

Macrorregião de Saúde Sudoeste

Estado de Saúde da População



PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

Macrorregião de Saúde Sudoeste – Estado de Saúde da
População

Junho
2021

Rui Costa
GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

João Leão
VICE-GOVERNADOR

Fábio Vilas Boas Pinto
SECRETÁRIO DA SAÚDE

Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho
SUBSECRETÁRIA

Nelma Carneiro Araújo
CHEFE DE GABINETE

Igor Lobão Ferraz Ribeiro
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (SAIS)

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

Janaína Peralta de Souza
SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE (SUPERH)

Jerusa Marins Paz Coelho
**SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE REGULAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE (SUREGS)**

Luiz Henrique Gonzales d'Utra
**SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA EM SAÚDE (SAFTEC)**

Emanuele Figuêredo Barbosa
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)

Joana Angélica Oliveira Molesini
COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO REGIONAL (COPRI)

Maria Aparecida dos Santos
COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO (COPLAN)

Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado (GT-PRI)

Cássio André Garcia

Cristiane Câmara Macedo

Jacqueline Silva do Bomfim

Jamille dos Santos Queiroz

Joana Angélica Oliveira Molesini

José Cristiano Sóster

Maria Alcina Romero Boullosa

Mirella Dias Almeida

Miriam dos Santos Caldas Oliveira

Polliana Leandro Oliveira

Raquel Ferraz da Costa

Raul Molina Barrios Moreira

Sara Emanuela de Carvalho Mota

Stela dos Santos Souza

Equipe de Elaboração

Alan Silva Reis

Cristiane Câmara Macêdo

Elisa Dantas Bellas

Eneida Manuela Barqueiro Sena Gomes

Hadson Namour Rocha de Mattos

Jamille dos Santos Queiroz

Joana Angélica Oliveira Molesini

Lucitania Rocha de Aleluia

Lutigardes Bastos Santana

Marcia Ediméia Costa de Matos

Tânia Margarida de Novaes Rocha

Equipe Técnica de Discussão

Bruno Guimarães de Almeida

Clarissa Leite Campos

Ediraci de Andrade Alves

Edivânia Lúcia Araújo Santos Landim

Joana Angélica Simão Demarchi

Joselma Alves da Silva

Karla Costa Musto

Lis Bandarra Monção

Luciano de Paula Moura

Manoel Henrique de Miranda Pereira

Milena Lima Santos

Ubiraylson Brandão de Andrade

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ASIS	Análise de Situação de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálica
BI	<i>Business Intelligence</i>
CI	Coeficiente de Incidência
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DCV	Doenças Cardiovasculares
DCbV	Doenças Cerebrovasculares
DENM	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
DIC	Doenças Isquêmicas do Coração
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
LVH	Leishmaniose Visceral Humana
NV	Nascidos Vivos
OBR	Observatório Baiano de Regionalização
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PRI	Planejamento Regional Integrado
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SBACV	Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
Sesab	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	7
2. ANÁLISE DOS INDICADORES	9
2.1 Doenças infecciosas e parasitárias	9
2.2 Atenção à saúde materna e infantil	19
2.3 Neoplasias	24
2.4 Doenças do aparelho circulatório	27
2.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	29
2.6 Causas externas de morbidade e mortalidade	32
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
GLOSSÁRIO	36
REFERÊNCIAS	40

1. APRESENTAÇÃO

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é parte do processo de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) a ser realizado no âmbito das Macrorregiões de Saúde, cujo produto, resultante das pactuações entre as unidades federadas, será o Plano Regional. Esse processo visa promover a equidade regional, bem como contribuir para a concretização do planejamento ascendente do SUS.

A Análise de Situação de Saúde (ASIS) é a etapa do PRI que define as necessidades de saúde da população da Macrorregião de Saúde e é referência para a organização dos pontos de atenção e modelagem da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do território.

Esse processo envolverá os 417 municípios baianos e ocorrerá em oficinas. Para o momento atual (2021), a partir da ASIS constante no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020/2023 do estado da Bahia, o Grupo Técnico GT-PRI selecionou indicadores na vertente estado de saúde da população organizada por área temática, submetidos à Comissão Intergestores Bipartite do estado da Bahia (CIB/BA), aprovados e publicados em Resolução CIB/BA nº 018/2021.

No segundo semestre deste ano, ocorrerão oficinas para discutir sobre o estado de saúde das Macrorregiões de Saúde. Nesses encontros os municípios se reunirão em grupos de trabalho para exame detalhado dos indicadores definidos na Resolução, os quais contemplam suas respectivas macrorregiões, como etapa do processo do PRI no território.

Dessa maneira, subsidiados pelos dados trabalhados nas oficinas, os gestores municipais participarão do estabelecimento de prioridades; para isso procederão ao preenchimento de um formulário com textos e opções de pontuação utilizando uma ferramenta com variáveis pré-definidas para detectar os problemas de saúde que demandam intervenção prioritária.

Com a realização dessas oficinas macrorregionais, espera-se construir um consenso sobre quais problemas agregam valor para todos os gestores da macrorregião e posterior desenho de linha de cuidado da RAS, dando

continuidade ao ciclo do PRI na Bahia, como no Brasil, estabelecido em Resolução CIT nº 37/2018.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado da Bahia, para implantação das políticas estaduais de saúde, divide o espaço geográfico baiano em 9 (nove) Macrorregiões de Saúde e 28 Regiões de Saúde (RS). As macrorregiões abrangem em seu território algumas regiões. Por outro lado, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) tem estruturas desconcentradas nas sedes de cada macrorregião, denominadas Núcleos Regionais de Saúde (NRS), os quais operam também com escritórios descentralizados, aqui nominados Bases Operacionais nas Regiões de Saúde.

A Macrorregião de Saúde Sudoeste tem uma área territorial de 86.548,971 km² (IBGE, 2019), na qual residem 1.757.135 habitantes (IBGE, 2020), distribuídos em 74 municípios, cuja sua área de abrangência é composta por quatro RS: Vitória da Conquista, Brumado, Guanambi e Itapetinga. A sede do NRS localiza-se na cidade de Vitória da Conquista e as bases operacionais localizadas nas cidades de Boquira, Brumado, Caetité, Guanambi e Itapetinga

Por fim, este texto da **Macrorregião de Saúde Sudoeste – Estado de Saúde da População**, contém os dados dos indicadores com análises para subsidiar as oficinas macrorregionais, como também para que os gestores, profissionais de saúde e toda coletividade tenham disponível no Observatório Baiano de Regionalização (OBR) a análise das Macrorregiões de Saúde da Bahia por intermédio da plataforma do *Business Intelligence* (BI).

2. ANÁLISE DOS INDICADORES

2.1 Doenças infecciosas e parasitárias

O capítulo I da Classificação Internacional de Doenças (CID) 10 agrupa as **doenças infecciosas**, cujo agentes etiológicos podem ser bactérias, vírus, riquetsias, clamídias e fungos; e as **doenças parasitárias**, as quais são transmitidas por protozoários, helmintos e artrópodes que atuam como hospedeiros intermediários.

Algumas doenças desse capítulo são chamadas **vetoriais** quando transmitidas por vetores, propagadas por organismos intermediários que podem ser mosquitos, carrapatos ou roedores, que por sua vez as transmitem aos humanos.

Doença infecciosa é aquela causada por um agente infeccioso específico ou por seu produto tóxico e ocorre pela transmissão desse agente ou dos seus produtos de uma pessoa, animal ou reservatório infectado para um hospedeiro suscetível. O comportamento das doenças infecciosas, na comunidade, varia em cada ponto no tempo e no espaço¹.

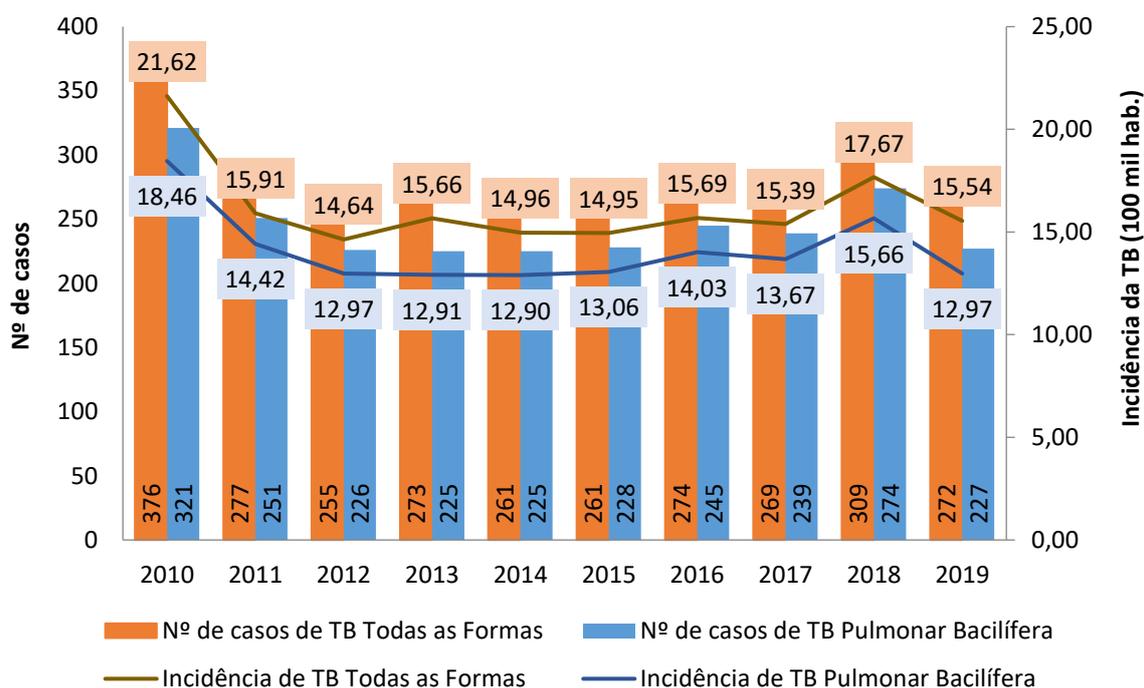
Para análise das doenças infecciosas, a Resolução CIB/BA nº 018/2021 define indicadores referentes a tuberculose, aids e HIV, meningites e hepatites bacterianas e virais.

No que se refere à **tuberculose** (TB), essa doença é infectocontagiosa, transmitida pelas vias aéreas e provocada em grande parte dos casos pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (também conhecida como bacilo de Koch); embora mais raramente, pode ser causada por outras espécies de agentes como a *Mycobacterium bovis*, *M. africanum* e *M. microti*. A doença afeta principalmente os pulmões e pode atingir outros órgãos do corpo como rins, meninges e ossos².

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste os dados referentes ao número de casos de tuberculose e o Coeficiente de Incidência (CI) de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera (série histórica 2010-2019) evidenciam tendência de queda no período 2010-2012 e a partir do período 2013-2017 apresentou oscilações,

voltou a subir em 2018, e reduz em 2019. Quanto ao CI para TB de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera a redução percentual foi de 27,65% e 29,28% respectivamente. A média de casos no período analisado é de 283 em relação a tuberculose de todas as formas e de 246 da forma pulmonar bacilífera. Esses resultados podem estar relacionados a melhores condições de vida da população, bem como ao maior acesso aos serviços de saúde (Gráfico 1).

Gráfico 1. Número de casos e coeficiente de incidência da tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 19/03/2021, sujeitos a alterações.

Segundo o PES 2020-2023, na Bahia não houve mudanças significativas na taxa de mortalidade por tuberculose no período 2011-2017³. Nos anos 2018-2019 manteve-se igual tendência, com taxa de mortalidade de 2,12 e 2,14 por 100 mil habitantes respectivamente. Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, período 2011-2019, ocorreram oscilações com valores sempre abaixo aos do estado; chama atenção o ano de 2013, quando a taxa de mortalidade na macrorregião atingiu 2,41 enquanto a da Bahia foi de 2,99 por 100 mil habitantes⁴.

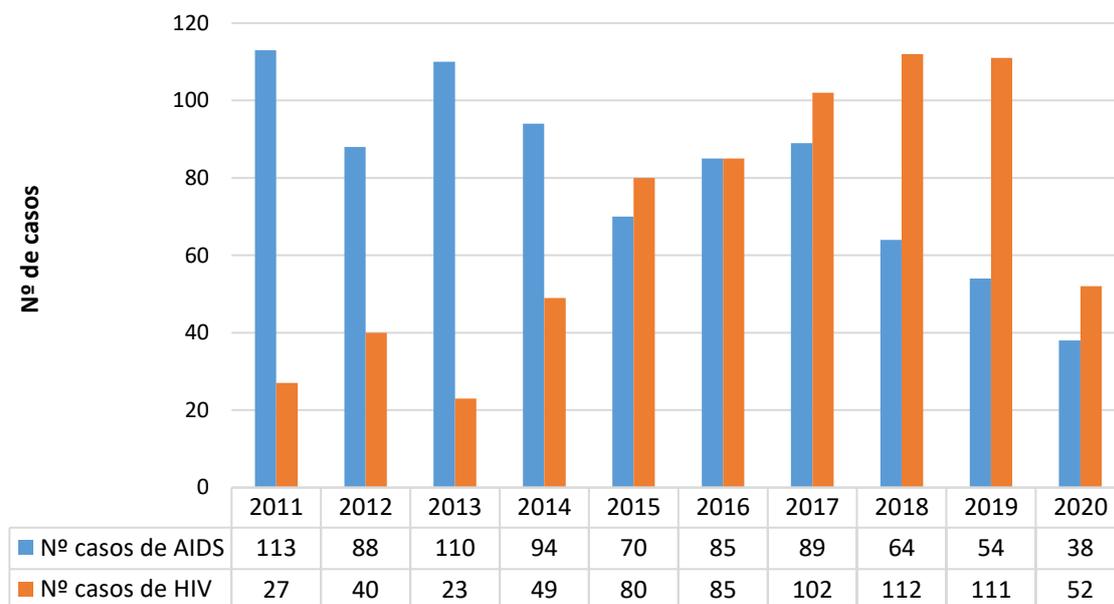
A análise da morbimortalidade por TB tem por objetivo estimar o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose ou morrer da doença em qualquer de

suas formas clínicas. A ocorrência de casos indica a persistência de fatores favoráveis à propagação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Portanto, analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de tuberculose deve fazer parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença; tal análise objetiva subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da tuberculose em áreas e populações de risco (diagnóstico precoce e tratamento quimioterápico específico).

Relativamente ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), doença crônica que leva à perda progressiva da imunidade celular e, conseqüentemente, ao aparecimento de infecções oportunistas. O HIV é um retrovírus que apresenta propriedades como período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença; infecção das células do sangue e do sistema nervoso; e supressão do sistema imune. A transmissão do vírus é via relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas contaminadas ou por transmissão vertical (TV) – de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação – quando não se tomam as devidas medidas de prevenção⁵.

Na análise da distribuição dos casos de aids e contaminação pelo HIV, na série histórica 2011-2020, nota-se que na Macrorregião de Saúde Sudoeste houve oscilação no número de casos de aids – 2011 (113 casos) e 2017 (89 casos) – e redução para 38 casos até 2020. Quanto ao número de casos de HIV houve crescimento – 2014 (49 casos) até 2018 (112 casos) – e redução para 52 casos até 2020 (52 casos); considere-se que nesse ano os dados são sujeitos a alterações (Gráfico 2).

Gráfico 2. Número de casos de Aids e HIV segundo município de residência. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2011-2020*



Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 22/03/2021, sujeitos a alterações.

O coeficiente de mortalidade por aids na Bahia, apresentou tendência de estabilidade no período 2011-2020, com pequenas variações por 100 mil habitantes. A macrorregião em foco, também apresentou oscilação – o menor valor de 1,00 (2011) e o maior valor 1,8 (2019)⁶.

Os indicadores da macrorregião em questão sugerem a existência de condições favoráveis à transmissão da doença, por via sexual, sanguínea ou por transmissão vertical, o que reflete a situação atual de infecção pelo HIV no período de referência. Avaliar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de aids como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica contribui para a orientação e avaliação das ações de controle da doença⁷.

As **meningites bacterianas e virais** são doenças infecciosas que desenvolvem um processo inflamatório nas membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Embora vários tipos de agentes possam desencadear essa forma de inflamação, os principais são os vírus e as bactérias. No Brasil, a meningite é considerada doença endêmica, ou seja, o número de casos é esperado ao longo de todo o ano, mas com característica de sazonalidade – aumento das formas

bacterianas no inverno e das virais no verão. A vacinação é a principal ferramenta na prevenção da doença bacteriana⁸.

De 2011 a 2020 foram confirmados 7.456 casos de meningites na Bahia e a meningite viral foi responsável por 47% (3.508) do total das notificações. Em 2020 ocorreu redução acentuada no CI para todos os tipos de meningites, possivelmente em decorrência de medidas de controle adotadas durante a pandemia de Covid-19, as quais contribuíram para a queda do número de casos⁹.

Com a implantação da vacina meningocócica C conjugada no calendário básico de vacinação da criança no início de 2010 observa-se na Bahia, decréscimo no CI da doença meningocócica nos anos subsequentes em todas as macrorregiões³. Segundo Tabela 1, na Macrorregião de Saúde Sudoeste o decréscimo não foi linear, houve oscilação entre os anos - o menor de 0,06 (2019) e o maior 0,58 (2012) por 100 mil habitantes.

Tabela 1. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais por 100 mil. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2011-2020*

Ano Início Sintomas	Viral	Outras Bactérias	Meningocócica	Pneumocócica
2011	1,64	1,76	0,53	0
2012	1,34	1,87	0,58	0
2013	1,33	1,77	0,39	0,06
2014	2,04	1,10	0,22	0,06
2015	2,64	1,54	0,44	0
2016	1,92	1,04	0,22	0,05
2017	1,81	0,55	0,16	0,16
2018	1,49	1,37	0	0
2019	1,14	0,46	0,06	0,17
2020	1,03	0,74	0	0

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 19/03/2021, sujeitos a alterações.

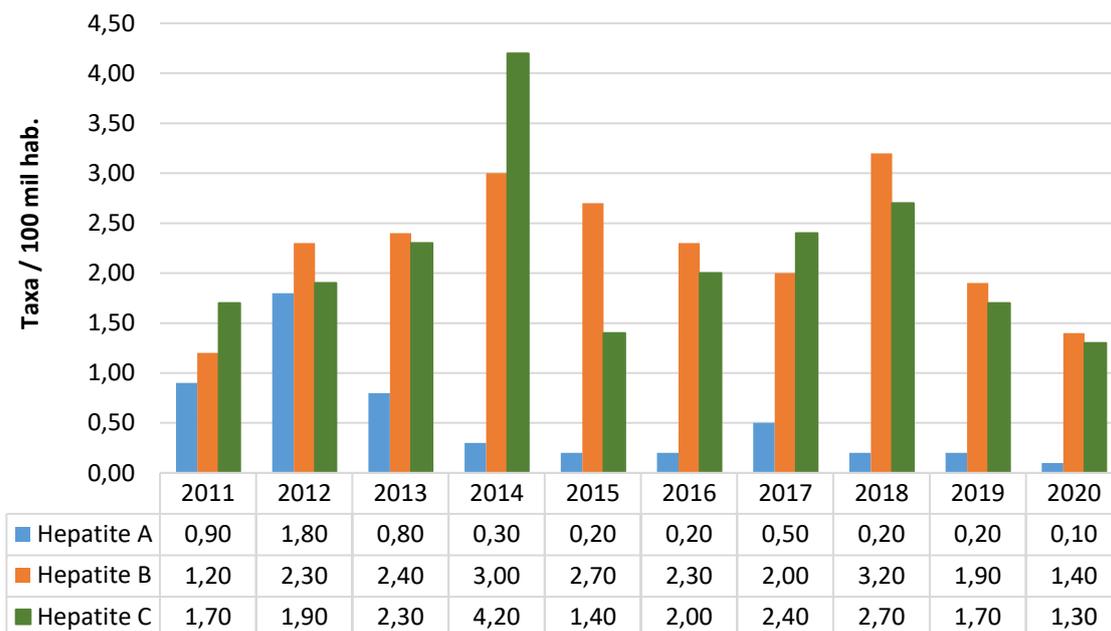
Entre as meningites por outras bactérias, as provocadas pelos bacilos *Mycobacterium tuberculosis* e *Haemophilus influenza* são passíveis de prevenção por meio das vacinas BCG, Hib e Pentavalente e coberturas elevadas

desses imunizantes impactam significativamente o número de casos e óbitos dessas doenças.

Uma infecção viral que apesar de silenciosa representa grave problema de saúde pública são as **hepatites virais**. A infecção atinge o fígado e causa alterações leves, moderadas ou graves. No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C e as infecções causadas pelos vírus das hepatites B ou C frequentemente se tornam crônicas¹⁰.

No período 2011-2020 o estado da Bahia apresentou oscilação na taxa de detecção por 100 mil habitantes nos três tipos de hepatites virais⁹ e a Macrorregião de Saúde Sudoeste acompanha a tendência do estado. É expressiva a tendência de queda com relação ao vírus tipo A. Pode ser atribuído a disponibilidade da vacina para menores de cinco anos na rede pública de saúde, a melhoria nas condições de higiene da população e no saneamento básico, podem estar impactando na diminuição de casos. Quanto à hepatite B, a taxa oscila 1,20 (2011) a 3,20 (2018) por 100 mil habitantes. Essa tendência pode estar relacionada com maior sensibilidade das vigilâncias epidemiológicas municipais e com a implementação da realização dos testes rápidos na atenção básica. Em relação a hepatite C, introduziram-se novas drogas com menos efeitos colaterais e maior eficácia no ano 2015, constata-se oscilação na série histórica analisada, com maior taxa 2,70 (2018) por 100 mil habitantes (Gráfico 3).

Gráfico 3. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2011-2020*



Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 23/03/2021, sujeitos a alterações.

Atualmente existem testes rápidos disponíveis no SUS para a detecção da infecção pelos vírus B ou C. Além disso, ainda que a hepatite B não tenha cura, a vacina contra essa infecção é ofertada nas maternidades e/ou Unidades Básicas de Saúde (UBS), de maneira universal e gratuita pelo SUS. A hepatite C não dispõe de vacina que confira proteção, contudo, há medicamentos que permitem a cura.

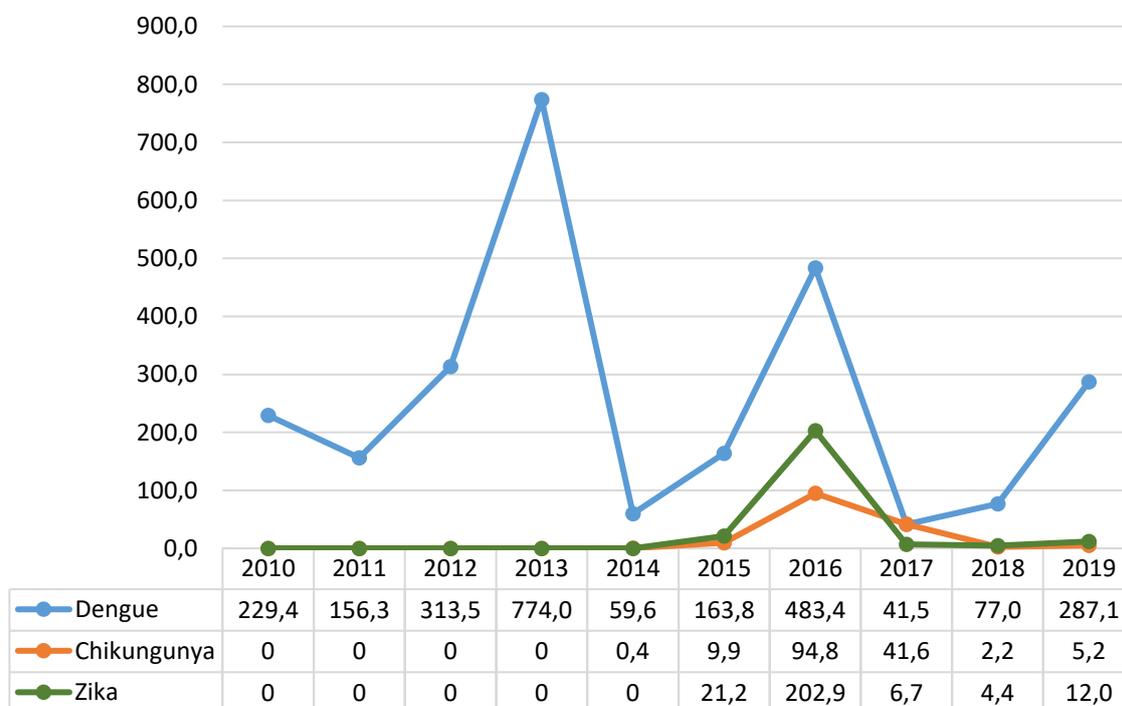
As doenças analisadas até o momento continuam a oferecer desafios aos programas de prevenção e representam importante problema de saúde pública. O panorama apresentado nos **Gráficos 1, 2, 3** e **Tabela 1** evidencia ser impreterível o fortalecimento das ações de prevenção e controle e reforça a necessidade de integração entre as áreas de vigilância epidemiológica e a rede assistencial. Conforme a enfermidade as ações são direcionadas para a imunização das populações, diagnóstico precoce e tratamento adequado dos doentes, visando interromper a cadeia de transmissão¹¹.

Dentre as doenças infecciosas e parasitárias, como dito anteriormente, serão analisadas as **doenças vetoriais** de maior magnitude no estado – as arboviroses e a leishmaniose visceral.

Os arbovírus (*arthropod borne virus*) são transmitidos por artrópodes e são assim designados não somente pela sua veiculação, mas principalmente pelo fato de parte de seu ciclo replicativo ocorrer nos insetos. São transmitidos aos seres humanos e outros animais pela picada de artrópodes hematófagos. Nos últimos anos os sistemas de saúde, em diferentes países das Américas, têm lidado com doenças emergentes ou re-emergentes transmitidas por mosquitos vetores, em especial arboviroses como **dengue, chikungunya, zika, febre amarela e malária**¹².

Ao analisar a série histórica 2010-2019 da taxa de incidência da chikungunya e zika na Macrorregião de Saúde Sudoeste, observa-se que as maiores taxas desses agravos ocorreram em 2016. Contudo a taxa de dengue apresenta uma oscilação com maiores valores nos anos de 2013, 2016 e 2019 (Gráfico 4).

Gráfico 4. Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados atualizados em 09/03/2021, sujeitos a alterações.

No tocante à **febre amarela**, essa é uma doença infecciosa grave, causada por vírus e transmitida por vetores. A forma mais grave da doença é rara e costuma aparecer após breve período de bem-estar (até dois dias), quando podem ocorrer insuficiências hepática e renal, icterícia (olhos e pele amarelados), manifestações hemorrágicas e cansaço intenso. No ciclo silvestre, em áreas florestais, o vetor da **febre amarela** é principalmente o mosquito *Haemagogus*; no meio urbano, a transmissão ocorre por intermédio do mosquito *Aedes aegypti*, o mesmo a transmitir a dengue¹³.

Nos últimos 10 anos não houve casos autóctones (transmissão dentro de uma área) confirmados de febre amarela no estado da Bahia, considerado indene desde 1942⁹. A estimativa de risco deve considerar todos os casos notificados porque mesmo que o doente tenha procedência de outras áreas, a presença do vetor pode desencadear uma epidemia no estado.

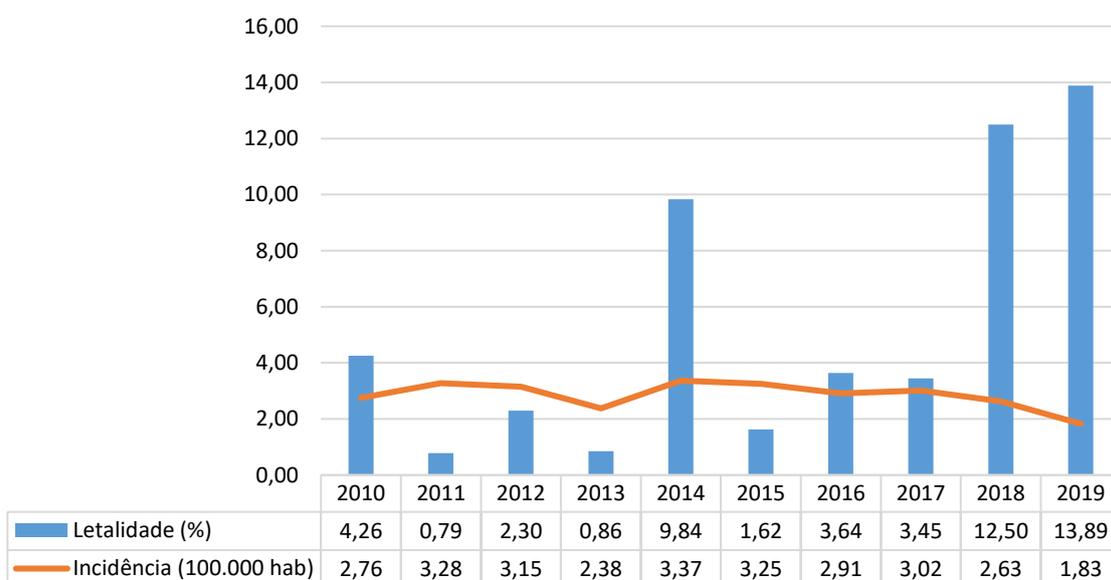
Considerando-se o perfil das doenças vetoriais descritas, sobressai que esses agravos decorrem de importantes e constantes ameaças em regiões tropicais causadas pelas rápidas mudanças climáticas, desmatamento, migração populacional, ocupação desordenada de áreas urbanas e precariedade das condições sanitárias, as quais favorecem a amplificação e transmissão viral. É de fundamental importância a identificação precoce dos casos para a tomada de decisões e para a oportuna implementação de medidas, visando principalmente evitar óbitos. Campanhas de educação sanitária precisam ser constantes e a vigilância deve ser reforçada como parte de programas eficazes de controle das doenças em humanos e animais domésticos, além da essencial minimização da participação de vetores.

Outra doença vetorial é a **leishmaniose visceral**, conhecida como calazar, esplenomegalia tropical e febre dundun. Infecciosa, mas não contagiosa, é transmitida para humanos por meio do cão infectado e da presença do vetor e não existe transmissão entre pessoas. Acomete vísceras como o fígado e baço e pode ocasionar aumento de volume abdominal¹⁴.

Na Bahia a endemicidade está em franca expansão e presente em 191 dos 417 municípios baianos, classificados como de média e baixa transmissão ao se

analisar a série histórica de número de casos e incidência de 2010-2018³. O agravo apresenta comportamento cíclico e tendência de redução de número de casos. Registraram-se 3.564 casos novos confirmados de **leishmaniose visceral humana (LVH)**, com média de 324 casos por ano. As maiores incidências foram 3,4 (2014) casos por 100 mil habitantes e 3 (2010) casos por 100 mil habitantes⁹. Na Macrorregião de Saúde Sudoeste a variação do CI foi de 2,758 a 1,828 casos por 100 mil habitantes no período 2010-2019. A macrorregião apresentou variação da taxa 0,8 (2011) a 13,9 (2019) e supõe-se estar atrelada ao diagnóstico tardio, presença de comorbidades e complicações (Gráfico 5).

Gráfico 5. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 09/03/2021, sujeitos a alterações.

Atualmente as principais doenças vetoriais sujeitas a controle são: dengue, malária, leishmanioses, doença de chagas e febre amarela. Medidas de controle vetorial não são utilizadas em todos os programas de controle de doenças transmitidas por vetores; apenas nos programas de controle da dengue e na prevenção da febre amarela urbana, da malária, da doença de chagas, da peste e da leishmaniose visceral – eventualmente da leishmaniose tegumentar americana. Na análise das perspectivas atuais de controle das doenças vetoriais

no Brasil, é importante considerar três aspectos: a urbanização da população, a transformação do caráter eminentemente rural dessas doenças em concomitante transmissão urbana ou periurbana e a descentralização das atividades de controle para municípios¹⁵.

2.2 Atenção à saúde materna e infantil

Para a **atenção à saúde materna e infantil**, as análises tomaram como ponto de partida o capítulo XV da CID 10, o qual compreende gravidez, parto e puerpério, os nascidos vivos e os óbitos em crianças com menos de 1 (um) ano.

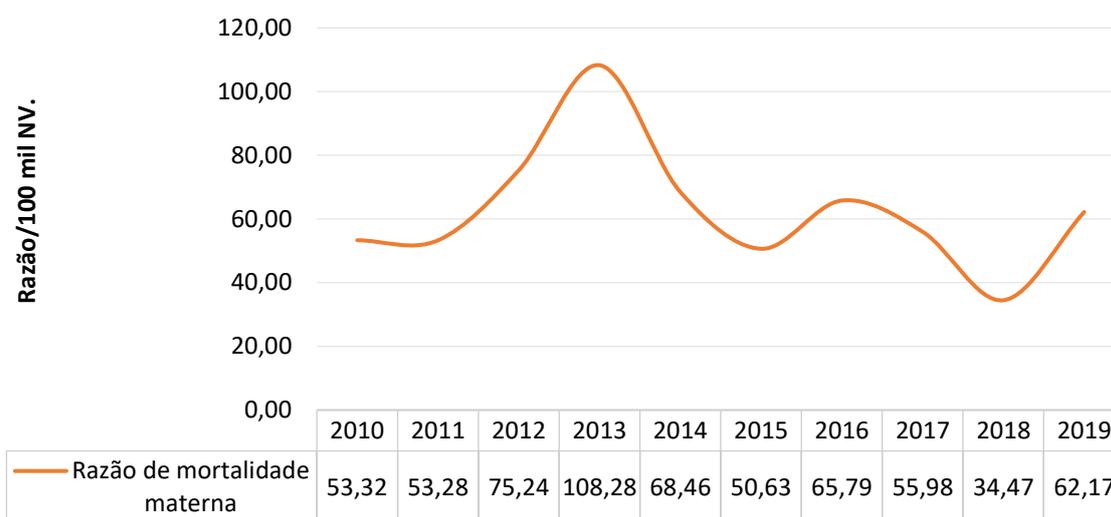
Esse tema pressupõe um modelo de atenção que garanta às mulheres e às crianças assistência humanizada e de qualidade. Para tanto, o foco das ações deve ser a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal; as boas práticas na atenção ao parto e nascimento; e a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses¹⁶.

A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação, parto ou no período de 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada com a gravidez, não incluídas causas acidentais ou incidentais¹⁷. Porém, nem todo óbito materno é registrado corretamente no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Frequentemente as causas declaradas registram a causa terminal das afecções ou lesões que sobrevieram por último na sucessão dos eventos que culminaram com a morte, o que mascara a causa básica e dificulta a identificação do óbito materno. A redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um dos principais indicadores da qualidade da atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo.

O Brasil conseguiu reduzir a RMM em 8,4% entre 2017 e 2018, apresentando nesse ano a razão de 59,10 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. A Bahia apresentou redução similar à do país e atingiu o número 51,12 de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos em 2019¹⁸. Na curva da RMM da Macrorregião de Saúde Sudoeste, no período 2010-2019, observa-se oscilação entre 108,28 (2013) e 34,47 (2018) óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. No

ano 2018 ficou abaixo do Brasil, com 34,47 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (Gráfico 6). Vale salientar que, ainda está aquém do esperado, considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como aceitável até 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

Gráfico 6. Razão de mortalidade materna (RMM) por 100 mil NV. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: SIM e Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 16/03/2021, sujeitos a alterações.

Ressaltamos que nos últimos anos a RMM tem sido uma das prioridades do SUS, a refletir o seu reconhecimento como problema social e político. No estado da Bahia, o Decreto nº 10.263/2007 incluiu o óbito materno entre os eventos de notificação compulsória e investigação imediata em todo território baiano.

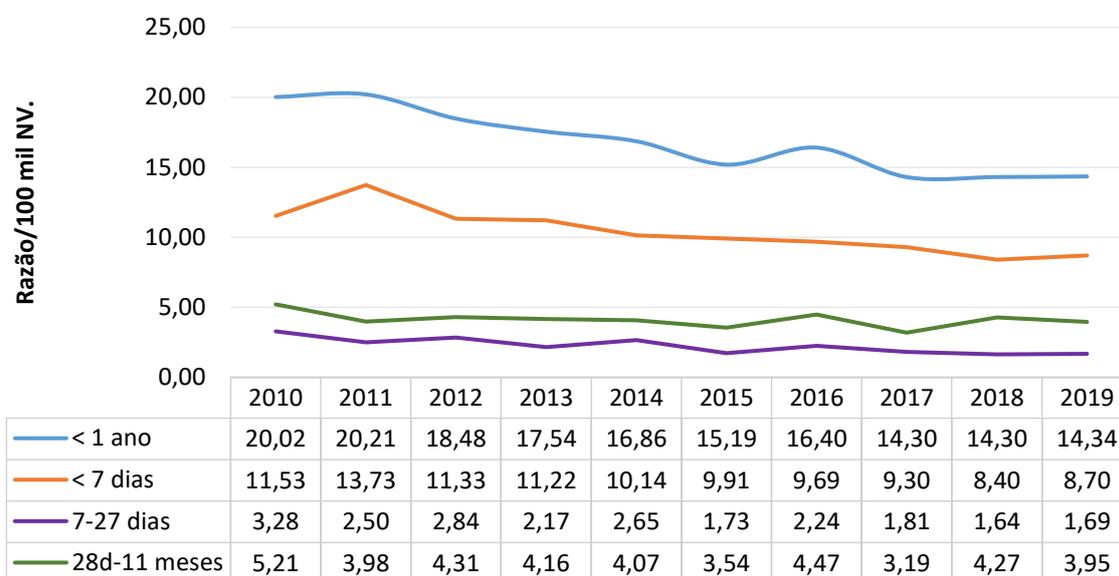
Em relação à saúde da criança, a taxa de mortalidade infantil é o indicador de maior representatividade estatística para os óbitos de crianças de até 12 (doze) meses por mil nascidos vivos no período de um ano.

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, para cada mil nascimentos, a taxa de mortalidade infantil teve redução de 20,02 (2010) para 14,34 (2019). A OMS considera aceitável o índice de 10 (dez) mortes para cada mil nascimentos (Gráfico 7).

A análise dos óbitos em menores de 1 (um) ano na macrorregião revela que houve redução no risco de morte em todos os componentes do óbito infantil de

forma geral. O estudo desagregado dos componentes revela decréscimo de 24,48% no período neonatal precoce (< 7 dias de vida). Apesar desta redução, ainda é o período com maior número de óbitos, o que indica fragilidade na atenção ao parto e ao recém-nascido. A mortalidade no período neonatal tardio (7-27 dias) apresenta oscilação das taxas com variação entre 3,28 (2010) e 1,64 (2018) no período analisado. Em relação ao período pós neonatal (28d-11 meses) verifica-se redução de 5,21 (2010) para 3,95 (2019) por 1.000 nascidos vivos; esse componente é mais sensível às melhorias socioeconômicas e investimentos na atenção à saúde no início da vida, como elevação de coberturas vacinais e prevenção de doenças prevalentes na infância (Gráfico 7).

Gráfico 7. Taxa mortalidade infantil segundo faixa etária por 1.000 NV. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: SIM e Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 16/03/2021, sujeitos a alterações.

Quando os óbitos infantis em menores de um ano foram analisados por grupos de causas, observou-se que na série histórica 2010-2019 as principais causas estão relacionadas à septicemia bacteriana do recém-nascido, transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer e desconforto respiratório do recém-nascido¹⁹.

Ao se tratar do indicador da incidência de sífilis em gestante e sífilis congênita, o Brasil tem apresentado aumento acelerado das taxas nos últimos anos,

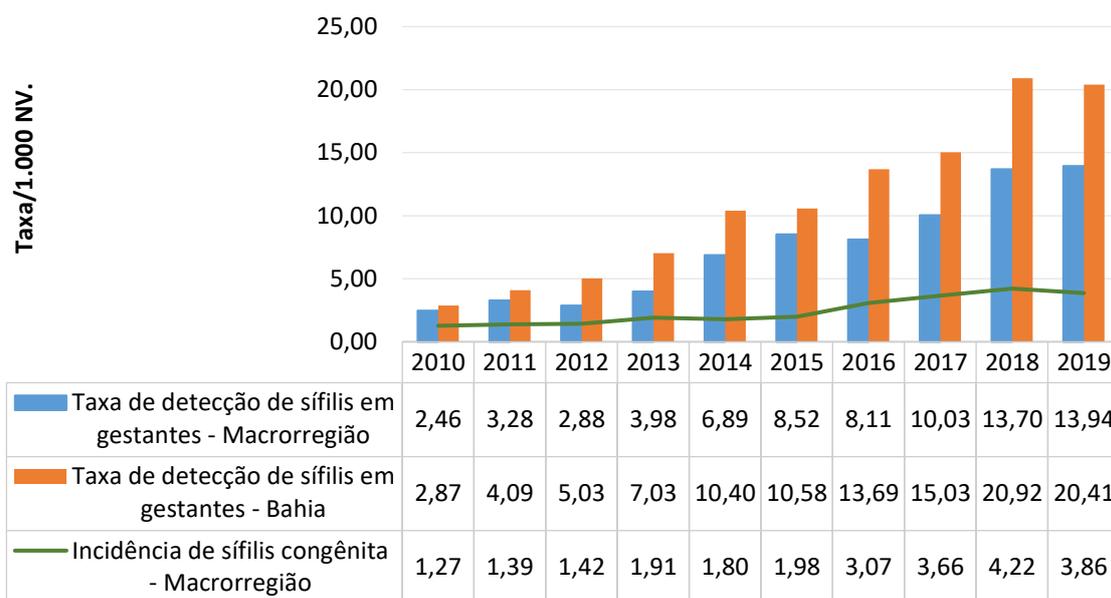
considerada grave situação de saúde pública, por ser a sífilis uma doença curável, de fácil diagnóstico e de baixo custo de tratamento. A eliminação da sífilis é considerada prioridade para os órgãos nacionais e organismos internacionais; para certificar o país na condição de eliminação da transmissão vertical da sífilis, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) recomenda a taxa de incidência da sífilis congênita menor ou igual a 0,5 casos para cada mil nascidos vivos por três anos consecutivos²⁰.

Por ser uma doença evitável, a sífilis congênita demonstra a necessidade de avaliação dos processos de atenção à saúde da população e das gestantes. Importante evidenciar que o diagnóstico e tratamento adequado da população geral diminuem de forma considerável a probabilidade de uma mulher estar com sífilis ao engravidar²¹.

A ocorrência de sífilis tanto em gestantes quanto em recém-nascidos revela falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes para a prevenção da doença²⁰. Na gestação, a sífilis pode causar abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido. Para se eliminar a sífilis congênita é importante diagnosticar e tratar a gestante²¹.

Os dados demonstram crescimento expressivo na taxa de detecção da sífilis na Bahia no período 2010-2019. A Macrorregião de Saúde Sudoeste apresentou o mesmo comportamento, mas com taxas inferiores, e passou de 2,46 para 13,94 por mil nascidos vivos (Gráfico 8). Apesar de ter aumentado o diagnóstico da gestante, a incidência de sífilis congênita na macrorregião ainda é considerada elevada e mostra que houve falha no pré-natal. Alguns aspectos, como detecção precoce, tratamento oportuno e adequado da gestante e suas parcerias merecem atenção no processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).

Gráfico 8. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por 1.000 NV. Estado da Bahia e Macrorregião de Saúde Sudoeste, 2010-2019*



Fonte: Sinan e Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 16/03/2021, sujeitos a alterações.

A Atenção Materna e Infantil dispõe de indicadores na Pactuação Interfederativa (Indicador 8 – nº de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano, segundo local de residência; Indicador 15 - óbito infantil por mil nascidos vivos segundo local de residência e Indicador 16 - óbito materno segundo local de residência), os quais exigem dos gestores o compromisso de assumir metas anuais.

As políticas públicas para essa área foram definidas evoluindo dos aspectos meramente reprodutivos até aqueles mais amplos, voltados para garantir a melhor condição de saúde e de vida para a mulher e para a criança. Nas últimas décadas, com o auxílio do governo e da sociedade, houve progressão no atendimento por essa perspectiva, entretanto, apesar da evolução observada, conclui-se que o grande desafio ainda se encontra na redução da morbimortalidade materna, neonatal e infantil.

2.3 Neoplasias

As **neoplasias** estão agrupadas no capítulo II da CID 10. A doença apresenta-se em vários órgãos do corpo humano nas formas benignas ou malignas. Ao contrário do câncer, neoplasia maligna, as neoplasias benignas têm crescimento de forma organizada, em geral lento, e apresenta limites bem nítidos²².

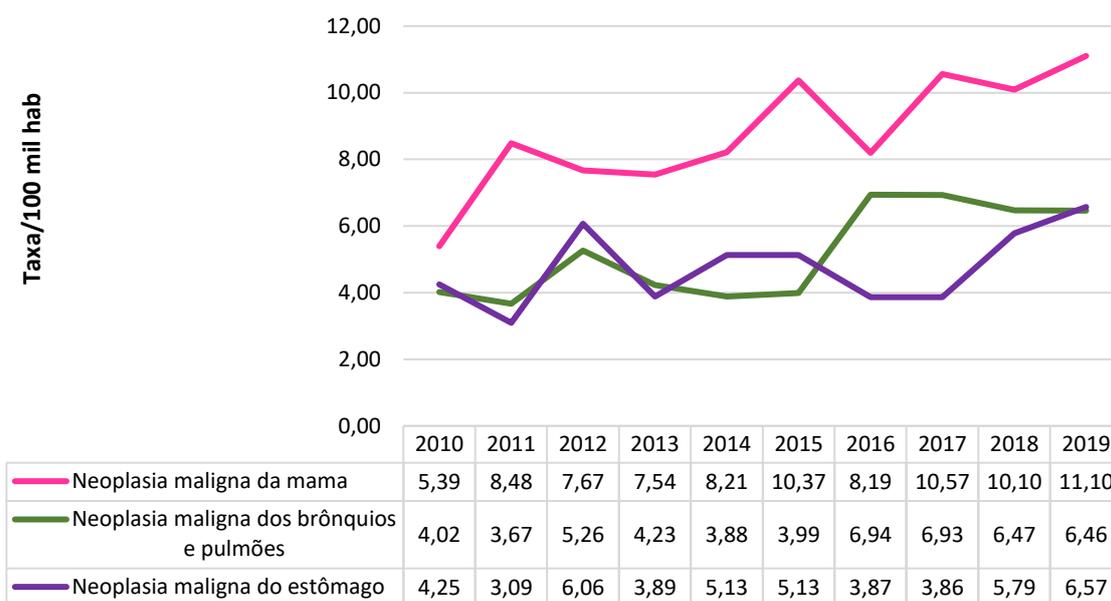
Na Bahia, as neoplasias oscilaram entre o quarto e terceiro maior grupo de causas de morte no estado, no período 2010-2017 e contribuíram com 13,20% do total de mortes³. Na Macrorregião de Saúde Sudoeste esse grupo localiza-se em quarto lugar, no período 2010-2014, no período 2015-2016 destaca-se em terceiro lugar e no período 2017-2019 passa para o segundo lugar, e corresponde a 18,74% dos óbitos²³.

No Brasil as mortes do sexo feminino por neoplasias apresentam o câncer de mama como causa mais freqüente³, mesma situação encontrada na Macrorregião de Saúde Sudoeste quando se analisa a série histórica 2010-2019, cuja taxa de óbitos evoluiu de 5,39 para 11,10 por 100 mil mulheres. A segunda e terceira causas de morte oscilam entre a neoplasia maligna dos brônquios e pulmões e neoplasia maligna do estômago (Gráfico 9).

O câncer de estômago, também muito prevalente na macrorregião, apresenta taxa de 6,57 por 100 mil mulheres em 2019; no Brasil, o câncer de estômago é o quinto tipo mais frequente entre as mulheres²⁴ e demonstra a necessidade do diagnóstico precoce para melhor resultado no tratamento e a busca da investigação dos sinais e sintomas (Gráfico 9).

O câncer dos brônquios e pulmões apresenta crescimento significativo e alcança a taxa de 6,46 por 100 mil mulheres no ano de 2019. Também é um dos mais frequentes óbito por neoplasia em mulheres; o uso do tabaco é o mais importante desencadeador da doença (Gráfico 9).

Gráfico 9. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 10/05/2021, sujeitos a alterações.

O estado e a macrorregião podem utilizar os dados de metas alcançadas do indicador da Pactuação Interfederativa (Indicador 12: Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população da mesma faixa etária)²⁵ para auxiliar no monitoramento e avaliação da situação de atenção à saúde das mulheres e ações de prevenção do câncer.

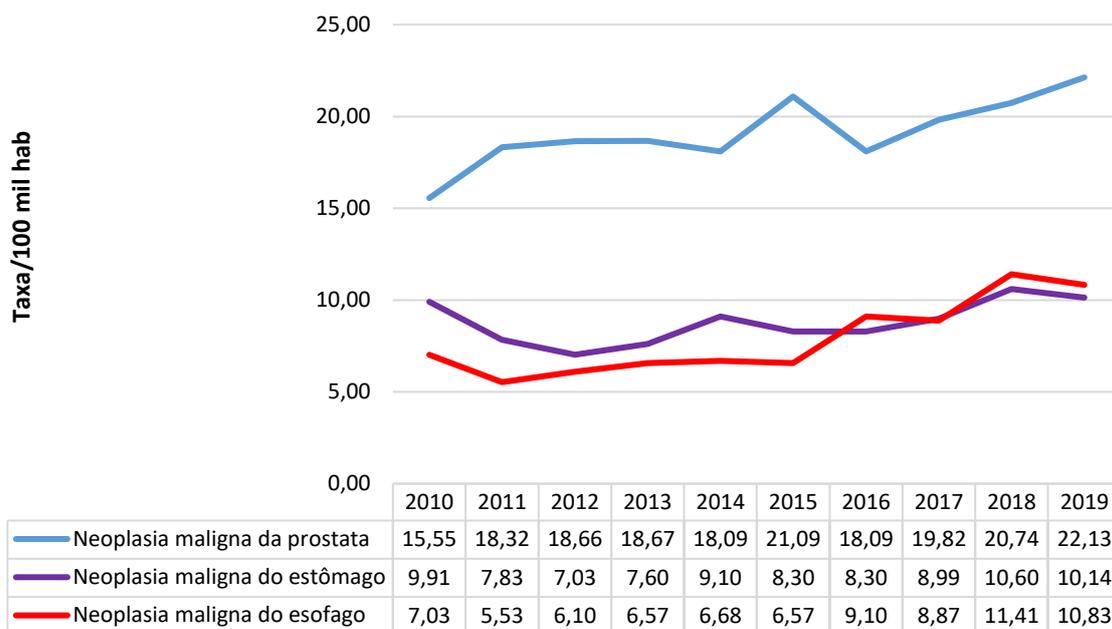
A maior frequência da taxa de mortalidade por câncer de mama evidencia a necessidade de ações voltadas para a detecção precoce desse tipo de neoplasia. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado²⁶.

Para o câncer dos brônquios e pulmões são extremamente importantes medidas de combate ao tabagismo e ações voltadas para mudanças nos modos de vida individual dessas mulheres como forma de prevenção dessa causa de óbito.

Para prevenir o câncer de estômago recomenda-se manter o peso corporal dentro dos limites da normalidade, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e de alimentos salgados e preservados em sal, também é importante não fumar²⁷.

A análise das neoplasias no sexo masculino aponta o câncer de próstata como a principal causa de óbito na Macrorregião de Saúde Sudoeste, no período 2010-2019. Nesse mesmo período, a segunda causa é o câncer do estômago, que passa a alternar a partir de 2016 com o câncer do esôfago, este assume o segundo lugar no período 2018-2019 (Gráfico 10).

Gráfico 10. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 10/05/2021, sujeitos a alterações.

O diagnóstico precoce do câncer de próstata deve ser valorizado e se baseia na rápida e oportuna investigação dos seguintes sinais e sintomas mais comuns: alteração na frequência e padrões urinários; hematúria visível e disfunção erétil.

Por fim, as neoplasias prevalentes que elevam a mortalidade da população masculina e feminina geralmente são evitáveis por meio de detecção precoce, hábitos saudáveis ao longo da vida com relação ao uso de tabaco, álcool, alimentação saudável e exercícios físicos. É muito importante que o estado e os municípios organizem a rede de atenção visando melhorar o acesso aos serviços de detecção precoce do câncer com qualificação dos profissionais para reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos do câncer e tratamento adequado.

2.4 Doenças do aparelho circulatório

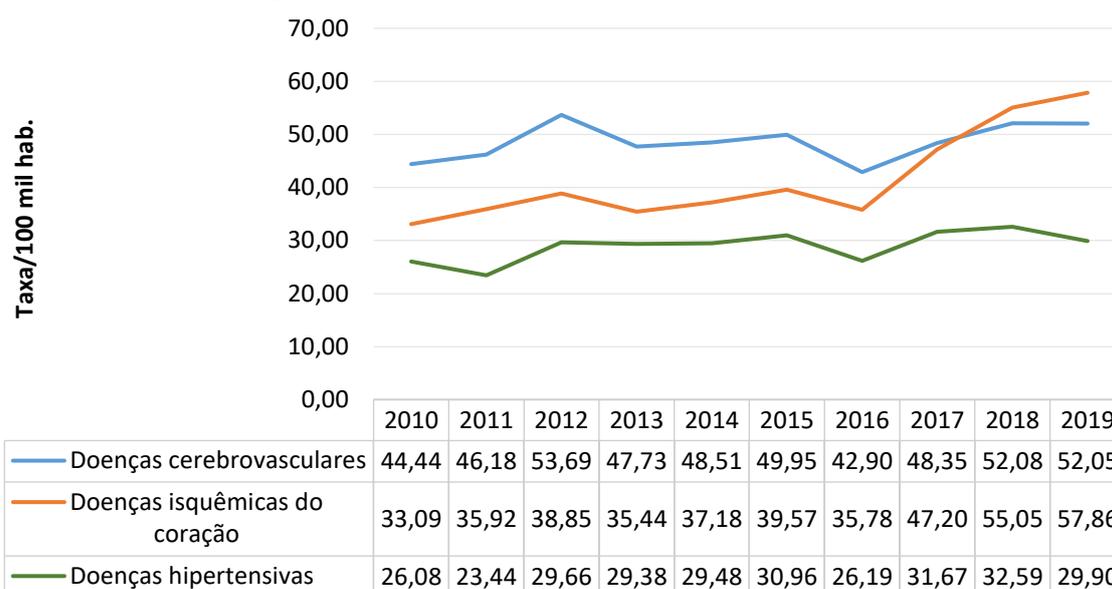
As **doenças do aparelho circulatório** (DAC) ou cardiovasculares (Capítulo IX, CID 10) são afecções do coração e dos vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares). As mais preocupantes são as que afetam as artérias coronárias (do coração) e as artérias do cérebro. Muitos são os fatores de riscos para o desenvolvimento dessas doenças, mas pessoas obesas têm mais chances de desenvolvê-las que indivíduos com gordura corporal normal.

As DAC são as principais causas de mortalidade na Bahia³ e responsáveis por elevados custos sociais e econômicos. Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, correspondem também ao primeiro grupo de causas de óbito, responsáveis por 26,10% do total de mortes no período 2010-2019²³.

Na macrorregião em foco, no período analisado, as **doenças cerebrovasculares** (DCbV) apresentam o maior risco de morte da população e têm mantido a estabilidade de óbitos na última década. As **doenças isquêmicas do coração** (DIC) representam a segunda causa de morte da população, cujas taxas variam entre 33,09 e 57,86 por 100 mil habitantes e assume a principal causa de morte deste grupo a partir de 2018; dessas o **infarto agudo do miocárdio** (IAM) é a principal causa específica de mortes e responsável por 89,36% dos óbitos²⁸.

As **doenças hipertensivas** foram a terceira causa de morte na população da macrorregião e passaram de 26,08 (2010) para 29,90 (2019) por 100 mil habitantes (Gráfico 11).

Gráfico 11. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: SIM e IBGE, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 16/03/2021, sujeitos a alterações.

O Brasil figura no sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de morte por doenças cardíacas, infartos e **hipertensão arterial sistêmica** (HAS) entre homens e mulheres de 35 a 74 anos. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) descreve que 77% das pessoas com o primeiro episódio de **acidente vascular encefálico** (AVE) têm HAS, a qual aumenta de 4 a 6 vezes o risco de AVE. A HAS contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular, em que 69% das pessoas com o primeiro IAM têm HAS e essa é também a segunda causa de doença renal crônica²⁹.

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste a mortalidade aumenta de forma significativa, quando se relaciona com grupos etários avançados. De acordo com análise do banco de dados DATASUS nota-se que a partir dos 50 anos as doenças isquêmicas, outras doenças cardíacas e doenças cerebrovasculares têm o número de óbitos elevados, o que significaria mortes prematuras na escala etária, além dos custos com possíveis hospitalizações, reabilitações e pensões por incapacidade³.

A APS mais próxima da comunidade serve como primeira referência nas situações de saúde e doença. Sua proposta deve extrapolar os limites da

Unidade Básica de Saúde por meio da interação com a comunidade e desenvolver estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças e ações intersetoriais³⁰.

Estratégias para combater a mortalidade devem ser estudadas considerando-se o envelhecimento da população. O aumento na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tende a diminuir as hospitalizações e conseqüentemente a mortalidade; a melhoria nas condições socioeconômicas e o atendimento pré-hospitalar e hospitalar nas primeiras horas após início dos sintomas aumentam a probabilidade da reversão do quadro clínico dos pacientes³¹.

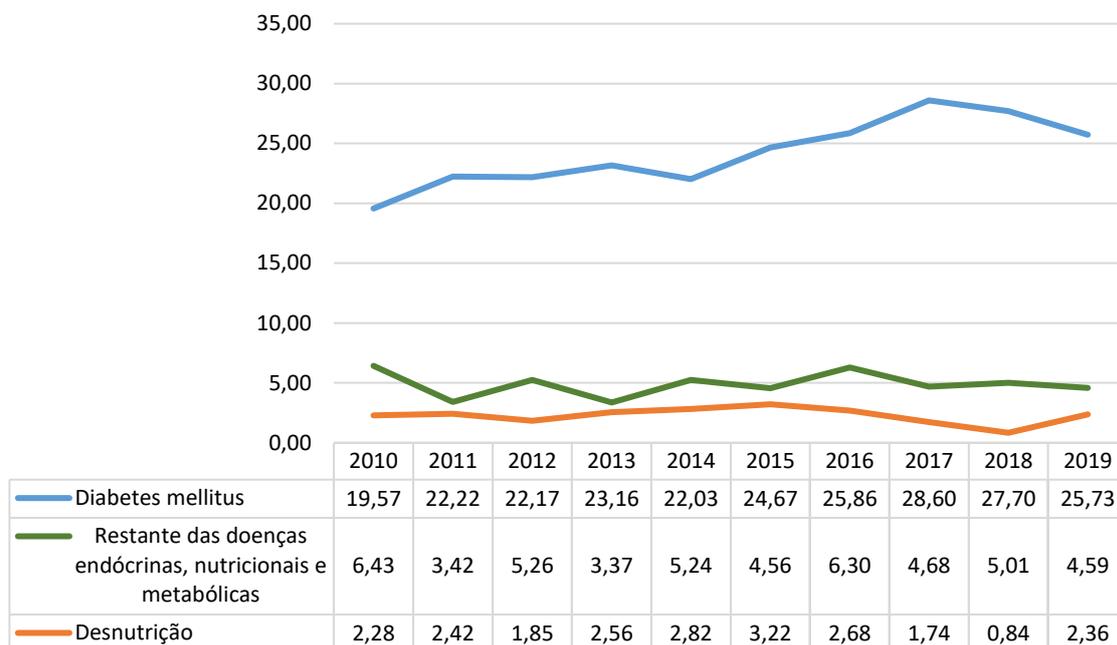
2.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

As **doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas** (DENM), capítulo IV, CID 10, são aquelas relacionadas com a produção de hormônios (diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, osteoporose e outros agravos) e vários fatores estão na sua origem³².

As DENM representaram, no ano 2019, o sexto maior grupo de causas de mortalidade na população brasileira e no estado da Bahia. Na Macrorregião de Saúde Sudoeste esse cenário se repete com a mesma classificação e para o mesmo ano²³.

Na série histórica referente às mortes prematura (30-69 anos) dessa macrorregião verifica-se crescimento entre 28,28 e 32,68 óbitos por 100 mil no período 2010-2019²³. Ao desagregar pelas principais doenças deste grupo a *Diabetes mellitus* (DM) é a principal causa de óbito com crescimento de 19,57 para 25,73 óbitos por 100 mil habitantes no mesmo período, seguido do grupo de restante de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e da desnutrição (Gráfico 12).

Gráfico 12. Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na mesma faixa etária. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: SIM e IBGE, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 18/03/2021, sujeitos a alterações.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV), além de ser a primeira causa de mortalidade prematura, a diabetes é a maior causa de amputação dos membros inferiores e de cegueira e a segunda maior causa de insuficiência renal no mundo. Considerando-se que esses três quadros de gravidade são passíveis de prevenção com diagnóstico e tratamento precoce, destacamos que a incidência de ulceração é de 25% nos pacientes diabéticos, em razão do pé diabético, e 85% dessas precedem as amputações³³. A Sesab, diante desse quadro e dada a relevância da organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do **pé diabético e feridas complexas** na RAS, estabeleceu como uma das ações prioritárias a instalação da sala para pé diabético. Para tanto, publicou a Portaria Estadual nº 51, de 14 de janeiro de 2019, estimulou os municípios, aprovou critérios e estabeleceu responsabilidades quando da adesão à política estadual do **pé diabético e feridas complexas**.

No estado da Bahia ocorreram 130.548 internações hospitalares por complicações do DM no período 2010-2019; dessas, 7.878 foram cirurgias para

amputações/desarticulações (membros inferiores; pé e tarso; e dedo) e revisões cirúrgicas de coto de amputações (membros inferiores, exceto dedos do pé, e dedos)³⁴.

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste no mesmo período foram 19.453 internações hospitalares por complicações do DM³⁴, das quais 1.671 cirurgias de amputações/desarticulações (membros inferiores; pé e tarso; e dedo) e revisões cirúrgicas de coto de amputações (membros inferiores, exceto dedos do pé, e dedos). É importante salientar que ocorreram 128 amputações/desarticulações de pé e tarso, o que representa 7,66% do total de amputações realizadas (Tabela2).

Tabela 2. Número de amputações de membros inferiores e internação hospitalar com CID de *Diabete mellitus*, por alguns procedimentos. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*

PROCEDIMENTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Amputações/Desarticulações e Revisões cirúrgicas de coto de amputações	105	107	154	107	156	172	155	210	264	241	1671
Amputação / Desarticulação de pé e tarso	8	4	6	6	15	20	11	19	18	21	128

Fonte: SIH/SUS, 2021. *Dados coletados em 22/04/2021, sujeitos a alterações.

As doenças endócrinas nutricionais e metabólicas estão relacionadas com as condições de saúde das pessoas, as quais se apresentam de forma mais ou menos persistente, a depender das respostas sociais que podem ser reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas. Diante disso, esperam-se políticas públicas proativas que direcionem a organização dos sistemas de atenção à saúde para ações contínuas e integradas, visando a atuação dos profissionais de saúde e a colaboração das pessoas usuárias. O DM se configura importante problema de saúde, uma vez que dados estatísticos apontam o crescente número de pessoas acometidas por essa enfermidade. É uma condição crônica importante para a saúde pública, em virtude do grande número de casos e das repercussões da condição não controlada para a pessoa, a família e a sociedade³⁵.

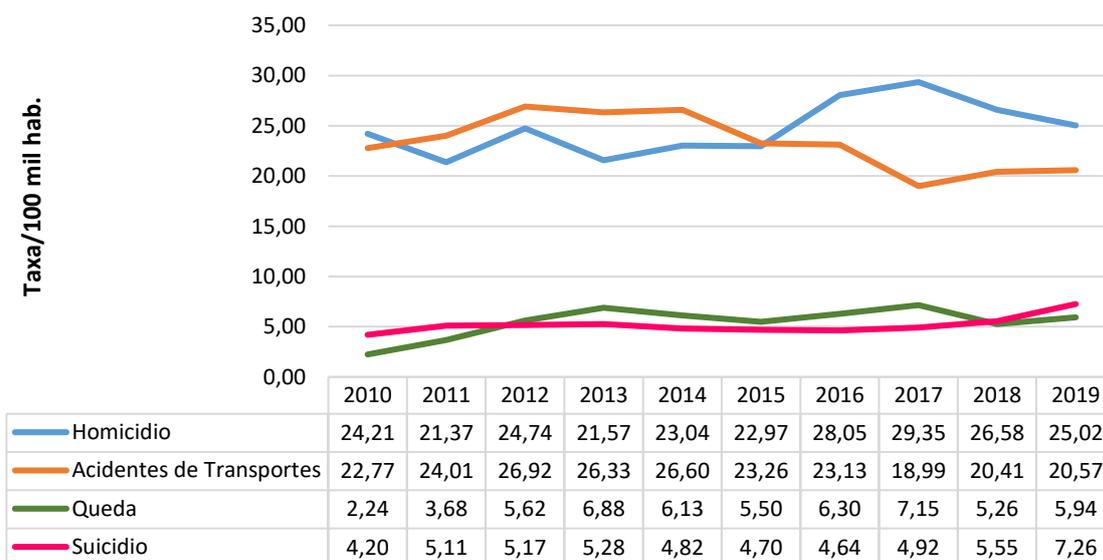
2.6 Causas externas de morbidade e mortalidade

As **causas externas**, capítulo XX, CID 10, são traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Nesse grupo incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação)¹⁷.

Esse grupo de causas constitui o segundo grupo com maior número de óbitos na Bahia. Na desagregação dos componentes do grupo dos óbitos por causas externas, as causas mais frequentes no estado da Bahia, no período 2010-2017, foram os homicídios, seguidos dos acidentes de transportes, queda e suicídio³.

A Macrorregião de Saúde Sudoeste as causas externas alternam-se entre o terceiro e quarto grupo de causas de morte²³. Na desagregação os dois principais grupos de causas de óbitos são acidente de transporte, seguido de homicídio. A queda e o suicídio alternam como terceiro e quarto grupo de causas, no período 2010-2019 (Gráfico 13).

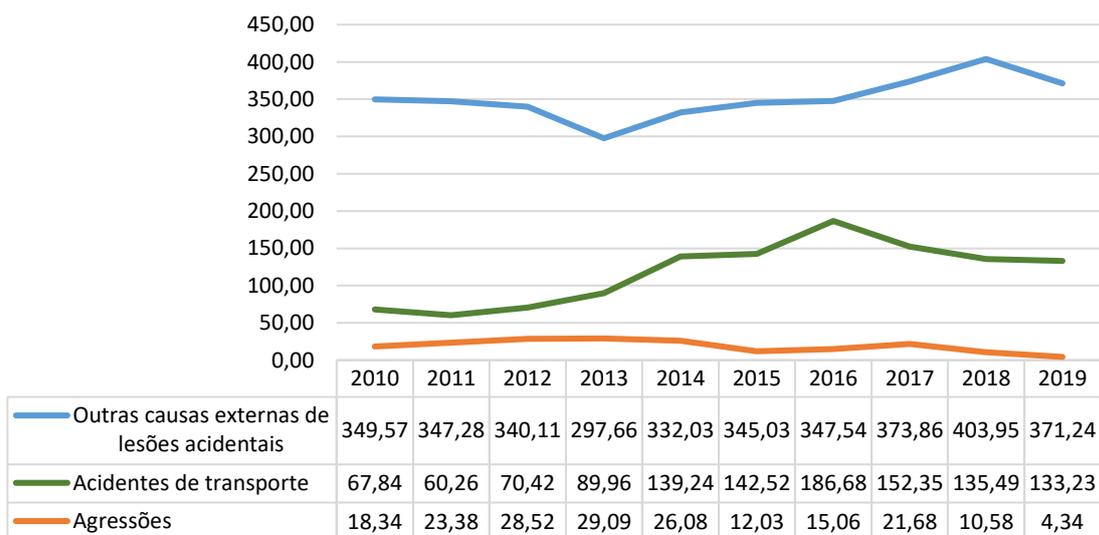
Gráfico 13. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 03/05/2021, sujeitos a alterações.

Com relação à taxa de internação por causas externas, observa-se que a maior taxa está no grande grupo de causas denominado outras causas externas de lesões acidentais; quando da desagregação, predominam as internações por queda³⁶. A segunda maior causa são acidentes de transporte seguido de agressões (Gráfico 14).

Gráfico 14. Taxa de internação por causas externas, segundo circunstância da lesão, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: SIH/SUS, 2021. *Dados coletados em 03/05/2021, sujeitos a alterações.

A análise da contribuição dos tipos de acidentes de trânsito revela que os acidentes com motociclistas representam mais de 20,46% de internações por acidente de transporte³⁶.

O principal fator de risco para ocorrência de acidentes de trânsito é o consumo de bebidas alcoólicas. Adoecimentos e mortes por essa causa são evitáveis e atingem principalmente a população jovem e em idade produtiva. Mudanças na legislação, como a redução da concentração permitida de álcool no sangue e o endurecimento das penalidades decorrentes da direção sob o efeito do álcool não tiveram o impacto esperado para reduzir a ocorrência de acidentes e mortes relacionadas³⁷.

Há necessidade de desenvolvimento de intervenções mais eficazes na proteção, promoção e cuidados à saúde com ações intra e intersetoriais para o enfrentamento da morbimortalidade por causas externas. Políticas públicas

voltadas para a educação no trânsito são extremamente importantes para o enfrentamento do número crescente de acidentes de trânsito, com especial atenção para os motociclísticos, os quais impactam fortemente a ocupação de leitos da rede de urgência, o que reverbera no sistema de previdência social em decorrência de óbitos e sequelas evitáveis.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores revelam o estado de saúde da macrorregião e poderão ser acrescidos de análises mais aprofundadas, por meio dos Planos Municipais de Saúde e outros instrumentos de gestão, os quais subsidiarão os gestores e profissionais de saúde na análise de situação de saúde e no gerenciamento das informações para melhor desempenho das suas atividades.

Além disso, visa contribuir para as próximas etapas do processo do PRI, discussão da RAS e da governança nos territórios macrorregionais, programação dos recursos e investimentos, considerando-se as necessidades locais e da sua população.

GLOSSÁRIO

A	
Amostra	É qualquer subconjunto de uma população.
Análise da situação em Saúde	Processo de identificação, descrição e análise dos problemas e das necessidades de saúde de uma população, geralmente o primeiro momento do processo de planejamento e programação de ações. O mesmo que avaliação da situação de saúde.
Arboviroses	Os arbovírus são vírus transmitidos pela picada de artrópodes hematófagos, como o <i>Aedes aegypti</i> . Mais de 210 espécies de arbovírus foram isolados no país, 36 relacionados com doenças em seres humanos.
Área Indene	Vulnerável. Área reconhecidamente sem transmissão para determinada doença, mas cujas condições ambientais, associadas a precárias condições socioeconômicas e de saneamento, tornam a área sob risco.
C	
Coeficiente/Taxa	Os Coeficientes ou Taxas são razões entre o número de ocorrências de um evento e o número total (número de ocorrências e número de não ocorrências). Representam o “risco” de determinado evento ocorrer na população (que pode ser a população do país, estado, município, população de nascidos vivos, de mulheres etc.). No numerador ficam os casos (doença, incapacidade, óbito, indivíduos com determinada característica etc. – é um subconjunto do denominador) e no denominador, a população sob risco (de adoecer, de se tornar incapacitado, de morrer etc.).
Condição de Saúde	Refere-se ao conjunto de características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e sanitárias apresentadas por determinada população em determinado momento.
Cuidado de Saúde	Ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, bem como o diagnóstico e tratamento de doenças e ações de reabilitação das capacidades reduzidas por efeito de doenças ou acidentes.
CID 10 Capítulos	conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde.
D	
Demanda espontânea	Indivíduo ou conjunto de indivíduos que procuram os serviços de saúde seja por problemas agudos, ou por motivos que o próprio paciente julgue como necessidade de saúde, sem vinculação pré-definida a programas voltados à prevenção e controle de problemas prioritários da população.
E	
Estimativa	Valor numérico estimado obtido a partir de determinada amostra.
G	
Gravidade	É a avaliação das consequências do processo ou da doença; é medida pela letalidade, taxa de hospitalização, pelas sequelas e outras consequências.
I	
Incidência	A incidência de uma doença, em determinado local e período, é o número de casos novos da doença que iniciaram no mesmo local e período. Traz a ideia de intensidade com que acontece uma doença em uma população, mede a frequência ou probabilidade de

	ocorrência de casos novos de doença na população. Alta incidência significa alto risco coletivo de adoecer.
Indicador	Os indicadores são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões de uma atividade e podem ser usados como guia para monitorar e avaliar eventos (Ripsa, 2008). A construção de um indicador é um processo que pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados.
Indicador de saúde	Os indicadores de saúde revelam a situação de saúde (ou um aspecto dela) da população ou de um indivíduo; são formulados a partir de dados referenciados no tempo e espaço e pela sua forma de organização e apresentação facilitam a análise e o olhar sobre a realidade, através de sua simples leitura ou através do acompanhamento dos dados no tempo. Os indicadores de saúde expressam numericamente o estado da saúde de uma população, em determinado momento.
Indicadores de Morbidade	Os indicadores de morbidade trazem a ideia da intensidade com que acontece uma doença em uma população, medem a frequência de ocorrência de casos novos e o predomínio dos casos existentes.
Indicadores de Mortalidade	Os indicadores de mortalidade são calculados pelas taxas ou coeficientes de mortalidade. Representam o “peso” que os óbitos apresentam em certa população.
Índice	Os Índices são medidas frequentemente usadas para comparar grupos de dados relacionados entre si, sendo possível avaliar as variações ocorridas ao longo do tempo e as diferenças entre os lugares. Eles não se constituem em medida alguma, mas são indicadores de comportamento ou de tendência de uma ou mais variáveis componentes de um fenômeno.
Internação	É a permanência do paciente em alguma unidade de assistência hospitalar para tratamento de algum problema de saúde.
L	
Letalidade	Ou fatalidade ou ainda, taxa de letalidade: relaciona o número de óbitos por determinada causa e o número de pessoas que foram acometidas por tal doença. Essa relação nos dá ideia da gravidade do agravo, pois indica o percentual de pessoas que morreram.
M	
Macrorregiões	Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.
Morbidade:	A morbidade refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) em dado intervalo de tempo em determinada população. A morbidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde.
Morbimortalidade:	Impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população.
Mortalidade:	A mortalidade refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram em dado intervalo do tempo. Representa o risco ou probabilidade de qualquer pessoa na população poder vir a morrer.
N	
Necessidades de Saúde	Podem ser definidas como carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de determinada população. Incluem, assim, os efeitos do não atendimento pleno

das necessidades básicas de alimentação, abrigo, segurança, afeto, educação, cultura e serviços de saúde, quer sejam ações inespecíficas de promoção e melhoria da qualidade de vida, quer sejam ações específicas de proteção contra riscos e agravos ou de assistência em caso de doença, acidente ou padecimento de qualquer natureza.

O	
Óbitos por causas prematuras	Este grupo de doenças tem como características principais ter longo período de latência e serem multifatoriais, ou seja, determinadas por diversos fatores, sejam eles sociais ou individuais. As quatro principais DCNT são: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, <i>Diabetes mellitus</i> e neoplasias (cânceres) e têm em comum quatro fatores de risco: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso nocivo do álcool, os quais são modificáveis. O monitoramento dos fatores de risco é realizado através de pesquisas e inquéritos realizados pelo Ministério da Saúde.
Ocupação de leitos	Razão entre a quantidade da população do município e o número de leitos disponíveis no município (leitos de internação + leitos complementares).
Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)	São as instituições internacionais responsáveis pela geração e disponibilidade de informação de saúde dos países das Américas buscando melhorar suas condições de saúde. O acesso a informações de saúde de outros países possibilita comparações no nível nacional.
P	
População	É o conjunto de todos os elementos ou resultados sob investigação.
Proporção	A Proporção é a relação entre a frequência absoluta de determinado evento e o total de eventos da mesma natureza ocorridos na população e no período considerado. Os casos incluídos no numerador são também subconjuntos do denominador, mas não expressam risco. São usualmente apresentadas na forma de porcentagens (x100).
R	
Razão	Uma razão é a relação entre dois números, em que o numerador e o denominador são elementos de mesma natureza e mesma dimensão, mas são de grupos excludentes, ou seja, o numerador não está incluído no denominador.
Rede 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. Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017.
S	
Sistema de informação em Saúde	O Sistema de Informação em Saúde (SIS) e seus subsistemas compreendem um fluxo de processamento dos dados a partir de instrumentos padronizados. O SIS é responsável por consolidar as informações produzidas pelos serviços de saúde no SUS (número de vacinas aplicadas, internações, consultas médicas etc.) assim como registra informações epidemiológicas fundamentais para análise da situação de saúde da população, como óbitos e nascimentos.
Sistemas de Informação Hospitalar (SIH/SUS)	O Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) registra informações de internações de todos os hospitais da rede do SUS, sejam privados ou conveniados, filantrópicos ou públicos das esferas municipal, estadual e federal. O objetivo do SIH/SUS é transcrever todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares

	que foram FINANCIADAS PELO SUS que após o processamento gerarem relatórios para os gestores que lhes possibilitem fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde.
Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	O Sistema de Informações em Saúde reúne as Declarações de Óbitos (DO) de todos os óbitos ocorridos no território nacional a cada ano. O SIM foi o primeiro sistema de Informações em Saúde criado no Brasil, em 1975, e é responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS. A informações do SIM estão disponíveis anualmente no <i>site</i> do DATASUS; há uma diferença de 2 anos devido ao complexo processo de agregação da declaração e óbito de todo o país.
Sistema de Nascido Vivos (Sinasc)	O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) foi implantado oficialmente a partir de 1990, com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde. O Sinasc é baseado na Declaração de Nascido Vivo (DN).
Sistema de Notificação de Agravos (Sinan)	O Sinan tem o objetivo de notificar casos de doenças para o monitoramento e controle das doenças transmissíveis. Ele é alimentado pela Ficha Individual de Notificação (FIN), que é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal.
V	
Vetores	são seres vivos que veiculam o agente desde o reservatório até o hospedeiro potencial. Vetores mecânicos são os transportadores de agentes, geralmente insetos, que os carregam nas patas, probóscides, asas ou trato gastrointestinal contaminados e onde não há multiplicação ou modificação do agente. Vetores biológicos são aqueles em que os agentes desenvolvem algum ciclo vital antes de serem disseminados ou inoculados no hospedeiro.

REFERÊNCIAS

- ¹ Quijano FAD. Bases da epidemiologia das doenças infecciosas. Departamento Epidemiologia - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5539423/mod_resource/content/4/Epilnfecciosas08-09-2020.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.
- ² Fundação Oswaldo Cruz [eletrônico]. Tuberculose: sintomas, transmissão e prevenção. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/taxonomia-geral-doencas-relacionadas/tuberculose>. Acesso em: 29 abr. 2021.
- ³ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Rev. Baiana de Saúde Pública [eletrônico] 2020; V. 44, supl.1, jan. mar: p. 1-184. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n0.a3205>.
- ⁴ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância a Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/apresentacao/>. Acesso em: 12 mar. 2020.
- ⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>. Acesso em: 29 abr. 2021.
- ⁶ Sistema de Informação sobre Mortalidade. Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>. Acesso em: 17 mai. 2021.
- ⁷ Biblioteca Virtual de Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Morbidade e Fatores de risco. Adaptado da Ficha de Qualificação da RIPSA – 2008. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2008/d-2-1/>. Acesso em: 17 maio 2021.
- ⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Meningite: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/meningites>. Acesso em: 29 de abr. 2021
- ⁹ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância a Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Análise das DIPs, 2011-2020.
- ¹⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hv/o-que-sao-hepatites-virais>. Acesso em: 29 de abr. 2021
- ¹¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em

Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: 2010.

¹² Camara TNL. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. Revista de Saúde Pública [eletrônico] 2016; 50. DOI:<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006791>.

¹³ Fundação Oswaldo Cruz. Febre amarela: sintomas, transmissão e prevenção. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/febre-amarela-sintomas-transmissao-e-prevencao>. Acesso em: 29 abr. 2021; Malária: sintomas, transmissão e prevenção. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/taxonomia-geral-7-doencas-relacionadas/malaria>. Acesso em: 29 abr. 2021.

¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Leishmaniose Visceral: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniose-visceral>. Acesso em: 29 de abr. 2021

¹⁵ Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Print version ISSN 0037-8682 On-line version ISSN 1678-9849. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol.39 n.3, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822006000300010#:~:text=Atualmente%2C%20no%20Brasil%2C%20as%20principais,febre%20do%20Oeste%20do%20Nilo. Acesso em: 10 maio 2021.

¹⁶ Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3 de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 14 abr. 2021.

¹⁷ Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed. v.2. São Paulo: Edusp, 1998. p. 143.

¹⁸ Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e óbitos maternos. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitomat.def>. Acesso em: 14 maio 2021.

¹⁹ Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbito Infantil. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitoinf.def>. Acesso em: 14 maio 2021.

²⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Ações com foco na Saúde da Mulher. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>. Acesso em: 14 abr. 2021.

²¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção

Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, 2020.

²² Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2020.

²³ Sistema de Informação sobre Mortalidade. Mortalidade Geral. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/obito.def>. Acesso em: 14 maio 2021.

²⁴ INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-estomago>. Acesso em: 04.06.2021

²⁵ Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Pactuação Interfederativa 2017-2021. Manual de orientação Bahia: 2021. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/pactuacaoInterfederativa>. Acesso em: 20 abr. 2021.

²⁶ Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

²⁷ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): 2018.

²⁸ Sistema de Informação sobre Mortalidade. Mortalidade Geral. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/obito.def>. Acesso em: 16 mar.2021.

²⁹ Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Volume 107, nº 3, Supl. 3, setembro 2016. Stürmer PL, Bianchini, I. Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. 2012.

³⁰ Brasil. Ministério da Saúde. O que é Atenção Primária. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 14 abr. 2021.

³¹ Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2012.

³² Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Curso Doenças Endócrino-Metabólicas e Nutrição. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/cursos-e-eventos/51635>. Acesso em: 26 abr. 2021.

³³ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diabéticos representam 80% da demanda de próteses de membros inferiores no Cepred. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2016/11/08/diabeticos-representam-80-da-demanda-de-protese-de-membros-inferiores-no-cepred/>. Acesso em: 6 maio 2021.

³⁴ Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>. Acesso em: 22 abr. 2021.

³⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: 2013.

³⁶ Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/frba.def>. Acesso em: 14 maio 2021.

³⁷ Pan American Health Organization. Regional status report on alcohol and health in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2015.



SECRETARIA
DA SAÚDE

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)

4ª AVENIDA, 400, PLATAFORMA 6, LADO B - 4 ANDAR - BLOCO B
CENTRO ADMINISTRATIVO DA BAHIA - CAB - SALVADOR - BA
CEP 41745-900 - TELEFONE: 71 3115-4208