

PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE CENTRO LESTE



**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO REGIONAL**

**PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE
MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO LESTE**

SALVADOR

2025



**GOVERNO DO ESTADO
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE**

**GOVERNO
PROTEGE O
TRABALHO
PRA TODOS**



**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**



Jerônimo Rodrigues Souza
GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

Geraldo Júnior
VICE-GOVERNADOR

Roberta Silva de Carvalho Santana
SECRETÁRIA DA SAÚDE

Paulo José Bastos Barbosa
SUBSECRETÁRIO DA SAÚDE

Cícero de Andrade Rocha Filho
CHEFE DE GABINETE

Karlos Figueredo
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)

Monica Hupsel Frank
**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 Figueredo 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 Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde (GCE)

Titulares:

Cristiane Câmara Macedo – SESAB/GASEC/APG/COPRI.

Ernesto da Costa Lima Júnior – COSEMS

Francisco Borges Rodrigues Neto – MS/SEMS/BA

Jacqueline do Bonfim Farias – COSEMS

Liliane Mascarenhas Silveira – SESAB/SAIS/DGC;

Lívia Maria Bonfim Mendes Aguiar – COSEMS

Maria Alcina Romero Boullosa – SESAB/SAIS/DAE;

Paulo José Bastos Barbosa – SESAB/GASEC;

Raquel Ferraz da Costa – COSEMS

Rita de Cassia Silvia Santos – SESAB/SUREGS/DIREG;

Roberta Fonseca Sampaio – SESAB/GASEC;

Rodrigo Santos Alves – COSEMS

Stela dos Santos Souza – Presidente do COSEMS

Suplentes:

Cláudia Daniela Santos Souza – SESAB/SAFTEC/DASF

Danielle de Andrade Canavarro – SESAB/SAIS/DAE/COUR

Danilo Fernandes Ricardo – COSEMS

Desirée dos Santos Carvalho – MS/SEMS/BA

Eneida Manuela Barqueiro Gomes – SESAB/SUREGS/DICON

Fernanda Oliveira Maron – COSEMS

Marcus Vinícius Bomfim Prates – SESAB/SAIS/DAB

Maria Rosânia de Souza Rabelo – COSEMS

Rivia Mary de Barros – SESAB/SUVISA

Rodrigo Santos Matos – COSEMS

Rosângela Oliveira dos Santos Almeida – COSEMS

Valmor Santos Félix – COSEMS

Zaine dos Santos Cardozo Lima – SESAB/SAIS/DGESS

Equipe de elaboração / Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional - GTTM

Alexandra Carvalho de Almeida Aires – SESAB/NRS

Ana Ofélia Matos Marques – COSEMS/BA

Celita Nazareth Pacheco – SESAB/NRS

Elânia Sirley Moraes Sant'ana – CIR Itaberaba

Hadson Namour Rocha de Mattos – SESAB/APG/COPRI – (OPAS/OMS)

Luciene da Silva Nascimento Sampaio – COSEMS/BA

Marcele Santana de Freitas – MS/SEMS/BA

Maria Olivia Sousa Costa – CIR Serrinha

Mauricio Correia da Silva – CIR Seabra

Quezia Oliveira Santana – SESAB/NRS

Taise Conceição Santos Oliveira – SESAB/NRS

Tânia Margarida de Novaes Rocha – SESAB/APG/COPRI

Colaboradores

Alan Silva Reis

Cristiane Câmara Macêdo

Cristina Maria Meira de Melo

Eneida Manuela Barqueiro Sena Gomes

Felipe Fontes Costa Pinto

Hadson Namour Rocha de Mattos

Itana Miranda dos Santos

Itanna Vytoria Sousa Serra

Jamille dos Santos Queiroz

Jeyson Murayama

Joana Angélica Oliveira Molesini

Joselma Alves da Silva

Julio Jorge Musse Calzado

Larissa de Faro Valverde

Lucitania Rocha de Aleluia

Lutigardes Bastos Santana

Madalena Braga

Manoel Henrique de Miranda Pereira

Marcia Ediméia Costa de Matos
Maria Auxiliadora Cordova Christofaro
Midiã Santos Câncio Oliveira Fernandes
Orlandina Silva Oliveira do Nascimento
Sara Emanuela de Carvalho Mota
Tânia Margarida de Novaes Rocha
Thaiany Bispo de Oliveira Costa

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 FIGURAS

Figura 1. Macrorregiões e Regiões de Saúde, Bahia.	21
Figura 2. Razão de Mortalidade Materna, segundo parâmetros da OMS. Bahia, 2023. .	39
Figura 3. Sistema Organização da RAS.	85
Figura 4. Percentual de serviços solicitantes dentre os elegíveis por Núcleo Regional de Saúde da Bahia, fevereiro a setembro de 2025.	90
Figura 5. Matriz de Referência da Macrorregião Centro Leste, 2024-2027.	95
Figura 6. Definição das diretrizes da Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2023	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2011-2020*	34
Tabela 2. Número de amputações de membros e internação hospitalar com CID de Diabetes mellitus. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2010-2019*	49
Tabela 3. Índice de dependência de serviços ambulatorial e hospitalar de alta complexidade por macrorregião de saúde. Bahia, 2021-2022	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirâmide etária da população. Macrorregião de saúde Centro Leste, 2010, 2019 e 2024*.	23
Gráfico 2. Número de nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2023	26
Gráfico 3. Nascimento por residência e instrução da mãe, Macrorregião Centro Leste, Bahia, 2010 a 2019.	26
Gráfico 4. Número de casos e Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2010-2019*	31
Gráfico 5. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2011-2020*	32

Gráfico 6. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2011-2020*	35
Gráfico 7. Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2010-2019*	36
Gráfico 8. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2010-2019*	37
Gráfico 9. Razão de mortalidade materna (RMM) por 100 mil NV. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2010-2019*	39
Gráfico 10. Taxa de mortalidade infantil segundo faixa etária por 1.000 NV. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2010-2019*	40
Gráfico 11. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por 1.000 NV. no Estado e Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2010-2019*	41
Gráfico 12. Proporção de gravidez na adolescência, nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. MRS-CENTRO LESTE, 2010-2019.	42
Gráfico 13. Gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal, Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, primeiro quadrimestre de 2022	43
Gráfico 14. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2010-2019*	44
Gráfico 15. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2010-2019*	45
Gráfico 16. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2010-2019*	46
Gráfico 17. Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na mesma faixa etária. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2010-2019*	48
Gráfico 18. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2010-2019*	50
Gráfico 19. Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2010-2019*	50
Gráfico 20. Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2024	52

Gráfico 21. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2024	53
Gráfico 22. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2024	53
Gráfico 23. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2025	54
Gráfico 24. Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2015-2024.....	54
Gráfico 25. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2024	55
Gráfico 26. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2023.....	56
Gráfico 27. Número absoluto de mortalidade materna por raça/cor, Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2023	56
Gráfico 28. Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2023	57
Gráfico 29. Proporção de Óbitos Maternos Investigados. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2023	57
Gráfico 30. Proporção de Nascidos Vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2024.....	58
Gráfico 31. Proporção de Partos Normais. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2024. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2024	58
Gráfico 32. Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2024.....	59
Gráfico 33. Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2023.....	60
Gráfico 34. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2015-2024.....	60
Gráfico 35. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2022-2024	61

Gráfico 36. Percentual de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2014-2023	61
Gráfico 37. Percentual de Municípios que atingiram 75% ou mais na Proporção de Vacinas Seleccionadas do Calendário Nacional de Vacinação para Crianças menores de dois anos de idade. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2014 – 2024	62
Gráfico 38. Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2024*.....	63
Gráfico 39. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015 - 2023	64
Gráfico 40. Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, Bahia 2014-2024. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2024	64
Gráfico 41. Razão exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2024	65
Gráfico 42. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014 - 2022	66
Gráfico 43. Proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2022 - 2024	67
Gráfico 44. Proporção de pessoas com Hipertensão arterial que teve o exame ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2018 - 2024.....	67
Gráfico 45. Hipertensos identificados na APS. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2018 - 2024.....	68
Gráfico 46. Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos), por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (DENM). Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014 - 2023	68
Gráfico 47. Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015 - 2024	69
Gráfico 48. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2019 - 2023	69
Gráfico 49. Taxa de internação por causas externas. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014 – 2023	70
Gráfico 50. Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Centro Leste. Bahia, 2021.	72

Gráfico 51. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Macrorregião de Saúde. Bahia, 2021*	75
Gráfico 52. Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2013-2024	76
Gráfico 54. Número de leitos obstétricos e de leitos para Gestação de Alto Risco, existentes e necessários. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2022*	80
Gráfico 53. Representa�o em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas � prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2022.....	82

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Municípios da Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2023	22
Mapa 2. Municípios de Extrema pobreza. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2019*	25
Mapa 3. Beneficiários Assistência Médica Suplementar. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2019	27
Mapa 4. Cobertura da APS. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2021	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Popula�o indígena por ciclo de vida. Polos bases Euclides da Cunha e Utinga, 2021	28
Quadro 2. Popula�o Carcerária por Regimes, Macrorregião Centro Leste, Bahia, 2022	29
Quadro 3. Dimensões e significado da pontua�o na Matriz GUT. Bahia, 2021.	71
Quadro 4. Quantitativo de equipamentos, serviços especializado, leitos e serviços hospitalares, urgência e emergência (SAMU) e sistema logístico (ambulância comum) disponível para o SUS. Macrorregião de Saúde Centro Leste /Bahia, 2022	79
Quadro 5. Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupa�oes ou especialidades, Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2022	81
Quadro 6. Número de EAS com registro dos procedimentos da prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2022.....	83

Quadro 7. Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Centro Leste do Estado da Bahia, 2025.....	88
Quadro 8. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Centro Leste do Estado da Bahia, 2025.....	91
Quadro 9. Componentes habilitados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Centro Leste do Estado da Bahia, 2025.....	93
Quadro 10. Escalonamento emergencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Centro Leste do Estado da Bahia, 2025.....	94
Quadro 11. Diretrizes e Objetivos Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2023..	99
Quadro 12. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2025	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alta Complexidade
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APG	Assessoria de Planejamento e Gestão
APS	Atenção Primária à Saúde
Asis	Análise da Situação de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BA	Bahia
BI	<i>Business Intelligence</i>
BORS	Base Operacional na Região de Saúde
CAMAB	Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CBO	Cadastro Brasileiro de Ocupação
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CI	Coeficiente de Incidência
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Copri	Coordenação de Planejamento Regional Integrado
Cosems	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde
CRU	Central de Regulação de Urgência
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCbV	Doenças Cerebrovasculares
DCV	Doenças Cardiovasculares
DENM	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
DIC	Doenças Isquêmicas do Coração
Divep	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DM	Diabetes Mellitus
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
EAS	Estabelecimento de Assistência à Saúde
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAESM	Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESB	Equipe Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FTE	<i>Full-Time Equivalent</i>
GCE	Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde
GTTM	Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional
GUT	Gravidade, Urgência e Tendência
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ideb	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LVH	Leishmaniose Visceral Humana
MC	Média Complexidade
MRS	Macrorregião de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NRS	Núcleo Regional de Saúde
NV	Nascidos Vivos
OBR	Observatório Baiano de Regionalização
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRI	Planejamento Regional Integrado
ProadiSUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PROSUS	Programa de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMS	Região Metropolitana de Saúde
RS	Região de Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
Saeb	Sistema de Avaliação da Educação Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SBACV	Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SEINP	Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa
SEMS	Superintendência Estadual do Ministério da Saúde
Sesab	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistemas de Atenção Básica
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIHD	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
Suvisa	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde

TABWIN	Tabela para Windows do DATASUS/MS
TB	Tuberculose
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UAI	Unidade De Acolhimento Infanto Juvenil
UAVC	Unidade de Acidente Vascular Cerebral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCA	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCO	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCO	Unidade Coronariana
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI NEO	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2. CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO LESTE	21
2.1. População por sexo e idade	23
2.2. Municípios em situação de extrema pobreza	24
2.3 Nascidos vivos	25
2.4. Cobertura de Assistência Médica Suplementar	26
2.5. População indígena aldeada	27
2.6. População privada de liberdade	29
3. ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE	30
3.1 Doenças Infecciosas e Parasitárias	30
3.2 Atenção à Saúde Materna e Infantil	38
3.3 Neoplasias	43
3.4 Doenças do Aparelho Circulatório	45
3.5 Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	47
3.6. Morbimortalidade por causas externas	49
3.7 Atualização do Estado de Saúde	51
3.7.1 Doenças Infecciosas e Parasitárias	52
3.7.2 Atenção à Saúde Materna e Infantil	55
3.2.3 Neoplasias	62
3.7.4 Doenças do Aparelho Circulatório	65
3.7.5 Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	68
3.7.6 Morbimortalidade por causas externas	69
4. SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA	70
5. ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA	73
5.1 Organização	73
5.1.1 Índice de dependência macrorregional	74
5.1.2 Cobertura da Atenção Primária à Saúde	75
5.1.3 Central de Regulação	77
5.1.3.1 Central de Regulação de Urgências	77
5.1.3.2 Central de Regulação do Acesso às Ações e Serviços de Saúde	77
5.2 Infraestrutura	78
5.3 Produção de serviço	82
6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	83
6.1 Sistema Organização da RAS	84
6.2 Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne)	85

6.3 Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE)	87
6.4 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	90
6.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)	93
6.6 Rede de Atenção às Doenças Crônicas	94
7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	97
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE	113
8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação	114
8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento	114
9. COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS	119

1 INTRODUÇÃO

Este Plano Macrorregional de Saúde da Macrorregião de Saúde Centro Leste (MRS-Centro Leste) é o produto do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), previsto na Resolução Consolidação CIT n. 01 de 30 de março de 2021¹. O PRI tem por objetivo organizar de forma integrada as ações e os serviços de saúde, promovendo a equidade regional e fortalecendo o planejamento ascendente no SUS.

A partir da configuração das regiões de saúde definidas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o PRI, parte do processo de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser instituído e coordenado pelo Estado em articulação com municípios e contará com a participação da União.

O processo de planejamento na Bahia (BA) iniciado em 2018 envolveu os 417 (quatrocentos e dezessete) municípios que compõem 9 (nove) Macrorregiões de Saúde (MRS), definidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR 2007).

Entre setembro e outubro de 2019 ocorreram, em todo o Estado, oficinas macrorregionais com a participação de gestores e de equipes municipais objetivando elaborar o conceito de Rede de Atenção à Saúde (RAS) que orienta o PRI no Estado da Bahia.

O conceito de RAS ficou assim definido:

Rede de Atenção à Saúde é a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, complementares e vinculados entre si, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que operem de forma cooperativa e organizada no território loco regional, orientada pelo respeito à diversidade de contextos socio espaciais e econômicos para responder adequadamente as necessidades de saúde do indivíduo, família e/ou comunidade. Para tanto, estabelece a atenção primária a saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, garantindo a universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, compartilhando objetivos, compromissos e resultados sanitários.

Com a situação de pandemia da covid-19, iniciada em março de 2020, as secretarias municipais e estadual da saúde redirecionaram o foco do trabalho concentrando em ações e medidas de controle e atenção à pandemia, o que imprimiu morosidade ao processo de

discussão, debate e acordos entre os entes federativos sobre os temas gerais para organização da RAS, requisitos fundamentais ao desenvolvimento do PRI.

Apesar de não ser possível operar oficinas com os gestores, um grupo de técnicos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), sob a coordenação da Assessoria de Planejamento e Gestão (APG) via a Coordenação de Planejamento Regional Integrado (Copri) realizavam encontros semanais para a definição de metodologias a serem utilizadas nas oficinas macrorregionais e para a produção de estudos para subsidiar o PRI.

Desses encontros participaram: representantes da Sesab, do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (Cosems/Ba) e do Ministério da Saúde (MS), por meio da Superintendência Estadual da Bahia/Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP/BA).

O ponto de partida das discussões foi a Análise da Situação de Saúde (Asis) constante no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020/2023² do Estado da Bahia. A partir do PES, o grupo selecionou indicadores do estado de saúde da população, que foram agregados por seis áreas temáticas e, posteriormente, submetidos à Comissão Intergestores Bipartite, aprovados e publicados, via Resolução CIB/BA n. 018/2021³.

Nas oficinas macrorregionais, realizadas de forma *online* entre julho e agosto de 2021, com a participação dos gestores municipais e técnicos estaduais e municípios, além de colaboradores da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) que se reuniram em grupos de trabalho para exame detalhado dos indicadores das áreas definidas e discussão dos problemas da Rede de Atenção a Saúde do seu território que poderiam impactar em resultados desfavoráveis para a saúde da população. Posteriormente, foi utilizado um formulário elaborado com a metodologia da matriz GUT (Gravidade - Urgência - Tendência), enviado pela APG/Copri aos 417 secretários municipais da Saúde. Com a contabilização dos resultados por macrorregião de saúde foi definida a prioridade sanitária para cada uma delas.

Esta priorização guiou o desenho da linha de cuidado da RAS, dando continuidade ao ciclo do PRI no Estado da Bahia, que tem a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/BA), como espaço de governança. Destacamos que antes da pactuação na CIB o consenso foi formado no Grupo Condutor de Rede do estado da Bahia, instituído no ano de 2012, denominado atualmente de Grupo Condutor Estadual (GCE), com representação dos três entes federados, que tem como objetivo discutir as redes temáticas que compõe a RAS no Estado.

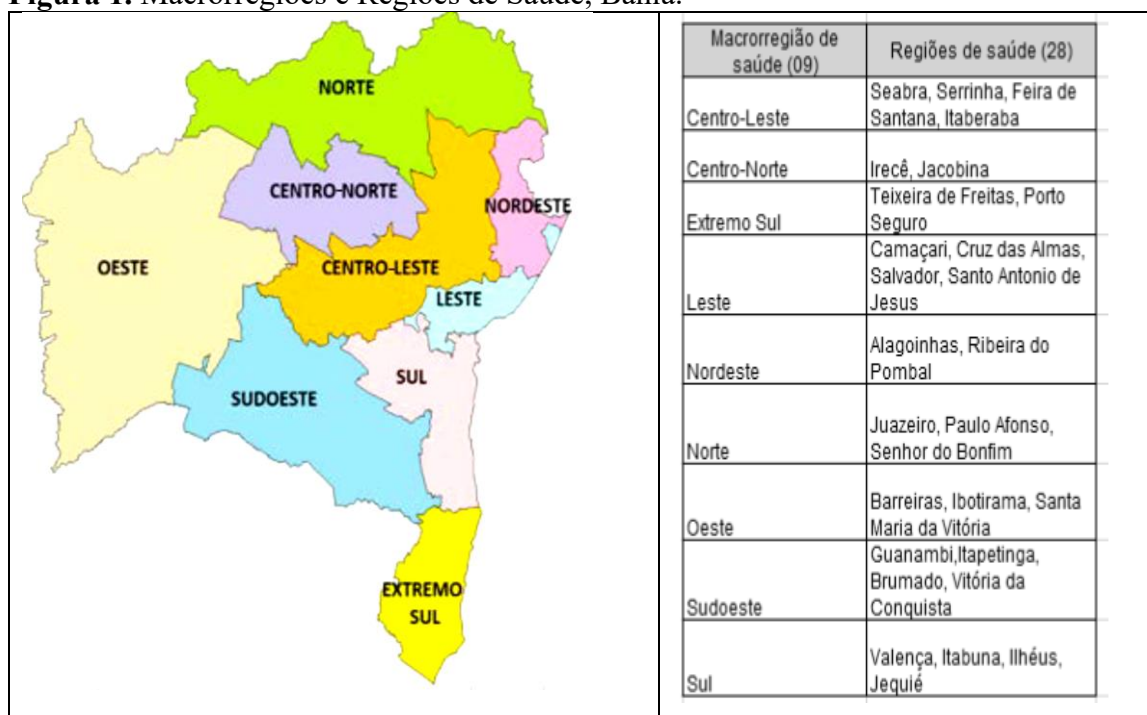
O Plano da MRS-Centro Leste, ora apresentado, é o resultado do processo do PRI e está acessível no Observatório Baiano de Regionalização (OBR), para gestores, profissionais, trabalhadores da saúde e comunidade, cumprindo com a finalidade precípua do PRI que é contribuir para a mudança da situação de saúde e avançar no processo de consolidação e democratização do SUS.

2. CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO LESTE

Para implantação das políticas estaduais de saúde, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Bahia divide o espaço geográfico baiano em 9 (nove) MRS e 28 (vinte e oito) Regiões de Saúde (RS).

A Sesab tem estrutura na sede de cada MRS, denominada Núcleo Regional de Saúde (NRS) que opera com escritórios descentralizados, denominados Bases Operacionais nas Regiões de Saúde (BORS) (Figura 1).

Figura 1. Macrorregiões e Regiões de Saúde, Bahia.



Fonte: Sesab/Observatório Baiano de Regionalização/Revista Baiana de Saúde Pública v. 47, supl. 1, jan./mar. 2024. p. 247

Na 260ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite, realizada em 2018, ocorreu a definição do território das MRS para o processo do PRI e foi publicada na Resolução CIB/BA n. 167/2018, confirmando o desenho do PDR de 2007.

A área territorial da Macrorregião de Saúde Centro Leste (MRS-Centro Leste) totaliza 69.846,341 km² (IBGE, 2019), estando atualmente com cerca de 2.227.863 habitantes (IBGE, 2020), distribuídos em 72 (setenta e dois) municípios:

- 42 municípios de pequeno porte, com menos de 20 mil habitantes;
- 29 municípios entre 20 e 100 mil; e,
- 01 (um) município com mais de 100 mil habitantes (segundo município com maior população no Estado).

Os municípios da MRS-Centro Leste são: Abaíra, Água Fria, Amélia Rodrigues, Andaraí, Anguera, Antônio Cardoso, Araci, Baixa Grande, Barrocas, Biritinga, Boa Vista do Tupim, Boninal, Bonito, Candeal, Cansanção, Capela do Alto Alegre, Conceição do Coité, Conceição do Jacuípe, Coração de Maria, Euclides da Cunha, Feira de Santana, Gavião, Iaçú, Ibiquera, Ibitiara, Ichu, Ipecaetá, Ipirá, Iraquara, Irará, Itaberaba, Itaeté, Lajedinho, Lamarão, Lençóis, Macajuba, Marcionílio Souza, Monte Santo, Mucugê, Mundo Novo, Nordestina, Nova Fátima, Nova Redenção, Novo Horizonte, Palmeiras, Pé de Serra, Piaçã, Pintadas, Queimadas, Quijingue, Rafael Jambeiro, Retirolândia, Riachão do Jacuípe, Ruy Barbosa, Santa Bárbara, Santaluz, Santanópolis, Santo Estêvão, São Domingos, São Gonçalo dos Campos, Seabra, Serra Preta, Serrinha, Souto Soares, Tanquinho, Teodoro Sampaio, Teofilândia, Terra Nova, Tucano¹, Utinga, Valente e Wagner (Mapa 1).

Mapa 1. Municípios da Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2023



Fonte: PDR\BA, 2007.

A área de abrangência da MRS-Centro Leste agrega quatro Regiões de Saúde (RS): Feira de Santana, onde está localizada a instância administrativa desconcentrada da Sesab - o Núcleo Regional de Saúde (NRS); e 04 (quatro) Bases Operacionais localizadas nos municípios de Itaberaba, Seabra, Serrinha e Mundo Novo.

¹ Dados coletados antes da alteração de Tucano para outra macrorregião.

2.1. População por sexo e idade

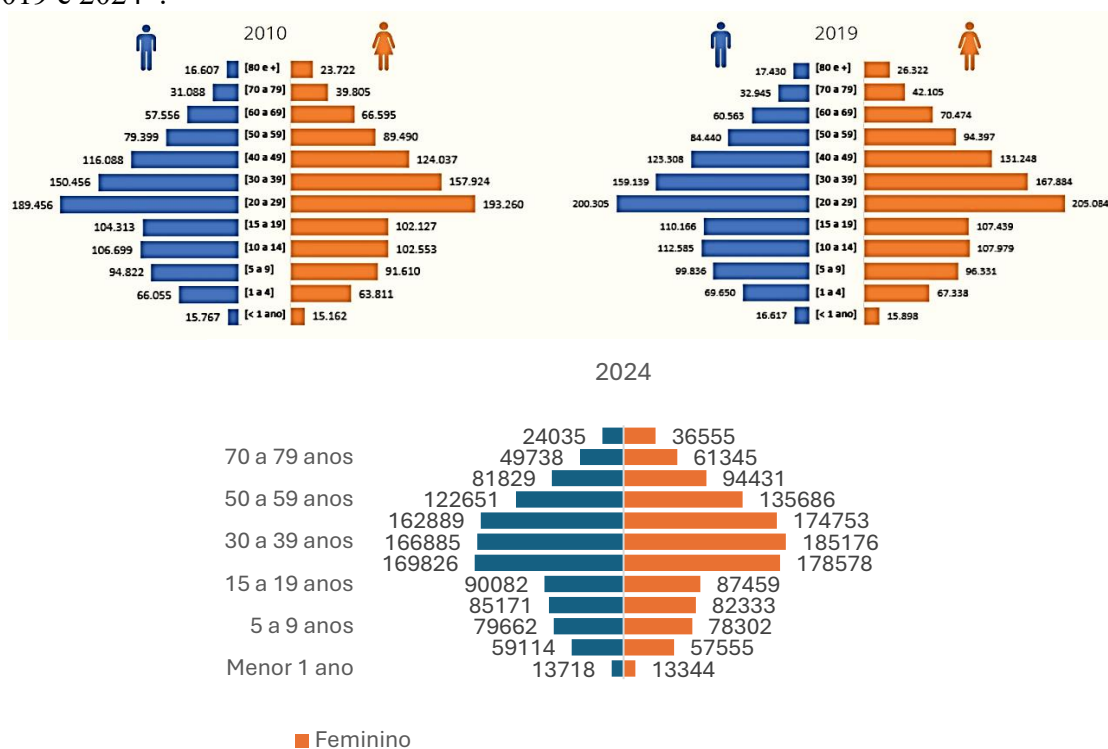
Em 2010 a MRS-Centro Leste contava com 2.098.402 habitantes, em 2019 com 2.219.482 e em 2024 com 2.240.158 habitantes o que equivalia 15% da população do Estado da Bahia.

O aumento de 121.081 pessoas no período de 2010 a 2019 foi distribuído por todas as faixas etárias, cabendo destacar:

- discreta mudança no percentual das faixas etárias menores de 15 (quinze) anos e maiores de 60 (sessenta) anos: 26,5% e 11,2% (2010) e 26,4% e 11,3% (2019), respectivamente;
- as faixas entre 15 a 59 anos mantêm a proporção de 62,3% do total, nesse período.

Com relação a distribuição por sexo, há maior participação da população masculina nas faixas etárias de menores de 20 (vinte) anos e, nas demais faixas etárias, predomínio da população feminina, em 2010 e em 2019 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Pirâmide etária da população. Macrorregião de saúde Centro Leste, 2010, 2019 e 2024*.



Fonte: SESAB/ SUVISA/ DIVEP/ GT Demografia, 2024 *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

A pirâmide etária da Macrorregião em 2024 (Gráfico 1) revela mudanças significativas na estrutura demográfica, evidenciando tendências de envelhecimento populacional e redução da base jovem. A população feminina representa 51,74% e masculina 48,26% a faixa etária de maior concentração está entre 20 a 59 anos.

2.2. Municípios em situação de extrema pobreza

Pobreza é definida como a falta de acesso a serviços essenciais (saneamento básico, saúde, educação, energia elétrica, entre outros), à bens de consumo, sobretudo alimentos e à bens materiais necessários para a manutenção da vida em condições básicas⁵. A Organização Mundial de Saúde (OMS) não limita apenas ao per capita diário e ao acesso aos serviços básicos, como determinantes dessa condição, mas também o estado de desnutrição, discriminação, desigualdade e exclusão social, dentre outros.

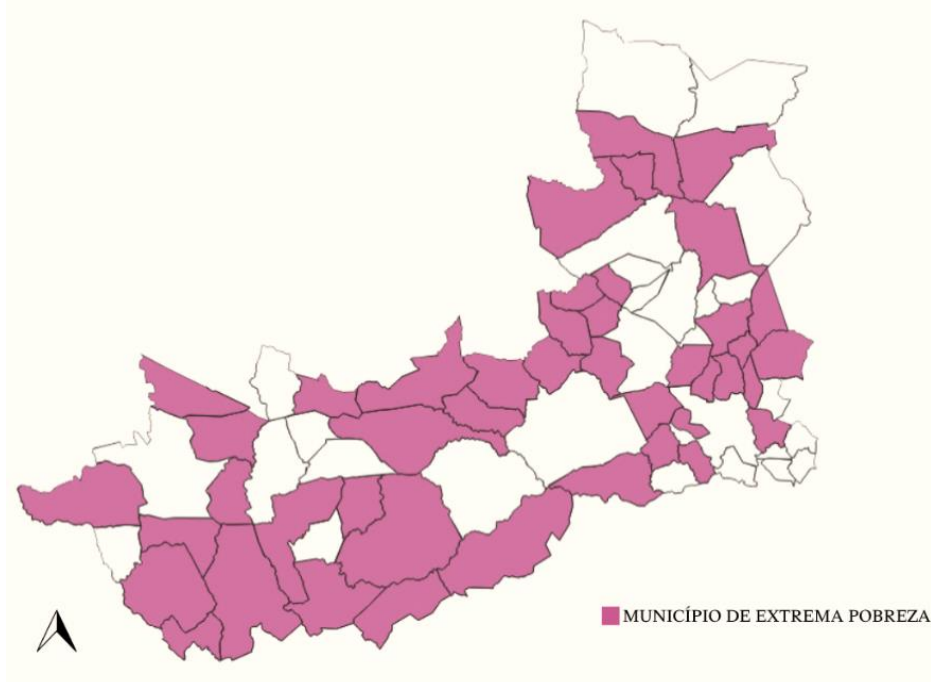
De acordo com o censo do IBGE, em 2000 a pobreza extrema atingia 12,48% da população brasileira, tendo diminuído para 6,62% no Censo/2010. No entanto, este quadro foi transformado, quando em 2018 houve registro do maior número de brasileiros vivendo abaixo da linha de pobreza (13,5 milhões de pessoas ou 6,5% da população brasileira). No ano seguinte este percentual ampliou para 13,8 milhões de pessoas, agravando em 2020, com a pandemia da COVID -19.

Na Bahia, em 2019, 4 (quatro) em cada 10 (dez) moradores (40,4% da população), estavam abaixo da linha da pobreza monetária e pouco mais de 1 (um) em cada 10 (12,5%) estava abaixo da linha de extrema pobreza, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁶.

Dos 72 (setenta e dois) municípios da MRS- Centro Leste, 44 (quarenta e quatro) (61%) são classificados como municípios de extrema pobreza: Abaíra, Água Fria, Andaraí, Anguera, Antônio Cardoso, Araci, Baixa Grande, Biritinga, Boa Vista do Tupim, Boninal, Candeal, Cansanção, Capela do Alto Alegre, Coração de Maria, Gavião, Iaçú, Ibiquera, Ibitiara, Ipecaetá, Iraquara, Itaetê, Lamarão, Macajuba, Marcionílio Souza, Mucugê, Mundo Novo, Nordestina, Nova Fátima, Palmeiras, Pé de Serra, Piatã, Pintadas, Queimadas, Quijingue, Rafael Jambeiro, Ruy Barbosa, Santa Bárbara, Santanópolis, São Domingos, Serra Preta, Serrinha, Souto Soares, Tanquinho, Tucano² e Utinga (Mapa 2).

² Dados coletados antes da alteração de Tucano para outra macrorregião.

Mapa 2. Municípios de Extrema pobreza. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2019*



Fonte: IBGE, 2022 *Dados coletados em 08.04.2022

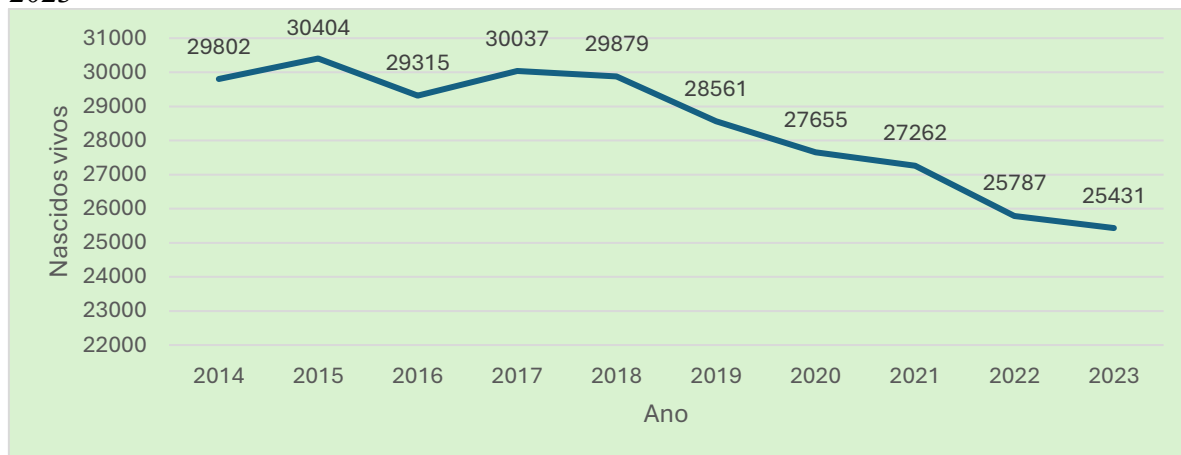
Comparando os dados relativos à população da MRS-Centro Leste para 2010 e 2019, período utilizado para subsidiar a priorização no PRI, verifica-se um aumento de 19.946 habitantes em extrema pobreza:

- 2010 ► do total de 2.098.402 habitantes da MRS- Centro Leste, 769.882 (36,7%) viviam nos 44 (quarente e quatro) municípios classificados como de extrema pobreza;
- 2019 ► do total de 2.219.483 habitantes da MRS- Centro Leste, 789.828 (35,6%) viviam nesses municípios.⁷

2.3 Nascidos vivos

Na Macrorregião, considerando a série histórica de 2014-2023 houve redução no número de nascidos vivos (NV), passando de 29.802 em 2014 para 25.431 em 2023. Observa-se ainda que nos anos de 2015, 2017 e 2018 houve um aumento de NV, a partir daí ocorreu redução em todos os anos da série (Gráfico 2).

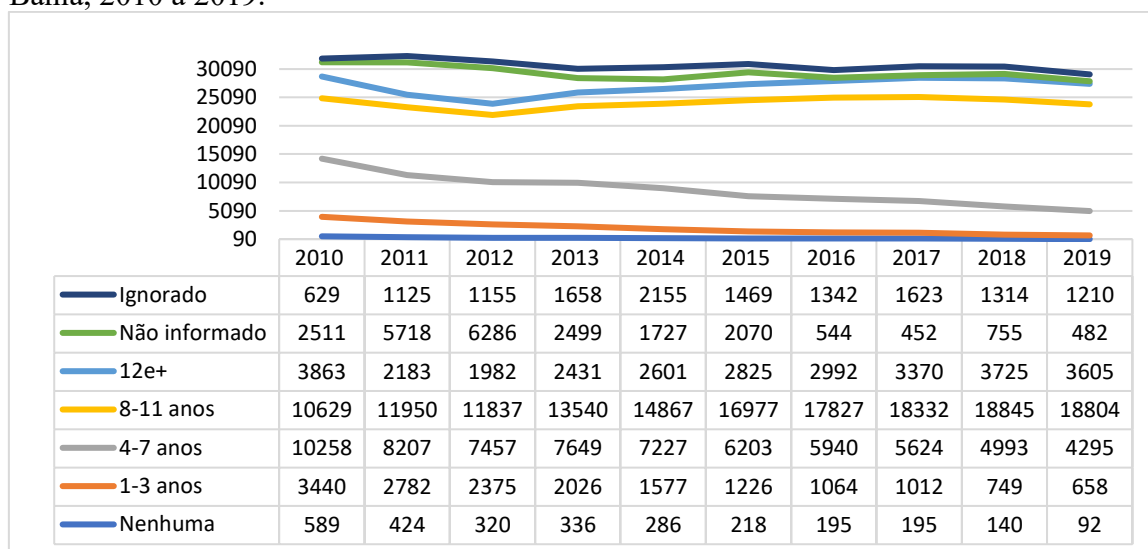
Gráfico 2. Número de nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2023



Fonte: SESAB/ SUVISA/ DIVEP/ SIM, 2023 *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

Na MRS-Centro Leste, as informações do período 2010-2019 que subsidiaram a definição de prioridades sanitárias demonstravam que houve aumento no número de anos de instrução de mães de NV: variação de 8 (oito) a 11 (onze) anos de instrução, com discreta elevação no número de mães com 12 (doze) anos e mais anos de instrução, o que poderá melhorar o entendimento referente à assistência pré-natal, parto e puerpério (Gráfico 3).

Gráfico 3. Nascimento por residência e instrução da mãe, Macrorregião Centro Leste, Bahia, 2010 a 2019.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINASC - Sistema de Informação sobre N.V.

2.4. Cobertura de Assistência Médica Suplementar

O principal objetivo do Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS) é auxiliar no acesso da população aos serviços ambulatoriais de saúde e à assistência

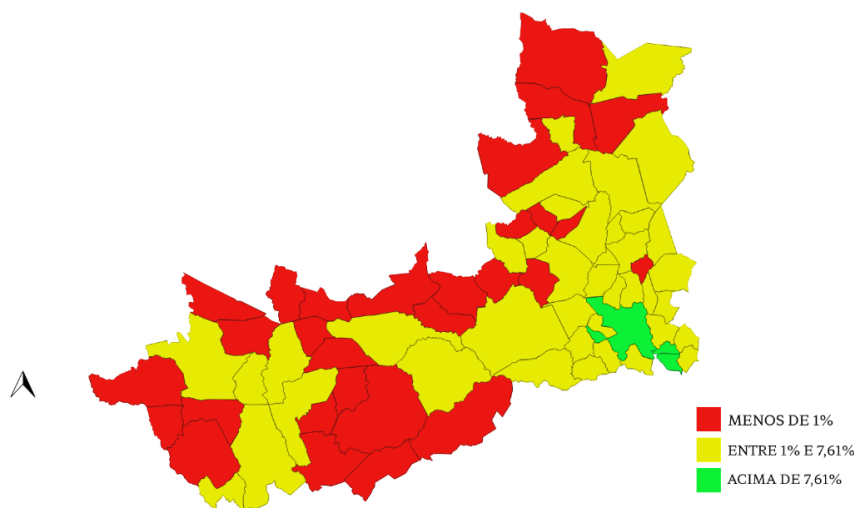
hospitalar. No modelo atual, o foco é o tratamento de doenças já instaladas, seja para a cura ou para a melhoria dos sintomas. Conforme a ANS, em 2019 o Brasil tinha o total de 47.077.672 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica, com ou sem odontologia, e 25.356.245 milhões, exclusivamente, em planos odontológicos.

Na Bahia, neste mesmo ano, 2,47% da população contava com assistência médica suplementar. Em 2019, a cobertura de plano de saúde médico ou odontológico foi estimada em 28,5%.⁸

Em 2019, 168.903 (cento e sessenta e oito mil, novecentas e três) pessoas (7,6% do total da população da MRS- Centro Leste) eram beneficiárias de planos do SAMS, e 92,4% da população dependia, exclusivamente, dos serviços da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (RAS-SUS), sendo Feira de Santana o município com o maior percentual (21,10%) de beneficiários da assistência à saúde suplementar, seguido dos municípios de Amélia Rodrigues (8,62%) e de Conceição do Jacuípe (7,98%).

Em relação ao percentual de beneficiários por municípios, dos 72 (setenta e dois) municípios da MRS-Centro Leste 29 (vinte e nove) estão abaixo de 1%; 40 (quarenta) entre 1% e 7,61%,⁷ e os demais acima de 7,61% (Mapa 3).

Mapa 3. Beneficiários Assistência Médica Suplementar. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2019



Fonte: Agência nacional de Saúde. Dados extraídos em 29 de agosto de 2022.

2.5. População indígena aldeada

De acordo com a Base Territorial do IBGE, estão cadastradas 632 terras indígenas e 5.494 agrupamentos indígenas em todo o Brasil.

A Base de Informações Geográficas e Estatísticas sobre indígenas e quilombolas para

enfrentamento à Covid-19 (atualizada em 20/05/2020), do IBGE, tem como objetivo disponibilizar os dados de localidades da Base Territorial Censitária do IBGE, que se encontra em consolidação para o Censo Demográfico com início em 1º de agosto/2022.

Paralelamente, segundo o Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia – (DSEI/BA/MS), em levantamento realizado em 2021, no Polo Base de Euclides da Cunha, existem oito aldeias reconhecidas como territórios indígenas, todas situadas no próprio município sede: Baixa da Ovelha; Icó; Icó – Outra Banda; Icó – Saco das Covas; Icó – Várzea; Ilha; Lagoa Seca; Massacará.

Com base nas informações do Censo Demográfico/2010 sobre Terras Indígenas, na MRS-Centro Leste existem terras indígenas cadastradas nos municípios de Euclides da Cunha e Utinga. As pessoas declaradas indígenas no primeiro município em 2010 eram 969, enquanto as pessoas declaradas indígenas que residiam efetivamente em terras indígenas daquele município, nesse mesmo ano, eram 701. Comparando esses dados com os levantados pelo DSEI/BA em 2021, o município de Euclides da Cunha contava com uma população indígena total de 1013 pessoas.

No município de Utinga, há apenas uma aldeia indígena (Payaya) com população indígena declarada, em 2021, de 47 (quarenta e sete) pessoas (Quadro 1).

Quadro 1. População indígena por ciclo de vida. Polos bases Euclides da Cunha e Utinga, 2021

Ciclos de vida	Euclides da Cunha	Utinga
Infância (< 10 anos)	161	01
Adolescência (≥10 e <20)	215	06
Adulto (≥20 e <60)	504	39
Idoso (≥ 60)	133	01
TOTAL	1.013	47

Fonte: Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia – DSEI/BA/MS

A população indígena do município de Euclides da Cunha, em oficina de Análise de Situação de Saúde realizada no DSEI/BA, no ano de 2021, apresentou como os principais problemas de saúde levantados: hipertensão e diabetes; síndromes gripais; obesidade; doenças cardíacas e circulatórias; neoplasias; dermatoses e alcoolismo. As maiores dificuldades relatadas: tempo extenso de agendamentos na Central de Regulação para algumas especialidades, como otorrinolaringologia, cardiologia e neurologia; acesso à exames laboratoriais e essenciais para gestantes; deficiência na aquisição de alguns

medicamentos dos Programas Hiperdia (Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, gerido pelo Ministério da Saúde e de Saúde Mental).

No município de Utinga, os principais problemas de saúde indicados foram: obesidade, hipertensão, diabetes e problemas relacionados à saúde mental. Quanto aos desafios a serem superados, foram referidos o difícil acesso e a morosidade no agendamento de exames e procedimentos da atenção primária à saúde (APS), de média e de alta complexidade (AC) e a dificuldade de acesso a procedimentos odontológicos.

2.6. População privada de liberdade

Conforme a Secretaria da Administração Penitenciária do Estado da Bahia⁹ em setembro de 2022, a população penitenciária da MRS-Centro Leste está concentrada nos municípios de Feira de Santana e Serrinha, totalizando 2.015 pessoas privadas de liberdade:

- 1.963 homens - 825 presos provisórios e 1.138 condenados (843 em regime fechado (RF) e 295 em regime semiaberto (RSA)).
- 52 mulheres - 26 presas provisórias e 26 condenadas (20 em regime fechado e 6 em regime semiaberto).

O conjunto penal de Feira de Santana tem a maior concentração de presos (1.806) o que corresponde 89,63%, enquanto Serrinha tem 209 detentos, (10,37%).

Em relação à capacidade instalada, no conjunto penal de Feira de Santana há um excedente de 450 presos (33,2%), enquanto no conjunto penal de Serrinha existe um déficit de ocupação de 267 presos (56,1%) (Quadro 2).

Quadro 2. População Carcerária por Regimes, Macrorregião Centro Leste, Bahia, 2022

MACRORREGIÃO	MASCULINO			FEMININO			TOTAL	Capacidade Nominal	Capacidade Real	Excedente
	Provisório	Condenados		Provisório	Condenadas					
		RF	RSA /INT		RF	RSA/ INT				
CENTRO LESTE										
Conjunto Penal de Feira de Santana	696	763	295	26	20	6	1.806	1.356	1.356	450
Conjunto Penal de Serrinha	129	80	0	0	0	0	209	476	476	-267
Total Custodiados	825	843	295	26	20	6	2.015	1.832	1.832	183

Fonte: Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização Central de Informação e Documentação/BA. Acesso em 22/09/2022.

O Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional (GTTM) contextualizou a análise da situação de saúde da MRS-Centro Leste com variáveis socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas, selecionadas e validadas pelos gestores municipais de saúde.

3. ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE

A Análise da Situação de Saúde (Asis) é a etapa do PRI que descreve o estado de saúde da população, com os indicadores selecionados a partir do PES - BA 2020/2023² para definição da prioridade sanitária em 2021. Posteriormente, no ano de 2025 foi realizada uma atualização desta análise que possibilitou a definição de metas e Indicadores etapa essencial na modelagem, monitoramento e avaliação das prioridades sanitárias, conforme previsto em normativas como a Consolidação CIT nº 1/2021¹.

As informações contidas neste item estão disponibilizadas no Observatório Baiano de Regionalização (OBR), por intermédio da plataforma do *Power Business Intelligence* (PowerBI), disponível em: <https://bi.saude.ba.gov.br/observatorio/>.

Assim, neste conteúdo, descreve-se as necessidades de saúde da população da MRS- Centro Leste que servem como referência para a organização dos pontos de atenção e modelagem da RAS no território, respectivo.

3.1 Doenças Infecciosas e Parasitárias

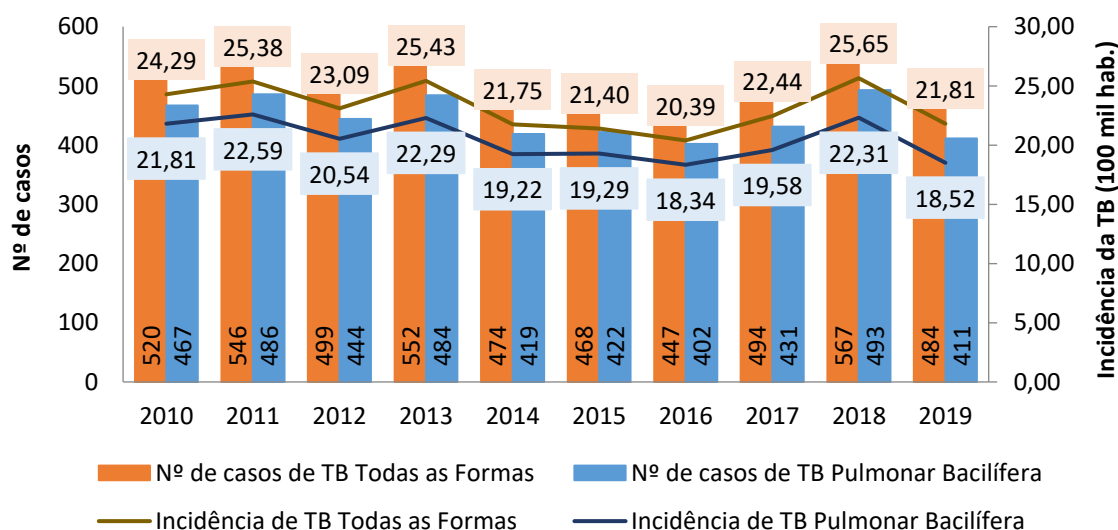
O capítulo I da Classificação Internacional de Doenças (CID) 10, agrupa doenças infecciosas (aquelas cujo agente etiológico pode ser bactérias, vírus, riquetsias, clamídias ou fungos) e, doenças parasitárias (aquelas transmitidas por protozoários, helmintos, artrópodes que atuam como hospedeiros intermediários). Algumas doenças deste capítulo são classificadas como vetoriais, quando transmitidas por vetores (propagadas por organismos intermediários que podem ser mosquitos, carrapatos ou roedores, que transmite para humanos).

Doenças infecciosas são causadas por agentes patogênicos ou seus produtos tóxicos, transmitidos de pessoas, animais ou reservatórios infectados para indivíduos suscetíveis. O comportamento das doenças infecciosas, na comunidade, varia em cada ponto no tempo e no espaço.¹⁰

A Resolução CIB/BA nº 018/2021³, define para análise entre as doenças infecciosas indicadores referentes à tuberculose, à Aids e HIV, a meningites e hepatites bacterianas e virais.

Na MRS- Centro Leste os dados referentes ao número de casos de tuberculose¹¹ e o Coeficiente de Incidência (CI) de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera (série histórica 2010-2019) evidenciam tendência de queda, percentual, destes indicadores até o ano de 2016:14,04% em relação ao número de casos de todas as formas e de 13,92% da forma pulmonar bacilífera. Quanto ao CI para TB de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera a redução percentual foi de 16,04% e 15,93%, respectivamente. Esses resultados podem estar relacionados a melhores condições de vida da população, bem como ao maior acesso aos serviços de saúde. Contudo, em 2018 houve aumento percentual do número de casos para TB de todas as formas de 26,85% do número de casos e de 25,79% em relação ao CI e em relação a TB de forma pulmonar bacilífera, o aumento percentual de 22,64% do número de casos e em relação ao CI de 21,64%. A partir daí voltou a reduzir no ano de 2019 em relação ao início da série histórica (Gráfico 4).

Gráfico 4. Número de casos e Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2010-2019*



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

Segundo o PES 2020-2023² não houve mudanças significativas na taxa de mortalidade por tuberculose, na Bahia, no período 2011-2017.

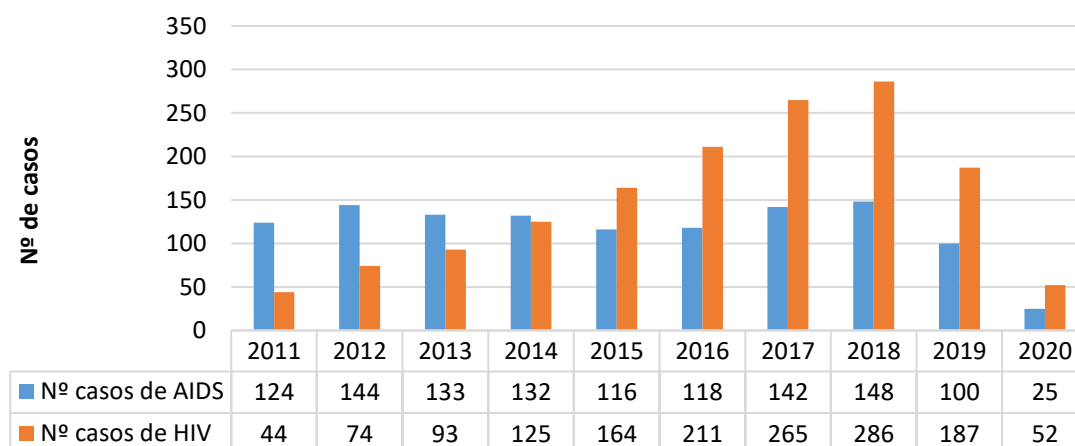
Nos anos de 2018- 2019 manteve-se igual tendência, com taxa de mortalidade de 2,12 e 2,14 por 100 mil habitantes, respectivamente. No período de 2011-2019, na MRS- Centro Leste, ocorreram oscilações e valores abaixo do Estado, com destaque para o ano 2013, quando a taxa de mortalidade na macrorregião atingiu 2,40 e no Estado foi de 2,53/100 mil habitantes¹²

A análise da morbimortalidade por TB tem por objetivo estimar o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose ou morrer pela 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), este é um retrovírus que apresenta propriedades específicas, 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 por via de relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas contaminadas ou por transmissão vertical (TV) – de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação – quando as devidas medidas de prevenção não são asseguradas^{13,14}. Na análise da distribuição dos casos de Aids e contaminação pelo HIV, na série histórica 2011-2020, nota-se que na MRS- Centro Leste houve variação no número de casos de Aids até o ano de 2018 (148 casos) e, posterior redução até ano de 2020 (25 casos). Com relação à infecção pelo HIV, a tendência foi de crescimento de 2011 (44 casos) até 2018 (286 casos) e redução a partir de 2019 e 2020 (187 e 52 casos respectivamente) (Gráfico 5).

Gráfico 5. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2011-2020*



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

O Coeficiente de Mortalidade (CM) por Aids na Bahia, apresentou tendência de estabilidade no período 2011-2020, por 100mil habitantes: maior valor 2,8 (2017) e menor valor de 2,0 (2020)¹⁴.

Os indicadores da MRS- Centro Leste sugerem 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 e a da Aids, cujos sinais e sintomas surgem, em geral, após longo período de infecção assintomática (em média 8 anos), quando o indivíduo permanece infectante. 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 doença¹⁵.

As meningites bacterianas e virais 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 (o número de casos é esperado ao longo de todo o ano, mas com característica de sazonalidade com aumento das formas bacterianas no inverno e virais no verão. A vacinação é a principal ferramenta na prevenção da doença bacteriana¹⁶.

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 casos¹⁷.

Com a implantação da vacina meningocócica “C” conjugada no calendário básico de vacinação da criança no início de 2010 observou-se na Bahia um decréscimo no CI da doença meningocócica nos anos subsequentes em todas as macrorregiões e na MRS-Centro Leste, em 2011, apresentou o maior CI (0,81), em contraponto ao ano de 2017, que registrou o menor CI 0,09 (Tabela 1).

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

Ano Início Sintomas	Viral	Outras Bactérias	Meningocócica	Pneumocócica
2011	1,61	1,23	0,81	0,28
2012	2,03	1,04	0,19	0,14
2013	1,60	0,67	0,18	0,04
2014	1,06	0,80	0,31	0,13
2015	0,70	1,01	0,13	0,18
2016	0,18	0,53	0,18	0,09
2017	0,52	0,61	0,09	0,09
2018	0,63	0,41	0,18	0,54
2019	0,36	0,45	0,14	0,27
2020	0,36	0,13	0,13	0,09

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

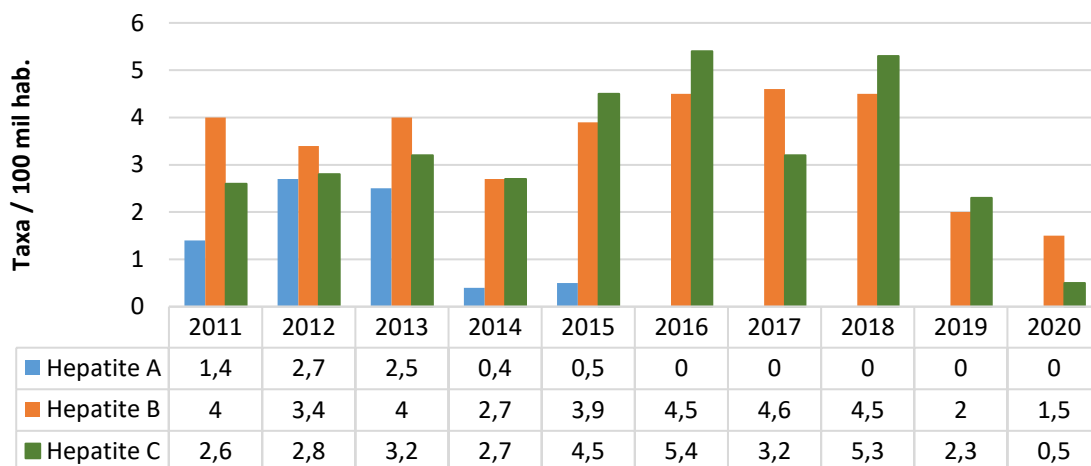
Entre as meningites por outras bactérias, as provocadas pelos bacilos *Mycobacterium tuberculosis* e *Haemophilus Influenza* são passíveis de prevenção por meio das vacinas BCG, Hib e Pentavalente e coberturas elevadas desses imunizantes impactam significativamente o número de casos e óbitos dessas doenças.

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” que, frequentemente, crônificam.¹⁴

No período 2011-2020 o Estado da Bahia apresentou oscilação na taxa de detecção por 100 mil habitantes nos três tipos de hepatites virais¹⁷ e a MRS- Centro Leste acompanha a tendência do Estado. É expressiva a tendência de queda com relação ao vírus tipo “A”, com exceção dos anos de 2012-2013 que apresenta a maior taxa de detecção (2,7 e 2,5 por 100 mil habitantes, respectivamente) e posteriormente chegando a nenhum caso 2016-2019. 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 justificar a diminuição de casos. Quanto a hepatite “B”, as menores taxas correspondem aos anos de 2019 (2,0 por 100 mil habitantes) e 2020 (1,5 por 100 mil habitantes) respectivamente, tendo o ano de 2017 (4,6 por 100 mil habitantes) apresentado a maior taxa. Esta tendência pode estar relacionada a maior sensibilidade das vigilâncias epidemiológicas municipais e a implementação da realização dos testes rápidos na atenção básica. Em relação à hepatite

C, no ano de 2015, introduziram-se novas drogas com menos efeitos colaterais e maior eficácia. Constata-se a maior e menor taxa nos anos de 2016-2020 (5,4 e 0,5 por 100 mil habitantes), respectivamente (Gráfico 6).

Gráfico 6. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 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” e a hepatite “B” conta com vacina, 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 referidas e analisadas são desafios aos programas de prevenção e representam importante problema de saúde pública. Os dados apresentados comprovam a necessidade de ampliar ações de prevenção e controle e reforça a necessidade de integração entre as áreas de vigilância epidemiológica e a rede assistencial.¹⁸

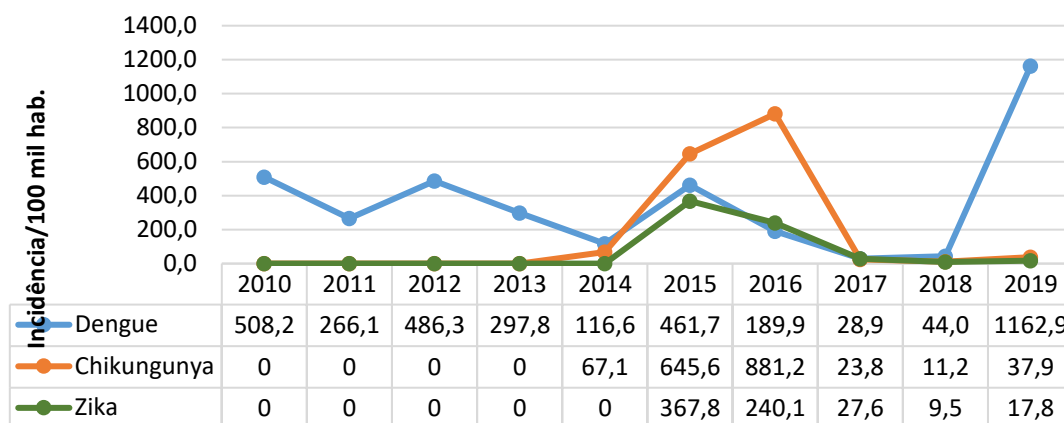
Dentre as doenças infecciosas e parasitárias, serão analisadas as doenças vetoriais¹⁹ de maior magnitude no Estado: arboviroses e leishmaniose visceral.

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.²⁰

Nos últimos anos, os sistemas de saúde, em diferentes países das Américas, têm lidado com doenças emergentes ou reemergentes transmitidas por mosquitos vetores, em especial arboviroses, como dengue, chikungunya, zika, febre amarela e malária.^{20,21} Ao analisar a série histórica 2010-2019 da taxa de incidência da dengue, chikungunya e zika na MRS-

Centro Leste, observa-se que as maiores taxas de incidência ocorreram nos anos de 2015 e 2016. Em 2019 a taxa de dengue foi a mais alta do período (1162,9) (Gráfico 7).

Gráfico 7. Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2010-2019*



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

Quanto à febre amarela, esta é uma doença infecciosa grave, causada por vírus e transmitida por vetores. A forma mais grave da doença é rara e costuma aparecer após um breve período de bem-estar (até dois dias), quando podem ocorrer insuficiências hepática e renal, icterícia manifestações hemorrágicas e cansaço intenso. No ciclo silvestre, em áreas florestais, o vetor da febre amarela²¹ é, principalmente, o mosquito *Haemagogus* e, no meio urbano, o mosquito *Aedes aegypti*, o mesmo da dengue.

Nos últimos 10 (dez) anos não houve casos autóctones (transmissão dentro de uma área) confirmados de febre amarela no Estado da Bahia, considerado indene desde 1942²¹. A estimativa de risco deve considerar todos os casos notificados, porque, embora a pessoa doente tenha procedência de outras áreas, a presença do vetor pode desencadear epidemia no Estado.

Considerando as doenças vetoriais descritas, importante ressaltar que esses agravos decorrem de importantes e constantes ameaças em regiões tropicais causadas 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.

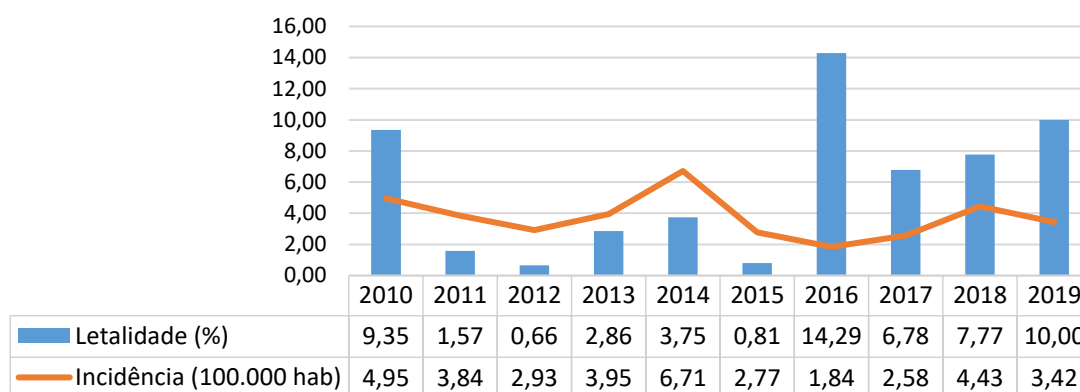
Outra doença vetorial é a leishmaniose visceral, conhecida como calazar, esplenomegalia tropical e febre dundun. Infecciosa, mas não contagiosa, é transmitida para humanos por meio do cão infectado e da presença do vetor e não existe transmissão entre pessoas²²

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 2010-2018².

O agravo apresenta comportamento cíclico e tendência de redução de número de casos, no período: 3.564 casos novos confirmados de leishmaniose visceral humana (LVH), com média de 324 casos/ano; maiores incidências foram 3,4 casos/100 mil habitantes (2019) e 03 casos/100 mil habitantes (2010) ²².

Nesta macrorregião a variação do CI foi de 1,84 e 6,71 casos/100 mil habitantes, no período 2010-2019. Quanto a letalidade da doença com taxa de 0,66 em 2012, seguiu-se anos com redução voltando a crescer em 2016 (14,29 casos/100 mil habitantes) e tendência de crescimento entre 2017-2019, sendo possíveis causas dessa tendência: diagnóstico tardio, presença de comorbidades e complicações (Gráfico 8).

Gráfico 8. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 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 americana²³. 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 municípios.²⁴

3.2 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 10²⁵, 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 meses.

A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação, parto ou no período de 42 (quarenta e dois) dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada com a gravidez, não incluídas causas acidentais ou incidentais²⁶. 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.

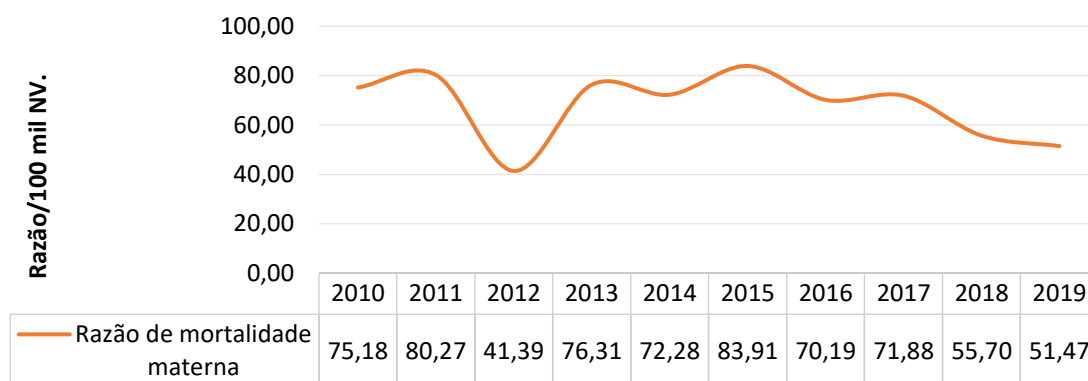
O Brasil conseguiu reduzir a RMM em 8,4% entre 2017 e 2018, apresentando nesse ano a razão de 59,10 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

A Bahia apresentou redução similar à do país e atingiu o número 51,12 de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos em 2019.²⁷

Na curva da RMM da macrorregião, no período 2010-2019, observa-se oscilação com uma queda mais expressiva em 2012 com 41,39 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

Em 2018 a RMM da macrorregião ficou abaixo do Brasil, com 55,70 e em 2019 com 51,47, valor próximo ao do Estado. Vale salientar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como parâmetro até 20 óbitos para cada 100 mil NV (Gráfico 9).

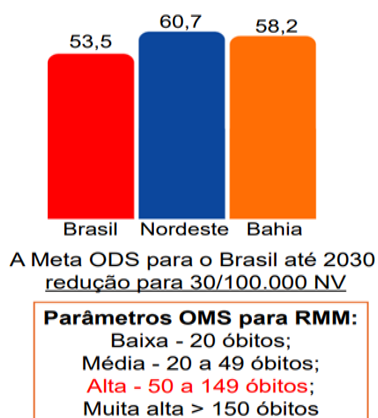
Gráfico 9. Razão de mortalidade materna (RMM) por 100 mil NV. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2010-2019*



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

Nos últimos anos a RMM tem sido uma das prioridades do SUS, a refletir o seu reconhecimento como problema social e político. Na Bahia, o Decreto n. 10.263/2007 incluiu o óbito materno entre os eventos de notificação compulsória e investigação imediata. Segundo parâmetros da OMS a RMM e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é uma relação a ser considerada no desenvolvimento de políticas e programas de atenção materna e infantil (Figura 2).

Figura 2. Razão de Mortalidade Materna, segundo parâmetros da OMS. Bahia, 2023.



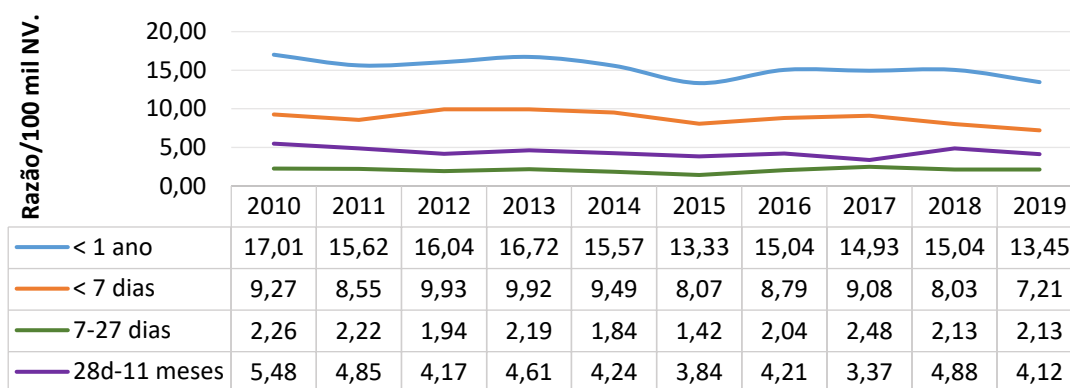
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINASC; MS/SVS/CGIAE/SINASC – Acesso em 05/09/24. * Dados Preliminares

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 MRS- Centro Leste, para cada mil nascimentos, a taxa de mortalidade infantil teve redução de 17,01 (2010) para 13,45 (2019), acima do parâmetro de referência de análise da OMS: 10 (dez) óbitos/mil nascimentos.

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. O estudo desagregado dos componentes revela maior decréscimo no período neonatal precoce (< 7 dias de vida). Apesar desta redução, ainda é o período com maior número de óbitos, no qual os fatores estão mais relacionados à qualidade da atenção ao parto e ao recém-nascido. A mortalidade no período neonatal tardio (7-27 dias) apresenta taxas com pequenas oscilações no período analisado. Em relação ao período pós-neonatal (28 dias - 11 meses) verifica-se uma redução de 5,48 (2010) para 4,12 (2019), e este 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 10).

Gráfico 10. Taxa de mortalidade infantil segundo faixa etária por 1.000 NV. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2010-2019*



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

Os óbitos infantis em menores de um ano foram analisados por grupos de causas. 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-nascido²⁸.

Ao 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.

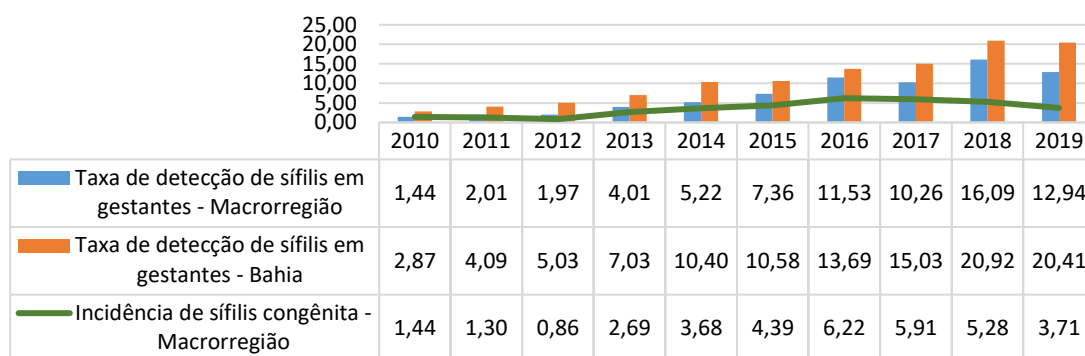
A eliminação da sífilis é considerada prioridade para os órgãos nacionais e organismos internacionais. Para certificar o país na condição de eliminação da transmissão vertical da sífilis, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) considera, como parâmetro, a taxa de incidência da sífilis congênita menor ou igual a 0,5 casos para cada mil nascidos vivos por três anos consecutivos²⁹.

Por ser uma doença evitável, a sífilis congênita mostra 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 a mulher estar com sífilis ao engravidar²⁸.

A ocorrência de sífilis, tanto em gestantes como em recém-nascidos, revela falhas dos serviços de saúde, particularmente, da atenção ao pré-natal, uma vez que diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença²⁹. 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 gestante²⁸.

Os dados demonstram crescimento expressivo na taxa de detecção da sífilis na Bahia no período 2010-2019. A MRS- Centro Leste apresentou o mesmo comportamento, passando de 1,44 para 12,94 por mil nascidos vivos (Gráfico 11).

Gráfico 11. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por 1.000 NV. no Estado e Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2010-2019*



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

Apesar de ter aumentado o diagnóstico da sífilis na gestante, a incidência de sífilis congênita na MRS- Centro Leste ainda é considerada elevada. Alguns aspectos, como detecção precoce, tratamento oportuno e adequado da gestante e parcerias merecem atenção no processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).³¹

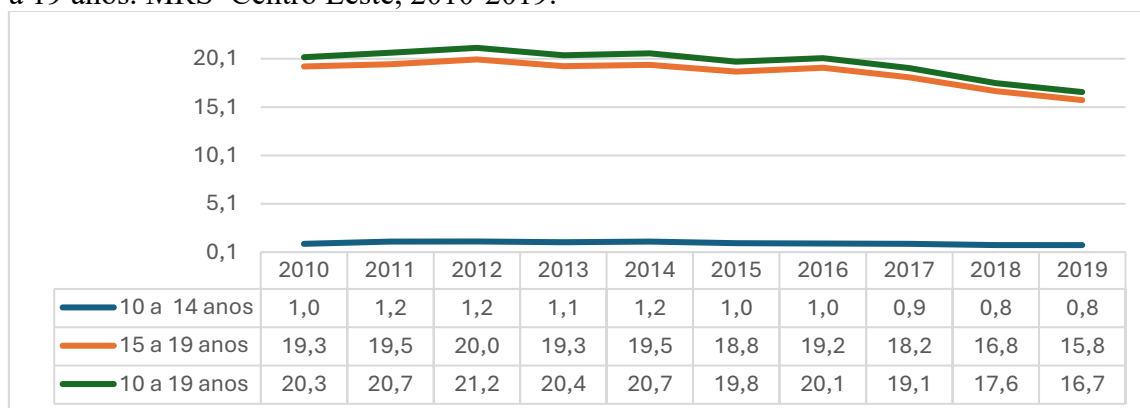
A Atenção Materna e Infantil estava contemplada nos indicadores na Pactuação Interfederativa (Indicador 8 – nº de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano, segundo local de residência; indicador 15 - óbito infantil por mil nascidos vivos segundo local de residência e Indicador 16 - óbito 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.

Com relação à gravidez na adolescência na MRS- Centro Leste, no período de 2010-2019, houve redução de 4,4% no período: 20,3% em 2010 e 16,7% em 2019, sendo o maior declínio a partir do ano de 2017. Pode-se observar que a maior número de gravidez na adolescência concentra-se na faixa etária de 15 a 19 anos (Gráfico 12).

Gráfico 12. Proporção de gravidez na adolescência, nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. MRS- Centro Leste, 2010-2019.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Acesso em 10.10.2022

Considerando o total de NV de 29.146 (Sinasc,2019), a estimativa de gestantes na MRS- Centro Leste é de 32.06:

- 27.252 (85%) de risco habitual;
- 4.809 (15%) de alto risco.

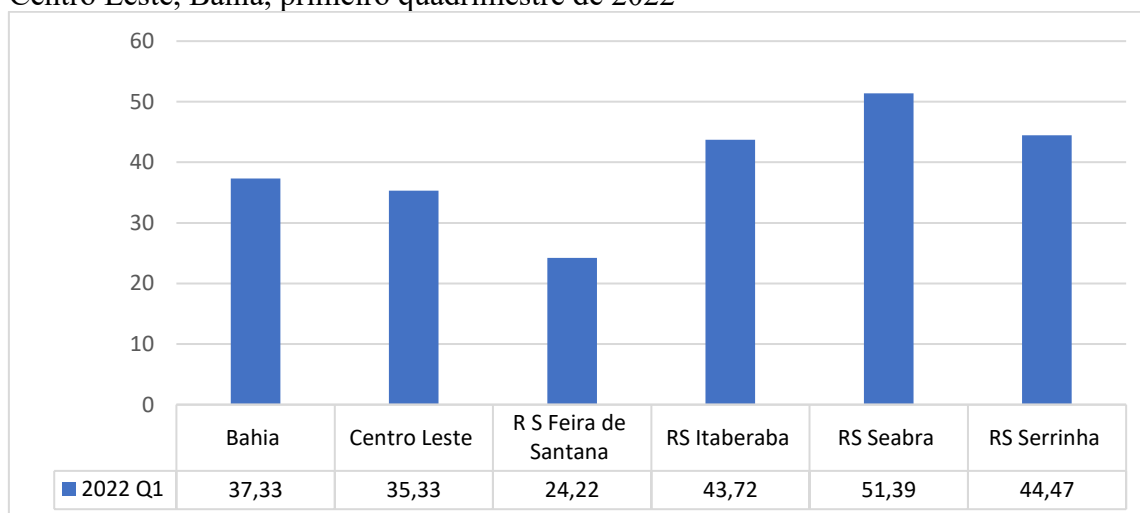
O município de Feira de Santana concentra 33,68% da estimativa de gestante da macrorregião. O número de Mulheres em Idade Fértil (MIF), indicador importante a ser considerado no planejamento de políticas de atenção à saúde à mulher e de assistência ao parto em 2019 na MRS- Centro Leste, foi de 719.634⁶, e desse total, 30,17% (217.080) estava concentrada no município de Feira de Santana, o que mostra que apenas 01 (um) dos 72 (setenta e dois) municípios da macrorregião, concentrava um terço do número de mulheres em idade fértil da macrorregião.

Na MRS- Centro Leste, a cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) é de, aproximadamente, 85%, sendo que para o município de Feira de Santana, a cobertura

estimada para 2020 foi de 66,21%, o que, seguramente, impacta no desempenho dos indicadores de saúde da MRS- Centro Leste, uma vez que o município é o de maior porte populacional.

Segundo a Nota Técnica nº 4/2022-DAPS/SAPS/MS³¹, a meta pactuada de alcance no Brasil é de 45% de cobertura para gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a décima segunda semana de gestação. A Bahia, no primeiro quadrimestre de 2022, atingiu 37,33%, e a MRS- Centro Leste alcançou 35,33%, ficando abaixo da meta pactuada para o Brasil. Vale destacar que das quatro Regiões de Saúde (RS) que compõem a macrorregião, apenas a RS de Seabra atingiu a meta com 51,39% de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal (Gráfico 13).

Gráfico 13. Gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal, Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, primeiro quadrimestre de 2022



Fonte: e-GESTOR AB (SAPS/MS) /Sesab/SAID/DAB). Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/> (acesso restrito)

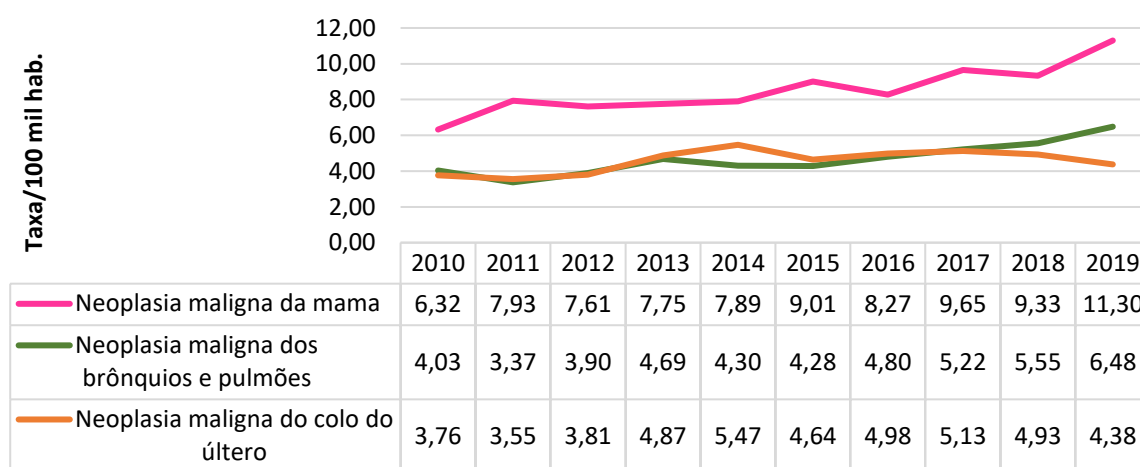
3.3 Neoplasias

As neoplasias estão agrupadas no Capítulo II da CID 10, ocorrendo em vários órgãos do corpo, nas formas benignas ou malignas. Ao contrário do câncer, que é neoplasia maligna, as neoplasias benignas têm crescimento de forma organizada, em geral lento e apresenta limites bem nítidos³⁰. Na Bahia, no período 2010-2017, as neoplasias oscilaram entre o quarto e terceiro maior grupo de causas de morte no Estado e contribuíram com 13,20% do total de mortes². Na MRS- Centro Leste esse grupo localiza-se em quarto lugar, no período 2010-2019, e corresponde a 11,89% dos óbitos³¹. No Brasil as mortes do sexo feminino por neoplasias, apresentam o câncer de mama como causa mais freqüente², situação idêntica da MRS- Centro Leste para a série histórica 2010-2019, cuja taxa evoluiu de 6,32 para 11,30/100 mil mulheres. A segunda e terceira causas de morte oscilam entre

neoplasia maligna dos brônquios e pulmões e a neoplasia maligna do colo do útero.

O câncer dos brônquios e pulmões também apresenta crescimento significativo e alcança a taxa de 6,48 por 100 mil mulheres no ano de 2019. Também é um dos mais frequentes óbitos por neoplasia em mulheres; o uso do tabaco é o mais importante desencadeador da doença. O câncer do colo do útero, também muito prevalente na macrorregião, apresenta taxa de 4,38 por 100 mil mulheres em 2019, demonstrando a necessidade de rastreamento por meio da realização do exame citopatológico do colo do útero (Gráfico 14).

Gráfico 14. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2010-2019*



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

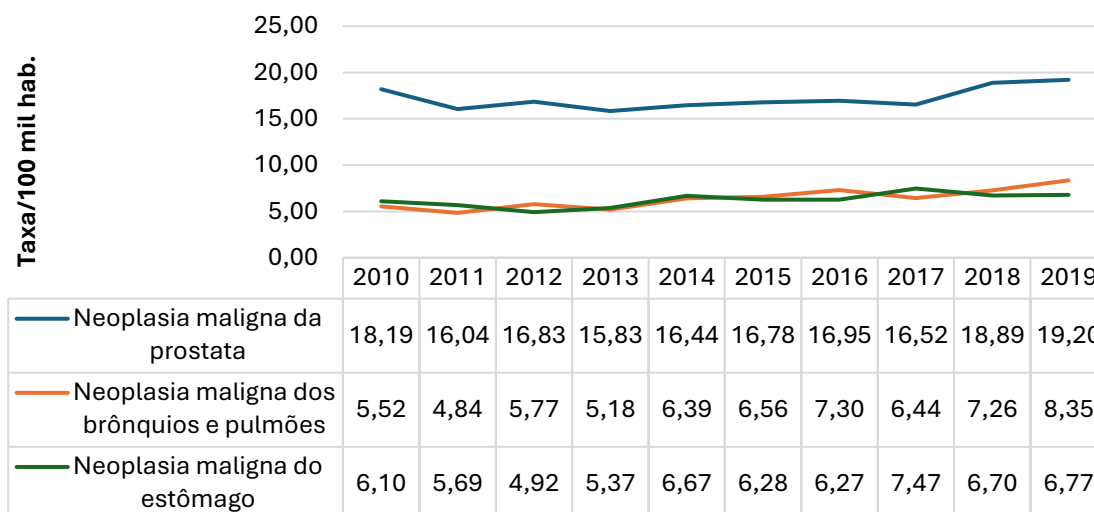
Como o Estado da Bahia, a MRS- Centro Leste pode utilizar os dados de metas alcançadas da vacinação para HPV e dos indicadores da Pactuação Interfederativa (Indicador 11: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária; e o Indicador 12: Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população da mesma faixa etária) para auxiliar no monitoramento e avaliação da situação de atenção à saúde das mulheres e ações de prevenção do câncer.³²

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 adequado³².

Para o câncer dos brônquios e pulmões são 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. A análise das neoplasias no sexo masculino, na MRS-Centro Leste, aponta o câncer de próstata como a principal causa de óbito, no período de 2010-2019. Nesse mesmo período, a segunda e a terceira causas se alternam entre o câncer de brônquios e pulmões e o câncer de estômago (Gráfico 15).

Gráfico 15. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens. Macrorregião de Saúde Centro Leste/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 físicos³².

É 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.

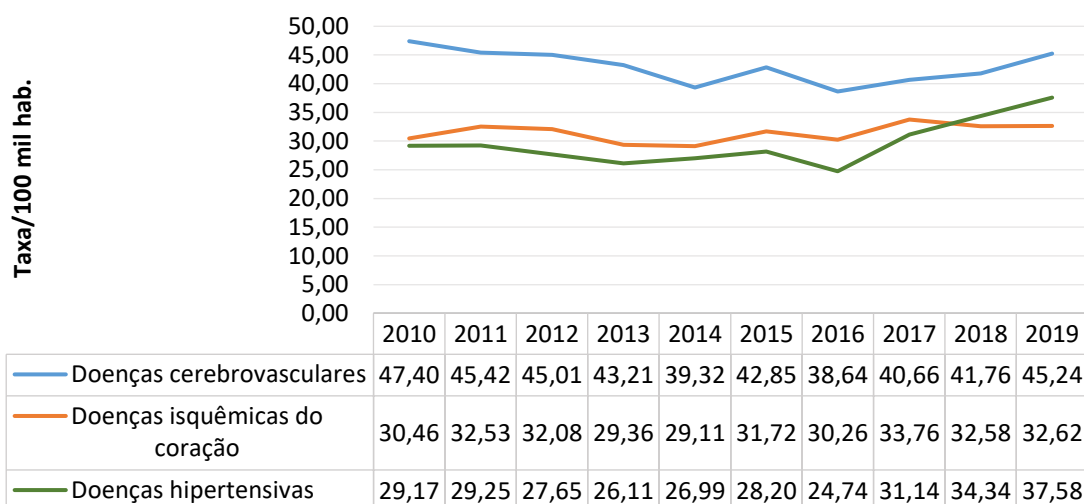
3.4 Doenças do Aparelho Circulatório

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. Na MRS- Centro Leste as DAC são as principais causas de mortalidade na Bahia² e responsáveis por elevados custos sociais e econômicos e correspondem ao primeiro grupo de causas de óbito, responsáveis por 22,97% do total de mortes no período 2010-2019³⁴. Na MRS- Centro Leste, 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 29,11 e 33,76 por 100 mil habitantes; dessas, o infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa específica de mortes e responsável por 90,39% dos óbitos³⁴. As doenças hipertensivas foram a terceira causa de morte na população da macrorregião e passaram de 29,17 para 37,58 por 100 mil habitantes (Gráfico 16).

Gráfico 16. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2010-2019*



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

O Brasil ocupa o 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 crônica²⁶.

Na MRS- Centro Leste 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 incapacidade².

A APS mais próxima da comunidade é a 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 intersetoriais³⁵.

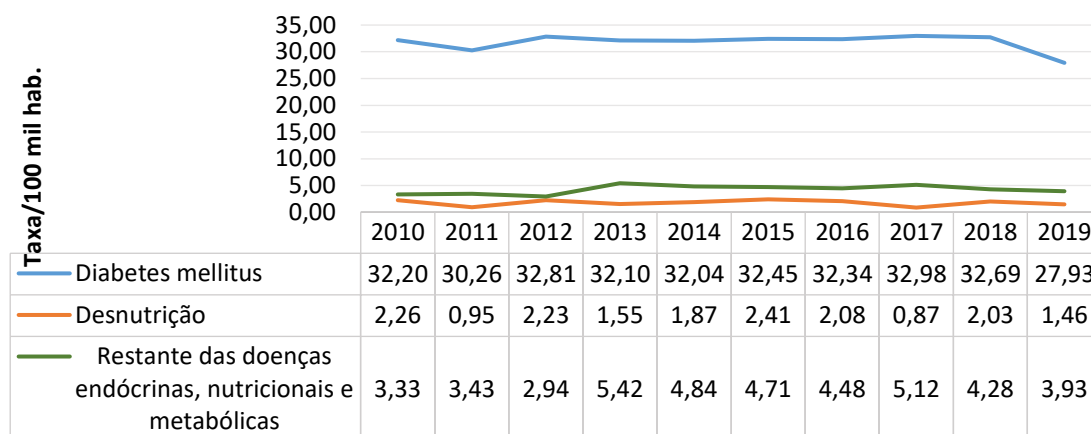
Estratégias para combater a mortalidade devem ser estudadas considerando-se o envelhecimento da população. O aumento na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tende a diminuir as hospitalizações e conseqüentemente a mortalidade; a melhoria nas condições socioeconômicas e o atendimento pré-hospitalar e hospitalar nas primeiras horas após início dos sintomas aumentam a probabilidade da reversão do quadro clínico da pessoa³⁶.

3.5 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 origem.³⁷⁻³⁸ As DENM representaram, no ano de 2019, o sexto maior grupo de causas de mortalidade na população brasileira e no Estado da Bahia. Na MRS- Centro Leste repete esse cenário com igual classificação e para o mesmo ano.³⁹

Na série histórica referente às mortes prematuras (30-69 anos), nessa macrorregião, constata-se oscilação entre 33,32 e 39,57 óbitos/100 mil habitantes no período 2010-2019. Ao desagregar os dados pelas principais doenças desse grupo, a Diabetes mellitus (DM)⁴⁰ é a principal causa de óbito com oscilação, em todo período: maior taxa em 2017 com 32,98 e menor taxa em 2019 com 27,93 óbitos/100 mil habitantes; e, como segunda e terceira causas, figura o grupo de causas restante das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, e a desnutrição, respectivamente (Gráfico 17).

Gráfico 17. Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na mesma faixa etária. Macrorregião de Saúde Centro Leste/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),³⁶ 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 a incidência de ulceração é de 25% nos pacientes diabéticos, em razão do pé diabético, e 85% dessas precedem as amputações.

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).³² Na MRS-Centro Leste, no mesmo período, ocorreram 10.470 internações hospitalares por complicações do DM³², das quais 1.210 foram cirurgias de amputações/desarticulações (membros inferiores; pé e tarso; e dedos) e revisões cirúrgicas de coto de amputações (membros inferiores, exceto dedos do pé, e dedos)⁴⁰. É importante salientar que ocorreram 247 amputações/desarticulações de pé e tarso, o que representa 20,41% do total de

amputações realizadas (Tabela 2)

Tabela 2. Número de amputações de membros e internação hospitalar com CID de Diabetes mellitus. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2010-2019*

PROCEDIMENTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Amputações Desarticulações e Revisões cirúrgicas de coto de amputações	68	80	128	79	84	72	154	142	219	184	1210
Amputação / Desarticulação de pé e tarso	20	19	29	21	11	19	24	26	41	37	247

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 dos serviços.

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 sociedade⁴⁰.

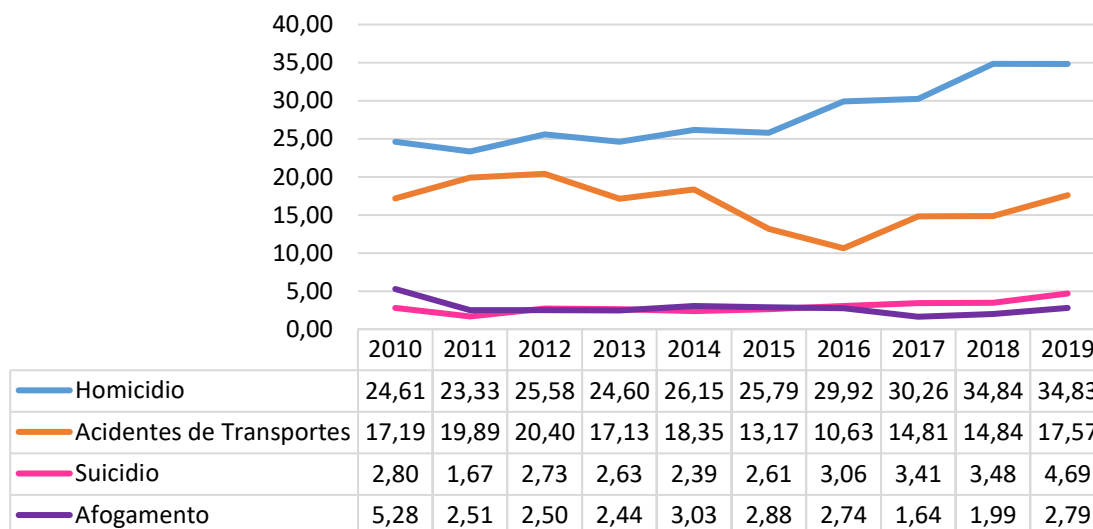
3.6. Morbimortalidade por causas externas

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. Neste 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)⁴¹.

Este 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 MRS- Centro Leste, está entre o terceiro grupo com maior número de óbitos no mesmo período. Na desagregação, a macrorregião apresenta uma situação similar à do Estado; os dois principais grupos de causas de óbitos são homicídio e acidente de transporte. No período 2010-2019, o afogamento e o suicídio alternam como terceiro e quarto grupo de causas (Gráfico 18).

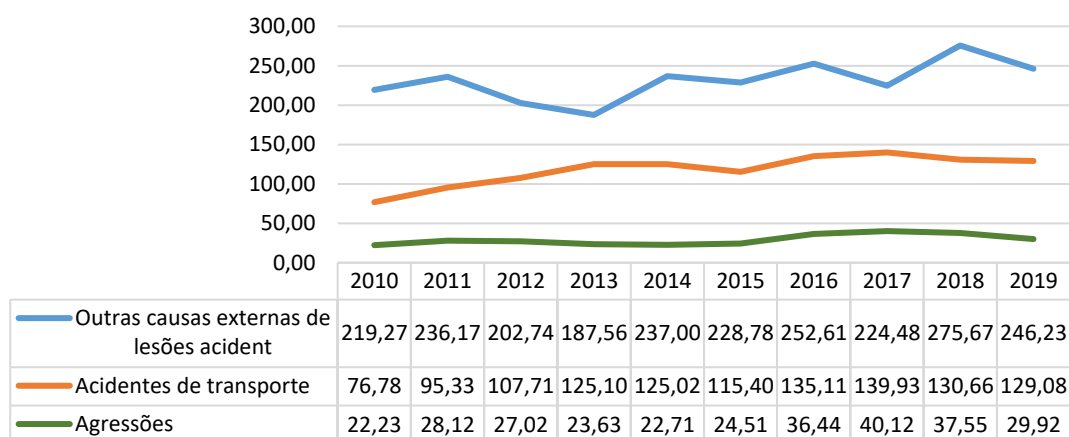
Gráfico 18. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2010-2019*



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

Com relação à taxa de internação por causas externas,⁴¹ observa-se que o maior número está no grande grupo de causas denominado outras causas externas de lesões acidentais; quando da desagregação, predominam nesse grupo as internações por queda. A segunda maior taxa de internação é acidente de transporte seguido de agressões (Gráfico 19).

Gráfico 19. Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 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 64,75% de internações por acidente de transporte⁴¹.

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 relacionadas⁴¹.

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 motociclistas, 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.

Os indicadores revelam o estado de saúde da MRS- Centro Leste e poderão ser objeto de análises mais aprofundadas, por meio dos Planos Municipais de Saúde e outros instrumentos de gestão, que poderão subsidiar gestores e profissionais de saúde na análise de situação de saúde e no gerenciamento das informações para melhor desempenho das atividades e contribuir com as próximas etapas do processo do PRI: discussão da RAS e da governança nos territórios macrorregionais; programação dos recursos e investimentos.

3.7 Atualização do Estado de Saúde

Para a elaboração do Plano Macrorregional de Saúde, umas das primeiras etapas foi a análise do estado de saúde população a partir de indicadores referentes a 06 áreas temáticas apresentada no item anterior. Através da análise de taxas de morbimortalidade, foi possível descrever a situação do estado de saúde da macrorregião, permitindo a definição da prioridade sanitária para seguir as próximas etapas do PRI.

Considerando que a análise inicial contemplou indicadores numa série histórica de 2010 a 2019, sendo que alguns deles se estende até o ano de 2022, e que, em 2025 o processo do Planejamento Regional Integrado (PRI) avançou para a conclusão das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) surgiu a necessidade da atualização da

ASIS – Estado de Saúde para os anos de 2023 e 2024 conforme disponibilidade de dados. Chamamos atenção que para o ano de 2024 como a coleta foi de janeiro/2025 alguns bancos ainda estavam com dados preliminares.

Por outro lado, na emergência da elaboração do Plano de Ação da Rede Alyne e de avançar em mais prioridades sanitárias no processo do PRI foi ampliado o número de indicadores em algumas das áreas temáticas.

3.7.1 Doenças Infeciosas e Parasitárias

Nesta área temática foram mantidos os indicadores da análise inicial ocorrendo apenas a atualização para os anos 2020-2024. No que refere ao Coeficiente de Incidência (CI) de tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera em 2020 houve uma queda superior a todos os anos da série (15,1 e 9,3 por 100mil habitantes, respectivamente). Quando analisado separadamente o CI de tuberculose de todas as formas em 2021 e 2022 tem índice similar ou igual a 2019 caindo para 16,4 em 2023. Quanto à forma bacilífera, entre 2021 e 2022 houve uma queda dos índices, mantendo os valores menores que em 2019. Nas duas formas observa-se uma queda vertiginosa em 2024, que embora a coleta tenha sido feita em 2025, esse comportamento se deve provavelmente aos dados serem ainda preliminares (Gráfico 20).

Gráfico 20. Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2024

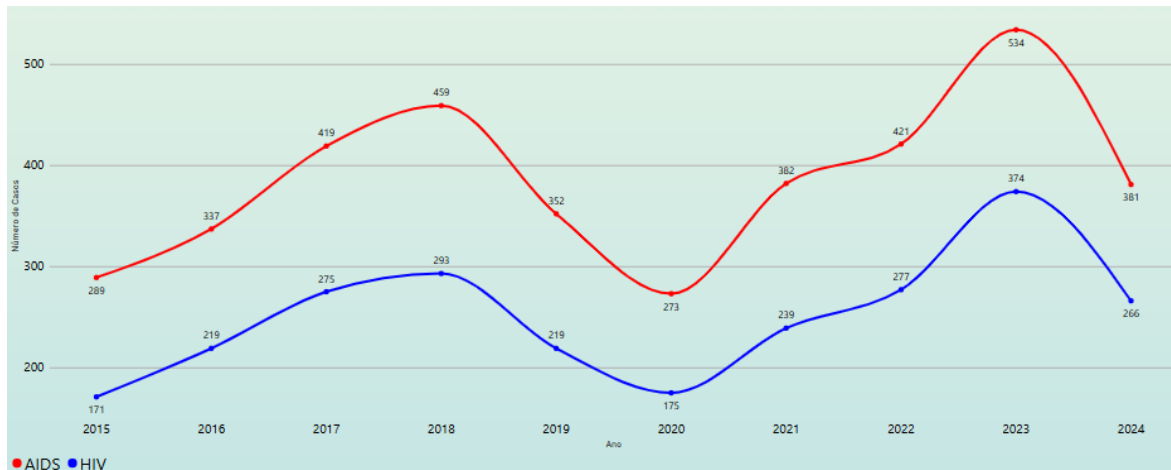


Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Na análise do número de casos de Aids e contaminação pelo HIV (Gráfico 21), nota-se que na MRS- Centro Leste com atualização dos dados no ano de 2020 o número de casos

subiu para 273 e 175 respectivamente, mantendo uma tendência de aumento nos anos subsequentes. Sobre o ano de 2024 segue o mesmo raciocínio do gráfico anterior, por se tratar de dados preliminares.

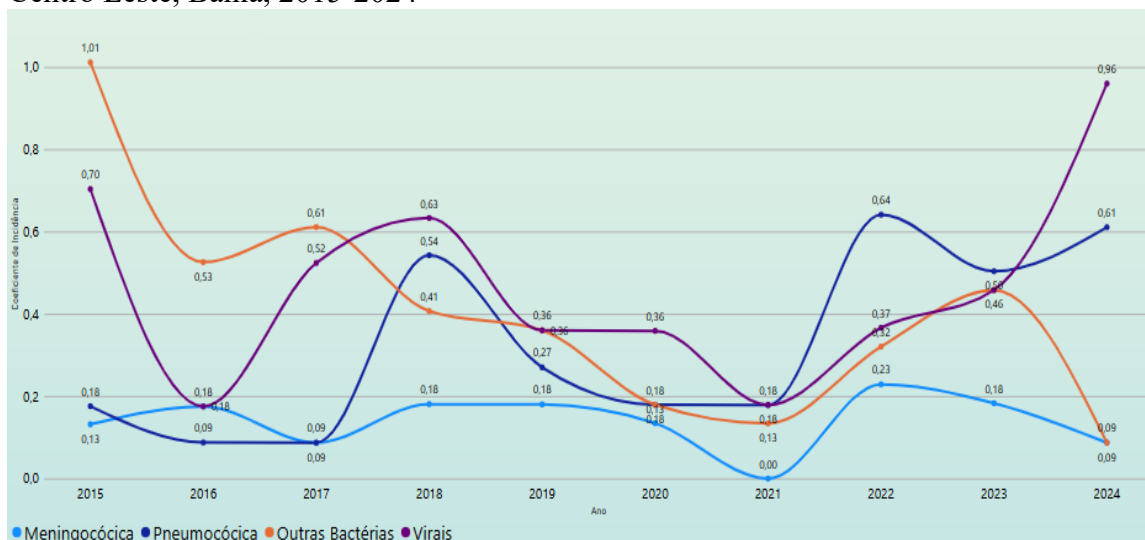
Gráfico 21. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2024



Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

O CI para todos os tipos de meningites em 2021 manteve queda comparado ao ano de 2020, mudando nos anos posteriores com aumento em 2022. Já no ano de 2023 os quatro tipos mostram comportamento diferentes, a meningite meningocócica cai e as outras continuam subindo. Em 2024 as outras bacterianas e meningocócicas diminuem o número de casos e as outras aumentam (Gráfico 22).

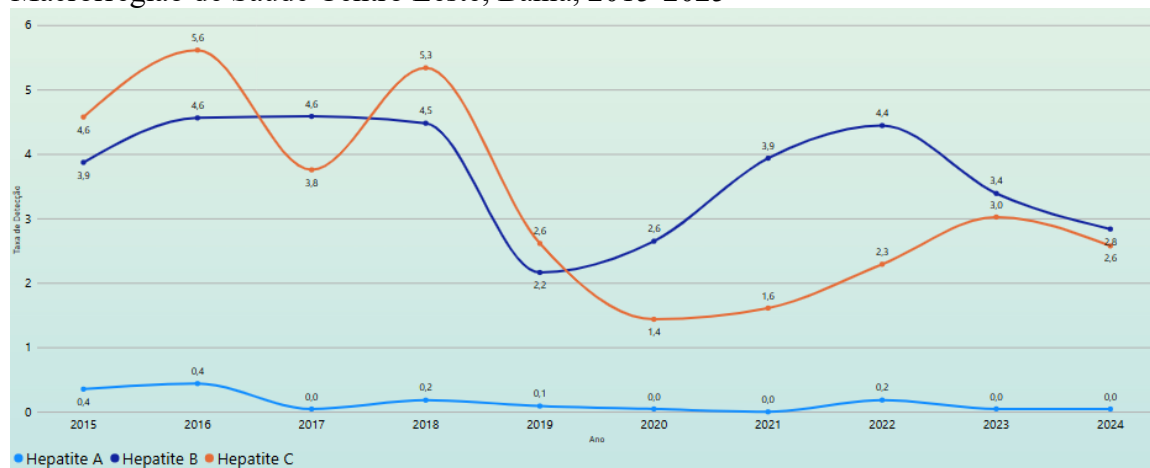
Gráfico 22. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2024



Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Com relação às hepatites virais tipo “A”, manteve-se a taxa 0 apresentada em 2020 até 2024, com exceção do ano de 2022, que apresenta a taxa de detecção (0,2 por 100 mil habitantes). Quanto à hepatite “B”, a partir de 2020 a maior taxa corresponde ao ano de 2022 (4,4 por 100 mil habitantes), voltando a reduzir nos anos subsequentes. Em relação à hepatite C, de 2020 a 2023, há um aumento da referida taxa, no qual se chega a 3,0 casos por 100.000 habitantes, e posteriormente, em 2024, há uma redução para 2,6 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 23).

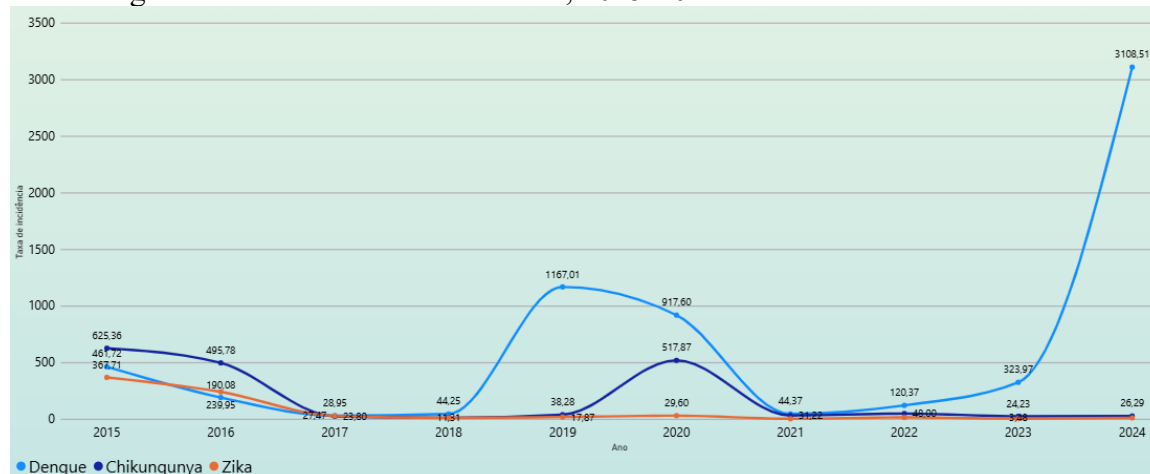
Gráfico 23. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2025



Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

As arboviroses tiveram um comportamento diferente na atualização 2020-2024 com queda em 2020 da incidência de dengue e Zika e crescimento de Chikungunya. Em 2023 há uma redução da incidência de Chikungunya e Zika e aumento da dengue, 2024 volta a aumentar a incidência com destaque para dengue que apresentou um pico chegando a 3108,51 por 100mil habitantes (Gráfico 24).

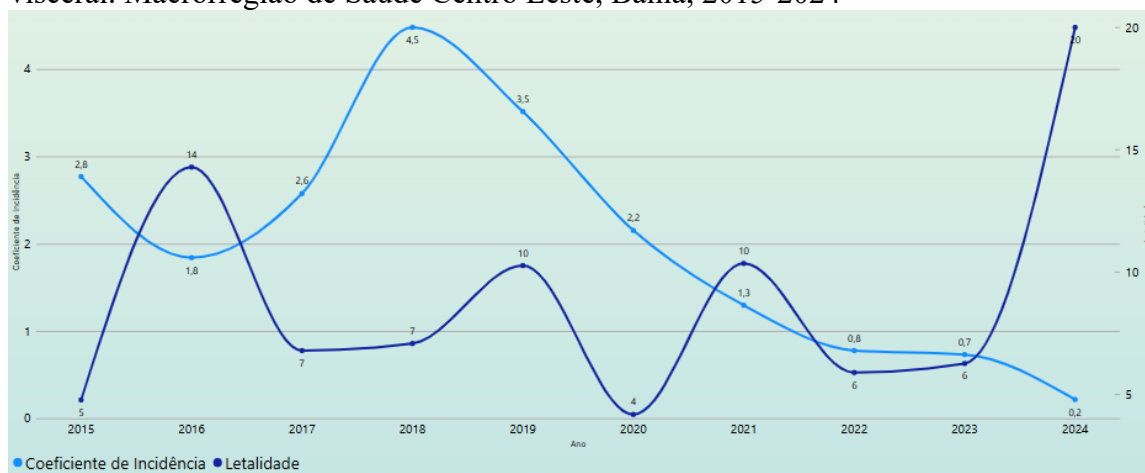
Gráfico 24. Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2015-2024



Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Acompanhando a análise de uma doença considerada de padrão cíclico na incidência no período de 2020-2024 houve uma diminuição da incidência nos quatro anos e um aumento da letalidade no ano de 2021. Quanto ao ano de 2024 a análise fica prejudicada por se tratar de dados preliminares (Gráfico 25).

Gráfico 25. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2024



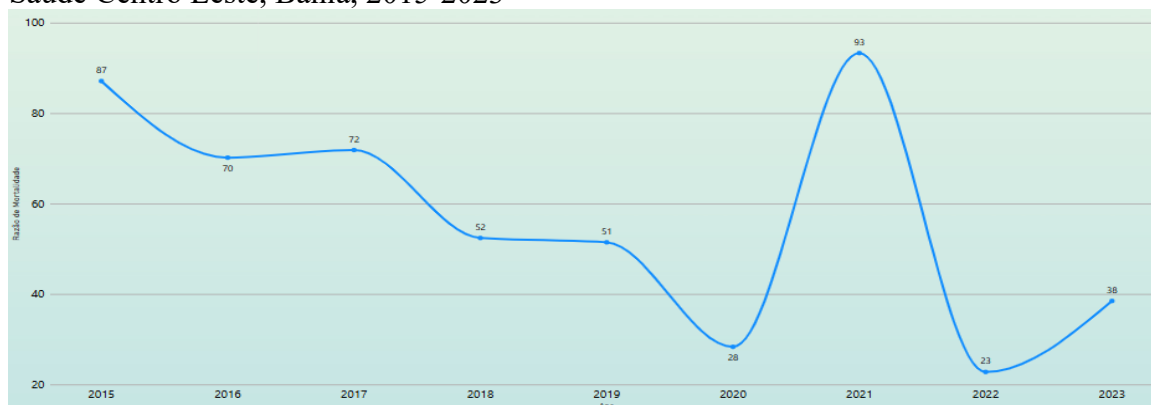
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 25/01/2025, sujeitos a alterações.

3.7.2 Atenção à Saúde Materna e Infantil

Esta área temática na ocasião das oficinas de priorização (ano 2021) a Asis foi realizada considerando 03 indicadores, entretanto, com a necessidade de elaboração do Plano de Ação da Rede Alyne que através da Portaria GM/MS nº 5.350 de 12 de dezembro de 2024, orienta a integração no PRI, foi ampliada a análise agregando mais 09 indicadores que orienta a indução do modelo de cuidado integral.

A Razão da Mortalidade Materna (RMM) apresentava um valor de 51 em 2019, caindo para 28 em 2020. Contudo, apesar da tendência de queda nos últimos anos, durante a pandemia da Covid-19, de 2019 a 2023, houve um aumento expressivo da RMM em 2021 (Gráfico 26). Apesar da redução em 2023 para 38 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, ainda se tem muito o que avançar na saúde materna, pois os indicadores estão aquém do padrão aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

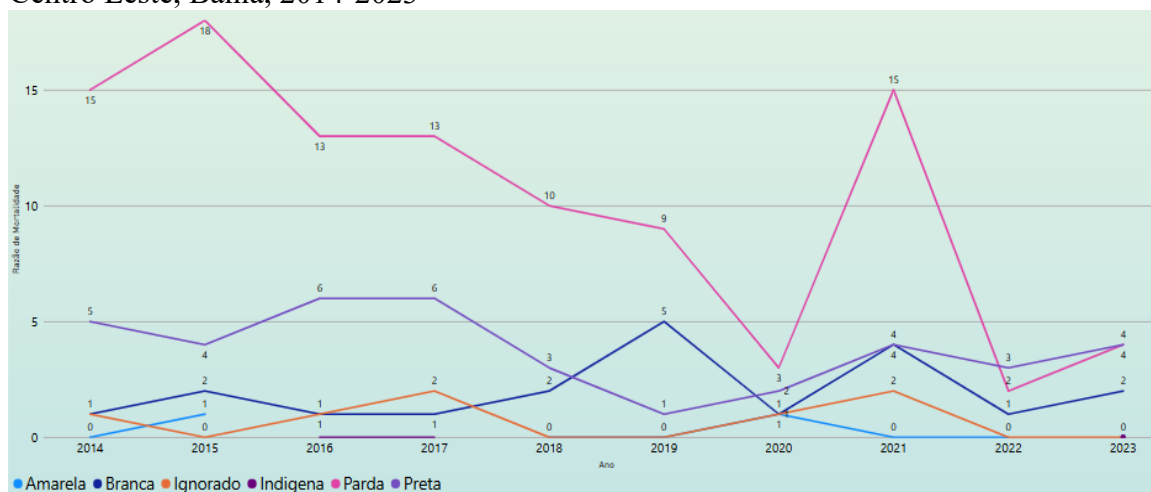
Gráfico 26. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2023



Fonte: SIM e Sinasc, Sesab/Suvisa/Divep/Coass, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

As Nações Unidas⁴³ que apoiam os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no Brasil definiu que o aceitável é alcançar 30 óbitos por 100 mil Nascidos Vivos. Na Bahia, a RMM de mulheres pretas e pardas é 55,78 (2023). Na Macrorregião, o total de mortes de mulheres parda e pretas foi de 21 (2014) apresentando redução para 10 (2023), destaca-se o pico em 2021 que pode ser relacionado a pandemia por Covid-19 (Gráfico 27).

Gráfico 27. Número absoluto de mortalidade materna por raça/cor, Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2023

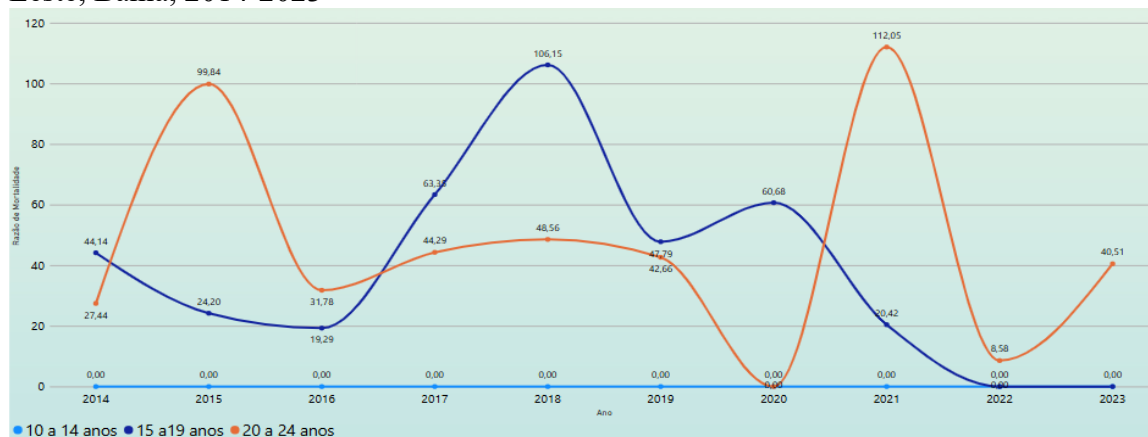


Fonte: SIM e Sinasc, Sesab/Suvisa/Divep/Coass, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

Segundo dados do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade materna é mais frequente em gestantes adolescentes (com idade inferior a 20 anos). As principais causas incluem hemorragias, hipertensão gestacional, infecções e complicações do parto. Quando observada a razão da mortalidade materna por faixa etária (Gráfico 28) observa-se um maior número de mortalidade nas faixas etárias de 15 a 19 anos

e 20 a 24 anos, se alternando no período de 2014-2017, a partir de 2021 a faixa etária de 20 a 24 anos assume a maior razão (112,05).

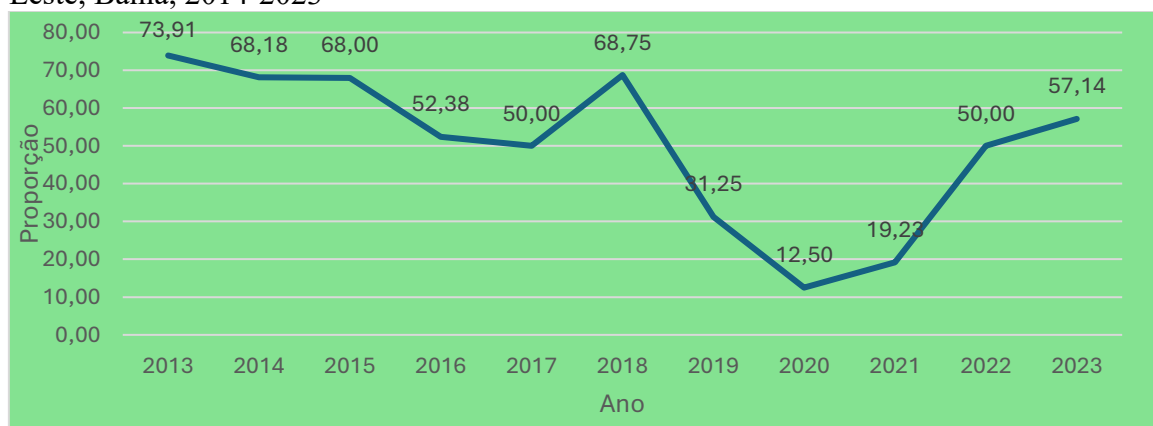
Gráfico 28. Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2023



Fonte: SIM e Sinasc, Sesab/Suvisa/Divep/Coass, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

A proporção de óbitos maternos investigados é um indicador importante para avaliar a qualidade da vigilância e das ações de saúde relacionadas à mortalidade materna⁴⁴. Destaca-se a redução na proporção de óbitos maternos investigados no estado da Bahia. Em 2020, a série histórica atingiu seu ponto mais baixo, com apenas 49,32% dos casos de óbitos maternos investigados³. Em 2023, a macrorregião registrou 57,14 de óbitos maternos investigados (Gráfico 29).

Gráfico 29. Proporção de Óbitos Maternos Investigados. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2023

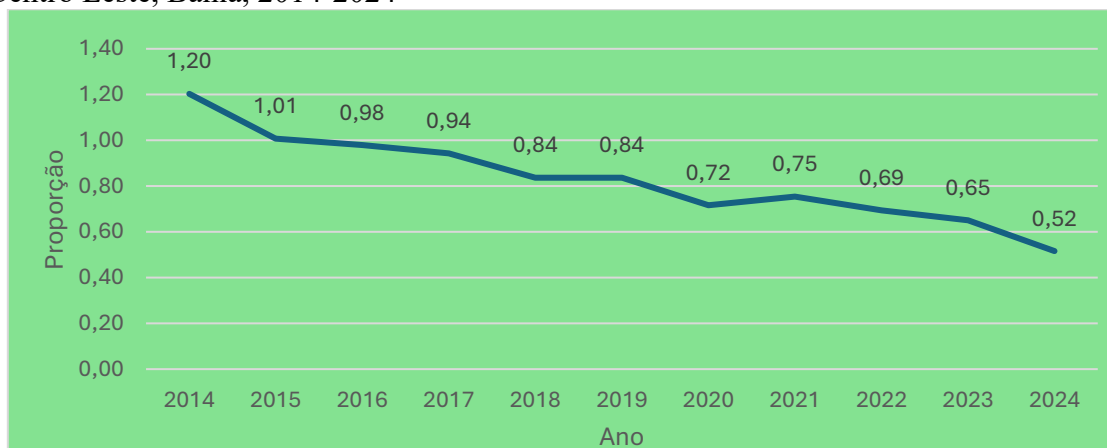


Fonte: SIM e Sinasc, Sesab/Suvisa/Divep/Coass, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

Na Macrorregião, a proporção de Nascidos Vivos de mães de 10 a 19 anos (Gráfico 30) apresenta uma redução de 1,20 para 0,52 (2014-2024). É importante estimular ações que envolva escola, conselho tutelar, profissionais da saúde na discussão sobre gravidez na adolescência. Difundir a informação de que no Brasil, gravidez na adolescência remete à

violência: ter relações sexuais com menores de 14 anos é considerado estupro presumido, assim como alertar os profissionais sobre os sinais de violência, mesmo que a adolescente tenha consentido a relação.

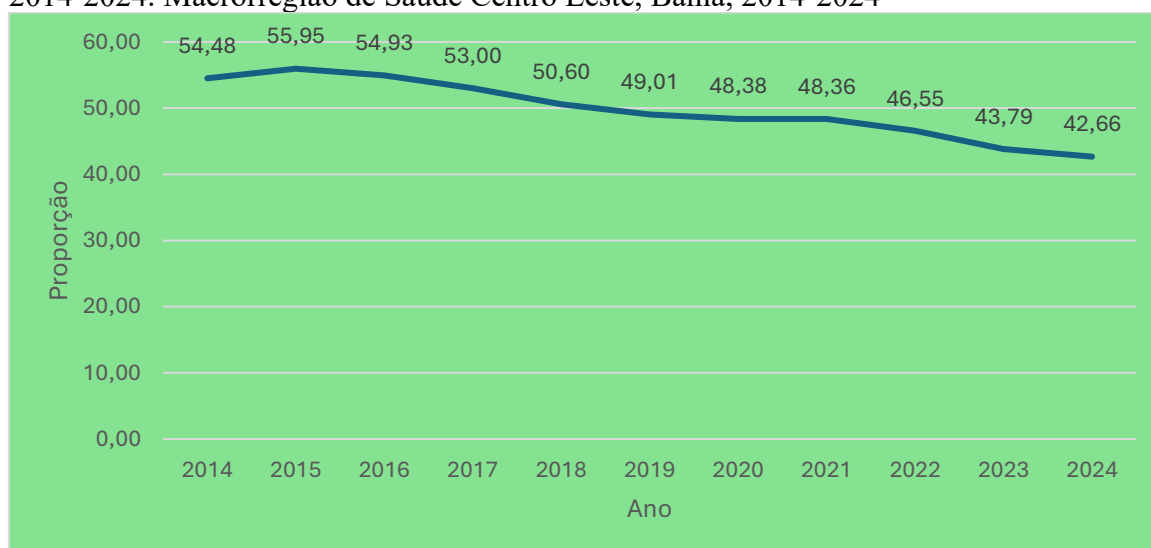
Gráfico 30. Proporção de Nascidos Vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2024



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/COASS- Sinasc, 2025. *Dados coletados em 14/04/2025, sujeitos a alterações

O indicador “proporção de partos normais” mede a participação relativa dos partos normais no total de partos hospitalares. É influenciado pelo modelo de assistência obstétrica adotado, pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante e pela disponibilidade de Unidades que realizam partos normais. Considerando o período de 2014 a 2024, a MRS- Centro Leste apresentou variação abaixo do parâmetro proposto para o indicador (valor igual ou superior a 60% de partos normais) nas proporções de partos normais³, ficando com o menor valor em 2024 com registro de 42,66% (Gráfico 31).

Gráfico 31. Proporção de Partos Normais. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2024. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2024

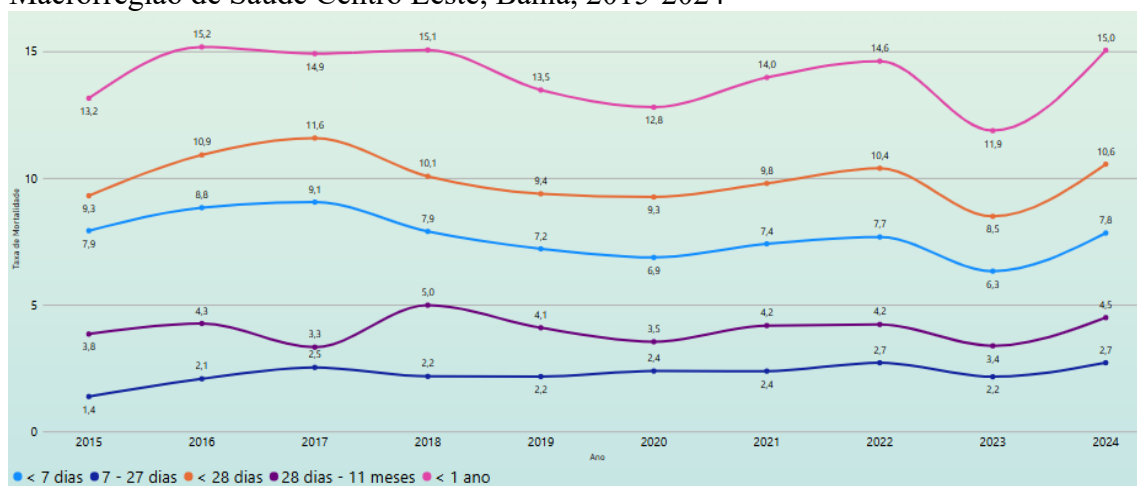


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/COASS- Sinasc, 2025. *Dados coletados em 14/04/2025, sujeitos a alterações

Na Macrorregião de Saúde Centro Leste, a taxa de mortalidade infantil teve aumento de 12,8 (2020) para 15 (2024), voltando a reduzir (Gráfico 32). Para além dessa problemática, em todos os anos da série história, a mortalidade infantil não esteve abaixo no padrão aceitável pela OMS, que é de 10 (dez) óbitos infantis para cada mil nascimentos.

Os óbitos infantis seguem a tendência da análise anterior para o risco de morte por componente e continuam concentrados no período neonatal (0 a 27 dias de vida), quando este período é desagregado as maiores taxas se refere ao subcomponente neonatal precoce (< 7 dias de vida) seguida do subcomponente neonatal tardio (7 a 27 dias de vida). O componente pós neonatal (28 dias a 11 meses) segue a instabilidade da análise anterior até 2024. (Gráfico 32).

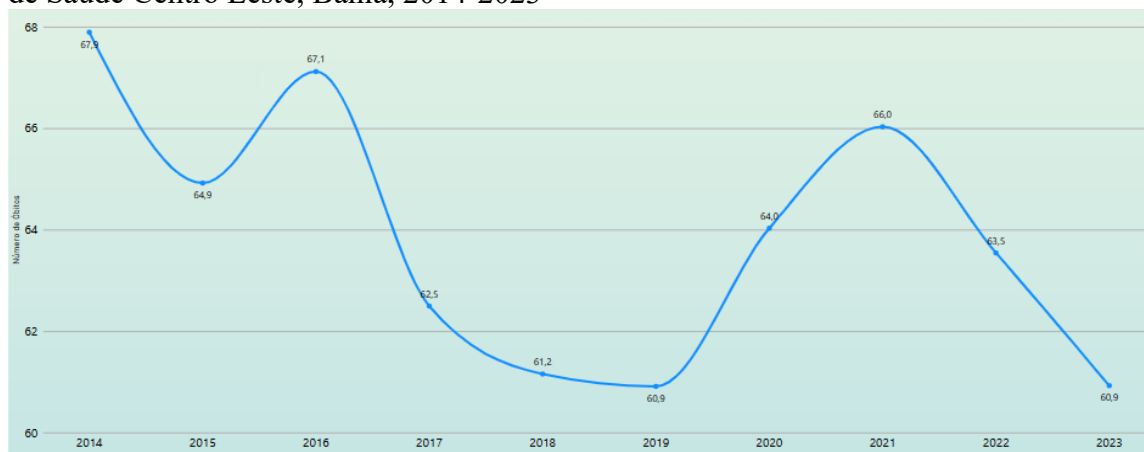
Gráfico 32. Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2024



Fonte: SIM e Sinasc, Sesab/Suvisa/Divep/Coass, 2024. *Dados coletados em 10/01/2024, sujeitos a alterações

O percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos é um indicador importante para avaliar a efetividade das políticas públicas de saúde infantil, especialmente relacionadas à atenção básica, vacinação, saneamento e acesso a serviços de saúde. Segundo Ministério da Saúde entre 70% e 80% dos óbitos em menores de 5 anos no Brasil são considerados evitáveis. A macrorregião apresenta uma oscilação do período de 2014-2023 de 67,9% a 60,9% respectivamente (Gráfico 33).

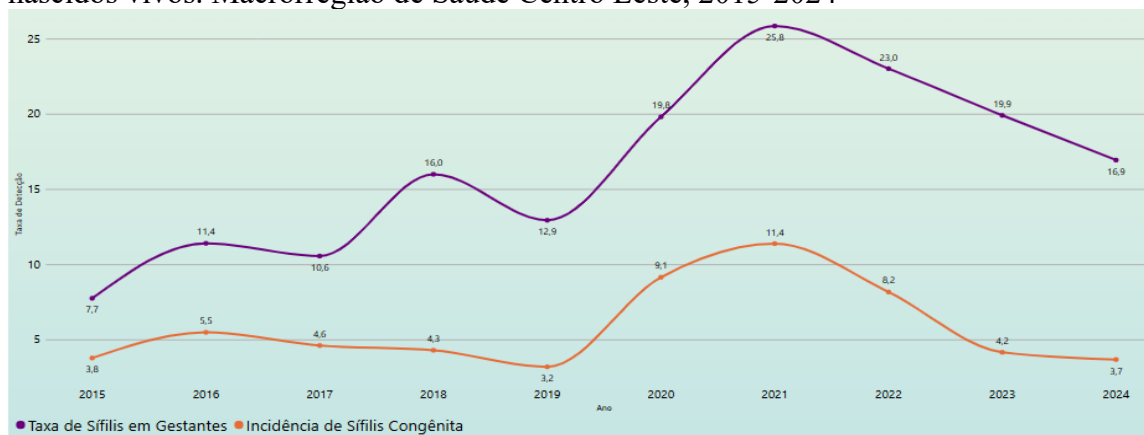
Gráfico 33. Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2023



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan, 2024. *Dados coletados em 10/01/2024, sujeitos a alterações

A taxa de detecção da sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita segue a mesma tendência da análise anterior com crescimento expressivo de 2020 a 2021 25,8 e 11,4 por mil nascidos vivos (Gráfico 34). A incidência de sífilis congênita na macrorregião apresenta uma pequena redução, sugerindo equívocos no pré-natal ocorridos na atenção primária. A 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 34. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2015-2024

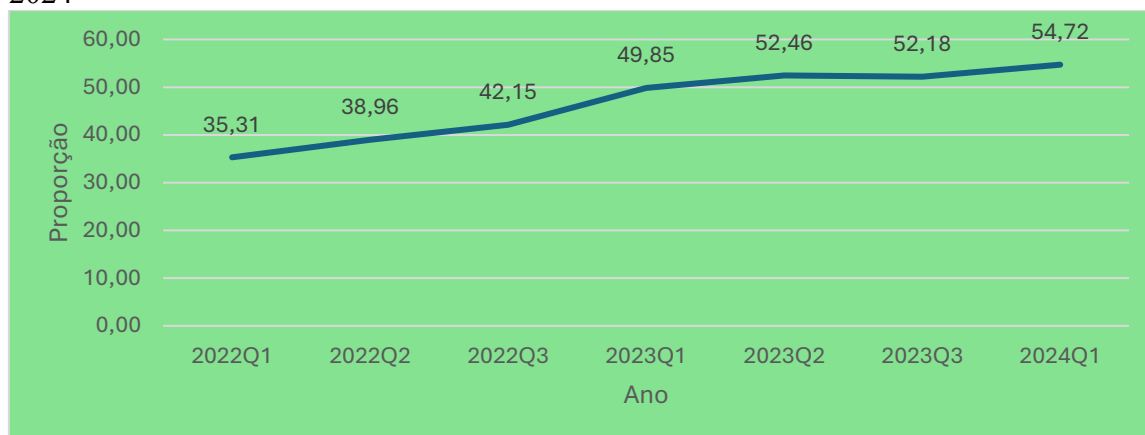


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan, 2024. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

O indicador Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação se refere à população que faz uso da Atenção Primária à Saúde, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ser atendidas por cada equipe e município dado os resultados do SINASC. Considerando o

período de 2014 a 2023, a MRS- Centro Leste apresenta variação negativa nas proporções de partos normais³. A macrorregião registrou no período apresentado no Gráfico 35 abaixo do parâmetro proposto para o indicador (valor igual ou superior a 60% de partos normais).

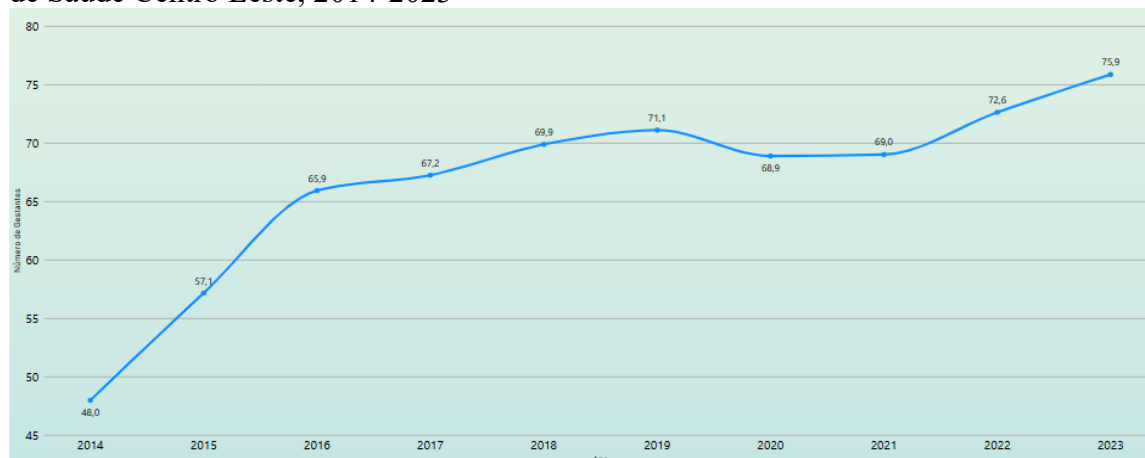
Gráfico 35. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2022-2024



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, 2025. *Dados coletados em 15/04/2025, sujeitos a alterações

O percentual de gestantes com mais de 7 consultas de pré-natal é um dos principais indicadores de qualidade da assistência à saúde materna. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, o ideal é que toda gestante realize no mínimo 7 consultas, conforme a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2023 o Brasil apresentou 78% de gestantes com 7 consultas de pré-natal, enquanto a Bahia teve um percentual de 75,2%¹; já a macrorregião vem apresentando um crescimento de 48% em 2014 para 75,9% em 2023 (Gráfico 36).

Gráfico 36. Percentual de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2014-2023



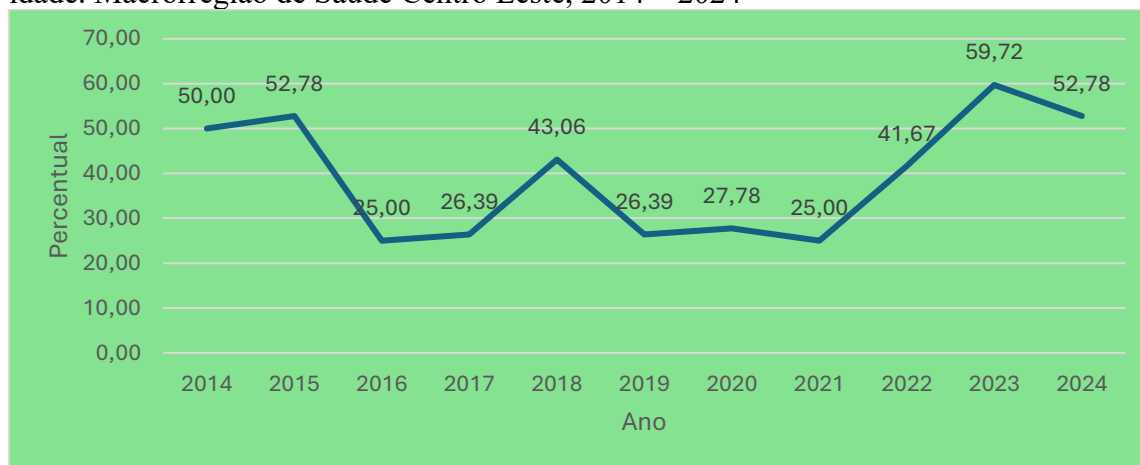
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, 2025. *Dados coletados em 15/04/2025, sujeitos a alterações

Quanto ao indicador de percentual de Municípios que atingiram 75% ou mais na Proporção de Vacinas Seleccionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade, este mede a proporção de cobertura vacinal seleccionadas: Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose) em menores de dois anos.

O Estado da Bahia e suas macrorregiões registraram um aumento na proporção de municípios que atingiram 75% ou mais de cobertura vacinal em relação às vacinas seleccionadas, comparando-se ao ano de 2014 (variação 2014-2023)³.

A macrorregião Centro Leste apresentou uma variação do percentual ao longo do período analisado, com significativa redução nos anos de 2016-2017 e 2019-2021 voltando a aumentar até o ano de 2023 com 59,72% dos municípios que atingiram a meta definida pelo estado (Gráfico 37). A análise da variação ocorreu no período 2014 a 2023 pois os dados de 2024 ainda são parciais.

Gráfico 37. Percentual de Municípios que atingiram 75% ou mais na Proporção de Vacinas Seleccionadas do Calendário Nacional de Vacinação para Crianças menores de dois anos de idade. Macrorregião de Saúde Centro Leste, 2014 – 2024



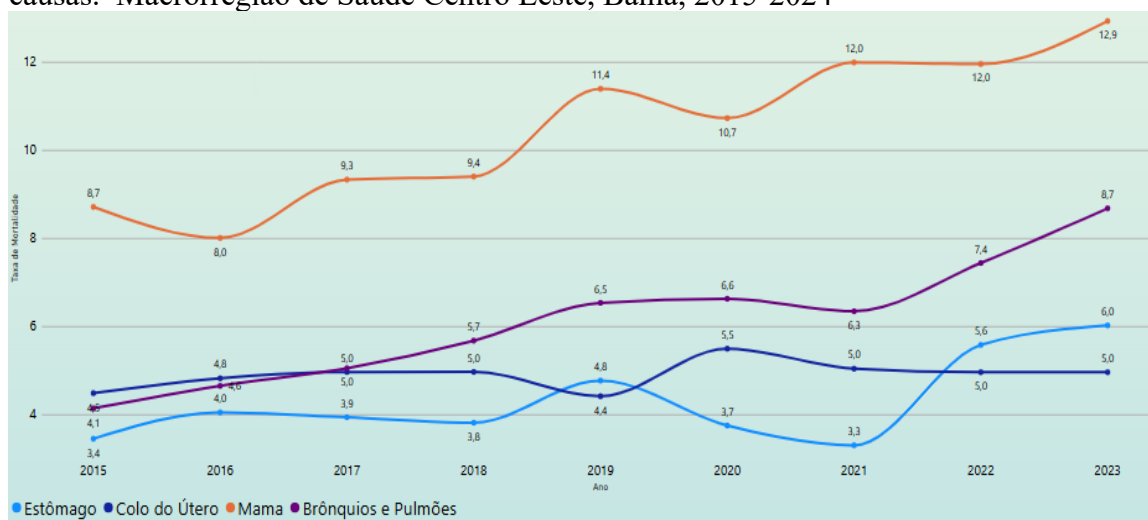
Fonte: Localizadas/MS *Dados coletados em 15/04/2025, sujeitos a alterações

3.2.3 Neoplasias

Na análise anterior (2010 - 2019), foi percebido um aumento na taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres nos tipos maligna de mama, brônquios e pulmões e maligna do colo do útero. Essa tendência se segue com relação neoplasia de mama brônquios e pulmões, já para neoplasias de colo do útero e estomago se invertem a partir de 2020 entre pessoas do sexo feminino.

No que tange ao câncer de mama, em 2020 a taxa evoluiu de 10,7 óbitos para 12,9 óbitos por 100 mil mulheres em 2023. Em relação aos cânceres de brônquios e pulmões, há um crescimento significativo e alcança a taxa de 8,7 óbitos por 100 mil mulheres no ano de 2023. O câncer do colo do útero, por sua vez, se manteve sem oscilações com taxa de 5,0 óbitos por 100 mil mulheres, período 2021-2023. Os dados apontam para um crescimento no risco de óbito por cânceres entre mulheres desde 2010 (Gráfico 38).

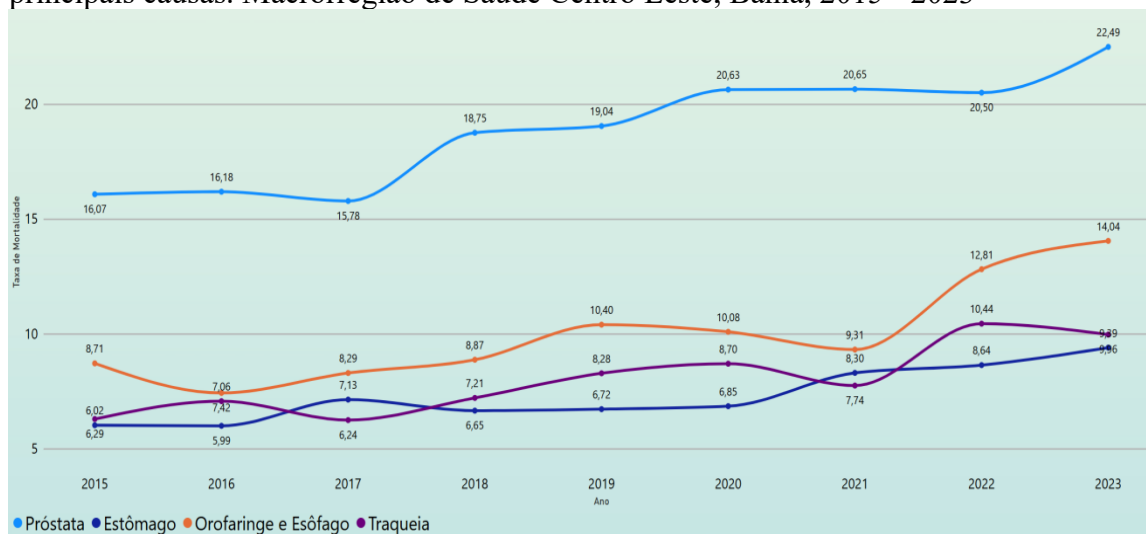
Gráfico 38. Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015-2024*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sim,2024. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

As neoplasias no sexo masculino, mantem o padrão dos anos anteriores, com maior risco do câncer de próstata como a principal causa de óbito, no período de 2020-2023. Nesse mesmo período, a segunda causa é orofaringe e a terceira causas se alternam entre o câncer de traqueia e estômago (Gráfico 39). Vale destacar que na análise inicial até 2019 o câncer de brônquios e pulmões aparecia como uma das três principais causa de óbitos em homens, mudando nos anos seguintes e aparecendo os canceres de orofaringe e traqueia dentre as quatro principais causas.

Gráfico 39. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015 - 2023

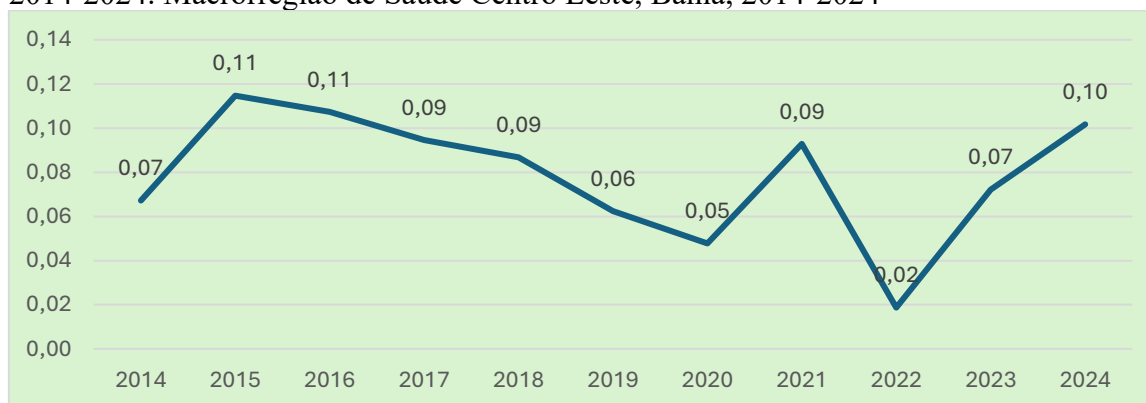


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sim, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

Para a prioridade Sanitária Neoplasias foram agregados indicadores de rastreamento do câncer a título de análise e de definição das metas a serem pactuadas no PRI.

A razão de mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos é um indicador que mostra a proporção de mulheres nessa faixa etária que realizaram mamografia com finalidade de rastreamento, e conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a meta é de 0,5². Alguns desafios ainda afetam o alcance da meta desta razão, tais como: baixa adesão por medo ou falta de informação; falta de acesso aos serviços especializados sobretudo no interior; filas de espera ou dificuldade de agendamento e baixa cobertura de unidades móveis em regiões remotas. A macrorregião apresentou uma razão abaixo do preconizado variando de 0,07 a 0,1 no período de 2014 a 2024 (Gráfico 40).

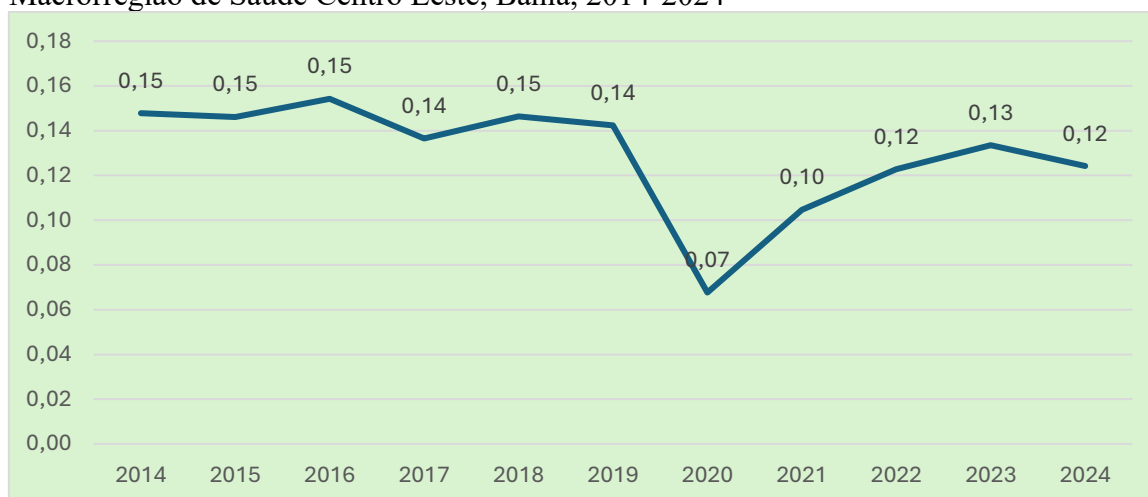
Gráfico 40. Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, Bahia 2014-2024. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2024



Fonte: Ministério da Saúde/SIA/SUS. Dados extraídos em 10/04/2025, sujeitos a alterações.

A razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos é um importante indicador da cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. Esse exame é mais conhecido como Papanicolau e é recomendado como rastreamento periódico para detectar lesões precursoras do câncer cervical, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a meta é de 3,0². Principais Barreiras: falta de informação e conscientização; vergonha ou medo do exame; dificuldade de acesso a unidades de saúde; ausência de políticas locais ativas de rastreamento. A macrorregião apresenta uma razão abaixo do preconizado variando de 0,07 a 0,15 no período de 2014 a 2024 (Gráfico 41).

Gráfico 41. Razão exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014-2024

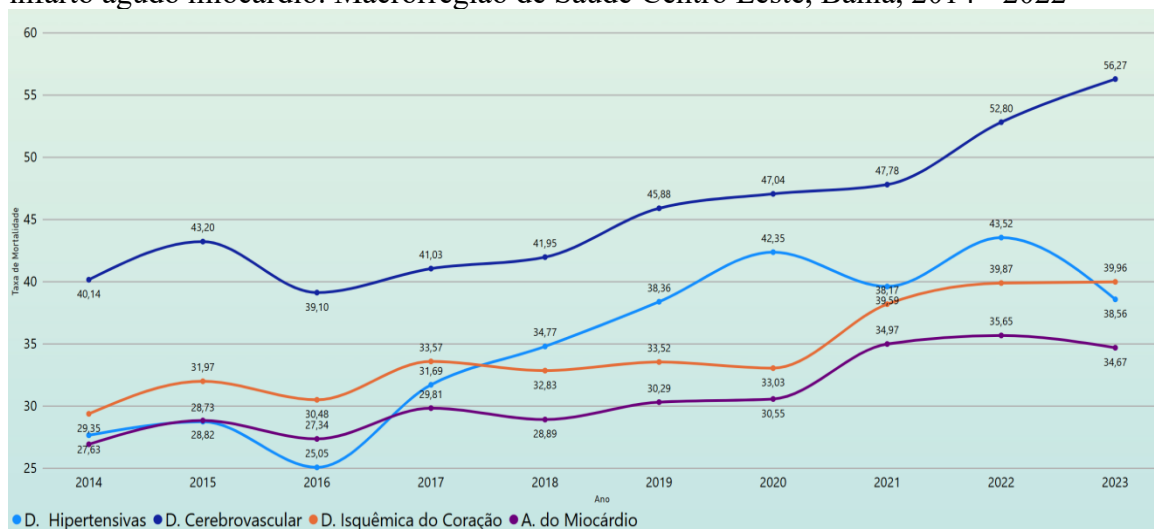


Fonte: Ministério da Saúde/SIA/SUS. Dados extraídos em 10/04/2025, sujeitos a alterações.

3.7.4 Doenças do Aparelho Circulatório

No período 2010-2019, as principais causas de óbito no que tange a categorias doenças do aparelho circulatório fora, por ordem decrescente de risco, as doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração e doenças hipertensivas. Na atualização 2020-2023, a taxa das doenças cerebrovasculares (56,27 em 2023) e doenças isquêmicas do coração (39,96 em 2023) continuam a configurar os dois principais riscos, entretanto a terceira maior causa migra de doenças hipertensivas (38,56 em 2023) no período anterior para infarto agudo do miocárdio (34,67 em 2023). As doenças hipertensivas passaram a ocupar a quarta posição (Gráfico 42).

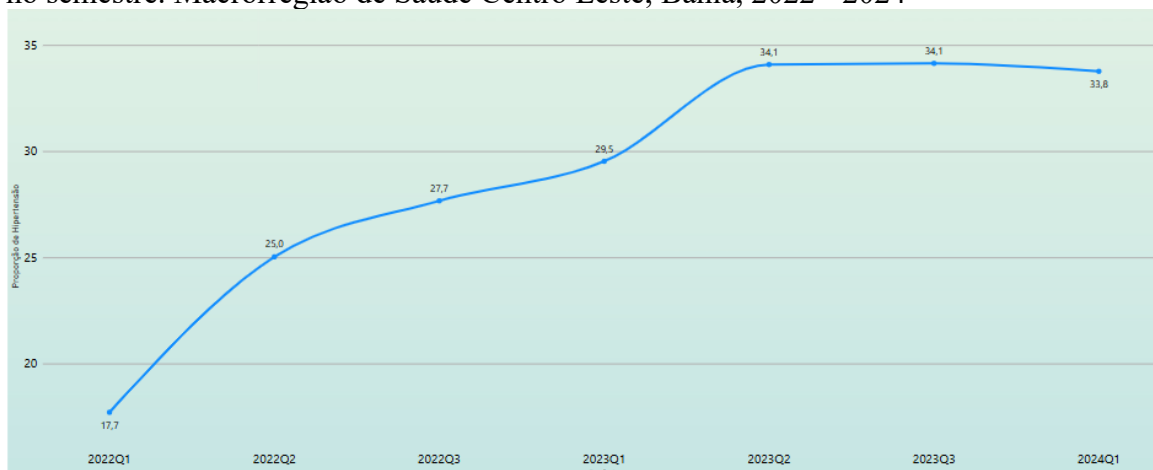
Gráfico 42. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014 - 2022



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sim, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

O indicador “proporção de pessoas com Hipertensão”, com consulta e pressão arterial aferida no semestre, mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quantidade estimada/identificadas de hipertensos que o município possui. A porcentagem de diagnosticados com hipertensão só é apresentada por estado pela PNS, por esse motivo, realiza-se uma estimativa para o parâmetro de cadastro do município. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. A Bahia apresenta um aumento na proporção de pessoas com hipertensão, que realizaram consulta e tiveram a pressão arterial aferida ao longo do semestre³. A análise do Gráfico 43 revela que a macrorregião registrou crescimento, com um índice de 17,7% para 34,1%. Apesar da melhoria nos resultados do indicador, é recomendável manter um acompanhamento nominal das pessoas com hipertensão vinculadas à equipe, monitorando sua frequência de acompanhamento.

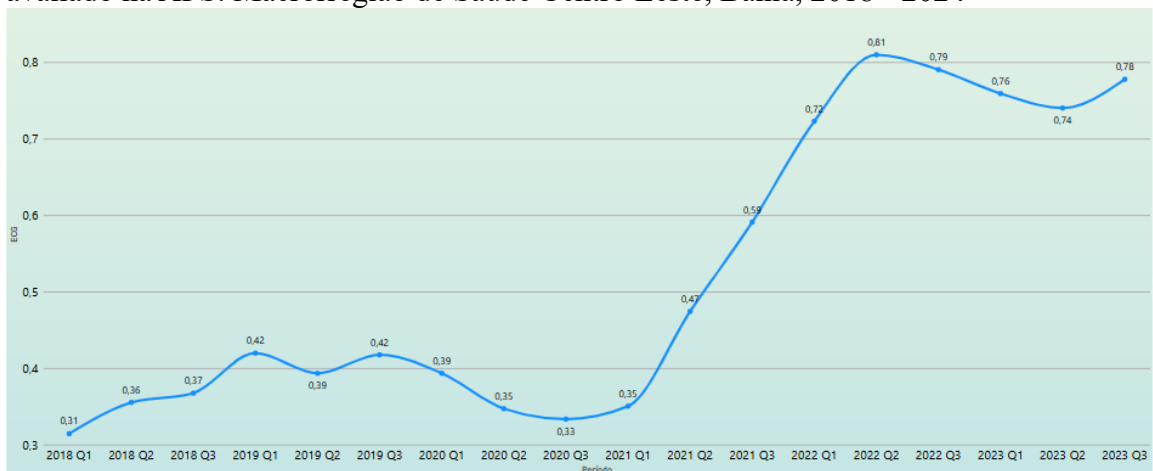
Gráfico 43. Proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2022 - 2024



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass/Sim, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

A macrorregião apresenta um crescimento da proporção de pessoas com Hipertensão arterial que teve o exame ECG avaliado na Atenção Primária à Saúde (APS) de 0,31 para 0,78 (Gráfico 44) porém são valores muito baixos o que pode também estar relacionado a registro no sistema de informações.

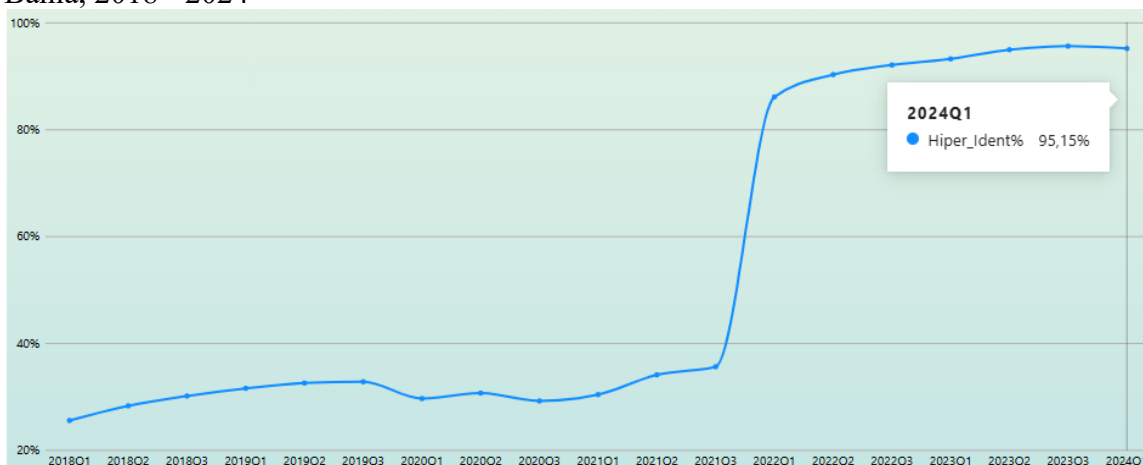
Gráfico 44. Proporção de pessoas com Hipertensão arterial que teve o exame ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2018 - 2024



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass/Sim, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

O indicador de hipertensos identificados na APS é essencial para o planejamento de ações de promoção, prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica, um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. A meta nacional é identificar pelo menos 70% dos hipertensos estimados na população adscrita às equipes de Saúde da Família. A macrorregião apresenta crescimento no período apresentado sendo 95,15% em 2024 (Gráfico 45).

Gráfico 45. Hipertensos identificados na APS. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2018 - 2024

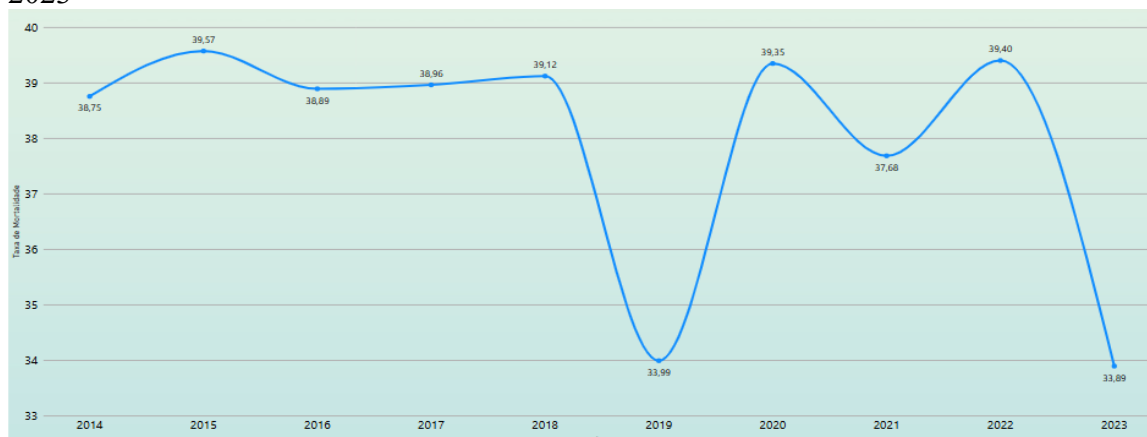


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass/Sim, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

3.7.5 Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas

A taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas é um indicador importante para avaliar o impacto dessas doenças sobre a população em idade economicamente ativa. São classificadas no Capítulo IV da CID-10 (E00–E89), e incluem: Diabetes mellitus (E10–E14); Doenças da tireoide; Distúrbios da nutrição e Distúrbios metabólicos diversos. A macrorregião apresenta elevadas taxas entre 33,89 e 39,57 no período apresentado, 2019 apresenta uma redução vertiginosa da taxa (33,99) voltando a aumentar nos anos seguintes, e voltando a reduzir em 2023 (33,89) (Gráfico 46).

Gráfico 46. Taxa de mortalidade prematura (30–69 anos), por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (DENM). Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014 - 2023

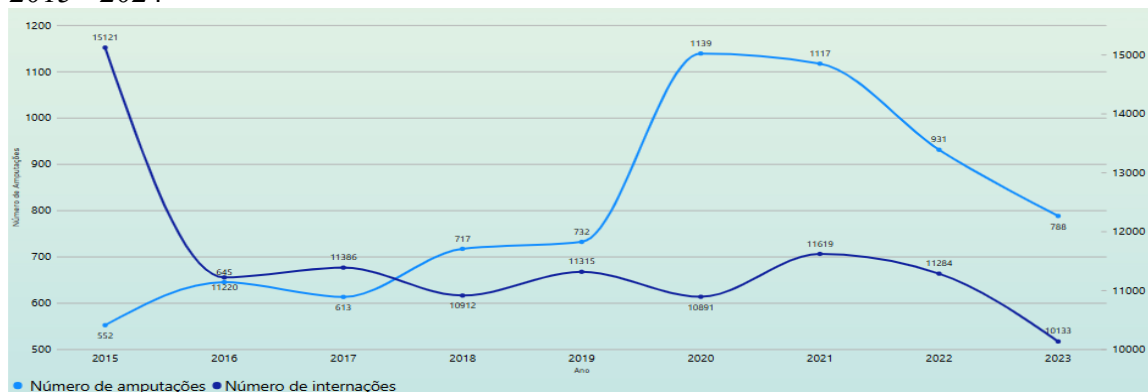


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass/Sinasc 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

O Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares tem como objetivo analisar variações

geográficas e temporais das internações para amputação, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na análise da qualidade do cuidado ofertado aos portadores de doenças crônicas em associação com outros indicadores. A macrorregião apresenta uma variação 552 a 1.139 amputações e 10.103 a 15.121 internações no período de 2015-2023 (Gráfico 47).

Gráfico 47. Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2015 - 2024

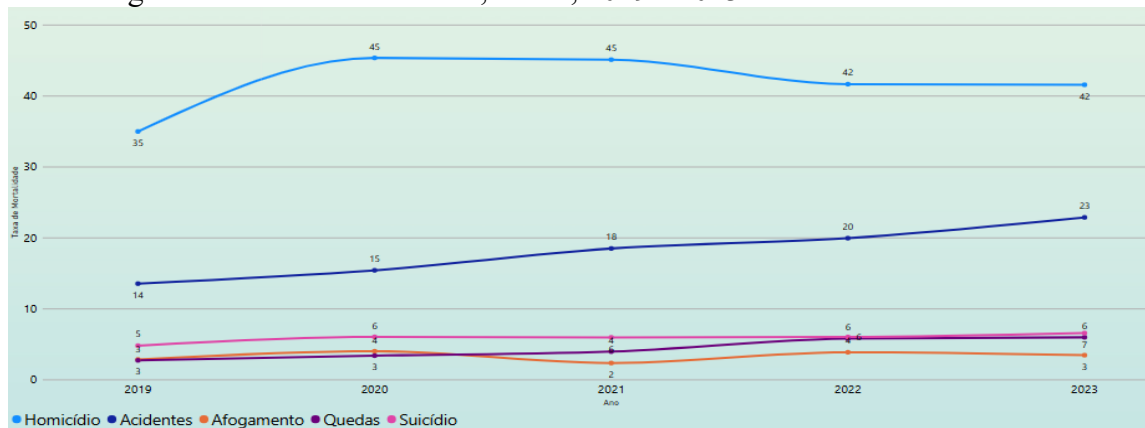


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIH-SUS, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

3.7.6 Morbimortalidade por causas externas

A Macrorregião apresenta como a primeira causa de mortalidade por causas externa o homicídio entre 35 em 2019 e 42 em 2023 por 100 mil, a segunda são os acidentes de 14 em 2019 a 23 em 2023 por 100 mil e a terceira se alternam entre afogamento, queda e suicídio; situação similar a análise anterior (Gráfico 48).

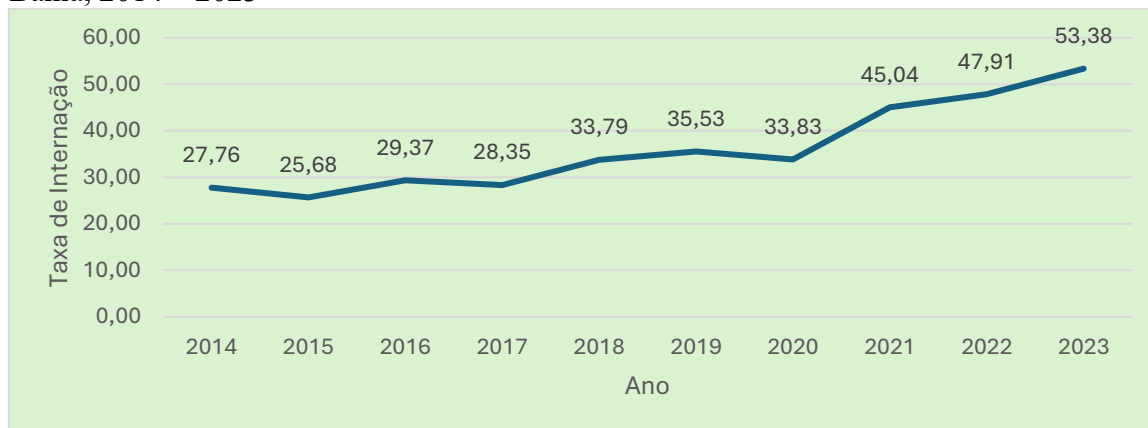
Gráfico 48. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2019 - 2023



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sim, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

Com relação à taxa de internação por causas externas, observa-se um aumento no período de 2014-2023 de 27,76 para 53,38 por 10.000 habitantes (Gráfico 49). A análise desta taxa é fundamental para entender o impacto de acidentes e violências sobre o sistema de saúde e para orientar ações de prevenção e segurança pública.

Gráfico 49. Taxa de internação por causas externas. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2014 – 2023



Fonte: SIH/SUS, 2023 *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

4. SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA

A 1ª Oficina sobre o estado de saúde da população foi realizada online, com base nas seis áreas temáticas definidas pela CIB/BA. Seu objetivo foi subsidiar os(as) secretários(as) municipais de saúde na escolha da prioridade sanitária de cada macrorregião.

Para selecionar a prioridade sanitária, os gestores responderam, por meio da Plataforma *Jotform*, ao ‘Formulário de Priorização’ elaborado com base nas áreas temáticas da Resolução CIB/BA nº 018/2021³, utilizando a matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência), para a seleção da prioridade sanitária, considerando:

- Gravidade: avaliar o problema e como afeta as pessoas e a situação de saúde da área adscrita, a curto e longo prazo;
- Urgência: analisar quanto tempo para o problema ser resolvido de modo a não agravar a situação;
- Tendência: avaliar o potencial que o problema tem de aumentar e agravar;

A seguir, apresenta-se a Matriz GUT (Quadro 3), que orientou a atribuição de pontuações às áreas temáticas durante a oficina.

Quadro 3. Dimensões e significado da pontuação na Matriz GUT. Bahia, 2021.

Nota	Gravidade	Urgência	Tendência
1	Sem gravidade	Pode esperar	Não piora
2	Pouco grave	Pouco urgente	Piora a longo prazo
3	Grave	O mais rápido possível	Piora a médio prazo
4	Muito grave	É urgente	Piora a curto prazo
5	Extremamente grave	Precisa de ação imediata	Piora imediata

Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021

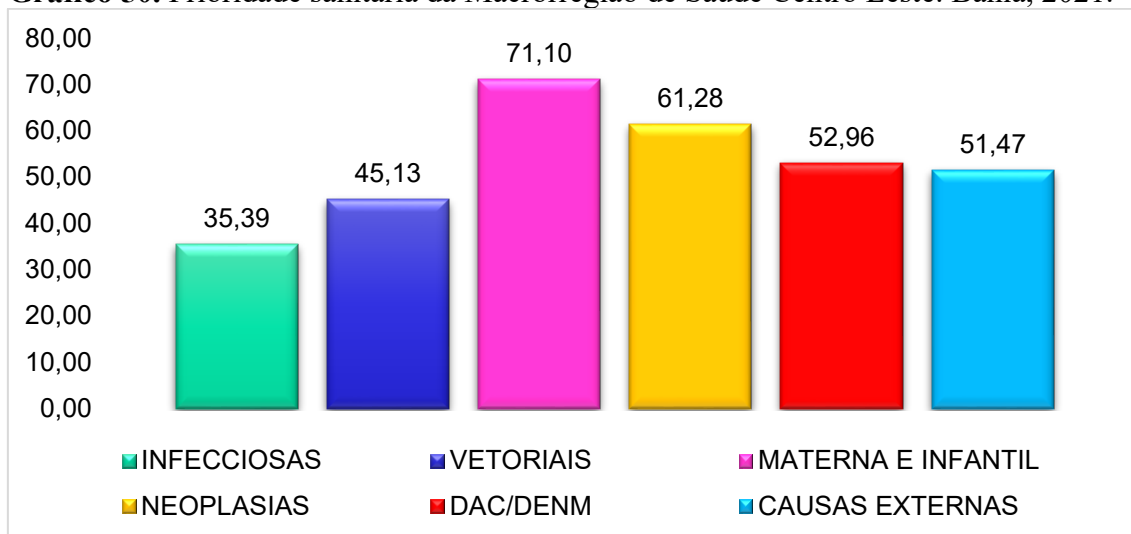
A metodologia possibilitou a seleção da prioridade sanitária e dos indicadores que deveriam ser objeto de elaboração das próximas etapas do PRI.

Para o preenchimento da Matriz GUT foram seguidos os seguintes passos e orientações:

- leitura do texto referente a área temática;
- atribuição de pontuação (valores entre 1 e 5) considerando as variáveis indicadas na matriz;
- todas as alternativas deveriam ser marcadas com uma única opção para cada resposta;
- a atribuição dos pontos deveria ter como referência as discussões que ocorreram na oficina de trabalho quando foi discutido o estado de saúde da população.

A aplicação da Matriz GUT permitiu classificar áreas temáticas em ordem de prioridade, a partir da pontuação alcançada. Na MRS- Centro Leste a oficina ocorreu no dia 04 de agosto de 2021. As áreas temáticas considerados na 1ª Oficina Macrorregional na MRS- Centro Leste foram: Doenças infecciosas e parasitárias (infecciosas e vetoriais); saúde materna e infantil, neoplasias; doenças do aparelho circulatório; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; e, morbimortalidade por causas externas.

A Atenção Materna e Infantil, é a prioridade sanitária selecionada na MRS- Centro Leste (Gráfico 50). Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)⁴², pelo menos 20% da carga de doenças em crianças com menos de cinco anos está relacionada as condições e situação de saúde materna e à desnutrição, bem como a qualidade dos cuidados ao parto e no período de recém-nascido.

Gráfico 50. Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Centro Leste. Bahia, 2021.

Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021.

A prioridade sanitária é de grande importância, dadas suas elevadas taxas de mortalidade, altas prevalências e as complicações que provocam na qualidade de vida das pessoas. Além disso, o atendimento às pessoas com diabetes e hipertensão representam gastos elevados e sobrecarga para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Após a definição da prioridade sanitária, a Coordenação de Planejamento Regional Integrado propôs ao Grupo Condutor da Rede Estadual a criação de grupo de trabalho envolvendo técnicos estaduais e municipais que atuam em cada macrorregião. Deste modo, para desenvolver ações do processo do PRI no território foi publicada em janeiro de 2022 a Resolução CIB n. 006/2022, que *aprova a instituição do Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional para o Planejamento Regional Integrado (PRI) do estado da Bahia*. Posteriormente foi publicada a Resolução CIB n. 008/2022, que *“Aprova a relação dos nomes dos membros dos Grupos Técnicos de Trabalho Macrorregional (GTTM) para o Planejamento Regional Integrado (PRI) do estado da Bahia”*, com atualização dos nomes pela Resolução n. 351/2024.

Cada macrorregião de saúde conta com um GTTM com a seguinte composição: técnicos da Sesab/nível central; técnicos da Sesab/NRS; representantes dos municípios na Comissão Intergestores Regional (CIR); apoiadores do Cosems/BA; técnicos da Superintendência Regional do Ministério da Saúde; colaboradores da Opas; articuladores do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Uma das atribuições dos GTTM é participar do grupo de discussão da Sesab para fazer a análise de alguns indicadores sociodemográficos para compor a Asis.

No processo de discussão foram levantadas variáveis que comporia a análise sociodemográfica, considerando a existência de fonte de dados confiáveis e com alimentação contínua das informações para compor uma série histórica. Posteriormente foi enviado um formulário para todos os gestores municipais para selecionar as variáveis ou acrescentar outras.

Na sistematização final das informações só permaneceram as variáveis que contemplaram os requisitos sugeridos e fossem usadas para direcionar a análise da situação de saúde em cada macrorregião. Estas variáveis compõem os indicadores que constam na caracterização da MRS-Centro Leste, deste plano.

5. ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA

Na análise da capacidade instalada foi considerada a estrutura dos serviços de saúde na abrangência macrorregional, contemplando a cobertura, organização e a oferta de serviços de saúde no território, buscando articulação com alguns elementos que compõem as diferentes vertentes da ASIS (condições socio sanitárias; Rede de Atenção à Saúde (RAS); fluxos assistenciais; gestão do trabalho e da educação na saúde; e gestão³)

5.1 Organização

Pretende-se demonstrar indiretamente a organização da RAS no território, definida como 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. Vale destacar que os dados poderiam ser enquadrados como indicadores de “oferta e cobertura de serviços de saúde”.

Entre as informações disponíveis para análise da capacidade regional de organização para a atenção integral em saúde, conforme o modelo de atenção preconizado para a conformação de uma RAS resolutiva foram selecionados alguns indicadores, são eles:

- Índice de dependência macrorregional;
- Cobertura da APS;
- Centrais de Regulação;
- Estabelecimentos com equipamentos de ultrassom e sem registro de produção para a prioridade selecionada.

³ Os aspectos relacionados aos “recursos financeiros” e a “ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde”, previstos para ASIS, não foram considerados nesta etapa.

5.1.1 Índice de dependência macrorregional

Ao indicar, em percentual, o quanto essa macrorregião depende de outra(s) macrorregião (ões) para realizar procedimentos de alta complexidade, permite disparar reflexões sobre a organização atual da RAS em termos de suficiência. Neste sentido, ao considerar a recomendação tripartite de que a RAS se complete em nível macrorregional, permite também observar o aspecto de gestão neste arranjo interfederativo, bem como as necessidades de (re) pactuar fluxos assistenciais e investimentos no território.

Para o levantamento do índice de dependência da macrorregião, foram selecionados no TABWIN/DATASUS/MS alguns procedimentos ambulatoriais e hospitalares de Alta Complexidade (AC), avaliando o percentual de pacientes atendidos na própria macrorregião e qual o percentual atendido fora dela, levando em consideração os atendimentos dentro do Estado. Pode-se entender então que quanto menor o índice de dependência, maior é o atendimento dentro da macrorregião, sendo mais resolutiva e, portanto, espera-se um menor deslocamento e tempo de espera da sua população.

A Macrorregião de Saúde Centro Leste depende de outras macrorregiões, para realizar 41,11% dos procedimentos ambulatoriais e 55,65%, dos hospitalares de AC, apresentando o maior índice de dependência ambulatorial dentre as outras macrorregiões (Tabela 3). Na utilização dos dados para a elaboração do índice de dependência observou-se que o fluxo para fora da macrorregião está concentrado em atendimentos realizados na capital do estado, supondo pela proximidade e grande concentração de serviços.

Tabela 3. Índice de dependência de serviços ambulatorial e hospitalar de alta complexidade por macrorregião de saúde. Bahia, 2021-2022

Macrorregião	Índice de dependência em serviços de alta complexidade	
	Ambulatorial	Hospitalar
CENTRO LESTE	41,11%	55,65%
CENTRO NORTE	26,01%	97,75%
EXTREMO SUL	13,44%	33,00%
LESTE	0,51%	0,54%
NORDESTE	30,73%	99,60%
NORTE	18,36%	69,12%
OESTE	25,02%	71,38%
SUDOESTE	4,93%	24,10%
SUL	10,62%	54,36%

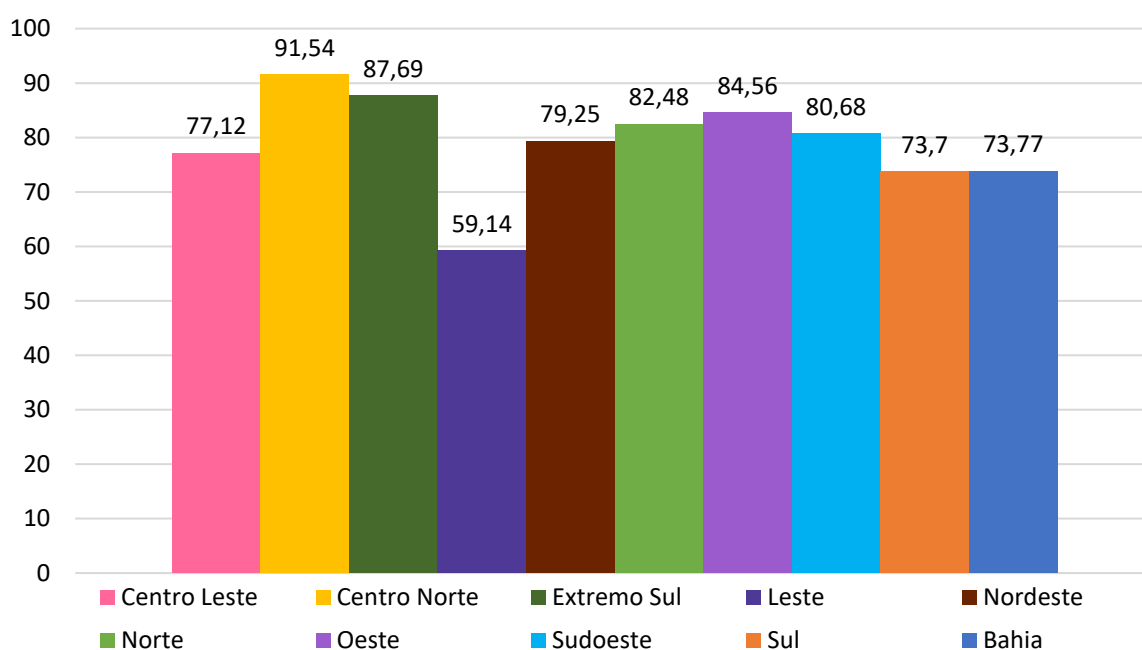
Fonte: TABWIN/DATASUS, 2023.

5.1.2 Cobertura da Atenção Primária à Saúde

Esse indicador explicita o percentual da cobertura de pessoas cadastradas pela APS (Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária) em relação à população estimada pelo IBGE, permitindo inferir se a organização atual espelha o modelo de RAS que tem a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Permite avaliar o impacto desta cobertura para a resolução dos problemas de saúde mais frequentes e, portanto, sobre as demandas por ações e serviços de saúde organizados, regionalmente.

Para o cálculo do indicador Cobertura da APS, foi considerada a população cadastrada pelas unidades de saúde no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e a macrorregião tem 77,12% da cobertura da APS, portanto acima da média do Estado (Gráfico 51).

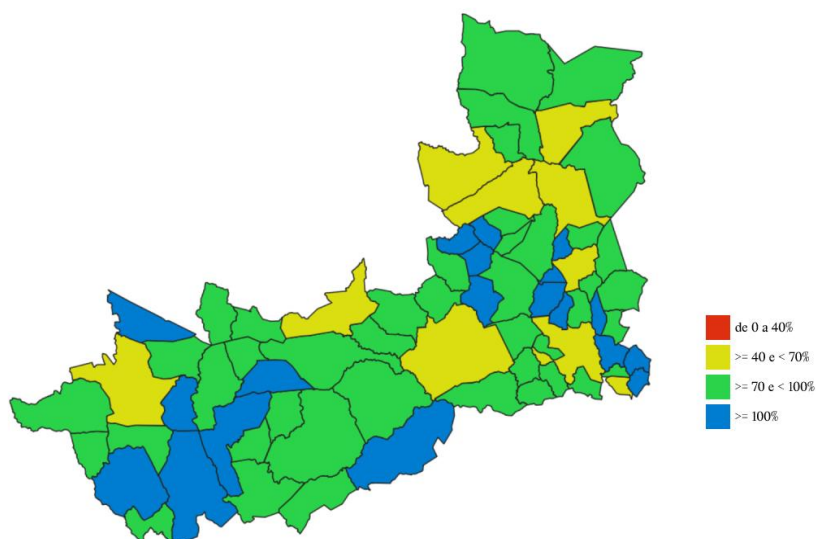
Gráfico 51. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Macrorregião de Saúde. Bahia, 2021*.



Fonte: Caderno de Monitoramento da Atenção Básica, 2022 *Dados coletados em 29.11.2022.

A análise do conjunto dos municípios da macrorregião revela que 43 (quarenta e três) municípios (59,72%) possuem cobertura de APS superior a 70%, e 10 (dez) municípios (13,89%) possuem cobertura de APS inferior a 70%, estando entre eles o município de Feira de Santana, com cobertura de 64,59%, o que impacta na cobertura da macrorregião. (Mapa 4).

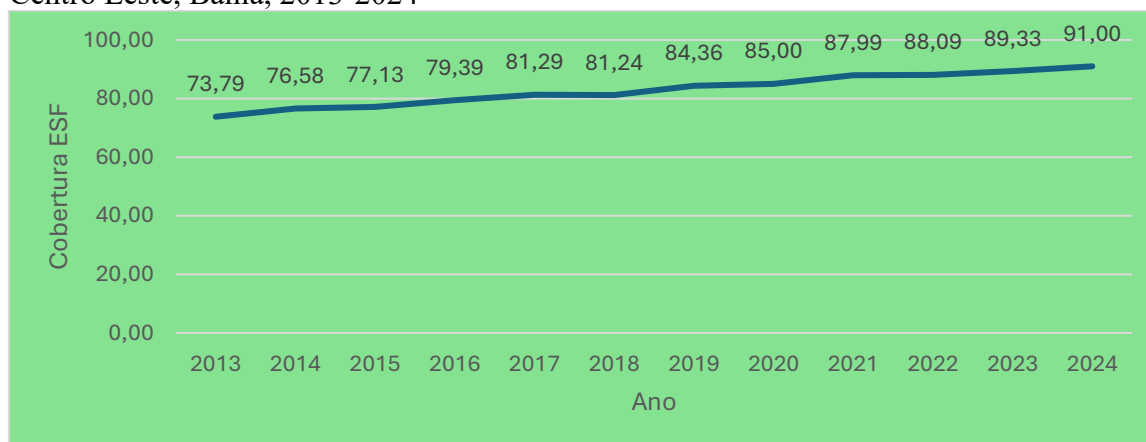
Mapa 4. Cobertura da APS. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2021



Fonte: Caderno de Monitoramento da Atenção Básica, dados coletados em 29.11.2022

Para complementar a informação foi também avaliado outro indicador, demonstrando que a macrorregião apresentou um aumento mais significativo a partir de 2020, chegando a 91% de cobertura em 2024 (Gráfico 52).

Gráfico 52. Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2013-2024



Fonte: E-gestor: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - CGIAP/DESF/SAPS/MS, 2024
*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

Ressalta-se que a análise da cobertura na macrorregião revela apenas um dos aspectos para avaliar o alcance dos princípios e diretrizes da APS e o seu papel na RAS. A atenção primária resolutiva e coordenadora do cuidado, por meio de uma clínica ampliada e da articulação de diferentes tecnologias, é capaz de construir vínculos e realizar intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, reduzindo as complicações e internações que sobrecarregam os outros níveis de atenção. Diversos outros fatores também afetam a continuidade do cuidado, como a construção de vínculo e responsabilização entre

profissionais e usuários e a garantia da longitudinalidade da atenção na RAS, para um acompanhamento da população do território com efetiva coordenação do cuidado.

Neste sentido, ao observar as informações contidas no Caderno do PRI sobre o Estado da Saúde da população da Macrorregião Centro Leste, nota-se que essa cobertura elevada não garante, de forma isolada, ações oportunas e efetivas para todas as necessidades de saúde sensíveis à APS. Embora haja uma tendência de redução da incidência de alguns agravos transmissíveis ainda persiste na macrorregião a incidência e prevalência de algumas doenças e agravos

5.1.3 Central de Regulação

5.1.3.1 Central de Regulação de Urgências

Central de Regulação de Urgências (CRU) são componentes importantes para a organização de uma macrorregião cuja adequação depende de vários fatores, como extensão territorial e tamanho populacional. Sua existência indica o número de estrutura recomendada para a organização e priorização das demandas de urgência e ordenação dos fluxos de referências e sistema logístico da RAS dentro do território. Uma macrorregião com um sistema logístico estruturado deverá implantar centrais regionais a cada 700 mil habitantes.

Este parâmetro é presumido como mínimo, tendo em vista que a normativa vigente orienta que as centrais sejam regionalizadas e suficientes para cobertura de todos os municípios, sendo uma CRU para cada 500 a 700 mil habitantes.

A MRS- Centro Leste tem duas CRUS regionais nos municípios de Feira de Santana e Serrinha. Para uma população de 2.227.863 habitantes (IBGE, 2020), estima-se a necessidade em torno de 04 (quatro) CRU, para que a macrorregião, tenha 100% da necessidade atendida.

5.1.3.2 Central de Regulação do Acesso às Ações e Serviços de Saúde

A central de regulação do acesso às ações e serviços de saúde aponta o número de estruturas recomendadas para a organização e priorização das demandas da média e alta complexidade ambulatorial e ordenação dos fluxos de referências e sistema logístico da

RAS dentro do território. A existência destas centrais de regulação é importante para o encaminhamento da população aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial. Para a coleta de informações para este indicador buscou-se saber, além de existência ou não do serviço, se este era centralizado em uma base única ou se era descentralizado em outras unidades. Esta informação é relevante para conhecer a estrutura da regulação.

A MRS- Centro Leste, com 72 (setenta e dois) municípios, possui 47 (quarenta e sete) serviços cadastrados no CNES em setembro de 2022⁴, 18 (dezoito) destes centralizados, 18 (dezoito) descentralizados, 02 (dois) estão desativados e para 09 (nove) não se obteve informação quanto ao tipo de estrutura. É possível, a partir dos registros, inferir na macrorregião uma estrutura de organização do acesso aos serviços ambulatoriais frágil, considerando o número, relativamente, baixo de centrais identificadas para atender a todos os municípios.

5.2 Infraestrutura

A infraestrutura é composta pelas categorias: trabalhadores de saúde, estabelecimentos, medicamentos, equipamento e outros insumos e conhecimento. Foi adotado três categorias, o que permite verificar a disponibilidade de equipamentos, leitos, estabelecimentos e serviços de saúde e pode ser utilizada para identificar vazios na RAS. Também possibilita identificar a quantidade de trabalhadores disponível para o SUS, em determinadas ocupações da Força de Trabalho em saúde, ilustrando relevante aspecto de gestão do trabalho e da educação na saúde que é determinante para a execução das ações e serviços e funcionamento da RAS no território.

Analisando as informações de equipamento, serviço, urgência e emergência, hospitalar e sistema logístico (Quadro 4) se identifica que para a maioria dos equipamentos e serviços a análise limita-se a visualização da quantidade no território. A verificação da suficiência dependeria também das necessidades identificadas pelas condições sócio sanitárias e da capacidade produtiva (funcionamento e profissionais). E, em alguns casos é difícil a comparação entre oferta e necessidade com parâmetros específicos das prioridades sanitárias, por serem de uso de públicos maiores do que os grupos populacionais priorizados.

⁴ Dados coletados antes da alteração de Tucano para outra macrorregião.

As informações coletadas tratam da estrutura disponível para o SUS na RAS da macrorregião que atendem a todas as prioridades sanitárias. Estão sinalizadas com um asterisco aquelas que possuem parâmetro definido pelo MS, o que permite a análise dos dados na perspectiva da comparação com o esperado (Quadro 4).

Quadro 4. Quantitativo de equipamentos, serviços especializado, leitos e serviços hospitalares, urgência e emergência (SAMU) e sistema logístico (ambulância comum) disponível para o SUS. Macrorregião de Saúde Centro Leste /Bahia, 2022

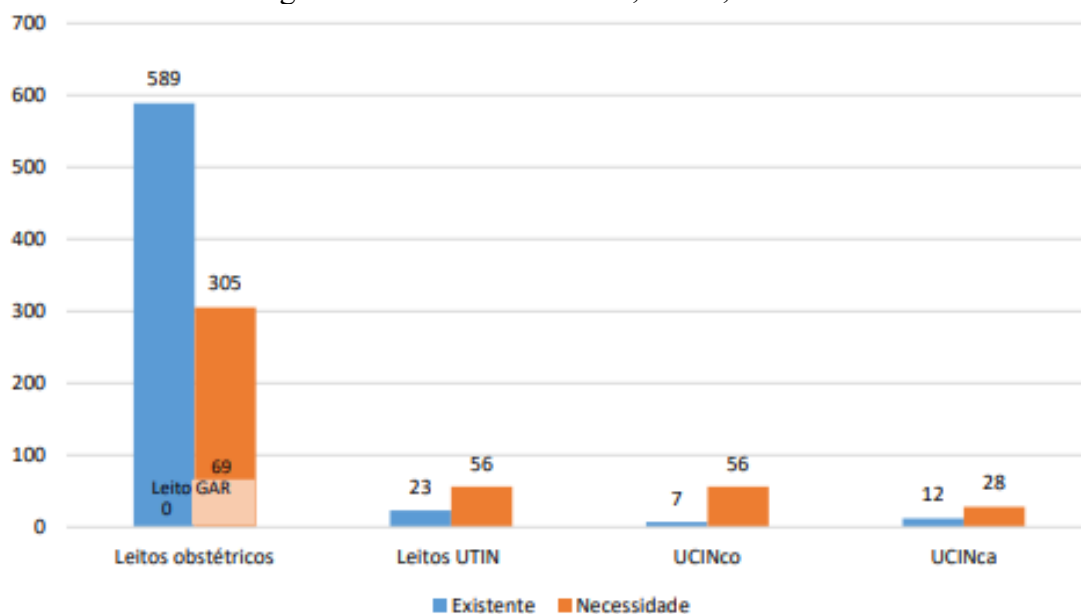
Tipo	Prioridade Sanitária	Informação/Indicador	Nº existente	Nº necessário
Equipamento	Comum a todos	Oftalmoscópio	75	-
		Eletrocardiógrafo	245	-
		USG com doppler	75	-
		USG convencional	145	-
Serviços especializados	Materna e Infantil	Referência em triagem neonatal	0	-
	Comum a todos	Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia	126	-
		Serviço de hemoterapia	41	-
		Laboratório análise clínica	109	-
Centro de Especialidades Odontológica	11	-		
Hospital	Materna e Infantil	Leitos obstétricos clínicos*	349	305
		Leitos obstétricos cirúrgicos*	240	
		Leitos UTIN *	23	56
		Leitos UCINco*	7	56
		Leitos UCINca*	12	28
		Leito GAR*	0	69
	Hospital amigo da criança	2	-	
Comum a todos	Leitos UTI AD	110	-	
Serviço Hospitalar	Materna e Infantil	Banco de leite / posto de coleta	2	-
		CPN*	0	4
		CGBP*	0	-
Urgência e Emergência (SAMU)	Comum a todos	Unidade de Suporte Básico – USB	20	-
		Unidade de Suporte Avançado - USA	7	-
		Motolância	1	-
		USB aquático/embarcação	0	-
Sistema Logístico		Ambulância Comum	345	-

Fonte: CNES, dados coletados 29.11.2022. *Informação/Indicador com parâmetro de necessidade estabelecido pelo MS.

A análise da capacidade instalada hospitalar da Rede de Atenção Materna e Infantil refere-se ao número de leitos obstétricos por EAS; identificação das maternidades para gestação de alto risco; identificação dos leitos de atendimento ao neonato (Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Neonatal Convencional (UCINco) e Unidade de Cuidados Neonatal Canguru (UCINca)) e dos leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) adulto para atendimento às gestantes, por EAS.

Os leitos obstétricos e para Gestação de Alto Risco (GAR), gestante e neonato, da MRS- Centro Leste demonstram que o território possui mais leitos obstétricos do que o necessário: 589 leitos obstétricos SUS e 69 leitos obstétricos não SUS, totalizando 658 leitos. Quanto aos leitos para atendimento à gestante e ao neonato, a necessidade na macrorregião ainda não está atendida (Gráfico 54).

Gráfico 53. Número de leitos obstétricos e de leitos para Gestação de Alto Risco, existentes e necessários. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2022*



Fonte: CNES, dados coletados em 29.11.2022. Para o cálculo da necessidade de leitos obstétricos foi utilizado como referência o Memo nº 118 Dapes/SAS/MS, Brasília, 17 de fevereiro de 2012 – Nota técnica sobre parâmetros para cálculo de leitos obstétricos - Rede Cegonha.*

De acordo com as informações coletadas dos estabelecimentos cadastrados no CNES, foi permitido conhecer a disponibilidade da força de trabalho em saúde no território. Com relação a categoria médica foi feito um comparativo entre necessidade e existência, sendo possível verificar a suficiência, em comparação às recomendações do MS, conforme o número de habitantes.

Para esta análise, a Força de Trabalho em Saúde foi representada pelo número de trabalhadores equivalentes, a partir da transformação do total de horas disponíveis em número de trabalhadores, considerando uma carga horária padrão (40 horas semanais). Esta forma é conhecida como *Full-Time Equivalent* (FTE) e é comumente utilizada na área da gestão do trabalho para visualizar quantos profissionais em tempo integral equivaleria o total de horas de trabalho contratado para determinado serviço ou sistema de saúde. Além de facilitar a comunicação dos resultados de forma padronizada, permite a comparabilidade interna e suprime possíveis distorções que seriam provocadas se comparados totais de indivíduos com diferentes jornadas de trabalho. Para tal, utilizou-se os dados do CNES, identificando a ocupação e o total de horas trabalhadas por semana.

Ao analisar a existência versus a necessidade dos profissionais médicos referentes a prioridade sanitária, observa-se que para o Pediatra e o Ginecologista/obstetra o percentual da necessidade atendida é de 17,73% e 20,01% respectivamente. Considerando a categoria de médicos anestesistas, que é especialmente importante quando se trata dos partos cesáreos, verifica-se um percentual de 33,85% na macrorregião (Quadro 5).

Quadro 5. Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades, Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2022

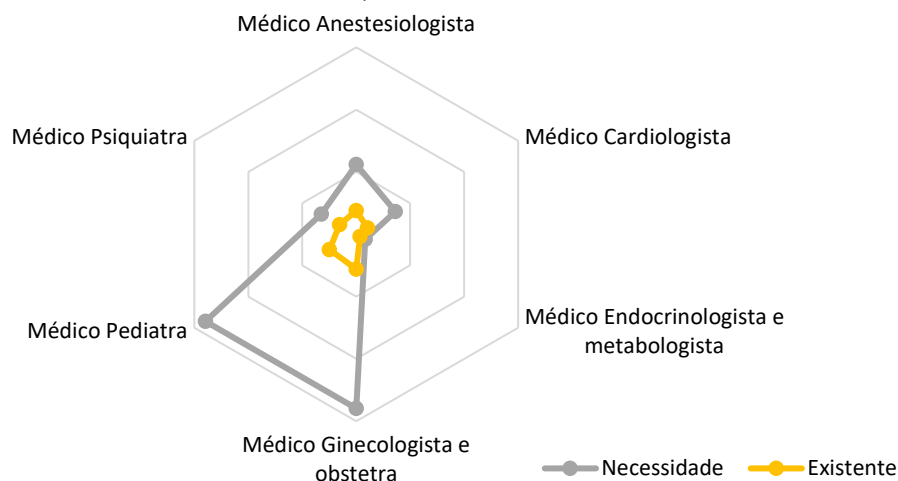
Grupo de ocupações/especialidades	Nº existente	Nº necessário
Médico Anestesiologista	75,68	223,58
Médico Cardiologista	41,83	145,33
Médico Endocrinologista e metabologista	14,18	33,54
Médico Ginecologista e obstetra	111,83	558,96
Médico Pediatra	99,08	558,96
Médico Psiquiatra	61,45	129,68
Psicólogo	286,58	-
Assistente Social	322,40	-
Nutricionista	297,48	-
Enfermeiro	2.020,55	-
Cirurgião Dentista (Família CBO)	682,98	-
Enfermeiro Obstetra	60,35	-
Fisioterapeuta	777,03	-
Farmacêutico	295,23	-

Fonte: CNES, dados coletados em 29.11.2022.

Observa-se déficit de profissionais em todas as especialidades médicas relacionadas a prioridade sanitária na MRS- Centro Leste sendo esta informação de relevância no que

refere ampliar e qualificar a força de trabalho em saúde, caracterizando-a como um investimento essencial para a perspectiva de funcionamento da RAS (Gráfico 53).

Gráfico 54. Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas à prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2022



Fonte: CNES, dados coletados em 29.11. 2022.

5.3 Produção de serviço

Concentra-se em evidenciar se houve, no período, registro de realização dos procedimentos, no mínimo, uma vez nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) na RAS do território. Deste modo, as informações limitam-se a identificação do registro do procedimento, permitindo inferir se a infraestrutura esteve em uso ou não para determinado fim. Nesta análise não foi considerado a suficiência para o território, porque exigiria informações mais detalhadas com levantamento da quantidade de equipamentos e sua produção.

A Macrorregião de Saúde Centro Leste possui 75 equipamentos de USG com doppler cadastrados no CNES em 57 EAS, destes quatro (7,02%), apresentaram registro de produção. Quanto ao USG convencional o território possui 145 equipamentos cadastrados no CNES distribuídos em 128 EAS, destes 32 (25%) apresentaram registro de produção. Com referência a USG com doppler e USG convencional um e 13 EAS, respectivamente, não tem cadastro do equipamento e apresentaram registro de produção (Quadro 6). Médico Anestesiologista Médico Cardiologista Médico Endocrinologista e metabologista Médico Ginecologista e obstetra Médico Pediatra Médico Psiquiatra Necessidade Existente 25 Quanto aos equipamentos Oxímetro de pulso (teste do coraçãozinho), emissões otoacústicas

evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha) e tococardiografia ante-parto, identificaram-se um, três e um EAS com registro de produção;

Quadro 6. Número de EAS com registro dos procedimentos da prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Centro Leste/Bahia, 2022

Equipamento/Serviço	Procedimento	Nº EAS com equipamento	Nº EAS com produção
Ultrassom convencional	02.05.02.014-3 Ultrassonografia obstétrica	128	32
Ultrassom com doppler	02.05.02.015-1 Ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado	57	4
Oxímetro de pulso	02.11.02.007-9 Oximetria de pulso (teste do coraçãozinho)	-	1
Equipamento de otoemissão	02.11.07.014-9 Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha)	-	3
Cardiotocógrafo	02.11.04.006-1 Tococardiografia ante-parto	-	1

Fonte: SIGTAP/MS, dados coletados em 29.11.2022.

É possível perceber que na macrorregião existem EAS com equipamentos, contudo a produção para atendimento da prioridade sanitária se encontra em menos de 25% dos estabelecimentos. Salienta-se alguns pontos importantes que devem ser questionados sobre a capacidade de produção e, portanto, execução dos procedimentos na macrorregião: todos os equipamentos do EAS estavam em operação?; porque existem EAS com produção sem equipamentos cadastrados?; os equipamentos realizam só o procedimento selecionado?; existem profissionais capacitados para operar os equipamentos?.

6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) estrutura-se a partir das prioridades sanitárias pactuadas no âmbito macrorregional, considerando os desafios epidemiológicos, as desigualdades de acesso e a necessidade de fortalecimento da governança interfederativa. A conformação da RAS é um processo dinâmico que busca assegurar a integralidade do cuidado, a equidade territorial e a resolutividade das ações e serviços de saúde, tendo como fundamento o Planejamento Regional Integrado (PRI) e os pactos estabelecidos na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/BA).

As redes temáticas de atenção à saúde foram instituídas no âmbito do SUS por Normas consolidadas pela Portaria de Consolidação CIT nº 3/2017, com a finalidade de estruturar a Rede de Atenção à Saúde de forma regionalizada e hierarquizada. Essas redes promovem a integração sistêmica entre os diferentes pontos de atenção, articulando serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), da média e alta complexidade, além de sistemas de apoio diagnóstico, terapêutico e de regulação. Nesse arranjo, a APS assume papel central como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede, assegurando o acompanhamento longitudinal dos usuários e a continuidade assistencial.

Entre as principais redes temáticas destacam-se: a Rede de Urgência e Emergência (RUE), voltada para agravos agudos e condições tempo-dependentes; a Rede de Atenção às Doenças Crônicas, que organiza o cuidado contínuo e integrado às condições prevalentes como hipertensão, diabetes e neoplasias; a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que orienta o cuidado em saúde mental de forma territorial e comunitária; a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), voltada à reabilitação e inclusão social; e a Rede de Atenção Materna e Infantil, recentemente fortalecida pela instituição da Rede Alyne, que prioriza a redução da mortalidade materna e neonatal, com enfoque na equidade racial, territorial e de gênero.

Para avançar no processo do Planejamento Regional Integrado no estado da Bahia foi publicado as Resoluções CIB/BA nº 340/2023 (Rede de Atenção Oncológica), nº 576/2023 (Rede de Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus – HAS/DM) e nº 154/2024 (Rede de Atenção Materna e Infantil – Rede Alyne). Essas normativas representam marcos organizativos para as prioridades sanitárias e orientam o desenho das linhas de cuidado no território, assegurando a articulação entre as redes temáticas e a consolidação de uma RAS regionalizada, integral e resolutive.

6.1 Sistema Organização da RAS

Como estratégia para avançar com a organização da RAS, o estado da Bahia desenvolveu o Sistema de Organização da RAS (Figura 3) que tem como objetivo auxiliar na construção e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Macrorregiões de Saúde (MRS) do estado da Bahia. Ele permite o levantamento detalhado das unidades e serviços de saúde presentes nos municípios que compõem a MRS, possibilitando a

avaliação da suficiência e disponibilidade desses serviços em níveis municipal, regional e macrorregional, para atender as prioridades sanitária.

Figura 3. Sistema Organização da RAS.

The image shows a web application interface for 'Organização da RAS' (RAS Organization) from the Observatório Baiano de Regionalização. The interface is in Portuguese and features a dark teal sidebar on the left with a menu containing options like 'RAS', 'DOMI', 'Manual do sistema', 'Gerenciar Perfil', 'Gerenciar Administrador', 'Conta', and 'Sair'. The main content area has a white background and contains the following text:

Organização da RAS

A busca por novos modos de organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) exige uma atuação entre os entes federativos, com foco na superação da fragmentação dos serviços e na garantia do acesso equitativo. O processo do Planejamento Regional Integrado (PRI) assume papel estratégico, construindo uma linguagem comum sobre RAS, identificação do espaço macrorregional, da situação de saúde, das necessidades de saúde da população, da melhor proporção de estrutura/população/território e da viabilidade operacional sustentável, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas, com vistas a assegurar o tempo/resposta necessário ao atendimento da população.

Uma parte deste processo é a construção das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) que traduzem as necessidades de saúde da população em ações concretas, mensuráveis e monitoráveis, fortalecendo o planejamento regional. As DOMI devem orientar a reorganização da RAS de forma integrada, priorizando investimentos e qualificando fluxos assistenciais.

To the right of the text is a network diagram consisting of green circular nodes connected by lines. Some nodes are labeled with 'UPA', 'USB', and 'UBS', representing different levels of health services.

Fonte: Site do Observatório Baiano de Regionalização. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/>

O mapeamento detalhado das ações e serviços de saúde permite identificar os serviços de saúde necessários no território, facilitando a modelagem da RAS de acordo com as prioridades estabelecidas. Com a definição dos serviços, os municípios da MRS poderão pactuar fluxos intermunicipais, completando o processo de Modelagem da RAS.

Por meio desse sistema, será possível também identificar a necessidade de novos investimentos em serviços de saúde e seu custeio, uma etapa do Planejamento Regional Integrado (PRI), viabilizando uma RAS integrada e eficiente.

Além disto, permite a visualização e proposições para as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) das MRS para as prioridades sanitárias possibilitando o acompanhamento da organização da RAS.

6.2 Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne)

A Rede Alyne, instituída pelas Portarias GM/MS nº 5.350 e nº 5.359, de 12 de setembro de 2024, com alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, representa a atualização da Rede Cegonha, lançada em 2011. Seu propósito é garantir atenção integral, humanizada e de qualidade às gestantes, parturientes, puerperas e crianças, incorporando como eixo central o reconhecimento das desigualdades

étnico-raciais e regionais que impactam os indicadores de saúde materna e infantil no Brasil.

No Estado da Bahia, a implementação da Rede Alyne foi integrada ao Planejamento Regional Integrado (PRI) visando a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), fortalecendo a articulação entre os diferentes níveis de atenção e os mecanismos de governança do SUS. O modelo organizativo estrutura-se em seis componentes fundamentais: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à criança; sistema logístico; sistema de apoio; e sistema de governança, assegurando a continuidade do cuidado, desde a atenção básica até os serviços especializados de alta complexidade.

Complementarmente, a Rede Alyne no Estado está sendo fortalecida pela instituição do Programa Mãe Bahia, por meio da Portaria Estadual nº 152, de 04 de fevereiro de 2025. Destaca-se ainda o fortalecimento do cuidado às gestantes de alto risco, com garantia de vinculação prévia à maternidade de referência, transporte sanitário adequado e atenção centrada na equidade e na regionalização. A proposta busca assegurar que mulheres possam parir em seus territórios de origem, promovendo maior proximidade com suas redes de apoio social e familiar, além de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil e o enfrentamento das iniquidades sociais e raciais. Aderiram ao Programa 100% dos municípios elegíveis da macrorregião.

Na Macrorregião Centro Leste, o pré-natal é realizado nas UBS e USF, com estratificação de risco e encaminhamento adequado, conta com 708 equipes de ESF e 24 de APS nos 71 municípios. Os exames laboratoriais e de imagem são ofertados localmente, sendo o Laboratório ISAS o credenciado para a Triagem Pré-natal.

O pré-natal de alto risco é ofertado em unidades municipais e em cinco ambulatórios especializados: Hospital Inácia Pinto dos Santos, Policlínica Feira X e Hospital Estadual da Criança (Feira de Santana), Hospital Regional da Chapada (Seabra) e Hospital Geral de Itaberaba.

A atenção ao parto e nascimento conta com 507 leitos obstétricos distribuídos em 60 hospitais/maternidades, sendo 24 elegíveis ao financiamento do Programa Mãe Bahia, além de dois Centros de Parto Normal (Feira de Santana e Itaberaba). Os partos de alto risco são atendidos nos hospitais Inácia Pinto dos Santos e Estadual da Criança (Feira de Santana) e Frei Justo Venture (Seabra), que também dispõem de leitos neonatais. A região possui ainda uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera com 20 camas (não habilitada).

A atenção ao puerpério e à criança ocorre principalmente na APS, com seguimento neonatal no Hospital Inácia Pinto dos Santos e no Hospital Estadual da Criança. O incentivo ao aleitamento materno é realizado em dois Bancos de Leite Humano credenciados, ambos em Feira de Santana.

Em 2023, foram realizados 21.850 testes do pezinho, com coleta em média no 6º dia de vida. Os demais testes neonatais (ouvido, visão, coração e língua) devem ser ofertados em todas as maternidades ou encaminhados à APS.

O sistema logístico é estruturado pela Central de Regulação (leitos, ambulatorial e urgência), com uso de ferramentas como SUREM, Lista Única e sistemas municipais, garantindo o fluxo assistencial.

6.3 Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE)

A RUE organiza-se em torno do atendimento oportuno a agravos agudos e condições tempo-dependentes (IAM, AVC, trauma, sepse). A estruturação regional inclui a integração entre o SAMU 192, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), prontos-socorros municipais e hospitais de referência, articulados com as Centrais de Regulação.

No estado da Bahia a Resolução CIB/BA nº248/2024, aprovou a relação de municípios a serem priorizados com recurso de custeio para implantação do componente sala de estabilização, que tem como finalidade atender pacientes graves em municípios distantes, de difícil acesso ou com vazios assistenciais em urgência e emergência. Entretanto, até o momento, não há salas de estabilização financiadas pelo Ministério da Saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) atua como porta de entrada, garantindo o primeiro cuidado nas urgências, com acolhimento, classificação de risco e encaminhamento adequado. Sua atuação fortalece o vínculo com a comunidade, amplia o acesso e contribui para reduzir a sobrecarga das portas hospitalares, assegurando cuidado próximo e resolutivo no território.

Na Macrorregião de Saúde Centro Leste o Plano de Ação da RUE está em elaboração, abaixo estão os componentes financiados (Quadro 7).

MARCIONÍLIO SOUZA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MONTE SANTO	01 USB Q. 01 USA Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MUCUGÊ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MUNDO NOVO	-	-	01 - TIPO 02	-	-	-	-	-	-	-
NORDESTINA	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NOVA FÁTIMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NOVA REDENÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NOVO HORIZONTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PALMEIRAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PÉ DE SERRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PIATÃ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PINTADAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
QUEIMADAS	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
QUIJINGUE	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RAFAEL JAMBEIRO	-	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
RETIROLÂNDIA	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIACHÃO DO JACUIPE	01 USB 01 USA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RUY BARBOSA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTA BÁRBARA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTALUZ	01 USB Q. 01 USA Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTANÓPOLIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTO ESTÊVÃO	01 USB Q.	-	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
SÃO DOMINGOS	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO GONÇALO DOS CAMPOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEABRA	-	01 - PORTE I	-	-	-	-	-	-	-	-
SERRA PRETA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SERRINHA	01 USB 01 USB Q. 01 USA Q. 01 CRU Q.	-	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
SOUTO SOARES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TANQUINHO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TEODORO SAMPAIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TEOFILÂNDIA	01 USB Q.	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
TERRA NOVA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTINGA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VALENTE	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
WAGNER	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

6.4 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A RAPS estrutura o cuidado em saúde mental com base territorial, comunitária e de respeito aos direitos humanos. Contempla a expansão e fortalecimento dos CAPS, implantação de CAPS III em polos regionais, articulação com a APS e integração com a rede hospitalar. Inclui ainda a garantia de leitos de saúde mental em hospitais gerais, estratégias intersetoriais de reinserção social e atenção específica a pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas.

A Atenção Primária atua como porta de entrada e base do cuidado psicossocial, articulando promoção, prevenção e acompanhamento contínuo. As UBS, com equipes de APS e áreas específicas, garantem o cuidado territorial; o Consultório na Rua amplia o acesso da população vulnerável; as equipes de atenção residencial transitória oferecem acolhimento temporário; e o NASF apoia com matriciamento e interdisciplinaridade, fortalecendo a resolutividade do cuidado. Na MRS Centro Leste estão sendo financiados 03 Equipes de Consultório na Ruas até set/2025.

Com a publicação da Portaria Estadual nº 238, de 20 de fevereiro de 2025, o estado da Bahia estabeleceu o cofinanciamento para os serviços da RAPS. O incentivo tem como finalidade apoiar a manutenção e o fortalecimento dos CAPS e demais pontos de atenção da rede, assegurando condições para ampliar a oferta, qualificar o cuidado e reduzir desigualdades regionais (Figura 4). Trata-se de um passo importante para consolidar a política de saúde mental no estado, garantindo o cuidado em liberdade, de forma humanizada e articulada ao território.

Figura 4. Percentual de serviços solicitantes dentre os elegíveis por Núcleo Regional de Saúde da Bahia, fevereiro a setembro de 2025.

NRS	Serviços solicitantes	Elegíveis	%	Aprovados	% Aprovados dentre os solicitantes
Centro Leste	54	60	90,00	35	64,81%
Centro Norte	24	24	100,00	16	66,67%
Leste	50	59	84,75	24	48,00%
Extremo Sul	16	20	80,00	3	18,75%
Nordeste	17	18	94,44	8	47,06%
Norte	20	24	83,33	14	70,00%
Oeste	15	18	83,33	5	33,33%
Sudoeste	34	46	73,91	23	67,65%
Sul	20	28	71,43	9	45,00%
Bahia	250	297	84,18	137	54,80%

Fonte: ATSM/DGC/SESAB, setembro/2025

IPIRÁ	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
IRAQUARA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRARÁ	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITABERABA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
ITAETÉ	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LAJEDINHO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LAMARÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LENÇÓIS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MACAJUBA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MARCIONÍLIO SOUZA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MONTE SANTO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MUCUGÊ	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MUNDO NOVO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NORDESTINA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
NOVA FÁTIMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NOVA REDENÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NOVO HORIZONTE	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PALMEIRAS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PÉ DE SERRA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PIATÃ	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PINTADAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
QUEIMADAS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
QUIJINGUE	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RAFAEL JAMBEIRO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RETIROLÂNDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
RIACHÃO DO JACUÍPE	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RUY BARBOSA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTA BÁRBARA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTALUZ	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
SANTANÓPOLIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTO ESTÊVÃO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO DOMINGOS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO GONÇALO DOS CAMPOS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEABRA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SERRA PRETA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SERRINHA	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
SOUTO SOARES	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TANQUINHO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TEODORO SAMPAIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TEOFILÂNDIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TERRA NOVA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UTINGA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VALENTE	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
WAGNER	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

6.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

A RCPD visa assegurar a atenção integral à pessoa com deficiência, com foco na reabilitação, acessibilidade e inclusão social. Destaca-se a necessidade de fortalecimento dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, bem como articulação com a APS para identificação precoce e acompanhamento das condições.

A Atenção Primária atua na identificação precoce, acompanhamento contínuo e orientação às famílias, articulando-se com serviços especializados para ampliar o acesso, qualificar o cuidado e promover a inclusão social das pessoas com deficiência.

O Estado da Bahia instituiu a Portaria Estadual nº 398, de 08 de abril de 2024, que estabelece incentivo financeiro estadual mensal para a complementação do custeio dos Centros Especializados em Reabilitação (CER). Essa medida fortalece a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), garantindo maior sustentabilidade aos serviços, ampliando a capacidade de atendimento e assegurando que a população tenha acesso regular e qualificado às ações de reabilitação. O cofinanciamento representa, portanto, um avanço na consolidação da rede, ao promover maior equidade regional e apoiar os municípios na manutenção da assistência.

Na Macrorregião Centro Leste o município de Feira de Santana, realizou a adesão ao cofinanciamento do Estado. A distribuição dos componentes habilitados para atendimento a RCPD estão demonstrados nos Quadros 9 e 10.

Quadro 9. Componentes habilitados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Centro Leste do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIOS	ESTABELECIMENTO	COMPONENTE
FEIRA DE SANTANA	HOSPITAL OTORRINOS	SAÚDE AUDITIVA - ALTA COMPLEXIDADE SEM FONOTERAPIA
		OPM AUDITIVA
	APAE	CER II - REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
		OPM FISICA
ITABERABA	CENTRO MUNICIPAL DE REABILITACAO -CEMUR	BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS
		CER II - REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
		OPM FISICA
		BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

Quadro 10. Escalonamento emergencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Centro Leste do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIOS	NOME DO ESTABELECIMENTO	TIPO - MODALIDADE
CONCEIÇÃO DO COITÉ	NOVO ESTABELECIMENTO - CONSTRUÇÃO	CER II -REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
IPIRÁ	NOVO ESTABELECIMENTO - CONSTRUÇÃO	CER II -REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL

Fonte: Resolução CIB/BA n° 546/2024

6.6 Rede de Atenção às Doenças Crônicas

As doenças crônicas são as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

A Rede de Atenção às Doenças Crônicas busca enfrentar o aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, cânceres e doenças respiratórias crônicas. Os modelos de organização dispostos nas Resoluções CIB/BA n° 340/2023 e 576/2023, estão articuladas a esta rede temática, priorizando a APS como coordenadora do cuidado e garantindo acesso à média e alta complexidade (hemodiálise, oncologia, cardiologia intervencionista). Inclui ações de promoção da saúde, autocuidado apoiado, prevenção de incapacidades e reabilitação.

No Estado da Bahia foi aprovado pela Resolução CIB/BA n° 446/2024, o Plano Estadual de Promoção, Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer 2024-2027. Na macrorregião Centro Leste a matriz de referência está demonstrada na (Figura 5).

Figura 5. Matriz de Referência da Macrorregião Centro Leste, 2024-2027

AÇÕES DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE FEIRA DE SANTANA	REGIÃO DE SAÚDE DE SERRINHA
Coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo uterino	UBS/PSF e Policlínicas Regionais de Saúde em Feira de Santana	UBS/PSF e Policlínicas Regionais de Saúde em Serrinha
Colposcopia	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Feira de Santana	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Serrinha
Mamografia	Centro de Pesquisa de Reprodução Humana- CEPARH	Policlínica Regional de Saúde em Serrinha
	IHEF Clínica de Imagem	Clínica Médica Valente CLIMEV
	Centro Municipal Diagnóstico por Imagem	Clínica São José
	Policlínica Regional de Saúde em Feira de Santana	CLISF
	Clínica Médica Centralizada - CLIMEC	
Laboratório de Citopatologia/Anatomia Patológica	Centro Municipal de Prevenção ao Câncer	Hospital Municipal Petronílio Evangelista dos Santos
	Lab Santana	Lacen Serrinha
CIRURGIA	REGIÃO DE SAÚDE FEIRA DE SANTANA	REGIÃO DE SAÚDE DE SERRINHA
- Aparelho Digestivo	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
- Coloproctologia		
- Ginecologia		
- Mastologia		
- Urologia		
- Cabeça e pescoço	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
- Torácica	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
- Ossos e partes moles	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
- Pele/Plástica (*)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
- Neurocirurgia	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
- Oftalmologia	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Tratamento	Região de Saúde Feira de Santana	Região de Saúde de Serrinha
Radioterapia	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA)
Braquiterapia	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + CACON do Hospital Aristides Maltez	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + CACON do Hospital Aristides Maltez
Iodoterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Citorredução HIPEC	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Oncologia Clínica/Quimioterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
Fratura Óssea	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
Alcoólização Percutânea/Radiofrequência para Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Tratamento de hematuria por embolização	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + UNACON do Hospital Santa Isabel	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + UNACON do Hospital Santa Isabel
Radioterapia Estereotáxica	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + UNACON do Hospital Santa Isabel (HSI)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + UNACON do Hospital Santa Isabel (HSI)
Quimioembolização de Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Cuidados Paliativos	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)

Câncer Hematológico e Pediátrico	Região de Saúde Feira de Santana	Região de Saúde de Serrinha
Hematologia	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
Oncologia Pediátrica	UNACON do Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Estadual da Criança (HEC)
MACRORREGIÃO CENTRO LESTE		
Ações de Saúde	Região de Saúde Seabra	Região de Saúde Itaberaba
Coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo uterino	UBS/PSF e Policlínicas Regionais de Saúde de Feira de Santana	UBS/PSF e Policlínicas Regionais de Saúde de Feira de Santana
Colposcopia	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde de Feira de Santana	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde de Feira de Santana
Mamografia	Policlínica Regional de Saúde de Feira de Santana	Policlínica Regional de Saúde de Feira de Santana
Laboratório de Citopatologia/Anatomia Patológica	LAF- Laboratório Antunes Farias	Centro Municipal de Prevenção ao Câncer
	Lac Saúde Laboratório	Lab Santana
Cirurgia	REGIÃO DE SAÚDE SEABRA	REGIÃO DE SAÚDE ITABERABA
- Aparelho Digestivo	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
- Coloproctologia		
- Ginecologia		
- Mastologia		
- Urologia		
- Cabeça e pescoço	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
- Torácica	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
- Ossos e partes moles	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
- Pele/Plástica (*)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
- Neurocirurgia	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
- Oftalmologia	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Tratamento	REGIÃO DE SAÚDE SEABRA	REGIÃO DE SAÚDE ITABERABA
Radioterapia	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA)
Braquiterapia	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + CACON do Hospital Aristides Maltez	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + CACON do Hospital Aristides Maltez
Iodoterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Citorredução HIPEC	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Oncologia Clínica/Quimioterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
Fratura Óssea	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
Alcoolização Percutânea/Radiofrequência para Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Tratamento de hematuria por embolização	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + UNACON do Hospital Santa Izabel	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + UNACON do Hospital Santa Izabel
Radioterapia Estereotáxica	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI)
Químico Embolização de Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Cuidados Paliativos	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
Câncer Hematológico e Pediátrico	REGIÃO DE SAÚDE SEABRA	REGIÃO DE SAÚDE ITABERABA
Hematologia	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) + Hospital Estadual da Criança (HEC)
Oncologia Pediátrica	UNACON do Hospital Estadual da Criança (HEC)	UNACON do Hospital Estadual da Criança (HEC)

Fonte: Plano Estadual de Promoção, Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer 2024-2027. Disponível em <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/oncologia/>

7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Dando continuidade às atividades do PRI, para a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) do Plano Macrorregional de Saúde foram realizadas, até o momento, 4 (quatro) oficinas de trabalho em cada macrorregião para as quais foram definidos objetivos distintos, visando atender as diversas etapas de construção do plano macrorregional.

Na MRS- Centro Leste, a 2ª Oficina Macrorregional ocorreu de modo online, no dia 19/10/2021, com o objetivo de fazer a devolutiva das prioridades dentre as sete áreas temáticas contempladas na análise da situação de saúde e definir as diretrizes do Plano Macrorregional de Saúde. Atendendo à portaria CIT n. 01 de 21 de março de 2021, para a definição das diretrizes macrorregionais foram, previamente, consolidadas as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (2020-2023) e do Plano Estadual de Saúde (2020-2023) pelo grupo de discussão coordenado pela APG/Copri.

A consolidação das diretrizes resultou em quatro núcleos de sentido, nomeados como: Vigilância em Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Valorização do Trabalho e do(a) Trabalhador(a) e Gestão Estratégica e Controle Social.

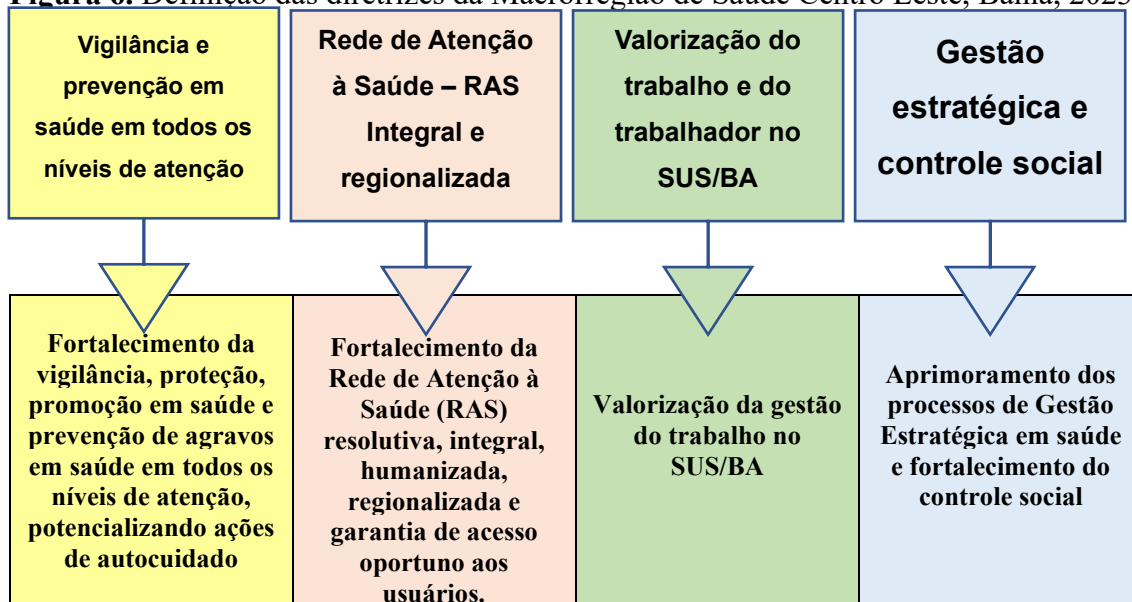
A 2ª Oficina iniciou com a apresentação do vídeo “Compatibilização do Plano Nacional de Saúde e Plano Estadual de Saúde”, contendo: a consolidação das diretrizes e o vídeo com descrição de “Caso da Área Temática Priorizada: Materna-Infantil” (estudo de caso sobre a trajetória de atendimento de uma mulher gestante, prioridade definida pela MRS- Centro Leste).

O primeiro vídeo subsidiou a discussão sobre a elaboração das diretrizes e objetivos; o segundo vídeo serviu como motivador para discutir os problemas e relacioná-los com os núcleos de sentido, apresentados.

Em seguida, com o uso do aplicativo *Jamboard*, os participantes foram divididos em duas salas virtuais para identificar problemas e relacioná-los com o contexto macrorregional. Os problemas levantados foram ordenados considerando os quatro núcleos definidos, previamente.

Ao final, reunidos em plenária, os participantes debateram as diretrizes sugeridas pelos grupos e definiram, de modo consensual, as diretrizes da MRS- Centro Leste (Figura 6).

Figura 6. Definição das diretrizes da Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2023



Fonte: 2ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021.

Durante a 2ª Oficina Macrorregional e a constituição do GTTM iniciou-se a elaboração de proposta contendo os objetivos para cada diretriz, considerando a discussão na oficina. Em continuidade ao processo de planejamento foi realizada, presencialmente, a 3ª Oficina Macrorregional, no dia 21 de julho de 2022, para definir os objetivos e iniciar a discussão sobre a capacidade instalada da MRS- Centro Leste considerando a prioridade sanitária.

Na 3ª Oficina foi apresentada a proposta dos objetivos, elaborada pelo GTTM. Após discussão e reformulação, foram consensuados, com os gestores municipais, os objetivos para a macrorregião.

Em 11 de julho de 2023, em Salvador, as áreas técnicas da Sesab se reuniram com membros de todos os GTTM para alinhar, conceitualmente, objetivos que foram aprovados pelos gestores municipais na 4ª Oficina Macrorregional que ocorreu no dia 03 de agosto de 2023 (Quadro 11).

Quadro 11. Diretrizes e Objetivos Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2023

DIRETRIZ	OBJETIVO
Potencialização de uma Rede de Atenção à Saúde RAS resolutive - humanizada.	Organizar o acesso de forma qualificada e em tempo oportuno aos serviços ambulatoriais e hospitalares no atendimento a gestante e recém-nascido.
	Aprimorar as ações e serviços voltados para atenção integral à saúde materno infantil de forma regionalizada, tendo a atenção primária como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado
	Aprimorar o sistema de apoio da RAS
	Aprimorar o sistema logístico da RAS
Fortalecimento da valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA	Potencializar a educação permanente e continuada para a qualificação e atualização dos profissionais de acordo com as necessidades da macrorregião
	Desenvolver estratégias para provimento de vínculos de trabalho protegidos e fixação dos profissionais nos postos de trabalho existentes/ necessários
	Implementar estratégias que garantam condições de trabalho seguras e relações de trabalho humanizadas
Fortalecimento das ações de vigilância em saúde, proteção, prevenção e promoção em todos os níveis de atenção	Implementar as ações de vigilância em saúde em todos os níveis de atenção no âmbito da rede materna infantil
	Promover a integração das ações de Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde na macrorregião
Fortalecimento da Gestão estratégica e controle social.	Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa
	Qualificar a alimentação dos dados nos Sistemas Oficiais de Informação em Saúde

Fonte: 4ª Oficina Macrorregião/Sesab, 2023.

Em 2024 iniciou a discussão da modelagem da RAS que subsidia a construção das metas e indicadores, concluindo o processo do planejamento. O ponto de partida é o modelo de atenção para direcionamento da RAS à prioridade específica da MRS-Centro Leste.

O grupo responsável pela discussão do PRI construiu uma nota técnica intitulada “Componentes das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) do Plano Macrorregional de Saúde – Bahia”, com o objetivo de ofertar orientações metodológicas para que os GTTM elaborem proposições das metas, indicadores e atividades, respectivas. Na nota técnica é apresentado o modelo de matriz para a DOMI, elaborado pela Sesab, Cosems/BA e SEMS e são definidos os conceitos com os quais os GTTM deverão trabalhar, a saber:

- problemas de saúde;
- prioridade sanitária;
- diretrizes, objetivos, metas, indicadores;
- linha de base;

- meta acumulada;
- atividades e responsáveis.

Dando continuidade, no período de dezembro de 2024 a março de 2025, os Grupos Técnicos de Trabalho Macrorregionais (GTTM), instituídos pela resolução CIB N° 006/2022, atualizada pela Resolução CIB N° 350/2024, elaboraram uma proposta de metas e indicadores, itens necessários para concluir a etapa de Diretrizes, Objetivos, Metas Indicadores (DOMI). Deste modo, foi encaminhado um formulário para ser respondido pelos(as) Secretários(as) de Saúde de acordo com as orientações constantes no próprio formulário até o dia 19.03.2025, para primeira etapa de validação. E nesta oportunidade foi realizada a discussão do Plano de Ação da Rede Alyne.

Considerando a consolidação das respostas ao formulário, foi realizada uma oficina no dia 26 de março de 2025 com objetivo de discutir e validar as metas, indicadores e atividades não aprovados por consenso no formulário. Desta forma, as DOMI estão apresentadas no (Quadro 12).

Para apoiar a execução do plano macrorregional, foi elaborado o Sistema de Organização da RAS (link: <https://obr.saude.ba.gov.br/>), com objetivo de publicizar as propostas aprovadas pelos gestores municipais da saúde e acompanhamento do Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde (CEGRAS) macrorregionais.

Quadro 12. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Macrorregião de Saúde Centro Leste, Bahia, 2025

MATRIZ DOMI - MACRORREGIÃO CENTRO LESTE - PRIORIDADE SANITÁRIA MATERNA E INFANTIL							
DIRETRIZ: Potencialização de uma Rede de Atenção à Saúde - RAS resolutive e humanizada.							
OBJETIVO: Organizar o acesso de forma qualificada e em tempo oportuno aos serviços ambulatoriais e hospitalares no atendimento a gestante e recém-nascido.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Habilitar 6 serviços de referência para atenção a Gestação de Alto Risco (GAR) na Macrorregião	Número de serviços para GAR habilitados	0	4	6	6	Adequação das unidades a Portaria GM/MS nº 5.350/24	MS/SESAB/SMS
						Identificação das unidades que realizam parto de alto risco	MS/SESAB/SMS
						Ajuste dos leitos das unidades que realizam parto	SESAB/SMS
						Atualização dos leitos das unidades que realizam partos no CNES	SESAB/SMS
						Organização do serviço de medicina fetal no Hospital Estadual da Criança em Feira de Santana, por constituir referência estadual, com oferta de exames diagnósticos para o feto-cariótipo, exoma, NIPT - teste pré-natal não invasivo, dentre outros (necessidade de equipamento e insumos // discutir interrupção legal da gestação)	MS/SESAB/SMS
Implantação junto aos órgãos competentes - Banco de Leite Humano, em funcionamento na macrorregião.	MS/SESAB/SMS						
Habilitar 3 Casas de Gestantes Bebês e Puérperas (CGBP) Ampliar para 60% o número de Parto vaginal de risco habitual, segundo território de residência	Número de CGBP habilitadas	0	2	3	3	Identificação das necessidades para habilitação da unidade	SESAB/SMS
						Inclusão do tema nos espaços colegiados (Fórum, COCAB, CIR)	MS/SESAB
						Capacitação das equipes das maternidades e pré-natalistas quanto a assistência ao pré-natal, parto e nascimento	
	Proporção de parto normal, segundo local de residência	43,79 (CAMAB, 2023)	50%	55%	60%		

das gestantes da macrorregião.						Vinculação das gestantes a unidade de referência para o parto e nascimento, com garantia de encontros sistemáticos entre as equipes de APS e maternidades e visita da gestante à maternidade no terceiro trimestre	MS/SESAB/SMS
						Estruturação dos Hospitais Locais existentes na Macrorregião, pra que os partos vaginais de risco habitual possam ser realizados.	SESAB/SMS
						Solicitação de habilitação dos Centro de Parto Natural (CPN) em funcionamento na macrorregião	MS/SESAB/SMS
Habilitar 4 ambulatórios de seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal (A-SEG) na macrorregião.	Número de ambulatórios A-SEG habilitados	0	2	4	4	Definição dos serviços de atendimento ambulatorial aos recém-nascidos e crianças egressos	MS/SESAB
						Adequação da infraestrutura física, equipamentos e equipe dos ambulatórios	SESAB/SMS
						Acompanhamento da solicitação de habilitação	SESAB/SMS
						Monitoramento do funcionamento dos A-SEG	MS/SESAB/SMS
Habilitar 7 ambulatórios de gestação e Puerpério de Alto risco (AGPAR), na macrorregião.	Número de ambulatórios AGPAR habilitados	0	5	7	7	Definição dos serviços para atendimento ambulatorial a gestantes e puérperas.	MS/SESAB
						Adequação da infraestrutura física, equipamentos e equipe do(s) ambulatório(s)	MS/SESAB
						Acompanhamento da solicitação de habilitação	MS/SESAB
						Monitoramento do funcionamento dos AGPAR	MS/SESAB/SMS
Aderir ao programa Mãe Bahia 100% dos municípios elegíveis. Habilitar 01 unidade para Incentivo de	Percentual de municípios elegíveis que aderiram ao programa Mãe Bahia	0%	100%	100%	100%	Análise dos critérios para adesão	SMS
						Formalização da adesão	SMS
						Emissão de relatórios de produção.	SESAB
		0	1	1	1	Análise dos critérios para habilitação	SESAB/SMS

Atenção Especializada para os povos indígenas (IAE -PI)	Número de unidade hospitalar para o IAE-PI habilitada					Formalização da habilitação	SESAB/SMS
OBJETIVO: Aprimorar as ações e serviços voltados para atenção integral à saúde materna infantil de forma regionalizada, tendo a atenção primária como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Vincular 100% das gestantes a maternidade/hospital de referência	Percentual de gestantes que realizaram parto na maternidade/hospital de referência	0%	50%	75%	100%	Definição das portas de intercorrência obstétrica	SESAB/SMS
						Instituição de decisão compartilhada entre as equipes da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada, orientada por protocolos clínicos e de acesso, com base no RES (Registro Eletrônico em Saúde)	SESAB/SMS
						Pactuação nos espaços de governança das referências para parto e nascimento	SESAB/SMS
						Estabelecimento de vínculo e compartilhamento de decisões entre equipes demandantes e ofertantes	SMS
						Pactuação em CIR a necessidade de estruturação para habilitação de CPN, de acordo com a necessidade da macrorregião e que atenda critérios/regulamentação técnicas estabelecidas.	SESAB/SMS
Ampliar para 70% a captação precoce das gestantes (até 12 semana)	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação	52,18% (CAMAB, 2023Q3)	57%	63%	70%	Garantia do atendimento da primeira consulta com o pediatra.	SESAB/SMS
						Cadastramento das gestantes por ACS	SMS
						Estratificação de risco familiar, identificação de subgrupos populacionais, identificação do risco gestacional e puerpera	SMS
						Elaboração e distribuição do manual de Manejo do pré-natal na unidade básica de saúde	SESAB/SMS

						Implementação da programação do cuidado das gestantes conforme Planificação de Atenção à Saúde.	SMS
Reduzir em 4% ao ano a gravidez na adolescência, na microrregião	Proporção de Nascidos Vivos com mães de 10 a 19 anos	12,01 (CAMAB, 2023)	11,52	11,06	10,62	Ampliação e garantia da oferta de métodos contraceptivos	MS/ SESAB /SMS
						Incentivo ao Programa de Direito sexual e reprodutivo na Atenção Primária	SESAB/SMS
						Realização de abordagens intersetorial para prevenção da violência sexual e também da evasão escolar	SESAB/SMS
						Monitoramento quadrimestral em CIR das ações ofertadas em relação a saúde sexual no Programa Saúde na Escola (PSE).	SESAB/SMS
Reduzir a mortalidade infantil em 2% a cada ano.	Taxa de mortalidade infantil ocorridos na macrorregião	14,62 (SINASC, 2023)	13,16	11,84	10,66	Promoção de capacitação para as equipes das maternidades quanto a assistência ao neonato durante o trabalho de parto e as equipes de UTIs neonatais	SESAB/SMS
						Garantia da oferta de imunobiológicos nas Unidades Básicas de Saúde, em todos os turnos da semana.	SESAB/SMS
						Acompanhamento pós-alta de recém-nascidos pelas equipes de saúde da família (ESF), para garantir continuidade no cuidado.	SMS
Reduzir a Mortalidade materna em 25% até 2027.	Razão da Mortalidade materna	38,50 (SIM, 2023)	34,65	31,18	28,87	Capacitação das equipes das maternidades e pré-natalistas quanto a assistência ao pré-natal, parto e nascimento	SESAB
						Ampliação da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil e materno, buscando a redução da subnotificação	SESAB/SMS
						Estabelecimento de protocolo de alta segura nas maternidades	SESAB/SMS
						Realização da visita puerperal pelas ESF.	SMS

Reduzir a Mortalidade materna em 50% para gestantes negras até 2027.	Razão da Mortalidade materna em gestantes negras, ocorridos na macrorregião	33,56 (SIM, 2023)	26,85	21,48	16,78	Capacitação das equipes das maternidades e pré-natalistas quanto a assistência ao pré-natal, parto e nascimento, com implementação de protocolos hospitalares contra a violência obstétrica e incentivo à presença de acompanhantes durante o parto	SESAB/SMS
						Ampliação da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil e materno, buscando a redução da subnotificação	SESAB/SMS
						Estabelecimento de protocolo de alta segura nas maternidades	SESAB /SMS
						Realização da visita puerperal pelas Equipes Saúde da Família (ESF).	SMS
OBJETIVO: Aprimorar o sistema de apoio da RAS							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar o teste do pezinho, em 100% dos Nascidos Vivos (NV), do 3º ao 5º dia de vida, na macrorregião.	Percentual dos Recém-nascidos (RN) com teste do pezinho realizado oportunamente, na macrorregião	34,58% (Sistema de informação em triagem neonatal/DGC, 2023)	100%	100%	100%	Qualificação das Unidades Básicas de Saúde, Maternidades e Hospitais de referência, para realizar e registrar o teste do-pezinho oportunamente.	SESAB/SMS
Ampliar a testagem para Sífilis e HIV em 100% das gestantes	Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV	75,28 (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Identificação dos municípios que realizam o tratamento de sífilis	SESAB/SMS
						Ampliação do número de executores (profissionais de saúde) do Teste Rápido na Atenção Primária	SMS

						Notificação e Investigação das gestantes com sífilis e HIV	SMS
						Realização de tratamento adequado nas gestantes e suas parcerias com sífilis e HIV.	SMS
						Busca ativa de casos em municípios silenciosos.	SMS
Ampliar para 100% da gestação de alto risco com exames de diagnóstico por imagem realizados (USG com doppler)	Percentual das gestantes com exames de diagnóstico por imagem realizados (USG com doppler)	7,55% (Número de exames US obstétrico doppler (0205020151) realizados (SIA/SUS) /estimativa de gestante de alto risco, 2023)	100%	100%	100%	Realização de levantamento do número de gestação de alto risco na macrorregião	SESAB/SMS
						Discussão e pactuação em CIR, do fluxo de encaminhamentos	SESAB/SMS
						Aprimoramento da acessibilidade com ampliação da oferta do serviço.	SESAB/SMS
						Acompanhamento das gestantes de alto risco, que realizaram a USG com doppler	SESAB/SMS
OBJETIVO: Aprimorar o sistema logístico da RAS.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Ampliar a utilização das ofertas do Telessaúde, para os 71 municípios da macrorregião.	Número de municípios que utilizam as ofertas da Telessaúde na macrorregião	37	71	71	71	Utilização das ofertas do Telessaúde (teleducação, teleinterconsulta, telediagnóstico e teleconsultoria) pelos municípios da macrorregião	SESAB/SMS
						Realização de oficinas/treinamentos para os profissionais das unidades de saúde sobre a utilização da plataforma Telessaúde.	SESAB/SMS

						Monitoramento da utilização das consultas realizadas via Telessaúde, para avaliar a integração entre atenção primária e especialista	SESAB
Implantar o e-SUS Regulação, em 100% dos municípios da macrorregião	Percentual de municípios com e-SUS regulação implantado	0%	30%	50%	100%	Diálogo com os gestores sobre a importância de implantação do e-SUS regulação nos municípios	MS/SESAB
						Identificação dos sistemas de regulação utilizados pelos 71 municípios da macrorregião	SESAB
						Análise da interoperabilidade para os sistemas diferentes do e-sus regulação	SESAB/SMS
						Apoio aos municípios na implantação do e-SUS regulação	MS/SESAB
Assegurar 100% dos municípios disponibilizando o transporte sanitário para as gestantes	Percentual municípios que disponibilizam transporte sanitário para gestantes	0%	100%	100%	100%	Aquisição de veículos para transporte sanitário de urgência das gestantes em unidades móveis e equipamentos	SESAB/SMS
						Organização do fluxo para utilização do transporte sanitário	SESAB/SMS
						Promoção de educação em saúde para qualificação das equipes que acompanham as gestantes, puérperas e recém-nascidos no transporte sanitário inter-hospitalar	SESAB/SMS
DIRETRIZ: Fortalecimento das ações de vigilância em saúde, proteção, prevenção e promoção em todos os níveis de atenção.							
OBJETIVO: Implementar as ações de vigilância em saúde em todos os níveis de atenção no âmbito da rede materna infantil.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Reduzir para 1,8 a taxa de incidência de sífilis		4,26 (CAMAB, 2023)	1,8	1,8	1,8	Notificação de casos das gestantes com sífilis	SESAB/SMS
						Investigação dos casos das gestantes com sífilis	SESAB/SMS

congênita em menores de 1 ano a partir de 2025	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (SC) em menores de 1 ano					Educação continuada para profissionais da RAS sobre a implantação e execução das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs (em especial sífilis), hepatites e HIV em gestantes e recém-nascidos.	SMS
						Realização de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites nas UBSs durante o pré-natal.	SMS
						Apresentação trimestral dos resultados em CIR.	SMS
Alcançar 100% da proporção de óbitos maternos investigados	Proporção de óbitos maternos investigados	57,14 (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Realização do diagnóstico situacional do quantitativo de Câmaras Técnicas Municipais de Vigilância do Óbito materno-infantil e fetal na macrorregião	SESAB/SMS
						Implementação da Câmara Técnica Macrorregional de Vigilância do Óbito materno	SESAB/SMS
						Implementação e operacionalização das Câmaras Técnicas municipais de Vigilância do Óbito materno nos municípios sede de região de saúde	SMS
						Implantar um Serviço de Verificação de Óbito Macrorregional	SESAB
Alcançar para 100% a proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	49,04 (SIM, 2023)	100%	100%	100%	Realização do diagnóstico situacional do quantitativo de Câmaras Técnicas Municipais de Vigilância do Óbito infantil na macrorregião	SESAB/SMS
						Implementação da Câmara Técnica Macrorregional de Vigilância do Óbito infantil	SESAB/SMS
						Implementação das Câmaras Técnicas municipais de Vigilância do Óbito infantil nos municípios sede de região	SMS
OBJETIVO: Promover a integração das ações de Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde na macrorregião							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		

Inserir os Agentes de Combate a Endemias (ACE) nas Equipes de Saúde da Família (ESF), em 60% dos municípios da Macrorregião de Saúde	Percentual de municípios com inserção de ACE nas ESF	14,1% (CNES)	20%	40%	60%	Pautação de tema sobre território único em CIR	SESAB/ SMS
						Discussão em reuniões de colegiado sobre a importância da participação do ACE nas agendas de reuniões de equipe	SESAB/ SMS
						Definição de um território único para as equipes de atenção primária e vigilância	SESAB/SMS
Alcançar 100% dos municípios com pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade	Percentual de municípios com alcance de pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade	59,72% (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Capacitação para os técnicos municipais e estaduais para operacionalização da rede de frios e administração dos imunobiológicos	SESAB/SMS
						Suprimento das vacinas na rede de serviços locais	MS/SESAB
						Distribuição adequada das vacinas na rede de serviços locais	SESAB
						Monitoramento mensal das coberturas vacinais em crianças de acordo com o calendário vacinal.	SESAB/SMS
DIRETRIZ: Fortalecimento da valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA							
OBJETIVO: Potencializar a educação permanente e continuada para a qualificação e atualização dos profissionais de acordo com as necessidades da macrorregião							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Pactuar a elaboração de 3 agendas de atividades da Comissão de Integração de Ensino e Serviço (CIES) com a pauta materna e infantil (1por ano)	Número de agenda de atividades da CIES na macrorregião, com a pauta materna e infantil	0	1	2	3	Verificação do fluxo de funcionamento da CIES na Macro Centro Leste	SESAB
						Realização de reunião de alinhamento com a CIES Macrorregião Centro Leste, para discutir a pactuação da agenda com a pauta materna e infantil	MS/SESAB/SMS
						Definição de cronograma com as datas e os respectivos temas a serem trabalhados	MS/SESAB/SMS
						Divulgação do cronograma nas CIR	SESAB/SMS

Realizar 12 ações de Educação Permanente em Saúde(EPS), por ano, na macrorregião com a pauta materna e infantil	Número de ações de EPS com a pauta materno-infantil realizadas	0	12	24	36	Levantamento de necessidades loco regionais, dos temas prioritários da rede	SESAB/SMS
						Reunião de alinhamento na CIR para escolha dos temas e definição dos cronogramas	MS/SESAB/SMS
						Divulgação do cronograma para os SMS	SESAB
OBJETIVO: Desenvolver estratégias para provimento de vínculos de trabalho protegidos e fixação dos profissionais nos postos de trabalho existentes/necessários							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Elaborar uma proposta macrorregional, de contratação, fixação e valorização dos profissionais	Número de proposta macrorregional, de contratação, fixação e valorização profissional elaborada.	0	0	1	1	Mobilização dos gestores e profissionais de saúde, utilizando espaço das CIR para discussão sobre: contratação, valorização do trabalho, vínculos trabalhistas e humanização	SESAB/SMS
						Criação de grupo de trabalho, com representantes escolhidos em reunião de CIR Integradas	SESAB/SMS
						Estabelecimento de cronograma em CIR, com inclusão do tema em questão	SESAB/SMS
						Realização de mapeamento das condições de vínculo e valorização de trabalhadoras(es) na macrorregião	SESAB/SMS
						Elaboração de materiais para discussão e de propostas para estratégias de contratação, fixação e valorização de trabalhadoras(es) da saúde dos serviços de saúde.	SESAB/SMS
						Apresentação da proposta em CIR com discussão.	SESAB/SMS
OBJETIVO: Implementar estratégias que garantam condições de trabalho seguras e relações de trabalho humanizadas							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		

Implantar 4 câmaras técnicas de discussão sobre a Gestão do Trabalho e Gestão da Educação (GTES).	Número de câmaras técnicas (CT) implantadas	0	4	4	4	Reunião conjunta da câmara técnica da GTES com as demais câmaras técnicas da CIR, para elaboração de diagnóstico da necessidade de regionalização da força de trabalho no contexto da rede materna e infantil	SESAB/SMS
						Mobilização dos gestores e trabalhadores para realização de discussões técnicas considerando as temáticas de humanização, equidade, valorização do trabalho e enfrentamento às diversas formas de violência relacionadas ao trabalho.	SESAB/SMS
Contemplar em 100% dos planos municipais de saúde (PMS) o compromisso, traduzido sob a forma de Diretriz, Objetivo, Meta e/ou indicador, relacionado a GTES.	Percentual de PMS com compromisso relacionados à GTES formalmente inseridos	62% (DigiSUS, 2024) Painel BI SEINP	62%	100%	100%	Reunião com os responsáveis pelo planejamento/DigiSUS Gestor, Módulo Planejamento (DGMP), para mobilizar quanto à importância do tema	MS/SESAB
						Inserção do compromisso relacionado à GTES nos planos municipais de saúde	SMS
						Verificação semestral dos planos de saúde através do DGMP para identificar se a pauta foi incluída e realizar possíveis ajustes	MS/SESAB
						Verificação anual dos RAG para analisar a prestação de contas relacionada à temática.	MS/SESAB
Realizar 01 Mostra Macrorregional de GTES, por ano, para discussão do tema e exposição de experiências exitosas	Número de Mostra realizada	0	1	1	1	Incentivo a realização do compartilhamento de experiências exitosas na macrorregião	MS/SESAB
						Realização levantamento das experiências exitosas de GTES, no território, para apresentação da Mostra	MS/SESAB
						Elaboração de proposta de Mostra, com modelo de apresentação das experiências (relato? Artigo? Vídeo?), datas e formato	MS/SESAB
						Divulgação da Mostra nas CIR.	SESAB/SMS

DIRETRIZ: Fortalecimento da Gestão estratégica e controle social.							
OBJETIVO: Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Estruturar 01 Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional.	Número Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) estruturado	0	1	1	1	Implantação do Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional	MS/SESAB/SMS
						Realização de educação permanente para os gestores municipais	SESAB
Monitorar 100% das maternidades de atendimento a gestação de alto risco	Percentual de maternidades de atendimento a gestação de alto risco monitoradas	0%	100%	100%	100%	Apresentação dos relatórios de monitoramento e avaliação, nos espaços colegiados.	CEGRAS
						Discussão de estratégias de melhoria das ações	SESAB/SMS
						Proposição para implantação de estratégias de melhoria das ações.	SESAB/SMS
Implementar 02 estratégias de educação permanente e/ou disseminação de dados, indicadores e informações estratégicas sobre a regionalização, em espaços colegiados por ano	Número de estratégias de divulgação da regionalização implantadas	0	2	4	6	Seleção de conteúdo e informações relevantes para disseminação de dados, indicadores e informações.	MS/SESAB/SMS
						Definição das estratégias de divulgação se através de (boletim, seminários, mostra ou cursos), nos espaços colegiados (CIR e CMS)	MS/SESAB/SMS
						Organização da logística para realização e divulgação dos eventos.	MS/SESAB/SMS
OBJETIVO: Qualificar a alimentação dos dados nos Sistemas Oficiais de Informação em Saúde							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar 12 cursos de capacitação sobre os Sistemas oficiais de informação na macrorregião	Número de cursos de capacitação, sobre sistemas de informação, realizados	0	4	8	12	Identificação das demandas de capacitação dos municípios, sobre os sistemas oficiais de informação, priorizando - CNES/SIM/SINASC/SINAN	MS/SESAB
						Elaboração do cronograma de capacitação e divulgação nas CIR	SESAB/SMS

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE

O monitoramento e a avaliação dos Planos de Saúde são componentes essenciais do ciclo de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentais para garantir que as ações pactuadas entre os entes federativos — municípios, estados e União — sejam executadas com qualidade, em tempo oportuno e com resultados mensuráveis. Esses processos permitirão acompanhar a implementação dos compromissos regionais, orientar decisões estratégicas e promover os ajustes necessários à melhoria contínua da atenção à saúde.

O ordenamento jurídico do SUS reforça essa responsabilidade compartilhada. A Lei nº 8.080/1990 (artigos 15 e 17)⁴² estabelece que o planejamento, o monitoramento e a avaliação são atribuições da gestão do SUS nas três esferas de governo. O Decreto nº 7.508/2011 (art. 18)⁴⁶ determina que o planejamento estadual deve considerar a regionalização e as necessidades dos municípios. A Lei Complementar nº 141/2012⁴², por sua vez, destaca que os resultados do monitoramento e avaliação devem ser objetivos, baseados em indicadores e integrados aos Relatórios de Gestão.

Nesse contexto, o monitoramento dos PRMS passa a ser compreendido não apenas como uma exigência normativa, mas como uma estratégia de governança que fortalece a articulação interfederativa e contribui para a consolidação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ele envolve um processo sistemático e contínuo de coleta, análise e interpretação de informações, permitindo avaliar o cumprimento de metas, o desempenho das ações e os efeitos das intervenções sobre a saúde da população. Desta forma, o monitoramento deve ser conduzido de forma integrada, transparente e baseada em evidências.

O monitoramento do presente Plano é responsabilidade compartilhada entre gestores e gestoras dos municípios da MRS-Centro Leste, apoiados(as) pelo Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde (CEGRAS) e GTTM desta macrorregião, no que se refere à implementação e funcionamento da RAS. A ferramenta utilizada será a verificação do alcance das metas previstas na DOMI, por meio dos indicadores cujas fichas descritivas contendo as fontes de informação e a periodicidade das atualizações estará disponível para acesso público no Observatório Baiano de Regionalização (<https://obr.saude.ba.gov.br/>). O resultado do monitoramento e avaliação deve ser apresentado às CIR da macrorregião para implementação das ações e melhorias recomendadas pelo CEGRAS, a fim de otimizar a execução das ações do Plano

Macrorregional de Saúde. As recomendações das CIR serão encaminhadas para apreciação do GCE e deliberação da CIB.

8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação

O monitoramento e a avaliação dos Planos Macrorregionais de Saúde devem considerar o conjunto de diretrizes, objetivos e metas e indicadores pactuados entre os entes federativos

8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento

Identificação

- **Macrorregião de Saúde:** [Nome da Macrorregião]
- **Estado:** [UF]
- **Período de referência:** [Ex: janeiro a junho de 2025]
- **Data da elaboração:** [dd/mm/aaaa]


8.2.1 Apresentação

Descrição sucinta da macrorregião, do processo de apresentação do relatório nas CIR e a motivação do encaminhamento.

8.2.3 Matriz de Monitoramento

Diretriz:

Objetivo 1:

Meta	Indicador	Meta/Ano	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Status
Habilitar 05 Unidades de referência hospitalar da macrorregião em atenção à gestação de alto risco	Número de unidades hospitalares habilitados	3	0	0		

Legenda:  Alcançado |  Parcialmente |  Crítico

8.2.3.1 Análise Qualitativa

- Explicar o alcance das metas e o impacto no cumprimento do objetivo

8.2.3.2 Recomendações e encaminhamentos

8.2.3.3 Assinaturas

9. COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

É importante contar com espaços e instâncias, cujas composições e mecanismos de participação devam contemplar as diversidades sanitária, epidemiológica, socioeconômica e cultural das regiões e dos municípios. Esses espaços podem potencializar a cooperação para superação das desigualdades de saúde e das dificuldades relativas às capacidades estatais de implementação dos princípios do SUS, sobretudo dos municípios de tipologias rurais adjacentes e rurais remotos.

Assim, é fundamental considerar uma dupla perspectiva nesse processo. Por um lado, as CIR, CIB e CIT são espaços de negociação e pactuação entre gestores que devem decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, definindo diretrizes acerca da organização das redes de saúde e contemplando a integração das ações e serviços entre os entes federados. Por outro, também é necessária a ampliação da participação dos diferentes atores/instituições no processo de governança regional para organização e implementação de redes de atenção, consoantes com problemas e necessidades de saúde dos diferentes territórios macrorregionais. Esse processo pode contribuir para equidade regional e concretização de planejamento ascendente do SUS.

Neste sentido, são estratégicos os espaços ampliados de discussão e participação de gestores, técnicos, prestadores e representantes dos usuários do SUS, assim como de universidades, de organizações da sociedade civil e de demais instituições/atores importantes na realidade loco-regional. A composição ampliada potencializa escuta, articulação e atuação coletiva, compartilhada e cooperativa, pluri-institucional e intersetorial, visando favorecer a acessibilidade, a resolutividade, a integralidade e a sustentabilidade operacional das redes regionais de atenção e, conseqüentemente, a melhoria da situação de saúde no território.

Com base nessas premissas, discutidas em oficina realizada nos dias 03 e 04 de abril de 2025, com participação da equipe de pesquisa da Universidade Federal da Bahia através do Instituto de Saúde Coletiva, técnicos(as) e gestores(as) do nível central da SESAB, foi elabora documento orientador que culminou na composição e as atribuições do Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS) nas macrorregiões de saúde da Bahia, publicada em Resolução CIB Nº 423/2025, descritas a seguir:

Composição

I – União:

01 representante e 01 suplente da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEMS/BA);

01 representante e 01 suplente da Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), nas macrorregiões onde houver aldeia indígena atendida pelo DSEI.

II – Estado:

04 representantes e 04 suplentes do Núcleo Regional de Saúde (NRS), nas áreas de: Rede de Atenção à Saúde; Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do Trabalho e Educação em Saúde;

01 representante e 01 suplente de cada Base Operacional do território Macrorregional, podendo um deles ser o coordenador (a) do NRS.

III – Município:

01 representante do Conselho Estadual dos Secretários Municipais (Cosems/BA) de cada Região de Saúde do território macrorregional;

01 representante e 01 suplente de cada Comissão Intergestores Regional (CIR), município com população menor de 20 mil habitantes, na abrangência do território macrorregional;

01 representante e 01 suplente do município Polo/Sede de cada Região de Saúde.

IV – Consórcios Interfederativos de Saúde:

01 Representante e 01 Suplente dos Consórcios Interfederativo de Saúde do Território Macrorregional, desejável ser Diretor (a) Geral da Policlínica ou Diretor (a) Executivo do Consórcio.

V - Representação dos prestadores de serviços:

01 Representante e 01 Suplente de unidade hospitalar pública de referência em cada Região de Saúde da abrangência macrorregional (federal, estadual ou municipal);

01 Representante e 01 Suplente de unidade hospitalar de natureza filantrópica ou privada de referência, contratada pelo SUS, com abrangência macrorregional;

01 Representante e 01 Suplente das instituições de ensino que ofertam cursos de saúde presenciais, preferencialmente as públicas, que atuam na macrorregião;

Obs: A Macrorregião de Saúde Leste, por conter a capital, pode ter dois representantes e 02 suplentes, de cada, de unidade hospitalar pública, de unidade hospitalar filantrópica ou privada e de instituições de ensino.

VI - Controle Social:

01 Representante e 01 Suplente do Conselho Estadual de Saúde (CES/BA), preferencialmente representação dos usuários;

01 representante e 01 suplente dos membros do Colegiado Estadual de Desenvolvimento Territorial (CEDETER) da macrorregião.

Atribuições

- Propor novos arranjos, fluxos e estruturação da RAS, visando favorecer adequado funcionamento da RAS no cumprimento das metas definidas no Planos Macrorregionais de Saúde;
- Acompanhar, monitorar os Planos Macrorregionais de Saúde das nove (09) macrorregiões do Estado da Bahia;
- Avaliar as metas e indicadores definidas nos Planos Macrorregionais de Saúde e produzir um documento com grau de cumprimento e proposta de reformulação, ou não, de metas para apresentar nas CIR que estão na abrangência da macrorregião;
- Encaminhar documento com as recomendações das CIR para o Grupo Condutor Estadual da RAS visando apreciação, discussão e consenso, se for o caso, para encaminhamento a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/BA);
- Recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas interinstitucionais e intersetoriais;
- Definir que o Grupo permanente de trabalho para o processo do Planejamento Regional Integrado (PRI) deverá ser o Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional (GTTM);
- Participar do processo do PRI, visando a incorporação de novas áreas temáticas e a elaboração de Planos macrorregionais para períodos subsequentes;
- Indicar a formação de Grupo de Trabalho temáticos provisórios para algum conteúdo que necessite de conhecimento específico;
- Recomendar a realização de cursos e outras estratégias de Educação Permanente para trabalhadores e gestores de saúde, a partir das necessidades de formação identificadas na região;
- Elaborar regimento interno de funcionamento, visando contribuir para a efetivação dos acordos pactuados na CIB e CIR.

O funcionamento do CEGRAS estará definido em regimento interno, contendo minimamente as ações previstas na Resolução CIB 423/2025.

Desta forma, estão previstas oficinas para instalação do CEGRAS MRS- Centro Leste. Caberá ao Comitê, assim que estruturado, estabelecer e manter uma rotina de monitoramento, com foco no acompanhamento dos processos, prazos, metas e resultados das ações previstas nos planos. A avaliação, por sua vez, deve analisar os impactos e a efetividade das diretrizes propostas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Macrorregional de Saúde, produto de construção participativa e descentralizada, reuniu esforços e saberes dos diversos atores municipais e do âmbito central e regional da Sesab, é um instrumento que consolida o processo de planejamento na MRS- Centro Leste. Utilizando diferentes metodologias e instrumentos, este Plano tem como eixo atender às mudanças e aos desafios do seu processo de construção.

Considerando os dados socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos constata-se que a situação de saúde na MRS- Centro Leste é frágil e que os indicadores demandam análises mais aprofundadas.

A Atenção Materna e Infantil, prioridade sanitária da MRS- Centro Leste exige que seja efetivado modelo de atenção que garanta às mulheres e às crianças ampliação da assistência e do acesso aos serviços de atenção à saúde, à 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 meses.

A consolidação do Plano Macrorregional de Saúde da Macrorregião de Saúde Centro Leste da Bahia representa um marco estratégico para o fortalecimento da regionalização do SUS, promovendo maior equidade e resolutividade na atenção à saúde da população. No entanto, a efetividade desse planejamento exige a continuidade das discussões interinstitucionais e Intergestores sobre as prioridades sanitárias, com foco na reestruturação dos serviços e redes de atenção de forma integrada, considerando as especificidades territoriais e epidemiológicas da macrorregião. O engajamento permanente dos atores locais é essencial para garantir que as decisões sejam pautadas em evidências e alinhadas às necessidades reais da população.

Espera-se que os Planos Municipais de Saúde e demais instrumentos de gestão sirvam de base para que gestores e profissionais qualifiquem a análise da situação de saúde, orientando intervenções mais eficazes e integradas no território da MRS- Centro Leste.

Considerando o contexto socioeconômico e epidemiológico da macrorregião, é necessária a reorganização e efetiva implementação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) assim como é necessário investimentos em tecnologia, maior aporte financeiro e recomposição da força de trabalho em saúde para que se possa garantir o acesso integral e

equânime às ações e aos serviços de saúde, em tempo oportuno e de modo resolutivo, proporcionando a melhoria na qualidade de vida da população.

É imprescindível manter o debate técnico e político em torno de temas estratégicos como as doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças endócrino-nutricionais e metabólicas, bem como as causas externas, dada sua expressiva carga de morbimortalidade na região. O enfrentamento dessas condições demanda ações coordenadas entre atenção primária, especializada e vigilância em saúde, com foco na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno. A continuidade do diálogo entre os entes federativos e a sociedade civil é condição fundamental para o aprimoramento das políticas públicas, com vistas à qualificação do cuidado e à melhoria dos indicadores de saúde da Macrorregião Centro Leste da Bahia.

GLOSSÁRIO

- A -	
Acesso a serviços de saúde	Conjunto de possibilidades e circunstâncias que permite à pessoa ser atendida em uma unidade de serviços dos diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento da Rede de Atenção à Saúde do SUS.
Amostra	É qualquer subconjunto de determinada 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.
Atenção à Saúde	Engloba o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais
Atenção ao pré-natal de alto risco	Realizada de acordo com as singularidades de cada situação, integrada à atenção básica, a qual cabe a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível à toda gestante.
Atenção Primária à Saúde	Primeiro nível de atenção em saúde agrega um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver atenção integral. Principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS. Funciona como filtro que organiza o fluxo de serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.
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	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 -	
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrem a RAS-SUS.
CadÚnico	Conjunto de informações sobre famílias brasileiras em situação de pobreza e de extrema pobreza que informações são utilizadas pelo Governo Federal, pelos Estados e pelos municípios para implementar políticas públicas visando promover melhorias na vida dessas famílias.
Capacidade instalada	Conjunto de dados e informações referentes aos serviços públicos e privados de saúde, do ponto de vista da oferta e da produção. A maior parte dos dados pode obtida por extratores disponibilizados pelo Ministério da Saúde como o Tabwin e Tabnet. A análise é feita tanto do ponto de vista da cobertura (relacionado à população referida),

	como do desempenho (relacionado à produção) e da tendência (relacionado à evolução temporal) e, ainda, quanto à incorporação tecnológica no setor saúde na região e as mudanças nos parâmetros e processos regulatórios.
Centro de Especialidade Odontológica	Estabelecimento de saúde que presta serviços de média complexidade em saúde bucal com o objetivo de garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.
Centro de Parto Normal	Unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco. Prestam assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, São de dois tipos: Centro de Parto Normal intra-hospitalar (CPNi) e Centro de Parto Normal peri-hospitalar (CPNp).
CID-10 Capítulos	Catálogo padronizado de doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde
Coefficiente (ou Taxa)	Razão entre o número de ocorrências de um evento e o número total (número de ocorrências e número de não ocorrências). Representa o “risco” de determinado evento ocorrer na população (no numerador o número de casos do evento e no denominador, a população sob risco do mesmo evento).
Comissão Intergestores	Instância de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação (Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011).
Comissão Intergestores Bipartite	No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem como atribuições: I – elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; II – definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o estado; III – pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual; IV – homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; V – acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e VI – avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário.
Condição de Saúde	Conjunto de características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e sanitárias de determinada população, em determinado momento, e região.
Contratualização dos pontos de atenção	Meio pelo qual o gestor (federal, estadual, do Distrito Federal, municipal) estabelece metas quantitativas e qualitativas quanto aos processos de atenção à saúde, considerando o(s) ponto(s) de atenção à saúde da RAS sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.
Cuidado de Saúde	Ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, de diagnóstico e tratamento de doenças e ações de reabilitação de capacidades reduzidas por efeito de doenças ou acidentes.

- D -	
Demanda espontânea	Indivíduo ou conjunto de indivíduos que procura os serviços de saúde por motivos que avalia como necessidade de saúde, sem vinculação pré-definida a programas e prioridades predefinidos em relação àquela população ou grupo.
- E -	
Equipe de Saúde Bucal	Modalidade de equipe que atua na atenção básica, constituída por 01(um) cirurgião-dentista e 01(um) técnico em saúde bucal (ou auxiliar de saúde bucal), no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.
Equipe de Saúde da Família	Estratégia prioritária de atenção à saúde para a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os princípios do SUS, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.
Estimativa	Valor numérico estimado obtido a partir de determinada amostra.
- G -	
Gestação de baixo risco	Gestação onde os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal é igual ou menor do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica
Gestação, parto e puerpério de risco	Situações nas quais a mulher apresenta complicações no estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez, no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos.
Gravidade	Avaliação das consequências do processo ou da doença, é medida pela letalidade, taxa de hospitalização, pelas sequelas e outras consequências.
- I -	
Incidência	Número de novos casos de uma doença em determinado período e local. Para calcular a incidência, divide-se o número de pessoas que ficaram doentes pelo número de habitantes do local.
Indicador	Medida-síntese com informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões de determinada atividade. Pode ser usado 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 determinado evento até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices.
Indicador de saúde	Revela a situação de saúde (ou um aspecto dela) da população ou de um indivíduo. É formulado a partir de dados referenciados no tempo e espaço que pela forma de organização e apresentação, facilita a análise da realidade, através de simples leitura ou do acompanhamento de dados no tempo. Expressa, numericamente, o estado da saúde de determinada população em determinado momento.
Indicadores de Morbidade	Expressam a intensidade com que acontece uma doença em determinada população, medem a incidência (frequência de ocorrência de casos novos) e o predomínio de casos existentes.

Indicadores de Mortalidade	São calculados pelas taxas ou coeficientes de mortalidade. Representam o “peso” que os óbitos apresentam em determinada população.
Índice	Medida usada para comparar grupos de dados relacionados entre si, sendo possível avaliar variações ocorridas ao longo do tempo e as diferenças entre os lugares ou a tendência de uma ou mais variáveis de um fenômeno.
Internações	É a permanência da pessoa em unidade de assistência hospitalar motivada por algum problema de saúde.
- L -	
Letalidade	Relaciona o número de óbitos por determinada causa e o número de pessoas que foram acometidas por tal causa. Sinaliza a gravidade do agravo uma vez que indica o percentual de mortes por aquela causa.
- M -	
Macrorregião	Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, 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.
Média Complexidade	Atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantida a partir do processo de referência e contrarreferência
Morbidade:	Conjunto dos indivíduos que adquire doenças (ou determinadas doenças) em um dado intervalo de tempo em uma determinada população. A morbidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde.
Morbimortalidade:	Relaciona o número de casos de doença ou morte com a população de um determinado local e momento. É um termo que combina dois sub conceitos: morbidade e mortalidade.
Mortalidade:	Total de indivíduos que morreram em um dado intervalo do tempo. Representa o risco ou probabilidade que qualquer pessoa na população pode vir a morrer.
Mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCTN)	Indicador de saúde pública que acompanha uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU). As quatro principais DCNT são: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, Diabetes mellitus e neoplasias (cânceres). Têm em comum quatro fatores de risco: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso nocivo do álcool.
- N -	
Necessidades de Saúde	Carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma 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	Morte que ocorre antes da expectativa de vida da população, em determinado tempo e lugar. As principais causas de morte prematura no Brasil são por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)
Ocupação de leitos	Razão entre o total da população de determinado município e o número de leitos disponíveis no município (leitos de internação + leitos complementares).
- P -	
Parâmetros SUS	Referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde.
Planejamento Regional Integrado	Planejamento elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde, pactuado, monitorado e avaliado pela CIR. O processo de planejamento regional integrado é coordenado pela gestão estadual e envolve os três entes federados e expressa as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS.
População	Termo demográfico que se refere ao conjunto de indivíduos que vivem em um determinado território.
Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica	Tem como finalidade captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer. A prevenção e o combate ao câncer englobam a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias malignas e afecções correlatas. Implementado mediante incentivo fiscal a ações e serviços de atenção oncológica, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer.
Programa Nacional de Triagem Neonatal	Desenvolve ações de triagem neonatal em fase pré sintomática, o acompanhamento e o tratamento de doenças congênitas detectadas em todos os nascidos-vivos (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, fibrose cística). Objetiva promover o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada de laboratórios especializados e serviços de atendimento e organizar e regular o conjunto destas ações de saúde.
Proporção	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 subconjuntos do denominador, mas não expressam risco. São usualmente apresentadas na forma de porcentagens (x100).
- R -	

Razão	Relação entre dois números, onde 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.
Rede materna e infantil	Rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.
Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)	Recurso de vigilância e monitoramento de neoplasias destinado a estimar incidências, taxas de mortalidade e de sobrevivência, por meio da coleta, análise, interpretação e divulgação sistemática em uma população e períodos específicos.
Regulação da atenção à saúde	Exercida pelas Secretarias estaduais e municipais da Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. O objetivo é garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados.
- S -	
Serviço Hospitalar de Referência à Atenção à Gestação de Alto Risco	Tem como atribuições: I – cumprir os requisitos vigentes para a atenção hospitalar; II – adequar a ambiência da maternidade às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); III – receber todas as gestantes vinculadas pela atenção básica e/ou aquelas encaminhadas pela Central de Regulação para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto; IV – implantar o acolhimento com classificação de risco (ACCR); V – adotar boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações do Manual Técnico publicado pelo Ministério da Saúde
Sistema de informação Ambulatorial (SAI)	Registra informações ambulatoriais de todos os estabelecimentos da rede do SUS, sejam privados ou conveniados, filantrópicos ou públicos das esferas municipal, estadual e federal. O objetivo do SIA/SUS é transcrever todos os atendimentos provenientes dos estabelecimentos que foram FINANCIADAS PELO SUS que após o processamento gerarem relatórios para os gestores que lhes possibilitem fazer
Sistema de informação em Saúde	Fluxo processamento dos dados a partir de instrumentos padronizados. O SIS é responsável por consolidar as informações produzidas pelos serviços de saúde no SUS (como número de vacinas aplicadas, internações, consultas médicas) assim como registra informações epidemiológicas fundamentais para análise da situação de saúde da população, como os óbitos e nascimentos.
Sistemas de Informação Hospitalar (SIH/SUS)	Registra informações de internações de todos os hospitais da Rede de Atenção à Saúde do SUS. O objetivo do SIH/SUS é transcrever todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares financiadas pelo SUS, e que

	após o processamento, geram relatórios que possibilitam ao gestor proceder o pagamento aos estabelecimentos de saúde.
Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	Reúne Declaração de Óbito (DO) relativos a todos 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. As informações do SIM estão disponíveis anualmente no site do DATASUS.
Sistema de Nascido Vivos (Sinasc)	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)	Objetiva notificar casos de doenças para o monitoramento e controle das doenças transmissíveis. É alimentado pela Ficha Individual de Notificação (FIN), que é preenchida pelas unidades assistenciais quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal.
Sistema Logístico	Pontos de atenção à saúde que garantem tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde. A caracterização desses pontos deve obedecer a definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da Rede de Atenção à Saúde. a) realizar o transporte sanitário eletivo para os usuários; b) viabilizar e implementar a estrutura necessária para a informatização dos pontos de atenção à saúde por meio de recursos humanos, equipamentos, acesso à internet, entre outras medidas; c) prever centrais de regulação para o diagnóstico e tratamento.
Sistema de Apoio	Sistema de apoio diagnóstico e terapêutico: de patologia clínica, de imagem e de assistência farmacêutica.
- U -	
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)	Serviço em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permite acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar.
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)	Também conhecida como Unidade Semi-Intensiva, é o serviço em unidades hospitalares destinado ao atendimento de recém nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN. As UCINCo poderão configurar-se como unidades de suporte às UTINou de forma independente, conforme rotina de cada serviço.
Unidade de Terapia Intensiva	Unidade que oferece serviços hospitalares voltados para o atendimento da pessoa grave ou com risco de morte
- V -	

Vetores	Seres vivos que veiculam determinado agente desde o reservatório até o hospedeiro potencial. Vetores mecânicos são os transportadores de agentes, geralmente insetos, que os carregam nas patas, 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. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CIT n. 01 de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 2021 [citado 18 dez 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html
2. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Rev Baiana Saúde Pública. 2020;44(supl 1):1–184. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/10/PES-2020-2023-VERSAO-FINAL.pdf>
3. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Resolução CIB/BA n. 018/2021. Aprova o credenciamento de Equipe de Saúde da Família – ESF, no Município de Ibicuí. Diário Oficial do Estado [Internet]. [citado sem data]. Disponível em: http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/resolucoes/2018/RES_CIB_018_2018.pdf
4. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Resolução CIB/BA n. 167/2018. Aprova ad referendum o cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e mantém a organização das Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia. Diário Oficial do Estado [Internet]. [citado sem data]. Disponível em: http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/Resolucoes/2018/RES_CIB_167_2018.pdf
5. Guitarrara P. Pobreza no Brasil. Brasil Escola [Internet]. [citado 23 ago 2022]. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/pobreza-no-brasil.htm>
6. IBGE; DATASUS; Ministério da Saúde; SESAB; SUVISA; DIVEP; GT Demografia. Municípios de extrema pobreza [Internet]. [citado 11 abr 2022]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/demografia/>
7. Da Redação. Bahia tem o maior número de pessoas extremamente pobres do Brasil, aponta IBGE. Portal A Tarde [Internet]. 2020 nov 12 [citado sem data]. Disponível em: <https://atarde.com.br>
8. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. [citado 12 out 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br>
9. Bahia. Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização. Central de Informação e Documentação. Dado coletado em: 22 set 2022.
10. Quijano FAD. Bases da epidemiologia das doenças infecciosas. Departamento de Epidemiologia - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo [Internet]. [citado 29 abr 2021]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5539423/mod_resource/content/4/EpiInfecciosas08-09-2020.pdf
11. Fundação Oswaldo Cruz. Tuberculose: sintomas, transmissão e prevenção [Internet]. [citado 29 abr 2021]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/taxonomia-geral-doencas-relacionadas/tuberculose>
12. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância à Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade [Internet].

[citado sem data]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/apresentacao/>

13. 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 abr 2021.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros [Internet]. [citado 17 maio 2021]. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>

15. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Morbidade e Fatores de Risco. Adaptado da Ficha de Qualificação da RIPSA – 2008 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 17 maio 2021]. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2008/d-2-1/>

16. Brasil. Ministério da Saúde. Meningite: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção [Internet]. Brasília (DF). [citado 29 abr 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/meningites>

17. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Análise das DIPs, 2011-2020.

18. 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 abr 2021.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

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

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

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

23. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Print version ISSN 0037-8682. On-line version ISSN 1678-9849. Rev Soc Bras Med Trop. 2006;39(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822006000300010. Acesso em: 10 maio 2021.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs>.

-
25. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed., v. 2. São Paulo: Edusp; 1998. p. 143.
26. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e óbitos maternos [Internet]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitomat.def>. Acesso em: 14 maio 2021.
27. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbito Infantil [Internet]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitoinf.def>. Acesso em: 14 maio 2021.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ações com foco na Saúde da Mulher [Internet]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>. Acesso em: 14 abr 2021.
29. 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.
30. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 6ª ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2020.
31. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Mortalidade Geral [Internet]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obito.def>. Acesso em: 14 maio 2021.
32. 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. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
34. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2016;107(3 Suppl 3). Stürmer PL, Bianchini I. Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. 2012.
35. Brasil. Ministério da Saúde. O que é Atenção Primária [Internet]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 14 abr 2021.
36. 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.
37. Sá NNB, Moura EC. Fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros. Cad Saúde Pública. 2010 Sep;26(9):1853–62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900018>.
38. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Curso Doenças Endócrino-Metabólicas e Nutrição [Internet]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/cursos-e-eventos/51635>. Acesso em: 26 abr 2021.
39. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diabéticos representam 80% da demanda de próteses de membros inferiores no Cepred [Internet]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2016/11/08/diabeticos-representam-80-da-demanda-de-proteses-de-membros-inferiores-no-cepred/>. Acesso em: 6 maio 2021.

-
40. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde [Internet]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>. Acesso em: 22 abr 2021.
41. Pan American Health Organization. Regional status report on alcohol and health in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2015.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 1 - trata direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS [Internet]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs>. Versão atualizada até 27/05/2023.
43. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância [Internet]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/painel-de-dados>. Acesso em: 16 mai 2023.
44. Brasil. Caderno de Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde. De que se trata os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf>.
45. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos [Internet]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.



ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)

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