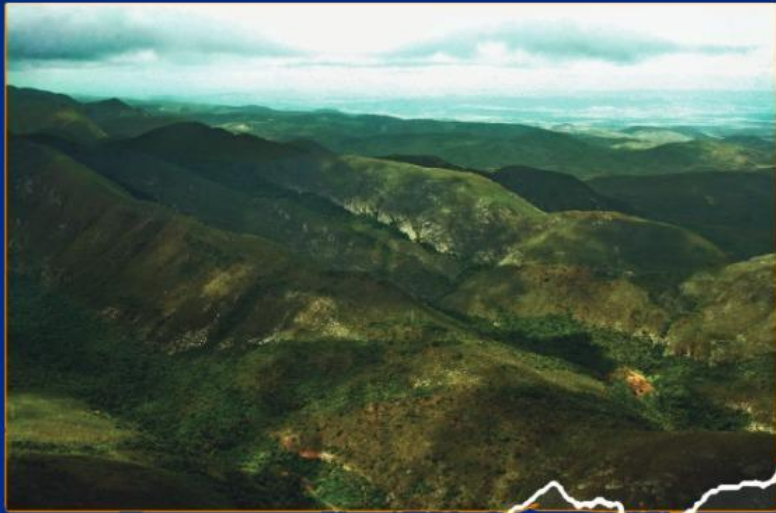


PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE CENTRO NORTE



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

**PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE
CENTRO NORTE**

**SALVADOR
2025**



GOVERNO
FEDERAL
TRABALHA
PRA SAÚDE



MINISTERIO DA
SAUDE



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

Igor Lobão Ferraz Ribeiro

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (SAIS)

Rivia 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

Desirée dos Santos Carvalho – MS/SEMS/BA

Elisa Dantas Bellas – SESAB/APG/COPRI

Grazia Mendes – CIR Irecê

Valquiria de Oliveira carneiro – SESAB/NRS

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

Josane Lino de Queiroz – SESAB/NRS

Silvia Alves Ferreira Carneiro – CIR Jacobina

Tarcilia Soares Vieira Rocha – COSEMS/BA

Colaboradores

Alan Silva Reis

Cristiane Câmara Macêdo

Cristina Maria Meira de Melo

Eneida Manuela Barqueiro Sena Gomes

Felipe Fontes Costa Pinto

Gildásio Alves de Souza

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

Kátia Nunes Barreto de Brito

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

Sara Emanuela de Carvalho Mota

Tânia Margarida de Novaes Rocha

Equipe Técnica de Discussão

Bruno Guimarães de Almeida

Clarissa Leite Campos

Ediraci de Andrade Alves

Edivânia Lúcia Araújo Santos Landim

Joana Angélica Simão Demarchi

Joselma Alves da Silva

Karla Costa Musto

Lis Bandarra Monção

Luciano de Paula Moura

Manoel Henrique de Miranda Pereira

Milena Lima Santos

Ubiraylson Brandão de Andrade

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Macrorregiões de Saúde. Bahia. 2007	14
Figura 2. Razão de Mortalidade Materna, segundo parâmetros da OMS. Bahia, 2023.	29
Figura 3. Sistema Organização da RAS.	74
Figura 4. Percentual de serviços solicitantes dentre os elegíveis por Núcleo Regional de Saúde da Bahia, fevereiro a setembro de 2025.	78
Figura 5. Matriz de Referência da Macrorregião Centro Norte, 2024-2027	81
Figura 6. Diretrizes da Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2021.	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica, pneumocócica e outras bactérias) e virais por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2011-2020*.....	24
Tabela 2. Número de amputações de membros inferiores e internação hospitalar com CID da Diabetes Mellitus na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.....	37
Tabela 3. Índice de dependência de serviços ambulatorial e hospitalar de alta complexidade por macrorregião de saúde. Bahia, 2021-2022.	63

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirâmide etária da população da Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010, 2019 e 2024.	16
Gráfico 2. Número de nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2023	18
Gráfico 3. Número de nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2023	19
Gráfico 4. Número de casos e coeficiente de incidência da tuberculose em todas as formas e da forma pulmonar bacilífera por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.....	22
Gráfico 5. Número de casos de Aids e HIV na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2011-2020*.....	23
Gráfico 6. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2011-2020*.....	25
Gráfico 7. Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.....	26
Gráfico 8. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.....	27
Gráfico 9. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.....	28
Gráfico 10. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por 1.000 NV no estado da Bahia e na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.....	31

Gráfico 11. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.....	32
Gráfico 12. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.....	33
Gráfico 13. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.....	35
Gráfico 14. Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na mesma faixa etária na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.....	36
Gráfico 15. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão, por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.....	38
Gráfico 16. Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.....	39
Gráfico 17. Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024.....	41
Gráfico 18. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024.....	41
Gráfico 19. Coeficiente da incidência das meningites. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024.....	42
Gráfico 20. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024.....	42
Gráfico 21. Taxa de incidência de dengue, zika e chikungunya por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024.....	43
Gráfico 22. Coeficiente de incidência e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024.....	43
Gráfico 23. Razão de mortalidade materna. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024.....	44
Gráfico 24. Número absoluto de mortalidade materna por raça/cor, Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2023.....	45
Gráfico 25. Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2023.....	45
Gráfico 26. Razão de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2023.....	46
Gráfico 27. Proporção de Nascidos Vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2024.....	46
Gráfico 28. Proporção de partos normais. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2024.....	47
Gráfico 29. Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024.....	48
Gráfico 30. Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2023.....	48
Gráfico 31. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, 2015-2024*.....	49

Gráfico 32. 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 Norte, 2022-2024	49
Gráfico 33. Percentual de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal. Macrorregião de Saúde Centro Norte, 2014-2023	50
Gráfico 34. 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 Norte, 2014 – 2024	51
Gráfico 35. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2015-2023.	52
Gráfico 36. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015 - 2023*	52
Gráfico 37. Razão de mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014 - 2024	53
Gráfico 40. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando por principais causas. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2023	54
Gráfico 41. Proporção de pessoas com hipertensão com consulta e pressão arterial aferida. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2022-2024, por quadrimestre*	55
Gráfico 42. Percentual de pessoas com hipertensão arterial que teve exame de ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2018-2023, por quadrimestre*	56
Gráfico 43. Percentual de hipertensos identificados na atenção primária à saúde. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2018-2024, por quadrimestre*	56
Gráfico 44. Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na mesma faixa etária na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2014 - 2023*	57
Gráfico 45. Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015 - 2023*	58
Gráfico 46. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2019 - 2023*	58
Gráfico 47. Taxa de internação por causas externas, relacionadas a quedas, acidentes de transporte, agressões, lesões autoprovocadas voluntariamente e afogamento. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014 - 2023*	59
Gráfico 48. Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2021.	60
Gráfico 49. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Macrorregião de Saúde. Bahia, 2021.	64
Gráfico 50. Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2013-2024.....	65
Gráfico 51. Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas com a prioridade sanitária na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2022.	70

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Municípios da Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2023.....	15
Mapa 2. Municípios caracterizados como em situação de extrema pobreza na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2019*.....	18
Mapa 3. Proporção de população conforme cobertura de Assistência Médica Suplementar e SUS dependente na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2019*.....	20
Mapa 4. Cobertura da Atenção Primária à Saúde na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2021.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Dimensões e significado da pontuação na Matriz GUT. Bahia, 2021.....	59
Quadro 2. Quantitativo de equipamentos, serviços (urgência e emergência), unidades de alta complexidade e sistema logístico disponível para o SUS na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2022.....	68
Quadro 3. Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2022.	69
Quadro 4. Número de EAS com registro de procedimentos relacionados com a prioridade sanitária na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2022.	71
Quadro 5. Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Centro Norte do Estado da Bahia, 2025.	77
Quadro 6. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Cento Norte do Estado da Bahia, 2025.	79
Quadro 7. Componentes habilitados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Centro Norte do Estado da Bahia, 2025.	80
Quadro 8. Escalonamento emergencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Centro Norte do Estado da Bahia, 2025.	81
Quadro 9. Diretrizes e objetivos para a Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2023.	84
Quadro 10. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2025.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alta Complexidade
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
APG	Assessoria de Planejamento e Gestão
Asis	Análise da Situação de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BA	Bahia
BI	<i>Business Intelligence</i>
BORS	Base Operacional na Região de Saúde
Cacon	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CI	Coefficiente 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
Cosems	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde
Copri	Coordenação de Planejamento Regional Integrado
CRU	Central de Regulação de Urgência
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCbV	Doenças Cerebrovasculares
DENM	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
DIC	Doenças Isquêmicas do Coração
Divep	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
EAS	Estabelecimento de Assistência à Saúde
FTE	<i>Full-Time Equivalent</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
GCE	Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde
GT-PRI	Grupo de Trabalho - Planejamento Regional Integrado
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
LVH	Leishmaniose Visceral Humana
MS	Ministério da Saúde
MRS	Macrorregião de Saúde
NRS	Núcleo Regional de Saúde
NV	Nascidos Vivos

OBR	Observatório Baiano de Regionalização
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PRI	Planejamento Regional Integrado
Proadi/SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RS	Região de Saúde
SBACV	Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SEMS	Superintendência Estadual do Ministério da Saúde
Sesab	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sisab	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
Suvisa	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
TABWIN	Tabela para Windows do DATASUS/MS
TB	Tuberculose
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unacon	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
USF	Unidade de Saúde da Família
USG	Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE	14
2.1 População por sexo e idade	15
2.2 Propriedade rural com uso de agrotóxico	16
2.3 População residente em zona rural	17
2.4 Municípios em situação de pobreza e extrema pobreza	17
2.5 Número de nascidos vivos	18
2.6 Cobertura da estratégia saúde da família	19
2.7 Cobertura de saúde bucal na atenção primária à saúde	19
2.8 Cobertura de Assistência Médica Suplementar	20
3 ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE	21
3.1. Doenças infecciosas e parasitárias	21
3.2 Atenção à saúde materna e infantil	27
3.3 Neoplasias	32
3.4 Doenças do aparelho circulatório	34
3.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	36
3.6 Morbimortalidade por causas externas	38
3.7. Atualização do estado de saúde	40
3.7.1 Doenças infecciosas e parasitárias	40
3.7.2 Atenção à saúde materna e infantil	44
3.7.3 Neoplasias	51
3.7.4 Doenças do aparelho circulatório	54
3.7.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	56
3.7.6 Morbimortalidade por causas externas	58
4 SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA	59
5 ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA	61
5.1 Organização	62
5.1.1 Índice de dependência macrorregional	62
5.1.2 Cobertura da atenção primária à saúde	63
5.1.3 Central de regulação	66
5.1.3.1 Central de regulação de urgência	66
5.1.3.2 Central de regulação do acesso às ações e serviços de saúde	66
5.2 Infraestrutura	67
5.3 Produção de serviços	70

6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	73
6.1 Sistema Organização da RAS	74
6.2 Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne)	75
6.3 Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE)	76
6.4 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	77
6.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)	80
6.6 Rede de Atenção às Doenças Crônicas	81
7 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	82
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE	101
8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação	102
8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento	102
9. COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	115

1 INTRODUÇÃO

Este Plano Macrorregional de Saúde da Macrorregião de Saúde Centro Norte (MRS-Centro Norte) 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 Norte, ora apresentado, é o resultado do processo do PRI e está

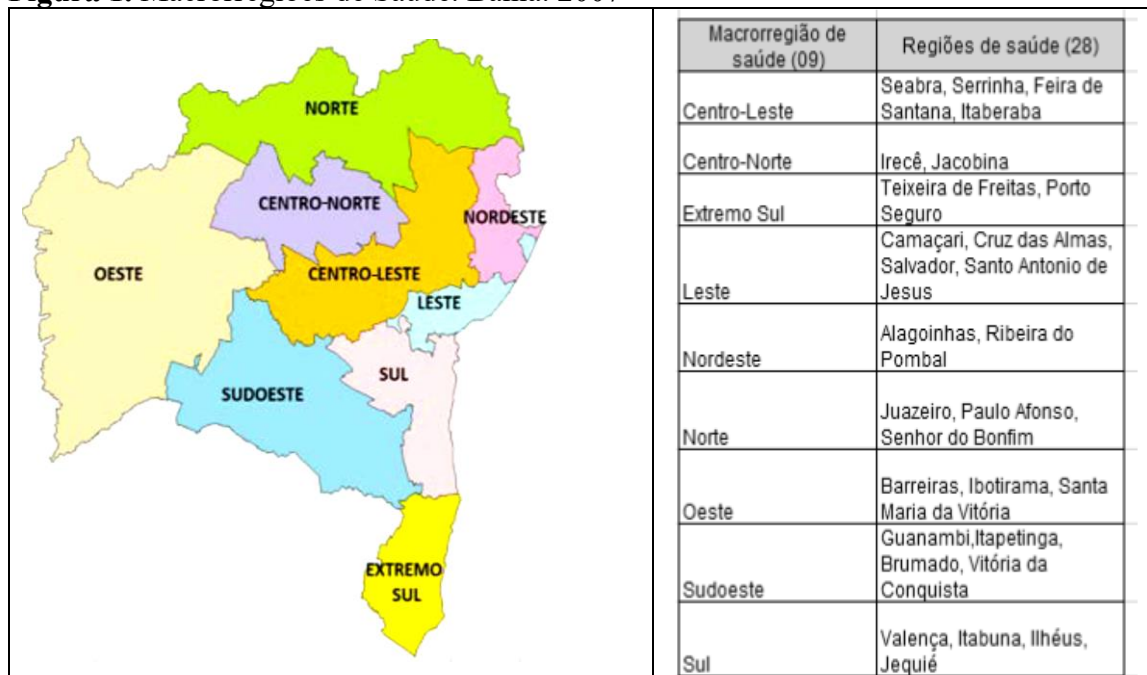
acessível no Observatório Baiano de Regionalização (OBR), para gestores, profissionais, trabalhadores da saúde e comunidade, cumprindo com a finalidade precípua do PRI que é contribuir para a mudança da situação de saúde e avançar no processo de consolidação e democratização do SUS.

2 CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE

Para implantação das políticas estaduais de saúde, o Plano Diretor de Regionalização 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 de Saúde. Bahia. 2007



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

A definição do território das MRS para o processo do PRI foi publicada na mesma Resolução CIB/BA n. 167/2018⁴, confirmando o desenho do PDR de 2007.

A área territorial da MRS-Centro Norte totaliza 47.713,571 km² (IBGE, 2019), onde residem 805.934 habitantes (IBGE, 2020), distribuídos em 38 municípios sendo:

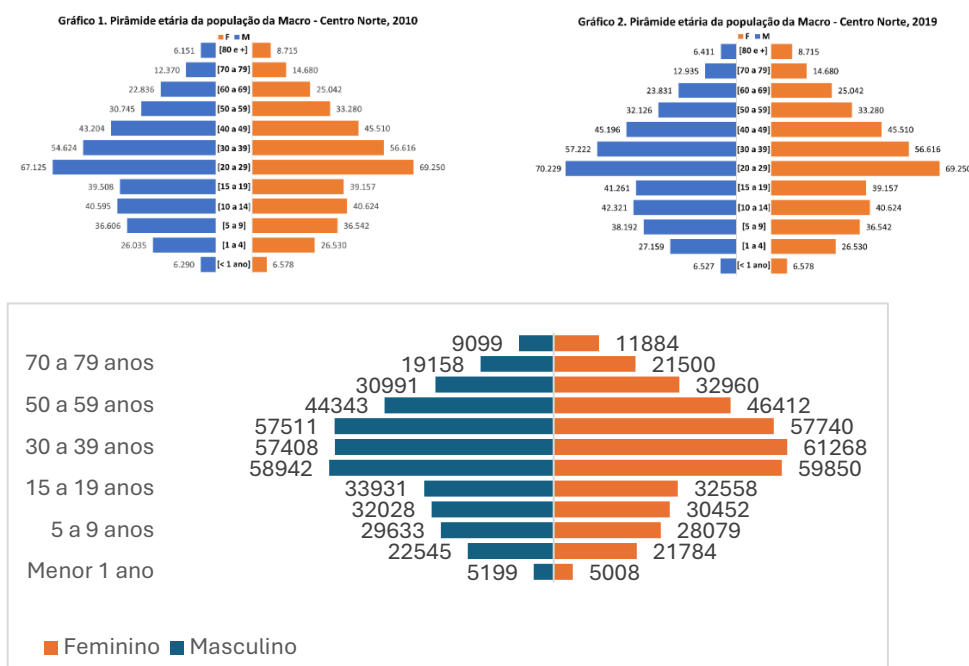
- 28 (vinte e oito) municípios com menos de 20 mil habitantes, classificados como de pequeno porte;
- 10 (dez) municípios com população entre 20 e 100 mil habitantes.

Os municípios da macrorregião são: América Dourada, Barra do Mendes, Barro Alto, Caém, Cafarnaum, Caldeirão Grande, Canarana, Capim Grosso, Central, Gentio do Ouro, Ibipeba, Ibititá, Irecê, Itaguaçu da Bahia, Jacobina, João Dourado, Jussara, Lapão, Mairi, Miguel Calmon, Mirangaba, Morro do Chapéu, Mulungu do Morro, Ouroândia, Piritiba,

da população feminina. Em 2024 há mudanças significativas na estrutura demográfica, evidenciando tendências de envelhecimento populacional e redução da base jovem. A população feminina representa 50,54% e masculina 49,46% e a faixa etária de maior concentração está entre 20 e 59 anos.

As pequenas mudanças no perfil demográfico no período analisado podem ser sintetizadas nas pirâmides populacionais apresentadas na Gráfico 1.

Gráfico 1. Pirâmide etária da população da Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010, 2019 e 2024.



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

2.2 Propriedade rural com uso de agrotóxico

Os secretários municipais da saúde da MRS-Centro Norte, considerando a saúde humana e o meio ambiente, validaram o indicador Municípios nos quais 20% ou mais das propriedades rurais referiram uso de agrotóxicos, conforme Censo Agropecuário do ano de 2017. Nesse indicador se enquadraram 12 (doze) municípios, sendo 4 (quatro) localizados na Região de Saúde de Jacobina e 8 (oito) na Região de Saúde de Irecê, quais sejam: América Dourada, Barro Alto, Cafarnaum, Canarana, Gentio do Ouro, João Dourado, Lapão, Mairi, Mirangaba, Morro do Chapéu, Presidente Dutra e Várzea da Roça. Nestes municípios vivem 236.021 habitantes, correspondendo a 32,63% da população total da macrorregião no ano de 2019.

2.3 População residente em zona rural

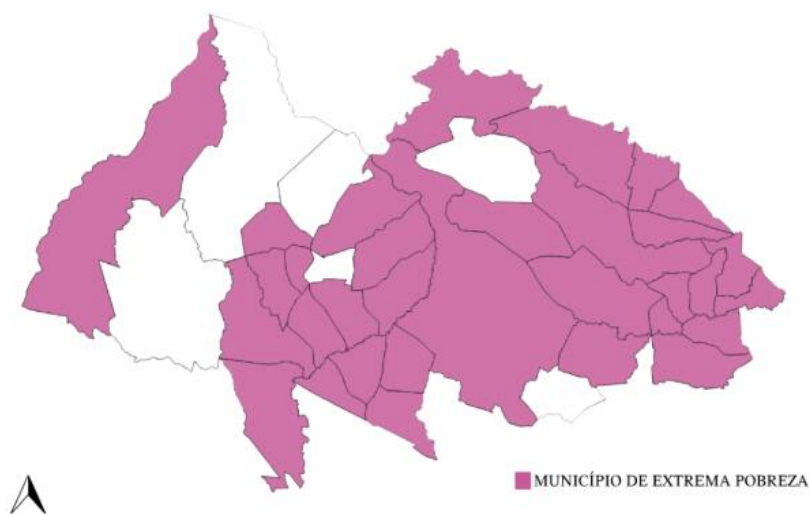
Considerando a exposição da população a agentes químicos e físicos por circunstâncias do exercício do trabalho rural, e como forma de complementar o indicador Município nos quais 20% ou mais das propriedades rurais referiram uso de agrotóxico, foi certificado pelos secretários municipais da saúde o indicador Município com 30% ou mais da população economicamente ativa ocupada na agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura. Como resultado do indicador identificou-se os municípios de João Dourado, Miguel Calmon, Morro do Chapéu, Piritiba e Xique-Xique com mais de 30% dos seus habitantes residindo na zona rural, correspondendo a 19,58% da população da macrorregião, ou seja, 157.862 habitantes, considerando o ano de 2019.

2.4 Municípios em situação de pobreza e extrema pobreza

No Brasil, a pobreza é produto das desigualdades sociais profundas, situando os pobres no cenário de segregação social e trabalhista. Na Macrorregião de Saúde Centro Norte o indicador Município em Pobreza e Extrema Pobreza é uma variável resultante do processo de validação de indicadores para a análise da situação de saúde. Apurou-se que 81,59% da população da MRS-Centro Norte, ou seja, 657.560 habitantes, vivem em municípios classificados como em situação de pobreza ou extrema pobreza.

Nesse cenário, apenas 6 (seis) municípios dos 38 pertencentes à macrorregião não se encontram nessa situação, a saber: Gentio do Ouro, Itaguaçu da Bahia, Irecê e Jussara, na Região de Saúde de Irecê, e os municípios de Ouroândia e Tapiramutá, na Região de Saúde de Jacobina. Na MRS-Centro Norte são 32 municípios em situação de extrema pobreza, 84,2% do total dos municípios. Não se registrou, no período, município classificado como em situação de pobreza (Mapa 2).

Mapa 2. Municípios caracterizados como em situação de extrema pobreza na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2019*.



Fonte: IBGE/DATASUS, 2022. *Dados coletados em 11/04/2022, sujeito a alterações.

2.5 Número de nascidos vivos

Na Macrorregião, considerando a série histórica de 2014-2023 houve redução no número de nascidos vivos (NV), passando de 11.094 para 9.394. Observa-se ainda que entre os anos de 2018 a 2020 houve redução de NV de 11.852 para 10.850, com crescimento posterior em 2021 (10.950) e redução nos anos seguintes (Gráfico 2).

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



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

2.6 Cobertura da estratégia saúde da família

Na Bahia e nas macrorregiões apresentaram discreto crescimento na cobertura estimada das equipes de saúde da família. A macrorregião apresentou aumento mais significativo a partir de 2017, chegando a 99,29% de cobertura em 2024 (Gráfico 3).

Gráfico 3. Número de nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2023



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

2.7 Cobertura de saúde bucal na atenção primária à saúde

A nota técnica n. 13/2021-CGSB/DESF/SAPS/MS dispõe sobre a Metodologia da Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde⁵ e modificou a regra de cálculo para esta cobertura considerando o Plano Nacional de Saúde 2020-2023. O cálculo da cobertura de saúde bucal das equipes financiadas pelo MS para os municípios corresponde à soma cumulativa de pessoas com cadastro vinculado com Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Primária e Equipes de Saúde Bucal.

Na avaliação do indicador para a MRS-Centro Norte foi utilizada a competência do mês 04/2022 e o resultado é de 238 Equipes de Saúde Bucal cadastradas e em funcionamento, e cobertura de 94%. Vale considerar que o indicador da cobertura para a macrorregião foi calculado após o ciclo de fechamento da base de dados do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (Sisab) e após as validações rotineiras do sistema.

2.8 Cobertura de Assistência Médica Suplementar

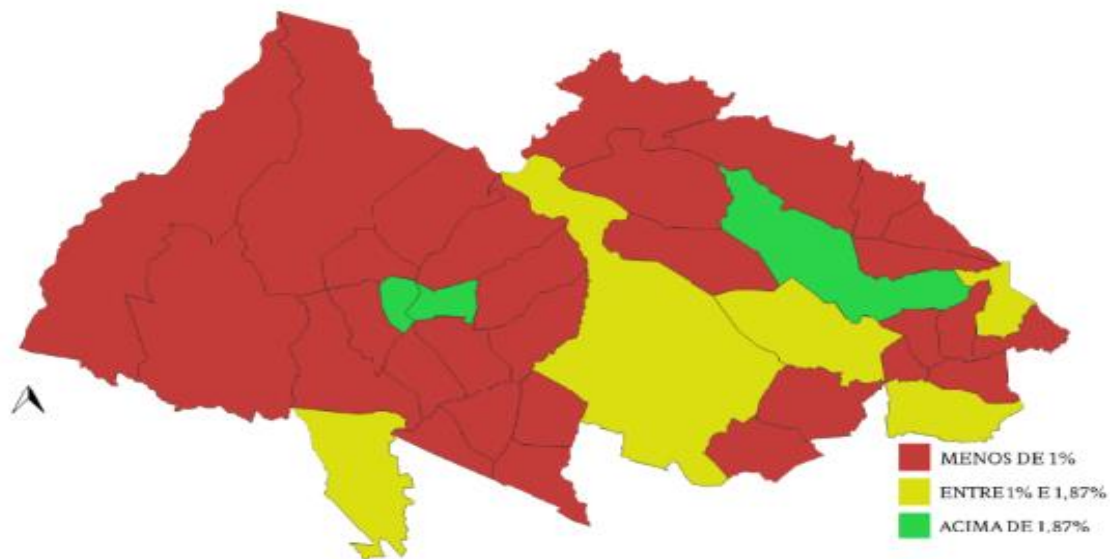
Assistência à saúde suplementar denomina ações e serviços prestados por meio de planos de saúde privados. A prestação de serviços, exclusivamente, pela esfera privada, envolve operação de planos e seguros privados de assistência médica à saúde, regulada e fiscalizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), composta por operadoras, profissionais e beneficiários.

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 em planos odontológicos, exclusivamente. Na Bahia, neste mesmo ano, 11,2% da população contava com assistência médica suplementar⁶.

A cobertura de assistência médica suplementar da população na MRS-Centro Norte é mais baixa que a média da Bahia, com média de 1,87%. Somente 8% dos municípios estão acima desta média. Cerca de 13% dos municípios têm entre 1% e 1,87% da população com cobertura assistencial médica suplementar e 78% dos municípios apresenta cobertura abaixo de 1%.

Os municípios de Jacobina e Irecê, sede das RS, apresentam os maiores índices de cobertura de assistência médica suplementar. Esse histórico segue uma linha do tempo de nove anos sem que a cobertura ultrapasse 10%.

Mapa 3. Proporção de população conforme cobertura de Assistência Médica Suplementar e SUS dependente na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2019*.



Fonte: Agência Nacional de Saúde, 2022. *Dados coletados em 29/08/2022.

Os dados reforçam a variável de extrema pobreza em que vive a maioria população da MRS-Centro Norte, fato que expõe a necessidade de organização universal do Sistema Único de Saúde, dado que em todos os municípios a dependência média do SUS é de 98%.

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* (Power BI), disponível em: <https://bi.saude.ba.gov.br/observatorio/>

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

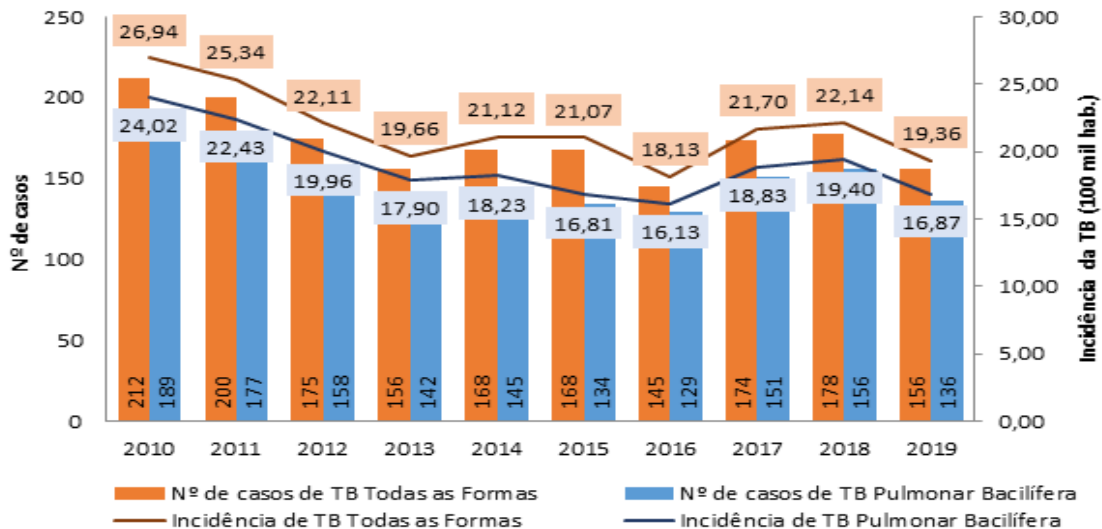
3.1. Doenças infecciosas e parasitárias

O capítulo I da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde -10 (CID) agrupa as doenças infecciosas, cujo agentes etiológicos podem ser bactérias, vírus, riquetsias, clamídias e fungos e as doenças parasitárias, as quais são transmitidas por protozoários, helmintos e artrópodes que atuam como hospedeiros intermediários. A Resolução CIB/BA n. 018/2021 define indicadores referentes a tuberculose (TB), síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV), meningites e hepatites bacterianas e virais, e são estas as doenças infecciosas e parasitárias consideradas para a MRS-Centro Norte.

Quanto à TB os dados referentes ao número de casos e o coeficiente de incidência (CI) de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera (série histórica 2010-2019) evidenciam tendência de queda, percentual, até o ano de 2013, de 26,42% e de 24,87%, respectivamente; redução do CI de 27,02% para todas as formas e de 25,48% para a forma pulmonar bacilífera. Esses resultados podem estar relacionados a melhores condições de vida da população, bem como ao maior acesso aos serviços de saúde⁷. No período entre 2014-2019 observa-se oscilação

com tendência de queda no número de casos e no CI da TB de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera (Gráfico 4).

Gráfico 4. Número de casos e coeficiente de incidência da tuberculose em todas as formas e da forma pulmonar bacilífera por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.



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

Segundo o PES 2020-2023², em relação à tuberculose:

- não houve mudanças significativas na taxa de mortalidade no período 2011-2017 em todo o estado;
- nos anos de 2018-2019 manteve-se igual tendência, com taxa de mortalidade de 2,12 e 2,14/100 mil habitantes, respectivamente.

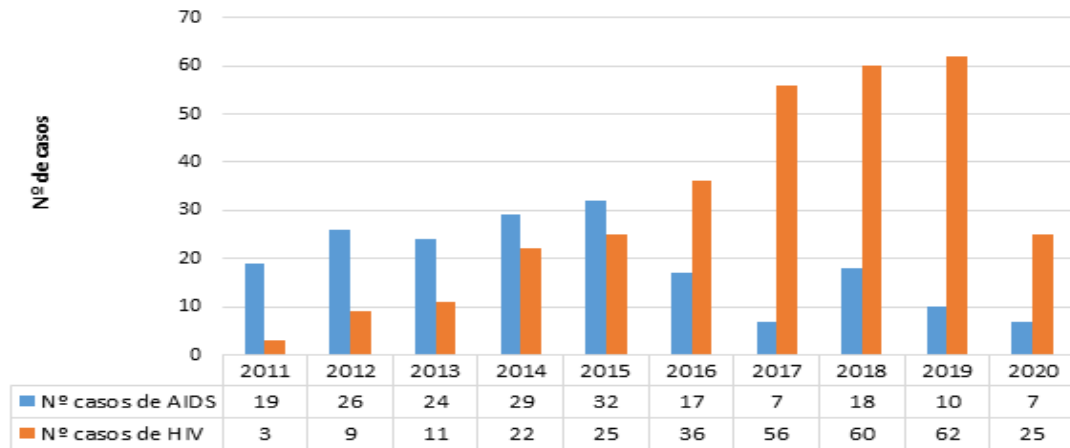
Na MRS-Centro Norte, no período 2011-2019, ocorreram oscilações com valores inferiores aos do estado².

A análise da morbimortalidade por TB tem por objetivo estimar o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose ou morrer da doença, em qualquer de suas formas clínicas. A ocorrência de casos indica a persistência de fatores favoráveis à propagação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Portanto, analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de tuberculose deve fazer parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença; tal análise subsidia 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).

Na análise da distribuição dos casos de aids e contaminação pelo HIV, a série histórica 2011-2020 mostra que na MRS-Centro Norte houve oscilação no número de casos de aids – 32

(2015) e sete (2017 e 2020). Quanto ao número de casos de contaminação pelo HIV registra-se crescimento – 3 (2010) e 62 (2019) – e redução para 25, em 2020 (considere-se, no entanto, que nesse ano os dados são sujeitos a alterações) (Gráfico 5).

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



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

O coeficiente de mortalidade por aids na Bahia apresentou tendência de estabilidade no período 2011-2020, com pequenas variações por 100 mil habitantes. A macrorregião também apresentou oscilação – o menor valor 0,6 (2011) e maior valor de 2,10 (2015)^{8,9}.

Os indicadores da MRS-Centro Norte refletem a situação atual de infecção pelo HIV no período de referência. Avaliar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de aids, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica, contribui para a orientação e avaliação das ações de controle da doença¹⁰.

A meningite bacteriana ou viral, no Brasil, é considerada doença endêmica, ou seja, o número de casos é esperado ao longo de todo o ano, mas com característica de sazonalidade – aumento das formas bacterianas no inverno e das formas virais no verão. A vacinação é a principal ferramenta na prevenção da doença bacteriana¹¹.

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 da Covid-19, que contribuíram para a queda do número de casos.

No início de 2010, com a implantação da vacina meningocócica C conjugada no calendário básico de vacinação da criança, observa-se na Bahia decréscimo no CI da doença meningocócica nos anos subsequentes em todas as macrorregiões de saúde.

Segundo a Tabela 1, na MRS-Centro Norte o decréscimo não foi linear. Registra-se oscilação entre os anos considerados: o menor de 0,12 (2018) e o maior 0,90 (2012) por 100 mil habitantes. Não houve casos notificados em 2016, 2017, 2019 e 2020.

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

Ano/Início Sintomas	Viral	Outras Bactérias	Meningocócica	Pneumocócica
2011	2,97	1,55	0,13	0
2012	2,71	0,77	0,90	0,13
2013	0,85	0,36	0,36	0,24
2014	1,45	0,36	0,85	0,61
2015	1,21	0,48	0,24	0,24
2016	0,24	0,12	0	0,12
2017	0,72	0,84	0	0,12
2018	0,37	0,50	0,12	0,25
2019	0	0	0	0,37
2020	0	0	0	0,06

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.

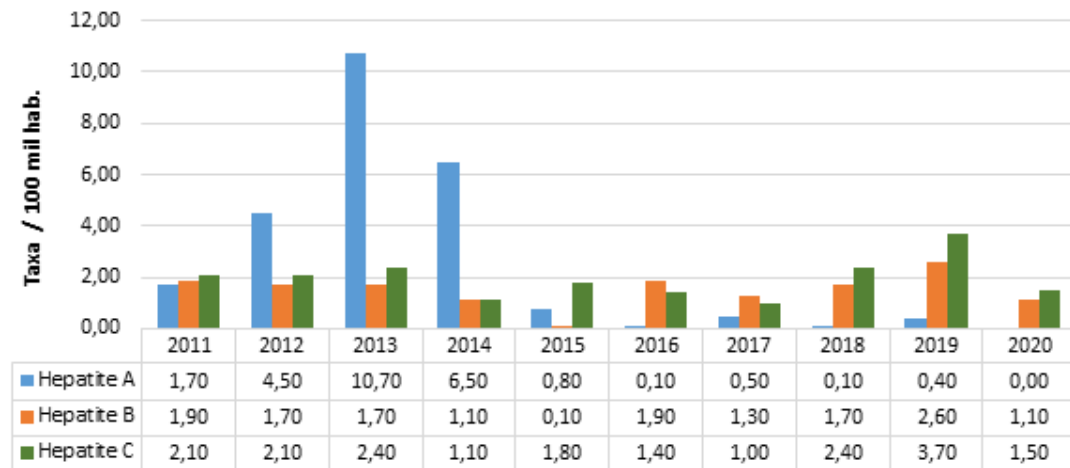
Uma infecção viral que representa grave problema de saúde pública, no Brasil, são as hepatites virais. As hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C e as infecções causadas pelos vírus das hepatites B ou C frequentemente se tornam crônicas¹².

No período 2011-2020 o estado apresentou oscilação na taxa de detecção por 100 mil habitantes referentes aos três tipos de hepatites virais² e a MRS-Centro Norte acompanha a mesma tendência. É expressiva a tendência de queda com relação ao vírus tipo A, após o ano de 2014.

Quanto a hepatite B, a taxa oscila: crescente, com as maiores taxas 1,90 e 2,60 por 100 mil habitantes nos anos de 2011, 2016 e 2019, e decrescente 0,10 por 100 mil habitantes em 2015. Essa oscilação nas taxas pode estar relacionada com a atuação dos serviços municipais de vigilância epidemiológica e com a implementação da realização dos testes rápidos na atenção básica. Em relação à hepatite C, introduziram-se novas drogas com menos efeitos colaterais e

maior eficácia no ano de 2015. Ainda assim, constata-se oscilação na série histórica analisada, com taxas entre 2,10 (2011) e 3,70 (2019) por 100 mil habitantes (Gráfico 6).

Gráfico 6. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2011-2020*.



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

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

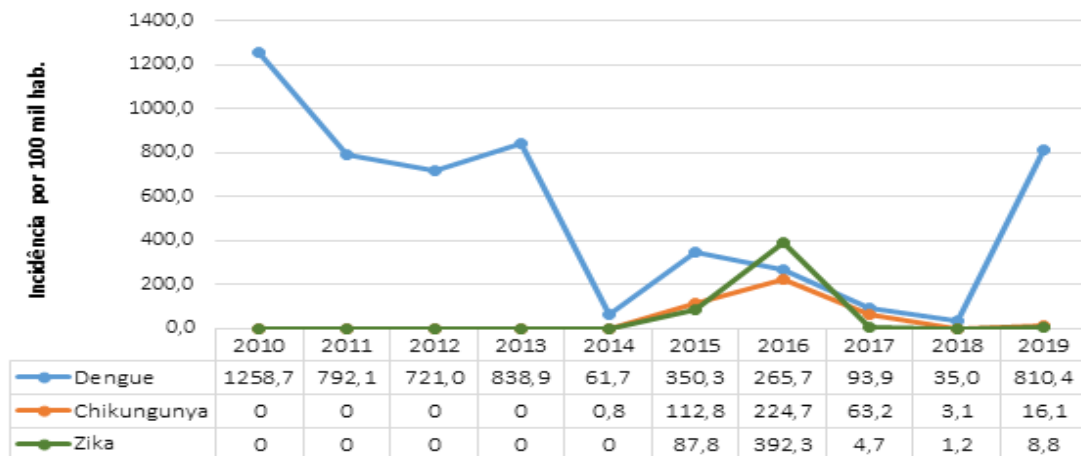
As doenças analisadas até o momento ainda são desafios para os programas de prevenção e constituem problema de saúde pública. O panorama apresentado nos Gráficos 3, 4, 5 e Tabela 1 evidencia a necessidade de fortalecer as ações de prevenção e controle e reforça a necessidade de ações integradas entre as áreas de vigilância epidemiológica e a rede assistencial. Conforme a doença, as ações são direcionadas para a imunização das populações, diagnóstico precoce e tratamento adequado dos doentes, visando interromper a cadeia de transmissão¹³.

Dentre as doenças infecciosas e parasitárias são analisadas as doenças vetoriais com maior magnitude no estado: as arboviroses e a leishmaniose visceral.

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 malária¹⁴.

Ao analisar a série histórica 2010-2019 da taxa de incidência da dengue, chikungunya e zika na MRS-Centro Norte, observa-se que as maiores taxas ocorreram em 2010, 2013 e 2019 para a dengue e em 2016 para zika e chikungunya (Gráfico 7).

Gráfico 7. Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.



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

Quanto à febre amarela, doença infecciosa causada por vírus e transmitida por vetores, a forma mais grave é rara. No ciclo silvestre, em áreas florestais, o vetor da febre amarela é, principalmente, o mosquito *Haemagogus*, e no meio urbano a transmissão ocorre por intermédio do mosquito *Aedes aegypti*, o mesmo a transmitir a dengue¹⁵.

Nos últimos 10 anos não houve casos autóctones (transmissão dentro de uma área) de febre amarela no estado da Bahia, considerada indene desde 1942. A estimativa de risco deve considerar todos os casos notificados porque mesmo que o doente tenha procedência de outras áreas, a presença do vetor pode desencadear uma epidemia no estado¹⁵.

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

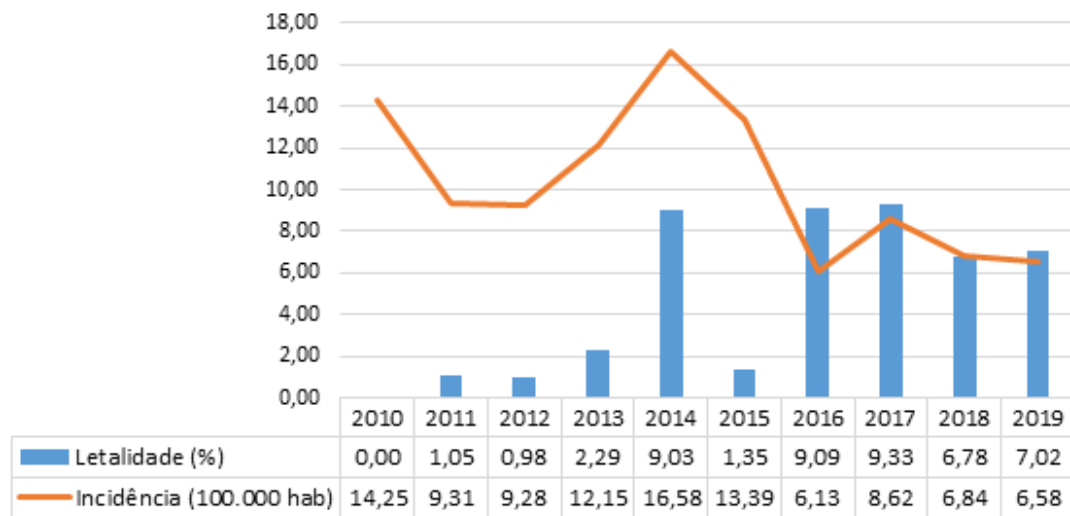
Outra doença vetorial é a leishmaniose visceral (LVH), conhecida como calazar, esplenomegalia tropical e febre dundun. É uma doença infecciosa não contagiosa, transmitida para humanos por meio do cão infectado e da presença do vetor e não existe transmissão entre pessoas¹⁶.

Na Bahia a endemicidade está em franca expansão. Ao analisar dados da série histórica 2010-2018² o número de casos e incidência é significativa: presente em 191 dos 417 municípios

baianos, o agravo apresenta comportamento cíclico e tendência de redução de número de casos. As maiores incidências foram 3,4 casos por 100 mil habitantes (2014) e 3 casos por 100 mil habitantes (2010).

Na MRS-Centro Norte a variação do CI foi de 14,25 e 6,13 casos por 100 mil habitantes no período 2010-2019. A macrorregião apresentou letalidade da LVH de 0,00 (2010) e 9,33 (2017) e supõe-se estar atrelada ao diagnóstico tardio, presença de comorbidades e complicações (Gráfico 8).

Gráfico 8. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral na Macrorregião de Saúde Centro Norte. 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 são usadas 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 e eventualmente da leishmaniose tegumentar americana. Na análise das perspectivas atuais de controle das doenças vetoriais no Brasil é importante considerar três aspectos: a urbanização da população, a transformação do caráter eminentemente rural dessas doenças em concomitante transmissão urbana ou periurbana e a descentralização das atividades de controle para municípios¹⁷.

3.2 Atenção à saúde materna e infantil

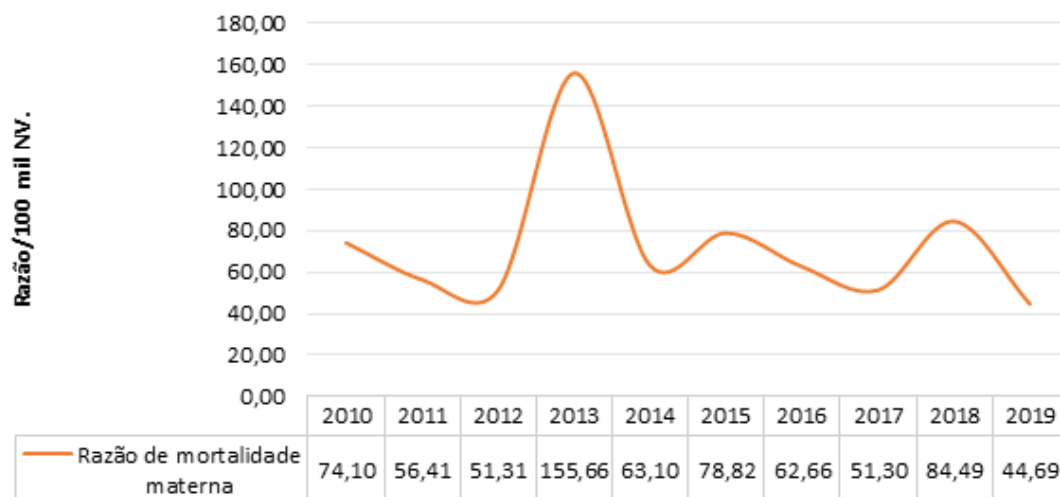
Para a atenção à saúde materna e infantil, a análise tomou como ponto de partida o capítulo XV, CID 10¹⁸, o qual compreende gravidez, parto e puerpério, os nascidos vivos e os óbitos em crianças menores de 1 (um) ano.

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 meses¹⁹.

A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação, parto ou no período de 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada com a gravidez, não incluídas causas acidentais ou incidentais²⁰. Porém, nem todo óbito materno é registrado corretamente no Sistema de Informação 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 reprodutivo²¹.

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 (NV). A Bahia apresentou redução similar à do Brasil e atingiu o número de 51,12 óbitos maternos para cada 100 mil NV em 2019²². Na curva da RMM da macrorregião, no período 2010-2019, observa-se oscilação entre 155,66 (2013) e 44,69 (2019) óbitos para cada 100 mil NV. Somente em 2019 a macrorregião ficou abaixo do valor do estado, com 44,69 óbitos para cada 100 mil NV (Gráfico 9). Vale salientar que este resultado ainda está aquém do esperado, considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como parâmetro até 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

Gráfico 9. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.

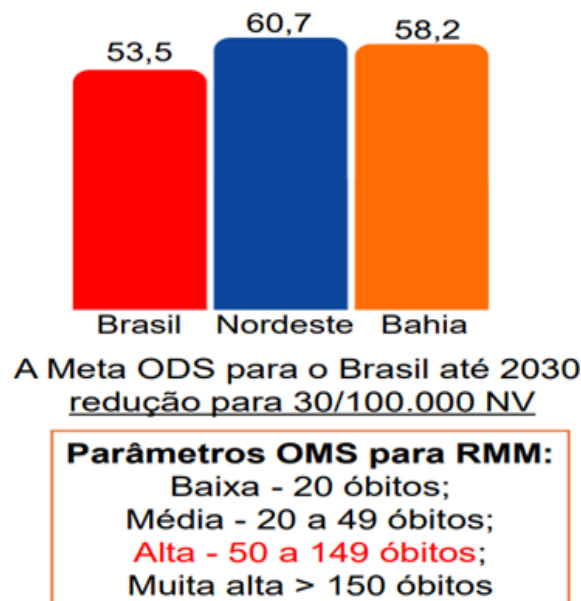


Fonte: SIM e Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 16/03/2021, sujeitos a alterações.

Nos últimos anos a Razão de Mortalidade Materna (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 consideradas 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

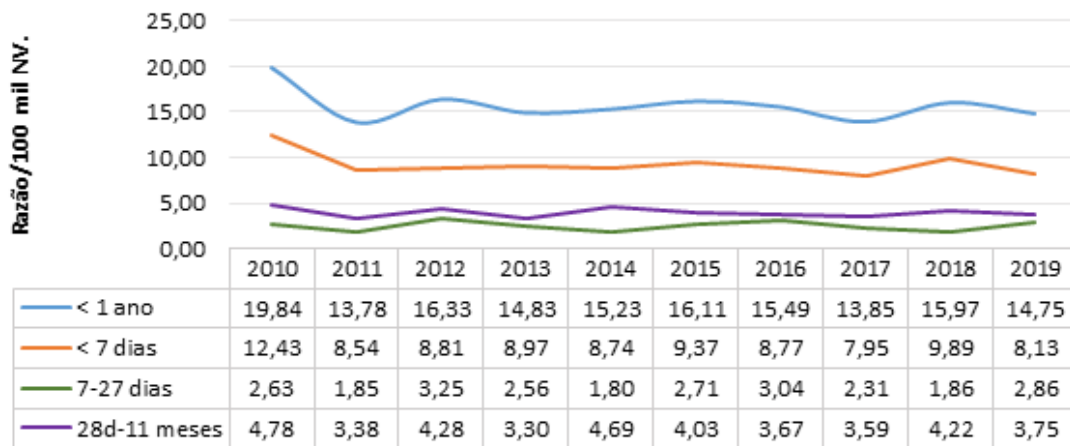
Em relação à saúde da criança, a taxa de mortalidade infantil é o indicador com maior representatividade estatística para os óbitos de crianças de até 12 (doze) meses por mil nascidos vivos no período de um ano.

Na MRS-Centro Norte, para cada mil nascimentos, a taxa de mortalidade infantil teve redução de 19,84 (2010) para 14,75 (2019). A OMS estabelece como parâmetro o índice de 10 (dez) mortes para cada 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 de forma geral. O estudo desagregado dos componentes indica maior decréscimo (34,59%) no período neonatal precoce (< 7 dias de vida) e fragilidade na qualidade da atenção ao parto e ao recém-nascido. A mortalidade no período neonatal tardio (7-27 dias) manteve oscilação nas taxas no período 2010-2019. O componente pós-neonatal (28 dias-11 meses)

apresentou redução de 4,78 (2010) e 3,75 (2019). Este componente é mais sensível às melhorias socioeconômicas e a 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 na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.



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

Na análise dos óbitos infantis em menores de um ano por grupos de causas, observou-se que na série histórica 2010-2019 as principais causas estão relacionadas à septicemia bacteriana do recém-nascido, transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer e desconforto respiratório do recém-nascido²³.

Ao se tratar do indicador da incidência de sífilis em gestante e sífilis congênita, o Brasil tem apresentado aumento acelerado das taxas nos últimos anos, o que é considerado 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 Opas estabelece como parâmetro a taxa de incidência da sífilis congênita menor ou igual a 0,5 casos para cada mil NV por três anos consecutivos²⁴.

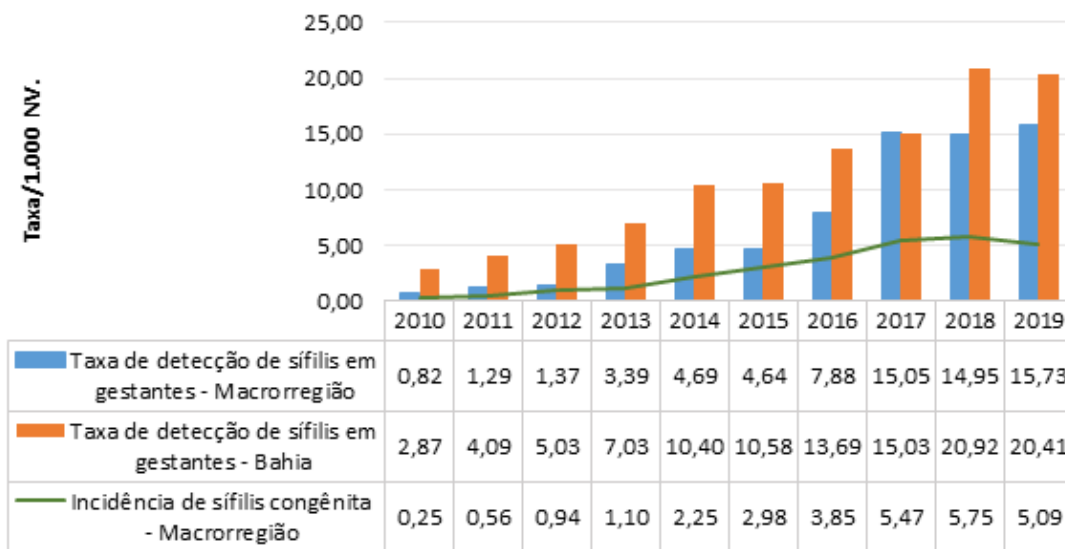
Por ser uma doença evitável, a sífilis congênita demonstra a necessidade de avaliação dos processos de atenção à saúde da população e das gestantes. É importante evidenciar que o diagnóstico e tratamento adequado da população geral diminuem de forma considerável a probabilidade de uma mulher estar com sífilis ao engravidar²⁴.

A ocorrência de sífilis, tanto em gestantes quanto em recém-nascidos, revela falha dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico

precoce e o tratamento da gestante são ações relativamente simples e eficazes para a prevenção da doença. Na gestação, a sífilis pode causar abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênicas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido. Para se eliminar a sífilis congênita é preciso diagnosticar e tratar a gestante²⁴.

Os dados demonstram crescimento expressivo na taxa de detecção da sífilis na Bahia no período entre 2010-2019. A MRS-Centro Norte apresentou crescimento expressivo, mas com taxas inferiores, de 0,82 para 15,73 por mil NV (Gráfico 10).

Gráfico 10. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por 1.000 NV no estado da Bahia e na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.



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

Ainda que se registre aumento de diagnóstico da gestante, a incidência de sífilis congênita na macrorregião ainda é considerada elevada e indica falha no pré-natal. Alguns aspectos, como detecção precoce, tratamento oportuno e adequado da gestante e seu parceiro merecem atenção no processo de trabalho das equipes de APS.

A atenção materna e infantil estava contemplada nos indicadores na Pactuação Interfederativa (Indicador 8 - Número 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 para definir e assumir metas anuais visando reduzir casos e óbitos.

As políticas públicas para essa área evoluíram dos aspectos meramente reprodutivos até aqueles mais amplos, voltados para garantir melhores condições 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.

3.3 Neoplasias

As neoplasias estão agrupadas no capítulo II, CID 10, atingindo vários órgãos do corpo humano nas formas benignas ou malignas²⁵.

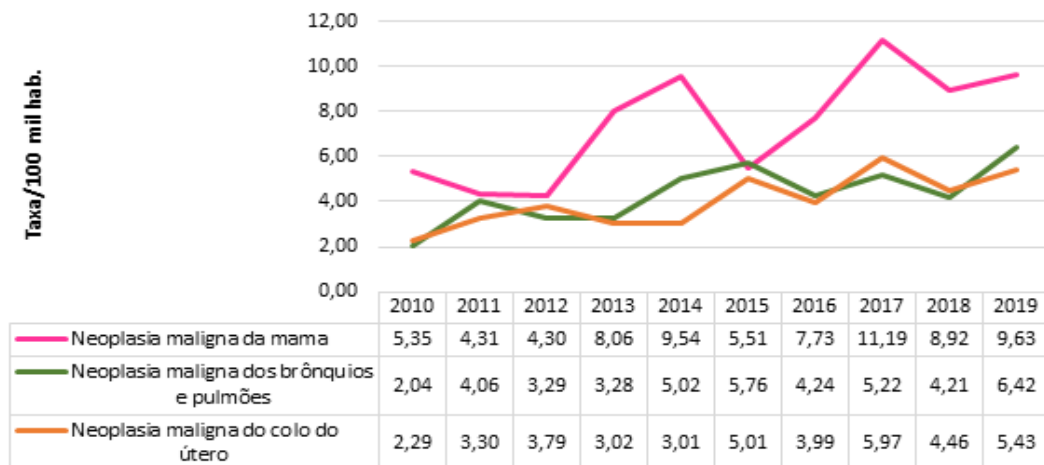
Na Bahia, as neoplasias oscilaram entre o quarto e o terceiro maior grupo de causas de morte no período 2010-2017, e contribuíram com 13,20% do total de mortes². No período 2010-2015, na MRS-Centro Norte esse grupo localiza-se em quarto lugar; no período de 2016-2019 destaca-se como o terceiro maior grupo, e corresponde a 13,38% dos óbitos no ano de 2019²⁶.

No Brasil, as mortes por neoplasias, registradas no sexo feminino, apresentam o câncer de mama como causa mais frequente², mesma situação encontrada na MRS- Centro Norte quando se analisa a série histórica 2010-2019, cuja taxa de óbitos evolui de 5,35 (2010) para 9,63 (2019) por 100 mil mulheres. A segunda e terceira causa de morte se alternam entre câncer dos brônquios e pulmões e câncer do colo do útero (Gráfico 11).

O câncer dos brônquios e pulmões também apresenta crescimento significativo com taxa de 6,42 por 100 mil mulheres no ano 2019 (Gráfico 11). 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 prevalente na macrorregião, apresenta a taxa de 5,97 (2017) por 100 mil mulheres e demonstra a necessidade de rastreamento por meio do exame citopatológico do colo do útero (Gráfico 11).

Gráfico 11. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.



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

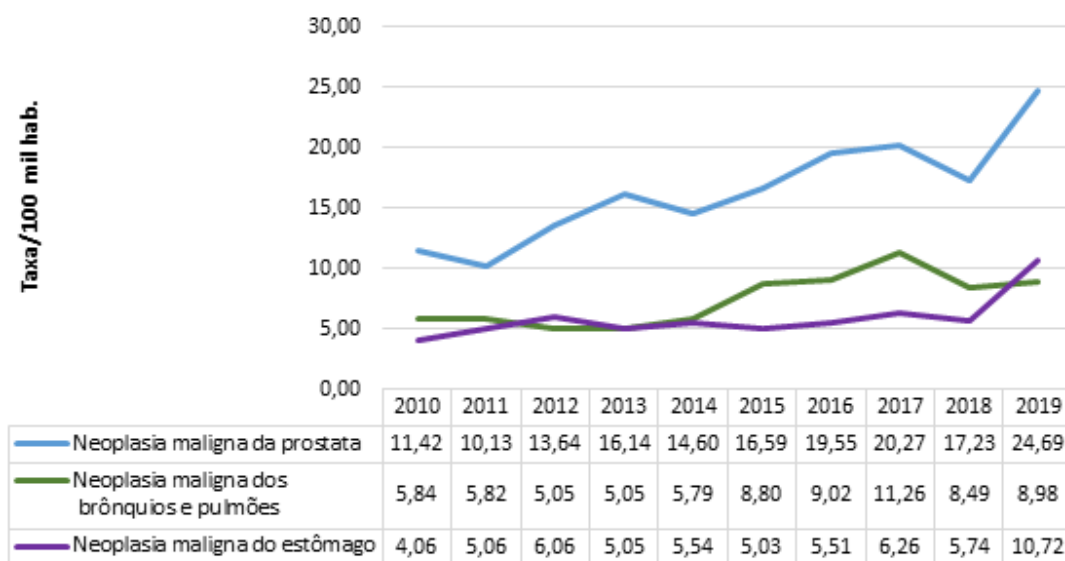
Para auxiliar o monitoramento e a avaliação da situação de atenção à saúde das mulheres e ações de prevenção do câncer²⁷ na Bahia e na macrorregião podem ser utilizados os dados de metas alcançadas da vacinação para HPV e dos indicadores da Pactuação Interfederativa (Indicador 11 - Razão de exames citopatológicos 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).

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 adequado²⁸.

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

A análise das neoplasias no sexo masculino aponta o câncer de próstata como a principal causa de óbito na macrorregião, no período 2010-2019. Nesse período, a segunda e terceira causas alternaram entre o câncer dos brônquios e pulmões e o câncer do estômago; o câncer dos brônquios assume o segundo lugar nos anos de 2014-2018²⁹ (Gráfico 12).

Gráfico 12. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens na Macrorregião de Saúde Centro Norte. 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 investigação rápida e oportuna dos 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 e alimentação e prática de exercícios físicos.

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

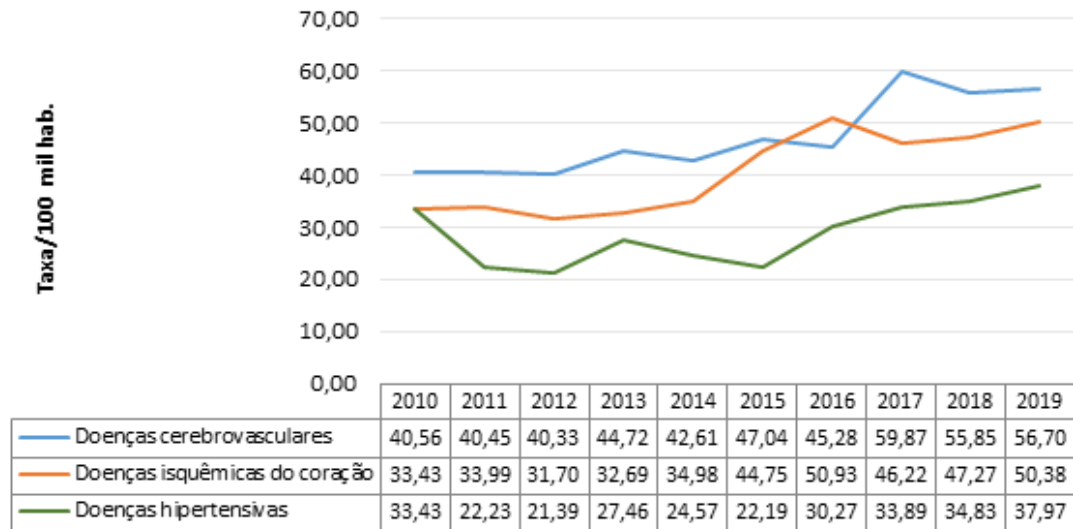
As doenças do aparelho circulatório (DAC) ou cardiovasculares, classificadas no capítulo IX, CID 10, são afecções do coração e dos vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares). As mais preocupantes são as que afetam as artérias coronárias e as artérias do cérebro. Muitos são os fatores de riscos para o desenvolvimento dessas doenças, mas pessoas obesas têm mais chances de desenvolvê-las que indivíduos com gordura corporal normal.

As DAC são as principais causas de mortalidade na Bahia² e responsáveis por elevados custos sociais e econômicos. Na MRS- Centro Norte correspondem ao primeiro grupo de causas de óbito e representam 26,79% do total de mortes no período 2010-2019²⁹.

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 31,70 e 50,93 por 100 mil habitantes; dessas, o infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa específica de morte e responsável por 92,28% dos óbitos²⁹.

As doenças hipertensivas foram a terceira causa de morte na população da macrorregião e as taxas variaram de 33,43 para 37,97 por 100 mil habitantes (Gráfico 13).

Gráfico 13. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.



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

O Brasil figura no sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de morte por doenças cardíacas, infartos e hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre homens e mulheres de 35 a 74 anos. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) descreve que 77% das pessoas com o primeiro episódio de acidente vascular encefálico (AVE) têm HAS, a qual aumenta de 4 a 6 vezes o risco de AVE. A HAS contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular, em que 69% das pessoas com o primeiro IAM têm HAS e essa é também a segunda causa de doença renal crônica³⁰.

Na MRS- Centro Norte a mortalidade aumenta de forma significativa quando se relaciona com grupos etários avançados. De acordo com análise do banco de dados DATASUS, a partir dos 50 anos as doenças isquêmicas, outras doenças cardíacas e doenças cerebrovasculares têm o número de óbitos elevado, o que significaria mortes prematuras na escala etária, além dos custos com possíveis hospitalizações, reabilitações e pensões por incapacidade².

Estratégias para combater a mortalidade devem ser estudadas considerando-se o envelhecimento da população. O aumento na cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) tende a diminuir as hospitalizações e, conseqüentemente, a mortalidade; a melhoria nas condições socioeconômicas e o atendimento pré-hospitalar e hospitalar nas primeiras horas após início dos sintomas aumentam a probabilidade da reversão do quadro clínico dos pacientes³⁰.

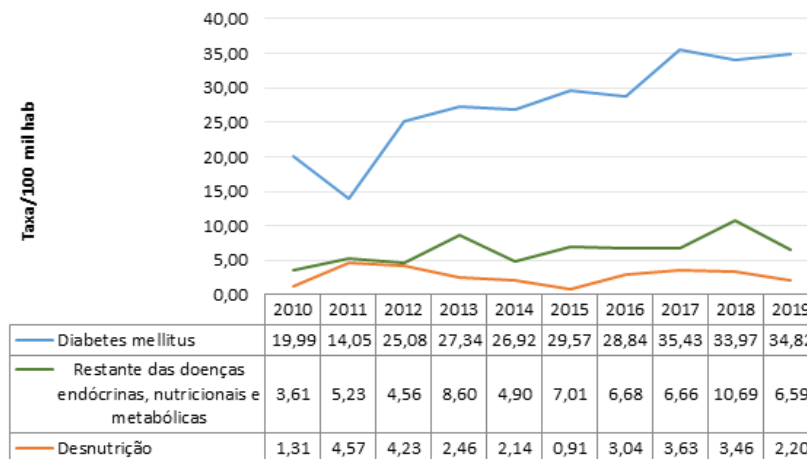
3.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DENM), classificadas no 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 origem³¹.

As DENM representaram, no ano de 2019, o sexto maior grupo de causas de mortalidade na população brasileira e no estado. Na MRS- Centro Norte constitui o quinto grupo de causas de óbitos no mesmo ano²⁹.

Na série histórica referente às mortes prematuras (30-69 anos) na macrorregião verificou-se crescimento de 24,91 para 43,60 óbitos por 100 mil habitantes no período 2010-2019. Ao desagregar os dados pelas principais doenças deste grupo a *Diabetes Mellitus* (DM) é a principal causa de óbito com crescimento entre 19,99 e 34,82 óbitos por 100 mil habitantes no mesmo período. A segunda causa é resultante das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e como terceira causa a desnutrição (Gráfico 14).

Gráfico 14. Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na mesma faixa etária na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.



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

De acordo com a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV), além de ser a primeira causa de mortalidade prematura, a diabetes é a maior causa de amputação dos membros inferiores e de cegueira e a segunda maior causa de insuficiência renal no mundo, com incidência de ulceração de 25% nos pacientes diabéticos, em razão do pé diabético, e 85% destas precedem as amputações³².

A Sesab, diante desse panorama, 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 n. 51, de 14 de janeiro de 2019, aprovando critérios e estabelecendo responsabilidades quando da adesão dos municípios à política estadual do pé diabético e de feridas complexas.

No estado ocorreram 130.548 internações hospitalares por complicações da 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 Norte, no mesmo período de 2010-2019, foram 9.038 internações hospitalares por complicações da DM^{33,34}, das quais 318 foram cirurgias de amputações/desarticulações (membros inferiores; pé e tarso, e dedo) e revisões cirúrgicas de coto de amputações (membros inferiores, exceto dedos do pé, e dedo). É importante salientar que ocorreram 91 amputações/desarticulações de pé e tarso, o que representa 28,62% do total de amputações realizadas (Tabela 2).

Tabela 2. Número de amputações de membros inferiores e internação hospitalar com CID da Diabetes Mellitus na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.

PROCEDIMENTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Amputações/ Desarticulações/ Revisões cirúrgicas de coto de amputações	11	10	12	30	42	54	34	38	49	38	318
Amputação/ Desarticulação de pé e tarso	2	0	4	8	17	17	8	4	16	15	91

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, espera-se políticas públicas 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. A DM se configura como problema de saúde pública importante, uma vez que dados estatísticos apontam o crescente número de pessoas acometidas por essa doença e das repercussões da condição não controlada para a pessoa, a família e a sociedade³⁵.

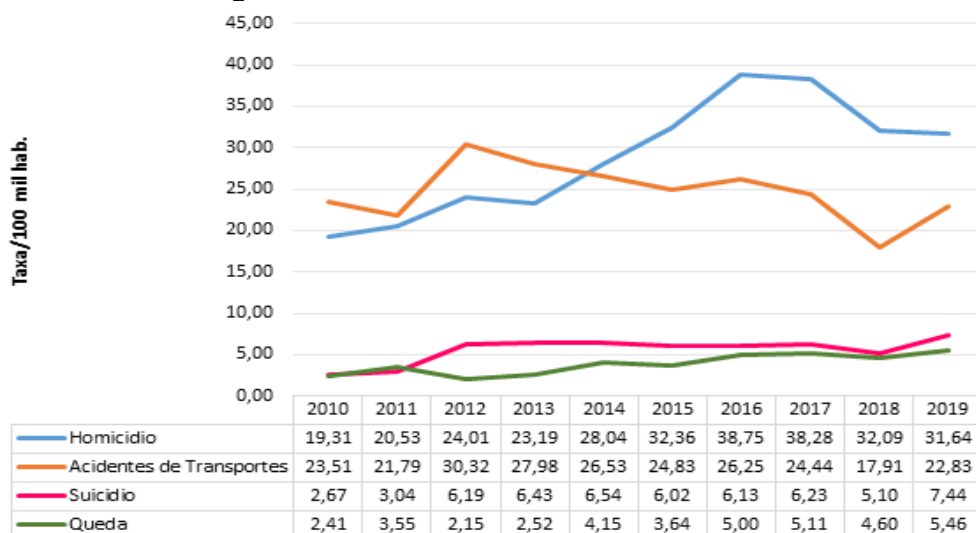
3.6 Morbimortalidade por causas externas

As causas externas, classificadas no 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)³⁵.

Esse grupo de causas é 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 período 2010-2017, foram homicídios, acidentes de transporte, queda e suicídio².

Na MRS- Centro Norte as causas externas constituem o terceiro grupo de causas de óbitos até 2014, assumindo o segundo lugar no ano de 2019²⁹. Na desagregação, a macrorregião apresenta, na série histórica 2010-2019, como primeiro grupo de causas de óbitos o acidente de transporte (nos anos de 2010 a 2013), seguido de homicídio. Em 2014 essa situação se inverte, o suicídio emerge como o terceiro grupo de causas e queda como o quarto grupo de causas (Gráfico 15).

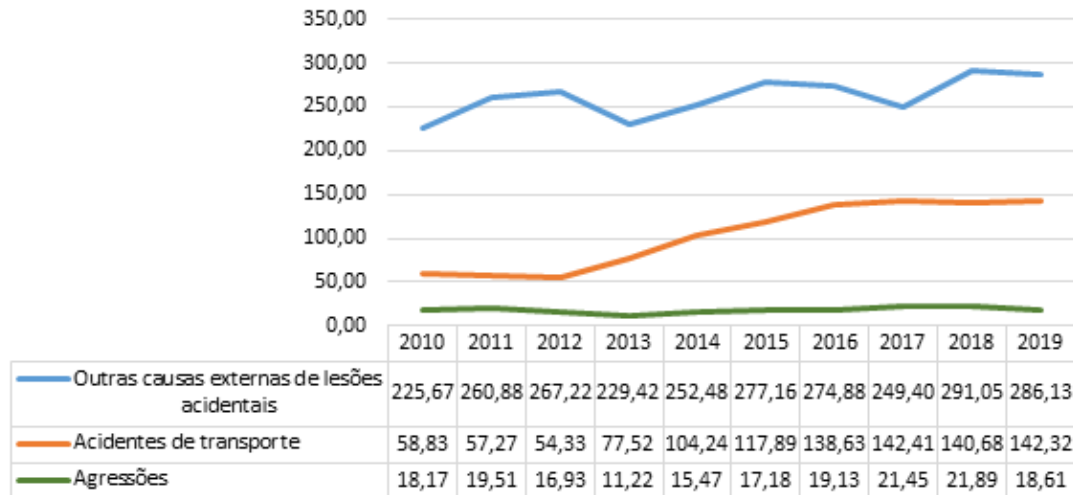
Gráfico 15. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão, por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.



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

Com relação a taxa de internação por causas externas, observa-se que a maior taxa é no grande grupo de causas denominado outras causas externas de lesões acidentais; quando os dados são desagregados, predominam neste grupo as internações por queda²⁹. O segundo grande grupo de causas é o grupo de acidentes de transporte seguido de agressões (Gráfico 16).

Gráfico 16. Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2010-2019*.



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

Ao se analisar os tipos de acidentes de trânsito estes revelam que os acidentes com motociclistas representam 43,45% das internações por acidente de transporte³³ na macrorregião.

O principal fator de risco para a ocorrência de acidentes de trânsito é o consumo de bebidas alcoólicas. Adoecimentos e mortes por esta causa são evitáveis e atingem principalmente a população jovem e em idade produtiva. Mudanças na legislação, como a redução da concentração permitida de álcool no sangue e o endurecimento das penalidades decorrentes da direção sob o efeito do álcool, não tiveram o impacto esperado para reduzir a ocorrência de acidentes e mortes relacionadas³⁶.

Identifica-se necessidade de desenvolvimento de intervenções mais eficazes na proteção, promoção e cuidados à saúde, com ações intrasetoriais e intersetoriais para o enfrentamento da morbimortalidade por causas externas. Políticas públicas para a educação no trânsito são importantes para o enfrentamento do número crescente de acidentes, com especial atenção para os acidentes motociclísticos, os quais impactam fortemente a ocupação de leitos da rede de urgência e reverbera no sistema de previdência social em decorrência de óbitos e sequelas evitáveis.

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

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

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 de 2024 como a coleta foi de janeiro/2025 alguns bancos ainda estavam com dados preliminares.

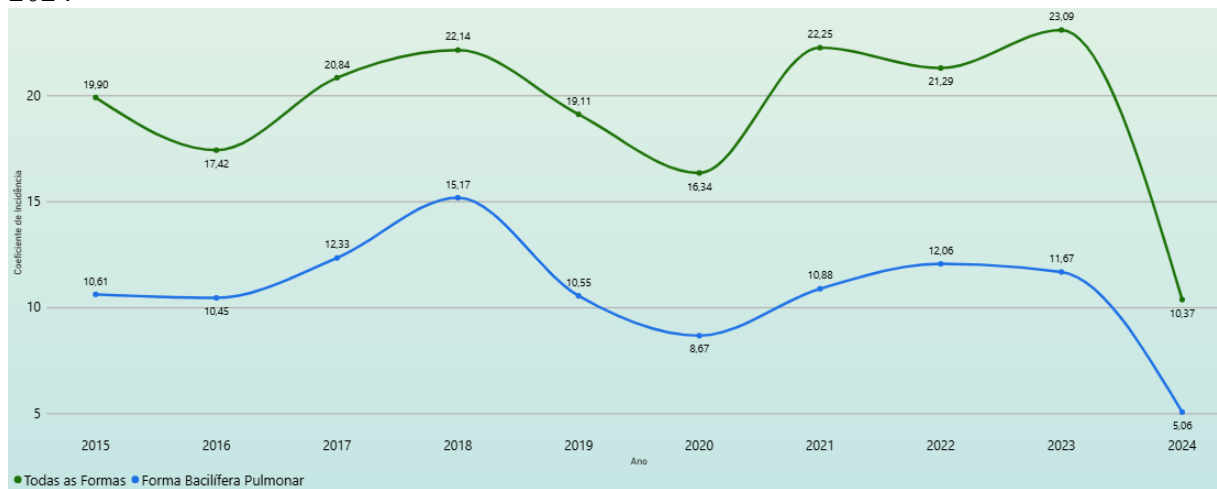
Por outro lado, na emergência da elaboração do Plano de Ação da Rede Alyne e de avançar em mais prioridades sanitárias no processo do PRI foi ampliado o número de indicadores em algumas das áreas temáticas.

3.7.1 Doenças infecciosas e parasitárias

Nesta área temática foram mantidos os indicadores da análise inicial ocorrendo apenas a atualização para os anos 2020-2024.

Na Macrorregião de Saúde Centro Norte (MRS- Centro Norte) os dados referentes ao Coeficiente de Incidência (CI) de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera a partir do ano de 2020 a 2023 houve um crescimento nas duas incidências, passando de 16,34 para 23,09 e 8,67 para 11,67 respectivamente. Em 2024 observa-se uma queda vertiginosa, que pode estar associada aos dados ainda serem preliminares (Gráfico 17).

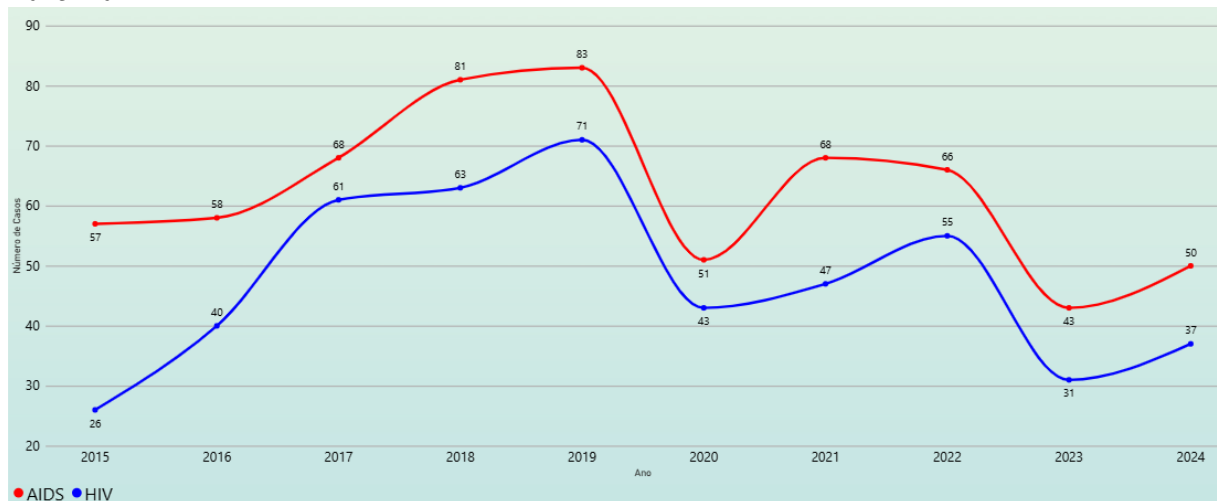
Gráfico 17. Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024



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 18), nota-se que na MRS- Centro Norte com atualização dos dados no ano de 2020 teve uma redução no número de casos (51 casos de aids e 43 casos de HIV), voltando a subir nos anos seguintes, e redução em 2023 (43 casos de aids e 31 casos de HIV).

Gráfico 18. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024



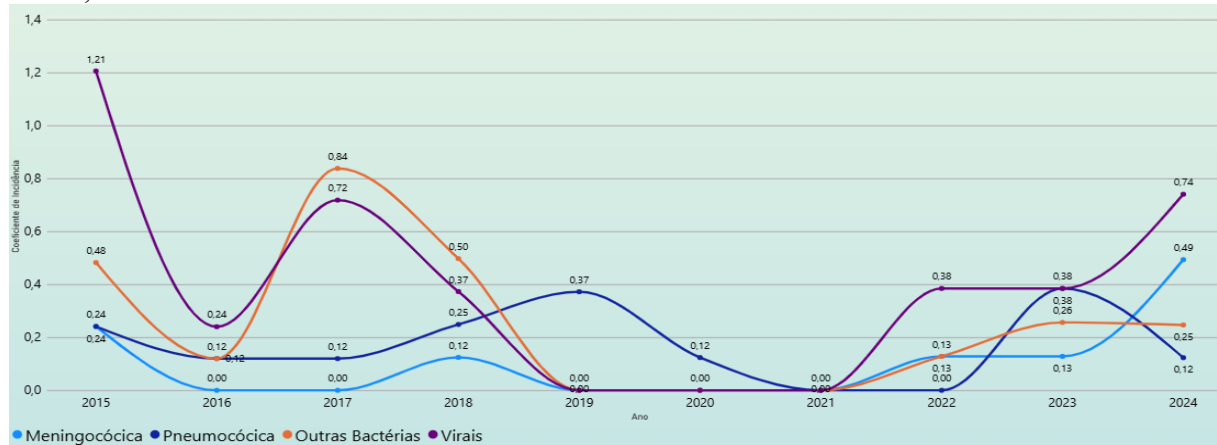
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

De 2018 a 2021 ocorreu redução acentuada no Coeficiente de Incidência (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 casos.

Com a implantação da vacina meningocócica “C” conjugada no calendário básico de vacinação da criança no início de 2010 observa-se na Bahia, decréscimo no CI da doença

meningocócica nos anos subsequentes em todas as macrorregiões e na MRS- Centro Norte, manteve-se em níveis baixos até 2021, quando iniciou elevação progressiva, atingindo 0,49 em 2024. De modo geral, o gráfico revela flutuações cíclicas na incidência das diferentes etiologias, com tendência recente de aumento dos casos virais e meningocócicos na macrorregião (Gráfico 19).

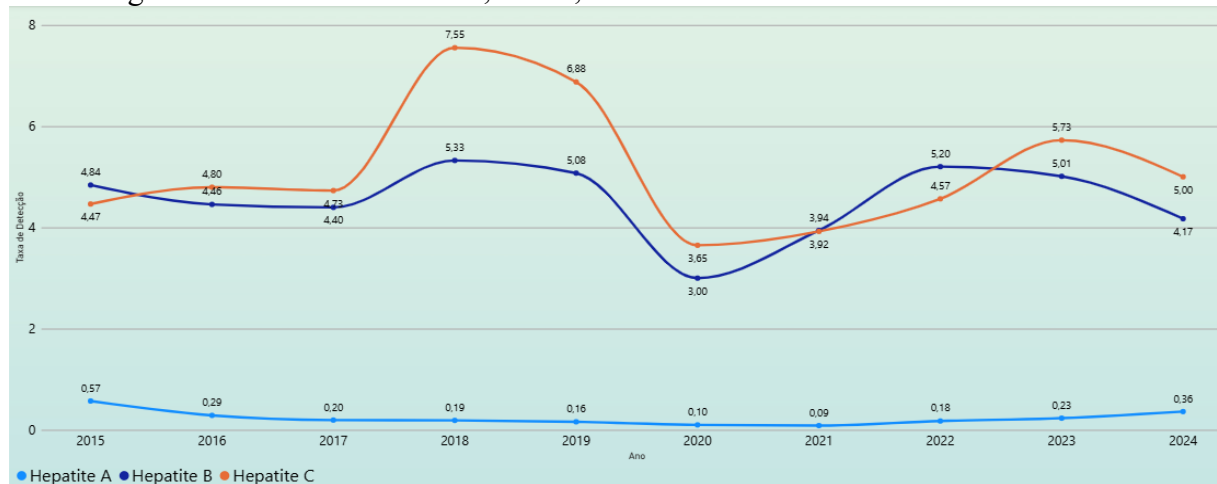
Gráfico 19. Coeficiente da incidência das meningites. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024



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

Com relação a hepatites virais na Macrorregião de Saúde Centro Norte da Bahia, no período de 2015 a 2024, observa-se as hepatites B e C apresentaram as maiores taxas de detecção com picos em 2018 e 2023, respectivamente, seguidos de leve queda em 2024. Já a hepatite A manteve-se em níveis baixos e estáveis em todo o período, indicando controle dessa forma da doença (Gráfico 20).

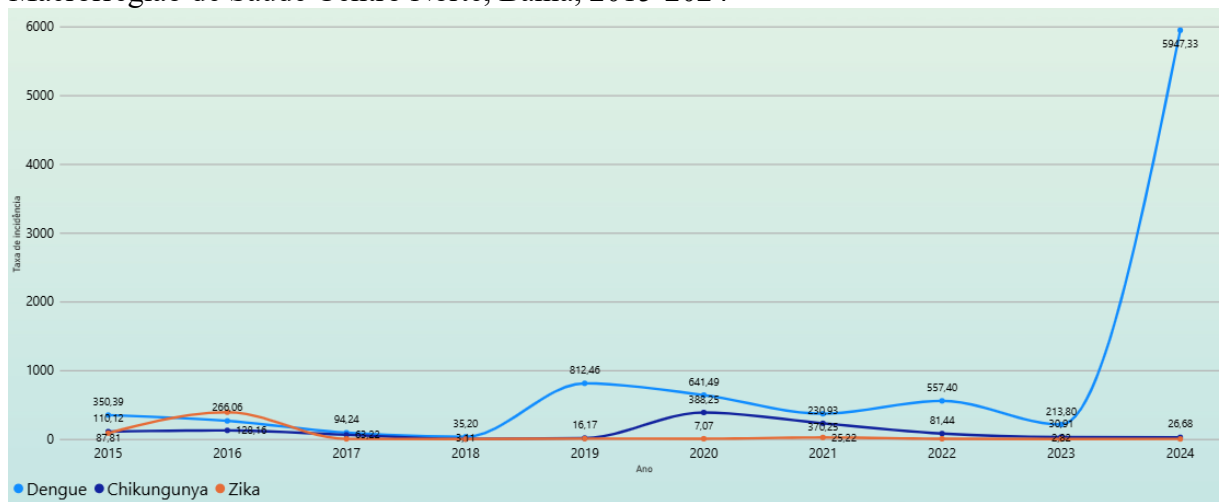
Gráfico 20. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024



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 crescimento de Chikungunya, com redução em 2023. Em 2024 volta a aumentar a incidência com destaque para dengue que apresentou um pico chegando a 5.947,33 por 100mil habitantes (Gráfico 21).

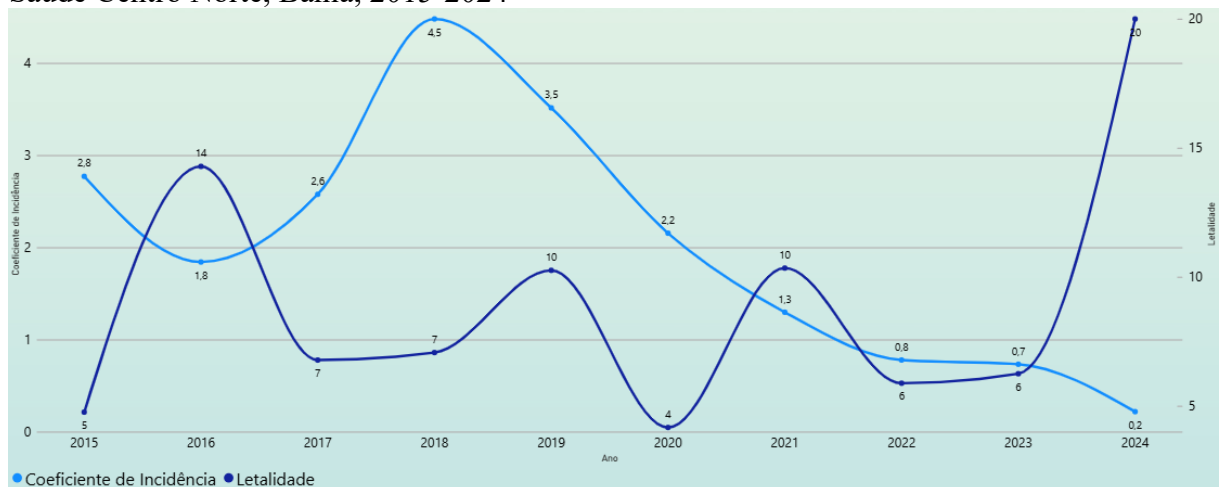
Gráfico 21. Taxa de incidência de dengue, zika e chikungunya por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024



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

Nesta macrorregião a variação do Coeficiente de Incidência de leishmaniose visceral permanece em redução chegando a 0,2 casos/100 mil habitantes, em 2024. Quanto a letalidade da doença observa-se variação alcançando o maior registro em 2024 (20 casos/100 mil habitantes), sendo possíveis causas dessa tendência: diagnóstico tardio, presença de comorbidades e complicações (Gráfico 22).

Gráfico 22. Coeficiente de incidência e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024



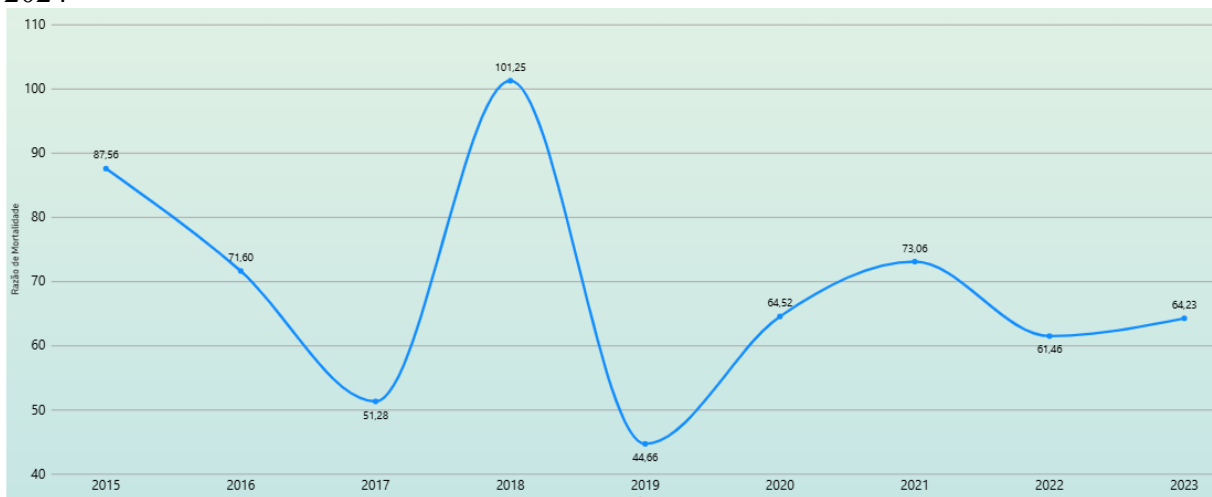
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 25/01/2025, sujeitos a alterações.

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 setembro de 2024, orienta a integração no PRI, foi ampliado a análise agregando mais 09 indicadores que orientam a indução do modelo de cuidado integral.

Razão da Mortalidade Materna (RMM) apresentava um valor de 44,66 em 2019 apresentando um aumento expressivo em 2021 para 73,06 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (Gráfico 23). Ainda tem muito o que se 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.

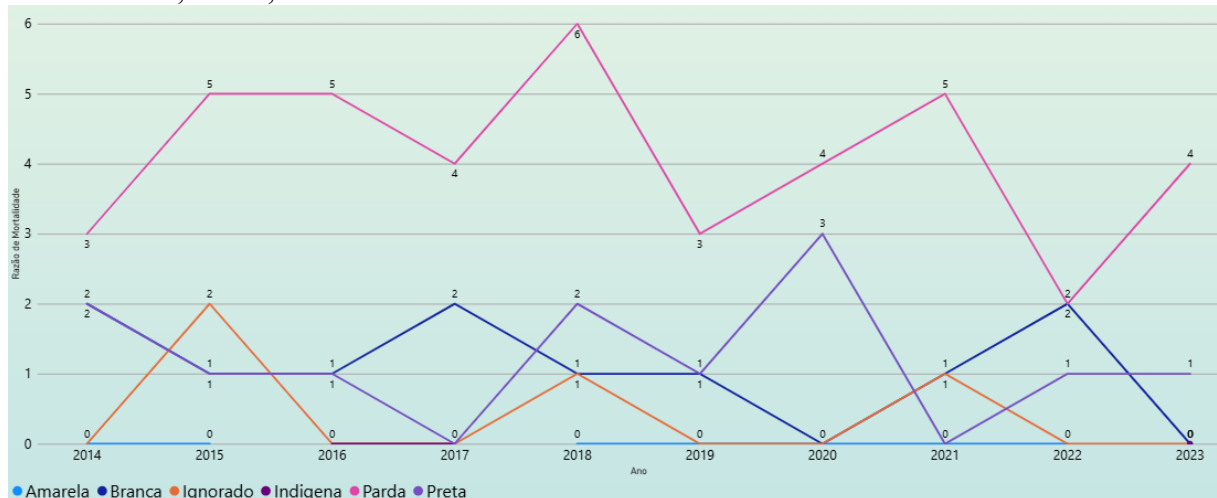
Gráfico 23. Razão de mortalidade materna. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024



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

Na Bahia a razão da mortalidade materna de mulheres pretas e pardas é 55,78 (2023). As Nações Unidas que apoiam os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no Brasil definiu que o aceitável é alcançar 30 óbitos por 100 mil Nascidos Vivos. Na Macrorregião o total de mortes de mulheres pretas e pardas alcançou uma média de 5,3 no período de 2014 a 2023, destaca-se o pico em 2018 com 8 casos (Gráfico 24).

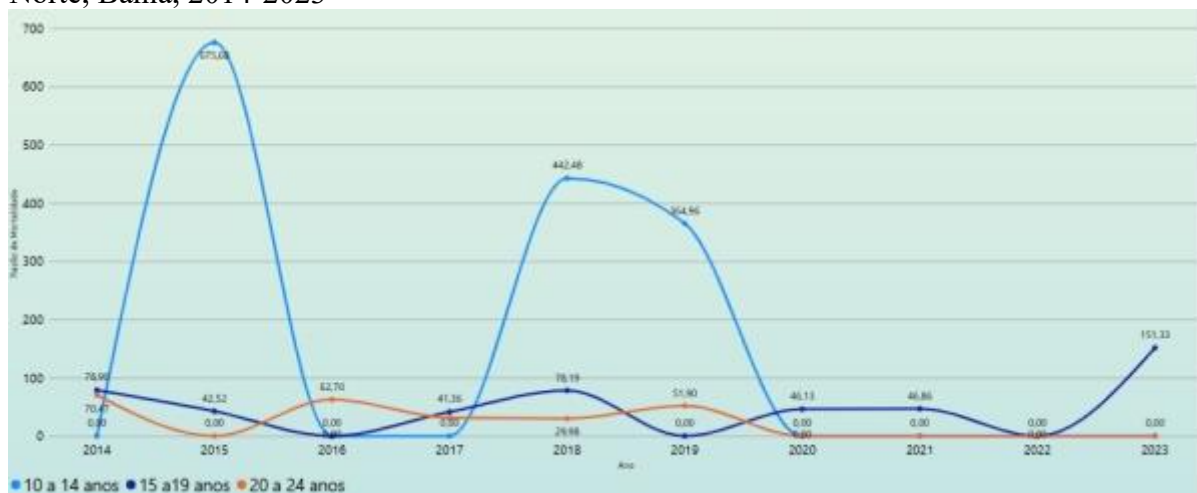
Gráfico 24. Número absoluto de mortalidade materna por raça/cor, Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2023



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 (< 20) e mulheres com mais de 35 anos. As principais causas incluem hemorragias, hipertensão gestacional, infecções e complicações do parto. Quando observada a razão da mortalidade materna por faixa etária (Gráfico 25) observa-se um maior número de mortalidade nas faixas etárias de 10 a 14 anos um pico em 2015 (675,68) e 2018-219 (442,48 e 364,96 respectivamente).

Gráfico 25. Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Centro Norte, 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 materna. 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 37,50 dos casos de óbitos maternos

investigados, já em 2023 a macrorregião registrou 100% de óbitos maternos investigados (Gráfico 26).

Gráfico 26. Razão de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2023



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

As proporções observadas para determinado grupo etário de mães podem depender da frequência de nascidos vivos em outros grupos etários. A proporção de nascimentos em um grupo etário pode aumentar, mesmo que a natalidade esteja caindo neste grupo. Isto ocorrerá se a queda na natalidade for maior nos demais grupos etários. Na Macrorregião a proporção de Nascidos Vivos de mães de 10 a 19 anos (Gráfico 27) apresenta uma redução de 1,43 para 1,07 (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 27. Proporção de Nascidos Vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, 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 2023, tanto a Bahia como as demais regiões, apresentaram variações negativas nas proporções de partos normais³. Em 2024, a Macrorregião registrou 51,53% (Gráfico 28) ainda abaixo do parâmetro proposto para o indicador (valor igual ou superior a 60% de partos normais).

Gráfico 28. Proporção de partos normais. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2024



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

Na Macrorregião de Saúde Centro Norte, para cada mil nascimentos, a taxa de mortalidade em crianças menores de 1 ano teve uma redução em 2020 e posterior aumento em 2021 (16,62, voltando a reduzir para 13,70 em 2024 (Gráfico 29). Em todos os anos da série histórica, a mortalidade infantil não esteve abaixo no padrão aceitável pela OMS, que é de 10 (dez) óbitos infantis para cada mil nascimentos.

O estudo desagregado dos componentes revela que os óbitos infantis estão concentrados no período neonatal (0 a 27 dias de vida) e indicam fragilidades na atenção ao pré-natal e parto; nesse componente, as maiores taxas de mortalidade encontram-se no subcomponente neonatal precoce (< 7 dias de vida) e menores taxas no subcomponente neonatal tardio (7 a 27 dias de vida). O componente pós neonatal (28 dias a 11 meses) apresentou instabilidade entre 2020/2024. A partir de 2021, a mortalidade pós-neonatal apresenta tendência de crescimento; esse componente é mais sensível às melhorias socioeconômicas e investimentos na atenção à saúde no início da vida, como a elevação das coberturas vacinais e a prevenção de doenças prevalentes na infância (Gráfico 29).

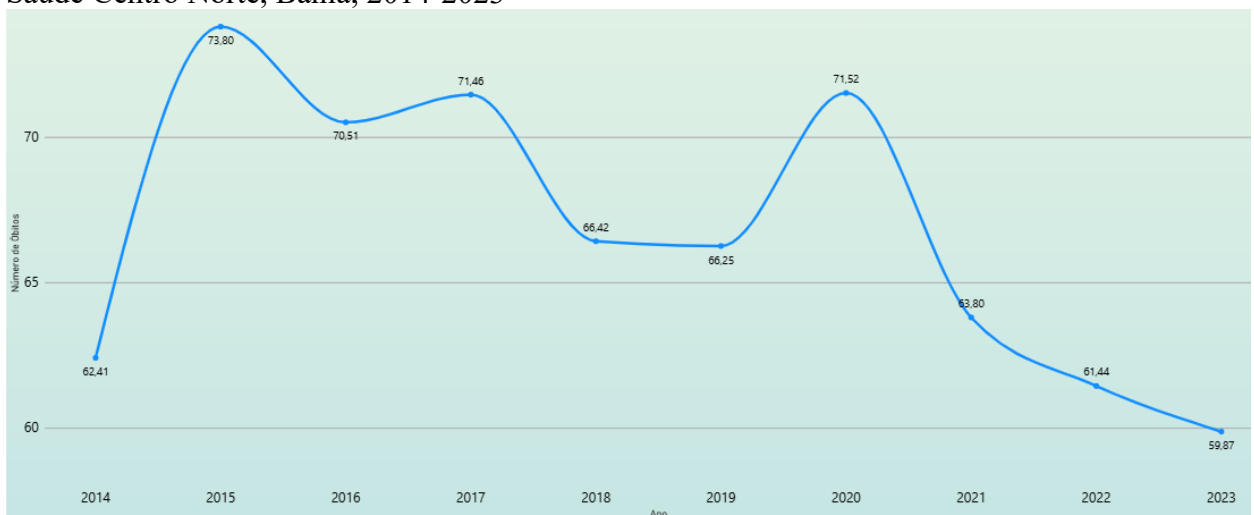
Gráfico 29. Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015-2024



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% a 80% dos óbitos em menores de 5 anos no Brasil são considerados evitáveis. Durante o período de 2014-2023 a macrorregião apresentou uma oscilação, e a partir de 2020 teve uma queda saindo de 71,52 para 59,87 em 2023 (Gráfico 30).

Gráfico 30. Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2023

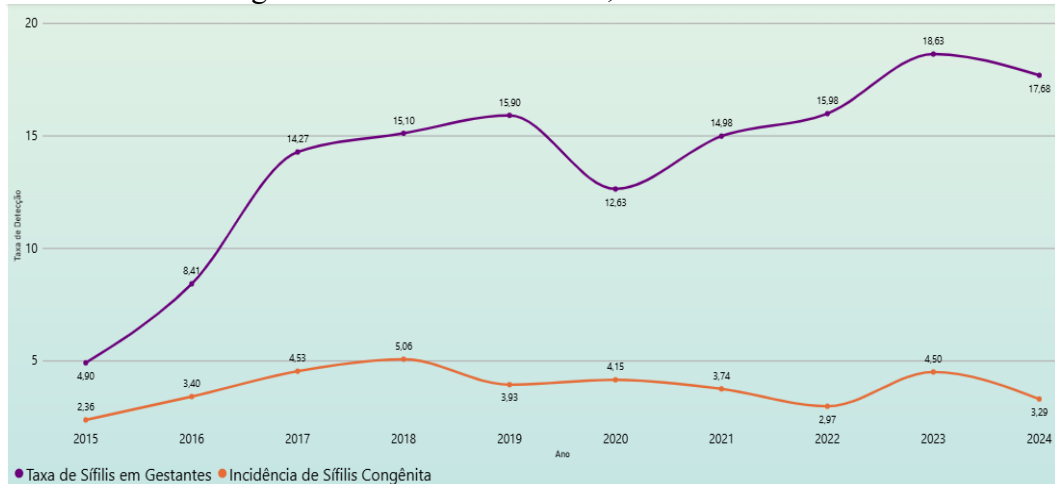


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan, 2024. *Dados coletados em 10/01/2024, sujeitos a alterações

A taxa de detecção da sífilis em gestante teve um aumento saindo de 12,63 em 2020 para 17,68 em 2024, já a incidência de sífilis congênita teve uma leve redução passando de 4,15 para 3,29 nos mesmos anos (Gráfico 31). 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 31. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, 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, tanto a Bahia como as demais regiões, apresentaram variação negativas nas proporções de partos normais³. No primeiro quadrimestre de 2024, a macrorregião registrou 57,52% (Gráfico 32) abaixo do parâmetro proposto para o indicador (valor igual ou superior a 60% de partos normais).

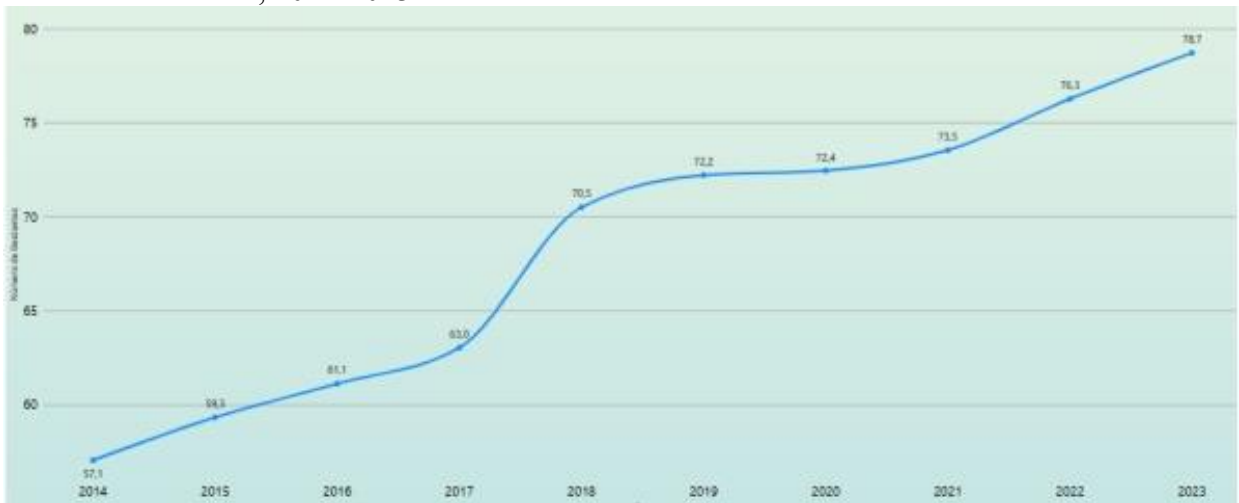
Gráfico 32. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação. Macrorregião de Saúde Centro Norte, 2022-2024



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 57,1% em 2014 para 78,7% em 2023 (Gráfico 33).

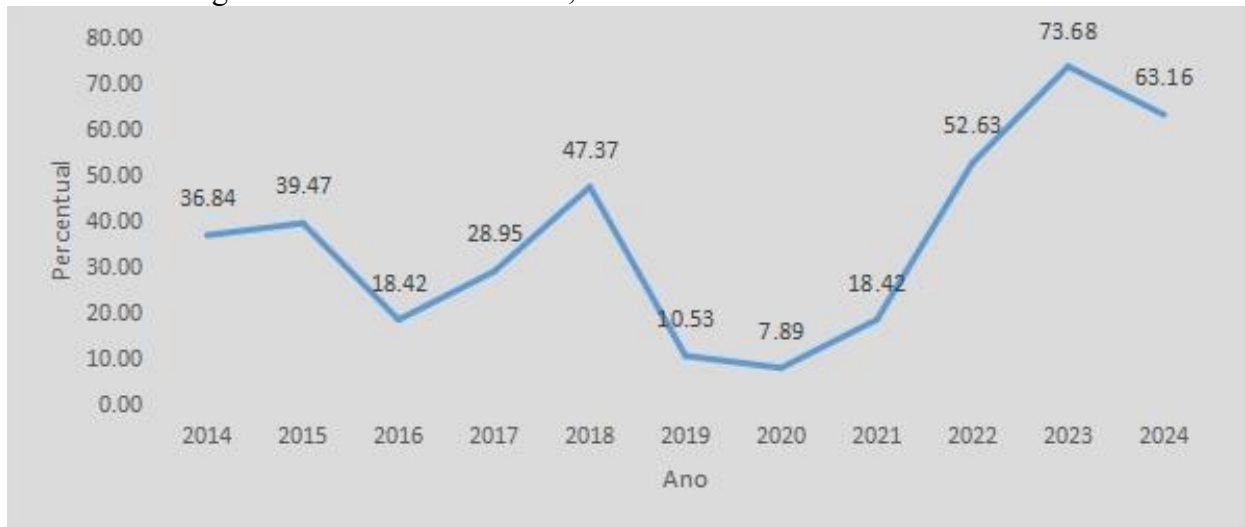
Gráfico 33. Percentual de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal. Macrorregião de Saúde Centro Norte, 2014-2023



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 é um indicador que mede a proporção de cobertura vacinal selecionadas: Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) em menores de dois anos. Evidencia-se as vacinas que integram o Calendário Básico de Vacinação da Criança possuem coberturas vacinais alcançadas. 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 selecionadas, comparando-se ao ano de 2014 (variação 2014-2023)³. A macrorregião Cento Norte apresenta uma variação ao longo da série histórica, alcançando 63,19% (2024) municípios que atingiram a meta definida pelo estado (Gráfico 34).

Gráfico 34. 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 Norte, 2014 – 2024



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

3.7.3 Neoplasias

Na análise anterior (2010-2029), foi percebido um aumento na taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres nos tipos maligno de mama, brônquios e pulmões e maligna do colo do útero. Nessa série histórica, a taxa de mortalidade por câncer de mama evoluiu para 11,68/100 mil mulheres.

O câncer dos brônquios e pulmões também apresenta crescimento significativo e alcançando uma taxa de 6,85 por 100 mil mulheres no ano de 2023, cujo principal agente externo causador da doença é o uso do tabaco. O câncer do colo do útero, por sua vez, também muito prevalente na macrorregião, apresenta taxa de 6,1 por 100 mil mulheres em 2023, demonstrando a necessidade de rastreamento constante por meio da realização do exame citopatológico do colo do útero. A mortalidade por neoplasias, de um modo geral, apresenta tendência de crescimento de 2020 a 2023, sugerindo que a gestão deve endossar a rede de atenção de oncologia (Gráfico 35).

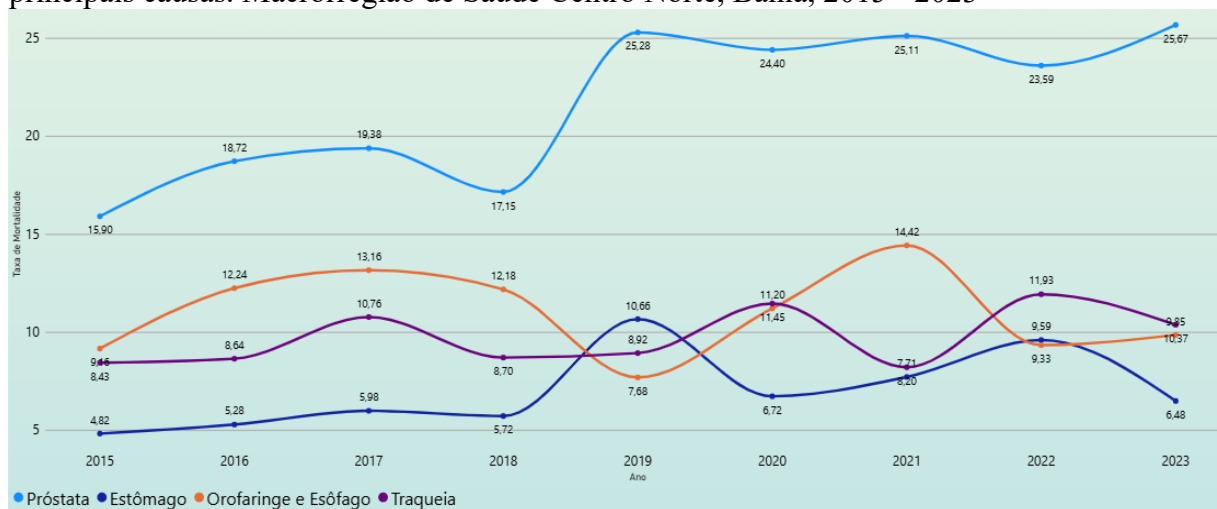
Gráfico 35. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2015-2023.



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

A análise das neoplasias no sexo masculino aponta o 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 36). 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.

Gráfico 36. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015 - 2023*

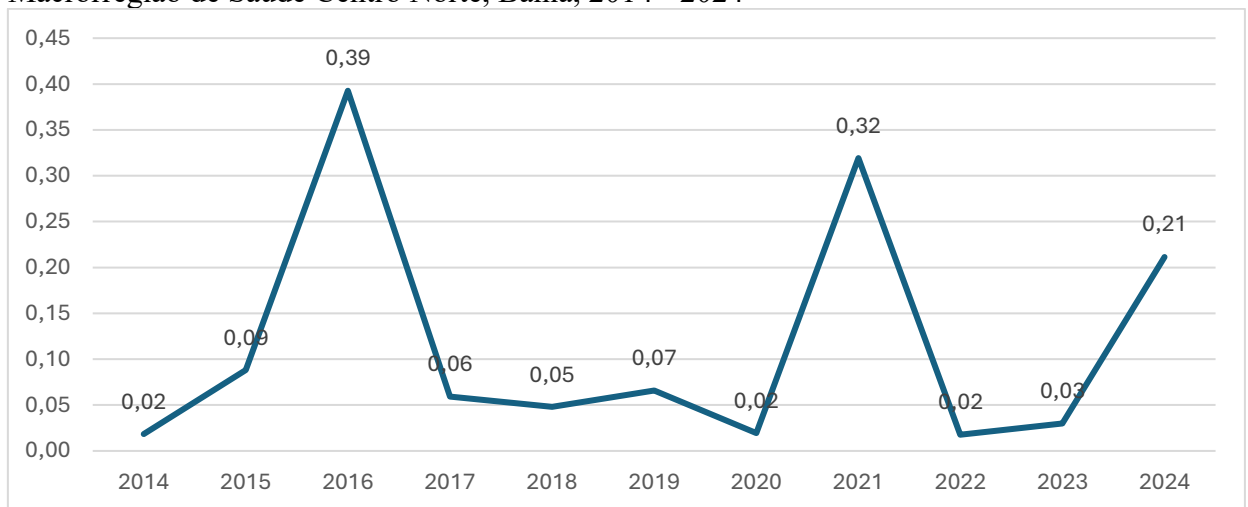


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sim, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

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, 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 apresenta uma razão bem abaixo do preconizado, conseguindo chegar próximo em 2016 (0,39) e em 2021 (0,32) (Gráfico 37).

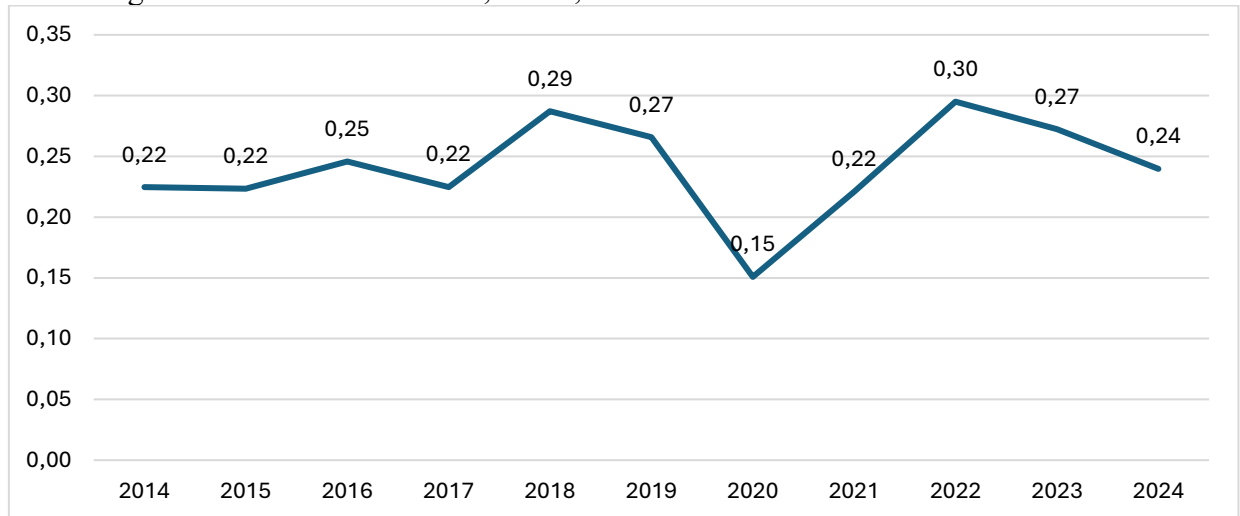
Gráfico 37. Razão de mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014 - 2024



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 0,15 a 0,30 no período de 2014 a 2024 (Gráfico 39).

Gráfico 39. Razão exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2024

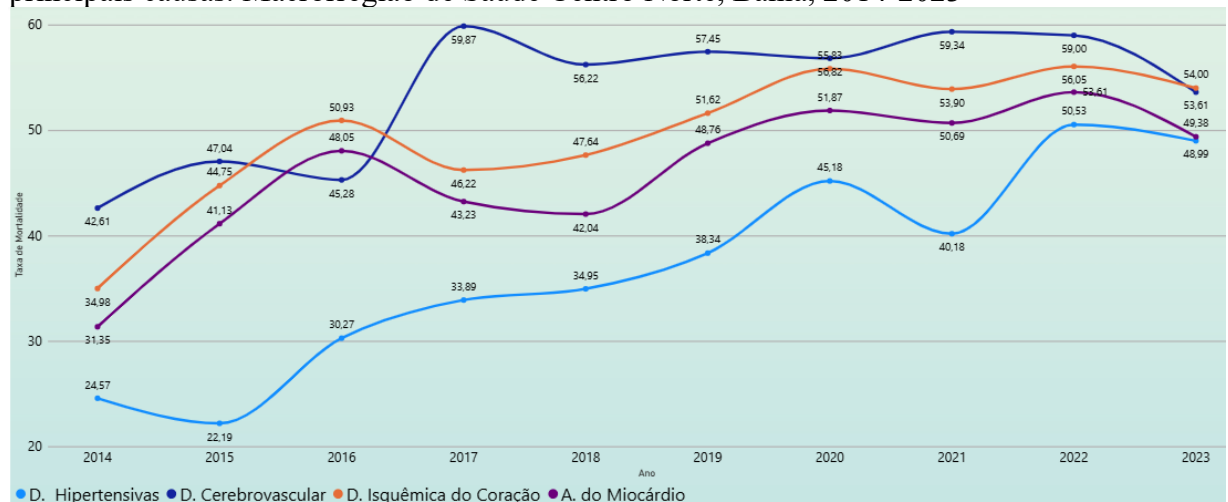


Fonte: Ministério da Saúde/SIA/SUS. Dados extraídos em 10/04/2025, sujeitos a alterações.

3.7.4 Doenças do aparelho circulatório

As doenças cerebrovasculares foram a principal causa de morte da população saindo de 42,61 para 53,61 por 100 mil habitantes. As doenças isquêmicas do coração representam a segunda causa de morte da população, cujas taxas variam entre 34,98 e 54 por 100 mil habitantes; O infarto agudo do miocárdio foram a terceira causa de morte na população da macrorregião e passaram de 31,35 para 49,38 por 100 mil habitantes (Gráfico 40).

Gráfico 38. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando por principais causas. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014-2023

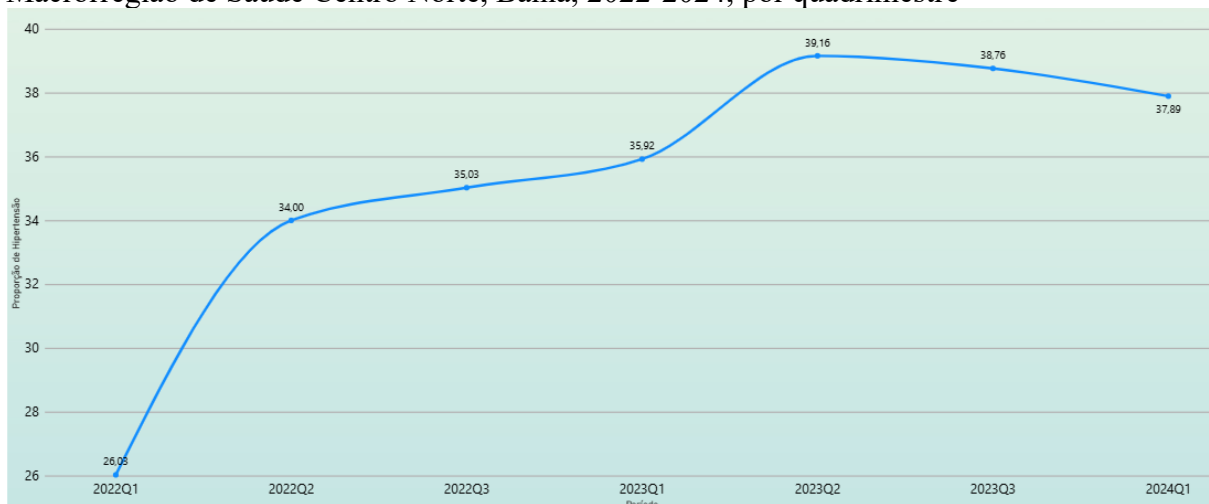


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sim, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

O indicador proporção de pessoas com Hipertensão (Gráficos 41), 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 estimação para a 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 41) revela que a macrorregião registrou crescimento, com um índice de 26,0% para 37,9%. 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.

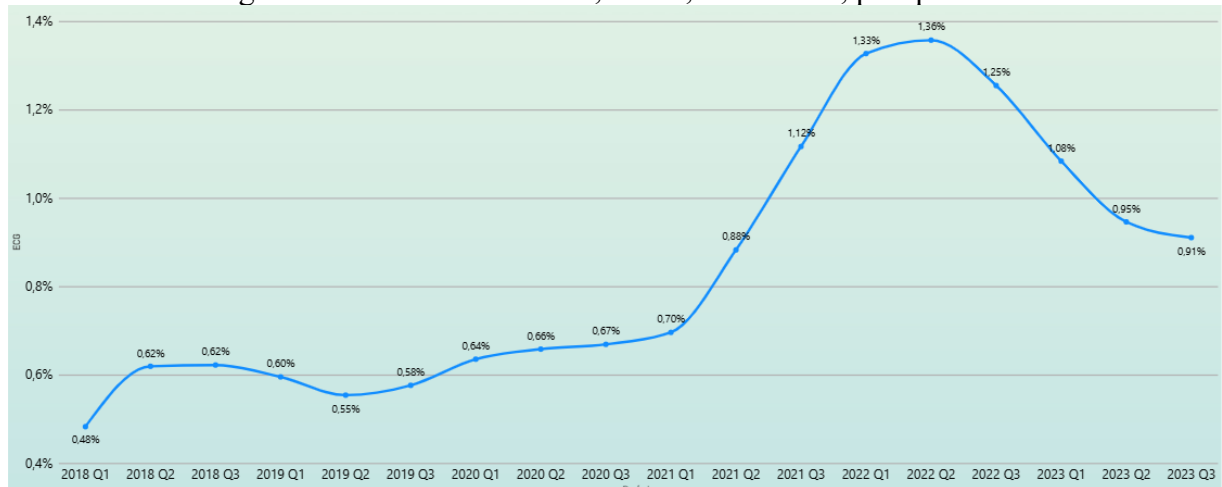
Gráfico 39. Proporção de pessoas com hipertensão com consulta e pressão arterial aferida. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2022-2024, por quadrimestre*



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 0,48 para 1,36 no período de 2018-2022, voltando a reduzir em 2022Q3 até 2023Q3 (1,25 e 0,91 respectivamente) (Gráfico 42) porém são valores muito baixos o que pode também estar relacionado a registro no sistema de informações.

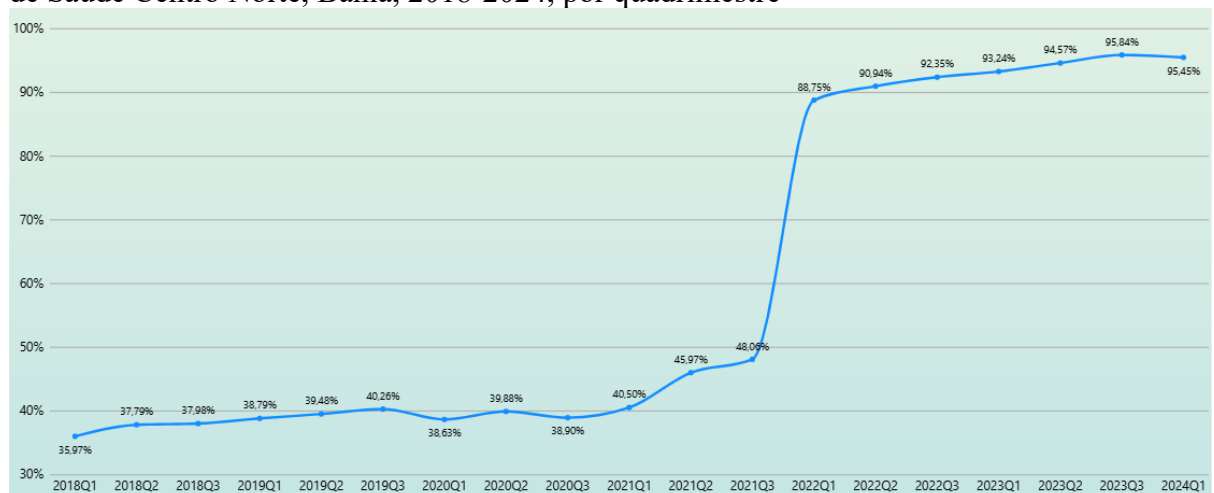
Gráfico 40. Percentual de pessoas com hipertensão arterial que teve exame de ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2018-2023, por quadrimestre*



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 95,45% em 2024 (Gráfico 43).

Gráfico 41. Percentual de hipertensos identificados na atenção primária à saúde. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2018-2024, por quadrimestre*



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 a partir de 2020, observa-se oscilação com a maior taxa em 2021 (53,44) (Gráfico 44).

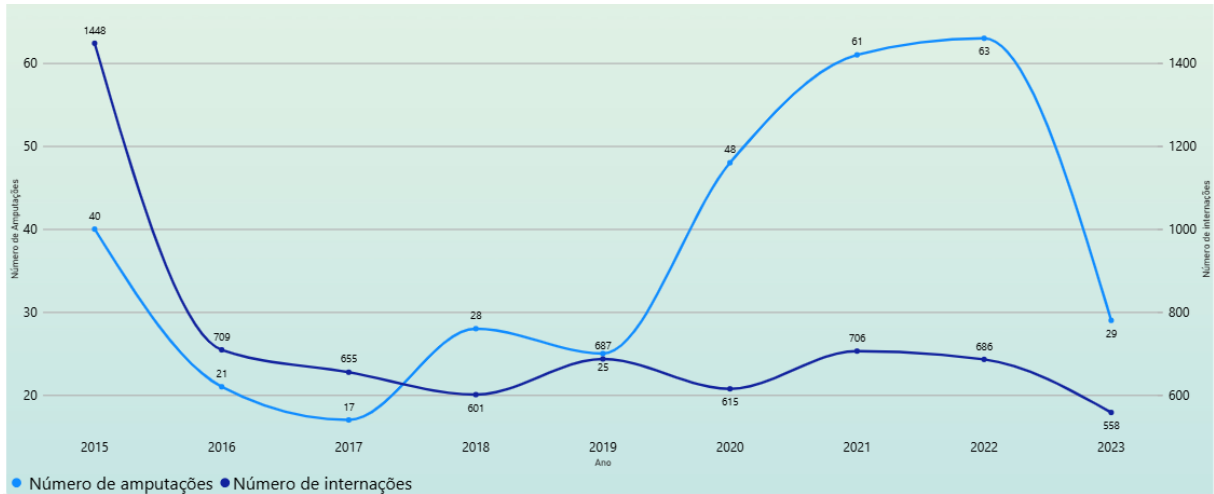
Gráfico 42. Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na mesma faixa etária na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2014 - 2023*.



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

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 de 48 a 63 amputações e 615 a 686 internações no período de 2020-2023 (Gráfico 45).

Gráfico 43. Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2015 - 2023*

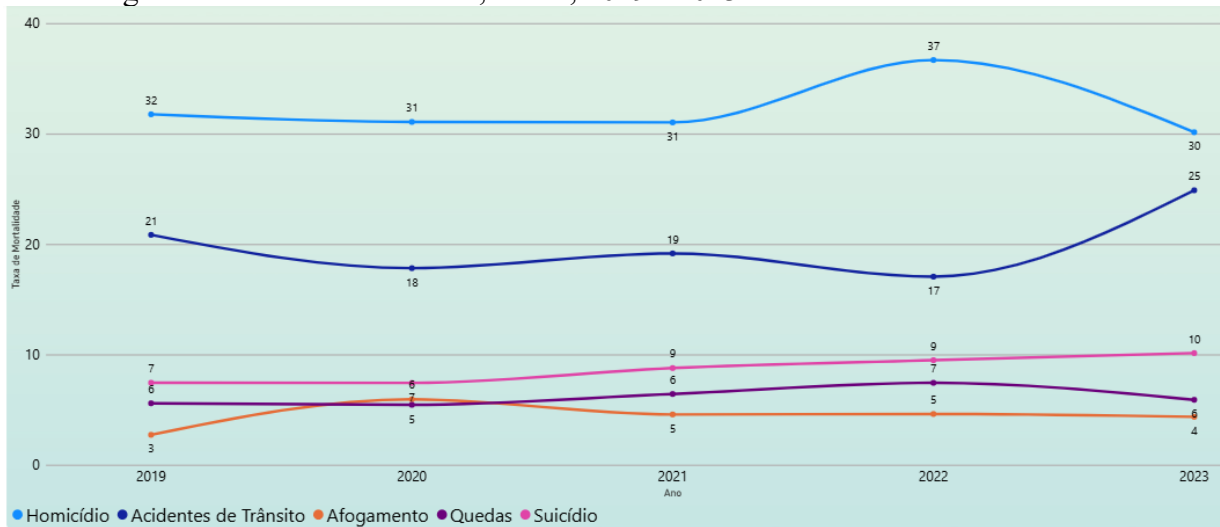


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIH-SUS, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

3.7.6 Morbimortalidade por causas externas

A Macrorregião apresenta como a primeira causa de mortalidade por causas externa o homicídio entre 32 e 37 por 100 mil no período 2019-2023, a segunda são os acidentes de trânsito 17 a 25 por 100 mil e a terceira se alternam entre afogamento, queda e suicídio até 2021, a partir daí o suicídio assumi a terceira causa de morte. 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 (Gráfico 46).

Gráfico 44. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Macrorregião de Saúde Centro Norte, 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 2014-2021 de 27,09 para 43,82 por 10.000 habitantes, voltando a reduzir nos anos

seguintes (Gráfico 47). 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 45. Taxa de internação por causas externas, relacionadas a quedas, acidentes de transporte, agressões, lesões autoprovocadas voluntariamente e afogamento. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2014 - 2023*



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

4 SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA

A 1ª Oficina Macrorregional de discussão do estado de saúde da população referente às seis áreas temáticas definidas pela CIB/BA foi realizada de forma *online* objetivando subsidiar os(as) secretários(as) municipais da saúde na definição da prioridade sanitária das respectivas macrorregiões de saúde.

Para a seleção da prioridade sanitária os gestores responderam, na Plataforma *Joifform*, ao “Formulário de Priorização”, elaborado com base nas seis áreas temáticas definidas na Resolução CIB/BA n. 018/2021, 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 (Quadro 1).

Quadro 1. 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.

O/(a) secretário(a) da saúde, de cada município, recebeu, via aplicativo do *Jotforms*, o formulário de priorização que foi respondido por 100% dos municípios.

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:

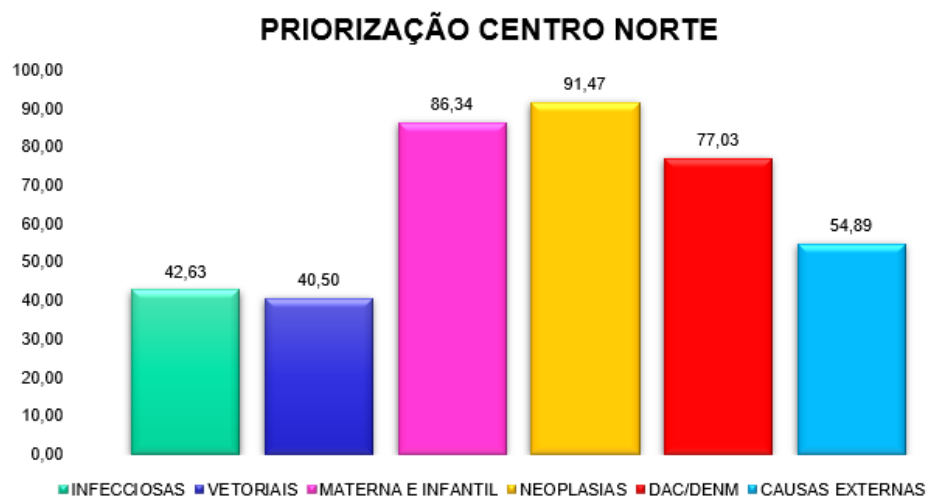
- leitura do texto referente a área temática;
- atribuição de pontuação (valores entre 1 e 5) considerando as variáveis indicadas na matriz;
- todas as alternativas deveriam ser marcadas com uma única opção para cada resposta;
- a atribuição dos pontos deveria ter como referência as discussões que ocorreram 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 Norte a oficina ocorreu no dia 29 de julho de 2021.

As áreas temáticas consideradas na 1ª Oficina Macrorregional na MRS-Centro Norte foram: Doenças infecciosas e parasitárias; Saúde materna e infantil; Neoplasias; Doenças do aparelho circulatório; Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; e, Morbimortalidade por causas externas.

Para a MRS- Centro Norte, a prioridade sanitária foi a Atenção à pessoa com neoplasia (Gráfico 48).

Gráfico 46. Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2021.



Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021.

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, desde que existisse fonte de dados confiáveis e com informações contínuas que pudessem 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. Essas variáveis compõem os indicadores que constam no item da caracterização da MRS- Centro Norte.

5 ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA

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”.

Para a apresentação da organização das ações e serviços de saúde foram coletados um conjunto de informações do TABWIN/DATASUS, Caderno de Avaliação e Monitoramento da

Atenção Básica (CAMAB), Observatório Baiano de Regionalização (OBR), além de complementação pelos Pontos Focais¹ sendo:

- procedimentos ambulatoriais e hospitalares de Alta Complexidade (AC), do período de setembro de 2021 a agosto de 2022 - TABWIN/DATASUS;
- cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) – CAMAB, 2021;
- cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família - CAMAB, 2013 2024
- serviço de atendimento móvel as urgências – OBR em setembro de 2022; e,
- serviço de Regulação centralizado e descentralizado – Pontos Focais, 2022

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.

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

¹ Profissionais indicados pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, para ser elo de comunicação do município com o GTTM contribuindo no processo do PRI.

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 análise do índice de dependência macrorregional indica que a MRS-Centro Norte depende de outras macrorregiões para realizar 26,01% dos procedimentos ambulatoriais e 97,75% dos serviços hospitalares de alta complexidade. A macrorregião apresenta o segundo maior índice de dependência de serviço hospitalar em relação às demais macrorregiões. Contudo, percebe-se que o fluxo para fora da MRS-Centro Norte está concentrado em atendimentos realizados na capital do estado (Tabela 3).

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.

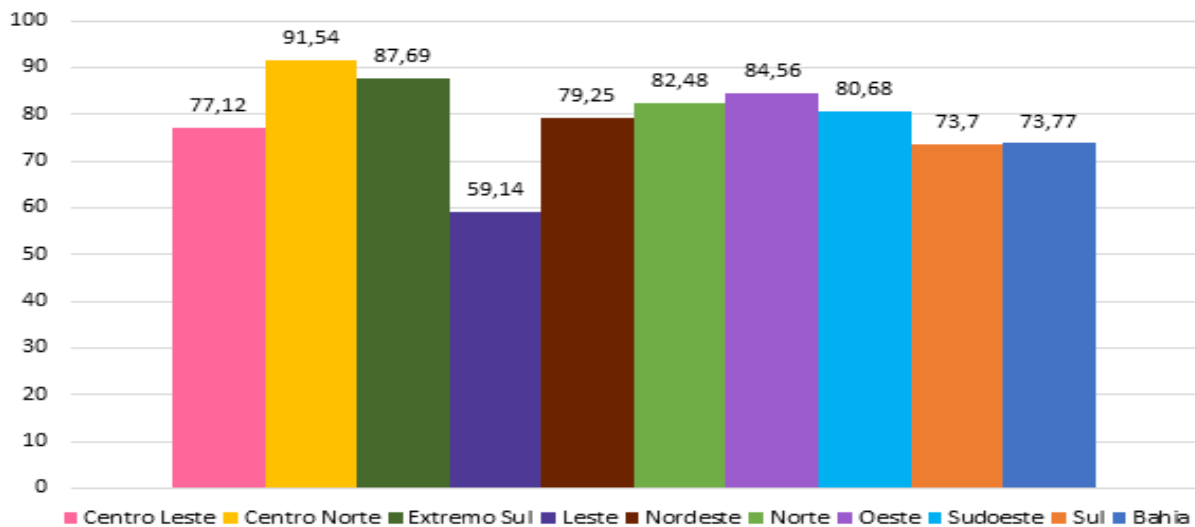
5.1.2 Cobertura da atenção primária à saúde

Este 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 um modelo de RAS tendo a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Permite também refletir sobre 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 Sisab e a cobertura da MRS- Centro Norte é de 91,54%, a maior do estado (Gráfico 49).

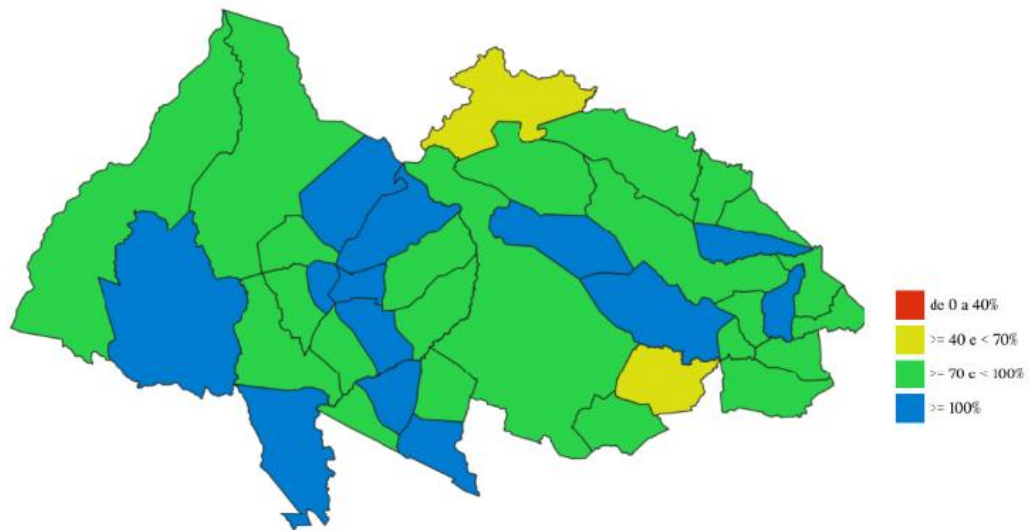
Gráfico 47. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Macrorregião de Saúde. Bahia, 2021.



Fonte: Caderno de Monitoramento da Atenção Básica, novembro de 2022.

A análise do conjunto dos municípios da MRS- Centro Norte mostra que 94,74% dos municípios apresentam cobertura da APS acima de 70%, com apenas dois municípios abaixo deste patamar (Mapa 4).

Mapa 4. Cobertura da Atenção Primária à Saúde na Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2021.



Fonte: Caderno de Monitoramento da Atenção Básica, 2022.

Para complementar a informação foi também avaliado outro indicador, demonstrando que a macrorregião apresentou aumento mais significativo da cobertura estimada de saúde da família, a partir de 2017, chegando a 99,29% de cobertura em 2024 (Gráfico 50).

Gráfico 48. Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família. Macrorregião de Saúde Centro Norte, 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 as análises da cobertura na MRS- Centro Norte revelam apenas um dos fatores para avaliar o alcance dos princípios e diretrizes da APS e o seu papel na RAS. A APS 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. No entanto, vários fatores 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.

As informações sobre o estado de saúde da população da MRS- Centro Norte indicam que essa cobertura elevada não garante, de forma isolada, ações oportunas e efetivas para todas as necessidades de saúde compatíveis com a APS. Embora observe-se tendência de redução da incidência de alguns agravos transmissíveis ainda persiste, na macrorregião, incidência e prevalência de algumas doenças e agravos, desse grupo.

5.1.3 Central de regulação

5.1.3.1 Central de regulação de urgência

Central de Regulação de Urgência (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 Norte tem 1 (uma) CRU regional, sediada no município de Irecê, para atender a uma população de 807.806 habitantes (IBGE, 2020), atendendo ao parâmetro estabelecido.

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.

Em setembro de 2022, a MRS- Centro Norte, com 38 municípios, contava com 32 (trinta e dois) serviços cadastrados no CNES: 8 serviços centralizados, 15 descentralizados e para 9 serviços não se obteve informação quanto ao tipo de estrutura. É possível, a partir dos registros oficiais, inferir que na macrorregião a estrutura de organização do acesso aos serviços ambulatoriais é aceitável, dado que 84,21% da macrorregião conta com centrais de regulação do acesso às ações e serviços de saúde.

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 2) 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.

Em relação a alguns equipamentos, comuns a todas as prioridades, como Raio X, tomógrafo e ressonância, com parâmetros³⁹ de necessidade estabelecidos pelo MS, na macrorregião a necessidade é de 40 equipamentos de Raio X, oito tomógrafos e oito equipamentos de ressonância. A MRS-Centro Norte tem 47 equipamentos de Raio X, atendendo ao parâmetro definido. Contudo, em relação aos aparelhos de tomografia e ressonância na

macrorregião existe 50% dos equipamentos necessários. Em relação aos mamógrafos, a macrorregião tem 17 equipamentos, sendo sete simples, cinco com estereotaxia e cinco computadorizados; no entanto, a necessidade é de apenas quatro equipamentos (Quadro 2).

Quadro 2. Quantitativo de equipamentos, serviços (urgência e emergência), unidades de alta complexidade e sistema logístico disponível para o SUS na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2022.

Tipo	Prioridade Sanitária	Informação/ Indicador	N. Existente	N. Necessário
Equipamento	Comum a todos	US convencional	73	-
		US com doppler	16	-
		Raio X de 100 a 500mA e/ou Raio X mais de 500mA	47	40
		Eletrocardiógrafo	85	-
		Tomógrafo	4	8
		Endoscópio digestivo	40	-
		Ressonância magnética	4	8
Serviço	Neoplasia	Mamógrafo simples	7	4
		Mamógrafo estereotaxia	5	
		Mamógrafo computadorizado	5	
		Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia	70	-
		Serviço de hemoterapia	13	-
		Laboratório de análise clínica	54	-
Urgência e Emergência	Comum a todos	Unidade de Suporte Básico (USB)	21	-
		Unidade de Suporte Avançado (USA)	2	-
		Motolância	0	-
		USB aquática/embarcação	0	-
		Sistema Logístico	Ambulância comum	203

Fonte: CNES, 2022. *Informação/Indicador com parâmetro de necessidade estabelecido pelo MS.

Os serviços específicos para o atendimento às pessoas com câncer, Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), não estão apresentados no Quadro 3 porque não havia na macrorregião serviços habilitados no CNES quando da coleta dos dados. Todavia, posteriormente foi implantado no Hospital Mario Dourado Sobrinho (CNES 4026896), em Irecê, o serviço de Unacon, conforme previsto no Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023⁴¹.

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 padrão³⁹ (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.

De acordo com as informações coletadas dos estabelecimentos cadastrados no CNES, foi identificada a disponibilidade da força de trabalho em saúde no território (Quadro 3).

Quadro 3. Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2022.

Especialidade	N. Existente	N. Necessário
Médico Anestesista (*)	29,65	80,89
Médico Cardiologista	19,50	52,58
Médico Dermatologista (**)	3,25	18,60
Médico Endocrinologista	7,05	12,13
Médico Gastroenterologista (***)	4,68	20,22
Médico Hematologista	0,10	8,09
Médico Nuclear	0,00	4,04
Médico Pneumologista (****)	2,13	24,27
Médico Psiquiatra	22,30	46,92
Médico Urologista	8,38	24,27
Médico Coloproctologista	2,58	16,18
Médico Mastologista	3,35	8,09
Médico Oncologista (*****)	0,25	24,27
Assistente Social	133,10	-
Fisioterapeuta	209,30	-
Enfermeiro	627,93	-
Psicólogo	108,95	-
Nutricionista	94,25	-
Farmacêutico	148,52	-

Fonte: CNES, 2022.

(*) Médico angiologista e em cirurgia vascular

(**) Médico dermatologista e hansenologista

(***) Médico nutrologista e gastroenterologista

(****) Médico pneumologista e broncoesofalogista

(*****) Médico oncologista clínico, cancerologista pediátrico, cancerologista cirúrgico e radioterapeuta

Com relação a categoria médica foi feito um comparativo entre necessidade e existência, sendo possível verificar a suficiência de médicos, em comparação aos parâmetros do MS, conforme o número de habitantes. Ao analisar a existência versus a necessidade dos

profissionais médicos em relação a prioridade sanitária, importante para o diagnóstico e tratamento do câncer, observa-se que para as especialidades médicas em Urologia, Coloproctologia, Mastologia e Oncologia o percentual da necessidade atendida é menor que 1%. Ressalta-se que a macrorregião não conta com a especialidade do médico nuclear.

Na MRS-Centro Norte há déficit de profissionais em todas as especialidades médicas relacionadas com a prioridade sanitária, dado relevante para dimensionar a ampliação e qualificação da força de trabalho em saúde para a perspectiva de funcionamento da RAS (Gráfico 51).

Gráfico 49. Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas com a prioridade sanitária na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2022.



Fonte: CNES, 2022

5.3 Produção de serviços

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.

Para o registro de produção de serviços foram selecionados os estabelecimentos com os equipamentos de USG convencional, com o serviço de colonoscopia e de coleta de material por meio de punção/biopsia, procedimentos para a prioridade sanitária, específica da MRS-Centro Norte, Atenção à pessoa com câncer.

A MRS-Centro Norte possui 73 equipamentos de USG convencional cadastrados no CNES em 69 EAS. Destes, 24 (34,78%) apresentam registro de produção em pelo menos um dos procedimentos esperados para a prioridade sanitária. Para o equipamento colonoscópio, a macrorregião possui 19 EAS com o serviço de endoscopia, destes 1 (um) (5,26%) apresenta registro de produção no procedimento de colonoscopia. Dos serviços com finalidade diagnóstica que realizam biopsia/punção, identificou-se que 4 (quatro) EAS realizam algum tipo de coleta de material, porém nenhuma unidade realiza todos os tipos de coleta. Quanto a biopsia/punção de próstata, não foi identificado EAS com registro de produção (Quadro 4).

Quadro 4. Número de EAS com registro de procedimentos relacionados com a prioridade sanitária na Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2022.

Equipamento/ Serviço	Procedimento	N. EAS com equipamento/ serviço	N. EAS com produção
Colonoscópio	0209010029 - Colonoscopia	19	01
Diagnóstico	0201010020 - Biopsia/Punção de tumor superficial da pele	04	01
	0201010470 - Biopsia de tireoide ou paratireoide – Punção aspirativa de agulha fina	04	01
	0201010500 - Biopsia/Punção de vagina	04	01
	0201010518 - Biopsia/Punção de vulva	04	02
	0201010585 - Punção aspirativa de mama por agulha fina	04	03
	0201010640 - Punção para esvaziamento	04	01
	0201010666 - Biopsia do colo uterino	04	03
	0201010410 - Biopsia/punção de próstata (via transretal)	04	00
USG convencional	0205020097 - Ultrassonografia mamária bilateral	69	18
	0205020100 - Ultrassonografia de próstata (via abdominal)	69	15
	0205020119 - Ultrassonografia de próstata (via transretal)	69	02

Fonte: SIGTAP/MS, 2022.

Na macrorregião existe EAS com equipamentos e serviços especializados, contudo a produção para atendimento da prioridade sanitária se encontra em menos de 75% dos estabelecimentos. Ainda que todos os equipamentos estejam registrados como em operação, houve identificação de EAS com produção sem equipamentos cadastrados, demandando atualização e revisão dos diversos sistemas de informação. Alguns pontos são importantes e devem ser questionados sobre a capacidade de produção e, portanto, da execução dos procedimentos na macrorregião: todos os equipamentos do EAS estavam em operação? Por que existe EAS com produção e sem equipamentos cadastrados? Os equipamentos realizam apenas o procedimento selecionado? Existem profissionais capacitados para operar os equipamentos?

Os dados apresentados sobre a organização dos serviços mostram fragilidade na atenção integral à saúde na MRS- Centro Norte, tendo em vista que esta apresenta a maior cobertura de APS e o segundo maior índice de dependência de serviço hospitalar do estado.

No que se refere ao sistema logístico, a macrorregião atende ao parâmetro estabelecido para CRU regional, de acordo com seu porte populacional, bem como a existência de 32 centrais de regulação de acesso para atendimento aos 38 municípios. Contudo, a existência de grande número de ambulâncias no território permite relacionar este quantitativo com necessidades de deslocamento da população em decorrência da dependência da atenção hospitalar em outras macrorregiões.

No que diz respeito à atenção hospitalar, o uso dos leitos clínicos gerais e de leitos das UTI Adulto tipo II ou III são comuns a todas as prioridades sanitárias. Portanto, o estado da Bahia possui, no SUS, 7.895 leitos clínico gerais. Destes leitos, 7,16% estão na MRS- Centro Norte, que abrange 5,41% da população do estado. Em relação aos leitos de UTI, existem 1.901 leitos Adulto tipo II, com 1.107 leitos habilitados. A macrorregião concentra 1,32% dos leitos existentes e 1,72% dos leitos habilitados. Ressalte-se que a macrorregião não possui leitos em UTI Adulto tipo III.

Os dados qualitativos desagregados por município, sistematizados pelo GTTM, contribuíram para as reflexões aqui apresentadas. As discussões feitas pelo GTTM apontam para a necessidade de analisar esses dados comparativamente com outras informações do território, com destaque para as informações que demonstram um volume de atendimento de usuários de outras macrorregiões na MRS- Centro Norte.

A análise da capacidade instalada permite diversas reflexões sobre a capacidade da macrorregião em atender às demandas por ações e serviços de saúde. Essas demandas podem estar contidas na macrorregião, seja em cada município para atendimento da sua própria população ou para atendimento de outros municípios da macrorregião.

No processo de elaboração do PRI, se faz necessária a discussão e definição do modelo de atenção que o estado definirá para a RAS, apontando a abrangência e, conseqüentemente, os investimentos e as ações que precisam ser efetivadas para a macrorregião atender às demandas da sua população. A partir daí será possível avançar nas etapas para a definição das ações e serviços que deverão ser oferecidos para uma atenção à saúde integral e oportuna. É importante que esses serviços sejam compatíveis com os recursos disponíveis e com os investimentos previstos na MRS- Centro Norte.

Uma vez definidos os serviços a serem oferecidos, é necessário construir acordos entre as gestões dos três entes federativos para a estruturação da RAS. Assim, é fundamental a

definição dos mecanismos de financiamento previstos no orçamento do SUS para garantir o bom funcionamento do Plano Macrorregional de Saúde.

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.

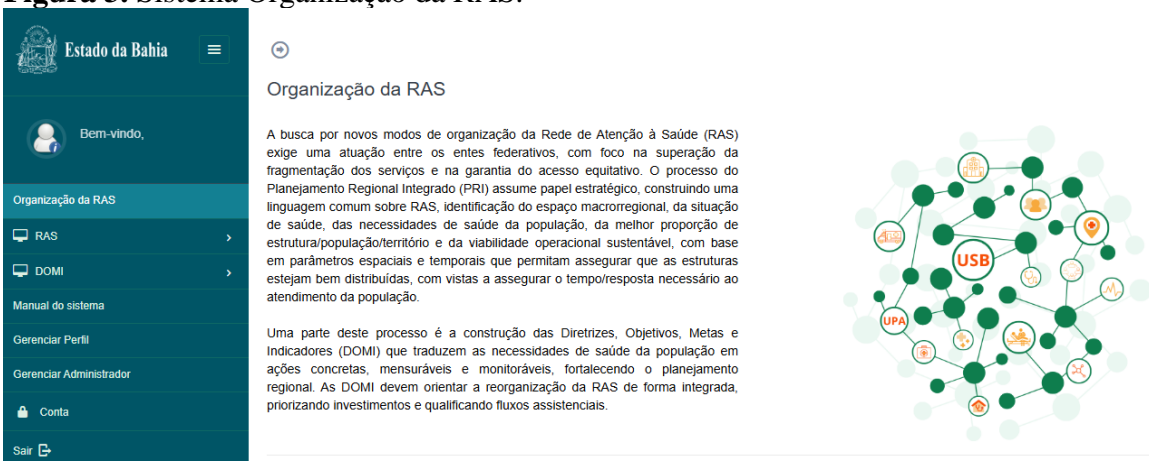
Para avançar no processo do Planejamento Regional Integrado no estado da Bahia foi publicado as Resoluções CIB/BA nº 340/2023 (Rede de Atenção Oncológica), nº 576/2023 (Rede de Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus – HAS/DM) e nº 154/2024 (Rede de Atenção Materna e Infantil – 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 resolutiva.

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.



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.

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, puérperas 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. Até set./2025, 88% dos municípios elegíveis da macrorregião aderiram ao Programa.

Na macrorregião Centro Norte, o acompanhamento pré-natal é realizado nas USF e UBS, com estratificação de risco gestacional pelas equipes de saúde. Em 2024, a cobertura da APS atingiu 98,32%, com 306 equipes de ESF e 6 de Atenção Primária. Os exames laboratoriais e de imagem são feitos em serviços locais credenciados, com destaque para o Laboratório DNA, responsável pela triagem de 8.160 gestantes em 2023.

O pré-natal de alto risco é ofertado em unidades municipais com obstetras e exames complementares, além do atendimento no Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho (Irecê), referência para a região. Esse hospital também concentra os partos de alto risco,

dispondo de 10 leitos de UTIN, 10 de UCINCo, 5 de UCINCa e 8 de UTI adulto. A macrorregião possui 247 leitos obstétricos em 35 maternidades, sendo 26 aptas ao Programa Mãe Bahia, mas ainda não dispõe de CPN nem de Casa de Gestante, Bebê e Puérpera.

A atenção à saúde da criança e ao puerpério ocorre principalmente na APS, com suporte do Hospital Regional de Irecê para recém-nascidos graves. Em 2023, foram triados 8.657 bebês pelo Teste do Pezinho, com coleta em média aos 5 dias de vida. As demais triagens neonatais devem ser ofertadas em todas as maternidades ou encaminhadas para serviços de referência.

O sistema logístico regional é composto pela Central de Regulação (leitos, ambulatorial e urgência) e transporte sanitário, utilizando o SUREM, Lista Única, sistemas municipais e planilhas.

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 Norte o Plano de Ação da RUE está em elaboração, abaixo estão os componentes financiados (Quadro 5).

Quadro 5. Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Centro Norte do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIO	SAMU	UPA	SAD		PORTA DE ENTRADA	LEITOS				
			EMAD	EMAP		UTI PED	UTI AD	ENF. CLÍNICA RETAQUARDA	UCO	UAVC
AMÉRICA DOURADA	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BARRA DO MENDES	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BARRO ALTO	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAÉM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAFARNAUM	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALDEIRÃO GRANDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CANARANA	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAPIM GROSSO	01 USB	01 - PORTE I Q.	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
CENTRAL	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GENTIO DO OURO	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IBIPEBA	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IBITITÁ	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRECÊ	01 USB Q. 01 USA Q. 01 CRU	01 - OPÇÃO III	-	-	-	-	-	-	-	-
ITAGUAÇU DA BAHIA	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JACOBINA	01 USB 01 USA	01 - OPÇÃO IV	-	-	-	-	-	-	-	-
JOÃO DOURADO	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JUSSARA	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LAPÃO	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MAIRI	01 USB	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
MIGUEL CALMON	-	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
MIRANGABA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MORRO DO CHAPÉU	01 USB	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
MULUNGU DO MORRO	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OUROLÂNDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PIRITIBA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PRESIDENTE DUTRA	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
QUIXABEIRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO GABRIEL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO JOSÉ DO JACUIPE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SAÚDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SERROLÂNDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TAPIRAMUTÁ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UIBAÍ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UMBURANAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VÁRZEA DA ROÇA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VÁRZEA DO POÇO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VÁRZEA NOVA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XIQUE-XIQUE	01 USB	-	01 - TIPO 01	-	-	-	-	-	-	-

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 Norte não existem Equipes de Consultório na Ruas financiados, 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 no Estado, 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

O estado da Bahia tem investido na ampliação e qualificação dos leitos de saúde mental, com foco na disponibilização de vagas em hospitais gerais e na expansão da retaguarda hospitalar especializada. Essa estratégia busca garantir o cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico agudo e assegurar que o atendimento ocorra de forma regionalizada, humanizada e articulada aos demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A distribuição dos componentes para atendimento a RAPS estão demonstrados no (Quadro 6).

Quadro 6. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Cento Norte do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS INFANTIL	LEITOS DE SAÚDE MENTAL	SRT	EMAESM
AMÉRICA DOURADA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
BARRA DO MENDES	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BARRO ALTO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CAÉM	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAFARNAUM	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CALDEIRÃO GRANDE	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CANARANA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CAPIM GROSSO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GENTIO DO OURO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IBIPEBA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
IBITITÁ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRECÊ	-	1	-	-	-	-	-	-	-
ITAGUAÇU DA BAHIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
JACOBINA	-	1	-	1	-	-	-	-	-
JOÃO DOURADO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
JUSSARA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LAPÃO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
MAIRI	1	-	-	-	-	-	-	-	-
MIGUEL CALMON	1	-	-	-	-	-	-	-	-
MIRANGABA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
MORRO DO CHAPÉU	1	-	-	-	-	-	-	-	-
MULUNGU DO MORRO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OUROLÂNDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PIRITIBA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PRESIDENTE DUTRA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
QUIXABEIRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO GABRIEL	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO JOSÉ DO JACUIPE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SAÚDE	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SERROLÂNDIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
TAPIRAMUTÁ	1	-	-	-	-	-	-	-	-
UIBAÍ	1	-	-	-	-	-	-	-	-
UMBURANAS	1	-	-	-	-	-	-	-	-
VÁRZEA DA ROÇA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VÁRZEA DO POÇO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VÁRZEA NOVA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XIQUE-XIQUE	1	-	-	-	-	-	-	-	-

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 Norte o município de Jacobina, realizou a adesão ao cofinanciamento do Estado. A distribuição dos componentes habilitados para atendimento a RCPD estão demonstrados no (Quadros 7 e 8).

Quadro 7. Componentes habilitados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Centro Norte do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIOS	ESTABELECIMENTO	COMPONENTE
IRECÊ	ASFL - SERVIÇOS MEDICOS LTDA (AUDIO CLÍNICA)	SAÚDE AUDITIVA - MEDIA COMPLEXIDADE SEM FONOTERAPIA
		OPM AUDITIVA
JACOBINA	APAE	CER II - REABILITACAO FISICA E INTELCTUAL
		OPM FISICA
		BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

Quadro 8. Escalonamento emergencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Centro Norte do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIOS	NOME DO ESTABELECIMENTO	TIPO - MODALIDADE
IRECÊ	NOVO ESTABELECIMENTO - CONSTRUÇÃO	CER III - REABILITACAO FISICA, AUDITIVA E VISUAL
MAIRI	POLICLINICA NOSSA SENHORA DAS DORES	CER II -REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
XIQUE XIQUE	NOVO ESTABELECIMENTO - CONSTRUÇÃO	CER III - REABILITACAO FISICA, AUDITIVA E VISUAL

Fonte: Resolução CIB/BA nº 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 nº 340/2023 e 576/2023, estão articuladas a esta rede temática, priorizando a APS como coordenadora do cuidado, assegurando o acompanhamento integral e contínuo da população sob sua responsabilidade, além de atuar como porta de entrada prioritária para a estruturação e a organização do cuidado em saúde. Inclui ações de promoção da saúde, autocuidado apoiado, prevenção de incapacidades e reabilitação.

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

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

MACRORREGIÃO CENTRO NORTE		
AÇÕES DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE DE JACOBINA	REGIÃO DE SAÚDE DE IRECÊ
Coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo uterino	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Jacobina	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Irecê
Coloscopia	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Jacobina	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Irecê
Mamografia	Policlínica Regional de Saúde em Jacobina	Policlínica Regional de Saúde em Irecê
	Hospital Português Padre Paulo Felber	
Laboratório de Citopatologia/Anatomia Patológica	Citolab	UBS/PSF e Policlínicas Regionais de Saúde
		Laboratório de Citologia Clínica- LACC
CIRURGIA	REGIÃO DE SAÚDE DE JACOBINA	REGIÃO DE SAÚDE DE IRECÊ
- Aparelho Digestivo		

- Coloproctologia	UNACON do Hospital Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho (HRDMDS)	UNACON do Hospital Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho (HRDMDS)
- Ginecologia		
- Mastologia		
- Cabeça e pescoço	*UNACON do Hospital Santo Antônio (HSA)/UNACON do Hospital Santa Izabel/UNACON do HUPES/CACON do Hospital Aristides Maltez	*UNACON do Hospital Santo Antônio (HSA)/UNACON do Hospital Santa Izabel/UNACON do HUPES/CACON do Hospital Aristides Maltez
- Torácica	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + UNACON do Hospital Santa Izabel	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + UNACON do Hospital Santa Izabel
- Ossos e partes moles	*CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)/UNACON do HUPES	*CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)/UNACON do HUPES
- Pele/Plástica (*)	UNACON do Hospital Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho (HRDMDS)	UNACON do Hospital Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho (HRDMDS)
- Neurocirurgia	*UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)	*UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
- Oftalmologia	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
TRATAMENTO	REGIÃO DE SAÚDE DE JACOBINA	REGIÃO DE SAÚDE DE IRECÊ
Radioterapia	*CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Santa Izabel (HSI) + Hospital Santo Antônio (HSA) – até implantação	*CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Santa Izabel (HSI) + Hospital Santo Antônio (HSA) – até implantação
Citorredução com HIPEC	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Braquiterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Iodoterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Oncologia Clínica/Quimioterapia	UNACON do Hospital Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho (HRDMDS)	UNACON do Hospital Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho (HRDMDS)
Fratura Óssea	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
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 Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho (HRDMDS)	UNACON do Hospital Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho (HRDMDS)
Radioterapia Estereotáxica	UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI)/CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI)/CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
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 Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho (HRDMDS)	UNACON do Hospital Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho (HRDMDS)
CÂNCER HEMATOLOGICO E PEDIÁTRICO	REGIÃO DE SAÚDE DE JACOBINA	REGIÃO DE SAÚDE DE IRECÊ
Hematologia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) + Hospital Santa Izabel (HSI) + Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)/CICAN	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) + Hospital Santa Izabel (HSI) + Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)/CICAN
Oncologia Pediátrica	UNACON do Hospital Martagão Gesteira (HMG) + CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Santa Izabel (HSI)	UNACON do Hospital Martagão Gesteira (HMG) + CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Santa Izabel (HSI)

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/>

*O descrito em verde significa que a referência deverá ser alterada após a implantação de serviços que estão em fase final de construção ou ampliação

7 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Dando continuidade as atividades do PRI para a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) do Plano Macrorregional de Saúde foram realizadas 4 (quatro) oficinas de trabalho em cada macrorregião, as quais visavam atender uma ou mais das diversas etapas de construção do plano macrorregional.

Na MRS- Centro Norte, a 2ª Oficina Macrorregional ocorreu de modo *online*, no dia 13 de outubro de 2021, com o objetivo de fazer a devolutiva sobre a eleição das prioridades dentre as seis áreas temáticas contempladas na Asis e definir as diretrizes do Plano Macrorregional de Saúde.

Atendendo a Resolução CIT n. 01 de 30 de março de 2021¹, para a definição das diretrizes macrorregionais foram previamente consolidadas as diretrizes do Plano Nacional de

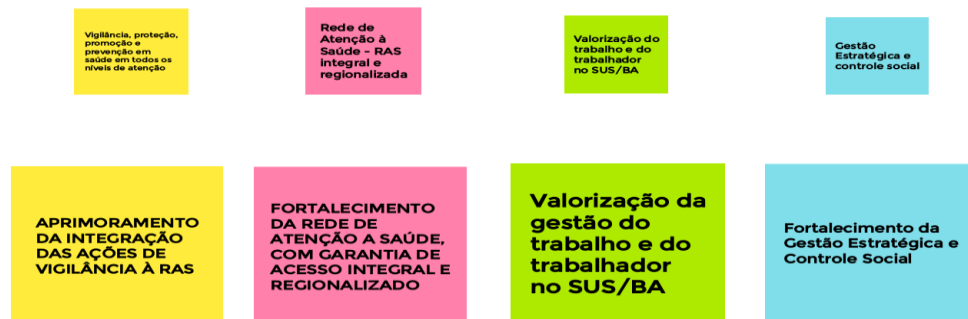
Saúde (2020-2023) e do Plano Estadual de Saúde (2020-2023) pelo grupo de discussão coordenado pela APG/Copri. A consolidação das diretrizes resultou em quatro núcleos de sentido, nomeados como: Vigilância em Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Valorização do Trabalho e do(a) Trabalhador(a) e Gestão Estratégica 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 sobre “Descrição de Caso da Área Temática Priorizada: Neoplasia” contendo um estudo de caso sobre a trajetória de uma pessoa com neoplasia, prioridade definida pela MRS- Centro Norte. 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 de sentido definidos, previamente.

Ao final, reunidos em plenária, as pessoas participantes debateram as diretrizes sugeridas por cada grupo e definiram, de modo consensual, as diretrizes da MRS-Centro Norte: Aprimoramento da Integração das Ações de Vigilância à Rede de Atenção à Saúde, Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, com garantia de acesso integral e regionalizado, Valorização da Gestão do Trabalho e do(a) Trabalhador(a) no SUS/BA e Fortalecimento da Gestão Estratégica e Controle Social (Figura 6).

Figura 6. Diretrizes da Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2021.



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 07 de julho de 2022, para definir os objetivos e iniciar a discussão sobre a capacidade instalada da MRS- Centro Norte. Nesta foi apresentada a proposta dos objetivos, elaborada pelo GTTM. Após discussão e reformulação, foram consensuados, com as pessoas participantes, os objetivos para a macrorregião.

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 16 de agosto de 2023 (Quadro 9).

Quadro 9. Diretrizes e objetivos para a Macrorregião de Saúde Centro Norte. Bahia, 2023.

DIRETRIZ	OBJETIVO
Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, com garantia de acesso integral e regionalizado.	Aprimorar as ações e serviços de prevenção, diagnóstico e atendimento em oncologia em tempo oportuno.
	Organizar o acesso de forma qualificada e em tempo oportuno aos serviços ambulatoriais e hospitalares no atendimento oncológico.
	Solicitar ampliação de financiamento federal e estadual para serviços de tratamento fora de domicílio (TFD) com acesso para pacientes da linha de cuidado de oncologia.
	Aprimorar o sistema logístico da RAS.
Aprimoramento da integração das ações de vigilância à RAS.	Qualificar a produção dos dados, a integração e a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde.
	Integrar os serviços de atenção primária e da vigilância em saúde para o cuidado em oncologia na macrorregião, com ênfase na prevenção e diagnóstico precoce.
	Integrar a vigilância em saúde à rede de serviços de apoio e diagnóstico para qualificar o cuidado em oncologia na macrorregião.
Valorização da gestão do trabalho e do(a) trabalhador(a) no SUS/BA.	Fortalecer as estratégias de atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora na macrorregião.
	Implementar a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde na RAS, por meio da pactuação das ações nos espaços regionais de articulação educação-trabalho (CIR, CIES, COAPES).
	Desenvolver estratégias para provimento de vínculos de trabalho protegidos, valorização e fixação dos trabalhadores nos postos de trabalho existentes/necessários.
	Implementar estratégias que garantam condições de trabalho seguras e relações de trabalho humanizadas.
	Reorganizar os processos e fluxos de trabalho na RAS.

Fonte: 4ª Oficina Macrorregional/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 foi o modelo de atenção para direcionamento da RAS às prioridades específicas da MRS- Centro Norte:

Resolução CIB/BA nº 340/2023 que aprova o modelo para a organização da oferta de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do câncer, na Rede de Atenção à Saúde do estado da Bahia; Resolução CIB/BA nº 154/2024 que aprova o Modelo de Atenção para a Organização da Rede de Atenção à Saúde da Bahia da Prioridade Sanitária Atenção Materna e Infantil e Resolução CIB/BA nº 576/2023 que aprova o Modelo de Atenção para a Organização da Rede de Atenção à Saúde da Bahia da Prioridade Sanitária Diabetes Mellitus – DM e Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS. 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 Nº 006/2022, atualizada pela Resolução CIB Nº 350/2024, elaboraram uma proposta de metas e indicadores, itens necessários para concluir a etapa definição 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. Considerando a consolidação das respostas ao formulário, foi realizada uma oficina no dia 08 de abril de 2025 com objetivo de discutir e validar as metas, indicadores e atividades não aprovados por consenso no formulário. E nesta oportunidade foi realizada a discussão do Plano de Ação da Rede Alyne de forma integrada ao PRI. Desta forma, as DOMI estão apresentadas no (Quadro 10).

Para apoiar a elaboração e o monitoramento do plano macrorregional, foi desenvolvido o Sistema de Organização da RAS (*link: <https://obr.saude.ba.gov.br/>*). Ele visa, entre outros objetivos, publicizar as propostas aprovadas pelas gestões municipais da saúde e facilitar o acompanhamento destas.

Quadro 10. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Macrorregião de Saúde Centro Norte, Bahia, 2025

MATRIZ DOMI - MACRORREGIÃO CENTRO NORTE - PRIORIDADES SANITÁRIAS ATENÇÃO A PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER; MATERNA E INFANTIL; E ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES							
DIRETRIZ: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, com garantia de acesso integral e regionalizado							
OBJETIVO: Aprimorar as ações e serviços de prevenção, diagnóstico e atendimento em oncologia em tempo oportuno							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Ampliar para 100% o percentual de mulheres e homens em Estágio 3 e 4 (avançado) que iniciaram tratamento do câncer até 60 dias	Percentual de mulheres e homens em Estágio 3 e 4 (avançado) que iniciaram tratamento do câncer até 60 dias	22,41% (Painel Onco, 2024)	100%	100%	100%	Realização de treinamentos/oficinas voltados para os profissionais da APS (médicos, enfermeiros, agentes comunitários) sobre as principais formas de prevenção dos cânceres mais prevalentes e métodos de detecção precoce	SESAB/SMS
						Realização de atividades educativas voltadas para a população sobre os principais métodos e importância da detecção precoce	SESAB/SMS
						Implementação da detecção precoce e diagnóstico ágil, com campanhas de conscientização e a expansão da triagem e rastreamento	SESAB/SMS
						Redução do tempo entre diagnóstico e início do tratamento com integração dos sistemas de informação, ampliação da infraestrutura de exames e Telemedicina	SESAB/SMS
						Implementação dos protocolos de oncologia existentes e propor protocolo específico de acordo com as características da Macrorregião	SESAB/SMS
OBJETIVO: Organizar o acesso de forma qualificada e em tempo oportuno aos serviços ambulatoriais e hospitalares							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		

Implantar Protocolos de Referência e Contrarreferência nos 38 municípios da macrorregião	Número de municípios com Protocolos de Referência e Contrarreferência implantados	0	10	20	38	Estabelecimento de fluxo de comunicação dos planos terapêuticos nas Policlínicas e Unacon, incluindo os municípios e levar para pactuação em CIR	SESAB/SMS
						Revisão dos fluxos e das pactuações para estabelecer referência ambulatorial para diagnóstico de neoplasias (cânceres mais prevalentes) com protocolos de acesso e de encaminhamento	SESAB/SMS
						Promoção da articulação e do diálogo entre instituições de saúde	SESAB/SMS
Habilitar 02 serviços de referência para atenção a Gestação de Alto Risco (GAR) na Macrorregião	Número de serviços para GAR habilitados	0	1	2	2	Adequação das unidades a Portaria GM/MS nº 5.350/24	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
						Habilitação junto aos órgãos competentes: Banco de Leite Humano (BLH - 2 ou 3), em funcionamento na macrorregião.	MS/SESAB/SMS
Habilitar 01 Casa de Gestantes Bebês e Puérperas (CGBP)	Número de CGBP habilitadas	0	0	1	1	Identificação das necessidades para habilitação da unidade	SESAB
Ampliar para 60% o número de Parto vaginal de risco habitual, segundo território de residência das gestantes da macrorregião.	Proporção de parto normal, segundo local de residência	52,99 (CAMAB-2023)	55%	60%	60%	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	MS/SESAB/SMS
						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	SESAB/SMS

						Solicitação de habilitação dos Centro de Parto Natural (CPN) em funcionamento na macrorregião	SESAB/SMS
						Estruturação dos Hospitais Locais existentes na Macrorregião, pra que os partos vaginais de risco habitual possam ser realizados.	SESAB/SMS
Habilitar 2 ambulatórios de seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal (A-SEG) na macrorregião.	Número de ambulatórios A-SEG habilitados	0	1	2	2	Definição dos serviços de atendimento ambulatorial aos recém-nascidos e crianças egressos	MS/SESAB
						Adequação da infraestrutura física e equipamentos dos ambulatórios	SESAB/SMS
						Acompanhamento da solicitação de habilitação	SESAB/SMS
						Monitoramento do funcionamento dos A-SEG	MS/SESAB/SMS
Habilitar 2 ambulatórios(s) de gestação e Puerpério de Alto risco (AGPAR), na macrorregião	Número de ambulatórios AGPAR habilitados	0	1	2	2	Definição dos serviços para atendimento ambulatorial a gestantes e puérperas.	MS/SESAB
						Adequação da infraestrutura física e equipamentos do(s) ambulatório(s)	MS/SESAB/SMS
						Acompanhamento da solicitação de habilitação	SESAB/SMS
						Monitoramento do funcionamento dos AGPAR	MS/SESAB/SMS
Aderir ao Programa Mãe Bahia 100% dos municípios elegíveis	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
OBJETIVO: Aprimorar as ações e serviços voltados para atenção integral à saúde 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		
Implantar metodologia de vinculação de gestantes ao local de parto em 100%	Percentual de municípios com metodologia de	0%	50%	75%	100%	Instituição de comissão municipal multiprofissional para implantação de diretriz clínica	SMS

dos municípios da macrorregião, de acordo com a estratificação de risco.	vinculação das gestantes ao local do parto, implantada					Utilização da diretriz clínica e terapêutica para a linha de cuidado materna e infantil definida pelo Estado da Bahia	SMS
						Implantação da estratificação de risco no pré-natal com base no documento orientador da SESAB	SESAB/SMS
						Implantação do fluxo e mapa de vinculação (Plano de Parto em conjunto com a gestante)	SMS
						Apresentação mensal relatório ao comitê executivo macrorregional	SESAB/SMS
Vincular 100% das gestantes a maternidade/hospital de referência	Percentual de gestantes que realizaram parto na maternidade/hospital de referência	0%	50%	75%	100%	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)	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 da necessidade de estruturação para habilitação de CPN, de acordo com a necessidade da macrorregião e que atenda critérios/regulamentação técnicas estabelecidas.	SESAB/SMS
						Garantia do atendimento da primeira consulta com o pediatra no próprio município.	SMS
Ampliar para 80% a captação precoce das gestantes (até 12 semana)	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a	56,83 (CAMAB, 2023Q3)	80%	80%	80%	Cadastramento das gestantes por ACS	SMS
						Estratificação de risco familiar, identificação de subgrupos populacionais, identificação do risco gestacional e puérpera	SMS

	primeira até a 12ª semana de gestação					Elaboração do manual de Manejo do pré-natal na unidade básica de saúde	SESAB/SMS
						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 macrorregião	Proporção de Nascidos Vivos com mães de 10 a 19 anos	15,71 (CAMAB, 2023)	15,08	14,47	13,89	Ampliação 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 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% ao ano	Taxa de mortalidade infantil ocorridas na macrorregião	14,56 (CAMAB, 2023)	13,1	11,79	10,61	Capacitação para as equipes das maternidades quanto a assistência ao neonato durante o trabalho de parto e as equipes de UTI 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
						Capacitação de profissionais para qualificação da causa de óbito	SESAB
Reduzir a Mortalidade materna em 25% até 2027	Taxa da Mortalidade materna, ocorridas na macrorregião	53,52 (CAMAB, 2023)	48,16	43,35	40,14	Capacitação das equipes das maternidades quanto a assistência à mulheres durante o trabalho de parto e pós parto.	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 Equipes de Saúde da Família.	SMS
Reduzir a Mortalidade materna em 50% para gestantes negras até 2027.	Razão da Mortalidade materna em gestantes negras, ocorridas na macrorregião	59,76 (SIM, 2023)	47,8	38,24	29,88	Implementação de protocolos hospitalares contra a violência obstétrica e incentivo à presença de acompanhantes durante o parto	SESAB/SMS
						Capacitação das equipes das maternidades e pré-natalistas quanto a assistência ao pré-natal, parto e nascimento	SESAB/SMS
						Estabelecimento de protocolo de alta segura nas maternidades	SESAB/SMS
						Realização da visita puerperal pelas Equipes Saúde da Família (ESF).	SMS
Alcançar 100% dos municípios com adesão de no mínimo 1 equipe multiprofissional na APS	Percentual dos municípios com adesão de no mínimo, 1 equipe multiprofissional, na APS	74% (EGESTOR)	100%	100%	100%	Adesão dos municípios à equipe multidisciplinares para dar suporte às equipes de saúde da família.	SMS
						Matriciamento pelas equipes multi dos profissionais das ESF para manejo das pessoas com HAS e DM	SMS
						Oferta de apoio multiprofissional (psicológico e/ou médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, farmacêuticos, assistentes sociais) e informações claras para cuidadores e familiares, que desempenham um papel crucial no suporte ao paciente oncológico.	SMS

						Matriciamento das Equipes de Saúde da Família pelo serviço especializado	SMS
Alcançar 50% de hipertensos e diabéticos com risco estratificado na APS	Percentual de hipertensos e diabéticos com risco estratificado na APS	0%	20%	30%	50%	Utilização da escala da estratificação de risco definida no desenho da linha de cuidado aprovada que será utilizada pelos municípios	SESAB/SMS
						Organização de treinamentos para os profissionais de saúde das unidades para aplicação correta da escala, com sessões presenciais e online.	SESAB/SMS
						Formação de multiplicadores	SESAB/SMS
Reduzir em 20% o percentual de internações por amputação de pé/tarso e membros inferiores, devido a complicações de diabetes mellitus	Percentual de internação por amputação de pé/tarso e membros inferiores, devido a complicações de diabetes mellitus	5,95 (CAMAB, 2023)	5,35	4,81	4,76	Estruturação de 100% das Unidades de Saúde da APS com protocolos de prevenção e manejo do pé diabético	SESAB/SMS
						Ampliação da oferta de consultas especializadas em angiologia e endocrinologia para manejo avançado do diabetes	SESAB/SMS
						Expansão da cobertura de exames de triagem (sensibilidade, doppler vascular) em pacientes diabéticos de risco	SESAB/SMS
						Criação da linha de cuidado do pé diabético, garantindo acesso a tratamento precoce e qualificado.	SESAB/SMS
						Capacitação de 100% das equipes da APS em prevenção, diagnóstico e manejo do pé diabético	SESAB/SMS
						Disponibilização de calçados adaptados e materiais para cuidados com os pés	SESAB
Reduzir em 25% a taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)	Taxa de Internação Hospitalar por Acidente	6,43 (CAMAB, 2023)	6,1	5,8	4,82	Expansão da cobertura de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na APS para 80%	SMS

	Vascular Cerebral de pessoas de 30 a 59 anos					Expansão da adesão ao tratamento farmacológico e mudanças de estilo de vida de no mínimo 90% dos pacientes diagnosticados com disponibilização do acesso regular a medicamentos essenciais na farmácia básica	SESAB/SMS
						Estruturação de protocolo de detecção precoce e estratificação de risco nas Unidades Básicas de Saúde, com foco na redução do tempo de espera para consulta com cardiologista e neurologista e acesso a exames de rastreamento (MAPA, Holter, doppler de carótidas) para 100% dos pacientes de risco	SESAB/SMS
						Implementação do protocolo de AVC em 100% das portas de urgência e expansão do acesso ao trombolítico nos serviços de referência	SESAB/SMS
OBJETIVO: Aprimorar o sistema logístico da RAS							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Apresentar dois relatórios semestrais de monitoramento da utilização do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), visando aumentar a transparência e a eficácia na gestão dos recursos e serviços de saúde.	Número de relatórios de monitoramento apresentados em CIR	0	2	4	6	Levantamento de informações da Macrorregião de Saúde (número de paciente que utilizam serviço, trechos de deslocamento, custo, número de estadias e o que mais couber)	SMS
						Análise para priorizar áreas críticas	SMS
						Informatização dos processos	SMS

Implantar um protocolo de Regulação do acesso para integração dos Serviços ambulatoriais e hospitalares em 100% dos municípios da macrorregião	Percentual de municípios com Protocolo implantado	0%	30%	60%	100%	Desenvolvimento de protocolos claros para facilitar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção.	MS/SESAB/SMS
						Organização dos fluxos de referência e contrarreferência	SESAB/SMS
						Articulação para responder a necessidade de envolver as Regulações municipais nos encontros do Colegiado de Coordenadores da Atenção Primária/ Encontros da Vigilância da Saúde e Vigilância Saúde do Trabalhador e Trabalhadora.	SESAB/SMS
						Atualização contínua dos protocolos de referência e contrarreferência mantendo os gestores municipais e prestadores informados para uso adequado destes.	MS/SESAB/SMS
Ampliar a utilização das ofertas do Telessaúde, para os 38 municípios da macrorregião.	Número de municípios que utilizam as ofertas da Telessaúde na macrorregião	30 (Monitoramento Telessaúde, 2023)	38	38	38	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
						Inclusão do Telessaúde nos planos municipais de saúde, fortalecendo a sua institucionalização e garantindo apoio financeiro e técnico	SMS
Implantar o e-SUS Regulação, em 100% dos		0%	30%	50%	100%	Verificação dos sistemas de regulação utilizados nos 38 municípios da Macrorregião	MS/SESAB/SMS

municípios da macrorregião	Percentual de municípios com e-SUS regulação implantado					Apresentação em CIR proposta de sistema único que atenda os fluxos assistenciais e de acordo com Protocolos de saúde para utilizado por todas as unidades de saúde e gestores públicos, no âmbito do SUS	MS/SESAB/SMS
						Diálogo com os gestores sobre a importância de implantação do e-SUS regulação nos municípios	MS/SESAB
						Identificação dos sistemas de regulação utilizados pelos 38 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 que 100% dos municípios disponibilizem transporte sanitário para as gestantes	Percentual de Municípios que disponibilizam transporte sanitário para gestantes	0%	100%	100%	100%	Aquisição de veículos para transporte sanitário das gestantes	SESAB/SMS
						Organização do fluxo para utilização do transporte sanitário	SESAB/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, do 3º ao 5º dia de vida, na macrorregião.	Percentual dos Recém-nascidos com teste do pezinho realizado oportunamente, na macrorregião	50,11% (Sistema de informação em triagem neonatal/DGC, 2023)	100%	100%	100%	Visita domiciliar na primeira semana de vida	SMS
						Oferta do teste do pezinho em todas as UBS diárias nos dois turnos	SMS
						Alta segura com contrarreferência para a APS	SMS
	Proporção de gestantes com realização de	74,23% (CAMAB 2023)	100%	100%	100%	Identificação dos municípios que realizam o tratamento de sífilis	SESAB/SMS

Ampliar a testagem dos exames para Sífilis e HIV para 100% das gestantes	exames para Sífilis e HIV					Ampliação do número de executores (profissionais de saúde) do Teste Rápido na Atenção Primária	SMS
						Notificação dos casos das gestantes com sífilis e HIV	SMS
						Identificação dos casos das gestantes com sífilis e HIV	SMS
						Realização de tratamento adequado nas gestantes e suas parcerias com sífilis e HIV.	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)	53,26% (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 em CIR, do fluxo de encaminhamentos com pactuação adequada	SESAB/SMS
						Aprimoramento da acessibilidade com ampliação da oferta do serviço	SESAB/SMS
OBJETIVO: Qualificar a produção dos dados, a integração e interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Qualificar o registro de dados de saúde em 100% dos municípios, visando	Percentual de municípios com Unidades de Saúde Integradas ao Sistema	0%	30%	60%	100%	Padronização dos Dados de Saúde	SESAB/SMS
						Descrição do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária e Sistema de Regulação	SESAB/SMS

garantir a precisão, integridade e utilização	Nacional de Informação (SUS Digital)					Integração dos protocolos clínicos de triagem e rastreamento aos sistemas de informação de saúde municipais e estaduais, como e-SUS e SISREG, para garantir o registro correto e o monitoramento das ações realizadas.	SESAB/SMS
Realizar 03 capacitações ao ano em sistema de informação em saúde	Número de capacitações realizadas em sistema de informação em saúde por ano	0	3	6	9	Levantamento da necessidade de capacitação	SESAB/SMS
						Articulação com Escola Estadual de Saúde Pública oferta de cursos de formação em Sistemas de Informação	SESAB
						Liberação de profissionais e custeio das despesas de deslocamento para realização dos cursos	SMS

DIRETRIZ: Aprimoramento da integração das ações de vigilância à RAS

OBJETIVO: Integrar atenção primária e vigilância em saúde para qualificação do cuidado em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) com foco na Oncologia, Hipertensão e Diabetes Mellitus na macrorregião com ênfase na prevenção e diagnóstico precoce

META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar atividades educativas de fortalecimento da integração entre Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde na qualificação dos cuidados em oncologia em 38 municípios da macrorregião	Número de municípios que realizaram atividades educativas de fortalecimento da integração entre Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde na qualificação dos cuidados em oncologia.	0	15	26	38	Realização das oficinas de capacitação para profissionais de saúde sobre como operar o Siscan, realizar notificações, fluxos e protocolos de vigilância em saúde.	SESAB
						Produção de materiais educativos sobre sinais, sintomas e prevenção do câncer para serem utilizados em consultas na atenção primária. Promover campanhas educativas regionais sobre prevenção e fatores de risco oncológicos, alcançando 50% da população-alvo da macrorregião no primeiro ano da ação.	SESAB/SMS
						Distribuição dos materiais	SESAB/SMS
						Educação permanente através dos colegiados de gestores.	SESAB/SMS

						Desenvolvimento de protocolos de comunicação entre a atenção primária e a vigilância em saúde para a notificação e acompanhamento de casos suspeitos de câncer.	SESAB
						Realização de reuniões trimestrais entre equipes de APS e vigilância para discutir casos e melhorar fluxos de trabalho.	SESAB
Aumentar a cobertura das mulheres de 50 a 69 anos, que realizaram os exames de mamografia para rastreamento do câncer de mama, em 0,7 (Meta INCA)	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos	0,06 (SIA/SUS, 2023)	0,7	0,7	0,7	Integração com Equipes de Saúde da Família para sensibilizar e incentivar mulheres a realizarem mamografias, através das visitas domiciliares para informar e agendar as mamografias	SESAB/SMS
						Aprimoramento da acessibilidade aos Exames com ampliação do número de unidades de saúde que oferecem mamografias, e extensão dos horários de funcionamento destas unidades de saúde	SESAB/SMS
						Monitoramento continuamente a taxa de mamografias realizadas e ajustar as estratégias conforme os resultados, identificando áreas de baixo desempenho.	SESAB/SMS
Aumentar a cobertura das mulheres de 25 a 64 anos, que realizaram os exames citopatológicos para rastreamento do câncer do colo do útero, em 0,7 (Meta INCA)	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	0,27 (SIA/SUS, 2023)	0,7	0,7	0,7	Desenvolvimento de campanhas de conscientização para informar as mulheres sobre a importância do exame de Papanicolaou na detecção precoce do câncer de colo do útero.	SESAB/SMS
						Realização de Capacitação de profissionais para coleta do preventivo ginecológico.	SESAB/SMS
						Aprimoramento da Acessibilidade aos Exames com ampliação do número de unidades de saúde que oferecem a coleta do citopatológico, e extensão dos horários de funcionamento destas unidades de saúde	SESAB/SMS

						Monitoramento continuamente a taxa de citopatológicas realizadas e ajustar as estratégias conforme os resultados, identificando áreas de baixo desempenho.	SESAB/SMS
Reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura de 30 a 69 anos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos	283,71 / 100.000 habitantes (SIM, 2023)	278,03	272,48	267,03	Promoção de políticas e programas intersetoriais com foco nas DCNT na macrorregião	MS/SESAB/SMS
						Produção de informações baseadas em evidências para a tomada de decisões (Boletins, Fóruns, Seminários, tec.)	MS/SESAB/SMS
						Implementação de programas de educação sobre hábitos saudáveis (alimentação balanceada, atividade física regular, controle do tabagismo e do consumo de álcool) no território	SMS
						Promoção de campanhas de conscientização sobre os riscos das DCNTs, como doenças cardíacas, diabetes e câncer	SMS
						Incentivo ao rastreamento precoce e a detecção de fatores de risco, como hipertensão, colesterol alto e diabetes.	SESAB/SMS
OBJETIVO: Integrar a vigilância em saúde à rede de serviços de apoio e diagnóstico para qualificar o cuidado em oncologia na macrorregião							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Monitorar a qualidade da coleta e análise dos exames prioritários em 100% dos municípios que ofertam exames de diagnóstico	Percentual de serviços diagnósticos com qualidade da coleta e análise dos exames	0%	40%	70%	100%	Implantação de protocolo com fluxos de integração entre a vigilância em saúde e os pontos de atenção, incluindo o encaminhamento rápido de pessoas com sinais de alerta oncológicos para unidades de referência oncológica, na macrorregião.	SESAB/SMS

						Avaliação da qualidade das amostras para exames de anátomo e citopatológico coletadas por profissionais nos serviços de atenção primária e nos ambulatórios e hospitais prestadores de serviço do SUS, utilizando indicadores de desempenho e execução.	SESAB
						Avaliação da qualidade da análise das peças e exames de anátomo e citopatológico nos serviços de apoio diagnóstico, prestadores de serviço do SUS, utilizando indicadores de desempenho e execução.	SESAB
Ofertar em 100% dos serviços atividades de qualificação para profissionais dos serviços de apoio e diagnóstico para identificação e comunicação eficiente com a rede de vigilância e atenção primária, com ao menos uma capacitação anual, da macrorregião	Percentual de serviços com atividades de qualificação dos profissionais dos serviços de apoio e diagnóstico para identificação e comunicação eficiente com a rede de vigilância e atenção primária da macrorregião.	0%	100%	100%	100%	Realização de capacitação para profissionais dos serviços de apoio e diagnóstico para identificação e comunicação eficiente com a rede de vigilância e atenção primária.	SESAB/SMS
OBJETIVO: Fortalecer as estratégias de atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora na macrorregião							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		

Realizar pelo menos uma campanha anualmente de educação e prevenção problemas relacionados a saúde do trabalhador em 100% dos municípios da Macrorregião	Número de Campanhas de prevenção realizadas	0	1	2	3	Desenvolvimento de campanhas de conscientização nos locais de trabalho e programas de educação sobre riscos ocupacionais e prevenção de câncer para: Trabalhadores/Trabalhadoras da macrorregião em grupos prioritários conforme o número de casos: Agente Comunitário de Saúde, Agente de Combate a Endemias e trabalhador/trabalhadora rural (exposição ao sol) ; Trabalhadores/Trabalhadoras rural e sanitizadores (exposição ao agrotóxico); Trabalhadores/Trabalhadoras postos de gasolina (exposição a benzeno); Trabalhadores/Trabalhadoras da mineração (exposição a fumos).	SESAB/SMS
						Implementação das campanhas	SESAB/SMS
Implementar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na Rede de Atenção em Saúde (RAS) em 100% dos municípios da Macrorregião, até 2027	Percentual de municípios com Atendimento Multidisciplinar em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora registrado pela RAS com registro no SIASUS	20%	40%	60%	100%	Mapeamento com a identificação dos grupos prioritários de trabalhadores(as) com maior risco de exposição a condições prejudiciais, em todos os municípios da macrorregião até 2026	SESAB/SMS
						Realização de oficina para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (ASSTT) inseridas nos Planos Municipais, Programação em Saúde e Relatório Anual de Gestão	SESAB/SMS
						Elaboração de um plano regional de ação com metas claras, indicadores e responsabilidades compartilhadas entre municípios.	SESAB/SMS
						Realização de capacitação das eSF e eAB no Cadernos de Atenção Básica N° 41 - Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	SMS

						Inserção de ações de saúde do trabalhador no planejamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no escopo da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Implementar ações de vigilância e prevenção de agravos à saúde relacionados ao trabalho em pelo menos 80% das unidades de atenção primária, com foco em doenças ocupacionais e acidentes de trabalho	SMS
						Promoção de formação contínua para as equipes, incluindo médicos, enfermeiros, agentes comunitários e outros, sobre saúde ocupacional e vigilância.	SESAB/SMS
						Capacitação de profissionais de saúde sobre temas de saúde ocupacional e riscos específicos para trabalhadores(as), alcançando todas as equipes de atenção primária da macrorregião, anualmente.	SESAB/SMS
						Criação de uma rede de comunicação entre as equipes de Vigilância em Saúde do Trabalhador e os serviços de atenção primária e especializada para monitorar e gerenciar riscos ocupacionais relacionados ao câncer.	SESAB/SMS
						Promoção de reuniões periódicas entre equipes de Vigilância em Saúde do Trabalhador e as equipes de saúde da atenção primária e atenção especializada para discutir casos e estratégias de prevenção.	SESAB/SMS
Promover campanhas de saúde ocupacional e ações preventivas, em 95% das grandes e médias empresas da Macrorregião até 2027	Percentual de grandes e médias empresas da Macrorregião com campanhas de saúde ocupacional e ações preventivas realizadas pela parceria entre os	0%	60%	75%	95%	Levantamento do número de grandes e médias empresas operantes no município. Realização de campanhas de saúde ocupacional e ações preventivas em parceria essas empresas	SMS
						Estabelecimento de parcerias com empresas locais e sindicatos	SMS

	municípios e as empresas						
Qualificar a notificação das Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT), com foco no câncer ocupacional em 100% dos municípios da macrorregião até 2027	Percentual de municípios da macrorregião com qualificação das DRT ofertado	0%	0%	90%	100%	Realização de capacitação para notificação das ADRT no SINAN, com foco no câncer ocupacional	SESAB
OBJETIVO: Implementar as ações de Vigilância em Saúde em todos os níveis de atenção no âmbito da prioridade sanitária materna e infantil							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Alcançar 1,8 na taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 01 ano	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (SC) em menores de 1 ano	4,50 (CAMAB, 2023)	1,8	1,8	1,8	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
						Distribuição de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites nas UBSs durante o pré-natal.	SESAB/SMS
						Implementação da Câmara Técnica macrorregional de Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e outras ISTs	SESAB/SMS
						Notificação dos casos das gestantes com sífilis;	SMS
						Investigação dos casos das gestantes com sífilis;	SMS
Ampliar para 100% o percentual de municípios com alcance de pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional de	Percentual de municípios com alcance de pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças	73,68 (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

Vacinação para crianças menores de dois anos de idade	menores de dois anos de idade					Distribuição adequada das vacinas na rede de serviços locais	SESAB
						Realização de Mostras de Experiências Exitosas e Replicáveis para estimular o aumento da cobertura vacinal nas crianças	SESAB/SMS
						Implantação dos Sistema de Informação voltado para vacinas	SESAB/SMS
						Operacionalização dos Sistema de Informação voltado para vacinas	SESAB/SMS
						Monitoramento mensal das coberturas vacinais em crianças de acordo com o calendário vacinal	SESAB/SMS
Alcançar 100% a proporção de óbitos maternos investigados	Proporção de óbitos maternos investigados	100% (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Apresentação trimestral dos resultados em CIR.	SMS
						Criação de câmaras técnicas de investigação de óbitos maternos e infantis nos municípios sede de região;	SMS
						Criação de câmaras técnicas de investigação de óbitos maternos e infantis nas Regiões de Saúde;	SESAB/SMS
						Divulgação dos manuais de investigação do óbito materno, fetal e infantil para as(os) profissionais de saúde;	SESAB/SMS
						Implementação medidas corretivas baseadas nas causas identificadas durante as investigações em até 6 meses após cada investigação.	SESAB
Alcançar 100% a proporção de óbitos infantis investigados	Proporção de óbitos infantis investigados	74,61 (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
Realizar 02 ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), por ano, sobre a Vigilância em Saúde e Assistência na temática Materna e Infantil na Macrorregião	Número de ações educativas realizadas no ano na macrorregião	0	2	4	6	Busca de parceria com a Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) e Escola Estadual de Saúde Pública (ESSP/BA), para promoção de ações de EPS, às equipes municipais da atenção primária e atenção hospitalar;	SESAB/SMS
						Definição de calendário com os temas de EPS, de acordo com as necessidades loco regionais;	SESAB/SMS
						Divulgação nas CIR a adesão dos municípios nas ações de EPS.	SESAB/SMS
						Estímulo a adesão dos municípios nas ações de EPS.	SESAB/SMS
DIRETRIZ: Valorização da gestão do trabalho e do(a) trabalhador(a) no SUS/BA							
OBJETIVO: Implementar a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde nas RAS, por meio da pactuação das ações nos espaços regionais de articulação educação-trabalho (Comissões Intergestores Regional-CIR, Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço-CIES, Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde-COAPES)							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Formalizar as responsabilidades entre a gestão da saúde, as instituições de ensino na área da saúde e os prestadores de serviços, com pelo menos um acordo para integração ensino-serviço conforme as necessidades da população da macrorregião.	Número de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) assinado	0	0	1	1	Participação na implementação da instância intersetorial e interinstitucionais permanente (CIES) na macrorregião.	SESAB/SMS
						Manutenção de recursos financeiros para apoiar o funcionamento da CIES	MS
						Monitoramento do processo elaboração do COAPES na macrorregional.	MS/SESAB/SMS

Desenvolver pelo menos três momentos de planejamento integrado das intervenções nas áreas de Educação na saúde e Gestão do trabalho em saúde na macrorregião.	Número de eventos/reuniões macrorregionais com realização de discussão e planejamento integrado das ações/estratégias de gestão do trabalho e educação na saúde.	1	1	2	3	Implementação de grupos e/ou câmara técnicas de discussão sobre a Gestão do Trabalho e Gestão da Educação nas CIR.	CIR
						Mobilização das(os) gestoras(es) e trabalhadoras(es) para inclusão das ações/estratégias de gestão do trabalho e educação na saúde nos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação municipais.	MS/SESAB
						Organização de espaço macrorregional para discussão das ações/estratégias de gestão do trabalho e da educação em saúde de interesse comum.	MS/SESAB/SMS
						Descentralização de recursos financeiros e apoio técnico para a mobilização de eventos/reuniões macrorregionais para discussão das ações/estratégias de gestão do trabalho e da educação em saúde.	MS/SESAB
OBJETIVO: Desenvolver estratégias para provimento de vínculos de trabalho protegidos, valorização e fixação dos(as) trabalhadores(as) nos postos de trabalho existentes/ necessários.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Incluir a discussão e a pactuação de estratégias de contratação, fixação e valorização de trabalhadoras(es) da saúde dos serviços de referência regional em pelo menos quatro reuniões dos	Número de Comissões Intergestores Regional (CIR) com realização de discussão e pactuação de estratégias de contratação, fixação e valorização de trabalhadoras(es) da	0	1	2	4	Promoção de discussão sobre os modelos de gestão dos serviços de saúde e os impactos nos tipos de vínculos, jornada de trabalho, carreiras e avaliação de desempenho nas CIR.	CIR/SESAB
						Realização de mapeamento das condições de vínculo e valorização de trabalhadoras(es) nos serviços de referência regional.	SESAB

espaços colegiados regionais.	saúde dos serviços de referência regional.					Elaboração de materiais para discussão e de propostas para estratégias de contratação, fixação e valorização de trabalhadoras(es) da saúde dos serviços de referência regional.	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		
Mobilizar gestoras(es) e trabalhadoras(es) da saúde da macrorregião para inclusão das temáticas de humanização, equidade, valorização do trabalho e enfrentamento às diversas formas de violência relacionadas ao trabalho em saúde na DOMI em 30% dos Planos Municipais de Saúde 2026-2029.	Percentual de Planos Municipais de Saúde 2026-2029 com pelo menos um dos temas (humanização, equidade, valorização do trabalho e enfrentamento às diversas formas de violência relacionadas ao trabalho) incluídos na DOMI.	0%	0%	30%	30%	Discussão técnica sobre humanização, equidade, valorização do trabalho e enfrentamento às diversas formas de violência relacionadas ao trabalho e formas de mobilização nas CIR.	CIR
						Apoio a elaboração/implantação de políticas, programas e projetos Humanização das relações e condições de trabalho a nível municipal.	SESAB
						Qualificação de trabalhadoras(es) e gestoras(es) da macrorregião, com ofertadas educativas da Escola de Saúde Pública, incluindo as temáticas de equidade de gênero, raça, cor e etnia nas ações.	SESAB
Garantir a implementação de estratégias de saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador no SUS em 100% dos serviços de saúde de referência regionais.	Percentual de serviços de saúde de referência regional com estratégias e/ou projetos, programas, políticas de segurança e saúde da trabalhadora e do trabalhador implementadas.	0%	50%	75%	100%	Apoio para elaboração e implantação de estratégias de saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador no SUS em todos os serviços de saúde de referência regionais.	SESAB/SMS
						Monitoramento e fiscalização dos aspectos de saúde e segurança de trabalhadoras(es) nos contratos com prestadores de serviços.	SESAB/SMS
OBJETIVO: Reorganizar os processos e fluxos de trabalho na RAS							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS

		2025	2026	2027			
Ampliar o número de municípios que realizaram teleconsultas e teleconsultoria ou matriciamentos para APS, realizados pelos serviços de referência (Policlínicas e Unacon), para 38	Número de municípios que realizaram teleconsultas e teleconsultoria ou matriciamentos para APS, realizados pelos serviços de referência (Policlínicas e Unacon).	34 (Monitoramento Telessaúde, 2023)	38	38	38	Expansão de serviços de teleconsulta, telemonitoramento e segunda opinião, especialmente para áreas remotas, reduzindo deslocamentos desnecessários e diminuindo o tempo de espera.	MS/SESAB/SMS
						Compartilhamento de informações clínicas entre diferentes níveis de atenção para melhorar a coordenação do cuidado e a satisfação com o trabalho.	SESAB/SMS
						Integração de sistemas de informação e capacitação de profissionais para o uso das tecnologias relacionadas ao telessaúde.	MS/SESAB/SMS
						Ampliação da capacidade resolutiva de profissionais e a qualidade da assistência prestada aos usuários e usuárias, relacionado a atenção as pessoas com suspeita e diagnóstico de neoplasias em tempo oportuno, por meio da integração com a APS e a adesão e/ou expansão de telessaúde	SMS
DIRETRIZ: Fortalecimento da Gestão estratégica e Controle Social							
OBJETIVO: Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa para atuação macrorregional							
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 de Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional estruturado.	0	1	1	1	Implantação do Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional	MS/SESAB/SMS
						Apresentação dos relatórios de monitoramento produzidos pelo CEGRAS nos espaços colegiados.	CEGRAS
						Realização de educação permanente para os gestores municipais	SESAB

Monitorar 100% as maternidades de atendimento a gestação de alto risco	Percentual de maternidades de atendimento a gestação de alto risco monitoradas	0%	100%	100%	100%	Apresentação nas CIR dos relatórios de monitoramento e avaliação;	CEGRAS
						Discussão de estratégias de melhoria das ações;	SESAB/SMS
						Proposição para implantação de estratégias de melhoria das ações.	SESAB/SMS
Monitorar uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) para garantir a qualidade do atendimento prestado aos pacientes oncológicos.	Número de UNACON monitorada	0	1	1	1	Avaliação da taxa de ocupação de leitos oncológicos e do tempo médio de internação.	SESAB/SMS
						Avaliação da taxa de mortalidade e sobrevida dos pacientes.	SESAB/SMS
						Monitoramento da incidência e prevalência dos tipos de câncer atendidos pelas UNACONS.	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 (apresentação de boletim, seminários, mostra, cursos) de divulgação da regionalização implantadas nos espaços colegiados (CIR, CMS)	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	MS/SESAB/SMS
						Organização da logística para realização dos eventos.	MS/SESAB/SMS
Expandir para 100% dos municípios o acesso a Ouvidoria SUS (unidades, núcleos, nível central e municípios)	Percentual de municípios com ouvidorias em funcionamento	13%	39%	53%	100%	Realização de atividades de educação permanente em saúde para trabalhadores da rede de ouvidorias SUS-BA	SESAB
						Realização de atividades de apoio institucional às ouvidorias da rede SUS Bahia, como: visita técnica, monitoramento dos processos, reunião com gestores, entre outras	SESAB/SMS
						Realização de ações regionais de apoio matricial às ouvidorias da rede SUS Bahia, como: participação em CIR/CIB, caravanas regionais da ouvidoria, apoio matricial às ouvidorias por região de saúde	SESAB

OBJETIVO: Inserir as prioridades da Linha de Cuidado Oncológica no ciclo de planejamento municipal							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Inserir a temática oncologia nos 38 Planos Municipais de Saúde (2026-2029)	Número de Planos Municipais Saúde (2026-2029) com a temática oncologia inserida	0	0	38	38	Apresentação em CIR quanto a importância da prioridade sanitária	MS/SESAB/SMS
						Sensibilização dos gestores em reuniões de CIR quanto a importância da prioridade sanitária	MS/SESAB/SMS
Apresentar 1 relatórios de Monitoramento e Avaliação da qualidade do atendimento oncológico nas CIR por ano	Número de relatórios de monitoramento e avaliação apresentado nas CIR por ano	0	2	4	6	Realização de auditorias e avaliações periódicas nos serviços de atendimento em oncologia, identificando pontos críticos para propor melhorias contínuas.	SESAB
						Elaboração de estudo relacionado ao Tempo Médio entre diagnóstico e tratamento; Taxas de sobrevida e Satisfação dos pacientes.	SESAB
						Publicização de boletim informativo dos relatórios de monitoramento e avaliação	SESAB

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)⁴¹ 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)⁴² determina que o planejamento estadual deve considerar a regionalização e as necessidades dos municípios. A Lei Complementar nº 141/2012⁴³, 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, 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 elaborado 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 nos 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. 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 se constitui em instrumento que consolida o processo de planejamento na Macrorregião de Saúde Centro Norte. É um produto da construção participativa e descentralizada, que reuniu esforços e saberes dos diversos atores municipais, do âmbito central e regional da Sesab e do Ministério da Saúde. Ainda em construção, o Plano utilizou diferentes metodologias e instrumentos, adequando-se às mudanças e desafios enfrentados neste processo.

A análise da situação de saúde na MRS-Centro Norte indica fragilidades na oferta de serviços de saúde bem como em intervenções efetivas para o enfrentamento dos problemas de saúde. Não se registra melhorias significativas nos indicadores e nas taxas analisadas, cujos resultados apontam para valores aquém dos parâmetros da OMS. É necessário, portanto, relacionar os dados da análise da situação de saúde na macrorregião com indicadores sócio sanitários.

A existência de 32 municípios, dos 38 que compõem a macrorregião, como em situação de extrema pobreza é um dado significativo que explica a razão de não se obter avanços positivos nos indicadores de saúde.

Em relação a prioridade sanitária Atenção à pessoa com neoplasia e Atenção à saúde materna e infantil os resultados indicam fragilidades na RAS. Ainda que se registre oscilação na curva da RMM da MRS-Centro Norte, e as neoplasias prevalentes que elevam a mortalidade da população masculina e feminina (como o câncer de próstata e de mama) geralmente são evitáveis por meio de detecção precoce, revelando que a organização da RAS ainda não permite o acesso aos serviços, dentre outros fatores.

É necessário avançar com a análise do modelo de atenção e a resolutividade da RAS para cada prioridade sanitária, haja vista que com a alta cobertura da APS, espera-se um rastreamento efetivo, como também a vinculação do usuário ao serviço de diagnóstico e de atenção ambulatorial, inclusive em estabelecimentos específicos para atender as prioridades sanitárias.

Considerando o contexto socioeconômico e epidemiológico da macrorregião, é necessária a reorganização e implementação da RAS. Identifica-se a necessidade de investimentos em tecnologia, maior aporte financeiro e recomposição da força de trabalho em saúde na macrorregião 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 melhorias na qualidade de vida da população.

A consolidação do Plano Macrorregional de Saúde da Macrorregião Centro Norte 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.

Reconhece-se como limitação a ausência neste plano de uma Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, sendo ela parte PRI que, em processo de negociação e pactuação entre entes federativos, define os quantitativos físicos e financeiros das Ações e Serviços Públicos de Saúde a serem realizadas na MRS. No entanto, considerando que até o momento da conclusão deste documento, não estava disponível o sistema atualizado do ProgramaSUS ou nova ferramenta em desenvolvimento pelo Ministério da Saúde, bem como definido fontes de financiamentos na perspectiva regional, buscou-se contemplar a programação de ações e serviços na DOMI e assumiu-se o compromisso de completar e/ou revisar este Plano com quantitativos físicos e financeiros posteriormente.

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 Norte 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 uma população.
Análise de Situação de 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 do 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	Vulnerável. Área reconhecidamente sem transmissão para determinada doença, mas cujas condições ambientais, associadas a precárias condições socioeconômicas e de saneamento, tornam a área sob risco.
C	
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 integrarem a RAS-SUS.
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 ser 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. Presta 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 (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 (municipal, estadual, do Distrito Federal ou federal) 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 predefinidas 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 de 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 subconceitos: 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, implementados 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 n. 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 financiados pelo SUS que após o processamento geram relatórios para os gestores que lhes possibilitem fazer o pagamento.
Sistema de Informação em Saúde	Fluxo e 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 os óbitos ocorridos no território nacional a cada ano. O SIM foi o primeiro Sistema de Informações em Saúde criado no Brasil, em 1975, e é responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS. As informações do SIM estão disponíveis anualmente no site do DATASUS.
Sistema de Nascidos 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 UTIN ou 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, probóscides, asas ou trato gastrointestinal contaminados e onde não há multiplicação ou modificação do agente. Vetores biológicos são aqueles em que os agentes desenvolvem algum ciclo vital antes de serem disseminados ou inoculados no hospedeiro.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 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 em 18 dez de 2024]. Disponível em: https://bvsmms.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*; 44 (supl.1): 1-184, jan-mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n0.a3205>.
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. 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. Disponível em: http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/Resolucoes/2018/RES_CIB_167_2018.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Nota Técnica n. 13/2021. Nota Metodológica da Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde [Internet]. Brasília (DF), 2021. [citado em 12 out 2024]. Disponível em: Nota Técnica n. 13/2021-CGSB/DESF/SAPS/MS — Ministério da Saúde (www.gov.br).
6. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. [citado em 12 out 2024]. Disponível em: Dados Gerais. Agência Nacional de Saúde Suplementar (www.gov.br).
7. Fundação Oswaldo Cruz. Tuberculose: sintomas, transmissão e prevenção [Internet]. [citado em 29 abr 2021]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/taxonomia-geral-doencas-relacionadas/tuberculose>.
8. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância a Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. [citado em 12 mar 2020]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/apresentacao/>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília (DF). [citado em 29 abr. 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Indicadores e Dados Básicos do HIV/Aids nos Municípios Brasileiros [Internet]. (citado em 17 mai 2021). Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Meningite: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [citado em 29 abr 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/meningites>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [citado em 29 abr 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hv/o-que-sao-hepatites-virais>.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
14. Donalisio MR, Freitas ARR, Von Zuben APB. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. *Rev Saude Publica* 2017; 51 (30): 1-6. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006889>.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Febre amarela: sintomas, transmissão e prevenção [Internet]. Rio de Janeiro; 2021. [citado em 29 abr 2021]. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/febre-amarela-sintomas-transmissao-e-prevencao>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Leishmaniose Visceral: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [citado em 29 abr 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniose-visceral>.
17. Tauil PL. Perspectivas de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2006; 39 (3): 275-277. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822006000300010>.
18. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed. São Paulo: Edusp; 1998.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3 de 28 de setembro de 2017. Institui a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017; 28 set.
20. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos [Internet]. [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitomat.def>.
21. Bahia. Decreto n.10.263 de 08 de março de 2007. Dispõe sobre a notificação do óbito materno e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial do Estado da Bahia 2007; 08 mar. [citado em 9 out 2024]. Disponível em: <https://legislabahia.ba.gov.br/documentos/decreto-10263-no-de-08-de-marco-de-2007>.
22. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbito Infantil [Internet]. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; 2021. [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitoinf.def>.

23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ações com foco na saúde da mulher [Internet]; 2021. [citado em 14 abr 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>.
24. 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) [Internet]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf ISBN 978-65-5993-276-4.
25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2020.
26. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Mortalidade Geral [Internet]. Salvador, BA; 2021 [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obito.def>.
27. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Pactuação Interfederativa 2017-2021. Manual de orientação da Bahia: 2021 [Internet]. [citado em 20 abr 2021]. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/cir>.
28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
29. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade Geral [Internet]. [citado em 16 mar 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/obito.def>.
30. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Curso Doenças Endócrino-Metabólicas e Nutrição [Internet]. [citado em 26 abr 2021]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/cursos-e-eventos/51635>.
32. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diabéticos representam 80% da demanda de próteses de membros inferiores no Cepred [Internet]. [citado em 6 mai 2021]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2016/11/08/diabeticos-representam-80%da-demanda-de-proteses-de-membros-inferiores-no-cepred/>.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde [Internet]. [citado em 22 abr 2021]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde [Internet]. [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/frba.def>.
36. Pan American Health Organization. Regional status report on alcohol and health in the Americas. Washington (DC): PAHO; 2015.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3. Institui a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. [Internet]. [citado em 27 mai 2023]. Brasília (DF). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs>.
38. Souza LEPF, Bahia L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. 2 ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 49-68.
39. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
40. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Atenção Integral à Saúde, Diretoria de Atenção Especializada, Coordenação de Redes de Apoio Especializado. Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023 [Internet]. [citado em 20 jun 2023]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Plano-Estadual-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-ao-C%C3%A2ncer-2016-2023.pdf>.
41. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.
42. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011.
43. BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados pelos entes federativos em ações e serviços públicos de saúde e sobre a transparência e controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012.



ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)

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