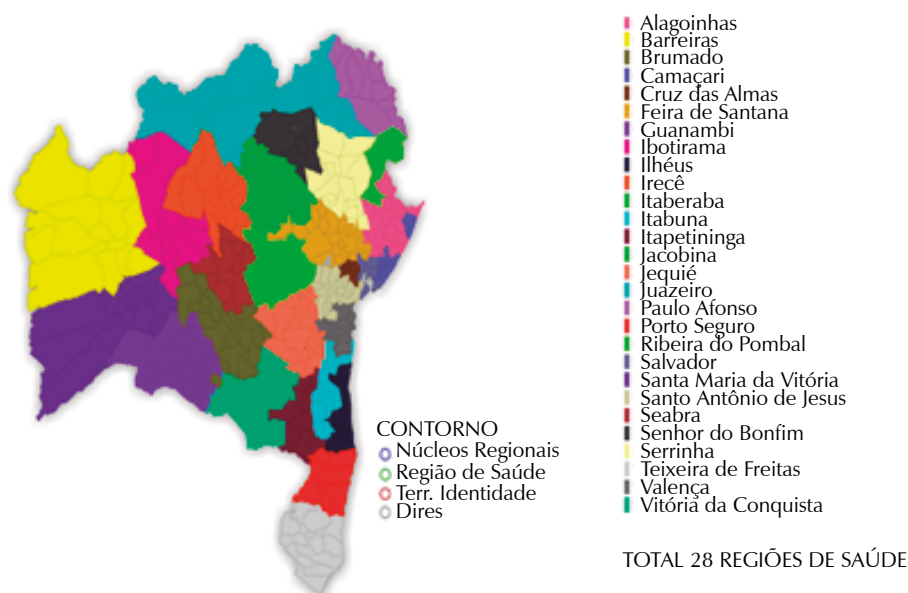


Figura 4. Missão, visão e valores

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), além de dividir o espaço geográfico do estado em macrorregiões, define uma subdivisão interna em 28 regiões de saúde.



Mapa 9. Distribuição geográfica das regiões de saúde. Bahia, 2019

Para cada uma das nove macrorregiões de saúde, existem Núcleos Regionais de Saúde (NRS), com área geográfica adscrita, conforme descrito a seguir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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 do SUS, é um órgão constituído para agregar valor e aprimorar os processos da gestão pública. Mediante abordagem sistemática e disciplinada, constitui-se como terceira linha de defesa da organização¹³. Portanto, é um dos instrumentos de controle interno que tem por base a identificação, a avaliação e o gerenciamento de riscos que podem acometer a consecução dos objetivos estabelecidos pelo poder público, expressos no PPA, no PS e na Programação Anual de Saúde (PAS). A Auditoria se estrutura de modo descentralizado, por meio dos componentes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). No contexto estadual, as atividades são implementadas pela Auditoria SUS-BA, componente estadual do SNA, instituído em 1995 por meio da Lei nº 6812/1995 e regulamentada pelo Decreto nº 7884/2000.

A **Ouvidoria SUS-BA**, criada por meio da Portaria nº 775/2004, compõe a estrutura da Sesab e tem por missão ser referência em ouvidoria pública de saúde, enquanto canal de comunicação e articulação entre o cidadão e o gestor, auxiliando no controle social e atuando como ferramenta efetiva para aperfeiçoamento da gestão e fortalecimento do SUS. Visa assegurar ao cidadão a oportunidade de participar da gestão de políticas públicas da saúde,

através de sugestões, solicitações, reclamações, informações, denúncias e elogios, contribuindo para melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo SUS em nosso estado.

A Ouvidoria atualmente abrange uma rede composta de 75 Ouvidorias e trabalha respaldada na Constituição Federal e nos princípios e diretrizes do SUS, buscando a descentralização do serviço e formação da rede de ouvidorias, o que propicia maior acesso ao cidadão na busca por seus direitos. Nesse contexto, encontram-se a ampliação e a implementação da rede, acompanhando e monitorando as ouvidorias nos núcleos regionais, grandes hospitais da rede própria, centros de referência, policlínicas, unidades de emergência, maternidades e secretarias municipais de saúde. Essa rede de ouvidorias é formada por unidades distribuídas da seguinte forma: onze hospitais estaduais, um hospital universitário, um hospital regional municipal, três maternidades, quatro centros de referência (Cican, Creasi Cepred e Cedap), Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (Hemoba), Fundação Estatal Saúde da Família (Fesf), Lacen, nove macrorregiões, 12 policlínicas regionais de saúde, duas unidades de emergência e 30 municípios.

A **Corregedoria da Saúde (CGS)**, criada pela Lei nº 13.204/2014, tem a finalidade de acompanhar, controlar, avaliar e apurar a regularidade da atuação funcional e da conduta dos servidores da Sesab, em estreita articulação com o órgão central do Sistema de Correição Estadual.

A CGS, além de desenvolver ações de fiscalização e controle da atuação dos servidores públicos, produz informações estratégicas para a gestão estadual, necessárias ao processo de tomada de decisão e de formulação de políticas na área de pessoal. O saneamento de irregularidades e desvios funcionais, apuração de abandono de cargo, economia em pagamentos indevidos, qualificação do gasto público e a mudança cultural ratificam a importância da ampliação das atividades da CGS.

A Corregedoria da Saúde é um canal importante para recebimento de denúncias referentes a assuntos de natureza correcional.

4.3 A GESTÃO COMPARTILHADA

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, traz diretrizes sobre ações e serviços públicos de saúde, tendo entre essas diretrizes a participação da sociedade, a descentralização e o atendimento integral. Nesse modelo descentralizado, cada ente federado tem interdependência na organização de seus serviços e financiamento, o que obriga interação entre os gestores.

Para que ocorra essa interação entre os gestores, existem as comissões intergestores. Quais sejam:

- Comissão Intergestores Tripartite (CIT): é integrada por membros do MS, dos estados e dos municípios, estes dois últimos indicados pelo Conass e Conasems, respectivamente;
- Comissão Intergestores Bipartite (CIB): composta por membros da Sesab e por gestores municipais, estes últimos indicados pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (Cosems);
- Comissão Intergestores Regionais (CIR): composta por membros dos estados e dos municípios integrantes de regiões de saúde específicas.

No estado da Bahia, a CIB foi criada pela Sesab, conforme Portaria nº 2.094/1993. Trata-se de uma instância de caráter deliberativo no âmbito estadual, com base nas decisões tomadas em consenso e de caráter consultivo para a CIT, quando se referir às questões que envolvem 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, a CIB-BA é composta por cinco membros titulares e seus respectivos suplentes, que representam a Sesab e são indicados pelo secretário da Saúde do estado, além de cinco membros titulares e seus respectivos suplentes, representando os secretários municipais de saúde, na forma recomendada pelo Estatuto do Cosems-BA.

Em 2011, o Decreto nº 7.508/2011 reforçou a regionalização e o processo de planejamento da saúde integrado e regionalizado, mantendo as comissões intergestores já existentes e criando as CIR, na perspectiva de que elas fossem o *locus* privilegiado das pactuações e da governança do território regional. No estado da Bahia, substituindo o Colegiado de Gestão Microrregional (CGMR), existente desde 2012, foram implantadas CIR em cada uma das 28 regiões de saúde definidas no PDR.

O 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; na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; e no Decreto nº 684, de 18 de novembro de 1991), e modificado pelos Decretos nº 1.314, de 1 de julho de 1992; nº 7.274, de 8 de abril de 1998; nº 7.415, de 18 de agosto de 1998; nº 7.546, de 25 de março de 1999; e nº 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 e propostas, bem como no controle da execução do PES, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Com as atribuições apresentadas, torna-se o principal canal de participação popular no âmbito da gestão estadual.

4.4 A ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

A **Hemoba** foi instituída pela Lei nº 5.184, de 26 de julho de 1989, e alterada pelas Leis nº 6.459, de 16 de março de 1993, e nº 8.884, de 5 de novembro de 2003. O primeiro estatuto da Hemoba foi aprovado pelo Decreto Estadual nº 2.360, de 30 de julho de 1993, cujas alterações foram aprovadas pelo Conselho Curador da Fundação por meio da Resolução nº 3/2003, publicada no *Diário Oficial do Estado da Bahia* em 25 de novembro de 2003, vigente até a presente data.

A empresa caracteriza-se como fundação pública, entidade da administração indireta da Sesab, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa e patrimônio próprio, com sede e foro no município de Salvador, estado da Bahia, e jurisdição em todo território do estado, com prazo de duração indeterminado.

Atualmente o seu funcionamento é custeado por recursos próprios, advindos do ressarcimento dos custos operacionais pela prestação de serviços de hematologia e hemoterapia; oriundos de convênios hemoterápicos celebrados com instituições públicas, filantrópicas e privadas credenciadas ou não ao SUS, nos termos da Portaria GM/MS nº 1.469/2006; do Tesouro do Estado, relativos ao percentual mínimo estabelecido pela Lei nº 141/2012; e de transferências voluntárias da união, notadamente convênios e contratos de repasse celebrados com o MS.

Assim como os demais serviços de hematologia e hemoterapia no Brasil, a Hemoba está vinculada tecnicamente à Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH), subordinada ao Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet), que, por sua vez, é vinculado à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) do MS.

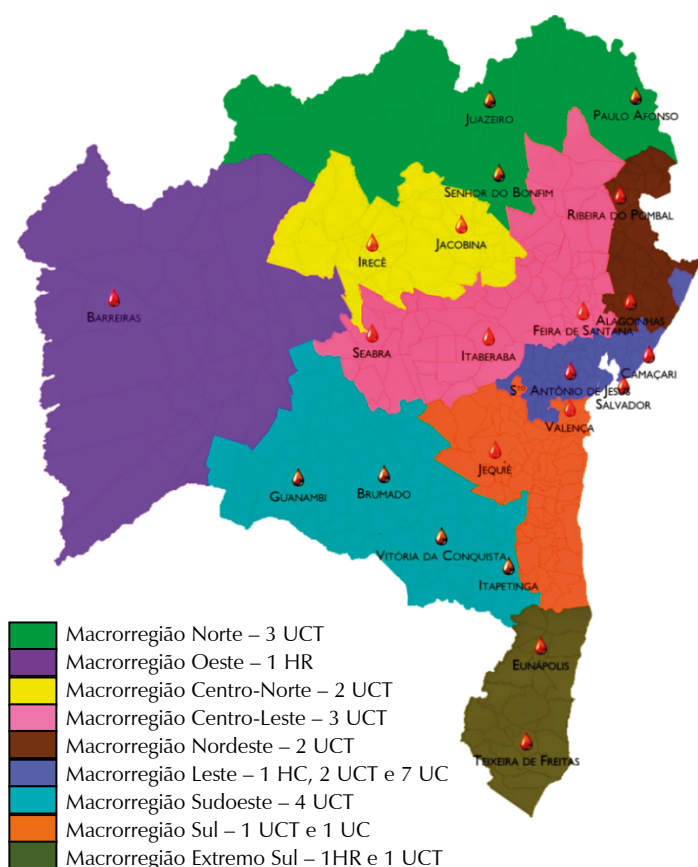
A Hemoba tem por responsabilidade a gestão da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados no Estado da Bahia, bem como a execução das respectivas ações de hematologia e hemoterapia, em consonância com as disposições da Constituição Federal de 1988 e das Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/90, que constituem os grandes pilares do SUS, bem como da Lei Federal nº 10.205/2001 e do Decreto Federal nº 3.990/2001,

que dispõem sobre a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, e do Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990.

Todos os procedimentos técnicos executados pela Hemoba relacionados ao ciclo do sangue (captação de doadores, registro, triagem clínica, coleta, triagem laboratorial, processamento, armazenamento, distribuição, transporte, transfusão, controle de qualidade dos componentes sanguíneos, insumos críticos, processos e descarte de resíduos) são regulamentados pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017 e norteados pela RDC nº 34/2014 da Anvisa (e suas alterações), de modo a atender as necessidades da população com a distribuição de sangue seguro e a captação e cadastro de candidatos à doação de medula óssea, compondo o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome).

A atual estrutura funcional da Hemorrede Pública Estadual é composta pelo conjunto de 29 unidades que prestam serviços na área de hematologia e hemoterapia à população no estado da Bahia, organizadas de forma hierarquizada e regionalizada, de acordo com o nível de complexidade das funções que desempenham e com a área de abrangência para assistência à população baiana, conforme Artigo 3º da RDC nº 151/2001.

Nesse sentido, as 29 unidades que compõem a Hemorrede Pública da Bahia estão distribuídas em todas as nove macrorregiões de saúde do estado da seguinte forma: um hemocentro coordenador (HC), situado na capital – Salvador; dois hemocentros regionais (HR), situados nos municípios de Barreiras e Eunápolis; dezoito unidades de coleta e transfusão (UCT), localizadas nos municípios de Alagoinhas, 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 oito unidades de coleta (UC), sendo três unidades fixas em Salvador – SAC/Cajazeiras, Hospital do Subúrbio, Hospital Santo Antônio/OSID; uma unidade fixa em Valença; e quatro unidades móveis (“Hemóveis”), conforme demonstra o **Mapa 10**.



Mapa 10. Distribuição geográfica das unidades da Hemorrede Pública por macrorregião de saúde. Bahia, 2019

Fonte: Hemoba/Sesab, 2019

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 e vinculada à Sesab. Sua finalidade é realizar pesquisa científica; desenvolvimento tecnológico e inovação no campo farmacêutico e da saúde; produzir e comercializar medicamentos, alimentos e seus derivados, cosméticos, equipamentos, insumos e produtos para a saúde; e fornecer e distribuir medicamentos essenciais e outros produtos de interesse social para órgãos e entidades que integram o SUS e outros órgãos de interesse público.

Para o fortalecimento do papel da Bahiafarma como laboratório público, estratégico do SUS, a Assembleia Legislativa da Bahia aprovou, em novembro de 2015, a nova Lei da Bahiafarma (Lei nº 13.453), que amplia o escopo produtivo da fundação, permitindo

a produção, além de medicamentos e insumos, também de cosméticos, alimentos e produtos para a saúde, a exemplo de equipamentos médicos. Essa ampliação de atividades está em consonância com a atual política do MS e com a política industrial do país, sintetizada no Plano Brasil Maior que, no setor Saúde, significa o fortalecimento do complexo produtivo e industrial da saúde. Nessa 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 a medicamentos e ao desenvolvimento tecnológico.

4.5 CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Os processos de produção e absorção de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços e instituições de saúde, requerem uma visão ampliada dos campos do saber científico e tecnológico aplicados à saúde.

Ainda na perspectiva da produção do conhecimento, a Sesab vem desenvolvendo, seja por iniciativa própria ou por meio de parcerias, as seguintes ações: a) criação do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) pelo MS, em parceria com as secretarias estaduais de saúde, as fundações de amparo à pesquisa de cada estado e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com o objetivo de apoiar financeiramente o desenvolvimento de pesquisas, promover a aproximação do sistema de saúde com a ciência e a tecnologia, dentre outros; b) monitoramento de pesquisas em unidades assistenciais da rede Sesab na perspectiva de sistematizar as pesquisas e socializar o conhecimento produzido nas unidades de saúde; e c) apoio aos comitês de ética em pesquisa com seres humanos (CEP) do estado, visando promover a atualização de temas de interesse dos comitês e articular os CEP.

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 Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decit/SCTIE), coordenador nacional do programa, e o CNPq, instituição responsável pelo gerenciamento administrativo. 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 unidade federativa (UF) e devem atuar em parceria com as SES, responsáveis por definir as prioridades de pesquisa e avaliar, acompanhar e incorporar os resultados.

No estado da Bahia, a Sesab tem participação ativa, coordenando seminários para definir prioridades de temas que compõem editais para convocação de pesquisadores

e, dessa forma, assegurar que as questões de pesquisa sejam coerentes com os problemas de saúde da população e o PES. A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado Bahia (Fapesb) é a principal parceira da Sesab nessa ação, apoiando diretamente na elaboração, publicação e acompanhamento dos editais de pesquisa, voltados para a temática.

A *Revista Baiana de Saúde Pública* (RBSP), publicação periódica institucional da Sesab, criada em 1974 pela Portaria nº 210, é um importante veículo de divulgação da produção técnico-científica na Bahia e no Nordeste para o setor da 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.

O periódico, que circula por todos os estados do Brasil, além de países da América Latina e da Europa, está incluído na base de dados Lilacs por meio do Sistema FI-Admin, implantado pela Bireme em 2003. Em 2012, a revista passou a ser eletrônica, por meio do Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (Seer), do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (Ibict), do Ministério de Ciência e Tecnologia. Seguindo o princípio de democratização mundial do conhecimento, a revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, disponibilizando gratuitamente o conhecimento científico ao público.

Outro avanço que vem sendo desenvolvido pela área de Modernização Administrativa da Sesab é a implantação do AGHUse, sistema de gestão hospitalar utilizado pelo Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e cedido à Sesab, que permite registrar processos administrativos, assistenciais e de apoio de forma integrada. Com ele é possível padronizar as práticas das unidades de saúde e acompanhar o desdobramento das atividades em tempo real através de indicadores.

O AGHUse é um sistema completo e moderno, desenvolvido dentro de padrões internacionais de qualidade e segurança de software, que possui prontuário eletrônico e todos os módulos para gestão clínica e administrativa para uma unidade de saúde. O modelo de gestão abrange processos, ações administrativas, controles operacionais, fluxos de trabalho e análises de informações e indicadores, buscando melhorar a eficiência operacional, econômica e administrativa da unidade de saúde.

A adoção desse sistema e sua implementação possibilitará o gerenciamento, nas unidades hospitalares, do atendimento realizado à população e dos fluxos de processos assistenciais e administrativos de modo tempestivo.

4.6 ESTRUTURAS COMPLEMENTARES DA GESTÃO DO SUS-BA

Visando capilarizar a rede de saúde do estado, o governo da Bahia, através da Sesab, vem intensificando parcerias e fortalecendo sua estrutura, buscando cada vez mais

aproximar os serviços de saúde da população que mais precisa. Para tanto, já implantou quatorze policlínicas regionais de saúde e, até o final da gestão, deverá implantar mais dez novas policlínicas.

A ênfase na implantação das policlínicas tem por escopo contribuir com os municípios, garantindo a oferta de serviços de média e alta complexidade, fortalecendo a atenção básica, o seguimento da assistência em serviços que realizem diagnóstico e tratamento em ambiente ambulatorial e, se necessário, o atendimento de alta complexidade. Essa estratégia aumenta as chances de cura da doença em estágios iniciais, evitando a hospitalização e as possíveis sequelas do tratamento tardio. Por outro lado, além do aspecto da economicidade, com a diminuição da procura de internação e procedimentos que a exigem maior tecnologia em equipamentos médicos, há o valor social da qualidade de vida da população.

Para viabilizar e dar dinâmica a essa nova estruturação, no ano de 2015 iniciou-se a 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. Essa forma de integrar as esferas de governo, normatizada pela Lei Federal nº 11.107/2005 e regulamentada pelo Decreto nº 6.017/2007, no caso da saúde, deve ter alinhamento com as políticas e diretrizes do SUS por meio das Leis nº 8.080 e 8.142, de 19 de setembro de 1990, regulamentadas pelo Decreto nº 7.508/2011.

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 instituição pública da administração brasileira: as autarquias e as empresas estatais. Desenvolve ações direcionadas à Estratégia 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 possui três contratos de PPP na área da saúde, são eles:

- 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.

Assim, o desenvolvimento de ações conjuntas e regionalizadas de saúde deve ter como abrangência territorial as 28 regiões de saúde do estado, conforme PDR. Com essas estratégias, o estado em parceria com os municípios realiza ações de interesse comum, para ofertar cada vez mais o acesso à saúde para a população baiana.

Este capítulo aborda os diversos aspectos do conceito de atenção à saúde como organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. Essas práticas se expressam por meio de políticas, programas e serviços de saúde consoantes com os princípios e diretrizes que estruturam o SUS.

5.1 ATENÇÃO BÁSICA

A Política Estadual da Atenção Básica da Bahia (Peab), instituída pela Resolução CES nº 14/2012, em consonância com a Política Nacional da Atenção Básica (Pnab), revisada pela Portaria GM/MS nº 2.488/2011, atualizada por meio da Portaria GM/MS nº 2.436/2017, define a atenção básica como um conjunto articulado de ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Nesse sentido, a expansão e consolidação da ESF são imprescindíveis para reorientação do modelo de atenção à saúde, de modo a proporcionar o mais alto grau de capilaridade, a fim de garantir a universalidade do acesso, tendo como premissa atuar como porta de entrada preferencial dos usuários na RAS.

Sob essa perspectiva, a atenção básica tem como atributo estabelecer o primeiro contato com os usuários por meio de uma abordagem centrada na família, considerando o contexto social e comunitário, de forma a assegurar a integralidade e longitudinalidade do cuidado em seu percurso nas redes de atenção à saúde, uma vez que se constitui, em normativa, como centro de comunicação, coordenação e ordenadora das RAS.

Para tanto, a manutenção e o funcionamento da atenção básica são de responsabilidade das três esferas da federação, resguardadas as devidas competências legais, cabendo ao governo federal fomentar ações indutoras, por meio da formulação e implementação de políticas, acompanhadas de suporte técnico, tecnológico e financeiros às unidades subnacionais, de forma a garantir acesso universal e equânime em todo o território nacional. No que compete ao governo estadual, ressalta-se que a Bahia tem atuado como corresponsável pelo financiamento aos municípios, repassando recursos desde 2007. Além disso, o governo estadual disponibiliza apoio institucional, sistemas de informação em articulação com os municípios, bem como monitoramento das ações e recursos federais e estaduais, incluindo a qualificação da atenção básica mediante a implementação de processos de educação permanente em saúde.

Com o objetivo de ampliar a resolutividade da atenção básica, a Sesab vem utilizando e aprimorando, desde 2013, o projeto Telessaúde, com modernas tecnologias da informação e comunicação para atividades à distância nos três níveis de saúde (primário, secundário e terciário), o que tem possibilitado a interação entre profissionais de saúde, ensino e pesquisa, bem como o acesso remoto a recursos de apoio clínico assistencial da mais alta evidência científica.

Dentre as ações do Telessaúde, destacam-se as seguintes estratégias: segunda opinião formativa, com respostas sistematizadas às perguntas originadas das teleconsultorias; tele-educação: possibilita a aprendizagem e consiste na utilização de ferramentas tecnológicas e recursos didáticos sistematicamente organizados para a construção e aperfeiçoamento de conhecimentos em saúde; telediagnóstico: facilita a realização de exames e a disponibilização de laudos à distância no âmbito da atenção básica, representando economia para o SUS e, principalmente, qualidade de vida para o usuário, uma vez que os resultados dos exames são disponibilizados no máximo em até duas horas.

Como resultado da implantação do Telessaúde no estado da Bahia, a Sesab, de 2016 a 2019, possibilitou que 409 municípios utilizassem pelo menos uma oferta de telessaúde, com mais de 140 mil participações na internet, 11.918 teleconsultorias respondidas e 71.876 laudos realizados à distância.

Ao governo municipal cabe a organização, execução e gerenciamento dos serviços e ações da atenção básica em seu território, de modo a ofertar uma atenção humanizada e resolutiva.

Os recursos aplicados pelo governo da Bahia na atenção básica por intermédio da Sesab vêm sendo ampliados anualmente. No ano de 2018, foram repassados aos fundos municipais de saúde (FMS) cerca de 68,5 milhões de reais, destinados à manutenção das equipes de saúde da família.

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 90 milhões de reais por meio de convênios e do Projeto Saúde Bahia para a construção de 614 unidades, reforma de 58 e aquisição de 120 equipamentos. Somente em 2018 foram investidos 32,5 milhões de reais em convênios firmados com os municípios para apoio à construção e auxílio na recuperação de unidades de saúde.

Apesar da prioridade política da atenção básica na agenda do governo da Bahia e dos investimentos de natureza técnica, tecnológica e financeira, destacam-se desafios histórico-estruturais, político-institucionais, conjunturais, organizacionais e operacionais dos municípios em manter a cobertura dentro dos padrões satisfatórios e ampliar a oferta de serviços do PSF, em especial localidades com população superior a 100 mil habitantes.

5.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA / ATENÇÃO À SAÚDE

De acordo com o MS, a atenção especializada é feita através de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial e hospitalar que demandam maior densidade tecnológica. Esse tipo de cuidado deve ser preferencialmente ofertado de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção, proporcionando acesso equânime e em tempo oportuno.

A Bahia vem trabalhando intensamente para suprir lacunas assistenciais no campo da atenção especializada mediante a reestruturação da oferta da atenção hospitalar e ambulatorial por meio das policlínicas de saúde e ambulatórios de alta complexidade em âmbito regional, considerando as necessidades de saúde da população e visando reduzir as desigualdades e ampliar o acesso. Para tanto, o processo de regionalização das ações e serviços de saúde fundamenta-se nas seguintes premissas: atenção básica como centro de comunicação, coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS; integração de ações e serviços de saúde, com base em linhas de cuidado que garantam a continuidade da atenção; territorialidade, com definição de base populacional e condições de acesso por meio de parâmetros para organização da oferta das ações de média e alta complexidade. Além disso, objetiva-se ganhos de escala e escopo, ampliando eficiência do SUS-BA.

Dentro desse contexto a Sesab, desde 2018, vem disponibilizando à população um conjunto de atividades prestadas em domicílio, caracterizadas pela atenção ao paciente com quadro clínico que exijam cuidados e necessidade de tecnologia especializada, mas que não necessitam de internação hospitalar. A assistência domiciliar (AD) garante ao paciente o atendimento em casa por equipes multidisciplinares, formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e assistentes sociais, bem como fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais. Assim, o paciente tem acesso a um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição (cuidados paliativos) e promoção à saúde, garantindo a continuidade da assistência.

A internação domiciliar proporciona a humanização do atendimento e acompanhamento de pacientes cronicamente dependentes do hospital, bem como a adequada desospitalização e um maior contato do paciente com a família, favorecendo, desse modo, a sua recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares.

Desde sua implantação, a Sesab já realizou mais de 1.700 atendimentos em AD e para o próximo quadriênio tem como meta atender 100% dos pacientes elegíveis da rede pública.

Segundo a Portaria nº 3.390/2013, 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 em 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 promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

O estado da Bahia, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), registra um quantitativo de: 462 hospitais gerais, 69 hospitais especializados, 36 unidades mistas e 124 hospitais-dia isolado. Destas, 53 unidades são próprias da Sesab, sendo 39 unidades hospitalares, seis centros de referência e oito unidades de emergência.

No tocante às **internações**, um dos principais indicadores está **relacionado** ao acesso ao **parto**. Em 2017, alcançou-se a proporção de 37,65% de cesarianas realizadas no estado, com incremento de 60% no período e variação percentual acima da observada na Bahia, em especial nas macrorregiões Oeste (121%), Centro-Leste (102%), Sudoeste (97%) e Sul (78 %). Portanto, o percentual dos partos cesáreos está muito acima dos parâmetros desejáveis pela OMS (15%) ou pela Rede Cegonha (25%), indicando a necessidade de intervenções mais efetivas.

A respeito das **internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)**, a média da proporção no período de 2008 a 2018 foi 30,6%, com tendência de redução, ao passar de 37,5% (2009) para 24,3% (2018), correspondendo a 35%. Essa tendência pode sinalizar maior resolutividade da atenção primária por meio da ampliação das equipes de saúde da família.

No que se refere ao **regime do hospital**, houve elevação das hospitalizações nas instituições de regime público, entre 2008 e 2018, reduzindo-se internações em hospitais de regime privado.

Concernente ao **registro** no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), no ano de 2009, obteve-se 218.225 **nascidos vivos**, passando para 205.237 nascidos vivos em 2018, correspondendo um declínio de 6%. Todas as macrorregiões de saúde acompanharam a tendência de redução de nascimentos, com exceção da Oeste, que apresentou incremento de 6,5% no número de nascidos vivos, de 14.010 (2009) para 14.678 (2018).

Sobre as condições dos recém-nascidos e características de suas mães, foram consideradas: tipo de parto, peso ao nascer, faixa etária materna e consultas pré-natais, destacando-se mães que realizaram sete ou mais consultas. Os dados apresentados foram distribuídos entre 2009 e 2018, para possibilitar comparação no período de dez anos. Entretanto, esses dados podem sofrer alterações, uma vez que se encontram em fase de consolidação pelo MS.

Com relação ao indicador de **proporção de nascidos vivos de parto normal**, houve redução de 13,8% no percentual de partos vaginais realizados, no período de 2009 (64,0%) a 2018 (55,2%). Em contrapartida, **a proporção de parto cesáreo** aumentou de 35,7%, no ano de 2009, para 44,7% em 2018, o que corresponde a 25,2% de incremento (**Gráfico 85**).

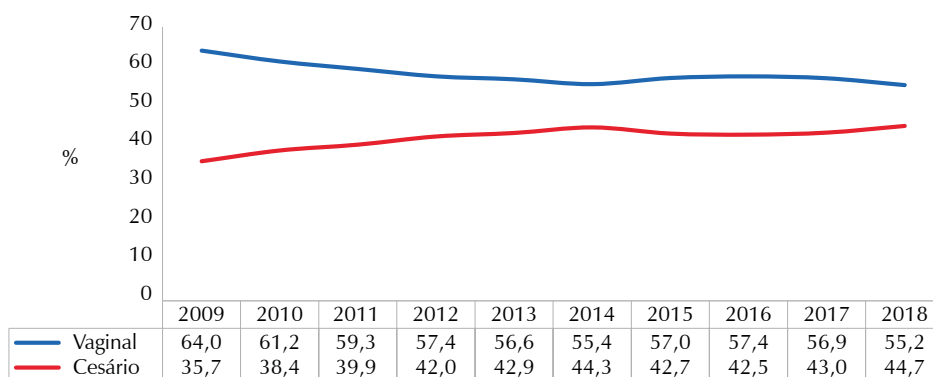


Gráfico 85. Proporção de nascidos vivos, segundo tipo de parto. Bahia, 2009-2018

Fonte: Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Com relação à distribuição dos partos cesáreos por macrorregião de saúde, observa-se que, no ano de 2018, houve variação no percentual de 5,8% (Leste) para 66,3% (Centro-Norte). No período de 2009 a 2018, todas as macrorregiões de saúde apresentaram incremento nos seus percentuais, acompanhando a tendência de crescimento dos partos cesáreos no estado, com destaque para as macrorregiões Centro-Norte (66,3%), Oeste (49,2%), Norte (40,7%), Centro-Leste (39,7%), Sudoeste (35,0%), Extremo Sul (32,6%) e Nordeste (27,2%), que apresentaram variação percentual superior à da Bahia (**Gráfico 86**).

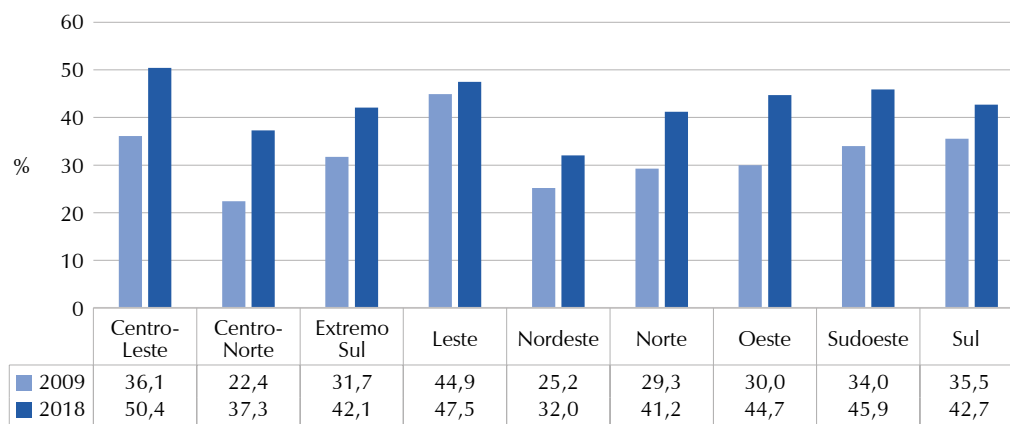


Gráfico 86. Percentual de nascidos vivos, segundo parto cesáreo e macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2018*

Fonte: Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Destaca-se que a proporção de **Declaração de Nascidos Vivos (DN)** sem informação ou com informação ignorada diminuiu de 0,34% (739) para 0,14% (296) em

relação ao total de 2009 e 2018, respectivamente, correspondendo a uma redução de 57,4% de registros sem informação ou com informação ignorada **sobre o tipo de parto** no período.

Se a indicação correta da cesárea traz vantagens, sua indicação indiscriminada, sem critérios, tem risco para mães e recém-nascidos. Nesse sentido, convém salientar que a Rede Cegonha visa reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase para a diminuição de partos cesáreos. Para tanto, destacam-se as ações indutoras do governo federal com financiamento para construção de centro de parto normal e casa da gestante, bebê e puérpera, além de incentivos a boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, cujas atividades devem ser estendidas e incorporadas às rotinas da assistência ao parto em todos os níveis de atenção.

Algumas possíveis explicações para o elevado percentual de partos cesáreos podem ser atribuídos a: fatores associados à mulher (garantia de escolha do médico assistente, medo da dor, busca da integridade vaginal e crenças de que o parto vaginal oferece mais risco para o feto do que uma cesárea); organização da atenção obstétrica (conveniência e segurança do médico); fatores institucionais, como o número insuficiente de leitos obstétricos, esterilização cirúrgica durante o procedimento operatório da cesárea, mesmo com a associação aos riscos obstétricos; e fatores associados ao mercado (relação custo-benefício entre custo do investimento e horas dispendidas pelo profissional de saúde).

Em relação à **proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer** (inferior a 2,5 quilogramas), nota-se elevação de 8,3% em 2009 para 8,4 em 2018, correspondendo a um incremento de 2,3% no período (**Gráfico 87**). O percentual de nascidos vivos que apresentou peso ao nascer entre 3,0 e 3,9 quilogramas foi igual em 2009 e 2018, representando 63,5% e correspondendo, respectivamente, a 138.633 e 130.245.

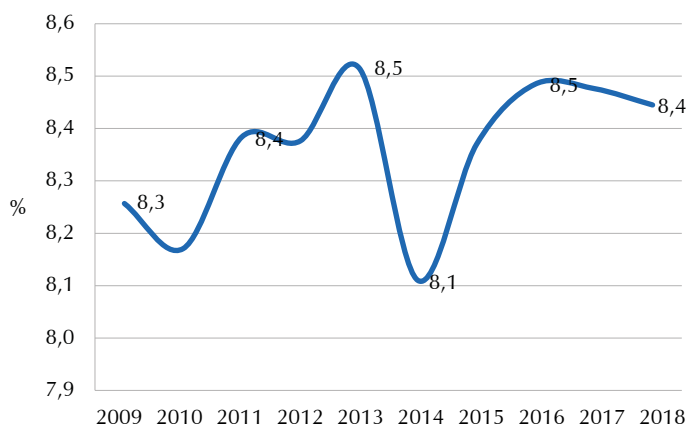


Gráfico 87. Percentual de nascidos vivos de baixo peso (menos de 2,5 quilogramas).

Bahia, 2009-2018*

Fonte: Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Em 2008, dentre as macrorregiões de saúde, o maior percentual de baixo peso foi observado na Leste, com 9,7% (6.189), seguida da Sudoeste, com 8,6% (2.136), e da Sul, com 8,1% (2.099). Em 2018, as macrorregiões Leste e Sudoeste continuaram a apresentar os maiores percentuais, respectivamente, 9,1% (5.458) e 8,7% (2.020), seguidas da Centro-Leste, com 8,6% (2.617), e Centro-Norte, com 8,6% (1.021) (**Gráfico 88**).

Ressalta-se que houve melhora significativa entre os dois anos de estudo (2009 e 2018), referente ao registro no campo de informações ignoradas da variável peso ao nascer, cujo percentual declinou de 0,34% para 0,03%. Isso corresponde a uma redução de 92,1%, o que representa melhora substantiva no preenchimento dessa informação na DN.

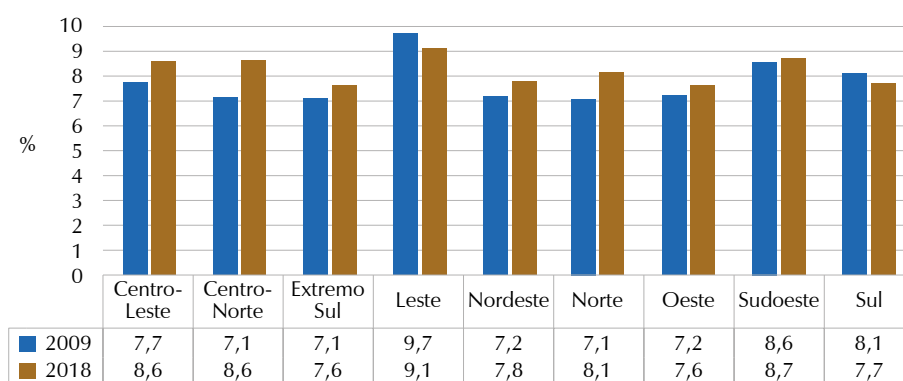


Gráfico 88. Percentual de nascidos vivos de baixo peso (menos de 2,5 quilogramas), segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2018*

Fonte: Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Quanto à faixa etária materna, observou-se redução de 18,3% do número de nascidos vivos cujas mães encontravam-se na faixa etária entre 10 e 19 anos, de 47.784 (2009) para 36.722 (2018). A faixa etária de 20 a 29 anos também acompanhou essa tendência de redução, correspondendo a 13,8% no período em análise, de 118.270 (2009) para 95.837 (2018). As demais faixas etárias – 30 a 39 anos e 40 a 49 anos – apresentaram, respectivamente, um incremento de 47,7% e 52,4% no período de 2009 a 2018 (**Gráfico 89**).

Destaca-se que, apesar da redução dos partos na adolescência, possivelmente em decorrência das ações de saúde que vêm sendo implementadas e acompanhando a tendência nacional de transição para um perfil de gravidez mais tardio (acima dos 30 anos), a gravidez na adolescência no estado da Bahia ainda é um problema de saúde pública, em decorrência dos riscos relacionados à gestante e ao feto, como hipertensão arterial, anemia, necessidade de parto cesáreo e recém-nascido de baixo peso.

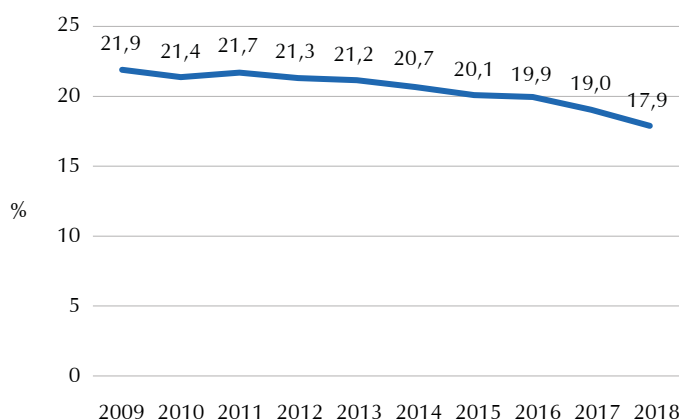


Gráfico 89. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos). Bahia, 2009-2018*

Fonte: Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

No ano de 2009, as macrorregiões de saúde Sul e Extremo Sul apresentaram elevada proporção de **nascidos vivos de mães adolescentes** (10 a 19 anos), ambas com 27,5%, seguidas da Centro-Norte, com 26,6% (3.461), e da Norte, com 23,5% (4.348). Em 2018, proporcionalmente, destacou-se a macrorregião Extremo Sul, com 22,3% (3.016) de mães adolescentes, seguida da Sul, com 21,9% (4.994), Norte, com 21,8% (3.870), e Centro-Norte, com 21,6% (2.551) (**Gráfico 90**).

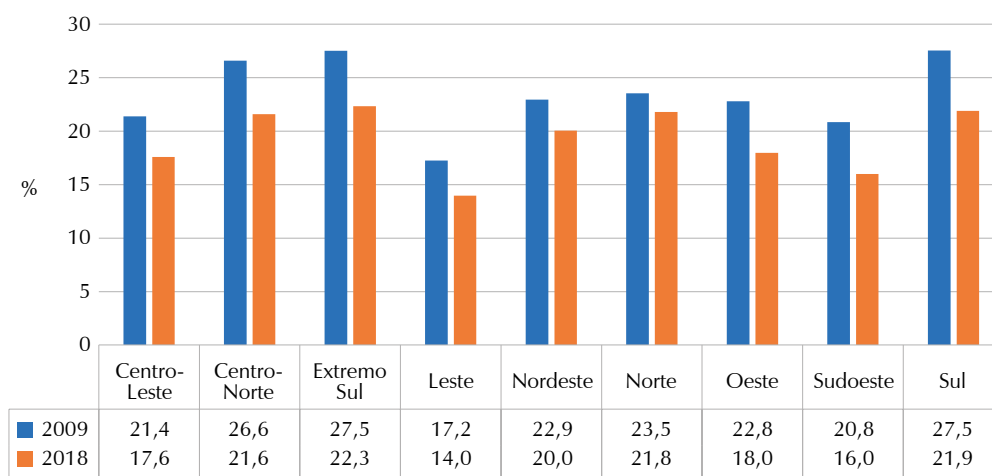


Gráfico 90. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos), segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2018*

Fonte: Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Em relação ao **número de consultas de pré-natal**, observou-se que a proporção de mães que não realizaram essas consultas sofreu decréscimo, de 3,1% em 2009 para 2,9% em 2018. Tendência seguida pelo percentual de mães que realizaram entre uma e três consultas, que reduziu 43,1%, passando de 11,4% em 2009 para 6,5% em 2018. Salienta-se que entre as mães que realizaram entre quatro e seis consultas também houve diminuição de 41,3%, de 44,7% (2009) para 26,7% (2018).

O percentual de mães com sete e mais consultas de pré-natal, elevou-se em 64%, de 38,8% no ano de 2009 para 63,7% em 2018 (**Gráfico 91**). A qualidade da informação nesse item na declaração de nascido vivo também melhorou, de 2% sem informação ou ignorado em 2009 para 0,6% em 2018, correspondendo a uma redução de 69,3%, no período em análise.

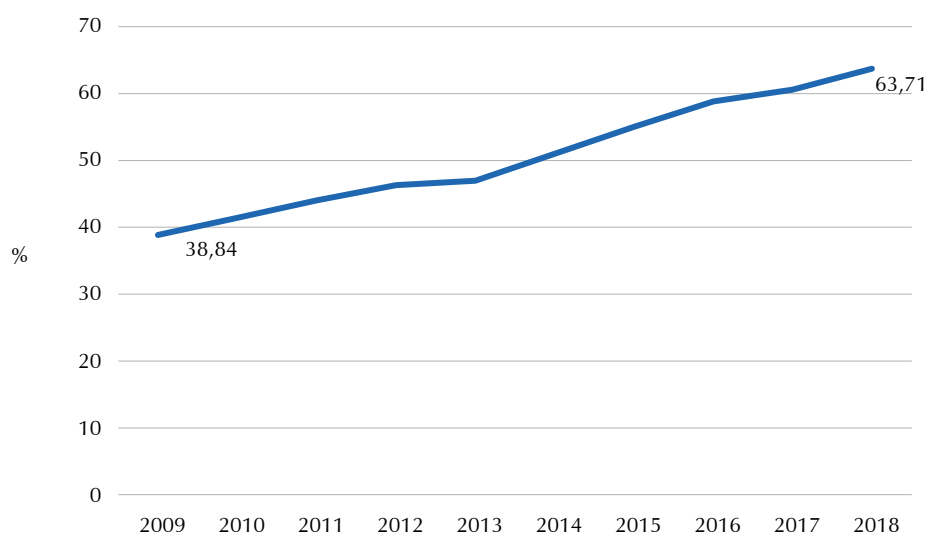


Gráfico 91. Percentual de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. Bahia, 2009-2018*

Fonte: Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

Em 2018, com relação às mães com sete e mais consultas de pré-natal por macrorregiões de saúde, houve variação de 36,5% (Leste) para 120,5% (Centro-Norte). No período de 2009 a 2018, todas as nove macrorregiões de saúde apresentaram incremento nos seus percentuais, acompanhando a tendência de crescimento dos nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal do estado, com destaque para as macrorregiões Centro-Norte (120,5%), Sul (105,3%), Oeste (87,5%), Centro-Leste (85,0%) e Nordeste (84,8%), que apresentaram variação percentual superior ao da Bahia (**Gráfico 92**).

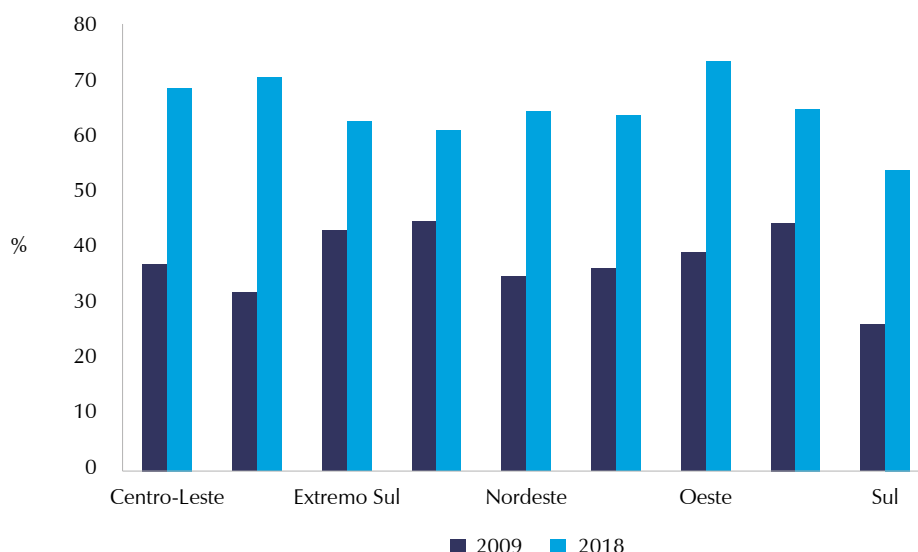


Gráfico 92. Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2018*

Fonte: Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2019

A regulamentação federal que redirecionou o modelo de atenção psicossocial em saúde mental, a Lei da Reforma Psiquiátrica (nº 10.216/2001) e a consequente constituição dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), por meio da Portaria GM/MS nº 336/2002, têm contribuído para desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, impactando nas proporções de internações psiquiátricas que passaram a ser o último recurso para tratamento em saúde mental.

Entre 2007 e 2018, a redução **percentual dos leitos psiquiátricos** na Bahia foi de 75%. O SUS reduziu o número leitos que disponibilizava de 1.582 em 2007 para 393 em 2018, sinalizando o processo de desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos para serviços residenciais terapêuticos ou retorno a suas residências, visando o restabelecimento de vínculos familiares sem gerar desassistência às pessoas com transtorno mental e seus familiares, mediante atendimento pelos Caps.

A demanda para os transtornos mentais infanto-juvenis é prioritariamente ambulatorial e não hospitalar. Assim, no Sistema de Internação Hospitalar (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, ocorreram apenas dez internações por transtornos do desenvolvimento psicológico, inclusive o transtorno autista, entre 2008 e 2018. Destas, oito foram na capital.

A Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que instituiu 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 essa rede seja constituída pelas unidades de saúde, a saber: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial.

A Sesab tem apoiado os municípios nos processos de implantação e funcionamento dos Caps, nas suas diferentes modalidades, considerando a sua importância na construção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Os Caps são serviços de natureza ambulatorial, regionalizados, com cobertura assistencial para uma população predefinida, capacitados para realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial. Na Bahia, a rede contava com 130 serviços em 2007, passando para 243 em 2018, o que corresponde a um percentual de ampliação de 69,95%.

É importante registrar ainda que o governo do estado, por meio da Portaria nº 275/2012, instituiu o incentivo financeiro estadual mensal para o custeio dos Caps, nas modalidades Caps III e Caps AD III.

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 especialistas.

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

No que se refere à atenção especializada em saúde bucal, destaca-se a implantação de **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)** e dos **Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)**. Nesse nível de complexidade, destaca-se a atenção odontológica hospitalar, conforme a Portaria nº 599/2006, que estabelece critérios, normas e requisitos para o credenciamento desses serviços. Presentes nas 28 regiões de saúde do estado, existem 83 CEO, estabelecimentos de saúde classificados como clínicas especializadas/ ambulatorios de especialidade para realizar diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais. Por sua vez, 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 Bahia conta com 101 laboratórios regionais sob gestão municipal e 87 no Plano de Expansão Estadual.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 793/2012, configura um importante avanço para o cuidado à saúde dessa 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 IBGE, com base no Censo Demográfico de 2010, no Brasil, aproximadamente 24% da população tem pelo menos um tipo de deficiência. A região Nordeste apresenta a maior parte da população de pessoas com deficiência em todo o país.

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, que institui a RCPD por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS.

A Bahia conta, atualmente, com quatorze Centros Especializados de Reabilitação, sendo onze classificados como CER II (duas temáticas), dois como CER III (três temáticas) e um como CER IV (quatro temáticas). Salienta-se que as temáticas que compõem o CER são: deficiência física, visual, auditiva e intelectual.

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, violências, lesões e mortes no trânsito, bem como ampliar a atenção básica, a qualificação das unidades hospitalares de urgência e a 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 horas e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192).

O Estado deve ainda repassar regularmente para os FMS recursos financeiros para o funcionamento do Samu 192. Em 2018 foram aplicados cerca de 52 milhões de reais, incremento de 136% se comparado a 2007, quando foram investidos cerca de 38 milhões de reais.

Atualmente estão em funcionamento dezenove centrais de regulação de urgência (CRU) do Samu 192, alcançando 274 municípios do estado da Bahia, com uma cobertura populacional de aproximadamente 82%, ou seja, mais de 12 milhões de habitantes com acesso ao serviço. Quanto à UPA, a Bahia conta com 48 unidades presentes em 36 municípios.

No que se refere à atenção especializada, a Sesab vem empreendendo esforços para a descentralização e regionalização das ações e serviços de média e alta complexidade, com vistas a ampliar o acesso da população e garantir atenção integral, com qualidade, equidade e resolutividade.

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 acesso e racional do produto. O conjunto envolve pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação e garantia da qualidade dos produtos e serviços. Além disso, é preciso acompanhar e avaliar a utilização, obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e promover a educação permanente dos profissionais de saúde, paciente e 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 – buscam garantir à população baiana acesso qualificado aos medicamentos essenciais em todos os níveis de atenção à saúde, promovendo seu uso racional e 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 nas ações da assistência farmacêutica, tais como acompanhamento da execução financeira e seu cumprimento; interlocução com órgãos fiscalizadores, judiciário e entidades de classe para identificação de soluções e execução de ações conjuntas; educação permanente dos trabalhadores de saúde na área de assistência farmacêutica; oferta de oportunidade de estágio aos estudantes de farmácia; e promoção do acesso à informação sobre medicamentos, de forma qualificada, baseada 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.

O programa foi criado em 2009 e executado a partir de 2012, sendo realizadas duas etapas, que juntas contemplaram 46 municípios baianos com até 15 mil habitantes, conforme Censo IBGE 2010. Esse valor corresponde a 24% dos 195 municípios que possuem até 17.250 habitantes. Até 2023, está prevista a construção de 50 unidades de Farmácia da Bahia em diferentes municípios, alcançando, desse modo, 96 municípios com até 17.250 habitantes contemplados com estruturação e organização de serviço, mediante iniciativa e financiamento municipal e estadual.

A Sesab vem investindo em mudanças quantitativas e qualitativas na formação dos profissionais, de modo a suprir as necessidades de saúde dos baianos. Com isso, busca 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.

Este capítulo demonstra a previsão de recursos para o desenvolvimento das ações, serviços e gestão do sistema de saúde para os anos de 2020 a 2023.

Na análise da alocação de recursos por compromisso, verifica-se que mais de 50% dos recursos previstos estão direcionados ao Compromisso 3 – Potencializar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma regionalizada, ampliando a equidade de acesso, garantindo a integralidade e a segurança do paciente. Outro compromisso que merece destaque pelo volume de recursos é o 7 – Promover a gestão de recursos administrativos e financeiros para prestação de serviços de saúde SUS-BA.

A previsão foi realizada com base nos valores elaborados pela Seplan e pela Sefaz, previstos no PPA do mesmo período e em conformidade com o Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa) 2020. Portanto, o que se busca para o SUS é um financiamento adequado para o funcionamento das estruturas dos seus serviços de saúde, no que concerne tanto à dimensão do financiamento adequado, quanto à dimensão da qualidade da atenção e do cuidado (**Tabela 10**).

Tabela 10. Previsão de recursos por compromisso no PPA 2020-2023

Compromissos	Valor
Aperfeiçoar as ações de vigilância, proteção, promoção e prevenção em saúde nos territórios em todos os níveis de atenção;	R\$ 615.199.275,00
Fortalecer a Atenção Básica de forma integrada e resolutiva;	R\$ 599.448.000,00
Potencializar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma regionalizada, ampliando a equidade de acesso, garantindo a integralidade e a segurança do paciente;	R\$ 12.431.805.075,00
Promover a valorização do trabalho e do trabalhador no SUS-BA;	R\$ 242.084.000,00
Potencializar a atenção Hematológica e Hemoterápica à população da Bahia;	R\$ 121.160.000,00
Aprimorar a Gestão Estratégica em Saúde, ampliando os canais de diálogo com a sociedade e o exercício do controle social	R\$ 72.928.000,00
Promover a gestão de recursos administrativos e financeiros para prestação de serviços de saúde SUS-BA	R\$ 7.968.464.000,00
Total	R\$ 22.051.088.350,00

7 COMPROMISSOS ESTRATÉGICOS

Para o ano de 2020 a 2023, a Sesab desenvolveu seu plano operacional com 7 compromissos, 47 metas e 122 iniciativas que serão executadas por toda a estrutura organizacional da Sesab, incluindo a Fundação Hemoba.

É importante ressaltar que a metodologia utilizada para a construção do referido plano é a mesma para todas as secretarias de estado, sendo definida pela Seplan durante a construção do Plano Plurianual^{14,15}, no intuito de trazer uniformidade na linguagem de planejamento no estado.

7.1 COMPROMISSO 1: APERFEIÇOAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PROTEÇÃO, PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE NOS TERRITÓRIOS E EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO

A vigilância em saúde (Visau) é uma política pública de Estado, de natureza universal, transversal e orientadora do modelo de atenção nos territórios, constituindo-se numa função essencial do SUS, cuja gestão é de responsabilidade exclusiva do poder público. Desse modo, esse compromisso político-institucional visa consolidar o processo de implementação das ações da Visau no estado da Bahia em todos os níveis da rede de atenção à saúde.

A Visau é um conjunto de objetos, métodos, técnicas, práticas e saberes distintos e complementares entre si, tendo como eixos fundamentais a análise da situação de saúde, de forma contínua, para identificação dos condicionantes e determinantes de saúde da população; proteção e promoção da saúde; e prevenção dos riscos, doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis.

O Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, composto pela vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental, vigilância e atenção à saúde do trabalhador, vigilância laboratorial e serviço de verificação do óbito, tem competência normativa, através da Resolução CIB-BA nº 249/2014, para atuar de forma articulada intra e intersetorialmente, com vistas à adoção de medidas oportunas direcionadas a reduzir os riscos de adoecimento, danos à saúde e mortes evitáveis (**Quadro 1**).

Quadro 1. Compromisso 1

(continua)

Meta 1	Ampliar em 75% o número de municípios, realizando, no mínimo, quatro ações de vigilância em saúde		
Iniciativa	Aprimorar o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária		
Setor responsável	Suvisa / Divisa		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar inspeções sanitárias em estabelecimentos sujeitos à Visa estadual	Estabelecimentos sujeitos à Visa estadual inspecionados	10.000	Número de estabelecimentos sujeitos à Visa estadual inspecionados
Realizar investigação das notificações obrigatórias de queixas técnicas e eventos adversos	Queixas técnicas e eventos adversos de notificação obrigatória investigados	100%	Percentual de notificações obrigatórias de queixas técnicas e eventos adversos investigados
Apoiar a implantação de CCIH em hospitais que possuem leitos de UTI	Hospitais que possuem leitos de UTI com CCIH implantadas	100%	Percentual de hospitais com leitos de UTI com CCIH apoiados
Iniciativa	Implementar as ações de vigilância em saúde ambiental		
Setor responsável	Suvisa / Divisa		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Assessorar os municípios para implantar/ implementar as ações de vigilância em saúde ambiental relacionadas à qualidade da água para consumo humano e às populações expostas a contaminantes químicos e a desastres naturais e tecnológicos	Municípios desenvolvendo as ações de vigilância em saúde ambiental	65%	Percentual de municípios desenvolvendo, no mínimo, duas ações de Vigilância em Saúde Ambiental
Iniciativa	Implementar a Rede Estadual de Vigilância à Saúde do Trabalhador		
Setor responsável	Suvisa / Divast		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar ações de apoio institucional/ matricial em saúde do trabalhador nos municípios	Municípios desenvolvendo ações de saúde do trabalhador	400	Número de municípios desenvolvendo ações de saúde do trabalhador
Desenvolver ações de vigilância em saúde do trabalhador na Renast-Bahia	Trabalhadores beneficiados com ações de vigilância em saúde do trabalhador	170.000	Número de trabalhadores beneficiados pelas ações de vigilância em saúde do trabalhador
Ampliar cobertura dos centros de referência em saúde do trabalhador no estado	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador construído	05	Número de centros de referência em saúde do trabalhador construídos
	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador implantado	13	Número de novos centros de referência em saúde do trabalhador implantado
Iniciativa	Aprimorar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública		
Setor responsável	Suvisa / Lacen		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Ampliar a capacidade de realização de análises pela Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública	Análises laboratoriais realizadas pela Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública	7.250.673	Número de análises realizadas
Ampliar a quantidade de unidades de vigilância laboratorial no estado da Bahia	Laboratórios de saúde pública em funcionamento no estado da Bahia	28	Número de laboratórios de saúde pública no estado da Bahia em funcionamento

Quadro 1. Compromisso 1

(continua)

Iniciativa	Implementar as ações de vigilância epidemiológica e prevenção de doenças/agravs		
Setor responsável	Suvisa / Divep		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar apoio institucional aos municípios na vigilância epidemiológica de doenças e agravos à saúde	Investigação e encerramento oportuno das doenças/agravs de notificação compulsória imediata, registradas em até 60 dias, a partir da data de notificação	75%	Percentual de doenças/agravs notificados, investigados e encerrados em até 60 dias após notificação
	Municípios realizando teste rápido para diagnóstico oportuno da hepatite B	218	Número de municípios realizando teste rápido para hepatite B
	Municípios realizando teste rápido para diagnóstico oportuno da hepatite C	245	Número de municípios realizando teste rápido para hepatite C
	Testes anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	70%	Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose
	Contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	80%	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
	Casos novos de tuberculose confirmados laboratorialmente e curados	85%	Proporção de curas de casos novos de tuberculose confirmados laboratorialmente
Realizar a investigação de óbitos com causa mal definida	Óbitos investigados e com causa básica definida	90%	Proporção de registros de óbito com causa definida
Iniciativa	Implementar as ações de verificação de óbito		
Setor responsável	Suvisa / SVO		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Aumentar a capacidade de realização de necropsias pelo Serviço de Verificação de Óbito de Salvador e Região Metropolitana	Necropsias realizadas pelo Serviço de Verificação de Óbito de Salvador e Região Metropolitana	7.200	Número de necropsias realizadas
Aumentar o percentual de elucidação de causas dos óbitos naturais encaminhados ao Serviço de Verificação de Óbito	Causas de morte natural elucidadas pelo Serviço de Verificação de Óbito	93%	Proporção de definições de morte em relação ao número de óbitos naturais encaminhados ao Serviço de Verificação de Óbito
Ampliar a Rede de Serviços de Verificação de Óbito no Estado da Bahia	Serviços de Verificação de Óbito implantados	6	Número de Serviços de Verificação de Óbito implantados

Quadro 1. Compromisso 1

(continua)

Iniciativa	Implementar a descentralização e regionalização das ações de vigilância em saúde		
Setor responsável	Suvisa		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Descentralizar recursos financeiros e tecnológicos para os núcleos regionais de saúde para implementação das ações do sistema estadual de vigilância em saúde	Núcleos regionais de saúde com recursos financeiros e tecnológicos descentralizados	100%	Percentual de núcleos regionais de saúde com recursos financeiros e tecnológicos descentralizados para implementação das ações do sistema estadual de vigilância em saúde
Descentralizar recursos para os municípios-sede de Laboratórios Municipais de Referência Regional para manutenção dessas unidades	Municípios-sede de Laboratórios Municipais de Referência Regional com recursos descentralizados, de acordo com o cumprimento de indicadores previstos na Portaria nº 42/2014 e Resolução CIB nº 30/2017	100%	Percentual de recursos descentralizados aos municípios-sede definidos na Portaria nº 42/2014, com base no desempenho dos indicadores previstos na Resolução CIB nº 30/2017
Iniciativa	Realizar campanhas publicitárias e eventos de mobilização direcionados para a proteção, promoção e prevenção em saúde da população		
Setor responsável	Suvisa		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Desenvolver campanhas publicitárias direcionadas para a vigilância em saúde	Campanhas publicitárias realizadas	32	Número de campanhas realizadas
Realizar eventos de mobilização para a promoção da saúde	Eventos de mobilização para a promoção da saúde realizados	52	Número de eventos de mobilização realizados
Iniciativa	Aprimorar a gestão do conhecimento e das informações em saúde		
Setor responsável	Suvisa		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Desenvolver processos formativos em vigilância em saúde	Cursos de vigilância em saúde com carga horária igual ou superior a 40 horas executados	114	Número de cursos de vigilância em saúde com carga horária igual ou superior a 40 horas executados
	Cursos de pós-graduação (stricto e lato sensu) executados	4	Número de cursos de pós-graduação (stricto e lato sensu) executados
	Eventos de educação permanente de vigilância em saúde com carga horária inferior a 40 horas executados	1.200	Número de eventos de educação permanente de vigilância em saúde com carga horária inferior a 40 horas executados
Apoiar a realização de eventos estratégicos promovidos pelas organizações da sociedade civil atuantes no campo das IST/HIV/aids, HTVL e hepatites virais	Eventos estratégicos promovidos pelas Organizações da Sociedade Civil atuantes no campo das IST/HIV/aids, HTVL e hepatites virais apoiados	14	Número de eventos estratégicos promovidos pelas Organizações da Sociedade Civil atuantes no campo das IST/HIV/aids, HTVL e hepatites virais apoiados
Disseminar informações técnico-científicas em saúde	Documento técnico-científico publicado	232	Número de boletins, informativos, anuários temáticos e/ou estatísticos e manuais de instrução e materiais educativos publicados

Quadro 1. Compromisso 1

(conclusão)

Meta 2	Requalificar 100% das ações da Rede Estadual de Frio do Programa de Imunização		
Iniciativa	Implementar as ações e estruturas da Rede de Frio do Programa Estadual de Imunização		
Setor responsável	Suvisa / Divep		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar apoio institucional aos municípios para recebimento dos insumos estratégicos de imunização para ampliar cobertura vacinal	Centrais da Rede de Frio requalificadas	100%	Percentual das centrais da rede de frio requalificadas
	Crianças menores de 1 ano com a 3ª dose da pentavalente aplicada (da população-alvo estimada)	95%	Percentual da cobertura vacinal da pentavalente em menores de 1 ano no estado

7.2 COMPROMISSO 2: FORTALECER A ATENÇÃO BÁSICA DE FORMA INTEGRADA E RESOLUTIVA

O compromisso 2 dá destaque para a atenção básica como um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas que cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade, direcionado às necessidades de saúde da população. Contempla, também, o incentivo à manutenção e estruturação de novas equipes de saúde da família.

Fortalece o atendimento às demandas da população em relação aos serviços farmacêuticos, com implantação do programa Farmácia da Bahia (**Quadro 2**).

Quadro 2. Compromisso 2

(continua)

Meta 1	Ampliar para 417 o número de municípios que utilizam ao menos dois serviços do Telessaúde		
Iniciativa	Implantar os serviços do Telessaúde		
Setor responsável	Sais / DAB		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar os municípios para a implantação e utilização dos serviços do Telessaúde	Municípios apoiados para a implantação e utilização dos serviços do Telessaúde	417	Número de municípios apoiados na implantação e utilização dos serviços do Telessaúde
Estruturar o serviço de telediagnóstico	Municípios que implantaram o serviço de telediagnóstico	150	Número de municípios que implantaram o serviço de telediagnóstico
Realizar treinamentos para implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão	Municípios treinados para implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão/ SUS	194	Número de municípios que implantaram o Prontuário Eletrônico do Cidadão/ SUS
Realizar a Teleducação	Municípios que utilizaram o serviço de teleducação	400	Número de municípios que utilizaram o serviço de teleducação
	Palestra on-line realizada	384	Número de palestras on-line realizadas
	Participantes em palestras on-line	120.000	Número de participantes em palestras on-line
Realizar as teleconsultorias	Municípios que utilizaram o serviço de teleconsultoria	380	Número de municípios que utilizaram o serviço de teleconsultoria

Quadro 2. Compromisso 2

(continua)

Meta 2	Ampliar para 80% a cobertura de saúde da família		
Iniciativa	Cofinanciar equipes de saúde da família		
Setor responsável	Sais / DAB		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Cofinanciar as equipes de saúde da família	Equipes de saúde da família cofinanciadas	4.364	Número de equipes de saúde da família cofinanciadas por mês
Iniciativa	Apoiar financeiramente a construção de Unidade Básica de Saúde		
Setor responsável	Fesba / Diconv		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar apoio financeiro para municípios na construção de unidade básica de saúde	Municípios apoiados financeiramente	100%	Percentual de municípios apoiados
Iniciativa	Construir Unidade Básica de Saúde		
Setor responsável	Ceirf / Prosus		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Construir unidade básica de saúde	Unidade básica construída	11	Número de unidades básicas construídas
Iniciativa	Implantar Academia da Saúde		
Setor responsável	Ceirf / Prosus		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Implantar academia de saúde	Academia de saúde implantada	7	Número de academias implantadas
Iniciativa	Apoiar os municípios para o aprimoramento da gestão e do cuidado em atenção básica		
Setor responsável	Sais / DAB		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar institucionalmente os municípios	Municípios apoiados nos colegiados de coordenadores de atenção básica	417	Número de municípios participantes nos colegiados de coordenadores de atenção básica
	Colegiados regionais de coordenadores de atenção básica realizados	448	Número de colegiados de coordenadores de atenção básica realizados
	Municípios apoiados com plano de ação pactuado com a gestão municipal	124	Número de municípios com planos de ação pactuados
	Visitas técnicas aos municípios	417	Número de visitas realizadas
Qualificar trabalhadores da atenção básica	Atividades de qualificação para atenção básica realizadas	224	Número de atividades de qualificação realizadas para os trabalhadores dos municípios
	Atividades de educação permanente para os trabalhadores da Diretoria da Atenção Básica realizadas	36	Número de atividades de educação permanente realizadas para os trabalhadores da Diretoria da Atenção Básica
	Trabalhadores que participaram de processos de qualificação	11.200	Número de trabalhadores que participaram de processos de qualificação

Quadro 2. Compromisso 2

(conclusão)

Meta 3	Ampliar para 204 o número de municípios com unidades do programa Farmácia da Bahia		
Iniciativa	Construir unidades do programa Farmácia da Bahia		
Setor responsável	Saftec / Dasf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Construir unidades do programa Farmácia da Bahia	Unidades do programa Farmácia da Bahia construídas	49%	Percentual de municípios com até 17.250 habitantes com unidades do programa Farmácia da Bahia construídas
Apoiar a implantação de unidades do programa Farmácia da Bahia	Municípios apoiados na implantação do programa Farmácia da Bahia	49%	Percentual de municípios com até 17.250 habitantes com unidades do programa Farmácia da Bahia implantadas
Meta 4	Distribuir unidades farmacêuticas do componente básico da assistência farmacêutica com regularidade para 90% dos municípios		
Iniciativa	Distribuir unidades farmacêuticas do componente básico da assistência farmacêutica		
Setor responsável	Saftec / Dasf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar a distribuição de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica com regularidade para municípios	Unidades farmacêuticas do componente básico da assistência farmacêutica em conformidade com o quantitativo autorizados/ distribuídos	90%	Percentual de unidades farmacêuticas autorizadas/distribuídas
Ofertar capacitações aos farmacêuticos da assistência farmacêutica municipal	Oficinas de capacitação para farmacêuticos da assistência farmacêutica municipal ofertadas	40	Número de oficinas de capacitação de farmacêuticos da assistência farmacêutica municipal ofertadas
Fomentar a implantação do sistema AFSESAB nos municípios	AFSESAB implantado nos municípios	417	Número de municípios com AFSESAB implantado

7.3 COMPROMISSO 3: POTENCIALIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE FORMA REGIONALIZADA, AMPLIANDO A EQUIDADE DE ACESSO E GARANTINDO A INTEGRALIDADE E A SEGURANÇA DO PACIENTE

O Compromisso 3 tem como proposta a promoção da integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada e segura para o paciente. Além disso, busca incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (Quadro 3).

Quadro 3. Compromisso 3

Meta 1	Expandir o número de unidades de saúde, com a construção de quatro novas unidades		
Iniciativa	Construir unidades de saúde		
Setor responsável	Ceirf / Prosus		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Construir o Hospital Costa da Baleias	Unidade de saúde construída	1	Número de unidades construídas
Construir o Hospital Metropolitano	Unidade de saúde construída	1	Número de unidades construídas
Construir a Unidade de Pronto Atendimento de Ilhéus	Unidade de pronto atendimento construída	1	Número de unidades construídas
Iniciativa	Construir unidade de saúde materno-infantil		
Setor responsável	Ceirf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Construir Maternidade de Camaçari	Unidade de saúde da rede materno-infantil construída	1	Número de unidades construídas
Meta 2	Ampliar 23 unidades de saúde		
Iniciativa	Ampliar unidades de saúde		
Setor responsável	Ceirf / Prosus		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Ampliar unidade de saúde	Unidade de saúde ampliada	19	Número de unidades ampliadas
Iniciativa	Ampliar unidades de saúde materno-infantil		
Setor responsável	Ceirf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Ampliar unidade da rede materno-infantil	Unidade de saúde ampliada	4	Número de unidades ampliadas
Meta 3	Reformar dezesseis unidades de saúde		
Iniciativa	Reformar unidades de saúde		
Setor responsável	Ceirf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Reformar unidade de saúde	Unidades de saúde reformada	13	Número de unidades reformadas
Iniciativa	Reformar unidades de saúde materno-infantil		
Setor responsável	Ceirf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Reformar unidades da rede materno-infantil	Unidades de saúde materno-infantil reformadas	3	Número de unidades reformadas

Quadro 3. Compromisso 3

(continua)

Meta 4	Ampliar para 417 o número de municípios assistidos com ações estratégicas de saúde		
Iniciativa	Implementar ações estratégicas de saúde nos municípios		
Setor responsável	SUREGS		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Executar ações e projetos estratégicos de saúde complementares a Rede de atenção à saúde	Ações e projetos estratégicos de saúde complementares a Rede de atenção à saúde executados nos municípios	417	Número de municípios assistidos com ações estratégicas de saúde
Meta 5	Expandir para 90% o percentual de atendimento à demanda de regulação do SUS-BA		
Iniciativa	Regular o acesso às avaliações, leitos de internações e procedimentos do SUS-BA, sob gestão estadual, através do Sistema de Urgência e Emergência		
Setor responsável	Suregs / Direg		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar a gestão da Regulação do sistema estadual de saúde	Solicitações de regulação das demandas pertinentes atendidas	90%	Percentual de solicitações pertinentes de regulações atendidas
Iniciativa	Ampliar frota de ambulância		
Setor responsável	DG		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Adquirir veículos tipo ambulância para renovar e ampliar a frota de ambulâncias das unidades de saúde da Sesab e distribuir para os municípios.	Ambulância adquirida e entregue	500	Número de ambulâncias adquiridas
Meta 6	Realizar 100% do atendimento das solicitações de tratamento fora do domicílio (TFD), conforme critérios regulamentados no âmbito do SUS-BA		
Iniciativa	Assegurar o acesso ao tratamento fora do domicílio, conforme critérios regulamentados		
Setor responsável	Suregs / Direg		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar assistência financeira aos usuários no TFD	Solicitações de TFD atendidas	100%	Percentual de solicitações de TFD atendidas
Meta 7	Garantir a 100% dos pacientes elegíveis o atendimento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)		
Iniciativa	Realizar atendimento em saúde no domicílio		
Setor responsável	Suregs		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Gerenciar os SAD que prestam assistência aos pacientes oriundos dos hospitais da rede do Estado	Solicitações por SAD atendidas	100%	Percentual de atendimentos de pacientes elegíveis assistidos em domicílio

Quadro 3. Compromisso 3

(continua)

Iniciativa	Apoiar tecnicamente os municípios para a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar		
Setor responsável	DAE / Coah		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar o processo de habilitação do SAD municipal	SAD municipal habilitado	30	Número de SAD municipais habilitados
Meta 8	Expandir para oitocentos o número de processos de contratualização e o credenciamento de serviços de alta e média complexidade		
Iniciativa	Gerenciar os processos de contratualização e credenciamento dos serviços de saúde de média e alta complexidade, no âmbito do SUS		
Setor responsável	Suregs		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar a contratualização e o credenciamento de serviços de alta e média complexidade	Contratualização e credenciamento de serviços de alta e média complexidade realizados	800	Número de contratualizações e credenciamentos realizados
Meta 9	Implantar em três unidades, práticas de gestão, humanização e cuidado farmacêutico em farmácias ambulatoriais sob gestão direta		
Iniciativa	Aprimorar a prestação de ações e serviços da assistência farmacêutica		
Setor responsável	Saftec / Dasf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Reformar as farmácias ambulatoriais sob gestão direta	Farmácias ambulatoriais sob gestão direta reformadas	3	Número de farmácias sob gestão direta reformadas
Equipar as farmácias ambulatoriais sob gestão direta	Farmácias ambulatoriais sob gestão direta equipadas	3	Número de farmácias sob gestão direta equipadas
Mobiliar as farmácias ambulatoriais sob gestão direta	Farmácias ambulatoriais sob gestão direta mobiliadas	3	Número de farmácias sob gestão direta mobiliadas
Elaborar/atualizar o manual de procedimentos das farmácias ambulatoriais sob gestão direta para execução de práticas de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica	Manual de procedimentos das farmácias ambulatoriais sob gestão direta elaborados/atualizados	3	Número de farmácias sob gestão direta com manuais de procedimentos elaborados/atualizados
Elaborar o protocolo de cuidado farmacêutico das farmácias ambulatoriais sob gestão direta para algumas doenças selecionadas	Protocolo de cuidado farmacêutico das farmácias ambulatoriais sob gestão direta elaborado e implantado	3	Número de farmácias sob gestão direta com protocolos de cuidado farmacêutico elaborado e implantado
Capacitar farmacêuticos das farmácias ambulatoriais sob gestão direta para a execução de práticas de cuidado farmacêutico	Farmacêuticos das farmácias ambulatoriais sob gestão direta capacitados para a execução de práticas de cuidado farmacêutico	3	Número de farmácias sob gestão direta com farmacêuticos capacitados para a execução de práticas de cuidado farmacêutico

Quadro 3. Compromisso 3

(continua)

Meta 10	Distribuir 3.882.483 tratamentos medicamentosos do componente especializado da assistência farmacêutica de forma regular		
Iniciativa	Disponibilizar tratamentos medicamentosos do componente especializado da assistência farmacêutica		
Setor responsável	Saftec / Dasf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Distribuir tratamentos medicamentosos do componente especializado da assistência farmacêutica	Tratamentos medicamentosos do componente especializado da assistência farmacêutica distribuídos	3.882.483	Número de tratamentos medicamentosos do componente especializado da assistência farmacêutica distribuídos
Capacitar os trabalhadores da assistência farmacêutica para os processos relacionados ao componente especializado	Capacitações dos trabalhadores da assistência farmacêutica no componente especializado realizadas	10	Número de capacitações em assistência farmacêutica no componente especializado realizadas
Meta 11	Ampliar para 5.053 o número de transplantes de órgãos e tecidos		
Iniciativa	Aprimorar o sistema estadual de captação de transplantes de órgãos e tecidos		
Setor responsável	Sais / DAE		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar transplantes de órgãos e tecidos	Transplantes de órgãos e tecidos realizados	5.053	Número de transplantes realizados
Capacitar os profissionais de saúde no processo doação e transplante	Profissionais de saúde capacitados	2.000	Número de profissionais capacitado
Certificar a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT)	CIHDOTT certificadas	37	Número de CIHDOTT certificadas
Efetivar as doações de múltiplos órgãos	Doações de múltiplos órgãos efetivadas	955	Número de doações efetivas de múltiplos órgãos
Monitorar os centros transplantadores habilitados	Centros transplantadores monitorados	40	Número de centros transplantadores monitorados
Meta 12	Ampliar em 46 o número de serviços especializados de alta complexidade na Rede de Atenção à Saúde		
Iniciativa	Apoiar a implantação de serviço de alta complexidade na rede de atenção à saúde		
Setor responsável	Sais / DAE/ Crae		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar a implantação de serviço de alta complexidade na rede de atenção à saúde	Serviço de alta complexidade implantado na rede de atenção à saúde	46	Número de serviços implantados
Realizar o acompanhamento dos serviços de atenção especializada em funcionamento	Serviços de atenção especializada em funcionamento\o acompanhados	171	Número de serviços de atenção especializada acompanhados
Realizar o monitoramento dos 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	5	Número de desenhos regionais da rede de atenção a pessoa com doenças crônicas (eixos) monitorados
Elaborar os desenhos regionais de redes de atenção especializadas	Desenhos regionais de redes de atenção especializadas aprovados pela CIB	3	Número de desenhos regionais de redes de atenção especializadas aprovados pela CIB

Quadro 3. Compromisso 3

(continua)

Iniciativa	Implementar a atenção aos pacientes com epidermólise bolhosa		
Setor responsável	Sais / DAE / Crae		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Desenvolver ações assistenciais às pessoas com epidermólise bolhosa (EB)	Pessoas atendidas com coberturas especiais	65	Número de pessoas atendidas com coberturas especiais
Qualificar os profissionais das macrorregiões de saúde para o cuidado de pessoas com EB	Macrorregiões com profissionais qualificados para atenção à EB	9	Número de macrorregiões capacitadas
Meta 13	Ampliar em oito o número de regiões com os componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) implantados e aprovados no plano de ação regional		
Iniciativa	Apoiar técnica e financeiramente o Samu 192		
Setor responsável	Sais / DAE / Cour		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar a ampliação dos municípios cobertos pelo Samu 192	Municípios cobertos pelo Samu 192 apoiados	417	Número de municípios cobertos pelo Samu 192
Cofinanciar os municípios com o Samu 192 implantados	Municípios com Samu 192 implantados com cofinanciamento	317	Número de municípios com cofinanciamento
Iniciativa	Apoiar tecnicamente a implantação de UPA 24 horas		
Setor responsável	Sais / DAE / Cour		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar a implantação de novas UPA	Novas UPA implantadas	14	Número de novas UPA implantadas
Acompanhar as UPA 24 horas em funcionamento	UPA 24 horas em funcionamento acompanhadas	64	Número de UPA 24 horas em funcionamento
Apoiar a implantação de salas de telemedicina nas unidades de saúde da rede de urgência	Salas de telemedicina implantadas nas unidades de saúde da rede de urgência	52	Número de salas implantadas
Apoiar na articulação dos 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 articulados	12	Número de distritos sanitários com pontos de atenção articulados
Iniciativa	Apoiar na qualificação dos leitos hospitalares na Rede de Urgência e Emergência		
Setor responsável	Sais / DAE/ Cour / Coah		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar o processo de implantação dos leitos de retaguarda de acordo com os Planos de Ações Regionais	Leitos de retaguarda da Rede de Urgência e Emergência implantados	919	Número de leitos de retaguarda da Rede de Urgência e Emergência implantados

Quadro 3. Compromisso 3

(continua)

Meta 14	Ampliar para 417 o número de municípios com apoio institucional para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde por ciclo de vida e gênero		
Iniciativa	Apoiar tecnicamente os municípios nas ações de atenção à saúde por ciclo de vida e gênero		
Setor responsável	Sais / DGC		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar institucionalmente o município na atenção integral à saúde no ciclo de vida e gênero	Município apoiado na atenção integral à saúde da criança	320	Número de municípios apoiados na atenção integral à saúde da criança
	Município apoiado na atenção integral à saúde do adolescente/jovem	320	Número de municípios apoiados na atenção integral à saúde do adolescente e jovem
	Município apoiado na atenção integral à saúde do idoso	400	Número de municípios apoiados na atenção integral à saúde do idoso
	Município apoiado na atenção integral à saúde do homem	80	Número de municípios apoiados na atenção integral à saúde do homem
	Município apoiado na atenção integral à saúde da mulher	417	Número de municípios apoiados na atenção integral à saúde da mulher
Qualificar os profissionais na atenção à saúde nos ciclos de vida e gênero	Profissionais de saúde qualificados por meio de web na atenção à saúde nos ciclos de vida e gênero	4.000	Número de profissionais de saúde qualificados na atenção à saúde nos ciclos de vida e gênero
	Profissionais de saúde capacitados presencialmente na atenção à saúde nos ciclos de vida e gênero	2.000	Número de profissionais de saúde capacitados na atenção à saúde nos ciclos de vida e gênero
Apoiar tecnicamente os municípios na elaboração da linha de cuidado do idoso	Municípios com linha de cuidado a saúde da pessoa idosa elaborada	4	Número de municípios com linha de cuidado à saúde da pessoa idosa elaborada
Qualificar os profissionais na atenção à saúde integral a pessoa idosa	Profissionais na atenção à saúde integral a pessoa idosa qualificados	800	Número de profissionais na atenção à saúde integral a pessoa idosa qualificados
Apoiar tecnicamente o credenciamento de serviços em laqueadura tubária e vasectomias	Serviços em laqueadura tubária e vasectomias credenciados	20	Número de serviços em laqueadura tubária e vasectomias com Resolução CIB
Iniciativa	Apoiar a implantação dos serviços de referência na atenção às pessoas em situação de violência sexual		
Setor responsável	Sais / DGC / DGRP		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar a implantação de serviços em atenção a pessoas em situação de violência sexual	Serviços em atenção a pessoas em situação de violência sexual apoiados	20	Número de serviços em atenção a pessoas em situação de violência sexual apoiados
	Serviços em atenção a pessoas em situação de violência sexual credenciados	10	Número de serviços em atenção a pessoas em situação de violência sexual credenciados
Apoiar na implantação de serviços que realizam abortos previstos em lei	Serviços que realizam abortos previstos em lei implantados	4	Número de serviços que realizam abortos previstos em lei implantados
Qualificar os profissionais na assistência a pessoas em situação de violência	Profissionais na assistência a pessoas em situação de violência qualificados	400	Número de profissionais na assistência a pessoas em situação de violência qualificados

Quadro 3. Compromisso 3

(continua)

Meta 15	Ampliar para 100% os municípios com apoio institucional para o desenvolvimento de ações à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas		
Iniciativa	Aprimorar as ações de atenção à saúde às populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas		
Setor responsável	Saís / DGC		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Qualificar os profissionais de saúde nas ações de atenção à saúde às populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas	Profissionais de saúde qualificados nas ações de população de rua	200	Número de profissionais qualificados
	Profissionais de saúde qualificados nas ações de saúde indígena	400	Número de profissionais qualificados
	Profissionais de saúde qualificados nas ações de saúde das pessoas LGBTQ+	2.400	Número de profissionais qualificados
	Profissionais do SUS qualificados na atenção à saúde do trabalhador rural, quilombola e ribeirinhas	1.000	Número de profissionais qualificados
	Profissionais do SUS qualificados na atenção à saúde das pessoas com albinismo	1.000	Número de profissionais qualificados
Qualificar a atenção à saúde da população negra	Profissionais de saúde capacitados em atenção à saúde da população negra	2.900	Número profissionais capacitadas
	Unidades com ampliação do registro do quesito raça/cor	40	Número de unidades com ampliação do registro do quesito raça/cor
	Unidade próprias com grupo de trabalho (GT) de assistência religiosa e combate ao racismo institucional implantados	18	Número de unidades próprias com GT de assistência religiosa e combate ao racismo institucional implantados
Iniciativa	Apoiar tecnicamente a implementação da Atenção à Saúde Prisional		
Setor responsável	Saís / DGC		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar na execução do Plano Estadual de ação dos serviços de saúde prestados às pessoas privadas de liberdade	Unidades prisionais monitoradas	25	Número de unidades prisionais monitoradas de acordo com o plano de ação
	Municípios apoiados nas ações de implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde às pessoas privadas de Liberdade	14	Número de municípios apoiados
	Profissionais de saúde qualificados nas ações de saúde das pessoas privadas de liberdade	1.000	Número de profissionais qualificados

Quadro 3. Compromisso 3

(continua)

Meta 16	Ampliar em quatro o número de regiões de saúde com unidades hospitalares de referência à gestação de alto risco		
Iniciativa	Apoiar tecnicamente os municípios no aprimoramento das ações de atenção à saúde materno-infantil		
Setor responsável	Sais / DGC		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar a implantação de fóruns regionais da rede cegonha	Fóruns regionais da rede cegonha implantados	8	Número de fóruns regionais da rede cegonha implantados
Implementar os fóruns regionais da rede cegonha	Fóruns regionais da rede cegonha implementados	20	Número de fóruns regionais da rede cegonha implementados
Qualificar os profissionais de saúde na atenção materno-infantil	Profissionais de saúde qualificados por meio de web na atenção materno-infantil	5.000	Número de profissionais de saúde qualificados na atenção materno-infantil
	Profissionais de saúde capacitados presencialmente na atenção materno-infantil	2.000	Número de profissionais de saúde capacitados na atenção materno-infantil
Apoiar tecnicamente o processo de elaboração e aprovação dos Planos de Ação Regional (PAR) da Rede Cegonha	PAR para Rede Cegonha aprovados em CIB	8	Número de PAR para a rede cegonha aprovados em CIB
Apoiar tecnicamente as unidades hospitalares para adesão à iniciativa do Hospital Amigo da Criança e da Mulher (Ihac)	Unidades hospitalares apoiadas para adesão a iniciativa do Ihac	4	Número de unidades hospitalares apoiadas para adesão a iniciativa do Ihac
Iniciativa	Apoiar a implantação dos bancos e/ou postos de coleta de leite humano		
Setor responsável	Sais / DGC		
Ações	Produtos	Meta até 2023	
Qualificar os profissionais de saúde em banco de leite/coleta	Profissionais de saúde qualificados em banco de leite/coleta	15	Número de profissionais de saúde qualificados
Apoiar tecnicamente as unidades elegíveis para implantação de postos e/ou banco de leite	Unidades elegíveis para implantação de postos e/ou banco de leite apoiadas tecnicamente	6	Número de unidades elegíveis para implantação de postos e/ou banco de leite apoiadas tecnicamente
Iniciativa	Apoiar a implantação da Casa de Parto Normal e Casa de Gestante, Bebê e Puérpera		
Setor responsável	Sais / DGC		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar tecnicamente as unidades elegíveis para implantação da Casa de Gestante, Bebê e Puérpera	Unidades elegíveis apoiadas	4	Número de unidades elegíveis apoiadas
Apoiar tecnicamente as unidades elegíveis para implantação do Centro de Parto Normal (CPN)	Unidades elegíveis apoiadas	1	Número de unidades elegíveis apoiadas

Quadro 3. Compromisso 3

(continua)

Meta 17	Ampliar em dezenove o número de serviços de atenção à pessoa com deficiência		
Iniciativa	Apoiar tecnicamente a implementação das ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência		
Setor responsável	Sais / DGC		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar os municípios para a implementação do Componente Especializado da RCPD (CER)	CER credenciados	11	Número de CER credenciados
	CEO com adesão à RCPD	8	Número de CEOs com adesão a RCPD
Realizar Educação Permanente de profissionais de saúde na RCPD	Profissionais capacitados presencialmente	350	Número de profissionais capacitados
	Profissionais qualificados por meio de web	2.400	Número de profissionais qualificados
Apoiar institucionalmente para a elaboração dos Planos de Ação Regionais da RCPD	Planos de ação regionais da RCPD aprovados na CIB	14	Número de planos aprovados na CIB
Iniciativa	Fornecer órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e bolsas de ostomia para as pessoas com diversas deficiências		
Setor responsável	Sais / DGC		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Conceder órteses, próteses, meio auxiliar de locomoção e bolsas de ostomia	Órteses, próteses, meio auxiliar de locomoção e bolsas de ostomia concedidas	1.000.000	Número de órteses, próteses, meio auxiliar de locomoção e bolsas de ostomia concedidas
Meta 18	Ampliar em 25 o número de serviços de atenção psicossocial		
Iniciativa	Apoiar técnico-financeiramente a implantação de serviços da Rede de Atenção Psicossocial		
Setor responsável	Sais / DGC		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar institucionalmente municípios nas estratégias de desinstitucionalização por hospital psiquiátrico	Pessoas com internação de longa permanência no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) e nos hospitais psiquiátricos (HP) desospitalizados	112	Número de pessoas desospitalizadas dos HCT e HP
Apoiar financeiramente a implementação de dispositivos da Raps	Serviço residencial terapêutico (SRT) com incentivo financeiro	15	Número de SRT com incentivo financeiro
	Caps III e Caps AD III com incentivo financeiro	8	Número de Caps III e Caps AD III com incentivo financeiro
	Caps AD II docente-assistencial contratualizado pela Gestão Estadual	1	Número de Caps AD II docente-assistencial contratualizado pela gestão estadual
Construir Caps	Caps construídos	4	Número de Caps construídos
Apoiar tecnicamente o credenciamento de dispositivos da Raps	Dispositivos da Raps credenciados	25	Número de dispositivos da Raps credenciados
Realizar educação permanente de profissionais da Raps por meio do Caps AD Gregório de Matos	Profissionais qualificados por meio de web	1.200	Número de profissionais qualificados em Saúde Mental
	Profissionais capacitados presencialmente por meio do Caps AD Gregório de Matos	4.000	Número de profissionais qualificados pelo Caps AD II Gregório de Matos
Apoiar a implantação do Serviço de Referência Hospitalar em Saúde Mental	Estabelecimentos hospitalares em saúde mental credenciados	15	Número de estabelecimentos hospitalares em saúde mental credenciados pela CIB

Quadro 3. Compromisso 3

(continua)

Meta 19	Ampliar para 417 o número de municípios apoiados na qualificação da atenção às políticas transversais		
Iniciativa	Apoiar tecnicamente a implementação das ações de saúde bucal na atenção especializada		
Setor responsável	Sais / DGC		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar tecnicamente os municípios na atenção especializadas de saúde bucal	Municípios apoiados na atenção especializada de saúde bucal	24	Número de municípios apoiados
Realizar Educação Permanente de profissionais na atenção especializada de saúde bucal	Profissionais capacitados presencialmente	400	Número de profissionais capacitados
	Profissionais qualificados por meio de web	4.000	Número de profissionais qualificados
Apoiar a implantação da atenção hospitalar em saúde bucal nas unidades próprias do Estado	Unidades hospitalares próprias com atenção à saúde bucal implantados	20	Número de unidades próprias com atenção à saúde bucal implantados
Iniciativa	Apoiar tecnicamente a implementação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde		
Setor responsável	Sais / DGC		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar educação permanente de profissionais em práticas integrativas e complementares em saúde	Profissionais capacitados presencialmente	400	Número de profissionais capacitados
	Profissionais qualificados por meio de web	1.200	Número de profissionais qualificados
Iniciativa	Apoiar tecnicamente os municípios nas ações de alimentação e nutrição e segurança alimentar		
Setor responsável	Sais / DGC		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar educação permanente de profissionais de saúde nas ações de alimentação e nutrição	Profissionais capacitados presencialmente	800	Número de profissionais capacitados
	Profissionais qualificados por meio de web	1.000	Número de profissionais qualificados
Monitorar os municípios para a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan)	Municípios monitorados	417	Número de municípios monitorados por meio dos sistemas
Meta 20	Implantar sete policlínicas		
Iniciativa	Construir policlínicas de saúde		
Setor responsável	Prosus		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Construir policlínica de Saúde	Policlínica de saúde construída	7	Número de policlínicas construídas
Iniciativa	Aparelhar policlínicas regionais		
Setor responsável	DG / Prosus		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Aparelhar policlínicas regionais	Policlínicas aparelhadas	100%	Percentual de clínicas aparelhadas

Quadro 3. Compromisso 3

(continua)

Iniciativa	Apoiar o funcionamento de consórcio interfederativo de saúde		
Setor responsável	Sais / DG / APG		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Custear consórcio de saúde	Consórcio de saúde custeado	100%	Percentual do consórcio custeado
Apoiar tecnicamente os consórcios públicos de saúde	Consórcios públicos de saúde apoiados tecnicamente	100%	Percentual de consórcios públicos de saúde apoiados tecnicamente
Realizar os módulos do Programa Estadual de Qualificação da Gestão Consorciada (PEQGC)	Consórcios de saúde participantes do PEQGC	100%	Percentual de consórcios de saúde participantes do PEQGC
Meta 21	Ampliar para 85% o percentual de unidades próprias de saúde com avaliação de desempenho superior a 75%		
Iniciativa	Implementar as ações e serviços das unidades próprias de saúde sob gestão direta e indireta		
Setor responsável	Sais / DGRP		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Gerenciar as unidades próprias de saúde	Unidades em funcionamento	58	Número de unidades próprias em funcionamento
Avaliar e monitorar as unidades próprias de saúde	Visitas técnicas realizadas	924	Número de visitas técnicas realizadas
Implantar serviços de alta complexidade nas unidades próprias	Serviços de alta complexidade implantados	22	Número de serviços de alta complexidade implantados
Elaborar plano operativo nas unidades próprias da gestão direta	Unidades com plano operativo elaborado	28	Número de unidades com plano operativo elaborados
Revisar plano operativo dos contratos de gestão das unidades próprias da gestão indireta	Unidades com o plano operativo dos contratos de gestão revisado	17	Número de unidades com plano operativo dos contratos de gestão revisado
Realizar capacitações para as unidades próprias	Capacitações realizadas	8	Número de capacitações realizadas
Iniciativa	Implementar ações e serviços das unidades próprias de saúde sob gestão de parceria público privado (PPP)		
Setor responsável	Dgecop / PPP		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Gerenciar unidades próprias sob PPP	Unidade hospitalar sob PPP gerenciada	1	Número de unidades hospitalares sob PPP gerenciadas
	Unidade hospitalar com PPP de serviços não clínicos em funcionamento	1	Número de unidades hospitalares com PPP de serviços não clínicos em funcionamento
	Unidade de saúde com PPP de diagnóstico por imagem em funcionamento	12	Número de unidades de saúde com PPP de diagnóstico por imagem em funcionamento

Quadro 3. Compromisso 3

(conclusão)

Meta PES	Implementar o Plano Estadual de Segurança do Paciente em nove regiões de saúde		
Iniciativa	Apoiar as regiões de saúde na implementação do Plano Estadual de Segurança do Paciente nas regiões de saúde		
Setor responsável	Gasec / Nesp		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Requalificar o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (Nesp)	Nesp requalificado	1	Nesp requalificado
Elaborar e aprovar o Plano Estadual de Segurança do Paciente	Plano Estadual de Segurança do Paciente aprovado no Conselho Estadual de Saúde e na CIB	1	Plano Estadual de Segurança do Paciente aprovado no Conselho Estadual de Saúde e na CIB
Apoiar gestores estaduais e municipais, hospitalares e ambulatoriais para disseminação da cultura de Segurança do Paciente nas regiões de saúde	Regiões de saúde com gestores capacitados em Segurança do Paciente	9	Número de regiões com gestores capacitados em Segurança do Paciente
	Regiões de saúde com planos regionais de segurança do paciente estabelecidos	9	Número de regiões de saúde com planos de segurança do paciente estabelecidos
Meta PES	Implementar o Plano Estratégico de Atenção Hospitalar (PAH) nas 28 regiões de saúde		
Iniciativa	Apoiar as regiões de saúde na organização dos hospitais de acordo com o Plano Estratégico de Atenção Hospitalar Regionalizado		
Setor responsável	Sais / DAE		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Capacitar os gestores municipais e hospitalares nas regiões de saúde para organização da atenção hospitalar segundo o PAH-BA	Regiões de saúde com gestores capacitados	28	Número de regiões com gestores capacitados
Reclassificar os hospitais das regiões de saúde de acordo com a tipologia estabelecida	Regiões de saúde com hospitais reclassificados a aprovados em CIB	28	Número de regiões com hospitais reclassificados
Qualificar os profissionais de referência para execução do PAH nos Núcleos Regionais de Saúde (NRS)	Núcleos regionais de saúde com profissionais qualificados conforme PAH	9	Número de NRS com profissionais qualificados

7.4 COMPROMISSO 4: PROMOVER A VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR NO SUS-BA

O compromisso 4 reafirma a importância das políticas voltadas para o trabalho e a educação como forma de contribuir com as mudanças quantitativas e qualitativas na formação dos trabalhadores de saúde, bem como na valorização do trabalho e do trabalhador. Nesse sentido, tem na implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Pegtes), aliada à Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS-BA (PEH), estratégias para reorientar o sistema e os serviços segundo a lógica da promoção da saúde e contribuir com a melhoria da gestão e do cuidado (**Quadro 4**).

Quadro 4. Compromisso 4

(continua)

Meta 1	Ampliar para 50 mil o número de certificação nos processos formativos em saúde e demais atividades pedagógicas para trabalhadores, gestores, estudantes, usuários e controle social no SUS-BA		
Iniciativa	Promover formação e/ou qualificação dos trabalhadores do SUS-BA		
Setor responsável	Superh / ESPBA		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Qualificar trabalhadores de nível médio e pós-médio	Trabalhadores de nível médio e pós-médio qualificados	4.000	Número de trabalhadores de nível médio e pós médio certificados
Qualificar trabalhadores em cursos de pós-graduação, aperfeiçoamento, atualização, treinamentos e formação em serviço e demais eventos pedagógicos	Trabalhadores que atuam na Rede SUS-BA qualificados	2.000	Número de trabalhadores que atuam na Rede SUS-BA certificados
Iniciativa	Formar agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias		
Setor responsável	Superh / ESPBA		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Promover a adesão dos municípios para a formação dos agentes comunitários de saúde (ACS)	Municípios das 28 Regionais de saúde do estado da Bahia com adesão à formação dos ACS	417	Número de municípios aderidos à proposta de formação dos ACS
Formar ACS	ACS formados	20.000	Número de ACS formados
Promover a adesão dos municípios para a formação dos agentes de combate às endemias (ACE).	Municípios das 28 Regionais de saúde do estado da Bahia com adesão à formação dos ACE	417	Número de municípios aderidos à proposta de formação dos ACE
Formar ACE	ACE formados	9.125	Número de ACE formados
Meta 2	Qualificar 100% da regulação de vagas de residência, estágios obrigatórios e não obrigatórios em saúde.		
Iniciativa	Formar especialistas por meio de residências em saúde de acordo com as necessidades do SUS-BA.		
Setor responsável	Superh / ESPBA		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Ofertar vagas para profissionais de saúde nos programas de residência médica e multiprofissional de saúde	Número de vagas de residência e multiprofissionais ofertadas	4.000	Número de vagas ofertadas
Organizar os campos de práticas da Rede SUS-BA e regular as vagas para os estágios obrigatórios de graduação em saúde	Hora/aula no campo de estágio disponibilizado pela Rede Sesab	24.000.000	Número de horas/aula no campo de estágio disponibilizada
Organizar os campos de práticas da Rede SUS-BA e regular as vagas para os estágios obrigatórios de nível médio em saúde	Estudantes regulados nos campos de prática	24.000	Número de estudantes regulados nos campos de prática
Qualificar estudantes de graduação e da formação técnica que cumprem seus estágios na Rede SUS-BA nos programas de estágio não obrigatórios (médio/técnico e graduação)	Estudantes qualificados	2.800	Número de estudantes qualificados pelos programas de estágio não obrigatórios

Quadro 4. Compromisso 4

(continua)

Meta 3	Ampliar para 29 o número de unidades próprias com, no mínimo, quatro estratégias de gestão do trabalho implementadas		
Iniciativa	Implementar o Programa Estadual de Avaliação de Desempenho		
Setor responsável	Superh / DGTES / Darh		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Instituir comissão central e comissões locais do Programa de Avaliação de Desempenho	Comissão central e comissões locais instituídas	60	Número de comissão central e número de unidades próprias de saúde sob gestão direta com comissão instituída
Implementar o Programa de Avaliação de Desempenho dos Servidores da Sesab	Programa de Avaliação de Desempenho implementado	1	Número de programas de avaliação de desempenho implementados
Implantar módulo de avaliação de desempenho do Sistema Integrado de Gestão do Trabalho	Módulo do Programa de Avaliação de Desempenho implantado	1	Número de módulos concluídos e em funcionamento
Monitorar e avaliar ciclos da avaliação de desempenho na Sesab	Ciclos monitorados e avaliados no ano	48	Número de ciclos monitorados e avaliados
Iniciativa	Implementar o Planejamento da Força de Trabalho na Sesab		
Setor responsável	Superh / DGTES / Darh		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Validar parâmetros de dimensionamento do estado com referências técnicas das unidades, conselhos de classes e sindicatos	Parâmetros para dimensionamento da força de trabalho validados	1	Número de parâmetros validados
Realizar oficinas para a padronização da nomenclatura dos setores/ áreas das unidades da rede própria	Oficinas realizadas	73	Número de oficinas realizadas
Implantar módulo de dimensionamento da força de trabalho na saúde do sistema integral de gestão do trabalho	Módulo de Dimensionamento implementado	100%	Percentual do módulo concluído e em funcionamento
Realizar censo da força de trabalho em saúde do estado	Censo da força de trabalho realizado	100%	Percentual do censo da força de trabalho realizado
Iniciativa	Aprimorar as ações de segurança e saúde do trabalhador por meio do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab (Paist)		
Setor responsável	Superh / DGTES / Darh		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Implantar sala de situação de segurança e da saúde do trabalhador da Sesab	Sala de situação de segurança e saúde do trabalhador implantada	1	Número de salas implantadas
Implementar serviços de atenção integral à saúde do trabalhador (Siasts) e comissão local de saúde do trabalhador (CLST) das unidades da Sesab	Siasts e CLST implantados	1 Siast e 13 CLSTs	Número de serviços e comissões implantadas
	Siasts e CLST em funcionamento	29 Siasts e 29 CLSTs	Número de serviços e comissões em funcionamento
Implantar projeto de readequação das unidades da Sesab às Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego	Projeto de readequação às Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego implantado	1	Número de projetos implantados
Implantar as ações do Guia de Promoção da Saúde do Trabalhador	Ação implantada	10	Número de ações implantadas

Quadro 4. Compromisso 4

(continua)

Iniciativa	Promover o desenvolvimento funcional do Grupo Ocupacional de Serviços Públicos da Saúde.		
Setor responsável	Superh / DGTES / Darh		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Elaborar listas com solicitações de promoção e progressão deferidas para viabilizar publicação	Listas de desenvolvimento funcional elaboradas – progressão	8	Número de listas de desenvolvimento funcional elaboradas – progressão
	Listas de desenvolvimento funcional elaboradas – promoção	8	Número de listas de desenvolvimento funcional elaboradas – promoção
Iniciativa	Aprimorar a estrutura de negociação coletiva, cargos, carreiras e vencimentos da Sesab.		
Setor responsável	Superh / DGTES / Darh		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Implementar mesas estaduais de negociação coletiva na Sesab	Mesa Estadual de Negociação Coletiva do SUS-BA implementada	1	Número de mesas estaduais de negociação coletiva do SUS-BA implementadas
	Mesa Setorial de Negociação Coletiva do SUS-BA implementada	1	Número de mesas setoriais de negociação coletiva do SUS-BA implementadas
Iniciativa	Consolidar os núcleos de gestão do trabalho e educação na Saúde nas unidades da rede Sesab		
Setor responsável	Superh / DGTES / Darh		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Implementar os núcleos de gestão do trabalho e educação na saúde na Sesab (Nugtes)	Nugtes implementados	29	Número de Nugtes implementados
Iniciativa	Aprimorar fluxos, procedimentos e processos de gestão de pessoas no âmbito da Sesab		
Setor responsável	Superh / DGTES / Darh		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Revisar fluxos e procedimentos para concessão de direitos e benefícios dos trabalhadores da Sesab	Fluxos e procedimentos para concessão de direitos e benefícios dos trabalhadores da Sesab revisados	100%	Percentual dos fluxos e procedimentos para concessão de direitos e benefícios dos trabalhadores da Sesab revisados
Implantar Sistema Operacional de Gestão de Processos e Pessoas	Sistema Operacional de Gestão de Processos e Pessoas implantado	100%	Percentual do Sistema Operacional de Gestão de Processos e Pessoas com fluxos e processos automatizado
Reduzir o tempo de análise dos processos de aposentadoria e abono de permanência	Processos analisados em, no máximo, sessenta dias após a solicitação do requerente	Reduzir o tempo para sessenta dias	Percentual de processos de aposentadoria e abono de permanência analisados em até sessenta dias
Qualificar trabalhadores administrativos para atendimento-padrão na sede do Serviço de Atendimento ao Cidadão e da Política Estadual de Humanização	Trabalhadores administrativos qualificados	100%	Percentual de trabalhadores administrativo qualificados
Monitorar e avaliar as ações e procedimentos relativos à área de pessoal e pagamento	Ações e procedimentos relativos à área de pessoal e pagamento monitoradas e avaliadas	100%	Percentual de ações e procedimentos relativos à área de pessoal e pagamento monitoradas e avaliadas

Quadro 4. Compromisso 4

(continua)

Iniciativa	Implantar plano de comunicação para valorização do trabalho e do(a) trabalhador(a) da Saúde		
Setor responsável	Superh / DGTES / Darh		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Publicar plano de comunicação para valorização do trabalho e do trabalhador da Saúde	Plano de comunicação para valorização do trabalho e do trabalhador da Saúde publicado	1	Número de planos de comunicação para valorização do trabalho e do trabalhador da saúde publicados
Implantar canais de comunicação efetivos que contribuam para o mapeamento e respostas das necessidades das unidades	Canais de comunicação para qualificação do trabalho em saúde implantados	1	Número de canais de comunicação para qualificação do trabalho em saúde implantados e em funcionamento
Qualificar trabalhadores da Secretaria para a melhoria dos processos de trabalho	Trabalhadores qualificados no Programa de Inclusão Digital	60%	Percentual de trabalhadores qualificados pelo Programa de Inclusão Digital
	Trabalhadores qualificados para utilização do Sistema Eletrônico de Informação (SEI).	100%	Percentual de trabalhadores qualificados para uso do SEI
Iniciativa	Realizar inspeções em unidades próprias da Sesab com maior prevalência de ilícitos		
Setor responsável	Corregedoria		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar inspeções em unidades próprias da Sesab com maior prevalência de ilícitos	Inspeções em unidades próprias da Sesab realizadas	28	Número de unidades próprias da Sesab inspecionadas
Meta 4	Expandir em sete o quantitativo de unidades de saúde com dispositivos da Política de Humanização da Atenção e Gestão do SUS-BA nas unidades da Sesab		
Iniciativa	Assegurar relações e processos de trabalho seguros, humanizados e saudáveis na Sesab		
Setor responsável	Superh		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Implementar II Plano Estadual de Humanização (2020-2023)	II Plano Estadual de Humanização implementado	1	Número de planos estaduais de humanização implementados
Implantar espaços de gestão e atenção à saúde da Sesab com dispositivos de humanização (unidades gestão direta)	Espaços de gestão e atenção à saúde da Sesab com dispositivos de humanização implantados	100%	Percentual de espaços de gestão e atenção à saúde da Sesab com dispositivos de humanização implantados
Apoiar a implantação do Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco (ACCR) nas unidades de emergência da rede própria Sesab	ACCR implantado nas unidades de emergência implantado	100%	Percentual de unidades de emergência com ACCR implantado
Monitorar unidades com dispositivos de humanização implantadas.	Unidades monitoradas	100%	Percentual de unidades com dispositivos de humanização monitorados

Quadro 4. Compromisso 4

(conclusão)

Iniciativa	Implantar estratégias para promoção de cultura da paz e não violência no trabalho em saúde nas unidades da rede própria da Sesab		
Setor responsável	Superh / DGTES		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Promover curso de aperfeiçoamento sobre promoção da cultura da paz no trabalho	Curso de aperfeiçoamento promovido	1	Número de cursos de aperfeiçoamento sobre promoção da cultura da paz no trabalho
Monitorar unidades com estratégias para promoção da cultura da paz no trabalho	Unidades com estratégias para promoção da cultura da paz no trabalho monitoradas	100%	Percentual de unidades com estratégias para promoção da cultura da paz no trabalho promovidos monitoradas
Iniciativa	Implantar o Selo de Humanização em Saúde do SUS -BA (Acreditação Hospitalar para Humanização)		
Setor responsável	Superh / DGTES		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Instituir Selo de Humanização do Estado da Bahia	Selo de Humanização instituído	1	Número de selos de humanização instituídos
Monitorar unidades acreditadas com o Selo de Humanização.	Unidades monitoradas	100%	Percentual de unidades acreditadas monitoradas
Meta 5	Implementar as ações de gestão do trabalho e educação em saúde no SUS-BA, nas nove macrorregiões		
Iniciativa	Fortalecer as macrorregionais com ações de gestão do trabalho e educação em saúde		
Setor responsável	Superh		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Fortalecer espaços de discussão da gestão e humanização e educação na saúde nas macrorregiões	Espaços de discussão fortalecidos	9	Número de espaços de discussão da gestão e humanização e educação na saúde nas macrorregiões fortalecidos
Apoiar a implantação das ações e estratégias de gestão e humanização da gestão e do trabalho nas macrorregiões.	Apoio na implantação das ações e estratégias de gestão e humanização da gestão e do trabalho nas macrorregiões realizadas	9	Número de macrorregiões com ações e estratégias de gestão e humanização da gestão e do trabalho implantadas
Implantar comissões de integração ensino serviço (Cies) regionais	Cies implantadas	28	Número de Cies implantadas

7.5 COMPROMISSO 5: POTENCIALIZAR A ATENÇÃO HEMATOLÓGICA E HEMOTERÁPIA À POPULAÇÃO DA BAHIA

O Compromisso 5 visa fortalecer a Rede de Hematologia e Hemoterapia do Estado da Bahia para que sejam executadas as ações inerentes à Política Nacional de Sangue e Hemoderivados no estado, por meio do seu órgão executor – a Hemoba. Essas ações objetivam potencializar a atenção hematológica e hemoterápica à população baiana, para a produção e fornecimento de hemocomponentes com qualidade e em quantidade suficiente para atender a demanda da rede de saúde do estado da Bahia e realizar atendimentos ambulatoriais multidisciplinares a pacientes com doenças hematológicas benignas, além de oferecer outros

serviços relevantes, como o cadastro de doadores de medula óssea, atividades de educação permanente para profissionais da área, dentre outras (**Quadro 5**).

Quadro 5. Compromisso 5

(continua)

Meta 1	Expandir a estrutura da rede pública estadual de hematologia e hemoterapia		
Iniciativa	Implantar unidade hematológica e hemoterápica		
Setor responsável	Hemoba/ Direg		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Implantar unidade hematológica e hemoterápica	Unidade hematológica e hemoterápica implantada	1	Percentual de unidades hematológicas e hemoterápicas implantadas
Iniciativa	Aparelhar unidade hematológica e hemoterápica		
Setor responsável	Hemoba / Diraf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Aparelhar unidade hematológica e hemoterápica	Equipamento/ material permanente adquirido	320	Percentual de equipamentos/materiais permanentes adquiridos
Iniciativa	Requalificar unidade hematológica e hemoterápica		
Setor responsável	Hemoba / Diraf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Requalificar unidade hematológica e hemoterápica	Unidade hematológica e hemoterápica requalificada	8	Percentual de unidades hematológicas e hemoterápicas requalificadas
Meta 2	Ampliar para 1.286.000 o número de bolsas de hemocomponentes produzidas em unidades da hemorede pública estadual		
Iniciativa	Aprimorar estratégias de captação de candidatos a doação de sangue		
Setor responsável	Hemoba / Dihemot		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Disseminar a cultura da doação voluntária de sangue	Campanha para captação de doador realizada	1.724	Percentual de campanhas para captação de doadores realizadas
Iniciativa	Realizar coleta de bolsas de sangue		
Setor responsável	Hemoba / Dihemot		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar coleta de bolsa de sangue	Bolsa de sangue coletada	492.000	Percentual de bolsas de sangue coletadas
Iniciativa	Produzir bolsas de hemocomponentes		
Setor responsável	Hemoba / Dihemot		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Produzir bolsa de hemocomponente	Bolsa de hemocomponente produzida	1.286.000	Percentual de bolsas de hemocomponentes produzidas

Quadro 5. Compromisso 5

(conclusão)

Iniciativa	Atender às solicitações de bolsas de hemocomponentes		
Setor responsável	Hemoba / Dihemot		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Atender à solicitação de bolsa de hemocomponente	Solicitação de bolsa de hemocomponente atendida	75%	Percentual de solicitações de bolsas de hemocomponentes atendidas
Meta 3	Ampliar para 488.500 o número de procedimentos e atendimentos hematológicos ambulatoriais multidisciplinares realizados em unidades da hemorrede pública estadual		
Iniciativa	Implementar estratégias de ampliação do quadro técnico para o atendimento hematológico ambulatorial		
Setor responsável	Hemoba / Direg		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Implementar estratégias de ampliação do quadro técnico para o atendimento hematológico ambulatorial	Estratégia implementada	2	Percentual de estratégias para ampliação do quadro técnico implementadas
Iniciativa	Qualificar profissionais da rede de Hematologia e Hemoterapia		
Setor responsável	Hemoba / Diraf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realização de evento de capacitação para profissionais da rede de hematologia e hemoterapia	Evento de capacitação realizado	240	Percentual de eventos de capacitação para profissionais da rede de hematologia e hemoterapia realizados
Iniciativa	Realizar procedimentos e atendimentos ambulatoriais multidisciplinares		
Setor responsável	Hemoba / Dihemat		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar procedimento e atendimento ambulatorial multidisciplinar à pessoa com doença hematológica benigna	Procedimento ou atendimento ambulatorial multidisciplinar realizado	488.500	Percentual de procedimentos e atendimentos ambulatoriais multidisciplinares prestados às pessoas com doenças hematológicas benignas realizados

7.6 COMPROMISSO 6: APRIMORAR A GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE, AMPLIANDO OS CANAIS DE DIÁLOGO COM A SOCIEDADE E O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL

O compromisso 6 busca aprimorar a gestão por meio da qualificação dos processos internos, atendendo às demandas com registro nas ouvidorias e na Auditoria e melhorando a infraestrutura e processos de tecnologia da informação, assim como o diálogo com a sociedade e o exercício do controle social (**Quadro 6**).

Quadro 6. Compromisso 6

(continua)

Meta 1	Ampliar a autonomia e a atuação da Auditoria SUS-BA com o cumprimento de 80% da programação anual de auditoria		
Iniciativa	Auditare ações, serviços, programas, sistemas e aplicação de recursos no SUS		
Setor responsável	Auditoria		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Auditare ações, serviços, programas, sistemas e aplicação de recursos no SUS	Ações, serviços, programas, sistemas e aplicação de recursos auditados	80%	Percentual de execução da programação anual da auditoria atingido
Iniciativa	Qualificar os processos internos para fortalecimento da atuação e autonomia da Auditoria do SUS-BA		
Setor responsável	Auditoria		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Qualificar processos internos	Processos internos qualificados	8	Número de processos internos qualificados
Iniciativa	Avaliar o cumprimento das metas estabelecidas no Plano Anual de Auditoria		
Setor responsável	Auditoria		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Monitorar a execução do Plano Anual de Auditoria	Relatórios quadrimestrais elaborados	12	Número de relatórios quadrimestrais elaborados
Meta 2	Expandir para 103 o número de unidades de Ouvidorias do SUS-BA		
Iniciativa	Realizar capacitações de novos Ouvidores do SUS-BA		
Setor responsável	Ouvidoria		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar tecnicamente os gestores municipais para a implantação de ouvidorias do SUS no estado	Novas ouvidorias do SUS implantadas	103	Número de ouvidorias implantadas
Meta 2	Expandir para 103 o número de unidades de Ouvidorias do SUS-BA		
Iniciativa	Realizar capacitações de novos Ouvidores do SUS-BA		
Setor responsável	Ouvidoria		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Qualificar o profissional para utilização do Sistema Ouvidor SUS	Novos ouvidores capacitados	103	Número de novos ouvidores capacitados
Divulgar os serviços de ouvidoria	Ouvidoria contempladas com materiais informativos	180	Número de ouvidorias contempladas com materiais informativos
Iniciativa	Distribuir kits de computadores para as novas ouvidorias		
Setor responsável	Ouvidoria		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Disponibilizar equipamento após assinatura do Termo de Adesão	Kit completo de informática disponibilizado	103	Número de kits disponibilizados
Iniciativa	Realizar monitoramento das ouvidorias da rede		
Setor responsável	Ouvidoria		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar visita técnica às ouvidorias	Visita técnica realizada	80	Número de visitas técnicas realizadas às ouvidorias
Realizar qualificação da rede estadual de ouvidorias	Reuniões semestrais realizadas	8	Número de reuniões
	Ouvidores capacitados	200	Número de ouvidores capacitados

Quadro 6. Compromisso 6

(continua)

Meta 3	Expandir para dezoito o número de unidades de saúde da rede própria da Sesab com prontuário eletrônico		
Iniciativa	Capacitar profissionais de saúde na utilização do prontuário eletrônico		
Setor responsável	Prosus / DMA		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Capacitar os profissionais de saúde no sistema de prontuário eletrônico AGHUse	Profissionais de saúde capacitados no AGHUse	2.160	Número de profissionais capacitados
Iniciativa	Implantar o sistema de informação de prontuário eletrônico		
Setor responsável	Prosus / DMA		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Implantar o sistema de informação de prontuário eletrônico	Unidades de saúde com prontuário eletrônico implantado	18	Número de unidades com o prontuário eletrônico implantado
Meta 4	Qualificar dezoito unidades da Sesab – administrativas e rede própria – com infraestrutura e recursos de tecnologia da informação e comunicação (TIC)		
Iniciativa	Melhorar a infraestrutura tecnológica e os recursos de TIC		
Setor responsável	Prosus / DMA		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Adquirir recursos de TIC	Unidade qualificada com os recursos de TIC adquiridos	18	Número de unidades qualificadas com recursos de TIC adquiridos
Iniciativa	Aperfeiçoar a capacidade de gestão de TIC		
Setor responsável	Prosus / DMA		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Capacitar profissionais em TIC nas unidades de saúde	Profissionais de TIC capacitados nas unidades de saúde	18	Número de unidades com profissionais de TIC capacitados
Meta 5	Ampliar para 1.316 o número de pesquisas monitoradas nas unidades próprias da gestão direta, no Programa de Pesquisa para o SUS-BA (PPSUS) e no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP SESAB)		
Iniciativa	Qualificar o monitoramento das pesquisas realizadas nas unidades próprias da gestão direta – implantação do sistema Plataforma Bahia		
Setor responsável	Saftec / Ditec		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Desenvolver o sistema Plataforma Bahia	Sistema Plataforma Bahia desenvolvido	1	Número de sistemas desenvolvidos e atualizados
Realizar o monitoramento das pesquisas em unidades de saúde	Pesquisas monitoradas	1.200	Número de pesquisas monitoradas
Realizar reuniões de monitoramento com representantes das unidades de saúde	Reuniões realizadas para monitoramento das pesquisas	4	Número de reuniões realizadas
Iniciativa	Apoiar técnica e cientificamente os comitês de ética em pesquisa (CEP)		
Setor responsável	Saftec / Ditec		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar reunião ampliada com os CEP Bahia	Reuniões ampliadas do CEP realizadas	4	Número de reuniões realizadas
Realizar seminário estadual com os CEP Bahia	Seminário estadual do CEP realizado	4	Número de seminários realizados
Participar de reuniões do CEP Sesab	Participação em reuniões do CEP realizadas	32	Número de participações em reuniões do CEP

Quadro 6. Compromisso 6

(continua)

Iniciativa	Apoiar técnica e cientificamente a elaboração de editais de pesquisa para o SUS		
Setor responsável	Saftec / Ditec		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar seminário final edital Fapesb – Pesquisa para o SUS nº 03/2017	Seminário final Edital Fapesb – Pesquisa para o SUS realizado	1	Número de seminários realizados
Realizar oficina de prioridade para elaboração de edital de pesquisa para o SUS Fapesb	Oficina de prioridade para elaboração de edital de pesquisa para o SUS Fapesb realizada	1	Número de oficinas realizadas
Elaborar edital de pesquisa conjuntamente com a Fapesb, MS e CNPq	Edital de pesquisa conjuntamente a Fapesb, MS e CNPq elaborado	1	Número de editais elaborados
Realizar seminários e pesquisa para o SUS	Seminários de pesquisa para o SUS realizados	2	Número de seminários realizados
Elaborar material para divulgação de pesquisa para o SUS	Material para divulgação das pesquisas para o SUS elaborado	2	Número de materiais elaborados
Meta 6	Ampliar em onze o número de unidades da rede própria em processo de eficientização de custos		
Iniciativa	Implementar sistema de monitoramento de custos		
Setor responsável	Saftec / Ditec		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Implantar sistema de monitoramento de custos	Sistema de monitoramento de custos implantado	17	Número de implantações do sistema de monitoramento de custos realizadas
Capacitar trabalhadores para qualificação dos dados	Trabalhadores capacitados	2.000	Número de trabalhadores capacitados
Monitorar os custos nas unidades de saúde	Unidades de saúde com os custos monitorados	54	Número de unidades de saúde com os custos monitorados
Realizar seminário para apresentação dos resultados	Seminários realizados	4	Número de seminários realizados
Iniciativa	Implantar metodologia de racionalização de uso de medicamentos		
Setor responsável	Saftec / Ditec		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar treinamento para monitoramento e avaliação dos resultados da racionalização de uso de medicamentos	Pessoa treinada	200	Número de pessoas treinadas
Realizar acompanhamento e avaliação crítica das etapas estruturais para participação no Treinamento Prático	Avaliação crítica realizada	4	Número de avaliações críticas realizadas
Meta 7	Aprimorar a articulação interfederativa nas instâncias gestoras do SUS-BA por meio da realização de 1.160 reuniões de pactuação		
Iniciativa	Realizar reuniões de pactuação das instâncias gestoras interfederativas		
Setor responsável	APG		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar reuniões de pactuação das instâncias gestoras interfederativas	Reuniões de pactuação realizadas	1.160	Número de reuniões de pactuação realizadas

Quadro 6. Compromisso 6

(conclusão)

Meta 8	Fortalecer as instâncias de controle social, nos 417 conselhos municipais de saúde		
Iniciativa	Apoiar as instâncias de controle social na condução das políticas de saúde		
Setor responsável	CES		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Promover a estrutura e funcionamento do CES	CES estruturado e em funcionamento	100%	Percentual de estrutura em funcionamento
Realizar ações estratégicas do CES	Ações estratégicas realizadas	100%	Percentual de ações estratégicas realizadas
Realizar a 11ª Conferência Estadual de Saúde	11ª Conferência Estadual de Saúde realizada	100%	Percentual de ações programadas por ano realizadas
Meta 9	Elaborar 24 instrumentos de planejamento e gestão do SUS		
Iniciativa	Elaborar e aprimorar os instrumentos de monitoramento, acompanhamento e avaliação da política de saúde		
Setor responsável	APG		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Elaborar relatórios de gestão da Sesab	Relatório de Gestão da Sesab elaborado	24	Número de RAG elaborados
Apoiar os municípios no aprimoramento e elaboração dos instrumentos de planejamento da saúde	Municípios apoiados no aprimoramento dos instrumentos de planejamento em saúde	70%	Percentual de municípios apoiados no aprimoramento nos instrumentos de planejamento em saúde
Iniciativa	Realizar estudos de linhas do cuidado e modelagem das Redes de Atenção à Saúde (RAS)		
Setor responsável	Prosus		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar estudos de linhas do cuidado e modelagem das RAS	Estudo de linha de cuidado realizado	1	Número de estudos realizados
Meta PES	Qualificar a Central Farmacêutica da Bahia e a Farmácia Integrada de Medicamentos da Atenção Especializada		
Iniciativa	Manter o funcionamento qualificado da Central Farmacêutica da Bahia (Cefarba) e da Farmácia Integrada de Medicamentos da Atenção Especializada (Fimae)		
Setor responsável	Saftec / Dasf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Qualificar Cefarba	Cefarba qualificada	100%	Percentual de qualificação da Cefarba
Qualificar a Fimae	Fimae qualificada	100%	Percentual de qualificação da Fimae

7.7 COMPROMISSO 7: PROMOVER A GESTÃO DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELO SUS-BA

O Compromisso 7 busca promover adequadamente as ações-meio da secretaria que subsidiam o aprimoramento das unidades de saúde e das áreas finalísticas da Sesab. Para tanto, pauta-se no funcionamento, na manutenção e reparo e no aparelhamento das unidades, dotando-as, inclusive, de infraestrutura adequada de tecnologia de informação e comunicação (TIC), visando a modernização e o aprimoramento da prestação dos serviços de saúde. Além disso, busca realizar

a administração de pessoal e encargos do grupo ocupacional de saúde das unidades de saúde da rede própria sob administração direta.

Ademais, os recursos disponibilizados por meio de convênios estaduais contemplam a melhoria da assistência à saúde nos municípios, que também fazem parte da política da gestão qualificada dos recursos administrativos e financeiros para prestação dos serviços de saúde.

Quadro 7. Compromisso 7

(continua)

Iniciativa	Fiscalizar obras e serviços em unidades de saúde		
Setor responsável	Ceirf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Fiscalizar obras e serviço de engenharia em prédio público	Obra/serviço público fiscalizado	100%	Percentual de obras/serviço de engenharia em prédio público fiscalizado
Iniciativa	Reparar a estrutura física das unidades de saúde		
Setor responsável	Ceirf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Reparar unidade de saúde	Reparações em unidade de saúde realizadas	78	Número de reparações em unidades de saúde realizadas
Iniciativa	Gerenciar o funcionamento das unidades da hemorrede pública estadual		
Setor responsável	Hemoba / Diraf		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Gerenciar o funcionamento das unidades da hemorrede pública estadual	Unidade hematológica e hemoterápica em funcionamento gerenciada	30	Percentual de unidades da hemorrede pública estadual em funcionamento
Adquirir veículos para renovar a frota da Sesab	Veículos adquiridos	75%	Percentual de veículos adquiridos por demanda
Iniciativa	Aparelhar unidades de Saúde		
Setor responsável	DG / Prosus		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Adquirir e entregar equipamentos conforme demanda	Unidades de saúde equipadas conforme demanda	80%	Percentual de unidades de saúde equipadas
Iniciativa	Apoiar financeiramente ações de melhoria da assistência à Saúde		
Setor responsável	Diconv		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar apoio financeiro a municípios para melhoria da assistência à saúde	Município apoiado financeiramente	100%	Percentual de municípios que receberam apoio financeiro para melhoria da assistência à saúde
Iniciativa	Apoiar financeiramente municípios na recuperação de unidade de saúde		
Setor responsável	Diconv		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar apoio financeiro a municípios para recuperação de unidades de saúde	Município apoiado financeiramente	100%	Percentual de municípios que receberam apoio financeiro para recuperação de unidades de saúde
Iniciativa	Apoiar financeiramente o aparelhamento de unidades de saúde		
Setor responsável	Diconv		

Quadro 7. Compromisso 7

(conclusão)

Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Apoiar financeiramente o município	Município apoiado financeiramente	100%	Percentual de municípios que receberam apoio financeiro para aparelhamento de unidades de saúde
Iniciativa	Realizar administração de pessoal e encargos do grupo ocupacional de saúde das unidades de saúde da rede própria sob administração direta		
Setor responsável	Superh		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar administração de pessoal e encargos do grupo ocupacional de saúde das unidades de saúde da rede própria sob administração direta	Administração de pessoal realizado	100%	Percentual de pessoal e encargos do grupo ocupacional de saúde das unidades de saúde da rede própria sob administração direta
Iniciativa	Assegurar o funcionamento de sistema informatizado		
Setor responsável	DMA		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Atender as demandas de desenvolvimento, evolução e sustentação de sistemas informatizados	Demandas atendidas	100%	Percentual de demandas atendidas
Iniciativa	Gerenciar o Projeto de Fortalecimento do SUS		
Setor responsável	Prosus		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Gerenciar o Prosus	Prosus gerenciado	1	Número de projetos gerenciados
Iniciativa	Disponibilizar medicamentos em caráter especial		
Setor responsável	Saftec		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Disponibilizar medicamentos em caráter especial	Medicamentos em caráter especial disponibilizados	240.000	Número de medicamentos em caráter especial disponibilizados
Iniciativa	Realizar o processamento das informações dos serviços hospitalares e ambulatoriais dos estabelecimentos de saúde		
Setor responsável	Dicon / Suregs		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Realizar o processamento das informações dos serviços hospitalares e ambulatoriais dos estabelecimentos de saúde	Informações dos serviços hospitalares e ambulatoriais dos estabelecimentos de saúde processadas	100%	Percentual de informações dos serviços hospitalares e ambulatoriais dos estabelecimentos de saúde processadas
Iniciativa	Manter em funcionamento a oferta dos serviços de saúde às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional		
Setor responsável	Fesba / Disi		
Ações	Produtos	Meta até 2023	Indicador
Manter em funcionamento o tratamento e o serviço de saúde em unidade prisional	Tratamento e serviço de saúde em unidade prisional em funcionamento	100%	Percentual de unidade prisional em funcionamento com tratamento e serviço de saúde

7.8 COMPROMISSO COMPARTILHADO

Quadro 8. Compromisso compartilhado

Programa	Ciência, Tecnologia e Inovação
Iniciativa	Divulgar o conhecimento gerado pela Plataforma Bahia a partir do monitoramento das pesquisas realizadas na rede de saúde.
Setor responsável	Saftec/Ditec
Programa	Gestão Governamental
Iniciativa	Recuperar de Edifício Público
Setor responsável	Ceirf
Iniciativa	Promover a divulgação de ações institucionais
Setor responsável	DGE

O monitoramento e avaliação são ferramentas para promover melhorias na gestão pública e na efetividade de resultados. Configuram-se como funções estratégicas de planejamento e devem ser inerentes a todas as políticas, pois fundamentam a tomada de decisão e o controle social sobre os rumos da política de saúde, induzindo a alocação dos recursos disponíveis de forma adequada e solucionando possíveis problemas de execução das ações e programas.

A concepção de monitoramento tem relação direta com o cumprimento do Plano, o alcance de metas de produtos e o desenvolvimento das iniciativas. A avaliação vai além, pois questiona se o cumprimento do Plano permitiu o alcance dos objetivos, mediante adoção de parâmetros que possibilitem a emissão de julgamento de valor.

Nesse sentido, a avaliação é definida como um processo conduzido antes, durante e depois da implementação do Plano, sobre o qual efetua um juízo de valor ou mérito, considerando o contexto histórico-estrutural, político, econômico, social e conjuntural, comparando-se os resultados alcançados com a imagem objetivo almejada. Partindo-se da premissa de que não existe execução perfeita, a avaliação identifica a necessidade de ajustes, redimensionamentos e redesenho.

O monitoramento representa o acompanhamento continuado de compromissos explicitados em planos (metas e iniciativas), de modo a verificar se eles estão sendo executados conforme previsto.

Ressalta-se que o monitoramento e avaliação são estratégias e momentos complementares, de modo que ambos buscam não apenas identificar fragilidades – necessidades que requerem medidas ou intervenções para serem superadas –, como também explicitar pontos positivos e avanços, constituindo-se num processo contínuo de aprendizagem. Destaca-se ainda, a relação de interdependência entre monitoramento e avaliação, visto que este último necessita da informação gerada pelo primeiro.

O processo de monitoramento e avaliação estadual deve privilegiar a utilização das ferramentas de apoio legalmente instituídas pelo sistema de planejamento do SUS, assim como da administração pública estadual. As ações e os recursos necessários para implementação do plano estão definidas na Programação Anual de Saúde (PAS).

A cada quatro meses, por meio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), o estado monitora o desempenho físico, por meio das ações, produtos e

entregas à sociedade, de forma alinhada à execução financeira. Anualmente, as ações propostas são avaliadas através do Relatório Anual de Saúde (RAG), momento em que podem ser reavaliadas, crítica e propositivamente, as ações/produtos, com recomendações/sugestões para a próxima PAS.

Como ferramenta de apoio e gestão do planejamento estadual e municipal, o MS vem desenvolvendo ações no âmbito do SUS, buscando fortalecer a gestão do sistema de saúde nas unidades subnacionais. Dentre essas ações, salienta-se a iniciativa de integração das informações, com vistas a facilitar o planejamento e monitoramento das ações e serviços de saúde, a exemplo do DigiSUS.

O DigiSUS Gestor – um dos componentes da estratégia e-Saúde – é uma plataforma digital em construção, que tem por objetivo instrumentalizar gestores públicos, pesquisadores e toda a sociedade para obterem e informações e dados produzidos pelo MS, suas entidades vinculadas e órgãos de pesquisa e disponibilizá-los de forma sistematizada em painéis, mapas, gráficos e tabelas de caráter executivo e gerencial.

O DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) é um sistema de informação para estados e municípios desenvolvido a partir dos normativos do planejamento do SUS e da internalização da lógica do ciclo de planejamento. Sendo assim, substitui os antigos Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (Sargsus) e Sistema de Pactuação (Sispacto), além de agregar novas funcionalidades. Isso significa que o sistema não só permitirá lançar o Plano de Saúde e as Programações Anuais de Saúde, como também receberá os registros das metas da Pactuação Interfederativa e registrará a análise dos resultados dos Planos obtidos através do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RQDA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Através da APG-Sesab e em parceria com o MS, o estado já capacitou gestores dos 417 municípios baianos para utilização do módulo planejamento DGMP. Além disso, disponibiliza técnicos especializados para orientar e apoiar os municípios na utilização da ferramenta.

Os monitores e avaliadores estarão direta ou indiretamente envolvidos com a elaboração do Plano e o vivenciarão, sendo os responsáveis por conduzir os processos: gestores de políticas; responsáveis pelos compromissos, metas e iniciativas; integrantes das equipes técnicas; representantes do conselho de saúde e colegiados de gestores, entre outros. O processo de monitoramento e avaliação deve estimular a reflexão, aprendizagem, sensibilização, conscientização e crítica, o que necessitará de qualificação técnica, compromisso ético e políticas de saúde.

8.1 INDICADORES DO PPA 2020-2023 E PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021

O **Quadro 9** apresenta os Indicadores do PPA para o período de 2020-2023, bem como os Indicadores da Pactuação Interfederativa referentes ao intervalo entre 2017 e 2021, que serão monitorados ao longo da execução do Plano.

Quadro 9. Indicadores

INDICADORES	REFERÊNCIA NORMATIVA
Óbitos prematuros número e taxa por 100 mil habitantes) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório (DCNT), câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), segundo local de residência.	Pacto
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Pacto
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança menor de 2 anos de idade – pentavalente 3ª dose, pneumocócica 10-valente 2ª dose, poliomielite 3ª dose e tríplice viral 1ª dose – com cobertura vacinal preconizada.	Pacto
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	Pacto
Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, segundo município de residência.	Pacto
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano, segundo local de residência.	Pacto/PPA
Casos novos de aids em menores de 5 anos, segundo local de residência.	Pacto
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, segundo local de residência.	Pacto
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	Pacto
Exames mamográficos de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos (número e razão), segundo local de residência.	Pacto
Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar, segundo município de residência.	Pacto
Proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos), segundo município de residência.	Pacto
Número de óbitos e taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos, segundo local de residência.	Pacto
Número de óbitos maternos, segundo município de residência, estado da Bahia.	Pacto
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	Pacto
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Pacto
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	Pacto
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Pacto
Percentual de preenchimento da variável ocupação nas notificações de acidente trabalho com exposição a material biológico, acidente grave e intoxicação exógena, segundo local de residência.	Pacto
Percentual de mortes por causas evitáveis em menores de 5 anos.	PPA
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).	PPA
Taxa de letalidade das formas graves da dengue.	PPA
Proporção de regiões de saúde que reduziram internações hospitalares em obstetrícia realizadas fora da região de residência do usuário	PPA
Proporção de regiões de saúde que reduziram internações hospitalares em clínica médica por causas selecionadas realizadas fora da região de residência do usuário.	PPA
Taxa de abandono da pentavalente no estado.	PPA

9 DELIBERAÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

As deliberações advindas da 10ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia (Conferes), realizada em julho de 2019, juntamente com outros documentos orientadores da política de saúde do estado, compuseram o conjunto de ações, metas e indicadores propostos no PES para o próximo quadriênio (**Quadros 10, 11 e 12**).

As propostas prioritárias estaduais estão conformadas em um conjunto de três eixos temáticos: i) Saúde como direito; ii) Consolidação dos princípios do SUS; e iii) Financiamento adequado e suficiente para o SUS, reafirmando a necessidade de um sistema universal que assegure materialmente o acesso igualitário às ações e serviços de saúde, garantindo a melhoria das condições de vida da população.

Cabe salientar que a condução da 10ª Conferes foi coordenada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), órgão colegiado de caráter permanente, paritário e deliberativo, responsável por formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução do PES, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, conforme prevê a Lei nº 10.097/1994.

A participação da sociedade na gestão do SUS também se dá por meio desse órgão colegiado, já que os usuários do sistema integram o Conselho. O CES ainda acompanha e contribui para o fortalecimento dos conselhos municipais de saúde e, com esse caráter, participou e acompanhou a realização das conferências municipais nos 417 municípios do estado.

Quadro 10. Eixo 1: saúde como direito

(continua)

Número da proposta	Proposta
2	Garantir ações de saúde a toda população de forma integral, equânime e humanizada, fortalecendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e assegurando a acessibilidade de pessoas com deficiência em todos os serviços.
3	Garantir o cumprimento da Lei nº 11.108/2005, que assegura o direito ao acompanhante, sem discriminação de gênero, antes, durante e após todos os tipos de parto, e da Lei nº 15.759/2015, que dá à gestante o direito de realizar o plano de parto individual.
4	Implantar ouvidorias regionais de saúde conforme regiões administrativas/ de saúde do estado, com sistema interligado aos serviços de saúde municipais UBS.
5	Incentivar/criar equipamentos públicos para que a população possa discutir, avaliar e formular propostas para as políticas de saúde, estabelecendo estratégias de comunicação em saúde (rádios, mídias digitais etc.) e divulgação dos serviços prestados, incentivando a participação social e ampliando o conhecimento sobre direitos dos usuários e deveres dos prestadores.
6	Criar parcerias para ampliar o monitoramento das situações de risco (social, ambiental, de saúde), de maneira articulada e coordenada entre estado e municípios, fortalecendo a vigilância em saúde ambiental, instituições de pesquisa e órgãos fiscalizadores de outros setores competentes (Adab, Ministério Público, Inema, entre outros).

Quadro 10. Eixo 1: saúde como direito

(conclusão)

Número da proposta	Proposta
7	Implantar núcleos municipais/regionais de pesquisa em vigilância em saúde em parceria com instituições de ensino e pesquisa públicas, garantindo o financiamento para a realização de estudos sobre os agravos à saúde e seus determinantes ambientais, econômicos e sociais.
8	Garantir maior transparência e investimentos do Estado na Embasa para captação e articulação de ações intersetoriais que repercutam nos indicadores de saúde da população, priorizando a redução de riscos ambientais, o controle de agrotóxicos, saneamento básico e o abastecimento universal de água de qualidade potável, de acordo com a Portaria nº 2.914/2011.
10	Garantir o cumprimento das ações sanitárias em saúde ambiental, desenvolvidas de forma continuada e integrada com a rede educacional e a comunidade envolvida, com ênfase em comunidades rurais, indígenas, povos tradicionais e grupos étnicos.
11	Propor estratégias nos territórios para promover o acesso equânime de populações aos serviços de saúde em seus níveis de complexidade, considerando as mais prejudicadas devido à dificuldade de transporte, condições financeiras ou restrições de mobilidade.
12	Promover equidade na atenção à saúde de modo a reduzir as desigualdades regionais e ampliar a oferta e o acesso às ações de saúde.
13	Garantir estratégias de acesso à saúde pública (SUS) para os povos e comunidades tradicionais (indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos), respeitando as suas especificidades e necessidades de saúde, independente do espaço geográfico em que estejam inseridos.

Quadro 11. Eixo 2: consolidação do SUS

(continua)

Número da Proposta	Proposta
18	Pactuar referências nas regiões de saúde com hospitais e hospitais de pequeno porte (HPP) como porta aberta de urgências e emergências para tornar resolutivas as regulações estaduais, assim como criar mecanismos de fiscalização para evitar fraudes e preferências políticas no sistema de regulação. Instituir porta aberta para os grandes centros nos casos de urgência e emergência ou agilizar e tornar resolutivo o sistema de regulação.
24	Garantir/ampliar políticas públicas voltadas para população negra e povos quilombolas, indígenas, ciganos e comunidades tradicionais, bem como população em situação de rua, aprimorando ações de atenção básica e saneamento e respeitando suas práticas de saúde.
25	Implementar a PNSTT, com regionalização dos Cerest e ampliação da equipe técnica, garantindo equipe mínima e insumos para valorização e aperfeiçoamento dos profissionais que atuam exclusivamente nessa área, assim como políticas de formação continuada, campanhas de cuidado com a saúde do trabalhador e criação das comissões intersetoriais em saúde do trabalhador e da trabalhadora (Cistt), dos Conselhos Municipais de Saúde, de acordo com a legislação estadual.
44	Ampliar a quantidade de leitos, policlínicas, Upas, hospitais de referência regional que atendam demandas de média e alta complexidade e maternidades de alto risco, bem como de serviços de urgência e terapia intensiva (UTI geral, UTI neonatal e UTI pediátrica) e reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico. Essas medidas diminuiriam a sobrecarga da regulação, garantindo a acessibilidade e resolutividade dos serviços, especialmente na área de oncologia, cirurgia cardíaca, gestação de risco, rede da pessoa com deficiência e terapia renal substitutiva.
45	Revisar anualmente a pactuação e fiscalizar as ofertas dos serviços contratualizados de acordo as necessidades de cada região, garantindo serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, e a continuidade da assistência à saúde na forma de exames, procedimentos e/ou medicamentos de média e alta complexidade, ampliando a oferta de cirurgias eletivas e assegurando atendimento integral, equânime, humanizado e resolutivo.
50	Com base nos princípios da reforma psiquiátrica, ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção em saúde mental em todos os níveis, qualificando a atuação do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e promovendo o matriciamento das equipes de saúde da família em parceria com demais especialistas da rede especializada e hospitalar. Esse processo inclui a elaboração de protocolos de acolhimento para assegurar a integralidade e equidade no atendimento, o fortalecimento dos Caps AD nos municípios, a implantação de centros de reabilitação para usuários de drogas lícitas e ilícitas nas regiões de saúde e a aplicação de práticas integrativas e outras terapias, como o estímulo à criação de hortas comunitárias.

Quadro 11. Eixo 2: consolidação do SUS

(conclusão)

Número da Proposta	Proposta
62	Implantar o Hospital Estadual de Oncologia e/ou serviços de referência em oncologia em todas as microrregiões do estado, com oferta de exames de alta complexidade em quantidade suficiente e tempo hábil aos usuários com suspeita de CA e de tratamento radioterápico, quimioterápico e cirúrgico, favorecendo o acesso e a qualificação do tratamento do paciente e atendendo ao princípio da integralidade e regionalização do SUS.
83	Garantir regulação estadual em tempo hábil, de acordo com a classificação de risco e o princípio da equidade, com ampliação do número de vagas para acesso a consultas e exames de média e alta complexidade, principalmente em serviços de ortopedia/traumatologia, urgência, emergência e UTI, e criação de mecanismos de transparência e canais de comunicação direta com o usuário.
84	Garantir a regionalização do fluxo de pacientes por meio da organização dos sistemas regulatórios existentes; da implantação de complexo regulador regional; da elaboração de fluxograma, manuais e protocolos de acesso aos serviços pactuados; da capacitação dos servidores com a criação de mecanismos de transparência e canais de comunicação direta com o usuário; e do controle social, com o intuito de diminuir a demanda reprimida.

Quadro 12. Eixo 3: financiamento adequado e suficiente para o SUS

Número da Proposta	Proposta
1	Garantir financiamento estadual adequado e suficiente para todas as áreas de atuação na saúde mediante a realização do repasse em tempo oportuno por meio do estabelecimento de uma data-limite mensal, o que evitaria atrasos e prejuízos.
3	Garantir recursos para implantação de uma unidade de alta complexidade de oncologia (Unacon) regional, no regime de consórcio, no território da macrorregional Nordeste.
4	Garantir financiamento para incentivar os consórcios intermunicipais na aquisição de produtos e serviços.
5	Assegurar financiamento específico para melhoria e valorização da categoria dos agentes de saúde (ACS/ACE), ampliando o número de vagas nos municípios para o cadastramento de novos profissionais financiados pelo programa.
7	Garantir que a destinação prevista em lei dos recursos da arrecadação do Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), licenciamento, multas de trânsito e impostos que incidem em consumo de álcool e tabagismo sejam aplicados na saúde.
8	Reestruturar e garantir o financiamento adequado dos núcleos regionais, a fim de garantir apoio institucional e matricial.
9	Ampliar o repasse estadual para atenção básica.
13	Melhorar a assistência de média e alta complexidade por meio de políticas de investimento na requalificação e acessibilidade da estrutura física, equipamentos e recursos humanos da rede.
14	Ampliar o financiamento dos hospitais de referência microrregionais e regionais sob gestão do estado, incluindo os filantrópicos, no sentido de garantir assistência qualificada e resolutive de média complexidade, reduzindo os encaminhamentos para hospitais de alta complexidade.
18	Financiar a abertura e ampliação de centro de reabilitação neurológico e ortopédico, com suporte para órteses e próteses.
24	Garantir que o estado mantenha recursos contínuos e suficientes para as despesas do programa fora do domicílio (TFD), tomando como base o número de usuários cadastrados no município.
35	Monitorar periodicamente as pactuações intermunicipais, promovendo as alterações solicitadas pelos municípios não atendidos regularmente.
38	Fortalecer as micro e macrorregiões de saúde com investimentos financeiros e tecnológicos.

Diante do cenário nacional de incertezas da garantia do direito constitucional à saúde, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, que tem como visão assegurar o direito da população baiana à saúde, desenvolveu este Plano Estadual de Saúde, com a colaboração da sua equipe técnica, pautado em valores como atenção integral e humanizada; gestão democrática e participativa; transparência e solidariedade nas ações interfederativas.

Esse documento tem a intenção de direcionar a atuação da gestão para o quadriênio 2020-2023, explicitando o caminho técnico-político para atender as necessidades de saúde da população.

Em consonância com o Programa do Governo Participativo na área da saúde, o PES aponta para a descentralização e regionalização das ações de saúde, modernização tecnológica e fortalecimento da rede de atenção à saúde, objetivando uma gestão com racionalidade, resolutividade e economicidade.

É importante destacar que esse instrumento de planejamento será constantemente monitorado e avaliado, para que, quando necessário, seja redirecionado, tomando-se por base informações fidedignas e tempestivas, a fim de obter os melhores resultados. O instrumento expressa o envolvimento e o comprometimento de todos os envolvidos na construção das metas propostas e seus resultados, coadunando-se com o Plano Plurianual do mesmo período e proporcionando, dessa forma, o aperfeiçoamento da gestão do sistema estadual de saúde.

R E F E R Ê N C I A S

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS. Brasília (DF); 2006.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1990 set 20.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2013.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília (DF); 2015.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo agropecuário 2017: resultados preliminares. Rio de Janeiro; 2018.
6. Instituto de Pesquisa Econômica. Mercado de trabalho : conjuntura e análise. Brasília (DF); 2008.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio de Janeiro; 2015.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Rio de Janeiro; 2018.
9. Nunes JH. Dilemas identitários no mundo dos serviços: da invisibilidade à interação. Sociologias. 2014;16(35):238-73.
10. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Consolidação de dados fornecidos pelas empresas registrantes de produtos técnicos, agrotóxicos e afins, conforme art. 41 do Decreto nº 4.074/2002. Brasília (DF); 2019 jun 6.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. Brasília (DF); 2013.
12. Galdino A, Santana VS, Ferrite S. Qualidade do registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais no Brasil. Rev Saúde Pública. 2017;51:120.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2016-2019. Brasília (DF); 2016.
14. Bahia. O PPA participativo 2020-2023. Salvador; 2019.
15. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009 [citado 2020 fev 26]. Atenção à saúde. Disponível em: <https://bit.ly/2uZR9b7>





PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020-2023



GOVERNO
DO ESTADO

SECRETARIA
DA SAÚDE