

PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE EXTREMO SUL



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

PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE
MACRORREGIÃO DE SAÚDE EXTREMO SUL

SALVADOR

2025



GOVERNO
FEDERAL
TRABALHA
PARA
VIVER



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Jeronimo Rodrigues Souza
GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

Geraldo Júnior
VICE-GOVERNADOR

Roberta Silva de Carvalho Santana
SECRETÁRIA DA SAÚDE

Paulo José Bastos Barbosa
SUBSECRETÁRIO DA SAÚDE

Cícero de Andrade Rocha Filho
CHEFE DE GABINETE

Karlos Figueredo
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (SAIS)

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

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

Monica Hupsel Frank
**SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE REGULAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE (SUREGS)**

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

Emanuele Figuéredo 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

Camila Natali Barros – CIR Teixeira de Freitas

Dalila Batista Leite Ferreira – CIR Teixeira de Freitas

Francisco Borges Rodrigues Neto – MS/SEMS/BA

Jaqueline Alcântara da Rosa Ferreira – CIR Porto Seguro

Jeyson Murayama – SESAB/APG/COPRI – (OPAS/OMS)

Joana Angélica de Oliveira Molesini – SESAB/APG/COPRI

Karla Oliveira Souza Lima – SESAB/NRS

Luma Souza Nunes – CIR Porto Seguro

Marcia Quaresma – COSEMS/BA

Colaboradores

Alan Silva Reis

Beatriz Adriani Miranda Duarte

Cleivisson Moura

Cristiane Câmara Macêdo

Cristina Maria Meira de Melo

Daniel Lucas Medeiros

Eneida Manuela Barqueiro Sena Gomes

Felipe Fontes Costa Pinto

Hadson Namour Rocha de Mattos

Itana Miranda dos Santos

Itanna Vytoria Sousa Serra

Jamille dos Santos Queiroz

Jeyson Murayama

Joana Angélica Oliveira Molesini

Joselma Alves da Silva

Julio Jorge Musse Calzado

Larissa de Faro Valverde

Lucitania Rocha de Aleluia

Lutigardes Bastos Santana

Madalena Braga

Manoel Batista dos Santos

Manoel Henrique de Miranda Pereira

Marcia Ediméia Costa de Matos

Maria Auxiliadora Cordova Christofaro

Naia Neves de Lucena

Pauline Andrade Gomes

Sara Emanuela de Carvalho Mota

Tânia Margarida de Novaes Rocha

Vanessa de Almeida Trevisol

Equipe Técnica de Discussão

Bruno Guimarães de Almeida

Clarissa Leite Campos

Ediraci de Andrade Alves

Edivânia Lúcia Araújo Santos Landim

Joana Angélica Simão Demarchi

Joselma Alves da Silva

Karla Costa Musto

Lis Bandarra Monção

Luciano de Paula Moura

Manoel Henrique de Miranda Pereira

Milena Lima Santos

Ubiraylson Brandão de Andrade

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

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

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

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Macrorregiões e Regiões de Saúde. Bahia, 2007.....	19
Figura 2. Razão de Mortalidade Materna, segundo parâmetros da OMS. Bahia, 2023.....	35
Figura 3. Sistema Organização da RAS.....	79
Figura 4. Percentual de serviços solicitantes dentre os elegíveis por Núcleo Regional de Saúde da Bahia, fevereiro a setembro de 2025.	83
Figura 5. Matriz de Referência da Macrorregião Extremo Sul, 2024-2027.....	86
Figura 6. Diretrizes da Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2021.....	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Cobertura de Assistência Médica Suplementar, segundo município, na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2019.....	24
Tabela 2. Cobertura de Assistência Médica Suplementar segundo sexo dos beneficiários na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2019.....	25
Tabela 3. Cobertura de Assistência Médica Suplementar segundo população e sexo na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2019.....	25
Tabela 4. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica, pneumocócica e outras bactérias) e virais por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2011-2020*.....	29
Tabela 5. Número de amputações de membros inferiores e internação hospitalar com CID de Diabetes Mellitus por alguns procedimentos na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019*.....	43
Tabela 6. Índice de dependência de serviços ambulatorial e hospitalar de alta complexidade por macrorregião de saúde. Bahia, 2021-2022.....	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirâmide etária da população, Macrorregião de Saúde Extremo Sul, 2010, 2019 e 2024*.....	21
Gráfico 2. Número de nascidos vivos na Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2023.....	22
Gráfico 3. Número de casos e coeficiente de incidência da tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019*.....	27
Gráfico 4. Número de casos de Aids e HIV na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2011-2020*.....	28
Gráfico 5. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2011-2020*.....	30
Gráfico 6. Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019*.....	31
Gráfico 7. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019*.....	33

Gráfico 8. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019* .	34
Gráfico 9. Taxa de mortalidade infantil segundo faixa etária por 1.000 nascidos vivos na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019* .	35
Gráfico 10. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos no estado da Bahia e na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019* .	37
Gráfico 11. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019* .	38
Gráfico 12. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019* .	39
Gráfico 13. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019* .	40
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 Extremo Sul. Bahia, 2010-2019* .	42
Gráfico 15. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019* .	44
Gráfico 16. Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019* .	44
Gráfico 17. Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024 .	46
Gráfico 18. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024 .	47
Gráfico 19. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024 .	47
Gráfico 20. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024* .	48
Gráfico 21. Taxa de incidência de Dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Extremo Sul/Bahia, 2015-2024* .	48
Gráfico 22. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024* .	49
Gráfico 23. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2023* .	49
Gráfico 24. Número absoluto de mortalidade materna por raça/cor. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2023* .	50
Gráfico 25. Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2023 .	51
Gráfico 26. Proporção de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2023* .	51
Gráfico 27. Proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2024 .	52

Gráfico 28. Proporção de Partos Normais. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2024.....	53
Gráfico 29. Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024*	53
Gráfico 30. Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2023*	54
Gráfico 31. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024*	54
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 Extremo Sul, 2022-2024	55
Gráfico 33. Proporção de gestante com mais de 7 consultas no pré-natal, na macrorregião Extremo Sul, Bahia, 2014-2023.	56
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 Extremo Sul, 2014 – 2023	57
Gráfico 35. Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024*	58
Gráfico 36. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015 - 2023*.....	58
Gráfico 37. Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014- 2024*	59
Gráfico 38. Razão de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015 - 2024*	60
Gráfico 39. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015 - 2023*	60
Gráfico 40. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2014-2024*	61
Gráfico 41. Percentual de pessoas com Hipertensão Arterial que teve o exame ECG avaliado na APS na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2018-2023*	62
Gráfico 42. Percentual de Hipertensos identificados na APS na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2018-2024*	62
Gráfico 43. Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2014-2023*	63
Gráfico 44. Número de Amputações de membros inferiores decorrente de complicações da Diabetes Mellitus (DM) e de Internações Hospitalares na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2015-2023*	64
Gráfico 45. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2019-2023*	64
Gráfico 46. Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2014-2023*	65
Gráfico 48. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Macrorregião de Saúde. Bahia, 2021.	70

Gráfico 49. Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2013 - 2024*	71
Gráfico 50. Número de leitos obstétricos e de leitos para gestação de alto risco existentes e necessários na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2022.	74
Gráfico 51. Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas à prioridade sanitária na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2022.....	76

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Municípios da Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2023.	20
Mapa 2. Municípios caracterizados como em situação de extrema pobreza na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2019*.....	23
Mapa 3. Cobertura da Atenção Primária à Saúde na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2021.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Número de mulheres que recebem o Benefício Variável à Gestante na Macrorregião de Saúde Extremo Sul, 2011-2020. Bahia, 2022.....	23
Quadro 2. Dimensões e significado da pontuação na Matriz GUT. Bahia, 2021.....	65
Quadro 3. Quantitativo de equipamentos, serviços (urgência e emergência) e sistema logístico disponíveis para o SUS na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2022.	73
Quadro 4. Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2022.....	75
Quadro 5. Número de EAS com registro de procedimentos relacionados com a prioridade sanitária na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2022.....	77
Quadro 6. Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Extremo Sul do Estado da Bahia, 2025.	82
Quadro 7. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Leste do Estado da Bahia, 2025.....	84
Quadro 8. Componentes habilitados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Extremo Sul do Estado da Bahia, 2025.	85
Quadro 9. Escalonamento emergencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Extremo Sul do Estado da Bahia, 2025.	85
Quadro 10. Diretrizes e objetivos para a Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2023.....	89
Quadro 11. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2025.....	91

Sumário

1 INTRODUÇÃO	16
2 CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE EXTREMO SUL	19
2.1 População por sexo e idade	20
2.2 Municípios em situação de pobreza e extrema pobreza	22
2.3 Distribuição do benefício variável à gestante	23
2.4 Cobertura de Assistência Médica Suplementar	24
3 ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE	26
3.1. Doenças infecciosas e parasitárias	26
3.2 Atenção à saúde materna e infantil	33
3.3 Neoplasias	38
3.4 Doenças do aparelho circulatório	40
3.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	41
3.6 Morbimortalidade por causas externas	43
3.7. Atualização estado de saúde	45
3.7.1 Doenças infecciosas e parasitárias	46
3.7.2 Atenção à saúde materna e infantil	49
3.7.3 Neoplasias	57
3.7.4 Doenças do aparelho circulatório	60
3.7.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	63
3.7.6 Morbimortalidade por causas externas	64
4 SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA	65
5 ORGANIZAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	67
5.1 Organização	68
5.1.1 Índice de dependência macrorregional	68
5.1.2 Cobertura da atenção primária à saúde	69
5.3 Central de regulação	71
5.3.1 Central de regulação de urgência	71
5.3.2 Central de regulação do acesso às ações e serviços de saúde	72
5.2 Infraestrutura	72
5.3 Produção de serviço	76
6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	78
6.1 Sistema Organização da RAS	79
6.2 Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne)	80
6.3 Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE)	81
6.4 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	82

6.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)	84
6.6 Rede de Atenção às Doenças Crônicas	85
7 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	87
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE..	102
8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação	103
8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento	103
9. COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
GLOSSÁRIO	109
REFERÊNCIAS	115

1 INTRODUÇÃO

Este Plano Macrorregional de Saúde da Macrorregião de Saúde Extremo Sul (MRS-Extremo Sul) 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-Extremo Sul, ora apresentado, é o resultado do processo do PRI e está acessível no Observatório Baiano de Regionalização (OBR), para gestores, profissionais,

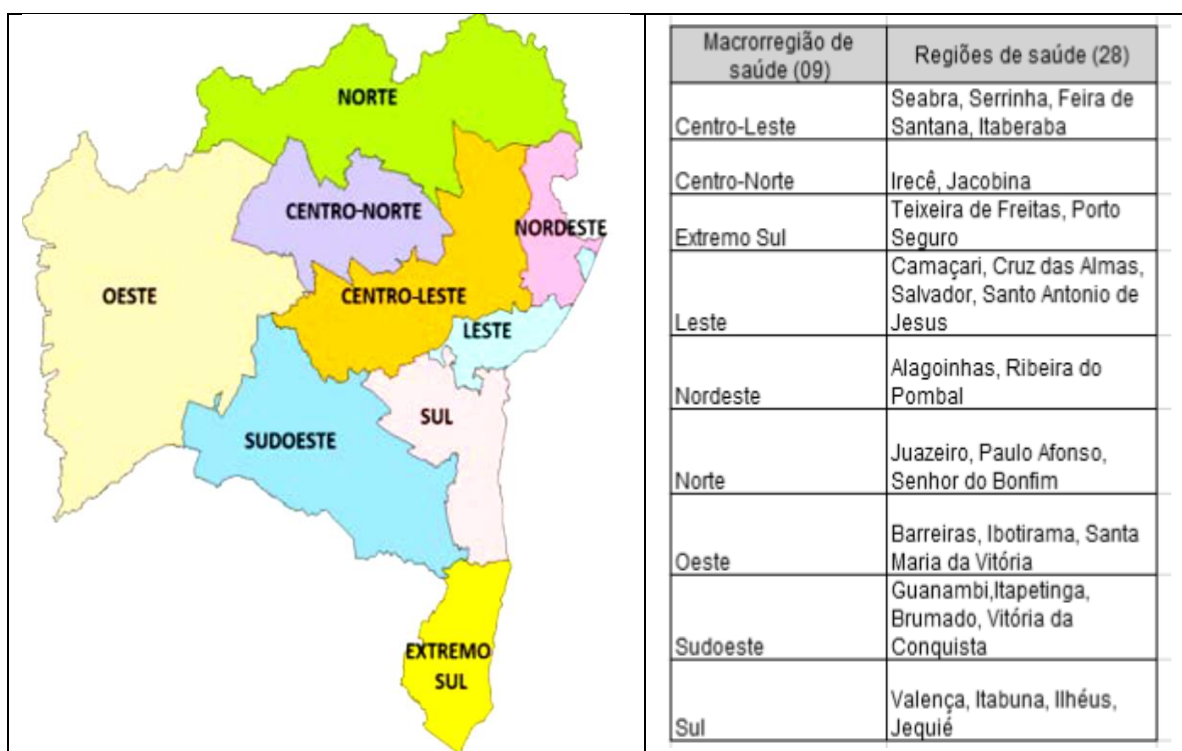
trabalhadores da saúde e comunidade, cumprindo com a finalidade precípua do PRI que é contribuir para a mudança da situação de saúde e avançar no processo de consolidação e democratização do SUS.

2 CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE EXTREMO SUL

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

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

Figura 1. Macrorregiões e Regiões de Saúde. Bahia, 2007



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

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

A área territorial da MRS-Extremo Sul totaliza 30.637.593 km² (IBGE, 2019), onde residem 840.442 habitantes (IBGE, 2020), distribuídos em 21 municípios sendo:

- **07 (sete) municípios com menos de 20 mil habitantes, classificados como de pequeno porte;**
- **11 (onze) municípios com população entre 20 e 100 mil habitantes;**
- **03 (três) municípios com população acima de 100 mil habitantes.**

Os municípios da macrorregião são: Alcobaça, Belmonte, Caravelas, Eunápolis, Guaratinga, Ibirapuã, Itabela, Itagimirim, Itamaraju, Itanhém, Itapebi, Jucuruçu, Lajedão, Medeiros Neto, Mucuri, Nova Viçosa, Porto Seguro, Prado, Santa Cruz Cabrália, Teixeira de Freitas e Vereda.

Mapa 1. Municípios da Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2023.



Fonte: PDR\BA, 2007.

A área de abrangência da MRS-Extremo Sul é composta pela Região de Saúde de Teixeira de Freitas, onde se localiza a sede do NRS, e da Região de Saúde de Porto Seguro. A Base Operacional da macrorregião se localiza no município de Eunápolis.

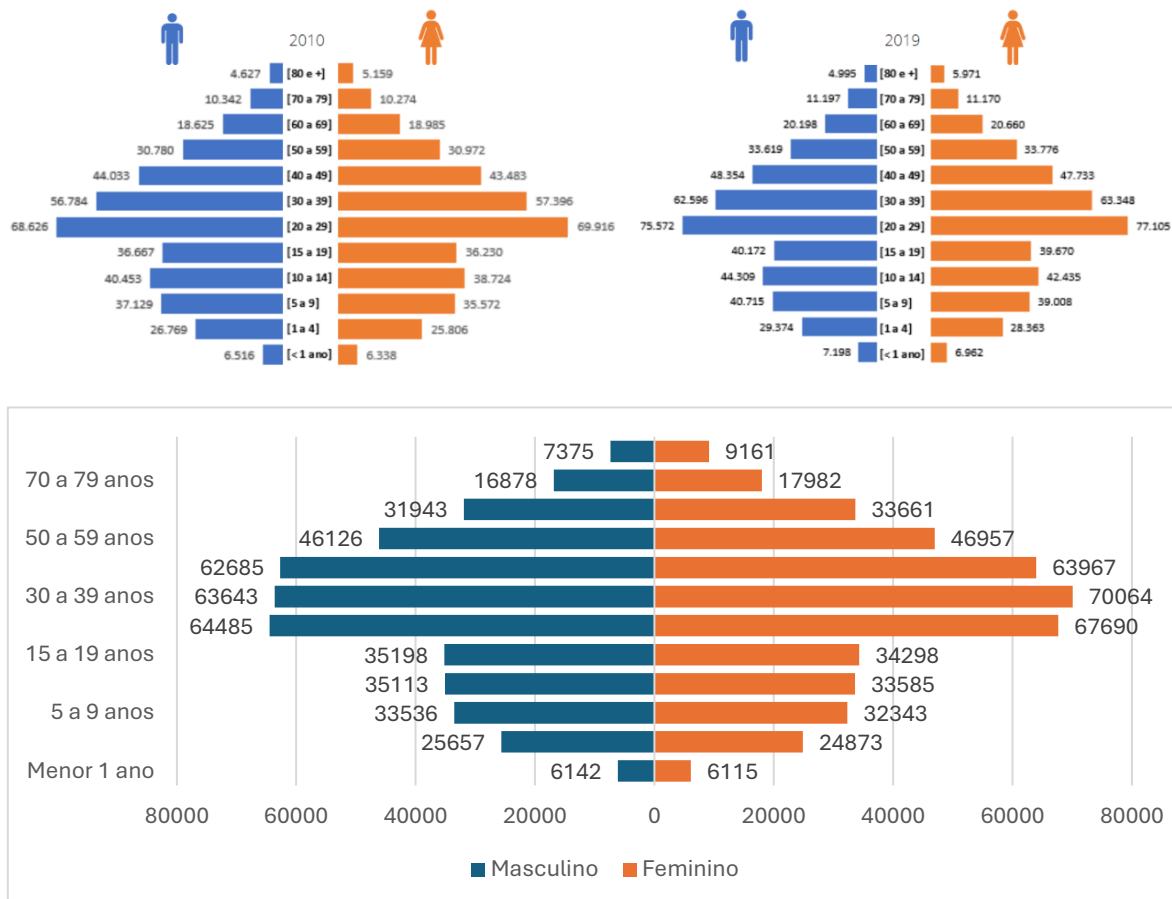
2.1 População por sexo e idade

Em 2010 a MRS-Extremo Sul contava com 760.206 habitantes, em 2019 com 834.500 e em 2024 com 869.477 habitantes o que equivalia 5,85% da população do Estado da Bahia. O aumento de 109.271 pessoas no período de 2010 a 2019 foi distribuído por todas as faixas etárias, cabendo destacar:

- mudança no percentual das faixas etárias menores de 15 (quinze) anos e maiores de 60 (sessenta) anos: 28,6% e 8,9% (2010) e 22,7% e 13,5% (2024), respectivamente;
- as faixas entre 15 e 59 anos apresentaram discreta mudança na proporção, 62,5% (2010) e 63,8% (2024).

Com relação a distribuição por sexo, há maior participação da população masculina nas faixas etárias de menores de 20 (vinte) anos e, nas demais faixas etárias, predomínio da população feminina, em 2010, em 2019 e em 2024 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Pirâmide etária da população, Macrorregião de Saúde Extremo Sul, 2010, 2019 e 2024*.



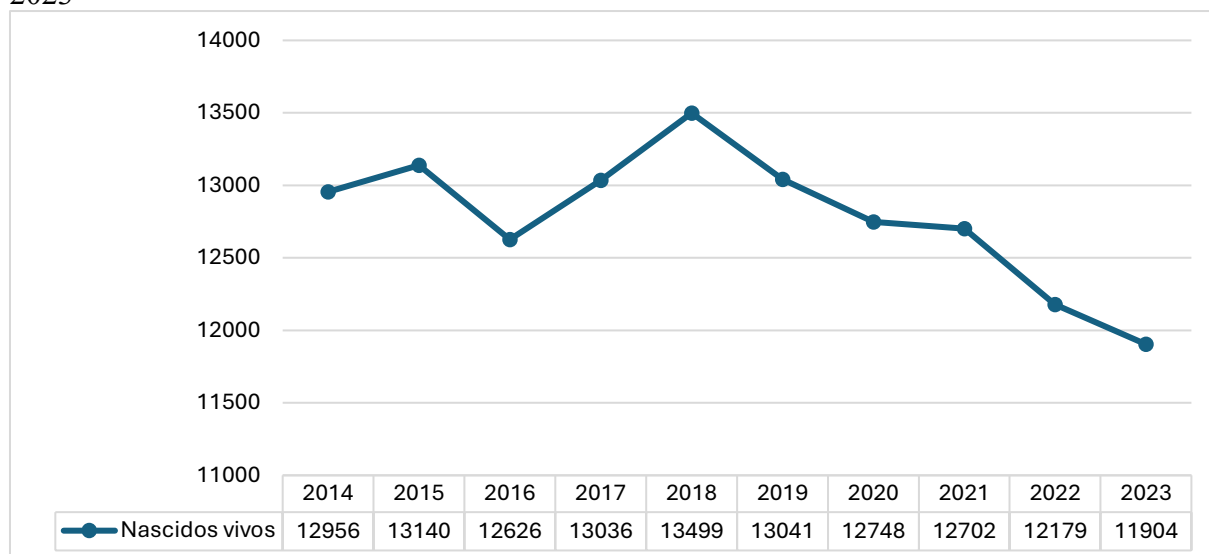
Fonte: SESAB/ SUVISA/ DIVEP/ GT Demografia, 2024 *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

Com relação a distribuição da população segundo o sexo registra-se maior número na população masculina entre os jovens menores de 20 anos em 2010, 2019 e em 2024. Na maioria das faixas etárias acima de 20 anos a proporção de mulheres predomina, com exceção da faixa etária de 40 a 49 anos, no ano de 2010, e nas faixas etárias de 40 a 49 anos e 70 a 79 anos em 2019. Em relação a população total observa-se uma discreta predominância do sexo masculino nos anos de 2010 e 2019, com 50,16% e 50,13%, respectivamente, e mudança em 2024 com predominância do sexo feminino com 50,7%.

Em relação aos nascidos vivos, a macrorregião registrou 127.831 nascimentos no período de 2014 a 2023. No ano de 2018 registra-se 13.498 nascidos vivos (NV), o maior

número, e decréscimo nos anos 2016 e 2020 em diante, chegando ao menor número em 2023 com 11.904 (Gráfico 2).

Gráfico 2. Número de nascidos vivos na Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2023



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

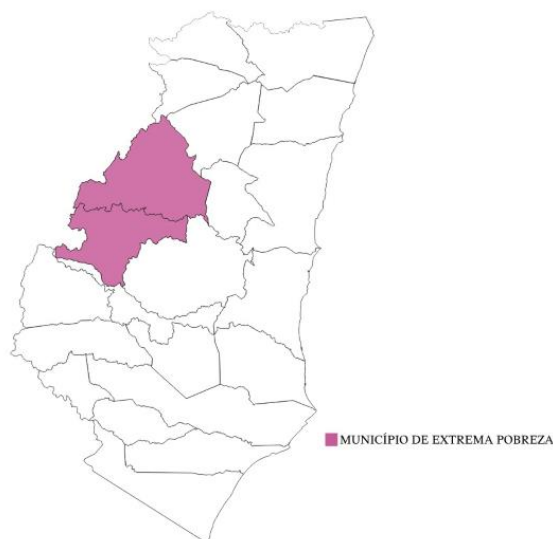
2.2 Municípios em situação de pobreza e extrema pobreza

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

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

O indicador Município da Macrorregião de Saúde Extremo Sul em situação de Pobreza e Extrema Pobreza é uma variável resultante do processo de validação de indicadores para a análise da situação de saúde. Dos 21 municípios da MRS-Extremo Sul, Guaratinga e Jucuruçu são considerados em situação de extrema pobreza, correspondendo a 9,52% da população (Mapa 2).

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



Fonte: IBGE, 2022 *Dados coletados em 08.04.2022

2.3 Distribuição do benefício variável à gestante

O Benefício Variável à Gestante (BVG) é um auxílio concedido às gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família com renda mensal de até R\$ 178,00. Para recebê-lo, a gestante precisa fazer o pré-natal nas unidades básicas de saúde (UBS), e a equipe municipal que acompanha a gestação deve identificar esse acompanhamento no Sistema Bolsa Família na Saúde. A iniciativa amplia a responsabilidade do SUS com as famílias atendidas pelo Bolsa Família, elevando a renda familiar e promovendo cuidado integral para o pleno desenvolvimento da criança. O Quadro 1 indica o número de gestantes beneficiadas entre os anos de 2011 e 2020.

Quadro 1. Número de mulheres que recebem o Benefício Variável à Gestante na Macrorregião de Saúde Extremo Sul, 2011-2020. Bahia, 2022.

Macrorregião de Saúde Extremo Sul/ano	N. de Beneficiárias
2011	1791
2012	937
2013	1312
2014	2128
2015	2412
2016	3475
2017	3988
2018	3675
2019	3894
2020	3669

Fonte: CECAD/CIDADANIA. Matriz de Informação Social (SENARC/SAGI), 2022.

É importante salientar que o aumento do número de mulheres grávidas beneficiadas evidencia crescente distribuição dos benefícios, porém o dado também retrata o aumento do número de mulheres em situação de vulnerabilidade social.

2.4 Cobertura de Assistência Médica Suplementar

O principal objetivo do Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS) é auxiliar no acesso da população aos serviços ambulatoriais de saúde e à assistência hospitalar. No modelo atual, o foco é o tratamento de doenças já instaladas, seja para a cura ou para a melhoria dos sintomas.

Conforme a ANS, em 2019 o Brasil tinha o total de 47.077.672 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica com ou sem odontologia e 25.356.245 milhões em planos odontológicos, exclusivamente.

A cobertura de assistência médica suplementar da população na MRS-Extremo Sul é de 8,16% (71.886 habitantes). Quando os dados são desagregados, 4 (quatro) municípios apresentam cobertura de 10% ou mais da sua população: Eunápolis (17,95%), Mucuri (14,53%), Teixeira de Freitas (12,30%) e Nova Viçosa (10,19%), conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Cobertura de Assistência Médica Suplementar, segundo município, na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2019.

Município	População	N. Beneficiários (as)	Percentual (%)
Alcobaça	22.470	659	2,93
Belmonte	23.328	1.054	4,52
Caravelas	22.016	1.299	5,90
Eunápolis	113.380	20.348	17,95
Guaratinga	20.843	284	1,36
Ibirapuã	8.637	341	3,95
Itabela	30.584	1.364	4,46
Itagimirim	6.869	424	6,17
Itamaraju	64.486	2.910	4,51
Itanhém	19.405	397	2,05
Itapebi	10.259	315	3,07
Jucuruçu	9.126	24	0,26
Lajedão	3.955	71	1,80
Medeiros Neto	22.688	852	3,76
Mucuri	41.748	6.068	14,53
Nova Viçosa	43.376	4.422	10,19
Porto Seguro	148.686	9.627	6,47
Prado	28.174	668	2,37
Santa Cruz Cabralia	27.778	961	3,46
Teixeira de Freitas	160.487	19.733	12,30
Vereda	6.205	65	1,05
Macrorregião de Saúde Extremo Sul	834.500	71.886	8,61

Fonte: ANS, 2024.

Verifica-se que entre a população de 71.886 beneficiários, 49,2% (35.361) são pessoas do sexo masculino e 50,8% (35.525) do sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2. Cobertura de Assistência Médica Suplementar segundo sexo dos beneficiários na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2019.

Município	N. Beneficiários (as)	Beneficiários(as)/Percentual			
		M	%	F	%
Alcobaça	659	312	2,73	347	3,14
Belmonte	1.054	654	5,48	400	3,51
Caravelas	1.299	692	6,19	607	5,60
Eunápolis	20.348	10.009	17,91	10.339	17,99
Guaratinga	284	165	1,51	119	1,20
Ibirapuã	341	141	3,17	200	4,77
Itabela	1.364	659	4,22	705	4,71
Itagimirim	424	202	5,88	222	6,46
Itamaraju	2.910	1.315	4,09	1.595	4,94
Itanhém	397	170	1,72	227	2,38
Itapebi	315	171	3,33	144	2,81
Jucuruçu	24	11	0,23	13	0,30
Lajedão	71	30	1,55	41	2,03
Medeiros Neto	852	447	3,84	405	3,66
Mucuri	6.068	3.144	14,92	2.924	14,14
Nova Viçosa	4.422	2.654	12,15	1.768	8,21
Porto Seguro	9.627	4.378	5,89	5.249	7,06
Prado	668	299	2,10	369	2,65
Santa Cruz Cabralia	961	418	2,96	543	3,97
Teixeira de Freitas	19.733	9.453	11,97	10.280	12,61
Vereda	65	37	1,14	28	0,95
Macrorregião de Saúde Extremo Sul	71.886	35.361	49,2	36.525	50,8

Fonte: ANS, 2019.

Observa-se que a MRS-Extremo Sul tinha uma população de 418.299 habitantes do sexo masculino (50,13%) e 416.201 do sexo feminino (49,87%) em 2019. A cobertura por sexo é de 8,45% entre homens e 8,78% entre mulheres, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. Cobertura de Assistência Médica Suplementar segundo população e sexo na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2019.

Município	População por sexo		Beneficiários/Percentual			
	M	F	M	%	F	%
Alcobaça	11.430	11.040	312	2,73	347	3,14
Belmonte	11.942	11.386	654	5,48	400	3,51
Caravelas	11.178	10.838	692	6,19	607	5,60
Eunápolis	55.898	57.482	10.009	17,91	10.339	17,99
Guaratinga	10.925	9.918	165	1,51	119	1,20
Ibirapuã	4.444	4.193	141	3,17	200	4,77
Itabela	15.602	14.982	659	4,22	705	4,71
Itagimirim	3.434	3.435	202	5,88	222	6,46
Itamaraju	32.174	32.312	1.315	4,09	1.595	4,94
Itanhém	9.880	9.525	170	1,72	227	2,38

Itapebi	5.141	5.118	171	3,33	144	2,81
Jucuruçu	4.787	4.339	11	0,23	13	0,30
Lajedão	1.939	2.016	30	1,55	41	2,03
Medeiros Neto	11.632	11.056	447	3,84	405	3,66
Mucuri	21.071	20.677	3.144	14,92	2.924	14,14
Nova Viçosa	21.846	21.530	2.654	12,15	1.768	8,21
Porto Seguro	74.372	74.314	4.378	5,89	5.249	7,06
Prado	14.272	13.902	299	2,10	369	2,65
Santa Cruz Cabrália	14.101	13.677	418	2,96	543	3,97
Teixeira de Freitas	78.979	81.508	9.453	11,97	10.280	12,61
Vereda	3252	2953	37	1,14	28	0,95
Macrorregião de Saúde Extremo Sul	418.299	416.201	35.361	8,45	36.525	8,78

Fonte: ANS, 2019.

O Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional (GTTM) contextualizou a análise da situação de saúde da MRS-Extremo Sul com variáveis socioeconômica, demográfica e epidemiológica, selecionadas e validadas pelos gestores municipais de saúde.

3 ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE

A Análise de 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 n° 1/2021.

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

Assim, neste conteúdo, descreve-se as necessidades de saúde da população da MRS-Extremo Sul 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.

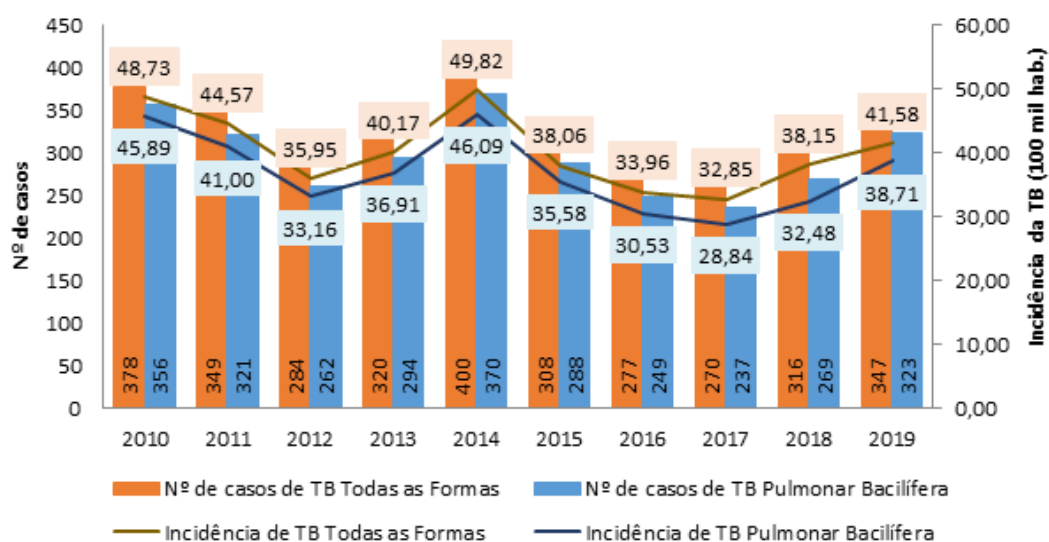
Algumas doenças deste capítulo são classificadas como vetoriais quando transmitidas por vetores (propagadas por organismos intermediários que podem ser mosquitos, carrapatos ou roedores, que transmite para humanos). Doenças infecciosas são causadas por agentes patogênicos ou seus produtos tóxicos, transmitidos de pessoas, animais ou reservatórios infectados para indivíduos suscetíveis. O comportamento das doenças infecciosas, na comunidade, varia em cada ponto no tempo e no espaço⁸.

A Resolução CIB/BA n. 018/2021³ 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-Extremo Sul.

Quanto à TB, os dados referentes ao número de casos de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera (série histórica 2010-2019)⁹ evidenciam tendência de queda, percentual, de 8,20% e de 9,26%, respectivamente; e redução do CI de 14,67% para todas as formas e de 15,66% 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 saúde. No período entre 2012-2014 observa-se oscilação com tendência de recrudescimento no número de casos e no CI da TB de todas as formas, de 40,85% e 38,60%, respectivamente. Em relação a forma pulmonar bacilífera, o aumento percentual do número de casos foi de 41,22% e de 38,97% para o CI. A partir de 2014 as taxas decrescem até o ano de 2017 e passam a aumentar após o ano de 2019, contudo com taxas menores que do início da série (Gráfico 3).

Gráfico 3. Número de casos e coeficiente de incidência da tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2010-2019*.



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

Segundo o PES 2020-2023, em relação à tuberculose²:

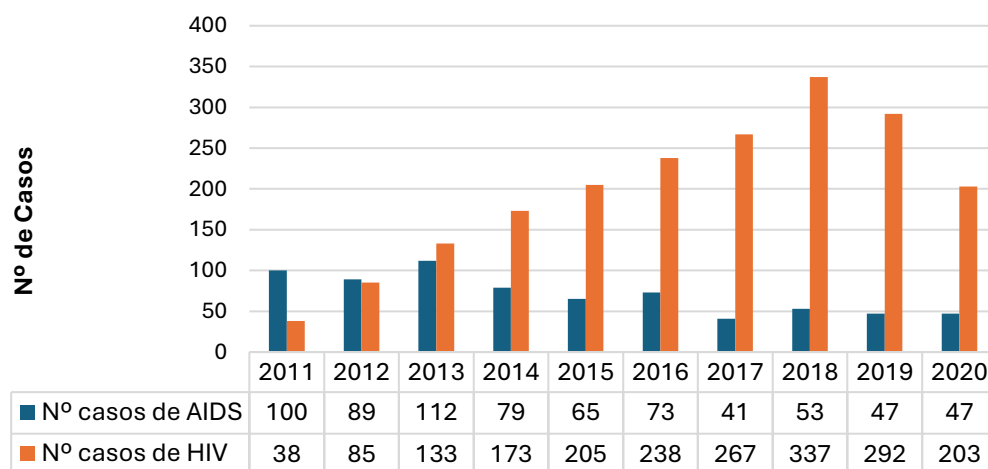
- não houve mudanças significativas na taxa de mortalidade no período 2011-2017 em todo o estado;
- nos anos de 2018-2019 manteve-se igual tendência, com taxa de mortalidade de 2,12 e 2,14/100 mil habitantes, respectivamente.

Na MRS-Extremo Sul, no período 2011-2019, ocorreram oscilações com valores superiores aos do estado, e chama atenção o ano de 2014, quando a taxa de mortalidade na macrorregião atingiu 3,74/100 mil habitantes, enquanto no estado atingiu 2,51/100 mil habitantes⁹.

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 2010-2019 mostra que na MRS-Extremo Sul houve oscilação no número de casos de aids – 112 (2013) e 47 (2020). Quanto ao número de casos de contaminação pelo HIV registra-se crescimento – 38 (2011) e 337 (2018) – e redução para 203, até 2020 (considere-se, no entanto, que nesse ano os dados são sujeitos a alterações) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Número de casos de Aids e HIV na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. 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 6,30 em 2012 e o maior valor 8,7 em 2015¹⁰. Os indicadores da MRS-Extremo Sul sugerem condições favoráveis à transmissão da doença, por via sexual, sanguínea ou por transmissão vertical (TV), o que reflete a situação atual de infecção pelo HIV no período de referência. Avaliar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de aids, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica, contribui para a orientação e avaliação das ações de controle da doença¹¹.

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 bacteriana¹².

De 2011 a 2020 foram confirmados 7.456 casos de meningites na Bahia e a meningite viral foi responsável por 47% (3.508) do total das notificações. Em 2020 ocorreu redução acentuada no CI para todos os tipos de meningites, possivelmente em decorrência de medidas de controle adotadas durante a pandemia de Covid-19, que contribuíram para a queda do número de casos¹³.

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 4, na MRS-Extremo Sul o decréscimo não foi linear. Registra-se oscilação entre os anos considerados: o menor de 0,12 (2017, 2018 e 2020) e o maior 0,78 (2011) por 100 mil habitantes.

Tabela 4. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica, pneumocócica e outras bactérias) e virais por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2011-2020*.

Ano/Início Sintomas	Viral	Outras Bactérias	Meningocócica	Pneumocócica
2011	0,26	1,56	0,78	0,52
2012	0,52	1,03	0,77	0,26
2013	0,12	0,24	0,24	0
2014	0,12	0,12	0,48	0
2015	0,12	0,48	0	0
2016	0,24	0,12	0	0,12
2017	0	0,12	0,12	0,35
2018	0,12	0,12	0,12	0,24
2019	0,36	0,36	0,36	0,48
2020	0	0,24	0,12	0,24

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

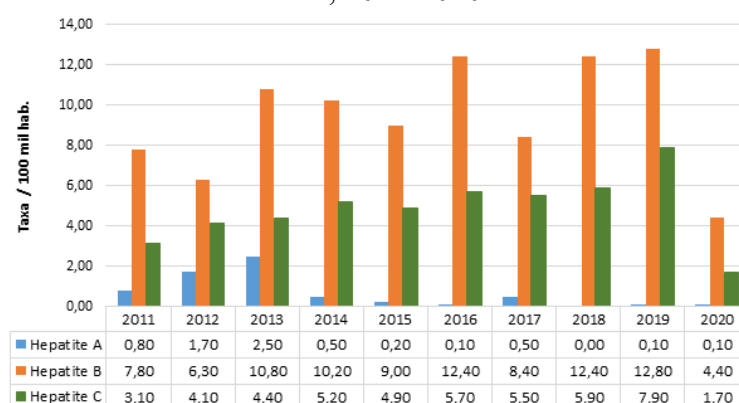
Entre as meningites por outras bactérias, as provocadas pelos bacilos *Mycobacterium tuberculosis* e *Haemophilus influenza* são passíveis de prevenção por meio das vacinas BCG, Hib e Pentavalente e coberturas elevadas desses imunizantes impactam significativamente o número de casos e óbitos dessas doenças.

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 crônicas¹⁴.

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-Extremo Sul acompanha a mesma tendência. É expressiva a tendência de queda com relação ao vírus tipo A, após o ano de 2015. A disponibilidade da vacina para menores de cinco anos na rede pública de saúde e a melhoria nas condições de higiene da população e no saneamento básico podem justificar a diminuição de casos.

Quanto à hepatite B, a taxa oscila: crescente, com as maiores taxas 12,4 a 12,8 por 100 mil habitantes nos anos de 2016, 2018 e 2019, e decrescente 4,40 por 100 mil habitantes em 2020. 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 2015. Ainda assim, constata-se oscilação na série histórica analisada, com taxas entre 3,10 (2011) e 7,90 (2019) por 100 mil habitantes (Gráfico 5).

Gráfico 5. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul, 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 nas maternidades e/ou UBS, de maneira universal e gratuita. A hepatite C não dispõe de vacina que confira proteção, contudo, há medicamentos que permitem a cura.

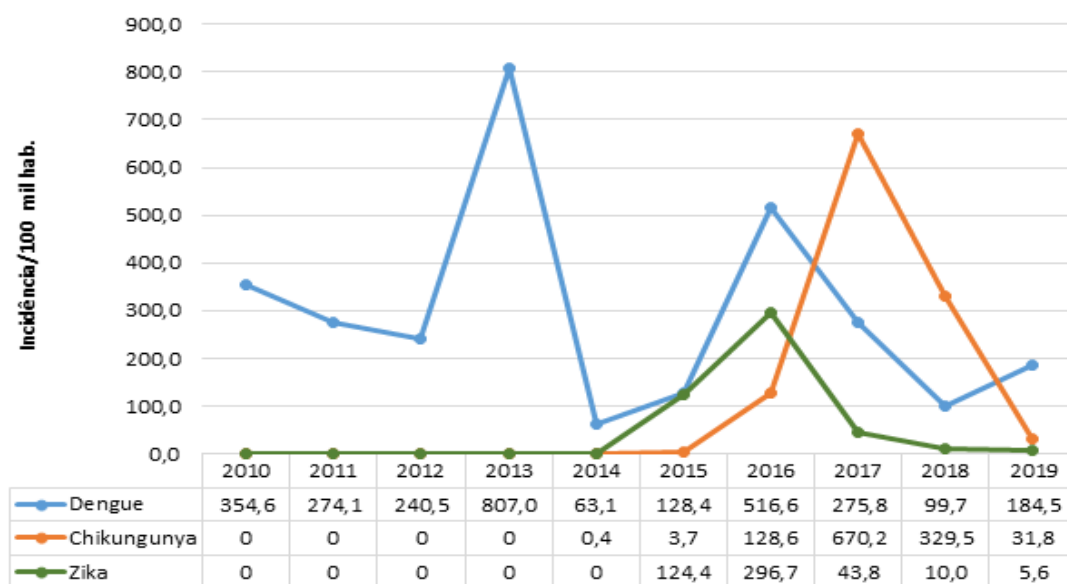
As doenças analisadas até o momento ainda são desafios para os programas de prevenção e constituem problema de saúde pública. O panorama apresentado nos Gráficos 3, 4, 5 e Tabela 4 evidencia a necessidade de fortalecer as ações de prevenção e controle e reforça a necessidade de ações integradas entre 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 transmissão¹⁵.

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 malária¹³.

Ao analisar a série histórica 2010-2019 da taxa de incidência da dengue, chikungunya e zika na MRS-Extremo Sul, observa-se que as maiores taxas ocorreram em 2013 e 2016, para a dengue, em 2016 para zika e em 2017 para chikungunya (Gráfico 6).

Gráfico 6. Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. 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 dengue¹⁶.

Nos últimos 10 anos não houve casos autóctones (transmissão dentro de uma área) de febre amarela no estado da Bahia, considerada indene desde 1942¹⁷. A estimativa de risco deve considerar todos os casos notificados porque mesmo que o doente tenha procedência de outras áreas, a presença do vetor pode desencadear uma epidemia no Estado.

Considerando as doenças vetoriais descritas, importante ressaltar que esses agravos decorrem de constantes ameaças em regiões tropicais causadas pelas rápidas mudanças climáticas, desmatamento, migração populacional, ocupação desordenada de áreas urbanas e precariedade das condições sanitárias, as quais favorecem a amplificação e a transmissão viral.

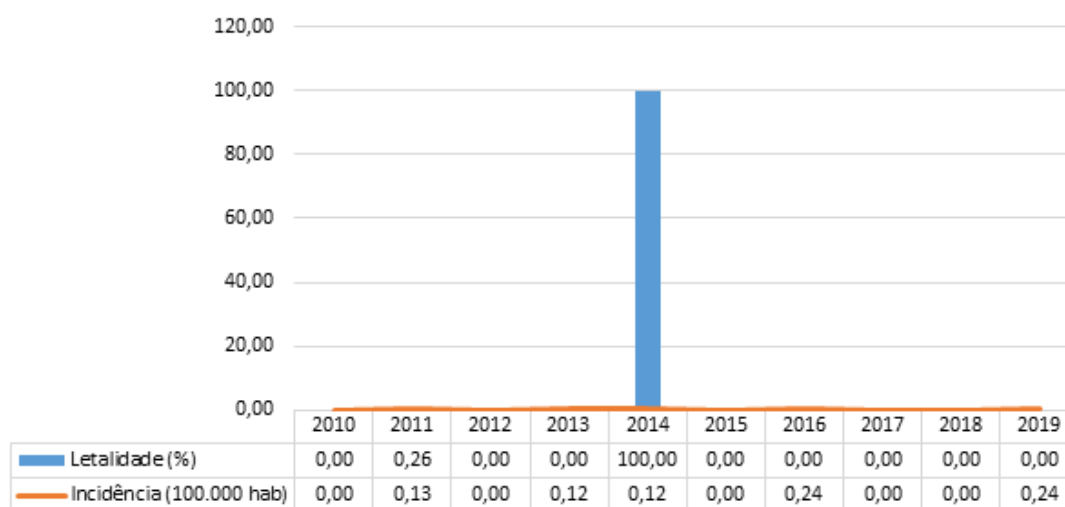
É de fundamental importância a identificação precoce dos casos para a tomada de decisão e para a implementação de medidas, visando principalmente evitar óbitos. Campanhas de educação sanitária precisam ser constantes e a vigilância deve ser reforçada como parte de programas de controle das doenças em 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, é transmitida para humanos por meio do cão infectado e da presença do vetor e não existe transmissão entre pessoas¹⁸.

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-Extremo Sul a variação do CI foi de 0,00 e 0,24 casos por 100 mil habitantes no período 2010-2019. A macrorregião apresentou letalidade alta da LVH em 2014 e supõe-se estar atrelada ao diagnóstico tardio, presença de comorbidades e complicações (Gráfico 7).

Gráfico 7. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. 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

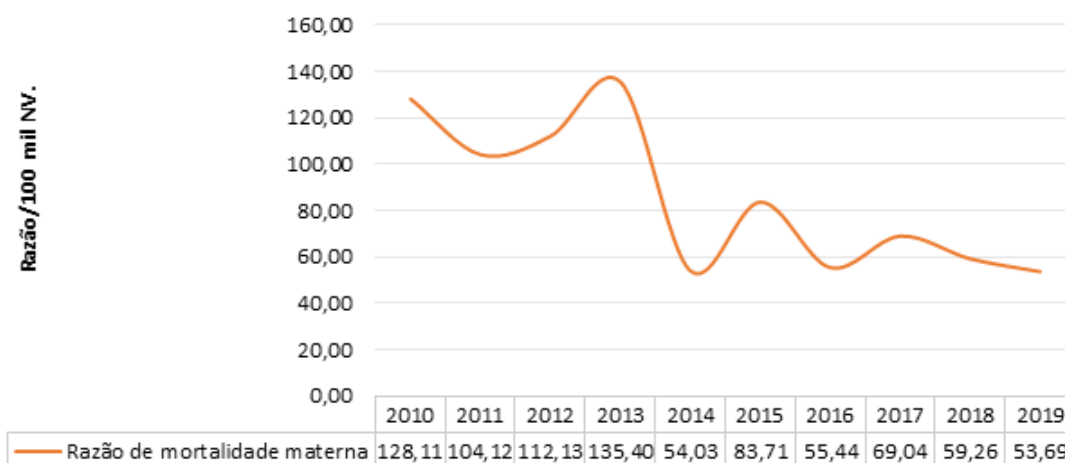
Para a atenção à saúde materna e infantil, as análises tomaram como ponto de partida o capítulo XV da CID 10, o qual compreende gravidez, parto e puerpério, os nascidos vivos e os óbitos em crianças com menos de 1 (um) ano. Esse tema pressupõe um modelo de atenção que garanta às mulheres e às crianças assistência humanizada e de qualidade. Para tanto, o foco das ações deve ser a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal; as boas práticas na atenção ao parto e nascimento; e a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses.

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 incidentais¹⁹. Porém, nem todo óbito materno é registrado corretamente no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Frequentemente as causas declaradas registram a causa terminal das afecções ou lesões que sobrevieram por

último na sucessão dos eventos que culminaram com a morte, o que mascara a causa básica e dificulta a identificação do óbito materno. A redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um dos principais indicadores da qualidade da atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo.

O Brasil conseguiu reduzir a RMM em 8,4% entre 2017 e 2018, apresentando nesse ano a razão de 59,10 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. A Bahia apresentou redução similar à do Brasil e atingiu o número de 51,12 de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos em 2019²⁰. Na curva da RMM da macrorregião, no período 2010-2019, observa-se oscilação entre 135,40 (2013) e 53,69 (2019) óbitos para cada 100 mil NV. Somente em 2018 a macrorregião alcançou o valor próximo ao do Brasil, com 59,26 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (Gráfico 8). Vale salientar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como parâmetro até 20 óbitos para cada 100 mil NV.

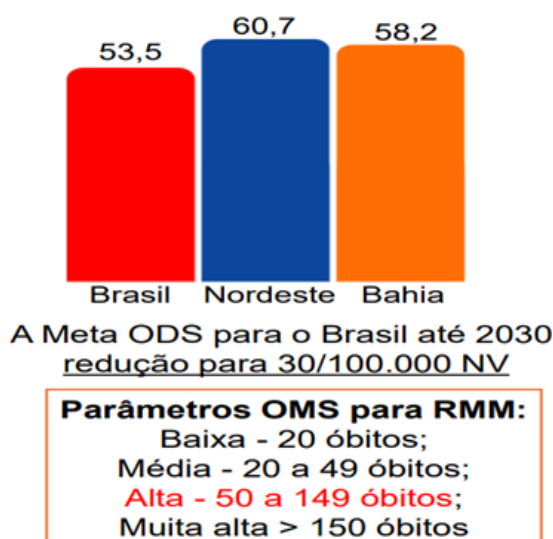
Gráfico 8. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019*.



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

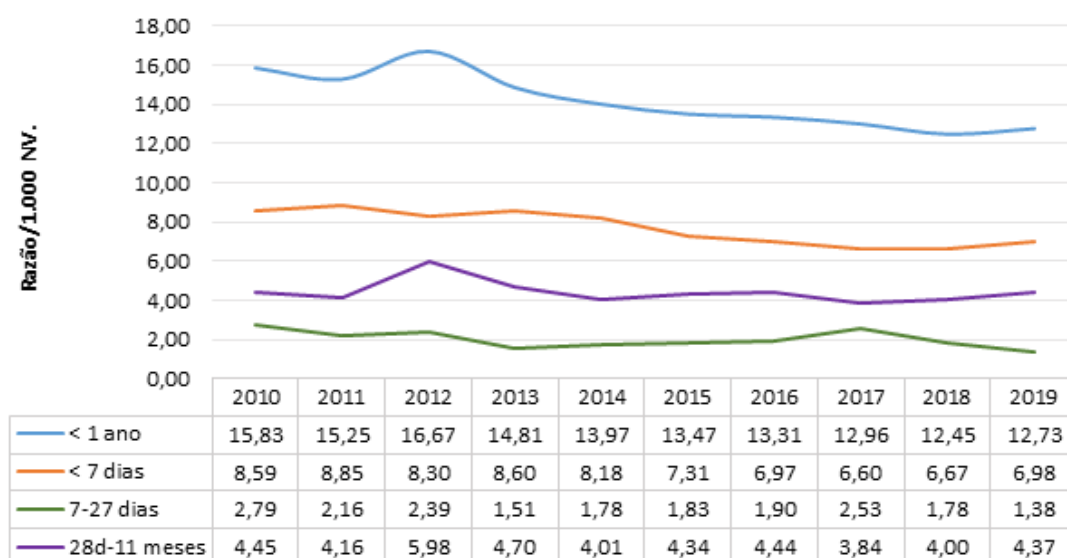
Nos últimos anos a RMM tem sido uma das prioridades do SUS, a refletir o seu reconhecimento como problema social e político. Na Bahia, o Decreto n. 10.263/2007 incluiu o óbito materno entre os eventos de notificação compulsória e investigação imediata.

Segundo parâmetros da OMS e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a RMM deve ser considerada no desenvolvimento de políticas e programas de atenção materna e infantil (Figura 2).

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

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

Em relação à saúde da criança, a taxa de mortalidade infantil é o indicador 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-Extremo Sul, para cada mil nascimentos, a taxa de mortalidade infantil reduziu de 15,83 (2010) para 12,73 (2019), acima do parâmetro de análise da OMS: 10 (dez) óbitos para cada mil nascimentos (Gráfico 9).

Gráfico 9. Taxa de mortalidade infantil segundo faixa etária por 1.000 nascidos vivos na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019*.

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

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 que os óbitos infantis estão concentrados no período neonatal (0-27 dias de vida) e indica fragilidade na qualidade da atenção ao pré-natal, parto e ao recém-nascido. As maiores taxas de mortalidade encontram-se no subcomponente neonatal precoce (< 7 dias de vida) e a maior redução no subcomponente neonatal tardio (7-27 dias de vida). O componente pós-neonatal (28 dias-11 meses) apresentou estabilidade em todo o período e redução de 1,8%. 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 9).

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-nascido²¹.

Ao 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.

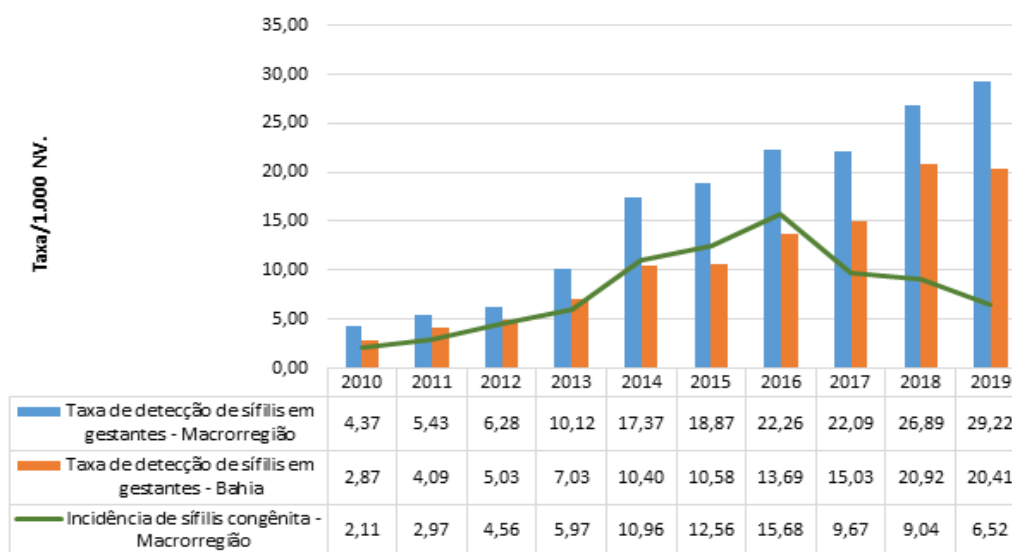
A eliminação da sífilis é considerada prioridade para os órgãos nacionais e organismos internacionais. Para certificar o país na condição de eliminação da transmissão vertical da sífilis, a Opa estabelece como parâmetro a taxa de incidência da sífilis congênita menor ou igual a 0,5 casos para cada mil NV por três anos consecutivos²².

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 engravidar²².

A ocorrência de sífilis, tanto em gestantes quanto em recém-nascidos, revela falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são intervenções simples e eficazes para a prevenção da doença. Na gestação, a sífilis pode causar abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido. Para se eliminar a sífilis congênita é importante diagnosticar e tratar a gestante²³.

Os dados demonstram crescimento expressivo na taxa de detecção da sífilis na Bahia no período 2010-2019. A MRS-Extremo Sul apresentou crescimento expressivo, mas com taxas superiores, de 4,37 para 29,22 por mil NV (Gráfico 10).

Gráfico 10. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos no estado da Bahia e na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. 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 do diagnóstico na 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 da 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 exigiam 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

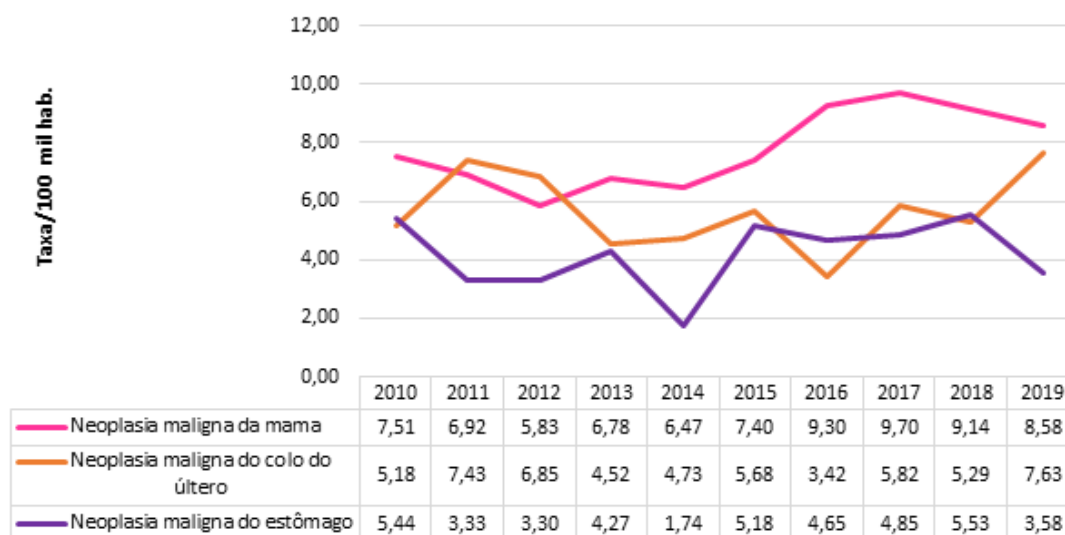
As neoplasias estão agrupadas no capítulo II, CID 10, e atingem vários órgãos do corpo humano nas formas benignas ou malignas²⁴. Na Bahia, as neoplasias oscilaram entre o quarto e terceiro maior grupo de causas de morte no período 2010-2017, e contribuíram com 13,20% do total de mortes². No período 2010-2019, na MRS-Extremo Sul esse grupo localiza-se em terceiro lugar, e corresponde a 12,20% dos óbitos²⁵.

No Brasil, as mortes por neoplasias, registradas no sexo feminino, apresentam o câncer de mama como causa mais frequente², mesma situação encontrada na MRS-Extremo Sul quando se analisa a série histórica 2010-2019, cuja taxa de óbitos evoluiu de 7,51 para 8,58 por 100 mil mulheres. A segunda e terceira causa de morte foram o câncer do colo do útero e o câncer de estômago (Gráfico 11).

O câncer do colo do útero, também prevalente na macrorregião, apresenta a taxa crescente de 5,18 (2010) para 7,63 (2019) por 100 mil mulheres e demonstra a necessidade de rastreamento por meio da realização do exame citopatológico do colo do útero (Gráfico 11).

O câncer de estômago, apresenta a taxa de 3,58 por 100 mil mulheres em 2019, demonstrando a necessidade do diagnóstico precoce para melhor resultado no tratamento e a busca da investigação dos sinais e sintomas (Gráfico 11).

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



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

Para auxiliar o monitoramento e avaliação da situação de atenção à saúde da mulher e ações de prevenção do câncer na Bahia e na macrorregião podem ser usados 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

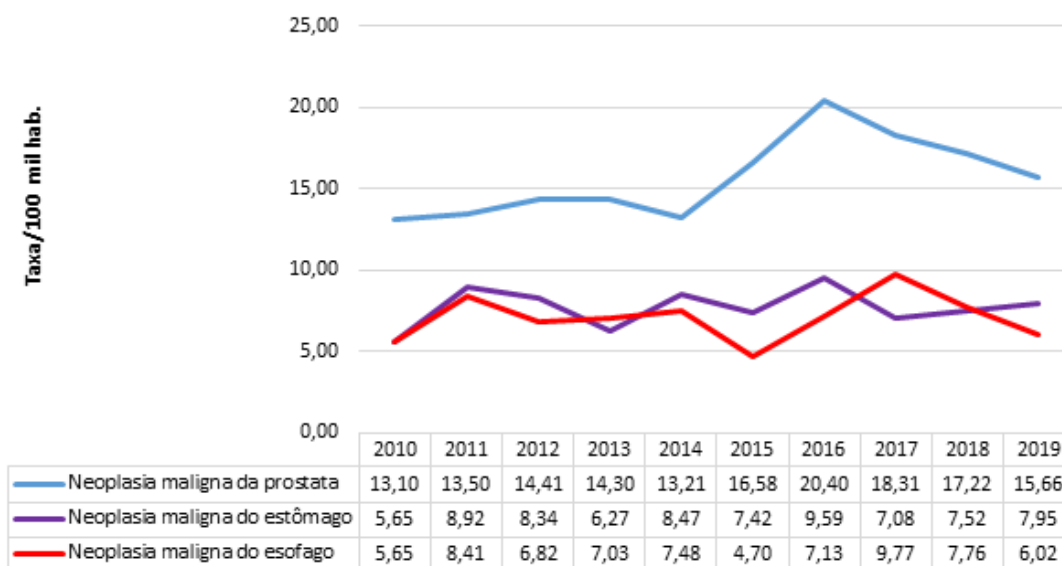
população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária; e o Indicador 12 - Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população da mesma faixa etária)²⁶.

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 adequado²⁷.

Para prevenir o câncer de estômago recomenda-se manter o peso corporal dentro dos limites da normalidade, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e de alimentos salgados e preservados em sal; também é importante não fumar²⁸.

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 alternam entre o câncer de estômago e esôfago (Gráfico 12).

Gráfico 12. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. 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 seguintes sinais e sintomas mais comuns: alteração na frequência e padrões urinários; hematúria visível e disfunção erétil.

Por fim, as neoplasias prevalentes, que elevam a mortalidade da população masculina e feminina, geralmente são evitáveis por meio de detecção precoce, hábitos saudáveis ao longo da vida com relação ao uso de tabaco, álcool, alimentação e prática de exercícios físicos²⁸.

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

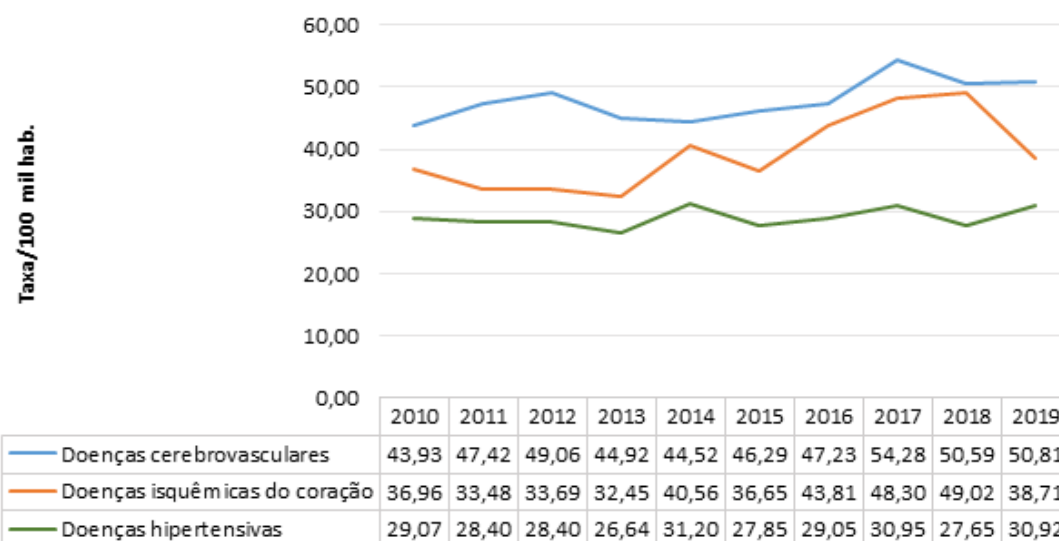
As doenças do aparelho circulatório (DAC) ou cardiovasculares, classificadas no capítulo IX, CID 10, são afecções do coração e dos vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares). As mais preocupantes são as que afetam as artérias coronárias e as artérias do cérebro. Muitos são os fatores de riscos 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-Extremo Sul correspondem ao primeiro grupo de causas de óbito e representam 25,67% 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 32,45 e 49,02 por 100 mil habitantes; dessas, o **infarto agudo do miocárdio** (IAM) é a principal causa específica de morte e responsável por 92,74% dos óbitos³⁰.

As **doenças hipertensivas** foram a terceira causa de morte na população da macrorregião aumentando de 29,07 para 30,92 por 100 mil habitantes (Gráfico 13).

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



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

O Brasil ocupa o sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de morte por doenças cardíacas, infartos e hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre homens e mulheres de 35 a 74 anos. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) descreve que 77% das pessoas com o primeiro episódio de acidente vascular encefálico (AVE) têm HAS, a qual aumenta de 4 a 6 vezes o risco de AVE. A HAS contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular; 69% das pessoas com o primeiro IAM têm HAS e essa é também a segunda causa de doença renal crônica³⁰.

Na MRS-Extremo Sul a mortalidade aumenta significativamente 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, além dos custos com possíveis hospitalizações, reabilitações e pensões por incapacidade².

A APS mais próxima da comunidade é a primeira referência nas situações de saúde e doença. Sua proposta deve extrapolar os limites da Unidade Básica de Saúde por meio da interação com a comunidade e desenvolver estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças e ações intersetoriais³¹.

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.

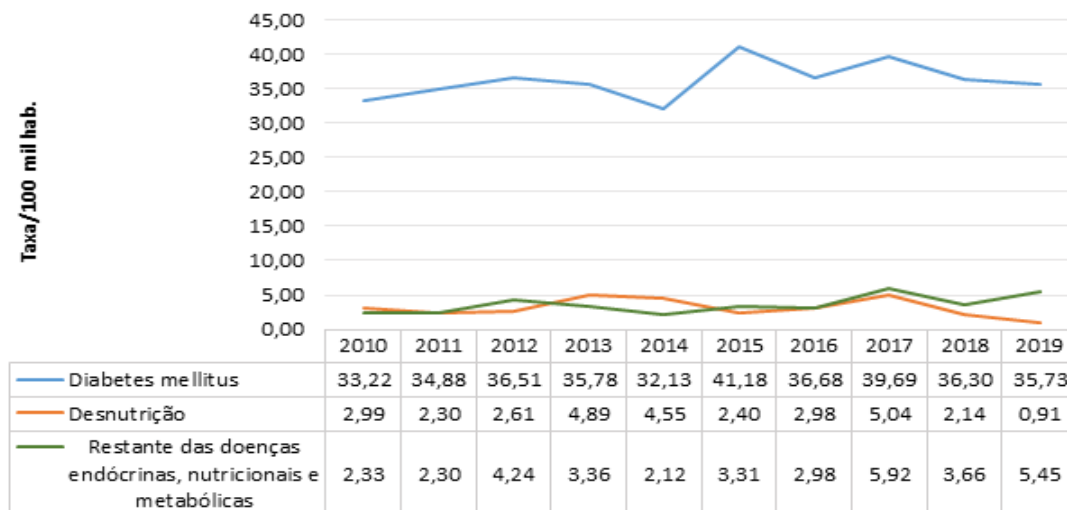
3.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

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 origem¹⁹.

As DENM representaram, no ano de 2019, o sexto maior grupo de causas de mortalidade na população brasileira, no estado e na MRS-Extremo Sul²⁹. Na série histórica referente às mortes prematuras (30-69 anos) na macrorregião verifica-se crescimento de 38,53 para 42,08 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 tendência de crescimento entre 33,22 e 35,73 óbitos por 100 mil habitantes no mesmo período. A segunda e

terceira causas oscilam entre desnutrição e o grupo restante de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (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 Extremo Sul. 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 DM 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 feridas complexas.

No estado da Bahia 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)³³.

Na MRS-Extremo Sul, no mesmo período de 2010-2019, foram realizadas 7.700 internações hospitalares por complicações do DM³³, das quais 288 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 dedos). É importante salientar

que ocorreram 53 amputações/desarticulações de pé e tarso, o que representa 18,40% do total de amputações realizadas (Tabela 5).

Tabela 5. Número de amputações de membros inferiores e internação hospitalar com CID de Diabetes Mellitus por alguns procedimentos na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019*.

PROCEDIMENTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Amputação/ Desarticulação/Revisão cirúrgica de coto de amputação	13	28	24	20	33	29	38	27	43	33	288
Amputação/ Desarticulação de pé e tarso	6	8	4	6	5	1	5	1	7	10	53

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 importante, uma vez que dados estatísticos apontam o crescente número de pessoas acometidas por essa doença e as repercussões da condição não controlada para a pessoa, a família e a sociedade³⁴.

3.6 Morbimortalidade por causas externas

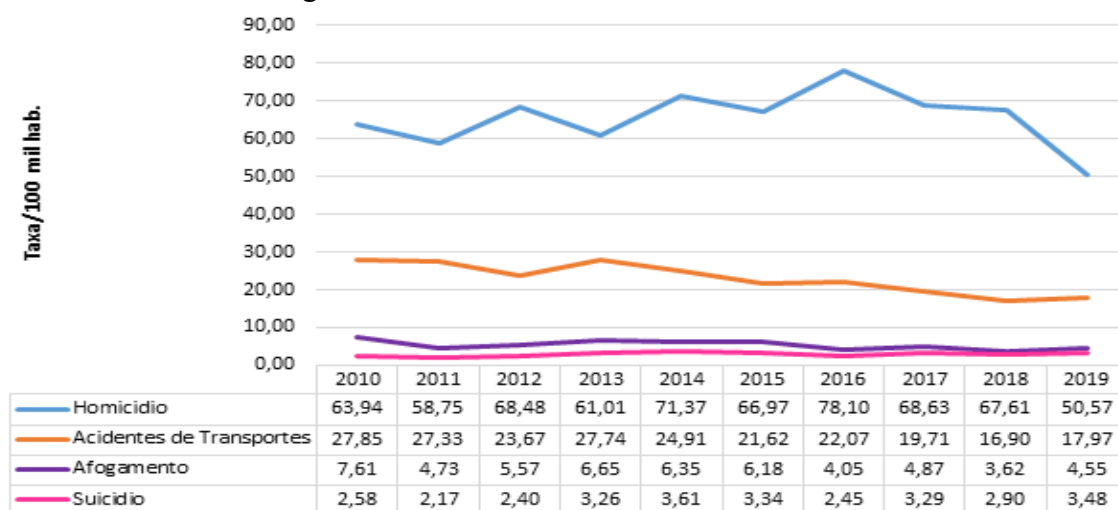
As **causas externas**, classificadas no capítulo XX, CID 10, são traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, 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)¹⁹.

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 transportes, queda e suicídio².

Na MRS-Extremo Sul as causas externas constituem o segundo grupo de causas de óbitos no mesmo período, permanecendo até o ano 2019²⁹. Na desagregação, a macrorregião apresenta situação similar à do estado, com homicídios e acidentes de transporte como

principais grupos de causas de óbitos. Na série histórica 2010-2019, o afogamento foi o terceiro grupo de causas de óbitos e o suicídio o quarto grupo de causas (Gráfico 15).

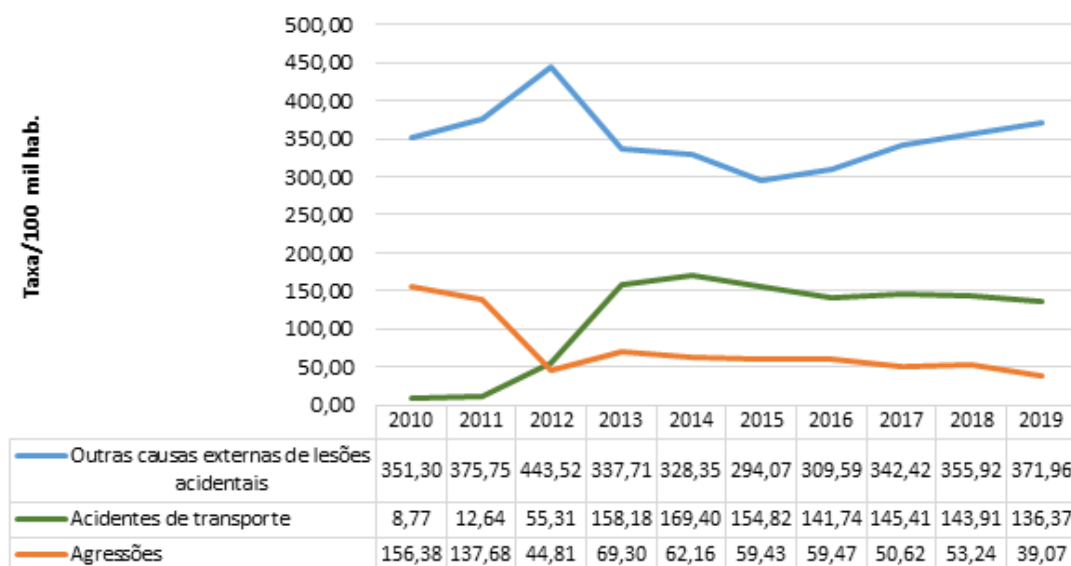
Gráfico 15. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2010-2019*.



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

Com relação à taxa de internação por causas externas, 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 queda³⁵. A segunda maior taxa de internação é composta por agressões, alternando para o terceiro lugar em 2012, com acidentes de transporte assumindo a segunda posição (Gráfico 16).

Gráfico 16. Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. 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 62,25% das internações por acidente de transporte³⁵ 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 de trânsito, 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 de situação de saúde e no gerenciamento das informações para melhor desempenho das suas atividades.

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

3.7. Atualização 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,

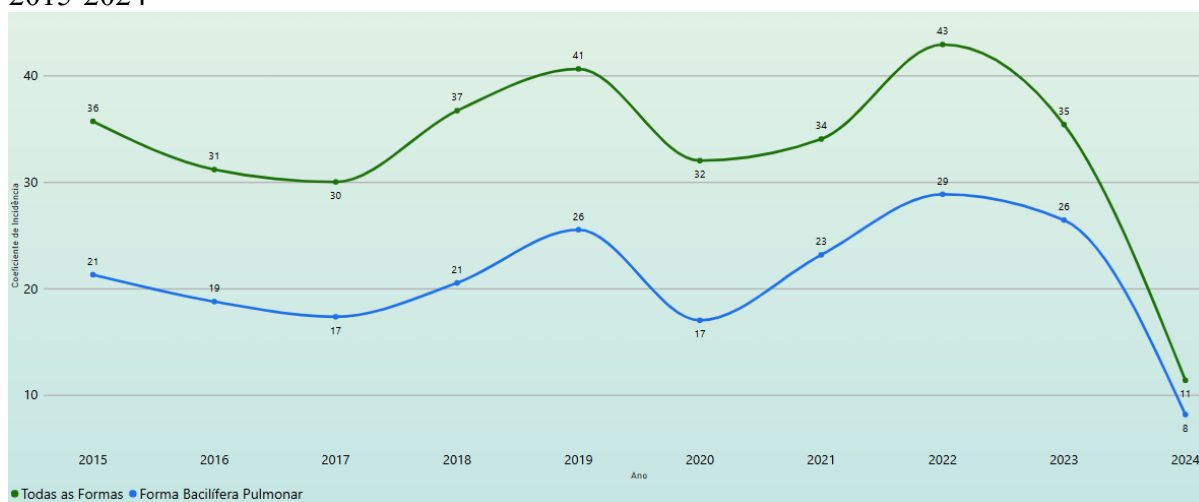
Metas e Indicadores (DOMI), surgiu a necessidade da atualização da ASIS – Estado de Saúde para os anos de 2023 e 2024 conforme disponibilidade de dados. Chamamos atenção que, para o de 2024, como a coleta foi de janeiro/2025 alguns bancos ainda estavam com dados preliminares.

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

3.7.1 Doenças infecciosas e parasitárias

Na MRS-Extremo Sul os dados referentes ao Coeficiente de Incidência (CI) de tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera (série histórica 2015-2024) evidenciam oscilações, houve queda destes indicadores até o ano de 2020: 32 para coeficiente de todas as formas e de 17 para a forma pulmonar bacilífera, contudo, a partir de 2021 passou a ocorrer um aumento com o pico em 2022, 43 para todas as formas e 29 para forma bacilífera pulmonar, mas finalizando o período em queda para 11 e 8, respectivamente (Gráfico 17).

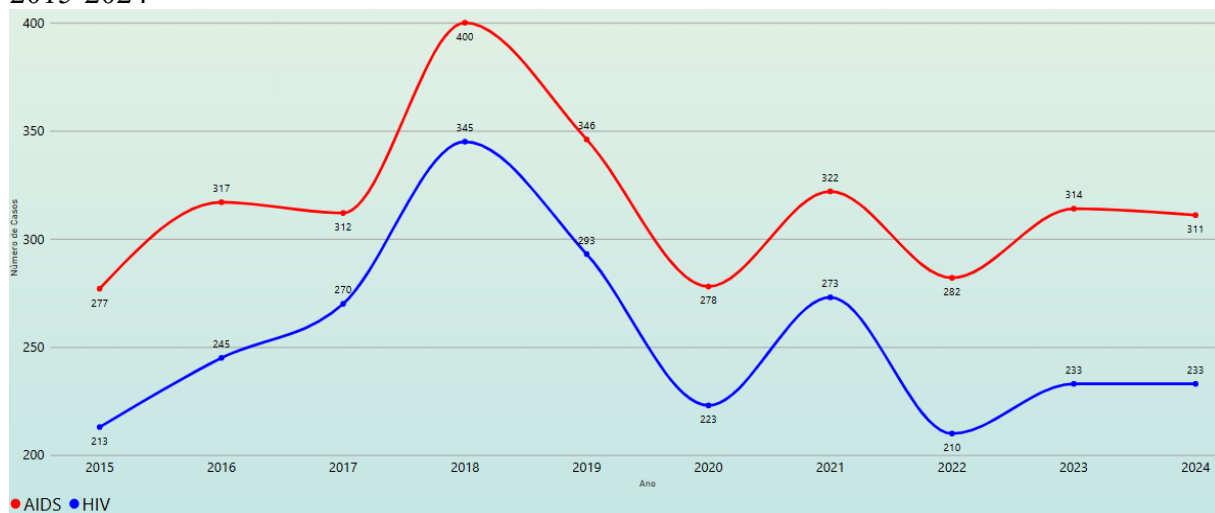
Gráfico 17. Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024



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

Em relação ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), na análise da distribuição dos casos de aids e infecção pelo HIV, na série histórica 2015-2024 nota-se que na MRS Extremo Sul ocorreu oscilações, atingindo o pico em 2018 (400) com posterior, redução até ano de 2020 (278 casos) finalizando a série com 311 em 2024. Com relação a infecção pelo HIV, houve uma redução após 2018 finalizando os últimos 2 anos em torno de 230 casos (Gráfico 18).

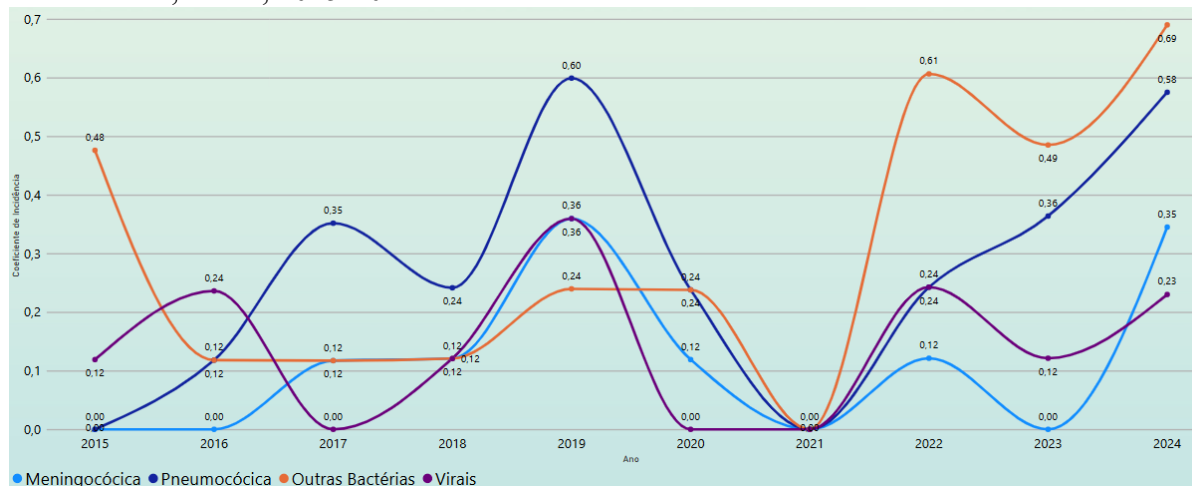
Gráfico 18. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024



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

O CI para todos os tipos de meningites na MRS Extremo Sul apresentou oscilações, em 2019 ocorreu o maior pico para todas as formas, já em 2021 ocorreu o menor patamar para todas as formas (coeficiente de incidência 0), porém, no ano seguinte se deu uma alta finalizando o período com todos os coeficientes acima do início da série histórica, próximos aos valores do ano de pico (Gráfico 19).

Gráfico 19. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024

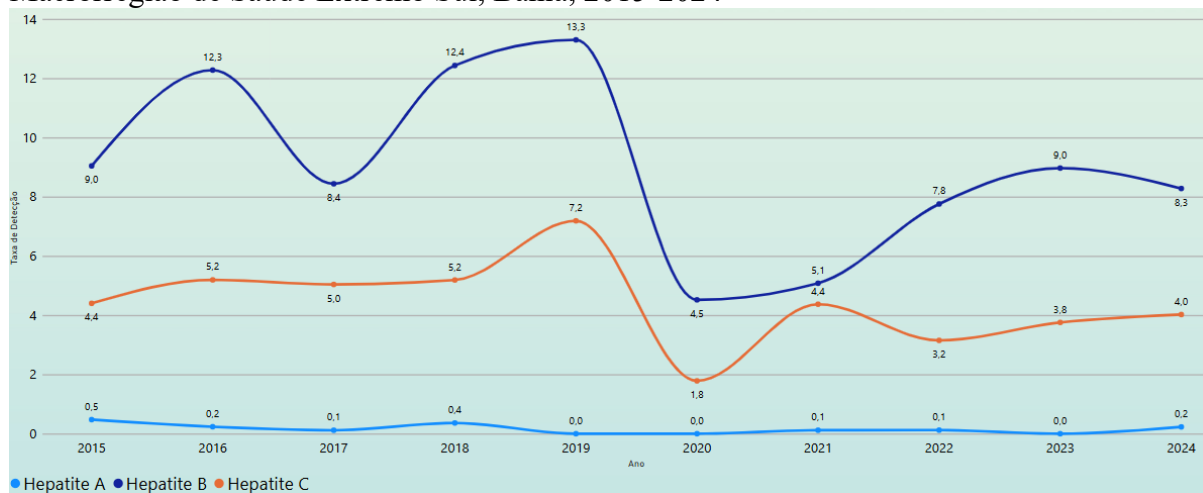


Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

É expressiva a tendência de queda com relação ao vírus tipo “A”, com e tendência de estabilização. Quanto à hepatite “B”, a menor taxa corresponde ao ano de 2020 (1,8 por 100 mil habitantes), tendo o ano de 2018 e 2019 apresentado a maior taxa (12,4 e 13,3 por 100 mil habitantes, respectivamente). Em relação à hepatite C, no ano de 2015, introduziram-se novas

drogas com menos efeitos colaterais e maior eficácia. Constatam-se a maior e menor taxa nos anos de 2019 e 2020 (7,2 e 1,8 por 100 mil habitantes, respectivamente) (Gráfico 20).

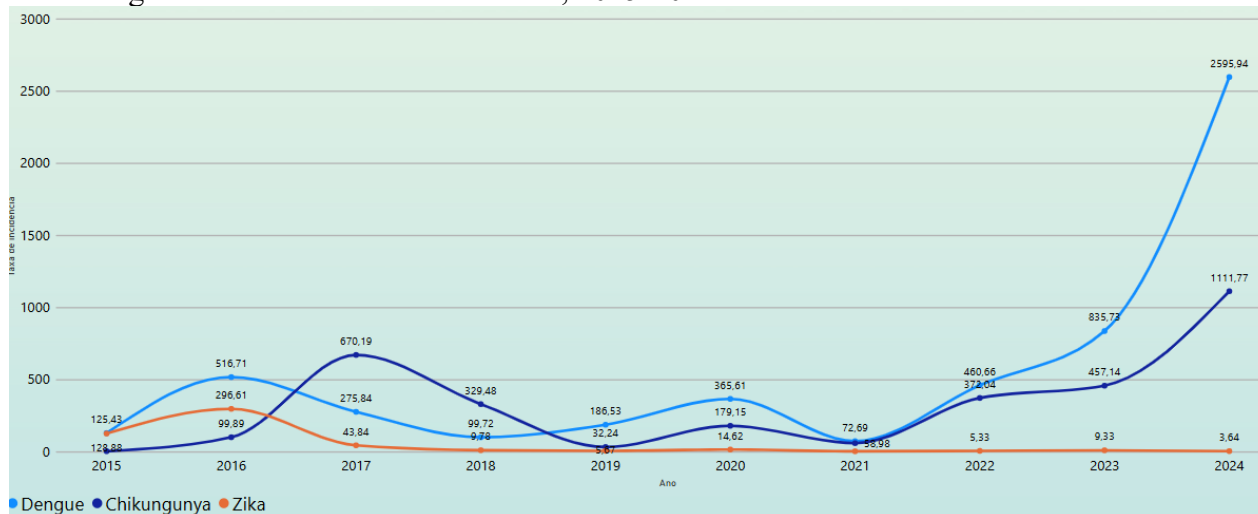
Gráfico 20. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024*



Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 23/03/2021, sujeitos a alterações

Em relação à taxa de incidência da Dengue, Chikungunya e Zika na MRS Extremo Sul, observa-se aumento a partir de 2022 com uma explosão de casos em 2024, cujas taxas de Dengue e de chikungunya foram as mais altas do período (2595,94 e 1111,77 por 100.000 habitantes, respectivamente) (Gráfico 21).

Gráfico 21. Taxa de incidência de Dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Extremo Sul/Bahia, 2015-2024*

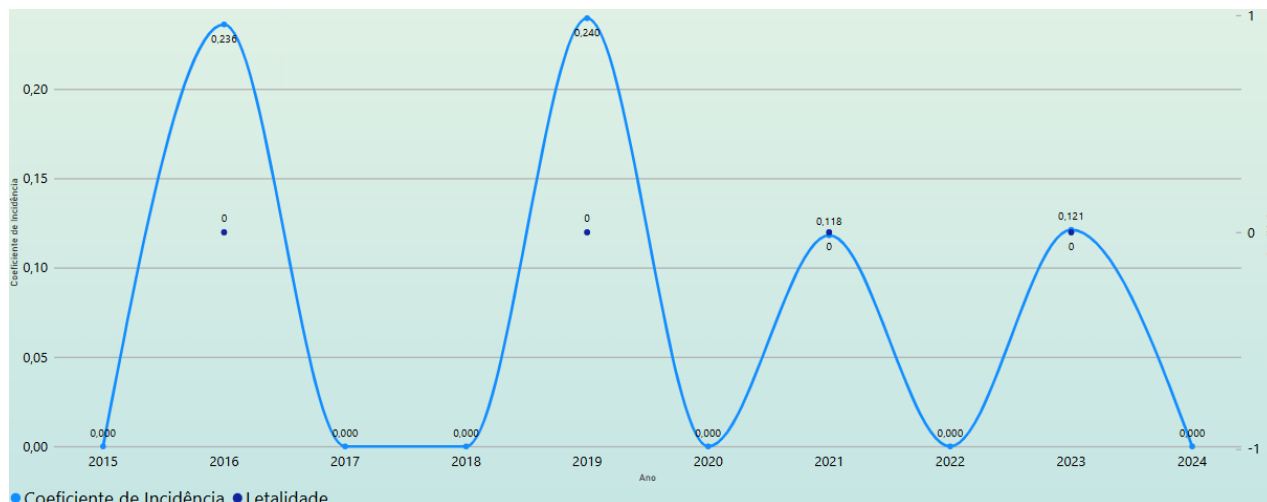


Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 23/03/2021, sujeitos a alterações.

A variação do Coeficiente de Incidência de leishmaniose visceral apresentou oscilações, chegando a 0 nos anos de 2015, 2017, 2018, 2020, 2022 e 2024, com picos nos anos de 2016 e

2019, com 0,236 e 0,240 casos/100 mil habitantes, respectivamente. Quanto à letalidade da doença a taxa foi de 0 durante toda a série histórica (Gráfico 22).

Gráfico 22. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, 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

A razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos entre 2015 e 2023 na MRS Extremo Sul apresentou oscilações atingindo picos em 2015, 2018, 2020 e 2023, com (99, 67, 78 e 50 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos respectivamente) (Gráfico 23). Essa oscilação ressalta a necessidade de monitoramento contínuo e intervenções direcionadas para melhorar a saúde materna e reduzir as disparidades nos cuidados de saúde, pois os indicadores nacionais, estaduais e macrorregionais estão aquém do padrão aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

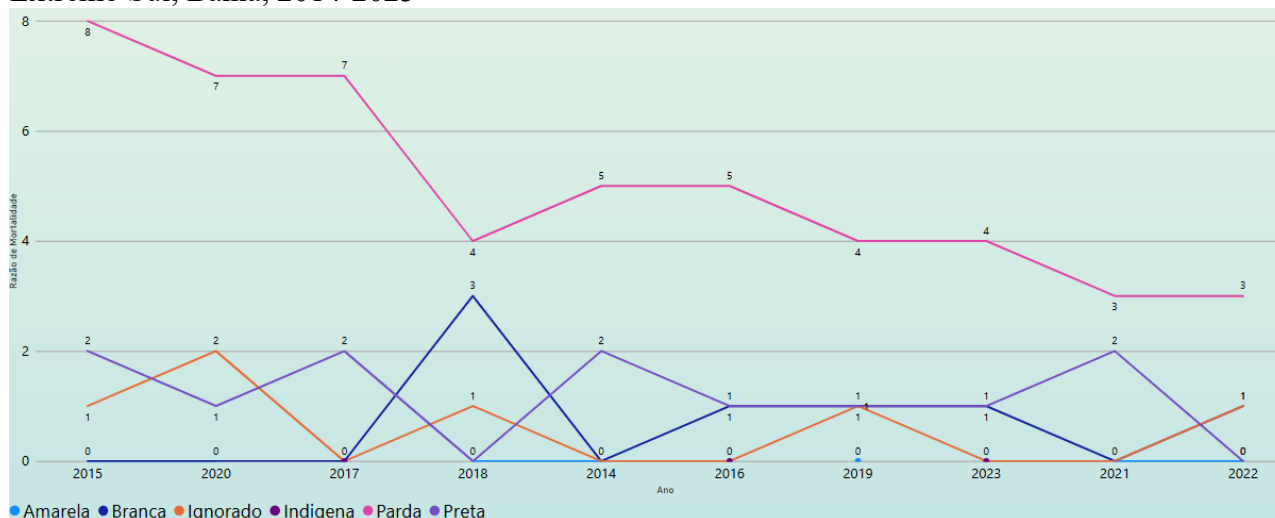
Gráfico 23. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2023*



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

Na Bahia a RMM de mulheres pretas e pardas é 55,78 (2023), na MRS Extremo Sul observa-se que dos 75 casos de mortes maternas do período de 2014 a 2023, 62 mortes ocorreram em mulheres negras (pretas e pardas), sendo 82,7% dos totais de óbitos, conforme apresentado no Gráfico 24.

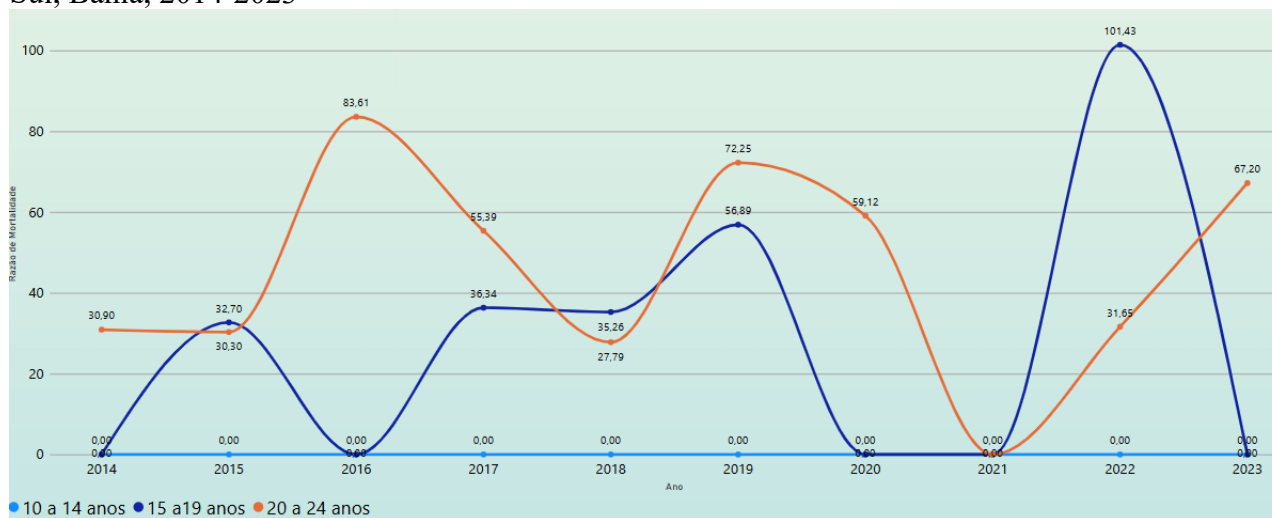
Gráfico 24. Número absoluto de mortalidade materna por raça/cor. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2023*



Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 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). As principais causas incluem hemorragias, hipertensão gestacional, infecções e complicações do parto. Na MRS Extremo Sul, a análise dos dados revela que os óbitos na faixa etária de 15 a 19 anos apresentam mortalidade relevante com pico em 2022 (101,43) o que indica a necessidade de intervenções direcionadas para essas populações. Já para a faixa etária de 20 a 24 anos observam-se valores altos em 2016 (83,61), 2019 (72,25) e 2023 (67,20), concentrando o maior número de óbitos maternos (Gráfico 25). A identificação das causas presumíveis dos óbitos maternos em idade fértil é crucial, pois permite compreender as lacunas nos serviços de saúde e implementar estratégias eficazes para melhorar a assistência às mulheres durante a gestação e o parto, visando reduzir a mortalidade materna na região.

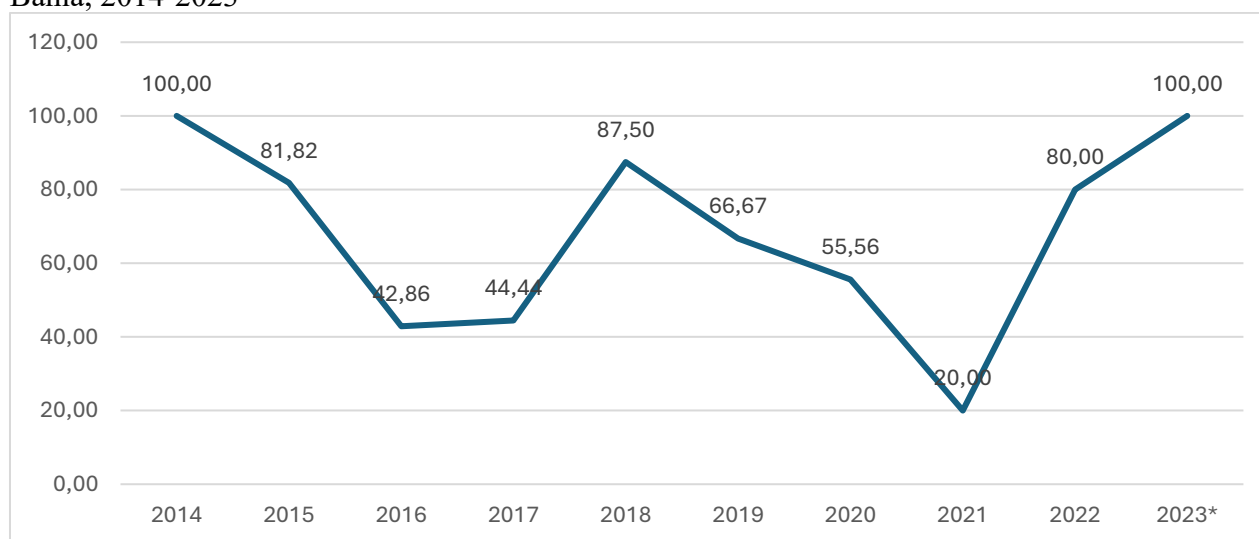
Gráfico 25. Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2023



Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 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, com uma variação negativa de 23,48% entre os anos de 2013 e 2023³⁷. Na Macrorregião de Saúde Extremo Sul, foi possível constatar oscilações ao longo da série entre os anos de 2014 e 2023, com destaque para os menores patamares em 2016 (42,86%), 2017 (44,44%) e 2021 (20%), o menor da série (Gráfico 26). Importante salientar que no ano de 2023 100% dos óbitos foram investigados, demonstrando o trabalho da vigilância epidemiológica.

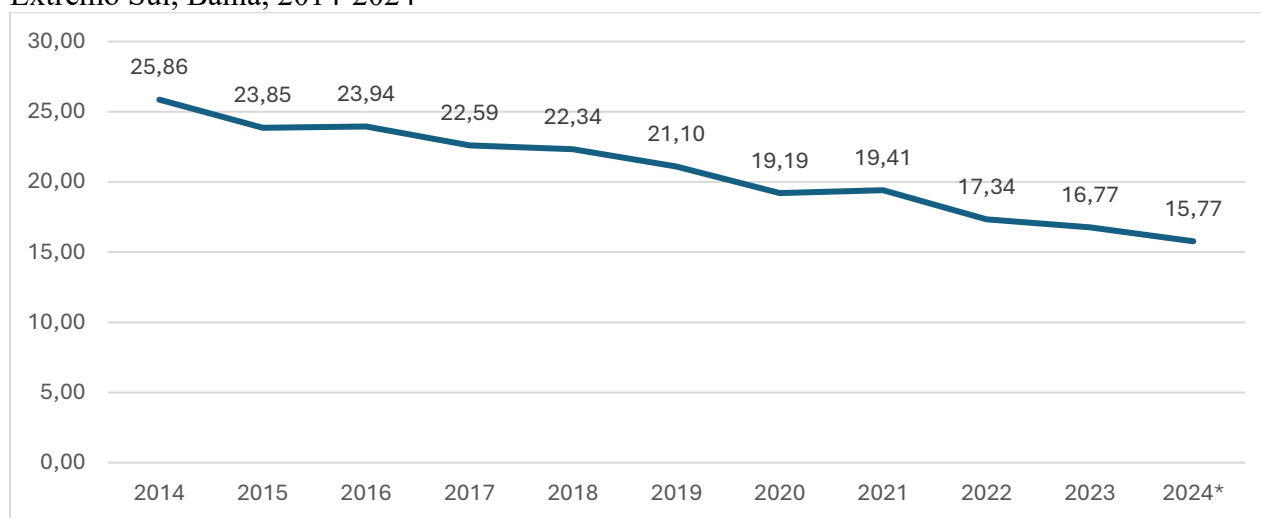
Gráfico 26. Proporção de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2023*



Fonte: Extraído e adaptado de SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM (2025, apud Bahia, 2024)

A MRS Extremo Sul apresentou queda na proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos ao longo do período analisado de 25,86 para 15,77 (2014-2024*) (Gráfico 27). 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.

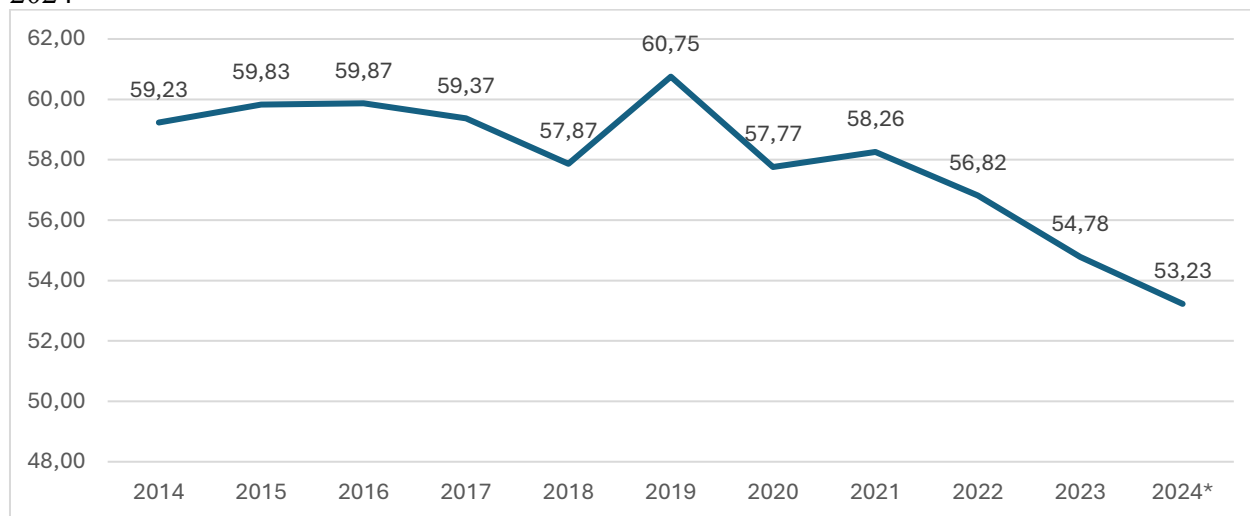
Gráfico 27. Proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2024



Fonte: 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. A MRS Extremo Sul apresentou variação abaixo do parâmetro proposto para o indicador (valor igual ou superior a 60% de partos normais) nas proporções de partos normais, ficando com o menor valor em 2024 com registro de 53,23% (Gráfico 28).

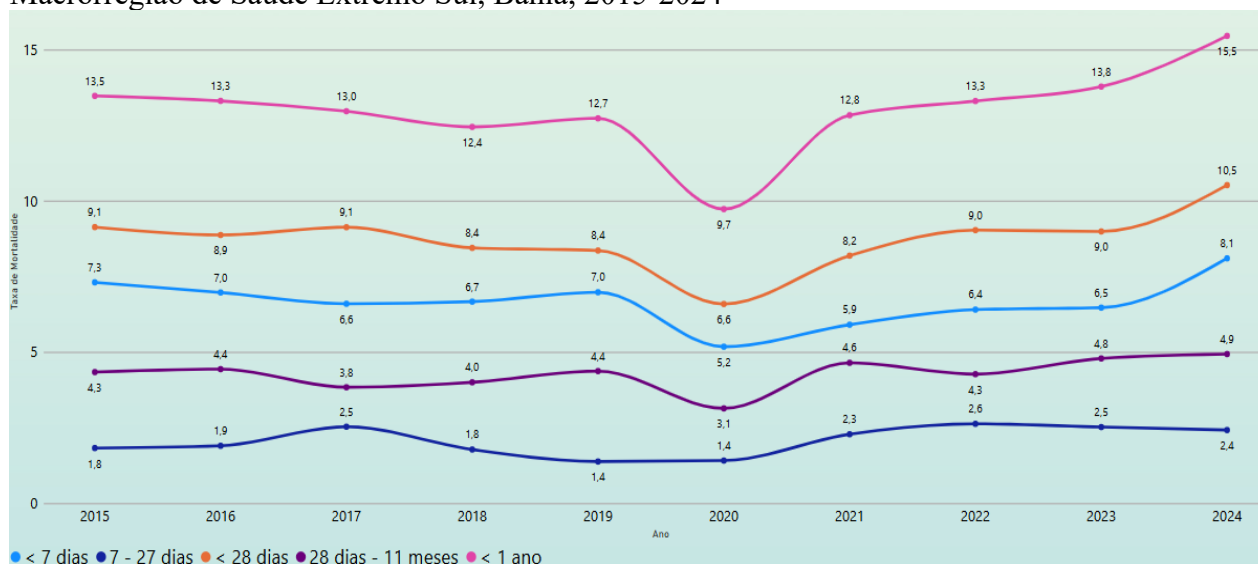
Gráfico 28. Proporção de Partos Normais. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2024



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

Na Macrorregião de Saúde Extremo Sul, entre 2015 e 2024, a taxa de mortalidade infantil (<1 ano) apresentou um aumento de 13,5 para 15,5 óbitos por mil nascidos vivos. Em 2020, observou-se o menor valor da série, com 9,7 óbitos por mil nascidos vivos. A partir de 2021, houve aumento nas taxas de mortalidade para quase todas as faixas etárias, com exceção do período neonatal tardio (7 a 27 dias de vida), que permaneceu relativamente estável nos três últimos anos da série histórica (Gráfico 29).

Gráfico 29. Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, 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. A macrorregião apresentou variações ao longo da série, com um pico no ano de 2015 (73%), a proporção caiu para 59,5% em 2023 (Gráfico 30).

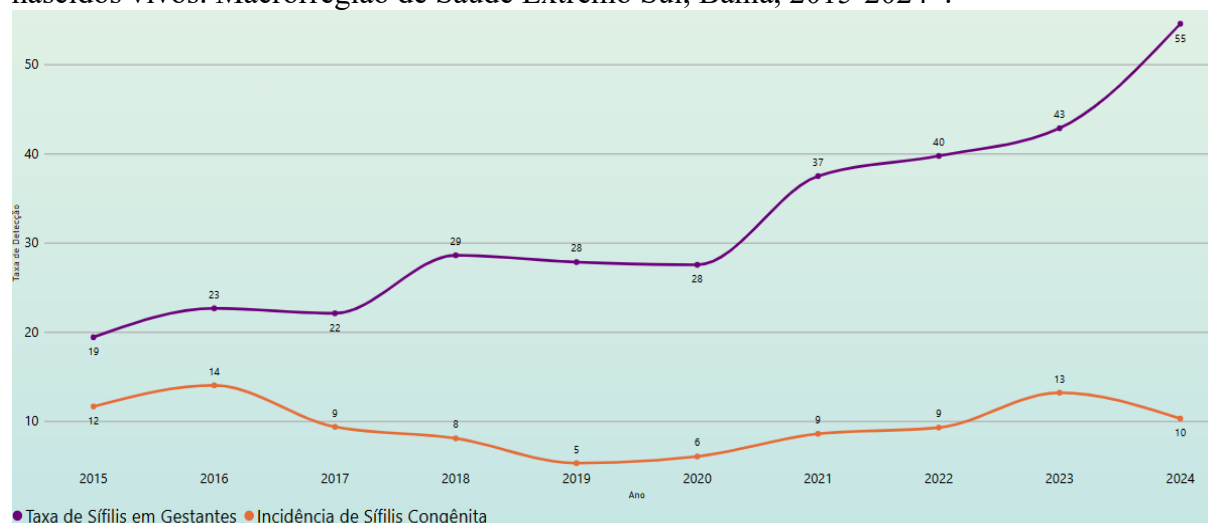
Gráfico 30. Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014-2023*



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

A taxa de detecção da sífilis apresentou crescimento expressivo no período 2015-2024 na MRS Extremo Sul. A menor taxa registrada foi de 19,0 em 2015, e a maior foi de 55,0 em 2024 (Gráfico 31). Para a incidência de sífilis congênita na macrorregião, nota-se oscilação, de 2015 (12,0) a 2019 (5,0) houve queda, mas a partir de 2020 até 2023 a incidência voltou a subir com pequenas variações. Em 2024 houve nova queda (10,0), porém o valor ainda é superior a 2019, o ponto mais baixo do período (Gráfico 31).

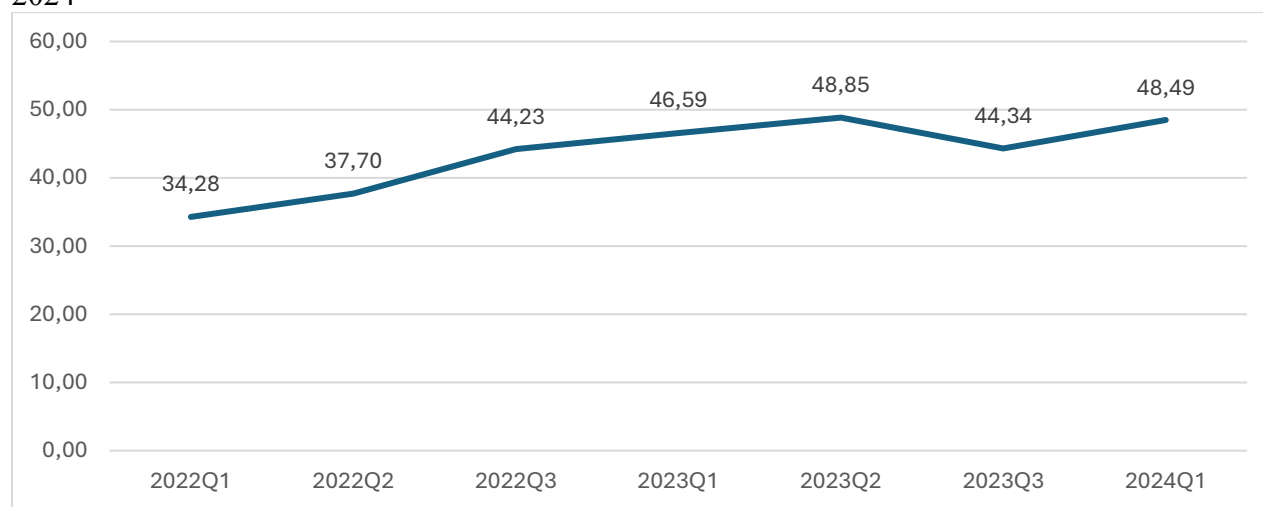
Gráfico 31. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024*



Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *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. Na MRS Extremo Sul é possível observar um aumento na captação precoce da gestante, e o início do pré-natal em tempo oportuno. O Gráfico 32 mostra o aumento na proporção, saindo de 34,28% no 1º quadrimestre de 2022 para 48,49% no 1º quadrimestre de 2024.

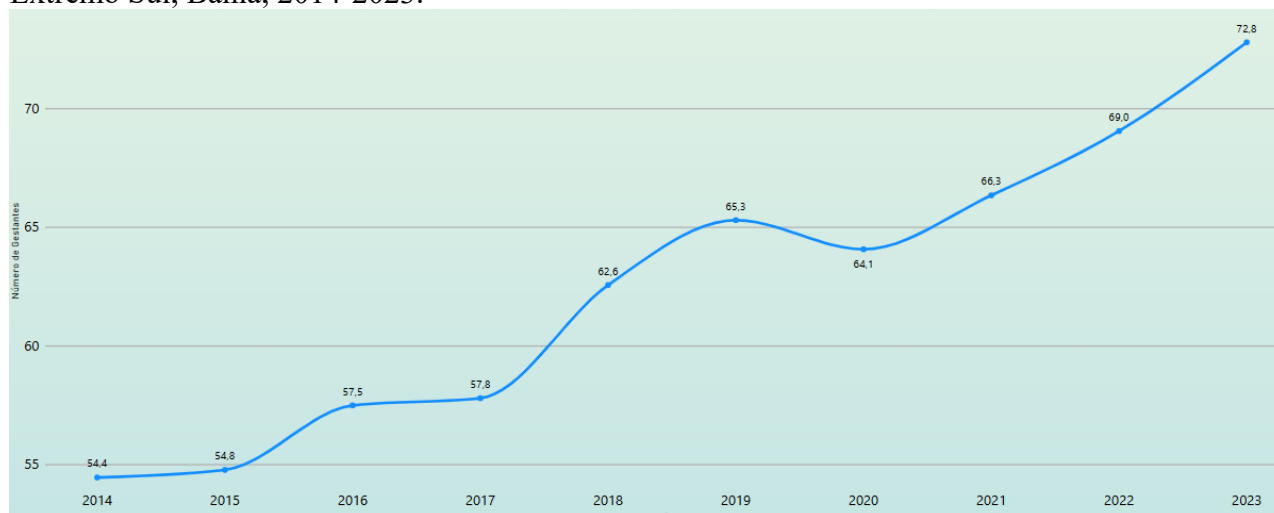
Gráfico 32. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, 2022-2024



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%, na MRS Extremo Sul observa-se um aumento progressivo e consistente ao longo do período entre 2014 e 2023, saindo de 54,4% em 2014 para alcançar o maior patamar em 2023 com 72,8% (Gráfico 33).

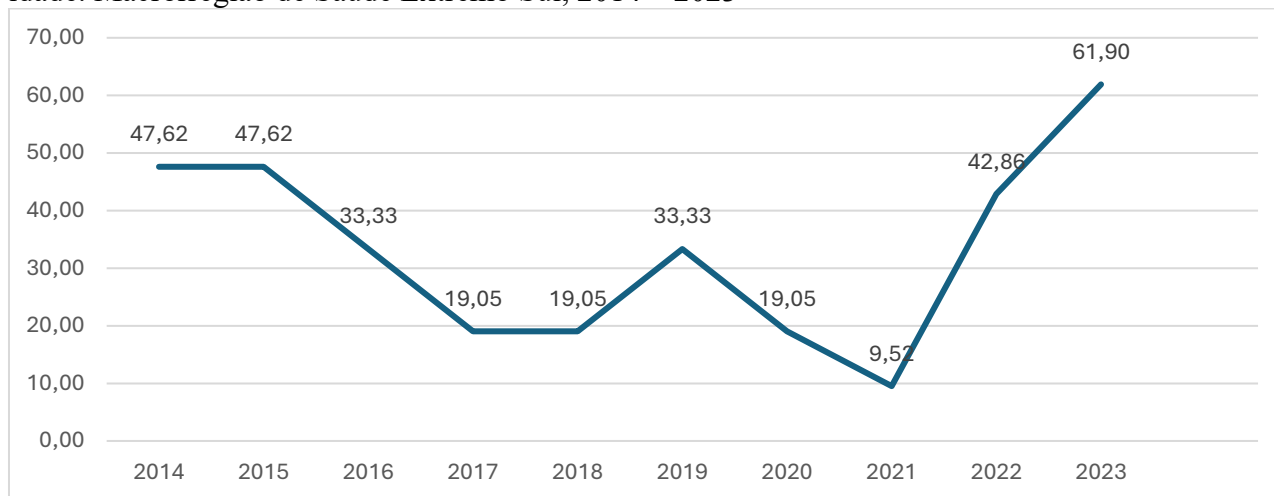
Gráfico 33. Proporção de gestante com mais de 7 consultas no pré-natal, na macrorregião Extremo Sul, Bahia, 2014-2023.



Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, 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, mede a proporção de cobertura vacinal seleccionadas: Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) em menores de dois anos. O Estado da Bahia e suas macrorregiões registraram um aumento na proporção de municípios que atingiram 75% ou mais de cobertura vacinal em relação às vacinas seleccionadas, comparando-se ao ano de 2014 (variação 2014-2023)³⁷. A Macrorregião de Saúde Extremo Sul apresentou um incremento de 30%, enquanto o Estado apresentou aumento de 37,16% para o período³⁷ (Gráfico 34). É necessário um esforço coletivo para o alcance da meta, pois a garantia das vacinas de Penta, Pólio, Pneumo e Tríplice Viral são essenciais para a diminuição e circulação de vírus e outros microrganismos nocivos à saúde. Ter uma alta cobertura é sinônimo de proteção coletiva. A análise da variação ocorreu no período 2014 a 2023 pois os dados de 2024 ainda são parciais.

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 Extremo Sul, 2014 – 2023



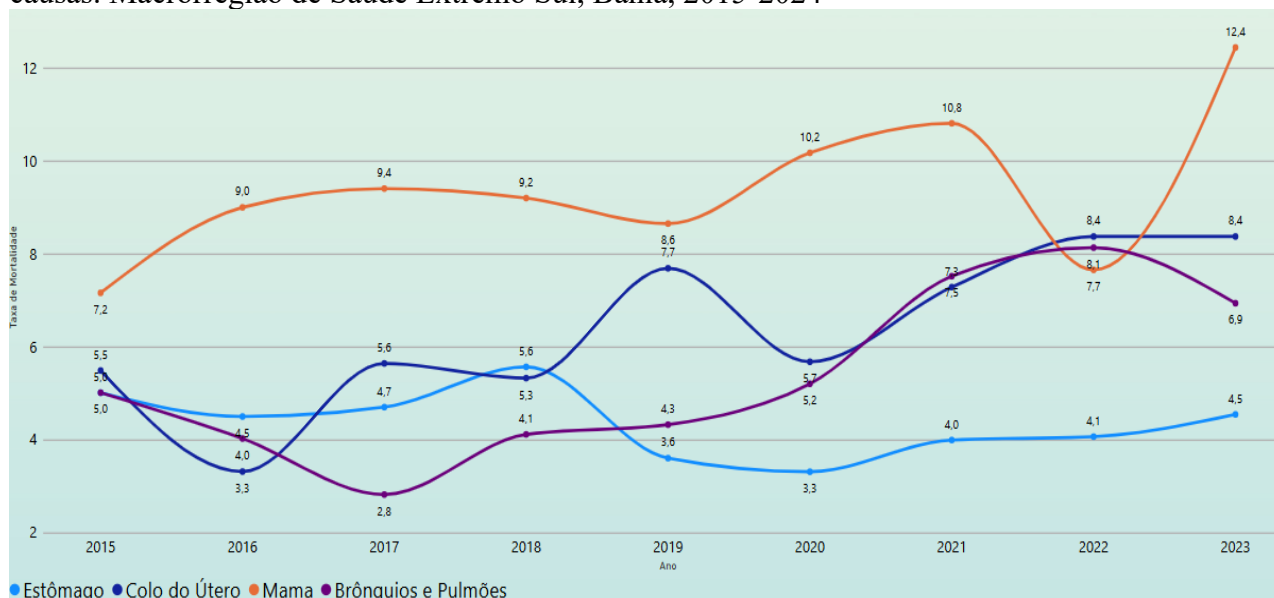
Fonte: Localizamus/MS *Dados coletados em 15/04/2025, sujeitos a alterações

3.7.3 Neoplasias

Quando observado a taxa de mortalidade por neoplasias em mulheres na Macrorregião de saúde Extremo Sul, nota-se a taxa por mortes decorrentes de câncer de mama aumentou de 7,2 em 2015 para 12,4 em 2023. A segunda e terceira maiores taxas de morte por neoplasias oscilam entre neoplasia maligna dos brônquios e pulmões e a neoplasia maligna do colo do útero (Gráfico 35).

O câncer dos brônquios e pulmões também apresenta crescimento significativo e alcança a taxa de 6,9 óbitos 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 8,4 óbitos por 100 mil mulheres em 2023 (Gráfico 35), demonstrando a necessidade de rastreamento constante por meio da realização do exame citopatológico do colo do útero.

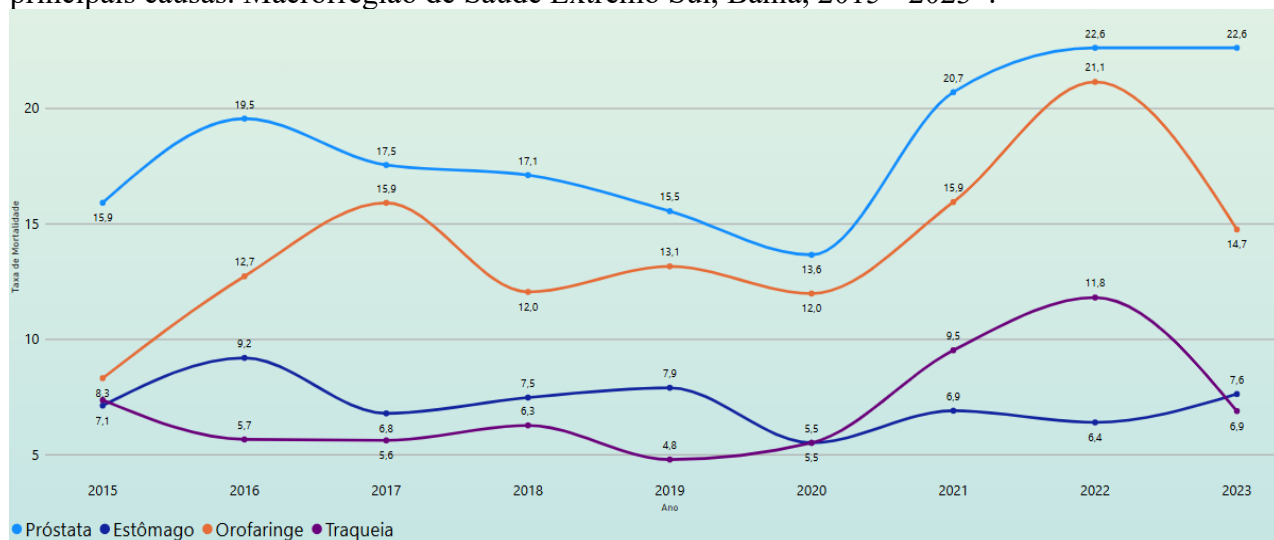
Gráfico 35. Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2024*



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

A análise da mortalidade por neoplasias no sexo masculino na MRS Extremo Sul, entre 2015 e 2023, aponta o câncer de próstata com as maiores taxas de mortalidade, passando de 15,9 em 2015 para 22,6 óbitos por 100 mil homens em 2023 (Gráfico 36). Observa-se que o câncer de orofaringe demonstra aumento, saltando de 8,3 em 2015 para 14,7 em 2023, atingindo o pico em 2022 com 22,1, consolidando-se como tendo a segunda maior taxa de mortalidade por neoplasia na MRS Extremo Sul no período (Gráfico 36). O câncer de estômago e o câncer de traqueia, brônquios e pulmões apresentaram oscilações nas taxas para o período (Gráfico 36).

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

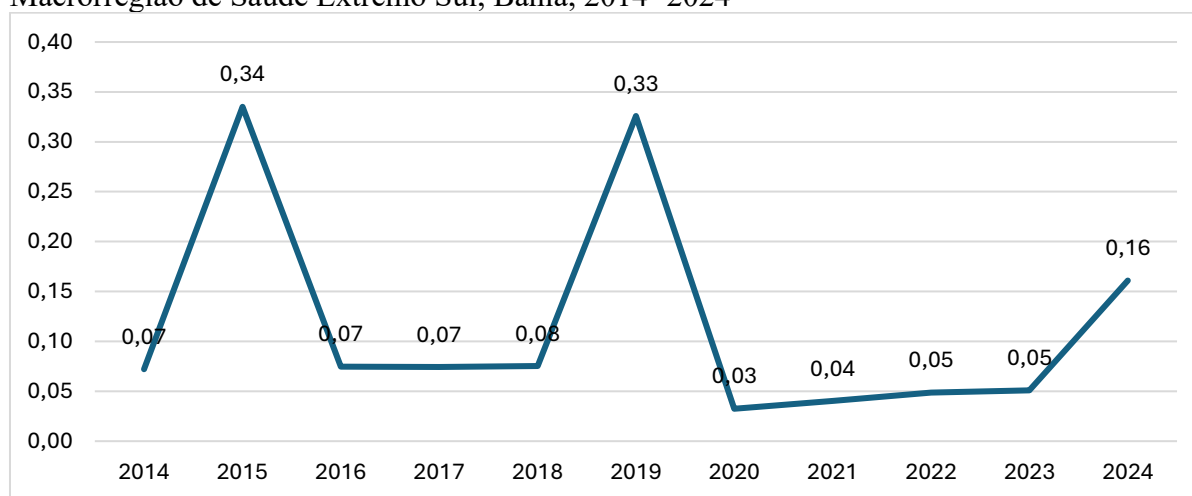


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/ *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

Para a prioridade Sanitária Neoplasias foram agregados indicadores de rastreamento do câncer, a título de análise e de definição das metas a serem pactuadas no PRI. A razão de mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos é um indicador que mostra a proporção de mulheres nessa faixa etária que realizaram mamografia com finalidade de rastreamento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a meta é de 0,5²⁷.

No período entre 2014 e 2024, as taxas apresentaram comportamento irregular com fortes oscilações e baixa cobertura na maior parte do período variando de 0,03 a 0,34, o que indica que a captação de mulheres para a mamografia ainda enfrenta desafios, refletindo possíveis barreiras de acesso, conscientização ou aceitação do exame (gráfico 37). Esses dados ressaltam a necessidade de estratégias de saúde que promovam a educação sobre a importância da mamografia, melhorem o acesso aos serviços de saúde e incentivem a participação das mulheres nos programas de rastreamento, visando a detecção precoce do câncer de mama e a redução da mortalidade associada à doença.

Gráfico 37. Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2014- 2024*

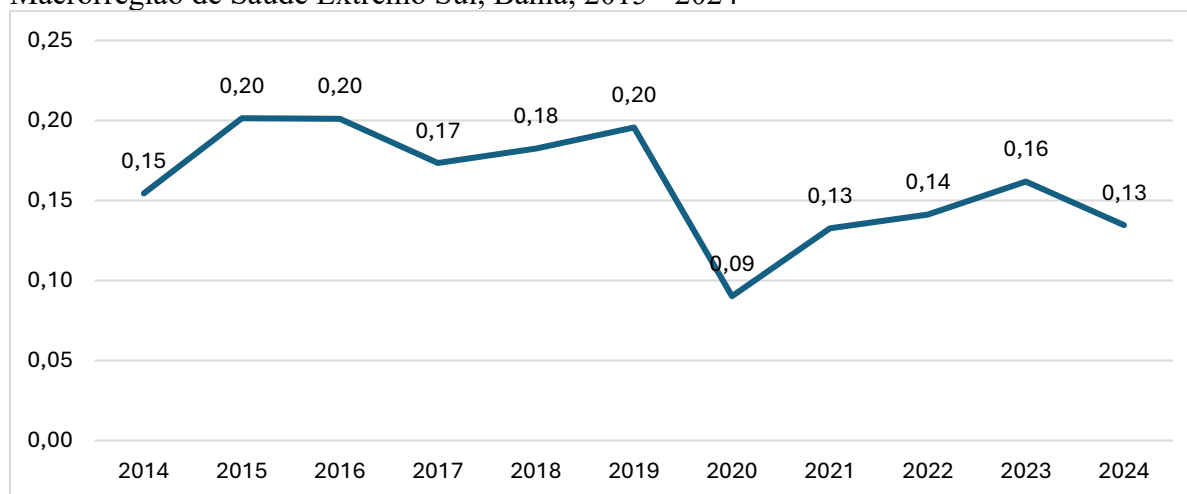


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/ *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

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 3,0. 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. Na macrorregião, observa-se aumento na realização desses exames de 2014 até 2019, quando atinge o maior pico (0,20). Há

uma queda em 2020 (0,09), ano que coincide com a ocorrência da pandemia de COVID-19, seguido de um período de crescimento, sem alcançar o maior patamar da série. (Gráfico 38).

Gráfico 38. Razão de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015 - 2024*

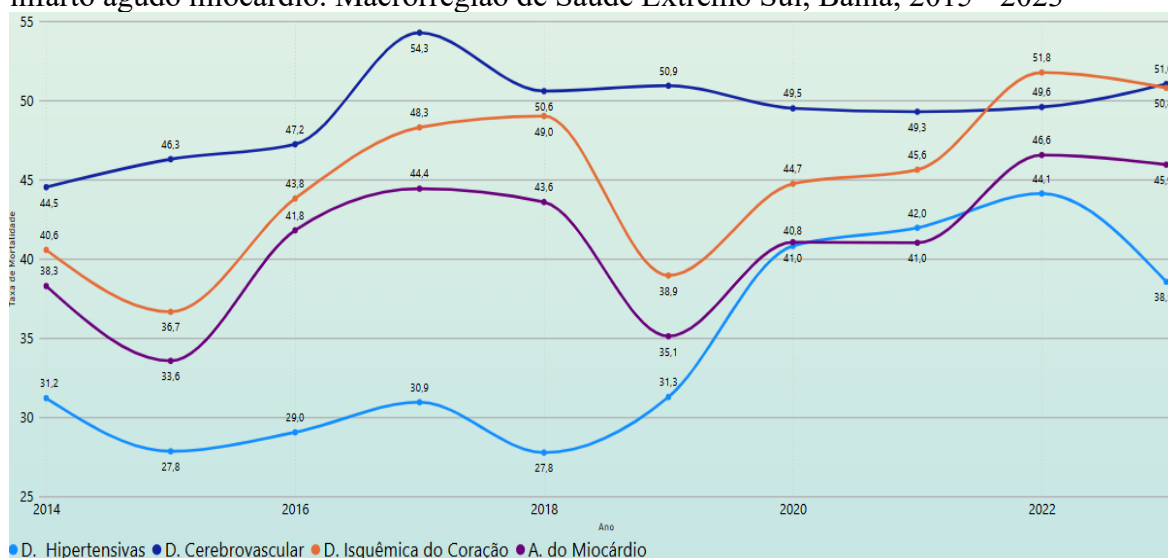


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

3.7.4 Doenças do aparelho circulatório

No período 2010-2019, as principais causas de óbito no que tange à categoria das doenças do aparelho circulatório foram, por ordem decrescente de risco, as doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração, aneurisma do miocárdio e doenças hipertensivas. Na atualização 2020-2023, a taxa das doenças cerebrovasculares (51,0 em 2023) e doenças isquêmicas do coração (50,8 em 2023) continuam a configurar os dois principais riscos, (Gráfico 39).

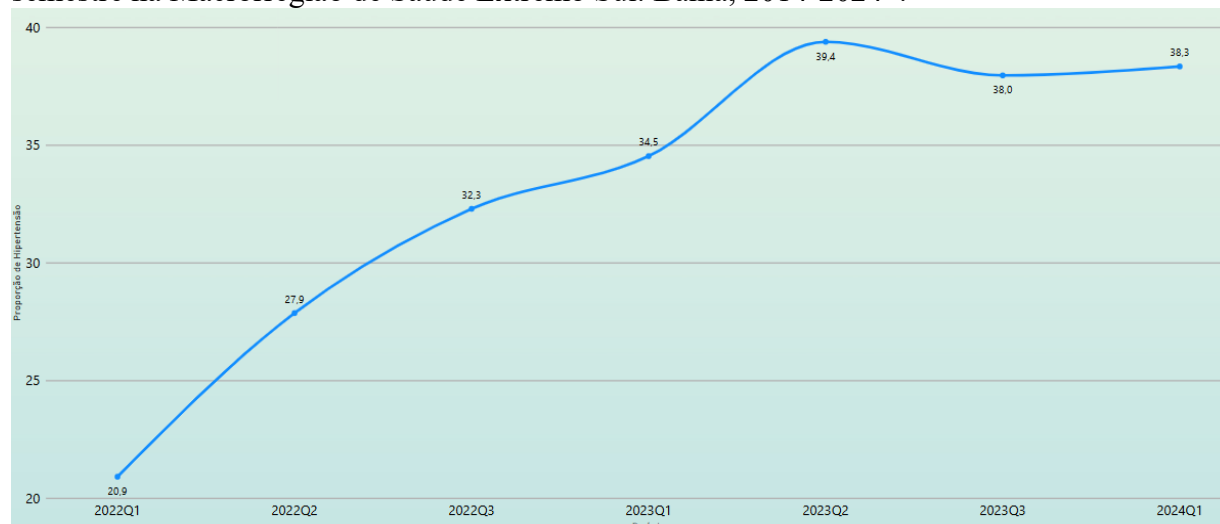
Gráfico 39. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015 - 2023*



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

O indicador proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quantidade estimada/identificadas de hipertensos que o município possui. A porcentagem de diagnosticados com hipertensão só é apresentada por estado pela PNS, por esse motivo, realiza-se uma estimativa para 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 semestre³⁷. Na MRS Extremo Sul observa-se a mesma tendência, finalizando o período com 38,3 (2024Q1) (Gráfico: 40).

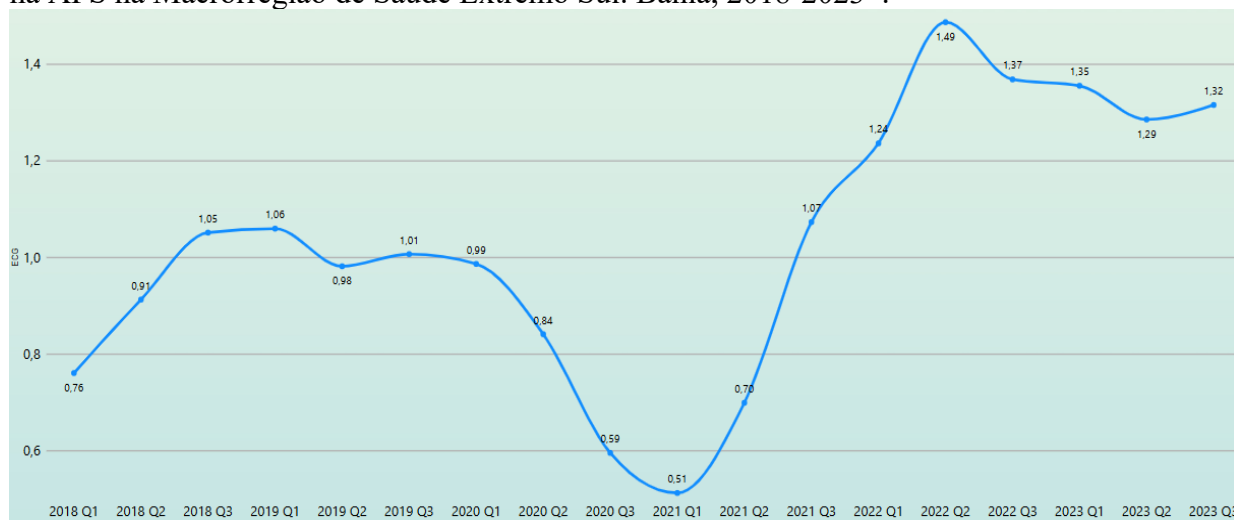
Gráfico 40. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2014-2024*.



Fonte: SIM e IBGE, Divep/Suvisa/Sesab, 2024. *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 0,51 em 2020 para 1,32 no 3º quadrimestre de 2023 (Gráfico 41) porém são valores muito baixos o que pode também estar relacionado a registro no sistema de informações.

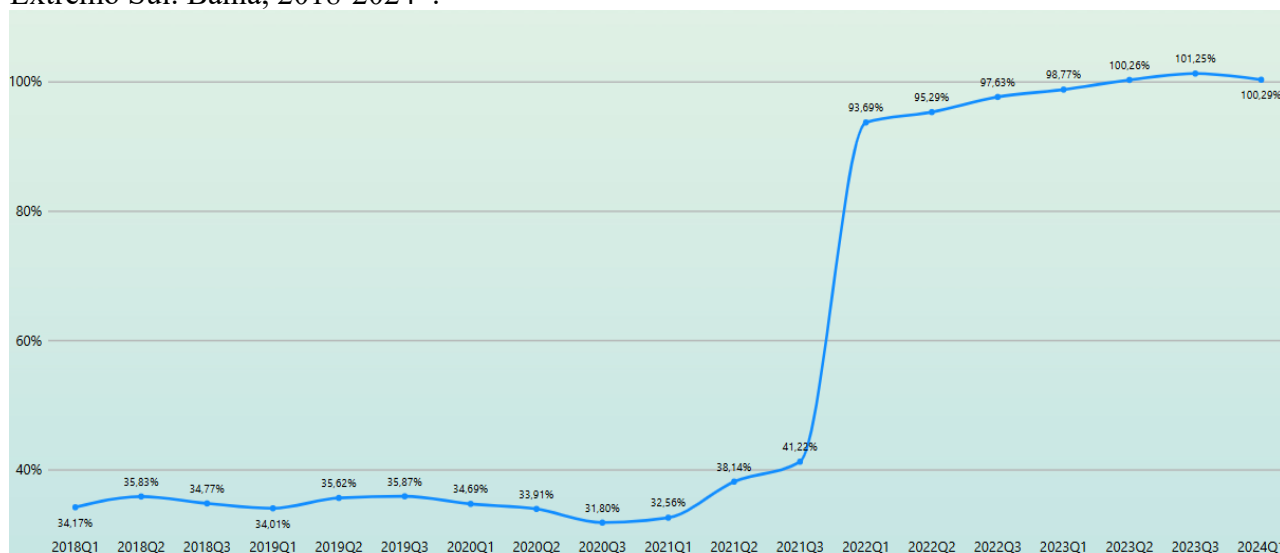
Gráfico 41. Percentual de pessoas com Hipertensão Arterial que teve o exame ECG avaliado na APS na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2018-2023*.



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass, 2025. *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. No período entre 2018 e 2024, a macrorregião apresenta crescimento desde o 3º quadrimestre de 2021, atingindo o ápice no 1º quadrimestre de 2024 com 100,29% (Gráfico 42).

Gráfico 42. Percentual de Hipertensos identificados na APS na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2018-2024*.

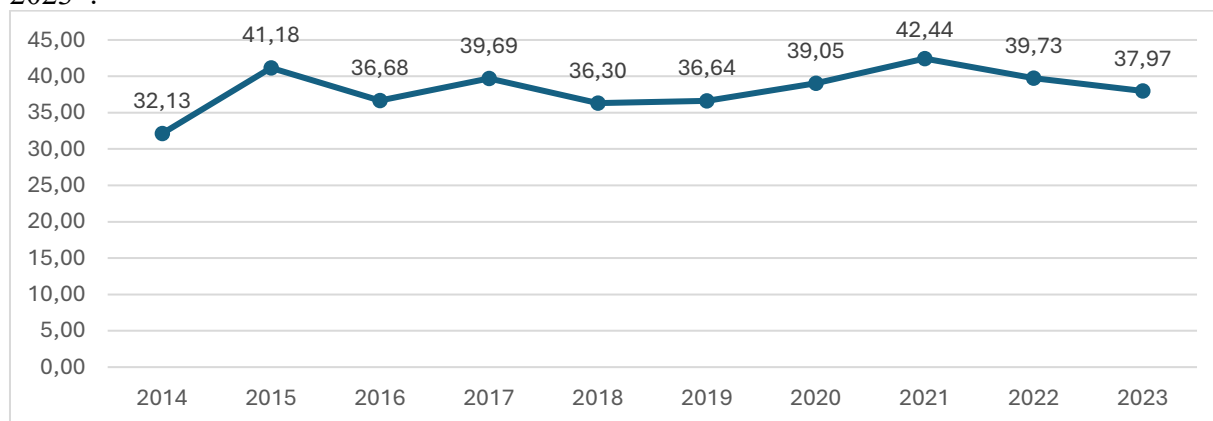


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

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. Na MRS Extremo Sul, verificam-se oscilações na taxa, saindo de 32,13 em 2014 para 37,97 óbitos por 100 mil habitantes em 2023 (Gráfico 43).

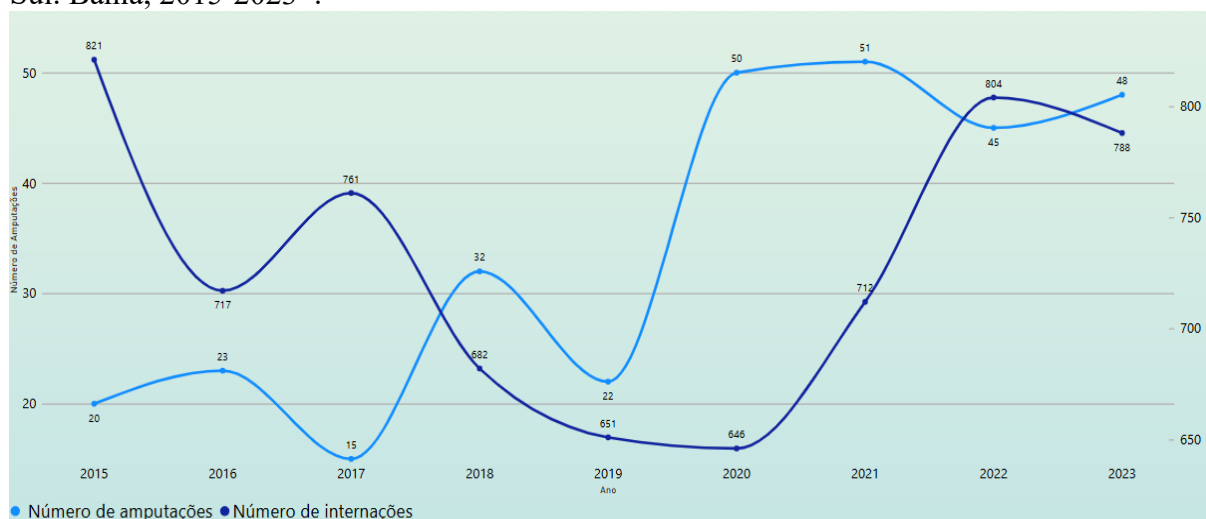
Gráfico 43. Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2014-2023*.



Fonte: SIM e IBGE, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 17/04/2025, sujeitos a alterações.

O Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares tem como objetivo analisar variações geográficas e temporais das internações para amputação, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na análise da qualidade do cuidado ofertado aos portadores de doenças crônicas em associação com outros indicadores. Na MRS Extremo Sul, no período de 2015-2023, foram realizadas 6.582 internações hospitalares por complicações do DM, das quais 306 foram cirurgias de amputações (Gráfico 44).

Gráfico 44. Número de Amputações de membros inferiores decorrente de complicações da Diabetes Mellitus (DM) e de Internações Hospitalares na Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2015-2023*.

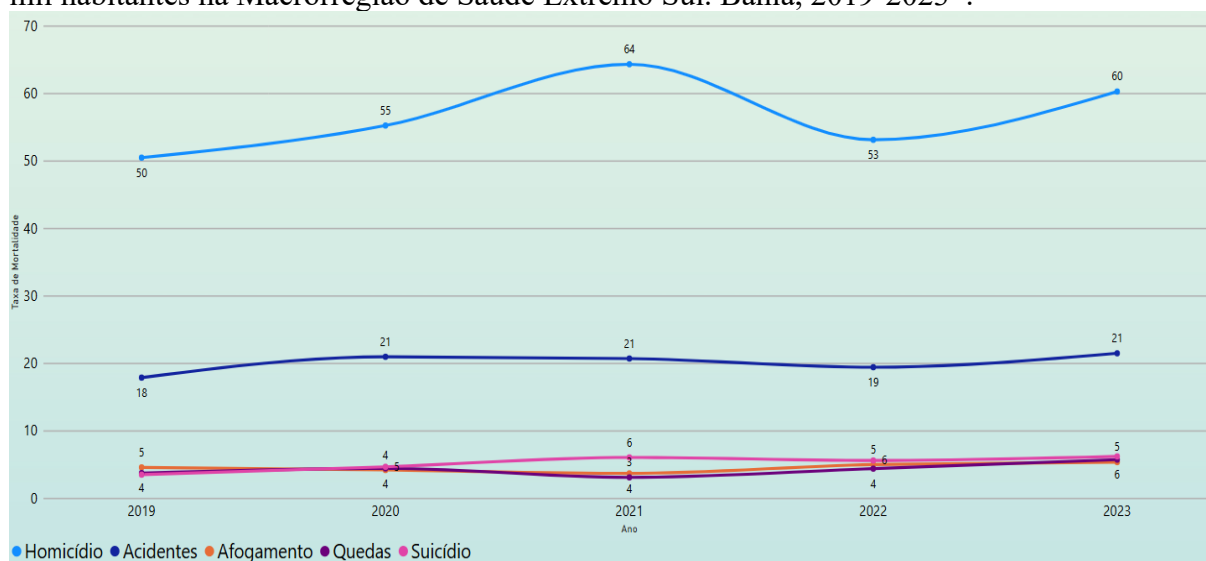


Fonte: SIM e IBGE, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 17/04/2025, sujeitos a alterações.

3.7.6 Morbimortalidade por causas externas

Na desagregação dos componentes do grupo dos óbitos por causas externas, as causas mais frequentes, no período 2019-2023 na MRS Extremo Sul foram homicídios, acidentes de transportes, queda e suicídio, com homicídios e acidentes de transporte com as taxas mais altas. A taxa de óbitos por homicídio por 100 mil habitantes manteve-se como a maior taxa durante todo o período, a taxa de suicídio apresentou aumento, passando da quarta para a terceira maior taxa em 2020 e permanecendo até 2023 (Gráfico 45).

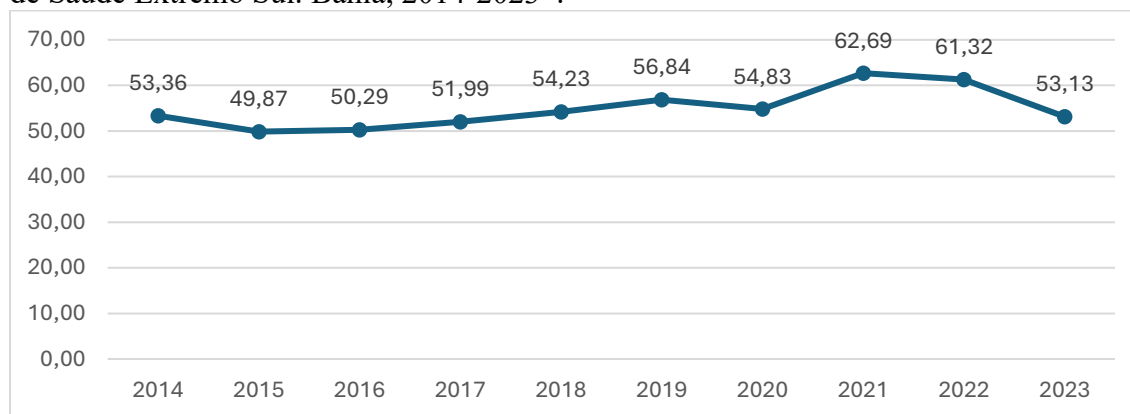
Gráfico 45. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2019-2023*.



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

A taxa de internação por causas externas inclui violências, acidentes (trânsito, domésticos, de trabalho), quedas e lesões. Na MRS Extremo Sul, a taxa apresentou variações no período de 2014 a 2023. Houve aumento entre 2019 e 2021, e redução recente de 2021 a 2023, caindo cerca de 9,56 pontos (Gráfico 46).

Gráfico 46. Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2014-2023*.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

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 *Jotform*, 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 2).

Quadro 2. Dimensões e significado da pontuação na Matriz GUT. Bahia, 2021.

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

Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021.

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

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

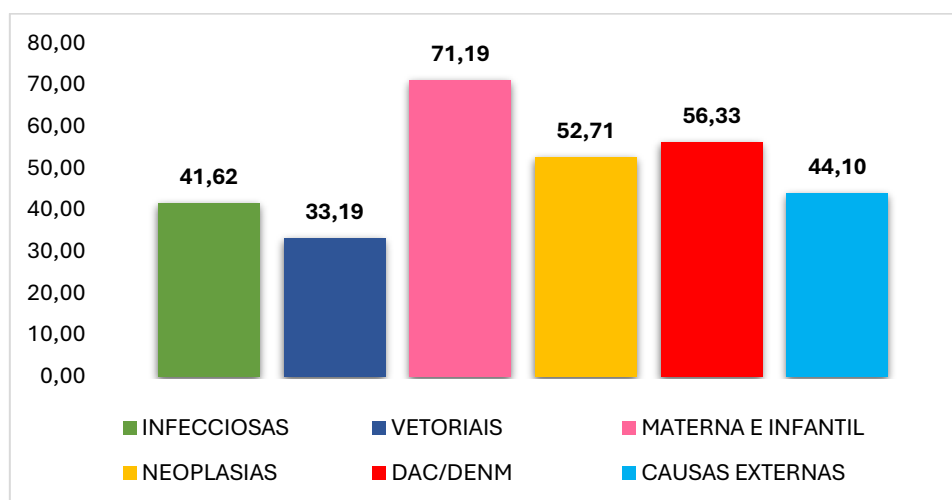
- leitura do texto referente a área temática;
- atribuição de pontuação (valores entre 1 e 5) considerando as variáveis indicadas na matriz;
- todas as alternativas deveriam ser marcadas com uma única opção para cada resposta;
- a atribuição dos pontos deveria ter como referência as discussões que ocorreram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

A aplicação da matriz GUT permitiu classificar áreas temáticas em ordem de prioridade, a partir da pontuação alcançada. Na MRS-Extremo Sul a oficina ocorreu no dia 19 de outubro de 2021.

As áreas temáticas consideradas na 1ª Oficina Macrorregional na MRS-Extremo Sul 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-Extremo Sul, a prioridade sanitária foi a Atenção materna e infantil (Gráfico 47). Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)³⁸, pelo menos 20% da carga de doenças em crianças com menos de cinco anos está relacionada as condições e situação de saúde materna e à desnutrição, bem como a qualidade dos cuidados ao parto e no período de recém-nascido.

Gráfico 47. Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2021.



Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021.

Após a definição da prioridade sanitária, a Coordenação de Planejamento Regional Integrado propôs ao Grupo Conductor 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/BA 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/BA 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 CIB/BA 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 do 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-Extremo Sul.

5 ORGANIZAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Na análise da capacidade instalada foi considerada a estrutura dos serviços de saúde na abrangência macrorregional, contemplando a cobertura, organização e a oferta de serviços de saúde no território, buscando articulação com alguns elementos que compõem as diferentes

vertentes da ASIS (condições socio sanitárias; Rede de Atenção à Saúde (RAS); fluxos assistenciais; gestão do trabalho e da educação na saúde; e gestão¹)

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 resolutive 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

O índice de dependência da macrorregião³⁹⁻⁴⁰ mensura o percentual de atendimentos realizados dentro da própria macrorregião em comparação com aqueles realizados em outras macrorregiões do Estado. Avalia-se a dependência de outra(s) macrorregião(ões) para realizar procedimentos de alta complexidade (AC), permitindo 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, observa-se o aspecto de gestão neste arranjo interfederativo, bem como as necessidades de (re) pactuar fluxos assistenciais e investimentos no território.

Assim, entende-se que quanto menor o índice de dependência, maior é o atendimento dentro da macrorregião, sendo mais resolutive e, portanto, espera-se um menor deslocamento e tempo de espera da população.

¹ Os aspectos relacionados aos “recursos financeiros” e a “ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde”, previstos para ASIS, não foram considerados nesta etapa.

O índice de dependência macrorregional indica que a MRS-Extremo Sul depende de outras macrorregiões para realizar 13,44% dos procedimentos ambulatoriais e 33,00% dos serviços hospitalares de AC, sendo este um dos melhores percentuais em relação às demais macrorregiões de saúde (Tabela 6). Contudo, percebe-se que os municípios desta macrorregião fazem fronteira com outros estados e os encaminhamentos para fora da Bahia não foram utilizados para a elaboração do índice de dependência macrorregional.

Tabela 6. Índice de dependência de serviços ambulatorial e hospitalar de alta complexidade por macrorregião de saúde. Bahia, 2021-2022.

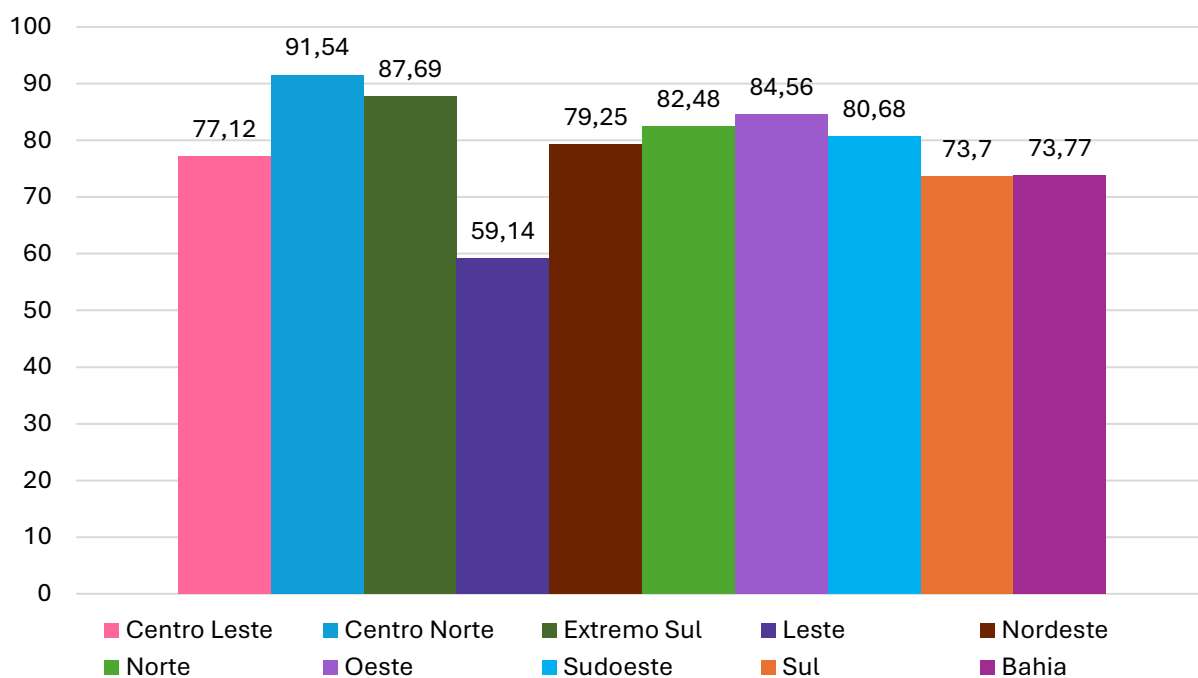
Macrorregião	Índice de dependência em serviços de alta complexidade	
	Ambulatorial	Hospitalar
CENTRO LESTE	41,11%	55,65%
CENTRO NORTE	26,01%	97,75%
EXTREMO SUL	13,44%	33,00%
LESTE	0,51%	0,54%
NORDESTE	30,73%	99,60%
NORTE	18,36%	69,12%
OESTE	25,02%	71,38%
SUDOESTE	4,93%	24,10%
SUL	10,62%	54,36%

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.

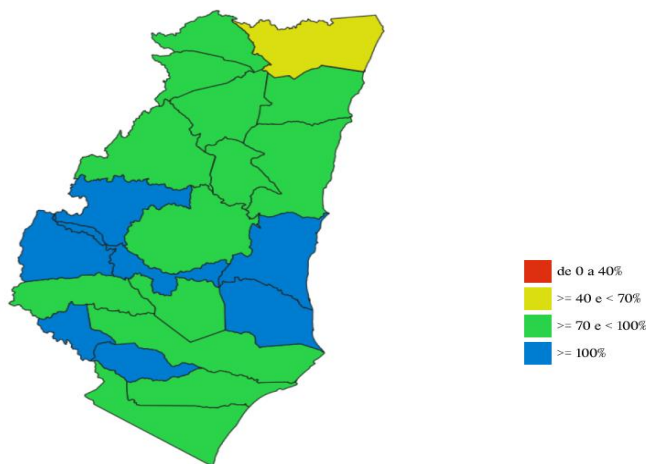
Para o cálculo do indicador Cobertura da APS foi considerada a população cadastrada pelas unidades de saúde no Sisab e a cobertura da MRS-Extremo Sul é de 87,69% (Gráfico 48), acima da cobertura média do estado.

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

Fonte: Caderno de Monitoramento da Atenção Básica, 2022.

A análise do conjunto dos municípios da macrorregião (Mapa 3) revela que 20 municípios (95,24%) possuem cobertura de APS igual ou superior a 70%.

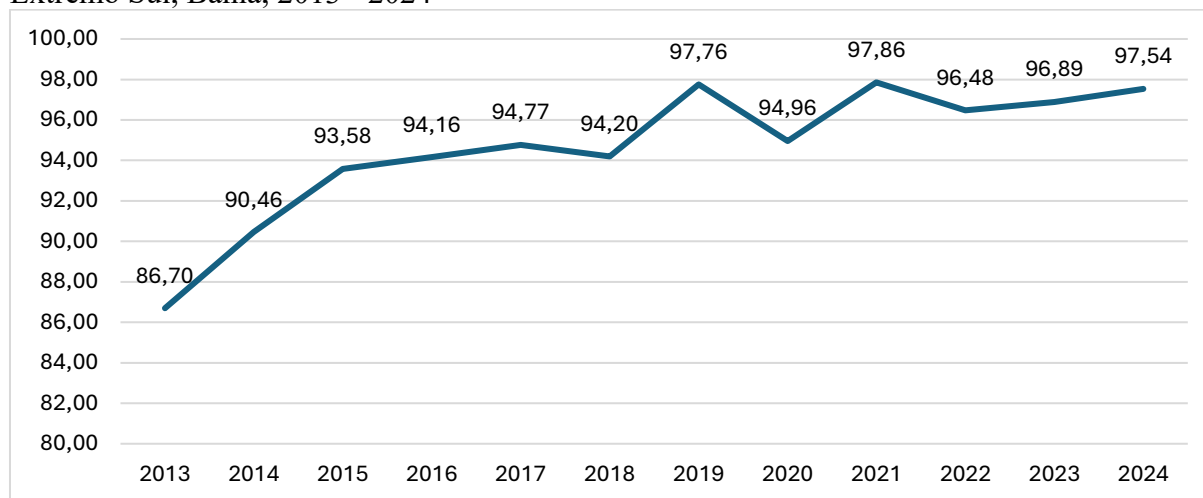
Mapa 3. Cobertura da Atenção Primária à Saúde na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2021.



Fonte: Caderno de Monitoramento da Atenção Básica, 2022.

Para complementar a informação foi também avaliado outro indicador, demonstrando que a macrorregião apresentou oscilações, chegando a 97,54% de cobertura em 2024 (Gráfico 49).

Gráfico 48. Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2013 - 2024*



Fonte: E-gestor: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - CGIAP/DESF/SAPS/MS.

Ressalta-se que as análises das coberturas na MRS-Extremo Sul revelam apenas um dos fatores para avaliar o alcance dos princípios e diretrizes da APS e o seu papel na RAS. A atenção primária resolutive 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.

Neste sentido, ao analisar as informações contidas no Caderno do PRI sobre o estado da saúde da população da MRS-Extremo Sul, observa-se que a cobertura de APS elevada de forma isolada, não garante ações oportunas e efetivas para todas as necessidades de saúde. Embora haja uma tendência de redução da incidência de alguns agravos transmissíveis, ainda persistem na macrorregião a incidência e a prevalência de algumas doenças e agravos.

5.3 Central de regulação

5.3.1 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 atende a normativa vigente que orienta que as centrais sejam regionalizadas e suficientes para a cobertura de todos os municípios e indica 1 (uma) CRU para cada 500 a 700 mil habitantes⁴¹. A MRS-Extremo Sul tem duas CRU regionais nos municípios de Eunápolis e Teixeira de Freitas, para uma população de 840.442 habitantes (IBGE, 2020), atendendo ao parâmetro estabelecido.

5.3.2 Central de regulação do acesso às ações e serviços de saúde

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-Extremo Sul, com 21 (vinte e um) municípios, contava com 26 (vinte e seis) serviços cadastrados no CNES: 14 serviços centralizados, quatro descentralizados e para oito serviços não se obteve informação quanto ao tipo de estrutura. É importante apresentar essa informação, mesmo sem um parâmetro de necessidade estabelecido. É possível, a partir dos registros oficiais, inferir que na macrorregião a estrutura de organização do acesso aos serviços ambulatoriais é satisfatório, considerando o número de centrais identificadas.

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 3) 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.

As informações coletadas tratam da infraestrutura disponível para o SUS na RAS da macrorregião que atende a necessidade de toda população. Para prioridade sanitária estão sinalizadas com um asterisco aquelas que possuem parâmetro definido pelo MS, o que permite a análise dos dados na perspectiva da comparação com o esperado⁴³ (Quadro 3).

Quadro 3. Quantitativo de equipamentos, serviços (urgência e emergência) e sistema logístico disponíveis para o SUS na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2022.

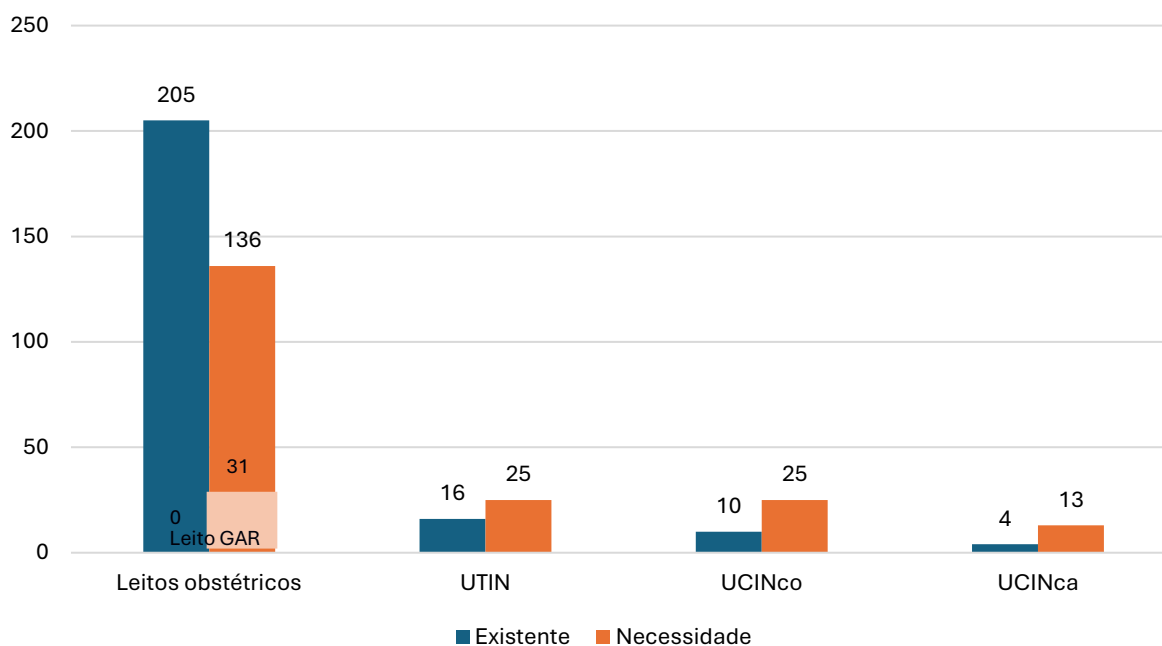
Tipo	Prioridade Sanitária	Informação/Indicador	N. Existente	N. Necessário
Equipamento	Comum a todas	Oftalmoscópio	23	-
		Eletrocardiógrafo	94	-
		USG com doppler	40	-
		USG convencional	67	-
Serviços especializados	Atenção Materna e Infantil	Referência em triagem neonatal	0	-
	Comum a todos	Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia	74	-
		Serviço de hemoterapia	18	-
		Laboratório análise clínica	42	-
		Centro de Especialidades Odontológicas	10	-
Hospital	Atenção Materna e Infantil	Leitos obstétricos clínicos*	114	136
		Leitos obstétricos cirúrgicos*	91	
		Leitos UTIN *	16	25
		Leitos UCINco*	10	25
		Leitos UCINca*	04	13
		Leito GAR*	0	31
	Hospital amigo da criança	0	-	
Comum a todos	Leitos UTI AD	30	-	
Serviço Hospitalar	Atenção Materna e Infantil	Banco de leite / posto de coleta	0	-
		CPN*	0	02
		CGBP*	0	-
Urgência e Emergência	Comum a todos	Unidade de Suporte Básico – USB	23	-
		Unidade de Suporte Avançado – USA	05	-
		Motolância	02	-
		USB aquático/embarcação	0	-
Sistema Logístico		Ambulância Comum	81	-

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

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

O Gráfico 50 ilustra os leitos obstétricos e para gestação de alto risco (GAR), gestante e neonato da MRS-Extremo Sul evidenciando que o território possui mais leitos obstétricos do que o necessário²: 205 leitos obstétricos SUS e 40 leitos obstétricos não SUS, totalizando 245 leitos. Quanto aos leitos para atendimento à gestante e ao neonato, a macrorregião não tem a necessidade atendida.

Gráfico 49. Número de leitos obstétricos e de leitos para gestação de alto risco existentes e necessários na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2022.



Fonte: CNES, 2022.

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 padrão⁴³ (40 horas semanais). Esta forma é

² Para o cálculo da necessidade de leitos obstétricos foi utilizado como referência o MEMO n. 118 DAPES/SAS/MS, Brasília, 17 de fevereiro de 2012 – Nota técnica sobre parâmetros para cálculo de leitos obstétricos - Rede Cegonha.

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 comparação 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 possível conhecer a disponibilidade da força de trabalho em saúde no território. Com relação a categoria médica foi feito um comparativo entre necessidade e existência, sendo possível verificar a suficiência, em comparação às recomendações do MS, conforme o número de habitantes.

Ao analisar a existência versus a necessidade dos profissionais médicos relacionados à assistência à prioridade sanitária, observa-se que, para a especialidade de pediatria e de ginecologia/obstetrícia, o percentual da necessidade atendida é de 22,00% e 22,59%, respectivamente. Considerando a categoria de médicos anestesiológicos, que é importante quando se trata dos partos cesáreos, o percentual da necessidade atendida é de 38,77% (Quadro 4).

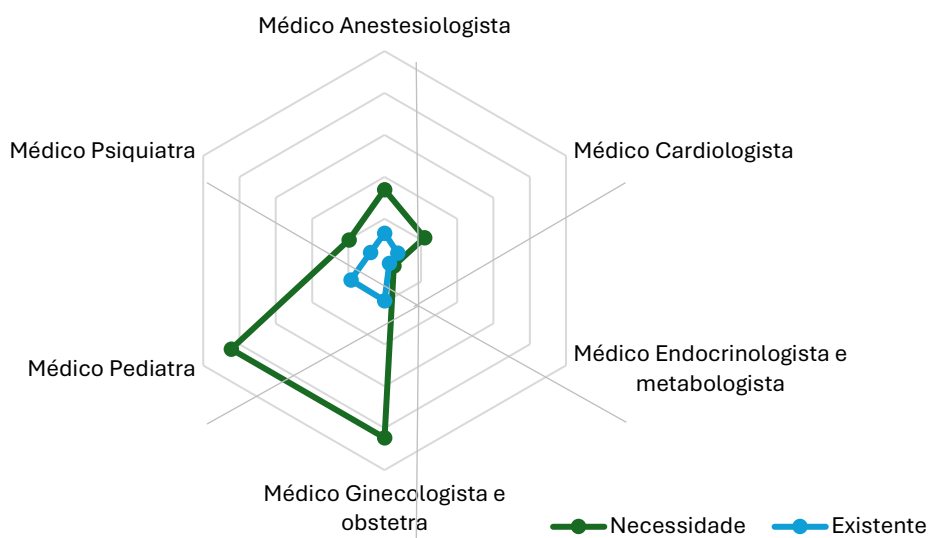
Quadro 4. Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2022.

Grupo de ocupações/especialidade	N. Existente	N. Necessário
Médico Anestesiologista	32,80	84,61
Médico Cardiologista	17,98	55,00
Médico Endocrinologista e Metabologista	6,33	12,69
Médico Ginecologista e Obstetra	47,78	211,52
Médico Pediatra	46,53	211,52
Médico Psiquiatra	19,48	49,07
Psicólogo	99,03	-
Assistente Social	121,85	-
Nutricionista	86,55	-
Enfermeiro	690,78	-
Cirurgião Dentista (Família CBO)	281,80	-
Enfermeiro Obstetra	7,40	-
Fisioterapeuta	290,90	-
Farmacêutico	131,58	-

Fonte: CNES, 2022.

Observa-se no Gráfico 51 um déficit de profissionais em todas as especialidades médicas relacionadas à prioridade sanitária na MRS-Extremo Sul, informação relevante para ampliar e qualificar a força de trabalho em saúde, como investimento essencial para o funcionamento da RAS.

Gráfico 50. Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas à prioridade sanitária na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2022.



Fonte: CNES, 2022.

5.3 Produção de serviço

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

A análise dos dados relativos aos estabelecimentos com equipamento de ultrassom e sem registro de produção para a prioridade selecionada aponta para inconsistências que necessitam de investigação sobre as motivações para não realizar exames prioritários em estabelecimentos com equipamento disponível. Objetivando analisar possíveis impactos na suficiência da oferta, no financiamento e nos fluxos assistenciais da RAS e a necessidade de ações de gestão para correção da organização e/ou dos registros, foi importante o levantamento da informação referente a equipamentos de ultrassonografia (USG) cadastrados.

Tomou-se como referência o equipamento de ultrassom pela existência destes na macrorregião com capacidade de executar alguns procedimentos que atendem a prioridade sanitária materna e infantil. Salienta-se a importância de acrescentar outras informações, como: a possibilidade do Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) oferecer diversos tipos de procedimentos; a disponibilidade de profissionais; o tipo de transdutor disponível; e se os equipamentos cadastrados estão em pleno uso.

A MRS-Extremo Sul possui 40 equipamentos de USG com doppler cadastrados no CNES em 35 EAS. Destes, quatro (11,43%) apresentam registro de produção. Para o USG convencional, o território possui 67 equipamentos cadastrados no CNES distribuídos em 63 EAS. Destes, 18 (28,57%) apresentam registro de produção (Quadro 5).

Quanto aos equipamentos oxímetro de pulso (teste do coraçãozinho), emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha) e tococardiografia anteparto, identificaram-se dois, três e um EAS com registro de produção, respectivamente.

Quadro 5. Número de EAS com registro de procedimentos relacionados com a prioridade sanitária na Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2022.

Equipamento/Serviço	Procedimento	N. EAS com equipamento/serviço	N. EAS com produção
Ultrassom convencional	02.05.02.014-3 Ultrassonografia obstétrica	63	18
Ultrassom com doppler	02.05.02.015-1 Ultrassonografia obstétrica com doppler colorido e pulsado	35	04
Oxímetro de pulso	02.11.02.007-9 Oximetria de pulso (teste do coraçãozinho)	-	02
Equipamento de otoemissão	02.11.07.014-9 Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha)	-	03
Cardiotocógrafo	02.11.04.006-1 Tococardiografia anteparto	-	01

Fonte: SIGTAP/MS, 2022.

É possível identificar que na macrorregião existem EAS com equipamentos, contudo a produção para atendimento da prioridade sanitária ocorre em menos de 30% dos estabelecimentos.

Esta situação justifica questionar alguns pontos sobre a capacidade de produção e, portanto, execução dos procedimentos na macrorregião: todos os equipamentos do EAS estavam em operação? porque existem EAS com produção sem equipamentos cadastrados? os equipamentos realizam só o procedimento selecionado? existem profissionais capacitados para operar os equipamentos?

6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

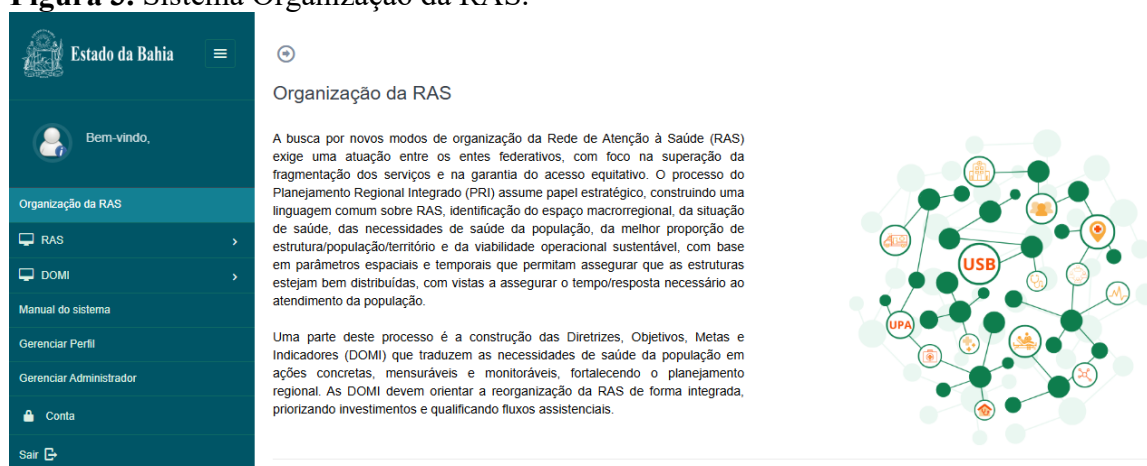
Entre as principais redes temáticas destacam-se: a Rede de Urgência e Emergência (RUE), voltada para agravos agudos e condições tempo-dependentes; a Rede de Atenção às Doenças Crônicas, que organiza o cuidado contínuo e integrado às condições prevalentes como hipertensão, diabetes e neoplasias; a Rede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

Para avançar no processo do Planejamento Regional Integrado no estado da Bahia foi publicado as Resoluções CIB/BA nº 340/2023 (Rede de Atenção Oncológica), nº 576/2023 (Rede de Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus – HAS/DM) e nº 154/2024 (Rede de Atenção Materna e Infantil – Rede Alyne). Essas normativas representam marcos organizativos para as prioridades sanitárias e orientam o desenho das linhas de cuidado no território, assegurando a articulação entre as redes temáticas e a consolidação de uma RAS regionalizada, integral e 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, 92% dos municípios elegíveis da macrorregião aderiram ao Programa.

Na macrorregião Extremo Sul, o pré-natal é realizado nas UBS e USF, com estratificação de risco pelas equipes de saúde. Em 2024, a cobertura da APS foi de 94,34%, com 282 equipes de ESF e 2 de Atenção Primária. Os exames são feitos em serviços credenciados, com destaque para o LABIMUNO, que em 2023 triou 6.819 gestantes e realizou 73.900 exames.

O pré-natal de alto risco é ofertado em diversos municípios com obstetras em unidades locais e conta com dois ambulatórios de referência: o Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães (Porto Seguro) e o Hospital Municipal Sagrada Família (Teixeira de Freitas).

A rede de parto e nascimento dispõe de 189 leitos obstétricos em 19 maternidades, sendo 12 elegíveis ao Programa Mãe Bahia, além de dois CPN (em Eunápolis e Teixeira de Freitas). Os partos de alto risco são atendidos nos hospitais de Porto Seguro e Teixeira de Freitas, que também concentram a assistência neonatal especializada, com leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa.

O seguimento do recém-nascido e do puerpério é organizado pela APS, com ambulatorios estruturados para habilitação nos dois hospitais de referência. Em 2023, foram triados 10.105 bebês pelo Teste do Pezinho, com coleta média em 6 dias. As demais triagens neonatais devem ser ofertadas nas maternidades ou encaminhadas à APS e serviços especializados.

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

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 Extremo Sul temos a aprovação do Plano de Ação da Região de Teixeira de Freitas aprovado pela Portaria GM/MS nº GM 1141/2014, sendo necessário rever o plano para discussão da macrorregião, incluindo a Região de Saúde de Porto Seguro. Abaixo, conforme Quadro 6, estão os componentes financiados.

Quadro 6. Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Extremo Sul do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIO	SAMU	UPA	SAD		PORTA DE ENTRADA	LEITOS				
			EMAD	EMAP		UTI PED	UTI AD	ENF. CLÍNICA RETAQUARDA	UCO	AVC
ALCOBAÇA	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BELMONTE	01 USB	-	01 - TIPO 02	-	-	-	-	-	-	-
CARAVELAS	01 USB Q.	-	01 - TIPO 02	-	-	-	-	-	-	-
EUNÁPOLIS	01 MOTOLÂNCIA 01 USB 02 USA 01 CRU	-	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
GUARATINGA	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IBIRAPUÃ	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITABELA	01 USB	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
ITAGIMIRIM	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITAMARAJU	01 USB Q. 01 USA Q.	-	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
ITANHÉM	01 USB	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
ITAPEBI	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JUCURUÇU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LAJEDÃO	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MEDEIROS NETO	01 USB Q.	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
MUCURI	01 USB Q.	-	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
NOVA VIÇOSA	01 USB	-	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
PORTO SEGURO	01 MOTOLÂNCIA 01 USB Q. 01 USA Q.	01 - OPÇÃO III 01 - PORTE II	02 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
PRADO	01 USB Q.	01 - PORTE I	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
SANTA CRUZ CABRÁLIA	01 USB	-	01 - TIPO 02	-	-	-	-	-	-	-
TEIXEIRA DE FREITAS	01 USB 01 USB Q. 01 USA Q. 01 CRU Q.	01 - OPÇÃO V	02 - TIPO 01	1	-	-	10	-	-	-
VEREDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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 Extremo Sul estão sendo financiados 04 Equipes de Consultório na Ruas até set/2055.

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 7).

Quadro 7. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Leste 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
ALCOBAÇA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
BELMONTE	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CARAVELAS	1	-	-	-	-	-	-	-	-
EUNÁPOLIS	-	1	-	1	-	1	-	-	-
GUARATINGA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IBIRAPUÃ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITABELA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
ITAGIMIRIM	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITAMARAJU	1	-	-	-	-	-	-	-	-
ITANHÉM	1	-	-	-	-	-	-	-	-
ITAPEBI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JUCURUÇU	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LAJEDÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MEDEIROS NETO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
MUCURI	1	-	-	-	-	-	-	-	-
NOVA VIÇOSA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
PORTO SEGURO	-	1	-	1	-	1	-	-	-
PRADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTA CRUZ CABRÁLIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
TEIXEIRA DE FREITAS	-	1	-	1	-	1	-	-	-
VEREDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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 Extremo Sul o município de Teixeira de Freitas realizou a adesão ao cofinanciamento do Estado. A distribuição dos componentes habilitados para atendimento a RCPD estão demonstrados nos Quadros 8 e 9.

Quadro 8. Componentes habilitados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Extremo Sul do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIOS	ESTABELECIMENTO	COMPONENTE
TEIXEIRA DE FREITAS	CER IV CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAO	CER IV - REABILITACAO FISICA, AUDITIVA, INTELLECTUAL E VISUAL
		OPM FISICA
		OPM AUDITIVA
		OPM VISUAL
		BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

Quadro 9. Escalonamento emergencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Extremo Sul do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIOS	NOME DO ESTABELECIMENTO	TIPO - MODALIDADE
TEIXEIRA DE FREITAS	CER IV CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAO - REFORMA	CER IV - REABILITACAO FISICA, AUDITIVA, INTELLECTUAL 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 Extremo Sul a matriz de referência está demonstrada na (Figura 5).

Figura 5. Matriz de Referência da Macrorregião Extremo Sul, 2024-2027

MACRORREGIÃO EXTREMO SUL		
AÇÕES DE SAÚDE	REGIÃO DE PORTO SEGURO	REGIÃO DE TEIXEIRA DE FREITAS
Coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo uterino	UBS/PSF e Policlínica Regionais de Saúde de Porto Seguro	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde de Teixeira de Freitas
Colposcopia	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde de Porto Seguro	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde de Teixeira de Freitas
Mamografia	Centro de Diagnóstico Médico	Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)
	IBMED - Medicina Diagnóstica	Itaclínica
	CLIMAMA	
	BDI - Brasil Diagnósticos por Imagem	
Laboratório de Citopatologia/Anatomia Patológica	BDI - Pallear	Policlínica Regional de Saúde de Teixeira de Freitas
	Unidade de Citologia N. Senhora de Fátima	Laborclin- Laboratório de Análises Clínicas Ltda
	Laboratório Municipal	Laboratório Municipal Nova Filosofia
Hospital e Maternidade Freire Ricardo	Hospital e Maternidade Freire Ricardo	UNILABS
CIRURGIA	REGIÃO DE PORTO SEGURO	REGIÃO DE TEIXEIRA DE FREITAS
- Aparelho Digestivo	UNACON do Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães (HRDLEM)	Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)
- Coloproctologia		
- Ginecologia		
- Mastologia		
- Urologia		
- Cabeça e pescoço	Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)	Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)
- Torácica	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) * Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) * Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)
- Ossos e partes moles	*CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	*CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
- Pele/Plástica (*)	UNACON do Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães (HRDLEM)	Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)
- Neurocirurgia	UNACON do Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães (HRDLEM)	Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)
- Oftalmologia	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
TRATAMENTO	REGIÃO DE PORTO SEGURO	REGIÃO DE TEIXEIRA DE FREITAS
Radioterapia	*UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)	*UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)
Braquiterapia	UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)	UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)
Iodoterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Citorredução HIPEC	Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)	Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)
Oncologia Clínica/Quimioterapia	UNACON do Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães (HRDLEM)	Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)
Fratura Óssea	*CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	*CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Alcoolização Percutânea/Radiofrequência para Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Tratamento de hematuria por embolização	Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)	Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)
Radioterapia Estereotáxica	UNACON do Hospital Santa Isabel (HSI)/CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital Santa Isabel (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 Deputado Luís Eduardo Magalhães (HRDLEM)	Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)
CÂNCER HEMATOLÓGICO E PEDIÁTRICO	REGIÃO DE PORTO SEGURO	REGIÃO DE TEIXEIRA DE FREITAS
Hematologia	Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)	Hospital Regional Costa das Baleias (HRCB)
Oncologia Pediátrica	UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)	UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)

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

Na MRS-Extremo Sul, a 2ª Oficina Macrorregional ocorreu de modo *online*, no dia 19 de outubro de 2021, com o objetivo de fazer a devolutiva das prioridades dentre as seis áreas temáticas contempladas na análise da situação de saúde e definir as diretrizes do Plano Macrorregional de Saúde. Atendendo a portaria CIT n. 01 de 30 de março de 2021, para a definição das diretrizes macrorregionais foram previamente consolidadas as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (2020-2023) e do Plano Estadual de Saúde (2020-2023) pelo grupo de discussão coordenado pela APG/Copri.

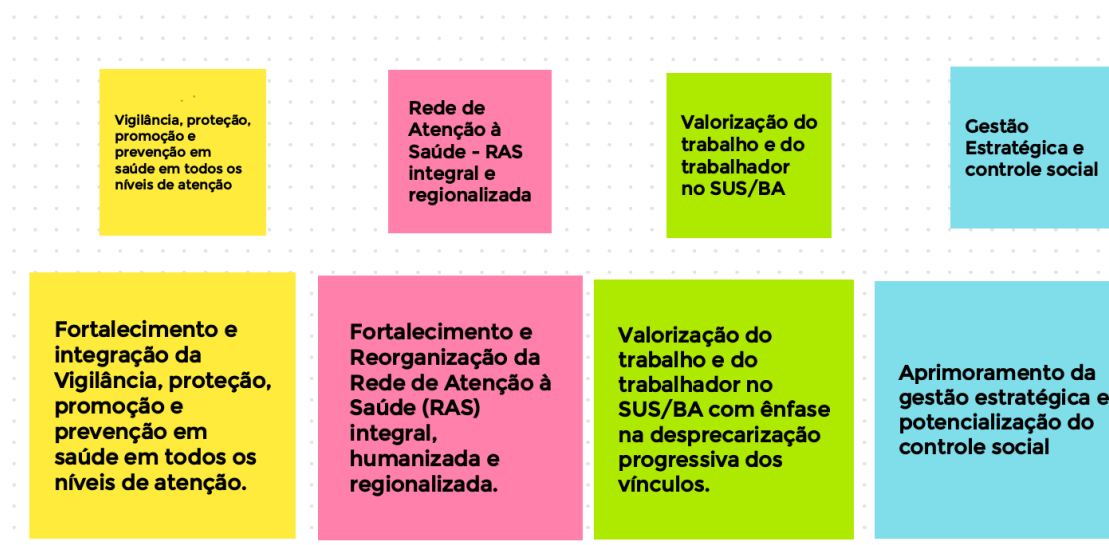
A consolidação das diretrizes resultou em quatro núcleos de sentido, nomeados como: Vigilância em Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Valorização do Trabalho e do(a) Trabalhador(a) e Gestão Estratégica e Controle Social.

Na 2ª Oficina foi apresentado o 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”. 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 *Jambord*, os participantes identificaram os problemas a partir do contexto macrorregional. Os problemas levantados foram ordenados considerando os quatro núcleos de sentido definidos previamente.

Ao final, reunidos em plenária, os participantes debateram as diretrizes sugeridas pelos grupos e definiram, de modo consensual, as diretrizes da MRS-Extremo Sul: Fortalecimento e integração da vigilância, proteção, promoção e prevenção em saúde em todos os níveis de atenção; Fortalecimento e reorganização da Rede de Atenção à Saúde resolutiva, integral, humanizada e regionalizada; Valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA com ênfase na desprecarização progressiva dos vínculos; Aprimoramento da gestão estratégica e potencialização do controle social (Figura 6).

Figura 6. Diretrizes da Macrorregião de Saúde Extremo Sul. 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 21 de julho de 2022 “Qualificação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) e Análise da Capacidade Instalada”, para definir os objetivos e iniciar a discussão sobre a capacidade instalada da MRS-Extremo Sul considerando a prioridade sanitária.

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

Em 11 de julho de 2023, em Salvador, as áreas técnicas da Sesab se reuniram com membros de todos os GTTM para alinhar, conceitualmente, objetivos que foram aprovados pelos gestores municipais na 4ª Oficina Macrorregional que ocorreu no dia 02 de agosto de 2023 (Quadro 10).

Quadro 10. Diretrizes e objetivos para a Macrorregião de Saúde Extremo Sul. Bahia, 2023.

DIRETRIZ	OBJETIVO
Fortalecimento e reorganização da Rede de Atenção à Saúde integral, humanizada e regionalizada.	Aprimorar o acesso aos serviços de saúde de forma resolutive e de qualidade na APS.
	Organizar o acesso de forma qualificada e em tempo oportuno aos serviços ambulatoriais e hospitalares no atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido.
	Aprimorar o sistema de apoio da RAS.
	Aprimorar o sistema logístico da RAS.
Valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA com ênfase na desprecarização progressiva dos vínculos.	Desenvolver estratégias para provimento de vínculos de trabalho protegidos e fixação dos profissionais nos postos de trabalho existentes/necessários.
Fortalecimento e integração da vigilância, proteção, promoção e prevenção em saúde em todos os níveis de atenção.	Implementar as ações de vigilância em saúde em todos os níveis de atenção para a prioridade sanitária materna e infantil.
Aprimoramento da gestão estratégica e potencialização do controle social.	Fortalecer os mecanismos da gestão estratégica e participativa
	Estimular a gestão estratégica com foco no fortalecimento da rede de atenção à saúde.

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 é o modelo de atenção para direcionamento da RAS à prioridade específica da MRS-Extremo Sul.

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 elaborassem proposições das metas, indicadores e atividades, respectivas. Na nota técnica é apresentado o modelo de matriz para a DOMI, elaborado pela Sesab, Cosem/BA e SEMS e são definidos os conceitos com os quais os GTTM deverão trabalhar, a saber:

- problemas de saúde;
- prioridade sanitária;
- diretrizes, objetivos, metas, indicadores;
- linha de base;
- meta acumulada;
- atividades e responsáveis.

Dando continuidade, no período de dezembro de 2024 a março de 2025, os Grupos Técnicos de Trabalho Macrorregionais (GTTM), instituídos pela Resolução CIB N° 006/2022, atualizada pela Resolução CIB n° 350/2024, elaboraram uma proposta de **metas e indicadores**, itens necessários para concluir a etapa de Diretrizes, Objetivos, Metas Indicadores (DOMI). Deste modo, foi encaminhado um formulário para ser respondido pelos(as) Secretários(as) de

Saúde de acordo com as orientações constantes no próprio formulário até o dia 19.03.2025, para primeira etapa de validação. E nesta oportunidade foi realizada a discussão do Plano de Ação da Rede Alyne.

Considerando a consolidação das respostas ao formulário, foi realizada uma oficina no dia 15 de abril 2025 com o objetivo de discutir e validar as metas e indicadores não aprovados por consenso no formulário. Desta forma, as DOMI estão apresentadas no Quadro 11.

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

Quadro 11. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Macrorregião de Saúde Extremo Sul, Bahia, 2025

MATRIZ DOMI - MACRORREGIÃO EXTREMO SUL - PRIORIDADE SANITÁRIA MATERNA E INFANTIL							
DIRETRIZ: Fortalecimento e Reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) integral, humanizada e regionalizada							
OBJETIVO: Aprimorar o acesso aos serviços de saúde de forma resolutiva e de qualidade na APS							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Reduzir para 13% a proporção de nascidos vivos com mães entre 10 a 19 anos até 2027	Proporção de nascidos vivos com mães entre 10 e 19 anos	16,77 (CAMAB, 2023)	16,04 %	15,35 %	14,68 %	Realização de ações de educação em Saúde nas escolas que estão no Programa Saúde na Escola (PSE)	SMS
						Realização de ações de acompanhamento integral de gestantes adolescentes (PTS)	SMS
						Capacitação para os profissionais para realização e orientação de métodos contraceptivos em adolescentes	SESAB/SMS
Diminuir para 0 o número de nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos na macrorregião	Número de nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos	127 (CAMAB, 2023)	0	0	0	Capacitação de toda a equipe da unidade em acolhimento às vítimas de violência sexual	SMS
						Estabelecimento de fluxo de atendimento para vítima de violência sexual	SMS
						Notificação os casos de violência sexual no SINAN	SMS
						Realização de ações de educação sexual nas escolas através do Programa Saúde na Escola	SMS
Ampliar para 95% de gestantes com, no mínimo, 7 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	44 (CAMAB, 3º quadrimestre 2023)	60%	80%	95%	Cadastramento das gestantes pelo ACS e realização de busca ativa de faltosas	SMS
						Capacitação de pré-natalistas quanto a assistência ao pré-natal utilização da caderneta da gestante	SMS
						Realização de vinculação e encaminhamento da gestantes em tempo oportuno	SESAB/SMS
						Realização da triagem pré-natal no 1º e 3º trimestre da gestação	

Implementar a vinculação de gestantes às unidades de referência para o pré-natal e parto nos 21 municípios	Número de municípios com o protocolo de vinculação implementado	0	21	21	21	Desenvolvimento do mapa de vinculação, fluxo da gestante e neonato, considerando a estratificação de risco gestacional e Plano de Parto em conjunto com a gestante	SESAB/SMS
						Capacitação de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e ACS) sobre a estratificação de risco gestacional e aplicação dos instrumentos de vinculação	SESAB/SMS
						Desenvolvimento de materiais educativos para as gestantes, informando sobre a importância da vinculação ao local de parto e o funcionamento do fluxo de atendimento.	SMS
						Disseminação de materiais educativos	SMS
						Realização de reuniões regionais de pactuação de fluxos de referência entre os municípios e hospitais para a definição clara dos locais de parto conforme o risco gestacional - Fórum Perinatal, CIR,	SESAB/SMS
Monitoramento regular da adesão ao protocolo de vinculação e identificação de barreiras logísticas para o acesso ao local de parto, propondo soluções locais.	SESAB/SMS						
Alcançar 100% das gestantes da Macrorregião com atendimento odontológico	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	54,22 (CAMAB, 3º quadrimestre 2023)	60%	80%	100%	Realização de atendimento de saúde Bucal para gestantes, puérperas e crianças	SMS
						Aquisição de equipamentos para as UBS visando a Saúde Bucal de gestantes	SESAB/SMS
						Contratação profissionais para atendimento à Saúde Bucal	SMS
Implementar a atenção às mulheres vítimas de	Percentual de municípios com a	0%	100%	100%	100%	Capacitação toda a equipe da unidade em acolhimento às vítimas de violência sexual	SESAB/SMS

violência sexual em 100% dos municípios da macrorregião	atenção às mulheres vítimas de violência sexual implementados					Estabelecimento de fluxo de atendimento para vítima de violência sexual entre RAS e Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente (SUAS)	SESAB/SMS
						Preenchimento de ficha de referência e contrarreferência para encaminhamentos na Rede.	SMS
Reduzir a Mortalidade materna em 25% até 2027.	Razão da Mortalidade materna	50,40 (SIM, 2023)	46,20	42,00	37,80	Capacitação das equipes das maternidades e pré-natalistas quanto a assistência ao pré-natal, parto e nascimento	SESAB/SMS
						Ampliação da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil e materno, buscando a redução da subnotificação	SESAB/SMS
						Estabelecimento de protocolo de alta segura nas maternidades	SESAB/SMS
						Realização da visita puerperal pelas Equipes Saúde da Família(ESF).	SMS
Reduzir a Mortalidade materna em 50% para gestantes negras até 2027.	Razão da Mortalidade materna em gestantes negras, ocorridos na macrorregião	58,96 (SIM, 2023)	53,07	44,22	29,48	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
Reduzir a mortalidade infantil em 2% a cada ano	Taxa de mortalidade infantil ocorridos na macrorregião	13,78 (CAMAB, 04/2023)	13,50	13,23	12,97	Capacitação para as equipes das maternidades quanto a assistência ao neonato durante o trabalho de parto e as equipes de UTIs neonatais	SESAB/SMS
						Garantia da oferta de imunobiológicos nas Unidades Básicas de Saúde, em todos os turnos da semana.	SESAB/SMS

						Promoção das práticas da alimentação saudável, práticas corporais/atividade física, prevenção do tabagismo, consumo de álcool e drogas.	SMS
						Acompanhamento pós-alta de recém-nascidos pelas equipes de saúde da família (ESF), para garantir continuidade no cuidado.	SMS
						Capacitação para as equipes da APS quanto à prevenção da mortalidade fetal e infantil	SESAB/SMS
Reduzir 3% ao ano a taxa de mortalidade fetal	Taxa de mortalidade fetal por 100.000 NV	12,60 (SESAB/SUVISA/DIVE P, 2023)	12,22	11,86	11,50	Capacitação para as equipes da APS quanto à prevenção da mortalidade fetal	SESAB/SMS
						Capacitação das equipes das maternidades e pré-natalistas quanto à assistência ao pré-natal, parto e nascimento	SESAB/SMS
Implementar Grupo de Trabalho da Rede Alyne em 100% dos municípios da macrorregião	Percentual de municípios com Grupo de Trabalho da Rede Alyne implementados	0%	100%	100%	100%	Nomeação das áreas técnicas componentes do GT	SMS
						Registro em lista de presença das reuniões do GT	SMS
Alcançar adesão de 100% de municípios elegíveis ao Programa Mãe Bahia	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: Organizar o acesso de forma qualificada e em tempo oportuno aos serviços ambulatoriais e hospitalares no atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Habilitar 2 hospitais em referência para gestação de alto risco na macrorregião	Número de hospitais habilitados	0	2	2	2	Implantação banco de leite	SESAB/SMS
						Disponibilização de procedimento de ultrassom 24h/dia todos os dias da semana	SESAB/SMS
						Realização das atividades previstas na sessão II da portaria da Rede Alyne para a habilitação	MS/SESAB/SMS

Implantar 2 ambulatórios de gestação e puerpério de alto risco - AGPAR na macrorregião	Número de ambulatórios implantados	0	2	2	2	Adequação de capacidade instalada (equipamento, profissionais) e espaço físico para implantação do ambulatório, obedecendo os critérios da Rede Alyne	MS/SESAB/SMS
						Realização das atividades previstas na portaria da Rede Alyne para a habilitação	MS/SESAB/SMS
						Cumprimento de checklist e Solicitação de habilitação junto ao MS	MS/SESAB
Implantar 2 ambulatórios de seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal (A-SEG) na macrorregião	Número de ambulatórios implantados	0	2	2	2	Adequação de capacidade instalada (equipamento, profissionais) e espaço físico para implantação do ambulatório	SESAB/SMS
						Realização das atividades previstas na portaria da Rede Alyne para a habilitação	MS/SESAB/SMS
						Cumprimento de checklist e Solicitação de habilitação junto ao MS	SESAB/SMS
Implantar 1 casa da Gestantes, Bebê e Puérpera na macrorregião	Número de Casa da Gestante, Bebê e Puérpera implantada	0	1	1	1	Aquisição dos espaço físico e capacidade instalada obedecendo os critérios da portaria da Rede Alyne	SMS
						Infraestrutura e contratação de profissionais	SMS
						Cumprimento de checklist e Solicitação de habilitação junto ao MS	SESAB/SMS
Habilitar 03 Centros de Parto Normal na macrorregião	Número de CPN habilitados	0	2	3	3	Adequação de infraestrutura aos critérios da Rede Alyne para CPN	SESAB/SMS
						Formalização da habilitação	SESAB/SMS
Habilitar 02 unidade para Incentivo de Atenção Especializada para os povos indígenas (IAE - PI)	Número de unidade hospitalar para o IAE-PI habilitada	0	1	1	1	Análise dos critérios para habilitação	SESAB/SMS
						Formalização da habilitação	SESAB/SMS

OBJETIVO: Aprimorar o sistema de apoio da RAS

META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA	ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
-------------	------------------	----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

			2025	2026	2027		
Realizar teste rápido de HIV e Sífilis nas UBS em 100% das mulheres no pré-natal ano	Percentual de mulheres com teste rápido de HIV, Sífilis realizados no pré-natal	70% (CAMAB, 3º quadrimestre 2024)	80%	95%	100%	Capacitação de profissionais para aconselhamento e metodologia em testagem rápida	SESAB/SMS
						Realização, na primeira consulta, dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites com encaminhamento dos testes com resultado positivo para análise confirmatória	SMS
						Tratamento de todas as gestantes e parcerias com diagnóstico de sífilis	SMS
						Monitoramento do tratamento de todas as gestantes e parcerias com diagnóstico de sífilis através de exames laboratoriais	SMS
						Realização da segunda testagem próximo ao parto	SMS
OBJETIVO: Aprimorar o sistema logístico da RAS							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implantar o e-SUS regulação nos 21 municípios da macrorregião	Número de municípios com o e-SUS regulação implantados	0	21	21	21	Identificação dos municípios que possuem sistemas de regulação implantados	SESAB/SMS
						Apoio aos municípios para a implantação do e-SUS	MS/SESAB
Ampliar para 100% o número de municípios que utilizam as 04 modalidades de Telessaúde por ano	Percentual de municípios que utilizaram as 4 modalidades do Telessaúde disponibilizadas	0%	100%	100%	100%	Realização do levantamento de municípios com Telessaúde implantado	SESAB/SMS
						Definição de protocolos e fluxos de utilização do Telessaúde para suporte clínico e teleconsultoria entre as equipes da Atenção Primária e as referências especializadas materno-infantis.	SESAB/SMS
						Realização de oficinas/treinamentos para os profissionais das unidades de saúde sobre a utilização da plataforma Telessaúde	SMS

						Inclusão do Telessaúde nos planos municipais de saúde, fortalecendo a sua institucionalização e garantindo apoio financeiro e técnico	SESAB/SMS
						Monitoramento de consultas realizadas via Telessaúde, para avaliar a integração entre atenção primária e atenção ambulatorial especializada	SESAB/SMS
DIRETRIZ: Fortalecimento e integração da Vigilância, proteção, promoção e prevenção em saúde em todos os níveis de atenção.							
OBJETIVO: Implementar ações de vigilância em saúde em todos os níveis de atenção para a prioridade sanitária materna e infantil							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Alcançar 100% dos municípios com pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada	Percentual de municípios com alcance de pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada	61,90% (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Capacitação para os técnicos municipais e estaduais para operacionalização da rede de frio e administração dos imunobiológicos	SESAB/SMS
						Suprimento das vacinas na rede de serviços locais	MS/SESAB
						Distribuição adequada das vacinas na rede de serviços locais	SESAB
						Realização de Mostras de Experiências Exitosas e Replicáveis para estimular o aumento da cobertura vacinal nas crianças	SESAB/SMS
						Implantação dos Sistemas de Informação voltado para vacinas	SESAB/SMS
						Monitoramento mensal das coberturas vacinais em crianças de acordo com o calendário vacinal	SESAB/SMS
Aumentar para 100% a cobertura da vacina dTpa Adulto - gestantes	Percentual de Cobertura vacinal para dTpa Adulto - gestantes	95,57% (SEIDIGI, 2024)	100%	100%	100%	Capacitação para os técnicos municipais e estaduais para operacionalização da rede de frio e administração dos imunobiológicos	SESAB/SMS
						Suprimento das vacinas na rede de serviços locais	MS/SESAB

						Distribuição adequada das vacinas na rede de serviços locais	SESAB
						Realização de Mostras de Experiências Exitosas e Replicáveis para estimular o aumento da cobertura vacinal nas crianças	SESAB/SMS
						Implantação dos Sistemas de Informação voltado para vacinas	SESAB/SMS
						Monitoramento mensal das coberturas vacinais em crianças de acordo com o calendário vacinal	SESAB/SMS
Reduzir para 1,8 a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade/1000 nascidos vivos/ano na macrorregião	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade/1000 nascidos vivos/ano	13,02 (CAMAB, 2023)	1,8	1,8	1,8	Implementação da Câmara Técnica macrorregional de Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e outras IST	MS/SESAB/SMS
						Realização do microplanejamento para integração de ações de vigilância e atenção primária da prevenção e tratamento de sífilis em gestante	SESAB/SMS
						Notificação dos casos das gestantes com sífilis	SMS
						Investigação dos casos das gestantes com sífilis	SMS
						Realização de Oficinas para qualificação das ações integradas entre a vigilância em saúde e a atenção primária voltadas à prevenção da transmissão vertical de IST	SESAB
Manter em 100% a proporção de óbitos maternos investigados na macrorregião	Proporção de óbitos maternos investigados	100% (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Realização do diagnóstico situacional do quantitativo de Câmaras Técnicas Municipais de Vigilância do Óbito materno-infantil e fetal na macrorregião	SESAB/SMS
						Implementação das Câmaras Técnicas municipais de Vigilância do Óbito materno nos municípios sede de região de saúde	SMS

						Implantação um Serviço de Verificação de Óbito Macrorregional	SESAB
Aumentar 5% ao ano a proporção de óbitos infantis e fetais investigados na macrorregião	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	55% (CAMAB, 2023)	60%	65%	70%	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
Monitorar e acompanhar 100% das notificações de mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência sexual quanto ao preenchimento completo dos campos da ficha de Notificação	Percentual de notificações com os campos de ficha de notificação preenchidos completamente	0%	100%	100%	100%	Realização da crítica da ficha de notificação observando inconformidades e completude dos campos	SESAB/SMS
						Realização de visita domiciliar pela APS para investigação e complementação dos campos faltantes	SMS
						Registro de casos de reincidência de violência	SMS
						Informação ao Conselho Tutelar e Ministério Público os casos menores de 14 anos de idade	SMS
Implantar 8 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia - REVEH	Número de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia - REVEH implantados	0	8	8	8	Contratação de pessoal, manutenção da equipe em suficiência e garantia de espaço físico e equipamento adequados	SESAB/SMS
						Pactuação nas CIR	SESAB/SMS
						Apresentação resultados da implantação nas CIR	SESAB/SMS
Implantar 2 Núcleos de Epidemiologia em UPA da macrorregião	Número de Núcleos de Epidemiologia (NE) implantados em UPA	0	2	2	2	Pactuação nas CIR	SESAB/SMS
						Contratação de pessoal, manutenção da equipe em suficiência e garantia de espaço físico e equipamento adequados	SESAB/SMS
						Apresentação resultados da implantação nas CIR	SESAB/SMS

DIRETRIZ: Valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA com ênfase na despreciação progressiva dos vínculos

OBJETIVO: Desenvolver estratégias para o provimento de vínculos de trabalho protegidos e fixação dos profissionais nos postos de trabalho existentes/necessários							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implantar 1 câmara técnica sobre a Gestão do Trabalho e Gestão da Educação em Saúde (GTES) em cada CIR	Número de câmaras técnicas implantadas e ativas	0	2	2	2	Definição dos componentes da câmara técnica na CIR	SESAB/SMS
						Indicação de profissionais para a CT	SESAB/SMS
						Resolução com relação nominal e representação dos membros da CT	SESAB/SMS
Realizar 2 reuniões por ano nas Regiões de Saúde relacionadas à educação permanente em saúde para gestores municipais, técnicos e conselheiros municipais de saúde sobre temas referentes à Gestão do Trabalho e Educação em Saúde com foco na temática da Saúde Materna e Infantil	Número de reuniões de educação permanente em saúde com a temática realizadas por Região de Saúde por ano	0	4	8	12	Definição de data das reuniões para pactuação	SESAB/SMS
						Definição de metodologia e conteúdo de reuniões de EP (GT Temático)	SESAB/SMS
						Apreciação do relatório da capacitação elaborado pelo GT	SESAB/SMS
Designar em 100% dos municípios, ao menos 01 técnico de referência para a temática da Educação Permanente em Saúde	Percentual de municípios com técnico de referência para a temática da EPS designado	0%	100%	100%	100%	Indicação de profissionais para ponto focal na temática da EPS	SESAB/SMS
						Solicitação de cooperação sobre informações e apoio nas capacitações (GT Temático)	SESAB/SMS
						Apreciação de relatórios e realização de pactuações (GT Temático)	SESAB/SMS
DIRETRIZ: Aprimoramento da gestão estratégica e potencialização do controle social							
OBJETIVO: Fortalecer os mecanismos da gestão estratégica e participativa							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS

			2025	2026	2027		
Alcançar, no mínimo, 80% de participação das organizações sociais relacionadas ao tema existentes nas Regiões de Saúde em todas as reuniões dos Fóruns Regionais da Rede Alyne/ano	Número de reuniões com, no mínimo, 80% das organizações sociais relacionadas ao tema existentes nas Regiões de Saúde participando dos fóruns da Rede Alyne	0%	80%	80%	80%	Envio de convite com pauta para as Organizações Sociais relacionadas ao tema	SESAB
						Registro da participação com lista de presença	SESAB
						Apresentação em CIR relatório das discussões	SESAB
Realizar 02 reuniões anuais de Fórum da Rede Alyne na macrorregião	Número de reuniões anuais de Fórum	0	2	4	6	Envio de convite com pauta para os Conselhos Municipais e para as Organizações Sociais relacionadas ao tema	SESAB
						Registro da participação com lista de presença	SESAB
						Apresentação em CIR relatório das discussões	SESAB
						Realização de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) sobre a Vigilância em Saúde e Assistência na temática Materna e Infantil na Macrorregião	SESAB
OBJETIVO: Estimular a gestão estratégica com foco no fortalecimento da rede de atenção a saúde.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implantar 1 Grupo de Trabalho/Câmara Técnica da Rede Alyne macrorregional	Número de Grupo de Trabalho/Câmara Técnica da Rede Alyne macrorregional implantado	0	1	1	1	Definição da composição dos membros do GT	SESAB/SMS
						Indicação dos membros para compor o GT	SESAB/SMS
						Resolução com relação nominal e representação dos membros do GT	SESAB/SMS
Estruturar 01 Comitê Executivo de Governança da RAS na macrorregião	Número Comitê Executivo de Governança da RAS na macrorregião estruturado	0	1	1	1	Definição da composição dos membros do CEGRAS	SESAB/SMS
						Solicitação do nome dos membros dos SMS/estado/instituições definidos	SESAB
						Resolução com relação nominal e representação dos membros do CEGRAS	SESAB/SMS

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE

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

O ordenamento jurídico do SUS reforça essa responsabilidade compartilhada. A Lei nº 8.080/1990 (artigos 15 e 17)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 gestão 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 no Planos Macrorregionais de Saúde;
- Acompanhar, monitorar os Planos Macrorregionais de Saúde das nove (09) macrorregiões do Estado da Bahia;
- Avaliar as metas e indicadores definidas nos Planos Macrorregionais de Saúde e produzir um documento com grau de cumprimento e proposta de reformulação, ou não, de metas para apresentar nas CIR que estão na abrangência da macrorregião;
- Encaminhar documento com as recomendações das CIR para o Grupo Condutor Estadual da RAS visando apreciação, discussão e consenso, se for o caso, para encaminhamento a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/BA);
- Recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas interinstitucionais e intersetoriais;
- Definir que o Grupo permanente de trabalho para o processo do Planejamento Regional Integrado (PRI) deverá ser o Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional (GTTM);
- Participar do processo do PRI, visando a incorporação de novas áreas temáticas e a elaboração de Planos macrorregionais para períodos subsequentes;
- Indicar a formação de Grupo de Trabalho temáticos provisórios para algum conteúdo que necessite de conhecimento específico;
- Recomendar a realização de cursos e outras estratégias de Educação Permanente para trabalhadores e gestores de saúde, a partir das necessidades de formação identificadas na região;
- Elaborar regimento interno de funcionamento, visando contribuir para a efetivação dos acordos pactuados na CIB e CIR.

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

A MRS-Extremo Sul apresenta situação social com quase 10% da sua população em situação de extrema pobreza.

A análise da situação de saúde na macrorregião indica condições favoráveis à transmissão de várias doenças, como a aids, e oscilações no CI da tuberculose com valores superiores aos do estado.

A macrorregião apresenta um sistema logístico com o estabelecimento de duas CRUs regionais, atendendo aos parâmetros e porte populacional. A existência de 26 centrais de regulação de acesso às ações e serviços de saúde é adequada para os 21 municípios da macrorregião. Em relação à capacidade instalada identifica-se a subutilização dos equipamentos para realização dos procedimentos para a prioridade sanitária. A existência do equipamento indica que há possibilidade de maior oferta de exames do que os disponibilizados.

No que diz respeito à atenção hospitalar, destaca-se que o uso dos leitos obstétricos apresenta um número maior que o estabelecido pelo parâmetro. Entretanto, registra-se déficit para leitos para atendimento à GAR, gestante e neonato, expressando limites na assistência ao parto e nascimento de alto risco, ainda que existam leitos na macrorregião que podem ser habilitados, o que indica fragilidade para atender a prioridade sanitária.

Observa-se, também, uma relativa insuficiência de profissionais em todas as especialidades médicas relacionadas a prioridade sanitária na MRS-Extremo Sul sendo este um dado de relevância. Ao analisar número de profissionais médicos referentes à prioridade sanitária versus a necessidade, observa-se que o percentual da necessidade atendida para pediatra é de 22%, para ginecologista/obstetra é de 22,6% e, para a categoria de médicos anestesistas, o percentual de 38,76%, todos aquém da necessidade para atender às ações e serviços de saúde necessárias para a prioridade sanitária da macrorregião. Para os demais trabalhadores das equipes multiprofissionais no território existe a necessidade de estabelecer

parâmetros para verificação da suficiência para a análises futuras da força de trabalho em saúde disponível na RAS.

Considerando o contexto socioeconômico e epidemiológico da NRS-Extremo Sul 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.

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	Catologação padronizada 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html.
2. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. *Rev. baiana saúde pública*; 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.67/2018. 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. GUITARRARA, Paloma. "Pobreza no Brasil"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/pobreza-no-brasil.htm>. Acesso em 23 de agosto de 2022.
6. IBGE/DATASUS. Ministério da Saúde/SESAB/ SUVISA/ DIVEP/ GT Demografia. Municípios de extrema pobreza. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/demografia/> Dados acessados em 11/04/2022.
7. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. [citado em 12 out 2024]. Disponível em: Dados Gerais. Agência Nacional de Saúde Suplementar (www.gov.br)
8. Quijano FAD. Bases da epidemiologia das doenças infecciosas. Departamento Epidemiologia - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5539423/mod_resource/content/4/EpiInfecciosas08-09-2020.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.
9. 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/>.
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. Biblioteca Virtual de Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Morbidade e Fatores de risco. Adaptado da Ficha de Qualificação da RIPSAs – 2008 [Internet]. [citado em 17 mai 2021]. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2008/d-2-1/>.
12. 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>.
13. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância a Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Análise das DIPs, 2011-2020.
14. 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>.
15. 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.
16. 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>.
17. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [internet]; 2006; 39(3), [citado em mai 2021]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822006000300010#:~:text=Atualmente%2C%20no%20Brasil%2C%20as%20principais,febre%20do%20Oeste%20do%20
18. 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>.
19. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed. São Paulo: Edusp; 1998.
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. 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>.
22. 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>.

23. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf ISBN 978-65-5993-276-4.
24. 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.
25. 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>.
26. 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>.
27. 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.
28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
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. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bra Cardio. 2016; 107(3), Supl. 3.
31. 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.
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. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diretoria da Atenção Básica. Coordenação de Avaliação e Apoio Matricial. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica – CAMAB. Salvador: SESAB, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>. [Acesso em: 25 abr 2025]
38. Unicef. Fundo das Nações Unidas para a Infância Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/painel-de-dados> Acesso em 16 mai. 2023.
39. Guerra DM. Descentralização e Regionalização da Assistência à Saúde no estado de São Paulo: Uma Análise do Índice da Dependência. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Tese de doutorado. São Paulo, 2015.
40. Rezende CAP, Peixoto MPB. Metodologia para análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
41. 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.
42. Souza, L. E.P.F.; Bahia, L. Componentes de um Sistema de Serviços de Saúde: População, Infraestrutura, Organização, Prestação de Serviços, Financiamento e Gestão. In: Paim, J. S.; Almeida Filho, N. Saúde Coletiva Teoria e prática, 2ª ed, 2023.
43. Brasil. Caderno de Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde. De que se trata os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf> [Acesso em: 25 abr 2025]



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