

PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE LESTE



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

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

SALVADOR

2025



GOVERNO DO ESTADO
BAHIA
SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO
PERANTE
TRABALHO
PRÓGRESSO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Jerônimo Rodrigues Souza
GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

Geraldo Júnior
VICE-GOVERNADOR

Roberta Silva de Carvalho Santana
SECRETÁRIA DA SAÚDE

Paulo José Bastos Barbosa
SUBSECRETÁRIO

Cícero de Andrade Rocha Filho
CHEFE DE GABINETE

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

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

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

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

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

Emanuele Figueredo Barbosa
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)

Joana Angélica Oliveira Molesini
COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (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

André Santos Gomes – SESAB/NRS

Clisya Dias Bertino Bispo de Oliveira – SESAB/NRS

Cristiana Nascimento - CIR Camaçari

Cristiane Câmara Macêdo – SESAB/APG/COPRI

Edraci de Andrade de Alves – COSEMS/BA

Eloiza da Conceição dos Santos - CIR Santo Antônio de Jesus

Fabício Oliveira Santos - CIR Cruz das Almas

Felipe Fontes Costa Pinto - SESAB/APG/COPRI – (OPAS/OMS)

Flávia Priscilla Oliveira de Araújo – COSEMS/BA

Manuela Matos Maturino – SESAB/NRS

Marcele Santana de Freitas – MS/SEMS/BA

Márcia Edmeia Costa de Matos – SESAB/SAIS/DAB/COAM

Zaida de Barros Mello Nascimento Santos – CIR Salvador

Colaboradores

Alan Silva Reis

Carolina Prazeres Ferreira

Cristiane Câmara Macêdo

Cristina Maria Meira de Melo

Eneida Manuela Barqueiro Sena Gomes

Felipe Fontes Costa Pinto

Hadson Namour Rocha de Mattos

Itamar Barbosa Brito

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
Mailda Araújo de Jesus
Manoel Henrique de Miranda Pereira
Marcia Ediméia Costa de Matos
Maria Auxiliadora Cordova Christofaro
Maria Lívia Cunha Cavalcante
Sara Emanuela de Carvalho Mota
Tânia Margarida de Novaes Rocha

Equipe Técnica de Discussão

Bruno Guimarães de Almeida
Clarissa Leite Campos
Ediraci de Andrade Alves
Edivânia Lúcia Araújo Santos Landim
Joana Angélica Simão Demarchi
Joselma Alves da Silva
Karla Costa Musto
Lis Bandarra Monção
Luciano de Paula Moura
Manoel Henrique de Miranda Pereira
Milena Lima Santos
Ubiraylson Brandão de Andrade

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Macrorregiões e Regiões de Saúde. Bahia, 2007.	17
Figura 2. Razão de Mortalidade Materna segundo parâmetros da OMS. Bahia, 2023.	32
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.	84
Figura 5. Matriz de Referência da Macrorregião Leste, 2024-2027	88
Figura 6. Diretrizes da Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2021.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica, pneumocócica e outras bactérias) e virais por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2011-2020	26
Tabela 2. Número de amputações de membros inferiores e internação hospitalar com CID de Diabete mellitus, por alguns procedimentos na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.....	40
Tabela 3. Índice de dependência de serviços ambulatorial e hospitalar de alta complexidade por macrorregião de saúde. Bahia, 2021-2022	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirâmides etárias da população da Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010 e 2019.	19
Gráfico 2. 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 Leste. Bahia, 2010-2019*	24
Gráfico 3. Número de casos de Aids e HIV na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2011-2020*	25
Gráfico 4. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2011-2020*.....	27
Gráfico 5. Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.....	28
Gráfico 6. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010 - 2019*.	30

Gráfico 7. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.....	31
Gráfico 8. Taxa de mortalidade infantil segundo faixa etária por 1.000 NV na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.....	33
Gráfico 9. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil NV no estado da Bahia e na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.....	34
Gráfico 10. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.....	35
Gráfico 11. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.....	36
Gráfico 12. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.....	37
Gráfico 13. 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 Leste. Bahia, 2010-2019*.....	39
Gráfico 14. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.....	41
Gráfico 15. Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.....	41
Gráfico 16. Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*.....	43
Gráfico 17. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*.....	44
Gráfico 18. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*.....	45
Gráfico 19. Coeficiente de incidência de hepatites virais (por 100 mil habitantes), segundo agente etiológico e ano de notificação. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*...	45
Gráfico 20. Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*.....	46
Gráfico 21. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2010-2019*.....	47
Gráfico 22. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2023*.....	48

Gráfico 23. Razão de mortalidade materna por faixa etária (10 a 14; 15 a 19; 20 a 24) por 100.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*	48
Gráfico 24. Proporção (%) de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*	49
Gráfico 25. Proporção de óbitos entre mulheres em idade fértil com causas presumíveis investigadas. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2013-2023*	49
Gráfico 26. Número absoluto de óbitos maternos por raça/cor [por 100 mil nascidos vivos], por macrorregião. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*	50
Gráfico 27. Percentual de partos cesáreos e normais, por residência, de 2014 a 2023 Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*	51
Gráfico 28. Percentual de mulheres que realizaram, pelo menos, 7 consultas de pré-natal. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*	51
Gráfico 29. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*	52
Gráfico 30. Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*	53
Gráfico 31. Percentual de óbitos infantis e fetais investigados. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*	54
Gráfico 32. Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*	54
Gráfico 33. Percentual de municípios que atingiram 75% ou mais na proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade [vacinas: Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral]. Macrorregião de Saúde Leste, 2014-2023.....	55
Gráfico 34. Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas por 100 mil mulheres. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*	56
Gráfico 35. Razão de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2024.	57
Gráfico 36. Razão de mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2024*.....	57
Gráfico 37. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2023*	58
Gráfico 38. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando por principais causas. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*	59
Gráfico 39. Percentual de hipertensos identificados na atenção primária à saúde. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2018-2024, por quadrimestre*	59

Gráfico 40. Proporção de pessoas com hipertensão com consulta e pressão arterial aferida. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2022-2024, por quadrimestre*	60
Gráfico 41. Percentual de pessoas com hipertensão arterial que teve exame de ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2018-2023, por quadrimestre*	60
Gráfico 42. Percentual de diabéticos identificados na APS. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, quadrimestres (Q) de 2018-2024*	61
Gráfico 43. Percentual de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada avaliadas na APS. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2022-2024, por quadrimestre*	61
Gráfico 44. Número de amputações decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e internação hospitalar por Diabetes Mellitus. Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2015-2023*.	62
Gráfico 45. 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 Leste. Bahia, 2014 - 2023*	63
Gráfico 46. Taxa de mortalidade por causas externas. Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2019 - 2023*	64
Gráfico 47. Taxa de internação por causas externas por 10.000 hab. Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2014-2023*	64
Gráfico 48. Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2021.	66
Gráfico 49. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Macrorregião de Saúde. Bahia, 2021.	70
Gráfico 50. Cobertura de atenção primária à saúde. Macrorregião de Saúde Leste, 2014-2023	71
Gráfico 51. Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas com as prioridades sanitárias na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2022.	76

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Municípios da Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2023	18
Mapa 2. Municípios caracterizados como em situação de extrema pobreza na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2019.	20
Mapa 3. Percentual de cobertura da população com assistência médica suplementar na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2019.	21
Mapa 4. Cobertura da Atenção Primária à Saúde na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2021.	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Percentual médio de escolarização na Macrorregião de Saúde Leste, na Bahia e no Brasil, 2019.	21
Quadro 2. Média do Ideb para a Macrorregião de Saúde Leste, para a Bahia e Brasil, 2019.	22
Quadro 3. Dimensões e significado da pontuação na Matriz GUT. Bahia, 2021.	65
Quadro 4. Quantitativo de equipamentos, serviços (urgência e emergência) e sistema logístico, disponível para o SUS na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2022.	73
Quadro 5. Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2022.	75
Quadro 6. Número de EAS com registro dos procedimentos da prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Leste/Bahia, 2022.	77
Quadro 7. Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Leste do Estado da Bahia, 2025.	82
Quadro 8. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Leste do Estado da Bahia, 2025.	85
Quadro 9. Componentes habilitados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Leste do Estado da Bahia, 2025.	86
Quadro 10. Escalonamento emergencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Leste do Estado da Bahia, 2025.	87
Quadro 11. Diretrizes e objetivos para a Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2023.	91
Quadro 12. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2025.	93

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 Vasculard
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 Infante Juvenil
UAVC	Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCA	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCO	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCO	Unidade Coronariana
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI NEO	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE LESTE	17
2.1 População por sexo e idade	18
2.2 Municípios em situação de pobreza e extrema pobreza	19
2.3 Cobertura de Assistência Médica Suplementar	20
2.4 População com ensino fundamental	21
2.5 População cadastrada com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus	23
3. ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE	23
3.2 Atenção à Saúde Materna e Infantil	30
3.3 Neoplasias	35
3.4 Doenças do Aparelho Circulatório	37
3.5 Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	38
3.6 Morbimortalidade por Causas Externas	40
3.7 Atualização do Estado de Saúde	42
3.7.1 Doenças Infecciosas e Parasitárias	43
3.7.2 Atenção à Saúde Materna e Infantil	47
3.7.3 Neoplasias	55
3.7.4 Doenças do Aparelho Circulatório	58
3.7.5 Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	60
3.7.6 Morbimortalidade por Causas Externas	63
4 SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA	65
5 ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA	67
5.1 Organização	68
5.1.1 Índice de dependência macrorregional	68
5.1.2 Cobertura da Atenção Primária à Saúde	69
5.1.3 Central de Regulação	71
5.1.3.1 Central de Regulação de Urgências	71
5.1.3.2 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	77
6.1 Sistema Organização da RAS	78
6.2 Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne)	79
6.3 Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE)	81

6.4 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	83
6.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)	86
6.6 Rede de Atenção às Doenças Crônicas	87
7 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	90
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE 109	
8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação	110
8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento	110
9. COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE..	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115

1 INTRODUÇÃO

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

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

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

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

O conceito de RAS ficou assim definido:

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

Com a situação de pandemia da covid-19, iniciada em março de 2020, as secretarias municipais e estadual da saúde redirecionaram o foco do trabalho concentrando em ações e medidas de controle e atenção à pandemia, o que imprimiu morosidade ao processo de discussão, debate e acordos entre os entes federativos sobre os temas gerais para organização da RAS, requisitos fundamentais ao desenvolvimento do PRI.

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

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

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

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

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

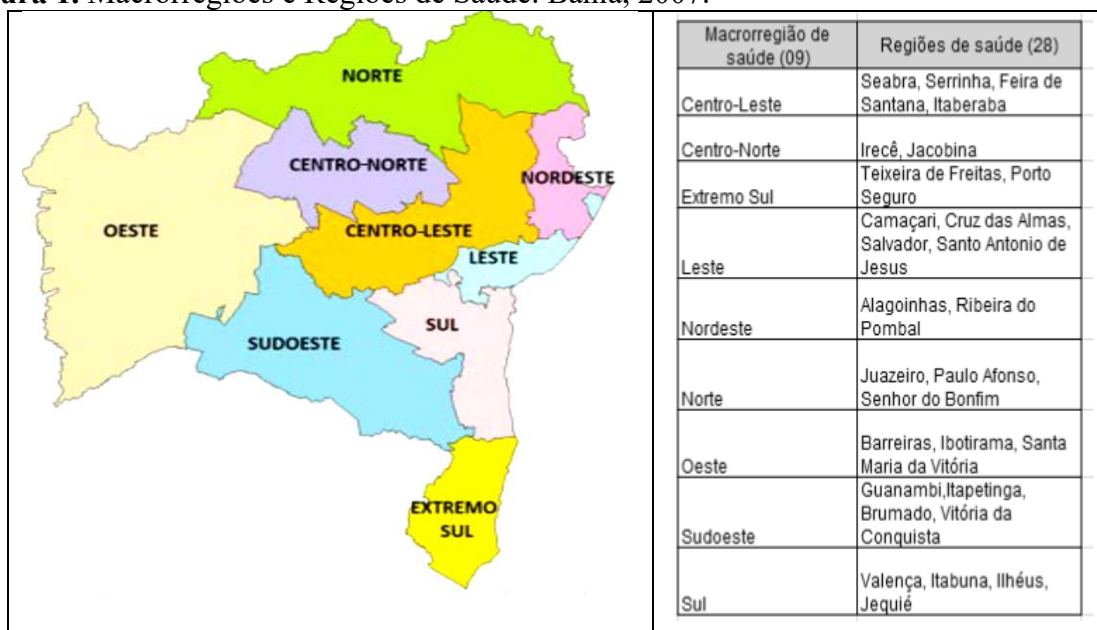
O Plano da MRS-Leste, ora apresentado, é o resultado do processo do PRI e está acessível no Observatório Baiano de Regionalização (OBR), para gestores, profissionais, trabalhadores da saúde e comunidade, cumprindo com a finalidade precípua do PRI que é contribuir para a mudança da situação de saúde e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

2 CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE LESTE

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

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

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



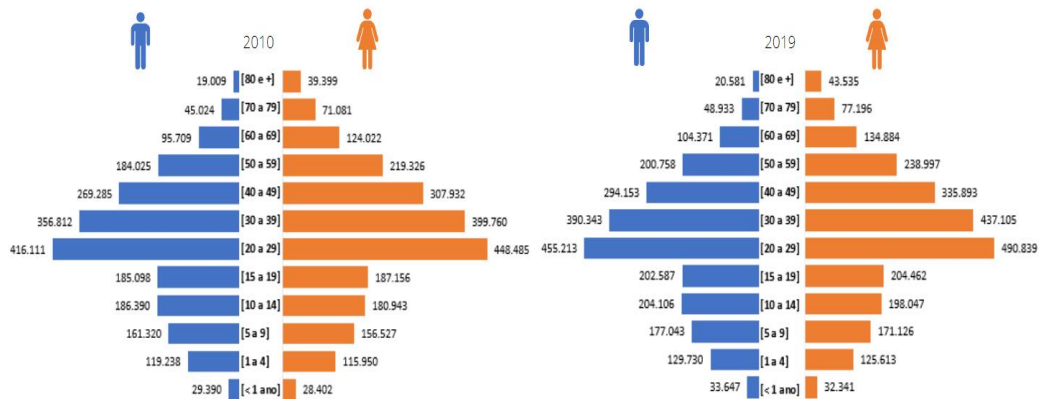
Fonte: Sesab/Observatório Baiano de Regionalização/Revista Baiana de Saúde Pública v. 47, supl.1, jan./mar. 2024. p. 247.

A definição do território das MRS para o processo do PRI foi publicada na mesma Resolução CIB/BA nº 167/2018⁴, confirmando o desenho do PDR de 2007.

A área territorial da MRS-Leste totaliza 15.693,976 km² (IBGE, 2019), onde residem 4.782.233 habitantes (IBGE, 2020), distribuídos em 47 municípios. A área de abrangência é composta por 4 (quatro) RS: Camaçari, Cruz das Almas, Salvador e Santo Antônio de Jesus; 1 (um) NRS, com sede localizada na cidade de Salvador; e 3 (três) BORS localizadas nas cidades de Cruz das Almas, Santo Antônio de Jesus e Amargosa.

Os municípios que compõem a macrorregião são: Amargosa, Aratuípe, Cabaceiras do Paraguaçu, Cachoeira, Camaçari, Candeias, Castro Alves, Conceição da Feira, Conceição do Almeida, Conde, Cruz das Almas, Dias D'Ávila, Dom Macedo Costa, Elísio Medrado, Governador Mangabeira, Itaparica, Itatim, Jaguaripe, Jiquiriçá, Laje, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Maragogipe, Mata de São João, Milagres, Muniz Ferreira, Muritiba, Mutuípe, Nazaré,

Gráfico 1. Pirâmides etárias da população da Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010 e 2019.



Fonte: IBGE, 2010 e 2019.

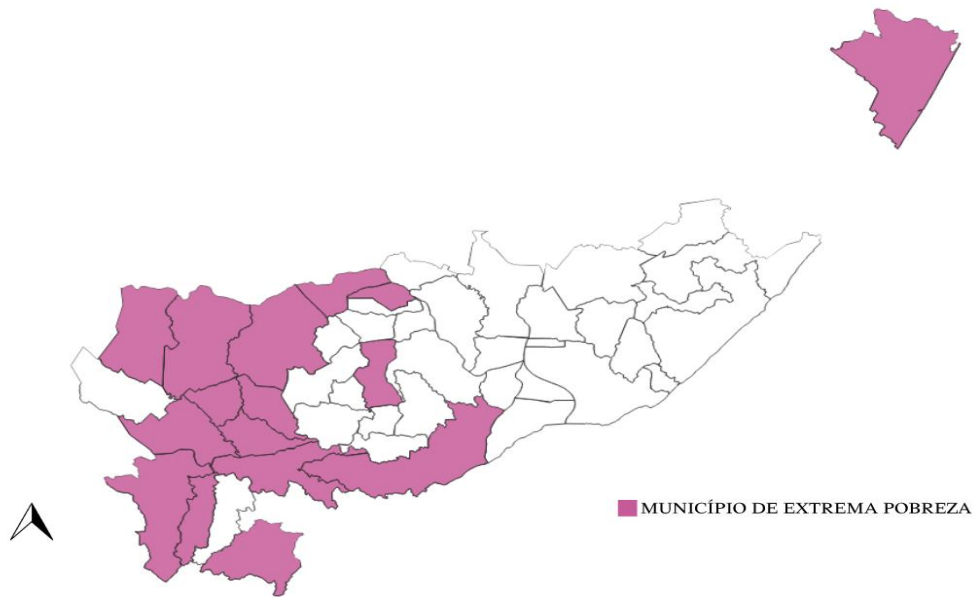
Em 2010, 9% da população tinha mais de 60 anos e 23% menos de 15 anos, enquanto em 2019 esses valores são 12,4% e 19,4%, respectivamente. O índice de envelhecimento em 2010, considerando a população acima de 60 anos, foi de 39,3 idosos para cada 100 jovens com menos de 15 anos. Em 2019, esta relação passa para 63,8 idosos para cada 100 jovens. O aumento dos valores desse índice de 2010 a 2019 sinalizam que a transição demográfica na MRS Leste se encontra em estágio avançado.

2.2 Municípios em situação de pobreza e extrema pobreza

No Brasil, a pobreza é produto das iniquidades sociais e resulta em segregações. O indicador Pobreza e Extrema Pobreza por Município da Macrorregião de Saúde Leste é resultante do processo de validação de indicadores para a análise da situação de saúde. A principal finalidade desse é orientar a elaboração de políticas públicas.

Na MRS-Leste temos 16 municípios em situação de extrema pobreza, representando 34% da macrorregião. São eles: Amargosa, Cabaceiras do Paraguaçu, Castro Alves, Conde, Elísio Medrado, Governador Mangabeira, Itatim, Jaguaripe, Jiquiriçá, Laje, Presidente Tancredo Neves, Santa Teresinha, São Felipe, São Miguel das Matas, Ubaíra e Varzedo (Mapa 2).

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



Fonte: IBGE/DATASUS, 2022.

2.3 Cobertura de Assistência Médica Suplementar

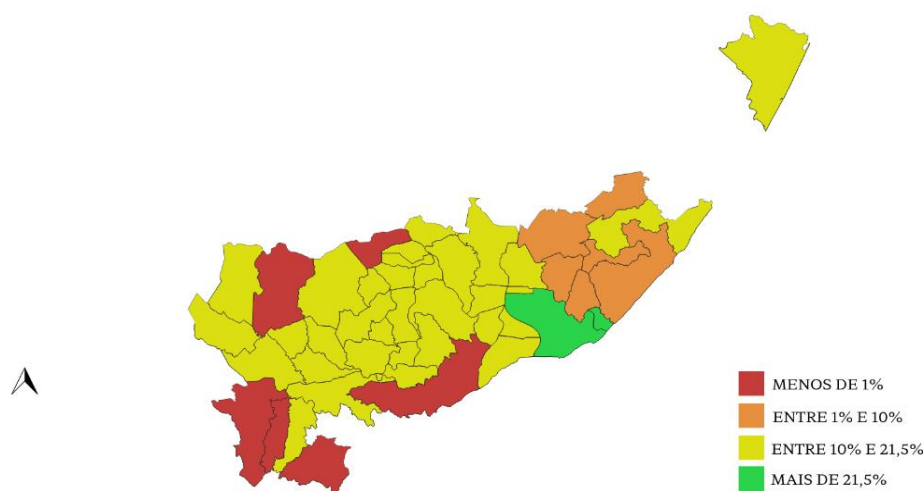
A assistência à saúde suplementar compreende ações e serviços prestados por meio de planos de saúde privados. A prestação de serviços, exclusivamente, pela esfera privada, envolve operação de planos e seguros privados de assistência médica à saúde, regulada e fiscalizada pela Agência Nacional de Saúde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

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

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

A cobertura de assistência médica suplementar da população da MRS-Leste é variável, com a maioria dos municípios com cobertura entre 10% e 21,5% (Mapa 3).

Mapa 3. Percentual de cobertura da população com assistência médica suplementar na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2019.



Fonte: ANS, 2019.

2.4 População com ensino fundamental

O indicador que remete a escolaridade por meio dos anos cursados no ensino fundamental se subdivide em anos iniciais e anos finais. Quanto maior for o índice de escolaridade, aliado ao bom aproveitamento do ensino e do conteúdo formativo dos indivíduos, melhor será sua capacidade de resposta em situações que demandem posicionamento, escolha e decisão. No que diz respeito à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação de doenças, quanto mais desenvolvido for o indivíduo na sua capacidade de apreensão, melhor será sua resposta ao seu processo de cuidado, assumindo posição de sujeito nesse contexto.

Na MRS-Leste, a média da taxa de escolarização na faixa de 6 a 14 anos é de 97,6%, próxima a média nacional de 99,7% (IBGE, 2010). No levantamento dos dados não foram encontrados valores referentes para essa variável na Bahia (Quadro 1). Apesar da taxa de escolarização ser alta, os valores do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) para os anos iniciais e finais não indicam resultado positivo no desempenho das crianças, com valores predominantemente medianos a baixos.

Quadro 1. Percentual médio de escolarização na Macrorregião de Saúde Leste, na Bahia e no Brasil, 2019.

Percentual de escolarização de 6 a 14 anos	
Média Macrorregião Leste	97,60%
Média Bahia	-
Média Brasil	99,70%

Fonte: IBGE, 2019.

O Ideb foi criado em 2007 e reúne, em um só indicador, os resultados de dois conceitos importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar, que consiste em índices de aprovação/reprovação dos alunos e de abandono dos estudos medidos no Censo Escolar; e a média de desempenho nas avaliações, que consiste em notas em provas de português e de matemática no Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb), pontuando de 0 a 10. Para obter um bom Ideb é preciso ter baixas taxas de reprovação e de abandono de estudos, além de resultados satisfatórios no Saeb. Essa avaliação é aplicada sempre no fim de cada etapa escolar: 5º e 9º ano do ensino fundamental e 3º ano do ensino médio.

A Média do Ideb na MRS-Leste foi de 4,8 para séries iniciais e 3,8 para séries finais, enquanto para a Bahia os valores são 4,9 e 3,8 e para o Brasil são 5,7 e 4,6, respectivamente (Quadro 2).

Quadro 2. Média do Ideb para a Macrorregião de Saúde Leste, para a Bahia e Brasil, 2019.

Média IDEB	Séries iniciais fundamental	Séries finais fundamental
Macrorregião de Saúde Leste	4,8	3,8
Bahia	4,9	3,8
Brasil	5,7	4,6

Fonte: IBGE, 2019.

Esses achados demonstram desempenho insatisfatório na MRS-Leste e no estado da Bahia em relação a referência nacional, ao mesmo tempo em que aponta a defasagem dos dados, uma vez que o recorte de referência do IBGE está baseado nos números do ano de 2010 (Taxa de escolarização) e em valores estimados do ano de 2019. Os resultados indicam dificuldade na fixação desses alunos no ambiente escolar.

Os números referentes à média do Ideb para a MRS-Leste contribuem para explicar a baixa capacidade dos indivíduos de assimilar e compreender o processo de cuidado, a dinâmica de saúde e o funcionamento do SUS, o que repercute na não adesão aos tratamentos, por exemplo, impondo maior desafio para a gestão municipal para planejar estratégias que foquem em ações educativas capazes de reverter cenários epidemiológicos desfavoráveis.

2.5 População cadastrada com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são agravos prevalentes na população brasileira acima de 18 anos, e este mesmo cenário pode ser observado na Bahia e na MRS-Leste. De acordo com a Portaria GM/MS n. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015, que estabelece critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, estima-se que do total de habitantes acima de 18 anos da MRS-Leste (3.349.334 habitantes), 21,4% (716.758) e 6,9% (231.104) sejam hipertensos e diabéticos, respectivamente.

É importante salientar que de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab), no último quadrimestre de 2019, foram cadastrados na APS cerca de 17% dos hipertensos e 28% dos diabéticos estimados. Para que a proporção de informados em relação ao número estimado alcance valores superiores a 85% sugere-se que a programação para esta população adote como base as estimativas da Portaria GM/MS n° 1.631/2015, a qual aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

3. ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE

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

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

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

3.1 Doenças Infecciosas e Parasitárias

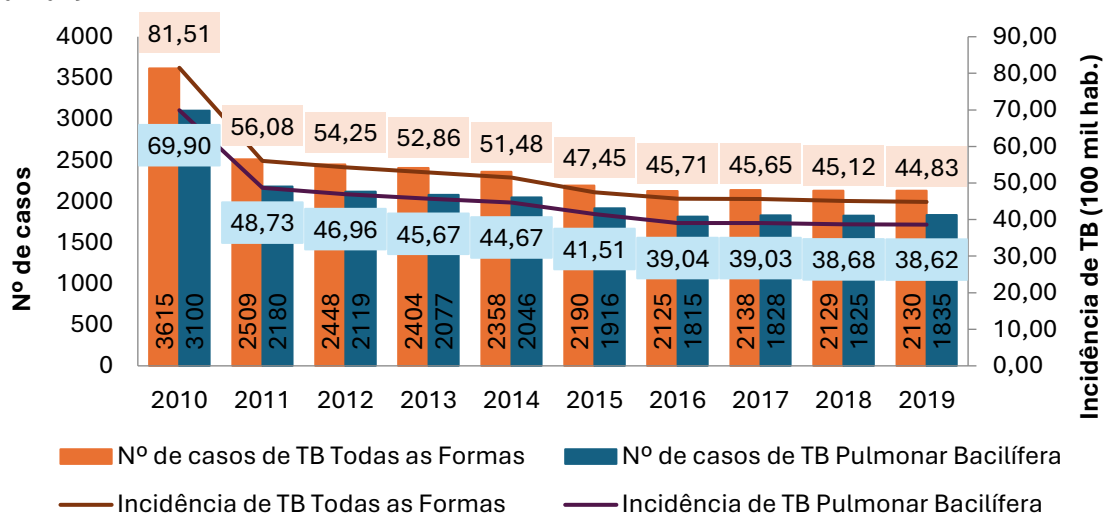
O capítulo I da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) 10 agrupa as doenças infecciosas, cujo agentes etiológicos podem ser bactérias,

vírus, riquetsias, clamídias e fungos e as doenças parasitárias, as quais são transmitidas por protozoários, helmintos e artrópodes que atuam como hospedeiros intermediários.

A Resolução CIB/BA n. 018/2021 define indicadores referentes a tuberculose (TB), síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV), meningites e hepatites bacterianas e virais, e são estas as doenças infecciosas e parasitárias consideradas para a MRS-Leste.

Quanto à TB, os dados referentes ao número de casos de tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera (série histórica 2010-2019) evidenciam tendência de queda, percentual, de 41,08% e de 40,81%, respectivamente. Houve redução do CI em 45% para todas as formas e de 44,75% 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 (Gráfico 2).

Gráfico 2. 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 Leste. Bahia, 2010-2019*.



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

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

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

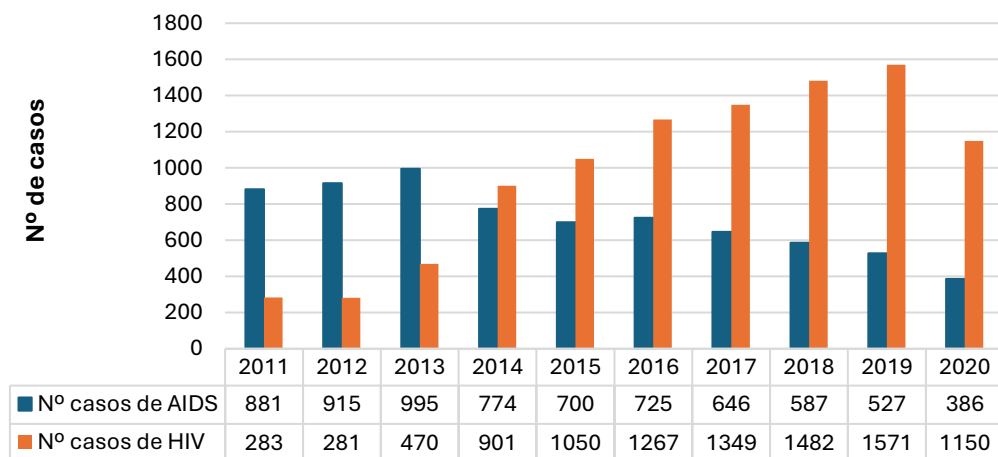
Na MRS-Leste, no período de 2011-2019, a taxa de mortalidade, ainda que em tendência de declínio, foi superior à do estado, variando entre 2,61 e 4,05 por 100 mil habitantes⁴.

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

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

Na análise da distribuição dos casos de aids e contaminação pelo HIV, a série histórica 2011-2020 mostra que na MRS-Leste o número de casos de aids era superior ao número de casos de HIV até o ano de 2013. A partir de 2014 observa-se uma inversão nessa tendência, mostrando aumento na detecção de HIV e redução dos casos de aids (Gráfico 3).

Gráfico 3. Número de casos de Aids e HIV na Macrorregião de Saúde Leste. 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 estabilidade, porém as taxas foram maiores que as da Bahia, que em 2020 foi de 3,8, enquanto na MRS-Leste foi de 6,0 casos por 100 mil habitantes⁵.

Os indicadores da MRS-Leste sugerem condições favoráveis à transmissão da doença, o que reflete a situação atual da infecção pelo HIV no período de referência. Investigar 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 doença⁶.

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 virais no verão. A vacinação é a principal ferramenta na prevenção da doença bacteriana⁷.

De 2011 a 2020, foram confirmados 7.456 casos de meningites na Bahia e a meningite viral foi responsável por 47% (3.508) do total das notificações. Em 2020, ocorreu redução acentuada no CI para todos os tipos de meningites, possivelmente em decorrência de medidas de controle adotadas durante a pandemia da covid-19, que contribuíram para a queda do número de casos⁸.

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

Segundo a Tabela 1, na MRS-Leste o decréscimo não foi linear. Registra-se oscilação entre os anos considerados: o menor de 0,02 (2020) e o maior 2,71 (2011) por 100 mil habitantes.

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

Ano Início Sintomas	Viral	Outras Bactérias	Doença Meningocócica	Pneumocócica
2011	13,38	2,30	2,71	0,73
2012	18,10	3,53	1,72	0,47
2013	8,17	2,31	1,27	0,55
2014	6,98	1,60	0,55	0,29
2015	3,82	1,15	0,38	0,19
2016	3,21	0,87	0,37	0,14
2017	2,49	0,80	0,23	0,23
2018	1,59	0,51	0,21	0,51
2019	1,79	0,67	0,57	0,40
2020	0,19	0,13	0,02	0,17

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

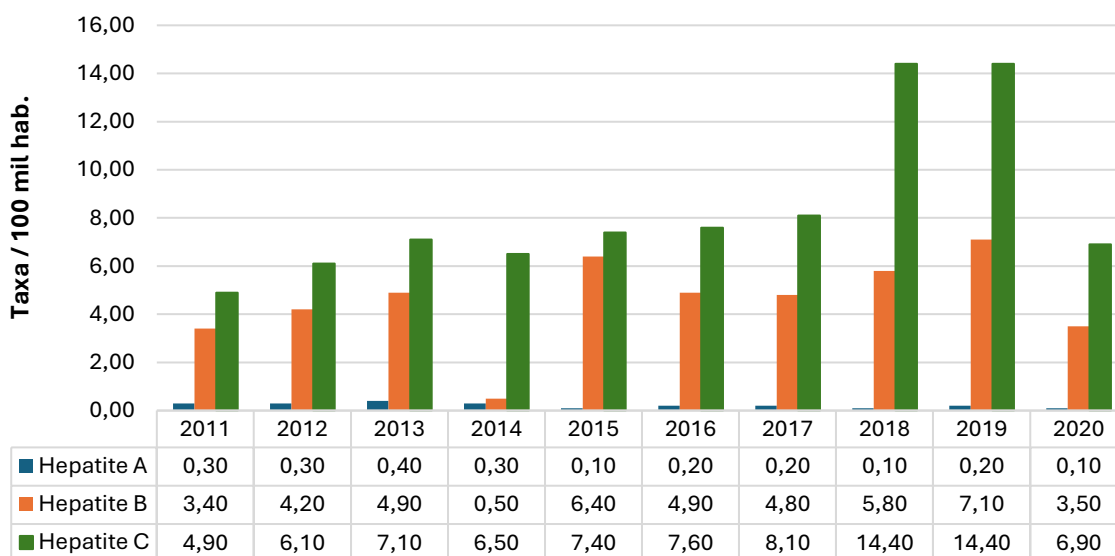
Entre as meningites por outras bactérias, as provocadas pelos bacilos *Mycobacterium tuberculosis* e *Haemophilus influenza* são passíveis de prevenção por meio das vacinas BCG, Hib e Pentavalente e coberturas elevadas desses imunizantes impactam significativamente o número de casos e óbitos dessas doenças.

Uma infecção viral, que apesar de silenciosa, representa grave problema de saúde pública são as hepatites virais. 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 crônicas⁹.

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-Leste acompanhou a mesma tendência. Foi expressiva a tendência de queda com relação ao vírus tipo A, próximo de zero em vários anos. 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. É importante também observar se há subnotificação dos casos nessa macrorregião.

Quanto à hepatite B, a taxa oscila: a incidência apresentou-se crescente, com as maiores taxas, de 6,4 e 7,10 por 100 mil habitantes nos anos de 2015 e 2019, e decrescente 3,50 por 100 mil habitantes em 2020. Essa oscilação nas taxas pode estar relacionada com 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 4,9 (2011) e 6,90 (2020) por 100 mil habitantes (Gráfico 4).

Gráfico 4. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2011-2020*.



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

Em 2020, por conta da pandemia da covid-19, registra-se taxas de detecção em queda, sugerindo que houve atraso no envio dos dados pelos serviços de vigilância ou diminuição da oferta do diagnóstico pelos serviços de saúde.

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 Unidades Básicas de Saúde (UBS), de maneira universal e

gratuita. A hepatite C não dispõe de vacina que confira proteção, contudo, há medicamentos que permitem a cura.

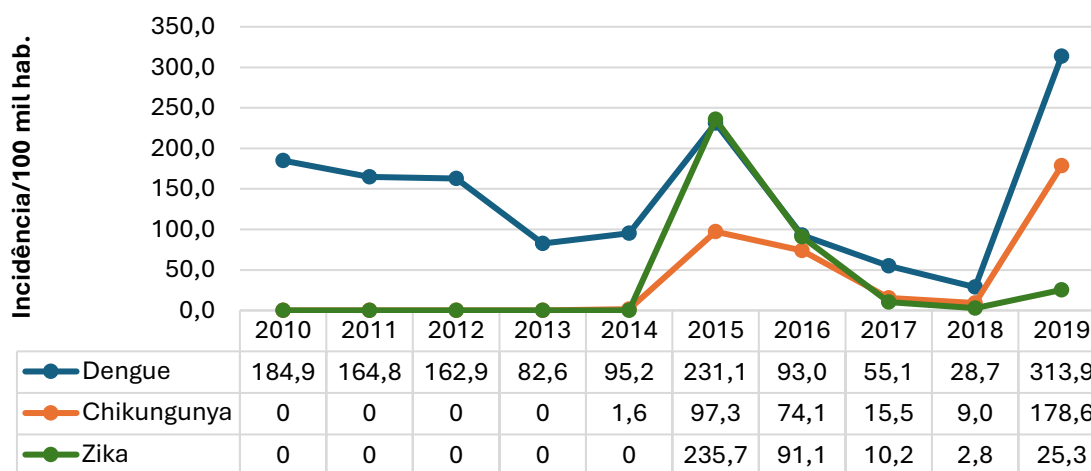
As doenças analisadas até o momento ainda são desafios aos programas de prevenção e constituem problema de saúde pública. O panorama apresentado nos Gráficos 2, 3, 4 e Tabela 1 evidencia a necessidade de fortalecer as ações de prevenção e controle e reforça a necessidade de integração entre as áreas 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 transmissão¹⁰.

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 malária¹¹.

Ao analisar a série histórica 2010-2019 da taxa de incidência da dengue, chikungunya e zika na MRS-Leste, observa-se que as maiores taxas ocorreram em 2015 e 2019 para dengue e chikungunya e em 2015 para zika (Gráfico 5).

Gráfico 5. Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Leste. 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 dengue¹².

Nos últimos 10 anos não houve casos autóctones (transmissão dentro de uma área) de febre amarela no estado da Bahia, considerada indene desde 1942. A estimativa de risco deve

considerar todos os casos notificados porque mesmo que o doente tenha procedência de outras áreas, a presença do vetor pode desencadear uma epidemia no estado.

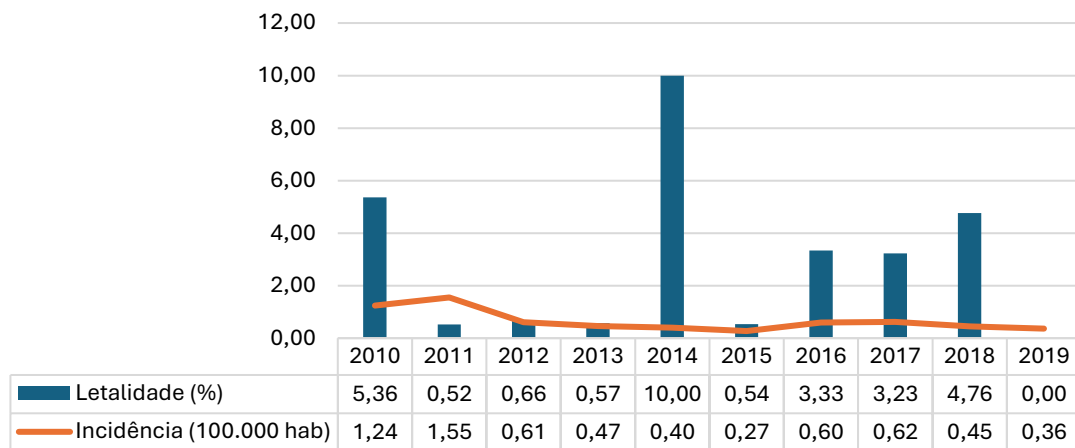
Considerando-se o perfil das doenças vetoriais descritas, sobressai que esses agravos decorrem de constantes ameaças em regiões tropicais causadas pelas rápidas mudanças climáticas, desmatamento, migração populacional, ocupação desordenada de áreas urbanas e precariedade das condições sanitárias, as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

Outra doença vetorial é a leishmaniose visceral (LVH), conhecida como calazar, esplenomegalia tropical e febre dundun. É uma doença infecciosa não contagiosa, transmitida para humanos por meio do vetor e da presença do cão infectado enquanto hospedeiro. A LVH não é transmitida entre pessoas¹³.

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)⁹.

Na MRS-Leste a variação do CI foi de 1,24 a 0,36 casos por 100 mil habitantes no período 2010-2019. A macrorregião apresentou alta letalidade da doença em 2010, 2014, 2016, 2017 e 2018 e supõe-se estar atrelada ao diagnóstico tardio, presença de comorbidades e complicações (Gráfico 6).

Gráfico 6. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010 - 2019*.



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

Atualmente as principais doenças vetoriais sujeitas a controle são: dengue, malária, leishmanioses, doença de Chagas e febre amarela. Medidas de controle vetorial 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 da perspectiva atual 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 municípios¹⁴.

3.2 Atenção à Saúde Materna e Infantil

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

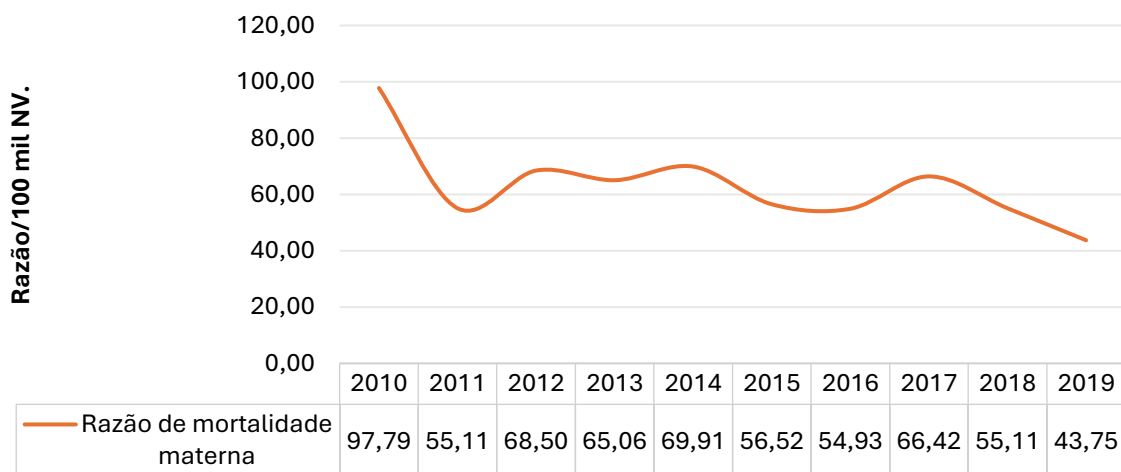
Esse tema pressupõe um modelo de atenção que garanta às mulheres e às crianças assistência humanizada e de qualidade. Para tanto, o foco das ações deve ser a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal; as boas práticas na atenção ao parto e nascimento; e a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses¹⁵.

A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação, parto ou no período de 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada com a gravidez, não incluídas causas acidentais ou incidentais¹⁷. Porém, nem todo óbito materno é registrado corretamente no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Frequentemente, as causas declaradas registram a causa terminal das afecções ou lesões que sobrevieram por último na sucessão dos eventos que culminaram com a morte, o que mascara a causa básica e

dificulta a identificação do óbito materno. A redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um dos principais indicadores da qualidade da atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo¹⁷.

O Brasil conseguiu reduzir a RMM em 8,4% entre 2017 e 2018, apresentando nesse ano a razão de 59,10 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (NV). A Bahia apresentou redução similar à do país e atingiu o número de 51,12 óbitos maternos para cada 100 mil NV em 2019¹⁶. Na curva da RMM da macrorregião, no período 2010-2019, observa-se redução na razão de 97,79 (2010) para 43,75 (2019) para cada 100 mil NV (Gráfico 7). Vale salientar que este resultado está aquém do esperado, considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como aceitável o parâmetro de até 20 óbitos para cada 100 mil NV.

Gráfico 7. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.

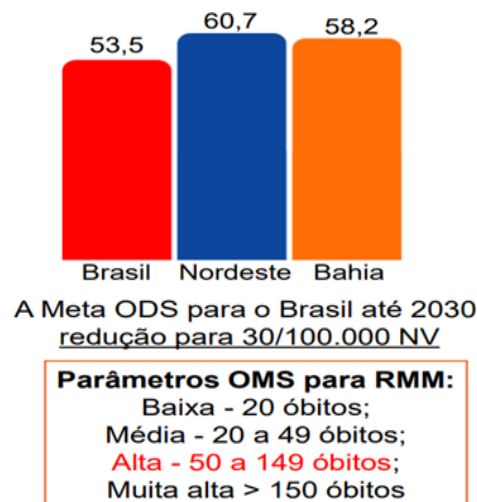


Fonte: SIM e Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 16/03/2021, sujeitos a alterações.

Nos últimos anos a RMM é 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 é uma relação a ser considerada no desenvolvimento de políticas e programas de atenção materna e infantil (Figura 2).

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



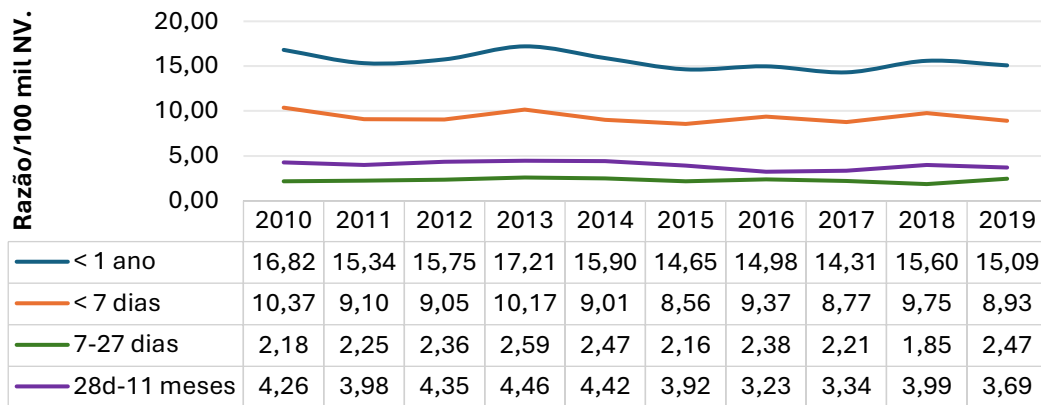
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINASC; MS/SVS/CGIAE/SINASC – Acesso em 05/09/24. * Dados Preliminares

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

Na MRS-Leste, para cada mil nascimentos, a taxa de mortalidade infantil teve redução de 16,82 (2010) para 15,09 (2019) (Gráfico 8). A OMS estabelece como parâmetro aceitável o índice de até 10 (dez) mortes para cada mil nascimentos.

A análise dos óbitos em menores de 1 (um) ano na macrorregião revela que houve redução no risco de morte na maioria dos componentes do óbito infantil de forma geral. O estudo desagregado dos componentes indica que os óbitos infantis estão concentrados no período neonatal (0 a 27 dias de vida) indicando fragilidade na atenção ao pré-natal e ao parto. As maiores taxas de mortalidade encontram-se no subcomponente neonatal precoce (< 7 dias de vida) e menores taxas no subcomponente neonatal tardio (7-27 dias de vida). O componente pós-neonatal (28 dias-11 meses) apresentou estabilidade em todo o período e decréscimo de 13,4%. Este componente é mais sensível às melhorias socioeconômicas e investimentos na atenção à saúde no início da vida, como elevação das coberturas vacinais e a prevenção de doenças prevalentes na infância (Gráfico 8).

Gráfico 8. Taxa de mortalidade infantil segundo faixa etária por 1.000 NV na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.



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

Na análise dos óbitos infantis em menores de um ano por grupos de causas, observou-se que na série histórica 2010-2019 as principais causas estão relacionadas à septicemia bacteriana do recém-nascido, transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer e desconforto respiratório do recém-nascido¹⁷.

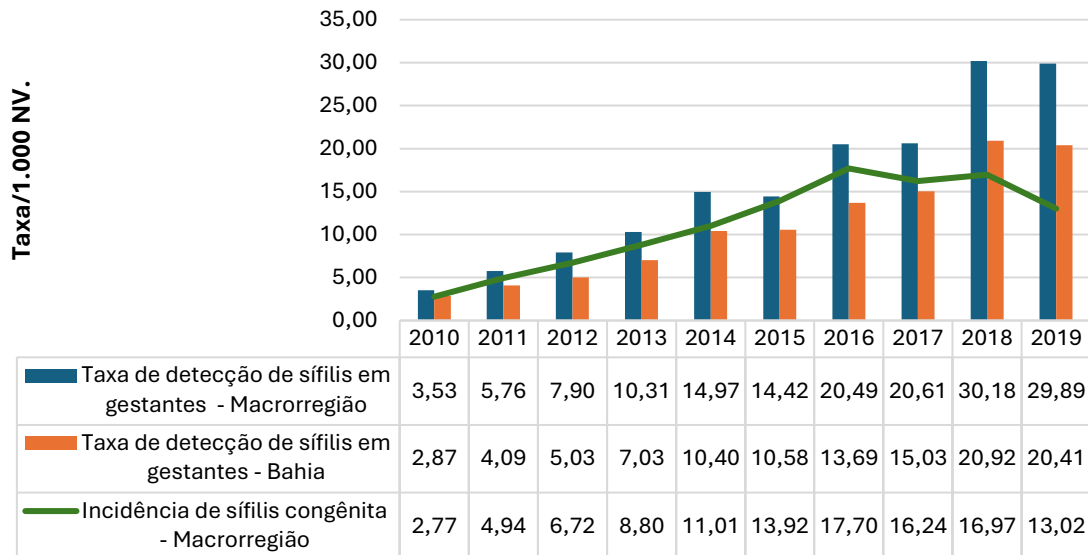
Ao se tratar do indicador da incidência de sífilis em gestante e sífilis congênita, o Brasil tem apresentado aumento acelerado das taxas nos últimos anos, o que é considerado grave situação de saúde pública, por ser a sífilis uma doença curável, de fácil diagnóstico e de baixo custo de tratamento. A eliminação da sífilis é considerada prioridade para os órgãos nacionais e organismos internacionais. Para certificar o país na condição de eliminação da transmissão vertical da sífilis, a Opas estabelece como parâmetro aceitável a taxa de incidência da sífilis congênita menor ou igual a 0,5 casos para cada mil NV por três anos consecutivos¹⁸.

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 engravidar¹⁹.

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

Os dados demonstram crescimento expressivo na taxa de detecção da sífilis na Bahia no período 2010-2019. A MRS-Leste apresentou crescimento expressivo, mas com taxas superiores, de 3,53 para 29,89 por mil NV (Gráfico 9).

Gráfico 9. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil NV no estado da Bahia e na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.



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

Ainda que se registre aumento de diagnóstico da gestante, a incidência de sífilis congênita na macrorregião 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 dispõe de indicadores na Pactuação Interfederativa (Indicador 8 – Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano, segundo local de residência; Indicador 15 - Óbito infantil por mil nascidos vivos segundo local de residência; e Indicador 16 - Óbito materno segundo local de residência) os quais exigem dos gestores o compromisso para definir e assumir metas anuais.

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

3.3 Neoplasias

As neoplasias estão agrupadas no capítulo II da CID 10, atingindo vários órgãos do corpo humano nas formas benignas ou malignas²⁰.

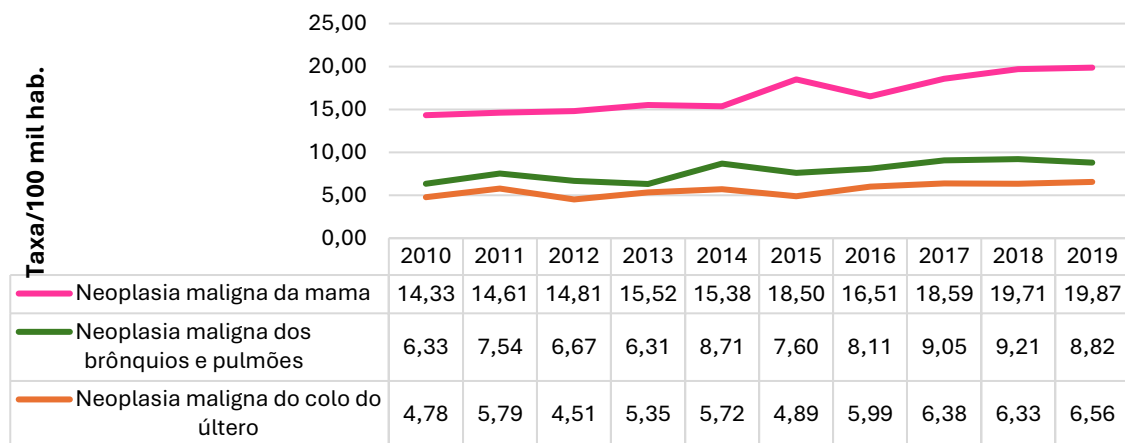
Na Bahia, as neoplasias oscilaram entre o quarto e o terceiro maior grupo de causas de morte no período 2010-2017, e contribuíram com 13,20% do total de mortes². No período 2010-2014, na MRS-Leste esse grupo localiza-se em terceiro lugar; no período de 2015-2019 é o segundo maior grupo com 16,37 % dos óbitos²¹.

No Brasil, as mortes por neoplasias, registradas no sexo feminino, apresentam o câncer de mama como causa mais frequente², mesma situação encontrada na MRS-Leste quando se analisa a série histórica 2010-2019, cuja taxa de óbitos evolui de 14,33 para 19,87 por 100 mil mulheres. A segunda e terceira causa de morte se alternam entre câncer dos brônquios e pulmões e câncer do colo do útero (Gráfico 10).

O câncer dos brônquios e pulmões apresenta crescimento significativo com taxa de 8,82 por 100 mil mulheres no ano de 2019 (Gráfico 10), sendo um dos mais frequentes entre esse grupo; o uso do tabaco é o mais importante desencadeador da doença.

O câncer do colo do útero, também prevalente na macrorregião, apresenta a taxa crescente de 4,78 (2010) para 6,56 (2019) por 100 mil mulheres e demonstra a necessidade de rastreamento por meio da realização do exame citopatológico do colo do útero (Gráfico 10).

Gráfico 10. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.



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

Para auxiliar o monitoramento e a avaliação da situação de atenção à saúde das mulheres e ações de prevenção do 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

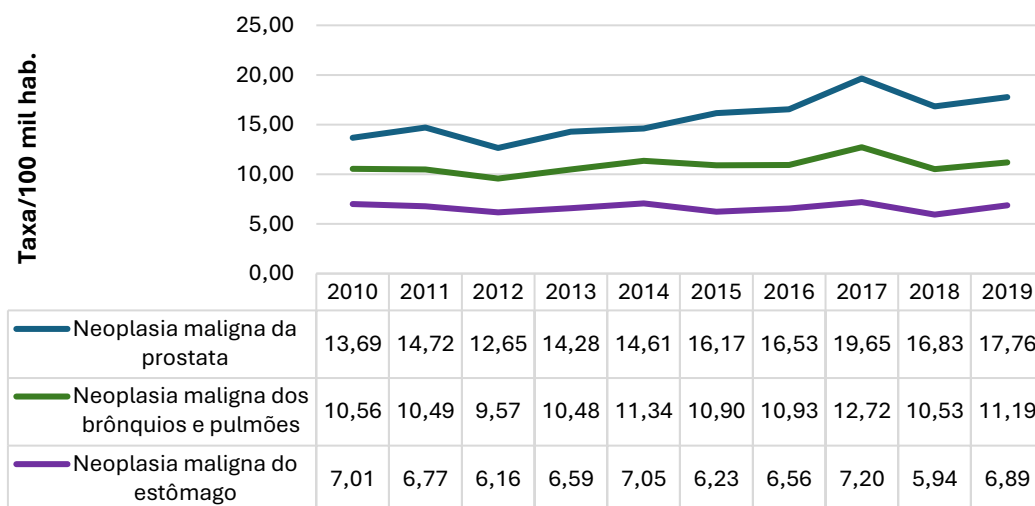
população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária; e o Indicador 12 - Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população da mesma faixa etária)²².

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 adequado²³.

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

A análise das neoplasias no sexo masculino aponta o câncer de próstata como a principal causa de óbito na macrorregião, no período 2010-2019. Nesse período, a segunda e terceira causas são o câncer dos brônquios e pulmões e o câncer do estômago, respectivamente (Gráfico 11).

Gráfico 11. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.



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

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

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

É importante que o estado e os municípios organizem a rede de atenção visando melhorar o acesso aos serviços de detecção precoce do câncer com qualificação dos profissionais para reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos do câncer e tratamento adequado.

3.4 Doenças do Aparelho Circulatório

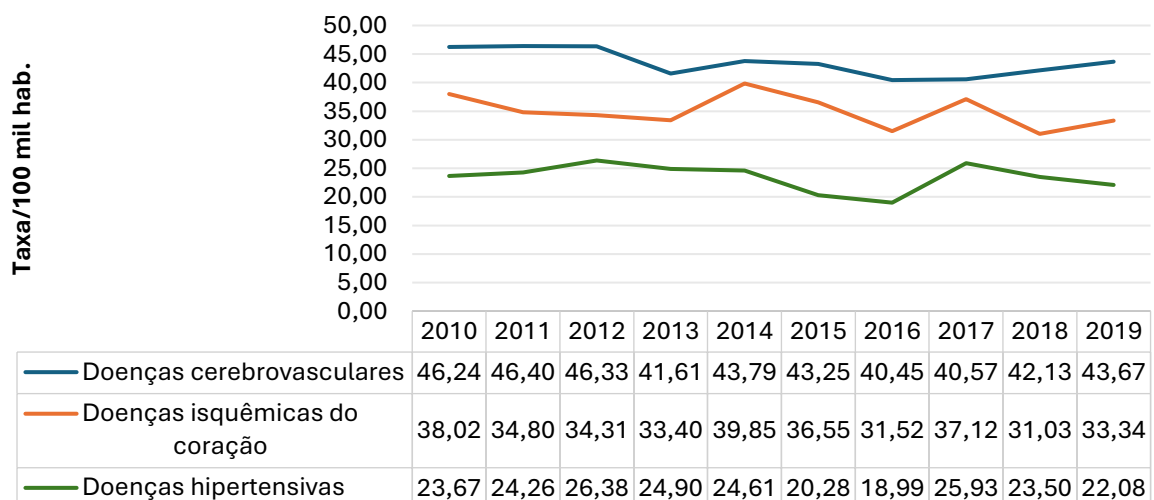
As doenças do aparelho circulatório (DAC) ou cardiovasculares, classificadas no capítulo IX, CID 10, são afecções do coração e dos vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares). As mais preocupantes são as que afetam as artérias coronárias e as artérias do cérebro. Muitos são os fatores de riscos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

As DAC são as principais causas de mortalidade na Bahia² e responsáveis por elevados custos sociais e econômicos. Na MRS-Leste correspondem ao primeiro grupo de causas de óbito e representam 24,43% do total de mortes no período 2010-2019²³.

No período analisado, as doenças cerebrovasculares (DCbV) apresentam o maior risco de morte da população e têm mantido a estabilidade de óbitos na última década. As doenças isquêmicas do coração (DIC) representam a segunda causa de morte da população, cujas taxas variam entre 31,03 e 39,85 por 100 mil habitantes; dessas, o infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa específica de morte e responsável por 75,38% dos óbitos²⁴.

As doenças hipertensivas foram a terceira causa de morte na população da macrorregião, com queda entre 2014-2016 e crescimento em 2017, mantendo-se estável até 2019, quando apresentou a taxa de 22,08 por 100 mil habitantes (Gráfico 12).

Gráfico 12. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.



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

O Brasil figura no sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de morte por doenças cardíacas, infartos e hipertensão arterial sistêmica entre homens e mulheres de 35 a 74 anos. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) descreve que 77% das pessoas com o primeiro episódio de acidente vascular encefálico (AVE) têm HAS, a qual aumenta de 4 a 6 vezes o risco de AVE. A HAS contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular, em que 69% das pessoas com o primeiro IAM têm HAS e essa é também a segunda causa de doença renal crônica²⁵.

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

Estratégias para combater a mortalidade devem ser estudadas considerando-se o envelhecimento da população. O aumento na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tende a diminuir as hospitalizações e, conseqüentemente, a mortalidade; a melhoria nas condições socioeconômicas e o atendimento pré-hospitalar e hospitalar nas primeiras horas após início dos sintomas aumentam a probabilidade da reversão do quadro clínico dos pacientes²⁶.

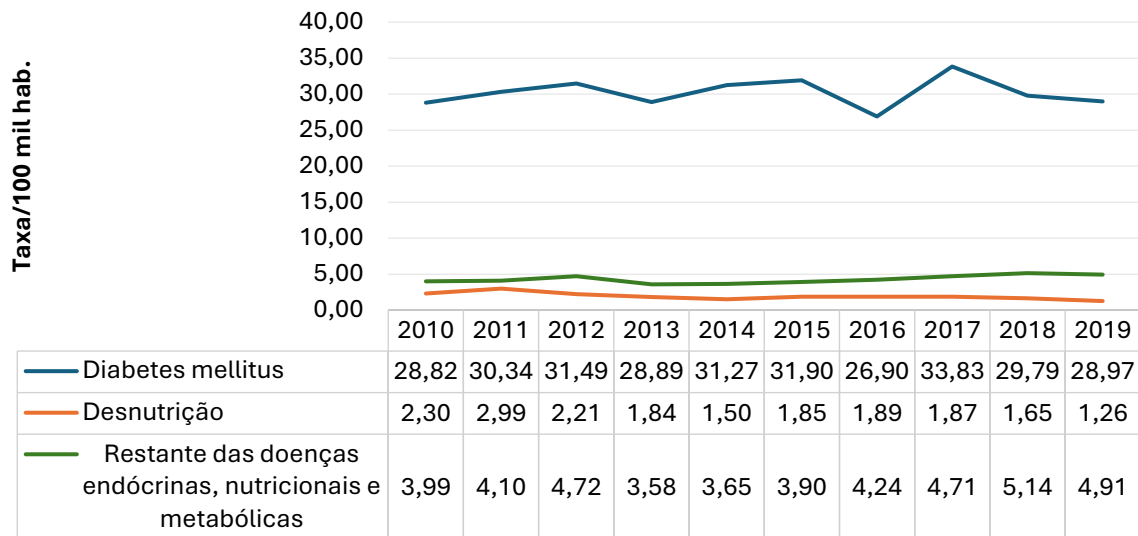
3.5 Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas

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 origem²⁷.

As DENM representaram, no ano 2019, o sexto maior grupo de causas de mortalidade na população brasileira e no estado. Na MRS-Leste constitui o quinto grupo de causas de óbitos no mesmo ano²³.

Na série histórica referente às mortes prematuras (30-69 anos) na macrorregião verifica-se estabilidade em torno de 36 óbitos por 100 mil habitantes no período 2010-2019. Ao desagregar os dados pelas principais doenças deste grupo, a *Diabetes Mellitus* é a principal causa de óbito com taxa de 28,97 (2019) por 100 mil habitantes, seguida pelas causas relacionadas ao grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, e da desnutrição (Gráfico 13).

Gráfico 13. 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 Leste. Bahia, 2010-2019*.



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

De acordo com a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV), além de ser a primeira causa de mortalidade prematura, a diabetes é a maior causa de amputação dos membros inferiores e de cegueira e a segunda maior causa de insuficiência renal no mundo, com incidência de ulceração de 25% nos pacientes diabéticos, em razão do pé diabético, e 85% destas precedem as amputações²⁸.

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 nº 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 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 dedos) e revisões cirúrgicas de coto de amputações (membros inferiores, exceto dedos do pé, e dedos)²⁹.

Na MRS-Leste, no mesmo período de 2010-2019, foram 26.181 internações hospitalares por complicações da DM³¹, das quais 3.240 foram cirurgias de amputações/desarticulações (membros inferiores; pé e tarso; e dedos) e revisões cirúrgicas de coto de amputações (membros inferiores, exceto dedos do pé, e dedos). É importante salientar que ocorreram 698 amputações/desarticulações de pé e tarso, o que representa 21,54% do total de amputações realizadas (Tabela 2).

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

PROCEDIMENTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Amputações/ Desarticulações e revisões cirúrgicas de coto de amputações	172	220	251	360	308	343	438	392	353	403	3240
Amputação/ Desarticulação de pé e tarso	40	33	41	76	83	86	90	87	68	94	698

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 enfermidade e das repercussões da condição não controlada para a pessoa, a família e a sociedade³⁰.

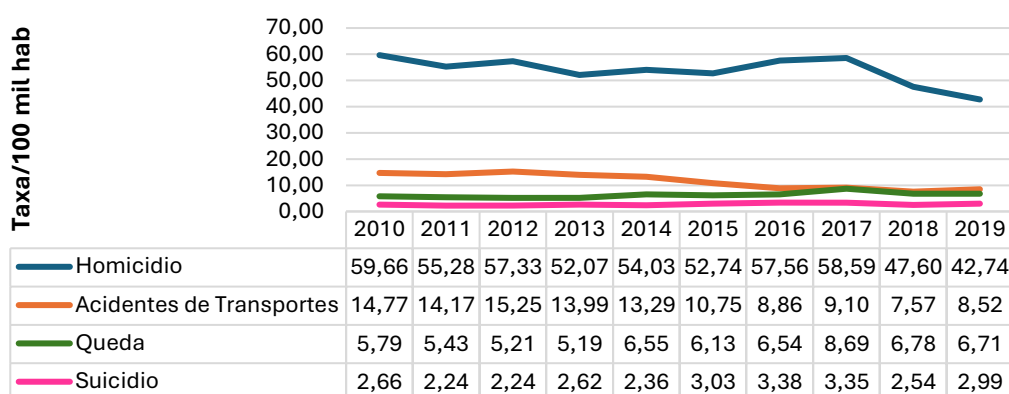
3.6 Morbimortalidade por Causas Externas

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)¹⁷.

Esse grupo de causas constitui o segundo grupo com maior número de óbitos na Bahia. Na desagregação dos componentes do grupo dos óbitos por causas externas, as causas mais frequentes no estado, no período 2010-2017, foram os homicídios, seguidos dos acidentes de transportes, queda e suicídio².

Na MRS-Leste as causas externas constituem o segundo grupo de causas de óbitos no mesmo período, permanecendo na posição até o ano 2019²³. Na desagregação, a macrorregião apresenta, na série histórica 2010-2019, situação similar à do estado (Gráfico 14).

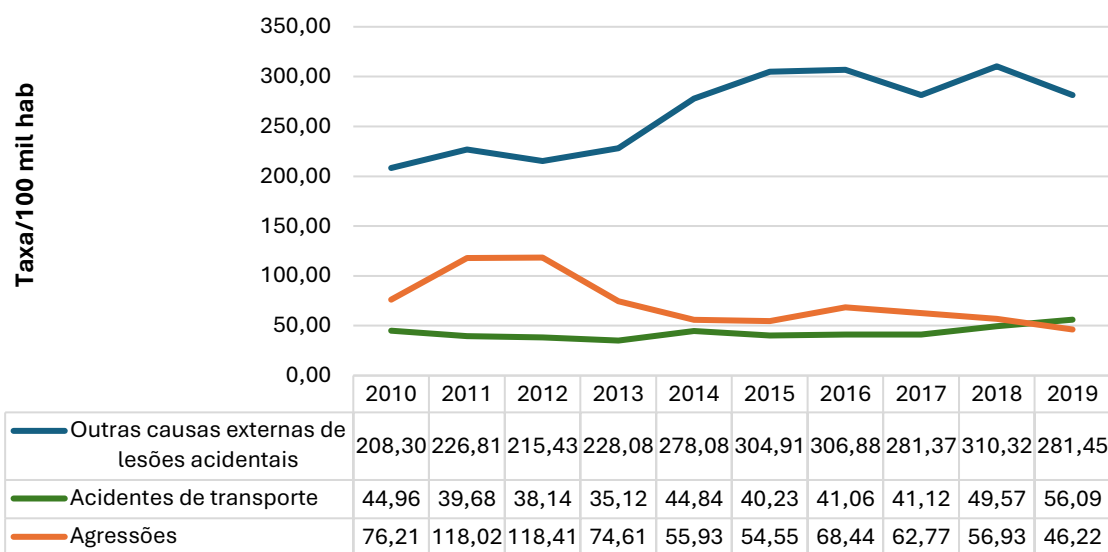
Gráfico 14. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.



Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 03/05/2021, sujeito 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 queda³¹. O segundo grupo de causas é o grupo de acidentes de transporte seguido de agressões (Gráfico 15).

Gráfico 15. Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2010-2019*.



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

Ao se analisar os tipos de acidentes de trânsito, estes revelam que os acidentes com motociclistas representam 54,07% das internações por acidente de transporte³³ na macrorregião.

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

decorrentes da direção sob o efeito do álcool, não tiveram o impacto esperado para reduzir a ocorrência de acidentes e mortes relacionadas³².

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

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

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

3.7 Atualização do Estado de Saúde

Para a elaboração do Plano Macrorregional de Saúde, umas das primeiras etapas foi a análise do estado de saúde da população, feita a partir de indicadores referentes a seis áreas temáticas, e 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 de dados da saúde ainda estavam com dados preliminares.

Por outro lado, na emergência da elaboração do Plano de Ação da Rede Alyne e de avançar em ais prioridades sanitárias nos processos e PRI foi ampliado o número de indicadores em algumas das áreas temáticas.

3.7.1 Doenças Infecciosas e Parasitárias

Nesta área temática foram mantidos os mesmos indicadores da análise inicial, ocorrendo apenas a atualização para os anos 2020-2024. No período 2010-2019, houve uma tendência de queda do número de casos e da incidência por tuberculose (de todas as formas, e a bacilífera). Já no período para atualização subsequente, 2020-2024, houve um aumento importante nessas incidências, chegando a taxas similares a 2015; de dez anos atrás. Em 2024, há uma queda súbita, mas isso se deve a uma desatualização do banco de dados, sendo, desse modo, dados preliminares (Gráfico 16). De 2015 a 2024, foram registrados um total de 29.634 casos de tuberculose³³.

Gráfico 16. Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*



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

Em 2015, a taxa de mortalidade por tuberculose na Macrorregião de Saúde Leste era de 3,9 óbitos por 100 mil habitantes e em 2022 a taxa era de 2,9, sendo uma variação da taxa de -10,36³⁴. Sendo assim, a macrorregião apresentou uma variação negativa, sugerindo que há um avanço nos últimos anos no que tange à eficiência e cobertura efetiva do tratamento. Essa redução foi mais acentuada do que a do Estado da Bahia³⁶

No período de 2011-2020, houve um acontecimento que merece destaque: o número de casos de HIV tornou-se maior do que do número de pessoas soropositivas que desenvolveram a AIDS. Isso se deveu a dois comportamentos: o aumento de casos de HIV e redução dos casos de AIDS. Tais dados revelam melhora em relação ao cuidado a pessoa com HIV, levando a cronificação da infecção e o não desenvolvimento da imunossupressão e um aumento da infecção por HIV, indicando precariedade na prevenção.

Quando comparado a análise anterior a esta mais atualizada, nota-se acréscimos no número de casos de AIDS e HIV nos sistemas de informação em saúde, podendo se dever a

uma atualização de dados. Destaca-se que em 2020 houve uma redução de valores referentes a números absolutos de HIV/AIDS, podendo se dever a uma subregistro devido a pandemia por covid-19. (Gráfico 17). A taxa de mortalidade por 100 mil habitantes por AIDS na Macrorregião de Saúde Leste, de 2015 a 2022, variou de 5,3 a 7,0, e o pico da mortalidade por AIDS ocorreu em 2021³⁶.

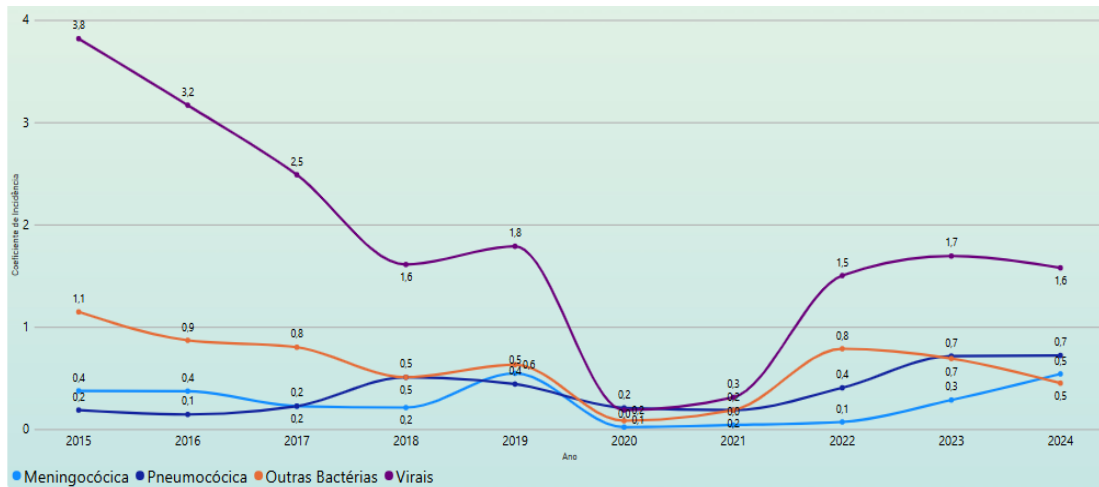
Gráfico 17. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*.



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

No período 2011-2020, a Macrorregião de Saúde Leste apresentou oscilações nas taxas de incidência de meningites por 100 mil habitantes e tendência de queda. A tendência de queda é mais acentuada para o tipo viral. A de “outras bactérias” apresenta uma redução mais branda. As taxas para os tipos meningocócica e pneumocócica apresentam oscilações sutis e pontuais. Em 2020 foi o ano em que as taxas de incidência de meningites por 100 mil habitantes na população da macrorregião estiveram mais baixas na série histórica e isso pode ser devido as especificidades da pandemia por covid-19. A partir de 2021, houve o crescimento das taxas sobre a meningite meningocócica, pneumocócica e viral. A incidência por meningite por outras bactérias decresceu de 2020 para 2024 (Gráfico 18).

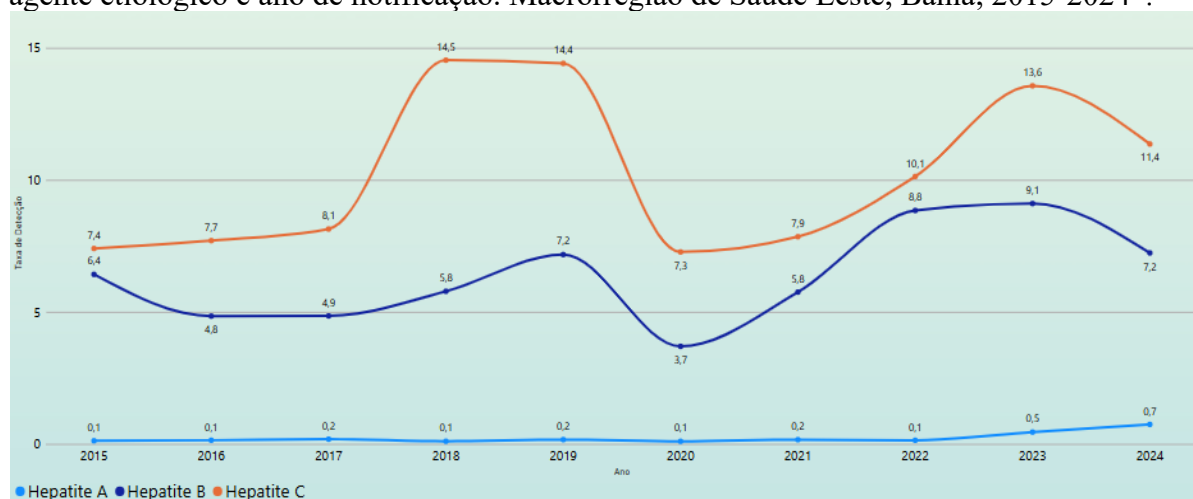
Gráfico 18. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*



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

As taxas de detecção das hepatites A, B e C sofreram variações de 2011 até 2024. A atualização da análise de situação de saúde revela que nos anos de 2018, 2019 e 2023 ocorreram picos de detecção da hepatite C. A hepatite B apresentou taxas mais elevadas em 2015, 2019, 2023. Com relação ao comportamento das hepatites B e C, a taxa se manteve estável de 2014 a 2017; houve um aumento em 2018 e 2019, com redução em 2020; e esteve em tendência de crescimento de 2020 a 2023. A hepatite A tem pouca expressão na macrorregião, apresentando variação positiva mínima de 2022 a 2024 (Gráfico 19).

Gráfico 19. Coeficiente de incidência de hepatites virais (por 100 mil habitantes), segundo agente etiológico e ano de notificação. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*.



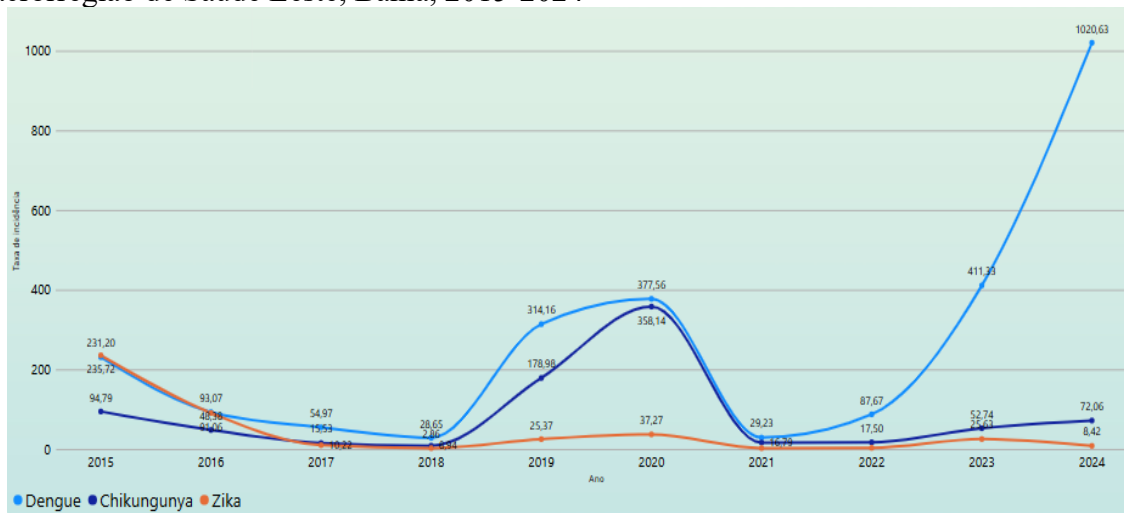
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - SINAN, 2024 *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Ao observar a série histórica anterior e a sua atualização, percebe-se que há elevações importantes na taxa de incidência das três arboviroses nos períodos 2014-2016 e 2018-2020. Há, ainda, um aumento muito significativo de dengue e de chikungunya a partir de 2021. Dentre

as três arboviroses, chama-se mais atenção para a dengue, especificamente, por apresentar crescimento exponencial e súbito no ano de 2024 (Gráfico 20).

O aumento referente a 2018-2020 pode ser explicado pela pandemia por covid-19, no qual deve ter havido menor número de notificações devido a mobilização do serviço voltada para a prioridade sanitária à época: a covid-19³⁵. O comportamento epidemiológico da dengue, zika e chikungunya na macrorregião segue a mesma tendência do Estado da Bahia para o período de 2015 a 2022, que é o período que compõe a série histórica do Plano Estadual de Saúde 2024-2027³⁶. Ademais, no tocante à febre amarela, nos últimos 10 anos não houve casos autóctones confirmados no estado da Bahia.

Gráfico 20. Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*



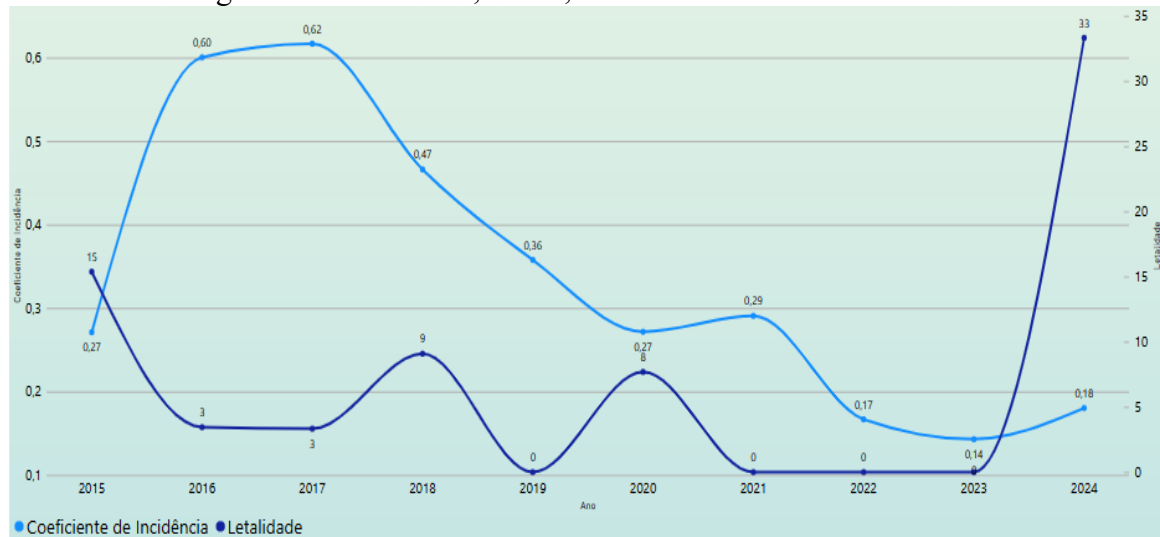
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - CODTV, 2024. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

De 2015 a 2024, registraram-se 1.641 casos novos confirmados de leishmaniose visceral humana (LVH), conforme dados do Sinan, na Bahia, com valores variando de 43 (2024) a 328 casos novos (2015)³⁶. Além disso, as maiores incidências ocorreram em 2016 e 2017, conforme o Gráfico 21, a seguir. De 2017 a 2023, a taxa de incidência esteve em queda (Gráfico 21), a macrorregião continuando na sua tendência de redução das da taxa de incidência desde 2017 identificado na análise de situação de saúde anterior.

A letalidade, por outro lado, não demonstra essa constância. Isso porque se identifica picos na taxa de letalidade em 2015, 2018, 2020 e 2024. Além disso, é comum se identificar variações das taxas na atualização da análise de situação de saúde por conta de ajustes no banco de dados. Contudo, chama-se atenção para o ano de 2015, porque na análise anterior a era de 0,54% e passou para 15%; uma diferença importante.

Analisando pormenorizadamente tal letalidade, houve redução de 2015 para 2016, no qual se manteve em 3% até 2017. Houve aumento em 2018 para 9% e apresentou variações entre 0% e 9% até 2021. Em 2022 a letalidade foi de 0% e em 2023 0,14%. Em 2024, há um crescimento muito significativo na letalidade por leishmaniose na macrorregião, chegando a 33%, alcançando valor nunca identificado desde 2010. A segunda taxa de letalidade mais alta foi de 2015, com 15%.

Gráfico 21. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2010-2019*



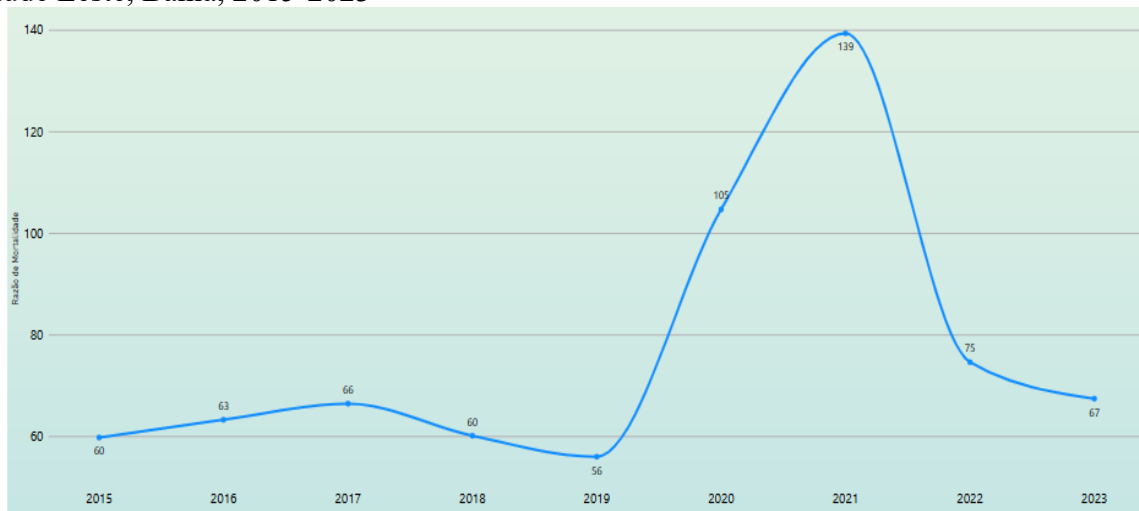
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - SINAN, 2024. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

3.7.2 Atenção à Saúde Materna e Infantil

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

A razão de mortalidade materna apresentou oscilações de 2015 - 2019, variando de 55,11 a 69,91 óbitos por 100 mil nascidos vivos; margeando a razão de 60 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Durante a pandemia de covid-19, de 2019 a 2023, houve um aumento expressivo da RMM. Na macrorregião Leste, nota-se que em 2023 tal indicado (com valor de 67 óbitos por 100mil nascidos vivos) volta a apresentar um valor similar ao encontrado na série histórica anterior a pandemia por covid-19 (Gráfico 22). Há muito o que se avançar na saúde materna, pois os valores desse indicador estão aquém [muito acima] do padrão aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

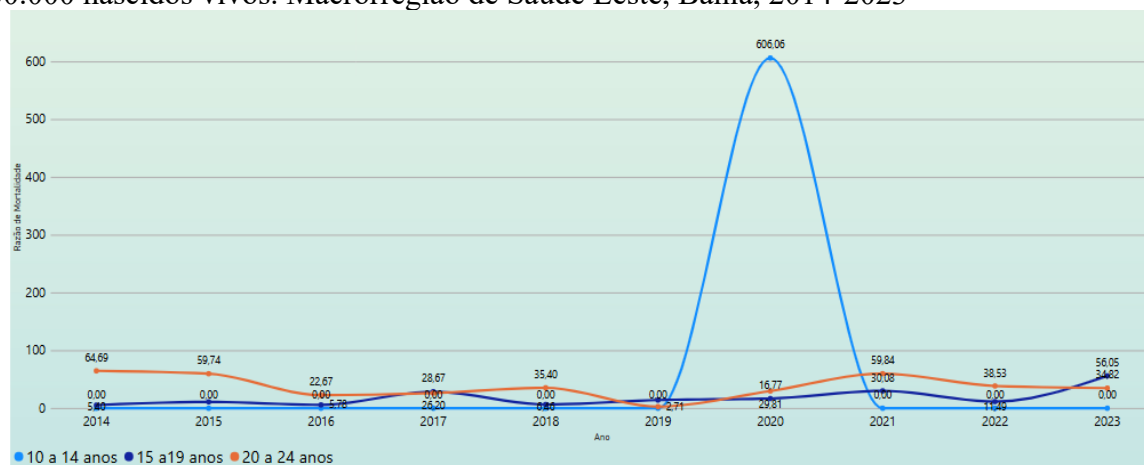
Gráfico 22. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2023*



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

A mortalidade materna entre adolescentes e adultas jovens é um indicador importante para a saúde coletiva dessas pessoas; justificando a inclusão deste indicador. Essa mortalidade se apresenta de forma mais significativa entre pessoas pardas, com menor escolaridade, com menor número de pré-natais realizados e cujo a gravidez ocorre em concomitância com a hipertensão / abortamento³⁶. Na macrorregião, de 2014 a 2023, quando segregado por três faixas etárias (10 a 14 anos; 15 a 19 anos; e 20 a 24 anos) (Gráfico 23), percebe-se que a faixa etária de 10 a 14 apresentou um pico importante em 2020, apesar de ter apresentado valores próximos a zero na série histórica. A faixa etária de 15 a 19 anos oscilou a razão de mortalidade materna entre 5,40 e 56,05 óbitos por 100 mil nascidos vivos e a faixa etária de 20 - 24 anos oscilou de 2,71 a 64,69 óbitos por 100 mil nascidos vivos, possuindo, inclusive, a maior variação. Nos anos da série histórica, o risco de óbito foi maior no público de 20 a 24 anos na maioria dos anos (2014, 2015, 2016, 2018, 2020, 2021 e 2022).

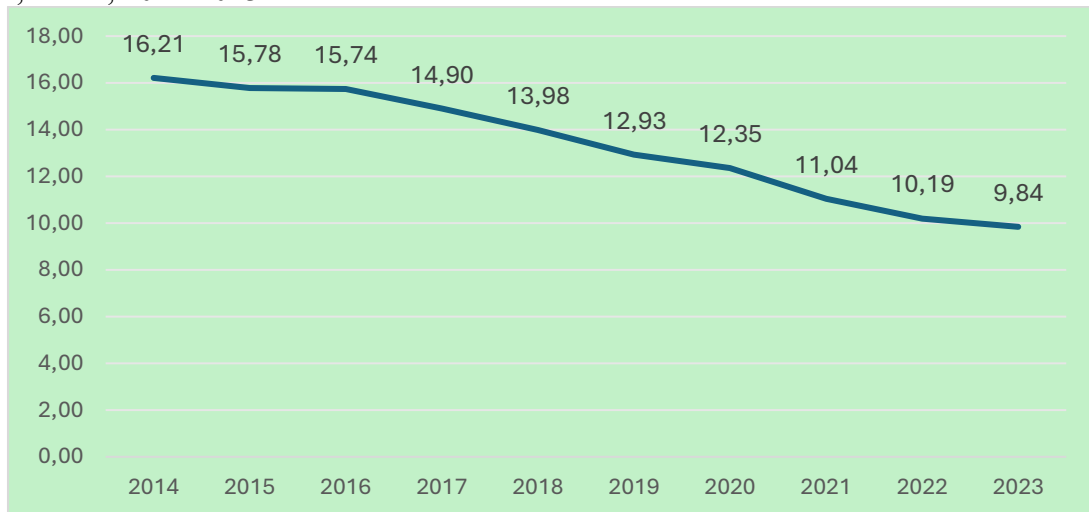
Gráfico 23. Razão de mortalidade materna por faixa etária (10 a 14; 15 a 19; 20 a 24) por 100.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass - SIM e SINASC, 2023. *Dados coletados em 20/02/2025, sujeitos a alterações.

No que tange à proporção de nascidos vivos com mães de 10 a 19 anos, nota-se que há uma tendência de redução de 2014 a 2023 na Macrorregião de Saúde Leste (Gráfico 24). Isso demonstra avanços no que tange ao controle de natalidade entre adolescentes na macrorregião. No período, houve uma redução de 39,31% em 2023 em relação ao dado de 2014 desse indicador.

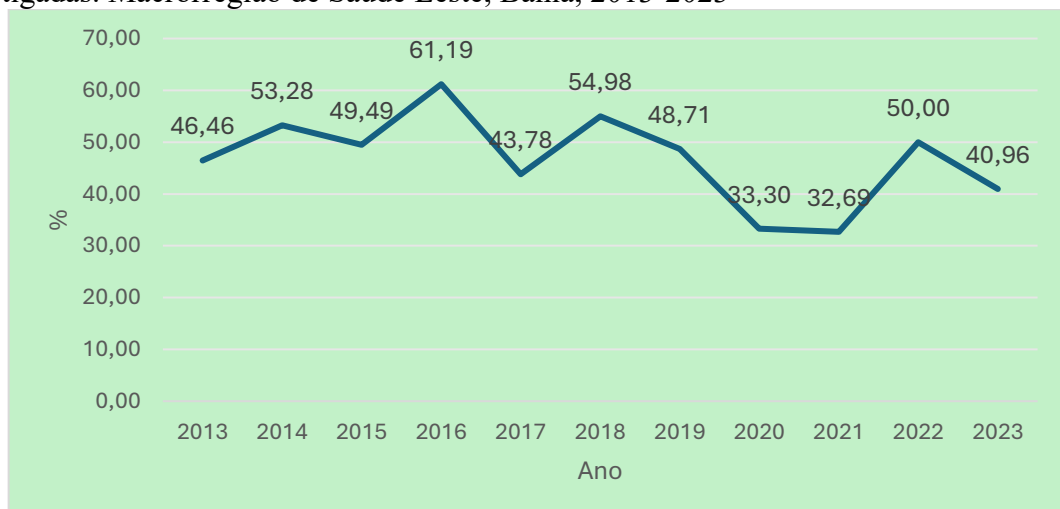
Gráfico 24. Proporção (%) de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass - SINASC, 2023. *Dados coletados em 29/04/2025, sujeitos a alterações.

No período de 2013 a 2023, o percentual de óbitos maternos entre mulheres em idade fértil por causas presumíveis investigados variou de 32,69% a 61,19%. De 2016 a 2021, esse indicador esteve com tendência de queda, e de 2021 a 2023 houve um crescimento (Gráfico 25). De todo o modo, os percentuais apresentados no Gráfico 25 mostram-se aquém da imagem-objetivo desejada, que é a expectativa de que todo óbito presumível entre as mulheres em idade fértil seja investigado.

Gráfico 25. Proporção de óbitos entre mulheres em idade fértil com causas presumíveis investigadas. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2013-2023*

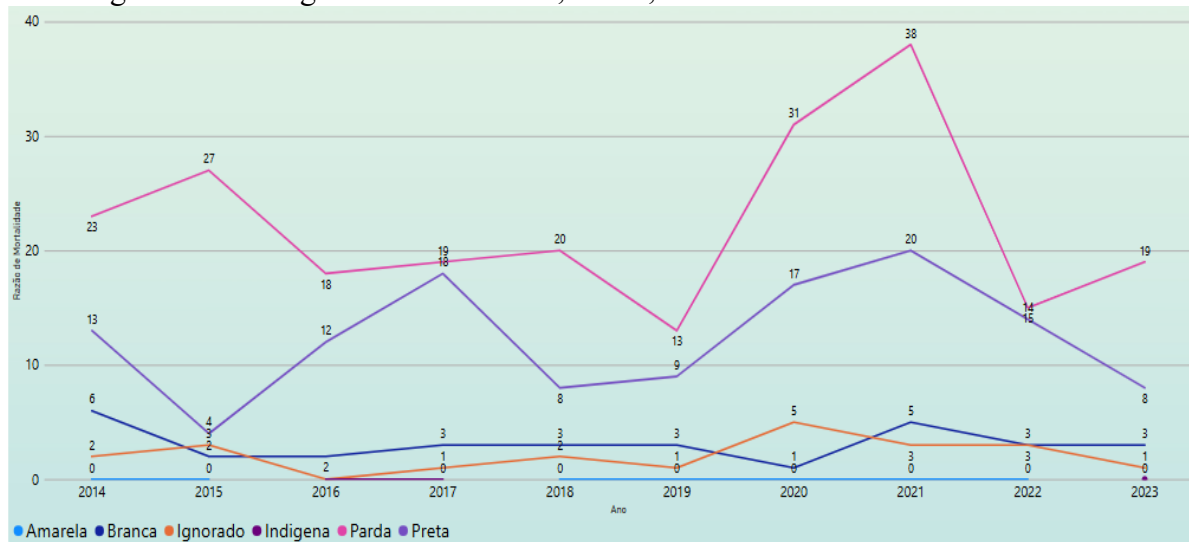


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass - SISAB, 2023. *Dados coletados em 29/82/2023, sujeitos a alterações.

Considerando o período de 2014 a 2023, em relação à raça/cor da mãe, a ocorrência do óbito durante a gravidez, parto e puerpério é maior entre mulheres autorreferidas como pardas, seguida de pretas. Nesse sentido, mulheres brancas / amarelas foram as que apresentaram o menor número de óbitos durante a gravidez, parto e puerpério na macrorregião no período (Gráfico 26). Esses dados sugerem uma desigualdade racial importante nesse contexto.

Ademais, observando a série temporal, nota-se que entre brancas, amarelas e ignorados apresenta variações mínimas no número de óbitos. Entre mulheres pretas, houve redução de 2014 a 2015; aumento até 2017; redução em 2018; aumento até 2021 e redução até 2023. Em relação às pardas, essas apresentam aumento de 2014 para 2015; redução em 2016; aumento até 2018; redução em 2019; aumento súbito até 2021; redução abrupta em 2022 e aumento em 2023.

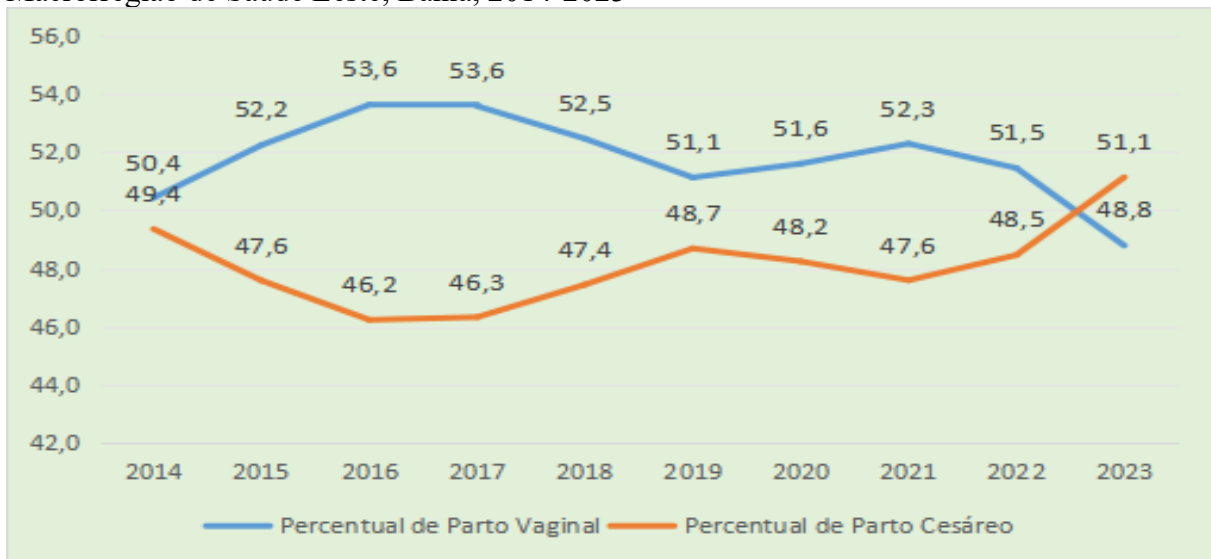
Gráfico 26. Número absoluto de óbitos maternos por raça/cor [por 100 mil nascidos vivos], por macrorregião. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass - SINASC, 2023. *Dados coletados em 20/02/2025, sujeitos a alterações.

Na Macrorregião de Saúde Leste, há uma maior proporção de partos por via vaginal. Porém, a diferença entre partos vaginais e cesáreos é mínima, sinalizando que, em termos gerais, metade das mulheres realizam o parto normal e metade parto cesáreo. No estado da Bahia, observa-se uma tendência de queda na proporção de partos normais ao longo da série, passando de 55,41% em 2014 para 49,98% em 2023 — uma redução de aproximadamente 5,4 pontos percentuais³⁶. A Macrorregião de Saúde Leste apresenta a mesma tendência da Bahia, com redução do parto do tipo vaginal e aumento do parto cesáreo, de 2014 a 2023. Em 2023, especificamente, o percentual de partos cesáreos foi maior do que a dos partos vaginais na macrorregião (Gráfico 27).

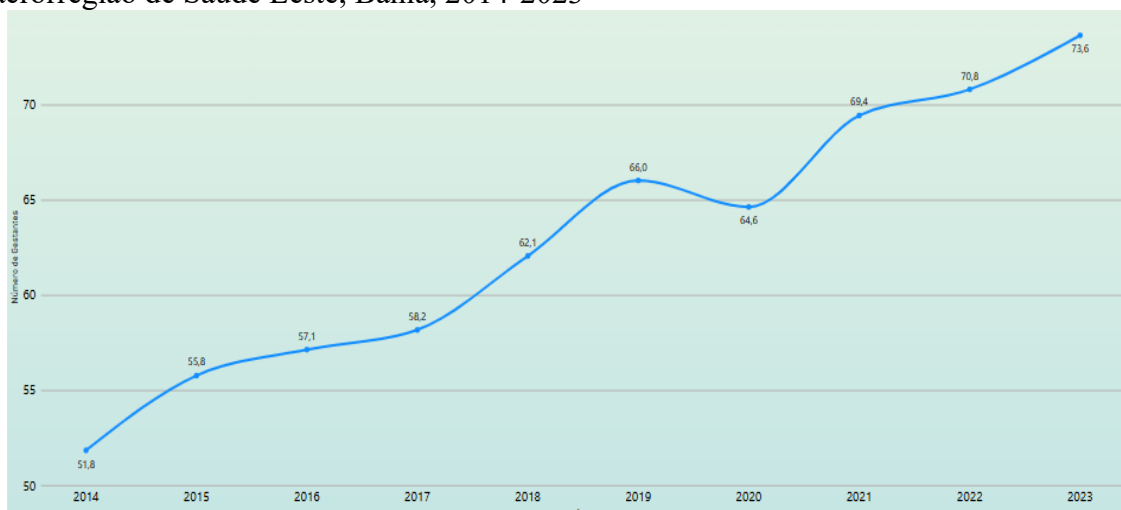
Gráfico 27. Percentual de partos cesáreos e normais, por residência, de 2014 a 2023
Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass - SINASC, 2023. *Dados coletados em 16/04/2025, sujeitos a alterações.

Em relação ao acompanhamento gestacional, a RAS ainda não alcança o padrão desejavam em que todas as mulheres gestantes fazerem uso de, pelo menos, sete consultas de pré-natal (Gráfico 28). Historicamente, o percentual de mulheres com mais sete desse tipo de consulta está em crescimento na macrorregião, passando de 51,8% em 2014 para 73,6% em 2023. Esse dado mostra que a macrorregião está em avanço no que tange ao acesso e cobertura do pré-natal, mas aponta, também, que ainda há muito o que avançar.

Gráfico 28. Percentual de mulheres que realizaram, pelo menos, 7 consultas de pré-natal.
Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*

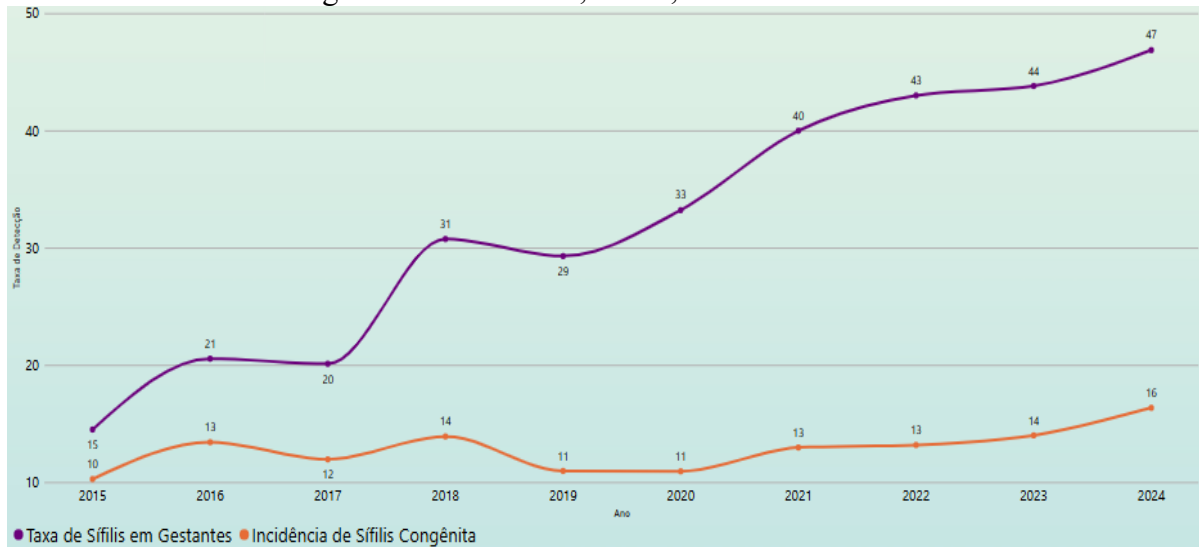


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass - SINASC, 2023. *Dados coletados em 16/04/2025, sujeitos a alterações.

Os dados apresentados no Gráfico 29, seguindo a tendência da análise anterior, demonstram que houve um crescimento expressivo na taxa de detecção da sífilis no período 2015-2024 na Macrorregião de Saúde Leste (Gráfico 29). Em relação à sífilis congênita, de 2010 a 2016, houve um crescimento no valor desse indicador; de 2017 a 2019 houve redução;

de 2015 a 2019 os valores oscilaram entre 10 e 14 casos por mil nascidos vivos e, desde 2019 [até 2024], a taxa de sífilis congênita demonstrou crescimento contínuo. Em ambos os casos, conforme parâmetro da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no qual recomenda a taxa de incidência da sífilis congênita menor ou igual a 0,5 casos para cada mil nascidos vivos por três anos consecutivos para ser uma taxa aceitável³⁷, a macrorregião apresenta taxas elevadas, o que demonstra um problema significativo para a RAS.

Gráfico 29. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*



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

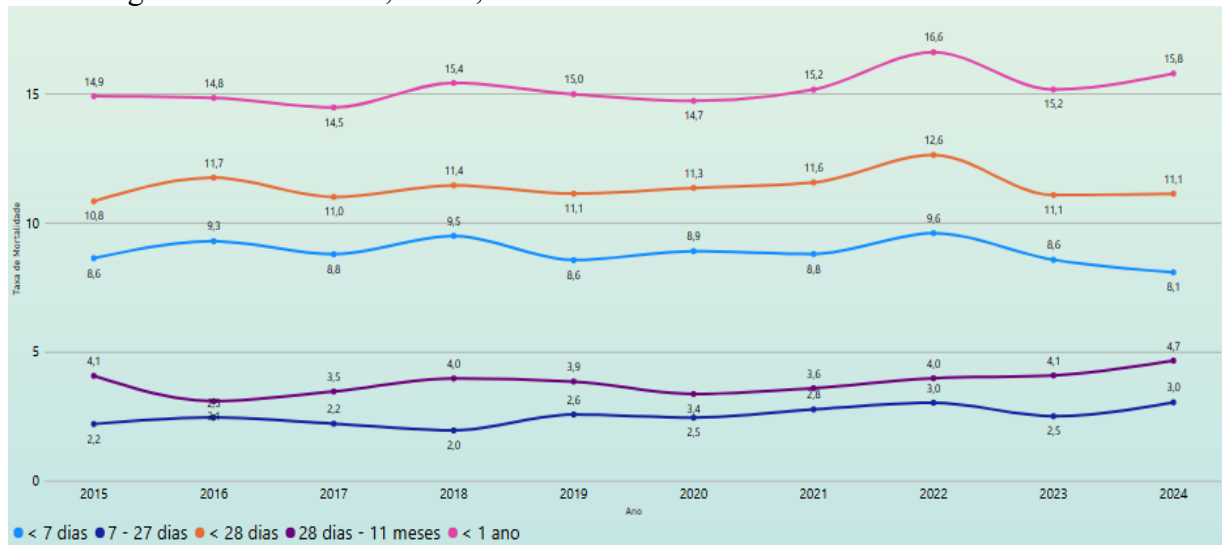
Comparado ao Estado da Bahia³⁶, a Macrorregião de Saúde Leste segue a mesma tendência de crescimento em ambos os indicadores de sífilis apresentados, contudo os valores da macrorregião são superiores ao do Estado, o que sugere que a macrorregião é afetada mais intensamente em comparação à Bahia.

Na Macrorregião de Saúde Leste, a taxa de mortalidade infantil teve aumento de 14,9 (2015) para 15,8 (2024) óbitos por mil nascidos vivos (Gráfico 30). Nota-se uma leve tendência de crescimento no período. Para além dessa problemática, em todos os anos da série histórica, a mortalidade infantil esteve acima do padrão aceitável pela OMS, que é de 10 (dez) óbitos infantis para cada mil nascimentos. Isso significa que a macrorregião apresenta valores acima dos aceitáveis.

O estudo desagregado dos componentes desse indicador de mortalidade revela que os óbitos infantis estão concentrados no período neonatal (0 a 27 dias de vida) e indicam fragilidades na atenção ao pré-natal e parto; nesse componente, as maiores taxas de mortalidade encontram-se no subcomponente neonatal precoce (< 7 dias de vida) e menores taxas no subcomponente neonatal tardio (7 a 27 dias de vida). O componente pós neonatal (28 dias a 11

meses) apresentou instabilidade entre 2015 e 2020. A partir de 2021, a mortalidade pós-neonatal apresenta tendência de crescimento; esse componente é mais sensível às melhorias socioeconômicas e investimentos na atenção à saúde no início da vida, como a elevação das coberturas vacinais e a prevenção de doenças prevalentes na infância (Gráfico 30). Em comparação a análise anterior, os novos dados apresentam variações mínimas no que tange as suas tendências.

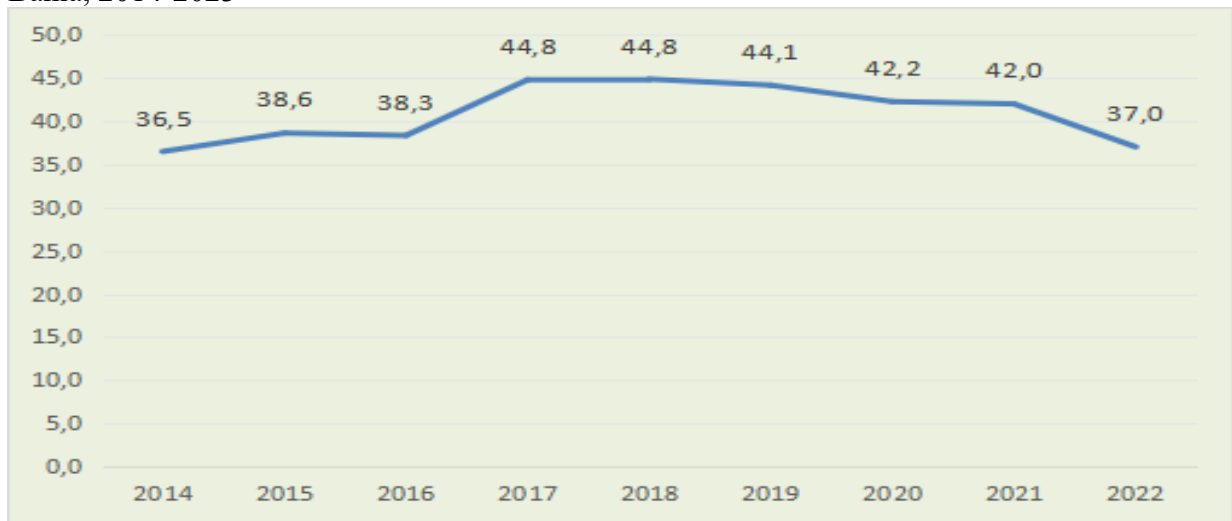
Gráfico 30. Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*



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

Quanto aos óbitos infantis em menores de um ano, esses foram analisados conforme grupos de causas. Observou-se que, na Bahia, na série histórica 2015-2024 as principais causas de óbitos infantis estão relacionadas, principalmente, mas não somente, a algumas afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas e anomalias cromossômicas³⁸. Contudo, há uma questão que precisa ser destacada: na macrorregião, o percentual de óbitos infantis e fetais investigados não alcança nem 50% (Gráfico 31). Isso mostra fragilidades tanto do dado como no serviço de investigação do óbito. Desde 2018, conforme os dados do Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB), esse indicador está em decréscimo na macrorregião e sugere que está a ocorrer um retrocesso.

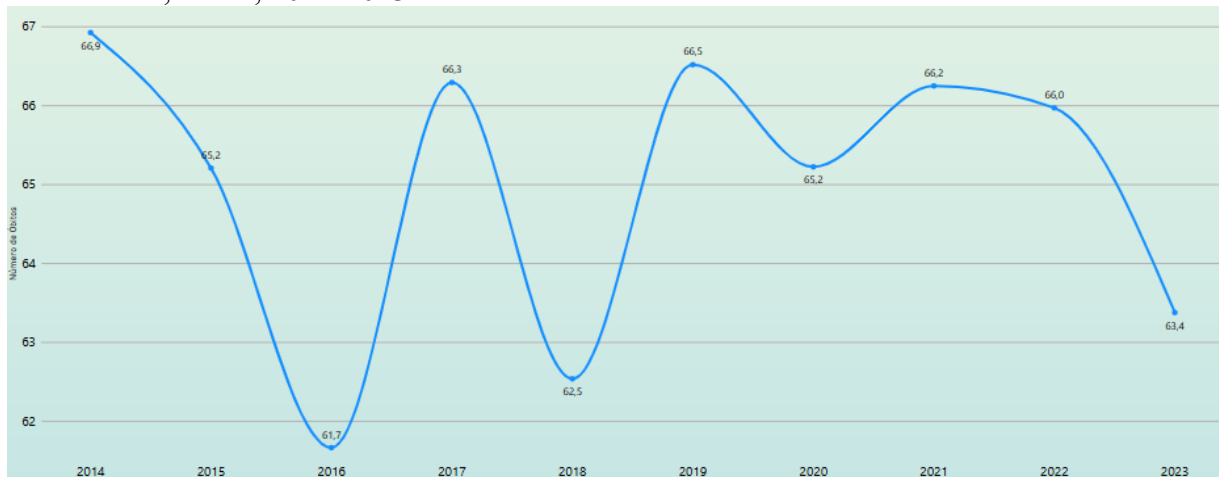
Gráfico 31. Percentual de óbitos infantis e fetais investigados. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*



Fonte: CAMAB, 2022. *Dados coletados em 16/04/2025, sujeitos a alterações

Dentro os óbitos em menores de 5 anos, a sua grande maioria ocorreu por alguma causa evitável, variando de 61,7% a 66,9% (Gráfico 32). Uma das estratégias para proteção da criança é a vacinação.

Gráfico 32. Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*

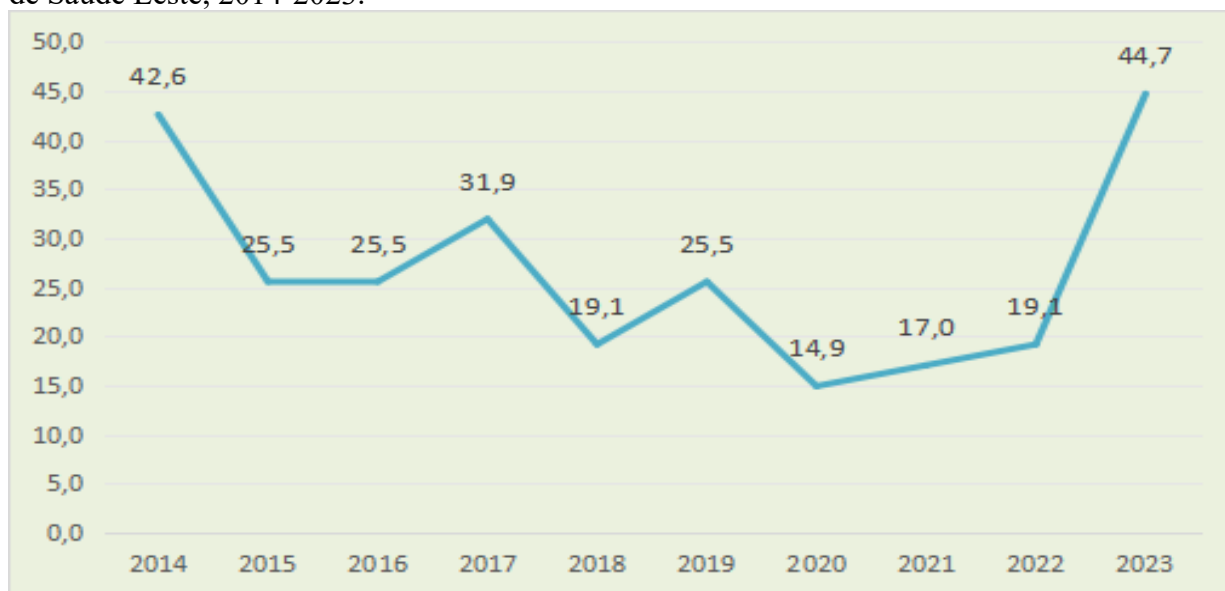


Fonte: MS/SVS/CGIAE - SIM, 2023. *Dados coletados em 16/04/2025, sujeitos a alterações

No CAMAB há um indicador que monitora as quatro principais vacinas preconizadas, que são a Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral. Tal indicador é composto e reflete a cobertura ideal de cada vacina, cujo a meta de cada vacina, isoladamente, é de 95%. O resultado desse indicador só pode ser 0, 25%, 50%, 75% e 100%. Isso porque o seu cálculo se dá somando a quantidade de vacinas [1, 2, 3 ou 4], dentre as quatro, que alcançaram a meta, dividindo essa soma por quatro [quantidade total de vacinas] e multiplicado por 100. Nesse caso, 0 significa que nenhuma vacina alcançou a meta de 95%; 25% significam que apenas uma dessas quatro vacinas alcançou a meta; 50% que duas de quatro cumpriram a meta; 75% que três de quatro cumpriram; e 100% que todas alcançaram a meta.

No Gráfico 33, abaixo, apresenta-se o percentual de municípios que alcançaram esses 75%. Ou seja, o percentual de municípios que alcançaram a meta de três entre as quatro vacinas preconizadas. Analisando o referido gráfico, nota-se que de 2014 a 2020, o percentual de municípios que alcançaram a meta de três das quatro vacinas está em decréscimo. Em 2020 foi quando foi encontrado o menor valor percentual de municípios que alcançaram a meta de, pelo menos três dessas vacinas (14,9%). De 2020 a 2023, por outro lado, esse percentual demonstra crescimento, alcançando 44,68% em 2023. Embora seja um aumento importante para a saúde das populações e para a rede de atenção à saúde (RAS), o dado de 2023 indica que menos da metade dos municípios da macrorregião estão alcançando satisfatoriamente as metas daquelas quatro vacinas.

Gráfico 33. Percentual de municípios que atingiram 75% ou mais na proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade [vacinas: Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral]. Macrorregião de Saúde Leste, 2014-2023.



Fonte: Localizabus/MS - CAMAB, 2023.

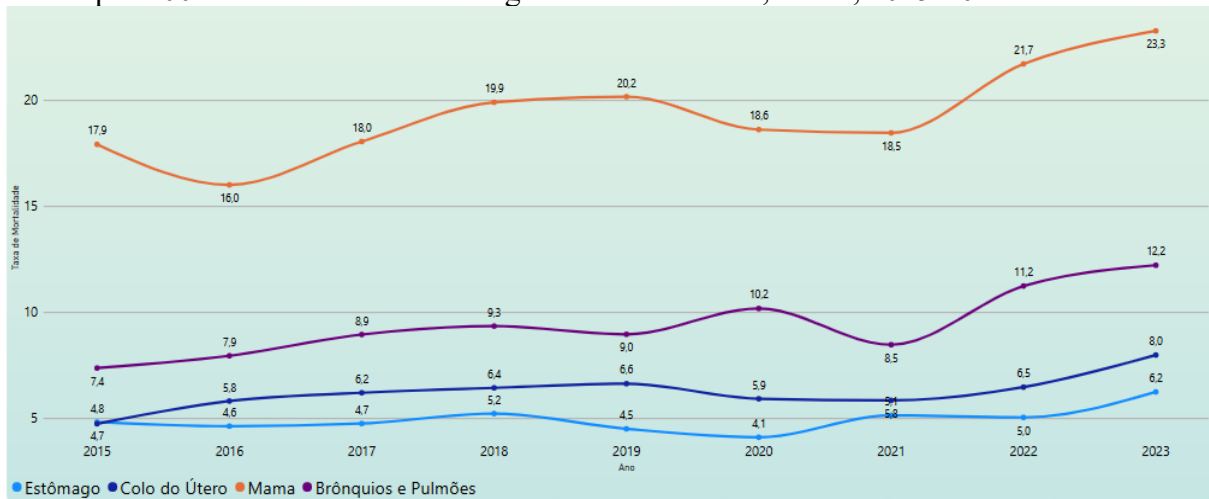
3.7.3 Neoplasias

Na Macrorregião de Saúde Leste, para a série histórica 2015 - 2023, a taxa de mortalidade por câncer de mama evoluiu de 17,5 para 23,3 óbitos por 100 mil mulheres. A segunda e terceira causas de morte de neoplasias entre mulheres oscilam entre neoplasia maligna dos brônquios e pulmões e a neoplasia maligna do colo do útero (Gráfico 34), que, de um modo geral, também apresentam crescimento na análise da série histórica. Essa tendência de crescimento foi observada desde 2010 e se aplica igualmente aos tipos de câncer de brônquios e pulmão.

O câncer dos brônquios e pulmões, em crescimento desde 2010, alcançou a taxa de 12,2 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, apresenta taxa de 8 óbitos por 100 mil mulheres em 2023, cujo controle exige, na atualidade, o rastreamento por meio da realização do exame citopatológico do colo do útero. A mortalidade por neoplasias, de um modo geral, apresenta tendência de crescimento de 2015 a 2023, sugerindo que a gestão deve endossar a rede de atenção de oncologia (Gráfico 34).

Gráfico 34. Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas por 100 mil mulheres. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2024*

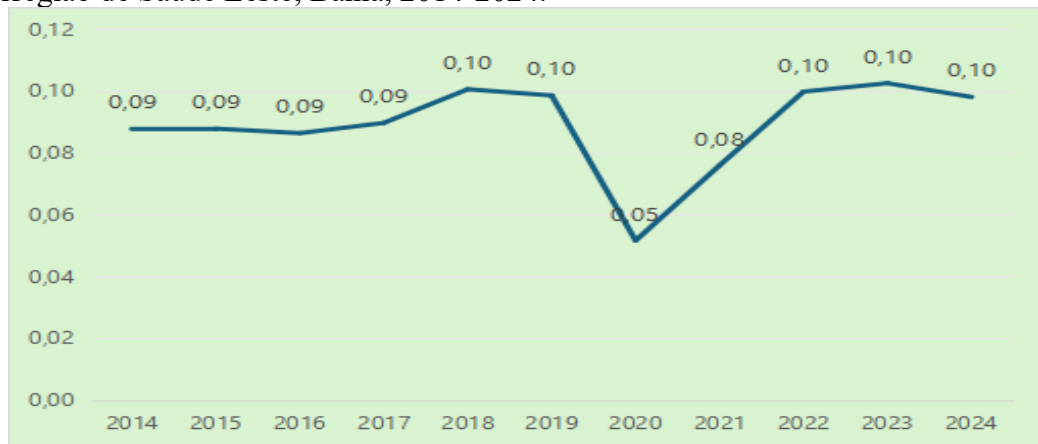


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - SIM, 2024. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

Com relação a razão de exames citopatológicos entre mulheres de 25 a 64 anos de 2014 a 2024, indicador acrescido para contemplar o Plano de Ação da Rede Alyne, nota-se que a Macrorregião de Saúde Leste apresenta uma certa estabilidade entre 2016 e 2021, tendo uma redução brusca em 2022 e recuperando a sua tendência esperada em 2023 e 2024 (Gráfico 35). Infere-se que essa redução pode ter como causa a pandemia por covid-19, em que o acesso a alguns serviços foi evitado com vistas a reduzir o risco de contaminação.

É importante destacar que esse indicador de exames citopatológicos mede o quanto que as mulheres de 25 a 64 anos realizaram pelo menos um exame citopatológico nos últimos três anos³⁹. Dito isso, com base nos dados desse indicador no Gráfico 35, interpreta-se que a produção desse exame na rede SUS ainda não condiz com a necessidade da macrorregião. Por outro lado, não se descarta que parte dessas mulheres busquem o serviço na rede privada e que, portanto, não sejam registradas no sistema de informação do SUS.

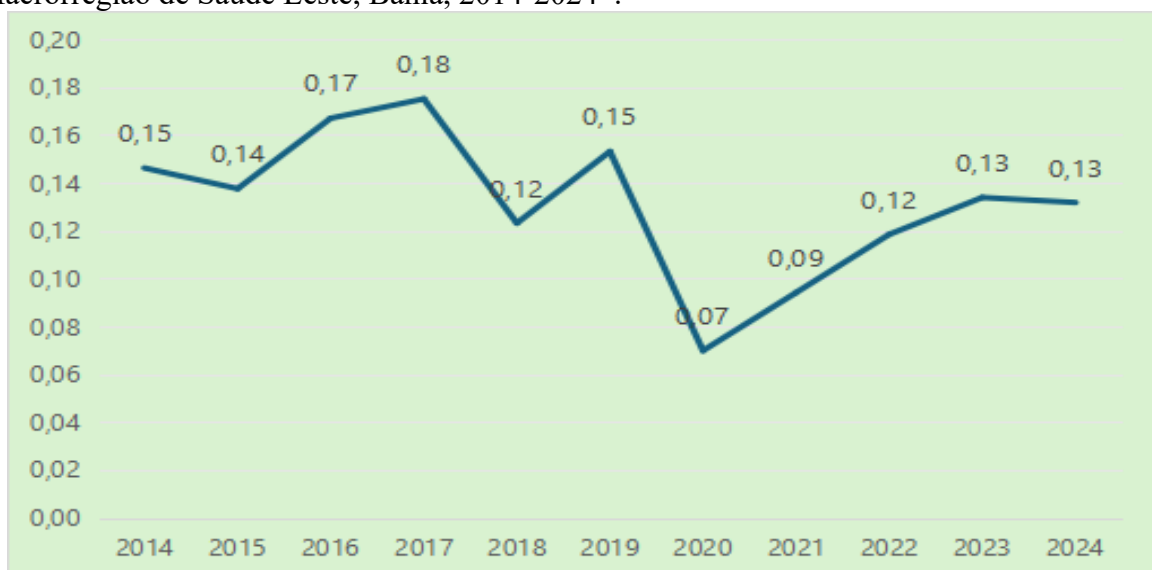
Gráfico 35. Razão de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2024.



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIA, 2024. *Dados coletados em 10/04/2025, sujeitos a alterações.

Acrescentou-se o indicador de razão de mamografia em mulheres com vistas ao desenvolvimento do Plano de Ação da Rede Alyne, aprimorando a sensibilidade da Asis para a prioridade sanitária ‘saúde materna e infantil’. Na série temporal 2014-2024, acima, em mulheres de 50 a 69 anos, na Macrorregião de Saúde Leste, nota-se que de 2014 a 2019 tal indicador esteve em crescimento. De 2019 para 2020, houve um decréscimo de 50%. O indicador volta a subir e retoma o seu patamar anterior em 2022, que se mantém em 2023 e 2024 (Gráfico 36). De todo modo, em todos os anos, o valor relativo a esse indicador está aquém. O preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é que esse indicador seja de, no mínimo, 0,5, sendo a meta é de 0,7. Então, a macrorregião está com valores muito abaixo do desejado.

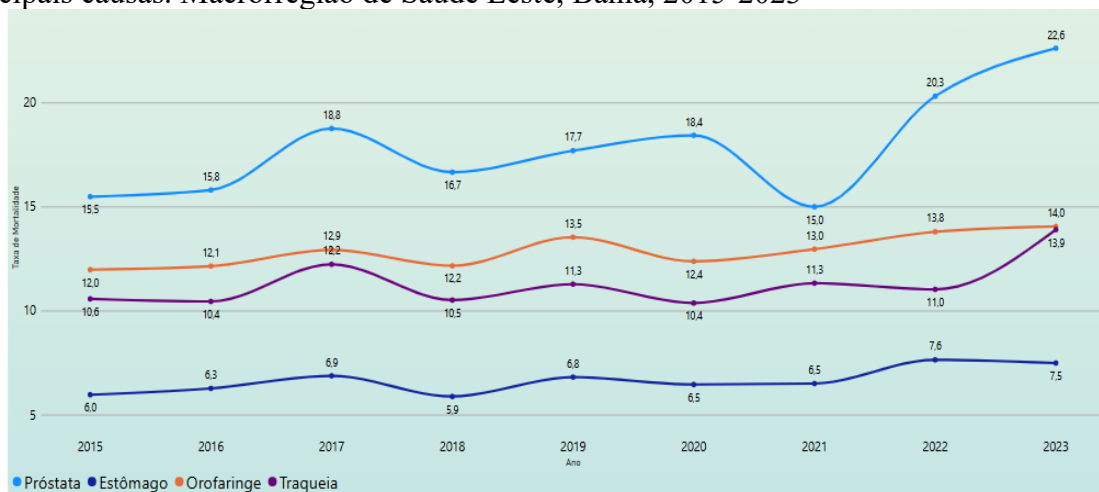
Gráfico 36. Razão de mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2024*.



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIA, 2024. *Dados coletados em 10/04/2025, sujeitos a alterações

A análise das neoplasias no sexo masculino, na Macrorregião de Saúde Leste, aponta o câncer de próstata como a principal causa de óbito, no período de 2015 -2023. Nesse mesmo período, a segunda e terceira causas são o câncer de orofaringe e de traqueia (Gráfico 37). As neoplasias no sexo masculino mantêm o padrão dos anos anteriores com maior risco do câncer de próstata como a principal causa de óbito, no período de 2020-2023. Vale destacar que na análise anterior até 2019 o câncer de brônquios e pulmões aparecia como uma das três principais causas de óbitos em homens, mudando nos anos seguintes e aparecendo os cânceres de orofaringe e traqueia dentre as quatro principais causas.

Gráfico 37. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2015-2023*

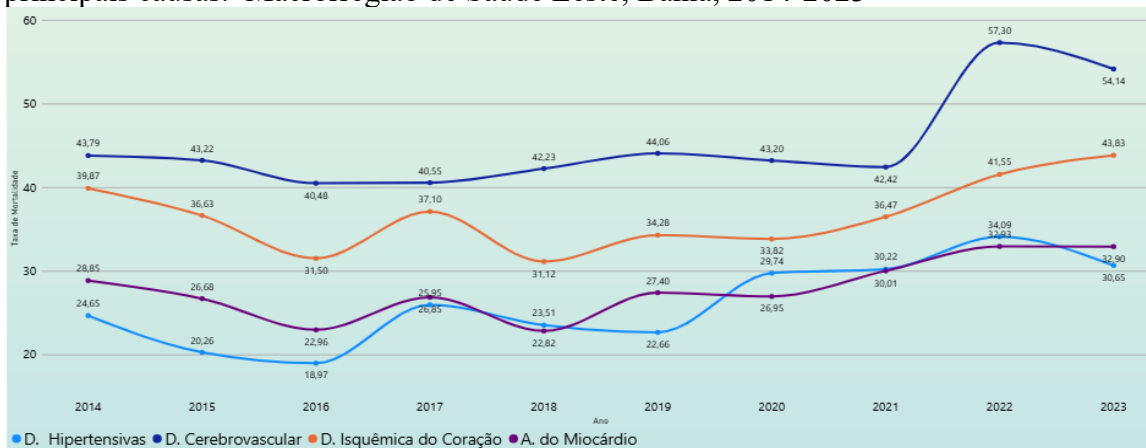


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - SIM, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

3.7.4 Doenças do Aparelho Circulatório

Dentre as doenças do aparelho circulatório, as cerebrovasculares (DCbV) apresentam o maior risco de morte da população e têm se mantido como a maior na última década e essa notoriedade se identifica desde a análise anterior. As doenças isquêmicas do coração (DIC) representam a segunda causa de morte da população em ambas as análises [inicial e a atualização] (Gráfico 38). O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa específica de morte dentre as doenças isquêmicas do coração, correspondendo a 76,41% dos óbitos nessa categoria em 2023⁴⁰. As doenças hipertensivas foram a terceira causa de morte na população da macrorregião, em ambas as análises, com queda entre 2014 - 2016. De um modo geral, as taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório vêm crescendo na macrorregião a partir de 2017 (Gráfico 38).

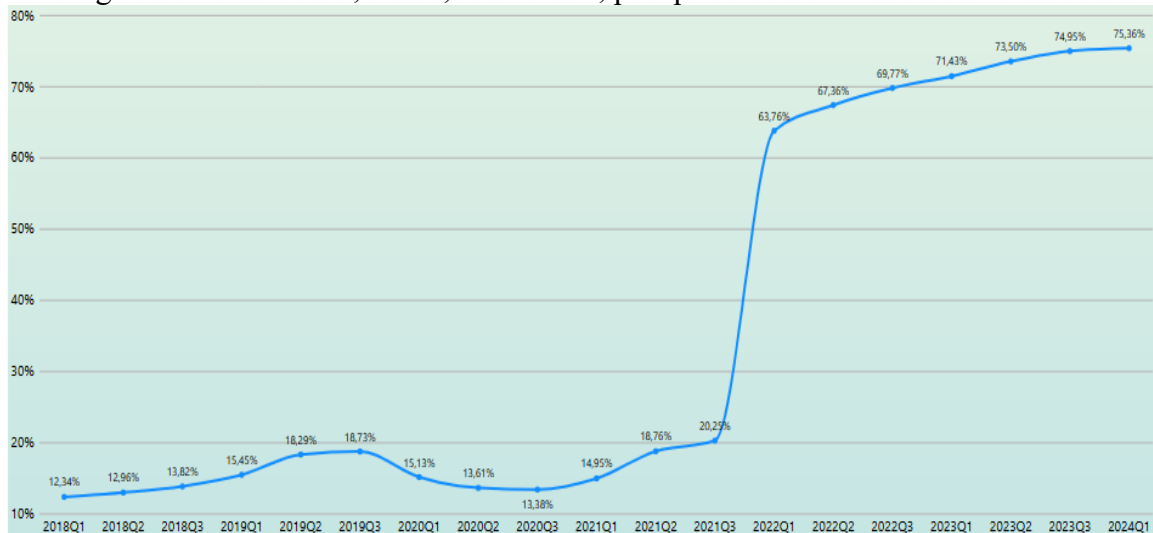
Gráfico 38. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando por principais causas. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2014-2023*



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

Estima-se que, na Macrorregião de Saúde Leste exista, pelo menos, 674.490 pessoas vivendo com hipertensão, com base na população acima de 18 anos [3.151.824] em 2024, conforme critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS que a Portaria GM/MS n. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015 estabelece. Na macrorregião, no primeiro quadrimestre de 2024, 75,36% da população estimada de hipertensos foram identificados na APS (Gráfico 39)

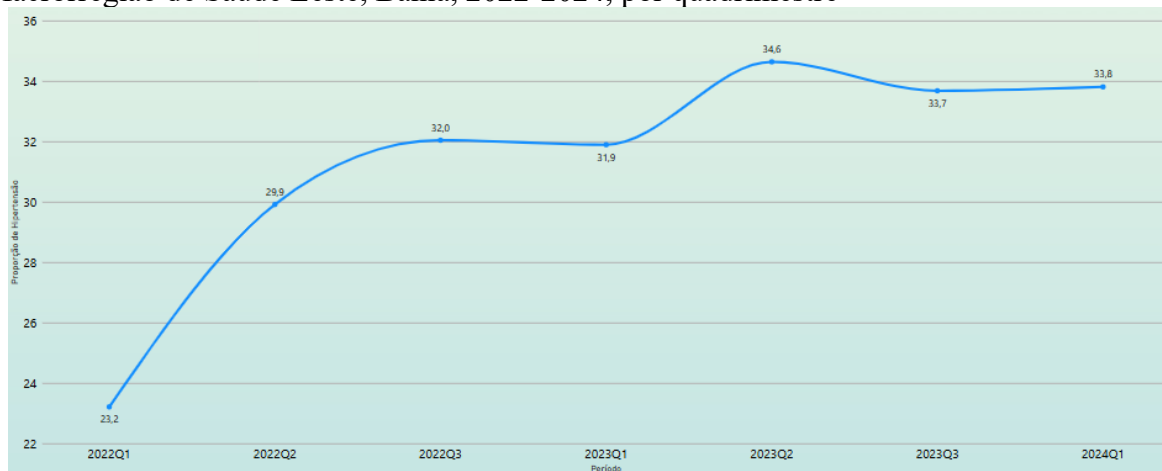
Gráfico 39. Percentual de hipertensos identificados na atenção primária à saúde. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2018-2024, por quadrimestre*



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

Utiliza-se como estratégia de prevenção e controle o acompanhamento na atenção primária. De 2022 a 2024, a Macrorregião de Saúde Leste apresentou crescimento na proporção de pessoas com hipertensão com consultas e pressão arterial aferida, passando de 23,2% a 33,8% (Gráfico 40).

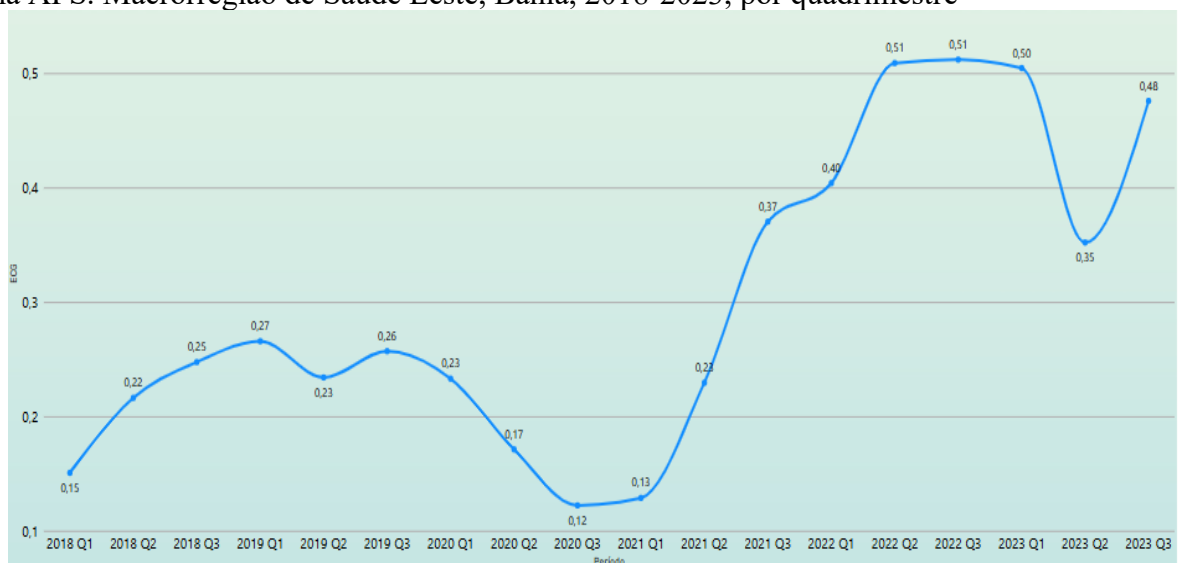
Gráfico 40. Proporção de pessoas com hipertensão com consulta e pressão arterial aferida. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2022-2024, por quadrimestre*



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

Do total de pessoas hipertensas cadastradas, no terceiro quadrimestre de 2023, apenas 0,48% tiveram o exame de ECG avaliado. Apesar disso, a macrorregião apresenta um avanço nessa cobertura em relação aos anos anteriores (Gráfico 41).

Gráfico 41. Percentual de pessoas com hipertensão arterial que teve exame de ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2018-2023, por quadrimestre*



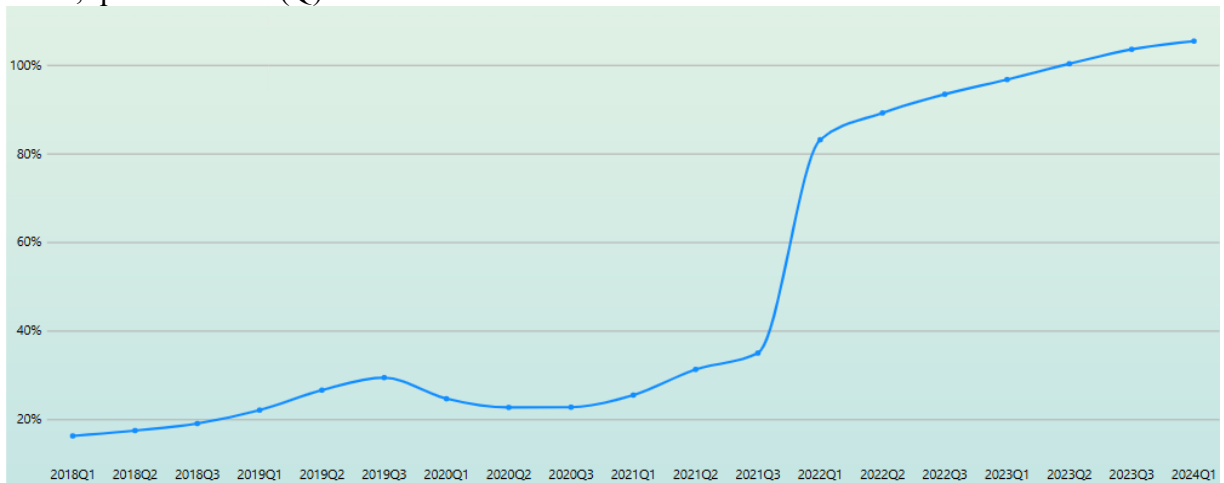
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass - SISAB, 2024. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

3.7.5 Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas

Com base na população acima de 18 anos [3.151.824] em 2024 e no estabelecido na Portaria GM/MS n.º 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015, estima-se que exista, pelo menos, 195.413 pessoas vivendo com diabetes. No B.I. do Observatório Baiano de Regionalização consta a informação do percentual de diabéticos identificados na Atenção Primária à Saúde (APS). Desde 2018, nota-se que o percentual de diabéticos identificados na APS está em constante crescimento; o que é um avanço importante na macrorregião. Há uma especificidade

importante a ser destacada, em 2024, a macrorregião identificou um percentual de diabéticos maior do que a estimativa (Gráfico 42).

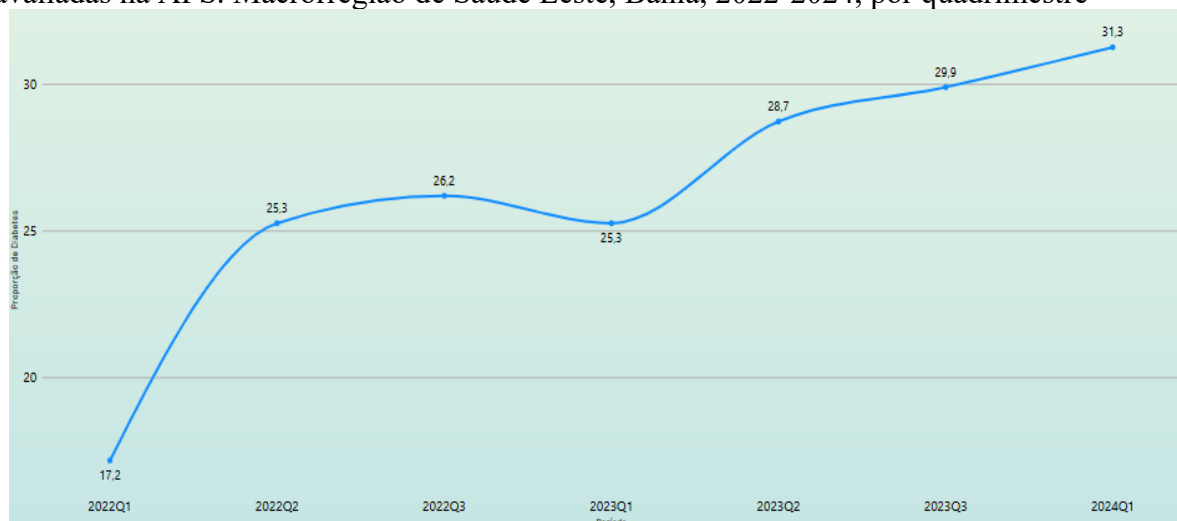
Gráfico 42. Percentual de diabéticos identificados na APS. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, quadrimestres (Q) de 2018-2024*



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

No *BI* do observatório Baiano de Regionalização, embora fragilizado por conta do curto período em que o dado foi disponibilizado [2022, 2023 e o primeiro quadrimestre de 2024], consta também a proporção de pessoas com diabetes com consulta e hemoglobina glicada, que girou entre 17,2% e 31,3% na macrorregião (Gráfico 43). Embora um crescimento que indica avanços na atenção à saúde da pessoa diabética, esse dado revela uma fragilidade porque esse tipo de serviço ainda não abrange toda a população adstrita.

Gráfico 43. Percentual de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada avaliadas na APS. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2022-2024, por quadrimestre*



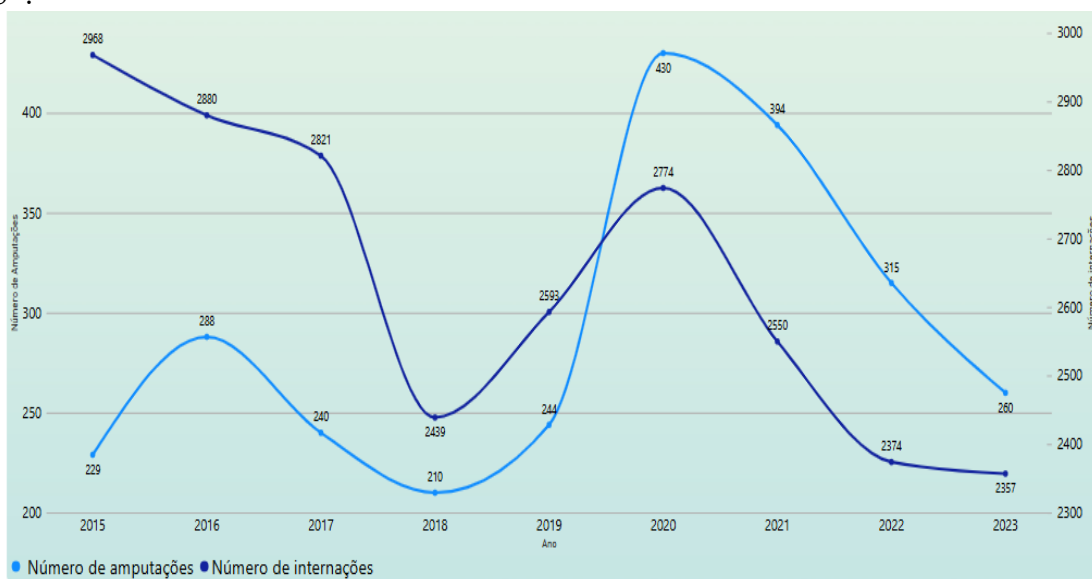
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - SINAN, 2024. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Na Macrorregião de Saúde Leste, no período de 2014 - 2023, foram 24.930 cirurgias de amputações/desarticulações (amputação / desarticulação de membros inferiores, amputação / desarticulação de pé e tarso, desarticulação de dedo) e 3.240 foram cirurgias de

amputações/desarticulações (membros inferiores; pé e tarso; e dedo) e 573 revisões cirúrgicas de coto de amputação (revisão cirúrgica de coto de amputação em membro inferior - exceto dedos do pé)⁴⁰.

É importante salientar que entre 2015 a 2019 houve oscilação no número de casos e de amputação decorrente de complicações da DM na Macrorregião. Há uma tendência de redução de internações e amputação de 2020 a 2023. (Gráfico 44). Nota-se ainda que o período 2019 - 2023 apresenta maiores números anuais de amputações do que no período 2015 - 2018. É interessante se observar também que de 2015 a 2018 a taxa de internação diminuiu e, após o número de internação chegar ao seu valor mais baixo, o número de amputações começa a subir. Isso levanta a hipótese de que a redução da internação pode elevar o número de amputações, entendendo que a internação congrega cuidados necessários para evitar a amputação do membro.

Gráfico 44. Número de amputações decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e internação hospitalar por Diabetes Mellitus. Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2015-2023*.

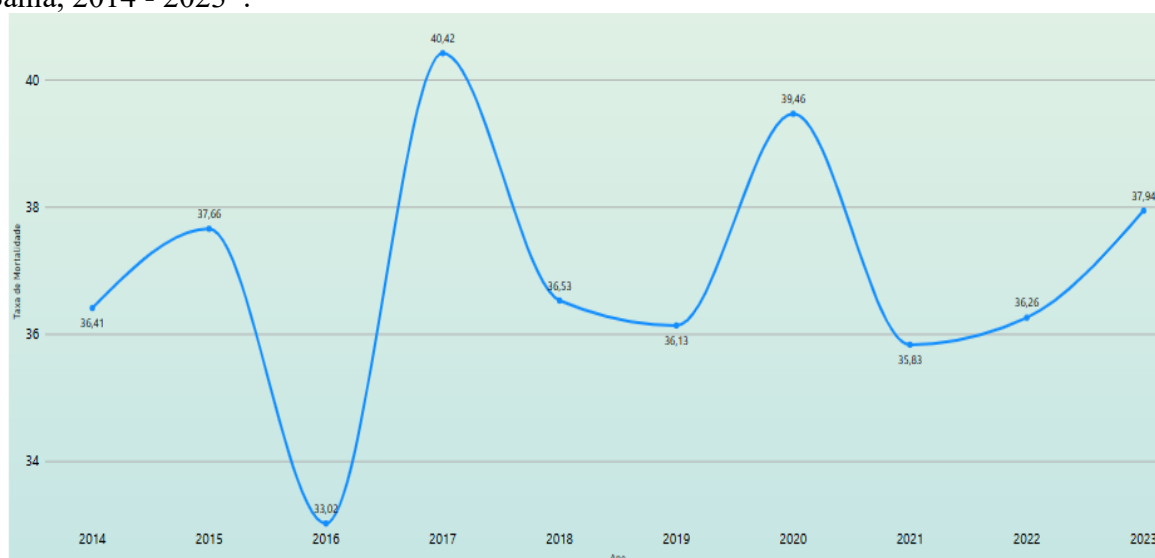


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - SIH, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

As mortes prematuras (30-69 anos) por DENM na macrorregião de 2014 a 2023 apresentam valores variando entre 33,02 (2016) a 40,42 (2017), acima do padrão aceitável de até 20 óbitos por 100.000 habitantes. Na série histórica da análise anterior (2010 a 2019) foi identificado que a mortalidade prematura (30 - 69 anos) por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas girava em torno de 36 óbitos por 100 mil habitantes no período 2010-2019. Na atualização da análise, expandindo até o ano de 2023, nota-se que a macrorregião segue essa tendência tendo em vista que os valores encontrados, apesar de sofrerem variações, ainda estão próximos dos encontrados anteriormente.

Nos últimos 10 anos, destacam-se três anos da série histórica em que os valores encontrados se distanciaram dessa tendência. Em 2016 foi quando o valor encontrado foi mais baixo (33,02 óbitos por 1000 mil habitantes). Em 2017 (40,42 óbitos por 1000 mil habitantes) e 2020 (39,46 óbitos por 1000 mil habitantes), por outro lado, foram os anos em que se encontraram os valores mais elevados. Nos demais anos, os valores pouco se distanciaram em relação a tal tendência (Gráfico 45).

Gráfico 45. 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 Leste. Bahia, 2014 - 2023*.



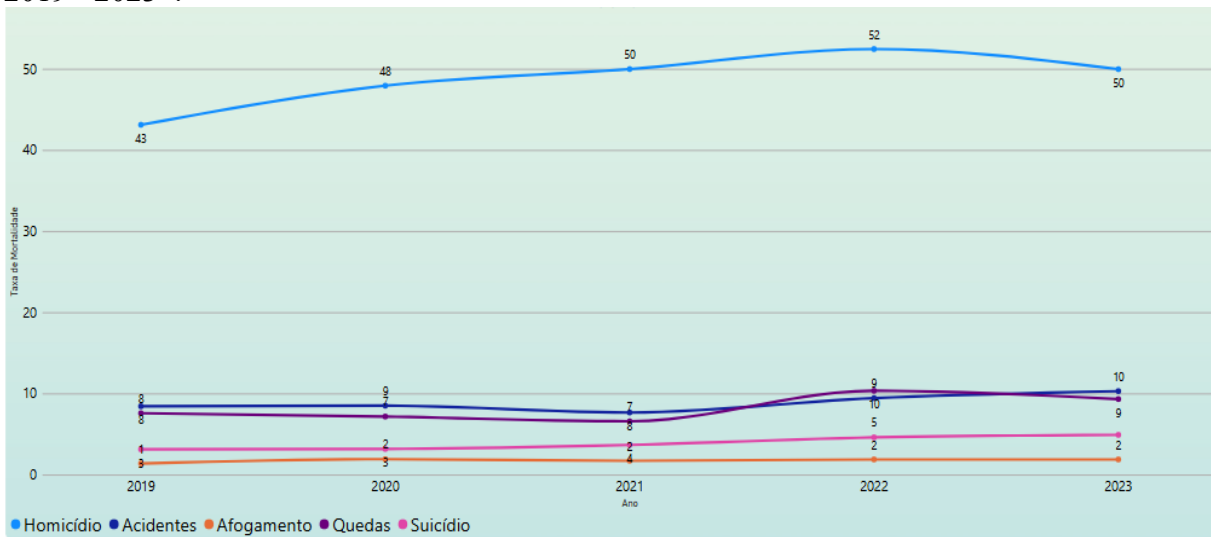
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass - SIM, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

3.7.6 Morbimortalidade por Causas Externas

As causas externas continuam como o segundo grupo de causas de óbitos³⁶. No período de 2019 - 2023, a taxa de mortalidade específica para homicídio foi, a causa externa de maior mortalidade, estando em crescimento, passando de 43 óbitos por 100 mil habitantes em 2019 para 52 óbitos por 100 mil habitantes em 2022. Em 2023 há uma redução para 20 óbitos por 100 mil habitantes (Gráfico 46). Esse crescimento não fora encontrado na análise anterior, em que a referida taxa estava em redução (de 59,66 óbitos por 100 mil habitantes em 2013 para 42,74 óbitos por 100 mil habitantes em 2019). Infere-se que há o crescimento dos homicídios nos últimos cinco anos da série histórica. Na desagregação desse componente, as causas mais frequentes no estado, no período 2014-2023, foram “agressão”, “disparo de arma de fogo” ou “não especificada” seguida de “agressão por objeto cortante ou penetrante”⁴⁰.

A macrorregião tem variação pouco expressiva nos índices relativos a acidentes, quedas, afogamento e suicídio. Contudo, as causas externas, ‘acidentes’ e ‘queda’ apresentaram um aumento com reduzida variabilidade.

Gráfico 46. Taxa de mortalidade por causas externas. Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2019 - 2023*.

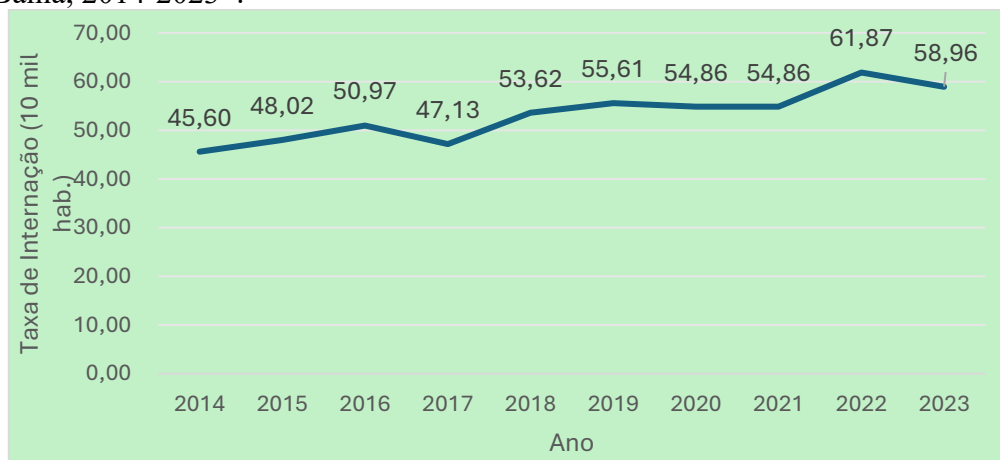


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - SIM, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

A segunda principal causa externa continua sendo acidente de trânsito. É importante sinalizar que na base de dados do estado da Bahia, boa parte dos registros (55,28%) não especificam o meio de transporte da vítima⁴⁰, dificultando a análise desse indicador. Acidentes envolvendo motociclistas, maior causa envolvente veículos automotores identificados, representam 15,53% das internações na macrorregião.

A taxa de internação por causas externas inclui, enquanto motivos, violências, acidentes (trânsito, domésticos, de trabalho), quedas e lesões. Na macrorregião de Saúde Leste, a taxa apresentou uma tendência de crescimento no período de 2014 a 2023. Houve quedas tímidas nos anos de 2017 e 2023. Em 2023, a taxa de internação por causas externas na Macrorregião de Saúde Leste estava em 58,96 óbitos por 10 mil habitantes (Gráfico 47).

Gráfico 47. Taxa de internação por causas externas por 10.000 hab. Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2014-2023*.



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/GT Demografia; Ministério da Saúde - SIH, 2023. *Dados coletados em 24/10/2024, sujeitos a alterações.

4 SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA

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

Para a seleção da prioridade sanitária os gestores responderam, na Plataforma *Jotform*, ao “Formulário de Priorização”, elaborado com base nas seis áreas temáticas definidas na Resolução CIB/BA n. 018/2021³, utilizando a Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência), para a seleção da prioridade sanitária, considerando:

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

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

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

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

Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021.

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

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

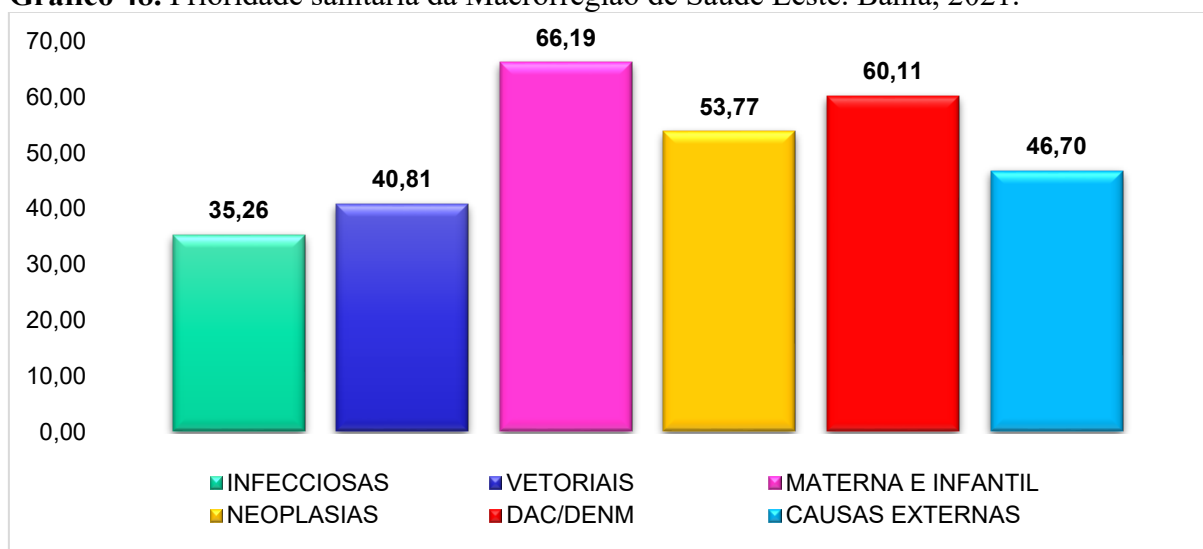
- leitura do texto referente a área temática;
- atribuição de pontuação (valores entre 1 e 5) considerando as variáveis de indicadas na matriz;
- todas as alternativas deveriam ser marcadas com uma única opção para cada resposta;
- a atribuição dos pontos deveria ter como referência as discussões que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

A aplicação da Matriz GUT permitiu ordenar áreas temáticas em ordem de prioridade, a partir da pontuação alcançada. Na MRS-Leste a oficina ocorreu no dia 20 de outubro de 2021.

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

Em um primeiro momento, a prioridade sanitária da macrorregião foi a atenção materna e infantil (Gráfico 48). Posteriormente, em discussão com os secretários municipais de saúde locais foi redefinida a prioridade para a atenção aos usuários com diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que compõem um grupo das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e estava em segundo lugar na priorização. Esta redefinição se deu em decorrência da existência do Projeto do SUS (PROSUS) com o Banco Mundial que desenvolveu discussões e análises dessas doenças e agravos nas Regiões de Saúde Camaçari e Salvador, Região Metropolitana de Salvador (RMS).

Gráfico 48. Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2021.



Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021.

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

Após a definição da prioridade sanitária, a Coordenação de Planejamento Regional Integrado propôs ao Grupo Condutor da Rede Estadual a criação de grupo de trabalho envolvendo técnicos estaduais e municipais que atuam em cada macrorregião. Deste modo, para desenvolver ações do processo do PRI no território foi publicada em janeiro de 2022 a Resolução

CIB/BA nº 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 nº 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 nº 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-Leste.

5 ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA

Na análise da capacidade instalada foi considerada a estrutura dos serviços de saúde na abrangência macrorregional, contemplando a cobertura, organização e a oferta de serviços de saúde no território, buscando articulação com alguns elementos que compõem as diferentes vertentes da ASIS (condições socio sanitárias; Rede de Atenção à Saúde (RAS); fluxos assistenciais; gestão do trabalho e da educação na saúde; e gestão¹)

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

5.1 Organização

Pretende-se demonstrar indiretamente a organização da RAS no território, definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Vale destacar que os dados poderiam ser enquadrados como indicadores de “oferta e cobertura de serviços de saúde”.

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

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

5.1.1 Índice de dependência macrorregional

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

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

A Macrorregião de Saúde Leste apresenta um índice de dependência das outras macrorregiões de 0,51% e 0,54%, ambulatorial e hospitalar de AC, respectivamente. Na utilização dos dados para a elaboração do índice de dependência observou-se que, mesmo nestas condições, houve situações em que os moradores da macrorregião dependeram de outras para

acessar serviços, deslocamento este para municípios na área de fronteira, à exemplo das Macrorregiões de Saúde Nordeste, Centro Leste e Sul.

Conforme Tabela 3, pode-se avaliar que a macrorregião apresenta às melhores condições de acesso à RAS dentre as macrorregiões do Estado, considerando ser um resultado esperado, pois o município Salvador, capital do estado, ainda tem uma grande concentração de serviços de saúde.

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

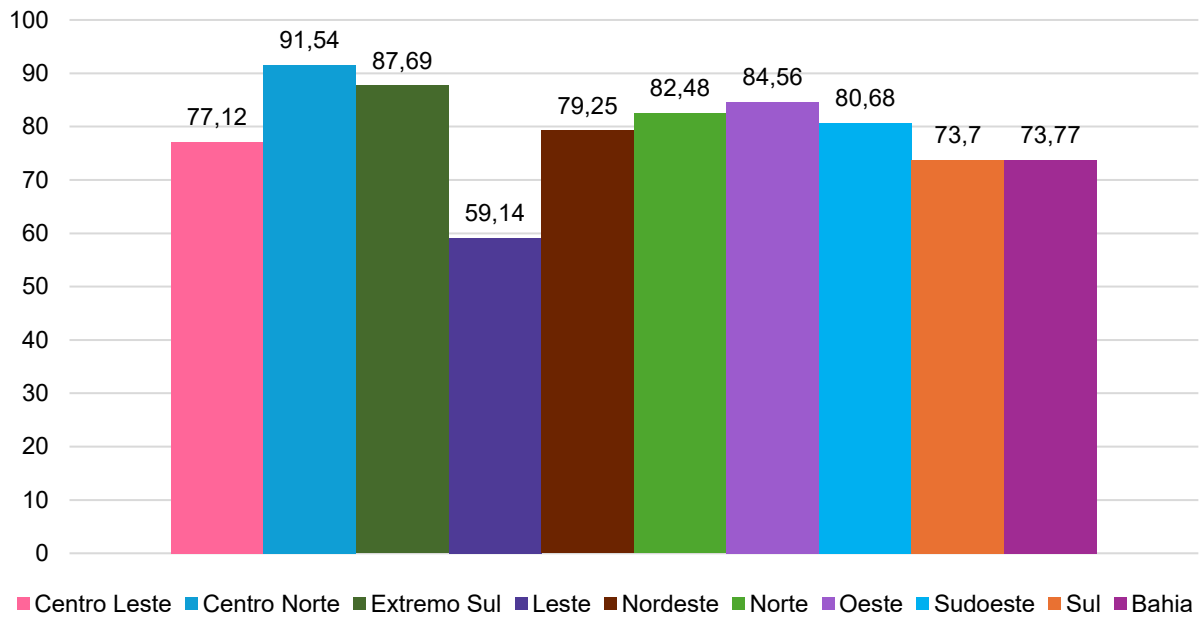
Macrorregião	Índice de dependência em serviços de alta complexidade	
	Ambulatorial	Hospitalar
CENTRO LESTE	41,11%	55,65%
CENTRO NORTE	26,01%	97,75%
EXTREMO SUL	13,44%	33,00%
LESTE	0,51%	0,54%
NORDESTE	30,73%	99,60%
NORTE	18,36%	69,12%
OESTE	25,02%	71,38%
SUDOESTE	4,93%	24,10%
SUL	10,62%	54,36%

Fonte: TABWIN/DATASUS, 2023.

5.1.2 Cobertura da Atenção Primária à Saúde

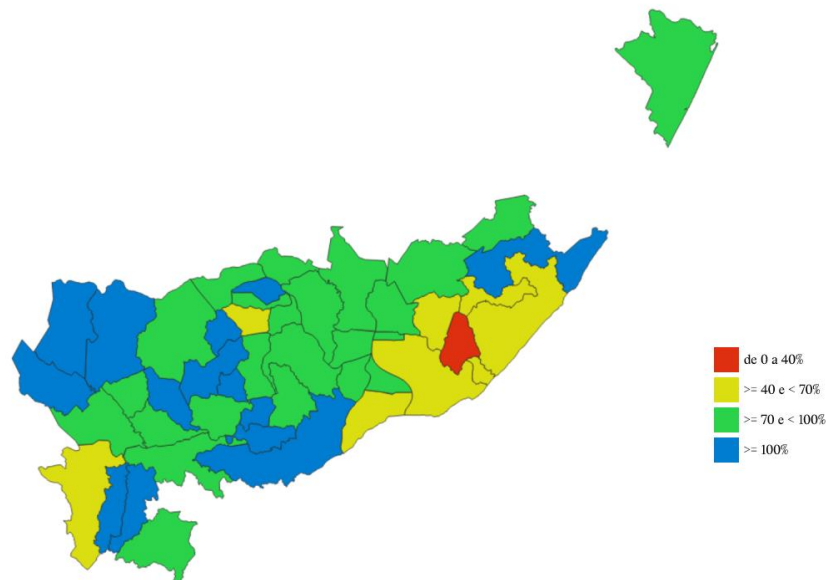
Este indicador explicita o percentual da cobertura de pessoas cadastradas pela APS (Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária) em relação à população estimada pelo IBGE, permitindo inferir se a organização atual espelha um modelo de RAS tendo a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Permite também refletir sobre o impacto desta cobertura para a resolução dos problemas de saúde mais frequentes e, portanto, nas 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-Leste é de 59,14%, abaixo da média do estado, sendo a única cobertura, dentre as macrorregiões de saúde, inferior a 70% (Gráfico 49). É importante salientar que a baixa cobertura de Salvador impacta na cobertura da macrorregião, refletindo na cobertura do estado que, apesar do crescimento nos últimos dez anos, apresenta a menor cobertura estimada dentre os estados da Região Nordeste.

Gráfico 49. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Macrorregião de Saúde. Bahia, 2021.

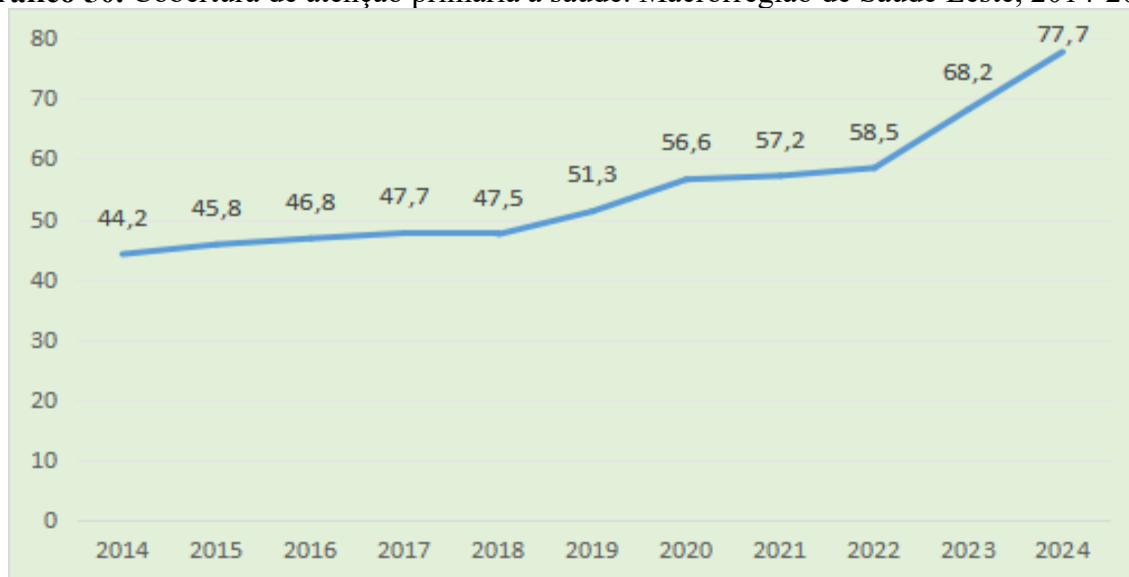
Fonte: Caderno de Monitoramento da Atenção Básica, novembro de 2022.

A análise do conjunto dos municípios da MRS-Leste mostra que 19% dos municípios apresentam cobertura da APS inferior a 70%, dentre eles a capital do estado, Salvador, com cobertura de 51,68% (Mapa 4).

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

Fonte: Caderno de Monitoramento da Atenção Básica, 2022.

Na macrorregião, a cobertura da atenção primária está aumentando de 2014, com 44,2% de cobertura, a 2024, com 77,7% de cobertura (Gráfico 50). A Macrorregião de Saúde Leste demonstrou desempenho inferior a do estado da Bahia, que passou de 66,39% em 2013 para 82,07% em 2023.

Gráfico 50. Cobertura de atenção primária à saúde. Macrorregião de Saúde Leste, 2014-2023

Fonte: PES - 2024-2027 [2014-2022]; CAMAB [2023 e 2024], 2024.

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

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

5.1.3 Central de Regulação

5.1.3.1 Central de Regulação de Urgências

Central de Regulação de Urgência (CRU) são componentes importantes para a organização de uma macrorregião cuja adequação depende de vários fatores, como extensão territorial e tamanho populacional. Sua existência indica o número de estrutura recomendada

para a organização e priorização das demandas de urgência e ordenação dos fluxos de referências e sistema logístico da RAS dentro do território. Uma macrorregião com um sistema logístico estruturado deverá implantar centrais regionais a cada 700 mil habitantes.

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

A MRS-Leste tem 4 (quatro) CRU, sendo 3 (três) CRU regionais, nos municípios de Salvador, Camaçari e Santo Antônio de Jesus, e 1 (uma) CRU municipal, em Salvador. Para uma população de 4.782.233 habitantes (IBGE, 2020), estima-se a necessidade de sete CRU, com a macrorregião atendendo, aproximadamente, 57% da necessidade no seu território.

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

A central de regulação do acesso às ações e serviços de saúde aponta o número de estruturas recomendadas para a organização e priorização das demandas da média e alta complexidade ambulatorial e ordenação dos fluxos de referências e sistema logístico da RAS dentro do território. A existência destas centrais de regulação é importante para o encaminhamento da população aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial. Para a coleta de informações para este indicador buscou-se saber, além de existência ou não do serviço, se este era centralizado em uma base única ou se era descentralizado em outras unidades. Esta informação é relevante para conhecer a estrutura da regulação.

Em setembro de 2022, a MRS-Leste, com 47 municípios, contava com 48 (quarenta e oito) serviços cadastrados no CNES: 12 serviços centralizados, 12 descentralizados e para 24 serviços não se obteve informação quanto ao tipo de estrutura. É possível, a partir dos registros oficiais, inferir que na macrorregião a estrutura de organização do acesso aos serviços ambulatoriais é aceitável, considerando o número igual de centrais para atender a todos os municípios. Contudo, vale refletir que a capital do estado é parte da MRS-Leste, representando aproximadamente 85% da população da macrorregião e, portanto, é esperado um número maior de centrais de regulação.

5.2 Infraestrutura

A infraestrutura é composta pelas categorias: trabalhadores de saúde, estabelecimentos, medicamentos, equipamento e outros insumos e conhecimento. Foi adotado três categorias, o que permite verificar a disponibilidade de equipamentos, leitos, estabelecimentos e serviços de saúde e pode ser utilizada para identificar vazios na RAS. Também possibilita identificar a

quantidade de trabalhadores disponível para o SUS, em determinadas ocupações da Força de Trabalho em saúde, ilustrando relevante aspecto de gestão do trabalho e da educação na saúde que é determinante para a execução das ações e serviços e funcionamento da RAS no território.

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

As informações coletadas tratam da estrutura disponível para o SUS na RAS da macrorregião que atendem a todas as prioridades sanitárias. Estão sinalizadas com um asterisco aquelas que possuem parâmetro definido pelo MS, o que permite a análise dos dados na perspectiva da comparação com o esperado. Alguns equipamentos, comuns a todas as prioridades, como tomógrafo e ressonância, com parâmetros de necessidade estabelecido pelo MS, tem na Macrorregião de Saúde Leste uma necessidade de 48 e 46, respectivamente, quando existem 67 e 44 destes equipamentos. A Macrorregião de Saúde Leste apresenta suficiência para estes equipamentos (Quadro 4).

Quadro 4. Quantitativo de equipamentos, serviços (urgência e emergência) e sistema logístico, disponível para o SUS na Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2022.

Tipo	Prioridade Sanitária	Informação/Indicador	N. Existente	N. Necessário
Equipamento	Comum a todas	Raio X para Hemodinâmica	13	-
		Raio X de 100 a 500 mA e/ou Raio X mais de 500mA	237	-
		Raio X para Densitometria Óssea	19	-
		Ressonância Magnética *	44	46
		Ultrassom Convencional	181	-
		Ultrassom Doppler	216	-
		Tomógrafos *	67	48
		Ultrassom Ecógrafo	102	-
		Eletrocardiógrafo	544	-
		Projeter ou tabela de optótipos	154	-
		Retinoscópio	91	-
		Oftalmoscópio	185	-
		Ceratometro	58	-
		Tonometro de aplanção	144	-
		Biomicroscópio	151	-
Campimetro	60	-		

Serviço especializado	HD	Atenção à Doença Renal Crônica	29	-
	Comum a todas	Diagnóstico por Imagem	122	-
		Diagnóstico por Imagem - Radiologia Intervencionista	3	-
		Medicina Nuclear	7	-
		Serviço de Atenção Cardiovascular/Cardiologia	57	-
		Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico	58	-
		Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráficos/Dinâmicos	150	-
		Serviço de Oftalmologia	68	-
		Serviço de Pneumologia	19	-
		Serviço do aparelho digestivo	49	-
		UAC	Comum a todas	Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular
Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia ou Neurocirurgia	9			-
Urgência e Emergência	Comum a todas	UPA - Unidade de Pronto Atendimento	19	-
		PE - Porta de Entrada da RUE	5	-
		Unidade de Suporte Avançado - USA	16	-
		Unidade de Suporte Básico - USB	77	-
		USB Aquática/Embarcação	1	-
		Motolância	11	-
Logística	Comum a todas	Ambulância comum	214	-

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

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

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

Ao analisar a existência versus a necessidade dos profissionais médicos, mesmo não sendo referentes apenas para a prioridade sanitária DM e HAS, observa-se que na macrorregião, na sua grande maioria, os profissionais estão em suficiência ao estabelecido pela necessidade para todas às prioridades sanitárias. Pontuamos, contudo, que em Medicina Nuclear o percentual da necessidade atendida é de 65,85% (Quadro 5).

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

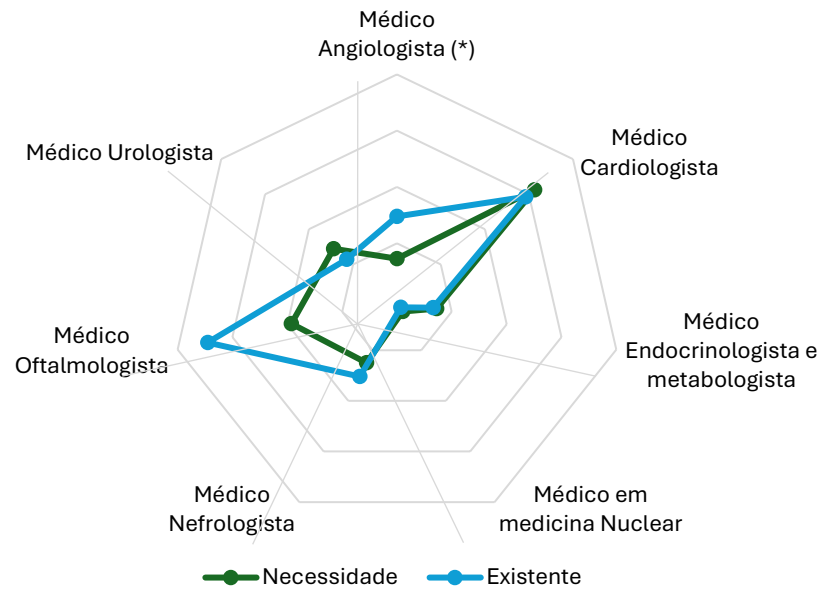
Especialidade	N. Existente	N. Necessário
Médico Angiologista (*)	147,80	72,20
Médico Cardiologista	292,78	312,87
Médico Endocrinologista e Metabologista	65,88	72,20
Médico em Medicina Nuclear	15,85	24,07
Médico Nefrologista	152,18	125,15
Médico Oftalmologista	345,33	192,53
Médico Urologista	114,30	144,40
Médico Pneumologista	57,38	-
Médico Cardiovascular	48,10	-
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	402,70	-
Médico Radiologista Intervencionista	4,50	-
Psicólogo	616,13	-
Assistente Social	1.550,13	-
Nutricionista	924,00	-
Enfermeiro	8.581,90	-
Cirurgião Dentista (Família CBO)	1.564,33	-
Fisioterapeuta	2.980,47	-
Farmacêutico	1.133,40	-

Fonte: CNES, 2022.

(*) Médico angiologista e em cirurgia vascular

Observa-se no Gráfico 51 que para quase todas as especialidades médicas relacionadas com as prioridades sanitárias o número de profissionais é adequado ao parâmetro estabelecido, dado relevante para dimensionar a ampliação e qualificação da força de trabalho em saúde para a perspectiva de funcionamento da RAS.

Gráfico 51. Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas com as prioridades sanitárias na Macrorregião de Saúde Leste. 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.

Para o registro de produção na prioridade sanitária DM e HAS foram selecionados os equipamentos de Raio X, Ultrassom com doppler, Ultrassom Ecógrafo e Ultrassom convencional. A Macrorregião de Saúde Leste possui 237 equipamentos de Raio X cadastrados no CNES em 168 EAS, destes 90 (53,57%), apresentaram registro de produção. Quanto ao USG com doppler e USG convencional cadastrados em 117 e 145 EAS, destes 54 (46,15%) e 67 (46,21%) apresentaram registro de produção no território, respectivamente. Para o USG Ecógrafo a macrorregião possui 102 equipamentos cadastrados no CNES distribuídos em 75 EAS, destes 29 (38,67%) apresentaram registro de produção (Quadro 6).

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

Equipamento/Serviço	Procedimento	Nº EAS com equipamento	Nº EAS com produção
Raio X de 100 a 500mA e/ou Raio X mais de 500mA	0204030153 Raio X de tórax em 2 incidências (PA e perfil)	168	90
USG Ecógrafo	0205010016 Ecocardiografia de estresse	75	05
USG Ecógrafo	0205010024 Ecocardiografia transesofágica	75	10
USG Ecógrafo	0205010032 Ecocardiografia transtorácica	75	29
USG com Doppler	0205010040 Ultrassonografia doppler colorido de vasos	117	54
USG convencional	0205020038 Ultrassonografia de Abdômen Superior	145	42
USG convencional	0205020046 Ultrassonografia de abdômen total	145	67
USG convencional	0205020054 Ultrassonografia de aparelho urinário	145	63
USG convencional	0205020062 Ultrassom de artérias vertebrais	145	52
USG convencional	0205020089 Ultrassonografia do globo ocular / órbita monocular	145	6

Fonte: SIGTAP/MS, 2022.

É possível perceber que na macrorregião existem EAS com equipamentos, contudo a produção para atendimento da prioridade sanitária se encontra em menos de 54% dos estabelecimentos.

Salienta-se alguns pontos importantes que devem ser questionados sobre a capacidade de produção e, portanto, execução dos procedimentos na macrorregião: todos os equipamentos do EAS estavam em operação?; porque existem EAS com produção sem equipamentos cadastrados?; os equipamentos realizam só o procedimento selecionado?; existem profissionais capacitados para operar os equipamentos?.

6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

As redes temáticas de atenção à saúde foram instituídas no âmbito do SUS por Normas consolidadas pela Portaria de Consolidação CIT nº 3/2017, com a finalidade de estruturar a

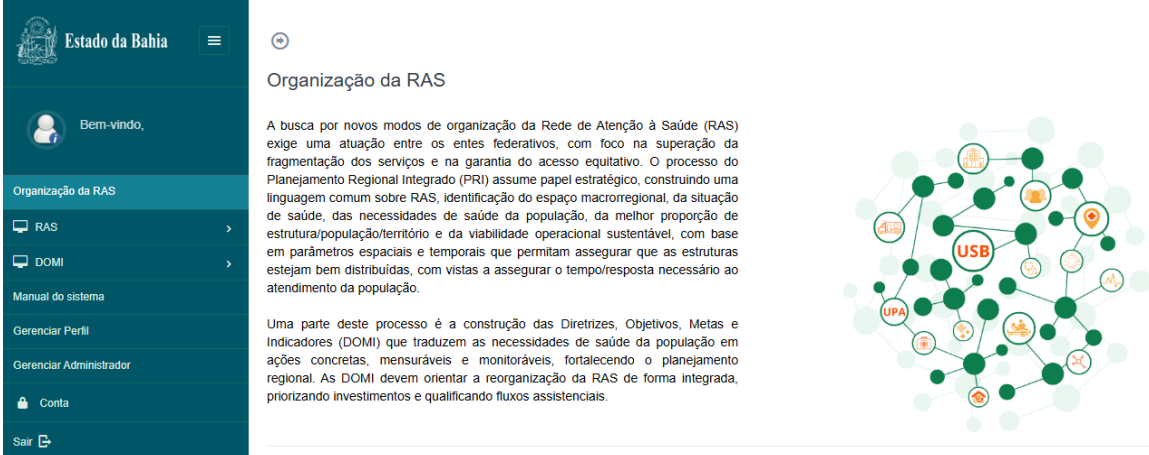
Rede de Atenção à Saúde de forma regionalizada e hierarquizada. Essas redes promovem a integração sistêmica entre os diferentes pontos de atenção, articulando serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), da média e alta complexidade, além de sistemas de apoio diagnóstico, terapêutico e de regulação. Nesse arranjo, a APS assume papel central como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede, assegurando o acompanhamento longitudinal dos usuários e a continuidade assistencial.

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

Para avançar no processo do Planejamento Regional Integrado no estado da Bahia foi publicado as Resoluções CIB/BA nº 340/2023 (Rede de Atenção Oncológica), nº 576/2023 (Rede de Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus – HAS/DM) e nº 154/2024 (Rede de Atenção Materna e Infantil – Rede Alyne). Essas normativas representam marcos organizativos para as prioridades sanitárias e orientam o desenho das linhas de cuidado no território, assegurando a articulação entre as redes temáticas e a consolidação de uma RAS regionalizada, integral e 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, 76% dos municípios elegíveis da macrorregião aderiram ao Programa.

Na Macrorregião de Saúde Leste, o pré-natal é realizado nas UBS e USF, com estratificação de risco pela equipe de saúde e encaminhamentos quando necessários, conta com 934 equipes de ESF e 142 de APS em seus 48 municípios. Os exames laboratoriais e de imagem são ofertados nos municípios e o Laboratório APAE Salvador é o credenciado para o Programa Estadual de Triagem Pré-natal.

O pré-natal de alto risco é ofertado em Salvador, Santo Antônio de Jesus, Cruz das Almas e Camaçari, em unidades básicas, policlínicas e ambulatórios. A região possui nove ambulatórios de alto risco, sendo sete em Salvador, um em Camaçari e um em Santo Antônio de Jesus. Dentre eles, apenas quatro estão habilitados como referência: Maternidade Albert Sabin, Hospital Geral Roberto Santos, Maternidade Climério de Oliveira e Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto.

Na atenção ao parto e nascimento, a macrorregião dispõe de 863 leitos obstétricos distribuídos em 45 maternidades/hospitais, dos quais 21 elegíveis para financiamento do Programa Mãe Bahia. Conta ainda com quatro Centros de Parto Normal (CPN), três intra-hospitalares e um peri-hospitalar. Os partos de alto risco são atendidos em unidades de Salvador, Camaçari e Santo Antônio de Jesus, com retaguarda de leitos neonatais e de UTI adulto.

A atenção ao puerpério e à criança ocorre prioritariamente na APS, complementada por ambulatórios de seguimento neonatal habilitados em unidades de Salvador, Camaçari e Santo Antônio de Jesus. O incentivo ao aleitamento materno é realizado em quatro Bancos de Leite Humano (BLH) e um Posto de Coleta (PCLH), todos em Salvador.

Quanto à triagem neonatal, em 2023 foram realizados 437.424 testes do pezinho, com coleta em média no 6º dia de vida. Os demais testes (orelhas, olhos, coração e língua) devem ser ofertados em todas as maternidades, ou encaminhados a serviços especializados.

A macrorregião conta ainda com uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, vinculada à Maternidade Climério de Oliveira, em Salvador, com 10 vagas. O sistema logístico integra centrais de regulação (leitos, ambulatorial e urgência) e transporte sanitário, utilizando SUREM, Lista Única, sistemas municipais e planilhas.

6.3 Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE)

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

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

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

Na Macrorregião Leste o Plano de Ação foi aprovado pela Portaria GM/MS nº 1723/2012, atualizado pela Portaria GM/MS nº 2009/2023.

Quadro 7. Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Leste do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIO	SAMU	UPA	SAD		PORTA DE ENTRADA	LEITOS				
			EMAD	EMAP		UTI PED	UTI AD	ENF. CLÍNICA RETAQUARDA	UCO	AVC
AMARGOSA	01 USB Q.	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
ARATUÍPE	01 USB	-	-		-	-	-	-	-	-
CABACEIRAS DO PARAGUAÇU	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
CACHOEIRA	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
CAMAÇARI	01 USB 01 USA 01 CRU	01 - OPÇÃO III 01 - OPÇÃO V	02 - TIPO 01	1	01 - TIPO 01	-	6	-	-	-
CANDEIAS	02 USB 01 USA	-	-		-	-	12	-	-	-
CASTRO ALVES	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
CONCEIÇÃO DA FEIRA	01 USB Q.	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
CONCEIÇÃO DO ALMEIDA	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
CONDE	01 USB	-	-		-	-	-	-	-	-
CRUZ DAS ALMAS	01 USB Q. 01 USA Q.	01 - PORTE I	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
DIAS DÁVILA	01 USB	01 - OPÇÃO IV	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
DOM MACEDO COSTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ELÍSIO MEDRADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GOVERNADOR MANGABEIRA	01 USB Q.	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
ITAPARICA			01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
ITATIM	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
JAGUARIBE	01 USB	-	-		-	-	-	-	-	-
JQUIRIÇÁ	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
LAJE	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
LAURO DE FREITAS	01 MOTO 01 USB 01 USA	01 - PORTE II	-		-	-	14	34	-	-
MADRE DE DEUS	01 USB 01 USA	-	-		-	-	-	-	-	-
MARAGOGIPE	01 USB	01 - PORTE I	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
MATA DE SÃO JOÃO	02 USB	-	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
MILAGRES	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
MUNIZ FERREIRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MURITIBA	01 USB	-	-		-	-	-	-	-	-
MUTUÍPE	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
NAZARÉ	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
POJUCA	01 USB Q.	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
PRESIDENTE TANCREDO NEVES	01 USB	-	-		-	-	-	-	-	-
SALINAS DA MARGARIDA	01 USB	-	-		-	-	-	-	-	-

SALVADOR	08 MOTO 33 USB Q. 08 USA Q. 01 USB AQUÁTICO Q. 01 CRU	02 - PORTE III 05 - PORTE III Q. 04 - OPCAO VIII Q.	06 - TIPO 01	1	05 - TIPO 02	49	239	577	8	14
SANTA TERESINHA	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
SANTO AMARO	02 USB	-	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
SANTO ANTÔNIO DE JESUS	01 USB 01 USB Q. 01 USA Q. 01 CRU	01 - OPCAO V	01 - TIPO 01	1	-	-	28	-	-	-
SÃO FELIPE	01 USB Q.	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
SÃO FÉLIX	01 USB Q.	-	-		-	-	6	-	-	-
SÃO FRANCISCO DO CONDE	01 USB 01 USA	-	-		-	-	-	-	-	-
SÃO MIGUEL DAS MATAS	01 USB	-	-		-	-	-	-	-	-
SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	01 USB	-	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
SAPEAÇU	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
SAUBARA	01 USB	-	-		-	-	-	-	-	-
SIMÕES FILHO	01 MOTO 02 USB 01 USA	01 - PORTE II	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
TEOLÂNDIA	01 USB	-	-		-	-	-	-	-	-
UBAÍRA	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
VARZEDO	01 USB Q.	-	-		-	-	-	-	-	-
VERA CRUZ	01 MOTO 02 USB Q. 01 USA Q.	01 - OPÇÃO IV	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-

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 Leste estão sendo financiados 07 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).

Na Macrorregião Leste a Resolução CIB/BA nº 398/2024, aprovou a habilitação de Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, com 8 Leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Infantojuvenis no Hospital Geral do Estado - de Referência Regional, no município de Salvador. A distribuição dos componentes para atendimento a RAPS estão demonstrados no (Quadro 8).

Quadro 8. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Leste do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS INFANTIL	LEITOS DE SAÚDE MENTAL	SRT	UAI	EMAESM
AMARGOSA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
ARATUÍPE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CABACEIRAS DO PARAGUAÇU	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CACHOEIRA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMAÇARI	-	1	1	1	1	-	-	-	-
CANDEIAS	-	1	-	-	-	-	-	-	-
CASTRO ALVES	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CONCEIÇÃO DA FEIRA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CONCEIÇÃO DO ALMEIDA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CONDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CRUZ DAS ALMAS	1	-	-	-	-	-	-	-	-
DIAS DÁVILA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
DOM MACEDO COSTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ELÍSIO MEDRADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GOVERNADOR MANGABEIRA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
ITAPARICA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
ITATIM	1	-	-	-	-	-	-	-	-
JAGUARIPE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JQUIRIÇÁ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LAJE	1	-	-	-	-	-	-	-	-
LAURO DE FREITAS	-	1	-	1	1	-	-	-	-
MADRE DE DEUS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MARAGOGIPE	1	-	-	-	-	-	-	-	-
MATA DE SÃO JOÃO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
MILAGRES	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MUNIZ FERREIRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MURITIBA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
MUTUÍPE	1	-	-	-	-	-	-	-	-
NAZARE	1	-	-	-	-	-	-	-	-
POJUCA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
PRESIDENTE TANCREDO NEVES	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SALINAS DA MARGARIDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SALVADOR	1	10	2	2 AD 1 AD III	2	8	5 TIPO II	1	-
SANTA TERESINHA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTO AMARO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTO ANTONIO DE JESUS	-	1	-	1	-	-	-	-	-
SAO FELIPE	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO FELIX	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO FRANCISCO DO CONDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO MIGUEL DAS MATAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO SEBASTIAO DO PASSE	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SAPEAÇU	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SAUBARA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SIMÕES FILHO	-	-	-	1	-	-	-	-	-
TEOLÂNDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UBAÍRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VARZEDO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VERA CRUZ	1	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

6.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

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

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

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

Na Macrorregião Leste os municípios de Lauro de Freitas e Camaçari realizaram a adesão ao cofinanciamento do Estado. A distribuição dos componentes habilitados para atendimento a RCPD estão demonstrados nos Quadros 9 e 10.

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

MUNICÍPIOS	ESTABELECIMENTO	COMPONENTE
CAMAÇARI	CENTRO MULTIPROFISSIONAL DE REABILITAÇÃO - CEMPRE	CER II - REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
		BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS
		OPM FISICA
LAURO DE FREITAS	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE LAURO DE FREITAS	CER III - REABILITAÇÃO AUDITIVA, FÍSICA E INTELECTUAL
SALVADOR	CENTRO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - CEPRED	CER III - REABILITACAO FISICA, AUDITIVA E INTELECTUAL
		OPM FISICA
		OPM AUDITIVA
		BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS
	HOSPITAL SANTO ANTONIO - OSID	CER IV - REABILITAÇÃO AUDITIVA, VISUAL, FÍSICA E INTELECTUAL
		OPM FISICA
		OPM AUDITIVA
		OPM VISUAL
		BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS
	APAE SALVADOR	SAÚDE AUDITIVA - IMPLANTE COCLEAR
BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS		

		OPM FISICA
	INSTITUTO BAHIANO DE REABILITAÇÃO - IBR	CER II -REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
		BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS
		OPM FISICA
	NÚCLEO DE ATENDIMENTO À CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL - NACPC	CER II -REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
		BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS
		OPM FISICA
	INSTITUTO DE CEGOS DA BAHIA	SERVIÇO DE REABILITAÇÃO VISUAL
		OPM VISUAL

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

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

MUNICÍPIOS	NOME DO ESTABELECIMENTO	TIPO - MODALIDADE
SALVADOR	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAO CER CAJAZEIRAS	CER II -REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAO II CER II	CER II -REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
	OBRAS SOCIAIS MISSIONARIOS DA COMPAIXAO	CER II -REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
	INSTITUTO OCCASIO	CER II -REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
	APAE SALVADOR - REFORMA E MUDANÇA MODALIDADE	CER III - REABILITACAO FISICA, AUDITIVA E INTELECTUAL

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 Leste a matriz de referência está demonstrada na (Figura 5).

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

ACÇÕES DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR	REGIÃO DE SAÚDE DE CAMAÇARI
Coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo uterino	UBS/PSF e Policlínicas Regionais de Saúde de Escada e Nandimba	UBS/PSF/ Policlínica Regional de Saúde Simões Filho
Colposcopia	UBS/PSF e Policlínicas Regionais de Saúde de Escada e Nandimba	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde Simões Filho
Mamografia	PRO CURA	Hospital Municipal Eurico Goulart de Freitas
	Bio Check Up Prevencor	Multimagem Camaçari
	Prev Center	Policlínica Regional de Saúde em São Francisco do Conde
	Clínica Imagem Diagnose	Centro Bioimagem Clóvis Silveira Menezes
	AMG Policlínica e Laboratório	Labormed
Laboratório de Citopatologia/Anatomia Patológica	CITOCLIN (M)	Hospital Municipal Dr. Carlito Silva
	CITOLAB	Hospital Municipal Dilton Bispo de Santana
	Laboratório Unívada	Hospital Municipal Eurico Goulart de Freitas
	BMCITO	
Fundação Baiana para Desenvolvimento das Ciências		
CIRURGIA	REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR	REGIÃO DE SAÚDE DE CAMAÇARI
- Aparelho Digestivo	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN + UNACON do Hospital Estadual da Mulher + UNACON do Hospital Santa Izabel	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN + UNACON do Hospital Estadual da Mulher + UNACON do Hospital Santa Izabel
- Coloproctologia		
- Ginecologia		
- Mastologia		
- Urologia		
- Cabeça e pescoço	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + Hospital Estadual da Mulher + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + Hospital Santa Izabel + Hospital Especializado Octávio Mangabeira	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + Hospital Estadual da Mulher + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + Hospital Santa Izabel + Hospital Especializado Octávio Mangabeira
- Torácica	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) + Hospital Especializado Octávio Mangabeira	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) + Hospital Especializado Octávio Mangabeira
- Ossos e partes moles	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
- Pele/Plástica (*)	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN + UNACON do Hospital Estadual da Mulher + UNACON do Hospital Santa Izabel	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN + UNACON do Hospital Estadual da Mulher + UNACON do Hospital Santa Izabel
- Neurocirurgia	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
- Oftalmologia	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
TRATAMENTO	REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR	REGIÃO DE SAÚDE DE CAMAÇARI
Radioterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + UNACON do Hospital Santa Izabel + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + UNACON do Hospital Santa Izabel + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN
Braquiterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Iodoterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Citorredução HIPEC	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Oncologia Clínica/Quimioterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN + UNACON do Hospital Estadual da Mulher + UNACON do Hospital Santa Izabel	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN + UNACON do Hospital Estadual da Mulher + UNACON do Hospital Santa Izabel
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 hemátia por embolização	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Radioterapia Estereotáxica	UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI) + CACON do Hospital Aristides Maltez	UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI) + CACON do Hospital Aristides Maltez
Quimioembolização de Tumor Hepático	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Cuidados Paliativos	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN + UNACON do Hospital Estadual da Mulher + UNACON do Hospital Santa Izabel	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN + UNACON do Hospital Estadual da Mulher + UNACON do Hospital Santa Izabel

CÂNCER HEMATOLÓGICO E PEDIÁTRICO	REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR	REGIÃO DE SAÚDE DE CAMAÇARI
Hematologia	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santa Izabel + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santa Izabel + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN
Oncologia Pediátrica	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI) + UNACON do Hospital Martagão Gesteira (HMG)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI) + UNACON do Hospital Martagão Gesteira (HMG)
AÇÕES DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS	REGIÃO DE SAÚDE DE CRUZ DAS ALMAS
Coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo uterino	UBS/PSF e Policlínicas Regionais de Saúde em Santo Antônio	UBS/PSF e Policlínicas Regionais de Saúde em Santo Antônio
Colposcopia	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Santo Antônio	UBS/PSF e Policlínicas Regionais de Saúde em Santo Antônio
Mamografia	Centro Médico IMDI	Hospital Nossa Senhora da Pompéia
	Policlínica Regional de Saúde em Santo Antônio	Clinica Aliança
Laboratório de Citopatologia/Anatomia Patológica	Consultório El Shaddai	Hospital Nossa Senhora da Pompéia
CIRURGIA	REGIÃO DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS	REGIÃO DE SAÚDE DE CRUZ DAS ALMAS
- Aparelho Digestivo	UNACON do Hospital Maternidade Luiz Argolo	UNACON do Hospital Maternidade Luiz Argolo
- Coloproctologia		
- Ginecologia		
- Mastologia		
- Urologia		
- Cabeça e pescoço	UNACON do Hospital Maternidade Luiz Argolo + Hospital Especializado Octávio Mangabeira	UNACON do Hospital Maternidade Luiz Argolo = Hospital Especializado Octávio Mangabeira
- Torácica	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) + Hospital Especializado Octávio Mangabeira	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) + Hospital Especializado Octávio Mangabeira
- Ossos e partes moles	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
- Pele/Plástica (*)	UNACON do Hospital Maternidade Luiz Argolo	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN + UNACON do Hospital Estadual da Mulher + UNACON do Hospital Santa Izabel
- Neurocirurgia	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
- Oftalmologia	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
TRATAMENTO	REGIÃO DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS	REGIÃO DE SAÚDE DE CRUZ DAS ALMAS
Radioterapia	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN
Braquiterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Iodoterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Citorredução HIPEC	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Oncologia Clínica/Quimioterapia	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN
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	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Radioterapia Estereotáxica	UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI) + CACON do Hospital Aristides Maltez	UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI) + CACON do Hospital Aristides Maltez
Quimioembolização de Tumor Hepático	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
Cuidados Paliativos	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN
CÂNCER HEMATOLÓGICO E PEDIÁTRICO	REGIÃO DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS	REGIÃO DE SAÚDE DE CRUZ DAS ALMAS
Hematologia	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santa Izabel + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santa Izabel + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN
Oncologia Pediátrica	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI) + UNACON do Hospital Martagão Gesteira (HMG)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI) + UNACON do Hospital Martagão Gesteira (HMG)

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

7 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

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

Na MRS-Leste, a 2ª Oficina Macrorregional ocorreu de modo *online*, no dia 20 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.

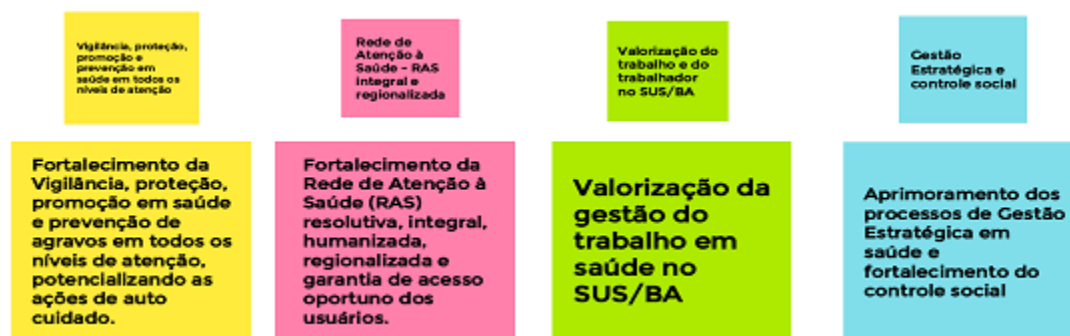
Atendendo a portaria CIT n. 01 de 30 de março de 2021, para a definição das diretrizes macrorregionais foram, previamente, consolidadas as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (2020-2023) e do Plano Estadual de Saúde (2020-2023) pelo grupo de discussão coordenado pela APG/COPRI. A consolidação das diretrizes 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.

A 2ª Oficina iniciou com a apresentação do vídeo “Compatibilização do Plano Nacional de Saúde e Plano Estadual de Saúde”, contendo a consolidação das diretrizes e o vídeo com “Descrição de Caso da Área Temática Priorizada”. 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-Leste: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde resolutiva, integral, humanizada, regionalizada e garantia de acesso oportuno dos usuários; Valorização da gestão do trabalho em saúde no SUS/BA; Fortalecimento da vigilância, proteção, promoção em saúde e prevenção de agravos em todos os níveis de atenção, potencializando ações de autocuidado; Aprimoramento dos processos de gestão estratégica em saúde e fortalecimento do controle social (Figura 6).

Figura 6. Diretrizes da Macrorregião de Saúde Leste. 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 19 de julho de 2022, para definir os objetivos e iniciar a discussão sobre a capacidade instalada da MRS-Leste.

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 10 de agosto de 2023 (Quadro 11).

Quadro 11. Diretrizes e objetivos para a Macrorregião de Saúde Leste. Bahia, 2023.

DIRETRIZ	OBJETIVO
Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde resolutiva, integral, humanizada, regionalizada e garantia de acesso oportuno dos usuários	Organizar a atenção primária como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado.
	Organizar a atenção especializada, a partir das necessidades do território.
	Aprimorar o sistema logístico da RAS. Aprimorar o sistema de apoio da RAS.
	Aprimorar a regulação, o controle e a avaliação do sistema de saúde.
Valorização da gestão do trabalho em saúde no SUS/BA	Promover estratégias para regularização dos vínculos trabalhistas e valorização dos trabalhadores.
	Implementar a política de gestão do trabalho e educação na saúde, por meio da pactuação das ações nos espaços regionais de articulação educação trabalho (CIR, CIES, Coapes).

Fortalecimento da vigilância, proteção, promoção em saúde e prevenção de agravos em todos os níveis de atenção, potencializando ações de autocuidado	Promover a integração das ações de vigilância e atenção à saúde.
	Qualificar as ações de vigilância das doenças e agravos não transmissíveis no território.
Aprimoramento dos processos de gestão estratégica em saúde e fortalecimento do controle social	Assegurar o financiamento estável para a RAS macrorregional.
	Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa.

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 às prioridades sanitárias escolhidas inicialmente pelos gestores da MRS-Leste.

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

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

Dando continuidade, no período de dezembro de 2024 a março de 2025, os Grupos Técnicos de Trabalho Macrorregionais (GTTM), elaboraram uma proposta de metas e indicadores, itens necessários para concluir a etapa de Diretrizes, Objetivos, Metas Indicadores (DOMI), aprovadas pelos gestores na 9ª Oficina realizada em 10.04.2025 e pactuada na reunião da CIB e publicada na Resolução CIB/BA nº 424/2025, conforme Quadro 12.

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

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

MATRIZ DOMI - MACRORREGIÃO LESTE - PRIORIDADE SANITÁRIA MATERNA E INFANTIL E ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES							
DIRETRIZ: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) resolutiva, integral, humanizada, regionalizada e garantia de acesso oportuno dos usuários							
OBJETIVO: Organizar a Atenção Primária como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado para garantia do acesso de forma integrada e resolutiva							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Ampliar para 100% a cobertura de ACS na macrorregião Leste	Percentual de cobertura do território com ACS	56,41 (SISAB-financiamento da APS, dez 2023)	70%	80%	100%	Realização levantamento dos vazios assistenciais e do déficit no número de ACS na Macrorregião Leste	SESAB e SMS
						Realização de processo seletivo para contratação de novos ACS	SMS
						Realização de treinamento para efetivação dos novos ACS contratados	SMS
Alcançar a meta proposta do indicador de hipertensão do novo financiamento federal em 100% dos municípios	Percentual de municípios alcançando a meta proposta para o indicador de hipertensão do novo financiamento federal	0%	70%	80%	100%	Organização das consultas médicas na APS para a avaliação dos pacientes autoreferidos com Hipertensão	SMS
						Desenvolvimento de estratégias para identificação e captação de hipertensos (campanhas, como dia "D" ; "Semana do Coração" etc)	SESAB e SMS
						Realização dos exames clínicos e laboratoriais, como hemoglobina glicada e monitoramento ambulatorial da pressão arterial-MAPA para confirmação diagnóstica	SMS
						Atualização dos registros dos pacientes hipertensos no sistema e-sus(PEC), com base nos resultados das avaliações médicas e exames laboratoriais	SMS
						Realização da busca ativa dos faltosos, através dos ACS.	SMS
						Realização da estratificação de risco cardiovascular em todos os pacientes identificados com hipertensão, para realizar o planejamento do cuidado de acordo com o grau de risco	SMS

Alcançar a meta proposta do indicador de diabetes do novo financiamento federal em 100% dos municípios	Percentual de municípios alcançando a meta proposta do indicador de diabetes do novo financiamento federal	0%	70%	80%	100%	Utilização da escala da estratificação de risco definida no desenho da linha de cuidado aprovada que será utilizada pelos municípios	SMS
						Organização de treinamentos para os profissionais de saúde das unidades para aplicação correta da escala, com sessões presenciais e online.	SESAB/SMS
						Formação de multiplicadores	SESAB/SMS
						Realização do exame da taxa de filtração glomerular	SMS
Alcançar a adesão de 1 equipe multi, na APS em 100% dos municípios	Percentual dos municípios com adesão de no mínimo, 1 equipe multi, na APS	50% (e-gestor: Financiamento APS, eMulti pagas, fev/2025)	100%	100%	100%	Adesão dos municípios à equipe multidisciplinares para dar suporte às equipes de saúde da família.	SMS
						Matriciamento pelas equipes multi dos profissionais das ESF para manejo das pessoas com HAS e DM	SMS
Alcançar a utilização de das 3 funcionalidades do Telessaúde em 100% dos municípios	Percentual dos municípios utilizando das 3 funcionalidades do Telessaúde	31,25% (Telessaúde, 2023)	100%	100%	100%	Fornecimento de equipamentos e infraestrutura necessários para a implementação de telemedicina e telediagnóstico	SESAB/SMS
						Treinamento dos profissionais de saúde no uso de telemedicina e telediagnóstico.	SESAB/SMS
Realizar 7 ou mais consultas no pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação, em 80% das mulheres	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	39,90% (CAMAB/SISAB, 3º Q2023)	60%	70%	80%	Viabilização das teleconsultas para gestantes nas UBS quando necessárias	SMS
						Busca ativa das gestantes	SMS
						Estratificação do risco da gestação	SMS
Alcançar 85% de gestantes com pré natal odontológico realizado na APS	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na APS	50,52% (CAMAB/SISAB, 3º Q2023)	80%	82%	85%	Realização de consulta odontológica por gestante no pré-natal	SMS
						Busca ativa das gestantes	SMS
Alcançar 80% dos município realizando a triagem oftalmologica na APS	% dos municipios realizando triagem oftalmologica na APS	17%	30%	60%	80%	Capacitação dos profissionais para os testes neonatais (linguinha, pezinho (coleta), olho)	SESAB/SMS
						Monitoramento e avaliação da realização dos testes neonatais pelas ESF	SESAB/SMS

Reduzir a Mortalidade materna em 50% para gestantes negras até 2027.	Razão da Mortalidade materna em gestantes negras, ocorridos na macrorregião	61,55 (SIM, 2023)	55,40	46,16	30,78	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 em 2% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças Cardiovasculares e diabetes mellitus	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	310,12 (SESAB/SUVISA/DIVEP/SIM, 2023)	303,92	297,84	291,88	Compartilhamento da APS com atenção especializada dos pacientes com risco alto e muito alto	SESAB/SMS
						Matriciamento para as equipes de atenção primária à saúde para realização de estratégias de promoção à saúde e mudanças de hábitos dos pacientes	SESAB/SMS
						Realização consulta com cardiologista e outros profissionais (nutricionista, psicólogo, farmacêutico, nefrologista)	SMS
OBJETIVO: Organizar a atenção especializada, a partir das necessidades do território.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implantar 10 ambulatórios de atendimento às gestantes e puérperas (AGPAR) na macrorregião	Número de AGPAR implantados	0	8	10	10	Definição dos serviços para atendimento ambulatorial à gestantes e puérperas	SESAB e SMS
						Adequação da infraestrutura física e equipamentos dos ambulatórios	SESAB e SMS
						Acompanhamento da solicitação de habilitação	SESAB e SMS
						Monitoramento do funcionamento dos AGPAR	SESAB e SMS
Implantar 10 ambulatório de seguimento do recém-nascido e da	Número de ASEG implantados	0	8	10	10	Definição dos serviços para atendimento ambulatorial ao recém-nascidos e crianças egressos	SESAB e SMS

criança egressos de unidade neonatal (A-SEG) na macrorregião						Adequação da infraestrutura física e equipamentos dos ambulatórios	SESAB e SMS
						Acompanhamento da solicitação de habilitação	SESAB e SMS
						Monitoramento do funcionamento dos A-SEG	SESAB e SMS
OBJETIVO: Aprimorar o sistema logístico da Rede de Atenção à Saúde (RAS)							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implantar 04 USA para transporte das gestantes/neonato na macrorregião, central de regulação de urgência	Número de USA para transporte das gestantes/neonato na macrorregião, central de regulação de urgência	0	1	3	3	Aquisição de veículos para transporte sanitário das gestantes	MS
						Realização de rateio para custeio e aquisição de equipamento	SESAB/SMS
						Organização do fluxo para utilização do transporte sanitário	SESAB e SMS
Alcançar 100% das 04 unidades de GAR com taxa de ocupação de 90% dos leitos obstétricos	Percentual das 04 unidades de GAR com taxa de ocupação de 90% dos leitos obstétricos	0% (SIH/SUS, 2023)	100%	100%	100%	Adequação das unidades com a definição dos leitos efetivamente em uso	SESAB e SMS
						Adequação do CNES, conforme número de leitos em efetivo funcionamento	SESAB e SMS
Implantar o e-SUS regulação em 100% dos municípios da macrorregião	Percentual de municípios com e-SUS regulação implantado	0%	100%	100%	100%	Verificação dos sistemas de regulação utilizados nos 48 municípios da Macrorregião	SMS
						Realização da interoperabilidade para os sistema diferente do e-sus regulação	SESAB e SMS
						Apoio a implantação do e-SUS regulação	SESAB e SMS
OBJETIVO: Aprimorar o sistema de apoio da Rede de Atenção à Saúde (RAS)							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar o teste do pezinho, em 100% dos Nascidos Vivos(NV), do	Percentual dos Recém Nascidos(RN) com teste	47,08% (Sistema de informação	100%	100%	100%	Visita Domiciliar, ao binômio mãe-bebê, na primeira semana de vida do RN.	SMS

3º ao 5º dia de vida, na macrorregião.	do pezinho realizado oportunamente, na macrorregião	em triagem neonatal/DGC)				Oferta de plano de alta segura para o binômio mãe-bebê, assegurando contra-referenciação com consulta de enfermagem e/ou médica até 7 dias após o parto e/ou quando necessária.	SESAB E SMS
DIRETRIZ: Fortalecimento da Vigilância, proteção, promoção em Saúde e prevenção de agravos em todos os níveis de atenção, potencializando ações de auto cuidado							
OBJETIVO: Promover a integração das ações de Vigilância e Atenção à Saúde							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Alcançar o cumprimento de 95% em pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade em 100% dos municípios	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	44,68% (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Monitoramento do registro de vacinas realizadas nas maternidades	SESAB e SMS
						Elaboração estratégias para melhoria das coberturas vacinais (transcrição da caderneta, qualificação dos profissionais da rede, busca ativa pelo ACS e estratégias extra muro)	SESAB e SMS
						Identificação para garantia do registro civil, da vacinação da criança e da alimentação do Sistema	
						Realização de campanha de incentivo à vacinação com foco na Pentavalente, pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral para o público de crianças de até dois anos	SESAB/SMS
OBJETIVO: Qualificar as ações de Vigilância materna e infantil no território.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Alcançar a taxa de 1,8 de sífilis congênita em menores de 1 ano	Taxa da Sífilis congênita em menores de 1 ano	14,02/1000NV (CAMAB, dez/2023)	1,8	1,8	1,8	Divulgação de protocolos para redução da transmissão vertical da Sífilis	SESAB/SMS
						Incentivo a realização de teste rápido da Sífilis e demais ISTs para diagnóstico precoce e tratamento adequado	SESAB/SMS

						Realização da atividade de comunicação para a população sobre a importância da realização do teste para a Sífilis durante o pré-natal	SESAB/SMS
						Implantação e implementação 4 Câmaras Técnicas (CT) macrorregional para análise de casos de transmissão vertical	SESAB/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/SMS
Alcançar 100% da investigação dos óbitos infantis e fetais da macrorregião	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	39,47% (SIM, 2023)	100%	100%	100%	Implementação de Comitê de óbito infantil e fetal	SESAB e SMS
						Capacitação dos profissionais de saúde para a vigilância dos óbitos infantis e fetais	SESAB e SMS
Alcançar 100% da investigação dos óbitos maternos da macrorregião	Proporção de óbitos maternos investigados	60% (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Implementação de Comitê de óbito materna	SESAB e SMS
						Capacitação dos profissionais de saúde para a vigilância dos maternos	SESAB e SMS
OBJETIVO: Qualificar as ações de Vigilância das doenças e agravos não transmissíveis no território.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Reduzir em 30% ao ano as internações hospitalares com amputações de pé em pacientes com diabetes	Número de internações decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus	11,17 (SIH, 2023)	7,82	5,47	3,83	Estímulo a expansão da Estratégia de Saúde da Família no Estado.	SESAB e SMS
						Estímulo a prevenção do diabetes e de suas complicações como prioridade de saúde pública.	SESAB e SMS
	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos)	310,12 (SESAB/SUVIS)	303,92	297,84	291,88	Promoção a educação profissional permanente sobre diabetes na equipe de saúde a fim de estimular e qualificar o cuidado. Elaboração de Boletim epidemiológico das DANT publicizados por ano	SESAB e SMS SMS

Redizir 2% ao ano da Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	por DCNT	A/DIVEP/SIM, 2023)				Promoção das ações de educação permanente para implementação da vigilância das DCNT.	SESAB/SMS
						Apoio institucionalmente os municípios e regionais quanto às informações necessárias sobre as DCNT.	SESAB
DIRETRIZ: Valorização da gestão do trabalho em saúde no SUS/BA							
OBJETIVO: Promover estratégias para regularização dos vínculos trabalhistas e valorização dos trabalhadores da saúde							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Elaborar 01 documento técnico regional para nortear a contratação, fixação e valorização dos profissionais	Número de documento técnico regional para nortear a contratação, fixação e valorização dos profissionais elaborado	0	0	1	1	Criação GT com representantes das quatro regiões de saúde e SESAB	SESAB/SMS
						Identificação de estratégias de contratação, fixação e valorização que se adequem as necessidades da macrorregião.	SESAB/SMS
						Elaboração de proposta	SESAB/SMS
						Apresentação da proposta macrorregional de contratação, fixação e valorização dos profissionais elaborada em cada CIR	SESAB/SMS
Alcançar 75% de ficha de notificação de doenças e agravos relacionadas ao trabalho com os campos de CNAE e CBO preenchidos para todos os profissionais	Percentual de fichas de notificação de doenças e agravos relacionadas ao trabalho com os campos de CNAE e CBO preenchidos para todos os profissionais	38,57% (SINAN_NET DIVEP/SESAB, 2023)	75%	75%	75%	Elaboração de estratégias de segurança e saúde da trabalhadora e do trabalhador implementadas.	SESAB/SMS
						Apoio para implantação de estratégias de saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador no SUS em todos os serviços de saúde	SESAB/SMS
						Monitoramento e avaliação das estratégias implementadas para segurança de trabalhadoras(es) nos serviços de saúde	SESAB/SMS
OBJETIVO: Implementar a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, por meio da pactuação das ações nos espaços regionais de articulação educação-trabalho (CIR, CIES, COAPES)							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar 2 reuniões anuais do GT de EPS por CIR	Número de reuniões do GT de EPS por CIR	0	8	16	24	Implantação de 01 GT de educação permanente em saúde em cada CIR	SESAB/SMS

						Monitoramento da execução do plano de ação de educação permanente em saúde regional- CIES	SESAB/SMS
						Definição das necessidades para o território sobre o tema	SESAB/SMS
DIRETRIZ: Aprimoramento dos processos de gestão estratégica em saúde e fortalecimento do controle social							
OBJETIVO GERAL: Assegurar o financiamento estável para RAS macrorregional							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Habilitar 06 novas unidades de gestação de alto risco	Número de novas unidades habilitadas	4	7	10	10	Identificação de todas as unidades que realizam partos de alto risco	SESAB e SMS
						Redefinição das unidades de referência para GAR	SESAB e SMS
						Identificação das necessidades para habilitação das unidades.	SESAB e SMS
Habilitar 02 unidades 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
Alcançar adesão de 100% dos municípios ao financiamento estadual para ESF por desempenho dos indicadores	Percentual de municípios com adesão ao financiamento estadual para ESF por e desempenho dos indicadores	0%	100%	100%	100%	Apresentação da proposta nos espaços de gestão colegiada	SESAB e SMS
						Formalização da adesão dos municípios	SMS
						Monitoramento da adesão	SESAB
Alcançar adesão de 100% de municípios elegíveis ao Programa Mae Bahia	Percentual de municípios elegíveis que aderiram ao Programa Mãe Bahia	0%	80%	90%	100%	Análise dos critérios para adesão	SMS
						Formalização da adesão	SMS
						Emissão de relatórios de produção.	Sesab
OBJETIVO: Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS

		LINHA DE BASE	2025	2026	2027		
Estruturar 01 CEGRAS	Número de CEGRAS estruturado	0	1	1	1	Apresentação dos relatórios consolidados de produção pelo CEGRAS nas reuniões de CIR integrada	CEGRAS
						Acompanhamento de 100% das maternidades de atendimento a gestação de alto risco	SESAB e SMS
						Discussão das informações apuradas, consolidadas e monitoradas pelo CEGRAS nos espaços colegiados	SESAB e SMS
Implementar 01 linha de cuidado na macrorregião	Número de linha do cuidado implementada na macrorregional	0	0	1	1	Instituição do GT multiprofissional com representação das 4 CIR para discussão da linha de cuidado, incluindo a estratificação de risco na AP	SESAB e SMS
						Elaboração do desenho da linha de cuidado para HAS e DM adotado a partir da modelagem aprovada na CIB 576/2023	SESAB e SMS
						Realização de oficinas de validação e pactuação	SESAB e SMS
						Divulgação, acompanhamento e avaliação	SESAB e SMS

DIRETRIZ: Fortalecimento da Vigilância, proteção, promoção em Saúde e prevenção de agravos em todos os níveis de atenção, potencializando ações de auto cuidado							
OBJETIVO: Promover a integração das ações de Vigilância e Atenção à Saúde							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	Meta escalonada			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Alcançar o cumprimento de pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade em 100% dos municípios	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	44,68% (2023 – CAMAB)	100%	100%	100%	Monitoramento do registro de vacinas realizadas nas maternidades	SESAB e SMS
						Elaboração estratégias para melhoria das coberturas vacinais (transcrição da caderneta, qualificação dos profissionais da rede, busca ativa pelo ACS e estratégias extra muro)	SESAB e SMS
						Garantia do registro civil, da vacinação da criança e da alimentação do Sistema	SESAB e SMS
						Realização de campanha de incentivo à vacinação com foco na Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral para o público de crianças de até dois anos	SESAB/SMS
OBJETIVO: Qualificar as ações de Vigilância materna e infantil no território.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	Meta escalonada			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Alcançar a taxa de 1,8 de sífilis congênita em	% da taxa da Sífilis congênita em	14,02/1000NV (Dez/2023. Fonte: CAMAB)	1,8	1,8	1,8	Divulgação de protocolos para redução da transmissão vertical da Sífilis	SESAB/SMS

menores de 1 ano	menores de 1 ano					Incentivo a realização de teste rápido da Sífilis e demais ISTs para diagnóstico precoce e tratamento adequado	SESAB/SMS
						Realização da atividade de comunicação para a população sobre a importância da realização do teste para a Sífilis durante o pré-natal	SESAB/SMS
						Implantação e implementação 4 Câmaras Técnicas (CT) macrorregional para análise de casos de transmissão vertical	SESAB/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/SMS
Alcançar 100% da investigação dos óbitos infantis e fetais da macrorregião	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	39,47% (SIM, 2023)	100%	100%	100%	Implementação de Comitê de óbito infantil e fetal	SESAB e SMS
						Capacitação dos profissionais de saúde para a vigilância dos óbitos infantis e fetais;	SESAB e SMS
Alcançar 100% da investigação dos óbitos maternos da macrorregião	Proporção de óbitos maternos investigados	60% (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Implementação de Comitê de óbito materno	SESAB e SMS
						Capacitação dos profissionais de saúde para a vigilância dos maternos;	SESAB e SMS

OBJETIVO: Qualificar as ações de Vigilância das doenças e agravos não transmissíveis no território.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	Meta escalonada			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Reduzir em 30% ao ano as internações hospitalares com amputações de pé em pacientes com diabetes	Número de internações decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus	11,17% (2023, SIH)	7,82%	5,47%	3,83%	Estimular a expansão da Estratégia de Saúde da Família no Estado.	SESAB e SMS
						Estimular a prevenção do diabetes e de suas complicações como prioridade de saúde pública.	SESAB e SMS
						Promover a educação profissional permanente sobre diabetes na equipe de saúde a fim de estimular e qualificar o cuidado.	SESAB e SMS
Reduzir 2% ao ano da Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	310,12 SESAB/SUVISA/DIVEP/SIM - 2023	303,92	297,84	291,88	Elaboração de Boletim epidemiológico das DANT publicizados por ano	SMS
						Promover ações de educação permanente para implementação da vigilância das DCNT.	SESAB/SMS
						Apoiar institucionalmente os municípios e regionais quanto às informações necessárias sobre as DCNT.	SESAB
DIRETRIZ: Valorização da gestão do trabalho em saúde no SUS/BA							
OBJETIVO: Promover estratégias para regularização dos vínculos trabalhistas e valorização dos trabalhadores da saúde							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	Meta escalonada			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Elaborar 01 proposta macrorregional	proposta macrorregional de contratação,	0	0	1	1	Criação GT com representantes das quatro regiões de saúde e Sesab	SESAB/SMS

de contratacao, fixacao e valorizacao dos profissionais	fixacao e valorizacao dos profissionais elaborada					Identificação de estratégias de contratação, fixação e valorização que se adequem as necessidades da macrorregião.	SESAB/SMS
						Elaboracao de proposta	SESAB/SMS
						Apresentação da proposta macrorregional de contratação, fixação e valorização dos profissionais elaborada em cada CIR	SESAB/SMS
Alcançar 75% de ficha de notificação de doenças e agravos relacionadas ao trabalho com os campos de CNAE e CBO preenchidos para todos os profissionais	ficha de notificação de doenças e agravos relacionadas ao trabalho com os campos de CNAE e CBO preenchidos para todos os profissionais	38,57% (SINAN_NET 2023/DIVEP/SESAB)	75%	75%	75%	Elaboração de estratégias de segurança e saúde da trabalhadora e do trabalhador implementadas.	SESAB/SMS
						Apoio para implantação de estratégias de saúde e segurança da trabalhadora e do trabalho no SUS em todos os serviços de saúde	SESAB/SMS
						Monitoramento e avaliação das estratégias implementadas para segurança de trabalhadoras(es) nos serviços de saúde	SESAB/SMS

OBJETIVO: Implementar a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, por meio da pactuação das ações nos espaços regionais de articulação educação-trabalho (CIR, CIES, COAPES)							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	Meta escalonada			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar 2 reuniões anuais do GT de EPS por CIR	numero de reuniões do GT de EPS por CIR	0	8	16	24	Implantação de 01 GT de educação permanente em saúde em cada CIR	SESAB/SMS
						Monitoramento da execução do plano de ação de educação permanente em saúde regional-CIES	SESAB/SMS
						Definição das necessidades para o território sobre o tema	SESAB/SMS
Alcançar 80% dos município realizando a triagem oftalmologica na APS	% dos municípios realizando triagem oftalmologica na APS	17%	30%	60%	80%	Capacitação dos profissionais para os testes neonatais (linguinha, pezinho (coleta), olho)	SESAB/SMS
						Monitoramento e avaliação da realização dos testes neonatais pelas ESF	SESAB/SMS
DIRETRIZ: Aprimoramento dos processos de gestão estratégica em saúde e fortalecimento do controle social							
OBJETIVO GERAL: Assegurar o financiamento estável para RAS macrorregional							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	Meta escalonada			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Habilitar 10 unidades de gestação de alto risco	Número de unidades habilitadas	4	7	10	10	Identificação de todas as unidades que realizam partos de alto risco	SESAB e SMS
						Redefinição das unidades de referência para GAR	SESAB e SMS
						Identificação das necessidades para habilitação das unidades.	SESAB e SMS
Alcançar adesão de 100% dos	% de municípios com adesão ao	0%	100%	100	100%	Apresentação da proposta nos espaços de gestão colegiada	SESAB e SMS

municípios ao financiamento estadual para ESF por desempenho dos indicadores	financiamento estadual para ESF por e desempenho dos indicadores					Formalização da adesão dos municípios	SMS
						Monitoramento da adesão	SESAB
Alcançar adesão de 100% de municípios elegíveis ao Programa Mãe Bahia	% de municípios elegíveis que aderiram ao Programa Mãe Bahia	0%	100%	100	100%	Análise dos critérios para as unidades da MRS	SESAB e SMS
						Formalização da adesão	SMS
						Emissão de relatórios de produção	SMS
OBJETIVO: Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	Meta escalonada			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Estruturar 01 CEGRAS	número de CEGRAS estruturado	0	1	1	1	Apresentação dos relatórios consolidados de produção pelo CEGRAS nas reuniões de CIR integrada	CEGRAS
						Acompanhamento de 100% das maternidades de atendimento a gestação de alto risco	SESAB e SMS
						Discussão das informações apuradas, consolidadas e monitoradas pelo CEGRAS nos espaços colegiados	SESAB e SMS
Implementar 01 linha de cuidado na macrorregião	nº de linha do cuidado implementada na macrorregião	0	0	1	1	Instituição do GT multiprofissional com representação das 4 CIR para discussão da linha de cuidado, incluindo a estratificação de risco na AP	SESAB e SMS
						Elaboração do desenho da linha de cuidado para HAS e DM	SESAB e SMS

					adotado a partir da modelagem aprovada na CIB 576/2023	
					Realização de oficinas de validação e pactuação	SESAB e SMS
					Divulgação, acompanhamento e avaliação	SESAB e 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 elabora documento orientador que culminou na composição e as atribuições do Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS) nas macrorregiões de saúde da Bahia, publicada em Resolução CIB Nº 423/2025, descritas a seguir:

Composição

I – União:

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

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

II – Estado:

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

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

III – Município:

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

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

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

IV – Consórcios Interfederativos de Saúde:

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

V - Representação dos prestadores de serviços:

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

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

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

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

VI - Controle Social:

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

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

Atribuições

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Macrorregional de Saúde se constitui em instrumento que consolida o processo de planejamento na MRS-Leste. É um produto da construção participativa e descentralizada, que reuniu esforços e saberes dos diversos atores municipais e do âmbito central e regional da Sesab. O Plano utilizou diferentes metodologias e instrumentos, adequando-se às mudanças e desafios enfrentados neste processo.

A análise da situação de saúde na MRS-Leste indica fragilidades, com oscilação de indicadores de saúde ao longo do período analisado.

Os dados apresentados sobre a organização dos serviços mostram que a MRS-Leste possui um índice muito baixo de dependência das demais macrorregiões, o que era esperado. Entretanto, ao se tratar da APS, evidencia-se fragilidade na sua capacidade de ordenar a RAS, frente a baixa cobertura.

Esse dado é agravado ao se constatar o frágil sistema logístico com o estabelecimento de apenas três CRU regionais, quando o esperado para o porte populacional da MRS-Leste é de sete (7) CRU. A análise sobre equipamentos, serviços especializados, urgência/emergência e o sistema logístico ficou prejudicada, pela ausência de alguns parâmetros de suficiência e pela não especificidade da maioria destes componentes. A existência de 16 municípios em situação de extrema pobreza, representando 34% da macrorregião é um dado significativo que explica, em parte, a razão de não se obter avanços positivos nos indicadores de saúde.

Em um primeiro momento, a prioridade sanitária da macrorregião foi a Atenção materna e infantil. Posteriormente, em discussão com os secretários municipais da saúde foi redefinida a prioridade para a Atenção às pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica que compõem um grupo das doenças e agravos não transmissíveis. Esta redefinição se deu em decorrência da existência do PROSUS, projeto implementado em parceria com o Banco Mundial, que desenvolveu discussões e análises dessas doenças e agravos nas Regiões de Saúde de Camaçari e Salvador e Região Metropolitana de Salvador.

Destaca-se que o uso dos leitos clínicos gerais e de leitos das UTI Adulto, tipo II ou III é comum para todas as prioridades sanitárias. Identifica-se subutilização dos equipamentos para realização dos procedimentos para essas prioridades sanitárias. A

existência do equipamento indica que há possibilidade de maior oferta de exames, o que indica falta de atualização e revisão dos diversos sistemas de informação.

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

Uma vez definidos os serviços a serem oferecidos, será imprescindível construir acordos entre os gestores dos três entes federativos para a estruturação da RAS. Assim, é fundamental a definição dos mecanismos de financiamento previstos no orçamento do SUS para garantir o bom funcionamento do Plano Macrorregional de Saúde.

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 procuram os serviços de saúde por motivos que avaliam 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 à 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

	<p>malignas e afecções correlatas, implementados mediante incentivo fiscal as ações e serviços de atenção oncológica, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer.</p>
Programa Nacional de Triagem Neonatal	<p>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.</p>
Proporção	<p>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).</p>
R	
Razão	<p>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.</p>
Rede de Atenção à Saúde	<p>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).</p>
Rede Materna e Infantil	<p>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.</p>
Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)	<p>Recurso de vigilância e monitoramento de neoplasias destinado a estimar incidências, taxas de mortalidade e de sobrevida, por meio da coleta, análise, interpretação e divulgação sistemática em uma população e períodos específicos.</p>
Regulação da Atenção à Saúde	<p>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.</p>
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 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	<p>Pontos de atenção à saúde que garantem tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde.</p> <p>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.</p>
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 2024 dez 18]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html
- ² Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Rev Baiana Saúde Pública. 2020 jan-mar;44(supl 1):1-184. DOI: 10.22278/2318-2660.2020.v44.n0.a3205.
- ³ Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Resolução CIB/BA nº 018/2021. Aprova o credenciamento de Equipe de Saúde da Família – ESF, no Município de Ibicuí. Diário Oficial do Estado [Internet]. [citado 2024 set 17]. Disponível em: http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/resolucoes/2018/RES_CIB_018_2018.pdf
- ⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado 2025 set 17]. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sim>
- ⁵ 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/>.
- ⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Morbidade e Fatores de Risco. Adaptado da Ficha de Qualificação da RIPSA – 2008 [Internet]. [citado em 17 mai de 2021]. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2008/d-2-1/>.
- ⁷ 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>.
- ⁸ Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância a Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Análise das DIPs 2011-2020
- ⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília (DF). [citado em 29 abr. 2021].
- ¹⁰ 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.
- ¹¹ Camara TNL. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. *Rev Saude Publica* 2016; 50. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006791>.
- ¹² Fundação Oswaldo Cruz. Febre amarela: sintomas, transmissão e prevenção [internet]. [citado em 29 abr de 2021]. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/febre-amarela-sintomas-transmissao-e-prevencao>. Acesso em: 29 abr. 2021
- ¹³ Brasil. Ministério da Saúde. Leishmaniose Visceral: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção [internet]. [citado em 29 abr de 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniose-visceral>.

- ¹⁴ Tauil PL. Perspectivas de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2006; 39 (3): 275-277. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822006000300010>.
- ¹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3 de 28 de setembro de 2017. Institui a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017; 28 set.
- ¹⁶ 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>.
- ¹⁷ 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>.
- ¹⁸ Raimundo DM de L, Silva RAR da, Pinheiro YT, Menezes HF de, Santos WN dos, Holanda JRR, et al.. Sífilis congênita: análise de tendência temporal e projeção de casos. *Acta paul enferm* [Internet]. 2025;38:eAPE0003054. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2025AO003054>
- ¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília (DF). [citado em 29 abr. 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>.
- ²⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília (DF). [citado em 29 abr. 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>.
- 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. 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>.
- ²² Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. 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>.
- ²³ 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>.
- ²⁴ 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>.

- ²⁵ Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Card* 107[3], Supl. 3, set 2016.
- ²⁶ 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.
- ²⁷ Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Curso Doenças Endócrino-Metabólicas e Nutrição [Internet]. [citado em 26 abr. de 2021]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/cursos-e-eventos/51635>
- ²⁸ Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Curso Doenças Endócrino-Metabólicas e Nutrição [Internet]. [citado em 26 abr. de 2021]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/cursos-e-eventos/51635>
- ²⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde [Internet]. [citado em 22 abr. de 2021]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>.
- ³⁰ 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.
- ³¹ Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde [Internet]. [citado em 14 mai de 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/frba.def>.
- ³² Pan American Health Organization. Regional status report on alcohol and health in the Americas. Washington (DC): PAHO; 2015.
- ³³ Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Morbidade e epidemiologia. Sinan - Bahia [Internet]. [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/agravos-morbidade-epidemiologia/>
- ³⁴ Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Morbidade e epidemiologia. Sinan - Bahia [Internet]. [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/agravos-morbidade-epidemiologia/>
- ³⁵ Rodrigues Lisboa T, Batista Medeiros Serafim I, Caroline Medeiros Serafim J, Campanha Ramos A, Monteiro do Nascimento R, Nunes Bandeira Roner M. Relationship between the incidence of arbovirus cases and the pandemic of COVID-19. *Interdiscip. J. Appl. Sci.* [Internet]. 2022 Feb. 24 [cited 2025 Apr. 29];6(10):31-6. Available from: <https://sou.uces.br/revistas/index.php/ricaucs/article/view/103>
- ³⁶ Galvão LR. Evolução temporal da mortalidade materna em adolescentes e adultas jovens no estado da Bahia no período de 2000-2016 [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2019. 90 p.
- ³⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ações com foco na Saúde da Mulher [Internet]. [citado 2021 abr 14]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>

³⁸ Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Mortalidade [Internet]. [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/obitos/>.

³⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero. 2014 [Internet]. [citado 2025 abr 17]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/fichatecnicaindicadorescolo14.pdf>

⁴¹ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

⁴² BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

⁴³ BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados pelos entes federativos em ações e serviços públicos de saúde e sobre a transparência e controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012.



ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)

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