

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE PES 2024-2027

JERÔNIMO RODRIGUES
GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

GERALDO JÚNIOR
VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

ROBERTA SILVA DE CARVALHO SANTANA
SECRETÁRIA DA SAÚDE

PAULO JOSÉ BASTOS BARBOSA

SUBSECRETÁRIO

MARCOS ANTÔNIO ALMEIDA SAMPAIO

PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL
DE SAÚDE

CÍCERO ANDRADE ROCHA FILHO

CHEFIA DE GABINETE

EMANUELE FIGUEREDO BARBOSA

ASSESSORA DE PLANEJAMENTO E
GESTÃO

ADELSON DE ARAÚJO PRATA

FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

SAMYA MENEZES

COORDENADOR DE CONTROLE INTERNO

DANIELLI NUNES DE OLIVEIRA COSTA

COORDENADORA EXECUTIVA DE
MONITORAMENTO DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE - CEMPSS

DIEGO DALTRO

DIRETORIA DE MODERNIZAÇÃO
ADMINISTRATIVA

TAÍS DA CUNHA TUPINAMBÁ

OUVIDORIA

DANIELA NEVES CASTELLUCCI

DIRETORA DA AUDITORIA DO SUS/BA

JANAINA SANTOS LIMA

DIRETORIA GERAL SESAB

PABLO VINÍCIUS SILVA BARBOSA

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL -
ASCOM

ÁTILA PINHEIRO

COORDENADOR EXECUTIVO DE
INFRAESTRUTURA DA REDE FÍSICA –
CEIRF

DIEGO AIRES DE SOUZA

CORREGEDOR DA SAÚDE - CGS

RIVIA MARY DE BARROS

SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA E
PROTEÇÃO DA SAÚDE - SUVISA

MÔNICA HUSPEL FRANK

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO DOS
SISTEMAS DE REGULAÇÃO

DA ATENÇÃO À SAÚDE - SUREGS

LUIZ HENRIQUE GONZALES D'UTRA

SUPERINTENDENTE DE ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
EM SAÚDE - SAFTEC

JANAÍNA PERALTA DE SOUZA

SUPERINTENDENTE DE RECURSOS
HUMANOS - SUPERH

KARLOS DA SILVA FIGUEREDO

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE - SAIS

LUIZ GONZAGA CATTO

FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA DA BAHIA - HEMOBA

CEUCI DE LIMA XAVIER NUNES

FUNDAÇÃO BAIANA DE PESQUISA
CIENTÍFICA E DESENVOLVIMENTO
TECNOLÓGICO, FORNECIMENTO E
DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)

Emanuele Figueredo Barbosa

Maria Aparecida dos Santos

EQUIPE TÉCNICA APG

Caio Ricardo Bitencourt Coutinho Santos

Claúdia de Oliveira

Daise Pimentel Souza Pereira

Lucas Thiago Couto Ribeiro Araújo

Marcia Cristina Santana Silva

Rafael Laranjeira Cerqueira

Ricardo Figueira Mendes dos Santos

REDE DE PLANEJAMENTO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (Rede PMA)

APG

Cristiane Câmara Macêdo

Joana Angélica Oliveira Molesini

ASCOM

Sergio Matheus Fernandes dos Santos

Renato da Cruz Souza

AUDITORIA

Carmen Santos Diez del Corral

Denise Pestana de Castro

CCI

Maria Eunice De Carvalho Paes

Ana Lúcia Nunes Costa

CEIRF

Jilcéia Batista chagas

Elciane Carneiro Tuy Vila Nova

CGSTICS

Luiz Henrique Jacques Barreto

Heitor Cunha Sampaio

CEMPSS

Danielli Nunes de Oliveira Costa

Diana Lima dos Santos

CORREGEDORIA

João Bráulio De Santana Junior

Victoria Beatriz Souza Serrão

DG

Júlia Nara de Santana Azevedo

Lara Fernanda Souza Magalhães

DICONV

Jacilene Carmo da Cruz

Tais Alice Mendes Bitencourt

FESBA

Rita de Cassia Santos Souza

Aidalva da Silva Santos

HEMOBA

Thaís Soleane Gomes Nunes

Welbe de Almeida Silva

OUVIDORIA

Hairla Henrique Alves De Almeida Monteiro

Isadora de Queiroz Batista Ribeiro

SAFTEC

Milena Lima Santos

Isabel Cristina Martins Galo

SAIS

Joana Angélica Simão Demarchi

Sidilene Cunha Dos Santos Lopes

SUPERH

Luciano De Paula Moura

Cláudia Cristiane Moura Silva Souza

SUREGS

Eneida Manuela Barqueiro Sena Gomes

Eli Carla dos Santos

SUVISA

Lis Bandarra Monção

Mariana Mascarenhas Menezes Hellström

CES

Tárcia Munyra Barreto Araújo

Zirlene dos Santos Matos Rebouças

APOIADORES INSTITUCIONAIS

Edna Pereira Rezende – OPAS/OMS-Brasil

Lavínia Aragão Trigo de Loureiro - Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS (PFGESUS) /Hospital Alemão Oswaldo Cruz

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pirâmides etárias. Bahia, 1991, 2000, 2007 e 2022	27
Figura 2	Pirâmide etária dos povos indígenas. Bahia, 2022	30
Figura 3	Percentual de pessoas com algum tipo de deficiência no Brasil, Nordeste e Bahia. 2010	51
Figura 4	Carga global de doenças (CGB), Bahia, 2019	60
Figura 5	Comparação do <i>ranking</i> da taxa de mortalidade/100 mil da CGD. Bahia, 1990 e 2019	60
Figura 6	Distribuição espacial do coeficiente de mortalidade por acidente de trabalho (100 mil integrantes da PIA), segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015 e 2022	123
Figura 7	Distribuição espacial dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) por macrorregiões de saúde no estado da Bahia, 2023	155
Figura 8	Distribuição das unidades da Hemorrede Pública Estadual por macrorregião de saúde. Bahia, 2023	181
Figura 9	Municípios que tiveram decretos de emergência por desastres hidrológicos e por seca/estiagem no período de 1º de novembro de 2021 à 1º de novembro de 2022. Bahia	191
Figura 10	Escala temporal dos impactos decorrentes de desastres naturais e/ou tecnológicos	192
Figura 11	Estrutura organizacional da Sesab. Bahia, 2023	209
Figura 12	Mapa estratégico. Bahia, 2024-2027	211
Figura 13	Orçamento fiscal e da seguridade social mais o investimento das empresas. Bahia, 2023	233

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Taxa de crescimento populacional segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2010-2022	26
Gráfico 2	Razão de sexo segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2010	27
Gráfico 3	Evolução da esperança de vida ao nascer (em anos) segundo sexo. Bahia, 2013-2022	29
Gráfico 4	Evolução da taxa de fecundidade. Bahia, 2015-2022	29
Gráfico 5	Taxa de urbanização segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2010	30
Gráfico 6	Distribuição percentual da população economicamente ativa por sexo e raça/cor	31
Gráfico 7	Taxa de analfabetismo segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2010	37
Gráfico 8	PIB <i>per capita</i> segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2020	38
Gráfico 9	Tendência do número de atendimentos às pessoas com transtorno do espectro autista realizados nos serviços da atenção especializada da RCPD – Bahia, 2022-2023	54
Gráfico 10	Coeficiente de mortalidade geral por 1.000 habitantes segundo o sexo. Bahia, 2015-2022	62
Gráfico 11	Evolução da taxa de incidência da tuberculose/100 mil habitantes segundo a macrorregião de residência. Bahia, 2015-2022	66
Gráfico 12	Total de casos de tuberculose, número de casos curados e evolução da proporção de cura confirmados laboratorialmente. Bahia, 2015-2022	67
Gráfico 13	Evolução da proporção de testes anti-HIV realizados em casos novos de tuberculose. Bahia, 2015-2022	68
Gráfico 14	Evolução da proporção de contatos examinados de casos de tuberculose. Bahia, 2015-2022	69
Gráfico 15	Taxa de detecção geral de hanseníase. Bahia – 2015-2022	70
Gráfico 16	Taxa de detecção de hanseníase em menores de 15 anos/100 mil hab. Bahia, 2015-2022	71
Gráfico 17	Percentual de cura dos casos novos de hanseníase nas coortes. Bahia, 2015-2022	72
Gráfico 18	Percentual de cura dos casos novos de hanseníase nas coortes segundo macrorregião de saúde - Bahia, 2015-2022	73
Gráfico 19	Coorte de contatos examinados entre os casos novos de hanseníase. Bahia, 2015-2022	73
Gráfico 20	Percentual de contatos examinados entre os casos novos de hanseníase segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022	74
Gráfico 21	Taxa de detecção de hepatite B, por macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022	79
Gráfico 22	Taxa de detecção de hepatite C, por macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022	79

Gráfico 23	Taxas de detecção e de mortalidade por aids. Bahia, 2015-2022	80
Gráfico 24	Número de casos e taxa de detecção de aids em menores de 05 anos segundo o ano de diagnóstico. Bahia, 2015-2022	81
Gráfico 25	Número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita/1.000 nascidos vivos. Bahia 2015-2022	83
Gráfico 26	Número de casos e coeficiente de incidência de sífilis em gestantes por 1000 nascidos vivos. Bahia 2015-2022	84
Gráfico 27	Número de casos prováveis e coeficiente de incidência (CI) de dengue. Bahia, 2015-2022	86
Gráfico 28	Taxa de letalidade das formas graves de dengue, Bahia, 2018-2022	87
Gráfico 29	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até sessenta dias após notificação. Bahia, 2015-2022	90
Gráfico 30	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação, segundo macrorregião de saúde. Bahia. 2015-2022	91
Gráfico 31	Número de casos confirmados e das ações de fortalecimento da vigilância das doenças exantemáticas (sarampo e rubéola). Bahia, 1996-2022	92
Gráfico 32	Proporção de coleta oportuna de fezes dos casos de paralisia flácida e aguda. Bahia, 2015-2022	96
Gráfico 33	Casos novos confirmados de covid-19 segundo data da notificação. Bahia, 2020-2023	98
Gráfico 34	Novos óbitos por covid-19 segundo data da notificação. Bahia, 2020-2023	99
Gráfico 35	Casos novos confirmados de covid-19 segundo semana epidemiológica. Bahia, 2020-2023	100
Gráfico 36	Coeficiente de incidência da coqueluche por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022	101
Gráfico 37	Proporção de casos de meningites bacterianas confirmados por cultura, látex e PCR, segundo macrorregião de residência, Bahia, 2015-2022	104
Gráfico 38	Casos positivos de raiva animal. Bahia, 2019-2023	105
Gráfico 39	Taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo macrorregião de saúde de residência da vítima. Bahia, 2010-2020	110
Gráfico 40	Taxa padronizada de mortalidade por suicídio de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2020	111
Gráfico 41	Taxa padronizada de mortalidade por suicídios segundo macrorregião de residência. Bahia, 2010-2020	112
Gráfico 42	Número de óbitos e taxa padronizada de mortalidade por quedas de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2021	113
Gráfico 43	Número de notificações e de unidades notificadoras da violência interpessoal/autoprovocada. Bahia, 2015-2022	114

Gráfico 44	Número de casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com o preenchimento da variável raça/cor e proporção dessa variável com informação válida, segundo a macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022	115
Gráfico 45	Percentual de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada segundo macrorregião de residência e sexo. Bahia, 2015-2022	116
Gráfico 46	Número de casos notificados da violência sexual/estupros e a proporção de estupros. Bahia, 2015-2022	117
Gráfico 47	Número de óbitos e taxa de mortalidade por acidente de trânsito. Bahia, 2015-2021	119
Gráfico 48	Taxa de mortalidade por acidente de trânsito segundo macrorregião de saúde, Bahia. 2015-2021	119
Gráfico 49	Número de óbitos por acidentes de trânsito de acordo com o grupo de vítimas. Bahia, 2015-2021	120
Gráfico 50	Número de óbitos por acidentes de trânsito de acordo com o local de ocorrência, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2021	121
Gráfico 51	Proporção do preenchimento do campo Acidente de Trabalho no SIM, segundo variáveis de resposta. Bahia, 2015-2022	123
Gráfico 52	Número de óbitos prematuros (30-69 anos) e taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) /100 mil hab. por DCNT. Bahia, 2015-2021	126
Gráfico 53	Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT desagregada. Bahia 2015-2021	127
Gráfico 54	Proporção de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por DCNT desagregadas, segundo o sexo. Bahia, 2015-2021	127
Gráfico 55	Taxa de mortalidade prematura padronizada pelos quatro principais grupos de DCNT na população de 60 a 69 anos. Bahia, 2015-2021	129
Gráfico 56	Número de óbitos e taxa de mortalidade/100 mil hab. por infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial essencial. Bahia, 2015-2021	132
Gráfico 57	Evolução do número de óbitos do <i>ranking</i> das cinco primeiras neoplasias de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2020	133
Gráfico 58	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos segundo o ano. Bahia, 2019-2021	134
Gráfico 59	Número e percentual dos cinco principais tipos de câncer segundo a localização primária do tumor. Bahia, 2017-2020	136
Gráfico 60	Número de caso de câncer, segundo ano de registro. Salvador, Bahia. 2007-2017	138
Gráfico 61	Razão entre nascimentos coletados pelo Sinasc e estimados pelo IBGE. Bahia, 2015-2021	142
Gráfico 62	Percentual de completitude dos campos da declaração de nascidos vivos. Estado da Bahia, 2015-2021	142
Gráfico 63	Mortalidade proporcional por principais grupos de causas. Bahia, 2015-2021	143

Gráfico 64	Percentual de registro de óbito com causa definida, por macrorregião de saúde, Bahia, 2015-2021	144
Gráfico 65	Número de óbitos maternos e proporção de óbitos investigados segundo macrorregião de saúde. Bahia 2022	145
Gráfico 66	Percentual de óbitos não fetais por causas externas com intenção indeterminada. Bahia. 2008 a 2022	149
Gráfico 67	Distribuição das temáticas de reabilitação ofertadas pelos CER da RCPD, por macrorregião de saúde. Bahia, 2023	156
Gráfico 68	Número de laboratórios da Rede Estadual de Laboratório de Saúde Pública por macrorregião de saúde. Bahia, 2023	171
Gráfico 69	Percentual mensal de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica na Atenção Básica disponíveis em registro de preço. Bahia, 2022	175
Gráfico 70	Percentual de unidades farmacêuticas do CBAF distribuídas. Bahia, 2018-2022	176
Gráfico 71	Percentual de execução municipal do CBAF por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022	177
Gráfico 72	Número de tratamentos medicamentosos do Ceaf distribuídos. Bahia, 2016-2022	178
Gráfico 73	Número de policlínicas implantadas de acordo com o ano. Bahia, 2017-2023	179
Gráfico 74	Número de policlínicas implantadas de acordo com o ano. Bahia, 2017-2023	180
Gráfico 75	Evolução dos indicadores “percentual de candidatos à doação de sangue captados” e “produção hemoterápica dos principais hemocomponentes”. Bahia, 2019-2022	182
Gráfico 76	Percentual de solicitações de regulação atendidas pela CER, por macrorregião de saúde/Bahia, 2018-2022	184
Gráfico 77	Percentual de solicitações de regulação atendidas no Surem, em até 48h, por macrorregião de saúde. Bahia, 2018-2022	184
Gráfico 78	Número de solicitações e de pacientes atendidos por meio do Programa de Atenção Domiciliar. Bahia, 2019-2022	185
Gráfico 79	Número de pacientes regulados para TRS ambulatorial por meio da CEN, por macrorregião de saúde. Bahia, 2018-2022	186
Gráfico 80	Número de pacientes assistidos pelo programa TFD, por macrorregião de saúde. Bahia, 2018-2022	187
Gráfico 81	Número das principais doenças e agravos comunicados por meio da DAE imediata. Cievs-Bahia, 2022	190
Gráfico 82	Número de inspeções sanitárias em estabelecimentos sujeitos a Vigilância Sanitária estadual. Bahia, 2015-2022	194
Gráfico 83	Número de licenças sanitárias emitidas pela Vigilância Sanitária estadual. Bahia, 2015-2022	1935
Gráfico 84	Número de notificações obrigatórias de queixas técnicas investigadas. Bahia, 2015-2022	196

Gráfico 85	Percentual de hospitais com leitos de UTI com CCIH apoiados. Bahia, 2015-2022	197
Gráfico 86	Número de municípios assessorados em ações de vigilância em saúde ambiental. Bahia, 2020-2022	198
Gráfico 87	Número de casos de trabalho infantil e acidentes de trabalho notificados no Sinan. Bahia, 2015-2022	201
Gráfico 88	Número de resultados incorporados por meio dos projetos PPSUS/Bahia, 2006 -2018	206
Gráfico 89	Proporção de demandas cadastradas na ouvidoria/SUS/Sesab por habitantes segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022	217
Gráfico 90	Quantidade de ouvidorias. Bahia, 2015-2023	218
Gráfico 91	Quantitativo de Nugtes implantados nas unidades assistenciais e administrativas da Sesab. Bahia, 2023	220
Gráfico 92	Auditorias realizadas. Bahia, 2022	230
Gráfico 93	Número de processos judiciais registrados no sistema de gestão de processos da Sesab. Bahia, 2021-2022	232
Gráfico 94	Total de recursos gastos em ações judiciais na assistência farmacêutica. Bahia, 2018-2022	232
Gráfico 95	Percentual de ações judiciais segundo o objeto. Bahia, 2022	233
Gráfico 96	Valor do orçamento de todas as fontes lempenhados ¹ pela Saúde (em R\$ bilhões nominais). Bahia, 2006 a 2022	234

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição dos trabalhadores formais por macrorregião de saúde. Bahia, 2014-2018	34
Tabela 2.	Quantitativo de trabalhadores nas atividades econômicas grau de risco 4 (NR4) e macrorregiões de saúde em destaque para essas atividades. Bahia, 2018	35
Tabela 3	Número de casos confirmados de leptospirose. Bahia, 2015-2022	77
Tabela 4	Número de óbitos confirmados por leptospirose e letalidade acumulada segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022	77
Tabela 5	Taxa de detecção de infecção por HIV. Bahia, 2015-2022	80
Tabela 6	Taxa de mortalidade/100 mil hab. por aids segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022	81
Tabela 7	Taxa de detecção de aids em gestantes segundo o ano de diagnóstico e a macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022	82
Tabela 8	Taxa de prevalência/100 mil habitantes por HTLV segundo macrorregião de residência. Bahia, 2015-2022.	82
Tabela 9	Coberturas vacinais (%) com a vacina tríplice viral (primeira dose), por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022	93
Tabela 10	Taxa de notificação de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola), por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022	93
Tabela 11	Classificação laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola), por macrorregião de saúde. Bahia, 2015 a 2022	94
Tabela 12	Coeficiente de incidência da varicela (por 100 mil hab.) por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022	95
Tabela 13	Taxa de notificação dos casos de paralisias flácidas e agudas (PFA), por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022	96
Tabela 14	Coeficientes de incidência (100 mil hab.) e letalidade (%) dos casos de SRAG segundo macrorregião de saúde, Bahia, 2015-2022	97
Tabela 15	Coeficiente de incidência e letalidade de tétano acidental, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2018	102
Tabela 16	Distribuição de casos e óbitos de meningites, segundo macrorregião de saúde, Bahia, 2015-2022	103
Tabela 17	Número de atendimentos antirrábicos humanos por macrorregião. Bahia, 2015-2023	105
Tabela 18	Cobertura vacinal (%) de antirrábica animal de acordo com a macrorregião de saúde. Bahia, 2016-2022	106
Tabela 19	Homogeneidade da cobertura vacinal segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2022	107
Tabela 20	Número e proporção de casos de acidente de trabalho notificados no Sinan, segundo circunstância do acidente, tipo e evolução do caso. Bahia, 2011-2020	125

Tabela 21	Proporção de amputação do pé/tarso e membros inferiores, decorrente de complicações de diabetes mellitus, por macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022	131
Tabela 22	Percentual do intervalo de tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento das neoplasias. Bahia, 2017-2020	137
Tabela 23	Proporção de óbitos evitáveis em menores de 1 (um) ano, segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022	148
Tabela 24	Cobertura estimada de Estratégia Saúde da Família, por macrorregião de saúde. Bahia. 2012-2022	152
Tabela 25	Cobertura estimada das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família, por macrorregião de saúde. Bahia. 2012-2022	152
Tabela 26	Percentual de candidatos à doação de sangue captados e produção hemoterápica dos principais hemocomponentes. Bahia, 2019-2022	181
Tabela 27	Número de casos e doenças relacionados ao trabalho notificadas no Sinan. Bahia, 2015-2022	199
Tabela 28	Número e percentual de dispositivos das políticas de humanização implantados nas unidades com gestão local de saúde dos municípios. Bahia, 2019	221
Tabela 29	Número e percentual de auditorias segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2022	230

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Proporção de menores de 5 anos, proporção de idosos e índice de envelhecimento segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2022	28
Quadro 2	População economicamente ativa segundo faixa etária. Bahia, 2000, 2010 e 2021	31
Quadro 3	População em idade ativa (PIA) população economicamente ativa (PEA) e população fora da força de trabalho. Brasil e Bahia, 2016-2019	32
Quadro 4	Taxa de desocupação de pessoas com 14 anos de idade ou mais. Brasil e Bahia, 2016-2021	32
Quadro 5	Pessoas de 14 anos de idade ou mais, ocupadas segundo grupamento de atividades no trabalho principal. Bahia, 2020-2021	33
Quadro 6	Rendimento médio mensal da população ocupada (14 anos ou mais), por trimestres. Brasil e Bahia, 2016-2021	33
Quadro 7	Composição das equipes multidisciplinares de saúde indígena segundo categoria profissional por polo base. Bahia, 2023	42
Quadro 8	Razão de exames citopatológicos em mulheres indígenas de 25 a 64 anos. Bahia, 2017-2022	43
Quadro 9	Municípios com unidades prisionais em seu território, segundo as macrorregiões de saúde. Bahia, 2023	45
Quadro 10	Pessoas em situação de rua por macrorregião de saúde. Bahia, 2022	46
Quadro 11	Serviços ambulatoriais especializados no processo transexualizador, segundo as macrorregiões de saúde. Bahia, 2023	48
Quadro 12	Municípios com pessoas com albinismo, distribuídos segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2023	49
Quadro 13	Serviços especializados em reabilitação intelectual, habilitados na RCPD pelo Ministério da Saúde e número de usuários atendidos segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2023	52
Quadro 14	Distribuição dos atendimentos às pessoas com TEA realizados nos serviços da atenção especializada da RCPD - BA (CER/EUR), por macrorregião de saúde. Bahia, 2022-2023	53
Quadro 15	Percentual de cobertura da Atenção Primária, relacionado Consumo alimentar e estado nutricional da Bahia, 2022	55
Quadro 16	<i>Ranking</i> das cinco principais causas de internação segundo Causas Capítulo da CID 10 e faixa etária. Bahia, 2015-2023	61
Quadro 17	Número, proporção (%) e valor (R\$) de internações hospitalares segundo macrorregião de residência. Bahia, 2015-2023	61
Quadro 18	<i>Ranking</i> das cinco principais causas de óbitos segundo Causas Capítulo da CID 10 e faixa etária. Bahia, 2015-2023	62
Quadro 19	<i>Ranking</i> das cinco principais causas externas de óbitos segundo e faixa etária. Bahia, 2015-2023	63
Quadro 20	Número de casos suspeitos de Doença de Chagas aguda notificados no Sinan, segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2014-	64

Quadro 21	Taxa de mortalidade por Doença de Chagas (100 mil hab.), segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022	65
Quadro 22	Taxa de mortalidade/100 mil hab. por tuberculose, segundo a macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015- 2022	66
Quadro 23	Proporção de casos curados de tuberculose confirmados laboratorialmente, segundo a macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022	67
Quadro 24	Proporção de testes anti-HIV realizados em casos novos de tuberculose, segundo a macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022	68
Quadro 25	Proporção dos contatos examinados em casos novos de TB, segundo a macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022	69
Quadro 26	Taxa de detecção de hanseníase segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015 e 2022	71
Quadro 27	Endemicidade para esquistossomose por macrorregião de saúde. Bahia, 2006	75
Quadro 28	Número de casos notificados de malária por macrorregião de saúde de residência e ano de notificação. Bahia 2015-2022	76
Quadro 29	Taxa de incidência de sífilis congênita/1.000 nascidos vivos segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022	84
Quadro 30	Coeficiente de incidência de sífilis adquirida por 100 mil hab. por macrorregião de saúde. Bahia 2015-2021	85
Quadro 31	Proporção de casos prováveis de dengue por macrorregião de Saúde. Bahia, 2015-2022.	86
Quadro 32	Proporção de casos prováveis de Chikungunya por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022	88
Quadro 33	Proporção de casos prováveis de zika por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022	89
Quadro 34	Notificações de doenças neuroinvasivas por arbovírus segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2018-2022	89
Quadro 35	Percentual de coleta nas unidades sentinelas dos casos de síndrome gripal. Bahia, 2015-2022	98
Quadro 36	Taxa de incidência e letalidade por covid-19 segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2020-2022	100
Quadro 37	Proporção de vacinas que compõem o calendário nacional de vacinação para crianças com cobertura adequada, por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022	107
Quadro 38	Total de óbitos segundo causas capítulo da CID-10. Bahia, 2015-2021	109
Quadro 39	Razão da taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo sexo. Bahia, 2010 -2020	110
Quadro 40	Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2015-2022	115

Quadro 41	Distribuição dos serviços com profilaxia pré e pós-exposição segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2023	118
Quadro 42	Taxa de mortalidade prematura padronizada pelos quatro principais grupos de DCNT na população de 30 a 69 anos por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2021	128
Quadro 43	Taxa de mortalidade padronizada por diabetes mellitus segundo sexo e macrorregião de residência. Bahia, 2015-2022	130
Quadro 44	Número de óbitos por hipertensão arterial essencial, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2021	132
Quadro 45	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos segundo macrorregião de residência. Bahia, 2019-2021	134
Quadro 46	Razão de exames citopatológicos do colo do útero de mulheres de 25 a 64 anos segundo macrorregião de residência. Bahia, 2019-2021	135
Quadro 47	Distribuição de equipamentos de saúde voltados para atenção à pessoa com doença falciforme por macrorregião de saúde. Bahia, 2023.	140
Quadro 48	Número e proporção de óbitos maternos investigados segundo macrorregião. Bahia, 2015-2021	145
Quadro 49	Número de óbitos infantis e fetais notificados e proporção de investigados, por macrorregião de saúde. Bahia, 2015 a 2021	147
Quadro 50	Distribuição dos dispositivos da Raps, habilitados pelo Ministério da Saúde, por macrorregiões de saúde. Bahia, 2023	154
Quadro 51	Equipamentos e serviços disponíveis atualmente na Rede Cegonha e quantitativo necessário de cada um deles por macrorregião de saúde. Bahia, 2023	158
Quadro 52	Quantitativo de hospitais gerais, especializados, unidades mistas e hospitais-dia, com leitos SUS, por esfera jurídica e macrorregião de saúde. Bahia, 2023	159
Quadro 53	Evolução dos leitos gerais SUS, por macrorregião de saúde. Bahia, 2018-2023	160
Quadro 54	Evolução do número de leitos gerais SUS por especialidade. Bahia, 2018-2023	160
Quadro 55	Evolução dos leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal SUS por macrorregião de saúde. Bahia, 2018-2022	161
Quadro 56	Evolução dos leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal SUS, por especialidade. Bahia, 2018-2023	161
Quadro 57	Número de unidades hospitalares segundo a tipologia, por macrorregiões e por regiões de saúde. Resolução CIB nº 139/2022. Bahia, 2023	162
Quadro 58	Média e alta complexidade nas políticas de sobrepeso/obesidade, oftalmologia, doenças raras e traumatologia. Bahia, 2023	164
Quadro 59	Média e alta complexidade nas políticas doença renal crônica, oncologia, urgência e emergência e assistência domiciliar. 2023	165
Quadro 60	Número de procedimentos oncológicos realizados de acordo com o tipo. Bahia, 2018-2022	166

Quadro 61	Movimento de AIH - procedimentos de neurologia/neurocirurgia por forma de organização. Bahia, 2015-2022	166
Quadro 62	Número de procedimentos na alta complexidade em cardiologia segundo a forma de organização. Bahia, 2015-2022	167
Quadro 63	Produção de cateterismo cardíaco. Bahia, 2018-2022	167
Quadro 64	Linhas de cuidado prioritárias. Bahia, 2023	168
Quadro 65	Necessidade de transplante por milhão de pessoas. Bahia, 2023	169
Quadro 66	Distribuição dos estabelecimentos e equipes de transplantadores segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2023	169
Quadro 67	Número de organizações de doação/captação de órgãos e tecidos segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2022	170
Quadro 68	Projetos e ações estratégicas vigentes desenvolvidos pela Suregs/Sesab. Bahia, 2023	188
Quadro 69	Número de projetos e ações estratégicas. Bahia 2018 a 2022	189
Quadro 70	Ações realizadas pela Vigilância Sanitária e Ambiental. Bahia, 2023	194
Quadro 71	Número e proporção da população residente por macrorregião de saúde segundo censos demográficos 2010 e 2022, variação entre os anos. Bahia	210
Quadro 72	Taxa de acesso ao serviço de ouvidoria a partir das demandas na Ouvidoria SUS/Sesab por macrorregiões de saúde. Bahia, 2015-2022	216
Quadro 73	Síntese de medidas de enfrentamento da covid-19, 2020 e 2021, ações/estratégias. Bahia, 2023	223
Quadro 74	Distribuição de discentes matriculados nas ações educativas ofertadas pela ESPBA de 2015 a 2022, Bahia, 2023	226
Quadro 75	Distribuição de vagas em residência médica (2020-2022) e residência profissional (2015-2022). Bahia, 2023	227
Quadro 76	Regulação de estágios obrigatórios de nível superior, no período de 2018 a 2022, Bahia, 2023	228
Quadro 77	Regulação de estágios obrigatórios de nível médio técnico, no período de 2015-2022. Bahia, 2023	228
Quadro 78	Indicadores para o monitoramento do PES 2024-2027. Bahia, 2023	275

LISTA DE MAPAS

Mapa 1	Distribuição espacial dos municípios de acordo com o índice de desenvolvimento humano (IDH). Bahia, 2010	36
Mapa 2	Distribuição espacial dos municípios com casos de resgates de trabalhadores em situação análoga à escravidão. Bahia, 1995-2022	39
Mapa 3	Número de municípios com registro de oferta de Pícs por macrorregião de saúde. Bahia, 2022	57
Mapa 4	Distribuição Espacial dos Polos do Programa Academia da Saúde segundo município. Bahia, 2022	58
Mapa 5	Grau de risco para a transmissão vetorial da Doença de Chagas, segundo último inquérito nacional realizado (2001-2008). Bahia	64
Mapa 6	Distribuição espacial dos casos de hanseníase por municípios na Bahia, 2022.	76
Mapa 7	Distribuição dos CER e EUR, habilitados pelo Ministério da Saúde, por macrorregiões de saúde. Bahia, 2023	156
Mapa 8	Distribuição espacial das unidades da Rede Estadual de Laboratório de Saúde Pública segundo tipo e macrorregião de saúde. Bahia, 2023	171
Mapa 9	Distribuição espacial da rede estadual de vigilância e atenção à saúde do trabalhador. Bahia, 2023.	172
Mapa 10	Plano Diretor de Regionalização da Bahia. 2023	210
Mapa 11	Certificações realizadas pela ESPBA por NRS no período de 2015 a 2022. Bahia, 2023	226

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco
AGHUse - Aplicativo para Gestão Hospitalar
AP – Acolhimento Pedagógico
Apac – Autorização de Procedimento de Alto Custo
APG – Assessoria de Planejamento e Gestão
APS – Atenção Primária à Saúde
Asis – Análise da Situação de Saúde
AT - Agência Transfusional
ATSSP – Área Técnica da Saúde no Sistema Prisional
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
Cafab- Coordenação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica
CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica
Cedap - Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa
Cedeba – Centro de Endocrinologia e Diabetes do Estado da Bahia
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CER - Centros Especializados em Reabilitação
BER – Central Estadual de Regulação
CES – Conselho Estadual de Saúde
BI – Coeficiente de Incidência
CIB - Comissão Intersetores Bipartite
CID-10 – 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
Civedi - Coordenação de Imunizações e Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis
CLPs – Comissões Locais de Pesquisa
Coafe - Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems – Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
Conferes – Conferência Estadual de Saúde
Coass – Coordenação de Análise da Situação de Saúde
Codant- Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis
Coplan – Coordenação de Planejamento
CRU – Central de Regulação de Urgência
CTLD - Central de Triagem Laboratorial de Doadores
Dant – Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DAB - Diretoria da Atenção Básica
DAE – Diretoria da Atenção Especializada
Dasf – Diretoria da Assistência Farmacêutica
DDA – Doenças Diarreicas Agudas
Datusus - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias
Disei – Distrito Sanitário Especial Indígena
Divep – Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DGC – Diretoria da Gestão do Cuidado
DGMP – DigiSUS Gestor Módulo Planejamento
DMA – Diretoria de Modernização Administrativa
DNA – Doenças Neuroinvasivas
DNCI - Doenças de Notificação Compulsória Imediata
DO – Declaração de Óbito
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DTHA – Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar
DNV – Declaração de Nascidos Vivos
EAS – Estabelecimento de Assistência à Saúde
e-MAESM - Equipes Multiprofissionais da Atenção Especializada em Saúde Mental
Fesf- Fundação Estatal Saúde da Família
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FMS - Fundos Municipais de Saúde
HC - Hemocentro Coordenador
HR - Hemocentro Regional
Hupes – Hospital Universitário Professor Edgar Santos
IA – Inteligência Artificial
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
Ibicit - Informação em Ciência e Tecnologia
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IoT - Internet das Coisas
Inca – Instituto Nacional do Câncer
Insan – Insegurança Alimentar e Nutricional
Ipea – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
Iras – Infecções Relacionadas à Saúde
Lacen – Laboratório Central
LMRR – Laboratório Municipal de Referência Regional
LMRE - Laboratório Municipal de Referência Estadual
MS – Ministério da Saúde
NRS – Núcleos Regionais de Saúde
ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
Opas – Organização Pan-Americana da Saúde
PAR - Plano de Ação da Rede
PAS – Programa da Academia da Saúde
PCT-BA- Programa de Controle do Tabagismo na Bahia
PDI – Plano de Desenvolvimento Integrado
PDR – Plano Diretor de Regionalização da Saúde
PEA – População Economicamente Ativa
Peab - Política Estadual da Atenção Básica da Bahia PEAB
PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PEP – Profilaxia Pós Exposição
PES- Plano Estadual de Saúde
Pepciras – Programa Estadual de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PGP – Plano de Governo Participativo
PIB – Produto Interno Bruto
Pnab – Política Nacional da Atenção Básica

Pnad – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PnadC - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua
Pnan – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PNH – Primata não Humano
Pnud - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PPI - Programação Pactuada e Integrada do Estado da Bahia
PPL – Pessoas Privadas de Liberdade
PQA-VS – Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde
PrEP - Profilaxia Pré Exposição
PRI – Planejamento Regional Integrado
PTS - Projeto Terapêutico Singular
Raps - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RCPD - Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência
Reds - Rede Estadual de Dados em Saúde
Relsp - Rede Estadual de Laboratório de Saúde Pública
RHC – Registro Hospitalar de Câncer
RNDS - Rede Nacional de Dados em Saúde
Sais – Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Sars – Síndrome Respiratória Aguda
SE – Semana Epidemiológica
Seer - Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas
SEI - Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais
Sesab – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Siasi – Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena
Sigaf – Sistema de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SIH – Sistema de Internação Hospitalar
SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade
Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS – Sistemas de Informação em Saúde
S-RES - Sistemas de Prontuário Eletrônico
SUS – Sistema Único de Saúde
Suvisa – Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado
TEA - Transtorno do Espectro Autista
TIC - Tecnologia de Informação e Comunicação
UC - Unidade de Coleta
UCT - Unidade de Coleta e Transfusão
UP – Unidades Prisionais
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USA - Unidade de Suporte Avançado
USB - Unidades de Suporte Básico
Viva – Vigilância das Violências e Acidentes
VSA – Vigilância em Saúde Ambiental

APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado da Bahia- Sesab apresenta o Plano Estadual de Saúde (PES) que irá conduzir as ações da saúde pública estadual entre os anos de 2024 e 2027. Este Plano foi elaborado com a participação da gestão estadual, das diversas áreas que compõem a Sesab, do Conselho Estadual de Saúde, com o apoio da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais – SEI/SEPLAN, da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/OMS e do Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS (PFGESUS) / Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Contempla as demandas advindas do Plano de Governo Participativo PGP), às propostas da 11ª Conferência Estadual de Saúde (Conferes) e os achados da Análise da Situação de Saúde (ASIS), bem como está em consonância com o Plano Plurianual 2024-2027. Cumpre salientar que às Diretrizes advindas da 11ª Conferes foram norteadoras para elaboração dos atributos do plano: Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI).

Enquanto principal instrumento de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que define as diretrizes, objetivos, metas e indicadores e ações para o horizonte temporal dos próximos quatro anos, o PES 2024-2027, considera a heterogeneidade do território baiano e sua diversidade populacional, com ênfase nas populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas, a complexidade das ações e atividades a serem desenvolvidas, o orçamento destinado às mesmas e a responsabilidade da Gestão Estadual que de forma tripartite, objetiva garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde equânimes, resolutivos e com qualidade, através do fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e regionalização da assistência e da vigilância, considerando as macrorregiões de saúde do Estado.

Ressalte-se o contexto desafiador da elaboração do PES 2024-2027, diante do cenário pós pandemia da COVID -19, o agravamento dos casos de saúde mental, os desastres naturais, o cenário de insegurança alimentar, a fome e pobreza, o déficit de recursos humanos e escassez de recursos financeiros, bem como a dinâmica das novas tecnologias. Reafirma-se assim, a importância do planejamento ascendente e o papel da Sesab enquanto coordenadora do sistema e das políticas de saúde.

Esperamos que este instrumento possa servir de base para os gestores municipais, regionais e estaduais enquanto ferramenta norteadora para o planejamento do Sistema Único de Saúde – SUS nos municípios baianos. Seguiremos avançando na organização das Redes de Atenção, na consolidação da regionalização, na inovação e tecnologia, no fortalecimento das ações de promoção e proteção da saúde, recuperação desta quando necessário e na prevenção de doenças e agravos.

Roberta Silva de Carvalho Santana

Secretária de Saúde

Marcos Antônio Almeida Sampaio

Presidente do Conselho Estadual de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO.....	23
2	METODOLOGIA.....	24
3	ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	26
3.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO, CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO, HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA.....	26
3.1.1	Perfil Sociodemográfico.....	26
3.1.2	Perfil Socioeconômico.....	32
3.1.3	Características Gerais da População, Hábitos e Estilos de Vida.....	41
3.2	PERFIL DE MORBIMORTALIDADE.....	61
3.2.1	Doenças Transmissíveis.....	65
3.2.2	Doenças Imunopreveníveis e Coberturas Vacinais.....	93
3.2.3	Doenças e Agravos NãoTransmissíveis.....	109
3.3	ESTATÍSTICAS VITAIS.....	143
3.3.1	Nascidos Vivos.....	143
3.3.2	Óbitos Gerais.....	145
3.3.3	Óbitos Maternos.....	146
3.3.4	Óbitos Infantis e Fetais.....	148
3.3.5	Óbitos por causas evitáveis em < de 01 ano e < de 5 anos.....	149
3.3.6	Óbitos não fetais por causa externa com intenção indeterminada.....	150
3.4	ATENÇÃO À SAÚDE.....	151
3.4.1	Atenção Primária	152
3.4.2	Atenção Especializada.....	155
3.4.3	Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (Relsp).....	172
3.4.4	Rede Estadual de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador.....	174
3.4.5	Assistência Farmacêutica.....	175
3.4.6	Policlínicas.....	181
3.4.7	Administração Indireta – Fundação Hemoba.....	182
3.4.8	Gestão dos Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde.....	184
3.5	VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	191
3.5.1	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – Cievs)	191
3.5.2	Vigilância Sanitária e Ambiental.....	195
3.5.3	Vigilância em Saúde do Trabalhador.....	200
3.5.4	Vigilância epidemiológica no contexto da pandemia de covid-19 e dos desastres naturais.....	204
3.5.5	Vigilância Laboratorial.....	205
3.5.6	Serviço de Verificação de Óbito.....	205
4	INOVAÇÃO E TECNOLOGIA.....	206
4.1	Saúde Digital.....	206
4.2	Pesquisa Científica e Avaliação de Tecnologias em Saúde.....	208
4.3	Revista Baiana de Saúde Pública.....	210
5	ORGANIZAÇÃO DO SUS BAHIA.....	210
5.1	Mapa Estratégico.....	213

5.2	Gestão da Política Estadual de Saúde	215
5.2.1	Planejamento e Gestão do Sistema Único de Saúde.....	215
5.2.2	Participação Social na Formulação das Diretrizes do SUS.....	218
5.2.3	Ouvidoria.....	218
5.2.4	Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.....	221
5.2.5	Auditoria.....	231
5.2.6	Corregedoria.....	232
5.2.7	Judicialização na Saúde.....	233
6	PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO QUADRIÊNIO 2024-2027.....	235
7	11ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE.....	237
8	DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....	239
9	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	276
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	279
	REFERÊNCIAS.....	280

1 INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES) é o instrumento base para o planejamento da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), que norteia as políticas públicas no período de quatro anos, considerando as necessidades de saúde da população e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Constitui importante elemento para a programação de ações e serviços de saúde e previsão da proposta orçamentária, de modo a compatibilizar as necessidades da política de saúde do estado com a disponibilidade de recursos financeiros para o período de sua vigência, por meio Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA).

A construção do Plano Estadual de Saúde do Estado da Bahia (PES 2024-2027), atendeu aos preceitos da Lei Federal Nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990¹, regulamentada pelo art. 15, inciso VIII do Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011². De forma articulada, integrada e participativa com as Superintendências/Diretorias/Áreas Técnicas da Secretaria Estadual da Saúde (Sesab) e Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia da Secretaria Estadual de Planejamento (SEI/Seplan), apoio da Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS (PFGSUS/MS) e parceria com o Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA), todo processo foi coordenado pela Assessoria de Planejamento da Sesab (APG) e norteado pela Portaria de Consolidação MS Nº 1/2017³, que orienta o processo de planejamento no SUS.

Considerou enquanto elementos o Plano de Desenvolvimento Integrado (PDI), o Planejamento Regional Integrado (PRI), o Plano Plurianual (PPA), as propostas e diretrizes da 11ª Conferência Estadual de Saúde (Conferes) realizada no período de 5 a 7 de junho de 2023, bem como as demandas da escuta social, assegurando assim a participação do controle social, oportunizando a contribuição da população no processo de definição de prioridades e planejamento da política de saúde.

Além disso, considerou também o contexto subsumido revelado pela análise de situação de saúde (ASIS), no recorte temporal 2015-2022, contemplando as características socioeconômicas e demográficas, hábitos e estilos de vida da população, o perfil de morbimortalidade, as redes de atenção à saúde e a capacidade institucional; destacou as questões relacionadas à pandemia decorrente da infecção pelo SARS-CoV-2 que trouxe desafios no sentido de produzir um conjunto de ações rápidas ao enfrentamento da pandemia, a pactuação entre os gestores, a reorganização dos serviços e reestruturação das equipes de saúde; os desastres naturais (enchentes, estiagem, queimadas) registrados no período; e os avanços do SUS Bahia por meio dos programas e projetos norteadores do estado para área da saúde.

Olhar para a heterogeneidade dos territórios, a diversidade populacional e o contexto de vulnerabilidade social e em saúde para planejar os próximos quatro anos, com ênfase no fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, na qualificação da atenção à saúde e oferta desta de forma oportuna, resolutiva e equânime em consonância com os princípios do SUS, constitui-se um grande desafio para o estado e reforça a importância do planejamento ascendente conforme as necessidades locais e regionais.

2 METODOLOGIA

Para a elaboração da Análise da Situação de Saúde (ASIS) primeiro elemento no processo de construção do PES, foi criado o grupo técnico (GT) por meio da Portaria nº 119 de 2 de fevereiro de 2023⁴, composto por servidores designados pelas unidades setoriais da saúde. Em reuniões e oficinas com gestores e equipe técnica da Sesab foram definidos os elementos da ASIS, priorizados indicadores, elaborado cronograma das atividades e pactuados prazos das entregas. Todo processo utilizou metodologia do Planejamento Estratégico Situacional. As informações recebidas das áreas técnicas foram consolidadas e sistematizadas, compondo um documento com 407 páginas o qual constituiu a base para a ASIS constante neste plano.

A continuidade da construção do Plano se deu com a revisita ao Mapa Estratégico 2020-2023 e sua atualização, visando harmonizar o planejamento da setorial saúde com o Planejamento Geral do Governo e considerando demais elementos constantes no PDI, PGP, PPA e achados da ASIS, alinhando às Diretrizes do Planejamento Regional Integrado - PRI. Seguiu-se, então, na elaboração das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI), sendo as Diretrizes encaminhadas pelo Conselho Estadual de Saúde, após a realização da 11ª Conferência, norteadoras da definição dos objetivos, metas e indicadores do Plano Estadual.

A definição das Diretrizes norteadoras para construção do PES 2024-2027, em consonância com o art. 37 da Lei n. 8.080¹, decorreu de um esforço do CES-BA em sistematizar aproximadamente 1.500 diretrizes e 7.176 propostas de âmbito nacional e estadual advindas das Conferências Municipais e Livres de Saúde realizadas no estado. Após a 11ª Conferência, foi elaborado um caderno com 270 propostas estaduais e publicada a Resolução CES nº 14/2023, a qual, dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Estadual de Saúde. A partir do anexo II da referida Resolução foram definidas 12 diretrizes e aglutinadas nas 07 que nortearam o PES disponíveis em: <http://www5.saude.ba.gov.br/portalcges/RESOLUCAO%20n%2014-2023.pdf> a saber:

1 - Fomentar a regionalização do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, fortalecendo e ampliando as ações de promoção, proteção da saúde e prevenção de doenças e agravos;

2 - Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) ampliando o acesso nos três níveis de atenção, de forma humanizada, visando a integralidade e resolutividade, com ênfase no fortalecimento da atenção primária à saúde, aprimorando suas políticas e programas com a qualidade de ações e serviços de saúde ofertados;

3 - Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial de forma humanizada de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental e o Plano de Desinstitucionalização da Bahia;

4 - Fortalecer o SUS de forma universal, integral e equânime, a fim de garantir a qualidade no acesso à saúde, com ênfase nos grupos minoritários e invisibilizados, promovendo ações intra e intersetoriais para o combate às desigualdades e todas as formas de discriminação incluindo o racismo, intolerância religiosa, misoginia, LGBTIA+fobia, capacitismo, aporofobia, sorofobia, violência aos povos indígenas e todas as formas de violência;

5 - Fortalecer a gestão do trabalho e a educação em saúde promovendo a valorização, qualificação, saúde, segurança e a humanização das relações e processos de trabalho e dos trabalhadores em todos os níveis de atenção, objetivando o trabalho e o provimento digno, seguro e humanizado, priorizando novos vínculos estatutários;

6 - Garantir investimento adequado para a gestão das ações e serviços em saúde de forma regionalizada, bem como, fomentar a pesquisa científica, a tecnologia, inovação em saúde, produção de medicamentos e insumos, preconizando a comunicação estratégica, transversal e intersetorial, com a difusão de informações sobre as práticas, serviços e políticas de saúde com linguagem acessível, construídas com base na educação popular em saúde, valorização da ciência e dos saberes tradicionais;

7 - Fortalecer a gestão estratégica e participativa do SUS, aprimorando os mecanismos de governança pública, qualificando as ações do controle, auditoria, ouvidoria e transparência, aperfeiçoando o planejamento participativo, estratégico e ascendente em saúde, valorizando o protagonismo popular, garantindo o cumprimento das deliberações dos conselhos de saúde e outras instâncias de participação social.

O PES 2024-2027 está dividido em nove capítulos, a saber:

Capítulo 1 - Introdução

Capítulo 2 - Metodologia

Capítulo 3 - Análise da situação de saúde

Capítulo 4 - Inovação e Tecnologia

Capítulo 5 - Organização do SUS Bahia

Capítulo 6 - Previsão orçamentária para as ações e serviços de saúde no quadriênio 2024-2027

Capítulo 7 - 11ª Conferência Estadual de Saúde (Conferes)

Capítulo 8 - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI)

Capítulo 9 - Monitoramento e avaliação

Esses elementos possibilitam a revisão e redefinição de propostas e estratégias, bem como a transparência quanto à prestação de contas junto a gestores, profissionais e usuários do SUS-BA. Ressalte-se a importância da elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) na qual são elencadas ações, metas, indicadores, e é o instrumento a ser acompanhado e monitorado no decorrer de cada exercício financeiro por meio dos relatórios trimestrais (RDQA) e do relatório anual de gestão (RAG), com inserção no módulo de planejamento do sistema DigiSUS.

O PES 2024-2027 em sua versão final contempla sete diretrizes 17 objetivos, 73 metas e 73 indicadores, será submetido ao Conselho Estadual de Saúde e após aprovação pela plenária será publicado na Revista Baiana de Saúde Pública.

3 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

3.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO, CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO, HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA.

3.1.1 Perfil Sociodemográfico

Mundialmente evidencia-se o envelhecimento populacional e a transição demográfica, principalmente nas últimas décadas, traduzidas pela redução das taxas de natalidade e fecundidade, aumento da expectativa de vida e do elevado número de mortes prematuras decorrentes de doenças e agravos incidentes na população de adolescentes e adultos jovens. Vivenciamos aliado a esse cenário, com variações regionais no Brasil e na Bahia, o que se poderia chamar de uma “polarização epidemiológica”, com a permanência de doenças negligenciadas (tuberculose, hanseníase, Chagas), recrudescimento das consideradas anteriormente controladas (cólera, sarampo), das emergentes (covid-19, Monkeypox) e reemergentes (arboviroses). A esse contexto agregam-se as elevadas taxas de morbimortalidade por causas externas (acidentes e violências, inclusive as relacionadas ao trabalho que em geral, são ignoradas/invisibilizadas na maior parte das ações e serviços de saúde), transição nutricional, quadros de extrema pobreza e ocorrência de desastres naturais, que de forma distinta ocorrem no território baiano.

Mudanças nos padrões de adoecimento e mortes estão diretamente relacionadas ao aumento da longevidade e alterações no perfil demográfico da população, nos movimentos migratórios entre outras causas. Ressalte-se que é fundamental a correlação das referidas mudanças com os contextos sociais, econômicos, políticos e culturais. Nas análises foram utilizados os dados censitários disponíveis em 2010, a prévia de alguns referentes ao Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022⁵ e das pesquisas nacionais. Devido a limitações, para alguns indicadores não foi possível a desagregação por macrorregiões de saúde.

Localizada na região Nordeste do país, a Bahia é banhada na sua porção leste pelo Oceano Atlântico, é o quinto estado em extensão territorial com 564.722,61 km², ocupando 6,7% da área geográfica do país e 36,4% da região, é o maior em área dentre os demais estados nordestinos e faz divisa com oito estados. Tem 480 mil km² no território de abrangência do Semiárido Brasileiro, correspondendo a 85,2% da sua área e 279 (67,0%) municípios. Com essa extensão territorial, o estado contém uma densidade demográfica de 25,03 habitantes por quilômetro quadrado. Seu contingente populacional é o quarto maior do país, com 14.136.417 habitantes⁵. Dos 417 municípios apenas 18 (4,3%) têm mais de 100 mil habitantes. Comparando-se a taxa de crescimento populacional, com base nos Censos 2010 e 2022, observa-se para o estado a redução de 1,27. A maior taxa positiva foi da macrorregião de saúde Oeste (10,51). Já as macrorregiões Leste, Nordeste e Sul apresentaram redução do crescimento populacional de -3,54, -1,93 e -4,89 respectivamente (Gráfico 1).

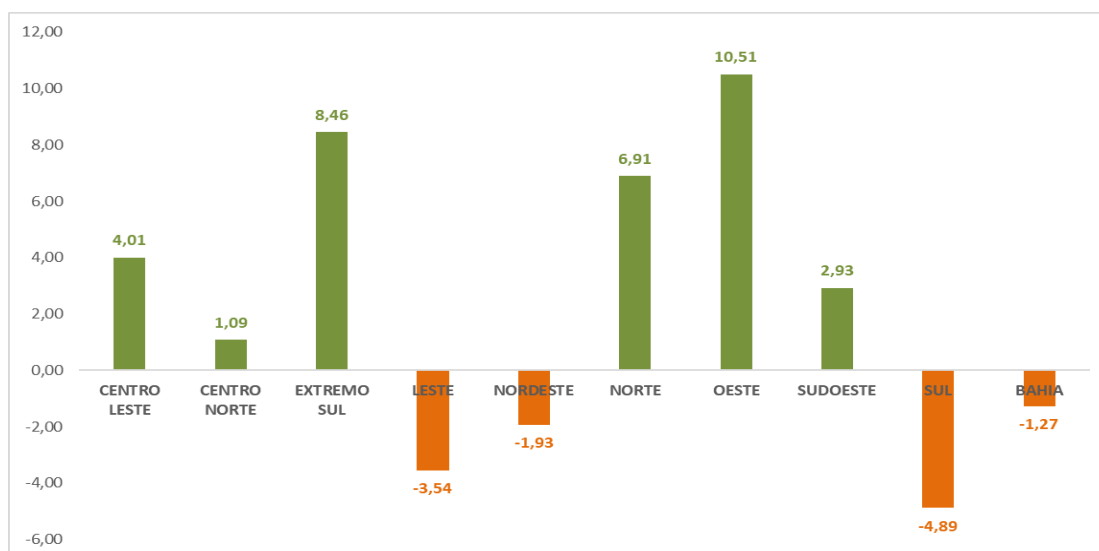
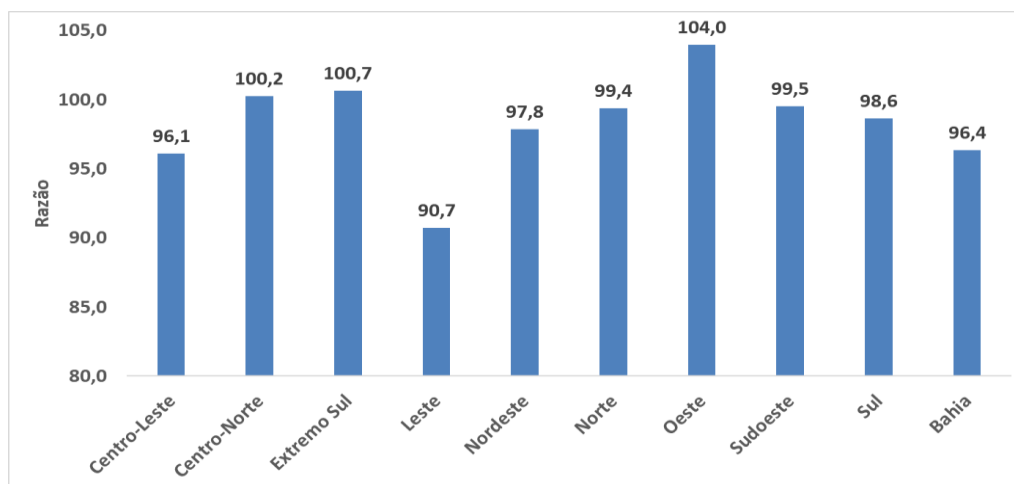


Gráfico 1. Taxa de crescimento populacional segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2010-2022.
Fonte: IBGE, censo 2010 e 2022.

Em 2022 a população total do sexo feminino foi de 7.280.254 e masculino 6.856.163, correspondendo a percentuais de 51,5% e 48,5%, respectivamente. Significando que na

Bahia, a razão de sexo é de 98,3 homens para cada grupo de cem mulheres; este indicador pode ser influenciado por movimentos migratórios e taxas de mortalidade diferenciadas por sexo e idade. É utilizado para análise de variações geográficas e temporais na distribuição da população por sexo, auxiliando na compreensão de fenômenos sociais, a exemplo organização familiar e mercado de trabalho. Macrorregionalmente verificam-se diferenças nesta razão o que deve ser considerado na definição das políticas públicas nas áreas de saúde, educação, segurança pública e emprego **(Gráfico 2)**.

Gráfico 2. Razão de sexo segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2010.



Fonte: IBGE, censo 2010.

Comparando-se a estrutura populacional do estado nos anos de 1991, 2000, 2010 e 2022, verificam-se mudanças na pirâmide etária. Em 2022, a pirâmide esteve com a base menos alargada, o que está relacionado à redução na taxa de natalidade, e o ápice um pouco mais largo, demonstrando envelhecimento da população **(Figura 1)**. Importante ressaltar que na faixa etária de 15 a 19 anos houve uma redução de 12% para ambos os sexos nos últimos dez anos o que pode estar relacionado às mortes por causas externas.

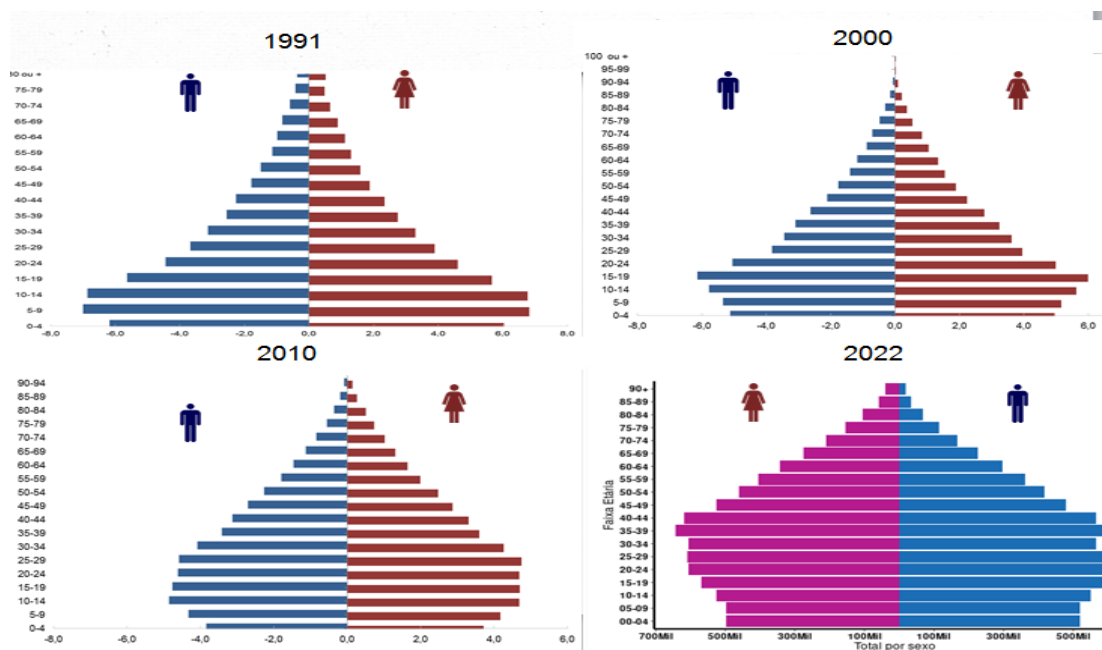


Figura 1. Pirâmides etárias. Bahia, 1991, 2000, 2007 e 2022.

Fonte: IBGE – Sesab/Suvisa/Divep/Coass.

O envelhecimento populacional é resultado do aumento da expectativa de vida ao nascer, declínio da taxa de fecundidade e não especificamente da redução da taxa de mortalidade. Na Bahia o índice de envelhecimento apresentou tendência crescente entre 2013 e 2021 com incremento de 43,42 % passando de 31,69% para 45,45%. Em 2022, com os dados do Censo Demográfico, registrou-se o declínio de 11,2 % (de 45,45 para 40,36) em relação a 2021.

A proporção da população baiana, considerando os extremos das faixas etárias foi de 7,57% para menores de 5 anos e 10,34% para idosos em 2022⁵. As macrorregiões com maiores proporções de < de 5 anos foram a Extremo Sul (8,57%), Oeste (8,56%) e Norte (8,51%); a macro Leste apresentou a menor proporção (6,75%). O índice de envelhecimento é expresso pela relação entre o número de idosos (65 anos e +) e a população jovem (0 a 14 anos) em determinado espaço geográfico e período. No estado as macrorregiões com menores índices de envelhecimento foram a Extremo Sul (31,28%) e a Oeste (33,83%); a Sudoeste desponta como a que contém a maior proporção de idosos 48,07% para 100 pessoas na faixa de 0-14 anos (**Quadro 1**).

Quadro 1. Proporção de menores de 5 anos, proporção de idosos e índice de envelhecimento segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2022.

Indicadores	Centro Leste	Centro Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	BAHIA
Proporção de menores de 5 anos de idade	7,66	8,28	8,57	6,75	7,75	8,51	8,56	7,33	7,91	7,57
Proporção de idosos	11,22	11,30	8,94	9,07	11,02	10,40	9,66	12,12	10,95	10,34
Índice de envelhecimento	42,30	40,49	31,28	40,28	40,44	36,71	33,83	48,07	41,02	40,36

Fonte: IBGE, 2022; SEI/Seplan.

A evolução da esperança de vida ao nascer na Bahia apresenta tendência de crescimento na população geral e em ambos os sexos, em 2022 alcançou 79,52 e 70,24 anos, para o feminino e masculino, respectivamente (**Gráfico 3**). Melhorias nas condições de saneamento básico, acesso a serviços de saúde, implementação de meios diagnósticos/tratamentos e imunização são alguns dos fatores que contribuem positivamente para aumento da expectativa de vida. Ressalte-se ainda, que os homens procuram menos os serviços de saúde, principalmente para prevenção e controle das doenças/agravs e apresentam maior risco de óbitos por causas externas. infere-se que essas questões contribuam para que o sexo masculino apresente uma menor expectativa de vida.

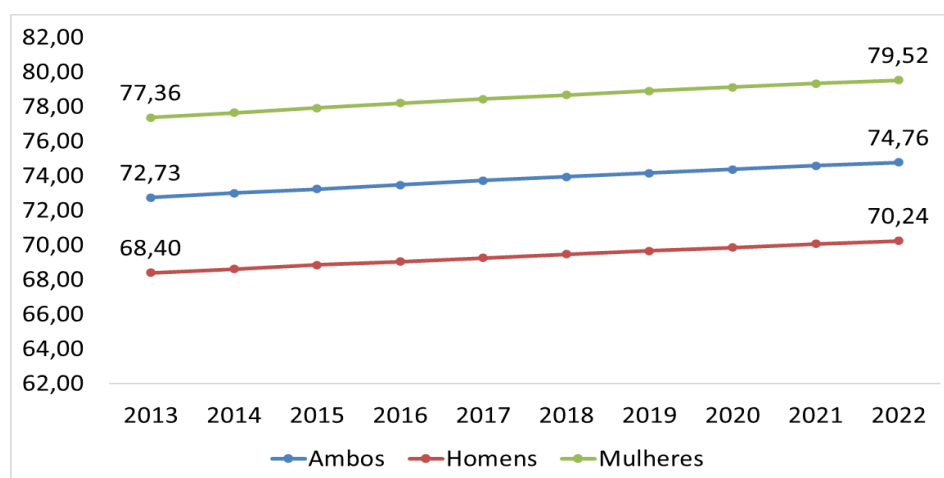


Gráfico 3. Evolução da esperança de vida ao nascer (em anos), segundo sexo. Bahia, 2013-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass; IBGE/Diretoria de Pesquisas; SEI/Seplan.

Outros indicadores importantes na análise do perfil demográfico são a taxa bruta de natalidade e a taxa de fecundidade. A primeira expressa número de nascidos vivos, por mil habitantes; em 2022 para o estado esta taxa foi de 13,39/mil nascidos vivos. O segundo indicador é a taxa de fecundidade que corresponde a uma estimativa da quantidade de filhos que uma mulher teria ao longo de sua vida reprodutiva⁶. Infere-se que mudanças de

padrões nas normas sociais e culturais e a implantação de programas como planejamento familiar venham contribuindo para redução destas taxas. Na Bahia, em 2022, a taxa de fecundidade foi de 1,67/mulher, mantendo a mesma do ano anterior, a variação da taxa 2015-2022 foi de - 0,5%, nota-se na série histórica uma redução de 3,6% entre 2015-2016 (**Gráfico 4**).

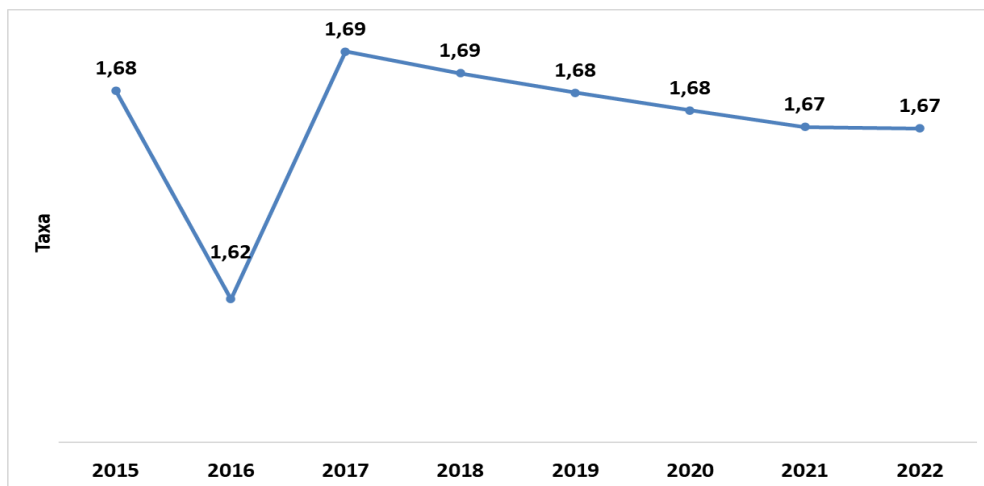


Gráfico 4. Evolução da taxa de fecundidade. Bahia, 2015-2022.
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass; IBGE/Diretoria de Pesquisas; SEI/Seplan.

A taxa de urbanização refere-se à porcentagem da população residente em domicílio na região urbana. No Brasil atualmente mais de 80% da população vive em área urbana, na Bahia em 2010 esse percentual foi de 72,08%; as macrorregiões com menores taxas foram a Oeste (56,38%) e Nordeste (56,66%). Ressalte-se que, o não planejamento da urbanização das cidades pode acarretar precarização de moradias, aumento da poluição, mais desigualdades sociais e danos ambientais devido ao aumento do risco de enchentes e queimadas (**Gráfico 5**).

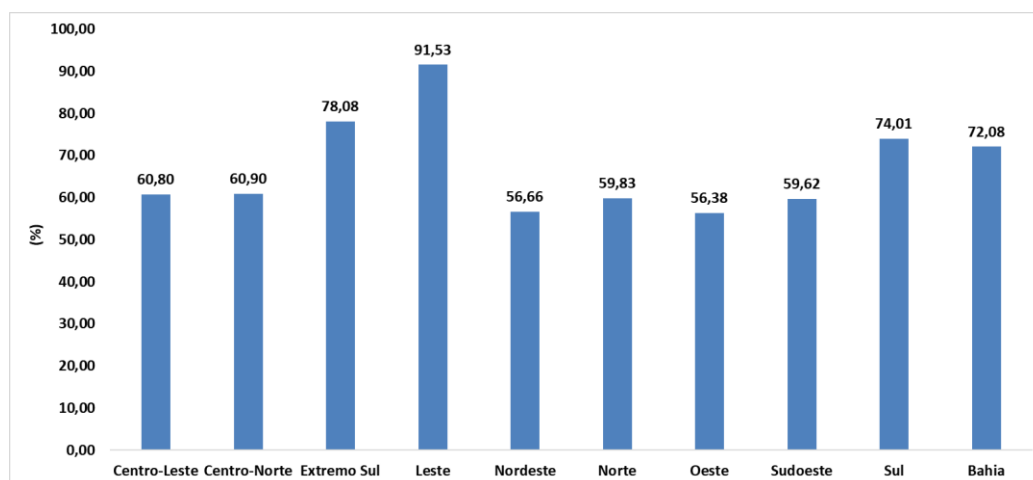


Gráfico 5. Taxa de urbanização segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2010.
Fonte: IBGE, censo 2010.

Quanto às especificidades de grupos populacionais no estado, é importante destacar que a população indígena aldeada é de 35.155 habitantes (Siasi/fevereiro/2022). A dinâmica populacional indígena demonstra uma pirâmide de base larga, retratando uma população com maior proporção de adolescentes e adultos jovens (**Figura 2**).

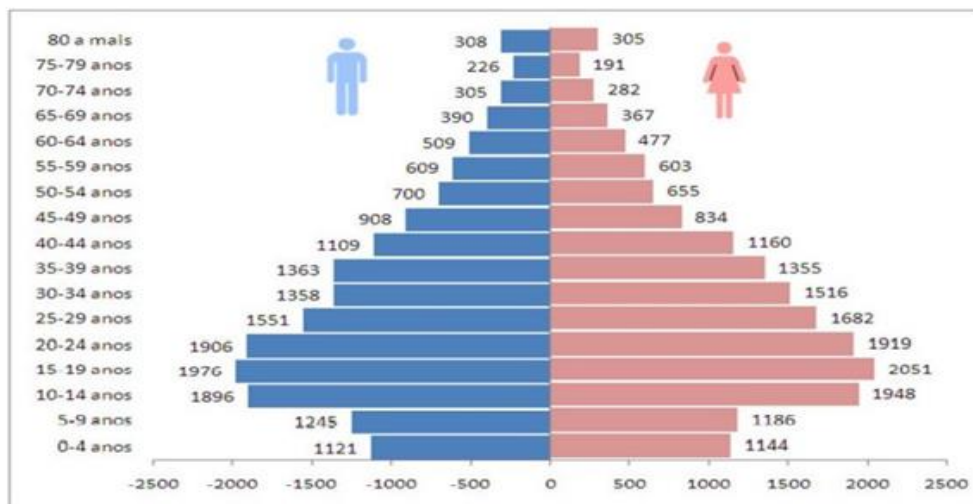


Figura 2. Pirâmide etária dos povos indígenas. Bahia, 2022.

Fonte: DSEI-Bahia, 2022.

Segundo dados do DSEI, a desagregação dos povos indígenas por ciclo de vida sinaliza que os extremos deste apresentam os menores percentuais, para crianças 13,4% (4.696) e para os idosos 9,6% (3.360) e a maior proporção (55,0%) são de adultos (20 a 59 anos).

3.1.2 Perfil socioeconômico

Existe uma série de indicadores para mensurar e estabelecer estatísticas sobre as características socioeconômicas e espaciais de um território. Um dos mais importantes é o conceito de População Economicamente Ativa (PEA). Nessa conceituação, a PEA envolve aquilo que o IBGE classifica como população ocupada e população desocupada. Na Bahia, considerando os anos de 2000, 2010 e 2021 registrou-se variação positiva da população economicamente ativa nas faixas etárias de 15 a 64 anos (9,5%) e de 60 anos + (62,2%) (**Quadro 2**).

Quadro 2. População economicamente ativa segundo faixa etária. Bahia, 2000, 2010 e 2021.

FAIXA ETÁRIA	2000		2010		2021		VARIAÇÃO % 2000/2021
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
< 15 anos	4.178.972	32,0	3.590.094	25,6	3.181.186	21,2	-33,7
15 a 59 anos	7.813.377	59,8	8.975.606	64,0	9.816.738	65,5	9,5
60 anos e +	1.077.901	8,2	1.451.206	10,4	1.987.360	13,3	62,2
TOTAL	13.070.250	100,0	14.016.906	100,0	14.985.284	100,0	-

Fonte: IBGE- censos demográficos e estimativas populacionais.

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

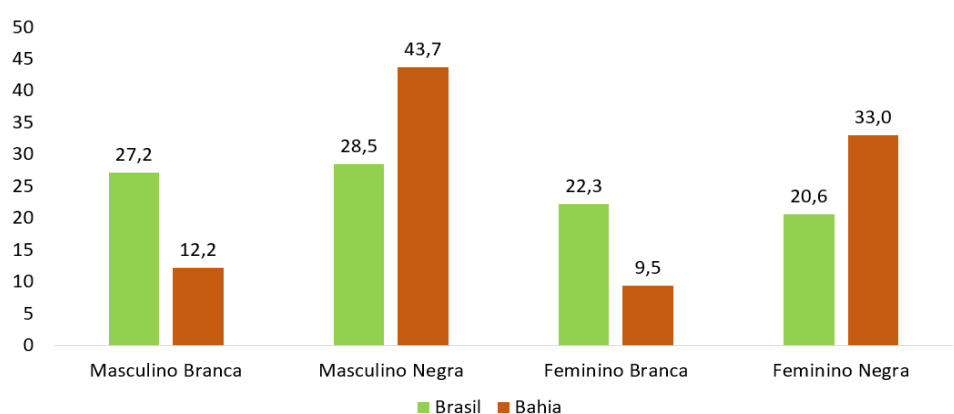


Gráfico 6. Distribuição percentual da população economicamente ativa por sexo e raça/cor. Brasil e Bahia, 2010.

Fonte: IBGE, 2010.

Com relação aos indicadores socioeconômicos, observa-se que para o estado da Bahia, a população em idade ativa (PIA) apresentou 11.998.000 trabalhadores em 2019, sendo a população economicamente ativa (PEA) e a parcela fora da força de trabalho com 59,0% e 41,0% respectivamente, em relação a PIA. Destaca-se que de 2016 a 2019 houve um pequeno decréscimo na razão PEA/PIA estadual (2016: 60,1%; 2019: 59,0%), no entanto, em âmbito nacional, apesar de discreto, houve um acréscimo nesse resultado (2016: 61,81%; 2019: 62,6%) (**Quadro 3**).

Quadro 3. População em Idade Ativa (PIA) População Economicamente Ativa (PEA) e População fora da força de trabalho. Brasil e Bahia, 2016-2019.

ANO	2016		2017		2018		2019	
	Brasil ¹	Bahia ¹	Brasil ¹	Bahia ¹	Brasil ¹	Bahia ¹	Brasil ¹	Bahia ¹
PIA	165.933	11.686	167.476	11.770	169.251	11.915	171.088	11.998
PEA	102.568	7.029	104.132	6.941	104.971	6.968	107.133	7.080
Pop. fora da força de trabalho	63.365	4.657	63.344	4.829	64.280	4.947	63.955	4.919

Fonte: IBGE, PNAD.

¹X 1.000

A análise da taxa de desocupação das pessoas de 14 anos ou mais de idade apresenta diferenças importantes que devem ser sinalizadas. Ao analisar o indicador nos anos 2020 e 2021 percebe-se que tanto em âmbito nacional quanto na Bahia, a taxa de desocupação aumentou em relação a 2019, muito possivelmente em função da pandemia de Covid-19 que assolou o país e impactou em várias áreas, inclusive nos índices de emprego e trabalho. No entanto, verifica-se uma tendência de declínio nos dois últimos trimestres analisados o que demonstra uma possível recuperação dos postos de trabalho nos períodos considerados (**Quadro 4**).

Quadro 4. Taxa de desocupação de pessoas de 14 anos de idade ou mais Brasil e Bahia, 2016-2021.

Ano	2019				2020				2021			
Trimestre	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
Brasil	12,80	12,10	11,90	11,10	12,40	13,60	14,90	14,20	14,90	14,20	12,60	11,10
Bahia	18,50	17,50	16,90	16,50	18,80	20,50	21,10	20,70	21,70	20,20	18,70	17,30

Fonte: IBGE, Pnad.

Total de indivíduos relativo à PIA menos a PEA.

Com relação às pessoas com 14 anos de idade ou mais ocupadas segundo grupamento de atividades no trabalho principal, no Brasil e na Bahia, fazendo-se um comparativo entre os anos de idade ativa (PIA) ocupadas nos serviços 2016 e 2021, houve um decréscimo na população em domésticos, no Brasil (-7,7%) e na Bahia (-3,54%). No estado, houve acréscimo em seis grupamentos de atividades, com destaque para a indústria geral (+14,03%); chamou a atenção o decréscimo observado no setor de transporte, armazenagem e correio em torno de 10,24% (**Quadro 5**).

Quadro 5. Pessoas de 14 anos de idade ou mais, ocupadas segundo grupamento de atividades no trabalho principal. Bahia, 2020-2021*.

Ano	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*	Varição% 2016-2021
Atividade econômica							
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	1.070	930	892	967	923	1.108	3,55
Indústria geral	449	465	491	512	410	512	14,03
Construção	515	471	414	420	402	494	-4,08
Comércio, rep de veículos, auto e moto	1.165	1.100	1.166	1.180	996	1.098	-5,75
Transporte, armazenagem e correio	293	278	259	271	305	263	-10,24
Alojamento e alimentação	352	377	445	357	291	358	1,70

Informação, comunicação e atividades financeiras, imobiliárias, profissionais e administrativas	447	429	410	441	404	457	2,24
Adm. pública, defesa, seg. social, educação, saúde humana e serviços sociais	963	1.029	1.035	1.093	975	975	1,25
Outros serviços	257	270	305	295	229	264	2,72
Serviço doméstico	396	445	405	399	307	382	-3,54

Fonte: IBGE, Pnad.

*Dados relativos ao quarto trimestre do ano considerado.

Analisando o rendimento médio mensal da população ocupada de 14 anos ou mais no Brasil e na Bahia (**Quadro 6**), entre 2016 e 2021, percebe-se que a Bahia apresentou 34,7% a menos desse rendimento em relação ao cenário brasileiro em 2016 e 36,2% a menos em 2021, ou seja, o valor médio ficou ainda mais distante nesse comparativo.

Quadro 6. Rendimento médio mensal*da população ocupada (14 anos ou mais), por trimestres**. Brasil-Bahia, 2016-2021.

Ano	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Brasil	2.583,00	2.609,00	2.645,00	2.652,00	2.737,00	2.438,00
Bahia	1.686,00	1.856,00	1.863,00	1.807,00	1.770,00	1.556,00

Fonte: IBGE, Pnad.

*Em reais.

**Dados relativos ao quarto trimestre do ano considerado.

Observando a distribuição dos empregos formais por macrorregião de saúde do estado e comparando os dados obtidos entre 2014 e 2018, a maior concentração de trabalhadores empregados encontrava-se na região Leste (2018: 50,5%). Nesse período a região perdeu mais de 10% dos vínculos empregatícios (**Tabela 1**). As demais regiões, com exceção das macrorregiões Sul e Centro-Leste, apresentaram aumento no total de postos de trabalho, ao considerar o período 2014-2018. No intervalo analisado, a Bahia passou de 2.372.583 para 2.261.558, redução de quase 5% no total de empregos.

Tabela 1. Distribuição dos trabalhadores formais por macrorregião de saúde. Bahia, 2014-2018.

Macrorregião	2014	2015	2016	2017	2018	%*	Dif. %**
Centro-Leste	250.068	249.636	236.746	242.911	248.536	11,0	-0,6
Centro-Norte	55.992	57.126	53.059	59.477	60.824	2,7	8,6
Extremo Sul	121.582	123.480	116.840	126.040	125.638	5,6	3,3
Leste	1.270.771	1.211.827	1.128.386	1.126.670	1.142.437	50,5	-10,1
Nordeste	77.115	76.309	70.259	74.609	77.468	3,4	0,5
Norte	102.021	100.027	98.280	103.687	106.862	4,7	4,7
Oeste	111.813	114.591	105.884	113.970	119.094	5,3	6,5
Sudoeste	188.622	188.127	182.690	188.034	190.780	8,4	1,1
Sul	194.599	191.281	179.201	188.377	189.919	8,4	-2,4
Total	2.372.583	2.312.404	2.171.345	2.223.775	2.261.558	100,0	-4,7

Fonte: Tabnet ST/Divast. Acesso em 15/05/2021.

*Percentual de trabalhadores em cada macrorregião em relação ao total do estado.

**Diferença percentual de redução ou acréscimo no total de empregos entre 2014 e 2018.

Analisando a distribuição percentual dos empregos formais segundo Seção da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE 2.0) por macrorregião de saúde, na Bahia, em 2018, são predominantes os empregos formais nos setores administração pública, defesa e seguridade social” (27,1%), “comércio” (19,0%) e “indústrias de transformação” (9,0%). No entanto, essa distribuição por macrorregião do estado apresenta algumas diferenças, com destaque para o Extremo Sul, Norte e o Oeste, que, além do comércio e das atividades administrativas, apresentam com destaque as atividades de “agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura.

Considerando-se a distribuição dos empregos por grau de risco na Bahia, em 2018, vale observar as atividades em destaque na **Tabela 2**.

Tabela 2. Quantitativo de trabalhadores nas atividades econômicas grau de risco 4 (NR4) e macrorregiões de saúde em destaque para estas atividades. Bahia, 2018.

Divisão CNAE 2.0	Total de trabalhadores na atividade	% em relação ao total de trabalhadores da Bahia	Macrorregiões em destaque / %**
Obras de infraestrutura	38.482	1,7	Leste (24.670/64,1) Sudoeste (5.076/13,2)
Extração de minerais metálicos	5.503	0,2	Norte (2.986/54,3) Centro Norte (1.046/19,0)
Extração de minerais não-metálicos	5.388	0,2	Sudoeste (1.997/37,1) Leste (974/18,1) Centro Leste (711/13,2)
Atividades de apoio à extração de minerais	3.425	0,2	Nordeste (2.728/79,6)
Extração de petróleo e gás natural	2.539	0,1	Leste (2.278/89,7) Nordeste (260/10,2)

Fonte: Divast/Relação Anual de Informações Sociais (Rais) - Ministério do Trabalho e Emprego (Tabnet Divast – Informações em Saúde do Trabalhador) – <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?../cesat/TabNet/TrabClaCNAE2.DEF>
Classificação das atividades econômicas segundo o grau de risco (Norma Regulamentadora 4 do Ministério do Trabalho e Emprego).

O reconhecimento do quantitativo e da concentração de trabalhadores em atividades de maior risco no estado da Bahia está para além da gestão da segurança e saúde do trabalho no âmbito dos estabelecimentos. A distribuição do risco no território possibilita a identificação das regiões, áreas e microáreas de prioridade na atenção à Saúde do Trabalhador (ST), como também do traçado das estratégias adequadas ao enfrentamento do problema.

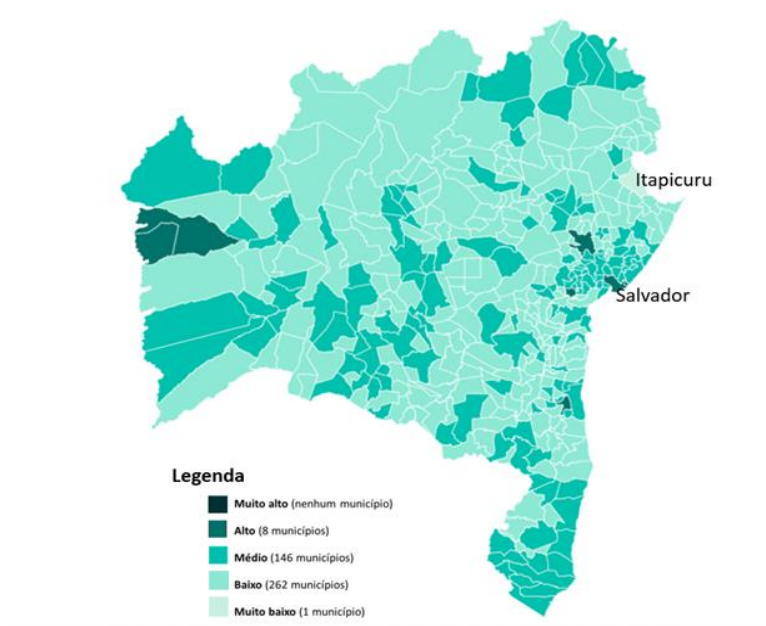
A razão de dependência é outro importante indicador e expressa a quantidade de crianças/adolescentes (menores de 14 anos) e idosos (população acima de 65 anos) que existe em determinado espaço geográfico para cada pessoa em idade ativa (entre 15 e 64 anos). No estado, esse indicador entre 2010 e 2021 apresentou declínio 23,3% na população de jovens (39,2 para 30,08) e 12,3% na população geral (49,89 para 43,75) e, elevação de 26,8% na população de idosos (10,78 para 13,67).

Utilizado para medir a desigualdade social de determinado território o índice de Gini, para a Bahia, segundo dados da Pnad de 2021⁸ foi de 0,55. Ressalte-se que os valores desse coeficiente variam entre 0 e 1 quanto mais próximo do zero menor é a desigualdade social. Assim, esse indicador para o estado apresenta valor pouco acima da média. A pesquisa sinalizou que em 2021 a taxa de desemprego na Bahia foi de 17,3% e a de população extremamente pobre foi de 1,4%.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. Em 2010 a Bahia ocupou a 22ª posição no ranking nacional do IDH, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) com o valor de 0,660. O escore adotado para avaliação considera IDH baixo até 0,500; médio de 0,500 a 0,699;

elevado de 0,700 a 0,799; muito elevado a partir de 0,800. A educação foi o componente que mais contribuiu para o aumento do IDH estadual, o qual passou de 0,182 em 1991 para 0,555 em 2010, registrando aumento de 204,9% no período.

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



Mapa 1. Distribuição espacial dos municípios de acordo com o índice de desenvolvimento humano (IDH). Bahia, 2010.

Fonte: www.undp.org. Dados acessados em 08/03/2023.

A taxa de alfabetização expressa a situação educacional mínima de uma população. Representa o percentual de pessoas com 15 anos ou mais de idade que sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecem, em relação à população total na mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico e ano considerado. Essa taxa pode ser utilizada como um *proxy* da condição social, o nível de alfabetização das mães influencia diretamente nas condições de atenção à saúde das crianças. Pessoas não alfabetizadas requerem formas especiais de abordagem nas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Na Bahia, considerando os dados do censo de 2010⁷, a taxa de analfabetismo foi de 16,25, a macrorregião Leste registrou a menor taxa (7,25); e a Nordeste, a maior (23,04) (**Gráfico 7**).

Ainda no tocante a essa taxa, ressalta-se diferenças de alfabetização entre as zonas rural e urbana, faixas etárias e raça/cor. Em 2019, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PnadC)⁹, o índice de analfabetismo no estado correspondeu a 13%. O estudo revelou que o percentual de analfabetos é maior na população de idosos (54,8%). Outro fator analisado foi a desigualdade por raça/cor em que a taxa de analfabetismo entre os que se declararam negros (pretos e pardos) foi de 13,5%, superior à dos que se declararam brancos (10,4%).

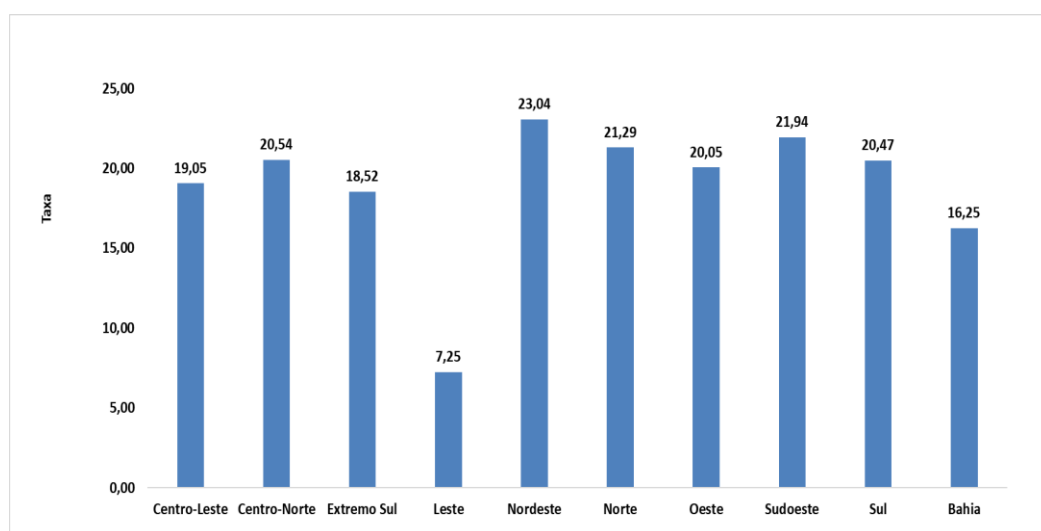


Gráfico 7. Taxa de analfabetismo segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2010.
Fonte: IBGE/censo de 2010.

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

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

Considerando os dados sobre o PIB per capita em 2020, a Bahia alcançou 20.449,29. A desagregação desse indicador segundo macrorregião de saúde demonstrou que a Oeste

obteve o maior PIB, com 34.766,31 seguida da Leste, com 27.300,94. As duas macrorregiões com os menores índices foram a Centro-Norte (11.603,13) e a Sudoeste (13.816,02) (**Gráfico 8**).

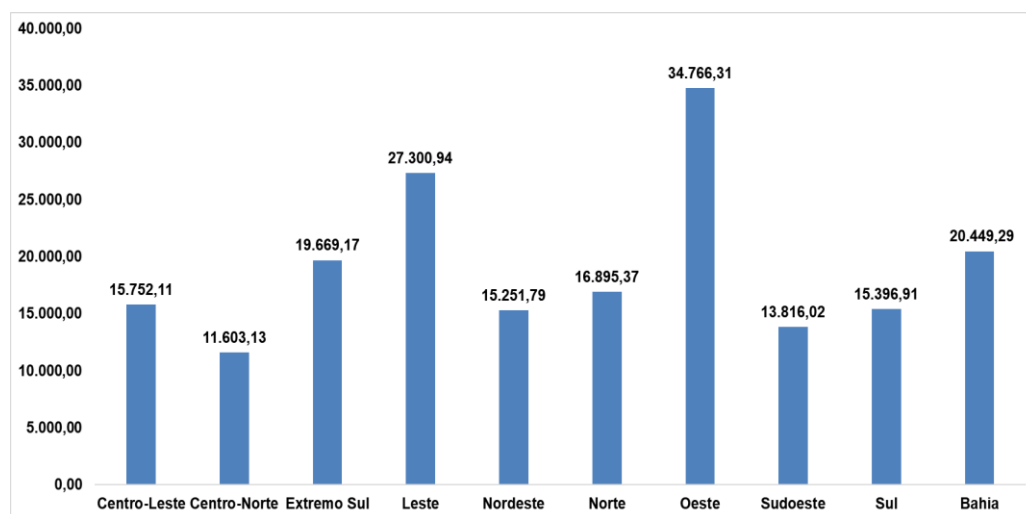
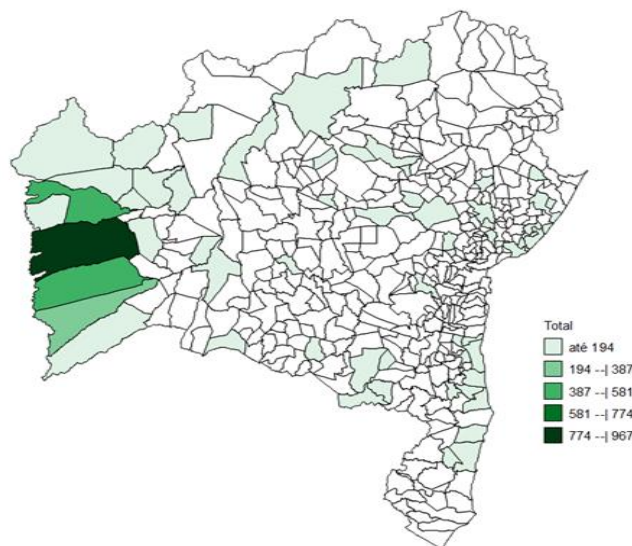


Gráfico 8. PIB per capita segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2020.
Fonte: IBGE/2020. SEI/Seplan/PIB per capita.

O trabalho infantil compreende um grave problema social de natureza complexa. Destaca-se que no Brasil, existem ainda 1,7 milhão de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil, 706 mil em atividades classificadas na Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (Lista TIP) sendo a maioria do sexo masculino (66%), negros e pardos¹⁰. Os setores da agricultura (38,4%) e serviços em geral (40,1%) são os que apresentam as maiores estimativas de ocupação para esse segmento populacional¹¹. Segundo dados do Censo Agropecuário, Florestal e Aquícola em 2017, mais de 72 mil crianças e adolescentes menores de 14 anos estavam ocupados em estabelecimentos agropecuários da Bahia, sendo 52,9% em atividades na agricultura familiar.

Dados do Prova Brasil¹², referente ao estado da Bahia para o ano de 2017, identificaram cerca de 40 mil alunos de escolas públicas de quinto e nono ano que declararam trabalhar fora de casa, sendo o maior contingente deste grupo para o de menor escolarização (58%). Os municípios de Salvador (3.748), Feira de Santana (1.211), Camaçari (722) e Vitória da Conquista (709), são os que apresentam maiores frequências de crianças e adolescentes trabalhando nas séries escolares pesquisadas.

Quanto ao trabalho análogo à escravidão no Brasil, no período de 1995 a 2022, foram resgatadas 57.772 pessoas em condições análogas à escravidão, sendo 3.525 (6%) no estado da Bahia. Os municípios com maiores ocorrências de casos pertencem às Regiões de Saúde de Barreiras, Santa Maria da Vitória, Vitória da Conquista, Salvador, Guanambi e Irecê (**Mapa 2**).



Mapa 2. Distribuição espacial dos municípios com casos de resgates de trabalhadores em situação análoga à escravidão. Bahia, 1995-2022.

Fonte: Radar SIT - Painel de Informações e Estatísticas da Inspeção do Trabalho no Brasil. Tratamento e análise: SmartLab.

As atividades econômicas associadas com essa prática na Bahia são majoritariamente do setor de cultivo do café (27%), algodão (25%) e soja (12%). A maioria dos casos de residentes na Bahia é do sexo masculino (93%), na faixa etária de 18 a 24 anos (26%), parda (55%) e com até o quinto ano incompleto (56%)¹³. Entre os desafios para Vigilância em Saúde do Trabalhador estão o planejamento das ações com base na análise de situação de saúde, identificação da população trabalhadora e do perfil produtivo nos territórios; a ampliação da capacidade de atuação da RAS e incorporação da categoria trabalho no processo saúde-doença, com destaque para a Atenção Básica; a ampliação da capacidade de atuação da rede de vigilância em saúde do trabalhador, incluindo intervenções sanitárias e produção de informações; e a articulação intra e intersetorial no momento pós-resgate das vítimas.

3.1.3 Características gerais da população, hábitos e estilos de vida

Vulnerabilidade social tem a ver com a situação socioeconômica e relacional de parte da população, que dispõe de poucos recursos para lidar com questões, como: renda, moradia, trabalho, educação e saúde. Considerando as dimensões de renda e trabalho, infraestrutura urbana e capital humano, embora o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) apresente uma melhora significativa até 2017, nosso país corre o sério risco de se tornar o epicentro da fome¹⁴.

O poder de compra das famílias diminuiu, o saneamento básico de muitos locais é precário e a falta de acesso à educação agrava ainda mais as desigualdades. É preciso não

somente considerar os aspectos materiais da vulnerabilidade social, mas também os aspectos emocionais, que impactam na estrutura das famílias. Programas sociais ao longo dos últimos anos foram necessários para amenizar um pouco o cenário, no entanto, a pandemia escancarou os problemas de forma feroz¹⁴.

Com relação à saúde, incluem-se nesse contexto as pessoas em situação de vulnerabilidade em relação às doenças ou possíveis riscos de desastres, muito por conta da localidade na qual habitam, do nível de escolaridade, acesso a bens e serviços, pois, os grupos populacionais que dispõem de péssimas condições financeiras, invariavelmente acabam tendo menos acesso a cuidados de saúde. São pessoas que adoecem mais, tanto por doenças crônicas quanto agudas.

Outro aspecto a ser considerado refere-se à expansão urbana que de forma acelerada contribui para a diferenciação e segmentação demográfica, social, econômica e ambiental, assim, observa-se nos grandes centros urbanos a existência de prédios luxuosos contrastando com a desordenada e desestruturada periferia que se multiplica e onde se evidencia a discriminação social e pessoas marginalizadas configurando-se a vulnerabilidade territorial que em geral apresenta níveis de pobreza, insegurança alimentar, desemprego e criminalidade.

Dada a diversidade populacional do estado e a necessidade de promover a equidade em saúde, é importante a abordagem sobre grupos populacionais específicos e o contexto do processo saúde-doença dessas pessoas, de modo a ofertar tratamentos diferenciados por meio da implementação de políticas públicas que contribuam para a inclusão e o acesso individual e coletivo. Destacam-se nesses grupos: povos indígenas, população negra (quilombola), pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua e; população LGBTQIAPN+. Na Bahia observa-se que as questões relacionadas a não interoperabilidade entre os sistemas de coleta de dados, a baixa qualidade das informações decorrentes do não preenchimento das variáveis que avaliam as desigualdades sociais e em saúde nos instrumentos da assistência, a subnotificação das doenças e agravos nessas populações, a discriminação e as lacunas assistenciais estão entre os principais fatores que contribuem com as iniquidades e invisibilizam grupos populacionais.

3.1.3.1 Povos tradicionais e grupos populacionais específicos

3.1.3.1.1 População Negra

A Bahia conta com cerca de 80% da sua população composta por pretos (as) e pardos (as), sendo esta, em sua maioria usuária exclusiva do SUS, que enfrenta importantes dificuldades no acesso, acolhimento e atendimento em saúde¹⁵. Nesse sentido, figuram como principais problemas de saúde enfrentados por essa parcela da população: a

inadequação e/ou ineficiência dos tratamentos para os principais agravos da população negra; a subnotificação do quesito raça/cor na maioria dos sistemas de informação da saúde; além da baixa adesão dos gestores municipais à Política Estadual de Atenção à de Saúde da População Negra.

Quanto às doenças prevalentes, existem quatro que estão associadas a causas genéticas: doença falciforme; hipertensão arterial; diabetes mellitus e a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. Porém, existem outras questões de saúde que acometem a população negra: a desnutrição, as altas taxas de mortalidade infantil, a anemia ferropriva, doenças relacionadas ao trabalho, e os transtornos mentais são exemplos de condições adquiridas em função de condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis e intensa pressão social. Já a insuficiência renal crônica, os cânceres, os miomas e mesmo a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças cuja evolução são agravadas ou o tratamento é dificultado pelas condições ambientais que essa população enfrenta¹⁵.

Ocorre que ainda precisamos avançar na produção de dados de saúde da Bahia com recorte raça/cor, seja por conta de ainda termos desafios no preenchimento do referido quesito em instrumentos e sistemas de informação seja por ainda dispormos de instrumentos que não adotam tal campo, ou ainda por não termos avançado com leituras, análises e diagnóstico, a partir de tal recorte. Carecemos de informações que nos permitam identificar, por características específicas, a população quilombola - vale dizer que o campo sobre quilombola não é obrigatório no cadastro individual da Atenção Básica.

Observa-se um descompasso entre os dados referentes à população quilombola. Segundo dados do CadÚnico de dezembro de 2022, na Bahia vivem 73.723 famílias quilombolas divididas em 273 (65,5%) municípios. Em relação aos dados da atenção básica, no entanto, 313 (75,1%) municípios registraram no Sisab a presença de quilombolas a partir do cadastro individual, contudo, as limitações de acesso a esse sistema não permitem contabilizar o total de usuários ou famílias quilombolas cadastrados.

A cultura do silêncio, sustentada historicamente pelo mito da democracia racial, possibilitou a ausência da busca pela origem étnico-racial dos usuários do SUS, e por consequência uma construção de políticas públicas de caráter universalistas, sendo muito recente o movimento concreto em torno da equidade no sentido de identificar as diferenças, vulnerabilidades, iniquidades e necessidades envolvidas no processo saúde doença¹⁵.

3.1.3.1.2 Povos Indígenas

A atenção à saúde dos povos indígenas é orientada pela Lei Arouca Nº 9836/99¹⁶, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), gerido, financiado e executado pela União, por meio da Secretaria Especial de Saúde indígena (Sesai), através

dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) nos territórios indígenas e pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria GM Nº254/2002)¹⁷, que atribui a estados e municípios o papel complementar, bem como a responsabilidade pela retaguarda SUS para a atenção da média e alta complexidade.

Na Bahia, de acordo com o censo de 2010 existem aproximadamente 56.381 indígenas autodeclarados, dos quais 33.745 são assistidos pelo DSEI-BA. São cerca de 34 etnias, distribuídas em 143 aldeias, ocupando uma extensão territorial de 165.194 Km² (29,%), abrangendo 30 municípios. Das 143 aldeias, apenas 23 (16%) apresentam unidades básicas da saúde indígena (UBSI).

Ao todo são 35 equipes multidisciplinares de saúde indígena que atendem às comunidades indígenas da Bahia, das quais dez (28,6%) equipes encontram-se sem profissional médico, como demonstra o **Quadro 7**.

Quadro 7. Composição das equipes multidisciplinares de saúde indígena segundo categoria profissional por polo base. Bahia, 2023.

POLO BASE/ Macrorregião de Saúde	ENFERMEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	MÉDICO	ODONTÓLOGO	ASB	AIS	AISAN	TOTAL	EMSI	EMSI INCOMPLETAS (FALTA DE MÉDICOS)
EUCLIDES DA CUNHA/CENTRO LESTE	2	6	0	1	1	6	6	22	1	0
IBOTIRAMA/OESTE	4	8	1	2	2	11	4	32	3	1
ILHÉUS/SUL	7	13	5	2	3	33	9	72	6	2
ITAMARAJU/EXTREMO SUL	5	7	3	2	2	22	12	53	4	1
JUAZEIRO/NORTE	3	7	2	2	1	10	9	34	3	0
PAU BRASIL/EXTREMO SUL	6	9	2	3	3	21	7	51	5	3
PAULO AFONSO/NORTE	5	12	2	3	3	18	11	54	4	1
PORTO SEGURO/EXTREMO SUL	9	28	5	6	6	23	14	91	7	2
RIBEIRA DO POMBAL/NORDESTE	3	8	2	2	2	14	11	42	2	0
TOTAL	44	98	22	23	23	158	83	451	35	10

Fonte: DSEI-BA/Relatório ADPF/2023.

Quanto ao perfil de morbidade observa-se maior prevalência de doenças do aparelho respiratório, correspondendo a 24,70% (6.087) do total de registros, seguido das doenças do aparelho circulatório (15,78%/3.890), do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (10,85%/2.674) e algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,52%/2.346). Cabe destacar que a taxa de prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) para indivíduos de 25 anos ou mais foi de 7,05 por 100 habitantes até outubro de 2021, de acordo com o número total de casos de HAS registrados no Siasi. Em relação à prevalência de Diabetes Mellitus (DM), o DSEI-BA informou uma taxa de 2,03 casos por 100 habitantes, no mesmo período. O Polo Base de Euclides da Cunha foi o que apresentou maior taxa de prevalência para as duas morbidades, sendo 11,77/100 habitantes para HAS e 3,76/100 habitantes para DM.

Para as mulheres indígenas os exames citopatológicos do colo do útero são oferecidos e coletados nas unidades indígenas de saúde, sendo analisado por meio de

articulação com município de referência. A realização desses exames tem sido um desafio para as equipes multidisciplinares de saúde indígena devido a barreiras culturais estabelecidas e agravada durante a pandemia do coronavírus. O **Quadro 8** apresenta a razão de exames citopatológicos/2017-2022*, em mulheres entre 25 e 64 anos, registrados no Siasi.

Quadro 8 - Razão de exames citopatológicos em mulheres indígenas de 25 a 64 anos. Bahia, 2017-2022*.

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

Fonte: DSEI/BA- Siasi. Dados acessados em julho de 2022.

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

Segundo dados do DSEI-BA, de 2017 a 2021, dos 388 óbitos ocorridos, as principais causas de morte foram as mal definidas, representando 27,03% do total de óbitos, seguido pelas doenças do aparelho circulatório com 18,7%, causas externas com 11,55%, doenças do aparelho respiratório com 10,07% e neoplasias com 7,62%. Sabe-se que óbito declarado como sendo de causa mal definida pode ser consequência de problemas relacionados ao acesso aos serviços à saúde e a qualidade da assistência prestada à população nesses serviços, em especial, os meios de apoio diagnóstico (serviços de laboratório e de radiologia, por exemplo) e o atendimento médico.

A desagregação dos óbitos segundo o sexo, revela ser a maior porcentagem (66,09%) no masculino. Sobre os óbitos infantis, em menores de 1 ano, destaca-se que 51,5% destes correspondem ao componente neonatal precoce (de 0 a 6 dias de vida), 18,2% neonatal tardio (de 7 a 27 dias de vida) e 30,3% ao pós-neonatal (28 a 364 dias de vida). As mudanças registradas no comportamento dos povos indígenas quanto aos hábitos de vida impactam diretamente no processo de saúde-doença nessa população.

3.1.3.1.3 Pessoas privadas de liberdade

Atualmente, a Bahia contém uma população flutuante no total de 12.543 de Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), sendo 12.190 homens e 344 mulheres (SEAP, 26/03/2023), distribuídas em 27 Unidades Prisionais (UP) e no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT). Cada UP apresenta uma equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP), já as demais

categorias variam de acordo com a necessidade de cada UP (farmacêuticos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros).

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

A Sesab, por meio da DGC, CPES e ATSSP, continuamente ofertam qualificações e realizam reuniões com os pontos da RAS dos municípios, com o objetivo de gerar reflexões nos atores presentes e instituir fluxos entre as UP e RAS municipal. É imprescindível apontar que o quadro de trabalhadores da segurança (SSP e SEAP) é insuficiente para garantir as escoltas internas e externas para a realização das demandas de saúde das pessoas sob custódia, déficit que, consequentemente, impacta na oferta da assistência no sistema prisional.

Dos municípios elencados no **Quadro 9**, somente Valença, Jequié e Teixeira de Freitas aderiram à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), e apenas os dois últimos possuem a gestão municipal das eAPP. Reitera-se que as eAPP distribuídas nas outras 25 UP estão sob responsabilidade do estado.

Quadro 9. Municípios com unidades prisionais em seu território, segundo as macrorregiões de saúde. Bahia, 2023.

Macrorregiões de saúde	Município	Número de Unidades Prisionais	Nº de PPL
Leste	Salvador	11	3.900
	Simões Filho	1	211
	Lauro de Freitas	1	446
Centro-Leste	Feira de Santana	1	1.651
	Serrinha	1	206
Norte	Juazeiro	1	1.023
	Paulo Afonso	1	492
Centro-Norte	Irecê	1	253
Oeste	Barreiras	1	567
Sudoeste	Vitória da Conquista	2	828
	Brumado	1	238
Sul	Valença	1	271
	Itabuna	1	873
	Ilhéus	1	70
	Jequié	1	467
Extremo-Sul	Eunápolis	1	553
	Teixeira de Freitas	1	494
Total		28	12.543

Fonte: Sesab/Sais/DGC. 2023.

A assistência farmacêutica no sistema prisional é regida por Portaria específica vinculada à PNAISP, nº2.765/14¹⁸, na qual consta que o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) deverá ser de 17,73 *per capita*, cuja adesão só foi feita pelo município de Teixeira de Freitas. O estado fez adesão para os municípios de Salvador, Ilhéus, Jequié, Paulo Afonso, Vitória da Conquista e Feira de Santana, adquirindo medicamentos da Rename, conforme normativa, cuja solicitação é feita via SIGAF pela CMP e distribuídos às demais unidades pela SEAP.

3.1.3.1.4 População em situação de rua

Compreende-se por definição de População em situação de rua, segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR)¹⁹, como:

“Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”¹⁹.

A população em situação de rua, por meio do Primeiro Censo Nacional realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2008), identificou 31.922 pessoas acima de 18 anos em 71 municípios brasileiros, sendo Salvador o único município baiano a participar. A pesquisa apontou como condições de saúde dessa população: 10,1% hipertensão; 6,1% transtorno psiquiátrico/mental; 5,1% HIV/AIDS; 4,6% problemas de visão

ou cegueira. Vale ressaltar que 43,8% procuram o primeiro atendimento nos hospitais ou emergências quando estão com a condição de saúde agravada e 27,4% procuram unidades básicas de saúde.

O Painel de Monitoramento da Equidade na Atenção Primária em Saúde (APS), registra que na Bahia, foram realizados 46.253 atendimentos e 100.270 cadastros de pessoas em situação de rua, a partir de dados extraídos do Sisab e do CadSUS referente a março de 2022. Em fevereiro de 2023, no CadÚnico, constam no estado 10.139 famílias em situação de rua (93% negros (as)) e 10.874 pessoas em situação de rua (94% negros (as)) cadastradas. O painel permitiu identificar 127(30,5%) dos 417 municípios do estado com população em situação de rua.

Vale ressaltar, a invisibilidade da população em situação de rua nas notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) entre os 56 formulários, apenas três apresentam campo de preenchimento para essa população, como de tuberculose, HIV/Aids e Violência Interpessoal/Autoprovocada.

As Equipes de Consultório na Rua (eCR), realizam a busca ativa, identificam seus pacientes e preenchem o campo para a população em situação de rua por compreenderem a importância da visibilidade social e da saúde do indivíduo, bem como, a produção de atividade é condição para o repasse financeiro. No **Quadro 10** estão expressos os quantitativos da população de rua segundo a macrorregião de saúde com base nos dados do CadÚnico de 2022. O maior contingente está na macrorregião Leste seguida da Centro-Leste.

Quadro 10. Pessoas em situação de rua por macrorregião de saúde. Bahia, 2022.

Macrorregiões de saúde	Quantitativo	
	Municípios	População em situação de rua*
Centro-Leste	18	1217
Centro-Norte	6	25
Extremo Sul	12	324
Leste	19	6350
Nordeste	8	117
Norte	11	303
Oeste	9	215
Sudoeste	18	48
Sul	21	453
Bahia	122	9.052

Fonte: Sesab/Sais/DGC/CPES.

*Com base em dados extraídos do CECAD (<https://cecad.cidadania.gov.br>), vigência dez/2022.

3.1.3.1.5 População LGBTQIAPN+

A situação de saúde da população LGBTQIAPN+ é de considerável complexidade, especialmente diante das evidências de que a discriminação da orientação sexual, expressão e identidade de gênero são determinantes sociais de saúde, sofrimento e doença. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis²⁰ ressaltava o conceito ampliado de saúde ao apontar como a exclusão social e discriminação vivenciada por esse grupo, o decorrente desemprego, a falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como a dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer e cultura impactam diretamente na qualidade de vida e de saúde dessa população.

Em decorrência dessa realidade de exclusão e discriminação, identifica-se a necessidade de atenção especial à saúde mental da população LGBTQIAPN+. A violência a qual esta população está exposta diuturnamente é outro grave problema enfrentado, sendo os mais vulneráveis dentro do segmento as pessoas que se identificam enquanto travestis e transexuais. A ampliação das ações de saúde destinadas a atender às especificidades dos LGBTQIAPN+ visa diminuir a alarmante desigualdade de acesso aos grupos mais atingidos dentro dessa população, a exemplo da saúde da mulher para lésbicas e mulheres bissexuais.

O acesso a procedimentos seguros, que são de ordem da Atenção Especializada e podem ser ambulatoriais e/ou cirúrgicos, já é instituído no âmbito do SUS por meio da ampliação do processo transexualizador pela Portaria GM MS nº 2803/2013. Na Bahia, ainda não há serviços habilitados para a realização de procedimentos cirúrgicos, o que, diante da alta e crescente demanda, desvela em um número alto de processos de judicialização por parte do Ministério Público e Defensoria Pública na tentativa de garantir o direito à saúde dessas pessoas. Em relação aos serviços especializados ambulatoriais do processo transexualizador, a Bahia dispõe de apenas um ambulatório habilitado, do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES). O serviço ambulatorial do estado, localizado no Cedap, ainda está em processo de habilitação e, os outros serviços que atendem a essa população vêm sendo geridos por projetos acadêmicos ou de iniciativa de outras secretarias

Quadro 11.

Quadro 11. Serviços ambulatoriais especializados no processo transexualizador, segundo as macrorregiões de saúde. Bahia, 2023.

Macrorregião de saúde	Município	Serviço	Especialidades	Observação
Leste	Salvador	Ambulatório Multidisciplinar em Saúde de Travestis e Transexuais do CEDAP/SESAB	Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Ginecologia, Endocrinologia, Pediatria, Clínica Médica, Nutrição, Fonoaudiologia, Psiquiatria.	Em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde.
		Ambulatório Transexualizador do HUPES/UFBA	Enfermagem, Psicologia, Endocrinologia, Psiquiatria.	Habilitado junto ao Ministério da Saúde.
		Ambulatório de Adolescentes Trans do HUPES/UFBA	Endócrino pediatra.	
Norte	Juazeiro	Ambulatório Trans de Juazeiro	Psicologia, Serviço Social, Ginecologia especialista em e Gênero Sexualidade.	Não habilitado no Ministério da Saúde, por estar ligado à Secretaria de Desenvolvimento Social, Mulher e Diversidade.
Extremo Sul	Teixeira de Freitas	Ambulatório para pessoas LGBTQIA+	Ginecologia especialista em e Gênero Sexualidade.	Projeto de extensão da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Fonte: Sesab/Sais/DGC/CPES

Como pode ser observado no quadro acima, os equipamentos de saúde do processo transexualizador no estado se concentram na macrorregião de saúde Leste. O que traduz grandes vazios assistenciais. Para a população trans, a dificuldade de acesso a esses serviços incorre em uso indiscriminado de hormônios, sem o acompanhamento adequado, além do uso de silicone industrial na tentativa de feminilização dos corpos de mulheres trans e travestis. Estas práticas geram agravos de saúde muitas vezes de difícil controle.

Outra dificuldade premente é a de visualizar esta população nos sistemas de informação em saúde. A ausência de campo de identidade de gênero e orientação sexual, a falta de obrigatoriedade de preenchimento nos sistemas que contêm esses campos e a consequente ausência de preenchimento por parte dos profissionais faz com que essa população fique invisibilizada.

3.1.3.1.6 Pessoas com Albinismo

Na Bahia, desde a publicação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Albinismo no Estado da Bahia (PEAISP), por meio da Portaria Sesab nº160, de 10 de março de 2022, uma série de estratégias vem sendo desenvolvida visando subsidiar as ações voltadas a atenção integral das pessoas com albinismo.

Os dados decorrentes do mapeamento da população com albinismo que vem sendo realizado pela Sesab obtiveram até o mês de fevereiro /2023, informações de 166 (39.8%) dos 417 municípios e contabilizaram 696 pessoas com albinismo. No entanto, a projeção para todo o estado é bem maior, considerando-se de que haja maior incidência do albinismo em regiões com prevalência da população negra, como é o caso da Bahia. No **Quadro 12** está representada a distribuição dos municípios com pessoas com albinismo segundo macrorregião de saúde.

Quadro 12. Municípios com pessoas com albinismo, distribuídos segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2023.

Macrorregião de saúde	Número de SMS que responderam	Número de SMS que tem pessoas com albinismo no território	Número de SMS que negaram pessoas com albinismo no território	Número de pessoas com albinismo na região	Número de municípios que ainda não responderam
Centro-Leste	26	23	3	125	49
Centro-Norte	18	16	2	81	20
Norte	7	5	2	26	21
Nordeste	21	17	4	148	12
Leste	18	16	2	70	29
Sul	21	14	7	57	47
Extremo Sul	7	5	2	12	14
Sudoeste	29	20	9	104	45
Oeste	17	13	4	54	19
TOTAL	164	129	35	677	256

Fonte: Sesab/Sais/DGC/CPES.

Dos municípios que responderam ao formulário, 96,4% informaram não possuir plano de cuidado às pessoas com albinismo; 36,7% têm dificuldade no encaminhamento para serviços de média e alta complexidade; 34% informaram que a Atenção Básica não acompanha com regularidade as pessoas com albinismo e apenas 17% já distribuíram loção de proteção solar.

Relaciona-se, ainda, o déficit na notificação do CID E70.3, sendo notório que a porta de entrada para as pessoas com albinismo no estado não tem sido a Atenção Básica, e sim, a Atenção Especializada. Os dados disponíveis sobre o atendimento individual segundo CID E70.3 no período de janeiro a novembro de 2022 apontam um total de 99 notificações, estas

distribuídas entre as macrorregiões: Centro-Leste (15), Centro-Norte (12), Extremo Sul (2) Leste (29) Nordeste (2) Norte (6), Oeste (6) Sudoeste (21) e Sul (6).

Outrossim, a distribuição de protetores solares, enquanto contrapartida do estado, conforme previsto pela PEAISPA, tem esbarrado em limites, como a dificuldade na aquisição em função do não reconhecimento do produto como medicação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a dificuldade das empresas concorrentes em processo licitatório para atender a requisitos técnicos fundamentais. Pretende-se, com a construção da Linha do Cuidado, a definição de fluxos e rotinas que, associados a um processo de educação permanente, possam facilitar a organização e articulação devida da Rede de Atenção à Saúde para a garantia de Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Albinismo no Estado.

Ressalte-se ainda a falta de informações sobre outros grupos populacionais como os povos ciganos, populações ribeirinhas, de fundo de pasto, assentadas e imigrantes usuárias do SUS Bahia.

3.1.3.1.7 Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

O transtorno do espectro autista (TEA) se refere a uma série de condições caracterizadas por algum grau de comprometimento no comportamento social, na comunicação e na linguagem, e por uma gama estreita de interesses e atividades que são únicas para o indivíduo e realizadas de forma repetitiva (Opas)²¹. O conceito de autismo, segundo o Ministério da Saúde, se modificou desde a sua descrição inicial, passando a ser agrupado em um conjunto de condições com várias similaridades, que passaram a ser denominadas de transtornos globais (ou invasivos) do desenvolvimento (TGD). Mais recentemente, denominaram-se os TEA para se referir a uma parte dos TGD: o autismo, a síndrome de Asperger e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (portanto, não incluindo a síndrome de Rett e o transtorno desintegrativo da infância).

O Decreto Presidencial nº8.368, de 2 de dezembro de 2014, que regulamenta a Lei nº12.764, de 27 de dezembro 2012, institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Seu Art. 1º, estabelece que “a pessoa com TEA é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais”. Na atualidade, o conceito de pessoa com deficiência tem como base a sequência definida pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que pressupõe a existência de uma condição de saúde (doença, transtorno, lesão) que gera deficiência, acarretando limitação do sujeito na realização das atividades e na restrição de sua participação social. Dessa forma, esse conceito considera relevantes os fatores pessoais, ambientais e sociais que, quando são favoráveis, são considerados facilitadores da inclusão social. Mas se eles

constituírem barreiras, pela inexistência ou precariedade, são considerados dificultadores ou impeditivos de participação na sociedade

No Brasil, conforme dados do Censo Demográfico de 2010, existem aproximadamente 45,6 milhões (23,9%) de pessoas com algum tipo de deficiência, podendo ser visual, auditiva, motora e/ou intelectual. Na Bahia, o percentual de pessoas com algum tipo de deficiência é de 25,4%, o que corresponde a aproximadamente 4,7 milhões de pessoas⁷. Há pelo menos 2,6 milhões de pessoas com deficiência mental ou intelectual e dessas 64.977 têm de 0 a 4 anos, o que corresponde a aproximadamente 2,5%. Entretanto, sobre a prevalência do atraso global de desenvolvimento. O estado da Bahia apresenta dado acima da média nacional (25,3%) e abaixo da média da Região Nordeste (26,63%) (**Figura 3**).

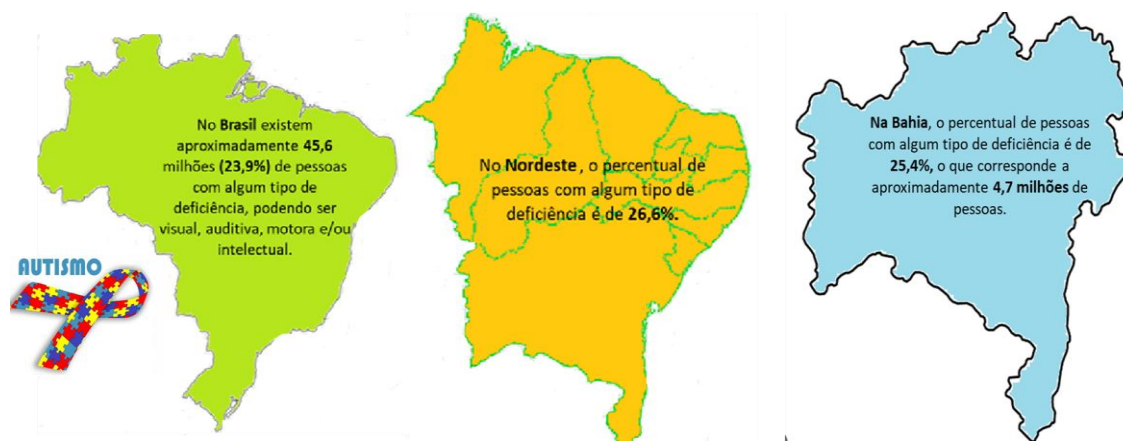


Figura 3. Percentual de pessoas com algum tipo de deficiência no Brasil, Região Nordeste e Bahia. 2010.

Fonte: IBGE/censo 2010.

Quanto à prevalência, estudos relatam cerca de um caso em cada quarenta e cinco crianças nascidas vivas, podendo ser quatro vezes mais comum em meninos do que meninas. A tendência vigente é admitir a existência de múltiplas causas, entre elas, fatores genéticos, biológicos e ambientais.

Atualmente, o cuidado à pessoa com TEA remete ao conceito ampliado de RAS, onde se faz necessário destacar o conceito de integralidade em duas dimensões fundamentais: ao reconhecimento de um sujeito integral e na organização de uma rede de cuidados que se paute em responder integralmente à diversidade das demandas. Esta concepção de sujeito e de cuidados se coloca em oposição à ineficiência produzida pela visão fragmentada dos sujeitos e pela segmentação de ações e serviços, que têm como consequências a segregação e a exclusão da população em questão, não há informações precisas. Na Bahia, a pessoa com TEA é assistida nos CER que trabalham com a temática de deficiência intelectual e nos centros de atenção psicossocial de infância (CAPS i), ambos habilitados pelo Ministério da Saúde (MS). Salvador sedia o Centro de Referência Estadual para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (CRE-TEA), que se caracteriza como serviço

docente assistencial, exerce papel fundamental na articulação com a rede e capacitação de diversos profissionais das áreas de saúde e educação e tem como objetivo geral ampliar o acesso da pessoa com TEA. Vale salientar que pela caracterização dessa instituição, em reunir ações tanto da Raps quanto da RCPD, não foi possível habilitar esse serviço no Ministério da Saúde, portanto, a Sesab vem assumindo a gestão deste estabelecimento integralmente sem obter qualquer repasse de recurso financeiro de ambas as redes para o CRE-TEA. Relaciona-se abaixo os serviços especializados em reabilitação intelectual, habilitados na RCPD pelo Ministério da Saúde, que atendem regionalmente a temática de TEA no estado da Bahia. A macrorregião Norte não oferta reabilitação intelectual **Quadro 13.**

Quadro 13. Serviços especializados em reabilitação intelectual, habilitados na RCPD pelo Ministério da Saúde e número de usuários atendidos. Bahia, 2023.

Macrorregião de saúde	Município	Serviços especializados em reabilitação intelectual	Usuários em atendimento na reabilitação individual
Leste	Salvador	CRETEA (sob Gestão Estadual - não está habilitado na RCPD mas atende a temática)	227
		CER IV-OSID (sob Gestão Estadual)	171
		CER III-CEPRED (sob Gestão Estadual)	288
		CER II-NACPC (sob Gestão Municipal)	177
		CER II-APAE Salvador (sob Gestão Municipal)	171
		CER II-IBR (sob Gestão Municipal)	200
	Camaçari	CER II	125
Centro-Leste	Lauro de Freitas	CER III	119
	Itaberaba	CER II	247
	Feira de Santana	CER II-APAE Feira de Santana	505
Extremo Sul	Teixeira de Freitas	CER IV	296
Nordeste	Alagoinhas	CER III-Associação Pestalozzi de Alagoinhas	89
Sudoeste	Itapetinga	CER II-APAE Itapetinga	199
Oeste	Barreiras	CER II	104
Centro Norte	Jacobina:	CER II-APAE Jacobina	228
Sul	Gandu	CER II-APAE Gandu	271
TOTAL			3417

Fonte: Sesab/SAIS/DGC. Dados fornecidos pelos serviços em agosto de 2023.

O estado possui uma demanda reprimida para atendimento especializado em TEA que extrapola o limite da capacidade instalada dos serviços especializados já existentes e habilitados e reflete em filas de usuários que aguardam início do acompanhamento na Atenção Especializada. De acordo com o instrutivo de reabilitação da RCPD, a média do número de usuários atendidos nos CER deve considerar o recomendado para a modalidade de reabilitação intelectual de no mínimo 200 usuários/mês, porém todos os serviços especializados nesta temática no estado, incluindo os de gestão estadual, já ultrapassaram a sua capacidade e possuem listas de espera para inclusão de novos usuários. A situação torna-se ainda mais grave no tocante à dificuldade das equipes dos serviços especializados em encaminhar estes usuários para atenção em outros dispositivos da rede, uma vez que a saúde não consegue suprir todas as necessidades desta população. A Bahia vem desenvolvendo esforços para a melhoria da saúde da pessoa TEA na medida em que programa e realiza ações para implantar/implementar as RCPD e Raps no estado. Nessas ações contempla-se a articulação entre os Pontos de Atenção nos diversos componentes, discutindo o fluxo dos usuários e propostas de habilitação de novos CER e CAPS. Abaixo seguem dados sobre a oferta de atendimento aos usuários com TEA por macrorregião

Quadro 14.

Quadro 14. Distribuição dos atendimentos às pessoas com TEA realizados nos serviços da atenção especializada da RCPD (CER/EUR), por macrorregião de saúde. Bahia, 2022-2023*.

Macrorregião de saúde	2022 (janeiro a dezembro)	2023 (janeiro a junho)	Total
Centro-Norte	2.729	1.638	4367
Centro-Leste	9.838	12.065	21.903
Extremo sul	9.696	101	9797
Leste	103.214	64.024	167.238
Nordeste	7.011	4.390	11401
Oeste	1.665	1.310	2975
Sudoeste	15.754	7.887	23641
Sul	1.602	1.670	3272
Bahia	151.509	93.085	244.594

Fonte: Sesab/SAIS/DGC - Produção ambulatorial SIA/SUS/TABWIN.

*2022 janeiro a dezembro e 2023 janeiro a junho.

CID F84.0 ao F84.9

Observa-se em 2022 a tendência sustentada de crescimento dos atendimentos às pessoas com TEA e pequenas reduções entre os meses de maio a julho e de agosto a outubro. Para 2023 no período de janeiro a junho a curva apresenta oscilação com tendência de declínio (**Gráfico 9**).

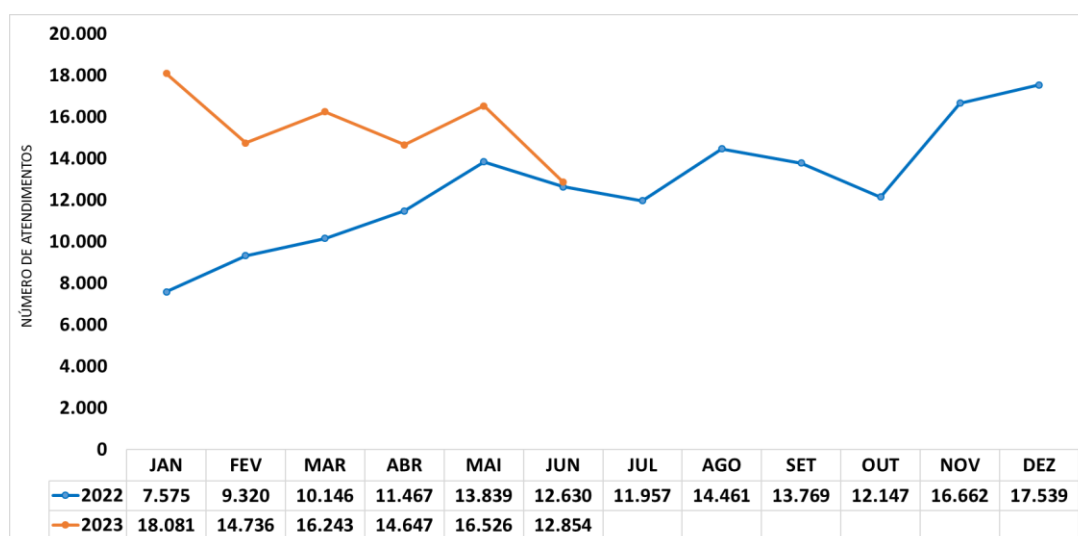


Gráfico 9. Tendência do número de atendimentos às pessoas com TEA realizados nos serviços da atenção especializada da RCPD. Bahia, 2022 e 2023.

Fonte: Sesab/SAIS/DGC - Produção ambulatorial SIA/SUS/TABWIN

*2022 janeiro a dezembro e 2023 janeiro a junho.

CID F84.0 ao F84.9

3.1.3.2 Hábitos e estilos de vida

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

Destacam-se como principais fatores comportamentais de risco: o *tabagismo*, a *inatividade física*, a *alimentação não saudável* e o *consumo abusivo de álcool*. Esses fatores são modificáveis e a implementação de ações que objetivem a adoção de estilo e hábitos de vida saudáveis e educação em saúde são estratégias fundamentais para a redução das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), suas complicações e dos acidentes de trânsito. A Opas reforça que Políticas de saúde que criam ambientes propícios para escolhas saudáveis e acessíveis são essenciais para motivar as pessoas a adotarem e manterem comportamentos saudáveis²².

Desde 2006 o MS, realiza anualmente, por telefone, o Inquérito de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)²³, na população adulta (≥18 anos), nas capitais e no Distrito Federal. Na Bahia, o inquérito é feito em Salvador e dada a diversidade e características da população, a desagregação para os demais 416 municípios é complexa. Outras pesquisas importantes na abordagem dos fatores comportamentais de risco são a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

(PeNSE) realizada com adolescentes escolares (13 aos 17 anos). Em parceria com o IBGE e com o apoio do Ministério da Educação (MEC), foram realizadas três edições da PeNSE.

Conhecer o comportamento da população, como as pessoas vivem e trabalham, é fundamental para a definição das ações de promoção da saúde e prevenção. Para o estado como um todo e, para as macrorregiões não dispomos de dados com estratificações que permitam identificar o comportamento dos referidos fatores na população.

A *alimentação saudável* prioriza os grupos de alimentos que fazem bem para a saúde do ser humano: frutas, verduras, leguminosas, sementes, cereais integrais, proteínas magras, gorduras boas (insaturadas). O consumo regular de frutas, legumes e verduras é apontado pela OMS como um importante fator de proteção e de prevenção das DCNT. A má alimentação lidera o ranking dos fatores de risco relacionados à carga global de doenças no mundo. O excesso de peso e doenças relacionadas serão responsáveis pela redução da expectativa de vida em três anos dos brasileiros e impactam na redução de 5% no PIB do país²².

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

Na análise dos dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) no ano de 2022, observa-se o percentual de cobertura de Insegurança Alimentar e Nutricional (INSAN), classificada como desnutrição e risco de obesidade de acordo com a faixa etária e ciclos de vida, valores extremamente preocupantes e que necessitam de intervenções governamentais intersetoriais (**Quadro 15**). Em relação à cobertura do consumo alimentar em 2022, a Bahia encontra-se com apenas 4,9% de registro no Sistema de Informação e 120 (31,2%) dos municípios, não registram nenhuma informação em 2022.

Quadro 15. Percentual de Cobertura da Atenção Primária, relacionado Consumo Alimentar e Estado Nutricional da Bahia, 2022.

ESTADO NUTRICIONAL	% GRUPO/FAIXA ETÁRIA*
INSEGURANÇA ALIMENTAR (desnutrição e risco de obesidade)	38,69% CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS
	36,08% CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS
	32,8% ADOLESCENTES
	64,9% ADULTOS
	59,3% IDOSOS
	66,0% GESTANTES

Fonte: Relatórios públicos e-Gestor da Atenção Básica.

*Dados acessados em 16/03/2023.

O *tabagismo* é o ato de se consumir produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. Constitui fator de risco importante, relacionado ao desenvolvimento de vários tipos de neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças cardiovasculares, entre outras. O consumo de tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública, sendo responsável por mais de 8 milhões de mortes por ano no mundo, das quais cerca de 1,2 milhão é decorrente do fumo passivo²². A Bahia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, apresenta prevalência de fumantes de tabaco em 9,8% das pessoas acima de 18 anos, sendo o estado com o segundo menor índice do país. O Programa de Controle do Tabagismo na Bahia (PCT/BA) é desenvolvido sob responsabilidade técnica da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC/Sais/Sesab) desde 2017.

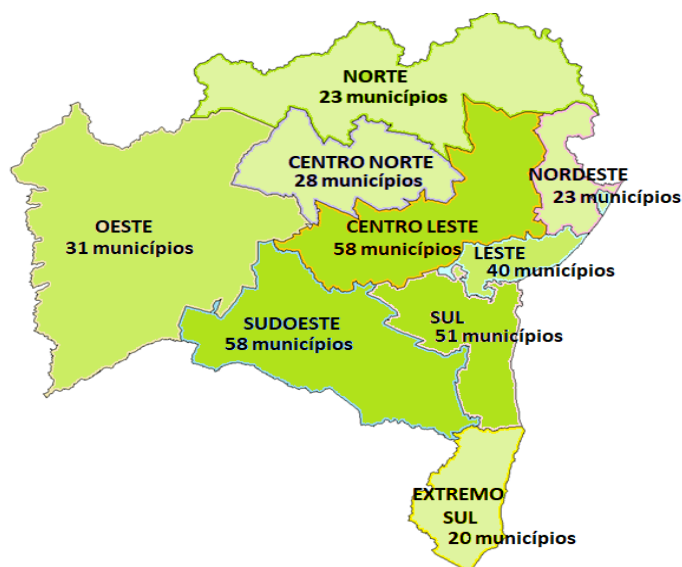
A adesão dos municípios ao PCT-BA ocorre quadrimestralmente seguindo o fluxo de adesão para aqueles municípios que ainda não têm o programa ou adesão e monitoramento para os que estão com o programa em funcionamento. Em 2018, dos 417 municípios, apenas 196 (47,0%) aderiram ao PCT; em 2019 foram 124 (29,7%) e 93 (22,3%) em 2020. Em 2021, a Bahia registrou a adesão de 226 (54,2%) municípios no terceiro quadrimestre, com planejamento e desenvolvimento do programa para os meses de janeiro a abril de 2022. A solicitação das medicações estratégicas para os usuários do programa ocorre via Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (Sigaf).

O *sedentarismo* ou a inatividade física é outro importante fator de risco para as DCNT, foram definidos como fisicamente inativos pelo Vigitel²³ os indivíduos que referem não ter praticado qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos relevantes no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta (perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto ou 20 minutos por dia) e que não participam da limpeza pesada de suas casas²². A prática regular de atividade física é reconhecidamente um comportamento saudável de vida que impacta no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos e reduz a morbimortalidade por DCNT.

Promover saúde é aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular, também a perspectiva de reorientar os serviços de saúde a superar a fragmentação do assistir a doença e irem em direção à perspectiva da atenção integral às pessoas em suas necessidades, numa relação dialógica do cuidar/ser cuidado, do ensinar/aprender. As práticas integrativas e complementares em saúde (Pics) e o Programa Academia da Saúde (PAS) são exemplos de instrumentos e espaços promotores de saúde em atividade no estado.

As Pics, no âmbito do SUS, são ações de cuidados transversais realizadas na Atenção Básica, na média e alta complexidade, por meio de recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta

acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. O estado aprovou em 2019 a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (Pepics-BA) por meio de Resolução CIB-BA nº113/2019. Atualmente, 390 (93,5%) municípios ofertam Pics (**Mapa 3**).

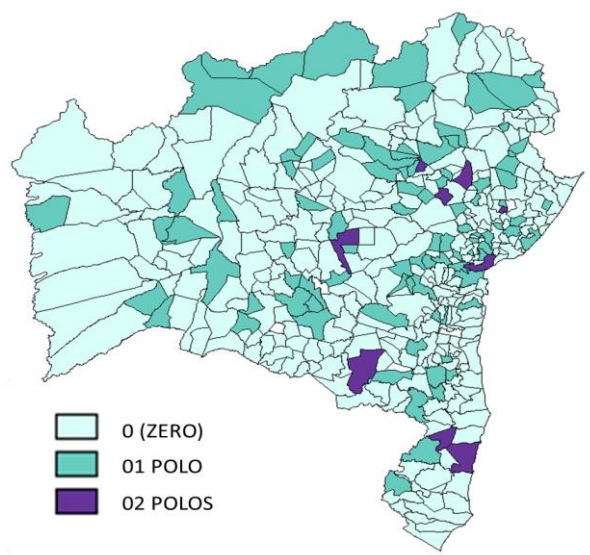


Mapa 3. Número de municípios com registro de oferta de Pics por macrorregião de saúde. Bahia, 2022.

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

O PAS foi instituído em 2011 pelo MS e atualmente é regulamentado pelas Portarias de Consolidação GM/MS nº5 e 6, de 28 de setembro de 2017. O objetivo do PAS é contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis para a população, por meio de ações como: práticas corporais e atividades físicas; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade.

O financiamento das obras dos polos é definido no Orçamento Geral da União e está condicionado à disponibilidade orçamentária. Atualmente, os recursos para construção dos polos são oriundos de emendas parlamentares. O MS prevê o repasse mensal de recurso de custeio para o financiamento das ações nos polos no valor mensal de três mil reais, por polo credenciado e conforme o cumprimento do monitoramento previsto na Portaria de Consolidação GM/MS nº6/2017 e na Portaria de Consolidação SAPS/MS nº1/2021. O estado detém atualmente 115 Polos do Academia da Saúde distribuídos em 106 (25,4%) municípios, nos quais são realizadas ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos a saúde **Mapa 4**.



Mapa 4. Distribuição Espacial dos polos do programa academia da saúde segundo município. Bahia, 2022*.
Fonte: Sesab/Sais/DAB/2022.

O consumo abusivo do álcool é um dos principais fatores de risco para a saúde da população mundial, e o avanço no conhecimento sobre o seu impacto na saúde dos indivíduos e das populações vem evidenciando a associação da substância com a mortalidade e a ocorrência de uma ampla variedade de doenças crônicas, como neoplasias malignas, doenças cardiovasculares, doenças do fígado, entre outras²². Para o Vigitel²³ foi considerado consumo abusivo do álcool a ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião. Ressalte-se que a embriaguez ao volante é um problema sério, que triplica os riscos e coloca muitas vidas em jogo. O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) estabelece limite zero para o consumo de álcool pelos motoristas.

A Portaria nº3.0088/2012, do MS, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, ampliando a concepção de cuidado, não centrando em apenas uma unidade, expandindo assim as ofertas de atenção ao apontar novos serviços, distribuídos em sete componentes: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

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

3.2 PERFIL DE MORBIMORTALIDADE

Conhecer as causas de adoecimento e morte da população, ou seja, seu perfil de morbimortalidade, é fundamental para implementar políticas públicas voltadas à promoção e proteção da saúde, identificação e intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde/doença, prevenção das doenças/agravos e assistência nos seus níveis de complexidade, em redes articuladas, integradas e regionalizadas. Em 2023, completamos 33 anos desde a publicação da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde. Ao longo desses anos, observamos a mudança no perfil de morbimortalidade da população baiana, não muito diferente do que ocorre nos demais estados da União; principalmente pela redução das doenças infecciosas e parasitárias (DIP), pelo aumento da ocorrência das DCNT, que têm relação direta com o envelhecimento populacional, e pelo expressivo número de mortes por causas externas (homicídios e suicídios), notadamente na população masculina jovem, o que constitui grande desafio para a gestão e para os profissionais.

Dispor de um serviço público de saúde que consiga atender de forma equânime à heterogeneidade dos 417 municípios e à diversidade da sua população é desafiador. Cabe destacar que o SUS Bahia vem obtendo conquistas no tocante à cobertura de serviços de saúde para a população, de forma universal e em todos os níveis de complexidade, implantação de programas e planos para grupos populacionais específicos e em situação de vulnerabilidade. Contudo, a tendência do cenário epidemiológico ratifica a necessidade de conhecermos e monitorarmos os principais indicadores que reflitam as condições de saúde da população.

O indicador de carga global de doenças (CGD) tem sido utilizado para avaliar o “peso” de doenças específicas em uma população, também, como proxy das iniquidades em saúde e de grupos em situação de vulnerabilidade. Consoante à **Figura 4**, é possível identificar que para a Bahia em 2019 destacaram-se enquanto carga global de doenças: as crônicas não transmissíveis, as causas externas e os transtornos neonatais.

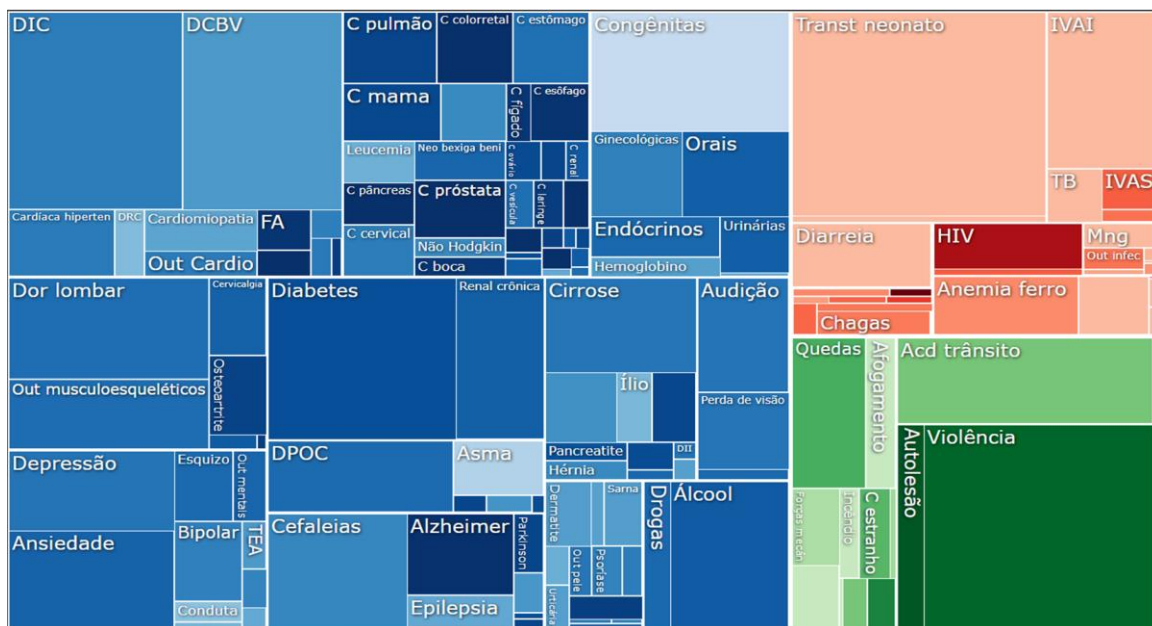


Figura 4. Carga global de doenças (CGD). Bahia, 2019.

Fonte: MS/Datasus/IHME, disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

A comparação do ranking da taxa de mortalidade/100 mil da CGD. Bahia, 1990 e 2019 demonstra que no período de 29 anos as doenças cardiovasculares permaneceram como a primeira causa de óbitos na população em geral, as neoplasias passaram da quinta posição para segunda, o diabetes mellitus e doenças do rim da oitava para a terceira e as autolesões e violência passam a ocupar a quarta posição no ranking (**Figura 5**).

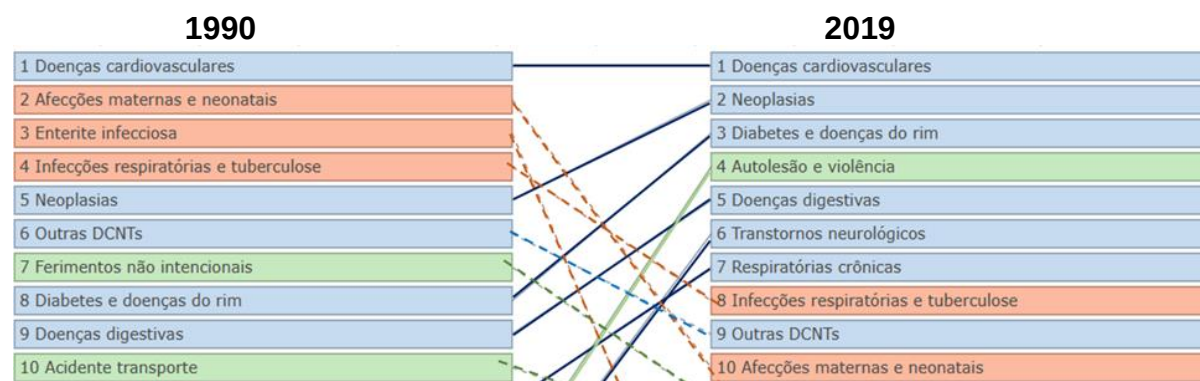


Figura 5. Comparação do ranking da taxa de mortalidade/100 mil da CGD. Bahia, 1990 e 2019.

Fonte: MS/Datasus/IHME, disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

De acordo com os dados disponíveis no Sistema de Informação de Internações Hospitalares (SIH) e no de Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no período de 2015 a 2022, o número de internamentos foi de 6.501.101, com um custo total de R\$ 7.688.305.161,22. O *ranking* das cinco principais causas de internação segundo a faixa etária e o capítulo da CID-10, demonstra variação de acordo com o ciclo de vida (**Quadro 16**).

Quadro 16. Ranking das cinco principais causas de internação segundo causas capítulo da CID 10 e faixa etária. Bahia, 2015-2023*.

RANKING	Menor 1 ano	1 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos e +
1ª	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (152.705)	X. Doenças do aparelho respiratório (188.064)	XV. Gravidez parto e puerpério (299.892)	XV. Gravidez parto e puerpério (748.756)	XV. Gravidez parto e puerpério (436.197)	II. Neoplasias (tumores) (99.953)	IX. Doenças do aparelho circulatório (98.848)	IX. Doenças do aparelho circulatório (344.099)
2ª	X. Doenças do aparelho respiratório (59.794)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (122.869)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (79.455)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (120.312)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (117.423)	XI. Doenças do aparelho digestivo (99.842)	XI. Doenças do aparelho digestivo (96.225)	X. Doenças do aparelho respiratório (183.029)
3ª	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (40.613)	XI. Doenças do aparelho digestivo (56.989)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (49.573)	XI. Doenças do aparelho digestivo (69.973)	XI. Doenças do aparelho digestivo (100.204)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (94.312)	II. Neoplasias (tumores) (76.138)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (175.191)
4ª	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (11.314)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (50.139)	X. Doenças do aparelho respiratório (44.293)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (54.510)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (69.627)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (62.676)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (73.803)	XI. Doenças do aparelho digestivo (157.674)
5ª	XI. Doenças do aparelho digestivo (11.206)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (38.629)	XI. Doenças do aparelho digestivo (42.293)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (44.680)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (53.818)	IX. Doenças do aparelho circulatório (62.062)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (64.229)	II. Neoplasias (tumores) (132.460)

Fonte: Ministério da Saúde-Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Dados acessados em 10/05/2023.

As macrorregiões com maiores números de internações segundo residência foram Leste (1.922.986), Centro-Leste (923.088) e Sudoeste (847.598) (**Quadro 17**).

Quadro 17. Número, proporção (%) e valor (R\$) de internações hospitalares segundo macrorregião de residência. Bahia, 2015-2023.

Macrorregião de Saúde de residência	Número total de internamentos	Proporção (%) de internamentos	Valor total (R\$) das internações 2015-2022
Centro-Leste	923.088,00	14,2	835.424.175,16
Centro-Norte	415.341,00	6,39	862.265.671,57
Extremo Sul	363.875,00	5,6	397.942.565,69
Leste	1.922.986,00	29,58	440.198.477,12
Nordeste	313.388,00	4,82	323.637.905,65
Norte	432.282,00	6,65	3.053.866.292,46
Oeste	450.670,00	6,93	353.181.255,94
Sudoeste	847.598,00	13,04	1.024.334.324,54
Sul	831.873,00	12,8	397.454.493,10
Total	6.501.101,00	100	7.688.305.161,22

Fonte: Ministério da Saúde-Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Dados acessados em 10/05/2023.

O número total de óbitos na população da Bahia no período de 2015 a 2022 foi 781.112. O coeficiente de mortalidade geral (CMG) expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre determinada população. No estado, esse coeficiente apresentou tendência crescente entre 2015 e 2021 para ambos os sexos e na população geral. Destaque-se que em toda a série o sexo masculino apresentou taxas superiores às do feminino e da população total. Cabe ressaltar que as taxas de 2020 a 2022 foram influenciadas pelas mortes decorrentes da pandemia da covid-19 (**Gráfico 10**).

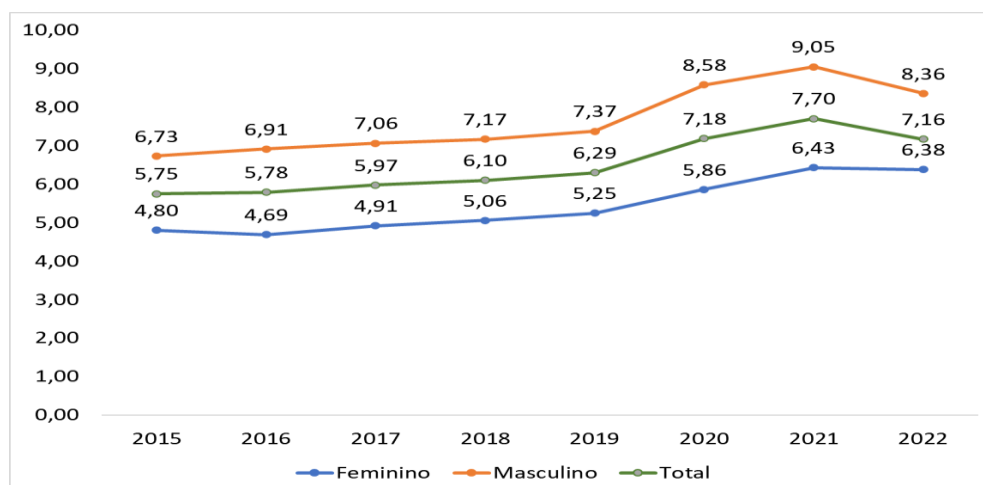


Gráfico 10. Coeficiente de mortalidade geral por 1.000 habitantes segundo o sexo. Bahia, 2015-2022*.

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

*Dados preliminares, atualizados em 03/05/2023.

O *ranking* das cinco principais causas de óbito segundo faixa etária e capítulo da CID-10, demonstra que as primeiras causas de mortes para a população de 1 a 49 anos foram as causas externas de morbimortalidade; e para idosos (60 anos ou mais), as doenças do aparelho circulatório (**Quadro 18**).

Quadro 18. Ranking das cinco principais causas de óbitos segundo causas capítulo da CID-10 e faixa etária. Bahia, 2015-2023*.

RANKING	Menor 1 ano	1 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos e +
1ª	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (15.338)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (1.249)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (14.431)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (33.011)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (21.136)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (13.466)	IX. Doenças do aparelho circulatório (20.615)	IX. Doenças do aparelho circulatório (153.898)
2ª	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (4.796)	X. Doenças do aparelho respiratório (649)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (831)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (2.020)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (4.249)	IX. Doenças do aparelho circulatório (10.465)	II. Neoplasias (tumores) (18.251)	II. Neoplasias (tumores) (74.460)
3ª	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (1.115)	II. Neoplasias (tumores) (592)	II. Neoplasias (tumores) (817)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (1.601)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (4.115)	II. Neoplasias (tumores) (9.366)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (10.584)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (67.647)
4ª	X. Doenças do aparelho respiratório (797)	VI. Doenças do sistema nervoso (560)	VI. Doenças do sistema nervoso (668)	IX. Doenças do aparelho circulatório (1.410)	IX. Doenças do aparelho circulatório (4.043)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (7.222)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (9.032)	X. Doenças do aparelho respiratório (52.388)
5ª	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (746)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (554)	IX. Doenças do aparelho circulatório (530)	II. Neoplasias (tumores) (1.409)	II. Neoplasias (tumores) (3.976)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (6.564)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9.006)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (46.635)

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e IBGE.

*Dados preliminares, atualizados em 03/05/2023.

Ao desagregarmos as causas externas de morbimortalidade que aparecem na primeira posição para a faixa etária de 1 a 49 anos, observamos que a principal causa para as crianças (1 a 9 anos) foi afogamento; para adolescentes (10 a 19 anos) e adultos (20 a 49 anos) homicídio (**Quadro 19**).

Quadro 19. Ranking das cinco principais causas externas de óbitos segundo a faixa etária. Bahia, 2015-2023*.

RANKING	Menor de 1 ano	1 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos e +
1ª	Outros Acidentes (154)	Afogamento (349)	Homicídio (8.938)	Homicídio (20.621)	Homicídio (11.024)	Homicídio (5.027)	Acidentes de Transportes (2.654)	Queda (4.685)
2ª	Eventos cuja intenção é indeterminada (73)	Acidentes de Transportes (277)	Acidentes de Transportes (1.529)	Acidentes de Transportes (4.624)	Acidentes de Transportes (4.197)	Acidentes de Transportes (3.500)	Homicídio (2.332)	Eventos cuja intenção é indeterminada (3.288)
3ª	Acidentes de Transportes (62)	Outros Acidentes (217)	Demais causas externas (1.258)	Eventos cuja intenção é indeterminada (2.017)	Eventos cuja intenção é indeterminada (1.582)	Eventos cuja intenção é indeterminada (1.299)	Eventos cuja intenção é indeterminada (992)	Acidentes de Transportes (2.800)
4ª	Homicídio (24)	Eventos cuja intenção é indeterminada (137)	Eventos cuja intenção é indeterminada (841)	Suicídio (1.004)	Suicídio (1.184)	Suicídio (1.048)	Suicídio (785)	Outros Acidentes (2.339)
5ª	Demais causas externas (17)	Homicídio (131)	Afogamento (677)	Demais causas externas (648)	Demais causas externas (690)	Outros Acidentes (648)	Queda (679)	Homicídio (1.602)

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

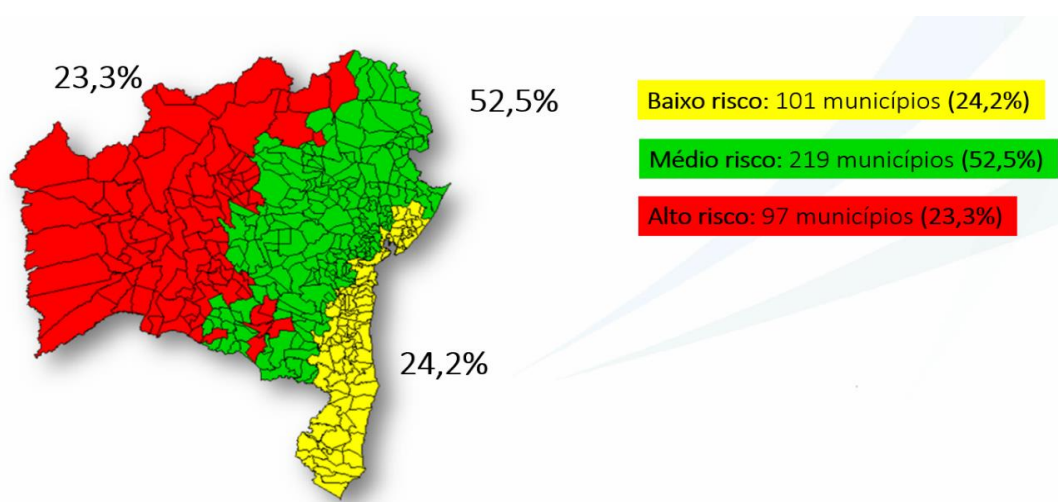
*Dados preliminares, acessados em 18.07.2023.

3.2.1 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Compreendem um conjunto de doenças, também chamadas de infecciosas, que se caracterizam por ter um agente etiológico vivo e transmissível. A infecção ser veiculada por vetor, ambiente ou indivíduo. Monitorar e traçar o perfil epidemiológico dessas doenças é fundamental para definição de medidas oportunas e efetivas voltadas à promoção e proteção da saúde e prevenção dos riscos e danos à saúde da população.

3.2.1.1 Doença de Chagas

A Doença de Chagas (DC) é prevalente e de expressiva mortalidade na Bahia. Trata-se de uma doença tropical negligenciada. De acordo com o grau de risco definido no último inquérito soropidemiológico nacional, realizado entre os anos de 2001 e 2008, aproximadamente 76% dos municípios do estado são considerados de médio a alto risco para a transmissão vetorial da doença. A distribuição espacial do grau de risco sinaliza: 97 municípios de alto risco (23,3%), 219 de médio risco (52,5%) e 101 (24,2%) de baixo risco (Mapa 5).



Mapa 5. Grau de risco para a transmissão vetorial da Doença de Chagas, segundo último inquérito nacional realizado (2001-2008). Bahia.

Fonte: PCDCH/Sesab/Suvisa/Divep, 2008.

Analisando os casos suspeitos notificados de Chagas aguda, no período de 2014 a 2022, observa-se a tendência de elevação de sua quantidade no estado ao longo da série histórica, com incremento entre 2021 e 2022 de 67,6% (de 296 para 496). A macrorregião com maior número de notificações foi a Sudoeste (374), seguida da Centro-Norte (263) e da Sul (256) (**Quadro 20**). No mesmo período, foi confirmado laboratorialmente um caso de Chagas aguda, de paciente residente do município de Lapão (Centro-Norte).

Quadro 20. Número de casos suspeitos de Doença de Chagas aguda notificados no SINAN, segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2014-2022.

Macrorregião de saúde	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Centro-Leste	-	11	7	6	16	20	14	35	52	161
Centro-Norte	-	2	15	10	45	33	18	42	98	263
Extremo Sul	-	2	2	1	10	10	3	3	2	33
Leste	-	11	16	13	18	12	16	22	23	131
Nordeste	-	9	-	6	1	9	2	12	51	90
Norte	3	24	13	41	20	23	16	46	51	237
Oeste	-	5	11	26	20	51	17	18	20	168
Sudoeste	1	16	7	12	24	75	72	59	108	374
Sul	-	-	4	11	31	30	30	59	91	256
Bahia	4	80	75	126	185	263	188	296	496	1.714

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan.

Última atualização em 06/03/2023.

Na Bahia, a média anual de óbitos pela doença foi de 595, no período de 2015 a 2020. Considerando a série histórica 2015-2022 a taxa de mortalidade por Doença de Chagas apresentou pouca flutuação, variando entre 3,8 e 4,2/100 mil hab. A desagregação segundo

macrorregião de saúde de residência no período analisado evidencia que Centro-Norte, Oeste e Leste apresentaram as maiores taxas de mortalidade pela doença (**Quadro 21**).

Quadro 21. Taxa de mortalidade por Doença de Chagas (100 mil hab.), segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	3,2	2,6	3,6	3,1	3,7	3,2	2,2	3,0
Centro-Norte	8,1	8,0	8,7	8,6	8,8	8,2	8,8	6,9
Extremo Sul	0,0	0,2	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	0,1
Leste	6,3	6,3	6,2	6,1	6,2	5,4	5,1	5,4
Nordeste	3,1	2,1	3,3	4,2	2,9	2,8	3,0	2,0
Norte	2,2	2,2	2,2	1,2	1,9	1,9	1,8	2,4
Oeste	4,9	4,9	6,7	6,3	7,1	7,3	8,8	7,1
Sudoeste	2,1	2,5	3,0	4,3	3,1	2,6	3,5	3,7
Sul	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,6
Bahia	3,9	3,8	4,2	4,2	4,2	3,8	3,8	3,8

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM, atualização realizada em 08/03/2023; IBGE. Estimativas de população, atualização realizada em 27/08/2021.

3.2.1.2 Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível, que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Globalmente é uma das dez principais causas de morte e é a principal causa quando se considera um único agente infeccioso. Com oportuno diagnóstico e tratamento como os antibióticos de primeira linha no esquema básico (EB) por seis meses, a maioria das pessoas pode ser curada e a transmissão pode reduzir.

Os dados recentes da tuberculose na Bahia revelam a extensão preocupante do impacto devido à interrupção dos esforços de combate à doença, em razão da pandemia de covid-19 e aos efeitos acumulados de anos de uma doença secular e negligenciada. Em 2019, um ano antes da declaração da pandemia, foram notificados 4,7 mil de novos casos. Para 2020, esse número foi de 3,9 mil, sinalizando uma redução de 17%, voltando a subir em 2021 para 4,4 mil.

Entre 2015 e 2022, foram notificados no Sinan 36.126 casos novos de tuberculose, média de 4.500 casos por ano. Nos anos de 2020, 2021 e 2022, a taxa de incidência que representa o risco de adoecer por tuberculose, foi respectivamente de 26,2, 29,5 e 30,7 por 100 mil habitantes. A concentração de casos está na região metropolitana de Salvador, e a capital sozinha responde por 34,5% do total de casos de adoecimento e por 29,6% dos casos de óbitos acumulados no período. A análise da evolução da taxa de incidência segundo a macrorregião de residência demonstra flutuações na série histórica (2015-2022) nas nove macrorregiões (**Gráfico 11**).

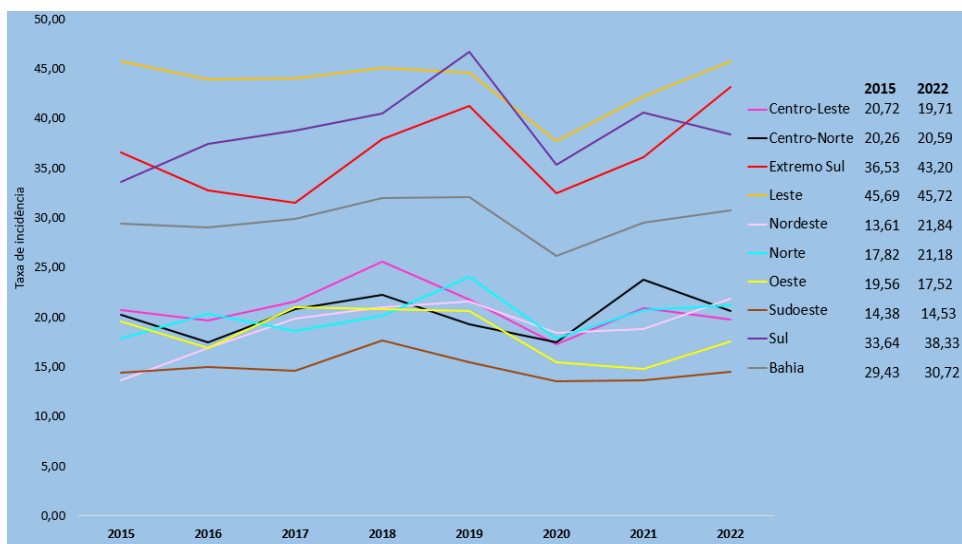


Gráfico 11. Evolução da taxa de incidência de tuberculose/100 mil habitantes segundo a macrorregião de residência. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coset/Sinan. Data de atualização 06/03/2023.

De acordo com o SIM, no período de 2015 a 2022 foram a óbito 2.897 pessoas por tuberculose na Bahia. No período o coeficiente de mortalidade apresentou um comportamento alto, mas, estável. Entre 2018 e 2022, ocorreu um aumento relativo no risco de óbito por tuberculose passando de 2,0 para 2,7 óbitos por 100 mil habitantes. Quatro das macrorregiões de saúde registraram aumento da taxa de mortalidade, ou seja, do risco de ir a óbito por tuberculose no período de 2015 a 2022: Centro-Norte, Sul, Nordeste e Sudoeste (**Quadro 22**).

Quadro 22. Taxa de mortalidade/100 mil habitantes por tuberculose, segundo a macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022*.

Macrorregião de saúde	Taxa de mortalidade/100.000 habitantes								Variação da taxa 2015/2022
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Centro-Leste	2,3	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4	2,0	2,1	-7,77
Centro-Norte	1,6	1,3	1,3	1,8	1,4	1,9	1,7	3,5	121,06
Extremo Sul	3,6	2,6	3,2	2,9	2,6	2,5	2,7	2,9	-20,01
Leste	3,9	2,7	3,9	2,7	2,8	2,9	2,9	3,5	-10,36
Nordeste	2,2	1,7	0,8	1,3	2,3	1,5	2,4	2,4	12,57
Norte	1,9	1,3	1,7	1,5	2,2	1,4	2,7	1,2	-37,10
Oeste	2,4	1,2	3,2	1,8	2,0	1,3	1,7	1,5	-38,61
Sudoeste	1,6	1,1	1,7	1,5	1,4	1,4	1,8	1,7	6,91
Sul	2,3	3,6	3,0	2,4	2,8	3,2	3,5	3,5	51,50
Bahia	2,8	2,1	2,7	2,0	2,2	2,2	2,5	2,7	-3,01

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coset/SIM. Dados preliminares, última atualização em 08/03/2023.

Na Bahia, entre 2015 e 2021, foram curadas 19.760 pessoas com tuberculose, média de 2.800 pessoas por ano. Entre os casos novos da doença confirmados por critério

laboratorial, em 2019 e 2020, encerraram o tratamento como cura respectivamente 62,2% e 59,9% dos pacientes. Em 2021, cerca da metade - ou seja, 54,0% desses casos foi cura, uma redução de 15,1% em comparação com 2019 (**Gráfico 12**).

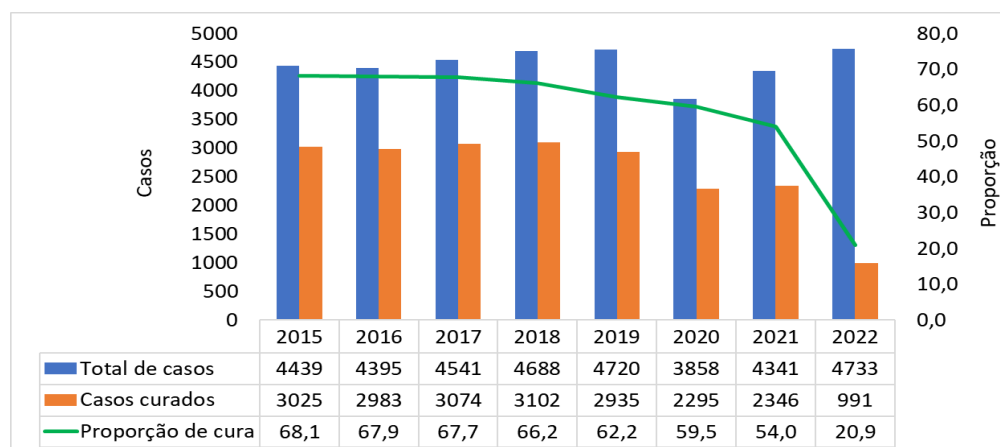


Gráfico 12 – Total de casos de tuberculose, número de casos curados e evolução da proporção de cura confirmados laboratorialmente. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coset/Sinan. Dados atualizados em 06/03/2023.

Nos últimos anos, as macrorregiões de saúde vêm apresentando proporções de cura cada vez menores. Em 2021 três macrorregiões exibiram percentuais de cura inferiores a 50%: Nordeste (45,7%), Sudoeste (46,6%) e Leste (49,1%) (**Quadro 23**). Nenhuma macrorregião atingiu a meta de 85% de cura preconizada pelo PNCT para o período.

Quadro 23. Proporção de casos curados de tuberculose confirmados laboratorialmente, segundo a macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião da saúde	Proporção de casos curados								Variação 2015/2022
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Centro-Leste	74,3	71,1	74,3	72,0	61,9	61,6	58,8	19,8	-73,4
Centro-Norte	73,8	73,1	77,9	80,3	66,2	61,0	62,8	27,8	-62,3
Extremo Sul	73,8	69,0	66,4	68,1	72,4	67,4	58,3	22,2	-69,9
Leste	63,5	66,1	64,5	59,8	55,9	54,8	49,1	17,2	-72,9
Nordeste	68,9	66,7	70,1	66,1	56,2	57,6	45,7	27,2	-60,6
Norte	61,9	61,9	60,2	70,4	70,3	57,0	55,6	20,1	-67,6
Oeste	73,4	67,5	62,0	73,1	67,4	66,2	59,9	24,3	-66,9
Sudoeste	69,7	68,5	66,5	64,6	65,9	62,0	46,6	24,5	-64,8
Sul	75,7	72,2	74,9	74,0	70,5	67,1	64,5	27,3	-64,0
Total	68,1	67,9	67,7	66,2	62,2	59,5	54,0	20,9	-69,3

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coset/Sinan. Dados atualizados em 06/03/2023.

A tuberculose em pessoas que vivem com HIV é uma das condições de maior impacto na mortalidade por HIV e por tuberculose no país. Na Bahia, de 2015 a 2022, a proporção de casos novos de tuberculose testados para HIV aumentou em 6,2%, passando de 66,2% (2.963) em 2015 para 70,3% (3.373) em 2022. Cabe ressaltar que o valor obtido em 2022 ainda é preliminar (**Gráfico 13**).

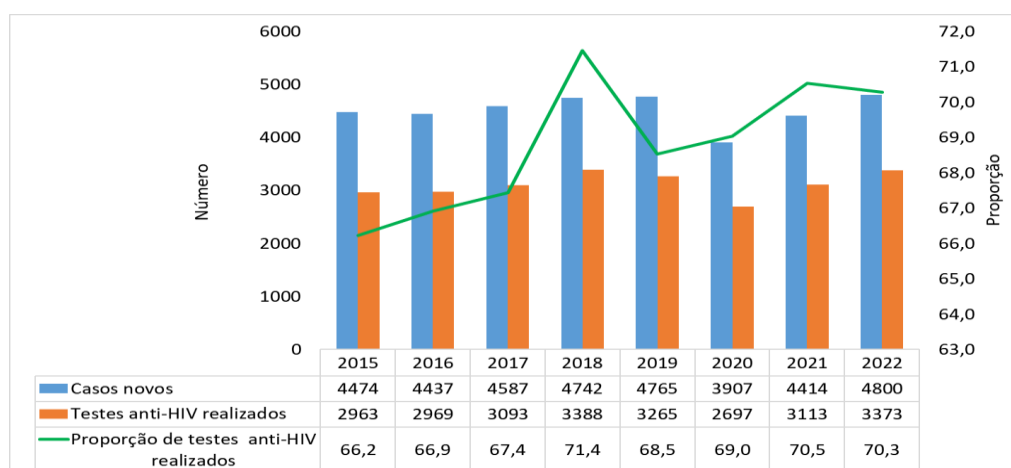


Gráfico 13. Evolução da proporção de testes anti-HIV realizados em casos novos de tuberculose. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coset/Sinan. Dados atualizados em 06/03/2023.

A desagregação da proporção de testes anti-HIV realizados em casos novos de tuberculose, segundo as macrorregiões de saúde demonstra que a região com melhor desempenho foi a Extremo Sul, que vem mantendo esse indicador acima de 87% desde 2019. A Centro-Leste e a Nordeste não ultrapassaram os 65% em toda a série analisada. As demais macrorregiões apresentaram flutuações, variando de 59,5% a 81,3%, considerando os anos 2015 e 2022 (**Quadro 24**).

Quadro 24. Proporção de testes anti-HIV realizados em casos novos de tuberculose, segundo a macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Varição 2021/2015
Centro-Leste	60,1	64,7	63,2	65,0	57,3	61,8	61,0	59,7	-0,7
Centro-Norte	59,5	69,0	68,4	78,2	67,1	58,2	63,0	65,5	9,2
Extremo Sul	87,0	78,7	73,2	84,4	89,0	88,3	87,5	89,9	3,2
Leste	64,9	69,1	69,5	71,2	65,2	69,1	71,2	69,3	6,4
Nordeste	45,8	61,3	45,8	53,3	61,8	58,5	53,4	54,5	16,0
Norte	77,2	66,8	77,4	85,7	79,2	66,0	80,1	81,3	5,0
Oeste	72,3	69,3	68,8	77,2	74,0	64,2	72,0	76,5	5,4
Sudoeste	65,3	59,1	59,8	58,9	56,5	65,0	54,8	63,9	-2,1
Sul	66,2	59,8	66,7	74,2	76,8	74,2	75,9	73,0	9,3
Total	66,2	66,9	67,4	71,4	68,5	69,0	70,5	70,3	5,8

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coset/Sinan. Dados atualizados em 06/03/2023.

A avaliação de contatos é uma atividade fundamental no escopo de ações da vigilância epidemiológica da tuberculose, uma vez que contribui para identificar casos da doença ativa e permite reconhecer a infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTb), possibilitando a quebra da cadeia de transmissão e a prevenção dessa enfermidade. Na Bahia, a análise da proporção dos contatos examinados em casos novos de tuberculose demonstra um declínio sustentado desse indicador a partir de 2018, com redução de 23,2% quando comparado com os anos de 2015 (50,0%) e 2022 (38,4%) (**Gráfico 14**).

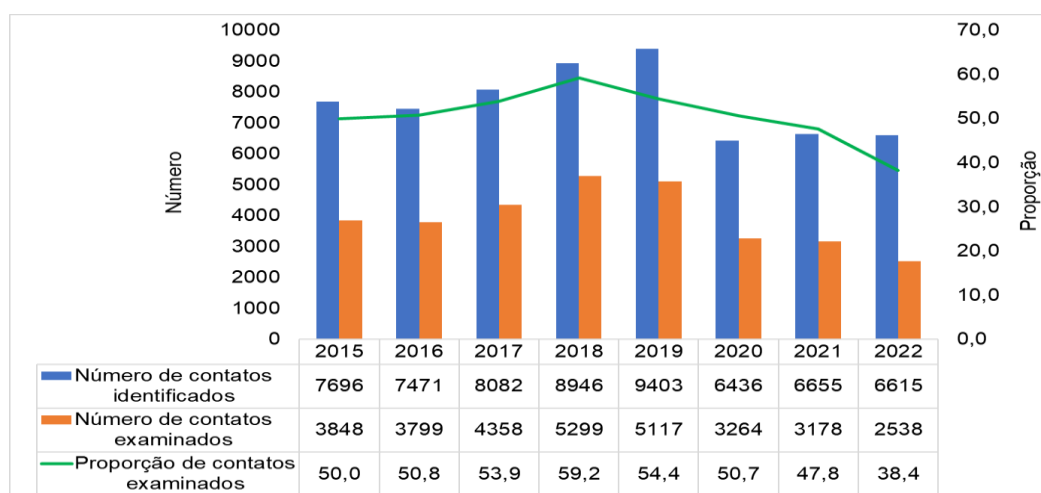


Gráfico 14. Evolução da proporção de contatos examinados de casos de tuberculose. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coset/Sinan. Dados atualizados em 06/03/2023.

Consoante ao **Quadro 25**, observa-se que cinco das macrorregiões de saúde apresentaram percentuais inferiores a 50% de contatos examinados em 2022, são elas: Centro-Norte, Oeste, Nordeste, Centro-Leste e Leste, esta última apresenta o pior desempenho nesse indicador em toda a série histórica.

Quadro 25. Proporção dos contatos examinados em casos novos de TB, segundo a macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	Proporção de contatos examinados (%)								Variação 2015/2022
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Centro-Leste	42,2	55,3	52,4	57,4	65,0	54,4	57,1	33,1	-21,6
Centro-Norte	71,8	62,0	92,7	82,4	64,2	72,0	67,2	47,9	-33,2
Extremo Sul	75,0	71,2	72,2	72,3	76,9	77,5	79,8	55,0	-26,6
Leste	35,2	37,0	40,6	44,3	36,9	37,8	30,1	23,4	-33,6
Nordeste	61,7	47,3	60,6	73,1	65,2	50,4	35,2	43,2	-29,9
Norte	81,1	77,9	77,3	84,7	78,4	53,4	85,6	61,0	-24,7
Oeste	79,3	67,3	61,0	72,8	70,8	64,9	67,5	47,8	-39,8
Sudoeste	71,9	79,9	74,7	80,9	64,7	64,8	76,5	63,0	-12,3
Sul	60,1	53,0	57,3	71,5	67,6	64,5	54,9	52,3	-13,0
Bahia	50,0	50,8	53,9	59,2	54,4	50,7	47,8	38,4	-23,3

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coset/Sinan. Dados atualizados em 06/03/2023.

3.2.1.3 Hanseníase

Doença infecciosa crônica e curável, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, afeta principalmente a pele, os olhos, o nariz e os nervos periféricos. A taxa de detecção de casos novos determina a força de morbididade, magnitude e tendência da hanseníase ao longo do tempo. Os dados evidenciam que a Bahia está em uma situação epidemiológica considerada de alta endemicidade. A comparação com anos anteriores demonstra provável

subnotificação a partir de 2016. Essa redução do número de casos novos diagnosticados pode estar associada à fragilidade no diagnóstico na Atenção Básica, mudanças na gestão municipal com rotatividade de profissionais da assistência; da própria gestão; e à demora na reorganização de serviços e efetiva composição das equipes de saúde. Em 2020 a situação agrava-se com o início da pandemia de covid-19.

Na Bahia, no período de 2015 a 2022, foram notificados 15.660 casos; destes, 872 (5,6%) eram de crianças e adolescentes de até 14 anos. Em 2019, período pré-pandemia, foram diagnosticados 2.139 casos novos, com taxa de detecção de 14,38/100.000 habitantes. Em 2022, esses valores foram de 1.648 casos novos. Desses 1.236 (75%) foram casos multibacilares, com taxa de detecção de 11,00/ 100 mil habitantes. A variação percentual da taxa de detecção para o estado entre 2015 e 2022 foi de -34,7% (**Gráfico 15**).

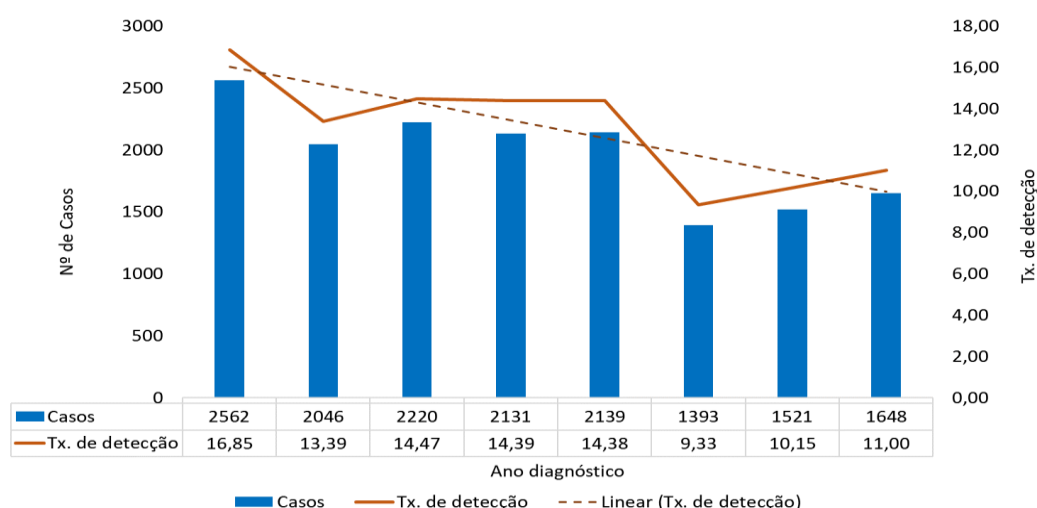


Gráfico 15. Taxa de detecção geral de hanseníase. Bahia - 2015 a 2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan. Dados de 06.03.2023. Dados de 2022 preliminares.

Parâmetros do indicador: Hiperendêmico $\geq 40/100$ mil hab. Muito alto 20 a 39,99/100 mil hab. Alto 10,00 a 19,99/100 mil hab. Médio 2,00 a 9,99/100 mil hab. Baixo $< 2,00/100$ mil hab.

A identificação de casos em menores de 15 anos tem relação com doença recente e focos ativos de transmissão, sendo o acompanhamento epidemiológico muito importante para a controlar a hanseníase. Em 2022, foram registrados 55 casos novos em menores de 15 anos e a taxa de detecção de 1,73 /100 mil habitantes, considerada endemicidade “média” segundo os parâmetros nacionais. Na série histórica 2015-2022, observa-se a redução sustentada da taxa de detecção de 2017 a 2021. Em 2022 com dados ainda preliminares apresentou incremento de 31,0% em relação ao ano anterior. O decremento na taxa de detecção e o número de casos em menores de 15 anos quando comparados os anos 2015 e 2022, foram de respectivamente 68,9% e 74,7% (**Gráfico 16**).

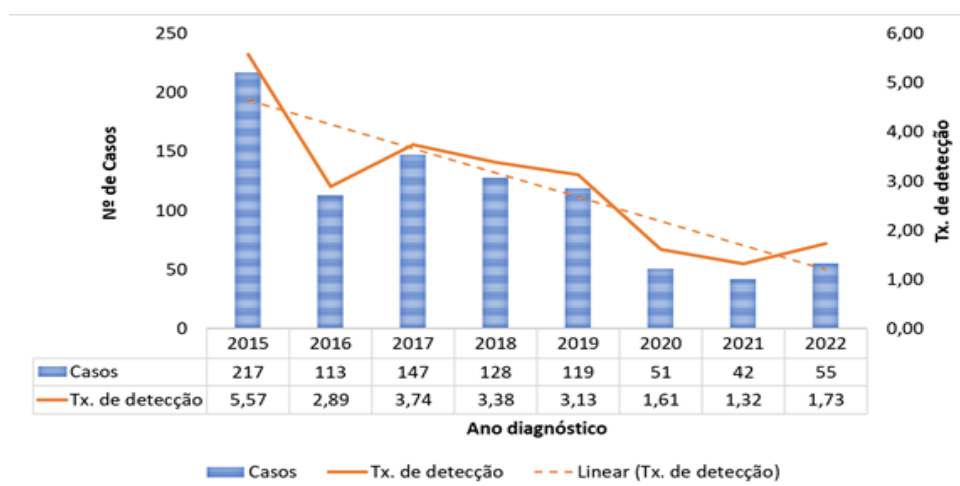


Gráfico 16. Taxa de detecção de hanseníase em menores de 15 anos/100 mil hab. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan. Dados de 06.03.2023. Dados de 2022 preliminares.

Parâmetros: Hiperendêmico: $\geq 10,00/100$ mil hab. Muito alto: 5,00 a 9,99 /100 mil hab.

Alto: 2,50 a 4,99 /100 mil hab. Médio: 0,50 a 2,49 /100 mil hab. Baixo: $<0,50/100$ mil hab.

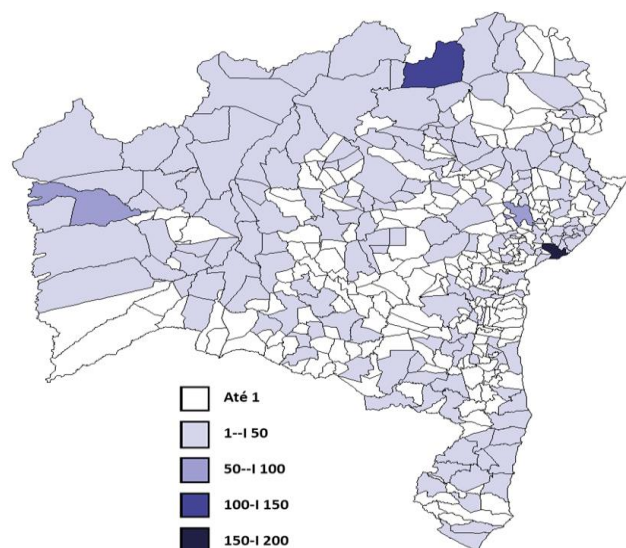
A análise da taxa de detecção por macrorregião de saúde considerando os anos de 2015 e 2022 demonstra que a Oeste apresentou as maiores taxas em ambos os anos, seguida da Norte e da Extremo Sul. A Centro-Leste apresentou o maior percentual de decremento (- 64%) entre as macrorregiões. Os dados merecem atenção diante da alta probabilidade de subnotificação (**Quadro 26**).

Quadro 26. Taxa de detecção de hanseníase segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015 e 2022.

Macrorregião de saúde	2015	2022	Variação (%) 2015/2022
Centro-Leste	22,70	8,27	-64
Centro-Norte	15,80	10,26	-35
Extremo Sul	27,73	18,79	-32
Leste	10,91	5,94	-46
Nordeste	12,13	10,82	-11
Norte	28,85	24,25	-16
Oeste	33,91	33,86	0
Sudoeste	13,45	7,51	-44
Sul	9,54	7,33	-23
Bahia	16,85	11,00	-34,7

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan. Dados de 06.03.2023. Dados de 2022 preliminares.

Na Bahia, 260 (62,4%) municípios realizaram diagnóstico de casos em 2022, demonstrando que 157 (37,6%) estão “silenciosos”. O estado tem investido em capacitações para profissionais da Atenção Primária com o objetivo de sensibilizar o olhar para o agravo e evitar diagnósticos tardios (**Mapa 6**).



Mapa 6. Distribuição espacial dos casos de hanseníase por municípios na Bahia, 2022
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan. Dados de 06.03.2023. Dados de 2022 preliminares.

A proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados, bem como a efetividade do tratamento. A proporção de cura na coorte de 2022 na Bahia foi de 70,6%, sendo considerada precária conforme parâmetros nacionais, e apresenta uma queda quando comparada à de 2015 que foi de 87,6% (**Gráfico 17**).

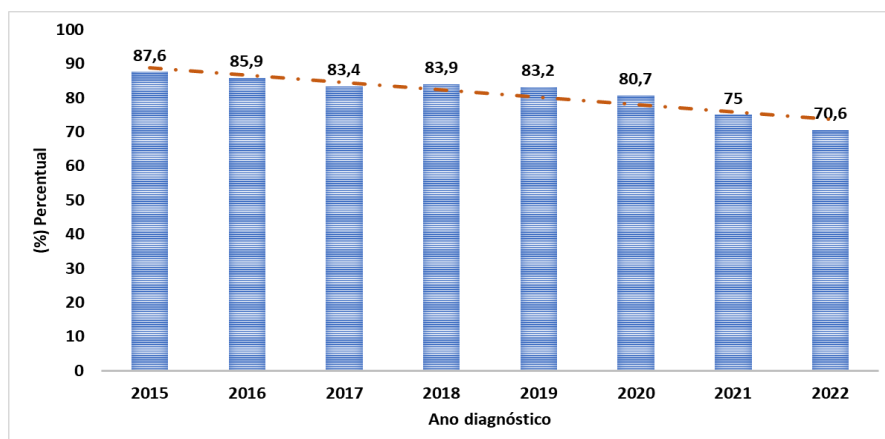


Gráfico 17. Percentual de cura dos casos novos de hanseníase nas coortes, Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan. Dados de 06.03.2023. Dados de 2022 preliminares.

Parâmetros: bom 90% regular: 75,0% a 89,9% precário: <75,0%

A desagregação desse indicador por macrorregião de saúde demonstra que todas as nove macrorregiões apresentaram um decréscimo quando comparados os anos de 2015 e 2022. Apenas a Extremo Sul manteve o percentual considerado como “regular”, as demais ficaram abaixo de 75%, valores classificados como “precários” (**Gráfico 18**).

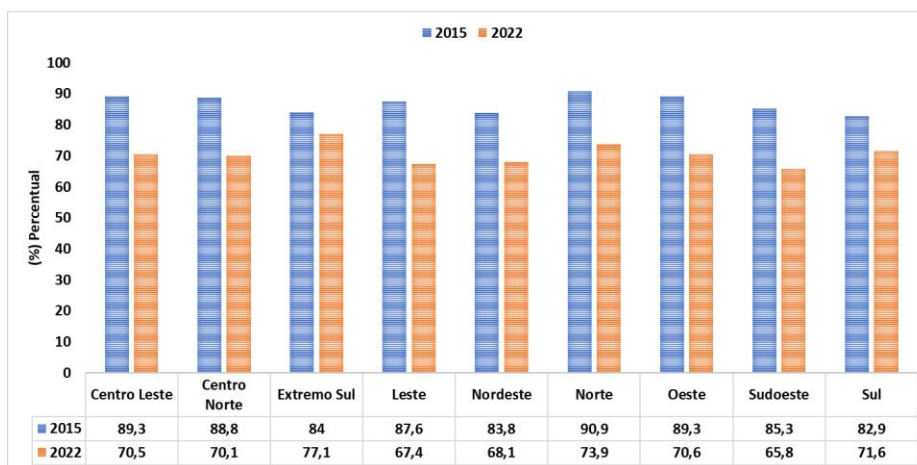


Gráfico 18. Percentual de cura dos casos novos de hanseníase nas coortes segundo macrorregião de saúde - Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan. Dados de 06.03.2023. Dados de 2022 preliminares.

Parâmetros: bom 90% regular: 75,0% a 89,9% precário: <75,0%

A proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes mede a capacidade dos serviços de realizar a vigilância de contatos, aumentando a detecção precoce de casos novos. O estado da Bahia, na coorte de 2022, avaliou 62,9% dos contatos de casos novos diagnosticados nesse período, menor percentual na série avaliada (**Gráfico 19**).

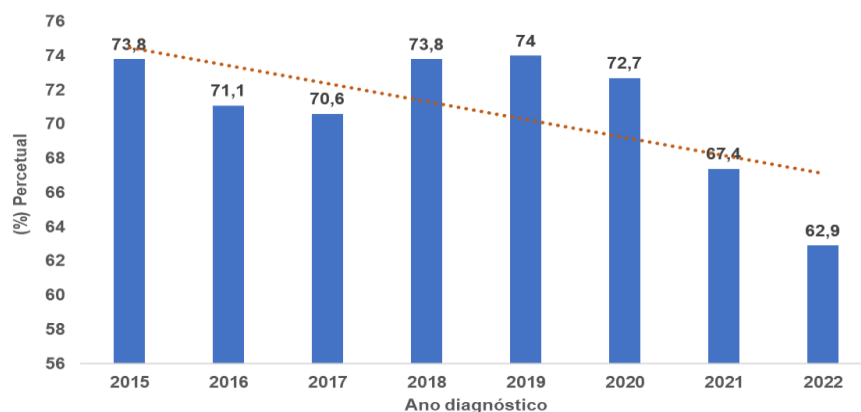


Gráfico 19. Coorte de contatos examinados entre os casos novos de hanseníase. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan. Dados de 06.03.2023. Dados de 2022 preliminares.

Parâmetro: bom $\geq 90\%$ regular: 75% a 89,9% precário: <75%

Ao avaliar o indicador por macrorregião de saúde comparando os anos de 2015 e 2022, observa-se um aumento do percentual de contatos examinados apenas nas macrorregiões Sul e Leste. Em 2022, Sul e Norte apresentam percentuais acima de 75%, classificados como “regulares”. As demais, abaixo desse percentual, são classificadas com percentual “precário” (**Gráfico 20**).

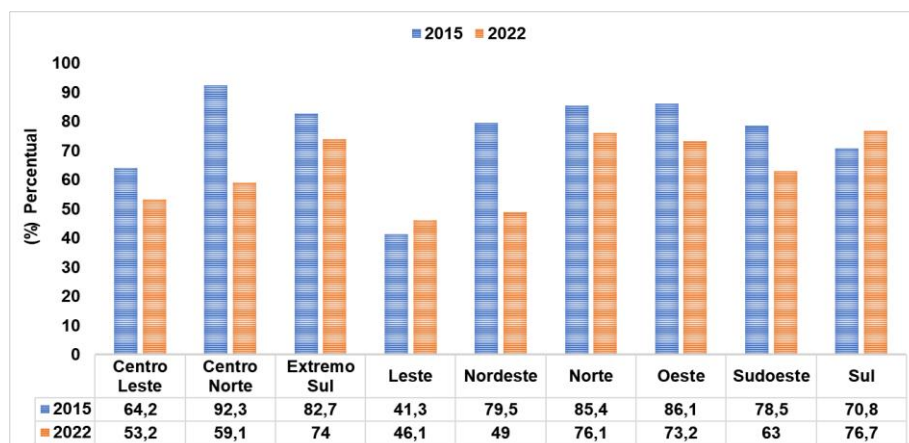


Gráfico 20. Percentual de contatos examinados entre os casos novos de hanseníase segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan. Dados de 06.03.2023. Dados de 2022 preliminares.

Parâmetro: bom $\geq 90\%$ regular: 75% a 89,9% precário: $<75\%$

Esses indicadores são fortemente influenciados por fatores relacionados à presença de profissionais capacitados, ao grau de descentralização das ações nos municípios e à atualização do acompanhamento do paciente no Sinan.

3.2.1.4 Epizootias

As epizootias, são consideradas um alerta importante que alinhadas com as ações da vigilância entomológica, podem preceder a identificação de doenças existentes permitindo que a oportunidade das ações seja garantida. O estado vem monitorando espécies animais como Primatas Não Humanos (PNH), aves, entre outras, através da vigilância passiva e/ou ativa, em ambientes silvestres, periurbanos e/ou urbanos. Foram realizadas seis vigilâncias ativas de epizootias em PNH e aves, em municípios das macrorregiões Centro-Leste, Leste, Oeste, Extremo Sul e Sudoeste, visando identificar possibilidade de vírus da febre amarela, malária, febre do Nilo e influenza.

3.2.1.4 Esquistossomose

A esquistossomose é uma doença parasitária infecciosa causada por vermes platemintos do gênero *Schistosoma*. Segundo a OMS, é a segunda doença parasitária com maior impacto socioeconômico no mundo, depois da malária, infectando centenas de milhões de pessoas. Está diretamente relacionada ao saneamento precário (falta de rede de esgoto, ausência de banheiro nas residências e de água tratada) que leva o indivíduo a utilizar águas de rios e riachos contaminadas pelo parasita. Aliam-se a esse contexto questões relacionadas ao estado nutricional e ao sistema imunológico debilitado da população, que facilitam a infecção de alta carga parasitária permitindo a evolução para a forma mais grave da doença²⁴.

Na Bahia, no período de 2015 a 2022, a esquistossomose esteve presente em cerca de 62,5% (260) dos seus 417 municípios, com base nos dados no Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE). De acordo com a última classificação de risco para a transmissão da esquistossomose pelo Ministério da Saúde, publicada em 2006, na época, 167 (40,0%) municípios do estado eram considerados endêmicos, 122 (29,3%) focais e 128 (30,7%) indenes (**Quadro 27**).

No período de 2015 a 2022, a região de saúde de Seabra (Centro-Leste) foi a que apresentou o maior número de notificações, totalizando 115.232 indivíduos examinados. Ressalte-se que, em decorrência do surto do agravo na região da Chapada Diamantina em 2017-2018, o desenvolvimento das atividades do programa foi fortalecido no período.

Quadro 27. Endemicidade para esquistossomose por macrorregião de saúde. Bahia, 2006.

Macrorregião de saúde	Endêmico	Focal	Indene	TOTAL
Centro-Leste	29	26	17	72
Centro-Norte	8	9	21	38
Extremo Sul	3	11	7	21
Leste	36	9	2	47
Nordeste	19	7	7	33
Norte	1	10	17	28
Oeste	6	3	27	36
Sudoeste	29	16	29	74
Sul	36	31	1	68
TOTAL	167	122	128	417

Fonte: Ministério da Saúde, 2006.

Classificação.: Indene (área em não há registro de transmissão da esquistossomose).

Focal (área endêmica circunscrita a uma área até então indene).

Endêmica (áreas contínuas ou contíguas em que a transmissão da esquistossomose está estabelecida).

3.2.1.6 Malária

A malária é uma doença infecciosa cujo agente etiológico é um parasito do gênero *Plasmodium*. A transmissão natural da malária ocorre por meio da picada de fêmeas infectadas por mosquitos do gênero *Anopheles*. Na Bahia, a carta anofélica demonstra uma ampla dispersão de espécies com importância epidemiológica, o que denota alta receptividade à transmissão vetorial do *Plasmodium sp.* A presença de atividades de mineração e garimpo em grande parte do estado e o movimento migratório dos garimpeiros entre as áreas facilitam a disseminação da doença. A malária está fortemente associada às alterações ambientais, incluindo desmatamento, mudanças climáticas e reduções de áreas florestadas que interferem no equilíbrio do ecossistema.

Entre 2015 e 2022, foram 3.698 notificações de casos de malária no estado. A macrorregião com maior número de notificações foi a Leste, com 106 casos importados. A Bahia registrou surtos de malária em 2018 em Wenceslau Guimarães (macrorregião Sul) e

nos municípios de Itabela e Porto Seguro em 2021* (macrorregião Extremo Sul). Em 2021 e 2022**, houve aumento das notificações na macrorregião Oeste em decorrência de empreendimento envolvendo o município de Luís Eduardo Magalhães. Foram realizados exames no Laboratório Municipal de Referência Regional (LMRR) do referido município. Todos com resultados negativos (**Quadro 28**).

Quadro 28. Número de casos notificados de malária por macrorregião de saúde de residência e ano de notificação, Bahia 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Centro-Leste	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Centro-Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extremo Sul	0	0	1	14	28	4	536*	31	614
Leste	12	17	6	14	15	24	9	9	106
Nordeste	0	0	0	22	0	0	0	0	22
Norte	0	0	0	0	0	0	5	1	6
Oeste	0	0	0	0	0	3	174**	925**	1.102
Sudoeste	0	1	2	1	1	1	2	0	8
Sul	0	0	3	1.773*	4	0	28	6	1.814
Total	12	18	12	1.824	48	32	755	974	3.675

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SinanNet/Tabwin.

*Surto nas macrorregiões Sul e Extremo Sul; ** aumento das notificações na Oeste.

Dados atualizados em 28/03/2023 e acessados em 03/04/2023.

3.2.1.7 Leptospirose

No período de 2015 a 2022 foram notificados 692 casos confirmados de leptospirose na Bahia, apresentando coeficiente de incidência acumulada de 4,6 casos por 100 mil habitantes e taxa de letalidade de 15,6%. Verifica-se que a concentração foi na macrorregião Leste (466/67,3%), especificamente na região metropolitana de Salvador e capital, seguida da macrorregião Sul (133/19,2%) (**Tabela 3**). Essas duas macrorregiões responderam por 86,5% (599) dos casos confirmados.

Tabela 3. Número de casos confirmados de leptospirose. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Centro-Leste	4	4	9	3	4	2	3	9	38
Centro-Norte	0	0	2	0	2	0	3	1	8
Extremo Sul	1	1	0	3	4	1	0	7	17
Leste	97	36	47	50	62	43	48	83	466
Nordeste	0	0	2	0	2	1	0	0	5
Norte	0	1	2	0	1	0	0	1	5
Oeste	1	0	0	1	4	1	0	0	7
Sudoeste	2	0	1	0	6	2	0	2	13
Sul	22	11	13	13	16	11	8	39	133
Bahia	127	53	76	70	101	61	62	142	692

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep. Dados acessados em 30/03/2023.

A letalidade é o parâmetro que revela que a leptospirose é uma doença grave, devido à quantidade de pessoas que foram a óbito entre aquelas que adoeceram. Observa-se heterogeneidade na distribuição dos óbitos de leptospirose, com concentração do registro nas macrorregiões Leste e Sul (**Tabela 4**).

Tabela 4. Número de óbitos confirmados por leptospirose e letalidade acumulada segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total	Letalidade acumulada
Centro-Leste	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2,6
Centro-Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Extremo Sul	1	0	0	1	0	0	0	1	3	17,6
Leste	17	8	5	6	11	9	11	19	86	18,5
Nordeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Sudoeste	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7,7
Sul	3	1	1	3	0	2	3	4	17	12,8
Bahia	21	9	6	10	12	11	14	25	108	15,6

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/SIM. Dados acessados em 30/03/2023.

A baixa suspeição da doença na fase inicial por apresentar sintomas semelhantes aos de outras doenças febris como dengue, Chikungunya, entre outras, o que dificulta o diagnóstico diferencial entre essas doenças – explica, em parte, a detecção tardia e a alta taxa de letalidade no estado. É importante ressaltar que a pluviometria influencia diretamente a ocorrência da leptospirose. Destaca-se que a doença apresenta um perfil ocupacional, com maior incidência entre os trabalhadores da área de limpeza e desentupimento de esgotos, garis, catadores de material reciclável, agricultores, veterinários, tratadores de animais, pescadores, magarefes, laboratoristas, militares e bombeiros, entre outros profissionais que se expõem ao risco de contaminação no meio ambiente.

3.2.1.8 Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA)

A vigilância epidemiológica das doenças de transmissão hídrica e alimentar (DTHA) tem o objetivo de monitorar a ocorrência dessas enfermidades, especialmente quando se configuram como surtos, visando recomendar medidas e ações para redução da morbimortalidade de modo a minimizar o impacto socioeconômico provocado por elas. No escopo do conjunto dessas doenças, abaixo destacamos as principais e sua distribuição na série histórica 2015-2022 segundo macrorregião de saúde. A análise permite identificar que a maior quantidade de registros de casos foi de doenças diarreicas agudas (DDA), com 1.439.984 notificações. Os registros de surto ocorreram com maior frequência nas macrorregiões Leste (2.264/36,2%) e Sudoeste (1.061/17,2%). No mesmo período, foram notificados 1.306 casos de rotavírus; destes, 404 (30,0%) foram confirmados. As

macrorregiões Leste (820), Nordeste (160) e Centro Leste (123) foram as que mais notificaram. A Doença de Creutzfeldt Jakob (DCJ) enfermidade neurodegenerativa, é caracterizada por provocar desordem cerebral, com perda de memória e tremores. É de rápida evolução e, de forma inevitável, leva à morte do indivíduo. No estado, no período de 2015 a 2022, foram notificados 37 casos de DCJ, com 18 (48,6%) confirmados. Destes 11 pacientes eram do (61%) no sexo feminino e dez tinham (55,5%) entre 65 e 79 anos. A maior concentração dos casos notificados foi na macrorregião Leste (26/70,3%).

Ainda compondo o conjunto de DTHA, temos o botulismo, com 14 casos notificados no estado no período de 2015 a 2022 e um confirmado em 2019, na macrorregião Sudoeste, no município de Guanambi. Há ainda a Doença de Haff, uma síndrome de etiologia desconhecida, caracterizada por uma condição clínica que desencadeia o quadro de rabdomiólise com início súbito de rigidez e dores musculares. Em 2021, foram notificados 34 casos da Doença de Haff. Destes, 19 casos foram classificados como casos compatíveis, e 15 como descartados. Com relação à distribuição espacial dos casos compatíveis com Doença de Haff no ano de 2021, houve maior concentração na macrorregião Leste, com 57,89%. Para síndrome hemolítica urêmica (SHU) não houve registro de casos. Quanto à cólera foram notificados três casos em 2017 na macrorregião Centro-Leste e um caso em 2019 na Sudoeste.

3.2.1.9 Hepatites virais A, B e C

As hepatites virais ainda são de grande relevância epidemiológica, em especial a hepatite B e C, devido à evolução clínica severa e ao acometimento de parcela significativa da população na faixa etária produtiva. Vale ressaltar que as hepatites A e B são imunopreveníveis, e as vacinas estão disponíveis na rede SUS. Em o todo estado, observa-se uma redução do número notificações da hepatite A. Em 2022 foram 22 casos, dos quais o maior percentual (27,3%) foi em Salvador, com seis casos . Já a hepatite B tem apresentado elevada taxa de detecção na série histórica analisada (2015-2022); com maior número de registros nas macrorregiões Extremo Sul, Sul e Leste. Apesar de as estratégias de prevenção serem o foco do Programa Estadual de Controle das Hepatites, não houve redução significativa dessas taxas (**Gráfico 21**).

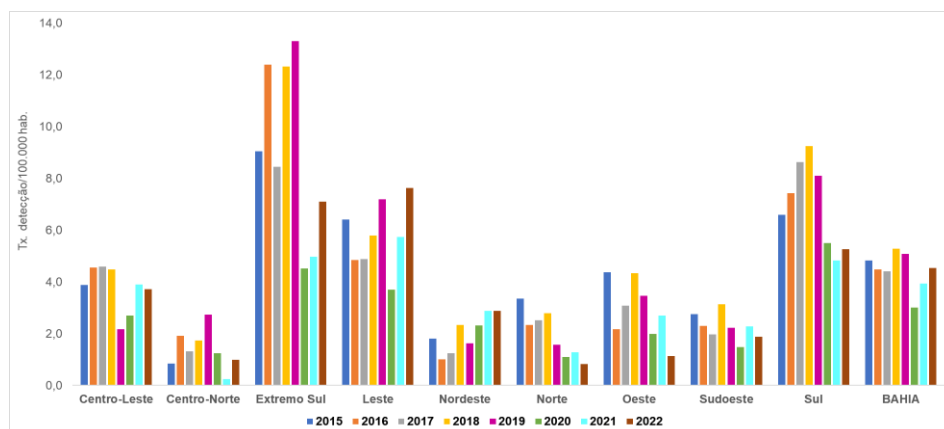


Gráfico 21. Taxa de detecção de hepatite B, por macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan. Dados acessados em 24/03/23.

Com relação à hepatite C, o Programa Estadual de IST, Aids e Hepatites Virais tem implementado estratégias de prevenção à transmissão, diagnóstico por meio da testagem rápida e o pronto encaminhamento para o tratamento, que a partir de 2015 passou a contar com antirretrovirais de ação direta, com eficácia acima de 95%. Observa-se que a macrorregião de saúde Leste apresenta altas taxas de detecção (**Gráfico 22**).

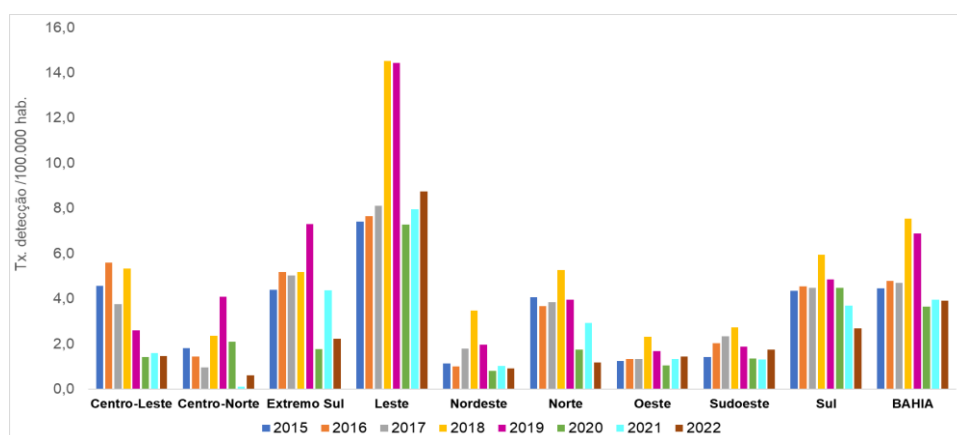


Gráfico 22- Taxa de detecção de hepatite C, por macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan. Dados acessados em 24/03/23.

3.2.1.10 HIV

De acordo com Sisloglab, entre janeiro e dezembro de 2022, foram realizados 337.291 testes rápidos para HIV, dos quais 2.381 (0,7%) foram reagentes na testagem de triagem, e 2.067 (0,6%) na testagem confirmatória. Esses números apontam para o acréscimo de 22,1% no número de testes realizados e de 3% nos testes confirmados, e para redução de 12,1% no total de testes reagentes. As maiores taxas de detecção em a toda série histórica analisada foram nas macros Leste e Extremo Sul (**Tabela 5**).

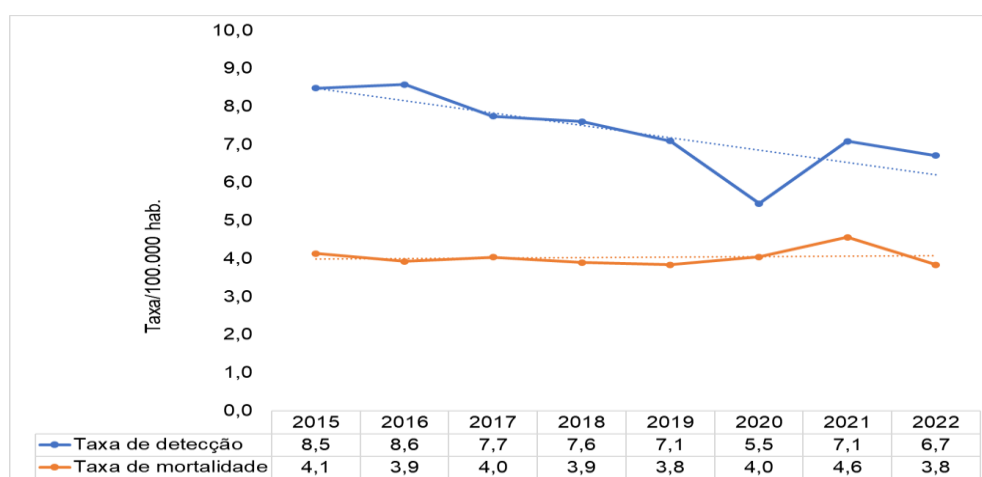
Tabela 5. Taxa de detecção de infecção por HIV. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	7,3	9,3	11,7	12,9	9,6	7,5	10,4	10,1
Centro-Norte	3,1	4,8	7,3	7,8	8,7	5,2	5,7	6,4
Extremo Sul	24,8	28,5	30,9	41,0	35,1	25,6	31,2	22,2
Leste	22,1	26,5	28,1	32,3	33,8	25,4	26,8	25,5
Nordeste	4,4	5,7	4,6	5,7	6,1	7,4	6,0	4,4
Norte	6,1	5,8	8,7	9,5	9,3	6,6	6,3	7,0
Oeste	2,5	2,9	4,7	6,9	6,5	9,2	8,8	10,1
Sudoeste	4,3	4,4	5,6	6,4	6,6	4,4	7,1	7,5
Sul	14,0	19,2	22,6	21,6	23,5	15,1	18,3	17,0
Bahia	12,5	15,2	17,1	19,5	19,4	14,6	16,4	15,4

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus/ Tabwin. Dados acessados em 24/03/2023.

3.2.1.11 AIDS

Entre 2015 e 2022, foram notificados 8.855 casos de Aids. A taxa de detecção da doença apresentou decréscimo de 5,6% entre 2021 e 2022, conforme **Gráfico 23**. No mesmo período foram registrados 3.712 óbitos, cuja taxa de mortalidade variou entre 3,8 (2019) e 4,6 (2021) óbitos por 100 mil habitantes. Para 2022, os dados são preliminares.

**Gráfico 23.** Taxa de detecção e taxa de mortalidade por Aids. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/SIM. Dados acessados em 24/03/2023.

Considerando a distribuição da taxa de mortalidade por Aids segundo a macrorregião de saúde de residência, no período de 2015 a 2022, observa-se que as macros Extremo Sul e Leste apresentaram as maiores taxas (**Tabela 6**).

Tabela 6. Taxa de mortalidade/100 mil habitantes por Aids segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	3,0	2,5	2,8	2,6	2,7	2,4	3,0	3,0
Centro-Norte	2,1	1,0	1,3	1,6	2,0	1,1	2,1	1,4
Extremo Sul	8,7	7,9	8,3	7,6	7,5	6,7	7,7	6,6
Leste	6,5	6,4	6,1	5,6	5,3	6,4	7,0	5,7
Nordeste	2,0	2,4	1,5	1,9	1,5	2,1	2,9	2,2
Norte	2,5	2,2	3,7	1,7	3,2	3,8	2,1	2,7
Oeste	1,9	0,9	2,2	2,2	1,9	1,9	1,9	1,8
Sudoeste	1,3	1,4	1,8	1,6	1,8	1,4	2,0	1,5
Sul	4,3	4,8	4,1	6,2	5,3	4,9	6,1	4,6
BAHIA	4,1	3,9	4,0	3,9	3,8	4,0	4,6	3,8

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/SIM; IBGE. Dados acessados em 24/03/2023.

A taxa de detecção de Aids em menores de 5 anos é um indicador chave para o monitoramento da transmissão vertical do HIV, capaz de avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto. Observa-se decréscimo no número de casos de Aids em menores de 05 anos, no período de 2015 e 2018 e crescimento moderado entre 2018-2021 (Gráfico 24).

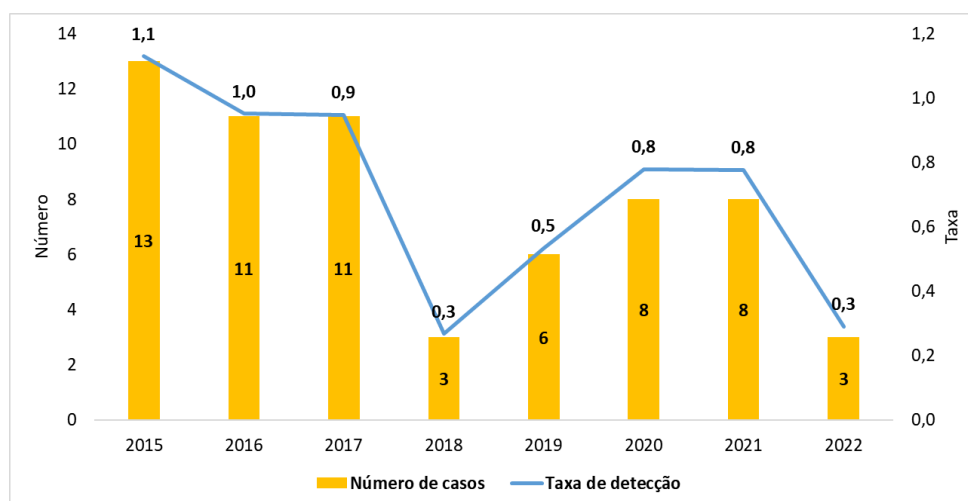


Gráfico 24. Número de casos e taxa de detecção de Aids em menores de 05 anos segundo o ano de diagnóstico. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan. Dados acessados em 24/03/2023.

As macrorregiões Leste, Extremo Sul, Sul e Centro Leste apresentaram as maiores taxas de detecção de Aids em gestantes em 2022 (Tabela 7).

Tabela 7. Taxa de detecção de Aids em gestantes segundo o ano de diagnóstico e a macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	2,0	2,6	2,8	2,5	1,7	1,5	2,1	1,5
Centro-Norte	1,1	1,4	1,3	0,8	0,4	0,5	1,0	0,8
Extremo Sul	2,3	3,0	3,8	3,0	2,4	3,3	2,2	2,4
Leste	4,0	4,1	3,9	3,4	3,7	4,3	4,3	3,4
Nordeste	1,2	1,5	1,7	0,7	1,4	2,3	1,8	1,0
Norte	1,4	1,5	1,2	1,0	1,3	1,1	1,0	2,1
Oeste	0,8	0,6	0,5	1,1	1,3	0,6	0,5	0,3
Sudoeste	0,5	0,4	1,0	1,1	0,5	1,0	1,4	0,8
Sul	2,8	1,5	1,6	2,5	3,0	2,0	2,7	1,5
Bahia	2,3	2,4	2,4	2,2	2,2	2,3	2,4	1,9

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan. Dados acessados em 24/03/2023.

3.2.1.12 HTLV

O HTLV é um problema de saúde pública mundial, e o Brasil é o país com o maior número de indivíduos vivendo com o vírus. É um agravo ocasionado pelo vírus linfotrópico de células T humana tipo 1 (HTLV-1) e tipo 2 (HTLV-2) pertencente à família Retroviridae, a mesma do HIV. O diagnóstico laboratorial é realizado por meio de sorologias para pesquisas de anticorpos HTLV– I/II e a infecção é confirmada pela metodologia de Western Blot ou por PCR. A infecção resulta da transmissão de linfócitos infectados, presentes em fluidos corpóreos, por transfusão de sangue e derivados, uso de drogas endovenosas, transplante de órgãos, relações sexuais desprotegidas e por transmissão vertical.

A Bahia inseriu o HTLV como uma doença de notificação compulsória, por meio da Portaria nº125, de 24 de janeiro de 2011. A taxa de prevalência da infecção por HTLV no estado apresentou tendência de aumento na série histórica 2015-2022. As macros Leste, Sul e Extremo Sul responderam pelas taxas mais elevadas. **(Tabela 8).**

Tabela 8. Taxa de prevalência/100 mil habitantes por HTLV segundo macrorregião de residência. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	0,6	0,5	2,3	3,5	6,7	0,3	0,5	1,3
Centro-Norte	0	0,2	0,4	3,1	1,6	0,6	0,5	0,4
Extremo Sul	1,5	1,8	2	3,9	3,8	2,1	3,1	2,4
Leste	3,2	3,5	9,8	8,6	8,0	3,2	5,0	8,4
Nordeste	0,8	1,2	3,4	4,1	2,3	0,9	1,3	0,8
Norte	0,3	0,4	0,9	1,1	0,7	0,6	1,6	0,7
Oeste	0,7	1,4	0,3	1,4	1,0	0,2	0,3	0,3
Sudoeste	3,0	3,3	3,0	3,5	4,4	2,6	4,1	2,0
Sul	2,1	9,1	4,4	3,3	8,2	4,1	5,3	5,6
Bahia	1,9	2,9	4,7	4,8	5,5	2,1	3,1	4,0

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan. Dados acessados em 24/03/2023.

3.2.1.13 Sífilis congênita

A sífilis congênita (SC) é uma doença de elevada magnitude e transcendência, continua sendo uma ameaça à saúde pública em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, também para região Nordeste e Bahia. Para mitigar os impactos da epidemia de SC foi instituída em 2017 a Política Pública Estadual para Enfrentamento da Transmissão Vertical da Sífilis, denominada Plano Estadual da Mãe Saudável (Pems). A referida política visava prevenir a disseminação da SC, cuidar da gestante, das parcerias sexuais e da criança exposta a sífilis por meio da articulação com a rede de saúde existente, antes, durante e após o nascimento. Desse modo, a sífilis congênita tornou-se um indicador prioritário no estado, contudo, os resultados dessas ações só começaram a apresentar uma discreta melhora no indicador em 2019.

A taxa de incidência de sífilis congênita ideal pactuada pelo país junto a Opas é de 0,5 caso/1.000 nascidos vivos (NV). Vale ressaltar que a Bahia registrou 7,4 casos/1.000 NV em 2022, logo, as ações que visam a redução do agravo necessitam ser intensificadas. Em 2022, foram notificados 1.286 casos de sífilis congênita, o que representa um decréscimo de 10,2% na ocorrência de casos, se comparado ao ano de 2021, quando foram registrados 1.433 casos/1000 nascidos vivos. Infere-se que a pandemia de covid-19 pode ter afetado o acesso de gestantes às unidades de saúde, ocasionando perda do tempo oportuno para tratamento adequado (**Gráfico 25**).

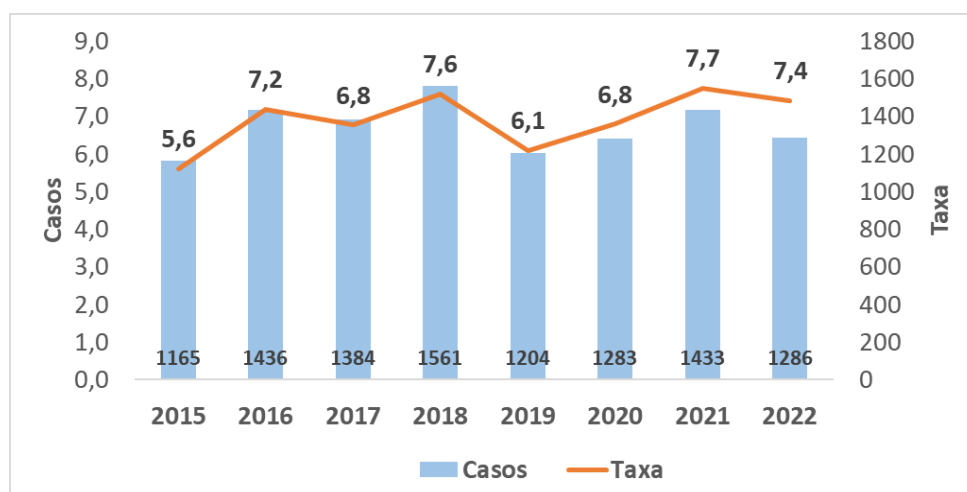


Gráfico 25. Número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita/1.000 nascidos vivos. Bahia 2015-2022.

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan. Dados acessados em 20/03/2023.

A desagregação da taxa incidência de sífilis congênita por macrorregião de saúde de residência revela que as macrorregiões Leste, Extremo Sul e Centro-Leste foram as que apresentaram as maiores taxas (**Quadro 29**).

Quadro 29. Taxa de incidência de sífilis congênita/1.000 nascidos vivos segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	3,8	5,5	4,6	4,3	3,2	9,1	11,4	9,1
Centro-Norte	2,4	3,4	4,5	5,1	3,9	4,1	3,7	3,1
Extremo Sul	11,6	14,0	9,4	8,1	5,3	6,0	8,7	9,9
Leste	10,3	13,4	12,0	13,9	11,0	10,9	13,1	12,7
Nordeste	1,7	2,4	5,3	4,8	4,1	4,4	4,7	4,9
Norte	3,6	3,5	3,8	4,7	4,3	4,0	3,4	3,7
Oeste	2,0	1,5	2,2	2,7	3,6	2,6	3,0	2,2
Sudoeste	1,9	2,9	3,0	3,7	3,3	2,7	2,1	2,4
Sul	3,3	3,6	5,4	7,3	5,8	5,5	5,1	5,7
Bahia	5,6	7,2	6,8	7,6	6,1	6,8	7,7	7,4

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan. Dados acessados em 20/03/2023.

3.2.1.14 Sífilis em gestantes

O estado vem fortalecendo a vigilância epidemiológica dessa doença e a assistência ao pré-natal, por meio das investigações dos casos de transmissão vertical e das ações da Política Estadual de Enfrentamento da Sífilis Congênita nos territórios. Desse modo, observa-se que houve crescimento no coeficiente de detecção de sífilis em gestantes, o que denota maior sensibilidade à notificação e ao diagnóstico dos casos, contribuindo para redução de ocorrências da doença (**Gráfico 26**).

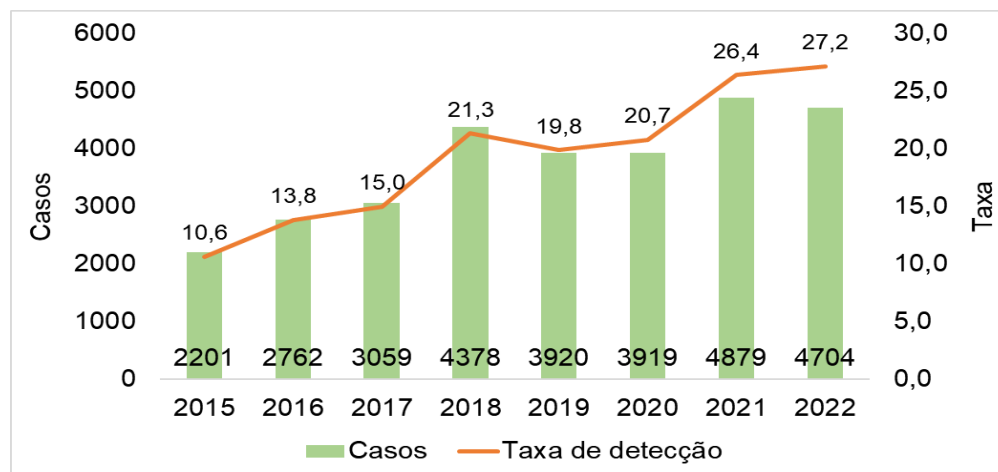


Gráfico 26. Número de casos e coeficiente de incidência de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos. Bahia 2015-2022.

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan. Dados acessados em 20/03/2023.

3.2.1.15 Sífilis adquirida

Quanto à sífilis adquirida observou-se crescimento no coeficiente de detecção em 2018, o que denota maior sensibilidade à notificação e ao diagnóstico dos casos. Esse aumento está associado a uma das linhas estratégicas do Plano Estadual Mãe Saudável, que foi implantado em 2017 e ficou vigente até 2021. Ressalta-se que as ações estaduais

continuam com o objetivo de reforçar estratégias efetivas de vigilância da sífilis em todos os municípios baianos. Em virtude da indisponibilidade de dados acerca da população estratificada para faixa etária de 13 anos ou mais, não foi possível calcular a taxa para 2022 **(Quadro 30)**.

Quadro 30. Coeficiente de incidência de sífilis adquirida por 100 mil habitantes por macrorregião de saúde. Bahia 2015-2021.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Centro-Leste	2,7	4,0	11,0	40,0	41,9	24,3	49,8
Centro-Norte	3,0	10,9	18,7	48,4	35,4	18,7	26,7
Extremo Sul	44,0	71,6	87,7	147,5	122,7	40,7	57,2
Leste	31,6	52,0	62,1	125,9	125,8	68,3	100,9
Nordeste	2,2	3,9	9,5	22,3	22,1	13,5	16,4
Norte	10,6	6,5	14,6	45,2	41,5	23,0	34,3
Oeste	3,7	7,2	25,7	52,9	36,4	24,0	22,7
Sudoeste	19,6	40,4	44,0	70,1	84,7	43,7	58,4
Sul	19,7	23,9	44,8	92,3	78,0	44,6	74,2
Bahia	18,8	30,6	41,0	83,9	81,1	43,1	64,7

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan. Dados acessados em 20/03/2023.

3.1.2.16 Arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika)

Em linhas gerais, as arboviroses na Bahia apresentaram perfil endêmico em 2022, contudo, sua distribuição variou geograficamente. As macrorregiões Sudoeste, Sul, Centro-Norte, Norte, Oeste e Extremo Sul foram as que apresentaram maiores notificações, coeficiente de incidência e municípios em situação de epidemia.

3.1.1.16.1 Dengue

O acumulado dos casos prováveis de dengue no estado, na série histórica analisada (2015-2022), evidencia que os anos de 2016, 2019 e 2020 registraram os maiores números de casos e coeficiente de incidência. Em 2022, observou-se 43,3% nos casos de dengue na Bahia em comparação com o ano anterior. A dengue tem variação cíclica, caracterizada por períodos epidêmicos intercalados e períodos não epidêmicos. Alguns fatores que contribuem para esse comportamento são o número de pessoas suscetíveis, co-circulação viral e dispersão vetorial **(Gráfico 27)**.

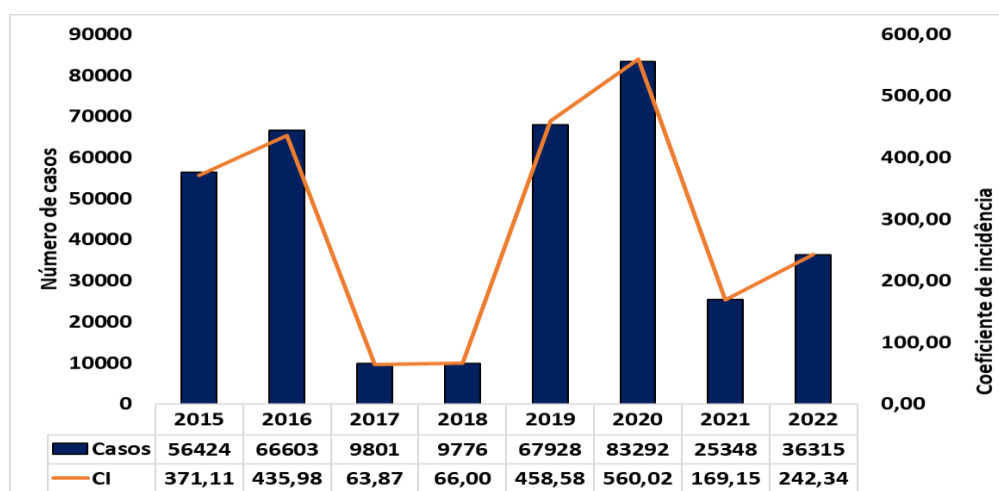


Gráfico 27. Número de casos prováveis e coeficiente de incidência (CI) de dengue. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan on-line. Dados acessados em 09/03/2023, sujeito a alterações.

A distribuição proporcional dos casos de dengue por macrorregiões revela que as com maiores concentrações no período de 2015 a 2022 foram a Leste, a Sudoeste, a Oeste e a Sul. Destaca-se que a macrorregião Nordeste apresentou as menores proporções de casos em sete dos oito anos da série histórica analisada (**Quadro 31**).

Quadro 31. Proporção de casos prováveis de dengue por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	18,6	6,5	6,8	10,0	38,0	24,4	3,9	7,2
Centro-Norte	5,2	3,3	8,0	2,9	9,6	6,2	11,8	12,0
Extremo Sul	1,9	6,6	24,0	8,4	2,3	3,7	2,4	10,6
Leste	19,6	6,7	27,4	13,9	22,0	21,6	5,5	10,1
Nordeste	2,4	2,1	0,8	1,4	4,0	4,3	0,8	2,0
Norte	7,0	7,0	2,0	8,6	2,4	5,9	1,0	11,7
Oeste	7,2	1,4	7,7	36,4	10,1	5,0	55,5	13,0
Sudoeste	5,3	13,2	7,7	13,8	7,4	15,4	12,5	14,0
Sul	32,8	53,2	15,6	4,6	4,2	13,5	6,6	19,3

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan on-line. Dados acessados em 09/03/2023, sujeitos a alterações.

Quanto à ocorrência de mortes por dengue no ano de 2022, foi registrado no Sinan, um total de trinta óbitos. Desses, 25 foram confirmados pela Câmara Técnica Estadual de Investigação do Óbito ou por critério laboratorial. Nota-se uma redução de 41,8% na taxa de letalidade das formas graves de dengue em relação a 2021, quando a Bahia alcançou o pior desempenho na série analisada (15,3%), porém, a letalidade por dengue se mantém acima da meta estabelecida (<1%) nos anos apresentados (**Gráfico 28**).

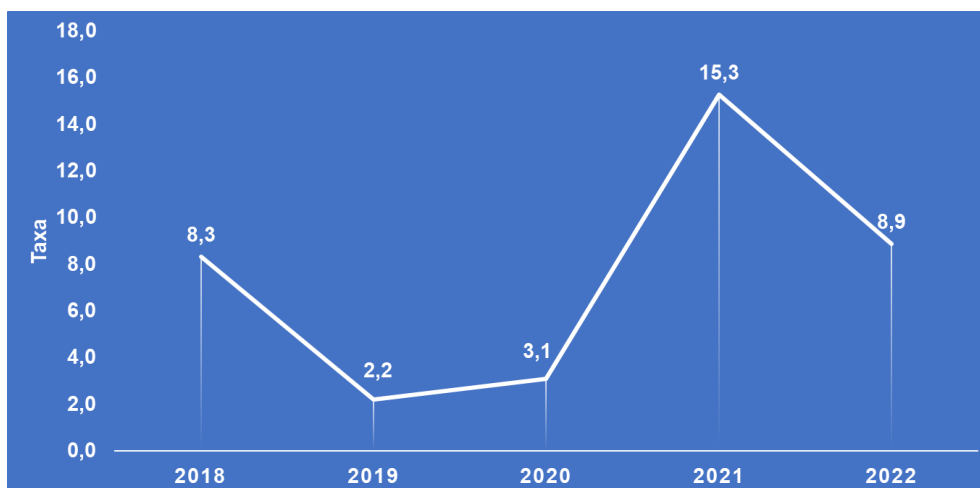


Gráfico 28. Taxa de letalidade das formas graves de dengue. Bahia, 2018-2022.

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan on-line. Dados acessados em 09/03/2023, sujeitos a alterações.

Houve mudança na classificação de dengue em 2014 e o sistema permaneceu em transição por um período. Com isso, pode não haver consistência nos registros disponíveis no Sinan sobre as formas graves da doença até 2017, fato que justifica a ausência do indicador entre os anos de 2015 e 2017.

É importante salientar que em 2022 houve a identificação de nova cepa do DENV-2 pela primeira vez no estado, além das dificuldades da rede assistencial quanto à coleta oportuna dos exames diagnósticos e ao manejo clínico adequado dos casos. A qualidade das notificações registradas no Sinan, o atraso na investigação dos óbitos suspeitos para dengue, bem como o não registro do encerramento dos casos no Sinan podem comprometer a análise do indicador de letalidade.

3.2.1.16.2 Chikungunya

Após detecção viral da Chikungunya em 2014, nota-se incremento das notificações nos dois anos subsequentes. Esse fato pode estar associado à maior dispersão viral, ao elevado número de indivíduos suscetíveis ao agravo e à melhor captação dos sistemas de vigilância. Após o período não epidêmico (2017-2018), observou-se aumento do número de casos prováveis nos anos de 2019 e 2020. Em 2022, houve aumento progressivo dos casos em comparação a 2021.

Entre as macrorregiões de saúde que apresentaram maior proporção de casos de Chikungunya nos anos analisados foram: Centro-Leste (2015), Leste (2019), Extremo Sul (2018), Norte (2016), Sudoeste (2022), Nordeste (2019), Centro-Norte (2021), Oeste (2021) e Sul (2016) (**Quadro 32**).

Quadro 32. Proporção de casos prováveis de chikungunya por macrorregião de saúde. Bahia, 2015 a 2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	56,1	22,4	6,0	6,6	7,5	28,1	4,8	5,4
Centro-Norte	3,5	2,1	5,8	0,6	1,1	7,6	12,9	3,4
Extremo Sul	0,1	1,2	63,2	72,4	2,4	3,6	3,4	16,0
Leste	17,8	4,0	8,3	11,3	74,9	41,7	5,6	3,9
Nordeste	6,2	3,4	0,8	4,5	11,4	8,6	1,5	3,2
Norte	11,5	13,5	0,5	1,0	0,4	2,5	0,3	13,7
Oeste	0,1	0,2	0,9	1,3	0,6	0,8	49,2	8,8
Sudoeste	0,7	1,9	8,4	1,0	0,8	2,7	18,3	36,5
Sul	4,0	51,3	6,1	1,3	0,9	4,4	4,0	9,1

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan on-line. Dados acessados em 09/03/2023, sujeitos a alterações.

Quanto à ocorrência de óbitos pela doença, foram registrados dois (02) no Sinan, confirmados pela Câmara Técnica Estadual de Investigação do Óbito.

3.2.1.16.3 Zika

O comportamento do vírus zika em 2022 evidencia o aumento progressivo dos casos, sendo o pico da doença na semana epidemiológica (SE) 49, salientando-se que tais dados são passíveis de alterações. Após detecção viral do zika em 2015, nota-se incremento das notificações no período de 2015-2016. Esse fato se relaciona com a introdução do vírus no território, a dispersão viral, o elevado número de indivíduos suscetíveis e a melhor captação dos sistemas de vigilância. Após esse período epidêmico, é possível observar o declínio nas notificações.

As macrorregiões de saúde que apresentaram maior proporção de casos de zika nos anos analisados foram: Centro-Leste (2017), Leste (2019), Sul (2016), Sudoeste (2021), Oeste (2018), Centro-Norte (2021) e Nordeste (2019). Vale ressaltar que as macrorregiões Extremo Sul e Norte não apareceram em nenhum dos anos da série apresentada entre aquelas com maior proporção de casos da doença (**Quadro 33**).

Quadro 33. Proporção de casos prováveis de zika por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	24,8	10,9	27,4	26,9	16,1	14,3	5,1	26,7
Centro-Norte	2,2	6,5	1,7	1,2	2,9	1,3	19,5	4,1
Extremo Sul	3,1	5,0	16,2	10,4	1,8	2,6	2,0	3,6
Leste	33,5	8,7	21,5	17,3	48,6	38,5	12,8	12,4
Nordeste	8,9	1,0	1,1	4,2	14,2	7,8	5,8	5,6
Norte	12,2	8,0	2,0	7,2	2,3	4,2	1,6	5,6
Oeste	0,7	1,2	9,5	20,9	2,4	1,3	14,8	4,2
Sudoeste	1,1	7,3	4,8	9,2	8,2	25,8	28,9	23,0
Sul	13,5	51,4	15,8	2,7	3,5	4,2	9,5	14,8

Fonte: Suvisa/Sesab/Divep/Sinan on-line. Dados acessados em 09/03/2023, sujeitos a alterações.

3.2.1.17 Doenças neuroinvasivas por arbovírus

Com relação às doenças neuroinvasivas por arbovírus (DNA), a Bahia registrou no ano de 2022, 313 notificações, destas, 267 estão encerradas e 48 estão em processo de investigação.

Quanto à microcefalia, de 08 de outubro de 2015 a 2022 foram registrados, por meio do formulário Resp-Microcefalia, 2.141 casos ativos da síndrome congênita do zika vírus (SCZ). Ao avaliar as notificações por macrorregião de saúde, a Leste foi a que mais notificou (1.167), seguida da Norte (202) e Centro-Leste (200). Entre as notificações realizadas, observa-se que a maior quantidade de registros (1.672) foi de recém-nascidos (0-27 dias), seguidos por crianças com idade superior a 28 dias (328) (**Quadro 34**).

Quadro 34. Notificações de doenças neuroinvasivas por arbovírus segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2018-2022.

Macrorregião de saúde	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Centro-Leste	12	3	10	7	21	53
Centro-Norte	1	0	1	2	6	10
Extremo sul	0	0	0	0	1	1
Leste	9	8	32	24	69	142
Nordeste	1	3	3	1	2	10
Norte	2	1	1	0	4	8
Oeste	1	0	0	0	1	2
Sudoeste	1	0	3	5	12	21
Sul	2	2	7	4	4	19
Outro estado	0	0	0	1	0	1
Bahia	29	17	57	44	120	267

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep-Epiinfo de neuroinvasivas.

Ressalta-se que a maior quantidade de registros de doenças neuroinvasivas, segundo o tipo, durante o período de 2018 a 2022, ocorreu nas macrorregiões Leste (71 casos de Síndrome de Guillain-Barré e 48 de encefalite viral aguda), Centro Leste (30 casos de

Síndrome de Guillain-Barré e 12 casos de encefalite viral aguda) e Extremo Sul (um caso de encefalite viral aguda) em 2022.

Ainda no que concerne às doenças transmissíveis, cabe informar que em função da magnitude e relevância, algumas dessas doenças foram definidas pelo Ministério da Saúde como de notificação imediata (em 24 horas), conforme Portaria GM/MS nº1.102, de 13 de maio de 2022. Para o monitoramento dessas, foi definido o indicador proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até sessenta dias após notificação. Considerando que o encerramento dos casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias (DNCI) é parte fundamental do processo de investigação epidemiológica e que compõe o elenco dos indicadores de diversos instrumentos de gestão, como PPA, PES e PQA-VS, é importante seu comportamento nesta análise.

De acordo com a série histórica abaixo, a Bahia apresentou um incremento de 14,41% no que tange ao encerramento oportuno das notificações compulsórias, baseado no cumprimento da meta (75%) estabelecida pelo Ministério da Saúde de acordo com a Portaria nº1.378/GM/MS, de 8 de julho de 2013. Observa-se que entre os anos de 2015 e 2017 existiu uma manutenção linear do alcance da meta preconizada. Ressalta-se que questões relacionadas à desestruturação das regionais de saúde (2015) e as ocorrências vinculadas aos cenários na saúde pública, com as epidemias por dengue e Chikungunya em 2020, a pandemia por covid-19, impactaram negativamente no alcance da meta do referido indicador (**Gráfico 29**).

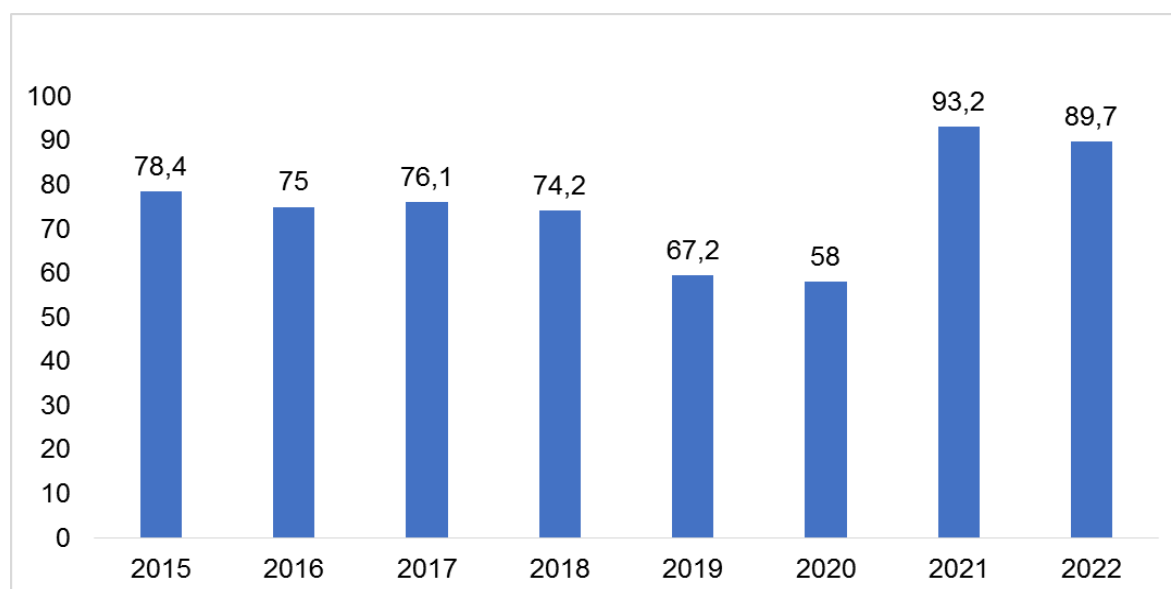


Gráfico 29. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação. Bahia, 2015-2022*.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coset/Sinan. *Dados acessados em 06/03/2023.

Analisando o indicador por macrorregião de saúde, observa-se um padrão de tendência irregular para todo o período analisado. Mudança de gestão (principalmente na esfera municipal), epidemias, insuficiência de recursos humanos, bem como, outros macros e microdeterminantes, interferem diretamente no encerramento oportuno das doenças, tornando-o um indicador sensível para a gestão (**Gráfico 30**).

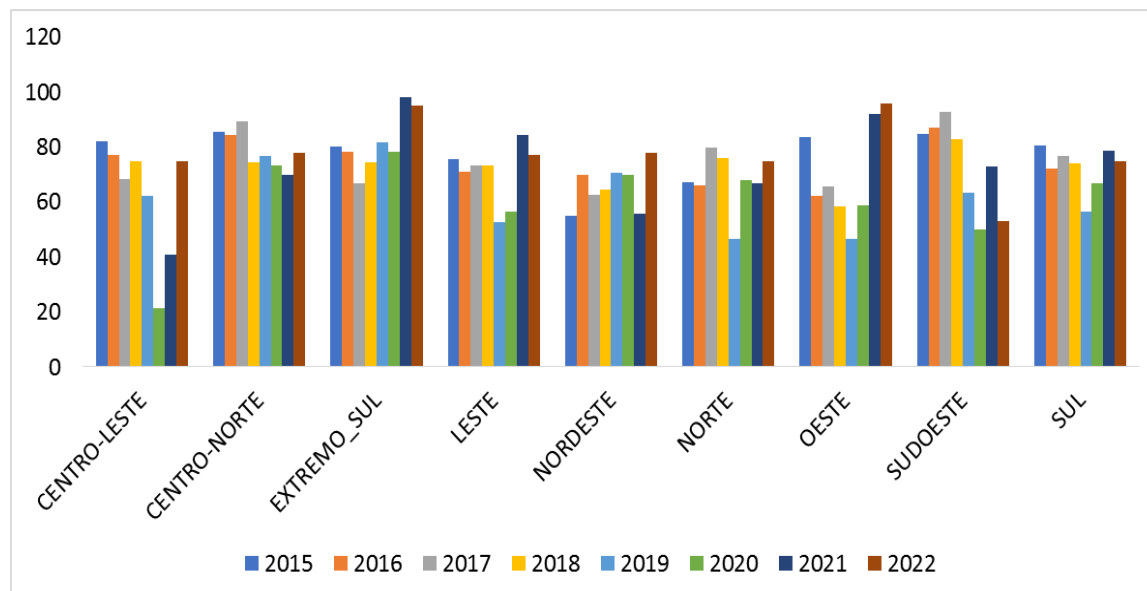


Gráfico 30. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação, segundo macrorregião de saúde. Bahia. 2015-2022*.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coset/Sinan. *Dados acessados em 06/03/2023.

A revisão do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância à Saúde (PQA-VS) definiu que a meta para esse indicador será de 80% de encerramento oportuno para as doenças de notificação compulsória imediata registradas no Sinan em até 60 dias, a partir da data de notificação, e não mais 75%.

3.2.2 Doenças imunopreveníveis e coberturas vacinais

3.2.2.1 Doenças exantemáticas (sarampo e rubéola)

No estado da Bahia, a última epidemia de sarampo associada ao vírus autóctone ocorreu em 1997, totalizando 2.557 casos da doença. O último caso confirmado de sarampo pelo vírus autóctone ocorreu em 1999, no município de Salvador. Após seis anos de incidência zero do sarampo, ocorreu, em 2006, um surto nos municípios de João Dourado, Filadélfia, Senhor do Bonfim e Pindobaçu, com 57 casos confirmados, associados a um vírus importado (genótipo D4). Desde 2007, o estado manteve as ações de fortalecimento da vigilância das doenças exantemáticas e de imunização (**Gráfico 31**).

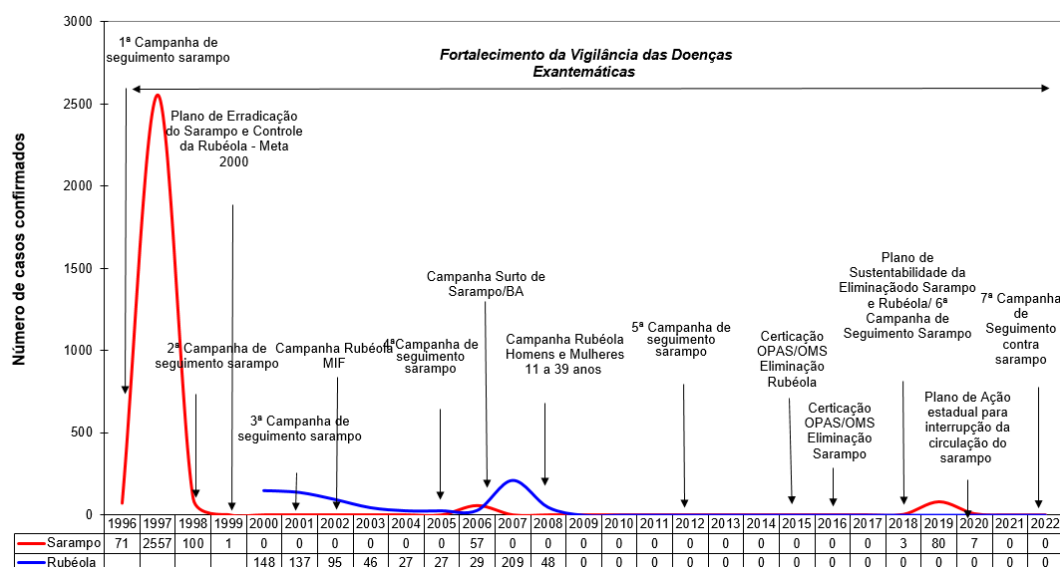


Gráfico 31. Número de casos confirmados e das ações de fortalecimento da vigilância das doenças exantemáticas (sarampo e rubéola). Bahia, 1996-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep. Boletim de Notificação Semanal de Doenças Exantemáticas.

Em abril de 2015, a Opas declarou as Américas como as primeiras regiões do mundo a alcançarem a eliminação da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC). O último surto de rubéola, na Bahia, ocorreu em 2007, com registro de 209 casos confirmados. Os últimos casos autóctones de rubéola, no estado, ocorreram em 2008, totalizando 42 casos confirmados. Ainda em 2008, foram registrados o último caso confirmado de Síndrome da Rubéola Congênita no município de Dias D'Ávila e um caso de infecção congênita pelo vírus da rubéola no município de Ubatã.

O sarampo foi reintroduzido no Brasil em 2018. Na Bahia, nesse mesmo ano, a partir de um caso importado de Manaus, foram confirmados três casos entre residentes do município de Ilhéus. Em junho de 2019, a Bahia retornou ao status de surto ativo de sarampo, a partir de casos importados nos municípios de Salvador, Porto Seguro e Souto Soares. A transmissão do vírus do sarampo foi interrompida em 2020, ano em que foram reportados os últimos sete casos confirmados da doença no estado. Entretanto, a manutenção da transmissão endêmica no Brasil e em outros países, aliada às baixas coberturas vacinais, mantém o risco elevado de reintrodução desses vírus no território baiano. Não foram registrados óbitos por sarampo e rubéola no período de 2015 a 2022.

O estado não alcança a meta de cobertura vacinal contra sarampo e rubéola desde 2015. No período de 2015 a 2022, foi observada a queda gradativa da cobertura vacinal em todas as macrorregiões de saúde (**Tabela 9**).

Tabela 9. Coberturas vacinais (%) com a vacina tríplice viral (primeira dose), por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022*.

Macrorregião Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	90,78	65,44	85,72	89,95	89,41	85,44	79,51	85,62
Centro-Norte	101,77	92,88	79,56	80,31	85,26	69,85	71,02	75,66
Extremo Sul	91,24	88,47	76,25	82,93	85,41	77,53	66,24	72,73
Leste	85,52	89,74	82,37	84,81	84,24	86,05	51,27	66,53
Nordeste	87,99	66,44	75,99	78,82	81,95	70,49	69,39	78,28
Norte	99,33	102,25	78,13	68,56	74,14	77,06	70,26	75,66
Oeste	93,43	92,83	86,48	96,15	95,14	84,46	77,29	88,09
Sudoeste	95,00	86,82	73,11	80,56	88,02	87,17	82,73	85,28
Sul	74,35	64,66	72,15	79,30	81,13	70,31	63,48	72,73
Bahia	90,18	85,70	79,16	82,30	84,65	79,72	66,30	75,35

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep. Datasus-SI-PNI.

A Opas recomenda o alcance mínimo da taxa de notificação anual das doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) de ≥ 2 casos suspeitos/100 mil habitantes. Para favorecer o alcance dessa meta, os municípios devem realizar a busca ativa de rotina nos serviços de saúde.

A distribuição de casos suspeitos de sarampo e rubéola por macrorregião de saúde demonstra que, na série histórica de 2015 a 2022, a Leste se destacou com o maior número de casos notificados (907), seguida da Sul (462) e da Sudoeste (317). Nesse período, 94 (22,5%) municípios baianos permaneceram silenciosos quanto à notificação de doenças exantemáticas, com maior concentração na Centro-Leste (23 municípios) e na Sudoeste (vinte municípios). Esse cenário traduz uma baixa taxa de notificação no estado (**Tabela 10**).

Tabela 10. Taxa de notificação de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola), por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022*.

Macrorregião Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	1,20	0,60	0,95	5,09	7,80	1,48	0,74	1,48
Centro-Norte	0,43	0,17	0,87	2,57	6,93	0,85	0,67	0,72
Extremo Sul	4,40	1,40	1,50	4,94	8,60	1,42	1,06	1,06
Leste	1,20	0,64	0,82	3,72	10,02	1,00	0,80	0,80
Nordeste	1,70	0,22	0,11	2,20	7,30	1,15	0,80	2,87
Norte	2,26	0,45	0,35	2,87	6,18	1,92	0,55	1,18
Oeste	0,62	1,03	0,00	1,60	4,51	0,52	0,31	1,76
Sudoeste	1,60	0,49	0,60	3,19	6,20	1,82	1,30	2,67
Sul	1,30	0,94	1,70	7,04	12,32	1,63	1,63	2,14
Bahia	1,50	0,70	0,70	3,60	7,20	1,10	0,80	1,40

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan.

No tocante ao indicador de classificação laboratorial dos casos de doenças exantemáticas, a Opas estabelece como meta 100% dos casos suspeitos de sarampo e rubéola classificados por critério laboratorial, ressaltando que a classificação por critério clínico representa fragilidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica, visto que o diagnóstico confirmatório de doenças que são objeto de eliminação, como o sarampo e a rubéola, deve ser laboratorial por sorologia pareada e por Rt-PCR. De acordo com a série histórica, percebe-se que o estado não alcançou a meta no período em análise, porém algumas macrorregiões de saúde se destacaram quanto ao desempenho operacional, mantendo a média superior a 80% em mais de 50% dos anos da série histórica, a exemplo da Sul, Centro-Leste, Leste e Centro-Norte (**Tabela 11**).

Tabela 11. Classificação laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola), por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022*.

Macrorregião de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	90,00	80,00	87,50	78,00	92,06	100,00	83,30	100,00
Centro-Norte	90,00	100,00	90,00	93,00	93,50	57,89	100,00	100,00
Extremo Sul	91,90	83,30	69,20	60,97	63,90	83,30	44,40	55,50
Leste	88,13	80,60	92,50	85,20	74,40	77,08	86,50	76,90
Nordeste	86,60	50,00	100,00	68,42	77,70	80,00	42,80	96,00
Norte	72,00	100,00	75,00	87,10	74,62	90,47	0,00	84,60
Oeste	100,00	80,00	0,00	50,00	62,70	80,00	33,30	64,70
Sudoeste	83,30	66,60	72,70	91,07	77,98	81,25	73,90	83,00
Sul	90,90	93,75	82,14	92,90	81,21	84,60	92,30	88,20
Bahia	86,60	83,00	85,00	84,70	78,20	80,20	76,50	84,00

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan. Dados preliminares, acessados em março 2023.

3.2.2.2 Varicela

No período de 2015 a 2022, foram notificados no estado 26.750 casos de varicela. Desse total, 44,9% foram notificados pela macrorregião Leste (12.013) e 12,9% pela macrorregião Centro-Leste (3.447). O coeficiente de incidência da varicela foi de 38,4/100 mil habitantes em 2015 e de 6,0/100 mil habitantes em 2022, representando uma redução de 94% (**Tabela 12**).

Tabela 12. Coeficiente de incidência da varicela (por 100 mil habitantes) por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022*.

Macrorregião de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	39,7	30,0	41,7	17,1	12,2	2,2	2,9	6,3
Centro-Norte	18,5	17,1	30,1	10,0	14,6	4,5	2,1	9,5
Extremo Sul	54,1	24,9	46,5	23,1	15,2	4,8	1,4	7,4
Leste	51,6	42,0	55,5	36,6	44,1	8,1	6,4	6,2
Nordeste	19,6	8,7	29,1	21,9	17,4	4,9	4,0	4,6
Norte	30,0	23,8	36,5	25,9	17,3	4,3	2,7	2,6
Oeste	35,9	40,8	20,1	18,1	24,5	1,6	0,5	3,1
Sudoeste	29,4	18,6	40,3	18,1	15,3	5,1	3,1	7,2
Sul	27,5	22,2	32,2	32,2	26,6	3,6	2,4	5,8
Bahia	38,4	29,6	42,0	26,0	26,1	5,1	3,7	6,0

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan. Dados preliminares, acessados em março de 2023.

De acordo com a distribuição dos óbitos por varicela, o maior registro (4) se deu em 2017, com a ocorrência de um óbito nas macrorregiões Extremo Sul, Leste, Norte e Sul. A maior letalidade foi observada em 2022 (0,11 caso/100.000 habitantes), com um óbito confirmado na macrorregião Centro-Leste.

O cenário de baixas coberturas vacinais representa risco iminente para ocorrência de surtos e casos graves de varicela no estado e consequente aumento das internações por essa causa. O melhor nível de cobertura vacinal foi alcançado um ano após a implantação da vacina varicela no Programa de Imunização (82,05%), em 2014.

3.2.2.3 Paralisias flácidas agudas (PFA) /poliomielite

Estima-se que as PFA afetem 1/100 mil crianças menores de 15 anos. A Bahia melhorou sensivelmente a taxa de notificação de casos de PFA/Pólio, cuja meta anual é de cerca de 31 casos notificados. Em 2022, o estado notificou 38 casos, o equivalente a 7,4% das notificações do país. A Bahia já não vinha alcançando essa meta há alguns anos. O indicador de coleta oportuna de fezes para diagnóstico laboratorial dos casos notificados avalia como coleta oportuna aquela realizada em até 14 dias após a data de início do déficit motor.

Analisando a série histórica de 2015 a 2022, da proporção de coleta oportuna, observa-se tendência de queda no período de 2015 a 2018, com aumento a partir de 2019, porém aquém do desejado para manutenção de uma vigilância efetiva e sem atingir a meta, que é de 80%. A dificuldade de diagnóstico laboratorial em tempo oportuno vem sendo identificada em todas as macrorregiões de saúde, o que dificulta o encerramento adequado dos casos, implicando a necessidade de solicitação de exames mais complexos (**Gráfico 32**).

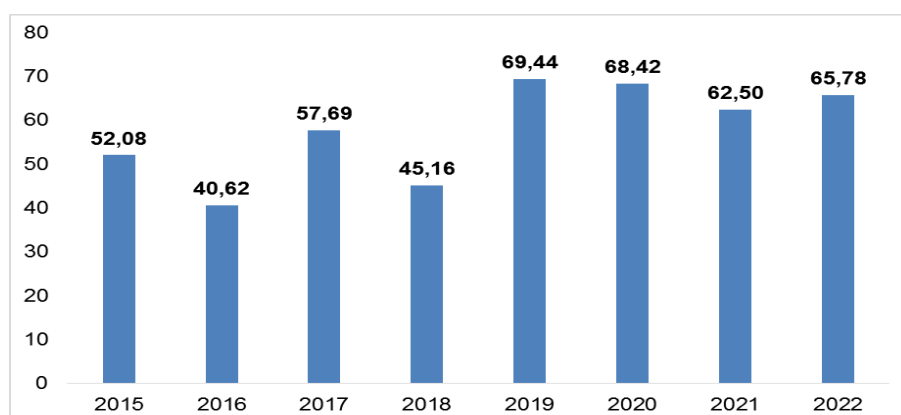


Gráfico 32. Proporção de coleta oportuna de fezes dos casos de paralisia flácida e aguda. Bahia, 2015-2022*.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep. Sinan-Net.

Sesab/Suvisa/Divep Banco paralelo GT/PFA/Pólio.

Ao analisamos a taxa de notificação por macrorregião (**Tabela 13**), observa-se comportamento oscilatório ao longo dos anos, porém, em 2022, a maioria das macrorregiões atingiu a meta, exceto a Oeste e Extremo Sul - esta última nunca atingiu a meta e se apresenta silenciosa nas notificações de PFA em alguns anos.

Tabela 13. Taxa de notificação dos casos de paralisias flácidas e agudas (PFA), por macrorregião Bahia, 2015-2022*.

Macrorregião de saúde	ANO							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	2,49	1,48	0,82	0,85	2,21	0,41	1,03	2,07
Centro-Norte	0,31	1,72	1,28	2,22	0,44	0,77	0,77	1,5
Extremo Sul	0,83	0,41	0	0	0	0	0,49	0,49
Leste	1,94	0,73	0,91	1,12	0,83	0,76	0,21	1,5
Nordeste	0,41	1,24	0,41	1,28	1,28	1,05	0,52	1,05
Norte	0	0	0,94	0,32	0,97	0,77	0,38	1,15
Oeste	1,44	0,36	0,71	0,73	0,36	0,87	0,43	0
Sudoeste	0,65	0,21	0,43	0	0,68	0	0,27	1,1
Sul	0,22	1,1	0	0,69	0,7	0,56	0,57	0,57
Bahia	1,23	0,81	0,66	0,81	0,94	0,6	0,5	1,19

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep. Sinan-Net.

Banco paralelo GT/PFA/Pólio.

3.2.2.4 Síndrome respiratória aguda grave

A vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) teve início em 2009, motivada pelo surgimento e pela ocorrência da pandemia ocasionada do vírus influenza A H1N1. Até esse período a vigilância e monitoramento dos vírus respiratórios eram realizados pelas unidades sentinelas, instaladas nos diversos estados do Brasil, por meio de coleta dos casos de síndrome gripal.

Na análise da série histórica de 2015 a 2022, observou-se um aumento da incidência e letalidade no período de 2020 a 2022 ocasionado pelo surgimento do vírus SARS CoV-2

responsável pela pandemia de covid-19. A incidência média no período de 2015 a 2020 foi de 40,5/ 100 mil habitantes, e no de 2020 a 2022, foi de 839,7/100 mil habitantes., representando um incremento de 2.073% entre os períodos analisados. Verifica-se uma oscilação na incidência nos anos anteriores a essa pandemia devido à intercalação de anos epidêmicos e não epidêmicos de casos ocasionados pelo vírus influenza (**Tabela 14**).

Tabela 14. Coeficientes de incidência (100 habitantes.) e letalidade (%) dos casos de SRAG segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015		2016		2017		2018	
	Incidência	Letalidade	Incidência	Letalidade	Incidência	Letalidade	Incidência	Letalidade
Centro Leste	11,6	1,9	31,4	5,7	14,7	3,7	49,4	6,3
Centro Norte	0,2	0,0	6,1	28,6	4,7	10,5	8,7	11,4
Extremo Sul	0,0	0,0	3,3	10,7	1,4	0,0	9,0	15,8
Leste	0,4	0,0	4,3	11,7	1,2	19,0	2,6	17,9
Nordeste	2,4	9,5	5,8	20,0	3,0	7,7	23,0	13,6
Norte	0,3	0,0	1,7	5,6	0,1	0,0	4,4	10,4
Oeste	1,5	7,1	4,9	10,6	2,2	0,0	10,6	7,8
Sudoeste	0,4	14,3	3,5	19,4	8,7	12,5	16,8	9,5
Sul	0,1	50,0	1,1	22,2	1,0	25,0	3,2	13,7
Bahia	2,2	3,1	7,9	9,6	4,4	8,0	13,8	9,0

Macrorregião de saúde	2019		2020		2021		2022	
	Incidência	Letalidade	Incidência	Letalidade	Incidência	Letalidade	Incidência	Letalidade
Centro Leste	5,6	13,6	144,0	40,8	266,9	27,2	88,6	19,5
Centro Norte	5,0	10,0	103,0	42,8	243,5	29,9	83,7	28,3
Extremo Sul	8,8	2,7	249,2	36,2	386,0	30,1	141,0	27,5
Leste	24,6	6,5	457,7	30,6	628,1	25,2	203,9	17,3
Nordeste	2,8	16,7	153,9	29,3	344,5	19,6	144,7	9,7
Norte	6,2	14,9	226,9	28,0	321,6	24,2	82,0	16,6
Oeste	2,7	3,8	120,1	35,8	310,1	26,3	53,6	20,2
Sudoeste	6,1	10,3	246,9	24,4	500,6	20,9	192,4	17,2
Sul	12,4	10,6	362,8	42,5	413,3	34,7	162,1	24,7
Bahia	12,3	8,0	288,9	32,8	442,5	25,9	148,8	18,8

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep. Sivep Gripe. Dados atualizados em 07/03/2023.

O indicador de coleta das unidades sentinelas refere-se à coleta de cinco amostras semanais dos casos de síndrome gripal, com o devido envio ao laboratório central (Lacen), e ao preenchimento da ficha individual de síndrome gripal no sistema de Sivep Gripe. No período de 2015 a 2021 só havia unidades sentinelas na macrorregião de saúde Leste. Em 2022, houve o processo de ampliação dessas unidades para mais seis macrorregiões de saúde (**Quadro 35**). Essas unidades são de extrema importância para o monitoramento da circulação viral nos casos de síndrome gripal. A relevância desse indicador está na importância da amostragem para monitoramento da circulação viral, pois a utilização das cepas de influenza e covid-19 identificadas nas amostras das unidades sentinelas serve para definir a composição das vacinas da gripe e covid-19 e, sobretudo para mostrar uma vigilância ativa mediante o conhecimento do perfil epidemiológico, com objetivo de orientar as ações e políticas públicas e reavaliar o perfil das unidades escolhidas como sentinelas caso não consigam atingir o indicador.

Quadro 35. Percentual de coleta nas unidades sentinelas dos casos de síndrome gripal. Bahia, 2015-2022.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Leste	59,5	69,1	70,5	81,8	68,7	72,6	104,2	84,69
Centro-Leste								20
Norte								67,4
Extremo Sul								21,1
Nordeste								71,4
Oeste								3,4
Sul								83,1

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep. Sivep Gripe. Dados atualizados em 07/03/2023.

3.2.2.5 Covid -19

Até 1º de abril de 2023, o estado registrou 1.796.350 casos confirmados de covid-19. Desses, 1.764.502 já são considerados recuperados, 333 estão ativos e 31.515 tiveram óbito confirmado. A taxa de incidência acumulada foi de 11.987,43 casos por 100 mil habitantes, enquanto a taxa de mortalidade acumulada foi de 211,7 óbitos por 100 mil habitantes. O maior registro de casos novos na Bahia e no Brasil ocorreu no dia 3 de fevereiro de 2022, com 15.536 casos novos confirmados na Bahia e 298.408 no Brasil (**Gráficos 33**).

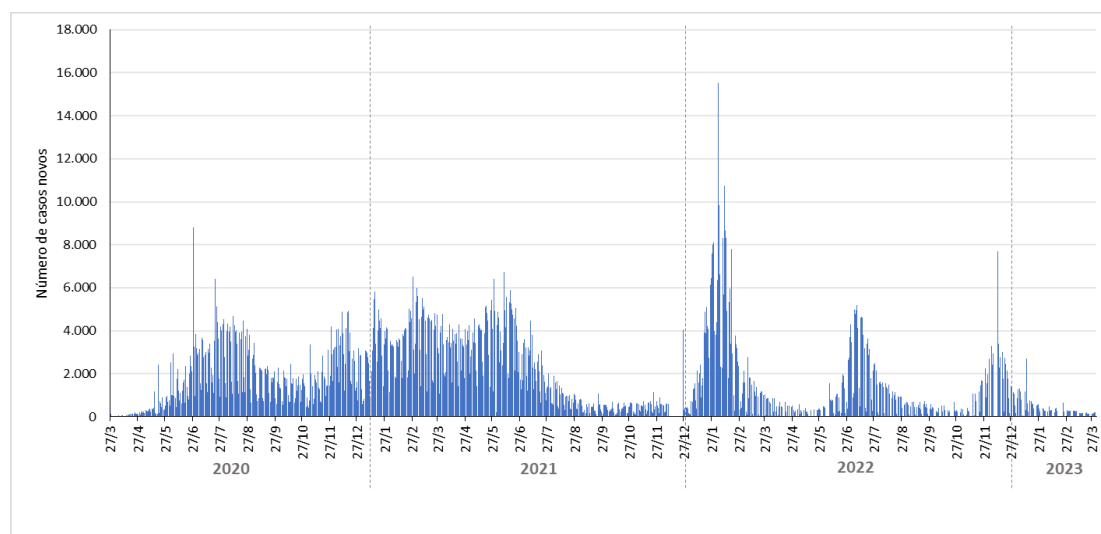


Gráfico 33. Casos novos confirmados de covid-19 segundo data da notificação. Bahia, 2020-2023.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep. Base estadual de casos covid-19 (e-SUS, Sivep Gripe, Gal). Dados atualizados até 01/04/2023.

Com relação aos novos óbitos por data de notificação, a Bahia registrou 189 óbitos em 7 de abril de 2021; e o Brasil 4.249 óbitos em 08 de abril 2021(**Gráfico 34**).

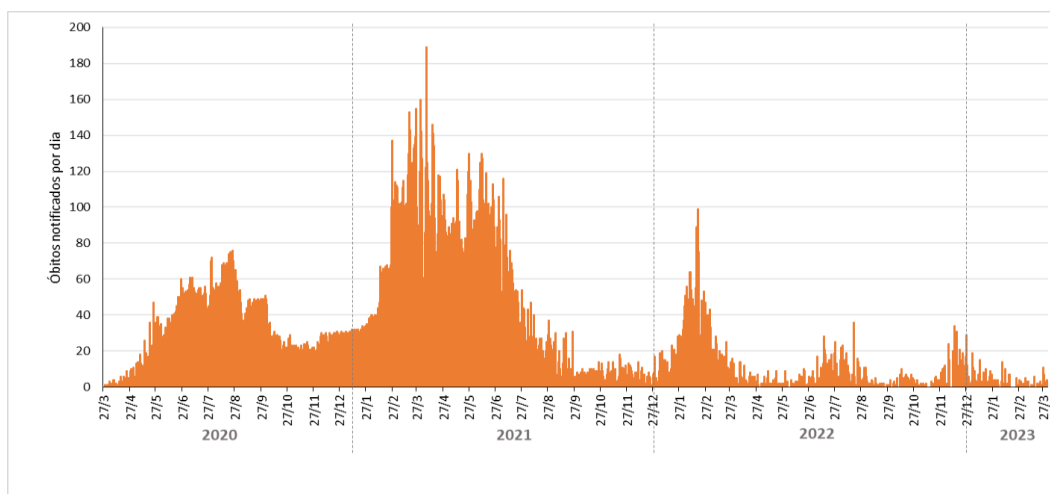


Gráfico 34. Novos óbitos por covid-19 segundo data da notificação. Bahia, 2020-2023.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep. Base estadual de casos covid-19 (SIM, e-SUS, Sivep Gripe, Gal).

Dados atualizados até 01/04/2023.

As “ondas” de casos e óbitos observadas na Bahia foram similares aos registros do mesmo período no Brasil. O aumento de casos está associado à presença de variantes de preocupação, à flexibilização de medidas protetivas, como o distanciamento social e o uso da máscara, e à redução da imunidade contra a covid-19 meses após a vacinação.

Nos três anos de pandemia, observou-se um decréscimo no número de casos confirmados de covid-19 nas últimas semanas epidemiológicas (SE) de cada ano, decorrente do não registro das notificações em razão dos recessos de fim do ano, da redução do número de envio de amostras para realização de RT-PCR no LACEN e da realização de autotestes que não entram como informação oficial. No início dos anos de 2021 e 2022, houve um aumento desses casos, ocasionado pelas novas infecções provenientes das aglomerações das festas de fim de ano, do aumento de circulação de turistas no estado, além do represamento dos dados no final do ano anterior. Nos anos de 2020, 2021, 2022, entre a SE 27 e a SE 29, os registros apresentaram um comportamento similar de redução, com manutenção em baixos registros até a SE 47 (**Gráfico 35**).

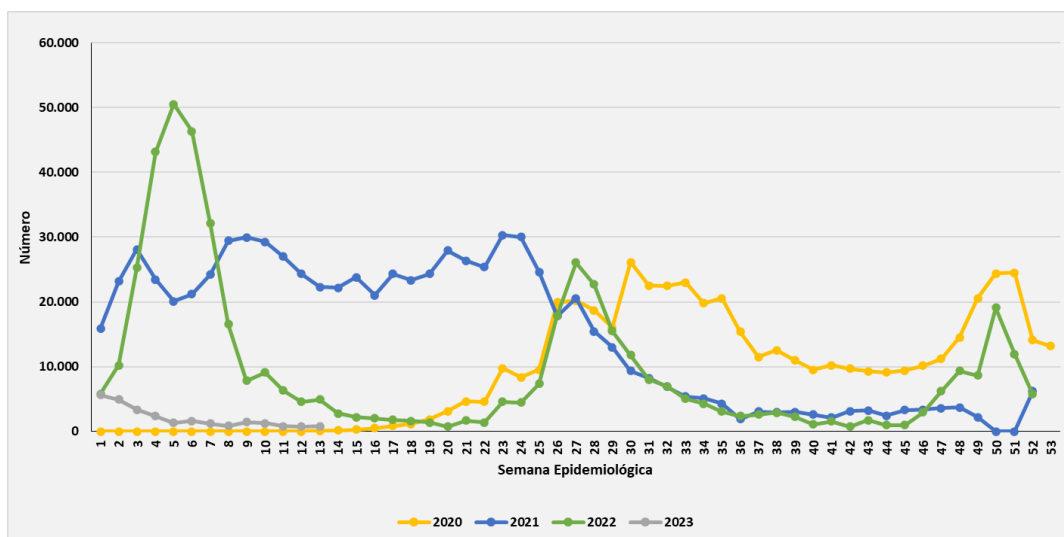


Gráfico 35. Casos novos confirmados da covid-19 segundo semana epidemiológica. Bahia, 2020- 2023.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep. Base estadual de casos covid-19 (e-SUS, Sivep Gripe, Gal).
Dados atualizados até 01/04/2023.

Analisando os dados de covid-19 por macrorregião de saúde, observamos que em 2020 a Sul apresentou o maior coeficiente de incidência (4.742,34 por 100 mil hab.), seguida da Extremo Sul (4.002,04 por 100 mil hab.) e da Leste (3.490,26 por 100 mil hab.). Em 2021 e 2022, o maior registro desse coeficiente, foi na a macro Extremo Sul, com 6.149,50 por 100 mil habitantes e 3.924,70 por 100 mil habitantes, respectivamente. Quanto a letalidade por covid-19 nos anos de 2020 e 2021, ela foi maior nas macrorregiões de saúde Leste, Sul e Norte. Em 2022, houve redução geral dessa taxa (**Quadro 36**).

Quadro 36. Taxa de incidência e letalidade por covid-19 segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2020-2022.

Macrorregião de saúde	2020		2021		2022	
	Incidência/ 100.000 hab.	Letalidade %	Incidência/ 100.000 hab.	Letalidade %	Incidência/ 100.000 hab.	Letalidade %
Centro-Leste	2.959,79	1,52	5.184,34	1,74	2.936,80	0,63
Centro-Norte	3.330,67	1,1,2	4.429,00	1,84	2.760,99	0,72
Extremo Sul	4.002,04	1,86	6.149,50	1,92	3.924,70	0,64
Leste	3.490,26	2,72	4.987,71	2,94	3.332,20	0,79
Nordeste	2.465,44	1,76	4.628,36	1,85	2.795,45	0,72
Norte	23.324,71	2,04	4.370,03	2,34	3.210,57	0,62
Oeste	2.539,09	1,58	5.580,99	1,96	3.409,58	0,45
Sudoeste	2.722,22	1,53	5.448,07	1,88	3.597,63	0,75
Sul	4.742,34	2,37	5.856,62	2,06	3.255,99	0,86
BAHIA	3.317,41	2,09	5.207,13	2,26	3.328,12	0,71

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep. Base estadual de casos de covid-19 (SIM, e-SUS, Sivep Gripe, Gal).
Dados atualizados em 11/05/2023.

A OMS resolveu durante o 15º Encontro do Comitê de Emergência de Regulação de Saúde Internacional (04/05/2023) decretar o fim da emergência de saúde pública de importância internacional para covid-19 em 05 de maio de 2023, o que não significa dizer que a pandemia chegou ao fim. É importante reforçar a continuidade dos cuidados básicos de higiene, vacinação e demais medidas de prevenção, principalmente os voltados aos grupos de maior risco, como idosos, pessoas com co-morbidades e imunossuprimidos.

3.2.2.6 Coqueluche

A análise da série histórica do coeficiente de incidência (CI) da coqueluche na Bahia, do período de 2015 a 2022, mostra taxas mais representativas nas macrorregiões de saúde Centro-Norte e Centro-Leste, essa última principalmente antes do período pandêmico, com pico de casos em 2018 (**Gráfico 36**). O início da pandemia de covid-19, em 2020, impactou fortemente a vigilância das doenças imunopreveníveis, entre elas a coqueluche, com uma redução importante tanto de casos notificados como de casos confirmados no estado, reproduzindo a mesma situação encontrada a nível nacional.

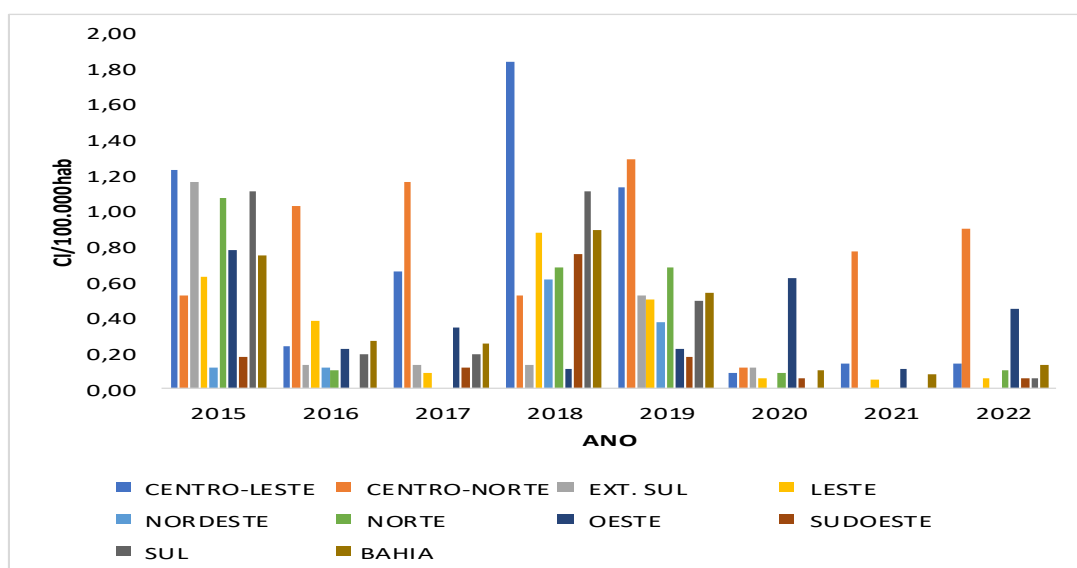


Gráfico 36. Coeficiente de incidência da coqueluche por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep. Sinan-Net e Banco paralelo.

* por 100 mil habitantes. Dados atualizados em 08/03/2023.

Em 2022, foram notificados 86 casos suspeitos de coqueluche no estado. Destes, 19 (22,1%) foram confirmados (CI: 0,13/100 mil hab.) dos quais sete ocorreram na macrorregião Centro-Norte, dois na Leste, quatro na Oeste, três na Centro Leste e um caso nas macrorregiões Sudoeste, Norte e Sul. Não houve evolução para óbito, mesma situação do ano anterior. Ressalta-se que houve um incremento de 58% de casos confirmados quando comparado com o mesmo período de 2021.

3.2.2.7 Tétano acidental

A análise da série histórica das taxas de incidência e letalidade do tétano acidental aponta para um maior foco de atenção nas altas taxas de letalidade do estado, principalmente nos anos de 2018 e 2020, quando foram respectivamente 62,5% e 50,0% (**Tabela 15**). Essas taxas estão diretamente relacionadas à qualidade da atenção e assistência à saúde. Em 2022, a maior quantidade de casos ocorreu nas macrorregiões Sul e Centro-Leste (04 casos cada), seguidas das Leste e Extremo Sul (dois casos cada) e Norte e Centro-Norte (um caso cada).

Tabela 15. Coeficiente de incidência* e letalidade de tétano acidental, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2018.

Macrorregião de saúde	2015		2016		2017		2018	
	Incidência	Letalidade%	Incidência	Letalidade%	Incidência	Letalidade%	Incidência	Letalidade%
Centro-leste	0,3	0,0	0,1	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Centro-norte	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Extremo sul	0,0	0,0	0,2	50,0	0,2	0,0	0,1	100,0
Leste	0,2	40,0	0,2	20,0	0,1	0,0	0,1	33,3
Nordeste	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0	0,0	0,0
Norte	0,1	100,0	0,1	100,0	0,0	0,0	0,1	100,0
Oeste	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sudoeste	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	50,0
Sul	0,4	66,7	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	100,0
Bahia	0,2	37,5	0,1	31,6	0,1	8,3	0,1	62,5
Macrorregião de saúde	2019		2020		2021		2022	
	Incidência	Letalidade%	Incidência	Letalidade%	Incidência	Letalidade%	Incidência	Letalidade%
Centro-leste	0,2	25,0	0,1	66,7	0,1	50,0	0,2	0,0
Centro-norte	0,0	0,0	0,2	50,0	0,0	0,0	0,1	100,0
Extremo sul	0,4	33,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	50,0
Leste	0,1	33,3	0,0	100,0	0,1	33,3	0,0	50,0
Nordeste	0,1	100,0	0,2	0,0	0,1	0,00	0,0	0,0
Norte	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,00	0,1	0,0
Oeste	0,1	100,0	0,1	0,0	0,0	0,00	0,1	0,0
Sudoeste	0,2	25,0	0,1	100,0	0,0	0,00	0,0	0,0
Sul	0,3	40,0	0,1	100,0	0,1	0,00	0,3	20,0
Bahia	0,2	37,5	0,1	50,0	0,1	18,2	0,1	25,0

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Civedi/Sinan-Net.

* por 100 mil habitantes. Dados atualizados 08/03/2023, sujeitos a alterações posteriores.

3.2.2.8 Meningites

No período de 2015 a 2022, foram notificados 6.737 casos de meningites, dos quais 3.422 (51%) foram confirmados. As meningites virais foram as mais frequentes (1.100), seguidas das bacterianas (1.050). A faixa etária mais acometida foi a de 20 a 34 anos

(614), seguida pela de 35 a 49 anos (577) e menores de 1 ano (459). Em mesmo período foram registrados 466 óbitos pela doença, representando uma letalidade de 14%. A maioria dos óbitos (247/53%) ocorreu devido à meningite bacteriana. As macrorregiões com maior registro de óbitos foram Leste (182), Centro-Leste (67) e Sudoeste (53). O ano de 2015 apresentou o maior número de casos (678), enquanto 2018 (76) registrou a maior frequência de óbitos (**Tabela 16**).

Tabela 16. Distribuição de casos e óbitos por meningites, segundo macrorregião de saúde, Bahia. 2015-2022*.

Macrorregião de saúde	2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Centro-Leste	71	8	42	11	50	7	62	13
Centro-Norte	25	5	14	1	23	4	17	2
Extremo Sul	12	3	11	0	10	2	11	4
Leste	380	27	299	24	256	21	199	30
Nordeste	16	3	15	6	17	3	11	5
Norte	10	4	5	1	7	1	15	2
Oeste	27	2	12	5	25	3	18	4
Sudoeste	94	8	73	5	80	10	72	6
Sul	43	12	45	6	37	5	45	10
Bahia	678	72	516	59	505	56	450	76

Macrorregião de saúde	2019		2020		2021		2022	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Centro-Leste	43	8	27	6	27	2	60	12
Centro-Norte	6	0	11	1	5	1	23	5
Extremo Sul	19	5	8	3	2	2	17	1
Leste	244	24	61	9	71	17	190	30
Nordeste	14	5	6	1	5	2	13	2
Norte	19	6	4	0	7	2	14	6
Oeste	19	4	8	2	2	0	11	5
Sudoeste	66	4	51	2	48	6	97	12
Sul	33	11	8	2	11	3	23	2
Bahia	463	67	184	26	178	35	448	75

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Civedi. *Dados sujeitos a alterações.

A proporção de incidências de meningites bacterianas confirmadas por cultura, látex e PCR é relevante por identificar o agente etiológico envolvido nesses casos, de forma a contribuir para prevenir e controlar a doença e para identificar a ocorrência de surtos, a prevalência dos sorogrupos e sorotipos e o perfil de resistência aos antimicrobianos dos principais agentes etiológicos das meningites bacterianas.

Analisando a série histórica de 2015 a 2022, para o indicador de proporção de casos confirmados de meningites bacterianas por cultura, látex e PCR, verifica-se que apenas nos anos de 2015 e 2016 não houve alcance da meta (50%). A maioria das macrorregiões teve um desempenho satisfatório no período analisado. Houve melhora no alcance da meta desse indicador ao longo do período, porém ainda existem fatores que dificultam o

diagnóstico por esses critérios como: ausência de profissionais capacitados para punção líquórica em alguns municípios, prática de antibioticoterapia antes da coleta de amostras clínicas, inviabilizando a identificação do agente etiológico, rotatividade de profissionais de laboratório e vigilância epidemiológica, condições inadequadas das amostras enviadas ao Lacen, dificuldade de alguns municípios em cumprir o fluxo laboratorial e inconsistências no sistema de informação (**Gráfico 37**).

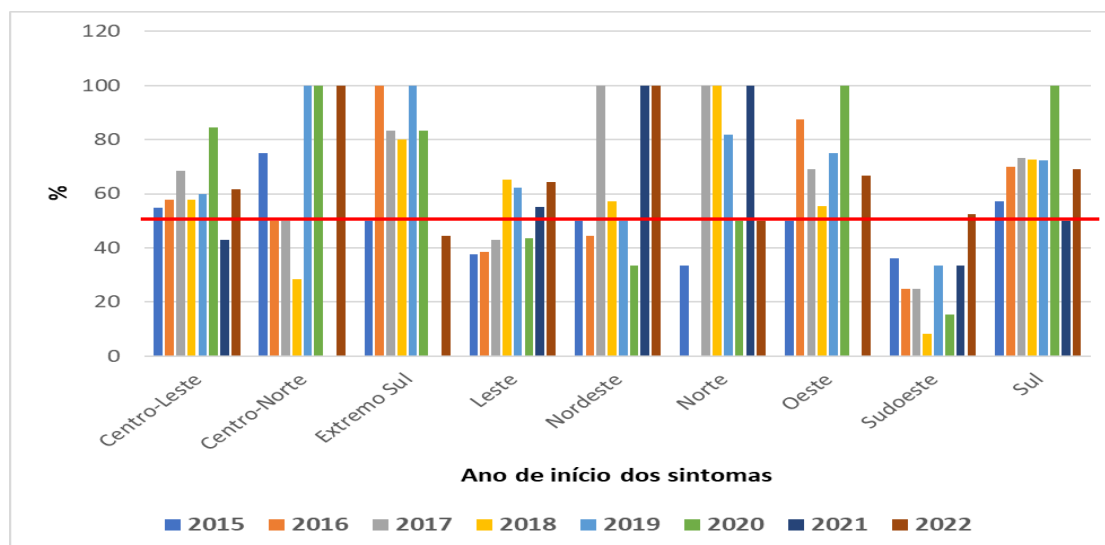


Gráfico 37. Proporção de casos de meningites bacterianas confirmados por cultura, látex e PCR, segundo macrorregião de residência. Bahia, 2015-2022*.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Civedi. *Dados sujeitos a alterações.

3.2.2.9 Raiva

De acordo com o Sinan, em 2022 foram notificados 39.684 atendimentos antirrâbicos de pessoas que sofreram agressões por animais. A macrorregião de saúde com maior número de atendimentos antirrâbicos foi a Leste, com 12.035 (30,3%), seguida pela Centro-Leste, com 7.348 (18,5%), e da Sul com 4.370 (11,1%). A espécie canina foi responsável por 30.818 (77,7%) das agressões notificadas, seguida da felina, com 7.142 (17,9%), e das demais espécies, com 1.724 (3,8%). Analisando os dados disponíveis do período de 2019 a 2023, na Bahia, os anos de 2020 e 2021 apresentaram maior positividade para raiva animal entre as amostras analisadas pelo Lacen. Em 2022, foram diagnosticados 33 casos de raiva animal. Para 2023, até 14 de abril, já foram confirmados 18 casos, sendo dez morcegos, cinco raposas (canídeos silvestres), dois bovinos e um equino (**Gráfico 38**).

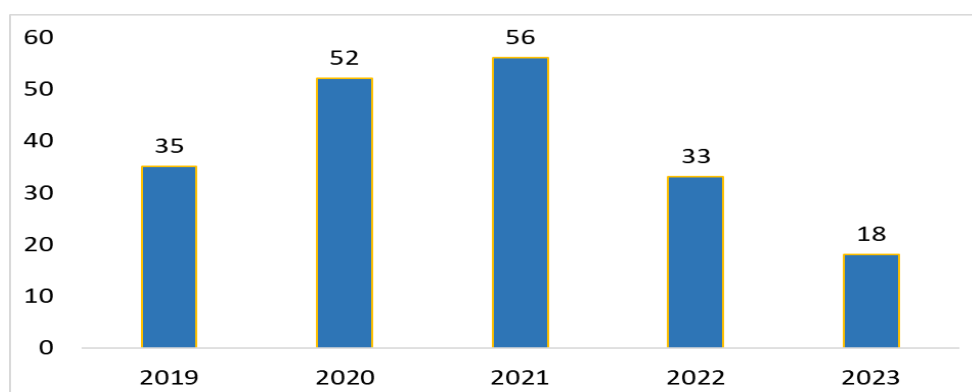


Gráfico 38. Casos positivos de raiva animal. Bahia, 2019-2023*.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Civedi *Dados preliminares até 14/04/2023.

Em 2023, do total de casos positivos (18) da raiva animal, três ocorreram na macrorregião Nordeste, onze na Leste, dois na Oeste e dois na Centro-Leste. Na série histórica dos atendimentos antirrâbicos humanos por macrorregião de saúde nota-se o maior registro na Leste, seguida da Centro-Leste. Em 2023 foram notificados no Sinan 7.854 atendimentos de agressões por animais a humanos (**Tabela 17**).

Tabela 17. Número de atendimentos antirrâbicos humanos por macrorregião. Bahia, 2015-2023.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro-Leste	6496	5855	7778	8062	8361	6553	7426	7640	1521
Centro-Norte	1904	1802	2322	2456	2584	2423	2427	2343	555
Extremo Sul	2628	2262	2602	2752	2912	2323	2077	1901	270
Leste	17253	17177	19057	18864	20912	15893	14653	13467	2334
Nordeste	1641	1576	1847	1916	2375	2058	2143	2214	387
Norte	4353	3667	4567	4971	5364	4666	4614	4424	680
Oeste	1867	1677	1905	2555	2854	2289	1979	2073	390
Sudoeste	3594	3083	3759	4093	4440	4226	4293	4238	981
Sul	5263	4712	5418	5913	6252	4924	5083	4544	736
Bahia	44999	41811	49255	51582	56054	45355	44695	42844	7854

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Civedi *Dados preliminares até 14/04/2023.

No que se refere à análise das coberturas vacinais entre animais domésticos (cães e gatos) contra raiva, nota-se que o estado como um todo, bem como as macrorregiões de saúde, alcançou os melhores resultados em 2021 e 2022. Ressalta-se que não houve campanha de vacinação contra a raiva animal em 2015 e 2019 (**Tabela 18**).

Tabela 18. Cobertura vacinal (%) de antirrábica animal de acordo com a macrorregião de saúde. Bahia, 2016-2022*

Macrorregião de saúde	2016		2017		2018		2020		2021		2022	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	Cobertura	Cobertura	Cobertura	Cobertura	Cobertura	Cobertura	Cobertura	Cobertura	Cobertura	Cobertura	Cobertura	Cobertura
	Cães	Gatos	Cães	Gatos	Cães	Gatos	Cães	Gatos	Cães	Gatos	Cães	Gatos
Centro-Leste	66,66	77,94	67,5	66,79	78,51	83,24	75,83	93,98	92,35	105,77	99,19	112,68
Centro-Norte	81,43	88,57	87,04	99,74	90,68	91,33	89,82	104,34	96,52	105,76	98,29	114,42
Extremo Sul	73,22	58,23	82,32	63,36	80,02	75,78	81,05	81,35	87,45	92,81	100,96	113,63
Leste	50,58	55,41	39,07	54,1	42,47	64,99	40,07	71,57	95,23	112,81	99,99	119,18
Nordeste	71,18	88,71	75,41	84,04	82,97	104,68	76,28	103,34	151,23	171,96	101,48	122,02
Norte	71,46	75,43	76,04	79,45	77,51	82,03	66,04	75,78	97,19	113,7	99,52	116,34
Oeste	89,51	61,82	98,14	62,55	100,04	64,19	100,98	74,87	99,6	95,91	99,26	112,17
Sudoeste	82,31	65,15	88,12	65,18	94,6	77,11	92,03	91,96	100,37	103,39	101,13	109,03
Sul	68,21	73,79	64,39	70,96	74,42	88,37	77,88	98,81	91,22	94,05	102,61	108,7

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Civedi. *Dados preliminares até 14/04/2023.

Não houve campanha de vacinação antirrábica animal em 2015 e 2019.

3.2.2.10 Coberturas vacinais

As vacinas, juntamente com outras ações de vigilância em saúde, vêm contribuindo decisivamente para o controle, a eliminação e a erradicação de doenças imunopreveníveis, resultado de um trabalho articulado que envolve as três esferas de gestão.

A homogeneidade da cobertura vacinal tem como objetivo medir em percentual a proporção (%) de municípios com cobertura vacinal adequada. Ressalta-se que a ação de imunizar e a implantação das ações de vacinação nos seus territórios, incluindo os registros das doses aplicadas de vacinas, são de competência municipal. Esse indicador evidencia o acesso geográfico e intraorganizacional da população aos serviços da Atenção Básica/ salas de vacinação; mostra os vazios assistenciais, bem como as falhas no processo de trabalho, desde o planejamento conjunto das ações, gestão logística da rede de frio, monitoramento e avaliação (visitas domiciliares, busca ativa dos faltosos), até as falhas no gerenciamento do sistema de informação (subnotificação, sub-registro, incompletude dos dados, discrepância em doses recebidas x aplicadas); sinaliza a vulnerabilidade da população para riscos de doenças imunopreveníveis, inclusive ocorrências de surtos e epidemias.

De acordo com a análise do indicador de homogeneidade, cuja meta é de 70%, nota-se que em 2022 o estado não atingiu a meta para febre amarela e hepatite A e a macrorregião Leste só atingiu a meta da vacina pneumocócica (**Tabela 19**).

Tabela 19. Homogeneidade da cobertura vacinal segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2022.

Macrorregião de saúde	BCG	Rotavírus	Meningo C	Penta	Pneumo	Pólio	F Amarela	Hepatite A	T Viral D1
Centro-Leste	80,47	75,4	77,09	77,17	80,77	77,12	60,41	67,21	75,84
Centro-Norte	88,77	82,5	84,98	85,44	88,72	85,32	70,16	78,04	85,73
Extremo Sul	97,62	67,41	73,95	71,95	78,94	70,95	56,56	60,92	72,97
Leste	66,44	65,39	66,08	65,38	70,38	64,94	51,05	62,57	66,6
Nordeste	89,32	77,84	79,55	86,13	83,45	85,36	61,6	66,22	78,46
Norte	96,75	71,2	75,6	73,87	78,57	73,15	60,87	67,08	75,74
Oeste	85,15	83,71	87,45	84,49	89,55	84,08	73,37	78,08	88,18
Sudoeste	87,23	82,79	85,54	84,21	88,06	84,65	72,42	78,08	85,33
Sul	98,53	69,35	73,65	71,67	77,38	70,91	57,38	63,7	72,81
Bahia	83,14	73,04	75,63	74,93	79,27	74,56	60,24	67,76	75,46

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Civedi. Datasus-SI-PNI. Dados acessados em 18/04/2023.

Analisando a série histórica do indicador de proporção de vacinas adequadas, nota-se, no geral um baixo desempenho desse, por macrorregião em todos os anos do recorte temporal 2015-2022. Resultado zero para esse indicador representa que para nenhuma das 06 (seis) vacinas selecionadas foi alcançada a meta de cobertura vacinal (**Quadro 37**).

Quadro 37. Proporção de vacinas que compõem o calendário nacional de vacinação* para crianças com cobertura adequada, por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022.

Macrorregiões de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	100	16,6	16,6	0	0	0	0	0
Centro-Norte	33,3	0	16,6	33,3	0	0	0	16,6
Extremo Sul	66,4	16,6	16,6	16,6	16,6	0	0	16,6
Leste	33,3	0	0	0	0	16,6	0	0
Nordeste	16,6	0	0	0	0	0	0	16,6
Norte	100%	16,6	0	0	0	0	0	16,6
Oeste	49,8	16,6	16,6	100	66,4	0	0	0
Sudoeste	66,4	16,6	0	0	0	0	0	16,6
Sul	0	0	16,6	0	0	0	0	16,6
Bahia	33,3	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Civedi. Datasus-SI-PNI. Dados acessados em 18/04/2023.

*(3ª dose da Pentavalente, 3ª dose da Poliomielite, 2ª dose da Pneumocócica 10 valente, 1ª dose da vacina tríplice viral, BCG e 2ª dose da vacina Rotavírus).

3.2.3 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DANT)

As doenças e agravos não transmissíveis (Dant) respondem por elevadas taxas de morbimortalidade na população em geral. Destacam-se os óbitos prematuros (30 a 69 anos) causados pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes mellitus/DCNT) e as mortes por causas

externas, principalmente lesões de trânsito, homicídios e suicídios nas faixas etárias de adolescentes (10 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 40 anos).

Consoante às políticas e recomendações internacionais e nacionais e objetivando fortalecer as ações de enfrentamento das Dant na esfera estadual, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab/Divep), elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis, 2022-2030, o qual está em processo de revisão após consulta pública.

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

3.2.3.1 Causas externas

As causas externas são constituídas por acidentes e violências agravos previsíveis e preveníveis. Representam um problema de saúde pública na atualidade, com elevada morbimortalidade, atingindo faixas etárias jovens e gerando grandes gastos para o setor público, com reflexo em várias áreas. A política nacional para a redução desses agravos apresenta diretrizes intersetoriais. O enfrentamento do problema na saúde inclui a promoção da saúde e da cultura da paz, a prevenção da violência/acidentes e a assistência às vítimas. Para isso, é necessária a organização das redes de atenção e de proteção às vítimas e aos seus familiares.

Na Bahia, as causas externas figuraram como a segunda causa de morte no período de 2015 a 2017. Em 2018 e 2019, foram ultrapassadas pelas neoplasias, ocupando o terceiro lugar no *ranking* de óbitos na população geral. Em 2020, foram superadas também pelas doenças infecciosas e parasitárias em razão da pandemia do SARS CoV – 2 (**Quadro 38**).

Quadro 38. Total de óbitos segundo causas capítulo da CID-10. Bahia, 2015-2021.

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

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

3.2.3.1.1 Homicídios

Ao desagregamos as causas externas por grupo de causas observa-se que do total dos óbitos (93.654) registrados no período, a maior proporção foi de agressões (homicídios), 47,21% (44.218), seguidas dos acidentes de transportes terrestres, 17,98% (16.840), e dos eventos de intenção indeterminada, com 10% (9.375).

Os óbitos ocasionados por homicídios sobrecarregam os serviços de saúde, assistência social, sistema judiciário e outros aparelhos do Estado. Geram impactos na duração e qualidade de vida das famílias, pois os traumas decorrentes do medo e da insegurança podem desencadear doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes e suas complicações), transtornos mentais, isolamento social, além de problemas financeiros. Na Bahia, no período analisado, foram registrados no SIM 66.525 homicídios. O

incremento no número de óbitos por essa causa foi de 9,06%, passando de 5.780, em 2010, para 6.304, em 2020. Para taxa de mortalidade, o incremento foi de 2,4%, passando de 41,24/100 mil habitantes para 42,22/100 mil habitantes no mesmo período.

O risco de morrer por essa causa foi maior entre a população masculina em toda a série histórica, variando de 11,60 (2011) a 15,08 (2016). Em 2020, manteve a tendência crescente dessa razão (**Quadro 39**).

Quadro 39. Razão da taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo sexo. Bahia, 2010-2020.

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razão da taxa de mortalidade por homicídio: masculino/feminino	12,8	11,6	13,26	12,62	14,88	14,6	15,08	13,62	14,03	13,74	14,02

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

Desagregando-se o número de homicídios segundo a raça/cor da vítima, observa-se que 90,0% (59.683) foram de pessoas negras (pretas e pardas/IBGE); em geral residentes em áreas periféricas dos municípios e em situação de vulnerabilidade social. As taxas padronizadas de mortalidade por homicídio, segundo a macrorregião de saúde de residência, revelam que no período de 2010 a 2020 a macrorregião Extremo Sul manteve os maiores índices, seguida das Leste e Sul. Destaca-se também o aumento, a partir de 2015 da referida taxa nas macrorregiões Oeste e Nordeste; as demais mantiveram comportamento similar, com pouca flutuação ao longo da série histórica (**Gráfico 39**).

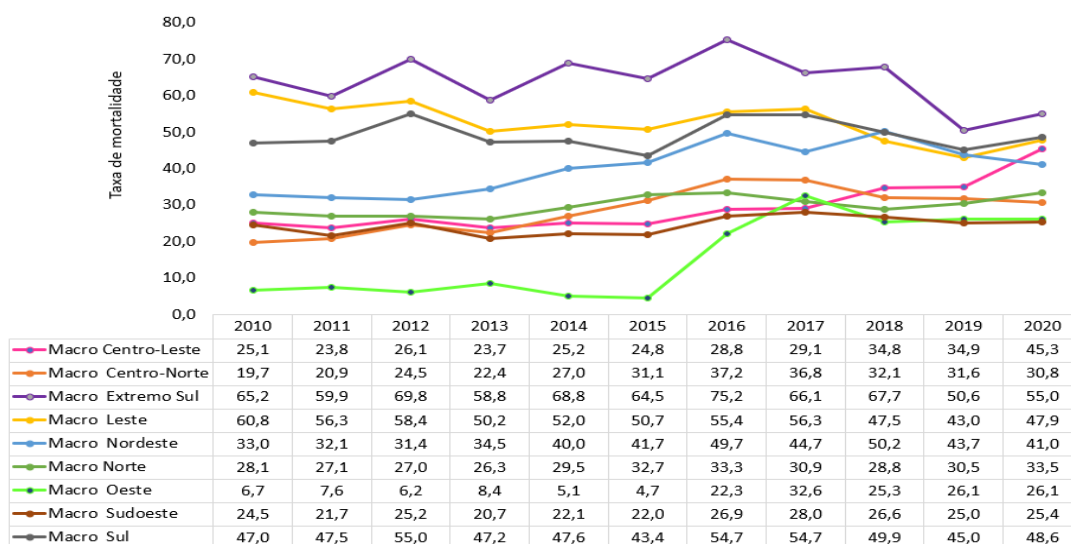


Gráfico 39. Taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo macrorregião de saúde de residência da vítima. Bahia, 2010-2020.

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

Os homicídios de policiais, motoristas de táxi e ônibus, vendedores, comerciantes, trabalhadores rurais, motociclistas, mototaxistas, entregadores de mercadorias e

trabalhadores por plataformas de aplicativos têm aumentado e são também mortes relacionadas ao trabalho, com tendência de aumento na série histórica²⁵. As mortes por essa causa, que eram mais frequentes nos grandes centros urbanos, vêm aumentando em municípios de pequeno porte populacional. Mesmo a área rural vem sendo “ocupada” por grupos que disputam o poder (facções), constituindo o fenômeno da interiorização da violência.

O número de vítimas internadas por agressões também é elevado no estado. No período de 2010 a 2020, segundo dados do SIH, foram hospitalizados 65.024 indivíduos, dos quais 51.933 (80,0%) eram do sexo masculino. O custo total das internações por essa causa no período analisado foi de R\$ 78.820,482,09 .

3.2.3.1.2 Suicídios

Outras causas externas em destaque são os suicídios que resultam da convergência de fatores de risco genéticos, psicológicos, sociais e culturais, às vezes combinados com experiências de trauma e perda. Para cada suicídio, 25 pessoas fazem uma tentativa e muitas outras têm pensamentos sérios sobre o assunto (ideação). Dados apontam para a existência de uma parcela importante da população com transtornos mentais, sem diagnóstico e tratamento adequado, tornando evidente a necessidade de expandir e democratizar o acesso à saúde mental no Brasil, bem como a importância da identificação precoce de transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde, porta de entrada da RAS e ordenadora do cuidado²⁶.

Existem populações em situações de maior vulnerabilidade para esse agravo, necessitando, assim, de políticas de cuidados que pautem esses contextos sob outro olhar, como a população indígena, população negra e população LGBTQIAPN+, levando em consideração também a interseccionalidade desses grupos. Na Bahia, no período de 2010 a 2020, foram registrados no SIM 5.970 suicídios, a maior proporção era de pessoas do sexo masculino (**Gráfico 40**).

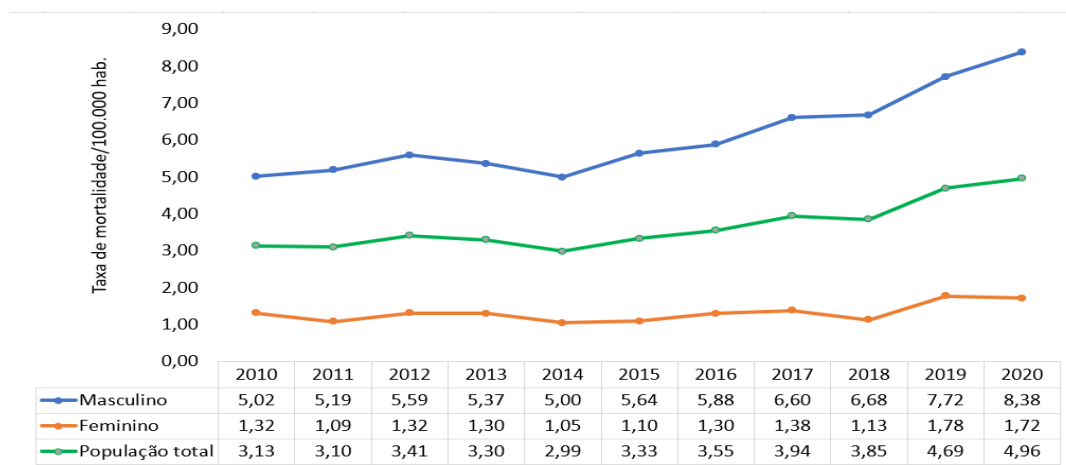


Gráfico 40. Taxa padronizada de mortalidade por suicídios de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM/IBGE

Destacam-se com as maiores taxas padronizadas de mortalidade por suicídio as macrorregiões Centro-Norte e Sudoeste; bem como a Oeste, que passou a apresentar crescimento contínuo a partir de 2014. É necessário que os territórios se organizem em termos de rede de atenção psicossocial para atender à demanda crescente de pessoas em risco de suicídio (**Gráfico 41**).

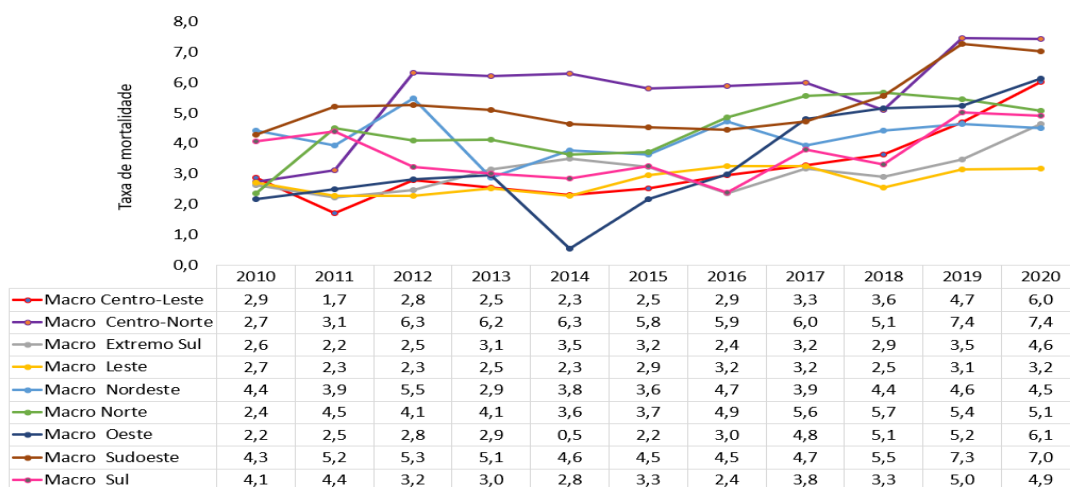


Gráfico 41. Taxa padronizada de mortalidade por suicídios segundo macrorregião de residência. Bahia, 2010-2020.

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

Por tentativas de suicídios, foram internados 4.871 baianos no período de 2010 a 2020. Desses, 65,0% (3.164) eram do sexo masculino e em geral usaram meios mais letais quando tentaram se suicidar. Os custos com os internamentos no estado por tentativas de suicídio foram de R\$ 1.892.880,14.

No contexto da pandemia de covid-19, no período de março de 2020 a junho de 2022, foram registrados no SIM 1.838 suicídios, 778 (42,33%) deles ocorreram em 2021. Os três municípios com mais registros de suicídio foram: Salvador (170), Feira de Santana (61)

e Vitória da Conquista (51). Ressalta-se que, devido à pandemia, o cenário da saúde mental foi agravado.

Vale destacar que, por definição da gestão do SIM, atualmente, não é possível preencher o campo “acidente de trabalho” na declaração de óbito nos casos de homicídios e suicídios²³. Considerando o aumento desses casos em diversos ramos de atividade econômica, decorrentes da degradação e precarização das condições e relações de trabalho observadas nos últimos anos, foi aprovada a mudança dessa orientação, abrindo-se o campo para preenchimento em quaisquer tipos de causas de mortes violentas (por causas externas) na próxima versão da declaração de óbito que deverá ser implantada em breve (espera-se que em 2024) pelo Ministério da Saúde e pelos estados e municípios.

3.2.3.1.3 Quedas acidentais

O Brasil e a Bahia seguem a tendência mundial de transição demográfica vivenciada nas últimas décadas. Segundo a OMS, a população mundial com mais de 60 anos vai passar dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050. No Brasil, estima-se que a população idosa chegará a 30% em 2050²⁷. As quedas acidentais são uma das principais causas de hospitalizações e mortes de idosos representando quase 50% de todos os atendimentos por trauma. Observa-se que, no estado, embora o número de óbitos por quedas de pessoas do sexo feminino tenha sido maior em quase toda a série histórica (2010-2021), a taxa de mortalidade foi mais elevada nos indivíduos do sexo masculino (Gráfico 42).

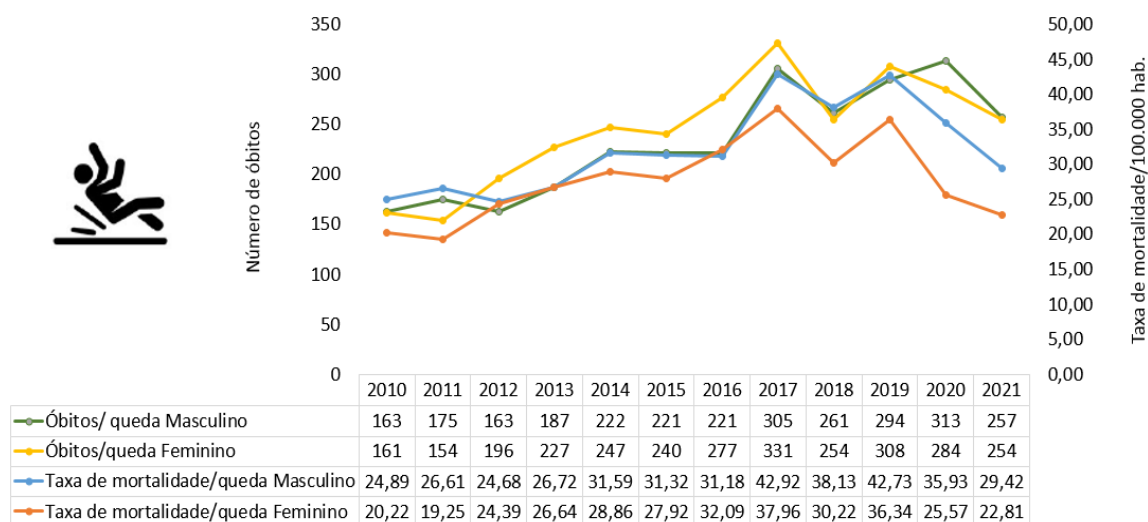


Gráfico 42. Número de óbitos e taxa padronizada de mortalidade por quedas de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2021*.

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

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 7,8% dos indivíduos com mais de 60 anos relataram a ocorrência de queda nos últimos 12 meses. Entre os que relataram quedas, 8,3% informaram ter apresentado fratura de quadril ou fêmur. Desses,

44% necessitaram tratamento cirúrgico. Dados do SIH-SUS revelam que são gastos por ano mais R\$51 milhões com tratamentos de fraturas decorrentes de quedas de idosos. Isso implica a necessidade de direcionar políticas públicas para essa população, para minimizar os problemas a que ela está exposta, a exemplo da morbimortalidade por quedas acidentais²⁵. As quedas podem levar a diferentes necessidades de saúde e demandar assistência e cuidados de reabilitação.

Quedas são causas de mortes evitáveis decorrentes também de acidentes de trabalho, como nas atividades de construção civil, de trabalho agrícola (queda de equipamentos e tratores, de animais, por exemplo), entre outras.

3.2.3.1.4 Violência interpessoal e autoprovocada

Os casos de violência interpessoal e autoprovocada são de notificação compulsória no Sinan. São objetos de notificação todos os casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal e autoprovocada²⁸.

A análise da série histórica (2015-2022) referente ao número de casos de violência interpessoal e autoprovocada e das unidades notificadoras, permite observar a tendência de crescimento das ocorrências entre os anos de 2015 e 2019 e 2021 e 2022. Quanto às reduções, o período a elas correspondente foi de 2020 e 2021, como consequência da pandemia de covid-19 (**Gráfico 43**).

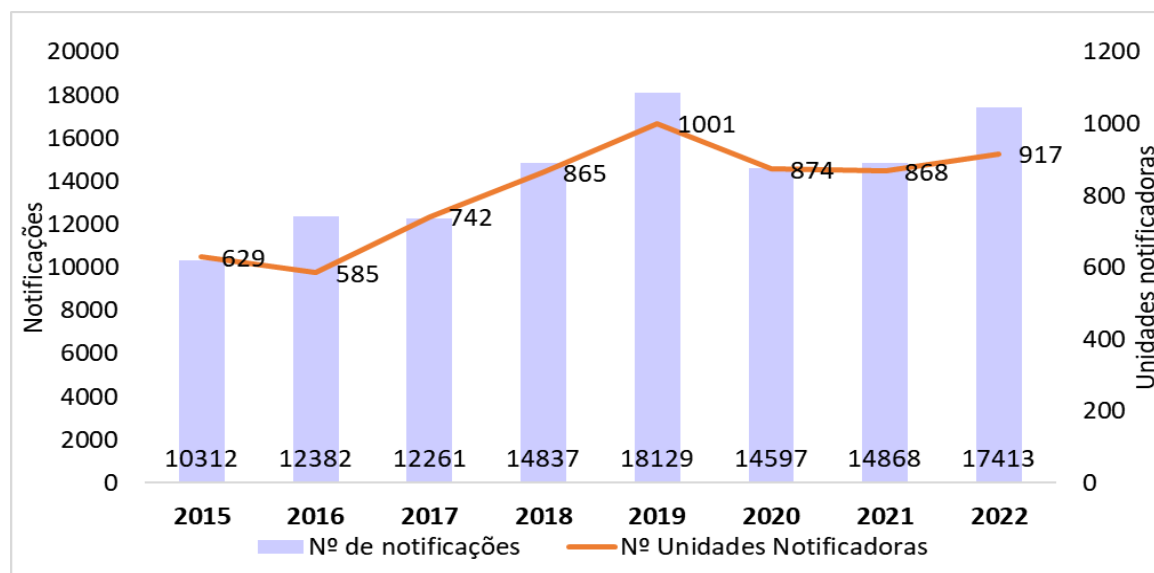


Gráfico 43. Número de notificações e de unidades notificadoras da violência interpessoal/autoprovocada. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan. *Dados acessados em 13/03/2023.

Das 2.491 unidades que registraram casos de violência, 11,78% (906) notificaram apenas uma ocorrência. Assim, pode-se inferir que a violência interpessoal e autoprovocada é subnotificada. As macrorregiões de saúde com maiores números de casos notificados são

a Leste, com 45.817 (39,91%), a Centro-Leste 18.412 (16,03%) e a Sudoeste com 12.292 (10,70%). As com menos registros de casos de violência interpessoal e autoprovocada são a Centro-Norte, com 4.296 (3,74%) e a Nordeste, com 3.254 (2,83%) (**Quadro 40**).

Quadro 40. Número de casos notificados de violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2015-2022*.

Macrorregião de saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Centro-Leste	1291	1819	1820	2152	2561	2542	2952	3275	18412
Centro-Norte	229	270	495	664	609	584	590	855	4296
Extremo Sul	560	526	580	873	1125	642	546	786	5638
Leste	4548	5683	5392	5968	7451	5366	4822	6587	45817
Nordeste	127	350	253	305	552	460	686	521	3254
Norte	821	1013	822	1162	1067	1227	1341	992	8445
Oeste	630	503	588	881	1523	833	682	692	6332
Sudoeste	1101	1118	955	1397	1566	1850	2134	2171	12292
Sul	1005	1100	1356	1435	1675	1092	1109	1525	10297
Ignorado	0	0	0	0	0	1	6	9	16
Total	10312	12382	12261	14837	18129	14597	14868	17413	114799

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan *Dados acessados em 13/03/2023

Campos importantes na identificação das desigualdades sociais são pouco preenchidos, a exemplo das variáveis raça/cor, escolaridade, ocupação, identidade de gênero e orientação sexual. O quesito raça/cor com informação válida na ficha de notificação de violência é indicador do Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde (PQAVS), com meta de 95% de preenchimento. Embora essa variável tenha duas portarias (Portaria/GM/MS nº1.320 de 30 de maio de 2018 e Portaria nº344 de 1º de fevereiro de 2017) que reforçam a importância do seu preenchimento, na ficha de notificação de violência ela é considerada como campo essencial e não obrigatório, fragilizando ainda mais seu preenchimento (**Gráfico 44**).

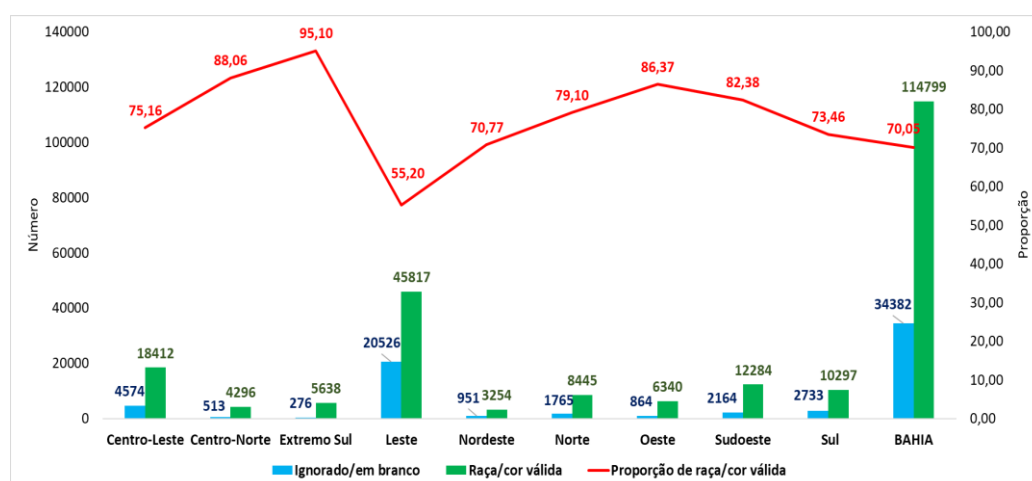


Gráfico 44. Número de casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com o preenchimento da variável raça/cor e proporção desta variável com informação válida, segundo a macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022*.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan. *Dados acessados em 13/03/2023.
Raça/cor válida: variável preenchida diferente de ignorado/branco.

A ficha de notificação de violência foi revisada em 2014. Passaram a compor a mesma os campos orientação sexual, identidade de gênero, motivação da violência e nome social. De 2014 a 2022, o número de notificações constando ignorado/em branco para as variáveis orientação sexual e identidade de gênero foram de 62.551 (55,0%) e 72.992 (64,2%) respectivamente, demonstrando a fragilidade no preenchimento dessas informações e invisibilizando a identificação da população LGBTQIA+ em situação de violência.

Desde 2009, quando a notificação foi inserida no Sinan, observa-se que as unidades da Atenção Especializada (UPA, PA, hospitais/maternidades) e os serviços específicos de atenção às pessoas em situação de violência (Cram e outros) são os com mais registros do agravo. Por conseguinte, infere-se que as violências de menor dano físico são subnotificadas e invisibilizadas.

Ao desagregarmos os casos notificados da violência na Bahia, de acordo com o sexo, observa-se que segue o mesmo padrão dos demais estados e do Brasil; onde os maiores números das vítimas são de pessoas do sexo feminino. No estado no período 2015-2022 foram 71.198 (62,06%) mulheres vitimadas. Considerando as macrorregiões de saúde destaca-se a Leste com 40,83% , seguida da Centro-Leste 16,88 % e Sudoeste 10,89% (Gráfico 45).

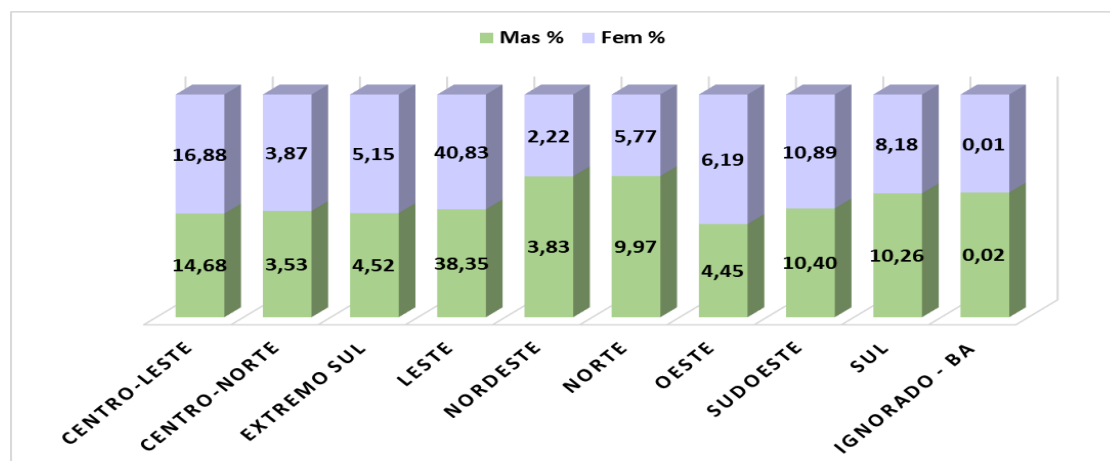


Gráfico 45. Percentual de casos notificados de violência interpessoal/autoprovocada segundo macrorregião de residência e sexo. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan. *Dados acessados em 13/03/2023.

A maior proporção (62,06%/71.554) de casos notificados de violência foi na faixa de 15 a 39 anos (adolescentes e adultos jovens). Ressalta-se que os casos de violência em que as vítimas são dos extremos do ciclo de vida: crianças (< 1 ano a 09 anos) e idosos (60

anos ou mais), são ainda mais subnotificados e os perpetradores são, em sua maioria, do ambiente familiar ou cuidadores.

A desagregação dos casos notificados revelou que a maior quantidade de registros foi de violência física, com 81.215 (70.74%), seguida da psicológica/moral, com 24.595 (21,42%), lesão autoprovocada (autoagressões e tentativas de suicídio), com 16.485 (14,35%) e sexual 11.771 (10,25%). Dos 11.771 casos notificados de violência sexual, 8.222 (69,84%) eram de estupro. A proporção de casos de estupro apresentou redução entres os anos de 2017 a 2019 e aumento de 17,03% em 2022 (**Gráfico 46**).

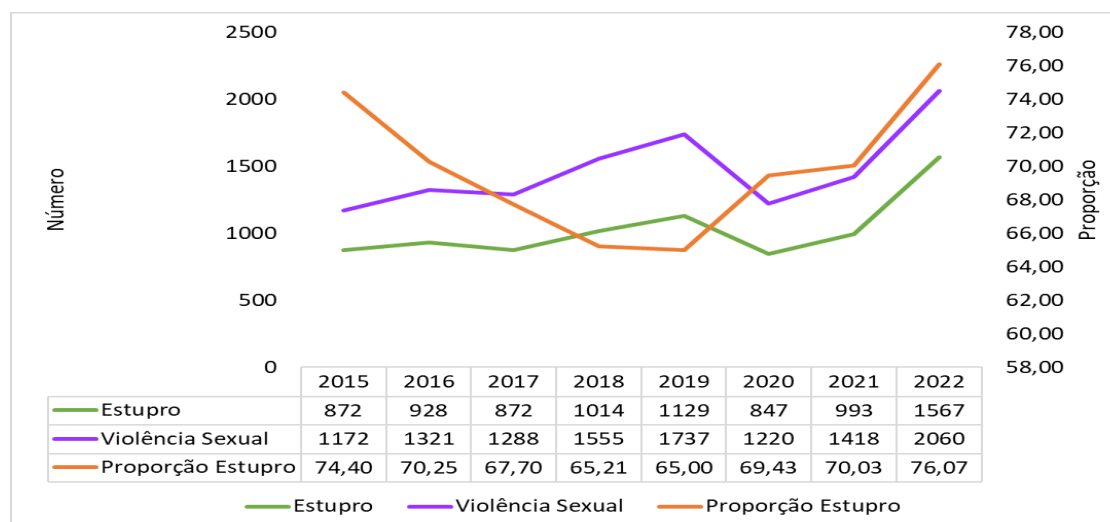


Gráfico 46. Número de casos notificados de violência sexual/estupros e proporção de estupros. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan.*Dados acessados em 13/03/2023.

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

Ao analisar as macrorregiões de saúde, observa-se que a abrangência de unidades com o serviço de PEP implantado está distribuída da seguinte forma: Centro-Leste e Sul 12,5%, Centro-Norte 2,7%, Extremo Sul 15,2%, Leste 25%, Nordeste 2,7%, Norte 7,1%, Oeste 14,3%, Sudoeste 8%. As macrorregiões Centro-Norte, Norte e Nordeste apresentam menores índices de novos serviços com instalação da PEP.

Já a estratégia de profilaxia pré-exposição (PrEP) foi ampliada em 15 municípios. Destes, 20% estão nas macrorregiões Centro-Leste e Leste; 13,3% nas Extremo Sul, Oeste, Sudoeste e Sul; 6,6% na Norte, perfazendo um total de 17 municípios. As macrorregiões Centro-Norte e Nordeste não contemplaram a estratégia. É extremamente importante a ampliação por se tratar de mais um meio da prevenção a infecção pelo HIV (**Quadro 41**).

Quadro 41. Distribuição dos serviços com profilaxia pré e pós-exposição segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2023.

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

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coagravos.

3.2.3.1.5 Lesões de trânsito (acidentes de transportes terrestres)

Acidente de transporte ou de trânsito é todo evento que provoca dano e envolve veículo, via, pessoa humana e/ou animais e que, para se caracterizar, tem necessidade da presença de pelo menos dois desses fatores. Compreendem colisões entre veículos, choques com objetos fixos, capotamentos, tombamentos, atropelamentos e queda de pedestres, ciclistas ou motociclistas.

As lesões de trânsito são agravos previsíveis e preveníveis, o que reforça a importância de abordagens que enfatizem a promoção e a educação em saúde. Entre os fatores associados à ocorrência de lesões e mortes no trânsito estão as condições da via, o aumento da frota de veículos, principalmente das motocicletas nos últimos anos, o uso do álcool associado à direção veicular, o não uso de equipamentos de segurança (cinto de segurança, capacete, dispositivo de retenção para crianças, entre outros), além do uso do celular pelo condutor (distração ao dirigir), alta velocidade e desrespeito à legislação vigente.

Destaca-se a relevância da utilização de veículos – ônibus, caminhões, veículos de menor porte (“de passeio”), motocicletas, bicicletas, além de barcos e trens, nas diversas atividades de trabalho, em transporte de mercadorias e de pessoas, tanto em estradas estaduais, federais, em propriedades rurais e nas cidades, que também configuram acidentes de trabalho e compõem percentuais significativos nesse grupo de causas externas de óbito.

A Bahia tem uma malha rodoviária com extensão de 119.639 km. Desse total, 5.093 são federais, 14.940 são estaduais e 99.606 são municipais. Observou-se o aumento da

frota de veículos no estado, com incremento de 29,03%, passando de 3.639.408 em 2015 para 4.695.972 em 2021.

No período de 2015 a 2021, identificou-se elevação de 4,67% na taxa de mortalidade, com pequena redução em 2018, o que pode ser resultado da implementação das ações do Programa Vida no Trânsito (PVT) em Salvador (**Gráfico 47**).

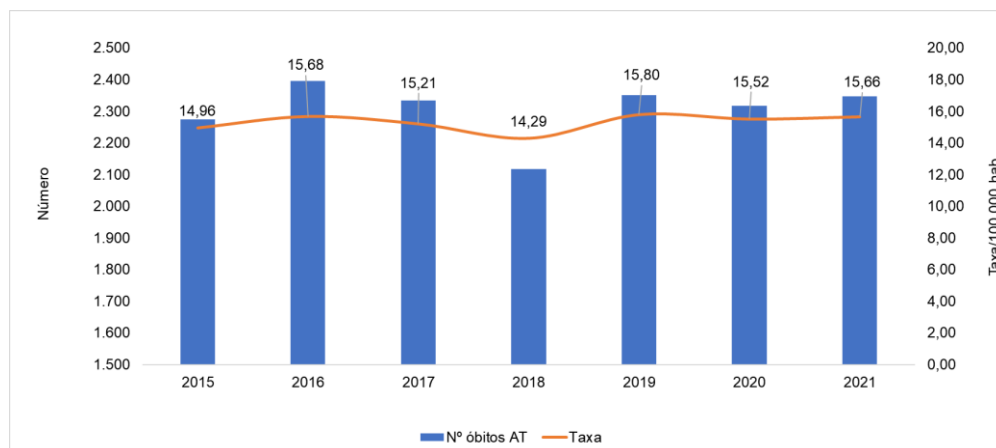


Gráfico 47. Número de óbitos e taxa de mortalidade por acidente de trânsito. Bahia, 2015-2021.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM/IBGE. *Dados acessados em 23/03/2023.

As características regionais geram diferenças em relação ao desenvolvimento econômico e social, que contribuem para os diversos cenários de mortalidade. A desagregação da taxa de mortalidade por acidentes de trânsito por macrorregião, entre 2015 e 2021, demonstra que as com maiores incrementos foram a Oeste, com 195,91%, e a Centro-Leste, com 67% (**Gráfico 48**).

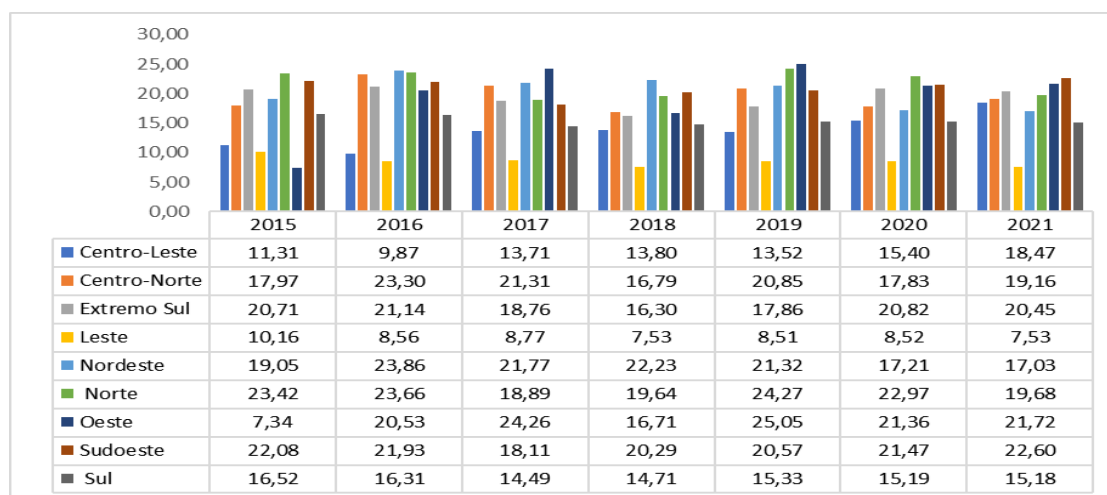


Gráfico 48. Taxa de mortalidade por acidente de trânsito segundo macrorregião de saúde, Bahia. 2015-2021.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM/IBGE. *Dados acessados em 23/03/2023.

No estado, entre os anos de 2015 e 2018, dos óbitos decorrentes de acidentes de trânsito, observa-se tendência de declínio de dois grupos de vítimas: pedestres e ocupantes de outros veículos. Há, no entanto, tendência de aumento para as mortes resultantes de outros acidentes de transportes, de ocupantes de automóvel e motociclistas. Destaca-se, ainda, que os óbitos de motociclistas representaram os maiores percentuais dos acidentes de trânsito em 2019 e 2020, respectivamente 31,64% e 29,27% entre os grupos de vítimas **(Gráfico 49)**.

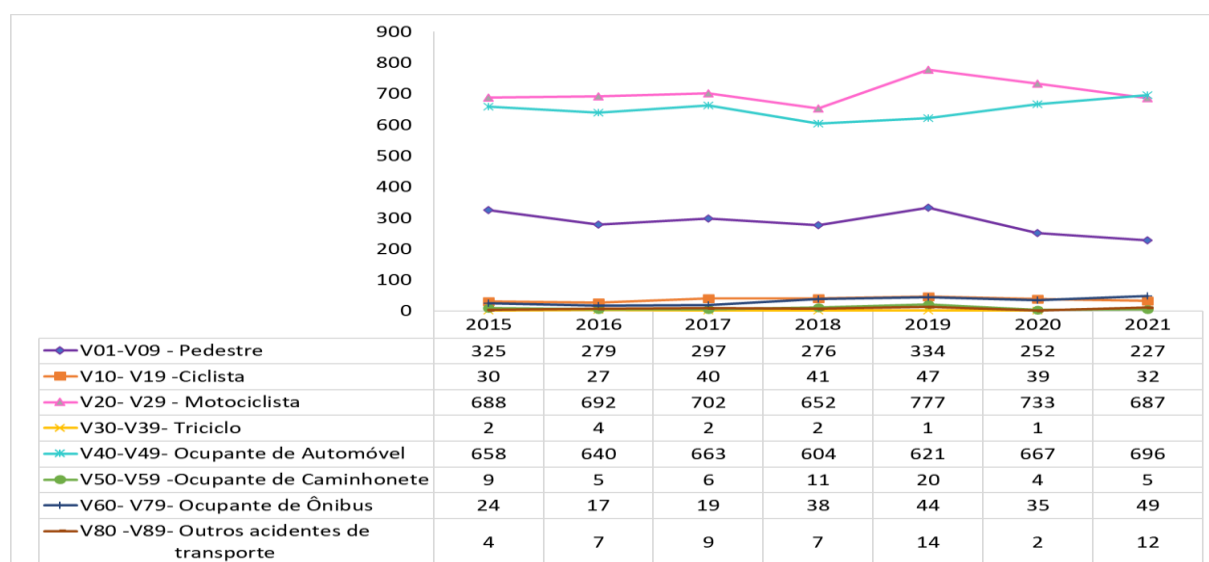


Gráfico 49. Número de óbitos por acidentes de trânsito de acordo com o grupo de vítimas. Bahia, 2015-2021.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM/IBGE. *Dados acessados em 23/03/2023.

A gravidade das lesões de trânsito pode ser identificada pelo percentual de vítimas que vão a óbito no local do acidente/sinistro. No período de 2015 a 2021, foram a óbito em via pública 50,67% (8.177) das vítimas. Considerando o local de ocorrência por macrorregião de saúde, observa-se que na Leste a maior proporção (21,05/1.579) dos óbitos aconteceu em hospitais. Para as demais macrorregiões as mortes ocorreram em maior número na via pública **(Gráfico 50)**.

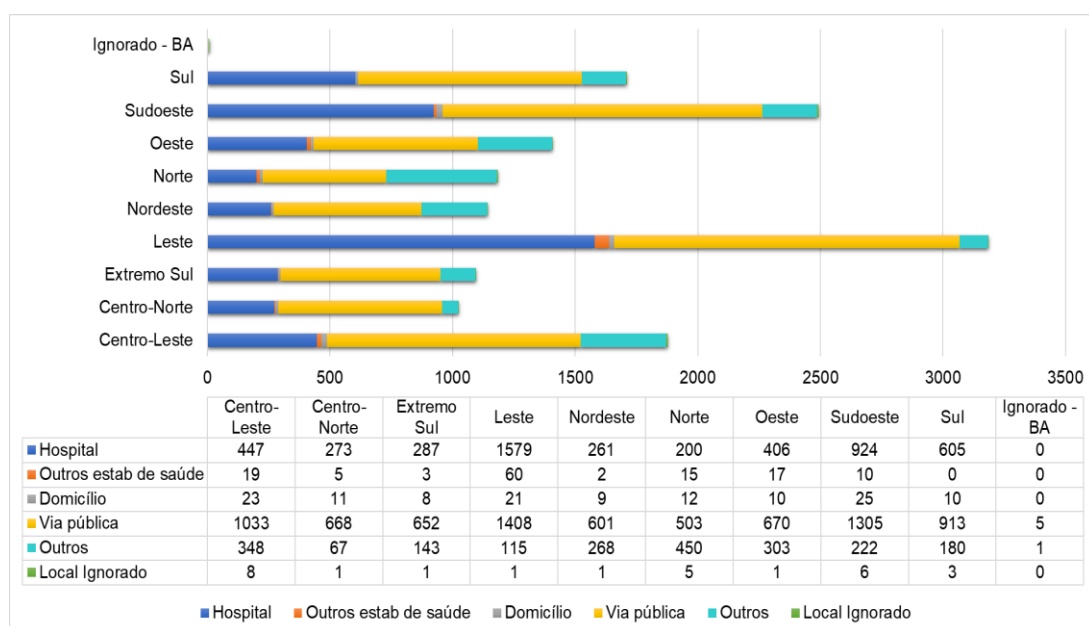


Gráfico 50. Número de óbitos por acidentes de trânsito de acordo com o local de ocorrência, segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2021.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM/IBGE. *Dados acessados em 23/03/2023.

Quanto à faixa etária, 61,6%/9.319 de vítimas fatais foi de adultos jovens (de 20 a 49 anos).

Ao analisar o número de pacientes internados por acidentes de trânsito na Bahia, observa-se que 67,94% das vítimas foram motoclistas. A distribuição dos internamentos por macrorregião de saúde revela que os maiores percentuais foram na macrorregião Leste (34,0%), seguida da Centro-Leste, com 26,0% e da Extremo Sul, com 13,0%. As internações decorrentes de acidentes de trânsito, principalmente na população jovem e economicamente ativa, têm um impacto enorme na sociedade e justificam intervenções imediatas. Além das medidas adotadas pelo setor da saúde, rompendo com a centralização de ações preventivas dirigidas à figura da vítima, para o enfrentamento da morbimortalidade por acidentes de trânsito, é necessário que ações intersetoriais e pluri-institucionais se tornem parte dos planos de governo.

Na Bahia, a Portaria nº1.290 instituída emergencialmente em 9 de novembro de 2017, a qual atualizou a Lista Estadual de Notificação Compulsória (DNC) de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados, incluiu a notificação das lesões de trânsito. Contudo, a ficha de notificação não atende à vigilância do agravo, pois não permite conhecer o perfil das vítimas e o contexto em que o agravo ocorreu. Essas questões estão sendo avaliadas pela área técnica da Codant/Divep.

3.2.3.1.6 Acidente de trabalho

O acidente de trabalho (AT) é definido como todo evento súbito, inesperado ou não, de causas não naturais (acidentes ou violências) que acarreta prejuízos à saúde, podendo levar

a lesões corporais ou mesmo à perturbação funcional, com perda ou redução da capacidade para o trabalho, de forma permanente ou temporária, ou ainda, em situações de maior gravidade, ao óbito. Pode ser caracterizado como típico, quando ocorre no ambiente de trabalho, ou de trajeto quando acontece no percurso entre a residência e o trabalho ou vice-versa²⁹.

Para a saúde coletiva, o acidente de trabalho é um fenômeno complexo e socialmente determinado. É um evento potencialmente e/ou majoritariamente previsível e prevenível, uma vez que os fatores causais estão presentes na situação de trabalho muito tempo antes de o acidente ser desencadeado³⁰. Todo acidente de trabalho é um alerta sobre as condições de trabalho e indicativo de falhas na gestão da produção, na gestão da segurança e/ou nas medidas de prevenção³¹. Para fins de vigilância, devem ser notificados como acidentes de trabalho os eventos de

“causas não naturais compreendidas como acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98) que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho, quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto), que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte”³⁰.

No período de 2011 a 2020, foram registrados na Bahia 31.404 casos de acidentes de trabalho no Sinan, sendo observado um aumento de 221% em 2020 em relação ao primeiro ano de análise. Quase todos os casos são de trabalhadores do sexo masculino (86,8%), com maior ocorrência para a faixa etária de 30 a 39 anos (29,4%). Com relação à raça/cor, os trabalhadores pardos (45,2%) e pretos (11,7%) representam a maioria dos casos, embora seja expressivo o número de incompletude em relação a essa variável (33,6%). A escolaridade é outra variável socioeconômica com expressiva incompletude, sendo desconhecida a formação educacional para 51,2% dos casos e 26,2% têm até o ensino fundamental completo.

Quanto à situação no mercado de trabalho, a maior ocorrência de casos notificados foi entre trabalhadores informais (38,1%), seguidos dos trabalhadores formais (29,7%). O resultado pode ser consequência do aumento na população informal devido ao desemprego e à crise econômica que se instalou no país, notadamente a partir de 2016.

Analisando o coeficiente de mortalidade por acidente de trabalho da Bahia, nos anos de 2015 e 2022, observa-se pouca variação desse indicador, que passou de 1,54 para 1,59

por 100 mil integrantes da PIA no último ano. Os resultados classificados como “ignorado” variaram de 65,5% a 73,1%, nos anos de 2015 e 2017, situação que impacta na baixa acurácia desse indicador e, consequentemente, nas estatísticas de acidente de trabalho **(Gráfico 51)**.

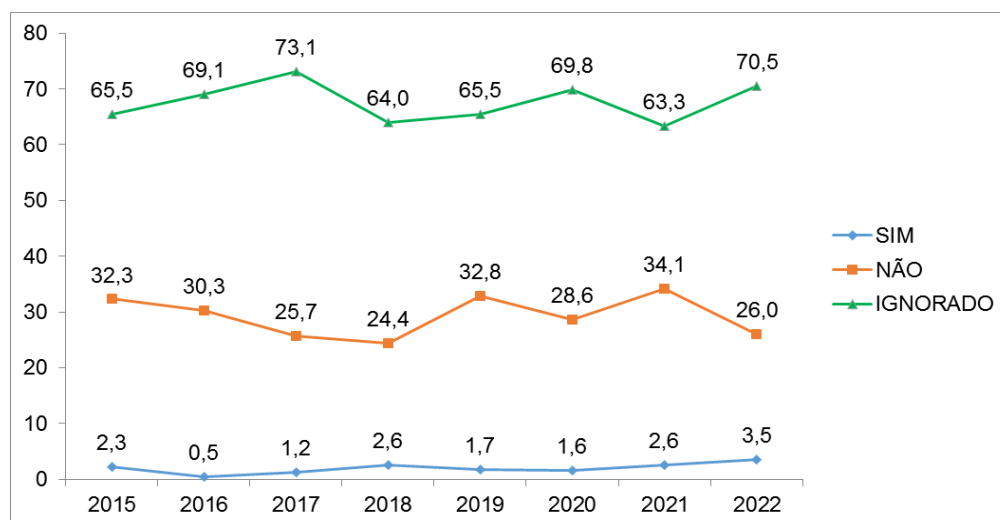


Gráfico 51. Proporção do preenchimento do campo acidente de trabalho no SIM, segundo variáveis de resposta. Bahia, 2015-2022.
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM.

Ações de vigilância epidemiológica e inspeção sanitária em saúde do trabalhador devem ser implementadas pelas equipes de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), na perspectiva de evitar a ocorrência de novos acidentes graves/com óbito e garantir a produção de informações fidedignas.

Quanto ao coeficiente por acidente de trabalho por macrorregião, observa-se aumento desse indicador em quatro macrorregiões de saúde para o último ano, com destaque para os Núcleos Regionais de Saúde (NRS) Oeste e Centro-Norte **(Figura 6)**. Comparativamente para os anos citados para essas duas macrorregiões de saúde, identifica-se um incremento na ocorrência de acidentes de transporte relacionados ao trabalho e, para o grupamento de outras causas externas de lesões acidentais, dos eventos associados à exposição à corrente elétrica.

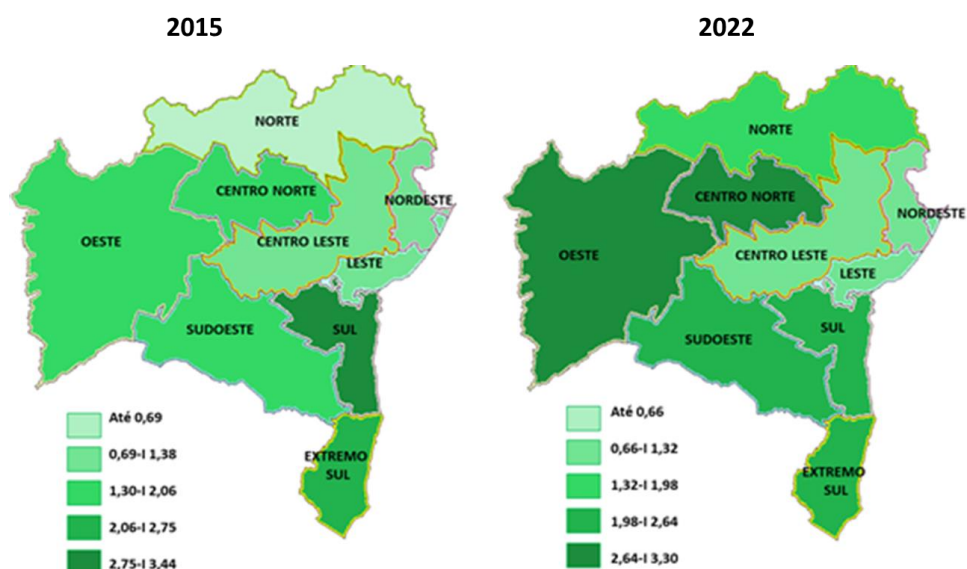


Figura 6. Distribuição espacial do coeficiente de mortalidade por acidente de trabalho (100 mil integrantes da PIA), segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015 e 2022*.

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

*PIA-população em idade ativa (14 anos ou mais).

O perfil das vítimas fatais de acidentes de trabalho, referente ao período de 2015 a 2022 (1.417), na Bahia, é de trabalhadores do sexo masculino (93,6%), na faixa etária de 30 a 39 anos (27,8%) e negros (86%). Registra-se a necessidade de maiores investimentos do estado nas ações de educação formal, inclusive de jovens e adultos, e de educação em saúde do trabalhador, de forma que essa ação possa contribuir para o empoderamento dos/as trabalhadores/as acerca do conhecimento dos processos produtivos e seus impactos na saúde.

Trabalhadores dos setores agropecuários (15,4%), da construção civil (10,4%) e de transportes (10%) são os que apresentam maiores frequências de óbitos relacionados ao trabalho. Para 23,9% desses casos, o campo ocupação habitual apresenta problemas de incompletude e qualidade (23,9%), o que indica, mais uma vez, a necessidade de investimentos em educação permanente - nesse caso, para ações de investigação e notificação de agravos e doenças relacionados ao trabalho (ADRT) nos sistemas de informação em saúde.

Com relação à circunstância do acidente de trabalho, observa-se que o agrupamento de “outras causas externas de lesões acidentais” da CID-10 é que ocorre como de maior frequência (53,23%), seguido de “fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e mortalidade classificadas em outra parte” (22,5%) e dos “acidentes de transporte” (16,35%). Sobre os acidentes de trânsito relacionados ao trabalho, Lacerda et. Al³² alertam quanto às situações a que estão expostos os trabalhadores devido à

precariedade dos meios de transporte ou mesmo à falta de segurança no espaço público (Tabela 20).

Tabela 20. Número e proporção de casos de acidente de trabalho notificados no Sinan, segundo circunstância do acidente, tipo e evolução do caso. Bahia, 2011-2020.

VARIÁVEIS	2011-2020	
	N	%
CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE		
Ignorado/branco	427	1,4
Acidentes de transportes	4526	16,35
Outras causas externas de lesões acidentais	15161	53,23
Lesões autoprovocadas voluntariamente	128	0,45
Agressões	634	2,33
Eventos cuja intenção é indeterminada	872	3,03
Intervenções legais	2	0,01
Complicações de assistência médica/cirúrgica	147	0,49
Consequências de causas externas		
morbidade/mortalidade	61	0,21
Fatores suple. relacionados a causas		
morbidade/mortalidade classificadas em outra parte	6459	22,5
TIPO DO ACIDENTE		
Ignorado/ branco	4072	12,97
Típico	22801	72,61
Trajeto	4531	14,43
EVOLUÇÃO DO CASO		
Ignorado/ branco	6522	20,77
Cura	6291	20,03
Incapacidade temporária	9275	29,53
Incapacidade parcial permanente	7668	24,42
Incapacidade total permanente	213	0,68
Óbito pelo acidente	1024	3,26
Óbito por outras causas	56	0,18
Outra	355	1,13

Fonte: Sesab/Suvisa/Divast/Sinan.

3.2.3.2 Doenças crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde²². Esse grupo de doenças é responsável pela maior carga de morbimortalidade no mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura. Considera-se mortalidade prematura, o óbito precoce de indivíduos na faixa etária de 30 a 69 anos, levando à perda de anos produtivos da vida e gerando impactos socioeconômicos. A taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT, estima o risco de morrer em decorrência desse conjunto de doenças em determinado espaço geográfico e

nessa faixa etária e contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e controle dessas doenças²².

A análise dos dados das DCNT na Bahia no período de 2015 a 2021 demonstra tendência de crescimento do número de óbitos, com incremento de 13,50% associado a uma redução na taxa de mortalidade entre 2020 e 2021 de 0,36/100 mil habitantes. Uma possível explicação para a queda da mortalidade observada para as DCNT é a atuação da covid-19 como causa de morte competitiva, resultando em migração da causa básica de óbito³³. Em 2021, foram registradas no SIM, 19.350 mortes por DCNT, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 268,58/100 mil habitantes. Verifica-se decréscimo de -0,65% em relação aos extremos da série história analisada (**Gráfico 52**).

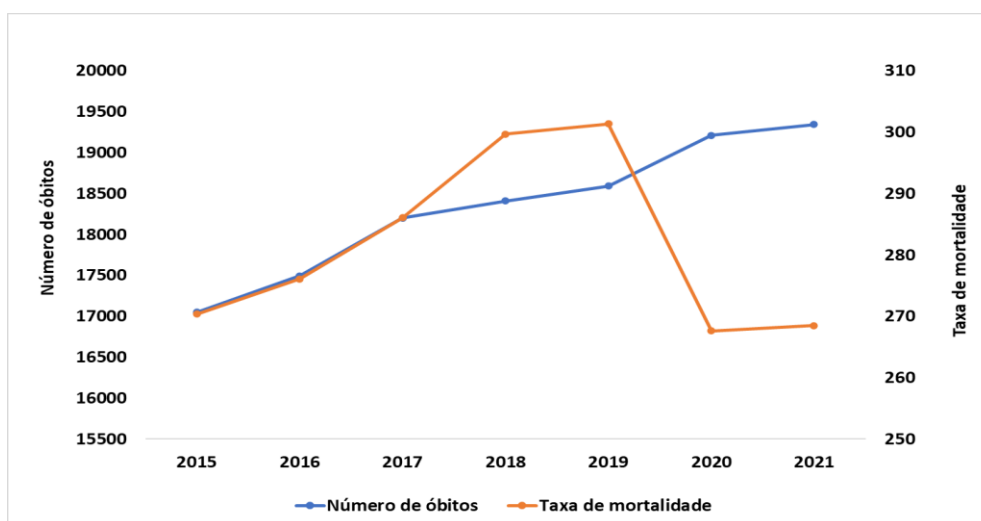


Gráfico 52. Número de óbitos prematuros (30-69 anos) e taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) /100 mil habitantes por DCNT*. Bahia, 2015-2021**.

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

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

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

Ao desagregar as DCNT em seus principais grupos, observa-se no período analisado que as doenças cardiovasculares apresentaram maior expressividade em número de óbitos prematuros e na taxa de mortalidade prematura de (de 30 a 69 anos), seguidas das neoplasias. O diabetes *mellitus* apresentou linearidade de comportamento e as doenças respiratórias crônicas exibiram discreto decréscimo (**Gráfico 53**).

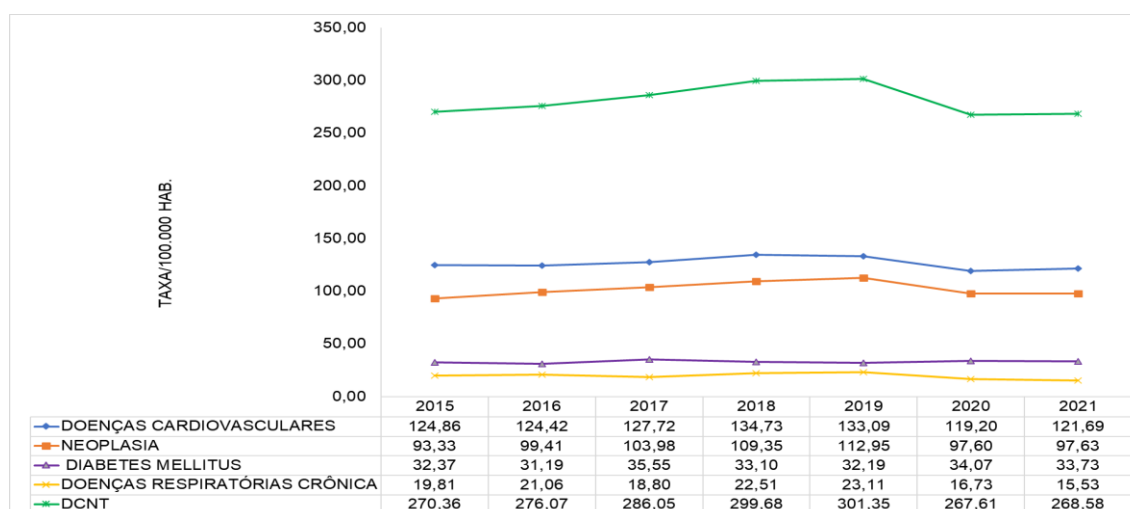


Gráfico 53. Taxa padronizada de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por DCNT* desagregada. Bahia 2015-2021**.

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

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

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

Considerando a distribuição por sexo, observa-se que do total de óbitos pelo conjunto das DCNT registrados no estado, o masculino apresentou a maior proporção, com 50,98%. Nota-se que, no recorte temporal analisado, a mortalidade prematura foi maior para doenças cardiovasculares (58,72/100.000 hab.), doenças respiratórias crônicas (58,66/100 mil hab.) e para diabetes *mellitus* (51,68/100 mil hab.) no sexo masculino. Já para as neoplasias, a taxa foi maior nas pessoas do sexo feminino (50,16/100 mil hab.) (**Gráfico 54**). A razão da taxa de mortalidade demonstrou que as pessoas do sexo masculino têm 1,3 vez mais chance de morrer por DCNT.

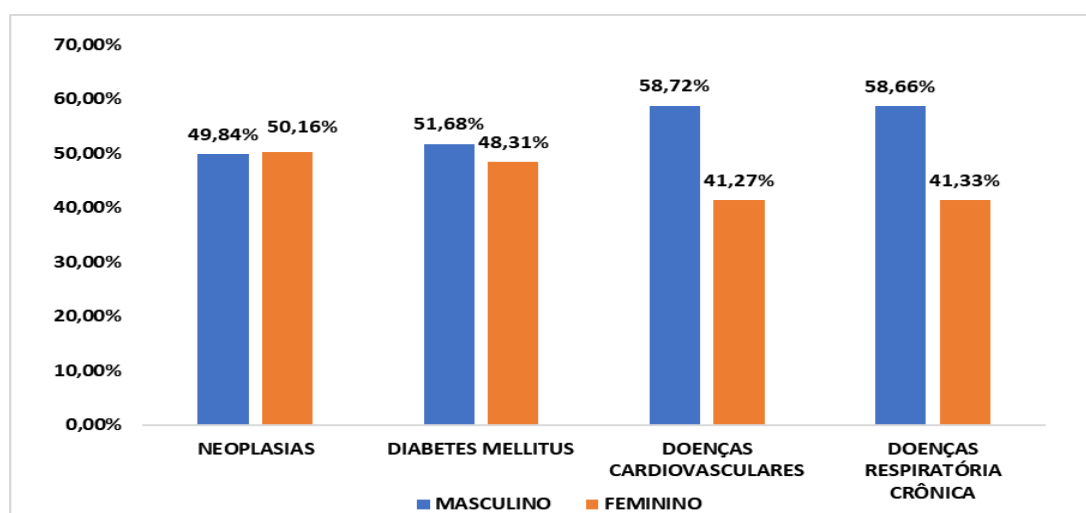


Gráfico 54. Proporção de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT* desagregadas, segundo sexo. Bahia, 2015-2021**.

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

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

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

Dada a heterogeneidade dos territórios, faz-se importante a análise por macrorregiões de saúde a fim de identificar suas peculiaridades. A evolução da taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por DCNT por macrorregião, no período de 2015 a 2021, está representada no **Quadro 42**. Ao analisar o perfil epidemiológico das DCNT no panorama das macrorregiões de saúde observa-se similaridade com seu comportamento em nível estadual. Em todas elas, identificam-se as doenças do aparelho circulatório como primeira causa de mortalidade prematura, seguidas das neoplasias.

Quadro 42. Taxa de mortalidade prematura padronizada pelos quatro principais grupos de DCNT* na população de 30 a 69 anos por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2021**.

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

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

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

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

A organização do cuidado em saúde para a pessoa idosa na Bahia está embasada na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e na Lei nº 12.925, de 17 de dezembro de 2013 que dispõe sobre a Política Estadual da Pessoa Idosa e tem como diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersectoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social. Diante do impacto das DCNT, é fundamental conhecer os dados sobre esse conjunto de doenças na população prematura de idosos (de 60 a 69 anos). Na série histórica de 2015 a 2021, observa-se que para este grupo as taxas são mais elevadas para as doenças cardiovasculares e neoplasias; para o diabetes, há pouca flutuação, com pequeno declínio em 2020 e elevação em 2021; já para as doenças respiratórias crônicas identifica-se declínio sustentado a partir de 2019 (**Gráfico 55**).

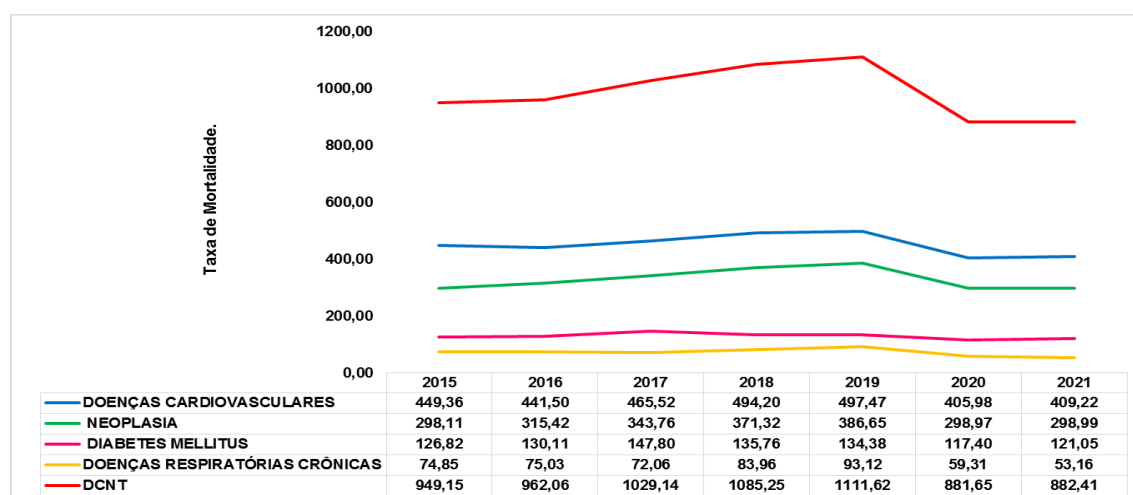


Gráfico 55. Taxa de mortalidade prematura padronizada pelos quatro principais grupos de DCNT* na população de 60 a 69 anos. Bahia, 2015-2021**

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM/IBGE/Datasus.
 DCNT* = CID-10: I00-I99(doenças cardiovasculares), C00-C97 (neoplasias), E10-E14(diabetes) e J30-J98 (doença respiratória crônica, exceto J-36.
 Dados preliminares, acessados em 10/03/2023, sujeitos a alterações.

3.2.3.2.1 Diabetes

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

Quadro 43. Taxa de mortalidade padronizada por diabetes mellitus segundo sexo e macrorregião de residência. Bahia, 2015-2022.

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

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM

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

As internações por amputação do pé/tarso e membros inferiores vêm crescendo nos últimos dez anos no Brasil. Em 2021, representaram 9% das causas de internação decorrente de complicações do diabetes *mellitus*. Para a Bahia, esse indicador está em torno de 60%, excluindo-se os dados de 2022, por serem preliminares. Essa complicação do diabetes é uma das mais graves, de maior impacto socioeconômico e mais frequente na população. As macrorregiões que registraram maiores proporções de amputação foram Nordeste, Centro-Norte e Centro-Leste, superando a alcançada pelo estado (**Tabela 21**).

Tabela 21. Proporção de amputação do pé/tarso e membros inferiores, decorrente de complicações de diabetes *mellitus*, por macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022*.

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

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

Acessadas em 04/04/2023.

Código do procedimento/SIGTAP 0408050020

Em resposta a essa situação, a Sesab, por meio das Diretorias de Atenção Básica (DAB) e Atenção Especializada (DAE) e em parceria com outras áreas da secretaria, vem implementando o projeto “Sala do pé diabético”, que objetiva a formação de profissionais e a incorporação de tecnologias voltadas à prevenção e ao controle de “feridas complexas” e, consequentemente, à redução das amputações por essa causa. O projeto inclui um curso na modalidade EaD. Aos municípios que concluírem o curso e tiverem aderido à Resolução CIB nº140/2018, é distribuído um kit composto por: mesa fixa, carro de curativo, esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, monofilamento. Atualmente 193 (46,3%) municípios aderiram ao projeto.

A organização em Redes de Atenção à Saúde é de fundamental importância para assegurar a atenção integral às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Nesse sentido, a DAB, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), vem implementando a Planificação da Atenção à Saúde. As linhas de cuidado priorizadas foram a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM).

3.2.3.2.2 Hipertensão arterial

Como DCNT de alta prevalência no estado e importante fator de risco associado às doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica responde por elevado número de internações e óbitos. No período de 2015 a 2023, foram internados 50.267 indivíduos por hipertensão arterial. Dados do SIM revelam que na série histórica de 2015 a 2021 foram a óbito por essa causa 21.903 baianos. Já por infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, dois dos desfechos mais frequentes decorrentes da hipertensão arterial não diagnosticada, não controlada ou inadequadamente tratada, morreram 41.544 e 30.181 indivíduos respectivamente (**Quadro 44**).

Quadro 44. Número de óbitos por hipertensão arterial essencial, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2021.

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

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

As taxas de mortalidade por infarto agudo do miocárdio e hipertensão arterial apresentam tendência de elevação sustentada no período de 2015 a 2021. Já a taxa de mortalidade por acidente vascular, embora alta, apresenta tendência de estabilidade, com pouca flutuação no mesmo período (**Gráfico 56**).

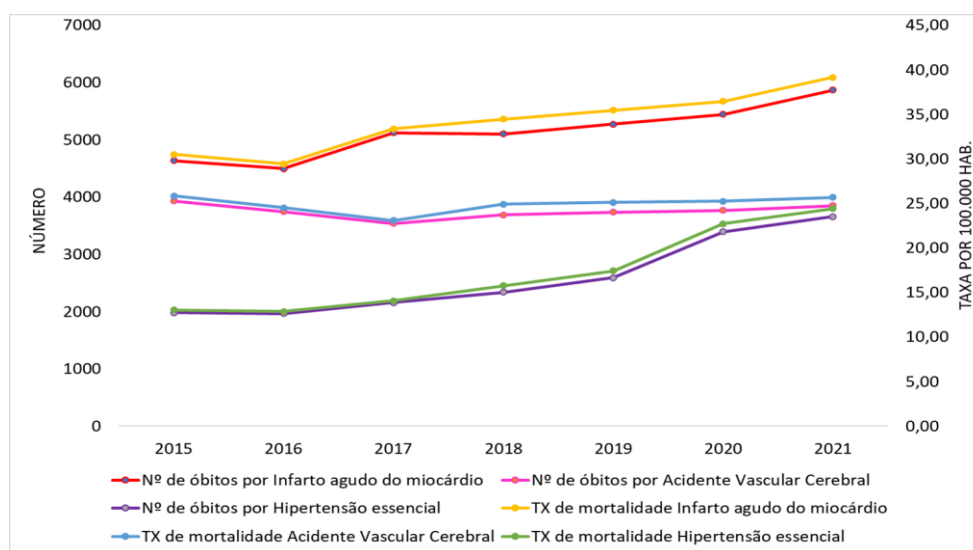


Gráfico 56. Número de óbitos e taxa de mortalidade/100 mil hab. por infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial essencial. Bahia, 2015-2021.

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

3.2.3.2.3 Neoplasias

A análise da evolução do número de óbitos por neoplasias no período de 2010 a 2020 demonstra que para as pessoas do sexo feminino as mortes por neoplasias de mama foram duas vezes mais frequentes do que as por neoplasias do colo do útero. Para o masculino as

neoplasias de brônquios e pulmões, que figuraram como primeiro lugar no *ranking*, apresentaram pouca variação em relação às do estômago. As neoplasias de mama tiveram um incremento de 51,0%, passando de 484 em 2010 para 731 em 2020. Para as neoplasias de brônquios e pulmões no sexo masculino, o incremento foi de 31,0%, passando de 266 em 2010 para 348 em 2020 (**Gráfico 57**).

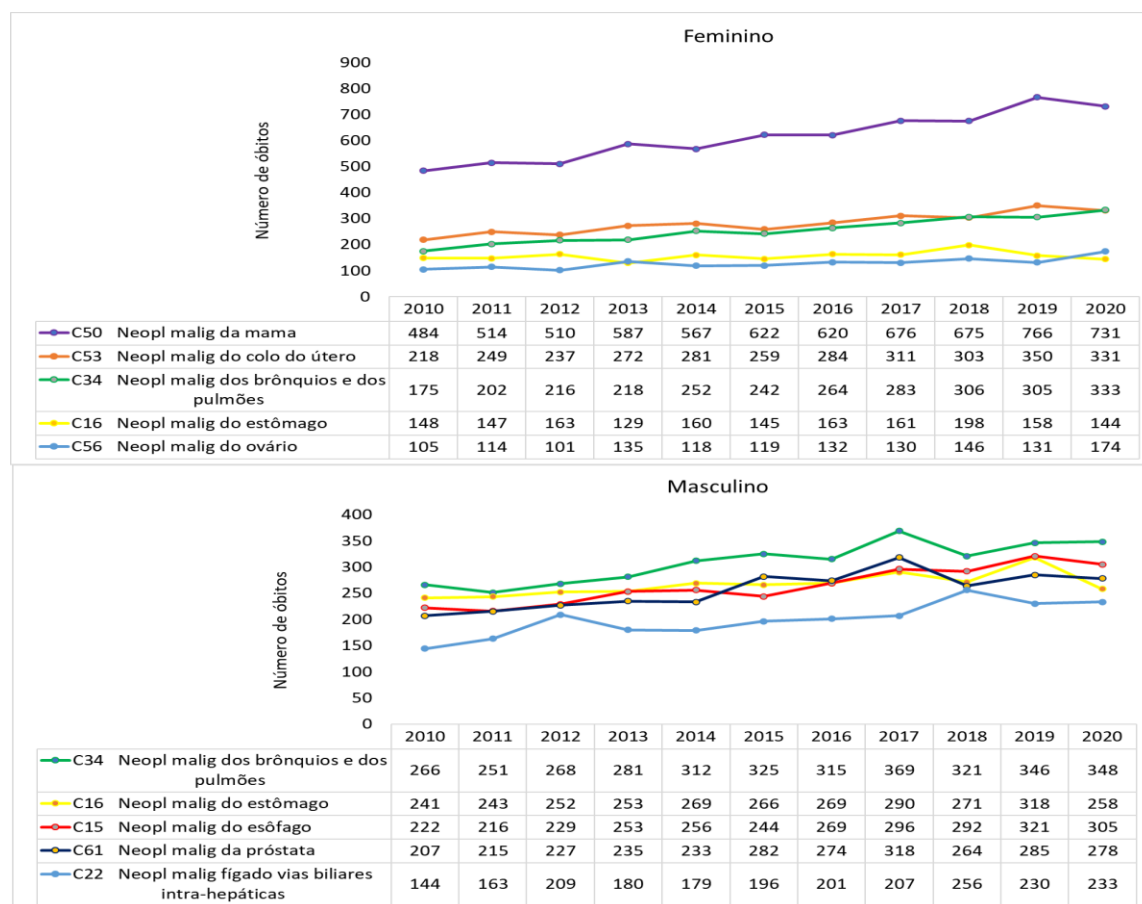


Gráfico 57. Evolução do número de óbitos do *ranking* das cinco primeiras neoplasias de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2020.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM. Dados acessados em 20/06/2022.

A razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos na Bahia em 2020 foi de 0,14. Na cuja análise, deve-se considerar o início da pandemia do coronavírus e os impactos negativos na realização de procedimentos eletivos.

Ao analisar a série histórica da razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina na mesma faixa etária, na Bahia (**Gráfico 58**), verifica-se crescimento até 2017 e declínio a partir de 2018. Entretanto, considerando o início da pandemia de covid-19 em 2020, os impactos negativos na realização de procedimentos eletivos, a queda desse indicador seria uma consequência esperada. Já em 2021, a razão foi de 0,25, podendo denotar retomada gradual das ações de rastreamento por mamografia para a faixa etária definida.

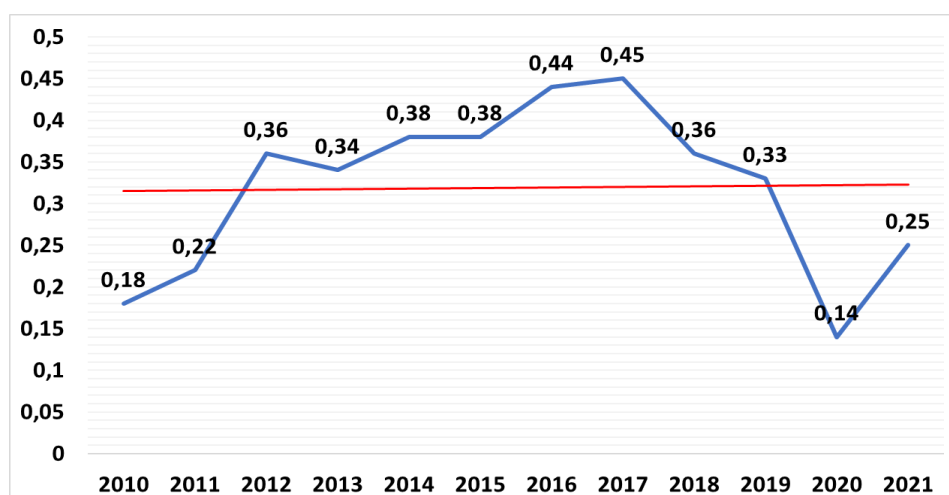


Gráfico 58. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos segundo o ano. Bahia, 2019-2021*.

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus-SIASUS/Sesab/Suvisa/Divep/Coass.
Dados acessados em 17.03.2022.

Ao avaliar comparativamente as razões da realização de mamografias por macrorregião de saúde entre 2019, 2020 e 2021 verificamos que houve diminuição em 2020, em comparação com 2019, com exceção da macrorregião Nordeste, que apresentou um aumento atípico para o ano de pandemia (passou de 0,16 em 2019 para 0,39 em 2020). As razões em 2021 aumentaram, se comparadas àquelas de 2020, com exceção da macrorregião Nordeste, que apresentou redução (de 0,39 para 0,07) (**Quadro 45**).

Quadro 45. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 segundo macrorregião de residência. Bahia, 2019-2021*.

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

Fonte: Sesab/Sais/DAE/CRAE.

Considerando a necessidade de promover ações de orientação, detecção e encaminhamento para tratamento precoce do câncer de mama, o estado da Bahia implantou o Programa Estadual de Rastreamento do Câncer de Mama – Estratégia Itinerante, complementar à rede de atenção à saúde, atuando em ciclos de atenção nas Regiões de Saúde do Estado, priorizando mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos. A programação das ações da Estratégia Itinerante é feita a partir dos dados acompanhados pelo indicador

(razão de mamografia na faixa etária de 50 e 69 anos), juntamente com o monitoramento dos resultados apresentados no último período em que a região recebeu a estratégia, sendo priorizados os ciclos de atenção.

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

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

A razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos é o indicador de monitoramento desse tipo de neoplasia. Na Bahia, a partir de 2013, observa-se importante queda na razão de exames citopatológicos do colo do útero. Desde então, vem mantendo razões anuais, variando entre 0,32 e 0,36 até 2019. Em 2020, houve uma queda abrupta do indicador (0,16), devendo-se considerar na análise o impacto negativo da pandemia do novo coronavírus no que tange aos procedimentos eletivos, incluindo ações de rastreamento.

Ao avaliar o indicador em 2021, por macrorregiões de saúde, observa-se que quatro delas têm razão abaixo da média estadual: Centro-Leste (0,25), Extremo Sul (0,26), Leste (0,20) e Sul (0,25); e as outras cinco: Centro-Norte (0,46), Nordeste (0,31), Norte (0,30), Oeste (0,46) e Sudoeste (0,32) estão acima da média estadual (**Quadro 46**).

Quadro 46. Razão de exames citopatológicos do colo do útero de mulheres de 25 a 64 anos segundo macrorregião de residência. Bahia, 2019-2021*.

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

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus-Siasus/Sesab/Suvisa/Divep/Coass.
Dados acessados em 17.03.2022.

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep) realiza o monitoramento dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), bem como a qualidade da informação produzida por eles, possibilitando o conhecimento da assistência prestada nas unidades de saúde com serviço de oncologia e, consequentemente, a produção de indicadores fundamentais para subsidiar as políticas públicas da atenção oncológica. Com o objetivo de padronizar e facilitar o acesso às informações, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998, tornou obrigatória a implantação do RHC em centros de atendimentos em oncologia.

O monitoramento é realizado por meio do banco de dados do Sistema Integrador do Instituto Nacional do Câncer (Inca). Considerando a população total do estado, no período de 2017 a 2020, com base no integrador do RHC/Bahia, observou-se que os cinco principais tipos de câncer segundo a localização primária do tumor foram: próstata, mama, pele, colo de útero e tireóide (**Gráfico 59**).

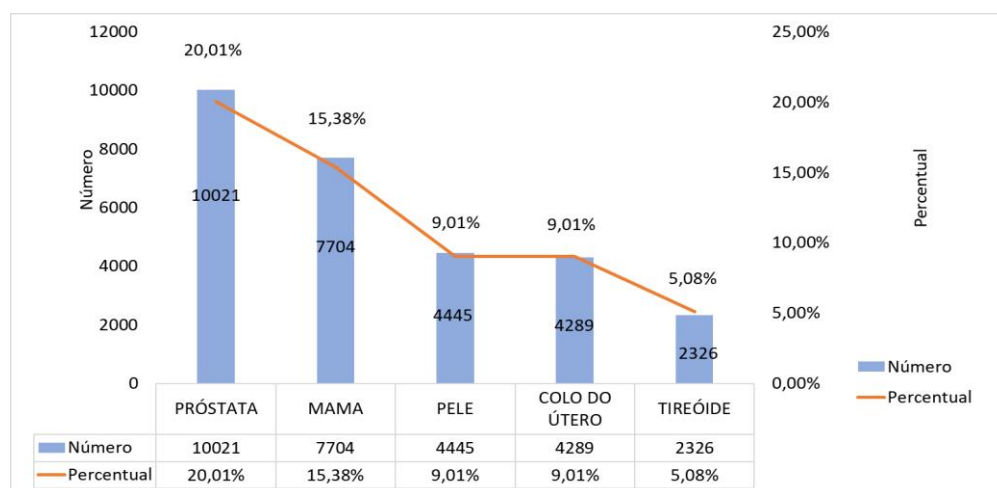


Gráfico 59. Número e percentual dos cinco principais tipos de câncer segundo a localização primária do tumor. Bahia, 2017-2020*.

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

O diagnóstico precoce é a primeira etapa para que os bons resultados sejam alcançados no tratamento das neoplasias. Com essa resposta em mãos espera-se que o tratamento seja iniciado em sessenta dias, evitando que a doença avance³⁴. Em vigor desde 2012, a Lei nº 12.732 do Ministério da Saúde estabelece que o primeiro tratamento oncológico no SUS deva ser iniciado no prazo máximo de sessenta dias a partir da assinatura do laudo patológico, ou em prazo menor, conforme necessidade terapêutica do caso registrada no prontuário do paciente. Contudo, verifica-se que na Bahia, no período de 2017 a 2020, a média de espera para início do tratamento foi à superior à prevista na lei. Para os pacientes que chegaram aos serviços de saúde sem diagnóstico e sem tratamento, os percentuais de mais de sessenta dias foram superiores a 34%; e para os com diagnóstico

e sem tratamento, superior a 62%. Para 2020, os dados são preliminares, visto que apenas 20% dos RHC ativos no estado enviaram os dados (**Tabela 22**).

Tabela 22. Percentual do intervalo de tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento das neoplasias. Bahia, 2017-2020.

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

Fonte: Inca/RHC-Bahia.

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

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

Outro aspecto importante a ser considerado para o sucesso do tratamento é a adesão do paciente ao plano terapêutico, bem como, a identificação dos principais obstáculos da Rede de Atenção à Saúde que possam intensificar o abandono da terapia. Na Bahia, no período analisado (2017-2020), foi registrado abandono de 794 pacientes. Desses, 504 (63,5%) eram do sexo masculino e 290 (36,5%) do sexo feminino.

Paralelamente às ações do RHC, há os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), que permitem determinar o comportamento temporal das neoplasias. Esses dados facilitam a definição de políticas públicas para o câncer e o planejamento das intervenções a serem implementadas, de acordo com as necessidades regionais. Atualmente, são 47 fontes ativas e a coleta dos dados vem sendo feita em seis delas. De acordo com os relatórios produzidos por meio do RCBP, identificou-se o quantitativo de 73.495 registros em sistema no período de (2007 a 2017) no município de Salvador. Observa-se que há uma redução no número de registros de câncer até 2012. A partir de então, nota-se o crescimento até 2015, voltando a decrescer em 2016-2017 (**Gráfico 60**).

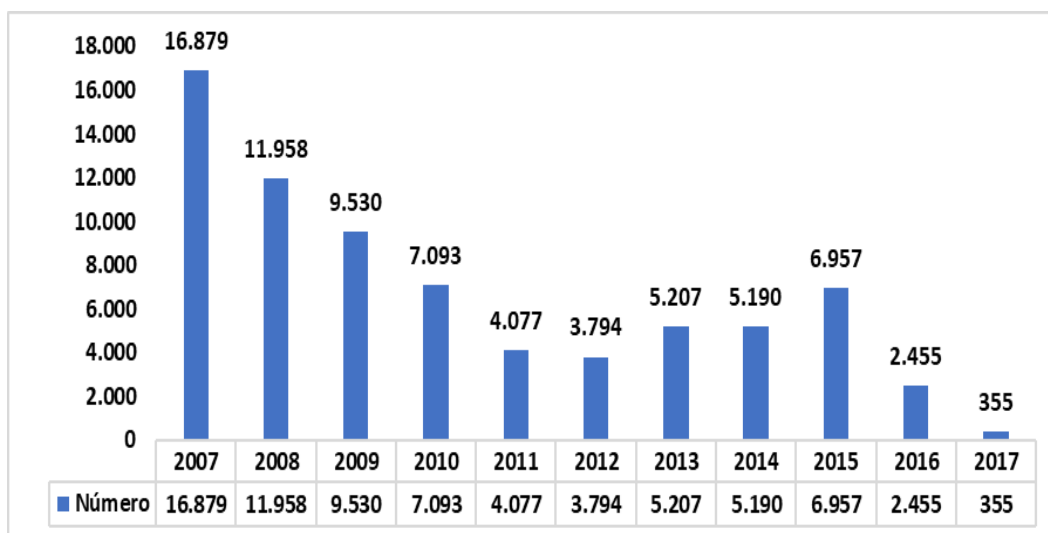


Gráfico 60. Número de caso de câncer, segundo ano de registro. Salvador, Bahia. 2007-2017.

Fonte: Inca/RCBP - Bahia.

É importante registrar a importância do instrumento Painel-Oncologia, desenvolvido pelo Ministério da Saúde para monitorar a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. As informações do painel se referem ao tempo de início do primeiro tratamento oncológico calculado a partir da informação das datas de diagnóstico e de tratamento registradas no SIA (Apac e BPA-I), SIH e Siscan.

Ainda com relação às DCNT, é importante considerar sua interface com a saúde bucal. A presença de infecções envolvendo os tecidos orais origina quadros de septicemia e endocardite infecciosa, prejudica a cicatrização e desregula a resposta inflamatória, causando alterações no colágeno e lesões vasculares. Consequentemente, o controle glicêmico em diabéticos é afetado negativamente e a presença de microrganismos provenientes da cavidade oral, circulando na corrente sanguínea, promove a formação de coágulos que aumentam o risco de agravamento de doenças cardiovasculares³⁵.

Ressalta-se que no último SB Brasil³⁶ os dados relativos às doenças periodontais indicam um crescimento dessas situações com o aumento da idade da população, requerendo um olhar direcionado para o controle da doença, prevenindo, consequentemente, o agravamento das DCNT. No Brasil, o Inca estimou para cada ano do triênio 2020-2022 14,7 mil novos casos de câncer bucal, correspondendo a um risco estimado de 10,70 novos casos a cada 100 mil pessoas.

3.2.3.2.4 Doença falciforme

Considerando a doença falciforme (DF) como a doença hereditária monogênica mais comum no Brasil, com predominância nos afrodescendentes e que, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2018, 81,1% da população baiana se

autodeclara negra (pretos e pardos), ela apresenta um importante indicador da incidência da doença no nosso estado. Segundo o Ministério da Saúde, através dos dados coletados dos diversos estados brasileiros por meio do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), em média, nascem 3.500 crianças com DF por ano no Brasil, com incidência média de um caso a cada mil nascidos vivos (1:1000 NV). Para a Bahia, esse número é de 1:650 NV, com casos da doença em todos os 417 municípios.

Diversos fatores contribuem para que as pessoas com doença falciforme convivam com dificuldades em relação aos atendimentos de urgência e emergência, em que passam longas horas até serem atendidas. Historicamente o atendimento às pessoas com doença falciforme deu-se por meio de centros especializados, os hemocentros. Com o advento da Portaria nº 1395/2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, estabeleceu-se um novo desenho assistencial com foco na Atenção Primária, que passaria a atuar não somente como porta de entrada da assistência, mas ofertaria um maior leque de serviços na prevenção de agravos e promoção da saúde e, estaria mais presente fazendo com que essa atenção pudesse ser mais rápida.

Entre os desafios a serem superados estão a fragilidade na Atenção Primária devido à falta de capacitação dos profissionais, ao não uso dos protocolos clínicos validados pelo Ministério da Saúde e à indefinição de linhas de cuidado com um adequado e resolutivo sistema de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária, unidades de urgência e emergência, hospitais e maternidades de gestação de alto risco que atendam e façam o acompanhamento das intercorrências agudas. Outras questões pertinentes são a dificuldade na marcação de exames importantes, como doppler transcraniano, o enfrentamento de longas viagens do interior para Salvador para ter atendimento especializado com hematologista, a dificuldade no acesso aos medicamentos, como ácido fólico, fenoximetilpenicilina potássica e a hidroxiuréia.

A macrorregião Leste concentra o maior número de serviços e as transfusões sanguíneas em sua maioria, são realizadas Salvador. Considerando a localização geográfica dos serviços de Atenção Especializada que atendem pessoas com Doença Falciforme, das nove macrorregiões, as que apresentam menor cobertura são a Norte, a Centro-Norte, a Sudoeste e a Extremo Sul (**Quadro 47**).

Quadro 47. Distribuição de equipamentos de saúde voltados para atenção à pessoa com doença falciforme por macrorregião de saúde.

Macrorregião de Saúde	Município	Equipamentos
Leste	Salvador	APAE
		Multicentro de Saúde Carlos Gomes
		Multicentro de Saúde Vale das Pedrinhas
Centro-Leste	Lauro de Freitas	Centro Estadual de Referência as Pessoas com Doença Falciforme Rilza Valentim-HEMOBA
		Policlínica Municipal Professor Carlos Bastos
		Unidade de Apoio às Pessoas com Doença Falciforme-UNIFAL
Nordeste	Feira de Santana	Programa Municipal de Apoio as Pessoas com Doença Falciforme
Sul	Alagoinhas	Centro Especializado de Cuidados em Anemia Falciforme - CAIDH/CECAF
	Ilhéus	Programa de Doença Falciforme de Ilhéus - PRODOFI
	Itabuna	Centro de Referência da Doença Falciforme de Itabuna
Oeste	Barreiras	Centro de Saúde Leonídia Ayres de Almeida

Fonte: Sesab/Sais/DGC/CPES. Dados de abril de 2023.

Das 28 regiões de saúde, apenas nove têm ambulatórios especializados, o que mostra a baixa disponibilidade de oferta de consulta com hematologista na RAS, tornando difícil a logística das famílias no acesso a esses ambulatórios. Vale ressaltar que o racismo estrutural e institucional impacta no acesso à saúde dessa população, já que sua maioria é composta por pessoas autodeclaradas negras e pardas segundo dados do IBGE.

Sobre os dados dessa população, há pouco mais de 4.400 pessoas com doença falciforme notificadas no Sinan/BA, evidenciando falta de preenchimento das notificações por parte dos profissionais de saúde, bem como ausência de preenchimento do CID D57 (transtornos falciformes) nos formulários de atendimento, já que se estima uma população de quase 30 mil pessoas com a doença no estado (Sesab/DGC).

Registram-se avanços a partir de 2017 com a publicação da Portaria Estadual nº 1.290/2017 que definiu e atualizou a Lista Estadual de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, na qual foram incluídos a doença/transtorno falciforme; a publicação da Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (Portaria SES/BA nº 566/2022); a constituição do Comitê de Assessoramento Técnico em Doença Falciforme-CAT/DF, conforme Portaria SES/BA nº 548/2022 (alterada pela Portaria SES/BA nº 566/2022); os avanços tecnológicos no manejo da doença falciforme, como a introdução de medicamentos (hidroxiuréia) e exames de imagem (doppler transcraniano), que possibilitam a melhoria da qualidade de vida e o aumento da longevidade das pessoas

com essa enfermidade; e, por fim, a inauguração do Centro Estadual de Referência às Pessoas com Doença Falciforme Rilza Valentim – sob a gestão da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado da Bahia (Hemoba).

É importante ressaltar que o papel docente e assistencial do centro de referência, também o papel de matriciamento, atua na possibilidade concreta de se estabelecer, conforme previu-se nas políticas públicas referenciadas acima, um novo modo de produzir saúde entre duas ou mais equipes, fomentando um processo de construção compartilhada para que, de forma regionalizada e de acordo com as potências e possibilidades locais, formate-se uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica para os pacientes. Com esse conceito, potencializa-se a integração e articulação entre os profissionais da equipe de saúde da família e os profissionais especialistas. Ferramentas como telessaúde e telemedicina são viáveis e importantes para esse processo.

3.3 - ESTATÍSTICAS VITAIS

As estatísticas vitais são utilizadas e reconhecidas como valiosas fontes de informações acerca da situação de saúde das populações. Destacamos nesta análise indicadores referentes a nascidos vivos e óbitos.

3.3.1 - Nascidos vivos

As informações sobre natalidade são provenientes do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc), que tem como instrumento base a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada pelo Ministério da Saúde. A razão entre nascidos vivos informados e estimados no Sinasc é um indicador que contribui para o desenvolvimento operacional do sistema e de ações para o incentivo do registro civil de nascimentos; orienta a escolha da melhor fonte de dados de nascidos vivos no cálculo de indicadores; subsidia o aperfeiçoamento de estimativas obtidas por métodos demográficos indiretos; e contribui para a melhoria da qualidade da informação em saúde sobre nascimento³⁷. O cálculo desse indicador por região de saúde não é recomendado devido à indisponibilidade de estimativas de nascimentos desagregados por regional e município por parte do IBGE, pois gera muitas distorções, principalmente em anos distantes do último censo.

Observa-se na série histórica de 2015 a 2022 uma redução tanto da quantidade de nascimentos informada no Sinasc quanto dos números estimados pelo IBGE ao longo dos anos. No período, foram observados dois contextos epidemiológicos que podem ter contribuído para a redução do número de nascimento: o primeiro provavelmente relacionado aos casos de microcefalia com a infecção pelo vírus Zika durante a gestação; e o segundo, decorrente da pandemia do coronavírus (**Gráfico 61**).

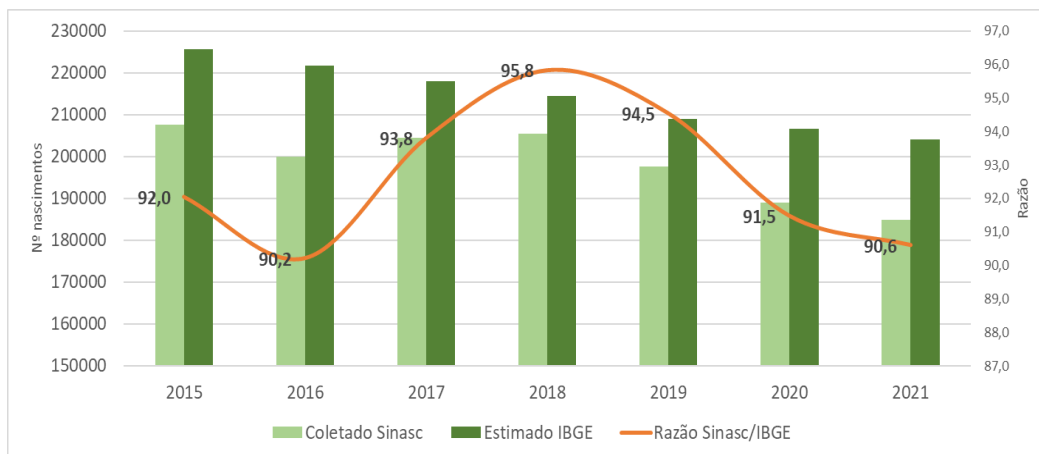


Gráfico 61. Razão entre nascimentos coletados pelo Sinasc e estimados pelo IBGE. Bahia, 2015 - 2021*.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/ Sinasc/ IBGE.

*Dados preliminares, atualizados em 01/03/2023.

Para o percentual de completitude dos campos da declaração de nascidos vivos (DNV), foi definida a variável “instrução da mãe”, como marcador, para representar completitude das variáveis da DNV por esse dado ser um dos fatores mais relevantes para a redução do risco de morte infantil. Esse indicador é utilizado para avaliar a qualidade do preenchimento DNV visto que o banco do Sinasc serve de base para o cálculo de importantes indicadores de saúde, como taxas de mortalidade infantil e materna, natalidade e cobertura vacinal, além de permitir diagnósticos de saúde, vigilância e monitoramento de recém-nascidos de risco, identificar a oferta de serviços que realizam partos e analisar a distribuição territorial e temporal dos eventos, bem como apoiar a definição de políticas públicas de saúde na área materno-infantil. Observa-se na série histórica um comportamento com pequena variação de 1% entre os anos de 2015 e 2021 (**Gráfico 62**).

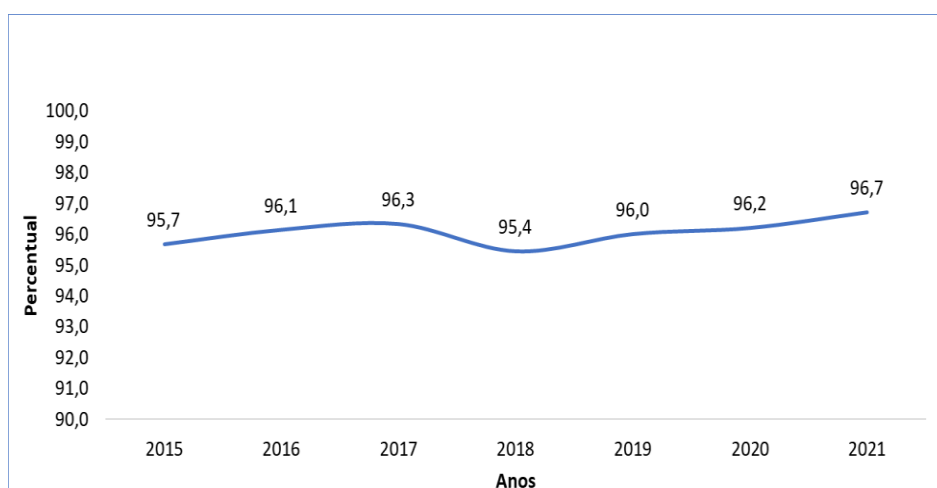


Gráfico 62. Percentual de completitude dos campos da DNV. Bahia, 2015 - 2021*.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinasc/IBGE.

*Dados preliminares, atualizados em 01/03/2023.

3.3.2 – Óbitos Gerais

As análises sobre mortalidade oferecem elementos essenciais para o monitoramento de doenças e agravos nos diversos grupos populacionais, viabilizando, a avaliação das ações e o planejamento de políticas de saúde.

A partir dessa reflexão, os óbitos declarados com causa mal definida (CMD) fazem parte do escopo de problemas frequentemente associados ao acesso aos meios de apoio diagnóstico e à qualidade da assistência prestada à população nos serviços de saúde. Na Bahia, analisando a mortalidade proporcional por principais grupos de causas no período de 2015 a 2021*, observa-se o predomínio da CMD entre as primeiras causas de óbito (**Gráfico 63**). Problemas no preenchimento da declaração de óbito, com o emprego de termos imprecisos e expressões dúbias, prejudicam a identificação da causa básica da morte, bem como a disponibilidade de recursos médico-assistenciais que permitam um diagnóstico final.

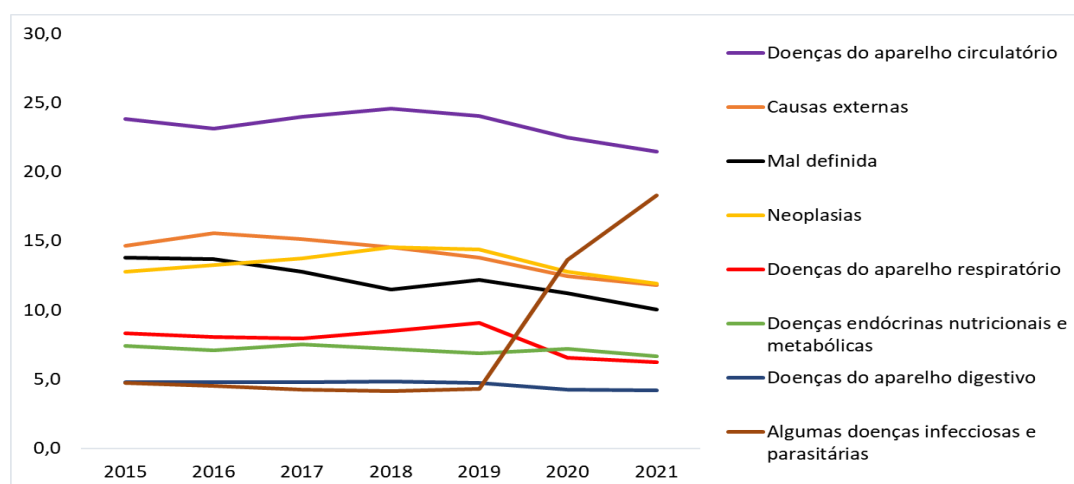


Gráfico 63 - Mortalidade proporcional por principais grupos de causas. Bahia, 2015-2021*
Fonte: SIM.

Período de 2015 a 2020: MS/SVS/CGIAE. Ano 2021: Sesab/Suvisa/Divep.

* Dados preliminares, atualizados em 01/03/2023, acessados em 06/03/2023.

A meta estabelecida pelo Ministério da Saúde é que 90% dos óbitos registrados no SIM estejam com a causa definida, ou seja, é aceitável que até 10% dos óbitos tenham causas mal definida. Quanto maior o percentual de óbitos com causas definidas, mais real será o perfil de mortalidade de um município, estado ou país, tornando-se o alicerce para subsidiar as tomadas de decisões do gestor priorizando o emprego dos recursos para prevenir mortes precoces e evitáveis. Visando reduzir a taxa de óbitos com causas mal definidas no país, o Ministério da Saúde instituiu em 2009 a Vigilância do Óbito com Causa Mal Definida.

Por meio da análise temporal do percentual de óbitos com causas definidas no período de 2015 a 2021 (**Gráfico 64**), percebe-se uma melhoria desse indicador tanto para o estado quanto para suas macrorregiões.

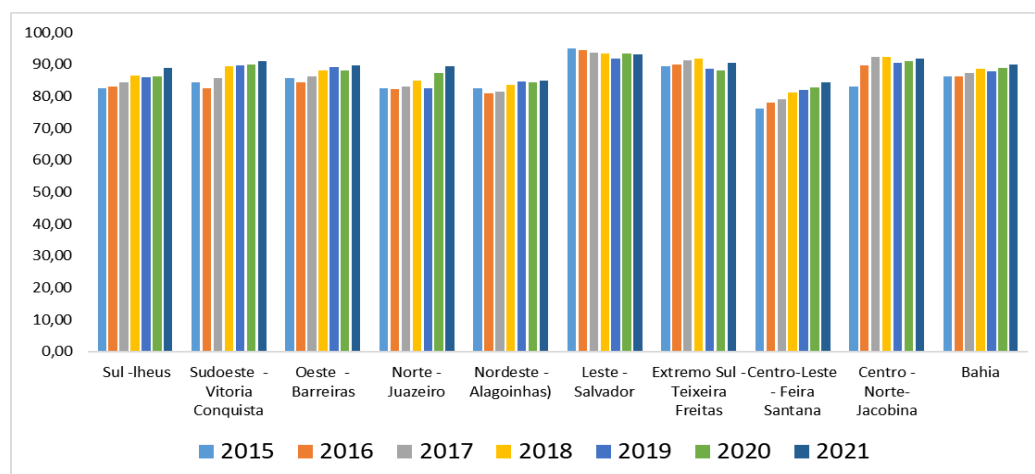


Gráfico 64. Percentual de registros de óbitos com causas definidas, por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2021*.

Fonte: SIM.

Período de 2015 a 2020:MS/SVS/CGIAE. Ano 2021: Sesab/Suvisa/Divep.

* Dados preliminares, atualizados em 01/03/2023, acessados em 06/03/2023.

A melhoria progressiva desse indicador pode estar associada ao apoio técnico da equipe estadual (Vigilância de Óbitos e do Sistema de Informação sobre Mortalidade). No entanto, apesar dos avanços alcançados, ainda é um grande desafio para o estado, pois quando comparamos a proporção de óbitos com causa mal definida com os demais estados da federação, no ano de 2020, a Bahia ocupou a segunda maior proporção de óbitos com causa mal definida do país, juntamente com o estado do Amazonas (11,2%), sendo o Acre o estado com maior proporção de CMD (13,6%).

3.3.2.1- Óbitos Maternos

A mortalidade materna é inaceitavelmente alta em alguns países. Cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto em todo o mundo. Estima-se que, em 2015, cerca de 303 mil mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto. Quase todas essas mortes ocorreram em ambientes com poucos recursos; a maioria delas poderia ter sido evitada³⁸. A morte materna é um evento de notificação compulsória. A investigação dos óbitos maternos leva a informações sobre os problemas da rede e da assistência, possibilitando intervenções para a prevenção de novos óbitos nessa população.

A vigilância do óbito materno, por meio dos sistemas de informação, auxilia os gestores a conhecerem os determinantes que o causam e na tomada de decisões quanto às medidas de prevenção e controle. A meta do estado da Bahia para investigação de óbitos

maternos é de 100%. A fonte de dados é o Módulo de Investigação de Óbito Materno no SIM. Na Bahia, no período de 2015 a 2021*, foram notificados 948 óbitos maternos. Desses, 714 foram investigados, correspondendo a 73,3% do total. Pode-se observar que ao longo dos sete anos analisados a meta do indicador não foi alcançada (**Quadro 48**).

Quadro 48. Número e proporção de óbitos maternos investigados segundo macrorregião. Bahia, 2015-2021.

Macrorregião de saúde	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro-Leste	21	80,7	12	57,1	13	59	11	68,7	2	16,6	1	12,5	14	38,4
Centro-Norte	7	77,7	6	85,7	4	66,6	6	60	5	100	4	57,1	6	85,7
Extremo Sul	9	81,8	6	85,7	5	55,6	8	100	3	42,8	6	60	5	100
Leste	35	100	30	93,7	34	85	26	78,9	20	77	22	41,5	53	81,5
Nordeste	7	87,5	7	87,5	4	100	5	71,4	2	40	7	77,7	5	63
Norte	13	100	10	100	15	100	9	90	6	85,7	11	78,5	16	88,9
Oeste	8	88,8	4	50	10	100	5	62,5	9	69,2	9	60	23	92
Sudoeste	10	83,3	12	85,7	10	66,6	7	87,5	9	64,2	11	52,3	20	95,2
Sul	15	100	9	100	13	86,6	10	76,9	6	60	4	44,4	18	75
Ignorado - BA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahia	115	83,3	97	82,9	108	80,6	79	69,9	62	60,7	75	51,3	160	80,4

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM. Acesso em 16/03/2023. Atualizado em 08/03/2023.

Quanto a razão da mortalidade materna (RMM), analisada para o mesmo período, houve uma variação de 65,0 mortes por 100 mil nascidos vivos em 2015; de 100,8/100 mil em 2021; enquanto em 2022 a RMM foi de 50,8/100 mil, considerando, porém, que para este último ano os dados são bastante preliminares.

Em 2022, foram notificados 98 óbitos maternos declarados, com 57 mortes investigadas, correspondendo a 58,1%*, um percentual bem abaixo do esperado quando comparado com a meta estabelecida (100%). Nenhuma das macrorregiões de saúde atingiu a meta (**Gráfico 65**).

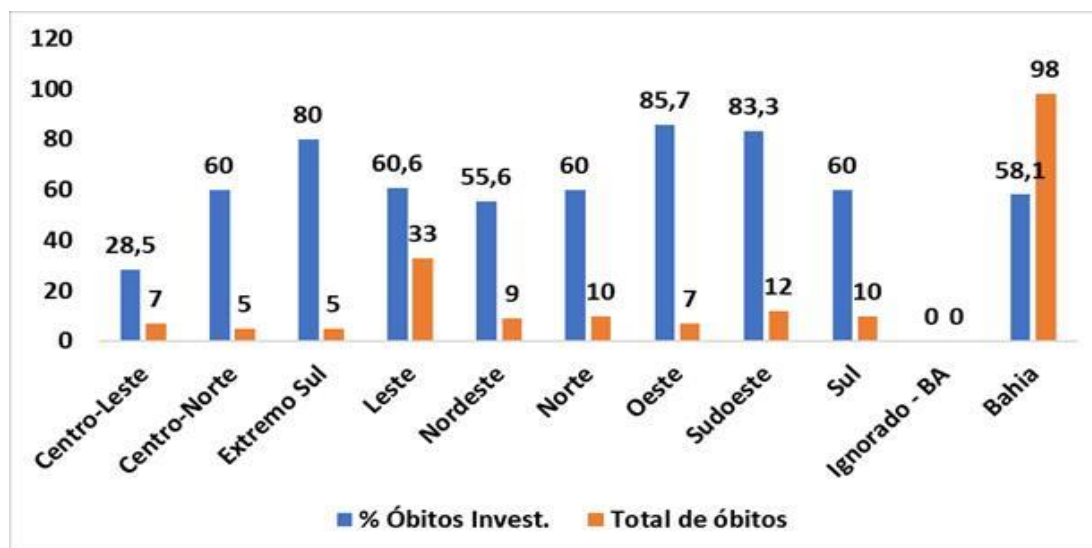


Gráfico 65. Número de óbitos maternos e proporção de óbitos investigados segundo macrorregião de saúde. Bahia 2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM. Acesso em 16/03/2023. Atualizado em 08/03/2023.

Vale ressaltar o prazo de até 120 dias, estabelecido em Portaria Ministerial (Portaria nº 1.119, de 05 de junho de 2008), para que os municípios concluam todo o processo de vigilância do óbito, com alimentação e atualização, no SIM. Sendo assim, parte destes óbitos notificados neste sistema está no prazo para conclusão da investigação.

3.3.2.2 - Óbitos infantis e fetais

A relevância conferida à redução da mortalidade infantil pela comunidade internacional é fundamentada pela inserção desse aspecto nos objetivos do desenvolvimento sustentável, preconizados pela Organização das Nações Unidas (ONU). O objetivo 3, tem a finalidade de cessar as mortes evitáveis com a redução da mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos³⁹.

A análise dos óbitos evitáveis é um indicador significativo e seu monitoramento frequente é de grande importância na avaliação da qualidade da atenção à saúde⁴⁰. Vale ressaltar que a Portaria nº 72 do Ministério da Saúde, de 11 de janeiro de 2010, em seu art. 3º, refere que os óbitos infantis e fetais são classificados como eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (dos serviços públicos e privados), tanto da vigilância em saúde, como da assistência à saúde, objetivando identificar os fatores determinantes, bem como subsidiar a adoção de medidas que previnam a ocorrência de óbitos evitáveis.

O Ministério da Saúde preconizou que a meta de investigação dos óbitos infantis e fetais é de no mínimo 50% esse monitoramento é realizado por meio do módulo de investigação do SIM. Na Bahia optou-se pela instituição do indicador estratégico com a denominação da “Proporção de óbitos infantil e fetal investigados por residência”, no qual o

cálculo é efetuado da seguinte maneira: total de óbitos infantis e fetais investigados x100 / total de óbitos infantis e fetais ocorridos.

Referente ao número de óbitos infantis e fetais ocorridos na Bahia no período de 2015 a 2021 e à proporção de investigação, nota-se que 2015 foi o ano em que mais óbitos ocorreram (6.328), com proporção de 61,6% de investigação. Apesar da oscilação nessa série, em linhas gerais, percebe-se uma tendência de diminuição das mortes, bem como alcance da meta (mínimo 50%) de óbitos investigados pelo estado, em todos os anos citados.

Com relação às macrorregiões de saúde, Centro-Norte, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul, em todo o intervalo, não só alcançaram, como ultrapassaram a meta de investigação definida pelo Ministério da Saúde (**Quadro 49**). Já a macro Leste, no recorte temporal 2015-2021, não alcançou a meta em nenhum dos anos e o melhor desempenho foi em 2019, com 47,5% do total de óbitos (1.591) investigados.

Quadro 49. Número de óbitos infantis e fetais notificados e proporção de investigados, por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2021.

Macrorregião de saúde	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro-Leste	863	55,9	879	44,7	851	41,5	894	33,1	731	58,1	728	48,2	801	49,7
Centro-Norte	344	81,4	328	74,4	306	82,7	356	80,6	297	89,2	250	79,6	327	77,4
Extremo Sul	385	80,5	335	69,3	353	61,5	329	61,4	355	54,4	299	65,9	335	38,8
Leste	1940	41,4	1808	38,1	1755	37,9	1814	36,7	1591	47,5	1599	44,2	1609	41,7
Nordeste	372	73,7	358	68,2	354	55,9	331	55,0	327	74,3	308	63,0	298	60,7
Norte	495	90,9	480	84,8	509	77,4	526	73,2	485	84,5	523	78,0	488	74,0
Oeste	439	82,5	448	65,0	403	56,1	407	63,9	443	73,6	403	67,7	378	66,7
Sudoeste	704	60,8	693	57,9	694	64,8	663	61,2	631	69,6	619	63,3	619	70,3
Sul	777	66,8	776	61,9	793	64,3	730	67,9	732	63,7	681	66,1	681	60,8
Ignorado - BA	63	38,1	32	37,5	41	68,3	55	61,8	45	57,8	34	20,6	27	0
TOTAL BAHIA	6382	61,6	6137	55,3	6059	54,4	6105	52,6	5637	63	5444	58,4	5563	55,6

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM. Acesso em 06/03/2023.

3.3.5 Óbitos por causas evitáveis em menores de 1 ano e menores de 5 anos.

Consoante à análise dos óbitos infantis e fetais, ressalta-se a importância do monitoramento relacionado às mortes por causas evitáveis nessas faixas etárias. Quanto aos óbitos evitáveis em menores de 1 ano, o comportamento foi de declínio até o ano de 2019, com discreto aumento em 2020 e queda nos dois anos posteriores. As macrorregiões com as maiores proporções foram Sul, Leste e Centro-Norte. A proporção de óbitos evitáveis em menores de 5 anos na Bahia apresentou comportamento similar, com redução entre 2015 e 2019, quando alcançou o percentual de 63,8%, permanecendo com essa taxa pelos três anos seguintes. A análise das macrorregiões revela que as maiores proporções

de óbitos evitáveis em menores de 5 anos foram na Centro-Leste, na Sul e na Leste, com proporções superiores ao Estado (**Tabela 23**).

Tabela 23. Proporção de óbitos evitáveis em menores de 1 ano, segundo macrorregião de saúde de residência. Bahia, 2015-2022.

Proporção de óbitos evitáveis em menores de 1 (um) ano								
Macrorregião de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	60,8	61,8	54,9	52,5	56,9	56,3	58,5	53,9
Centro-Norte	61,4	64,7	63,0	60,5	64,2	73,3	51,6	57,5
Extremo Sul	65,0	53,6	59,2	52,4	41,0	53,2	52,1	46,3
Leste	60,9	59,9	61,0	61,0	59,1	58,2	58,8	57,6
Nordeste	61,2	55,5	59,1	63,3	57,4	59,6	56,5	52,3
Norte	49,8	56,2	55,1	62,2	53,5	60,8	57,5	50,0
Oeste	71,7	58,8	61,0	65,3	58,9	56,8	49,5	57,2
Sudoeste	53,6	51,6	59,9	56,0	54,0	58,0	55,3	53,7
Sul	63,4	60,1	59,1	57,2	58,6	62,4	62,7	61,2
Ignorado - BA	55,0	33,3	33,3	71,4	83,3	33,3	0,0	66,7
Bahia	60,5	58,5	59,1	58,9	56,9	59,2	57,0	55,4
Proporção de óbitos evitáveis em menores de 5 (cinco) anos								
Macrorregião de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Leste	65,3	64,1	63,9	59,8	60,0	65,9	64,7	65,9
Centro-Norte	73,8	70,4	71,4	66,2	66,3	72,0	63,6	60,0
Extremo Sul	73,1	63,8	68,4	67,0	60,6	58,7	57,8	60,5
Leste	65,0	63,8	66,6	64,4	63,2	61,7	64,6	65,0
Nordeste	67,6	63,7	62,4	71,2	63,7	63,5	66,9	61,8
Norte	71,3	70,6	63,7	64,0	66,8	66,8	65,8	59,6
Oeste	71,4	69,8	69,5	68,9	68,1	64,7	57,0	63,8
Sudoeste	67,2	64,7	66,2	61,2	61,3	63,2	64,1	59,8
Sul	71,9	71,5	70,5	63,4	66,1	64,2	69,8	65,5
Ignorado - BA	60,9	75,0	50,0	100,0	75,0	71,4	60,0	66,7
Bahia	68,3	66,4	66,7	64,3	63,8	64,0	64,4	63,3

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass-SIM.

*Informações preliminares. Dados acessados em 04/04/23.

3.3.6 - Óbitos não fetais por causa externa com intenção indeterminada

Esse indicador possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas à mortalidade por causa externa, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa externa de intenção indeterminada no total de óbitos por causa externa não fetais informados no SIM, segundo local de ocorrência. As causas externas com intenção indeterminada representam uma preocupação em relação à qualidade dos dados de mortalidade, pois, nesse tipo de causa, não há identificação da circunstância (acidente, homicídio, suicídio) que provocou as lesões ou traumas.

Os óbitos por causas externas são atestados pelos médicos legistas nos institutos médico-legais (IML). Na declaração de óbito, o preenchimento do bloco VII é fundamental para especificar o tipo de causa externa. Esses dados, associados com a descrição no bloco V (lesões e traumatismos), auxiliam os responsáveis pela codificação no

processamento da declaração de óbito no SIM, na seleção adequada da causa básica, conforme as regras da CID-10.

Observa-se na série histórica de 2008 a 2022 uma tendência de redução. Ao longo desses anos, foram implementados, em parceria com a Sesab, secretarias municipais de saúde e IMLs, ações para a melhoria do preenchimento das declarações de óbito, vigilância de óbito e coleta de informações complementares nos laudos de necropsia e nos boletins de ocorrência identificando a causa básica da morte **(Gráfico 66)**.

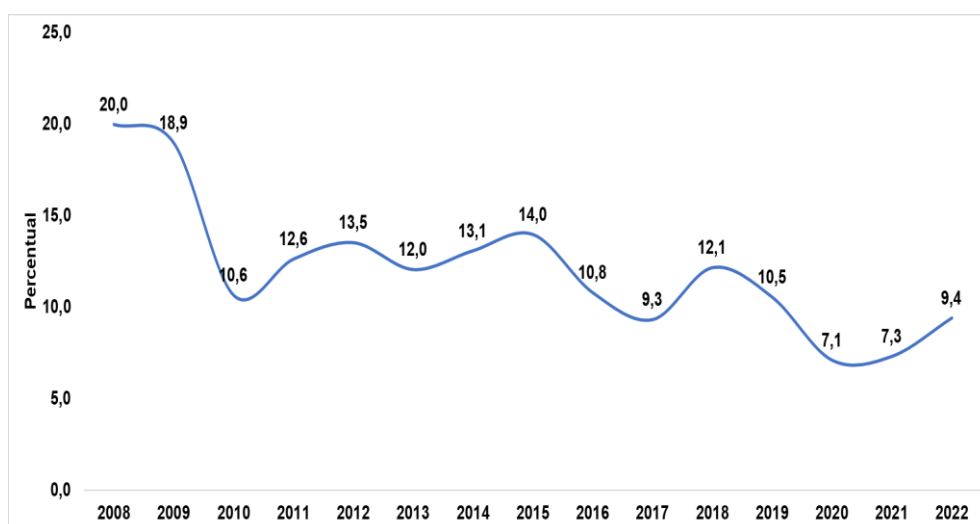


Gráfico 66. Percentual de óbitos não fetais por causas externas com intenção indeterminada. Bahia. 2008-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM. Dados preliminares acessados em 01/03/2023.

3.4 ATENÇÃO À SAÚDE

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

Para maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e para o avanço do processo de efetivação do SUS é fundamental a implementação da RAS de modo que seja concretizado no estado um sistema integrado e efetivo de saúde conformado em redes nos territórios. Os componentes que estruturam as RAS incluem: Atenção Básica à Saúde, os pontos de atenção das redes

secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

3.4.1 Atenção Primária (APS)

A Política Estadual da Atenção Básica da Bahia (Peab), instituída pela Resolução CES nº 14/2012, em consonância com a Política Nacional da Atenção Básica (Pnab), revisada pelo Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2 de 28 de setembro de 2017, define a Atenção Básica como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre o qual as equipes assumem responsabilidade sanitária. Nesse sentido, a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família 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.

É importante salientar que Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, são termos equivalentes. Sob essa perspectiva, a APS 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 APS 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 tange ao Governo Estadual, ressalta-se que a Bahia tem atuado como corresponsável pelo financiamento aos municípios, estando entre alguns dos estados do país que realiza cofinanciamento estadual, repassando recursos desde 2007. Além disso, o Governo Estadual disponibiliza apoio institucional, subsidiando o fazer dos coordenadores municipais de Atenção Básica junto às equipes de saúde da família, além de ofertar sistemas de informação em articulação com os municípios, bem como monitoramento de ações e recursos federais e estaduais. Ainda, há o fomento à qualificação da Atenção Básica

mediante a implementação de processos de educação permanente em saúde, incluindo tanto o fazer do apoiador institucional nos diversos espaços, aqui ressaltando o espaço estratégico dos colegiados de coordenadores de Atenção Básica, quanto a utilização das diversas ferramentas disponibilizadas pela telessaúde/Bahia.

A telessaúde utiliza as modernas tecnologias da informação e comunicação para desenvolver ações e serviços de saúde a distância, aproximando profissionais de saúde, assim como profissionais de saúde e a população. Essa ferramenta amplia o acesso e qualifica o cuidado por meio de apoio clínico e diagnóstico, realização de ações de educação em saúde e educação permanente. O serviço da telessaúde oferta: teleconsultoria/teleinterconsulta, segunda opinião formativa (SOF), teleducação para todos os profissionais da Atenção Básica, monitoria e apoio aos municípios na implementação do e-SUS-AB e telediagnóstico em cardiologia e dermatologia.

No estado todos os municípios acessam pelo menos uma das ofertas da telessaúde. Atualmente temos 18.488 profissionais da saúde estão cadastrados na plataforma de teleconsultoria, com 33.501 teleconsultorias realizadas. Os serviços mais acessados são as ofertas da teleducação sejam as síncronas (web-palestras) ou assíncronas (vídeo aula, *podcast*, material digital), e as teleconsultorias/teleinterconsultorias especializadas que possibilitam, além do apoio nas decisões clínicas do profissional da Atenção Básica, o encaminhamento qualificado do usuário aos serviços especializados.

Ao Governo Municipal cabe 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 APS por intermédio da Sesab vêm sendo ampliados anualmente. 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 de acordo com os padrões satisfatórios e ampliar a oferta de serviços da Estratégia Saúde da Família, sobretudo em localidades com população superior a 100 mil habitantes.

As tabelas abaixo revelam que a Bahia e suas macrorregiões vêm apresentando comportamento de crescimento contínuo nas coberturas da Estratégia Saúde da Família e saúde bucal **(Tabelas 24 e 25)**.

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

Tabela 24. Cobertura estimada de Estratégia Saúde da Família, por macrorregião de saúde. Bahia. 2012-2022.

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

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

Com relação às equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, o cenário não é tão favorável, apesar do crescimento contínuo na cobertura. Quanto às macrorregiões, é possível observar que a Leste, a Nordeste e a Centro-Leste têm as menores coberturas, enquanto as demais têm abrangência acima da alcançada pela Bahia. É importante salientar que no ano de 2022 houve uma queda considerável na cobertura estimada de saúde bucal, por descredenciamento de equipes que não estavam cumprindo as determinações/requisitos de vinculação de equipe constantes na Portaria nº 60, de 26 de novembro de 2020, mas, a cobertura já vem apresentando crescimento, após as adequações realizadas pelos gestores municipais. Atualmente, 47% dos municípios têm 100% de cobertura da saúde bucal; 15% têm entre 80 e 99%; 22%, entre 50 e 79%; e 17%, têm cobertura inferior a 50%.

Tabela 25. Cobertura estimada das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família por macrorregião de saúde. Bahia. 2012- 2022.

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

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

3.4.2 Atenção Especializada

No âmbito do SUS, a Atenção Especializada (AE) consiste em um conjunto de conhecimentos, ações, práticas e técnicas assistenciais articuladas a partir de processos de trabalho de maior densidade tecnológica. Assim, a AE organiza-se de forma hierarquizada e regionalizada, bem como integra estrategicamente a Rede de Atenção à Saúde, em articulação e alinhamento com a Atenção Básica – estabelecendo sistema de referência e contrarreferência – a fim de fomentar a continuidade da assistência de acordo com as necessidades de saúde da população. Ela figura, então, como parte fundamental para a concretização do princípio da integralidade, disposto no capítulo II da Lei nº8.080 de 1990.

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

3.4.2.1 Atenção psicossocial

Despontando como um grande gargalo na atenção à saúde, temos a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) cuja reforma psiquiátrica propõe mudança no modelo de atenção em saúde mental por meio de novas modalidades de cuidado às pessoas em situação de sofrimento ou transtorno mental e àquelas que apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas.

Atualmente, a Bahia conta com 298 dispositivos da Raps, nas diversas modalidades. No **Quadro 50**, está descrita a distribuição dos equipamentos segundo macrorregião de saúde. Ressalta-se que, diante dos critérios populacionais estabelecidos nas portarias ministeriais que regulamentam a Raps, no âmbito da Atenção Especializada e hospitalar, especialmente na Bahia, se observa um importante vazio assistencial.

Quadro 50. Distribuição dos dispositivos da Raps, habilitados pelo Ministério da Saúde, por macrorregiões de saúde. Bahia, 2023.

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

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

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

3.4.2.2 Atenção à saúde bucal

No âmbito da Atenção Especializada quanto ao componente em saúde bucal, atualmente, a Bahia dispõe de 83 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em 76 municípios (33 têm adesão à Rede de Cuidados à pessoa com deficiência-RCPD), que visa ofertar atendimento odontológico especializado e qualificado para atenção integral das Pessoas com Deficiência) e 272 laboratórios regionais de prótese dentária (LRPD) em 272 municípios (**Figura 7**). No tocante ao atendimento em saúde bucal dos serviços da alta complexidade, considera-se o cadastro de cirurgiões-dentistas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em 21 hospitais da rede própria e de gestão dupla. Ademais, conforme Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, a presença de cirurgião-dentista se torna obrigatória nos serviços de tratamento oncológico, visto que faz parte dos critérios estruturais e organizacionais para habilitação dos serviços de assistência oncológica. Destaca-se que o estado tem um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e 18 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) sob gestão estadual e dupla.

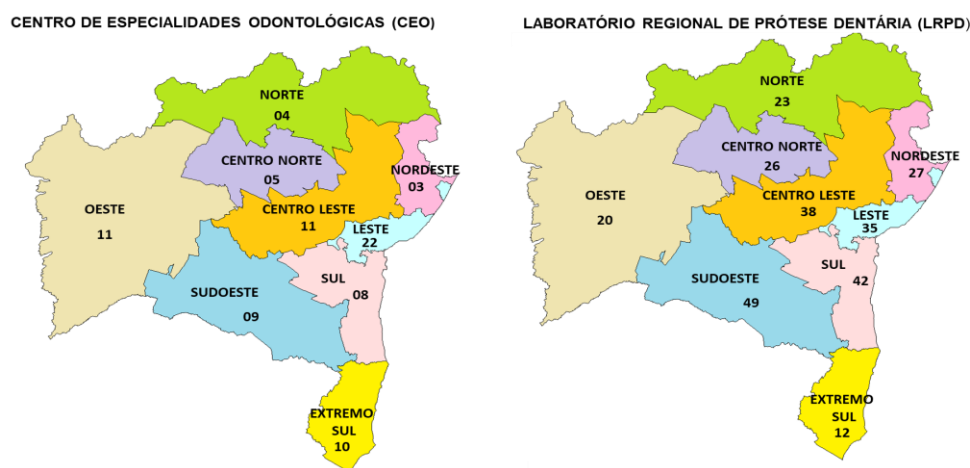


Figura 7. Distribuição espacial dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) por macrorregiões de saúde. Bahia, 2023. Fonte: Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Bucal. Dados de janeiro/2023.

3.4.2.3 Atenção às pessoas com deficiência

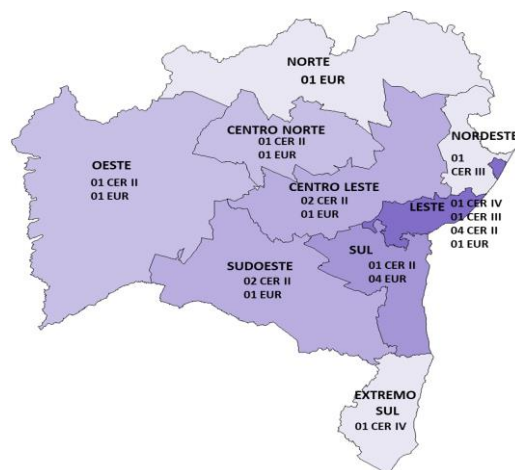
A RCPD, no âmbito do SUS, foi instituída pela Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012, ratificada pelas Portarias de Consolidação nº 03 e 06/2017, que ao adotar a concepção ampliada da deficiência determina em suas diretrizes a autonomia, a

independência e a liberdade das pessoas com deficiência (PcD) e a ênfase nos serviços com base territorial e comunitária como elementos centrais.

As diretrizes da RCPD apontam para a organização da atenção à saúde na perspectiva da integralidade e da equidade, que envolve necessariamente a compreensão da saúde e da deficiência em uma dimensão política, econômica e social na direção de superar a histórica exclusão a qual às PcD foram submetidas. A estruturação da RCPD compete às unidades da federação em conformidade com a situação de saúde da população, tendo em sua composição:

- A Atenção Básica: como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Entre suas ações estratégicas estão o “acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar” e o “apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência”.
- A Atenção Especializada: em reabilitação auditiva, física/ostomia, intelectual/transtorno do espectro autista (TEA), visual e em múltiplas deficiências. Deve contar com os seguintes pontos de atenção para atender às quatro temáticas: estabelecimento único de reabilitação (EUR), que atende apenas a uma temática; centros especializados em reabilitação (CER II, III ou IV), que depende da quantidade de temáticas atendidas, conforme **(Mapa 7 e Gráfico 67)**; e CEO.
- A atenção hospitalar e de urgência e emergência na RCPD deverá se responsabilizar pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das PcD, instituindo equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência, ampliando o acesso e qualificando a atenção à saúde para PcD em leitos de reabilitação hospitalar.

Na Bahia, mais recentemente, tem-se intensificado as ações de referência e contrarreferência entre os equipamentos do componente da Atenção Especializada, objetivando o cuidado integral por abrangência territorial nas regiões de saúde e, na ausência de alguma temática de reabilitação por referência macrorregional. Essas intervenções são fruto da publicação da Resolução CIB/BA nº 008/2019, que aprova a Repactuação da Programação Pactuada e Integrada do estado da Bahia (PPI-BA 2010), e adota a alocação de recurso para a RCPD, anteriormente alocados em alta complexidade e na reserva técnica, como serviço, além da realocação de valores para compor a RCDP, com as órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM).



Mapa 7. Distribuição dos CER e EUR, habilitados pelo Ministério da Saúde, por macrorregiões de saúde. Bahia, 2023.

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

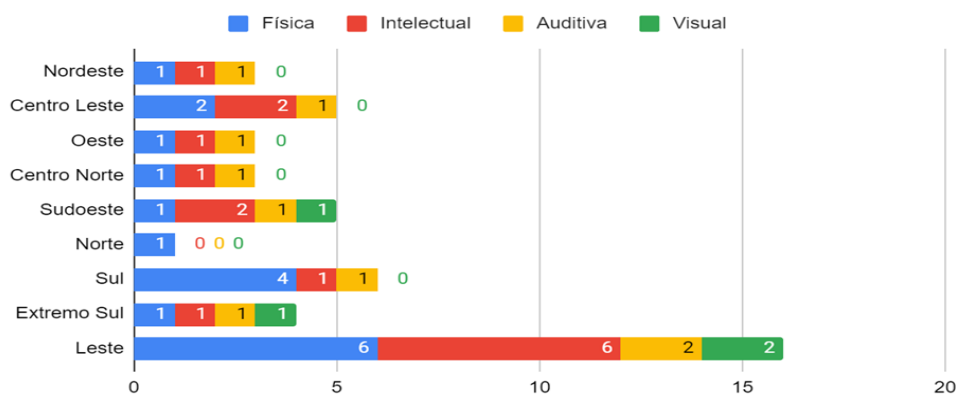


Gráfico 67. Distribuição das temáticas de reabilitação ofertadas pelos CER da RCPD, por macrorregião de saúde. Bahia, 2023.

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

3.4.2.4 Atenção materno infantil (Rede Cegonha)

O cenário materno e infantil sofreu importantes mudanças no ano de 2023, com a publicação da Portaria MS nº 13 de 13 de janeiro de 2023, que revogou a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) e ripristinou a Rede Cegonha, ou seja, ela voltou a vigorar conforme Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. A Rede Cegonha busca assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, além de garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Seus objetivos são fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 aos 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que ela garanta acesso, acolhimento e resolutividade, redução da mortalidade materna e infantil

com ênfase no componente neonatal. Ela perpassa os diferentes níveis de atenção e, por conseguinte, abrange os diferentes níveis de complexidade, uma vez que o perfil e os riscos gestacionais variam para cada pessoa/grupo/região de saúde, exigindo assim, diferentes ações para assegurar uma assistência qualificada. Além disso, a Rede Cegonha busca garantir: o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; as boas práticas e a segurança na atenção ao parto e nascimento; a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e garantir o acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Essa política está sustentada nos seguintes componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Diante desses desafios, o estado tem trabalhado na perspectiva de organização dos serviços, conforme preconizado pela Rede Cegonha. A análise dos equipamentos e serviços disponíveis atualmente demonstra a necessidade de ampliação dos mesmos por macrorregião, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde **(Quadro 51)**.

Quadro 51. Equipamentos e serviços disponíveis atualmente na Rede Cegonha e quantitativo necessário de cada um deles por macrorregião de saúde. Bahia, 2023.

MACRORREGIÃO	DADOS	CPN	LEITO OBSTÉTRICO	LEITOS GAR	LEITOS UTIN	LEITOS UCINCo	LEITOS UCINCa	CGBP	BLH	PCLH
SUL	TOTAL	2	415	12	46	33	10	0	1	0
	NECESSIDADE	6	421	54	41	41	20	3		
	SITUAÇÃO	-4	-6	-42	5	-8	-10	-3		
NORTE	TOTAL	3	238	0	0	17	0	0	0	0
	NECESSIDADE	4	285	45	34	34	17	3		
	SITUAÇÃO	-1	-47	-45	-34	-17	-17	-3		
PEBA	-	-	-	25	6	27	8	-	-	-
SUDOESTE	TOTAL	2	444	24	40	37	9	0	1	0
	NECESSIDADE	7	470	59	44	44	22	3		
	SITUAÇÃO	-5	-26	-35	-4	-7	-13	-3		
NORDESTE	TOTAL	0	145	0	4	4	2	0	0	0
	NECESSIDADE	3	232	26	20	20	10	3		
	SITUAÇÃO	-3	-87	-26	-16	-16	-8	-3		
CENTRO LESTE	TOTAL	0	522	0	39	35	31	0	2	0
	NECESSIDADE	7	572	75	56	56	28	2		
	SITUAÇÃO	-7	-50	-75	-17	-21	3	-2		
EXTREMO SUL	TOTAL	0	201	0	16	20	5	0	0	0
	NECESSIDADE	4	213	34	25	25	13	2		
	SITUAÇÃO	-4	-12	-34	-9	-5	-8	-2		
CENTRO NORTE	TOTAL	0	249	0	20	10	5	0	0	0
	NECESSIDADE	4	221	29	22	22	11	2		
	SITUAÇÃO	-4	28	-29	-2	-12	-6	-2		
OESTE	TOTAL	4	283	0	20	14	5	1	0	0
	NECESSIDADE	4	260	39	29	29	15	2		
	SITUAÇÃO	0	23	-39	-9	-15	-10	-1		
LESTE	TOTAL	7	867	119	113	134	78	1	4	1
	NECESSIDADE	9	1040	142	107	107	53	7		
	SITUAÇÃO	-2	-173	-23	6	27	25	-6		

Fonte: Sesab/Sais/DGC.

**Centro de parto normal (CPN); gestação de alto risco (GAR); unidade de terapia intensiva neonatal (Utin); unidade de cuidado intermediário neonatal convencional (UCINCo); unidade de cuidado intermediário neonatal canguru (UCINCa); casa de gestante, bebê e puérpera (CGBP); banco de leite humano (BLH) e posto de coleta de leite humano (PCLH).

3.4.2.5 Atenção hospitalar

A Bahia, segundo o Tabnet/Datasus registra um quantitativo de 494 hospitais gerais, 75 hospitais especializados, 39 unidades mistas e 131 hospitais-dia. Desse quantitativo, 22 unidades hospitalares estão sob gestão direta da rede própria do estado da Bahia. No que se refere à esfera jurídica desses estabelecimentos, estão descritos por macrorregião de saúde conforme o **Quadro 52**.

Quadro 52. Quantitativo de hospitais gerais, especializados, unidades mistas e hospitais-dia, com leitos SUS, por esfera jurídica e macrorregião de saúde. Bahia, 2023.

Macrorregião de saúde	Adm. Pública federal	Adm. Pública estadual ou Distrito Federal	Adm. Pública municipal	Demais entidades empresariais	Entidades sem fins lucrativos	Total
Centro-Leste	-	5	58	58	9	130
Centro-Norte	-	2	29	16	5	52
Extremo sul	-	1	19	13	3	36
Leste	5	25	35	109	32	206
Nordeste	-	2	22	12	5	41
Norte	-	2	23	14	5	44
Oeste	-	2	35	13	2	52
Sudoeste		2	55	28	13	98
Sul	-	4	36	26	14	80
Bahia	5	45	312	289	88	739

Fonte: Sesab/Sais/DAE-Datasus/Tabnet. Acessado em 04/05/2023.

É importante mencionar que CNES é a base de dados oficial disponibilizada pelo Ministério da Saúde que reúne informações sobre os leitos disponíveis ao SUS em todo o território brasileiro. Assim, constam no CNES os leitos gerais, nas categorias leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital dia e outras especialidades. Quanto aos leitos complementares, incluem-se os de unidade de terapia intensiva (UTI) e de cuidados intermediários (UCI), com suas devidas classificações.

No que concerne ao quantitativo de leitos ofertados ao SUS/BA, verifica-se que, conforme dados do CNES, referente ao ano de 2023, o estado da Bahia dispõe de 6.204 leitos cirúrgicos, 9.186 leitos clínicos, 3.632 leitos obstétricos, 3.430 leitos pediátricos, 1.030 leitos em outras especialidades (crônicos, psiquiatria, reabilitação, pneumonia sanitária e acolhimento noturno), 398 leitos em hospital dia e 2.406 leitos complementares habilitados pelo Ministério da Saúde, totalizando 31.286 leitos SUS/BA. Em uma análise da série temporal dos leitos SUS/BA, observou-se entre 2018 e 2023, o incremento de 3,1% (721) passando de 23.159 leitos hospitalares gerais SUS para 23.880. Em janeiro de 2022, o número de leitos gerais no estado era de 24.240.

Quando analisada a distribuição regional, observa-se que, desses leitos, a maioria está concentrada nas macrorregiões Leste e Centro-Leste, nos grandes polos regionais de Salvador e Feira de Santana, respectivamente. O **Quadro 53** evidencia a evolução dos leitos gerais por macrorregião de saúde, no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2023.

Quadro 53. Evolução dos leitos gerais SUS, por macrorregião de saúde. Bahia, 2018-2023.

Macrorregião de Saúde	JANEIRO					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro-Norte	1.387	1.387	1.483	1.369	1.398	1.452
Centro-Leste	3.316	3.196	3.167	3.313	3.301	3.351
Extremo sul	1.194	1.180	1.152	1.165	1.191	1.172
Leste	7.656	7.700	7.739	8.500	8.392	7.981
Nordeste	988	1.004	967	925	935	960
Norte	1.315	1.371	1.390	1.492	1.501	1.399
Oeste	1.297	1.332	1.334	1.414	1.533	1.540
Sudoeste	2.987	2.884	2.810	2.836	2.868	2.924
Sul	3.019	2.991	2.855	3.087	3.121	3.101
Bahia	23.159	23.045	22.897	24.101	24.240	23.880

Fonte: Datasus/Tabnet. Acessado em 14/04/2023.

Quanto aos leitos gerais SUS por especialidades, observou-se o incremento de 9,4% (789) leitos clínicos, passando de 8.397 em 2018 para 9.186 em 2023. Para clínica cirúrgica e hospital-dia no mesmo período, o aumento foi de 9,1%. (520) e 22,8% (74), respectivamente. Para os leitos obstétricos, pediátricos e de outras especialidades, no mesmo período, registrou-se o decréscimo de 0,7% (24), 9,7 % (371) e 20,6 % (267), respectivamente. **(Quadro 54).**

Quadro 54. Evolução do número de leitos gerais SUS por especialidade. Bahia, 2018-2023.

Especialidade/ Período	JANEIRO					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Cirúrgicos	5.684	5.825	5.944	5.869	5.999	6.204
Clínicos	8.397	8.326	8.181	9.557	9.519	9.186
Obstétricos	3.656	3.623	3.579	3.512	3.589	3.632
Pediátricos	3.801	3.730	3.671	3.571	3.502	3.430
Outras especialidades	1.297	1.187	1.194	1.219	1.238	1.030
Hospital-dia	324	354	328	373	393	398
TOTAL	23.159	23.045	22.897	24.101	24.240	23.880

Fonte: Datasus/TABNET. Acessado em 14/04/2023.

A ampliação de leitos observada entre 2020 e 2022 tem relação com a pandemia de covid-19. Nesse período a Sesab precisou empreender esforços e ampliar consideravelmente o número de leitos disponíveis, a fim de estruturar unidades de referência e retaguarda, com leitos clínicos e de UTI covid-19 para assegurar a assistência em tempo hábil para toda a população do estado da Bahia, inclusive em estruturas temporárias, os chamados “hospitais de campanha”.

Segundo o Ministério da Saúde, os leitos complementares são leitos de internação destinados a pacientes que necessitam de assistência especializada exigindo características especiais, principalmente leitos de UTI. Entre 2018 e 2023, registrou-se um aumento significativo (50,4%) desses leitos passando de 1.598 para 2.406. Registra-se aumento de leitos complementares no período de 2018 a 2022 nas macrorregiões de saúde Sul, Sudoeste, Leste, Extremo Sul e Centro-Leste. Nas demais o número de leitos durante a série histórica se manteve (**Quadro 55**).

Quadro 55. Evolução dos leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal SUS por macrorregião de saúde. Bahia, 2018-2022.

Macrorregião de saúde	2018	2019	2020	2021	2022	Variação 2022/2018
Centro-Leste	79	79	81	81	81	2,53%
Centro-Norte	20	20	20	20	20	0,00%
Extremo sul	27	37	37	48	48	77,80%
Leste	622	676	690	764	759	22,00%
Nordeste	17	17	17	17	17	0,00%
Norte	25	25	25	25	25	0,00%
Oeste	24	24	24	24	24	0,00%
Sudoeste	84	84	114	114	114	35,70%
Sul	69	79	120	130	138	100%
Bahia	967	1.041	1.128	1.223	1.226	26,80%

Fonte: Datasus/Tabnet. Acesso em 14/04/2023.

Vale ressaltar que parte dos leitos de terapia intensiva destinados à covid-19 foram incorporados à Rede de Atenção do Estado da Bahia, por meio da Portaria GM/MS nº 220, de 27 de janeiro de 2022, que habilita com pendência, leitos de UTI adulto e pediátrica, e estabelece recurso financeiro.

A desagregação dos leitos de UTI (adulto, pediátrica e neonatal) no estado demonstra aumento em todos os tipos quando comparados os anos de 2018 e 2023. O aumento mais expressivo foi da UTI pediátrica III, com incremento de 250,0%, passando de quatro para 14 no período, seguido da UTI adulto III, com 164,5% (**Quadro 56**).

Quadro 56. Evolução dos leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal SUS, por especialidade. Bahia, 2018-2023.

Leitos de UTI	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Variação 2023/2018
UTI adulto II	612	678	732	764	772	1127	84,1%
UTI adulto III	31	31	45	82	82	82	164,5%
UTI pediátrica II	102	110	127	137	132	171	67,6%
UTI pediátrica III	04	04	04	14	14	14	250,0%
UTI neonatal II	218	218	220	226	226	226	3,7%
Total	967	1.041	1.128	1.223	1.226	1.620	67,5%

Fonte: Datasus/TABNET. Acesso em 14/04/2023.

A proposta da Política Estadual de Atenção Hospitalar da Bahia visa induzir uma mudança no modelo assistencial ainda vigente, com reestruturação da oferta da atenção hospitalar, com base na regionalização e, sobretudo, nas necessidades de saúde da população, em consonância com a Portaria nº3.390/2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS. Nesse sentido, foi publicada a Resolução CIB nº 139/2022, que aprovou os critérios de classificação das unidades hospitalares por tipologias no estado. Os quantitativos de unidades hospitalares classificadas por macrorregiões e regiões de saúde estão apresentados no **Quadro 57**.

Quadro 57. Número de unidades hospitalares segundo a tipologia, por macrorregiões e por regiões de saúde. Resolução CIB nº 139/2022. Bahia, 2023.

Macrorregião	Região	TIPOLOGIA				
		Referência estadual	Referência macro	Referência regional	Complementar	Local
LESTE	SALVADOR	13	5	6	16	-
	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	-	2	-	1	16
	CRUZ DAS ALMAS	-	-	1	2	2
	CAMAÇARI	-	-	1	7	1
NORDESTE	ALAGOINHAS	-	-	1	7	4
	RIBEIRA DO POMBAL	-	-	1	1	8
CENTRO-LESTE	FEIRA DE SANTANA	1	3	-	10	17
	SEABRA	-	-	2	1	7
	SERRINHA	-	-	1	13	10
	ITABERABA	-	-	1	3	8
NORTE	JUAZEIRO	-	2	-	6	5
	SENHOR DO BONFIM	-	-	1	3	3
	PAULO AFONSO	-	-	1	2	1
CENTRO-NORTE	JACOBINA	-	-	1	4	12
	IRECÊ	-	1	-	2	15
OESTE	BARREIRAS	-	1	-	5	8
	IBOTIRAMA	-	-	1	3	4
	SANTA MARIA DA VITÓRIA	-	-	1	4	9
SUDOESTE	VITORIA DA CONQUISTA	-	5	-	3	11
	ITAPETINGA	-	-	1	1	10
	BRUMADO	-	-	1	4	12
	GUANAMBI	-	1	1	6	15
SUL	ITABUNA	-	3	-	3	13
	ILHÉUS	-	3	-	2	3
	JEQUIÊ	-	-	2	5	14
	VALENÇA	-	-	1	1	5
EXTREMO-SUL	PORTO SEGURO	-	-	1	3	4
	TEIXEIRA DE FREITAS	-	1	1	3	7
TOTAL		14	27	27	121	224

Fonte: Resolução CIB nº 139/2022. Acesso: em 01/05/2023.

De forma complementar a Resolução CIB nº 139/2022 foi publicada a Resolução CIB nº 171/2022 que aprovou as carteiras de serviço, por tipologia, das unidades hospitalares no âmbito do SUS Bahia. Assim, a resolução estabelece que estas retratarão a função das unidades hospitalares na RAS, considerando os seguintes serviços assistenciais: Urgência e Emergência, Internação, Ambulatório e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT. Comparando o desempenho entre Hospitais de Referência Regional e Hospitais Locais, e entendendo que a taxa de ocupação hospitalar (TOH) é um importante indicador para nortear políticas e organizar a rede de atenção hospitalar, observou-se por meio de dados

disponíveis no CNES/Datasus/SIH, acessados em 05 de maio de 2023 que essa taxa nos hospitais (21) classificados como locais, variou de 2% no Hospital Municipal de Brotas de Macaúbas (macrorregião Oeste/região de Ibotirama) a 28,90% no Hospital Municipal Dr. Iomar Menezes (macrorregião Sul/região de Valença) sendo menor que nos hospitais (21) de referência regional cuja variação foi de 22% na Unidade Materno Infantil de Teixeira de Freitas (macrorregião Extremo Sul/região de Teixeira de Freitas) a 96% na Maternidade Tsylla Balbino (macrorregião Leste/região de Salvador).

Sabe-se que, historicamente, a rede hospitalar tem relevante papel na garantia do acesso às ações de saúde, principalmente dos municípios de menor porte populacional. Nesse sentido, otimizar o desempenho dos Hospitais de Pequeno Porte (de até cinquenta leitos), considerando a produção de média complexidade dessas unidades de acordo com os recursos disponíveis, constitui um grande desafio para a gestão pública nas esferas municipais e estadual.

3.4.2.6 Atenção de média e alta complexidade

A Bahia atualmente oferta ações e serviços de saúde, buscando a integralidade da assistência e o acesso oportuno do paciente à sua necessidade de saúde. Nesse sentido, o foco principal são as ações e os serviços de média e alta complexidade voltados às políticas nacionais de atenção cardiovascular; atenção ao câncer; atenção em neurologia/neurocirurgia; atenção ao portador de DRC; atenção às doenças crônicas, especificamente sobrepeso e obesidade; atenção oftalmológica e de doenças raras.

Para sua implementação/qualificação a Sesab/Sais/DAE/Crae vem construindo os desenhos macrorregionais de cada uma dessas políticas, priorizando algumas linhas de cuidado, estabelecendo e validando com os diversos atores que compõem a governança da rede assistencial os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares e os componentes dos sistemas logísticos e de apoio assistencial que as conformam. Os desenhos macrorregionais contribuem para que a atenção ao usuário seja prestada de forma contínua e qualificada, mas que não se limitem à alta complexidade, e integrem, também, os pontos de atenção que ofertam ações assistenciais de média complexidade, além de considerar a integração com a APS. Nos **Quadros 58 e 59** está representada a síntese das principais políticas da alta e média complexidade.

Quadro 58. Média e alta complexidade para sobrepeso/obesidade, oftalmologia, doenças raras e traumato-ortopedia. Bahia, 2023.

ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	
Sobrepeso e obesidade	A Bahia conta com 03 unidades habilitadas no âmbito do Ministério da Saúde para a assistência na alta complexidade da Obesidade e Sobrepeso. A Linha do Cuidado para Sobrepeso e Obesidade vem sendo discutida, objetivando a validação nos espaços de governança da rede a atenção a saúde (RAS), mediante a inclusão das policlínicas regionais para a oferta de ações de média complexidade ambulatorial, articuladas com o Centro Estadual de Diabetes e Endocrinologia (Cedeba).
Oftalmologia	Quanto à Atenção em Oftalmologia, a Bahia conta com 05 unidades habilitadas pelo Ministério da Saúde, além destas, dispõe de 659 estabelecimentos de saúde (ambulatorial ou hospitalar) com Serviço de Oftalmologia cadastrados no CNES. De acordo com a base de dados do DataSUS, no período entre 2018 a 2022 houve um aumento de 42,6% no número de procedimentos de média e alta complexidade, passando de 102.046 para 145.557. Entretanto, esse aumento não se observou no âmbito da assistência ao Glaucoma, doença ocular de alta prevalência na Bahia. Atualmente, são 47 unidades de serviços de oftalmologia credenciadas/habilitadas para a realização de procedimentos em glaucoma no estado da Bahia, distribuídas em 18 (64,2%) das 28 regiões de saúde. O Ministério da Saúde, incorporou recentemente medicamentos de alto custo para o tratamento da doença da retina, para a oferta de terapia antiangiogênica.
Doenças raras	A Bahia conta duas unidades de saúde habilitadas no âmbito do Ministério da Saúde que atendem pacientes diagnosticados ou com suspeita diagnóstica de doença rara, além de atendimento em ambulatório de acompanhamento e tratamento, seja para procedimentos ambulatoriais ou hospitalares, que são o Hospital Universitário Professor Edgard Santos e a APAE. Faz parte dessa rede, o ambulatório da ADAB, para atendimento de pacientes com doenças musculares degenerativas de origem genética, sendo um ponto de atenção importante para o acompanhamento e tratamento da Atrofia Muscular Espinhal (AME). As doenças raras de maior frequência hoje tratadas na Bahia são: epidermólise bolhosa (EB), mucopolissacaridose, amiotrofia muscular espinhal, osteogênese imperfeita, fibrose cística, Doença de Crohn e acromegalia. Outras doenças raras, quando diagnosticadas também são tratadas. Para Epidermólise Bolhosa e Mucopolissacaridose é ofertado atendimento em alguns Polos Regionais como Salvador (HUPES e APAE), Vitória da Conquista (Ambulatório da Universidade Federal da Sudoeste), Feira de Santana (Hospital Estadual da Criança). Atualmente a Sesab atende a 62 pessoas com EB – residentes em 29 municípios, com grande concentração na macrorregião Sudoeste, já que 48% dos usuários são residentes em municípios deste território sanitário.
Traumato-ortopedia	A Bahia dispõe de 15 (quinze) unidades hospitalares habilitadas pelo Ministério da Saúde, distribuídas em seis Regiões de Saúde e seis serviços de alta complexidade em funcionamento. Estas unidades devem ofertar assistência especializada a doentes de afecções do sistema músculo esquelético, desenvolver articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à Saúde e respeitar os critérios determinados pela Política Nacional de Humanização do SUS. As osteoartroses são exemplos de condições crônicas que na sua grande maioria não tem cura e os tratamentos se limitam a reduzir a velocidade da evolução e minimizar os sintomas. Para essas condições, as cirurgias de artroplastias são indicadas e contribuem para a melhora dos sintomas de dor e a qualidade de vida do paciente. De acordo com a base de dados do DataSUS, entre 2018 e 2022 houve um aumento de 10,8% na produção de artroplastias na Bahia, passando de 786 procedimento em 2018 para 871 em 2022. Esse aumento não foi suficiente para atendimento às necessidades de saúde da população, sendo as artroplastias, atualmente, responsáveis por grande parte da demanda reprimida em ortopedia. Quanto aos procedimentos de média complexidade em traumato-ortopedia, de acordo com o CNES, a Bahia dispõe de 58 unidades hospitalares, públicos ou privados, de esfera municipal, estadual ou federal, com Serviço de Ortopedia SUS, estruturados para a realização de procedimentos cirúrgicos ortopédicos em caráter de urgência ou eletivo.

Fonte: Sesab/Sais/DAE. Dados acessados em 04.05.2023.

Quadro 59. Média e alta complexidade na doença renal crônica, oncologia, urgência e emergência e assistência domiciliar.

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

Fonte: Sesab/Sais/DAE. Dados acessados em 04.05.2023.

Destaca-se ainda, com relação à produção na alta complexidade de oncologia, o número de procedimentos realizados no período de 2018 a 2022: 210.090 quimioterapias (Quadro 60).

Quadro 60. Número de procedimentos oncológicos realizados de acordo com o tipo. Bahia, 2018 a 2022.

PROCEDIMENTO	2018	2019	2020	2021	2022
Quimioterapia	182.023	195.834	190.442	201.601	210.090
Radioterapia	----	----	7.495	7.936	8.269
Cirurgia oncológica	8.242	8.335	7.004	8.015	8.619
Cirurgias sequenciais em oncologia	5.498	5.167	4.854	5.323	5.829
Total	195.763	209.336	209.795	222.875	232.807

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA e SIH. Dados acessados em 04/05/2023.

A assistência de alta complexidade em neurologia e neurocirurgia do estado comporta vinte unidades de saúde habilitadas, pelo Ministério da Saúde e distribuídas entre municípios que integram seis das nove macrorregiões do estado. A população residente nas três macrorregiões que não dispõem de unidades habilitadas em seu território tem referências estabelecidas em unidades localizadas em outros territórios.

De acordo com a base de dados do Datasus, no período compreendido entre 2018 e 2022, houve uma redução de 5,5% na produção cirúrgica, observada em todas as formas de organização, com exceção dos tratamentos endovasculares e neurocirúrgicos (dor e funcional), conforme demonstrado no **Quadro 61**.

Quadro 61. Movimento de AIH - procedimentos de neurologia/neurocirurgia por forma de organização. Bahia, 2015 a 2022.

Movimento de AIH - Procedimentos de Neurologia/Neurocirurgia por Forma de Organização. Bahia, 2015-2022.									
Frequência por Forma de Organização - por ano de processamento									
Ano processamento	Trauma e Anomalia do Desenv.	Coluna e Nervos Periféricos	Tumores do Sistema Nervoso	Neurocirurgia Vascular	Trat. ^o Neurocirúrg. dor e funcional	Investigação e Cirurgia da Epilepsia	Trat. ^o Neuro endovascular	Neurocirurg. Funcional Estereotáxica	TOTAL
2018	2.400	1.061	435	122	143	0	128	0	4.289
2019	2.643	1.423	403	82	338	0	113	0	5.002
2020	2.188	952	369	76	220	0	82	0	3.887
2021	2.120	1.026	361	81	377	0	65	1	4.031
2022	2.055	1.001	358	74	456	0	157	1	4.102
TOTAL	11.406	5.463	1926	435	1534	0	545	2	21.311

Fonte: Datasus/Tabwin. Acesso em 04/05/2023.

É importante ressaltar a inexistência de unidade de alta complexidade que realize tratamento cirúrgico para epilepsia, situação que vem demandando da Sesab esforços para a resolução do problema.

A atenção cardiovascular no estado contempla 13 unidades de alta complexidade, habilitadas pelo Ministério da Saúde e distribuídas em seis das nove macrorregiões de

saúde, sendo que as Centro-Norte, Nordeste e Oeste ainda não têm unidades habilitadas. A proposta de Reorganização da Rede de Atenção Cardiovascular na Bahia consta recomendação de habilitação de serviços nas três macrorregiões onde há vazio assistencial. Considerando a série histórica 2015-2022 da produção geral de alta complexidade cardiovascular, houve um aumento no número de procedimentos, com exceção do ano de 2020 (pandemia do coronavírus) (**Quadro 62**).

Quadro 62. Número de procedimentos na alta complexidade em cardiologia segundo a forma de organização. Bahia, 2015-2022.

PRODUÇÃO NA ALTA COMPLEXIDADE EM CARDIOLOGIA SEGUNDO A FORMA DE ORGANIZAÇÃO								
Forma de organização	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
040601 Cirurgia cardiovascular	2978	2991	2711	3071	3110	2724	3005	2876
040602 Cirurgia vascular	785	612	612	526	487	406	483	486
040603 Cardiologia intervencionista	1495	1725	1762	2231	2541	2357	2500	2206
040604 Cirurgia endovascular	481	621	691	987	1242	980	1550	1805
040605 Eletrofisiologia	67	50	62	115	170	112	164	195
Total	5806	5999	5838	6930	7550	6579	7702	7568

Fonte: Datasus/Tabwin/SIH/RD. Acesso em 04/05/2023.

Quanto à produção de cateterismo cardíaco, entre os anos de 2018 e 2022, ocorreu aumento de 16,6% e redução de 15,6% em 2020 (**Quadro 63**).

Quadro 63. Produção de cateterismo cardíaco. Bahia, 2018-2022.

Estabelecimentos CNES-BA	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Hospital Universitário Prof. Edgar Santos (HUPES)	195	422	87	175	267	1146
Hospital Santa Isabel	1047	1095	920	1061	1089	5212
Hospital Geral Roberto Santos	0	0	0	152	281	433
Hospital Ana Nery	2643	2519	2136	2468	3317	13083
Hospital Português	0	0	0	72	54	126
Hospital Municipal de Teixeira de Freitas	439	378	391	30	0	1238
Hospital São Vicente de Paulo	250	335	255	335	254	1429
IBR Hospital	431	588	508	651	710	2888
Promatre de Juazeiro	118	92	92	209	204	715
Hospital Dom Pedro Alcântara	559	596	408	495	275	2333
Hospital Calixto Midlej Filho	202	334	171	344	409	1460
Total	5884	6359	4968	5992	6860	30063

Fonte: Datasus/Tabwin/SAI. Acesso em 04/05/2023.

3.4.2.7 Linhas de cuidado prioritárias

Descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde. No **Quadro 64** estão descritas as linhas de cuidado prioritárias.

Quadro 64. Linhas de cuidado prioritárias. Bahia, 2023.

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

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

3.4.2.8 Transplantes

O transplante é um procedimento cirúrgico em que um órgão ou tecido presente na pessoa doente (receptor) é substituído por um órgão ou tecido sadio proveniente de um doador. De um doador é possível obter vários órgãos e tecidos para realização do transplante. O estado da Bahia tem uma estimativa de necessidade de transplantes/ano, conforme **Quadro 65**.

Quadro 65. Necessidade de transplante por milhão de pessoas. Bahia, 2023.

Necessidade de transplante		
Órgão	Quantidade/milhão de pessoas	Necessidade
Fígado	20	300
Rim	60	900
Coração	08	120
Pulmão	06	90
Córneas	100	1500

Fonte: Sesab/Sais/DAE

Atualmente, na Bahia os estabelecimentos e as equipes especializadas, habilitadas pelo Ministério da Saúde/Sistema Nacional de Transplantes, para a realização de transplantes estão demonstrados no **Quadro 66**. Como se pode observar, os centros transplantadores estão em três das macrorregiões: Leste, Sudoeste e Centro Leste.

Quadro 66. Distribuição dos estabelecimentos e das equipes de transplantadores segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2023.

Centro Transplantador/ Laboratório	Nº de hospitais	Nº de equipes transplantadoras	Macrorregiões de saúde
Rim adulto	10	12	Leste (09); Sudoeste (01)
Rim pediátrico	2	2	Leste
Coração	2	2	Leste (01); Centro-Leste (01)
Fígado adulto	2	2	Leste
Fígado Pediátrico	1	1	Leste
Medula óssea	3	3	Leste
Pulmão	0	0	0
Banco de olhos	1	-----	Leste
Laboratório de imunogenética	2	-----	Leste
Laboratório de sorologia	1	-----	Leste

Fonte: Sesab/Sais/DAE.

No que diz respeito ao processo de doação/captação, a Bahia conta com as organizações de procura de órgãos (OPO), organizações de procura de córneas (OPC), e comissões intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT), que estão localizadas nos diversos hospitais e/ou estabelecimentos de saúde do estado (**Quadro 67**).

Quadro 67. Número de organizações de doação/captação de órgãos e tecidos segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2022.

Estrutura e notificação/doação		
Macrorregião de saúde	CIHDOTT	OPO
Centro Leste	1	1
Centro-Norte	1	0
Extremo Sul	0	1
Leste	11	3
Nordeste	0	0
Norte	1	0
Oeste	1	0
Sudoeste	1	1
Sul	1	1
Bahia	4	0

Fonte: Sesab/CET /2022.

Embora tenha ocorrido aumento de 541,1% no número de ações relacionadas ao processo doação-transplantes no período analisado passando de 1.988 em 2015 para 12.746 em 2022, das quais 10.396 (81,6%) foram de notificação de parada cardiorrespiratória, e destacando o incremento de 192% nos transplantes de rim (aumento de 193%, de 82 para 240) e nos transplantes de medula óssea (aumento de 23,8%, 101 para 125), a Bahia ainda não atende aos parâmetros de necessidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

3.4.3 - Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (Relsp)

A Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (Relsp) é composta por um conjunto de serviços e unidades laboratoriais estruturados em redes descentralizadas e regionalizadas. Tem como objetivos garantir a descentralização e regionalização das ações de vigilância laboratorial, ampliar a cobertura diagnóstica de agravos de interesse para a saúde pública e verificar a qualidade da água e de produtos expostos ao consumo; para o desenvolvimento integrado de ações de promoção, prevenção e controle dos fatores de risco e agravos à saúde individual e coletiva.

Seus eixos estruturantes são: Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde Ambiental, a Vigilância Entomológica, Vigilância Sanitária e a Vigilância e atenção em Saúde do Trabalhador. Atualmente a Relsp é constituída por 28 laboratórios, sendo uma unidade central (Lacen-BA), 15 laboratórios descentralizados de vigilância em saúde

ambiental (Laboratório de Vigilância da Qualidade da Água – LVQA) e 12 laboratórios de vigilância epidemiológica (laboratórios municipais/estaduais de referência regional– LMRR/LERR) (**Mapa 8**).



Mapa 8. Distribuição espacial das unidades da Rede Estadual de Laboratório de Saúde Pública segundo tipo e macrorregião de saúde. Bahia, 2023.
Fonte: Sesab/Suvisa/Lacen.

A distribuição dos laboratórios por macrorregião de saúde demonstra maior concentração na Oeste, com seis unidades, três LMRR e três LQVA, seguida da macro Norte, com quatro laboratórios, dois LMRR e dois LQVA. A Centro-Norte não tem laboratórios da Relsp e na macro Leste situa-se o Lacen (**Gráfico 68**).

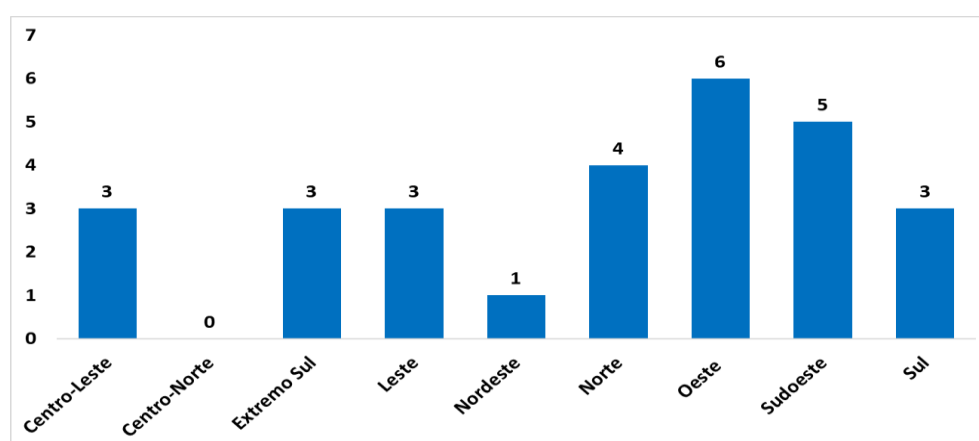
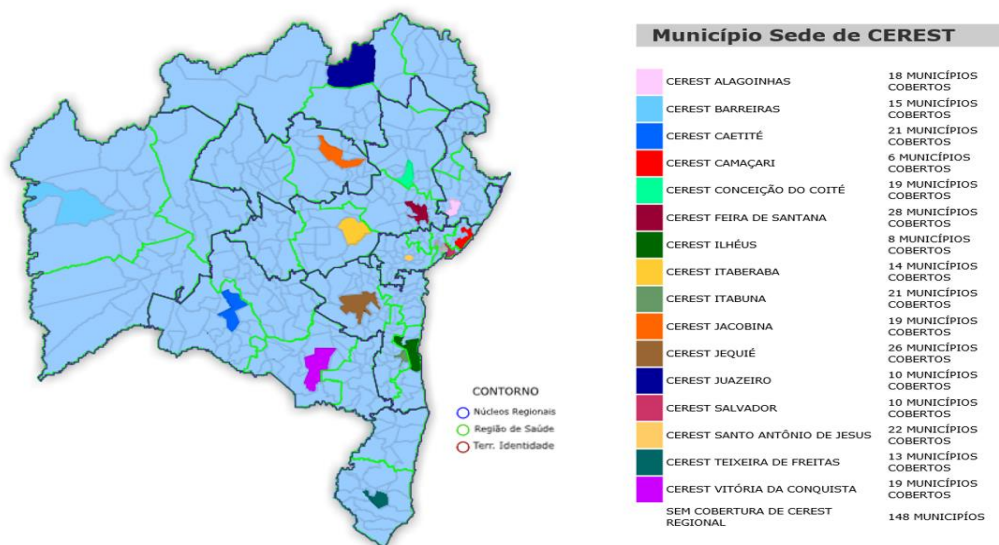


Gráfico 68. Número de laboratórios da Rede Estadual de Laboratório de Saúde Pública por macrorregião de saúde. Bahia, 2023.
Fonte: Sesab/APG/Coplan.

3.4.4 - Rede Estadual de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador

A Rede Estadual de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Renast-BA) é composta, atualmente, por uma Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador/Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Divast/Cesat), 16 Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (Cerest) e um municipal (Cerest Salvador), nove NRS (com técnicos de referência em saúde do trabalhador nas trinta Bases Regionais de Saúde) e 380 referências técnicas municipais (**Mapa 9**).



Mapa 9. Distribuição espacial da rede estadual de vigilância e atenção à saúde do trabalhador. Bahia, 2023.
Fonte: Sesab/Suvisa/Divast.

As ações desenvolvidas no âmbito da Renast-BA têm por objetivos a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e vigilância em saúde, de forma integrada e articulada com as redes de atenção básica e especializada e com as demais áreas da vigilância em saúde no SUS.

Essas ações são voltadas à formulação e implementação de políticas de promoção e proteção à saúde, visando à redução e eliminação do adoecimento e morte resultantes das condições, dos processos e dos ambientes de trabalho, bem como o aprimoramento da assistência à saúde dos trabalhadores. Para tanto, a Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador/Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Divast/Cesat) e os Núcleos Regionais de Saúde desenvolvem ações de apoio institucional e técnico na organização da rede, na implantação de linhas de cuidado, na formação e capacitação das equipes técnicas do SUS, na produção de conhecimento, informações e estratégias de comunicação em saúde do trabalhador, de modo a ampliar a

descentralização e incorporação dessas ações de vigilância e atenção à saúde do trabalhador em todas as instâncias da rede SUS.

A implementação das ações de saúde do trabalhador no âmbito do estado da Bahia pressupõe também investimentos na ampliação da capacidade instalada e do acesso dos/as trabalhadores/as às ações em todos os pontos da rede. Isso inclui a organização das linhas de cuidado para os agravos prioritários relacionados ao trabalho, a implantação de Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (Cerest) em todas as 28 regiões de saúde do estado e a ampliação do apoio técnico e institucional do estado (diretorias, superintendências e Núcleos Regionais de Saúde) aos municípios nas regiões e macrorregiões de saúde. Destaca-se que atualmente 12 regiões de saúde estão sem cobertura de Cerest.

3.4.5 Assistência farmacêutica

A estrutura da assistência farmacêutica do estado contempla a Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia (Dasf) composta por duas coordenações responsáveis pela distribuição dos medicamentos e insumos: a Coordenação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (Cafab) e a Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Coafe). A Cafab é responsável por assessorar os municípios na linha da assistência farmacêutica na Atenção Básica, avaliando e autorizando a distribuição de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) pactuados na Resolução CIB nº 49/2015. As normas de financiamento e execução do CBAF são reguladas pela Portaria GM/MS nº 1.555/2013 e pelas Portarias GM/MS de Consolidação nº 02 e 06, de 2017, sendo que o financiamento desse componente é de responsabilidade das três esferas da gestão. A Coafe é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde. O fluxo de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) está baseado na Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 2017, na qual são necessárias cinco etapas obrigatórias (solicitação, avaliação, autorização, dispensação, e renovação de tratamento) devem ser registradas em sistema informatizado para que o Ministério da Saúde tenha conhecimento do trajeto do medicamento até a sua chegada às mãos do paciente. Na Bahia, o utilizado é o sistema AFSesab, que também dispõe da plataforma de faturamento de Apac (obrigatória para cumprimento das exigências da Portaria do Ceaf). Foram definidos pela área técnica os indicadores abaixo descritos para o monitoramento das suas ações.

3.4.5.1 Percentual de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica na Atenção Básica disponíveis em registro de preço

A partir de setembro de 2020, a Saftec implementou o modelo de Registro de Preço Compartilhado (RPC), no sentido de oferecer maior eficiência à aquisição de medicamentos no âmbito municipal, conforme Resolução CIB/BA nº 153/2020, vigente à época. Em dezembro de 2022, houve a publicação da Resolução CIB/BA nº 339/2022, que aprovou novos regramentos para a adesão ao modelo de RPC e revogou a Resolução CIB/BA nº 153/2020 e as Resoluções CIB/BA nº 040 e 197/2021. Além disso, nessa nova resolução, o elenco do RPC foi revisado e atualizado, passando de 320 para 296 itens, cuja supressão corresponde a itens de baixo consumo, que, em razão do histórico de processos licitatório pouco exitosos devido à ausência e/ou à baixa disponibilidade de fornecedores no mercado público, implicou deserções e fracassos nas licitações relativas à terceira fase do projeto de RPC.

Referente à análise do indicador percentual de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica disponíveis em RPC, observa-se que de janeiro a abril de 2022, o indicador manteve tendência de crescimento. Considerando que as primeiras Atas de Registro de Preços foram disponibilizadas em junho de 2021, e que elas têm vigência de um ano, identifica-se que em junho de 2022 não houve o ressuprimento de todas essas atas, o que se justifica pelo aumento do número de itens fracassados ou desertos nos processos licitatórios.

Outro ponto crítico se deu a partir do mês de agosto, no qual se iniciou a disponibilização dos itens da terceira fase, nos moldes da Resolução CIB/BA nº 197/2021, que contemplava um elenco de 143, o maior número de itens entre as três fases. Nessa ocasião, a redução no percentual se justifica pela disponibilização gradual das atas, em razão da limitação do número de pregões publicados a cada mês, e pela ocorrência de deserções e fracassos nos processos licitatórios envolvendo alguns itens, que ocasionou a revisão do elenco pactuado por meio da Resolução CIB/BA nº 339/2022, conforme já citado. **(Gráfico 69).**

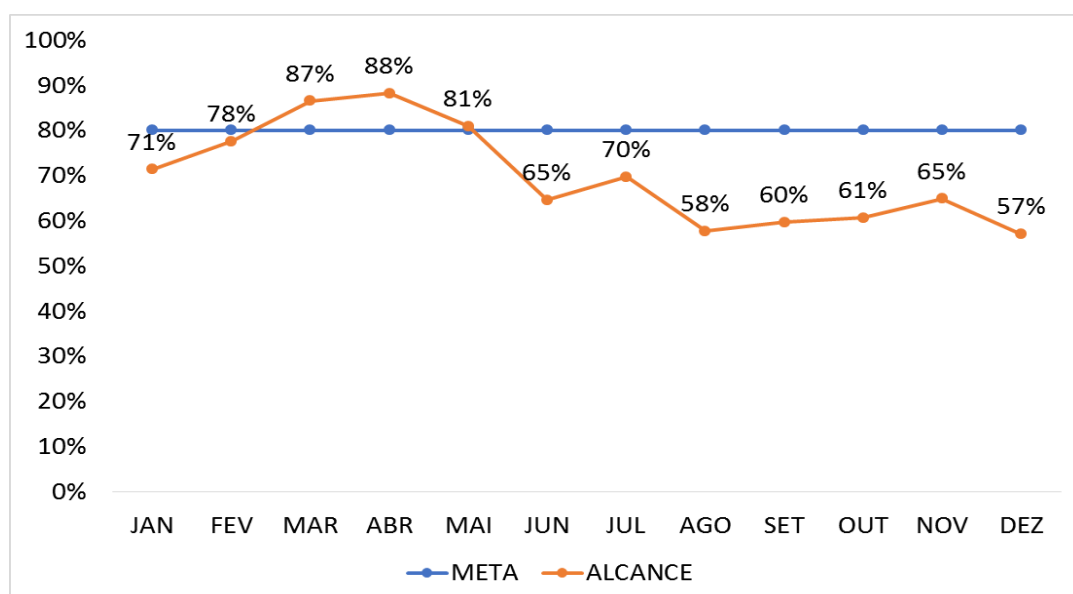


Gráfico 69. Percentual mensal de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica na atenção básica disponíveis em registro de preço. Bahia, 2022.

Fonte: Sesab/DASF/Saftec.

3.4.5.2 Percentual de unidades farmacêuticas do CBAF distribuídas

Este indicador diz respeito ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), que está apoiado nas Portarias de Consolidação nº 2 e 6/2017 e Resolução CIB/BA nº 215/2022, que revogou a Resolução CIB/BA nº 152/2020, as quais definem, aos três entes (União, Estado e municípios), uma contrapartida mínima obrigatória para cada município e as condições de execução. O repasse das contrapartidas sob gerenciamento estadual para a grande maioria dos municípios do estado, atualmente 409 (98%), ao qual se refere o indicador, se dá por meio do fornecimento de medicamentos e insumos do CBAF, pactuados na Resolução CIB nº 49/2015, representado pelo somatório dos valores em reais de medicamentos distribuídos. Os oito municípios restantes recebem a contrapartida estadual por meio do repasse financeiro fundo a fundo para fins de aquisição direta pela gestão municipal desde outubro de 2022.

O percentual de unidades farmacêuticas do CBAF distribuídas representa uma meta-produto do PES 2020-2023. O indicador é apurado quantificando-se o percentual de unidades farmacêuticas distribuídas em relação ao total de unidades farmacêuticas autorizadas. Os valores apurados nos exercícios de 2019 a 2022 se mantiveram acima da meta de 90%, com perfil crescente até 2021. Em 2022, apesar do resultado superior à meta (91%), houve redução do indicador, que se justifica pela descontinuidade do fornecimento de alguns itens associada a atrasos na entrega, cancelamento de AFM e ausência de registro de preço de alguns itens em alguns casos, se relaciona à falta do insumo farmacêutico nas indústrias em razão da pandemia de covid-19 (**Gráfico 70**).

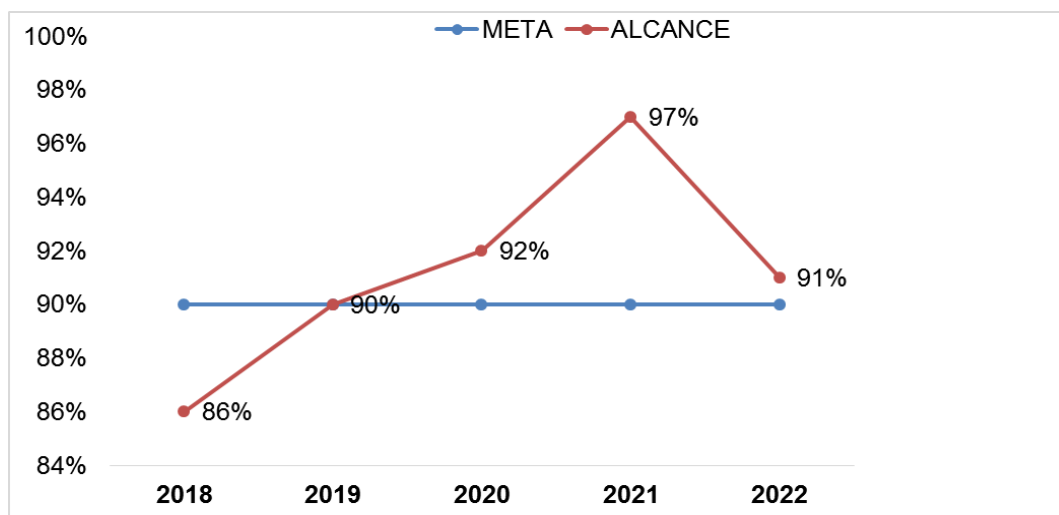


Gráfico 70. Percentual de unidades farmacêuticas do CBAF distribuídas. Bahia, 2018-2022.
Fonte: Sesab/Camaf/Dasf/Saftec.

3.4.5.3 Percentual de repasse da contrapartida do CBAF sob responsabilidade estadual e municipal

Este indicador é apurado quantificando-se o valor total de contrapartidas sob responsabilidade estadual executada em comparação com o valor de contrapartida mínima obrigatória sob gerenciamento estadual, multiplicado por 100, a partir de dados do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (Sigaf). Desde 2022, o valor sob a responsabilidade estadual corresponde exclusivamente à contrapartida estadual, cujo valor per capita desde 2013 é de R\$ 2,36 habitante/ano.

A meta é a execução de 100% da contrapartida devida, sendo que o Valor de referência identificado em 2015 foi de 76% para o conjunto dos municípios do estado. A execução financeira municipal do CBAF de 2015 a 2022 se mantém abaixo de 100%, variando entre 65% e 95%, valores alcançados respectivamente em 2016 e 2022. Observa-se uma tendência de crescimento do indicador a partir de 2019, quando o percentual de execução alcançada coincide com a média dos períodos analisados (80%), com uma variação contrária no exercício de 2021, ano que coincide com a mudança de gestão municipal, quando há uma tendência de mudança nos quadros técnicos e gerenciais dos municípios, conforme retratado no **Gráfico 71**. Por macrorregião, há uma variação significativa quanto à expressão do indicador. Em 2015, ano de referência para a análise, este variou de 56% a 147%, respectivamente, nas macrorregiões Sul e Extremo Sul. Em 2022, a média foi de 95%, variando de 83% a 112%, respectivamente, nas macrorregiões Extremo Sul e Sudeste.

Cabe salientar que os percentuais superiores a 100% não indicam necessariamente que a execução do exercício analisado excedeu o previsto. Isso porque, frequentemente, há falhas no lançamento de notas fiscais referente à entrada de medicamentos no exercício correspondente, podendo os municípios procederem ao lançamento em anos posteriores (**Gráfico 71**).

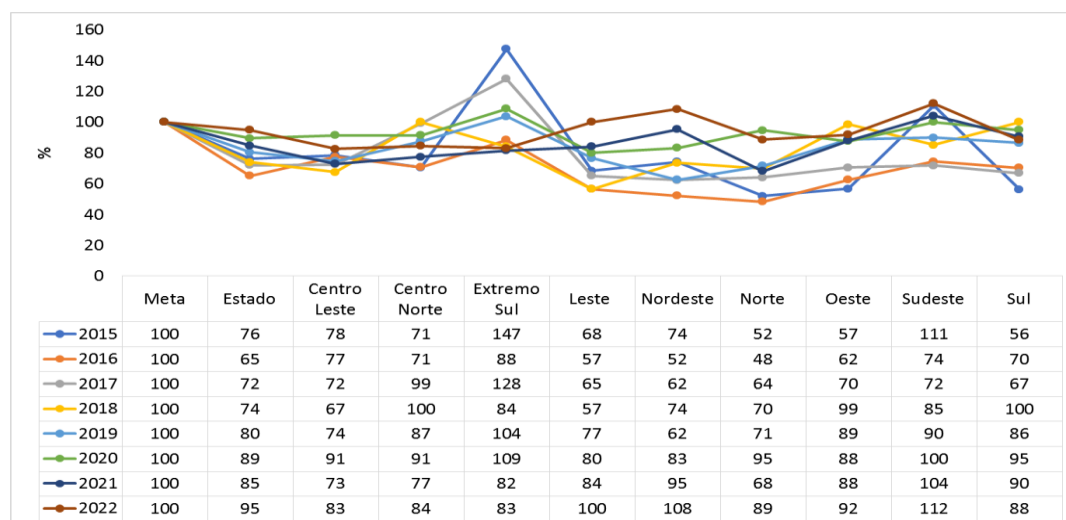


Gráfico 71. Percentual de execução municipal do CBAF por macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Saftec/Sigaf. Dados acessados em 10/04/2023.

Ressalta-se que a execução estadual total abaixo do valor pactuado em 2022, diferentemente dos quatro exercícios anteriores, justifica-se pela descontinuidade de fornecimento de alguns itens associada a atrasos na entrega, cancelamento de AFM e ausência de registro de preço em alguns casos relaciona-se à falta do insumo farmacêutico nas indústrias, conforme justificado pelos fornecedores e divulgado aos municípios por meio de notas técnicas.

Para os municípios, a execução das contrapartidas sob seu gerenciamento se dá por meio da aquisição de medicamentos e insumos do CBAF, os quais estão definidos nos anexos I e IV Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) de 2022. A partir de 2021, todos os municípios passaram a ser responsáveis pela execução de 100% das contrapartidas federal e municipal, sendo que oito deles dispõem também da contrapartida estadual. Desde 2013, o valor per capita das contrapartidas estadual e municipal é R\$ 2,36 habitante/ano e a contrapartida federal é de R\$ 5,85 a R\$ 6,05, de acordo com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 2010.

3.4.5.4 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Ceaf

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica–Ceaf, que executa ação de natureza contínua, pautada nas Portarias de Consolidação nº 2 e 6/2017, e tem como finalidade prover acesso a medicamentos no âmbito do SUS, em nível ambulatorial, para o tratamento de doenças e agravos cujas linhas de cuidado estão definidas pelo Ministério da Saúde, por meio dos protocolos clínicos e das diretrizes terapêuticas e mediante as regras de execução e financiamento estabelecidas nas portarias identificadas anteriormente. Foi escolhido o indicador “número de tratamentos medicamentosos do Ceaf distribuídos” para realizar o monitoramento das ações, sendo o resultado informado uma estimativa baseada nos dados de distribuição de medicamentos do Ceaf decorrente da avaliação das solicitações feitas pelas unidades dispensadoras. Não é possível conhecer o número exato destes tratamentos, uma vez que não há registro no Sigaf do cadastro dos usuários ou da dispensação dos medicamentos para eles, o que impede uma avaliação detalhada dessa meta por município e território.

No período de 2016 a 2022, houve o crescimento de 452,66% dos tratamentos medicamentosos do componente especializado distribuídos no estado, conforme **Gráfico 72**. O aumento significativo da distribuição dos medicamentos tem como motivos as situações normativas/regulamentares favoráveis, asseguradas pelo aprimoramento de estratégias ou formas de atuação e influência de fatores operacionais, como motivo secundário.

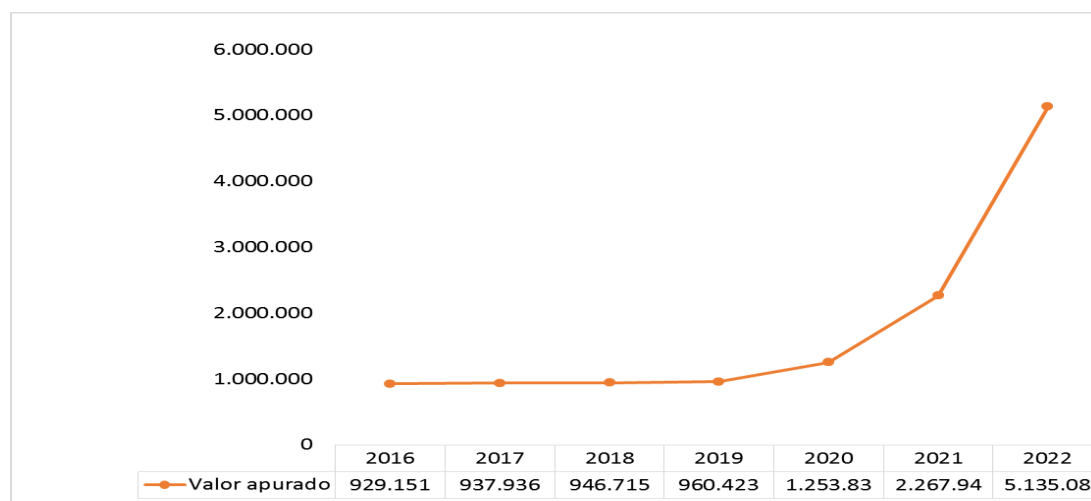


Gráfico 72. Número de tratamentos medicamentosos do CEAF distribuídos. Bahia, 2016-2022.

Fonte: Sesab/Saftec/Sigaf. Dados acessados em 10/04/2023.

3.4.6 Policlínicas

As policlínicas são unidades especializadas de apoio diagnóstico, com serviços de consultas clínicas e médicos de diferentes especialidades (definidas com base no perfil epidemiológico da população da região), realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos, como vasectomia. Com área construída 2.848,32m² e 12 consultórios, as policlínicas são equipadas com estrutura de ponta e equipe multidisciplinar. Estão situadas em locais estratégicos, possibilitam descentralizar a assistência, regionalizando o atendimento ao cidadão, que passa a ter acesso aos serviços perto de casa, sem precisar se deslocar para regiões distantes ou aguardar tempo excessivo para o atendimento. Estes equipamentos visam prestar serviços de média complexidade na rede de saúde, ampliando o acesso ambulatorial às especialidades médicas diversas e exames, em busca de uma maior atenção à saúde do paciente. As policlínicas foram idealizadas para cobrir um vazio assistencial identificado na Bahia e, considerando o perfil epidemiológico, oferecem atendimento nas especialidades de: angiologia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia/obstetrícia, mastologia e urologia.

Atualmente, o estado conta com 25 policlínicas distribuídas nas macrorregiões de saúde a maior quantidade está localizada na Leste (5). A macro Sul tem três policlínicas e a quarta está em fase de conclusão no município de Ilhéus, com entrega prevista para 2023 **(Gráfico 73)**.

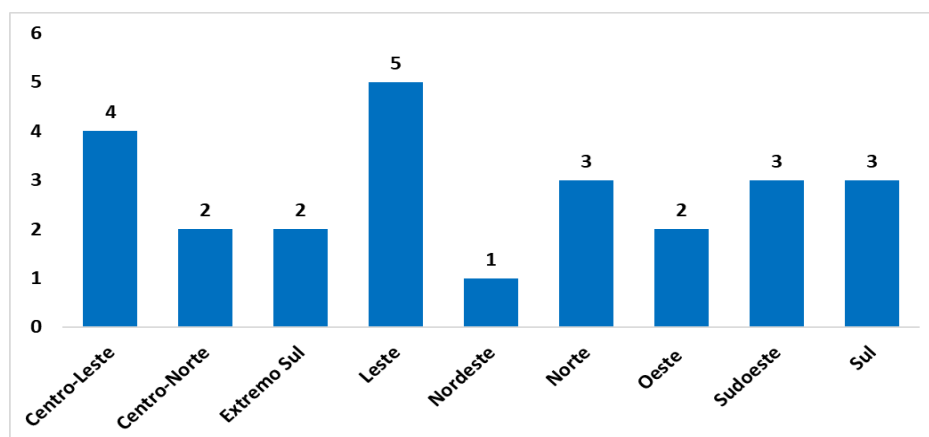


Gráfico 73. Número de policlínicas segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2017-2023.
Fonte: Sesab/APG/Coplan.

A implantação das policlínicas vem ocorrendo de forma gradativa ao longo do período de 2017 a 2023. Ressalta-se que em 2019 foi implantado o maior número (7) contemplando os municípios de Jacobina, Itabuna, Vitória da Conquista, Juazeiro, Paulo Afonso, Sr. do Bonfim e Simões Filho **(Gráfico 74)**.

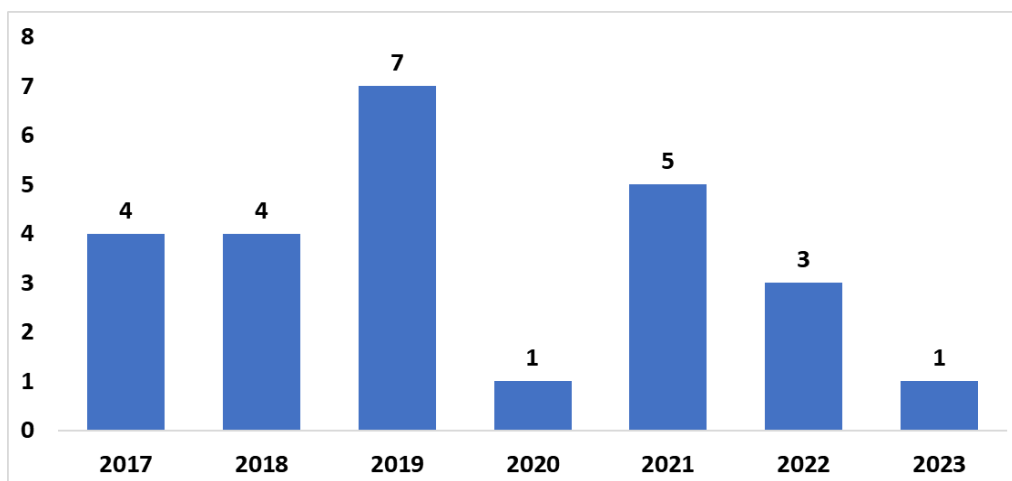


Gráfico 74. Número de policlínicas implantadas de acordo com o ano. Bahia, 2017-2023.
Fonte: Sesab/APG/Coplan.

3.4.7 Administração indireta – Fundação Hemoba

Enquanto rede de hematologia e hematologia, a Fundação Hemoba foi criada em 1989. Caracteriza-se como entidade integrante da administração indireta do estado da Bahia, com personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa e financeira e patrimônio próprio, vinculada administrativamente à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Sesab. Sua criação permitiu o fomento à instalação de unidades de coleta de sangue e produção de hemocomponentes em diversos hospitais da rede própria e filantrópicos, além de melhorias nas unidades já existentes.

A Hemorrede Pública Estadual é composta pelo conjunto de serviços de hematologia e hemoterapia, organizados de forma hierarquizada e regionalizada, de acordo com o nível de complexidade das funções que desempenham e área de abrangência para assistência à população baiana. Esses serviços são conceituados e classificados em: hemocentro coordenador (HC); hemocentro regional (HR); núcleo de hemoterapia (NH, unidade de coleta e transfusão (UCT); unidade de coleta (UC), central de triagem laboratorial de doadores (CTLD) e agência transfusional (AT). Durante o Exercício 2022, a Hemorrede Pública Estadual estava estruturada em 29 unidades (**Figura 8**). Cabe informar que até o fim do exercício 2022, das 29 unidades da Hemorrede Pública Estadual, apenas 26 estiveram em funcionamento, correspondendo a 86,66% da meta anual programada.



MACRORREGIÃO DE SAÚDE	UNIDADE DA HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL
Centro-Leste	UCT Feira de Santana
	UCT Itaberaba
	UCT Seabra
Centro-Norte	UCT Irecê
	UCT Jacobina
Extremo-Sul	Hemocentro Regional - Eunápolis
	UCT Teixeira de Freitas
Leste	Hemocentro Coordenador - Salvador
	UCT Camaçari
	UCT Santo Antônio de Jesus
	UC Hospital Ana Nery
	UC Hospital do Subúrbio
	UC Hospital Geral Roberto Santos
	Hemóveis I, II, III e IV
Nordeste	UCT Alagoinhas
	UCT Ribeira do Pombal
Norte	UCT Juazeiro
	UCT Paulo Afonso
Oeste	UCT Senhor do Bonfim
	Hemocentro Regional - Barreiras
Sudoeste	UCT Brumado
	UCT Guanambi
	UCT Itapetinga
	UCT Vitória da Conquista
Sul	UCT Jequié
	UC Valença

Figura 8. Distribuição das unidades da Hemorrede Pública Estadual por macrorregião de saúde. Bahia, 2023.

Fonte: Fundação Hemoba/Astec.

Para o monitoramento das ações realizadas pela fundação foram definidos os indicadores do percentual de candidatos à doação de sangue captados, que em 2022 atendeu na hemorrede pública estadual, 160.164 candidatos à doação voluntária de sangue, superando a meta inicial programada de 160.000 (**Tabela 26**). O outro indicador refere-se à produção hemoterápica dos principais hemocomponentes. Nesse processo, as bolsas de sangue total coletadas são fracionadas, podendo, a depender do tipo de bolsa utilizada na coleta, gerar: concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco congelado e crioprecipitado. A produção anual de bolsas de hemocomponentes anual da Fundação Hemoba, no período de 2019 a 2022, teve um crescimento médio de 2,65%. Ressalte-se que os percentuais foram afetados pelo contexto da pandemia de covid-19.

Tabela 26. Percentual de candidatos a doação de sangue captados e produção hemoterápica dos principais hemocomponentes. Bahia, 2019-2022.

INDICADORES	2019	2020	2021	2022	TOTAL
PERCENTUAL DE CANDIDATOS A DOAÇÃO DE SANGUE	155.695	135.191	150.074	160.164	601.124
PRODUÇÃO HEMOTERÁPICA DOS PRINCIPAIS	217.508	201.083	224.076	231.440	874.107

Fonte: Fundação Hemoba/Astec.

A evolução dos indicadores “percentual de candidatos a doação de sangue captados” e “produção hemoterápica dos principais hemocomponentes” na série histórica analisada demonstra comportamento similar. Observa-se que nos anos auge da pandemia da covid-19

(2020-2021) a redução percentual de ambos os indicadores foi de 11%. Para 2021-2022, a produção hemoterápica registrou incremento de 3,4%; e a captação de doadores, de 6,7% (Gráfico 75).

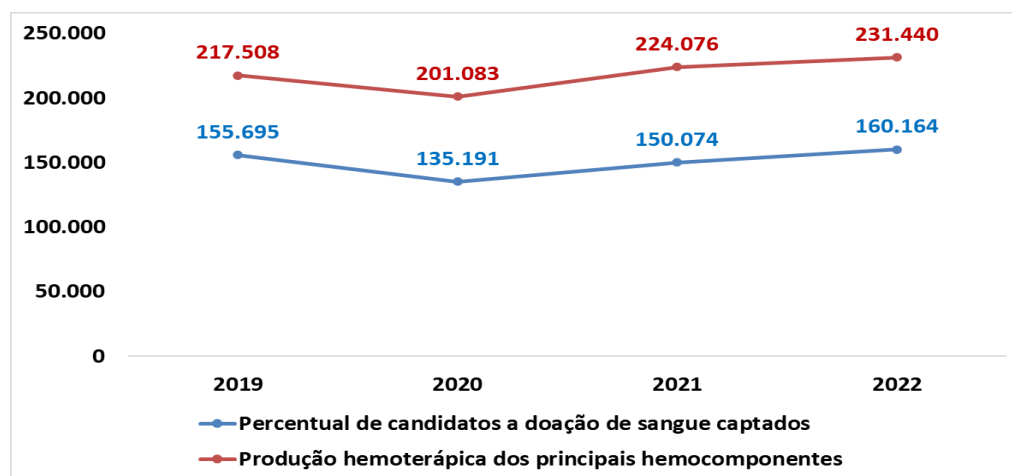


Gráfico 75. Evolução dos indicadores “percentual de candidatos a doação de sangue captados” e “produção hemoterápica dos principais hemocomponentes”. Bahia, 2019-2022. Fonte: Fundação Hemoba/Astec.

A distribuição percentual dos candidatos captados, atendidos nas unidades da hemorrede pública estadual, segundo macrorregião, demonstra que a Leste concentrou 46% (72.783), a macrorregião com menor captação de doadores foi a Norte, com 3% (5.427).

3.4.8 Gestão dos sistemas e regulação da atenção à saúde

Na Bahia, a Superintendência de Gestão dos Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde (Suregs), unidade administrativa e gestora que integra a Sesab, tem por finalidade, mediante ações monitoradas e controladas, a gestão do Sistema Estadual de Saúde, nas vertentes de Regulação da Atenção à Saúde, Regulação do Acesso à Assistência à Saúde e Ações estratégicas voltadas à ampliação do acesso. A Suregs é composta por três diretorias (Diretoria de Controle das Ações e Serviços de Saúde-Dicon, Diretoria de Projetos Estratégicos-Dipro e Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde-Direg). Núcleo de Contratualização (Nucon), Coordenação de Suporte Operacional (CSO) e Assessorias, que prestam suporte às demandas internas e externas da Superintendência.

Atualmente, 221 (53%) municípios do estado estão sob comando único, o que significa que a Sesab, por meio da Suregs, ainda necessita gerenciar, de forma conjunta com os gestores municipais, os demais 196 (47%) municípios que permanecem sob gestão estadual. O que significa apoiar tecnicamente a aplicação de recursos financeiros específicos, tendo em vista a oferta de ações e serviços de média complexidade para municípios dos respectivos territórios.

Ademais, e com base nas prerrogativas legais existentes, a Suregs desempenha um fundamental papel, quando esgotados os recursos nos órgãos e/ou instituições públicas da administração direta e indireta da Sesab, contratualizando e/ou credenciando Estabelecimentos Assistenciais de Saúde para compor a Rede Complementar do estado.

Essas estratégias objetivam otimizar o processo regulatório, de forma equânime e integral, por meio de ações que ampliam e qualificam a oferta regionalizada de serviços de saúde de média e alta complexidade para os usuários do SUS. Para tanto, se faz necessária a formalização de instrumentos contratuais que visem assegurar aos entes envolvidos o cumprimento de preceitos legais que regem a administração pública, a partir da pactuação de compromissos entre as partes.

3.4.8.1 Regulação do acesso

O processo regulatório executado por meio da Central Estadual de Regulação (CER) visa assegurar o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde de forma equânime e integral, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Regulação nº 1.559/2008. A regulação de leitos, assim como de recursos de urgência e emergência para pacientes internados em EAS em todo território baiano, é realizada pela CER, sob gestão estadual. Já a regulação da urgência e emergência pré-hospitalar é realizada pelo Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU), sob gestão municipal, apresentando cobertura em torno de 88% da população do estado da Bahia.

Destaque-se que no Brasil existe apenas uma Central de Regulação Interestadual de Leitos, localizada em Juazeiro, que regula a macrorregião de saúde Norte da Bahia e a IV macro de Pernambuco, através de pactuações entre os dois estados.

A operacionalização do processo regulatório é realizada por meio do Sistema de Urgência e Emergência (Surem), que conecta todas as unidades de saúde do Estado que internam pacientes por mais de 24h. Quando o médico assistente da unidade solicitante identifica a necessidade de um determinado recurso indisponível na mesma, é solicitada a transferência por meio de relatório médico inserido no Surem, conforme modelo definido pela CER. Os relatórios são avaliados pelo médico regulador que busca, permanentemente, o recurso na Rede de Atenção à Saúde ou determina o encaminhamento imediato do paciente, considerando a gravidade do caso, utilizando a prerrogativa “vaga zero”.

As unidades executantes de referência para cada caso avaliam os relatórios compartilhados no Surem e registram a aceitação ou negativa do encaminhamento do paciente. Neste último caso com as respectivas justificativas.

Segundo dados do Surem, ainda que existam, em média, 2.000 pacientes aguardando transferência para avaliação, procedimento ou internação, o percentual de solicitações atendidas diariamente e o quantitativo de atendimento, em até 48 horas, aumentaram entre os anos de 2018 e 2022, no estado da Bahia, conforme **Gráficos 76 e 77**.

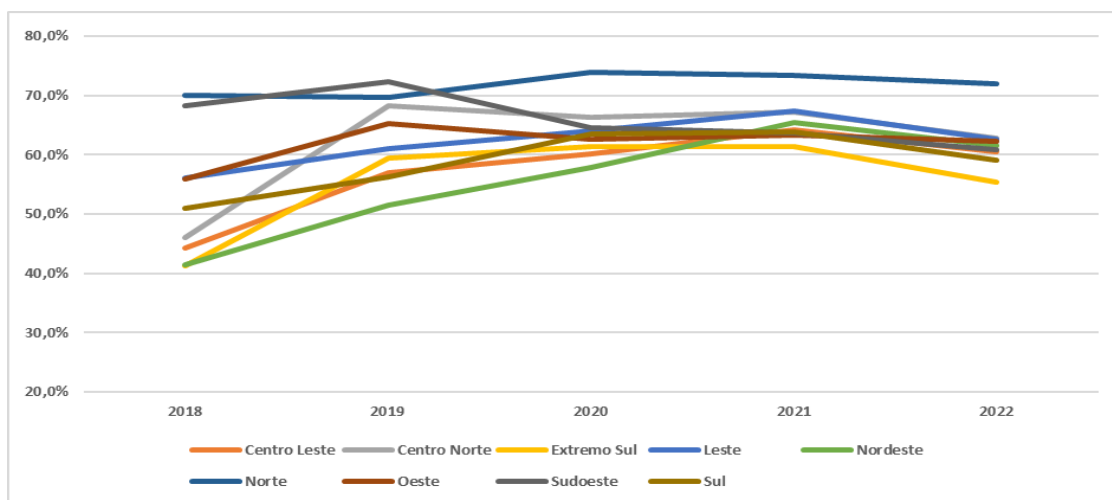


Gráfico 76. Percentual de solicitações de regulação atendidas pela CER, por Macrorregião de Saúde/Bahia, 2018 a 2022.

Fonte: Sesab/Suregs/Surem. Dados acessados em abril de 2023.

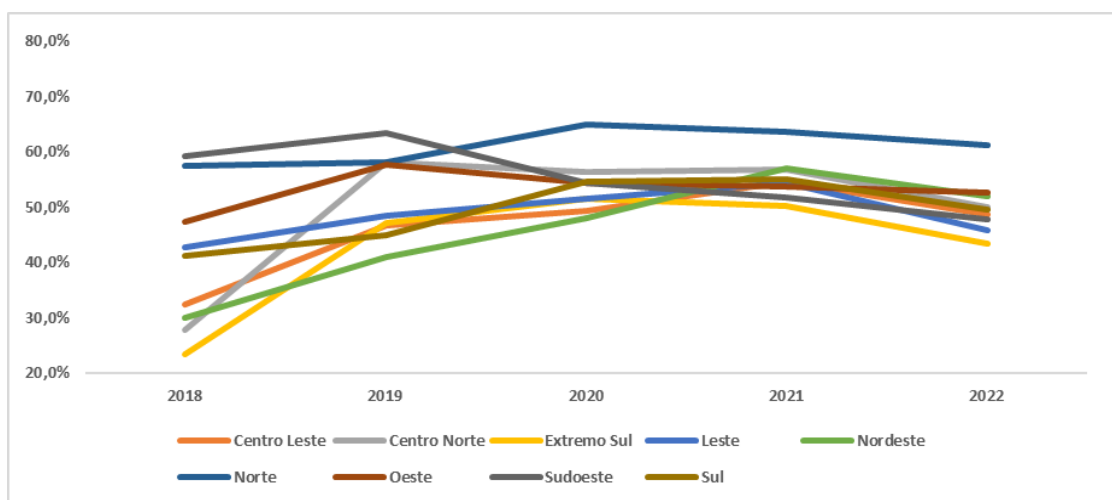


Gráfico 77. Percentual de solicitações de regulação atendidas no SUREM, em até 48h, por macrorregião de saúde. Bahia, 2018-2022.

Fonte: Sesab/Suregs/Surem. Dados acessados em abril de 2023.

3.4.8.2 Atenção domiciliar

A Atenção Domiciliar é uma forma de atenção à saúde complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, assegurando a continuidade e a integralidade do cuidado na RAS.

No estado, a atenção domiciliar vem sendo desenvolvida desde o ano de 2008, através dos serviços implantados em hospitais da rede própria, tendo como base legal a Portaria Estadual nº 1.669, de 28 de junho de 2008. Atualmente o programa tem abrangência nos 417 municípios do estado da Bahia, incluindo os municípios pernambucanos que compõem a Rede Interestadual Pernambuco/Bahia.

O Programa de Atenção Domiciliar foi reformulado para o Programa Melhor em Casa, com vistas a otimizar a taxa de ocupação dos leitos dos EAS, bem como a desospitalização. O atual programa utilizou como estratégia a ampliação dos perfis assistenciais e a internação domiciliar 24 horas, com ou sem ventilação mecânica, visando atender aos pacientes de maior complexidade, proporcionando a eles a continuidade da sua assistência no ambiente familiar.

Embora o programa, no formato atual, tenha iniciado em abril de 2018, os dados tabulados são referentes ao período de 2019 a 2022, pois naquele ano o Sistema de Atenção Domiciliar (Sisad) estava passando por reformulações que inviabilizaram a captação fidedigna dos dados. Cabe destacar que em 2020 houve uma redução no número de desospitalizações, em decorrência de limitação do teto financeiro, o que foi revertido em 2021. Desde então, pode-se observar o aumento expressivo no número de desospitalizações, conforme apresentado no **Gráfico 78**.

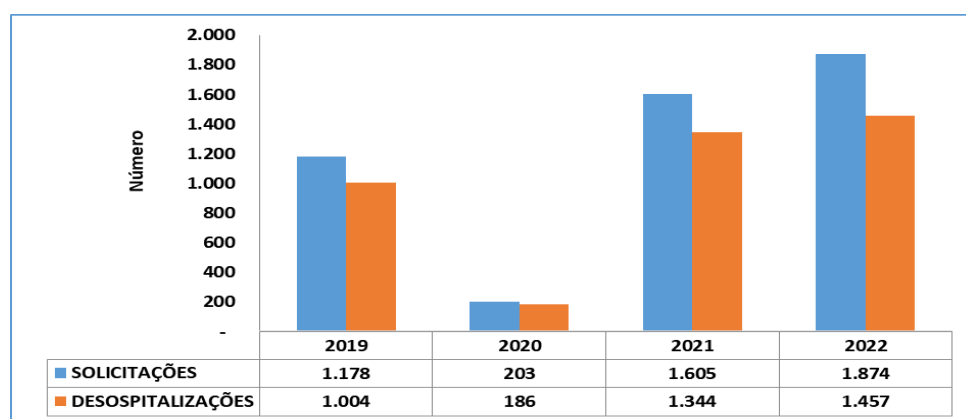


Gráfico 78. Número de solicitações e de pacientes atendidos por meio do Programa de Atenção Domiciliar. Bahia, 2019-2022.

Fonte: Sesab/Suregs/Sisad, dados acessados em abril de 2023.

No período destacado, foram desospitalizados mais de 3.500 pacientes, que receberam assistência compatível com suas necessidades e obtiveram êxito com altas melhoradas ou foram beneficiados com estratégias pertinentes aos cuidados paliativos, em terminalidade. A internação domiciliar possibilita o cuidado em saúde, com dignidade, sendo o óbito integralmente assistido em domicílio, primando pelo respeito e conforto aos pacientes e seus familiares.

3.4.8.3 Comissão Estadual de Nefrologia/ doença renal crônica / terapia renal substitutiva

A Comissão Estadual de Nefrologia (CEN) faz parte da estrutura reguladora do estado e tem como finalidade assegurar a equidade do acesso do paciente usuário do SUS, com doença renal crônica (DRC) à Terapia Renal Substitutiva (TRS) ambulatorial. De acordo com a Resolução CIB nº 321/2018, é atribuição da CEN regular o paciente com DRC para os serviços de nefrologia, segundo o Protocolo de Acesso para TRS ambulatorial, por meio do Sistema de Regulação em Nefrologia (Sisnefro).

A DRC é considerada um problema de saúde pública, com crescente prevalência e alta mortalidade. Os principais fatores de risco para DRC são a diabetes e a hipertensão. Como desfecho, pode ocorrer a necessidade de uma das TRS: hemodiálise, diálise peritoneal e/ou transplante renal, tratamentos que podem substituir a função dos rins. A CEN regula duas dessas modalidades: hemodiálise e diálise peritoneal.

O **Gráfico 79** demonstra um aumento do acesso à TRS no estado nos últimos dois anos, por macrorregião de saúde, desde a implantação do Sisnefro, o que certamente associa-se à abertura de novos serviços de nefrologia no interior do estado e à ampliação de vagas em alguns serviços de diálise, após a pandemia de covid-19.

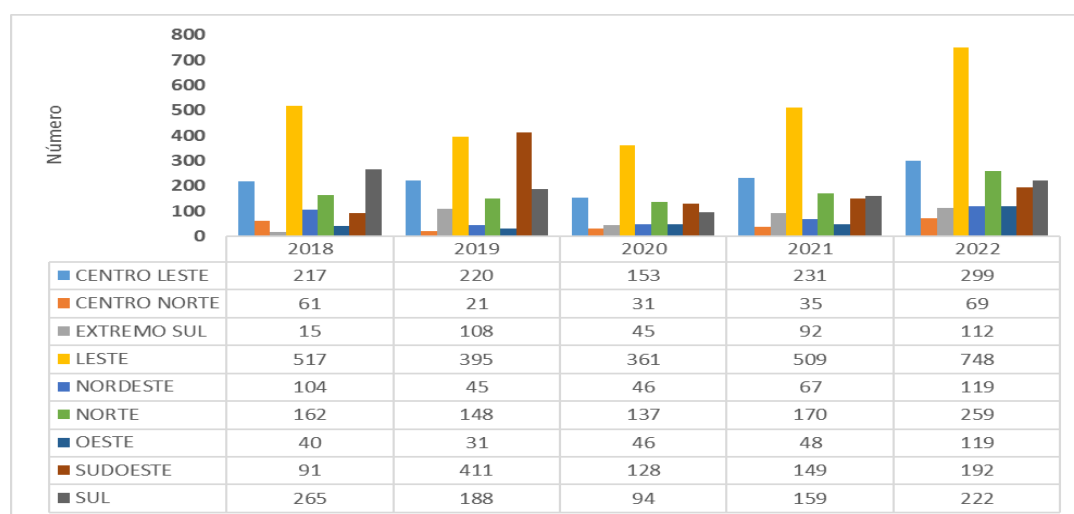


Gráfico 79. Número de pacientes regulados para TRS Ambulatorial por meio da CEN, por macrorregião de saúde. Bahia, 2018-2022.

Fonte: Sesab/Suregs/SISNefro, dados acessados em abril de 2023.

3.4.8.4 Tratamento fora do domicílio

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é um programa do Ministério da Saúde que tem como objetivo assegurar o encaminhamento do paciente para realização de tratamento médico em outra localidade, quando esgotados todos os meios de atendimento onde o

indivíduo reside. Trata-se da concessão de benefícios específicos (transporte e ajuda de custo) que contempla o usuário do SUS cadastrado no programa, seu acompanhante e o doador e seu acompanhante, quando pertinente, conforme as diretrizes da Portaria nº 055/SAS/MS de 1999.

Sendo um recurso de exceção, o TFD somente é autorizado quando há a garantia de atendimento no município e/ou estado de destino, com datas e horários previamente definidos pelo estabelecimento de saúde executante.

Ao analisar o **Gráfico 80**, nota-se a oscilação no número de pacientes assistidos pelo programa TFD, por macrorregião de saúde, no período de 2018 a 2022. Simultaneamente, evidencia-se a queda no número de pacientes encaminhados para outros estados da federação, quando a comparação se limita ao ano de 2018 e de 2022, no entanto, para demandas específicas de alta complexidade.

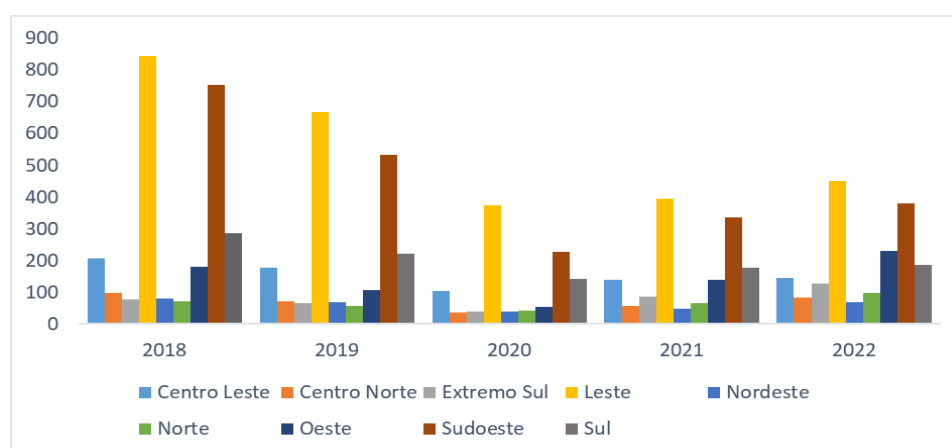


Gráfico 80. Número de pacientes assistidos pelo programa TFD, por macrorregião de saúde. Bahia, 2018-2022.

Fonte: Sesab/Suregs/Comissão Estadual do TFD, dados acessados em abril de 2023.

Registra-se a redução da necessidade de TFD para os serviços cuja oferta foi ampliada no estado da Bahia, como o transplante renal e hepático. Paralelamente, houve aumento da viabilização do TFD para outras demandas de alta complexidade, a exemplo do transplante de medula óssea, tratamentos oncológicos e de neurocirurgia, mais expressivos a partir de 2020.

3.4.8.5 Projetos estratégicos em saúde

A Sesab/Suregs, planeja, desenvolve e operacionaliza Ações e Projetos Estratégicos, especialmente itinerantes, de relevância para a população e para a gestão, com deslocamento de técnicos e serviços para os municípios e regiões de saúde, visando ampliar/facilitar o acesso da população a serviços de saúde. As ações decorrem a partir de necessidades epidemiológicas, de ampliação e/ou implementação de serviços assistenciais

em saúde e/ou que permitam a melhoria do acesso. No abaixo **Quadro 68**, há informações sobre os projetos e ações estratégicas vigentes.

Quadro 68. Projetos e ações estratégicas vigentes desenvolvidos pela Suregs/Sesab. Bahia, 2023.

PROJETOS E AÇÕES ESTRATÉGICAS	
Programa Estadual de Rastreamento do Câncer de Mama - Estratégia Itinerante	Tem por objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico precoce do câncer de modo complementar às ações já desenvolvidas no estado, referentes à saúde da mulher. O atendimento nas regiões de saúde do estado tem cronograma pré-definido e pactuado nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR), considerando o indicador de saúde de razão de mamografia de Rastreamento do Câncer de Mama e o tempo de execução da estratégia na região. A estratégia retorna aos municípios através de serviços móveis e o seu diferencial é o acompanhamento das mulheres com imagens inconclusivas após a mamografia, com a oferta de exames complementares para o diagnóstico e o encaminhamento ao tratamento, visando à integralidade do atendimento. Entre as atividades desenvolvidas, há a ação Outubro Rosa que representa uma importante oportunidade de intensificar a divulgação e mobilização do cuidado referente à detecção precoce do câncer de mama. Importante registrar que a Estratégia Itinerante de Rastreamento do Câncer de Mama, em 2021, completou 10. Além disso, houve a restr
Feira de Saúde	É uma estratégia utilizada pela Sesab, visando reduzir a demanda reprimida e ampliar o acesso a atendimento de qualidade para um número expressivo de pessoas, em curto período de tempo. No ano de 2022, entre os meses de fevereiro e outubro foram realizadas 32 Feiras de Saúde. A ação oferece atendimento em diversas especialidades: serviços de oftalmologia, odontologia, realização de exames de mamografia, ultrassonografia, eletrocardiograma, Raios-X, consultas, encaminhamento para cirurgias eletivas e de catarata, aferição da tensão arterial. As feiras assim convergem com o Programa de Ampliação de Acesso a Cirurgias Eletivas. Além dos serviços de saúde, amplia-se o cunho social da ação e promoção de cidadania através de serviços ofertados em unidade móvel do Serviço de Atendimento ao Cidadão (SAC).
Odontomóvel: Saúde Bucal Itinerante (OSBI)	A estratégia oferta serviços voltados à prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal, em Unidades Móveis equipadas para a realização dos procedimentos. É uma ação complementar à rede de atenção à saúde bucal que amplia o acesso da população aos serviços. As unidades odontológicas móveis além de serem disponibilizadas nas feiras de saúde também são direcionadas a públicos específicos como comunidades escolares e povos indígenas.
Serviços médicos especializados oftalmológicos	Os serviços são realizados por prestadores de serviços de saúde que possuem médicos especialistas em oftalmologia, além de médicos anestesiologistas e profissionais de enfermagem. São realizados procedimentos cirúrgicos eletivos, em caráter itinerante. Usuários são triados nas feiras de saúde e cadastrados no Sistema Lista Única da Sesab. É identificada uma unidade de saúde capaz de sediar a realização dos procedimentos.
Programa Estadual de Ampliação do Acesso a Cirurgias Eletivas	O programa visa ampliar a oferta descentralizada de procedimentos e cirurgias eletivas de média e alta complexidade, reduzir o tempo de espera por cirurgias eletivas e evitar complicações secundárias à evolução da doença por perda do tempo cirúrgico oportuno. Os serviços são executados por unidades da Rede de Saúde, públicas ou privadas, no âmbito do estado, de acordo com o respectivo perfil e complexidade. É prevista a oferta de procedimentos cirúrgicos eletivos nas especialidades: cirurgia plástica mamária, cirurgia geral, urologia, cirurgia vascular, ginecologia, oftalmologia e otorrinolaringologia. A estratégia de cirurgias eletivas em caráter itinerante é baseada na identificação do crescimento da demanda por cirurgias eletivas no Brasil e na Bahia e na constatação de que grande parte destes serviços se encontra nas instituições públicas e/ou filantrópicas, cuja oferta não consegue suprir a demanda reprimida, resultando em filas e em agravamento do estado de saúde da população, devido ao tempo de espera. Além disso, houve a restrição à execução de procedimentos cirúrgicos eletivos em face da pandemia covid-19 que levou a aumento exponencial de demanda.

Fonte: Sesab/Suregs. Diretoria de Projetos Estratégicos, dados acessados em julho de 2023.

No **Quadro 69** são apresentados os números de mulheres e pessoas atendidas, exames realizados e cirurgias realizadas, segundo Projetos e Ações Estratégicas, nos anos de 2018 a 2022.

Quadro 69. Número de Projetos e Ações Estratégicas, Bahia 2018 a 2022.

Ação	Unidade de medida	Exercício					Total
		2018	2019	2020	2021	2022	
Rastreamento do câncer de mama	Nº de mulheres atendidas	73.944	64.053	43.204	120.491	108.338	410.030
Feira de saúde – odontomóvel	Nº de pessoas atendidas	14.713	50.361	4.966	0	52.815	122.855
Feira de Saúde – Oftalmologia	Nº de cirurgias realizadas	6.951	9.868	1.939	0	28.033	46.791
Feira de Saúde – exames pré-operatórios	Nº de exames realizados	7.181	2.201	464	0	99.484	109.330
Odontomóvel – povos indígenas	Nº de pessoas atendidas	-	-	-	-	11.390	11.390
Odontomóvel – rede escolar estadual	Nº de pessoas atendidas	-	-	-	-	59.362	59.362
Peaace (*)	Nº de cirurgias realizadas	-	-	-	-	54.519	54.519
Cirurgias eletivas – estratégia itinerante	Nº de cirurgias realizadas	-	2.201	464	-	1.835	4.500
Programa nacional de cirurgias eletivas (**)	Nº de cirurgias realizadas	53.437	38.117	1.497	22.313	2.252	117.616

Fonte: Sesab/Suregs. Diretoria de Projetos Estratégicos, dados acessados em julho de 2023.

(*) Programa Estadual de Ampliação do Acesso a Cirurgias Eletivas.

(**) Sistemas de Informações - DATASUS/SIA/SIH/SUS.

3.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

3.5.1 Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

Em 30 de junho de 2021 por meio da Portaria nº 401, foi instituído o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Estado da Bahia (CIEVS Bahia), vinculado à Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde (Suvisa/Sesab), em substituição à Coordenação Estadual de Vigilância às Emergências de Saúde Pública (Cevesp). O Cievs tem atuação direta na resposta rápida às emergências de saúde pública e seus objetivos são detectar, avaliar, monitorar e dar resposta em tempo oportuno aos eventos que possam constituir em emergências de saúde pública.

Estruturalmente, o Cievs possui três eixos estratégicos de atuação: Vigilância dos Eventos em Saúde Pública, Vigilância Epidemiológica Hospitalar, Vigilância de Populações Expostas aos Riscos Associados aos Desastres (Vigidesastres). Assim, a vigilância baseada em eventos é uma vigilância ativa, realizada por meio da captura organizada e rápida de informações sobre os eventos que constituem um risco potencial para a saúde pública. Essas informações podem ser transmitidas por canais de comunicação formais e informais. O eixo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) além do registro das doenças de notificação compulsória (DNC), tem entre seus objetivos conhecer, detectar oportunamente

e responder de forma imediata as doenças, agravos e eventos que ocorrem no ambiente hospitalar, inclusive a identificação precoce de potenciais emergências em saúde pública de importância nacional e internacional. Os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) são as unidades operacionais responsáveis pelas ações da VEH no ambiente hospitalar. Atualmente, o estado possui 53 NHE implantados na Bahia, em unidades hospitalares com diferentes tipos de gestão (gestão direta, gestão indireta, filantrópica, federal, municipal, privado).

Em novembro de 2021, foi instituído um instrumento de comunicação denominado “Comunicado de DAE imediata”, com o objetivo de notificar doenças, agravos e eventos (DAE) de notificação compulsória detectados no âmbito hospitalar. Como resultado da implementação desse fluxo, em 2022, a VEH, recebeu 2.240 comunicados de DAE imediatas emitidos por 43 NHE de hospitais da rede estadual. As ocorrências com mais notificações foram covid-19, seguida dos casos de meningites e tentativas de suicídio, que são de notificação imediata apenas para os municípios, entretanto, devido a um fluxo interno da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab/Divep), as tentativas de suicídio e de violência sexual também foram incluídas, a partir de julho de 2022, como agravos de notificação imediata.

Monkeypox foi também uma doença muito frequente nos comunicados. No Brasil, o primeiro caso da doença foi confirmado em junho; e na Bahia, o primeiro foi em julho de 2022. O Cievs realizou o monitoramento e acompanhamento dos casos através do RedCap (*Research Electronic Data Capture*), dos exames laboratoriais realizados pelo Lacen-BA, pela plataforma GAL, elaborou o *Business Intelligence (BI)*. Destacam-se também entre DAE mais relatados, os casos de influenza A (H3N2), que, nas primeiras semanas epidemiológicas de 2022, registraram um importante aumento no número de casos (**Gráfico 81**).

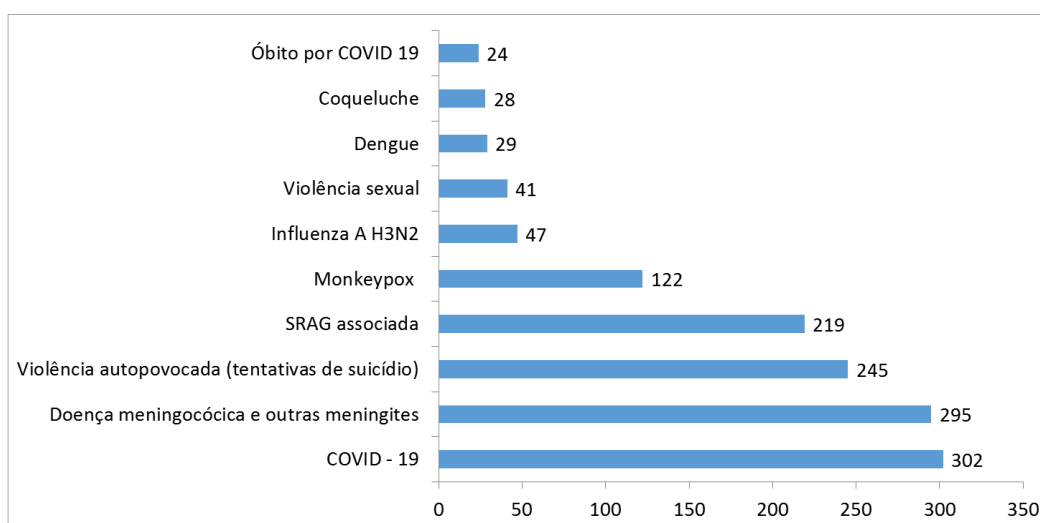


Gráfico 81. Número das principais doenças e agravos comunicados através do DAE imediata. Cievs-Bahia, 2022.
Fonte: Sesab/Suvisa/Cievs.

A Vigilância de Populações Expostas aos Riscos Associados aos Desastres (Vigidesastres) tem por finalidade o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde relativas à gestão de riscos de emergências em saúde pública por desastres.

Os principais cenários de desastres do estado da Bahia são os desastres naturais dos tipos: geológicos (tremor de terra, deslizamentos de solo), hidrológicos (inundações, enxurradas, alagamentos), meteorológicos (tempestades, chuvas intensas), climatológicos (seca, estiagem, incêndio florestal) e desastres tecnológicos (acidentes com produtos perigosos). É importante destacar, que cerca de dois terços do território baiano se situam no semiárido, cuja população sofre repetidamente os impactos de períodos prolongados de seca além de outros aspectos de vulnerabilidade da população nesses territórios. Nesse sentido, quanto maior a vulnerabilidade dos territórios e as populações atingidas, maior a necessidade de se tomar decisões em prol de políticas públicas protetivas que reduzam as desigualdades e os potenciais impactos à saúde das pessoas. Ressalte-se que além da população em geral que pode ser afetada por desastres, a Bahia conta ainda com importante contingente populacional em situação de vulnerabilidade social e ambiental, formado por diversas comunidades tradicionais, a exemplo de indígenas, quilombolas, pescadores, ribeirinhos, bem como população em situação de rua, desempregados, população que vive em habitações precárias, encostas, áreas alagadiças, que estão mais expostas a condições de risco.

Na **Figura 9** estão representados os municípios baianos que no período de 1º de novembro de 2021 a 1º de novembro de 2022 tiveram publicados decretos de emergência por desastres naturais. Nesse contexto, destacamos as inundações ocorridas no fim dos anos de 2021 e 2022, que geraram sérias consequências para municípios de diversas regiões do estado.

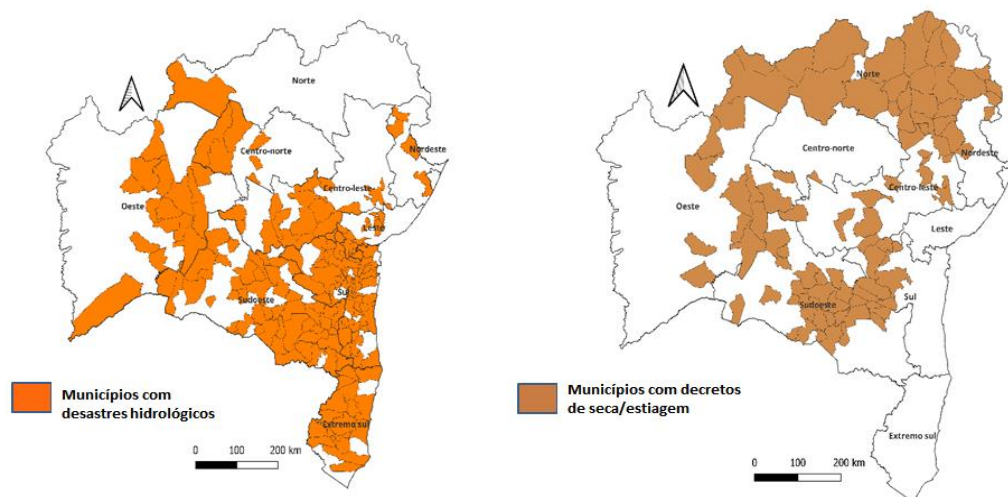


Figura 9. Municípios que tiveram decretos de emergência por desastres hidrológicos e por seca/estiagem no período de 1º de novembro de 2021 à 1º de novembro de 2022. Bahia.
Fonte: Sesab/Suvisa/Cievs.

Entre os desastres tecnológicos registrados na Bahia, destaca-se o derramamento de Petróleo, que atingiu 38 municípios do litoral. A mancha de óleo dispersou em praticamente toda a costa litorânea, do município de Jandaíra no Litoral Norte até Mucuri no Extremo Sul do estado.

Qualquer um dos desastres (naturais e/ou tecnológicos) acarretam implicações diretas e indiretas à saúde pública. Tais impactos podem ocorrer em tempos diferentes, variando entre curto, médio e longo prazo, conforme demonstrado na **Figura 10**.

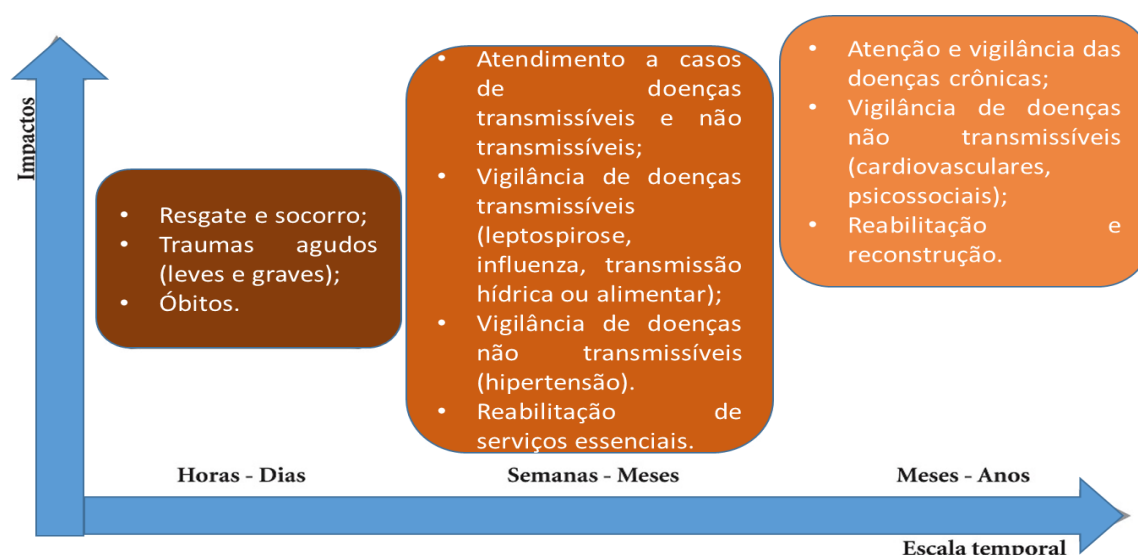


Figura 10. Escala temporal dos impactos decorrentes de desastres naturais e/ou tecnológicos.
Fonte: Freitas et. Al.

Diante de um desastre, as ações do setor da saúde visam garantir a prevenção, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Além das ações de assistência à

saúde, destaca-se o papel da vigilância em saúde pelo potencial de atuação na gestão dos riscos relacionados a esses eventos. A capacidade de preparação e resposta aos desastres colabora para a redução dos impactos na saúde pública. Associada a essa preparação, a coordenação entre as esferas de gestão do SUS e a integração dos serviços de saúde, bem com parceiros interinstitucionais, são essenciais para uma resposta oportuna.

No período de outubro de 2021 a março de 2022 houve na Bahia desastres hidrológicos de maior magnitude, causando diversos impactos abaixo descritos: 32.594 desabrigados, 76.586 desalojados, 25 óbitos, 524 feridos, 132 unidades de saúde danificadas, população atingida 831.518, 227 publicações de decretos por situação de emergência em 227 municípios das macrorregiões Extremo Sul, Sul, Sudoeste, Centro-Leste, Nordeste, Leste e Oeste do estado. A partir dos impactos socioeconômicos e na saúde da população exposta, fez-se necessário um processo de educação continuada, após a capacitação em serviço e ações coordenadas das equipes do estado e municípios, haja vista que esse foi o desastre hidrológico de maior magnitude registrado na Bahia. Outra estratégia foi a de regionalização dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde para as nove macrorregiões saúde/Núcleos Regionais de Saúde, com o objetivo de dar continuidade às ações de estruturação das equipes para que em semelhante de desastres de menor ou maior magnitude, essa reorganização seja suficiente para que os danos estruturais sejam minimizados; o impacto na saúde da população potencialmente exposta, atenuado; e a vida das comunidades vulneráveis, preservada.

3.5.2 Vigilância sanitária e ambiental

As ações da vigilância sanitária e saúde ambiental na Bahia são coordenadas pelos serviços de vigilância sanitária e saúde ambiental dos municípios e pela Diretoria de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental (Divisa). Sua estrutura organizacional contempla: a Divisa (nível central) e 28 equipes ou referências de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, pertencentes aos nove Núcleos Regionais de Saúde.

Por definição, a Vigilância Sanitária é “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”¹. Com o objetivo de planejar, fomentar e implementar o desenvolvimento de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde, suas ações são de caráter educativo (preventivo), normativo (regulamentador), fiscalizador e, em última instância, punitivo.

A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. São também atribuição da VSA os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e dos agravos à saúde humana, associados a contaminantes ambientais. Na Bahia, a Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental (Coviam), dentro da Divisa é responsável pela coordenação e pelo monitoramento desses dados em nível estadual.

Abaixo encontram-se descritos no **Quadro 70** as principais as ações que visam contribuir para se atingir os objetivos da vigilância sanitária.

Quadro 70. Ações realizadas pela Vigilância Sanitária e Ambiental. Bahia, 2023.

Ações que visam contribuir para se atingir os objetivos da vigilância sanitária	
Licenciamento sanitário	Consiste na autorização para o funcionamento ou operação de atividade específica em estabelecimentos sob vigilância sanitária e controle sanitário, no âmbito da VISA se materializa por meio do alvará sanitário.
Avaliação de projeto físico funcional (arquitetônico):	Objetiva verificar se os projetos arquitetônicos de estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário estão em conformidade com os critérios e normas estabelecidas para cada tipo de estabelecimento, visando minimizar riscos sanitários associados a uma estrutura física inadequada.
Segurança do Paciente	Objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. Atualmente, os incidentes associados ao cuidado de saúde, e em particular os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente), representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde.
Monitoramento da qualidade de produtos, serviços sujeitos ao controle sanitário	É realizado um monitoramento estratégico para o controle sanitário e para o gerenciamento de riscos decorrentes dos produtos e de sua produção ou circulação, assim como dos riscos advindos da prestação dos serviços de saúde. As ações são realizadas em conjunto pelas vigilâncias sanitárias federal, estadual e municipal, laboratórios públicos e outros órgãos.
Vigilância em saúde ambiental	A Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA), visa desenvolver a vigilância da qualidade da água para consumo humano, de forma a garantir à população o acesso à água com qualidade compatível com o padrão de portabilidade estabelecida na legislação vigente, como parte integrante das ações de prevenção dos agravos transmitidos pela água e de promoção da saúde, previstas no SUS, além disso, a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (VIGIPEQ), desenvolve ações de vigilância em saúde de forma a adotar medidas promoção, prevenção contra doenças e agravos e atenção integral à saúde das populações expostas a contaminantes químicos.
Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade	Contempla as ações que visam subsidiar a qualificação da ação de vigilância sanitária na perspectiva do planejamento e da gestão da qualidade, por meio da elaboração de documentos e estratégias norteadoras que contribuam para maior eficiência, eficácia e efetividade das ações.
Acolhimento e tratamento de denúncias	A Ouvidoria/DIVISA cumpre seu papel de interlocução entre a sociedade e o Estado, através da solução de demandas relativas aos serviços de saúde, atuando como ferramenta de gestão na adoção de políticas públicas de Vigilância Sanitária e Ambiental, voltadas para o bem-estar social e ampliação dos serviços de saúde na Bahia.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divisa.

Consoante às ações de inspeção sanitária, registra-se que no período dos últimos cinco anos (de 2018 a 2022) foram realizadas 7.719 inspeções. Considerando os extremos desse recorte temporal, observa-se uma redução de 47% no número dessas ações realizadas pelo ente estadual. Alguns fatores estão associados: o enfrentamento da pandemia de covid-19, que gerou a necessidade de reorganização do processo de trabalho

e priorização de ações; e a redução do efetivo de servidores estaduais, que impacta na capacidade de realização das ações fiscalizatórias e demais ações para o controle de riscos **(Gráfico 82)**.

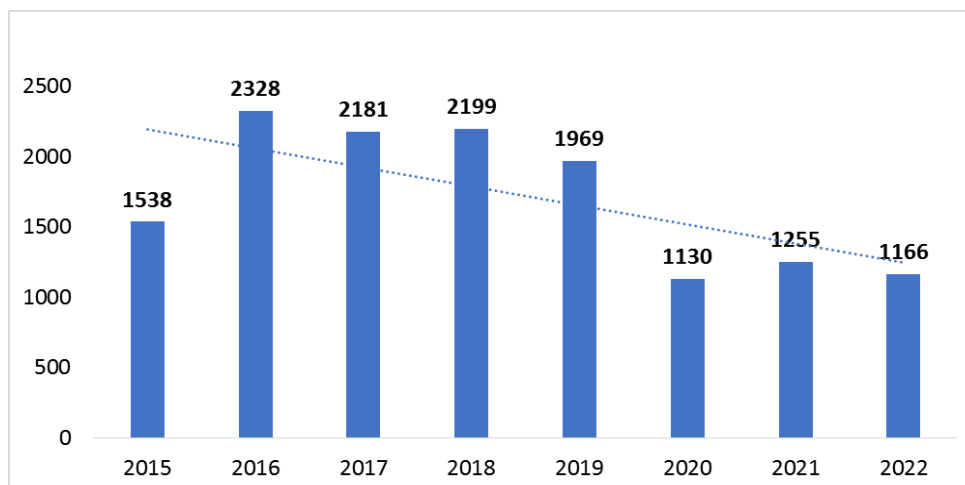


Gráfico 82. Número de inspeções sanitárias em estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária estadual. Bahia, 2015-2022.
Fonte: Sesab/Suvisa/Divisa.

No período de 2015 a 2022, foram emitidas 7.096 licenças sanitárias; o maior número (1.167) foi em 2017. A partir de então, houve redução sustentada no número de licenças emitidas até 2020 o menor foi 495, em 2022 **(Gráfico 83)**.

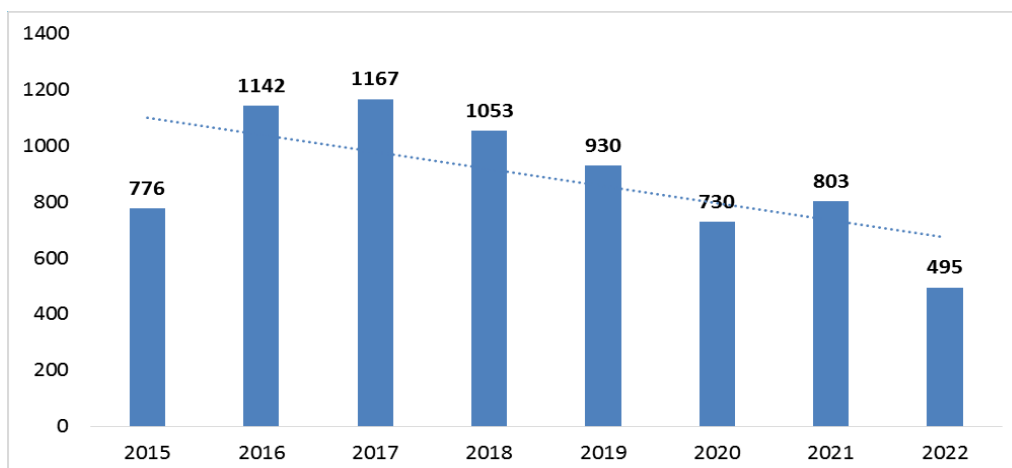


Gráfico 83. Número de licenças sanitárias emitidas pela vigilância sanitária estadual. Bahia, 2015-2022.
Fonte: Sesab/Suvisa/Divisa.

A vigilância de pós-comercialização está direcionada para acompanhamento, investigação e monitoramento dos eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionados à produtos sob vigilância sanitária. O Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária (Notivisa) e o VigiMed são ferramentas disponibilizadas em plataforma web,

utilizadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para o gerenciamento das notificações de EA e QT no país. Nos últimos cinco anos, 11.624 notificações obrigatórias de queixas técnicas foram investigadas no estado.

Destaca-se, em 2021, o aumento expressivo de notificações de farmacovigilância **(Gráfico 84)**, notadamente queixas técnicas relacionadas à vacina adsorvida contra a covid-19 (inativada) da Sinovac/Butantan e à vacina covid-19 (recombinante) da AstraZeneca/Fiocruz, sobre uma possível redução da quantidade de doses nos frascos do imunizante. A Anvisa realizou uma investigação para averiguar as notificações e concluiu que os frascos da vacina contêm o volume de doses preconizado. Como efeito do incremento do número de notificações de vacinas, houve ampliação do quadro de estabelecimentos de saúde cadastrados nos sistemas Notivisa e VigiMed no estado, especialmente de unidades de saúde municipais, *locus* de ação da vacinação contra a covid-19.

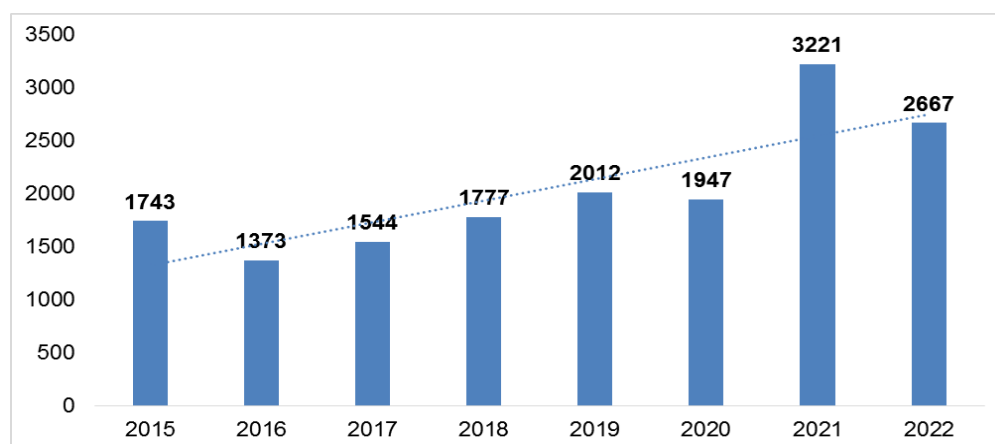


Gráfico 84. Número de notificações obrigatórias de queixas técnicas investigadas. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divisa.

Em 2022, foram emitidas 17 resoluções relacionadas a produtos irregulares detectados em ação local com repercussão nacional. Destas 13 foram de produtos saneantes, duas de cosméticos, uma de medicamento e, por último, uma referente a produtos para a saúde. É importante ressaltar que a falta de metodologias de análise e laboratórios credenciados para produção da maioria dos itens para a saúde (artigos, equipamentos e *kits* de diagnósticos *in vitro*) e a demora na realização e emissão de laudos de análise de medicamentos pelo Lacen/INCQS têm comprometido o processo de investigação das queixas técnicas e dos eventos adversos notificados pelas entidades parceiras.

As infecções hospitalares (IH), atualmente conceituadas infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), constituem um grave problema de saúde pública, são aquelas

que se manifestam após a admissão do paciente ou até mesmo após a alta, quando relacionadas à internação ou a procedimentos realizados nos serviços de saúde. A Divisa é responsável pelo desenvolvimento do Programa Estadual de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (Pepciras), que tem como escopo de atuação o monitoramento, a investigação das IRAS e inspeção das ações de prevenção e controle dos Serviços de Saúde do estado. Verificou-se que de 2018 para 2022 houve uma redução de aproximadamente 10% do percentual de hospitais com leitos de UTI com CCIH atuantes no estado. As análises (**Gráfico 85**) do percentual alcançado são realizadas com base na adesão e nos envios regulares dos indicadores das IRAS por meio da Planilha Estadual de IRAS e MR, em que a CCIH é considerada como atuante ou não atuante.

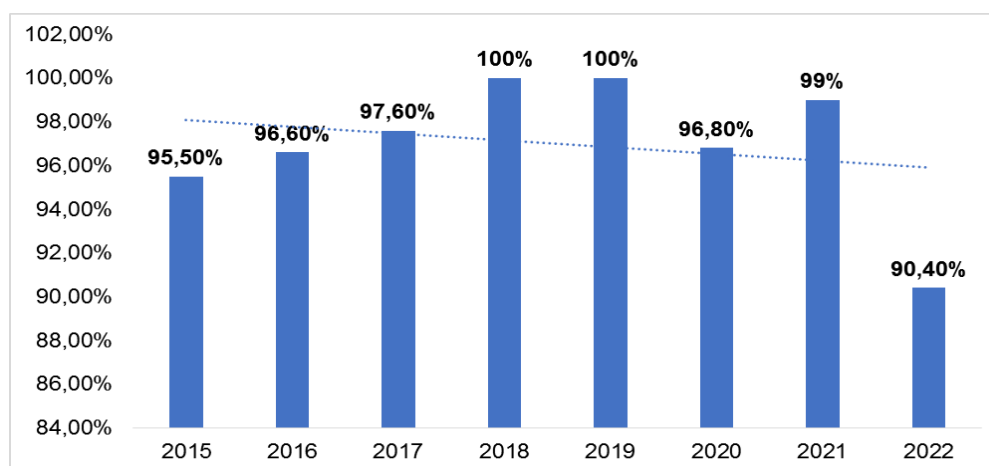


Gráfico 85. Percentual de hospitais com leitos de UTI com CCIH apoiados. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Sesab/Suvisa/Divisa.

Há um grande desafio a ser enfrentado para a execução das ações de prevenção e controle de infecção pelos Serviços de Saúde, sobretudo nos que prestam assistência de alta complexidade e agregam um risco de IRAS por microrganismo multirresistentes, representando um importante problema de saúde pública mundial. Verifica-se que alguns hospitais constituem a Comissão de Controle de Infecção, mas não desenvolvem as ações nem notificam indicadores, fato que demonstra a inobservância dos gestores hospitalares em cumprir a legislação e compreender a importância do monitoramento dos riscos de IRAS para implementar práticas seguras de prevenção e controle. Outro desafio que continua sendo um problema a ser superado pelo NECIH para atendimento ao Pepciras é a inexistência de descentralização das ações de prevenção e controle das IRAS, prevista na Portaria MS nº 2616/98, assim como na Resolução CIB nº 249/2014, para os municípios e regionais de saúde, culminando no aumento dos riscos na assistência, pela dificuldade de atendimento “in loco” às necessidades de todos os serviços de saúde do estado.

O número de municípios assessorados em ações de vigilância em saúde ambiental é um indicador implantado em 2020, composto por quatro ações da vigilância em saúde ambiental: (1) cadastro e vigilância do Vigiagua; (2) notificação de situação de desastre no Formsus e no Cievs estadual; (3) notificação de intoxicações exógenas no Sinan; (4) cadastro de áreas novas e atualização no Sissolo. Em 2022, o desempenho anual ficou abaixo da meta estabelecida (250 municípios), com alcance de apenas de 156 municípios que desenvolveram duas ou mais ações de VSA, de acordo com os indicadores atuais **(Gráfico 86)**.

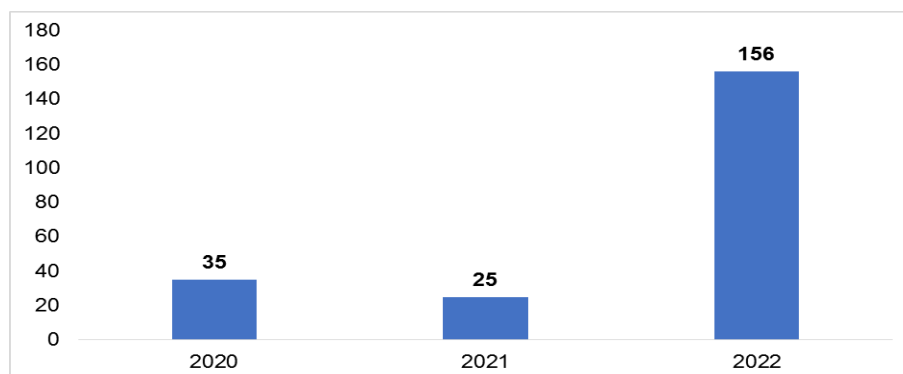


Gráfico 86. Número de municípios assessorados em ações de vigilância em saúde ambiental. Bahia, 2020-2022.
Fonte: Sesab/Suvisa/Divisa.

É importante destacar que, em razão da pandemia nos anos anteriores, muitas ações estratégicas planejadas para ampliar o número de municípios realizando ações de VSA foram prejudicadas, a exemplo das capacitações, oficinas e visitas de apoio técnico. Cabe ressaltar que os indicadores atuais não contemplam a maior parte das ações desenvolvidas por esta coordenação. A construção atual do indicador “Percentual de municípios desenvolvendo, no mínimo, duas ou mais ações de Vigilância em Saúde Ambiental”, não permite aferir adequadamente a produção real das ações desenvolvidas pela VSA, tanto as realizadas diretamente pelos técnicos da Coviam, quanto as executadas pelos técnicos dos núcleos e regiões de saúde.

3.5.3 Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Vigilância da Saúde do Trabalhador (Visat) contempla intervenções sobre os determinantes e condicionantes dos fatores de riscos e agravos à saúde, decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho, com vistas à promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora. A Visat compreende ações e práticas sanitárias integradas de vigilância nos ambientes e processos de trabalho; de vigilância epidemiológica sobre os

agravos e doenças relacionados ao trabalho; análise da situação de saúde e o monitoramento de indicadores; e articulação de ações de assistência com as de prevenção e promoção da saúde.

Entre as ações de Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador está o monitoramento das notificações de casos e óbitos de agravos e doenças relacionadas ao trabalho. No período de 2015 a 2022, foram notificados 72.642 agravos e doenças relacionados ao trabalho (ADRT), sendo a maior proporção de acidentes de trabalho (58%) e acidentes de trabalho com material biológico (30,5%). As dermatoses (0,2%), pneumoconioses (0,2%), as perdas auditivas induzidas por ruído (0,2%) e, em particular, os cânceres relacionados ao trabalho (0%) são os eventos menos notificados no escopo de doenças de notificação compulsória (**Tabela 27**).

Tabela 27. Número de casos e doenças relacionados ao trabalho notificados no Sinan. Bahia, 2015-2022.

Ano		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Agravo										
Acidente de trabalho	N	2940	2925	3718	4340	4727	4451	6120	9167	38388
	%	4,05	4,03	5,12	5,97	6,51	6,13	8,42	12,62	52,85
Acidente de trabalho exposição a material biológico.	N	2553	2325	2634	2732	3051	2414	3184	3281	22174
	%	3,51	3,2	3,63	3,76	4,2	3,32	4,38	4,52	30,53
LER/Dort	N	942	954	1191	1215	1111	593	834	934	7774
	%	1,3	1,31	1,64	1,67	1,53	0,82	1,15	1,29	10,7
Intoxicação exógena ocup.	N	356	243	353	460	502	279	295	303	2791
	%	0,49	0,33	0,49	0,63	0,69	0,38	0,41	0,42	3,84
Transtorno mental relacionado ao trabalho	N	88	75	95	117	196	106	162	231	1070
	%	0,12	0,1	0,13	0,16	0,27	0,15	0,22	0,32	1,47
Dermatose	N	30	18	18	25	24	16	13	18	162
	%	0,04	0,02	0,02	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,22
Pneumoconiose	N	13	19	6	11	18	4	33	38	142
	%	0,02	0,03	0,01	0,02	0,02	0,01	0,05	0,05	0,2
Perda auditiva induzida por ruído	N	18	21	11	15	24	4	8	11	112
	%	0,02	0,03	0,02	0,02	0,03	0,01	0,01	0,02	0,15
Câncer relacionado ao trabalho	N	2	3	6	0	4	4	3	7	29
	%	0	0	0,01	0	0,01	0,01	0	0,01	0,04
TOTAL	N	6942	6583	8032	8915	9657	7871	10652	13990	72642
	%	9,56	9,06	11,06	12,27	13,29	10,84	14,66	19,26	100

Fonte: Sesab/Suvisa/Divast/Sinan.

Foram suprimidos os casos notificados de crianças com menos de 5 anos, devido a possível erro de digitação.

Pair (perdas auditivas induzidas por ruído).

No contexto da saúde do trabalhador, além dos acidentes de trabalho outros aspectos de relevância são os cânceres. Para fins de notificação, o câncer relacionado ao trabalho tem entre seus elementos causais a exposição a fatores, agentes e situações de risco presentes no ambiente e processo de trabalho, mesmo após a cessação da exposição.

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

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

Nesse sentido, ratifica-se que empresas e atividades ocupacionais de risco para o câncer relacionado ao trabalho devem ser mapeadas e monitoradas no âmbito do estado, com monitoramento regular da saúde de trabalhadores expostos, para identificação precoce, por meio de acesso facilitado dos trabalhadores/as à rede de atenção à saúde, bem como investigação e notificação adequada dos casos. Para complementar essas estratégias, deve-se organizar as inspeções e intervenções nos processos e ambientes de trabalho, avaliando seus impactos, assim como desenvolver atividades de educação permanente, comunicação e educação em saúde, na perspectiva de promover ambientes de trabalho seguros.

Com relação ao perfil epidemiológico de crianças e adolescentes em situação de trabalho, destaca-se que na Bahia, no período de 2015 a 2022, foram notificados no Sinan, respectivamente, 431 casos de trabalho infantil na ficha de violência interpessoal/autoprovocada e 592 casos de acidentes na ficha de acidente de trabalho, para crianças e adolescentes na faixa etária de 5 a 17 anos. Observa-se, nesse sistema, uma tendência crescente para a notificação de casos de acidente de trabalho e comportamento errático da curva de casos de trabalho infantil, com exceção apenas para o ano de 2019

(Gráfico 87). Sabe-se que o trabalho infantil é um fenômeno ainda muito subnotificado, inclusive pela sua naturalização na nossa sociedade²⁹, sendo necessários investimentos nas áreas de educação popular e educação permanente em saúde, entre as estratégias para seu enfrentamento.

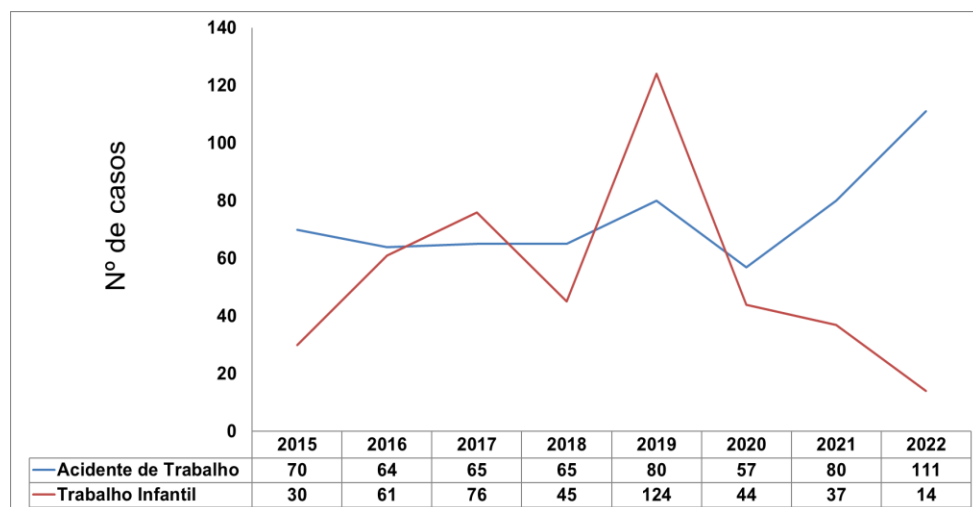


Gráfico 87. Número de casos de trabalho infantil e acidentes de trabalho notificados no Sinan. Bahia, 2015-2022.

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

Dados do censo de 2010⁷ indicam uma taxa de trabalho infantil de 11,9% para o estado da Bahia com 192.299 crianças e adolescentes ocupados. As maiores taxas de trabalho infantil são observadas para as Regiões de Saúde de Serrinha (19%), Ibotirama (16,9%), Seabra (16,8%), Ribeira do Pombal (16,1%) e Brumado (15,4%).

Com relação aos casos de acidentes de trabalho notificados nesse período, a maior concentração está relacionada ao grupo etário de 15 a 17 anos (87%), sendo “trabalhadores agropecuários em geral” (9,6%), “pedreiros” (6,8%) e “soldadores” (5,4%) as ocupações com maiores frequências. A classificação como “estudante” para 11,3% desse grupo revela a concomitância da formação educacional e das atividades laborais, mas também evidencia problemas de qualidade do registro no Sinan, uma vez que essa categoria não pertence à Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Entre as circunstâncias dos acidentes, destacam-se: “contato com outras máquinas e com as não especificadas” (10,1%), “contato com outros metais quentes” (5,7%) e “exposição a outras forças mecânicas inanimadas e as não especificadas” (5,6%). Esse cenário requer ações robustas intra e intersectoriais no âmbito do estado da Bahia para controle e erradicação dessa situação, além da criação de políticas públicas para gerar renda, emprego e, particularmente, educação em período integral.

3.5.4 - Vigilância epidemiológica no contexto da pandemia de covid-19 e dos desastres naturais.

Em 15 de março de 2022 a Divep da Bahia completou 35 anos. Integrada à estrutura administrativa do estado, ela está inserida na Superintendência de Proteção e Vigilância em Saúde (Suvisa), atendendo às diretrizes e princípios do SUS, com ética, comprometimento e eficiência. Os anos de 2020 a 2022 foram marcados pela emergência em saúde pública de importância internacional, decorrente da pandemia do novo coronavírus, o que alterou completamente as rotinas e os processos de trabalho, uma vez que a prevenção e o controle da covid19 assumiram relevância e prioridade no estado. A Divep participou ativamente das arenas decisórias para formulação e implementação de um conjunto articulado de ações, com atuação nos territórios. Além do enfrentamento da pandemia, vivenciamos desastres naturais, queda da cobertura vacinal, com consequente risco de recrudescimento de doenças erradicadas, redução do financiamento para a saúde e divulgação maciça de “fake news” com questionamentos sobre efetividade da ciência. Houve ainda, o desafio de conciliar todas as atividades inerentes à diretoria, com adoção das tecnologias de informação e comunicação para capacitar trabalhadores saúde, orientar gestores e prestar apoio técnico e institucional aos municípios.

Em um cenário atípico, a Divep criou estratégias a fim de manter ações para mitigar riscos e adotar medidas de prevenção e controle de doenças/agravos de interesse para a saúde pública. Destaca-se a logística para distribuição de imunobiológicos, que foi ampliada com a criação de logística aérea, a fim de garantir de forma oportuna em até 12 horas a provisão dos 417 municípios.

Não existem ações de prevenção e controle de doenças que não estejam estruturadas a partir de sistemas de vigilância epidemiológica, que compreende um ciclo de atividades específicas, intersetoriais e contínuas. O sucesso de atuação dessa diretoria acontece em razão da capacidade e do protagonismo de suas equipes, que ao longo de 35 anos contribuíram para sua consolidação como setor estratégico e de suma importância para a saúde da Bahia. Nesse sentido evidencia-se a formulação de políticas públicas, planos e programas de saúde e subsídio indispensável para as decisões e prioridades da gestão, contribuindo para reduzir as iniquidades em todo o território, fortalecer o SUS e assegurar o direito universal à saúde. Importante reconhecimento foi dado à vigilância epidemiológica estadual pelo Governo Federal/MS em novembro de 2023; a menção honrosa pelo serviço considerado destaque “*no exitoso trabalho e esforço dependidos durante a pandemia da covid-19, maior emergência em saúde pública deste século*”⁴¹.

Os dados e análises referentes aos indicadores de doenças e agravos monitorados pela vigilância epidemiológica estão descritos neste PES no contexto da morbimortalidade da população baiana.

3.5.5 Vigilância Laboratorial

O Laboratório Central de Saúde Pública Profº Gonçalo Moniz – Lacen/Ba, completa 108 anos de história, em 2023, sendo reconhecido como a 3ª maior unidade de vigilância laboratorial do país, classificado na categoria máxima de qualidade pelo Ministério da Saúde. Compreende um conjunto de ações transversais aos demais sistemas de vigilância em saúde, propiciando 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, além de coordenar a Relsp na Bahia.

Atualmente, a Relsp é composta de 28 (vinte e oito) laboratórios, sendo: uma unidade central, com gestão estadual; 12 laboratórios descentralizados de vigilância epidemiológica e 15 laboratórios regionais de vigilância da qualidade da água (LVQA), gerenciados pelos Núcleos Regionais de Saúde.

Destaca-se que o Lacen/BA foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como referência nacional no sequenciamento genético de amostras do vírus causador da covid-19 da Bahia e de outros cinco estados do Nordeste (Sergipe, Alagoas, Piauí, Pernambuco e Rio Grande do Norte), realizando até 09 de novembro de 2022 quase 2 milhões de exames covid-19 (1.964.940) desde o início da pandemia⁴¹. Para que isso fosse possível, o governo da Bahia investiu cerca de R\$ 20 milhões na expansão e renovação dos laboratórios com aquisição de máquinas e equipamentos.

3.5.6 Serviço de verificação de óbitos (SVO)

O serviço de verificação de óbito (SVO) é um serviço público para determinar a causa de morte natural ocorrida sem assistência médica, com assistência médica sem elucidação diagnóstica ou decorrente de doenças de interesse da saúde pública. Na condição de serviço do SUS, o SVO compõe a área de vigilância da saúde do Estado da Bahia ligado diretamente à Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA). Tem gestão compartilhada entre a Sesab e a Fundação Estatal de Saúde da Família – Fesf.

O trabalho realizado pela equipe do SVO contribui para melhoria dos dados sobre a causa básica do óbito e para diagnóstico da situação de saúde dos municípios e estado. Atende os municípios de Salvador e Região Metropolitana (Camaçari, Lauro de Freitas, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz). Está prevista a implantação de cinco unidades de SVO nas macrorregiões de saúde Centro-Leste (Feira de Santana),

Sul (Ilhéus), Extremo Sul (Porto Seguro), Sudoeste (Vitória da Conquista) e Oeste (Barreiras).

4 INOVAÇÃO E TECNOLOGIA

4.1 Saúde Digital

De acordo com o Governo Federal a saúde digital compreende o uso de recursos de tecnologia da informação e comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações confiáveis sobre o estado de saúde para os cidadãos, profissionais de saúde e gestores públicos. O termo Saúde Digital é mais abrangente do que e-Saúde e incorpora os recentes avanços na tecnologia, como novos conceitos, aplicações de redes sociais, internet das coisas (IoT), inteligência artificial (IA), entre outros.

Visando à adequação ao conceito de saúde digital, é de extrema importância destacar dois principais pilares que estão em execução pela CGTIC/DMA, que são o prontuário eletrônico AGHUse e a Rede Estadual de Dados em Saúde (Reds). Com o avanço da saúde digital no estado da Bahia, atrelado à modernização administrativa realizada pela DMA no âmbito da Sesab, mediante direcionamento advindo do Gabinete da Secretaria, cada vez mais reforçava-se a necessidade de substituição do prontuário físico por um prontuário eletrônico único do paciente em toda a rede estadual, assegurando, dessa forma, a integração dos dados dos pacientes, uma maior celeridade e assertividade no atendimento, a segurança dos dados ali inseridos, melhor comunicação entre os profissionais multidisciplinares, além de ser menos oneroso ao erário, tudo isso através de uma plataforma segura e atualizada em tempo real.

A AGHUse (aplicativo para gestão hospitalar) é um sistema de gestão em saúde hospitalar, completo, moderno, desenvolvido conforme os padrões internacionais de qualidade e segurança de *software*. Tem prontuário eletrônico e módulo para gestão clínica e administrativa para uma unidade de saúde. Em meados de junho de 2022, a Sesab decidiu ampliar a implantação do AGHUse, efetuando a contratação da Fundação Estatal Saúde da Família para a execução do serviço de treinamento, implantação e operação assistida aos usuários para o AGHUse na unidade de saúde sob gestão da Sesab, através do contrato nº 36/2022, no valor global de R\$ 4.414.164,72, para o período de dois anos, com estimativa de gastos de R\$ 1.017.256,86 por mês.

O serviço de implantação da AGHUse consiste basicamente na contratação de profissionais, por parte do prestador do serviço, para replicar o conhecimento da ferramenta

nas unidades de saúde que integram o escopo contratual. Atualmente, 22 unidades estão em estágio de implantação avançada. Entre elas, dez planejam-se para conclusão em 2023 e mais nove com previsão de início de implantação. O tempo médio de implantação da AGHUse em uma unidade de saúde pode variar de seis meses a um ano e meio, dependendo do tamanho da unidade, disponibilidade de profissionais e implantadores. A previsão para conclusão em todas as unidades de saúde é dezembro de 2024.

A Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) é a plataforma nacional de interoperabilidade (troca de dados) em saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.434, de 28 de maio de 2020. A RNDS, além de ser um projeto estruturante do Conecte SUS, é um programa do Governo Federal voltado para a transformação digital da saúde no Brasil e tem o objetivo de promover a troca de informações entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Nesse contexto, a RNDS tem como objetivo central promover a criação de um prontuário único por meio da troca de informações entre os diversos pontos da RAS, permitindo a transição e continuidade do cuidado nos setores público e privado. A RNDS permitirá a troca de informações entre os diferentes Sistemas de Prontuário Eletrônico (S-RES) utilizados no país, viabilizando a interoperabilidade do sistema de informação em saúde.

A Reds, por sua vez, integra e unifica os dados do paciente da rede estadual de saúde em um único repositório de dados. Com ela, será possível realizar a integração dos dados do paciente, o mapeamento de agravos nas regiões, a mensuração de custeio por paciente, entre outros benefícios, tudo isso por meio de uma plataforma segura e atualizada em tempo real, ocasionando assim uma maior assertividade no tratamento dos pacientes.

A criação da Reds teve seu início no fim de 2018, com a contratação do serviço técnico de desenvolvimento, manutenção e sustentação do barramento (que realiza coleta e unificação de dados) e foi interrompida em meados de 2021 em razão do término contratual. Para dar continuidade ao trabalho foi deflagrado processo para nova integração da RNDS com a Reds, para que assim possamos promover a interoperabilidade da informação em saúde, visando à continuidade do cuidado do usuário, em qualquer momento e em qualquer lugar do Brasil.

Como indicador para o monitoramento foi definido o número de unidades de saúde com o prontuário eletrônico (AGHUse) em implantação com no mínimo três módulos implantados. A meta é de expandir para 25 o número de unidades em processo de implantação, com no mínimo três módulos implantados, e periodicidade de avaliação semestral sob responsabilidade da CGTICS/DMA.

4.2 Pesquisa científica e avaliação de tecnologias em saúde

Com o objetivo de direcionar o fomento à pesquisa científica e avaliação de tecnologias em saúde foi criada a Diretoria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (Ditec), por meio da Coordenação de Gestão do Conhecimento e Fomento à Pesquisa em Saúde (Cogec), impulsiona a produção e a gestão do conhecimento científico em saúde, a partir da articulação com instituições formadoras, de fomento à pesquisa e com os serviços de saúde. Nesse sentido, a Cogec executa suas competências primando pelo desenvolvimento e pela disseminação do conhecimento científico produzido no âmbito do SUS/Bahia, considerando os princípios éticos estabelecidos, os benefícios aos participantes da pesquisa e à população usuária dos serviços de saúde e promovendo a publicização e incorporação dos resultados de pesquisas que garantam acesso ao benefício mencionado.

Evidencia-se, assim, a importância do fomento à pesquisa científica no âmbito do SUS/BA, uma vez que, os resultados obtidos por meio desses estudos podem ter aplicabilidade direta em determinados serviços de saúde. Com relação à gestão, podem, ainda, subsidiar a tomada de decisão e criação de políticas públicas, no contexto do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, destinadas à resolução dos problemas de saúde locais.

Considerando todo o exposto e o monitoramento das pesquisas realizadas pela Ditec/Cogec no período de 2007 a 2018 e financiadas pelo Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS), com resultados incorporados, foi definido o indicador “proporção de pesquisas PPSUS com resultados incorporados ao SUS”. No período analisado, foram incorporados 24 (9,7%) do total de 283 pesquisas (**Gráfico 88**).

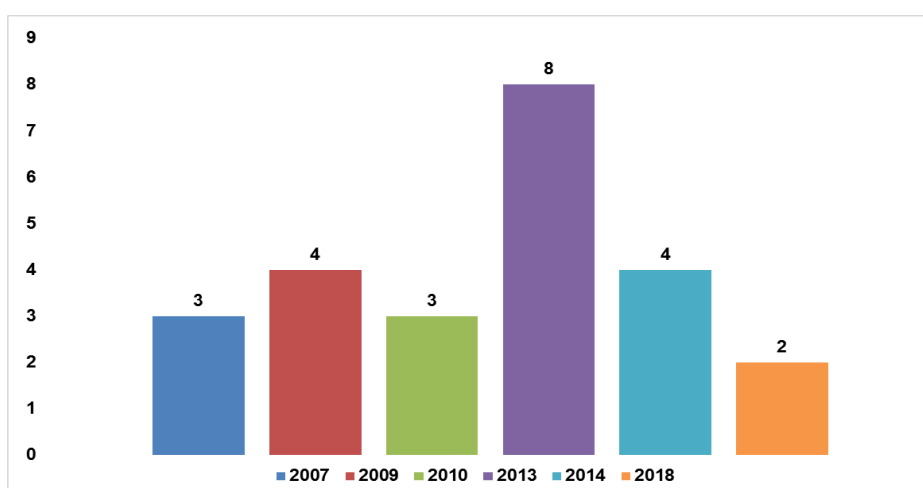


Gráfico 88. Número de resultados incorporados por meio dos projetos PPSUS. Bahia, 2006-2018.

Fonte: Sesab/Saftec/Ditec/Cogec.

Consoante ao processo de monitoramento e ordenamento do fluxo de pesquisas realizadas na rede Sesab são realizadas ações de educação permanente com os membros das Comissões Locais de Pesquisa (CLP) articulações e parcerias com a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) com ações direcionadas ao fomento da pesquisa científica no estado, divulgação dos resultados obtidos por meio de pesquisas realizadas no âmbito do SUS/BA e articulações com as áreas técnicas da Sesab com vistas à incorporação desses resultados; interlocução e apoio aos quarenta e nove Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Estado da Bahia (CEP/BA), tendo como ponto de culminância a realização de seminários anuais, que em 2023, estará na sua 12ª edição.

É importante destacar que o trabalho supramencionado é realizado pela equipe Saftec/Ditec/Cogec, composta por três profissionais: uma fisioterapeuta (coordenadora) e duas assistentes sociais (servidoras do quadro).

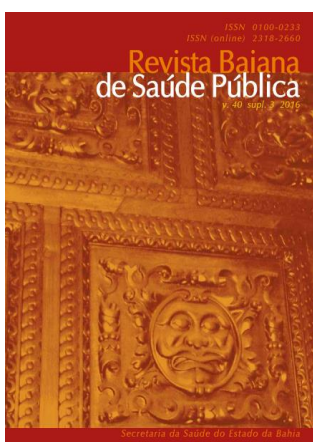
De modo a realizar o monitoramento das pesquisas desenvolvidas na rede Sesab de forma efetiva, completa, fidedigna e em tempo real foi criado, em 2016, o Sistema Plataforma Bahia, implantado parcialmente como teste piloto em três unidades de saúde: Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA); Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (Cedap) e Hospital Geral do Estado (HGE). Ressalta-se, entretanto, que o Sistema Plataforma Bahia necessita de revisões em seus módulos para continuidade do monitoramento das pesquisas realizadas nas unidades de saúde e administrativas do nível central da Sesab. Desse modo, o monitoramento das pesquisas vem sendo realizado por meio da solicitação semestral de planilhas às CLPs. A Saftec/Ditec/Cogec realizou um diagnóstico situacional junto às CLPs, em março de 2023, identificando inexpressiva participação dos servidores do quadro nessas. Em 63,4% das CLP os membros não têm dedicação exclusiva.

Com relação ao objetivo estratégico proposto para o plano plurianual (PPA) 2024-2027) foram identificados os seguintes problemas: deficiência no monitoramento/acompanhamento das pesquisas; insuficiência de incentivo para desenvolvimento de pesquisas nos serviços de saúde; ausência de gratificações para atividades de pesquisa e ensino; insuficiência de ações estratégicas voltadas à incorporação dos resultados de pesquisa aos serviços e insuficiência de recursos humanos para as atividades de ensino e pesquisa. Para eles serão propostas ações, metas e indicadores de modo a contribuir para a produção e incorporação do conhecimento científico e inovação no SUS Bahia.

Em paralelo, o quantitativo de pesquisas monitoradas no modelo atual (sem o Sistema Plataforma Bahia), denota uma atividade pouco explorada mediante a oferta de unidades para campo de coleta de dados destinados ao desenvolvimento de pesquisas científicas. No segundo semestre de 2022, foram identificadas 187 pesquisas desenvolvidas nas unidades de saúde da rede Sesab e seis pesquisas nas unidades administrativas do nível central da Sesab.

Assim, conclui-se que a implantação do Sistema Plataforma Bahia em toda a Rede Sesab, atrelada às ações de incentivo ao desenvolvimento científico, representará um importante incremento ao cumprimento do objetivo estratégico proposto.

4.3 Revista Baiana de Saúde Pública



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 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.

5 ORGANIZAÇÃO DO SUS BAHIA

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), criada pela Lei nº 2.321, de 11 de abril de 1966, e modificada pelas Leis nº 7.435, de 30 de dezembro de 1998, 8.888, de 24 de novembro de 2003, 9.831, de 1º de dezembro de 2005, e 10.955, de 21 de dezembro de 2007, tem por finalidades a formulação da política estadual de saúde, a gestão do Sistema Estadual de Saúde e a execução de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com as disposições da Lei Federal nº 8.080¹, de 19 de setembro de 1990, que constitui o SUS. Atualmente, a estrutura da Sesab contempla os

Órgãos Colegiados, Órgãos da Administração Direta e Entidades da Administração Indireta, conforme representado na **Figura 11**.

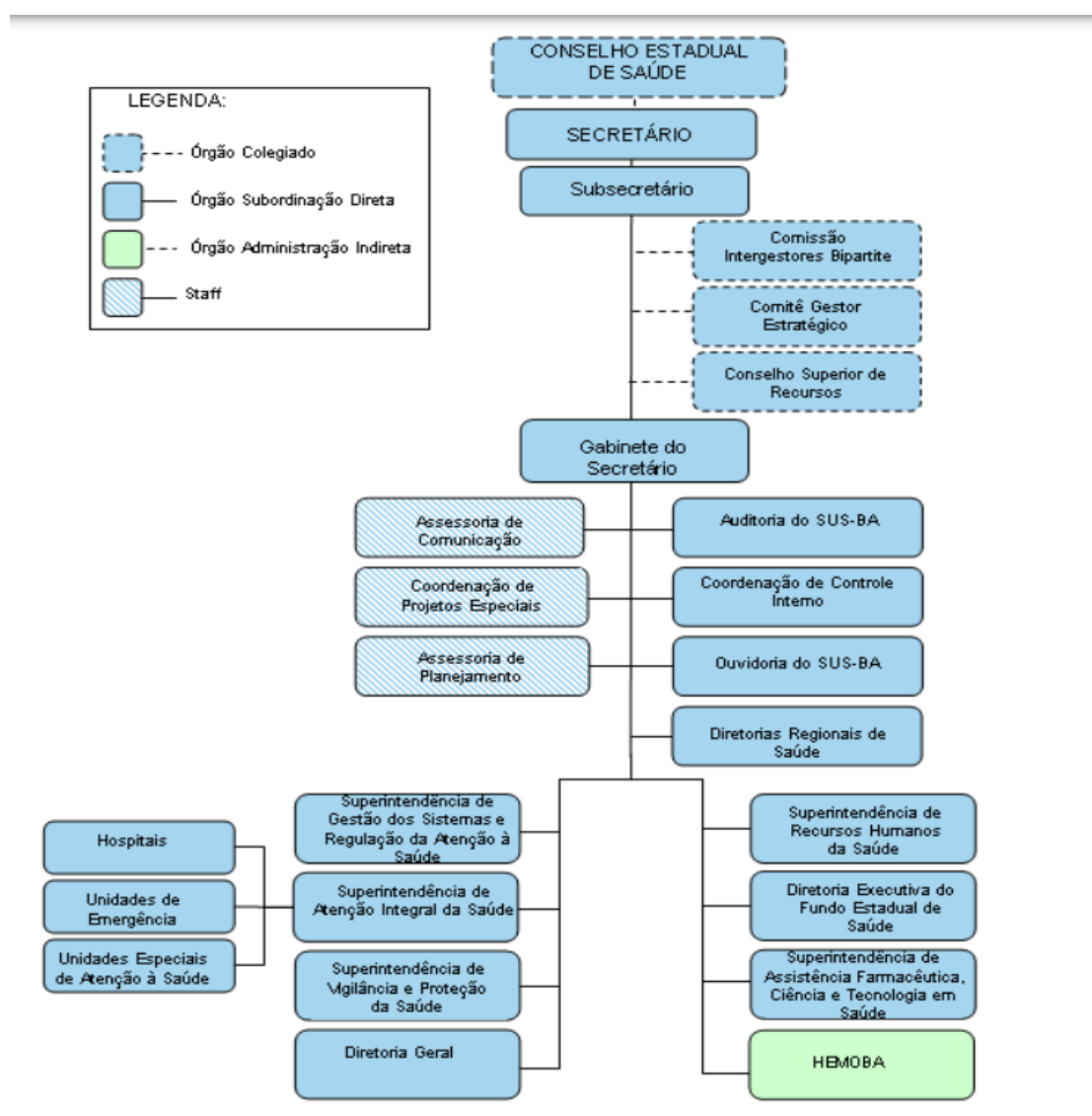


Figura 11. Estrutura organizacional da Sesab. Bahia, 2023.

Fonte: Sesab. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/estrutura-e-organograma>
Acesso em 18/08/2023.

Consoante ao Plano Diretor de Regionalização (PDR), o estado, é constituído por 417 municípios, divididos administrativamente em 28 regiões e nove macrorregiões de saúde (**Mapa 10**). Nelas estão implantados NRS, que são instâncias administrativas desconcentradas da Sesab, sendo a proposta da gestão estadual em consonância com o PDI trabalhar o monitoramento das ações por macrorregião.



Macrorregião de saúde (09)	Regiões de saúde (28)
Centro Leste	Seabra, Serrinha, Feira de Santana, Itaberaba
Centro Norte	Irecê, Jacobina
Extremo Sul	Teixeira de Freitas, Porto Seguro
Leste	Camaçari, Cruz das Almas, Salvador, Santo Antonio de Jesus
Nordeste	Alagoinhas, Ribeira do Pombal
Norte	Juazeiro, Paulo Afonso, Sr. do Bonfim
Oeste	Barreiras, Ibotirama, Santa Maria da Vitória
Sudoeste	Guanambi, Itapetinga, Brumado, Vitória da Conquista
Sul	Valença, Ilhéus, Itabuna, Jequié

Mapa 10. Plano Diretor de Regionalização da Bahia.

Fonte: Sesab/Observatório Baiano de Regionalização.

As regiões e macrorregiões de saúde são fundamentais para a implementação da RAS e para a definição de ações e serviços de saúde a serem ofertados à população, considerando suas características, os limites geográficos e a diversidade dos territórios.

No estado, observa-se heterogeneidade na distribuição populacional, contrastando áreas povoadas e populosas, a exemplo da macrorregião de saúde Leste, atualmente com cerca de um terço dos habitantes (30,5%), e com das macrorregiões Extremo Sul (5,6%), Centro-Norte (5,4%) e Nordeste (5,5%) nas quais residem menos de 6% da população baiana. Os principais centros urbanos com base na prévia dos dados de 2022 do IBGE são: a capital Salvador (2.900.319 hab.), Feira de Santana (624.107 hab.), Ilhéus (157.639 hab.), Vitória da Conquista (343.643 hab.) Itabuna (214.123 hab.), Juazeiro (219.544 hab.) e Jequié (156.277 hab.) (IBGE) (**Quadro 71**).

Quadro 71. Número e proporção da população residente por macrorregião de saúde segundo censos demográficos de 2010 e 2022, variação entre os anos. Bahia.

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

Fonte: Sesab/PDR-IBGE-Censos de 2010 e 2022.

5.1 MAPA ESTRATÉGICO

O Mapa Estratégico é um importante instrumento do planejamento que sistematiza as perspectivas da gestão e os respectivos objetivos estratégicos, os quais orientam a elaboração do plano de ação, a alocação de recursos e a execução das ações pretendidas. Esquemáticamente delinea os caminhos a serem percorridos pela Sesab no período de 2024 a 2027 para o alcance da sua visão de futuro. A construção do instrumento partiu da revisita ao Mapa Estratégico 2020-2023 e do olhar sobre os objetivos do PPA 2024-2027. Ademais, sua elaboração coletiva contou também com a contribuição das apoiadoras da Opas/OMS e do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS (PEGFSUS/MS), tendo como referencial teórico-metodológico o Planejamento Estratégico Situacional (PES), **(Figura 12).**

MAPA ESTRATÉGICO 2024-2027

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



MISSÃO

Promover o direito à saúde da população, fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS.



GOVERNO DO ESTADO
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

Figura 12. Mapa estratégico. Bahia, 2024-2027.

Fonte: Sesab/APG/Coplan. Bahia, 2023.

5.2 GESTÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁴².

Em consonância com disposto na Constituição, observa-se que a saúde é um dos pilares fundamentais de uma sociedade próspera e sustentável. Em todo o mundo, governos, organizações e profissionais da área da saúde têm buscado incessantemente formas de promover o bem-estar e garantir o acesso a serviços de qualidade para todos. Nesse contexto, desempenha um papel crucial ao estabelecer diretrizes e normas que orientam a conduta dos diferentes atores envolvidos no setor da saúde.

5.2.1 Planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde

Os instrumentos de planejamento e gestão do SUS são assumidos como uma função gestora que, além de ser requisito legal, atua como um dos mecanismos relevantes para assegurar a direcionalidade do processo de organização da produção de ações e serviços, de modo a responder às demandas e às necessidades de saúde da população no território. São de responsabilidade da União, dos estados e dos municípios e estruturados numa relação tripartite que envolve o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Na Bahia, o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems/BA) é uma instância representativa dos secretários e secretárias municipais de saúde e tem entre suas atribuições a defesa do SUS e, juntamente com os municípios, buscar recursos e investimentos para a saúde, que viabilizem melhoria e ampliação de serviços necessários à assistência da população, além de proporcionar apoio técnico para qualificar o trabalho dos gestores municipais de saúde.

O Cosems/BA é uma das instâncias que integram a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que tem representação do estado e dos municípios. Os membros da CIB, por consenso, decidem os rumos da política de saúde no estado. Eles são escolhidos após aprovação por maioria, contemplando cinco gestores (dois natos e três eleitos a cada dois anos).

O ciclo do planejamento em saúde é composto pelos instrumentos: Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

(RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG). Esses instrumentos são elaborados pelas três esferas de governo e fundamentam-se na dinâmica federativa em que cada uma das esferas tem atribuições específicas, que devem ser articuladas de forma ascendente para produzir impacto na saúde de todos (as) os (as) brasileiros (as). O Planejamento em Saúde deve guardar consonância com o ciclo do planejamento governamental consolidado no Plano Plurianual (PPA), na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA) de cada esfera de governo. Desse modo, o Plano Estadual de Saúde é elaborado concomitantemente com as etapas do PPA referente à saúde⁴³.

O planejamento é amplamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto na privada⁵⁰. No SUS, os princípios gerais que orientam os gestores na organização de suas atividades para o planejamento estão contidos na sua legislação básica, representadas nas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde), no Decreto nº 7.508, de 2011, e na Lei Complementar (LC) nº 141, de 2012.

As definições legais são acolhidas na Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que define de forma mais explícita as diretrizes atuais para o planejamento no SUS com os pressupostos como demonstrado no artigo 1º:

Art. 1º Esta Portaria estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos:

I - Planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.

II - Respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS.

IV - Planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

V - Compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;

VI - Transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;

VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.

Para a Constituição Federal de 1988⁴², a atenção à saúde no SUS deve ocorrer por meio da organização de uma rede hierarquizada e regionalizada. Para atender à diretriz constitucional mediante o Plano Diretor de Regionalização (PDR), os territórios estaduais são divididos em Regiões de Saúde. Nesses territórios, é realizado o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), que implica a discussão e formação de consenso

para organização da RAS e elaboração do Plano Regional de Saúde, que, atendendo ao estabelecido na Lei Complementar nº141/2012, constitui mais um instrumento do ciclo de planejamento em saúde.

Os instrumentos de planejamento e gestão em saúde têm sistemas de informações que permitem a elaboração, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação. O DigiSUS é um sistema de informação para estados e municípios, desenvolvido a partir das normativas do planejamento do SUS e da internalização da lógica do ciclo de planejamento orçamentário, considerando o ciclo do planejamento e com base nos instrumentos elaborados. A alimentação do sistema tem início com o registro de diretrizes, objetivos, metas e indicadores (Domi) constantes no plano de saúde⁴³.

Com essa nova forma de organizar e apresentar as informações, por meio do DGMP, procura-se valorizar uma sequência lógica e interligada entre os instrumentos de planejamento do SUS, dando mais agilidade na apresentação de informações pelo gestor, entregando para a gestão e para a sociedade meios de acompanhar os resultados das políticas públicas de saúde. Esse sistema de planejamento e gestão auxiliará na elaboração dos instrumentos, utilizando diferentes fontes e reunindo diversas informações, com o objetivo de fornecer relatórios claros, objetivos e reais. Com essa tecnologia, o (a) gestor (a) e a equipe técnica conseguirão obter todas as informações necessárias para seu relatório de gestão, o que acelera sua elaboração, bem como evita que erros sejam cometidos ou dados equivocados.

O Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças do Estado da Bahia (Fiplan) é produto do trabalho conjunto das Secretarias da Fazenda (Sefaz) e do Planejamento (Seplan), cujo objetivo é o aperfeiçoamento dos processos de planejamento, contabilidade, execução orçamentária, financeira e patrimonial da Administração Pública do Estado da Bahia. O Fiplan integra em uma única ferramenta, via web, os sistemas antes utilizados para gerir o planejamento, a execução orçamentária e a prestação de contas do estado da Bahia, contribuindo para a melhoria da qualidade da informação nessas áreas de atuação governamental.

Na Sesab a Assessoria de Planejamento e Gestão (APG), coordena os processos de elaboração dos instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS-BAHIA: Plano Estadual, Programação Anual de Saúde, Relatório Quadrimestral e Relatório Anual de Gestão. Em 15 de março de 2016, foi instituída a rede de planejamento, monitoramento e avaliação (Rede PMA), com o objetivo de prover dados e informações referentes aos resultados organizacionais das unidades e, contribuir para a elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde.

5.2.2 - Participação social na formulação das diretrizes do SUS

Em 1986, foram lançadas as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único. A saúde é vista como dever do Estado. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do SUS e debateu três temas principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Com a Constituição Federal de 1988, a participação comunitária no contexto da saúde foi estabelecida, sendo regulada pela Lei nº 8.142/90 e definida a partir das conferências e dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, bem como em colegiados de gestão nos serviços da área.

O artigo 1º desta Lei estabelece-se que: o SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

II – O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

5.2.3 Ouvidoria

Considerando a complexidade populacional do estado e a heterogeneidade dos serviços e da sua distribuição nos territórios, a ouvidoria elencou três indicadores, quais sejam: a taxa de acesso ao serviço a partir das demandas cadastradas na ouvidoria SUS/Sesab por macrorregiões de saúde, entre os anos de 2015 e 2022; a proporção de demandas cadastradas na ouvidoria/SUS/Sesab por habitantes da macrorregião de saúde entre os anos de 2015 e 2022 e a quantidade de ouvidorias implantadas por macrorregião entre os anos de 2015 e 2022.

Após reflexões, que incluem desde a análise de viabilidade na produção desses dados até a visibilização dos vazios no acesso ao serviço de ouvidoria em diversas partes do território baiano, compreende-se que esses indicadores auxiliam no planejamento de ações que agreguem sujeitos ainda excluídos da participação social na implementação do SUS na Bahia.

Atuando em consonância com os Princípios e Diretrizes do SUS e com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde, a ouvidoria é um serviço que auxilia também o controle social, ao receber as manifestações dos cidadãos, encaminhá-las às suas áreas técnicas, na busca de soluções que posteriormente serão coletivizadas e se tornarão ferramentas de gestão com o apoio dos relatórios gerenciais. Assim, constitui um canal de participação democrática, que se dispõe a dar voz ao cidadão, usuário dos serviços de saúde, devendo estar cada vez mais perto dele, para melhorar o acesso aos serviços e promover a coerente avaliação desses serviços. Em última instância, a ouvidoria reverbera a satisfação, a insatisfação e dúvidas do cidadão. Os dados que temos hoje, permitem considerar que a Bahia ainda tem um vazio no que tange à concretização desse ato. Apesar de 110 ouvidorias, distribuídas nos nove NRS, 25 policlínicas regionais, vinte unidades de Saúde da Rede Sesab e 52 municípios, é perceptível que ainda há esse vazio.

Tal constatação pode ser afirmada quando se verifica, a partir do banco de dados fornecido pela Ouvidoria Geral do SUS no Ministério da Saúde, em 1º de março de 2023, que a taxa de acesso da população ao serviço de ouvidoria do SUS na Bahia é de apenas 2,7%, conforme **Quadro 72**, denotando que menos de 3% da população baiana consegue acessar esse serviço.

Quadro 72 - Taxa de acesso ao serviço de ouvidoria a partir das demandas na ouvidoria SUS/Sesab por macrorregiões de saúde. Bahia, 2015–2022.

Macrorregião de saúde	Taxa de acesso
Centro Leste	0,30%
Centro Norte	0,20%
Extremos Sul	0,30%
Leste	0,80%
Nordeste	0,10%
Norte	0,20%
Oeste	0,20%
Sudoeste	0,30%
Sul	0,30%
Bahia	2,70%

Fonte: Banco de dados do sistema OuvidorSUS, março de 2023.

É importante refletir sobre esses dados, não apenas pelo quantitativo de ouvidorias implantadas ou demandas acolhidas, mas pelo fato de que é necessário também pensar se essa organização georreferenciada, atende às necessidades locais e à efetiva participação

cidadã na gestão dos serviços públicos de saúde. Na ouvidoria percebe-se ainda que há uma centralização dos registros de cidadãos na macrorregião Leste e, mais especificamente, na Região Metropolitana de Salvador, conforme **Gráfico 89**, que de maneira proporcional é responsável pelo acolhimento de 55% das demandas que chegam à Ouvidoria do SUS. Aqui, considera-se que

Alcançar a meta de promoção de justiça social, por meio da gestão territorial implica, necessariamente, na subdivisão do território nacional. Na área da saúde esta divisão é pautada na estratégia da descentralização, que é um princípio constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁴⁴.

Em consonância com a reflexão acima, compreende-se que tal subdivisão já adotada pela Secretaria de Saúde no Estado da Bahia pode auxiliar no processo de descentralização, contudo, há muito que se avançar nos próximos anos. Falamos de um cenário em que historicamente o acesso às ações e aos serviços de saúde está centralizado em pequenas partes do enorme território brasileiro, que ainda carece de um olhar minucioso para as necessidades básicas de cada cidadão e suas especificidades locais.

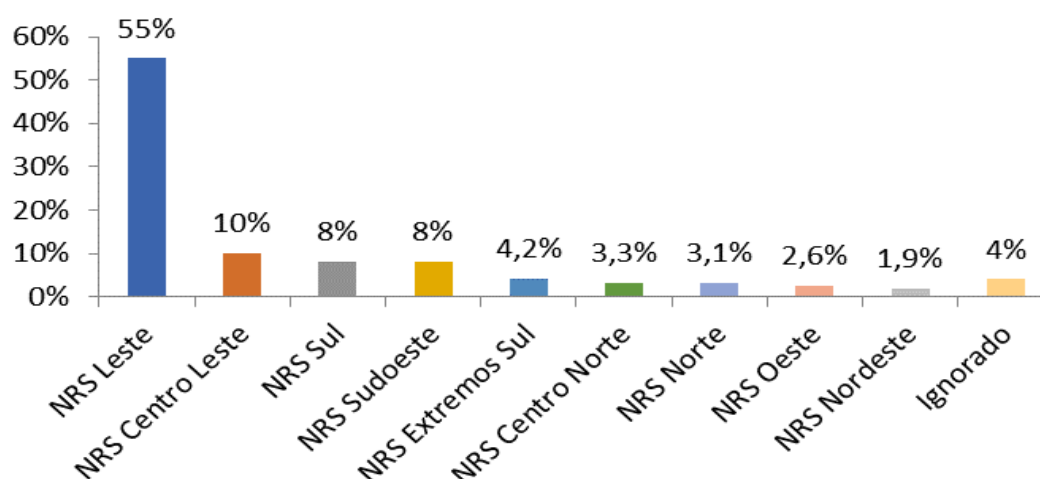


Gráfico 89. Proporção de demandas cadastradas na ouvidoria/SUS/Sesab por habitantes segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2015-2022.

Fonte: Banco de dados do sistema OuvidorSUS, março de 2023.

Quando se observam as outras macrorregionais, não apenas a Leste, conclui-se que, nos locais onde existe mais de um serviço de ouvidoria do SUS, estes estão eminentemente centralizados nos municípios sede da macrorregião.

Expandir esse acesso envolve também a ampliação de pessoal em unidades, núcleos, nível central e municípios, mas obviamente que tal aumento não está na governabilidade exclusiva da Sesab, ou de sua ouvidoria, que já oferta apoio, acompanhamento e realiza ações de sensibilização com as esferas gestoras do estado para que novas ouvidorias

sejam implantadas, o que resultou, até março de 2023, em 110 ouvidorias em funcionamento na Bahia, e com tendência de progressão, conforme expressa o **Gráfico 90**.

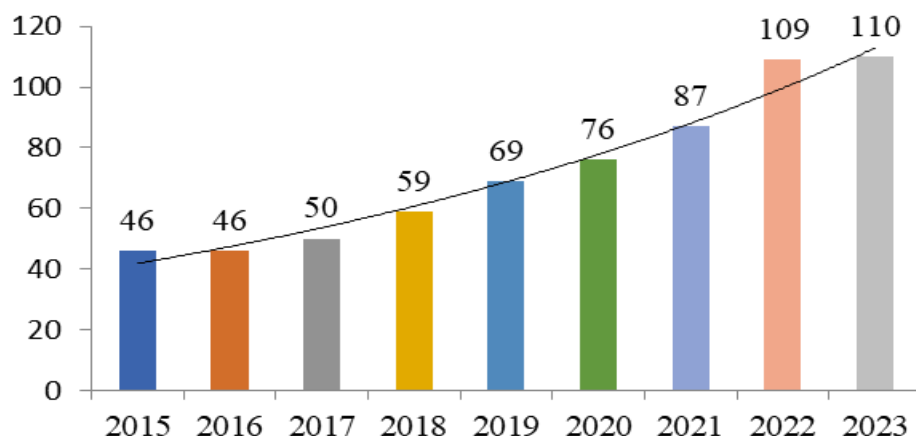


Gráfico 90. Quantidade de ouvidorias. Bahia, 2015-2023.

Fonte: Banco de dados do sistema OuvidorSUS, março de 2023.

É notório que houve uma ampliação desse canal democrático de participação, mas outras possibilidades político-estratégicas, que priorizem a efetiva participação cidadã, são necessárias. Há muitos locais onde o serviço de ouvidoria ainda não conseguiu chegar, seja de maneira física ou remota, por meio dos seus vários canais de acesso e articulações com órgãos governamentais e da sociedade civil organizada.

Como mencionado, são desafios históricos presentes em todo o cenário brasileiro, cujos traços de uma concepção de saúde vinculada ao combate de doenças ou à centralização das ações e serviços nas metrópoles ainda persistem e também acometem a Bahia. Combater essa concepção de saúde ainda arraigada no fazer da política é possível quando se pensa em uma construção voltada para as diferenças socio-territoriais.

Assim, as reflexões que circundam a construção dos indicadores da ouvidoria para os próximos anos, voltam-se especialmente para pensar a importância dessa organização administrativa micro e macrorregional que a saúde na Bahia ainda não contempla, sobretudo com apoio e presença ativa nas localidades onde o vazio da escuta ainda existe.

5.2.4 Gestão do trabalho e educação na saúde

O novo cenário político estabelecido a partir de 2007 na Bahia favoreceu o investimento em políticas, programas e projetos com vistas à valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, como, a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS (Pegtes). A referida política propôs um conjunto de princípios e diretrizes que expressam o compromisso dos gestores com o SUS-BA e com o trabalhador da saúde, na

medida em que reconhecem seus direitos e buscam garantir condições e relações de trabalho compatíveis com a melhoria da atenção à saúde do usuário cidadão.

Alguns desses princípios e diretrizes são: regionalização e descentralização da gestão do trabalho e da educação; fortalecimento da educação na saúde; consolidação da gestão do trabalho; gestão e qualificação dos sistemas de informação e o desenvolvimento de estratégias de comunicação. A implantação/implementação da política aposta nos coletivos, serviços e/ou apoiadores para ampliar o número de unidades, assistenciais e administrativas, com estratégias relativas à gestão, saúde, segurança e humanização no trabalho e do trabalhador da saúde, bem como, no desenvolvimento de processos educativos. Entre essas estratégias, estão os Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Nugtes), espaços colegiados de gestão e articulação intrainstitucional, presentes nas unidades administrativas e assistenciais, com o objetivo de formular, planejar, organizar, executar, monitorar e avaliar as ações referentes à gestão do trabalho e da educação na saúde.

Integram o Nugtes todos os setores/locais/espacos que discutem e desenvolvem ações relacionadas à Gestão do Trabalho. Nos últimos anos, o número de Nugtes implementados chegou a 37 (**Gráfico 91**), distribuídos entre as unidades assistenciais e administrativas da secretaria. Esse resultado é fruto da articulação e parceria entre os diferentes sujeitos e as coordenações, com o objetivo de ampliar e discutir ações de valorização e promoção do trabalho e reconhecimento do trabalhador, bem como a humanização das relações, dos processos e das condições do/no trabalho.

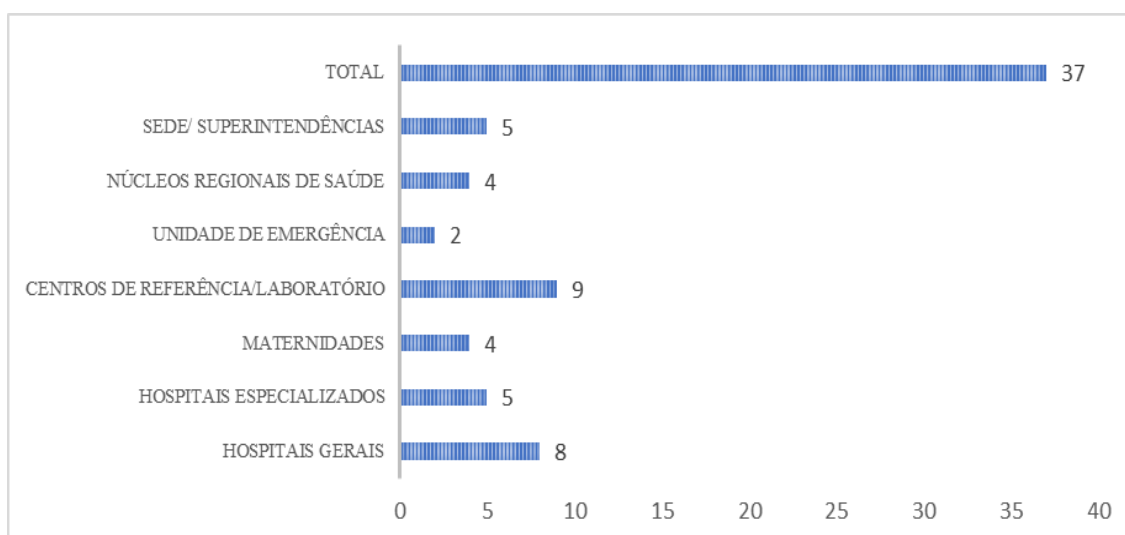


Gráfico 91. Quantitativo de Nugtes implantados nas unidades assistenciais e administrativas da Sesab. Bahia, 2023.
Fonte: Relatórios DGTES.

As estratégias de segurança e saúde dos trabalhadores, subsidiadas pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Sesab (Paist), também se destacaram entre o escopo de ações, fortalecendo o programa nas unidades, a partir da implantação de novos Serviços de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (SIAST) e Comissões Locais de Saúde do Trabalhador (CLST) - Portaria Superh n.º 12 de 17 de fevereiro de 2022.

A rede, assistencial e administrativa, passou a ser integrada por um conjunto de 29 CLST e 35 SIAST. Essas estruturas, entre outras ações, contribuíram para a elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), um feito inédito nas secretarias de saúde estaduais no Brasil.

Da mesma forma, a Política de Humanização da Atenção e Gestão do SUS-BA, teve suas estratégias, ações e dispositivos implantados em 36 unidades, assistenciais e administrativas, da Sesab, contribuindo, assim, para a reestruturação das práticas de atenção e de gestão do cuidado no SUS-BA. Além das unidades da secretaria, destaca-se a realização da Cartografia da Humanização no Estado da Bahia, com o intuito avaliar o processo de implantação dos dispositivos da política nas diferentes regiões do estado.

O levantamento das ações de humanização tem como foco as unidades de saúde do estado da Bahia, nos três níveis de atenção, com um caráter eminentemente educativo e de estímulo aos gestores e trabalhadores da saúde para o desenvolvimento e sustentabilidade de programas e ações de humanização nos serviços de saúde, permitindo o reconhecimento, o incentivo e a disseminação de práticas exitosas. Foram obtidas 169 respostas, distribuídas entre a participação de 125 municípios e 44 unidades da rede Sesab distribuídos nas nove macrorregiões de saúde.

Entre os resultados encontrados, destaca-se a presença da figura do apoiador de humanização nos serviços de saúde, sendo confirmada por 42 gestores a existência desse trabalhador em suas instituições. Ao serem questionados sobre os dispositivos da Política Nacional e Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS implantados nas unidades de saúde, a maior parte dos gestores afirmou ter equipes multiprofissionais de referência, equipes de apoio matricial, serviços de acolhimento com classificação de risco e ouvidoria (**Tabela 28**).

Tabela 28. Número e percentual de dispositivos das políticas de humanização implantados nas unidades com gestão local de saúde dos municípios. Bahia, 2019.

Dispositivos	Total	Percentual (%)
Equipes multiprofissionais de referência	86	50,3
Equipes de apoio matricial	80	46,8
Acolhimento com Classificação de Risco	77	45,0
Ouvidoria	77	45,0
Projeto Terapêutico Singular	68	39,8
Ambiência	65	38,0
Acompanhante e Visita aberta	42	24,6
Colegiado gestor	40	23,4
Apoiador de Humanização	40	23,4
Grupo de Trabalho de Humanização	33	19,3
Programas de Formação do Trabalhador	33	19,3
Clínica Ampliada	25	14,6
Defesa dos direitos dos usuários	23	13,5
Outro	16	9,4

Fonte: Relatório de CHTS.



Soma-se a essas ações o lançamento do Selo de Humanização em Saúde do SUS-BA (Acreditação Hospitalar para Humanização), um instrumento prático de avaliação, contendo diretrizes e itens de verificação, cuja finalidade é a proposição de um “modo de fazer” objetivo e palpável às unidades de saúde do SUS-Bahia que desejam institucionalizar práticas humanizantes.

O Selo é um instrumento de avaliação essencial ao garantir:

- 1) o atendimento acolhedor ao usuário, bem como assegurar seus direitos;
- 2) a corresponsabilidade na gestão dos serviços de saúde;
- 3) o olhar integrado e sistêmico na atenção e no cuidado;
- 4) a qualidade e segurança dos ambientes de trabalho; e
- 5) a valorização dos sujeitos imbricados no fazer diário, com a construção de vínculos solidários.

Dessa forma, qualifica as práticas de saúde e gestão, considerando a realidade estrutural da rede pública do estado da Bahia, e contribui com a construção de uma rede cada vez mais integrada e fortalecida de serviços de saúde.

5.2.4.1 A gestão do trabalho no enfrentamento da covid-19 na Bahia.

O plano de contingência da covid-19 para trabalhadores da Sesab foi elaborado pela Superh em parceria com a Suvisa, constitui primeiro plano do país, voltado para o estabelecimento de estratégias para proteção dos trabalhadores que atuam no enfrentamento da pandemia de covid-19. O Quadro 73 faz referência, por ano, de maneira sistematizada, às medidas, para as quais as ações/estratégias foram elaboradas ou contaram com a participação da Dgtes na sua formulação.

Quadro 73. Síntese de medidas de enfrentamento da covid-19, 2020 e 2021, ações estratégicas. Bahia, 2023.

MEDIDAS	AÇÕES/ESTRATÉGIA
Implantação/ Atos Normativos 2020	Resolução CES nº 13/2020 no DOE de 24 de setembro de 2020, aprova o Plano de Contingência da covid-19 para trabalhadores da Sesab.
Reorganização dos serviços no atendimento às pessoas consideradas casos suspeitos e confirmados 2020	Abertura do Hospital Fazendão. Movimentação de trabalhadores para hospitais covid e retaguarda. Banco de currículo de profissionais de saúde.
Orientações para o enfrentamento da covid19 – atenção à saúde do trabalhador 2020	Orientações para adoção de medidas individuais de prevenção e proteção dos trabalhadores e ambientes institucionais; Orientações aos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e os Serviços de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador para acolhimento aos trabalhadores; Elaboração de fluxos e ações de atenção à saúde dos trabalhadores da Sesab no enfrentamento do covid19.
Assistência à saúde dos trabalhadores 2020	Implantação do Centro de Testagem covid-19 para trabalhadores da saúde (entre 2020 a 2022 foram testados 59.536 trabalhadores) Implantação do Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para trabalhadores da saúde (entre 2020 a 2021 foram atendidos 2.327 trabalhadores) Fluxos para atendimento nas Centrais de Testagem Fluxograma de atendimento e de testagem para detecção da covid-19 para trabalhadores da Sesab Fluxograma de orientação pós-resultado da testagem para covid-19 para os trabalhadores da Sesab. Fluxograma para trabalhadores de saúde assintomáticos considerados contactantes imediatos de casos confirmados para covid-19. Nota Técnica com recomendações propostas em relação aos resultados do teste rápido são: condutas de afastamentos e medidas para sintomáticos e assintomáticos 1240 trabalhadores vacinados por H1N1. Orientações para casos de agravamento. Fluxo de acolhimento psicológico emergencial aos trabalhadores
Comunicação e informação em saúde	32 boletins informativos covid-19 trabalhadores Sesab
Monitoramento dos casos suspeitos e confirmados. 2020-2021	2730 planilhas sistematizadas – média de 76 planilhas semanais 2.270 planilhas sistematizadas – média de 71 planilhas semanais
Vigilância de ambientes, processos e atividades de trabalho. 2020	Nota Técnica COES nº 17/2020
Medidas de proteção social. 2020	Nota Técnica nº 65/2020 - propõe ações visando orientar os trabalhadores no âmbito da reorganização dos processos de trabalho e implementação de medidas para diminuição do risco de contágio pela covid-19 Orientação para trabalhadores em situação de vulnerabilidade social durante a pandemia
Vacinação dos trabalhadores contra covid-19 2021	Sistematização das listagens de trabalhadores aptos para vacinação contra covid-19. Em torno de 40 mil trabalhadores da gestão direta e indireta da Sesab.

Fonte: Relatórios Dgtes/Superh e RAG/Sesab.

5.2.4.2 Desafios da gestão do trabalho e educação na saúde

Os desafios da gestão do trabalho e educação na saúde são vários. Entre eles, destaca-se a necessidade de fomentar a humanização dos/nos serviços de saúde; instituir processos de avaliação e monitoramento, levando em conta a articulação entre indicadores e parâmetros de políticas públicas municipais, estadual e da União; incentivar o investimento articulado e sistêmico em educação permanente; colaborar para a formação / especialização de profissionais de saúde, ofertando a oportunidade de realização de atividades de práticas curriculares; aprimorar a gestão de serviços de saúde, com estímulo ao desenvolvimento de mecanismos para a gestão compartilhada, baseados em avaliação processual e alcance de resultados quantiquantitativos; implantar/implementar espaços de negociação permanente em saúde; institucionalizar e fortalecer as estruturas de gestão do trabalho e educação na saúde a nível central e nas regiões de saúde da Bahia; desenvolver boas práticas e inovações na área de gestão do trabalho e educação na saúde; fortalecer e/ou instituir espaços para a produção, promoção e difusão de informações e conhecimentos, bem como inovações e troca de experiências na área de gestão do trabalho e educação; e contribuir para com a agenda de estudos e pesquisas sobre trabalho e educação na saúde, a exemplo da regulação e definição dos perfis das categorias profissionais da saúde, dos efeitos da precarização do trabalho e dos novos modelos e relações na gestão do trabalho.

5.2.4.3 Educação permanente

Para fortalecer a Educação Permanente em Saúde (EPS), o estado optou pela integração das Escolas de Formação Técnica em Saúde (EFTS) Professor Jorge Novis e a Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) Francisco Peixoto de Magalhães Netto, conformando a Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA) Professor Jorge Novis (ESPBA), a qual teve sua estrutura criada pelo Decreto nº 19.001 de 2 de abril de 2019, que alterou o regimento da Sesab. A ESPBA é uma das diretorias da SUPERH.

A gestão da educação, compreendida por meio da formação e do desenvolvimento de trabalhadores em saúde, uma questão fundamental para a qualidade da atenção em saúde prestada à população e para estratégia de qualificação da gestão dos Serviços e sistemas de saúde. A educação para o trabalho na saúde, em qualquer espaço onde se realize, é uma diretriz qualificadora da gestão de equipes e serviços. No contexto atual, a ESPBA assume um papel importante na formulação e implementação de políticas de gestão da educação em saúde, com vistas a ampliar e qualificar as estratégias político-pedagógicas de formação de profissionais do SUS/BA, de acordo com as necessidades do serviço. A ESPBA promove o fortalecimento do processo de regionalização das ações de educação em saúde por meio do trabalho em rede, democratizando e capilarizando o acesso às ações

de EPS, as quais consideram as especificidades e necessidades de cada território. A partir dessa decisão de atuar em rede, a ESPBA integra suas ações junto aos diversos setores técnicos da Sesab, Núcleos/Bases Regionais de Saúde e municípios, mobilizando gestores, trabalhadores e usuários do SUS com vistas à reorientação das práticas de saúde. Outra ação que potencializa a regionalização das ações de educação em saúde são as Comissões de Integração Ensino-Serviço (Cies), que foram implantadas nas nove macrorregiões de saúde.

As Cies têm natureza política e crítico-reflexiva de caráter permanente e consultivo, vinculadas às Comissões Intergestores Regionais (CIR) e têm como atribuições pensar, propor, planejar e avaliar ações de EPS que dialoguem com as necessidades e especificidades regionais, no intuito de compor os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (Pareps) que, por sua vez, fundamentam o Plano Estadual de Educação Permanente.

Além dessa rede estabelecida no estado, a ESPBA integra também, no âmbito nacional, a Rede de Escolas Técnicas do SUS (Retsus), a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola) e a Rede Colaborativa das Escolas Estaduais de Saúde Pública (Rede Coesp/Conass), que fortalecem a identidade da ESPBA enquanto uma escola de formação e qualificação do e para o SUS. Assim, é possível dizer que a ESPBA tem sido uma instituição fundamental para o permanente processo de qualificação, formação e valorização das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde na Bahia e, que, ao longo dos anos, vem construindo sua história, superando obstáculos, enfrentando desafios, produzindo e realizando projetos voltados para a qualificação dos trabalhadores do SUS-BA.

No que se refere às ações de EPS desenvolvidas pela ESPBA, os projetos político-pedagógicos realizados estão pautados nas demandas de formação identificadas de variadas formas por exemplo, pelos diferentes setores da Sesab; por meio de portarias, regulamentos ou políticas públicas vigentes; a partir da celebração de convênios com o Ministério da Saúde, Opas e as redes que a escola integra; ou, ainda, pelas prioridades de gestão. São ações relacionadas a pautas da gestão do trabalho, da educação na saúde, controle social, assistência, vigilância, epidemiologia, emergências, além de áreas como enfermagem obstétrica, farmácia clínica, saúde da mulher, saúde da população negra, saúde da criança e adolescente, saúde do idoso, qualificação de preceptores, gestão e planejamento em saúde, a exemplo da estratégia de preparação de gestores para atuarem nas policlínicas e nos demais serviços de saúde, da formação de novos sanitaristas para o SUS e do estímulo à produção científica em saúde.

Os dados acerca do número de discentes matriculados nas ofertas educativas dos últimos oito anos (2015 a 2022), distribuídos por NRS demonstram o alcance e a dispersão pelo estado, conforme representação no **Quadro 74**.

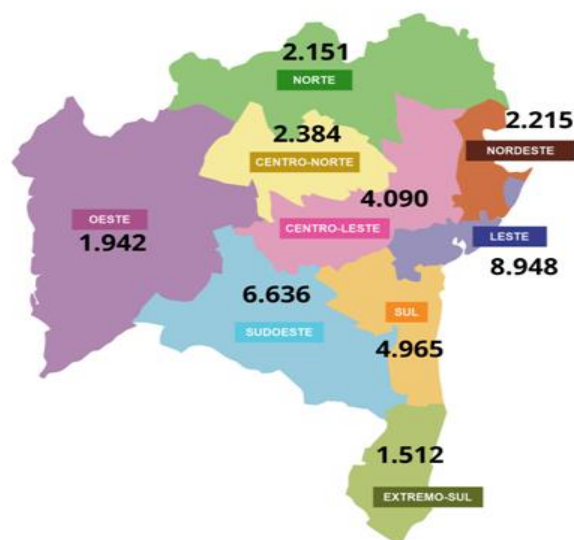
Quadro 74. Distribuição de discentes matriculados nas ações educativas ofertadas pela ESPBA de 2015 a 2022. Bahia, 2023.

ANO	NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE									TOTAL
	CENTRO LESTE	CENTRO NORTE	EXTREMO SUL	LESTE	NORDESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	
2015	219	66	4	248	41	44	6	12	38	678
2016	16	3	1	268	8	5	6	44	21	372
2017	34	47	2	249	3	3	61	14	187	600
2018	73	340	6	507	10	7	11	85	407	1.446
2019	235	140	122	453	103	123	118	202	107	1603
2020	2179	914	785	3.446	1246	1072	963	4320	2829	17.754
2021	655	389	403	2.751	410	352	381	1.153	620	7.114
2022	679	485	189	1.026	394	545	396	806	756	5.276
TOTAL	4.090	2.384	1.512	8.948	2.215	2.151	1.942	6.636	4.965	34.843

Fonte: SGC/ESPBA, 2023.

Banco de dados da Secretaria Geral de Cursos (SGC) os números da EESP, da EFTS e, de 2018 em diante, da ESPBA.

No período de 2015 a 2022, a ESPBA realizou 34.843 certificações, das quais os maiores percentuais foram de profissionais da área de abrangência das macrorregiões Leste (26,0%), seguida da Sudoeste (19,0%) e Sul (14,2%). A macro Extremo Sul (4,3%) registrou a menor proporção de certificações realizadas (**Mapa 11**).



Mapa 11. Certificações realizadas pela ESPBA por Núcleo Regional de Saúde no período de 2015 a 2022, Bahia, 2023.

Fonte: SGC/ ESPBA, 2023.

No que se refere às ações de Formação em Serviço, a ESPBA atua na perspectiva de aprimoramento constante das residências em saúde do estado, no sentido de apoiar, acompanhar e avaliar o desempenho dos programas e projetos relacionados a estágios e à formação de especialistas em áreas estratégicas do SUS por meio de residências médica, multiprofissional e área profissional de saúde, visando à complementação da formação profissional em articulação com as instituições de ensino. Atua, ainda, na elaboração e no desenvolvimento de projetos e programas de formação em educação na saúde para recursos humanos do SUS-BA, incluindo residentes, tutores e preceptores. Por fim, faz a gestão das bolsas de residência, regula os campos de prática de formação em serviço para os residentes, a serem desenvolvidos nos estabelecimentos de saúde da rede Sesab; desenvolve e certifica dois programas de residência: o Programa de Residência Médica de Família e Comunidade (PRMFC) e o Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família (Permuf).

No período de 2020 a 2022, foram ofertadas 1.053 vagas de residência médica e 773 para residência multiprofissional na rede Sesab. Com os dados apresentados (**Quadro 75**), observa-se que para as macrorregiões Extremo Sul e Nordeste, no período de 2020 a 2022, não houve oferta de vagas em ambos os programas de residência.

Quadro 75. Distribuição de vagas em residência médica (2020-2022) e residência profissional (2015-2022). Bahia, 2023.

VAGAS OFERTADAS EM RESIDENCIA MÉDICA E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA REDE SESAB										
VAGAS OFERTADAS EM RESIDENCIA MÉDICA NA REDE SESAB PERIODO DE 2020 - 2022										
ANO	CENTRO LESTE	CENTRO NORTE	EXTREMO SUL	LESTE	NORDESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	TOTAL ANUAL
2020	37	0	0	260	0	15	6	16	0	334
2021	37	0	0	278	0	15	6	14	4	354
2022	37	6	0	276	0	14	6	20	6	365
TOTAL	111	6	0	814	0	44	18	50	10	1.053
VAGAS OFERTADAS EM RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL NA REDE SESAB PERIODO DE 2015 - 2022										
2015	5	0	4	126	0	8	0	12	0	155
2016	2	10	0	212	1	8	0	9	26	268
2017	10	0	12	190	0	8	0	0	0	220
2018	10	10	12	190	1	8	0	0	0	231
2019	7	10	12	174	0	8	5	0	0	216
2020	0	0	0	174	0	8	0	8	26	216
2021	20	0	0	132	0	8	0	10	45	215
2022	25	10	0	237	0	8	5	16	41	342
TOTAL	45	10	0	543	0	24	5	345	112	773

Fonte: Cores/ESPBA, 2023.

Com relação à integração ensino-serviço, a ESPBA desenvolve ações de qualificação e reordenamento da formação dos graduandos e pós-graduandos de cursos de saúde e para a formação técnica de nível médio, mediante políticas, programas, projetos e estratégias de integração entre o ensino e os serviços de saúde da rede Sesab. No período de 2018 a 2022, havia 52.982 vagas disponibilizadas pelos Estabelecimentos de saúde da rede Sesab para estágios obrigatórios de nível superior e 149.624 estudantes a serem regulados (**Quadro 76**).

Quadro 76. Regulação de estágios obrigatórios de nível superior, no período de 2018 a 2022, Bahia, 2023.

REGULAÇÃO ESTÁGIOS OBRIGATÓRIOS DE NÍVEL SUPERIOR		
ANO	Quantidade de vagas	Quantidade de estudantes
2018	18.410	35.760
2019	6.946	22.595
2020	6.508	16.703
2021	9.026	32.406
2022	10.705	42.160
TOTAL	52.982	149.624

Fonte: Ciet/ESPBA, 2023.

Para estágios não obrigatórios de nível superior, a ESPBA regulou **2.136** estudantes nos últimos oito anos (2015 a 2022). Quanto aos estudantes de nível médio/técnico para estágio obrigatório nos campos de prática dos estabelecimentos de saúde no período de 2015 a 2022, a disponibilidade de vagas foi de 6.077 e o quantitativo foi de estudantes de 58.289 (**Quadro 77**).

Quadro 77. Regulação de estágios obrigatórios de nível médio/técnico, no período de 2015-2022. Bahia, 2023.

REGULAÇÃO DE ESTÁGIOS OBRIGATÓRIOS DE NÍVEL		
ANO	Quantidade de vagas	Quantidade de estudantes
2015	60	3.731
2016	62	1.705
2017	53	2.830
2018	660	8.355
2019	801	11.989
2020	560	14.955
2021	2771	9.061
2022	1110	5.663
TOTAL	6077	58.289

Fonte: Ciet/ESPBA, 2023.

Os indicadores anteriormente utilizados pela ESPBA eram divididos em três grandes áreas: certificação, regulação de campo de prática e oferta de vagas de residências. Essas iniciativas se subdividiam em outros indicadores, no intuito de contemplar toda a diversidade e complexidade das ações desenvolvidas pela ESPBA. Visando atender à atividade proposta de se elaborar um único

indicador que possa refletir na melhoria das condições de vida e saúde dos baianos, a ESPBA sugere que para a gestão da educação em saúde na Bahia o indicador a ser utilizado seja: percentual de profissionais, trabalhadores e estudantes em processo de formação e/ ou qualificação no campo da Saúde.

Pode-se dizer que a palavra "ordenamento" significa a ação ou o efeito de colocar em ordem, direcionar determinado objeto para uma nova lógica de reorganização. Nesse contexto, a expressão "ordenamento da formação em saúde", traz a ideia de conferir uma nova direcionalidade para as ações de formação e qualificação no campo da política de educação em saúde.

Os processos de trabalho existentes na ESPBA são orientados para a formação e qualificação da força de trabalho que atua ou atuará no SUS. Como no âmbito da Sesab, enquanto gestão estadual do SUS, a ESPBA tem a atribuição de desenvolver ações e processos que contribuam para o ordenamento da formação. A ESPBA, portanto, reconhecendo a necessidade de avançar na compreensão dessa expressão, tem dialogado internamente de forma teórica e conceitual, buscando progredir no processo de agregar ou relacionar elementos que possam estar ou ser relacionados ao Ordenamento da Formação, para definir com maior clareza, as atribuições que compõem ou poderão compor o processo de trabalho e a responsabilidade institucional da ESPBA enquanto instituição formadora e de gestão da educação em saúde no âmbito do estado da Bahia.

5.2.5 Auditoria

A auditoria é um instrumento de gestão fundamental para o fortalecimento do SUS, que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal. A Auditoria do Sistema Estadual de Saúde da Bahia, desenvolve um trabalho de análise das ações e serviços de Saúde, para indicar se os mesmos estão de acordo com as disposições planejadas e com as normas e legislação vigentes. É, portanto, um importante instrumento de gestão do SUS na Bahia, uma vez que possibilita – por meio de ações diretas ou indiretas – um melhor uso dos recursos e a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

O setor é composto por duas Diretorias: a de Sistemas e Serviços de Saúde e de Auditorias Especiais e Assessoria Técnica. A Auditoria dispõe de autoridade para apreciação e julgamento de todos os atos, despesas, investimentos e obrigações verificados no âmbito do SUS ou alcançados pelos recursos a ele vinculados. E pode ainda indicar os dispositivos infringidos, apontando medidas administrativas e penalidades a serem aplicadas. Além da proposição de medidas

corretivas e aplicação de penalidades, as conclusões apresentadas pelo setor orientam o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde.

No período de janeiro a dezembro de 2022 foram realizadas 95 auditorias, com média de 7,92/mês (**Gráfico 92**). Quanto à finalidade, os maiores percentuais foram das auditorias a serviços de saúde 42,1% (40) e das relacionadas ao sistema municipal de saúde com 29,5% (28).

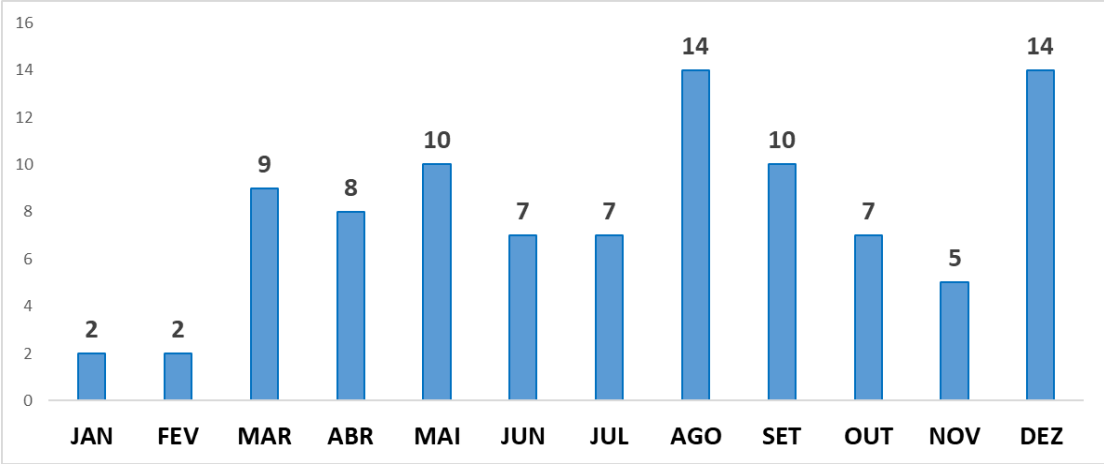


Gráfico 92. Auditorias realizadas. Bahia, 2022.

Fonte: RAG 2022/SisAud, dados acessados em 04/01/2023.

Do total de 95 auditorias realizadas, 23% ocorreram nas macrorregiões Leste. Em seguida vieram as Centro Leste, com 18,95% das auditorias, e as macros Sul e Sudoeste, com 16,84% e 15,79%, respectivamente (**Tabela 29**).

Tabela 29: Número e percentual de auditorias segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2022.

Macrorregião de saúde	Número	%
Centro Leste	18	18,95%
Centro Norte	8	8,42%
Leste	22	23,16%
Nordeste	7	7,37%
Norte	9	9,47%
Sudoeste	15	15,79%
Sul	16	16,84%
Total	95	100%

Fonte: RAG 2022/SisAud, dados acessados em 04/01/2023.

5.2.6 Corregedoria

A corregedoria da saúde (CGS) é responsável por 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. Desenvolve 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. Constitui-se como um canal importante para recebimento de denúncias referentes a assuntos de natureza correicional.

As atividades da Corregedoria são exercidas sob a orientação técnico-jurídica da Procuradoria Geral do Estado – PGE. E tem jurisdição em todo o Estado da Bahia sobre os servidores da Secretaria Estadual da Saúde em matérias sujeitas à sua competência. Tem por missão: Agir de forma preventiva e corretiva para regularidade da atuação funcional dos servidores da saúde buscando a efetividade do SUS, em respeito aos valores da: Ética, Imparcialidade, Probidade, Justiça, Competência, Transparência. O Órgão atua a partir do recebimento de denúncias de irregularidades administrativo/funcionais, ocorridas no âmbito das unidades sob gestão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e também de forma proativa, com práticas planejadas, articuladas e de foco preventivo.

5.2.7 Judicialização

A judicialização do direito à saúde, mais especificamente, tem se direcionado a diversos serviços públicos e privados, tais como o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças. O relatório analítico do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, intitulado “Judicialização da Saúde no Brasil”, aponta que o número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número de processos judiciais gerais cresceu 50%.

Os impactos causados pela judicialização da saúde na gestão pública são diretamente no orçamento público e financeiro, decorrente do contínuo aumento de ações judiciais para se conseguir fornecer à demanda individual, de medicamentos, exames e procedimentos. Na Bahia em 2021 foram registrados 3.753 no Sistema de Gestão de Processos (SGP) para 2022 este número foi de 5.673 correspondendo a um incremento de 51,2% **(Gráfico 93)**.

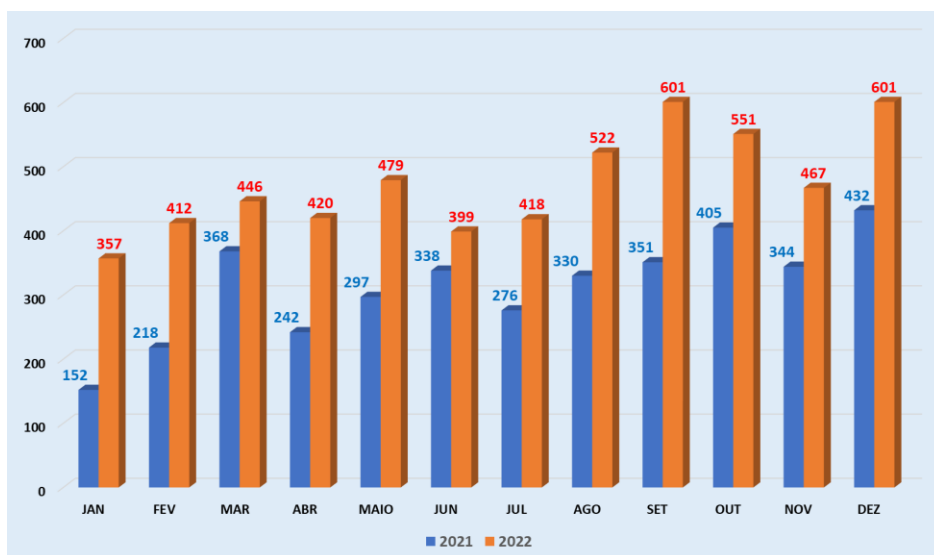


Gráfico 93. Número de processos judiciais registrados no Sistema de Gestão de Processos da Sesab. Bahia, 2021-2022.

Fonte: SGP – Sistema de Gestão de Processos Sesab.

Os maiores gastos com ações judiciais da saúde são relacionados à assistência farmacêutica. Em 2021, 69% do orçamento da assistência farmacêutica foi destinado para cumprimento de determinação judicial. Comparando-se os valores gastos em 2018 (R\$ 60.078.161,25) com 2022 (R\$ 254.925.201,73), observa-se um incremento de 324,3% (**Gráfico 94**).

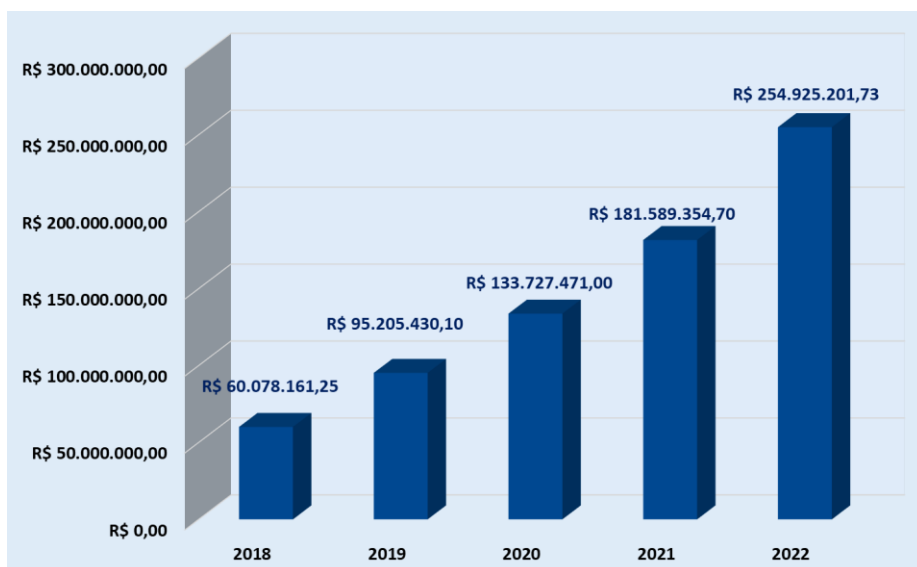


Gráfico 94. Total de recursos gastos em ações judiciais na assistência farmacêutica. Bahia, 2018-2022.

Fonte: SIGAF - Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica.

A análise das ações judiciais em 2022 segundo o objeto das mesmas demonstra que os maiores percentuais foram por demanda de medicamentos (38%) seguida por solicitações de regulação (31%) e procedimentos e insumos (25%) (**Gráfico 95**).

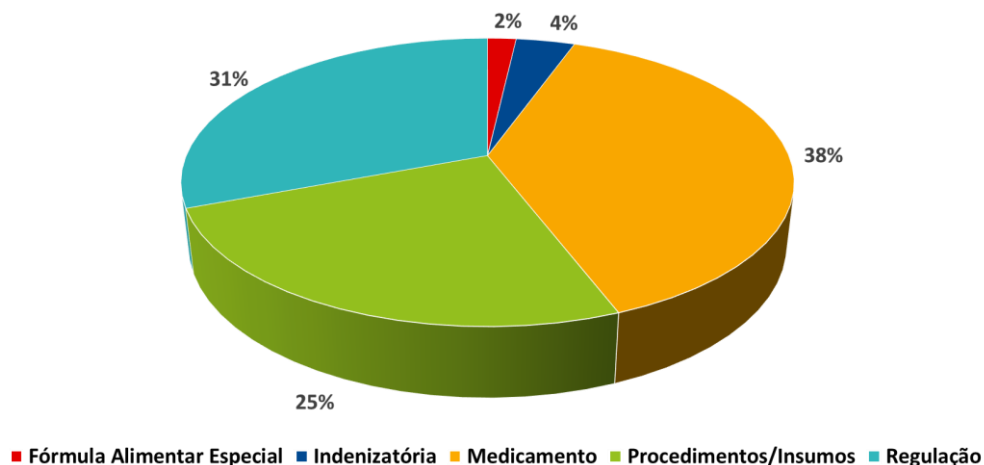


Gráfico 95. Percentual de ações judiciais segundo o objeto. Bahia, 2022.
Fonte: SGP – Sistema de Gestão de Processos Sesab.

6 PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO QUADRIÊNIO 2024-2027.

O orçamento é um instrumento de planejamento de curto prazo que materializa anualmente as diretrizes, objetivos e metas do plano plurianual em conformidade com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). É formalizado em lei especial de iniciativa do Poder Executivo que estima a receita e fixa a despesa pública para determinado exercício financeiro, de forma a evidenciar a política econômico-financeira do Governo e o programa de trabalho dos Poderes, seus órgãos, fundos e entidades da administração indireta. Compreende o orçamento fiscal, orçamento da seguridade social e o orçamento de investimento das empresas estatais, exemplificados na **Figura 13**.

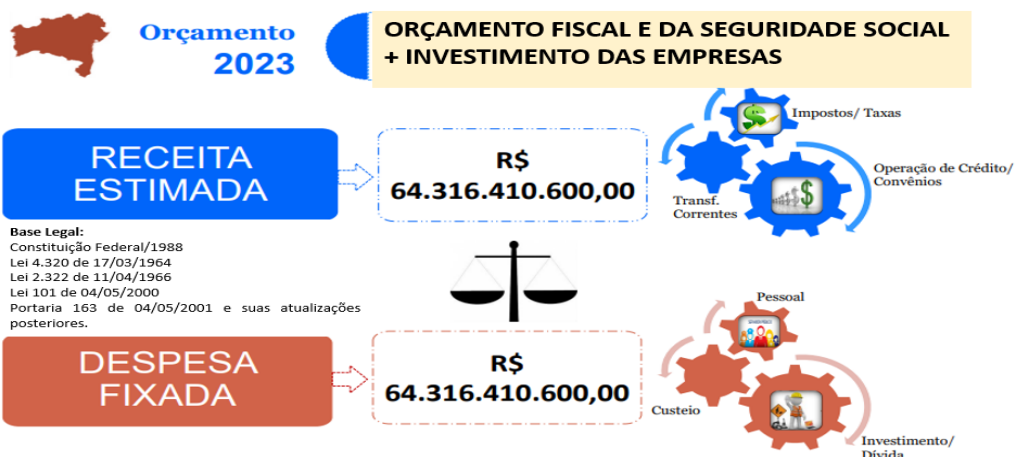


Figura 13. Orçamento fiscal e da seguridade social mais o investimento das empresas. Bahia, 2023.

Fonte: Seplan/Bahia – 2023.

Disponível em: <https://www.seplan.ba.gov.br/wp-content/uploads/Apresentacao-Orcamento-2023.pdf>

O orçamento público estima as receitas que o governo espera arrecadar ao longo do exercício seguinte e, com base nelas, autoriza um limite de gastos a ser realizado com tais recursos. Em cumprimento ao dispositivo constitucional, complementado pelas Leis 4.320 (Normas para elaboração e Controle do Orçamento, de 17 de março de 1964) e a Lei Complementar nº 101 de 04 de maio de 2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal e demais normas do direito financeiro Federal e Estadual e normas específicas de planejamento em saúde, notadamente Lei Complementar 141/2012 a qual define o investimento pelos estados de no mínimo 12% de suas receitas na saúde⁴⁴. Esse instrumento de planejamento governamental visa garantir, a partir da LO, que as metas previstas no PES e no PPA possam ser cumpridas.

O **Gráfico 96** apresenta a evolução dos recursos aplicados em saúde entre 2006 e 2022, demonstrando que houve um aumento nominal de 350% do valor dos recursos aplicados (empenhados) pela Sesab neste período, saindo de R\$ 1,9 bilhões para R\$ 8,5 bilhões.

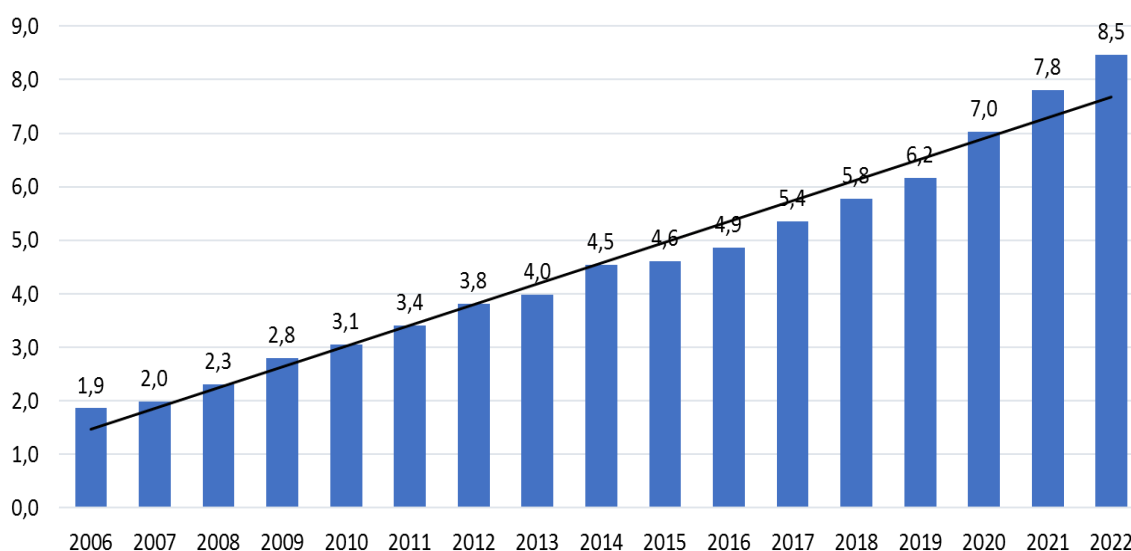


Gráfico 96. Valor do orçamento de todas as fontes empenhados¹ pela Saúde (em R\$ bilhões nominais). Bahia, 2006 a 2022.

Fonte: ICF (Sefaz); Seplan - Fiplan.

¹ Despesas Liquidadas pela Sesab.

A previsão orçamentária para a realização de ações e serviços de saúde, com base na receita estimada do estado para o quadriênio 2024-2027 é de R\$ 29,7 bilhões, o orçamento inicial previsto para a execução da LOA (2024) e consequentemente da Programação Anual de Saúde (PAS) é de R\$ 7,6 bilhões.

7 11ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA

A **11ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia (Conferes)** foi aprovada pela Resolução CES Nº 15/2022 e convocada pela Secretária Estadual da Saúde do Estado da Bahia através da Portaria Nº 988 de 11 de outubro de 2022.



No período de 05 a 07 de junho de 2023, a Arena Fonte Nova em Salvador sediou a **11ª Conferes**, organizada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES-BA) e realizada pela Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab), teve como tema: **“Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã Vai Ser Outro Dia”**. Ao longo dos três dias de evento, cerca de quatro mil pessoas, entre gestores, trabalhadores de saúde, usuários e convidados, passaram pelo evento. Os quatro eixos temáticos orientaram as atividades de 39 grupos de trabalho da Conferência foram:

- I – A Bahia que temos. A Bahia que queremos;
- II – O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas;
- III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia;
- IV – Amanhã vai ser outro dia para todos, todas e todes.

Precedida por etapas municipais, que aconteceram entre novembro de 2022 e maio de 2023, a conferência na Bahia reuniu 2.320 pessoas eleitas – os delegados, representando os 417 municípios e as 16 Conferências Livres estaduais. Foi destacado o caráter participativo e democrático da 11ª Conferes que contou com a primeira participação de quilombolas em conferências. Mais de sete mil propostas e sugestões para o fortalecimento do SUS foram apresentadas ao CES/BA pelos delegados baianos eleitos nas conferências, das quais 97 Diretrizes e 811 Propostas foram discutidas e apreciadas nos grupos de trabalho, originando 100 propostas/diretrizes postas em votação na plenária final. Tal resultado foi encaminhado para a 17ª Conferência Nacional de Saúde. O documento contemplando as propostas e diretrizes da Conferência Estadual encaminhadas para Conferência Nacional está disponível em: <http://www5.saude.ba.gov.br/portalcas/Diretrizes%20e%20propostas%20Aprovadas%20para%20a%20%20Nacional.pdf>.

8 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)

DIRETRIZ. Fomentar a regionalização do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, fortalecendo e ampliando as ações de promoção, proteção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

OBJETIVO 1. Implementar a descentralização e regionalização das ações de vigilância em saúde.

META 1: Fortalecer nas nove macrorregiões de saúde do estado as ações do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde.			
INDICADOR: Número de macrorregiões de saúde apoiadas técnica e financeiramente para implementação das ações do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde			
Valor de ref.: 9		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Suvisa	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Apoiar os Núcleos Regionais de Saúde (NRS), para intensificar as ações de proteção, promoção, prevenção, notificação, diagnóstico e controle de doenças e agravos de interesse em saúde pública no território.	Percentual de NRS com recursos financeiros e tecnológicos descentralizados.	100%	Suvisa
Apoiar financeiramente os municípios que desenvolvem ações de Saúde do Trabalhador (ST).	Número de municípios que desenvolvem ações em ST apoiados financeiramente.	304	Divast

META 2: Ampliar para 33 os Laboratórios de Saúde Pública no SUS Bahia.			
INDICADOR: Número de Laboratórios de Saúde Pública implantados			
Valor de ref.: 28		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Suvisa	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Implantar unidades de vigilância laboratorial no estado da Bahia.	Número de laboratórios de saúde pública implantados.	5	Lacen
	Número de laboratórios de saúde pública construídos.	5	Ceirf
Ampliar a capacidade de realização de análise pela Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (RELSP).	Número de análises realizadas.	2.347.405	Lacen

META 3: Desenvolver nas nove macrorregiões de saúde processos de educação em saúde, voltados para a vigilância em saúde.			
INDICADOR: Número de macrorregiões de saúde desenvolvendo processos de educação em saúde.			
Valor de ref.: 9		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Suvisa	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar processos formativos em vigilância em saúde.	Número de eventos de educação permanente de vigilância em saúde, com carga horária, maior ou igual	17	Suvisa

	a 40 horas, executados.	
	Número de eventos de educação permanente de vigilância em saúde, com carga horária, menor que 40 horas, executados.	1.200
	Número de cursos de pós-graduação (stricto e lato sensu) executados.	3
Disseminar informações técnico-científicas em saúde.	Número de documentos técnicos-científicos publicados.	150
Desenvolver campanhas publicitárias direcionadas para a vigilância em saúde.	Número de campanhas publicitárias realizadas.	40
Realizar eventos de mobilização para a promoção da saúde.	Número de eventos de mobilização realizados.	160

META 4: Assegurar 60% dos municípios do estado realizando ações de Vigilância em Saúde Ambiental.			
INDICADOR: Percentual de municípios realizando ações de Vigilância em Saúde Ambiental.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Suvisa	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar ações de apoio matricial/institucional em Vigilância em Saúde Ambiental aos Núcleos Regionais de Saúde (NRS)	Número de NRS com apoio matricial/institucional realizados.	9	Divisa
Implantar mecanismos para mapeamento das áreas de risco para atuação da Vigilância em Saúde Ambiental.	Número de instrumentos de mapeamento de áreas de risco implantados.	5	
Realizar análise do mapeamento das áreas de risco para atuação da Vigilância em Saúde Ambiental (VSA).	Número de mapeamentos das áreas de risco analisados.	16	
Implantar mecanismos de articulação com a sociedade civil para atuação na Vigilância Popular em Saúde Ambiental.	Número de mecanismos de articulação com sociedade civil implantados.	8	
Elaborar Plano Setorial da Saúde de mitigação e adaptação as mudanças climáticas na Bahia	Número de Plano Setorial da Saúde de mitigação e adaptação as mudanças climáticas na Bahia	1	

META 5: Atingir 100% do alcance das metas para redução da cadeia de transmissão de doenças selecionadas de interesse em saúde pública.			
INDICADOR: Percentual de alcance das metas para redução da cadeia de transmissão de doenças selecionadas de interesse em saúde pública.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Suvisa	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Apoiar institucionalmente e matricialmente os municípios nas ações de vigilância epidemiológica.	Percentual de municípios apoiados institucionalmente e matricialmente.	100%	Divep

Intensificar as ações para a redução da cadeia de transmissão vertical e das doenças transmissíveis diretamente relacionadas às situações de vulnerabilidade.	Percentual de gestantes diagnosticadas com sífilis e tratadas adequadamente.	100%	
	Proporção de cura de casos novos de tuberculose confirmados laboratorialmente.	85%	
	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	88%	
	Taxa de detecção de Hepatite B.	Reduzir em 9% a taxa de detecção/ano.	
	Taxa de detecção de Hepatite C.	Reduzir em 6,5% a taxa de detecção/ano.	
	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	70%	
Ampliar a notificação, investigação e encerramento oportuno de doenças e/agravos estabelecida como compulsória nos municípios.	Percentual de doenças/agravos notificados, investigados e encerrados em até 60 dias após a notificação.	80%	Divep DAE DGC DAB
Apoiar as CIR na elaboração e aprovação dos desenhos regionais da Linha de Cuidado do HTLV	Número de Regiões de Saúde com desenhos da Linha do Cuidado aprovados em CIB	10	
Capacitar as equipes dos municípios no desenho da Linha de Cuidado do HTLV	Percentual de municípios com equipe capacitada para implantação da Linha do Cuidado do HTLV	100%	

META 6: Reduzir para < 1% a taxa de letalidade das formas graves de dengue.			
INDICADOR: Taxa de letalidade das formas graves de dengue.			
Valor de ref. (2022): 8,90%		Polaridade: Negativa	
		Unidade resp.: Suvisa	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e controle vetorial no estado.	Percentual de cobertura dos domicílios nas ações de vigilância entomológica de controle vetorial do Aedes Aegypti.	80%	Divep
	Proporção de óbitos por dengue encerrados oportunamente.	100%	

META 7: Manter o mínimo de 90% dos registros de óbitos com causa básica definida.			
INDICADOR: Percentual de registros de óbitos com causa básica definida.			
Valor de ref. (2022): 89,95%		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Suvisa
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Aprimorar as ações de vigilância em saúde e educação permanente voltadas para o registro de óbitos declarados como sendo de causa mal definida.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.	50%	Divep
	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.	80%	
	Proporção de óbitos maternos investigados.	100%	
	Número de unidades de Serviço de Verificação de Óbito (SVO) implantados.	5	Suvisa
	Número de unidades de Serviço de Verificação de Óbito (SVO) construídas.	5	Ceirf
Ampliar as ações de Vigilância em Saúde para a redução da morbimortalidade no estado.	Mortalidade proporcional por acidentes de trânsito.	Redução de 2% com relação ao ano base	Divep
	Taxa de mortalidade por Doença de Chagas.	Redução em 10% com relação ao ano base	

OBJETIVO 2. Garantir a adoção de ações oportunas de vigilância das doenças imunopreveníveis.

META 1: Atingir 100% da cobertura adequada dos imunobiológicos conforme metas estabelecidas pelo calendário nacional de vacinação.			
INDICADOR: Proporção de vacinas que compõem o calendário nacional de vacinação para crianças menores de 1 ano de idade: pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose), BCG (Dose única) e rotavírus (2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade tríplice viral (1ª dose), com coberturas vacinais preconizadas.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Suvisa
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Apoiar aos municípios nas ações de vigilância epidemiológica para o controle das doenças imunopreveníveis.	Taxa de notificação de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola).	≥ 2 casos a cada 100 mil habitantes	
	Proporção de casos confirmados de meningite bacteriana encerrados por cultura, látex e PCR.	50%	
	Taxa de notificação paralisia flácida aguda.	1/100 mil hab. <15 anos	
Fomentar a requalificação da Rede de Frio de gestão estadual nos NRS/BRS e na Central Estadual de Distribuição de	Percentual das centrais de rede de frio requalificadas.	100%	

Imunobiológicos (Cead).			Divep
Aprimorar as ações de imunização para ampliar a cobertura vacinal para todos os imunobiológicos.	Proporção de salas exclusivas de vacinas implantadas nas maternidades das unidades próprias da Sesab.	100%	
	Percentual de municípios com salas de vacina supervisionadas.	100%	
	Percentual de coleta de material de nasofaringe realizada em casos de síndrome gripal das unidades sentinelas, conforme preconizado.	80%	

OBJETIVO 3. Fortalecer a capacidade de resposta em situações de emergência em saúde pública.

META 1: Implantar em 89,6% das unidades hospitalares próprias da Sesab Núcleos Hospitalares Epidemiológicos (NHE).			
INDICADOR: Percentual de unidades hospitalares próprias da Sesab com Núcleos Hospitalares Epidemiológicos (NHE).			
Valor de ref.: 34		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Suvisa	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Implantar novos Núcleos Hospitalares Epidemiológicos (NHE) nas unidades hospitalares próprias da Secretaria da Saúde do Estado da Saúde (Sesab).	Número de novos Núcleos Hospitalares Epidemiológicos (NHE).	14	Cievs

META 2: Implantar em cinco macrorregiões de saúde plano multirrisco.			
INDICADOR: Número de macrorregiões de saúde com plano multirrisco.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Suvisa	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Qualificar e apoiar as macrorregiões de saúde para elaboração do plano de preparação e resposta que contemple todas as tipologias de eventos que potencialmente poderão se configurar em desastres.	Número de planos multirrisco de preparação, alerta e resposta implantado.	5	Cievs

OBJETIVO 4. Consolidar o sistema estadual de vigilância em saúde do trabalhador, ampliando a cobertura em todas as regiões do estado.

META 1: Atingir 74% dos municípios desenvolvendo, no mínimo, quatro ações de saúde do trabalhador.		
INDICADOR: Percentual de municípios desenvolvendo ações de saúde do trabalhador.		
Valor de ref.: 0		Unidade resp.: Suvisa

AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Apoiar a implantação de novos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest).	Número de novos centros de referência em saúde do trabalhador implantados.	6	Divast
Desenvolver ações de vigilância em saúde do trabalhador na Renast-Ba, em benefício dos trabalhadores.	Número de trabalhadores beneficiados.	260.000	
Realizar ações de apoio institucional/matricial em saúde do trabalhador nos municípios.	Percentual de municípios desenvolvendo ações de saúde do trabalhador.	74%	

OBJETIVO 5. Aprimorar o papel de coordenador do sistema estadual de vigilância sanitária, atuando na eliminação e prevenção de riscos à saúde em serviços, produtos e circulação de bens de interesse da saúde.

META 1: Realizar inspeções em 6.000 estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária estadual.			
INDICADOR: Número de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária estadual inspecionados.			
Valor de ref. (2022): 1.166		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Suvisa	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar análise documental dos processos de licenciamento sanitário dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária (Visa) estadual.	Número de processos de licenciamento sanitário dos estabelecimentos sujeitos à Visa estadual com análise documental realizadas.	8.000	Divisa
Realizar inspeções nos serviços de saúde sujeitos à Visa estadual com a aplicação do ROI (Roteiro Objetivo de Inspeção).	Percentual de inspeções com aplicação do ROI.	60%	
Implantar Sistema de Informação da Vigilância Sanitária Estadual.	Percentual de implantação do sistema de informação da Visa estadual.	100%	

META 2: Monitorar 100% dos eventos adversos infecciosos e não infecciosos nos estabelecimentos assistenciais de saúde notificantes no estado.			
INDICADOR: Percentual de estabelecimentos de saúde com eventos adversos infecciosos e não infecciosos monitorados.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Suvisa	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar monitoramento dos indicadores utilizados pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dos hospitais que possuem leitos de UTI e serviços de diálise.	Percentual de indicadores enviados pelas CCIH implantados em hospitais que possuem leitos de UTI. Monitorados.	100%	Divisa
	Percentual dos indicadores enviados pelas CCIH implantados em serviços de diálise monitorados.	100%	

Monitorar os eventos adversos notificados e investigados pelos serviços de saúde.	Percentual de eventos adversos relacionados à segurança do paciente notificados, investigados e concluídos.	100%	
Monitorar as investigações de eventos adversos que evoluíram para o óbito.	Percentual de notificações de eventos adversos que evoluíram para óbito investigadas e concluídas.	100%	
Apoiar a implantação e implementação de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em hospitais com leito de UTI e serviços de diálise.	Percentual de hospitais com leito de UTI com NSP implantados.	80%	
	Percentual de serviços de diálise com NSP implantados.	80%	

META 3: Investigar 100% das notificações obrigatórias de queixas técnicas e eventos adversos em produtos.			
INDICADOR: Percentual de notificações obrigatórias de queixas técnicas e eventos adversos em produtos investigados.			
Valor de ref.: 93,40%		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Suvisa	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar monitoramento de notificação de queixas técnicas e eventos adversos no Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) e VigiMed.	Percentual de notificações monitoradas.	100%	Divisa
Realizar inspeções investigativas de notificações obrigatórias de queixas técnicas e eventos adversos em produtos.	Percentual de inspeções investigativas realizadas.	100%	

DIRETRIZ - Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) ampliando o acesso nos três níveis de atenção, de forma humanizada, visando a integralidade e resolutividade, com ênfase no fortalecimento da atenção primária à saúde, aprimorando suas políticas e programas com a qualidade de ações e serviços de saúde ofertados.

OBJETIVO 6. Fortalecer a resolutividade da atenção primária à saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.

META 1: Ampliar para 70% o percentual de equipes de saúde da família com equipes de saúde bucal vinculada.			
INDICADOR: Percentual de equipes de saúde da família com equipes de saúde bucal vinculada.			
Valor de ref.: 65,8%		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.

Cofinanciar equipes de saúde da família.	Número de equipes de saúde da família cofinanciadas.	4.695	DAB
Realizar estudo de modelo de cofinanciamento estadual da APS baseado em indicadores.	Número de estudo realizado.	1	
Monitorar sistematicamente os indicadores de cofinanciamento da APS.	Número de Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Primária (Camap) publicado no site Sesab.	32	
Realizar ações de fomento ao alcance dos indicadores de financiamento da APS.	Número de Colegiado de Coordenadores da Atenção Primária (Cocap) realizado pelo Apoio Institucional com o tema de cofinanciamento.	108	
	Número de municípios participantes de Cocap realizado pelo Apoio Institucional com o tema de cofinanciamento.	417	DGC/CPT
Realizar ações de qualificação para os profissionais de Saúde Bucal.	Número de municípios com profissionais de saúde bucal qualificados.	417	
Monitorar os serviços especializados em saúde bucal (Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias(LRPD).	Número de centros de especialidades odontológicas monitorados.	91	
	Número de laboratórios regionais de próteses dentárias monitorados.	340	

META 2: Alcançar 100% de municípios que utilizam ao menos duas ofertas do Telessaúde no ano.			
INDICADOR: Percentual de municípios que utilizam ao menos duas ofertas do Telessaúde no ano.			
Valor de ref.: 0	Polaridade: Positiva	Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Apoiar os municípios para a implantação e utilização dos serviços do Telessaúde presencial ou a distância.	Número de municípios apoiados na implantação e utilização do Telessaúde.	417	DAB
Implantar serviço de telediagnóstico (Eletr/Dermatologia e Oftalmologia) nos municípios.	Número de serviços de telediagnóstico implantado.	600	
Realizar apoio aos municípios para a qualificação do uso do e-SUS/APS.	Número de municípios apoiados para o uso do e-SUS/APS.	417/bienal	
Ofertar atividades de Teleducação síncronas e assíncronas para os profissionais de saúde.	Número de atividades de Teleducação síncronas e assíncronas ofertadas.	520	
Ofertar serviço de Teleconsultoria/Teleconsulta.	Número de Teleconsultorias/Teleconsultas ofertadas.	40.000	

META 3: Alcançar 100% de municípios com qualificações sobre os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS).			
INDICADOR: Percentual de municípios com qualificações sobre os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS).			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar espaços colegiados regionais para fortalecimento da gestão da Atenção Primária à Saúde (APS).	Número de colegiados regionais realizados.	560	DAB
Realizar visitas técnicas de apoio institucional para qualificar atenção e a gestão da saúde.	Número de municípios visitados.	244	
	Número de visitas realizadas.	1.120	
Apoiar processo de educação permanente como ferramenta de qualificação da Atenção Primária à Saúde.	Número de oficinas de formação de facilitadores municipais realizadas.	18	
	Número de trabalhadores certificados/município /ano.	6.000	
Realizar qualificação dos trabalhadores da APS.	Número de atividades de qualificação para a APS.	288	
	Número de trabalhadores que participaram de processos de qualificação.	7.200	

META 4: Disponibilizar 140 unidades básicas de saúde (UBS) com infraestrutura adequada para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no estado.			
INDICADOR: Número de unidades básicas de saúde (UBS) disponibilizadas.			
Valor de ref.: 11		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Ceirf	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Construir e aparelhar unidades básicas de saúde (UBS).	Número de UBS construída.	40	Ceirf
Apoiar financeiramente a construção de UBS.	Número de UBS financiada e entregue.	100	Diconv

META 5: Ampliar para 50% os municípios qualificados para o desenvolvimento das ações em alimentação e nutrição, práticas integrativas e complementares em saúde e combate ao tabagismo.			
INDICADOR: Percentual de municípios com ações de qualificação.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar educação permanente de gestores e profissionais de saúde nas ações da Política Nacional de	Número de gestores e profissionais de saúde qualificados.	1.000	DGC/CPT

Alimentação e Nutrição (PNAN).		
Monitorar os municípios para implementação das ações da PNAN.	Número de municípios monitorados pelos sistemas informações de saúde oficiais.	417
Realizar educação permanente para os municípios que ofertam Práticas Integrativas Complementares em Saúde (Pics).	Número de municípios com profissionais qualificados.	100
	Número de profissionais qualificados.	800
Apoiar os municípios para a implementação da Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT).	Número de municípios que aderiram ao Programa durante o ano.	200

OBJETIVO 7. Potencializar a rede de atenção à saúde (RAS) de forma regionalizada, humanizada, ampliando a equidade de acesso e garantindo a integralidade.

META 1: Ampliar para 26 o número de Centros Especializados em Reabilitação (CER) da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) implantados.			
INDICADOR: Número de serviços da Atenção especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).			
Valor de ref.: 16	Polaridade: Positiva	Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Construir e aparelhar CER.	Número de CER construído	10	Ceirf
Qualificar profissionais na atenção ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) nos CER para temática intelectual.	Número de profissionais qualificados nos CER.	400	DGC/CPT
Apoiar os municípios para implementação dos CER.	Número de CER credenciados.	10	
Apoiar os municípios para implementação dos CEO com adesão à RCPD.	Número de CEO credenciado com adesão à Rede.	70	
Apoiar os grupos de trabalho das Comissões Intergestores Regionais (CIR) para a elaboração dos Planos de Ação Regionais (PAR) da RCPD.	Número de PAR aprovados pela CIB.	4	
Apoiar o processo de telerregulação na atenção especializada da RCPD.	Número de CER com adesão a telerregulação pelo telessaúde	4	
Realizar educação permanente de profissionais de saúde na RCPD, nas modalidades presencial e virtual.	Número de profissionais capacitados	1.400	DGGUP
Conceder órteses, próteses, meio auxiliar de locomoção e bolsas de ostomia.	Número de órteses, próteses, meio auxiliar de locomoção e bolsas de ostomia concedidas	1.200.000	

META 2: Ampliar em 78% as macrorregiões de saúde com serviço de atenção à gestação de alto risco.			
INDICADOR: Percentual de macrorregiões de saúde com serviço de atenção à gestação de alto risco implantado.			
Valor de ref. (2022): 44,40%		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: SAIS
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Apoiar tecnicamente as unidades elegíveis para implantação de Casa de Gestante Bebê e Puérpera (CGBP).	Número de unidades apoiadas na implantação de CGBP.	2	DGC/CC VG
Apoiar tecnicamente as Unidades elegíveis para implantação de Banco de Leite Humano (BLH) e/ou Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH).	Número de Unidades elegíveis apoiadas tecnicamente.	4	
Realizar a qualificação dos profissionais de saúde em BLH.	Número de profissionais de saúde qualificados.	40	
Apoiar tecnicamente os municípios no aprimoramento das ações de atenção à saúde materno infantil.	Número de municípios apoiados.	200	
Apoiar a implantação de Fóruns da Rede Cegonha Macrorregionais.	Número de fóruns macrorregionais implantados.	9	
Realizar a qualificação dos profissionais na atenção materna e infantil.	Número de profissionais qualificados na atenção materna e infantil.	4.000	
Apoiar tecnicamente as unidades hospitalares para adesão a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Mulher (IHAC).	Número de unidades hospitalares apoiadas.	4	

META 3: Ampliar para 48,2% o número de municípios apoiados institucionalmente em no mínimo de dois ciclos de vida e gênero para o aprimoramento da atenção à saúde.			
INDICADOR: Percentual de municípios apoiados institucionalmente em no mínimo de dois ciclos de vida e gênero.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: SAIS
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Apoiar institucionalmente os municípios na atenção integral à saúde da criança.	Número de municípios apoiados.	150	DGC/CC VG
Qualificar os profissionais na atenção à saúde da criança.	Número de profissionais qualificados.	400	
Apoiar institucionalmente os municípios na atenção integral à saúde de adolescentes e jovens.	Número de municípios apoiados.	100	
Qualificar os profissionais na atenção à saúde de adolescentes e jovens.	Número de profissionais qualificados.	1.600	
Apoiar institucionalmente os municípios na atenção integral à saúde da mulher.	Número de municípios apoiados.	150	
Qualificar os profissionais na atenção à saúde da mulher.	Número de profissionais qualificados.	400	

Apoiar tecnicamente a habilitação de serviços para laqueadura tubária.	Número de serviços habilitados para laqueadura tubária com Resolução CIB/BA.	12
Apoiar institucionalmente os municípios na atenção integral à saúde do homem.	Número de municípios apoiados.	80
Qualificar os profissionais na atenção à saúde do homem.	Número de profissionais qualificados na Atenção à Saúde do Homem.	1.000
Apoiar tecnicamente a habilitação de serviços para vasectomia.	Número de serviços habilitados para vasectomia com Resolução CIB/BA.	12
Apoiar institucionalmente o município na atenção integral à saúde da pessoa idosa.	Número de municípios apoiados.	100
Qualificar os profissionais na atenção à saúde da pessoa idosa.	Número de profissionais qualificados.	1.000
Apoiar institucionalmente o município no registro e na implantação e /ou implementação da avaliação multidimensional da pessoa idosa.	Número de municípios com registro de Avaliação Multidimensional da pessoa idosa.	417

META 4: Ampliar para 49 o número de serviços de referência na atenção à pessoa em situação de violência sexual implantados.			
INDICADOR: Número de serviços de referência na atenção à pessoa em situação de violência sexual implantados.			
Valor de ref.: 33		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Apoiar na implantação de serviços em atenção às pessoas em situação de violência sexual.	Número de serviços em atenção a pessoas em situação de violência sexual cadastrados.	12	DGC/CC VG
	Número de serviços apoiados para a implementação na atenção a pessoas em situação de violência sexual.	16	
Monitoramento dos serviços cadastrados no atendimento às pessoas em situação de violência sexual.	Número de serviços cadastrados monitorados.	49	
Apoiar na implantação de serviços que realizam abortos previstos em lei.	Número de serviços que realizam abortos previstos em lei implantados.	8	
Qualificar os profissionais na assistência a pessoas em situação de violência sexual.	Número de profissionais qualificados.	200	

META 5: Implantar 07 novas unidades de saúde.			
INDICADOR: Número de novas unidades de saúde implantadas.			
Valor de referência (2023): 66		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: CEIRF	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.

Construir unidades hospitalares e unidades materno infantil.	Número de unidades hospitalares construídas.	5	Ceirf
Requalificar unidades hospitalar.	Número de unidades hospitalares requalificadas.	2	Ceirf

META 6: Ampliar ou reformar 40 unidades de saúde.			
INDICADOR: Número de unidades de saúde com infraestrutura ampliada e reformada.			
Valor de ref.: -		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: CEIRF
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Ampliar unidade hospitalar e unidade materno infantil.	Número de unidades hospitalares ampliadas.	10	Ceirf
Reformar unidade hospitalar e unidade materno infantil.	Número de unidades hospitalares reformadas.	30	

META 7: Ampliar para 32 o número de policlínicas regionais de saúde implantadas.			
INDICADOR: Número de policlínicas regionais de saúde implantadas.			
Valor de ref.: 26		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: SAIS
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Custear Consórcios de Saúde.	Quantidade de Consórcios custeados.	30	DGE COP
Realizar os módulos do Programa Estadual de Qualificação da Gestão Consorciada (PEQGC).	Número de módulos ofertados no PEQGC.	36	
Apoiar tecnicamente os Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde.	Número de visitas técnicas realizadas aos consórcios.	104	
Apoiar tecnicamente as policlínicas regionais de saúde implantadas.	Número de visitas técnicas realizadas nas Unidades sob gestão consorciada.	208	
Construir policlínica regional de saúde.	Número de Policlínicas construídas.	6	Ceirf
Aparelhar policlínicas regionais de saúde.	Número de Policlínicas Regionais de Saúde aparelhadas.	6	DG

META 8: Ampliar para 100% as macrorregiões de saúde com serviços de alta complexidade implantados com ênfase nas doenças crônicas.			
INDICADOR: Percentual de macrorregiões de saúde com um conjunto de serviços de alta complexidade implantados com ênfase nas doenças crônicas.			
Valor de ref. (2022): 44,40%		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: SAIS
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Apoiar a implantação de serviços de alta complexidade na Rede de Atenção à Saúde.	Número de serviços de alta complexidade implantados.	26	DAE/CRAE
Realizar o acompanhamento dos serviços de Atenção Especializados de Alta Complexidade em funcionamento.	Número de Serviços de Atenção Especializada de Alta Complexidade	198	

	acompanhados.	
Aprovar o Plano Estadual da Rede de Cuidado Especializado.	Número de Planos da Rede de Cuidado Especializado aprovados pela CIB.	2

META 9: Ampliar para 1.118 o número de transplantes de órgãos e tecidos.			
INDICADOR: Número de transplantes de órgãos e tecidos realizados.			
Valor de ref.: 931		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar capacitação dos profissionais de saúde no processo doação e transplantes.	Número de profissionais capacitados.	6.509	DAE/Coset
Certificar a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).	Número de CIHDOTT certificadas.	30	
Efetivar as Doações de Múltiplos Órgãos.	Número de doações de múltiplos órgãos efetivadas.	151	
Efetivar as doações de córnea provenientes de doador falecido.	Número de doações de córnea efetivadas.	633	
Apoiar a habilitação de novos centros transplantadores.	Centros Transplantadores Habilitados.	20	
Monitorar os Centros Transplantadores Habilitados.	Número de Centros Transplantadores Habilitados monitorados in loco.	29	

META 10: Ampliar para 100% as macrorregiões de saúde com Plano de Ação Regional da Atenção Integral às Urgências aprovado.			
INDICADOR: Percentual de macrorregiões de saúde com Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências aprovado.			
Valor de ref.: 22%		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Apoiar a ampliação de municípios cobertos pelo SAMU 192.	Número de municípios cobertos pelo SAMU 192 apoiados.	345	DAE/COUR
Cofinanciar os municípios com o SAMU 192 implantados.	Número de municípios cofinanciados.	289	
Apoiar a implantação de novas UPA.	Número de novas UPA 24h implantadas.	2	
Monitorar as UPA 24h em funcionamento.	Número de UPA 24h em funcionamento monitoradas.	59	
Apoiar a implantação das salas de estabilização.	Número de salas de estabilização aprovada em CIB.	11	

Apoiar o processo de habilitação do componente hospitalar da Rede de Urgência (leitos de retaguarda e porta de entrada).	Número de hospitais com porta de entrada aprovadas em CIB	2	
	Número de leitos retaguarda da rede de urgência e emergência aprovados em CIB.	40	

META 11: Reduzir em 100% das macrorregiões de saúde o índice de dependência macrorregional conforme módulos assistenciais de incentivo instituídos pelo Plano de Atenção Hospitalar (PAH).			
INDICADOR: Percentual de Redução do Índice de Dependência Macrorregional (IDMR), conforme módulos assistenciais de incentivo instituídos pelo Plano de Atenção Hospitalar (PAH).			
Valor de ref.: 0	Polaridade: Positiva	Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Implementar o módulo de Parto e Nascimento do PAH.	Número de unidade hospitalar que aderiram ao módulo parto e nascimento do PAH, por meio de portaria publicada.	197	DAE/ COAH
Monitorar e avaliar as unidades hospitalares aderidas ao módulo de parto e nascimento do PAH.	Número de avaliação trimestral das unidades hospitalares com adesão ao módulo parto e nascimento.	788	

META 12: Ampliar para 85% o percentual de unidades próprias de saúde com avaliação de desempenho superior a 75%.			
INDICADOR: Percentual de unidades próprias de saúde com avaliação de desempenho superior a 75%.			
Valor de ref.: 84%	Polaridade: Positiva	Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Revisar o plano operativo dos contratos de gestão das unidades próprias da gestão indireta.	Número de unidade com o plano operativo dos contratos de gestão revisados.	33	DGGUP
Elaborar o plano operativo dos contratos de gestão das unidades próprias da gestão indireta.	Número de unidades com o plano operativo dos contratos de gestão elaborados.	5	
Monitorar os contratos de serviços executados nas unidades próprias sob gestão direta.	Número de unidades próprias sob gestão direta com contratos monitorados.	32	
Realizar o credenciamento de serviços médicos.	Número de serviços médicos implantados.	84	
Gerenciar as unidades ambulatorial e hospitalar próprias de Saúde.	Número de unidades próprias em funcionamento.	71	

Realizar capacitação para equipe que avalia, monitora as unidades próprias de saúde.	Número de capacitações realizadas.	16	
Monitorar as unidades próprias de saúde.	Número de visitas técnicas realizadas.	1.000	
	Número de relatórios de acompanhamento e monitoramento elaborados.	1.000	
Realizar acompanhamento dos contratos de gestão.	Número de contratos de gestão acompanhados.	512	
Disponibilizar equipamentos/mobiliários hospitalares para as Unidades Próprias de Saúde e sob gestão consorciada.	Número de equipamentos/mobiliários disponibilizados.	70.000	
Monitorar os contratos de manutenção (preventiva e corretiva) de 12 equipamentos de alta complexidade das unidades próprias sob gestão indireta	Número de unidades de saúde sob gestão indireta monitoradas.	34	
	Número de contratos de manutenção firmados.	68	
Gerenciar unidades próprias sob Parceria Público Privada (PPP)	Número de unidade gerenciada.	2	DGE COP
	Número de unidade hospitalar com parceria público privada de serviços não clínicos em funcionamento.	1	
	Número de unidade de saúde com parceria público privada de diagnóstico por imagem em funcionamento.	15	
Apoiar a implantação da atenção hospitalar em saúde bucal nas unidades próprias do estado.	Número de unidades hospitalares próprias do estado com atenção à saúde bucal implantadas.	4	DGC/CPT
Monitorar os serviços especializados em saúde bucal (unidades hospitalares próprias).	Número de unidades hospitalares próprias monitoradas.	7	

META 13: Fomentar em 100% dos hospitais próprios, com UTI e/ou com mais de 50 leitos, a implantação do Núcleo de Cuidados Paliativos.			
INDICADOR: Percentual de hospitais próprios, com UTI e/ou com mais de 50 leitos, com o núcleo de cuidados paliativos implantado.			
Valor de ref. (2022): 6,66%		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar qualificação dos profissionais.	Número de profissionais qualificados.	3.600	DAE
Realizar matriciamento aos núcleos de cuidado paliativo.	Número de reuniões realizadas.	1.200	
Apoiar tecnicamente as unidades para implantação dos núcleos de cuidados paliativos.	Número de núcleos de cuidados paliativos implantados e com portaria	45	

	publicada.	
Monitorar os núcleos de cuidado paliativos.	Percentual de núcleos monitorados.	100%
Apoiar tecnicamente a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em casa.	Número de SAD - Melhor em casa implantados com resoluções CIB publicadas.	20
Monitorar os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) - Melhor em Casa.	Percentual de SAD monitorados.	100%

META 14: Ampliar para 50% o percentual de instituições apoiadas financeiramente no âmbito da saúde estadual por meio de celebração de convênio.			
INDICADOR: Percentual de instituições apoiadas financeiramente no âmbito da saúde estadual por meio de celebração de convênio.			
Valor de ref. (2022): 45,80%		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Diconv
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar monitoramento dos convênios celebrados.	Percentual de convênios monitorados.	100%	Diconv
Apoiar financeiramente instituições com convênios celebrados.	Percentual de desembolsos realizados.	80%	
Captar recursos federais através de emendas parlamentares e/ou programas disponíveis no Sistema INVESTSUS/FNS para o estado da Bahia.	Percentual de recursos de emendas ou programas captados.	80%	

META 15: Apoiar as nove macrorregiões de saúde, na elaboração, implantação e monitoramento do Plano de Segurança do Paciente.			
INDICADOR: Número de macrorregiões apoiadas para implantação e monitoramento das ações do Plano de Segurança do Paciente.			
Valor de ref. (2022): 0		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Segurança do paciente
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar oficinas e seminários com gestores e equipes dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) sobre a implantação e monitoramento dos protocolos básicos de segurança do paciente.	Número de oficinas e seminários realizados.	8	Segurança do paciente
Apoiar e orientar os gestores das unidades de saúde na elaboração, implementação e avaliação dos planos institucionais de segurança do paciente.	Número de unidades de saúde apoiadas para elaboração do plano institucional.	100	
Elaborar os indicadores de operacionalização do Plano Estadual de Segurança do Paciente (PESP) Bahia.	Número de indicadores elaborados e monitorados.	4	

OBJETIVO 8. Fortalecer a regulação nas três dimensões de atuação: sistemas, atenção à saúde e acesso a assistência de forma equânime, oportuna e integrada à rede de atenção à saúde (RAS).

META 1: Ampliar para 90% o percentual de pacientes regulados em até 72h.			
INDICADOR: Percentual de pacientes regulados em até 72h.			
Valor de ref. (2023): 79,96%		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Suregs	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Publicar a Política Estadual de Regulação.	Número de Política Estadual de Regulação publicada.	1	Direg
Atender às demandas pertinentes de regulação por meio da Central Estadual de Regulação (CER).	Número de atendimentos pertinentes realizados.	768.000	Direg-CER
Atender às demandas dos pacientes elegíveis por meio do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) Estadual.	Percentual de pacientes elegíveis atendidos.	100%	Direg-SAD
Conceder auxílio financeiro às solicitações, pertinentes para o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) Interestadual.	Percentual de solicitações pertinentes concedidas.	100%	Direg-TFD
Atender às solicitações elegíveis de pacientes com DRC em Unidades de Atenção Especializada em doença renal crônica (DRC) com terapia renal substitutiva/hemodiálise.	Percentual de pacientes com DRC atendidos em unidades de atenção especializada em DRC com terapia renal substitutiva/hemodiálise.	75%	Direg-CEN
Ampliar a frota de ambulâncias.	Número de ambulâncias adquiridas.	60	DG

META 2: Desenvolver para os 417 municípios do Estado, pelo menos duas ações estratégicas complementares de saúde.			
INDICADOR: Número de municípios assistidos com ações estratégicas complementares de saúde.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Suregs	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar ações do Programa Estadual de Rastreamento do Câncer de Mama.	Número de ações realizadas.	480	Dipro
Realizar ações da estratégia odontomóvel.	Número de ações realizadas.	480	
Realizar mutirões de cirurgias eletivas.	Número de mutirões realizados.	24	
Realizar Feiras de Saúde.	Número de Feiras de Saúde realizadas.	168	
Viabilizar assistência à saúde de forma excepcional em caráter complementar.	Número de solicitações de assistência à saúde atendidas de forma excepcional em caráter complementar.	612	SAI-JUD Compras-CSO

META 3: Ampliar para 50% o percentual de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) de Média e Alta Complexidade (MAC) contratualizados/credenciados.			
INDICADOR: Percentual de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) de Média e Alta Complexidade (MAC) contratualizados/credenciados.			
Valor de ref.: 26%		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Suregs
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar o acompanhamento dos contratos/credenciamentos de serviços de média e alta complexidade.	Percentual de contratos/credenciamentos de serviços de média e alta complexidade acompanhados.	100%	Dicon-NAC
Realizar o processamento das informações dos serviços hospitalares e ambulatoriais dos estabelecimentos de saúde, no âmbito do SUS, sob gestão estadual e/ou dupla.	Percentual de processamentos realizados.	100%	Dicon-Copro
Realizar contratos/credenciamentos de serviços de média e alta complexidade.	Número de contratos/credenciamentos realizados ou aditivados.	680	Nucon

OBJETIVO 9. Aprimorar a Rede de Atenção Hematológica e Hemoterápica, fortalecendo a regionalização.

META 1: Captar 723.000 candidatos à doação voluntária e altruísta de sangue nas unidades da Rede Hematológica e Hemoterápica.			
INDICADOR: Número de candidatos à doação voluntária e altruísta de sangue captados nas unidades da Rede Hematológica e Hemoterápica.			
Valor de ref. (2022): 160.164		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Hemoba
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar campanhas para captação de doador voluntário e altruísta de sangue.	Número de campanhas realizadas.	6.544	Dihemot
Realizar ações de comunicação para conscientização da doação voluntária e altruísta de sangue.	Número de ações de comunicação realizadas.	1.636	Ascom
Monitorar os projetos da Fundação para a conscientização da população quanto a importância da doação voluntária e altruísta de sangue.	Percentual de projetos monitorados.	100%	Projur

META 2: Produzir 1.480.000 bolsas de hemocomponentes nas unidades da Rede Hematológica e Hemoterápica.			
INDICADOR: Número de bolsas de hemocomponentes produzidas nas unidades da Rede Hematológica e Hemoterápica.			
Valor de ref. (2022): 327.000		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Hemoba
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Ampliar a produção de hemocomponentes por bolsas de sangue coletadas.	Número de bolsas de hemocomponentes produzidas.	1.480.000	Dihemot

META 3: Realizar 508.500 atendimentos, consultas e procedimentos ambulatoriais no Centro de Referência às Pessoas com Doença Falciforme e demais doenças hematológicas benignas nas unidades da Rede Hematológica e Hemoterápica.			
INDICADOR: Número de atendimentos, consultas e procedimentos ambulatoriais realizados no Centro de Referência às Pessoas com Doença Falciforme e demais doenças hematológicas benignas nas unidades da Rede Hematológica e Hemoterápica.			
Valor de ref. (2022): 99.044		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Hemoba
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Implantar nas macrorregiões de saúde serviço de atendimento clínico hematológico, farmacêutico especializado aos pacientes com hematopatologia benigna e assistência transfusional ambulatorial.	Número de serviços de atendimentos implantados.	5	Dihemat
Realizar treinamentos de equipes multiprofissionais para o atendimento hematológico.	Número de treinamentos realizados.	280	
Implementar novas tecnologias para diagnóstico de hematopatologias benignas no laboratório da Hemoba.	Número de novas tecnologias implementadas.	1	Diraf
Realizar ações de educação e comunicação para dar visibilidade às doenças hematológicas benignas.	Número de ações de comunicação e educação realizadas.	200	CRH

META 4: Disponibilizar 05 unidades com infraestrutura adequada para atendimento hematológico e hemoterápico nas macrorregiões de saúde.			
INDICADOR: Número de unidades hematológicas e hemoterápicas com infraestrutura adequadas disponibilizadas.			
Valor de ref.: 1		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Hemoba
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Construir unidades de hemocentros regionais.	Número de Hemocentros Regionais construídos.	2	Diraf
Requalificar unidades de Hemocentros Regionais (HR).	Número de hemocentros regionais requalificados.	3	
Requalificar Unidades de Coleta e Transfusão (UCT).	Número de unidades de coleta e transfusão requalificadas.	5	
Equipar unidades hematológicas e hemoterápicas da Hemoba.	Número de equipamentos instalados.	600	
Assegurar o funcionamento adequado das unidades de hematologia e hemoterapia da Hemoba.	Número de unidades em funcionamento adequado.	30	
Requalificar o hemocentro coordenador.	Hemocentro coordenador requalificado.	1	

OBJETIVO 10. Fortalecer a assistência farmacêutica, integrada à Rede de Atenção à Saúde, em perspectiva regionalizada, favorecendo o acesso de medicamentos e seu uso racional.

META 1: Realizar 80% das ações de qualificação à gestão e processo de trabalho da assistência farmacêutica municipal.			
INDICADOR: Percentual de ações de apoio à qualificação da gestão e processo de trabalho da assistência farmacêutica municipal.			
VALOR DE REF.: 0		POLARIDADE: Positiva	UNIDADE RESP.: Saftec
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar capacitação para farmacêuticos e gestores municipais considerando as demandas locais.	Número de capacitação realizadas.	32	DASF
Realizar apoio técnico à organização da Assistência Farmacêutica nos municípios com foco nos problemas locais.	Percentual de intervenções de apoio técnico à Assistência Farmacêutica realizadas.	100%	
Realizar Seminário Macrorregional da Assistência Farmacêutica.	Número de Seminários realizados.	36	
Ampliar o número de municípios com repasse financeiro da contrapartida estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no Fundo Municipal de Saúde para aquisição de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.	Número de municípios com repasse no Fundo Municipal de Saúde realizado.	417	
Monitorar o gerenciamento pelos municípios do financiamento tripartite do CBAF.	Número de notificações aos municípios realizadas.	8	
Avaliar a gestão da Assistência Farmacêutica dos municípios.	Número de avaliações realizadas.	4	
Realizar a distribuição de medicamentos do CBAF com regularidade para municípios.	Percentual de unidades farmacêuticas distribuídas em relação às autorizadas.	90%	

META 2: Disponibilizar mensalmente, Atas de Registro de Preços Compartilhada de 80% dos medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica aos municípios.			
INDICADOR: Percentual de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica disponíveis em Registro de Preços.			
Valor de ref.: 70%		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Saftec
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar capacitação para técnicos e gestores municipais relativa ao processo de aquisição de medicamentos por meio das Atas de Registro de Preços Compartilhado.	Número de municípios atingidos com pelo menos 2 capacitações.	417	DA
Fomentar a adesão dos municípios ao Modelo de Registro de Preços	Números de municípios adesos.	417	

Compartilhado.			
Implantar canal institucional de comunicação com os municípios para esclarecimento de dúvidas e divulgação das ações.	Canal de comunicação com os municípios implantado.	1	

META 3: Ampliar para 96 o número de municípios com unidade de Farmácia da Bahia.			
INDICADOR: Número de municípios com unidade de Farmácia da Bahia implantada.			
Valor de ref.: 46	Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Saftec	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Construir unidades de Farmácia da Bahia	Número de unidades de Farmácia da Bahia construídas	50	Saftec
Aparelhar unidades de Farmácia da Bahia conforme termos do projeto de implantação	Número de unidades de Farmácia da Bahia aparelhadas	50	

META 4: Distribuir 19.839.208 tratamentos medicamentosos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) com regularidade.			
INDICADOR: Número de tratamentos medicamentosos distribuídos às farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.			
Valor de ref. (2022): 5.135.085	Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Saftec	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Distribuir tratamentos medicamentosos do Grupo 1A às farmácias do CEAF.	Número de tratamentos medicamentosos do Grupo 1A distribuídos às farmácias do CEAF.	15.699.908	DASF
Capacitar os trabalhadores da Assistência Farmacêutica para os processos relacionados ao CEAF.	Número de capacitações em Assistência Farmacêutica no CEAF realizadas.	12	
Adquirir tratamentos medicamentosos dos Grupos 1B e 2 do CEAF.	Número de tratamentos medicamentosos dos Grupos 1B e 2 distribuídos às farmácias do CEAF.	4.139.300	

META 5: Implantar em 79% das farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, o serviço de Cuidado Farmacêutico.			
INDICADOR: Percentual de farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica com serviços de Cuidado Farmacêutico implantado.			
Valor de ref. (2022): 0	Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Saftec	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Instituir grupo de trabalho para implantação do cuidado farmacêutico.	Publicação de grupo de trabalho em Diário Oficial	1	DASF

	do estado		
Implantar serviço de cuidado farmacêutico em farmácia do CEAF na capital.	Número de farmácias do CEAF com serviço de cuidado farmacêutico implantado na capital	1	
Implantar serviço de cuidado farmacêutico nas farmácias do CEAF nas regionais de saúde.	Número de farmácias do CEAF com serviço de cuidado farmacêutico implantado nas regionais de saúde.	22	

META 6: Qualificar 100% as farmácias das regionais.			
INDICADOR: Percentual de farmácias das regionais qualificadas.			
Valor de ref.: 0		POLARIDADE: Positiva	
		UNIDADE RESP.: SAFTEC	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Aparelhar as farmácias das regionais de saúde.	Número de farmácias das regionais aparelhadas.	30	DASF
Realizar as regularizações/adequações das farmácias das regionais de saúde junto aos órgãos fiscalizadores.	Número de farmácias das regionais de saúde com licenças/certidões obtidas.	30	

META 7: Qualificar 100% o Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia (CIMEB).			
INDICADOR: Percentual de qualificação do Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia (CIMEB).			
Valor de ref.: 84%		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Saftec	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar as adequações cadastrais e regularização do CIMEB junto aos órgãos fiscalizadores.	Percentual de licenças/certidões obtidas pelo CIMEB.	100%	DASF
Realizar infusão de medicamentos imunobiológicos no CIMEB.	Percentual de atendimentos de infusões realizados.	100%	

META 8: Ampliar para 100% o número de macrorregiões de saúde com sala de infusão de medicamentos implantadas em unidades próprias de saúde.			
INDICADOR: Percentual de macrorregiões de saúde com sala de infusão de medicamentos implantadas em unidades próprias de saúde.			
Valor de ref. (2022):11,11%		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Implantar salas de infusão de medicamentos nas unidades próprias de saúde.	Número de unidades próprias de saúde com sala de infusão de medicamentos implantada.	8	DGGUP

Realizar monitoramento e avaliação das salas de infusões de medicamentos em unidades próprias de saúde.	Número de salas de infusão monitoradas e avaliadas.	9	DASF
---	---	---	------

META 9: Realizar 24 ações para a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM).			
INDICADOR: Número de ações realizadas para a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM).			
Valor de ref. (2022): Não se aplica	Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Saftec	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Implantar Comitê Estadual permanente de URM.	Comitê Estadual permanente de URM implantado.	1	DASF
Divulgar informação qualificada sobre URM em redes sociais da Sesab.	Número de boletins informativos da assistência farmacêutica publicado em redes sociais da Sesab.	16	
Realizar seminário sobre o URM.	Número de seminários sobre URM realizados.	4	
Promover congresso estadual da assistência farmacêutica no estado da Bahia.	Número de congressos realizados.	2	
Revisar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica.	Política Estadual de Assistência Farmacêutica revisada.	1	

DIRETRIZ - Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial de forma humanizada de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental e o Plano de Desinstitucionalização da Bahia.

OBJETIVO 11 – Potencializar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de forma regionalizada, ampliando o acesso e a qualidade do cuidado.

META 1: Ampliar para 326 o número de serviços da RAPS.			
INDICADOR: Número de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) credenciados			
Valor de ref.: 299	Polaridade: Positiva	Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Apoiar tecnicamente o credenciamento dos serviços da RAPS.	Número de serviços credenciados da RAPS.	27	DGC/CPT
Realizar educação permanente de profissionais da RAPS por meio do CAPS ad Gregório de Matos.	Número de profissionais qualificados em saúde mental.	1.600	
Apoiar tecnicamente municípios nas estratégias de desinstitucionalização por Hospital Psiquiátrico e Hospital de Custódia e Tratamento, de acordo com as legislações vigentes do Ministério da Saúde.	Número de pessoas desospitalizadas dos hospitais psiquiátricos e hospital de custódia e tratamento.	31	

Construir unidades da RAPS.	Número de unidades da RAPS construída.	12	Ceirf
-----------------------------	--	----	-------

META 2: Implantar em nove macrorregiões de saúde leitos de saúde mental, álcool e outras drogas em hospital geral.			
INDICADOR: Número de macrorregiões de saúde com leitos de saúde mental, álcool e outras drogas credenciados em hospital geral.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Apoiar tecnicamente a habilitação de Leitos de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas nas Unidades hospitalares próprias da Sesab.	Número de unidades hospitalares próprias com leitos de saúde mental, álcool e outras drogas credenciados pela CIB.	9	DGC/CPT
Realizar a qualificação de profissionais para atuação nos leitos habilitados de saúde mental, álcool e outras drogas.	Número de profissionais qualificados.	90	

META 3: Ampliar para 33 o número de serviços da RAPS com incentivo estadual.			
INDICADOR: Número de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com incentivo financeiro estadual.			
Valor de ref.: 13		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Apoiar financeiramente dispositivos da RAPS habilitados.	Número de dispositivos da RAPS incentivados.	33	DGC/CPT
Apoiar tecnicamente os municípios para a implementação da RAPS.	Número de municípios da RAPS apoiados.	20	

DIRETRIZ. Fortalecer o SUS de forma universal, integral e equânime, a fim de garantir a qualidade no acesso à saúde, com ênfase nos grupos minoritários e invisibilizados, promovendo ações intra e intersetoriais para o combate às desigualdades e todas as formas de discriminação incluindo o racismo, intolerância religiosa, misoginia, LGBTIA+fobia, capacitismo, aporofobia, sorofobia, violência aos povos indígenas e todas as formas de violência.

OBJETIVO 12. Fortalecer a transversalidade das políticas de equidade na rede de atenção à saúde (RAS) com ênfase na atenção integral a saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas.

META 1: Qualificar 48% dos municípios na atenção integral à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas.
INDICADOR: Percentual de municípios com qualificação da atenção integral à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas.

Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.	
Construir Linha de Cuidado Regional para atenção à saúde da pessoa com albinismo.	Número de regiões de saúde com linha de cuidado elaborada e pactuada.	13	DGC/CPES	
Construir linha de cuidado regional para atenção à saúde da pessoa com doença falciforme.	Número de regiões de saúde com linha de cuidado elaborada e pactuada.	13		
Construir linha de cuidado regional para atenção à saúde da população LGBT+.	Número de regiões de saúde com linha de elaborada e pactuada.	13		
Realizar qualificação dos trabalhadores do SUS na atenção à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas (população negra, povos indígenas, povos e comunidades tradicionais, povos ciganos, pessoas com doença falciforme, pessoas com albinismo, pessoas em situação de rua, população LGBT+, refugiados e imigrantes).	Número de trabalhadores da saúde qualificados	3.000		
	Número de municípios qualificados.	200		
Realizar qualificação dos trabalhadores da saúde na notificação e identificação das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas nos sistemas de informação em saúde.	Número de municípios com trabalhadores qualificados.	200		
Apoiar os municípios na elaboração e implantação de plano de ação em atenção à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas (população negra, povos indígenas, povos e comunidades tradicionais, povos ciganos, pessoas com doença falciforme, pessoas com albinismo, pessoas em situação de rua, população LGBT+, refugiados e imigrantes).	Número de municípios com Plano de Ação elaborado e implantado.	100		
Apoiar e monitorar os municípios com perfil no credenciamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR).	Número de municípios com eCR credenciada, publicada em portaria ministerial.	17		
Apoiar os municípios na implantação de ambulatórios especializados do processo transexualizador.	Número de municípios apoiados com ambulatórios especializados do processo transexualizador implantados.	9		
Apoiar os municípios por meio do fornecimento de bloqueadores solar para as pessoas com albinismo.	Número de municípios apoiados.	200		

Apoiar na implementação da política de saúde dos povos indígenas.	Número de municípios habilitados para o Incentivo da Atenção Especializada para Povos Indígenas (IAEPI).	15	
Apoiar e monitorar os municípios com cadastramento de comunidades quilombolas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).	Número de municípios apoiados.	200	

META 2: Monitorar 100% das unidades própria de saúde com comissões de enfrentamento ao racismo, intolerância religiosa e LGBT+fobia.			
INDICADOR: Percentual de unidades própria de saúde monitoradas com comissões de Enfrentamento ao racismo, intolerância religiosa e LGBT+fobia.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Instituir Comissão de Enfrentamento ao Racismo Intolerância Religiosa e LGBTfobia.	Número de comissões instituídas em portarias publicadas no âmbito da administração central da Sesab e NRS.	10	DGC/CPES
Implementar os Núcleos de Assistência Religiosa nas Unidades Próprias de saúde.	Número de Núcleos de Assistência Religiosa nas Unidades Próprias com portaria publicada.	15	
	Número de Núcleos de Assistência Religiosa das Unidades Próprias qualificados.	15	
Apoiar na implantação da Comissão de Enfrentamento ao Racismo, Intolerância Religiosa e LGBTfobia das Unidades Próprias.	Número de unidades próprias com Comissão de Enfrentamento ao Racismo, Intolerância Religiosa e LGBTfobia implantadas.	13	
Monitorar as ações de combate à LGBTfobia nas Unidades Próprias de saúde.	Número de unidades próprias de saúde monitoradas.	63	
Monitorar as ações de Assistência Religiosa e de Enfrentamento ao Racismo nas Unidades Próprias de saúde.	Número de unidades próprias de saúde monitoradas.	63	

META 3: Ampliar para 100% de unidades prisionais com equipes de atenção primária prisional habilitadas, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP).			
INDICADOR: Percentual de unidades prisionais com equipes habilitadas.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: SAIS	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR

			RESP.
Apoiar os municípios com Unidades Prisionais (UP) em seu território na execução do Plano Estadual de ação dos serviços de saúde prestados às pessoas privadas de liberdade, consoante a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP).	Número de municípios com UP em seu território apoiados.	17	DGC/CPES
Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)/Unidades Prisionais (UP) monitoradas.	Número de eAPP/UP monitoradas.	27	
Qualificar trabalhadores (profissionais, administrativos, segurança e gestores) do Sistema Prisional e da RAS.	Número de trabalhadores qualificados.	400	
Apoiar os municípios na elaboração e implementação do Plano de Ação do Sistema Prisional intersetorial.	Número de municípios apoiados na elaboração do plano de ação.	17	

DIRETRIZ. Fortalecer a gestão do trabalho e a educação em saúde promovendo a valorização, qualificação, saúde, segurança e a humanização das relações e processos de trabalho e dos trabalhadores em todos os níveis de atenção, objetivando o trabalho e o provimento digno, seguro e humanizado, priorizando novos vínculos estatutários.

OBJETIVO 13. Ordenar a formação, fortalecer e implementar estratégias de gestão do trabalho e educação na saúde, com foco na valorização do trabalho e do trabalhador e nas relações humanizadas, dignas e seguras no SUS/BA.

META 1: Implementar em 90% das unidades próprias de saúde sob gestão direta, estratégias de gestão do trabalho			
INDICADOR: Percentual de unidades próprias de saúde sob gestão direta com estratégias de gestão do trabalho implementada			
Valor de ref. (2022): 79,30		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Superh	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Ampliar o número de unidades próprias de saúde sob gestão direta com Serviço Integral de Atenção à Saúde do Trabalhador (SiaST) implantado.	Número de unidades com SiaST implantado.	6	DGTES
Ampliar o número de unidades próprias de saúde sob gestão direta com Comissão Local de Saúde do Trabalhador (CLST) implantada.	Número de unidades com CLST implantada.	6	
Implantar o Programa de Gerenciamento de Risco (PGR) e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) em unidades próprias de saúde sob gestão direta.	Número de unidades com PGR e PCMSO implantado.	3	

Ampliar o número de unidades próprias de saúde sob gestão direta com Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Nugtes) implantado e em funcionamento.	Número de unidades com Nugtes implantado e em funcionamento.	8	
Ampliar o número de unidades próprias de saúde sob gestão direta com pelo menos quatro setores/categorias com dimensionamento da força de trabalho realizada.	Número de unidades com pelo menos 04 setores/categorias dimensionado/a.	16	
Realizar ações da equidade de gênero, raça e valorização das/os trabalhadoras/es do SUS previstas no Plano Estadual de Humanização, nas unidades próprias de saúde sob gestão direta.	Número de unidades com ações da equidade de gênero, raça e valorização das/os trabalhadoras/es do SUS realizada.	17	
Ampliar o número de unidades próprias de saúde sob gestão direta com o Programa PermanecerSUS implantado.	Número de unidades com o Programa PermanecerSUS implantado.	4	
Ampliar o número de unidades próprias de saúde sob gestão direta com Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implantado.	Número de unidades com GTH implantado.	6	
Publicar edital de chamamento para certificação do Selo de Humanização em Saúde do SUS-BA (Acreditação Hospitalar para Humanização).	Número de chamamento para certificação do Selo de Humanização em Saúde do SUS -BA publicado.	4	
Elaborar relação de servidores aptos ao desenvolvimento funcional na carreira (promoção e progressão).	Número de relação de servidores elaboradas.	12	
Realizar concurso público.	Número de concurso público realizado.	1	Superh

META 2: Ordenar 85% de profissionais, trabalhadores e estudantes em processo de formação e ou qualificação regulados e matriculado em processos formativos na ESPBA.			
INDICADOR: Percentual de profissionais, trabalhadores e estudantes em processo de formação e ou qualificação regulados e matriculado em processos formativos na ESPBA.			
Valor de ref.: 0	Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Superh	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Qualificar trabalhadores e gestores do SUS-BA.	Número de trabalhadores e gestores do SUS qualificados.	24.000	Espba
Ampliar a inclusão das temáticas de equidade de gênero, raça, cor e etnia nas ações educativas ofertadas pela ESPBA.	Percentual de inclusão das temáticas de equidade de Gênero, raça, cor e etnia ampliados.	60%	
Regular vagas de residências em Saúde vinculadas à Sesab.	Número de vagas de residências reguladas.	700	

Regular estudantes de graduação nos campos de prática da rede SUS-BA para os estágios obrigatórios de graduação.	Número de estudantes de graduação para estágio obrigatório regulados.	80.000	
Regular vagas de estudantes nos campos de prática da rede SUS-BA para os estágios obrigatórios de nível médio/técnico.	Número de estudantes de nível médio/técnico para estágio obrigatório regulados.	24.000	
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).	Número de estudantes de graduação e da formação técnica qualificados.	1.800	

META 3: Atingir 40% das unidades gestoras da SESAB com regulação da atuação funcional, com pelo menos duas ações correicionais, educativas e/ou de boas práticas realizadas.			
INDICADOR: Percentual de unidades gestoras da SESAB com regulação da atuação funcional, com pelo menos duas ações correicionais, educativas e/ou de boas práticas realizadas.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Corregedoria	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar inspeções de caráter educativo e preventivo nas unidades gestoras da Sesab como regulação da atuação funcional.	Número de inspeções realizadas.	28	DGIN
Capacitar os membros das comissões de processos correicionais e servidores das unidades gestoras da Sesab para a qualificação do processo de trabalho.	Número de capacitações realizadas.	60	DPAD/DIPS
Capacitar os membros das comissões de processos administrativos sancionatórios, fiscais e gestores de contratos administrativos.	Número de capacitações realizadas.	48	NUPAF
Capacitar trabalhadores / servidores das unidades gestoras da Sesab para o enfrentamento dos atos negativos e riscos psicossociais para a melhoria do meio ambiente do trabalho.	Número de capacitações realizadas.	40	DGIN
Finalizar os processos correicionais instaurados no âmbito da Corregedoria da Saúde.	Número de processos finalizados.	1.600	DPAD/DIPS

DIRETRIZ. Garantir investimento adequado para a gestão das ações e serviços em saúde de forma regionalizada, bem como, fomentar a pesquisa científica, a tecnologia, inovação em saúde, produção de medicamentos e insumos, preconizando a comunicação estratégica, transversal e intersetorial, com a difusão de informações sobre as práticas, serviços e políticas de saúde com linguagem acessível, construídas com base na educação popular em saúde, valorização da ciência e dos saberes tradicionais.

OBJETIVO 14 – Fomentar a pesquisa, o desenvolvimento produtivo científico e tecnológico em saúde.

META 1: Incorporar ao SUS/BA 16 resultados de pesquisas científicas desenvolvidas nas unidades próprias da Sesab			
INDICADOR: Número de pesquisas nas unidades próprias da Sesab com resultados incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS/BA)			
Valor de ref.: 24		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Saftec	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Fomentar o desenvolvimento de pesquisas por meio de parcerias para a publicação de editais de pesquisa.	Número de editais de pesquisa fomentados	3	Ditec
Instituir Grupo Gestor para deliberar sobre processos decisórios para a incorporação de resultados de pesquisas científicas.	Número de Grupo Gestor formalmente instituído.	1	
Realizar capacitação e qualificação de profissionais que atuem na pesquisa.	Número de profissionais capacitados e qualificados.	170	
Ampliar o número de Comissões Locais de Pesquisa formalmente instituídas nas unidades próprias da Sesab.	Número de Comissões instituídas.	10	

META 2: Implantar em 55,7% das unidades próprias da Sesab o Sistema Plataforma Bahia			
INDICADOR: Percentual de unidades próprias da Sesab com Sistema Plataforma Bahia implantado			
Valor de ref.: 0		POLARIDADE: Positiva	
		UNIDADE RESP.: Saftec	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar capacitações e qualificações de profissionais para operacionalização do Sistema Plataforma Bahia.	Número de profissionais capacitados e qualificados.	170	Ditec
Realizar atualizações do sistema Plataforma Bahia.	Número de atualizações realizadas.	8	

META 3: Ampliar para 06 o número de Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) estruturados e implantados na Rede de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Estado da Bahia (RedATS-BA).			
INDICADOR: Número de Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) estruturados e implantados na Rede de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Estado da Bahia (RedATS-BA).			
Valor de ref.: 2		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Saftec	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar capacitação de profissionais das unidades próprias da Sesab para atuar nos NATS da RedATS-BA	Número de profissionais capacitados	60	Ditec

Apoiar tecnicamente a implantação de NATS em unidades próprias da Sesab	Número de NATS implantados	4
Adquirir base de dados e softwares científicos para realização de estudos de ATS	Número de bases de dados e softwares científicos adquiridos	2
Realizar atividades técnico-educacionais para disseminar conceitos em ATS	Número de Atividades técnico-educacionais realizadas	16

OBJETIVO 15 - Incorporar as estratégias de saúde digital no âmbito estadual.

META 1: Implantar em 34 unidades de saúde sob gestão direta o prontuário eletrônico			
INDICADOR: Número de unidades de saúde sob gestão direta com prontuário eletrônico implantado			
Valor de ref.: 17		Polaridade: Positiva	
Unidade resp.: DMA			
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Capacitar profissionais para utilização do prontuário eletrônico.	Número de profissionais capacitados.	1.200	DMA
Modernizar as unidades administrativas e de saúde da rede direta.	Número de unidades administrativas e de saúde da gestão direta modernizadas.	17	
Implantar plataforma de Telessaúde nas unidades de saúde da rede direta.	Número de unidades de saúde da rede direta com a plataforma de Telessaúde implantada.	12	

META 2: Expandir para 12 o número de sistemas de saúde em utilização pela Sesab interoperados com a Rede Estadual de Dados em Saúde (REDS)			
INDICADOR: Número de sistemas de saúde em utilização pela Sesab interoperados com a Rede Estadual de Dados em Saúde (REDS)			
Valor de ref.: 3		Polaridade: Positiva	
Unidade resp.: DMA			
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Desenvolver sistemas e painéis inteligentes visando otimizar o fluxo de trabalho das unidades da rede Sesab.	Número de sistemas e painéis inteligentes desenvolvidos.	40	DMA
Criar interoperabilidade entre os sistemas da saúde.	Número de sistemas da saúde interoperados.	9	

DIRETRIZ. Fortalecer a gestão estratégica e participativa do SUS, aprimorando os mecanismos de governança pública, qualificando as ações do controle, auditoria, ouvidoria e transparência, aperfeiçoando o planejamento participativo, estratégico e ascendente em saúde, valorizando o protagonismo popular, garantindo o cumprimento das deliberações dos conselhos de saúde e outras instâncias de participação social.

OBJETIVO 16. Aperfeiçoar a gestão estratégica em saúde de forma participativa com ênfase na regionalização, ampliando os mecanismos de controle e transparência, os canais de diálogo com a sociedade e o exercício pleno do controle social.

META 1: Elaborar 31 Instrumentos de Planejamento e Gestão do Ciclo de Planejamento de Governo em Saúde.			
INDICADOR: Número de Instrumentos de Planejamento e Gestão do Ciclo de Planejamento de Governo em Saúde elaborados.			
Valor de ref.: 5		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: APG	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Elaborar Agenda Estratégica.	Número de Agenda Estratégica elaborada.	01	Coplan
Realizar Capacitação em instrumentos de planejamento e gestão para gestores, técnicos e conselheiros municipais de saúde.	Número de capacitação realizada.	01	
Elaborar os instrumentos de planejamento e gestão (RDQA, RAG, PAS, PES e PPA).	Número de instrumentos de planejamento e gestão elaborados.	22	
Realizar monitoramento do DIGISUS.	Número de monitoramentos realizados.	12	
Elaborar Diretriz, Objetivo, Meta e Indicador (DOMI) para os planos macrorregionais de saúde	Número de planos macrorregionais com DOMI elaborados	9	Copri
Formar os Comitês Executivos de Governança Macrorregionais.	Número de Comitês Executivos de Governança Macrorregionais formados.	9	
Elaborar a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) para os Planos Macrorregionais.	Número de Planos Macrorregionais com PGASS elaborados.	9	
Realizar o monitoramento dos Planos Macrorregionais.	Número de Planos Macrorregionais monitorados.	9	
Qualificar os atores do Estado envolvidos no processo de negociação e pactuação das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS nas instâncias gestoras interfederativas.	Número de Eventos de qualificação.	32	CIB
Construir ferramenta para alinhamento de informações entre Membros de Estado das Comissões Intergestores Regionais (CIR).	Número de ferramentas criadas.	1	
Realizar apoio institucional às CIR, no processo de negociação e pactuação das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.	Número de CIR apoiadas.	28	

META 2: Ampliar para 70% a resolutividade das demandas de ouvidoria, considerando o prazo legal.			
INDICADOR: Percentual de resolutividade das demandas de ouvidoria da rede SESAB considerando o prazo legal.			
Valor de ref. (2022): 66%		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Ouvidoria
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar atividades de educação permanente em Saúde para trabalhadores da Rede de Ouvidorias SUS-BA.	Número de atividades de Educação Permanente realizadas.	100	Ouvidoria
Realizar atividades de apoio institucional às Ouvidorias da rede SUS Bahia, como: visita técnica, monitoramento dos processos, reunião com gestores, entre outros.	Número de atividades de apoio institucional realizadas.	200	

META 3: Implantar vinte novas ouvidorias na rede SUS.			
INDICADOR: Número de novas ouvidorias implantadas.			
Valor de ref.: 5		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: Ouvidoria
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar ações regionais de apoio matricial às Ouvidorias da Rede SUS Bahia, como: participação em CIR/CIB, caravanas regionais da ouvidoria, apoio matricial às ouvidorias por região de saúde.	Número de ações de apoio matricial realizadas.	36	Ouvidoria

META 4: Implantar em 100% das unidades próprias da Sesab o sistema de apuração e gestão de custos (ApuraSUS).			
INDICADOR: Percentual de unidades de saúde com sistema de apuração e gestão de custos (ApuraSUS) implantados.			
Valor de referência. (2022): 69,35%		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: CEMPSS
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Implantar o Sistema de Apuração e Gestão de Custos (ApuraSUS) nas unidades próprias da Sesab.	Número de unidades com o Sistema de Apuração e Gestão de Custos (ApuraSUS) implantados.	19	CEMPSS
Realizar capacitação de gestores e técnicos das unidades próprias da Sesab para a implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC).	Número de gestores e técnicos capacitados.	200	

META 5: Realizar 90% dos estudos de economia da saúde demandados pelas áreas técnicas da Sesab.			
INDICADOR: Percentual de estudos de economia da saúde demandados pelas áreas técnicas realizados.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	Unidade resp.: CEMPSS

AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar estudos econômicos em saúde voltados à tomada de decisão.	Número de estudos econômicos em saúde realizados.	8	CEMPSS
Realizar capacitação para gestores e técnicos na utilização do ferramental da economia da saúde.	Número de gestores e técnicos capacitados.	50	
Elaborar a Política Estadual de Economia da Saúde.	Número de política estadual de economia da saúde elaborada.	1	

META 6: Auditar 60% do total das demandas de auditoria acolhidas.			
INDICADOR: Percentual de auditorias realizadas pela auditoria do SUS/BA.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Auditoria	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar qualificações para os auditores da Auditoria SUS/BA.	Número de qualificações realizadas.	48	Auditoria
Disponibilizar recursos tecnológicos (computadores de mesa, notebooks e software de mineração de dados) para aprimorar o processo de trabalho dos auditores da Auditoria SUS/BA.	Número de recursos tecnológicos disponibilizados.	96	

META 7: Atender 60% das demandas recebidas pela auditoria SUS/BA.			
INDICADOR: Percentual de demandas atendidas pela auditoria do SUS/BA*.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: Auditoria	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Implantar sistema de monitoramento das demandas recebidas pela Auditoria SUS/BA.	Número de sistemas implantados.	1	Auditoria
Realizar cooperações técnicas com componentes municipais de auditoria e outros órgãos de controle.	Número de cooperações técnicas realizadas.	8	
Realizar capacitações para os componentes municipais de auditoria e outros órgãos de controle.	Número de capacitações realizadas.	16	

*Demandas internas e externas de cooperações técnicas, análises recursais, pareceres técnicos, qualificação de auditores de outros componentes e órgãos de controle, visitas técnicas.

META 8: Fiscalizar sessenta unidades ou setores de saúde visando a melhoria dos serviços prestados			
INDICADOR: Número de unidades ou setores de saúde fiscalizados			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva	
		Unidade resp.: CCI	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Inspecionar unidades ou setores de saúde.	Número de unidades ou setores de saúde fiscalizadas.	60	CCI

Monitoramento das inspeções realizadas pelo Controle Interno e auditorias encaminhadas por órgãos de Controle externo.	Percentual de inspeções monitoradas.	20%	
--	--------------------------------------	-----	--

META 9: Implantar nas nove macrorregiões de saúde espaços de participação social.			
INDICADOR: Número de espaços de participação social implantados nas macrorregiões de saúde.			
Valor de ref.: 0		Polaridade: Positiva Unidade resp.: Gasec/Sec. Executiva-CES	
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Realizar a 12ª Conferência Estadual e Conferências Temáticas.	Número de conferências realizadas.	5	Sec. Executiva
Apoiar os municípios na realização da Conferências Municipais Temáticas.	Número de municípios apoiados.	417	
Apoiar tecnicamente os municípios.	Percentual de municípios apoiados tecnicamente.	60%	
Manter o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES).	Número de CES em funcionamento.	1	Gasec/CES

OBJETIVO 17. Promover a gestão dos recursos administrativos e infraestrutura para a prestação das ações e serviços de saúde.

META 1: Não se aplica*			
INDICADOR: Não se aplica			
AÇÃO	INDICADOR	META	SETOR RESP.
Atender despesas com Encargos de Concessionária de Serviço Público em Unidade Finalística.	Percentual de despesas com encargos atendidas.	100%	DG
Disponibilizar frota de veículos.	Número de veículos disponibilizados.	60	DG
Aparelhar unidades de saúde.	Percentual de unidades de saúde aparelhadas.	100%	DG
Fiscalizar obras e serviços de engenharia.	Percentual de obras e serviços de engenharia fiscalizadas.	100%	Ceirf
Reparar unidade de saúde.	Percentual de unidades de saúde reparadas.	100%	Ceirf
Gerenciar o Projeto de Fortalecimento do SUS (PROSUS2).	Percentual de projetos gerenciados.	100%	ProSUS
Realizar administração de pessoal e encargos do grupo ocupacional de saúde das unidades próprias sob gestão direta.	Percentual de encargos e administração de pessoal realizadas.	100%	Superh
Disponibilizar coberturas especiais para pessoas com epidermólise bolhosa.	Número de coberturas especiais disponibilizadas.	778.320	DAE

Disponibilizar fórmulas nutricionais em caráter excepcional.	Número de fórmulas nutricionais dispensadas.	426.440	DGC
Disponibilizar medicamentos em caráter especial.	Percentual de unidades farmacêuticas distribuídas em relação às autorizadas.	90%	DASF
Manter o funcionamento da Central Farmacêutica da Bahia (Cefarba).	Cefarba em funcionamento.	1	DASF
Recuperar e reformar edifício público.	Percentual de unidades recuperadas e reformadas.	100%	Ceirf

9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde são estratégias e momentos complementares e com relação de interdependência, que auxiliam no grande desafio de implementação do SUS, o que requer cada vez mais a utilização de processos, ferramentas e tecnologias que contribuam para tomada de decisão assertiva, eficiente e eficaz por parte dos gestores. O monitoramento constitui-se em um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde, visando a obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, redução de problemas e correção de rumos. Sua concepção tem relação direta com o desenvolvimento das ações e com o alcance das metas. Em linhas gerais, verifica a realização das ações/atividades para o alcance das metas estabelecidas para o quadriênio, a fim de se avaliar o alcance dos efeitos das intervenções⁴⁵.

A avaliação requer maior rigor no uso de procedimentos metodológicos e na busca de evidências com credibilidade para se fazer um julgamento da intervenção. O monitoramento verifica. A avaliação amplia a compreensão sobre o objeto avaliado, questionando se o cumprimento do Plano permitiu o alcance dos objetivos. Ambos se diferenciam pela complexidade das análises que realizam⁴³.

A Portaria MS nº 2.135/2013 estabeleceu os instrumentos e a metodologia para o monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde (PES). Esses instrumentos são: o Plano de Saúde (PS), que marca as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes, metas e indicadores; a Programação Anual de Saúde (PAS), que operacionaliza as intenções descritas no Plano de Saúde, anualiza as metas e prevê a alocação dos recursos orçamentários a serem executados; o Relatório Anual de Gestão (RAG), que registra os resultados alcançados anualmente com a execução da PAS e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), que é instrumento de monitoramento quadrimestral. Ressalte-se que o monitoramento e a avaliação dos resultados, ainda que tenham recortes quadrimestrais, devem ser feitos de forma contínua, possibilitando o redirecionamento de ações e o redimensionamento de recursos de forma oportuna.

Cabe destacar as iniciativas de integração das informações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde voltadas ao planejamento e monitoramento das ações e serviços de saúde, a exemplo do DigiSUS. Esse contempla uma plataforma digital, o DigiSUS Gestor, que tem por objetivo instrumentalizar gestores públicos, pesquisadores e toda sociedade a obterem informações e dados produzidos pelo MS, suas entidades vinculadas e órgãos de pesquisa, e disponibilizando-as de forma sistematizada em painéis, mapas, gráficos e tabelas de caráter executivo e gerencial; e o DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), 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.

Em um processo de educação permanente e apoio institucional, a APG – Sesab, em parceria com o MS, já capacitou gestores dos 417 (100%) municípios baianos para utilização do módulo planejamento DGMP. Além disso, disponibiliza técnicos especializados para orientar e apoiar os municípios na utilização da ferramenta.

Avaliar a saúde é olhar para alcance dos indicadores que impactam na saúde da população. Estes têm por objetivo facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas, por meio de medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A definição de indicadores de saúde da população e seus respectivos parâmetros permite às equipes gerenciais, dirigentes, políticos e cidadãos conhecer, opinar e decidir acerca dos múltiplos e complexos arranjos da saúde com enfoque no gerenciamento da qualidade⁴³. No quadro abaixo encontram-se descritos os indicadores para avaliação do PES 2024-2027. O Anexo 1 contempla a ficha técnica dos referidos indicadores. No **Quadro 78**, estão apresentados os sete indicadores. O Anexo 1 contempla a ficha técnica dos referidos indicadores.

Quadro 78. Indicadores para o monitoramento e avaliação do PES 2024-2027. Bahia, 2023.

DESCRIÇÃO DO INDICADOR	VALOR DE REFERÊNCIA (2022)	POLARIDADE	SETOR RESPONSÁVEL
Taxa de internação por diabetes <i>mellitus</i> e suas complicações na população de 30-59 anos.	5,5 / 10.000 hab.	Negativa	Sesab/SAIS/DAB
Proporção de óbitos por causas evitáveis em menores de cinco anos.	63,3%	Negativa	Sesab/SAIS/DAB
Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) pelo conjunto das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).	268,58 / 100.000 hab.	Negativa	Sesab/SUVISA/Divep
Taxa de mortalidade materna por tipo de causas obstétricas diretas.	40,3 / 1.000 NV	Negativa	Sesab/SUVISA/Divep (SIM e Sinasc)
Homogeneidade das 06 vacinas que compõem o calendário nacional de vacinação para crianças menores de 1 ano de idade - pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose), BCG (dose única) e rotavírus (2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral - 1ª dose) - com coberturas vacinais preconizadas.	22,5%	Positiva	Sesab/Suvisa/Divep (SIPNI)
Percentual de casos de sífilis congênita notificados em relação ao total de casos de sífilis em gestantes notificados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	27%	Negativa	Sesab/Suvisa/Divep (Sinan e Sinasc)
Percentual de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que realizam “Matriciamento de equipes da Atenção Básica”.	33%	Positiva	Sesab/SAIS/DGC

Fonte: Sais e Suvisa/Sesab.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Estadual de Saúde 2024-2027, instrumento que consolida o processo de planejamento da saúde na Bahia, se concretiza como um produto de construção participativa e dialógica, que reuniu esforços e saberes de diversos atores. Aborda a compreensão do setor saúde de forma ampla, considera o contexto socioeconômico e demográfico, a importância da regionalização para reorganização da Rede de Atenção à Saúde, do planejamento estratégico como ferramenta que coíbe improvisos e se adequa às constantes mudanças de uma situação, destaca os avanços em direção ao fortalecimento de processos de monitoramento e avaliação, a necessidade de investimentos em tecnologia, de otimização dos recursos financeiros e recomposição do quadro efetivo de recursos humanos. Vislumbra ofertar ao povo baiano o acesso integral e equânime às ações e serviços de saúde, em tempo oportuno e de modo resolutivo, proporcionando a melhoria na qualidade de vida da população.

Entende-se que o sucesso no cumprimento dos objetivos e metas descritos no PES contribuirão para o alcance da visão de futuro proposta: Ser referência na capacidade de prover uma Saúde Pública, de forma regionalizada, integral, resolutiva, humanizada e equânime, sendo reconhecida como de excelência pela sociedade.

REFERÊNCIAS

1. 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. Seção 1, p.18055
2. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2011 jun. 29. Seção 1, p. 1.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, (DF); 2017.
4. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Portaria nº119 de 02 de fevereiro de 2023. Institui o Grupo Técnico para elaboração da análise da situação de saúde para o Plano Estadual de Saúde 2024-2027. Salvador (BA); 2023.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2022 [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2022. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>
6. Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS. Indicadores demográficos. Taxa de fecundidade. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. [citado em 2023 set 20]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/idb>.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [Internet]. Rio de Janeiro 9RJ); ibge;2010. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. [Internet] Rio de Janeiro (RJ); 2021. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. [Internet] Rio de Janeiro (RJ); 2019. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html>
10. Brasil. Ministério Público do Trabalho. Observatório da Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil. Organização Internacional do Trabalho. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2019. [Internet] Brasília (DF) Ministério Público do Trabalho; 2019. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://smartlabbr.org/trabalho infantil/localidade/29>
11. Brasil. Ministério Público do Trabalho. Organização Internacional do Trabalho. Censo Agropecuário, 2017. [Internet]. Brasília (DF): Ministério Público do Trabalho; 2017. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://smartlabbr.org/trabalho infantil/localidade/29?dimensao=censoAgro>
12. Brasil. Ministério Público do Trabalho. Observatório da Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil Organização Internacional do Trabalho. Prova Brasil, 2017. [Internet]. Brasília (DF): Ministério Público do Trabalho. Disponível em: <https://smartlabbr.org/trabalho infantil/localidade/29?dimensao=provaBrasil>
13. Brasil. Ministério Público do Trabalho. Organização Internacional do Trabalho. Observatório da Erradicação do Trabalho Escravo e do Tráfico de Pessoa. Panorama geográfico geral. [Internet]. Brasília (DF): Ministério Público do Trabalho; 2021. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://smartlabbr.org/trabalho escravo>
14. Oxfam Brasil. Vulnerabilidade social no Brasil: como anda o amparo a população? [Internet]. São Paulo (SP): Oxfam Brasil; 2021. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/blog/vulnerabilidade-social-no-brasil-como-anda-o-amparo-a-populacao>

15. Filho, 2012 in: Batista, Werneck e Lopes 2012. Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates. 1ª Edição – 2012 – [Internet] De Petrus Alii Editora Ltda. Realização: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. Apoio: Oxfam e Fundação Ford. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/blog/vulnerabilidade-social-no-brasil-como-anda-o-amparo-a-populacao>
16. Brasil. Ministério dos Povos Indígenas. Fundação Nacional dos Povos Indígenas. Direitos Sociais. Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério dos Povos Indígenas; 2020. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: www.gov.br/funai/pt-br/atuacao/povos/indigenas/direitos-sociais/saude
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 254 de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. [Internet]. Brasília (DF). [citado em 2023 set 20]. Disponível em: https://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.765, de 12 de dezembro de 2014. Dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências. Brasília (DF)
19. Brasil. Decreto n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2009 dez 23. Seção 1, p. 16
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e Travestis (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília (DF); 2011.
21. OPAS. Transtorno do espectro autista [Internet]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornodo-espectro-autista>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agrivos_2021_2030.pdf
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2006-2021) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel>
24. Katz, N.; Almeida, K. Esquistossomose, xistosa, barriga d'água. Cienc. Cult. 2003, 55, (1): 38-43.
25. Nobre, L. C. C.; Carvalho, F. M.; Kato, M. Validade e Acurácia da Causa Básica na Declaração de Óbitos por Acidentes de Trabalho e Outras Violências. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 (1): 81 - 93, 2010
26. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. “Trabalhando juntos para prevenir o suicídio”: 10/9 – Dia mundial de prevenção do suicídio [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/trabalhando-juntos-para-prevenir-o-suicidio-10-9-dia-mundial-de-prevencao-do-suicidio>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Brasil
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de

- Notificação. Ficha de Investigação Acidente de Trabalho [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. [citado em 2023 set 20]. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_Acidente_Trabalho_Grave.pdf
30. Jacobina, A.; Nobre, L. C. da C.; Conceição, P. S. de A. Vigilância de Acidentes de Trabalho Grave e com Óbitos. In: Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância da Saúde do Trabalhador/Sesab/Suvisa/Cesat – Salvador: Cesat/Sesab. 2002. p. 64-88.
31. Binder M. C. P.; Almeida, I. M. Acidentes do trabalho: acaso ou descaso. In: Mendes, R. Patologia do trabalho. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2003. v.1, p.769-808.
32. Bahia. Lacerda, K. M. Acidente de trabalho, precarização e desproteção social: elementos para uma discussão sobre morte e trabalho [Internet]. Salvador (BA), 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/31802/1/TESE%20KAMILE%20FINAL%2013052012.pdf>
33. Azevedo e Silva G, Jardim BC, Santos CVB. Excesso de mortalidade no Brasil em tempos de covid-19. *Ciência Saúde Coletiva*. 2020;25(9):3345-54. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.23642020>
34. Melo, A. 60 Dias para o câncer e o direito do paciente [Internet]. São Paulo: Observatório de oncologia; 2014. [citado em 2022 abr 25]. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/60-dias-para-o-cancer-e-o-direito-do-paciente/>
35. Santos, E.S, Kantovitz, KR, Costa, KD, Omena, KVM, Omena CPA, et al. Análise do perfil epidemiológico em saúde Bucal de regiões distintas do Município de Penedo – AL: Estratégia de fortalecimento e redirecionamento da política de saúde bucal. *Res Soc Dev* 2021; 10 (6) 1-11
36. Roncalli, A.G. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. Editorial. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 (1)
37. Brasil. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações – 2ª ed. Brasília (DF): Organização Pan- Americana da Saúde, 2008
38. OPAS. Saúde materna. Zero mortes maternas [Internet]. Evitar o evitável. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna>
39. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. 2 ed. Brasília (DF): MS; 2009
40. Nações Unidas Brasil. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável,3 Saúde e Bem-Estar. Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3> acesso em: 06 mar 2023
41. Bahia. Lacen. <https://www.saude.ba.gov.br/2022/11/09/lacen-e-vigilancia-epidemiologica-da-bahia-sao-homenageados-pelo-ministerio-da-saude-em-funcao-de-trabalho-realizado-na-pandemia-de-covid-19/>
42. Brasil. Constituição Federal de 1988. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1988 out 5.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde,2016.
44. Müller EPL, Cubas MR, Bastos LC, 2010, p. 979. Georreferenciamento como instrumento de gestão em unidade de saúde da família. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2010 nov-out; 63: 978-982. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jP58tQBrdvdcLJmkkzKqNScd/?lang=pt>. Acesso em 15 mar 2023
45. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Indicadores de programas: guia metodológico. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, 2010. 128p. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/publicacoes/100324_indicadores_programas-guia_metodologico.pd.