

# PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE NORDESTE



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

**PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE  
MACRORREGIÃO DE SAÚDE NORDESTE**

**SALVADOR**

**2025**

Jerônimo Rodrigues Souza

**GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA**

Geraldo Júnior

**VICE-GOVERNADOR**

Roberta Silva de Carvalho Santana

**SECRETÁRIA DA SAÚDE**

Paulo José Bastos Barbosa

**SUBSECRETÁRIO DA SAÚDE**

Cícero de Andrade Rocha Filho

**CHEFE DE GABINETE**

Igor Lobão Ferraz Ribeiro

**SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (SAIS)**

Rívia Mary de Barros

**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE (SUVISA)**

Janaína Peralta de Souza

**SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE (SUPERH)**

Mônica Hupsel Frank

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

Luiz Henrique Gonzales d'Utra

**SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA EM SAÚDE (SAFTEC)**

Emanuele Figuéredo Barbosa

**ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)**

Joana Angélica Oliveira Molesini

**COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO REGIONAL (COPRI)**

Maria Aparecida dos Santos

**COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO (COPLAN)**

## **Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde (GCE)**

### Titulares:

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

Ernesto da Costa Lima Júnior – COSEMS

Francisco Borges Rodrigues Neto – MS/SEMS/BA

Jacqueline do Bonfim Farias – COSEMS

Liliane Mascarenhas Silveira – SESAB/SAIS/DGC;

Lívia Maria Bonfim Mendes Aguiar – COSEMS

Maria Alcina Romero Boullosa – SESAB/SAIS/DAE;

Paulo José Bastos Barbosa – SESAB/GASEC;

Raquel Ferraz da Costa – COSEMS

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

Roberta Fonseca Sampaio – SESAB/GASEC;

Rodrigo Santos Alves – COSEMS

Stela dos Santos Souza – Presidente do COSEMS

### Suplentes:

Cláudia Daniela Santos Souza – SESAB/SAFTEC/DASF

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

Danilo Fernandes Ricardo – COSEMS

Desirée dos Santos Carvalho – MS/SEMS/BA

Eneida Manuela Barqueiro Gomes – SESAB/SUREGS/DICON

Fernanda Oliveira Maron – COSEMS

Marcus Vinícius Bomfim Prates – SESAB/SAIS/DAB

Maria Rosânia de Souza Rabelo – COSEMS

Rivia Mary de Barros – SESAB/SUVISA

Rodrigo Santos Matos – COSEMS

Rosângela Oliveira dos Santos Almeida – COSEMS

Valmor Santos Félix – COSEMS

Zaine dos Santos Cardozo Lima – SESAB/SAIS/DGESS

## **Equipe de elaboração / Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional - GTTM**

Camila Cerqueira de Oliveira Carvalho – CIR Ribeira do Pombal

Cristiane Câmara Macêdo – SESAB/APG/COPRI

Engracia Figueireido Lima – SESAB/NRS

Itana Miranda dos Santos – MS/SEMS/BA

Jusseli Pereira de Araújo – CIR Alagoinhas

Luciane Vasconcelos dos Santos Soares – COSEMS/BA

Lutigardes Bastos Santana – SESAB/APG/COPRI – (OPAS/OMS)

Mônica Santos Reis – CIR Ribeira do Pombal

Patrícia Valeria Barros – SESAB/NRS

Yumara Franco da Silva Rabelo – CIR Alagoinhas

## **Colaboradores**

Alan Silva Reis

Cristiane Câmara Macêdo

Cristina Maria Meira de Melo

Daniella Krissila Santa Rosa Rosário

Eneida Manuela Barqueiro Sena Gomes

Ernesto da Costa Lima Junior

Felipe Fontes Costa Pinto

Fernanda Bruna Moraes dos Santos

Hadson Namour Rocha de Mattos

Itana Miranda dos Santos

Itanna Vytoria Sousa Serra

Jamille dos Santos Queiroz

Jeyson Murayama

Joana Angélica Oliveira Molesini

Joselma Alves da Silva

Julio Jorge Musse Calzado

Larissa de Faro Valverde

Lucitania Rocha de Aleluia

Lutigardes Bastos Santana

Madalena Braga

Manoel Henrique de Miranda Pereira  
Marcia Ediméia Costa de Matos  
Maria Auxiliadora Cordova Christofaro  
Sara Emanuela de Carvalho Mota  
Tânia Margarida de Novaes Rocha  
Willian Jackson Abreu de Jesus

**Equipe Técnica de Discussão**

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

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

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

HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ideb	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LVH	Leishmaniose Visceral Humana
MC	Média Complexidade
MRS	Macrorregião de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NRS	Núcleo Regional de Saúde
NV	Nascidos Vivos
OBR	Observatório Baiano de Regionalização
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRI	Planejamento Regional Integrado
ProadiSUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PROSUS	Programa de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMS	Região Metropolitana de Saúde
RS	Região de Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
Saeb	Sistema de Avaliação da Educação Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SBACV	Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vasculare
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

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Macrorregiões e Regiões de Saúde, Bahia, 2007.....	20
<b>Figura 2.</b> Razão de Mortalidade Materna segundo parâmetros da OMS. Bahia, 2023.....	35
<b>Figura 3.</b> Sistema Organização da RAS. ....	79
<b>Figura 4.</b> Percentual de serviços solicitantes dentre os elegíveis por Núcleo Regional de Saúde da Bahia, fevereiro a setembro de 2025. ....	84
<b>Figura 5.</b> Matriz de Referência da Macrorregião Nordeste, 2024-2027 .....	87
<b>Figura 6.</b> Definição das diretrizes da Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2023 .....	88

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica, pneumocócica e outras bactérias) e virais por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2011-2020*.....	30
<b>Tabela 2.</b> Número de amputações de membros inferiores e internação hospitalar com CID de Diabete mellitus, por alguns procedimentos. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019*.....	44
<b>Tabela 3.</b> Índice de dependência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade. Macrorregião de Saúde, Bahia, 2021-2022 .....	69

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição da população por faixa etária e sexo, Macrorregião de Saúde Nordeste, 2010 e 2019*.....	22
<b>Gráfico 2.</b> Nascidos vivos, por local de residência da mãe. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2010-2019 .....	24
<b>Gráfico 3.</b> Distribuição da população indígena por faixa etária e sexo, Macrorregião de Saúde Nordeste, Distrito Sanitário Especial Indígena, Bahia, 2022* .....	25
<b>Gráfico 4.</b> Número de casos e coeficiente de incidência da tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera por 100 mil habitantes, Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2010-2019*.....	27
<b>Gráfico 5.</b> Número de casos de Aids e HIV por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2011-2020* .....	28

<b>Gráfico 6.</b> Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2011-2020* .....	31
<b>Gráfico 7.</b> Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019* .....	32
<b>Gráfico 8.</b> Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2010 – 2019* .....	33
<b>Gráfico 9.</b> Razão de mortalidade materna (RMM) por 100 mil NV. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2010-2019* .....	35
<b>Gráfico 10.</b> Taxa mortalidade infantil segundo faixa etária por 1.000 NV. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2010-2019* .....	36
<b>Gráfico 11.</b> Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil NV. Estado da Bahia e Macrorregião de Saúde Nordeste, 2010-2019* .....	37
<b>Gráfico 12.</b> Proporção de gravidez na adolescência, nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. MRS-Nordeste, 2010-2019. ....	38
<b>Gráfico 13.</b> Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019* .....	39
<b>Gráfico 14.</b> Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010–2019* .....	40
<b>Gráfico 15.</b> Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019* .....	42
<b>Gráfico 16.</b> Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes, na mesma faixa etária. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019*.....	43
<b>Gráfico 17.</b> Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019* .....	45
<b>Gráfico 18.</b> Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019* .....	46
<b>Gráfico 19.</b> Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024.....	48
<b>Gráfico 20.</b> Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024.....	48

<b>Gráfico 21.</b> Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024.....	49
<b>Gráfico 22.</b> Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024. ....	50
<b>Gráfico 23.</b> Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024.....	50
<b>Gráfico 24.</b> Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024.....	51
<b>Gráfico 25.</b> Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2023* .....	52
<b>Gráfico 26.</b> Razão de mortalidade materna por raça/cor. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2014-2023.....	52
<b>Gráfico 27.</b> Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2014- 2023.....	53
<b>Gráfico 28.</b> Proporção de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2013-2023 .....	53
<b>Gráfico 29.</b> Proporção de Partos Normais. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2014-2024 .....	54
<b>Gráfico 30.</b> Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024.....	54
<b>Gráfico 31.</b> Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Nordeste Bahia, 2014-2023 .....	55
<b>Gráfico 32.</b> Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024.....	56
<b>Gráfico 33.</b> Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12 <sup>a</sup> semana de gestação. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2022-2024.....	56
<b>Gráfico 34.</b> Proporção de gestante com mais de 7 consultas no pré-natal, na macrorregião Nordeste, Bahia, 2014- 2023 .....	57
<b>Gráfico 35.</b> Percentual de Municípios que atingiram 75% ou mais na Proporção de Vacinas Seleccionadas do Calendário Nacional de Vacinação para Crianças menores de dois anos de idade. Macrorregião Nordeste, Bahia, 2014-2024 .....	58

<b>Gráfico 36.</b> Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2023* .....	58
<b>Gráfico 37.</b> Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2014- 2024* .....	59
<b>Gráfico 38.</b> Razão de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015 - 2023* .....	60
<b>Gráfico 39.</b> Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015 - 2023* .....	60
<b>Gráfico 40.</b> Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015 - 2023* .....	61
<b>Gráfico 41.</b> Proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015 - 2023* .....	61
<b>Gráfico 42.</b> Proporção de pessoas com Hipertensão arterial que teve o exame ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2018 - 2023* .....	62
<b>Gráfico 43.</b> Hipertensos identificados na APS. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015 - 2023* .....	62
<b>Gráfico 44.</b> Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos), por doenças endócrinos nutricionais e metabólicas (DENM). Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2014 - 2023* .....	63
<b>Gráfico 45.</b> Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015 - 2023* .....	64
<b>Gráfico 46.</b> Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2019 - 2023* .....	64
<b>Gráfico 47.</b> Taxa de internação por causas externas, relacionadas a quedas, acidentes de transporte, agressões, lesões autoprovocadas voluntariamente e afogamento. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2014 - 2023* .....	65
<b>Gráfico 48.</b> Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2021 .....	67
<b>Gráfico 49.</b> Cobertura da APS. Macrorregiões de Saúde, Bahia, 2021 .....	70
<b>Gráfico 50.</b> Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2013- 2024* .....	71
<b>Gráfico 52.</b> Número de leitos obstétricos e de leitos para Gestação de Alto Risco, existentes e necessários. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2022* .....	74

**Gráfico 51.** Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas a prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2022 ..... 76

### LISTA DE MAPAS

**Mapa 1.** Municípios da Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2023 ..... 21  
**Mapa 2.** Municípios de Extrema pobreza. Macrorregião de Saúde Nordeste, 2022\* ..... 23  
**Mapa 3.** Cobertura da APS. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2021 ..... 70

### LISTA DE QUADROS

**Quadro 1.** Dimensões e significado da pontuação na Matriz GUT. Bahia, 2021. .... 66  
**Quadro 2.** Quantitativo de equipamentos, serviços especializado, leitos e serviços hospitalares, urgência e emergência (SAMU) e sistema logístico (ambulância comum) disponível para o SUS. Macrorregião de Saúde Nordeste /Bahia, 2022 ..... 73  
**Quadro 3.** Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades, Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2022 ..... 75  
**Quadro 4.** Número de EAS com registro dos procedimentos da prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2022 ..... 77  
**Quadro 5.** Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Nordeste do Estado da Bahia, 2025. .... 82  
**Quadro 6.** Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Nordeste do Estado da Bahia, 2025..... 84  
**Quadro 7.** Componentes habilitados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Nordeste do Estado da Bahia, 2025. .... 86  
**Quadro 8.** Escalonamento emergencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Nordeste do Estado da Bahia, 2025. .... 86  
**Quadro 9.** Diretrizes e objetivos Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2023 ..... 89  
**Quadro 10.** Matriz DOMI, Macrorregião Nordeste, 2024. .... 92

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE NORDESTE.....</b>	<b>20</b>
2.1. População por sexo e idade .....	21
2.2. Municípios em situação de extrema pobreza .....	22
2.3 Nascidos vivos .....	23
2.4 População com Assistência Médica Suplementar .....	24
2.5. População indígena aldeada .....	25
<b>3. ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE.....</b>	<b>26</b>
3.1. Doenças infecciosas e parasitárias .....	26
3.2. Atenção à saúde materna e infantil .....	34
3.3. Neoplasias .....	38
3.4. Doenças do aparelho circulatório.....	41
3.5. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas .....	43
3.6. Morbimortalidade por causas externas.....	45
3.7 Atualização Estado de saúde.....	47
3.7.1 Doenças infecciosas e parasitárias .....	47
3.7.2 Atenção à saúde materna e infantil .....	51
3.7.3 Neoplasias .....	58
3.7.4. Doenças do aparelho circulatório .....	60
3.7.5. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.....	63
3.7.6. Morbimortalidade por causas externas .....	64
<b>4. SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA.....</b>	<b>65</b>
<b>5 ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA.....</b>	<b>68</b>
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 das 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
<b>6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE .....</b>	<b>78</b>
6.1 Sistema Organização da RAS .....	79
6.2 Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne) .....	80
6.3 Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE) .....	81

6.4 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) .....	83
6.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).....	85
6.6 Rede de Atenção às Doenças Crônicas .....	86
7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES .....	88
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE .....	106
8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação.....	107
8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento .....	107
9. COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	112
GLOSSÁRIO .....	113
REFERÊNCIAS .....	121

## 1. INTRODUÇÃO

Este Plano Macrorregional de Saúde da Macrorregião de Saúde Leste (MRS-Nordeste) é o produto do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), previsto na Resolução Consolidação CIT n. 01 de 30 de março de 2021<sup>1</sup>. 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) 2020/2023<sup>2</sup> 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. 018/2021<sup>3</sup>.

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-Nordeste, 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 NORDESTE

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

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

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



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

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

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a área de abrangência territorial da MRS-Nordeste totaliza 20.602,465 km<sup>2</sup> (2019) com 34 (trinta e quatro) municípios, sendo 24 (vinte e quatro) com menos de 30 (trinta) mil habitantes, 09 (oito) com entre 30 e 51 mil habitantes e 01 (um) com mais de 100 mil habitantes.

Em 2010 a MRS-Nordeste contava com 813.271 habitantes, em 2019 com 862.928 habitantes (o que representava para aquele ano 6 % da população do Estado da Bahia) e, em 2020 contava com 865.943 habitantes (IBGE, 2020). Neste território, a Sesab tem uma instância administrativa desconcentrada, o Núcleo Regional de Saúde (NRS) com sede no município de Alagoinhas e base operacional no município Cícero Dantas.

São municípios da MRS-Nordeste: Acajutiba, Adustina, Alagoinhas, Antas, Aporá, Araçás, Aramari, Banzaê, Cardeal da Silva, Catu, Cícero Dantas, Cipó, Coronel João Sá, Crisópolis, Entre Rios, Esplanada, Fátima, Heliópolis, Inhambupe, Itanagra, Itapicuru, Jandaíra, João Sá, Nova Soure, Novo Triunfo, Olindina, Ouriçanga, Paripiranga, Pedrão, Ribeira do Amparo, Ribeira do Pombal, Rio Real, Sátiro Dias, Sítio do Quinto e Tucano (Mapa 1). A área de abrangência da MRS-Nordeste agrega duas Regiões de Saúde (RS): Alagoinhas e Ribeira do Pombal.

**Mapa 1.** Municípios da Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2023



Fonte: PDR\BA, 2007.

## 2.1. População por sexo e idade

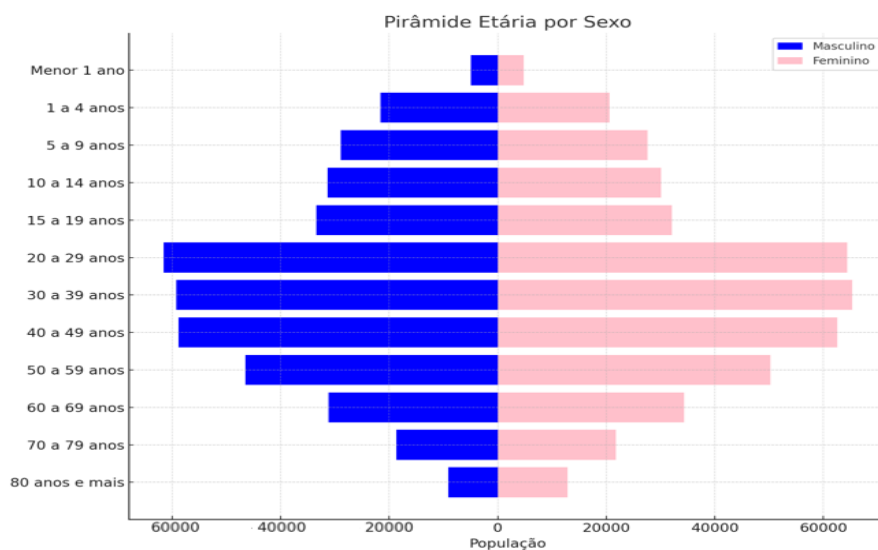
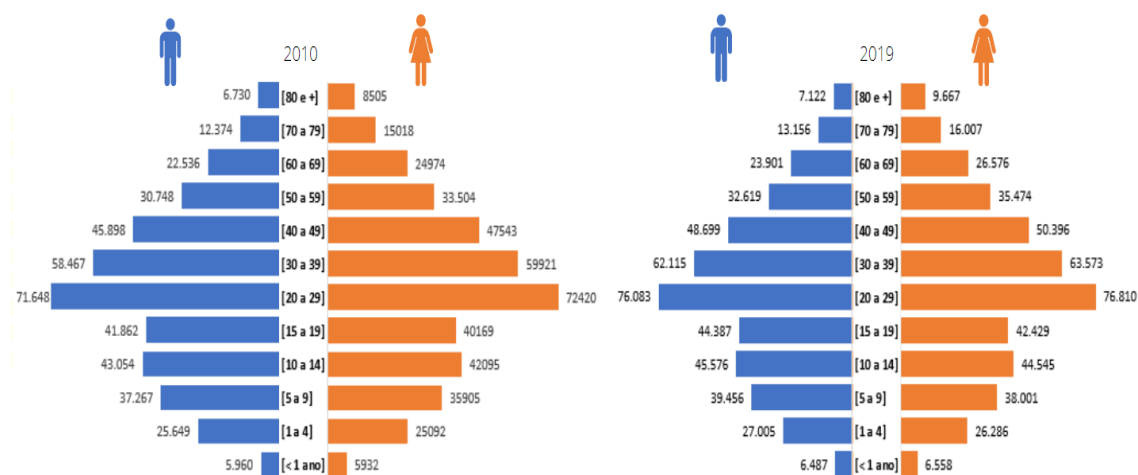
Entre os anos de 2010 e 2019, não houve variação nas faixas etárias de menores de 15 (quinze) anos; na faixa etária de maiores de 60 (sessenta) anos houve variação de apenas um décimo (27,1% e 11% em 2010 e 27,1% e 11,1% em 2019, respectivamente); as faixas etárias entre 15 (quinze) a 59 (cinquenta e nove) anos mantiveram igual proporção (61,7%), no período.

Comparando essas pirâmides com a de 2024, percebe-se um aumento da população das faixas etárias de 30 a 49 e 40 a 49 anos, mostrando o envelhecimento da população de forma mais acentuada.

As três pirâmides, com relação a distribuição por sexo há maior participação da população masculina nas faixas etárias de menores de 20 (vinte) anos e, nas demais faixas

etárias, predomínio da população feminina. No que refere a população total, observa-se, a predominância do segmento feminino (51%) (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Distribuição da população por faixa etária e sexo, Macrorregião de Saúde Nordeste, 2010 e 2019\*.



Fonte: IBGE, 2022 \*Dados coletados em 08.04.2022

## 2.2. Municípios em situação de extrema pobreza

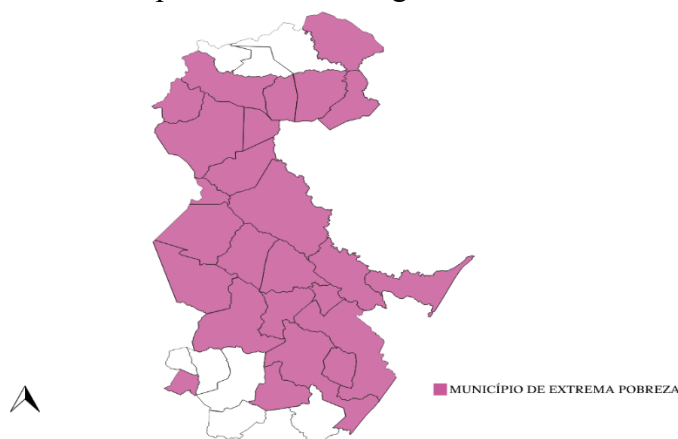
Pobreza é definida como a falta de acesso a serviços essenciais (saneamento básico, saúde, educação, energia elétrica, entre outros), à bens de consumo, sobretudo alimentos e à bens materiais necessários para a manutenção da vida em condições básicas<sup>5</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS) não limita apenas ao per capita diário e ao acesso aos serviços básicos, como determinantes dessa condição, mas também o estado de desnutrição, discriminação, desigualdade e exclusão social, dentre outros.

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

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

Dos 34 (trinta e quatro) municípios da MRS-Nordeste, 25 (vinte e cinco) são classificados como municípios em situação de extrema pobreza o que corresponde a 75,75% da macrorregião, logo apenas 9 (oito) municípios desta macrorregião não estão nesta classificação: Novo Triunfo, Antas, Sítio do Quinto, Ouriçangas, Aramari, Alagoinhas, Catu, Itanagra e Tucano (Mapa 2).

**Mapa 2.** Municípios de Extrema pobreza. Macrorregião de Saúde Nordeste, 2022\*

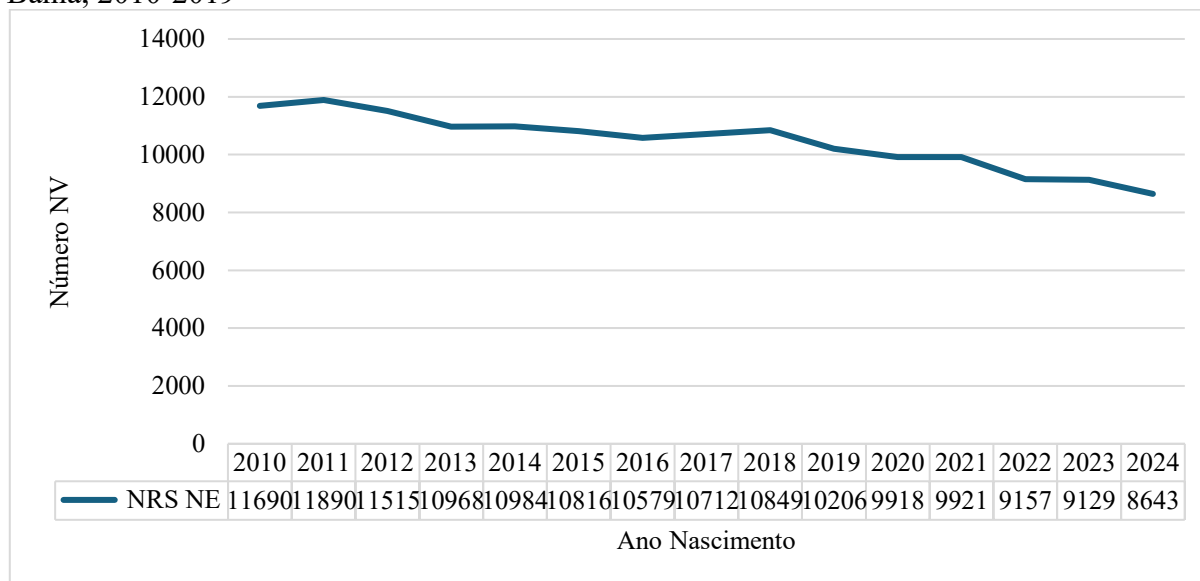


Fonte: IBGE, 2022 \*Dados coletados em 08.04.2022

### 2.3 Nascidos vivos

Na MRS-Nordeste, considerando a série histórica de 2010-2024 houve redução no número de nascidos vivos (NV), passando de 11.690 para 8.643. Essa diminuição foi progressiva ao longo deste período, contudo o fluxo do decréscimo de 2012 até 2016 foi interrompido em 2017 e 2018 quando houve aumento, retornando o decréscimo em 2019 (Gráfico 2).

**Gráfico 2.** Nascidos vivos, por local de residência da mãe. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2010-2019



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinasc - Sistema de Informação Nascidos Vivos.

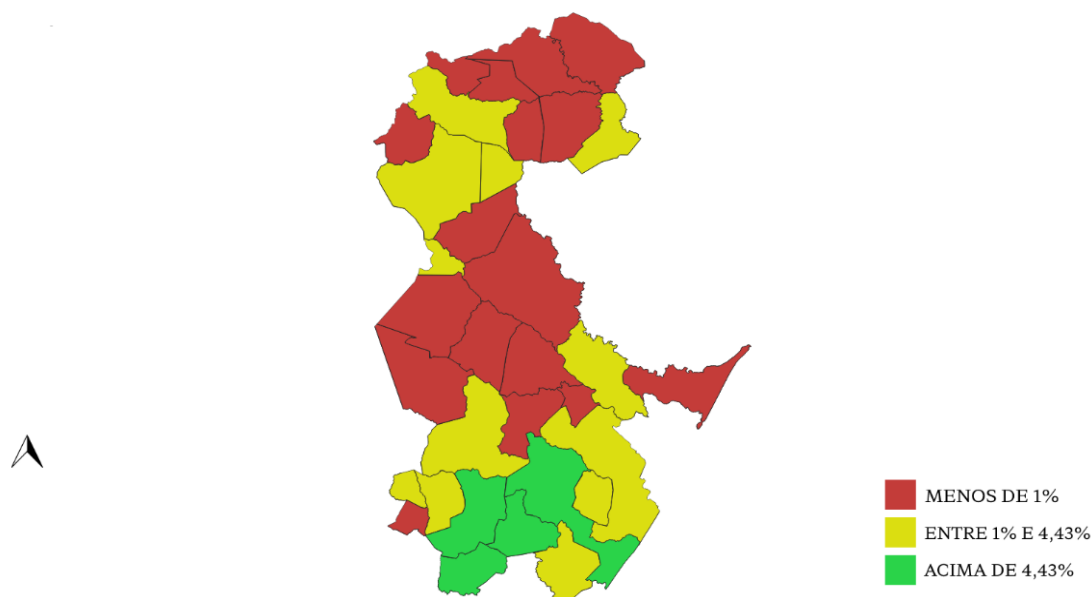
## 2.4 População com Assistência Médica Suplementar

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

Conforme a ANS, em 2019 o Brasil tinha o total de 47.077.672 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica com ou sem odontologia e 25.356.245 milhões, exclusivamente, em planos odontológicos. Na Bahia, neste mesmo ano, 2,47% da população contava com assistência médica suplementar. Em 2019, a cobertura de plano de saúde médico ou odontológico foi estimada em 28,5%<sup>7</sup>.

A MRS-Nordeste tem 4,57% da população com acesso a saúde suplementar, ou seja, 5% do total da população o que confirma a análise de desempenho econômico da macrorregião e a necessidade do Sistema Único de Saúde (SUS) priorizar a estruturação e a organização de unidades e serviços para atendimento da população. Em relação ao percentual de beneficiários por municípios, dos 34 (trinta e quatro) municípios da MRS-Nordeste 18 (dezoito) estão abaixo de 1%; 12 (quarenta) entre 1% e 4,43%,<sup>7</sup> e os demais acima de 4,43% (Mapa 03).

**Mapa 3. Beneficiários Assistência Médica Suplementar. MRS- Nordeste, 2019\***

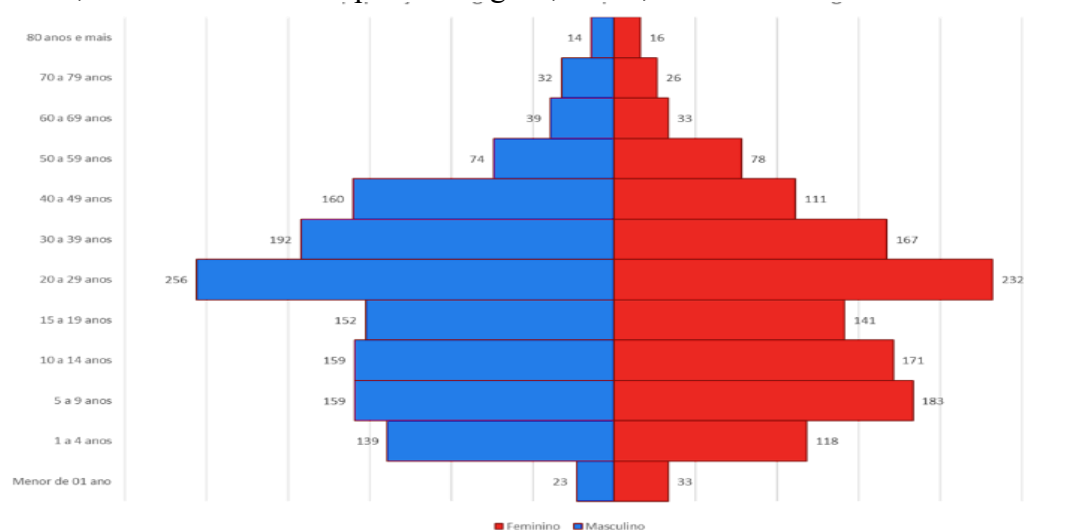


Fonte: Agencia nacional de Saúde. \*Dados extraídos em 29 de agosto de 2022.

## 2.5. População indígena aldeada

Na população da MRS-Nordeste há 2.708 habitantes indígenas, concentrados no município de Banzaê, assistidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI-BA), através das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam nas aldeias (Gráfico 3).

**Gráfico 3.** Distribuição da população indígena por faixa etária e sexo, Macrorregião de Saúde Nordeste, Distrito Sanitário Especial Indígena, Bahia, 2022\*



Fonte IBGE, 2022. \*Dados coletados em 08.04.2022

### 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 2020/2023<sup>2</sup> para definição da prioridade sanitária em 2021. Posteriormente, no ano de 2025 foi realizada uma atualização desta análise que possibilitou a definição de metas e Indicadores etapa essencial na modelagem, monitoramento e avaliação das prioridades sanitárias, conforme previsto em normativas como a Consolidação CIT nº 1/2021<sup>1</sup>.

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-Nordeste que servem como referência para a organização dos pontos de atenção e modelagem da RAS no território, respectivo.

#### 3.1. Doenças infecciosas e parasitárias

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

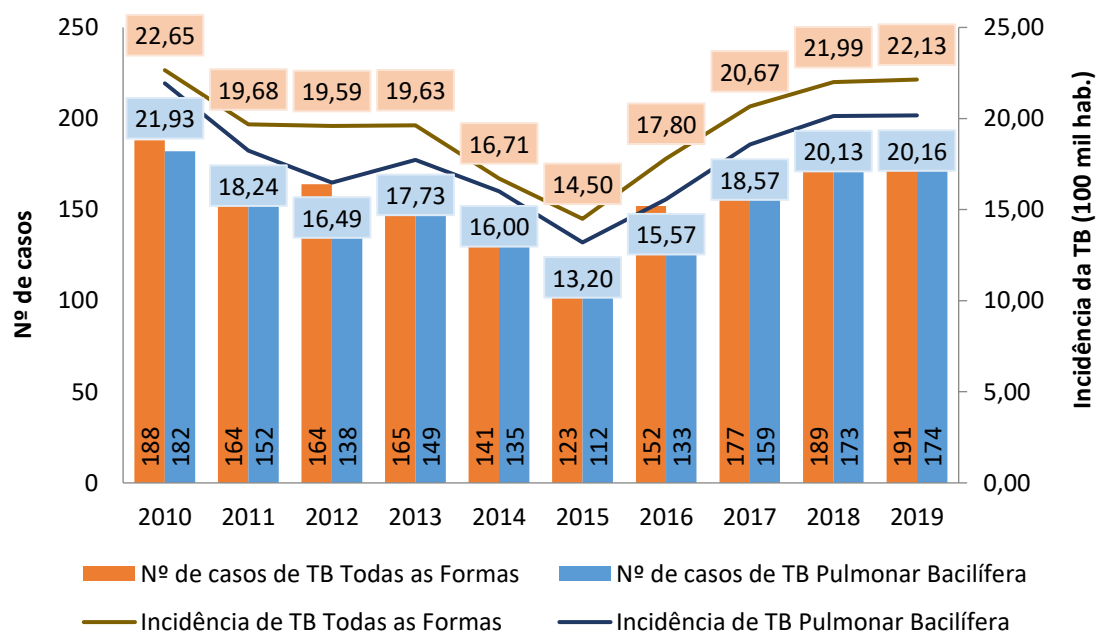
Algumas doenças deste capítulo são classificadas como vetoriais quando transmitidas por vetores, propagadas por organismos intermediários que podem ser mosquitos, carrapatos ou roedores, que por sua vez as transmite aos humanos.

Doença infecciosa é aquela causada por um agente infeccioso específico ou por seu produto tóxico e ocorre pela transmissão deste agente ou dos seus produtos de uma pessoa, animal ou reservatório infectado para um hospedeiro susceptível. O comportamento das doenças infecciosas, na comunidade, varia em cada ponto no tempo e no espaço<sup>8</sup>. A Resolução CIB/BA nº 018/2021<sup>3</sup>, define para análise entre as doenças infecciosas indicadores referentes a tuberculose, Aids e HIV, meningites e hepatites bacterianas e virais.

No que se refere a **tuberculose** (TB), doença infectocontagiosa transmitida pelas vias aéreas e provocada, em grande parte dos casos, pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (também conhecida como bacilo de Koch), podendo ser causada, raramente, por outros agentes como a *Mycobacterium bovis*, *M. africanum* e *M. microti*, afeta, principalmente, os pulmões podendo atingir outros órgãos como rins, meninges e ossos<sup>6</sup>.

Na MRS-Nordeste os dados referentes ao número de casos de tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera (série histórica 2010-2019) evidenciam, para o período 2010-2015, tendência de queda com redução percentual de aproximadamente 34,57% em relação ao número de casos de todas as formas e 38,46% da forma pulmonar bacilífera. Houve redução do Coeficiente de Incidência (CI) para TB de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera da ordem de 35,98% e 39,81%, respectivamente. Esses resultados podem estar relacionados a melhores condições de vida da população, bem como ao maior acesso aos serviços de saúde. Contudo, no período 2016-2019 observa-se tendência de recrudescimento, com aumento percentual do número de casos para TB de todas as formas de 25,65% e em CI de 24,33%; em relação a TB de forma pulmonar bacilífera, o aumento percentual de 30,82% do número de casos e em relação CI de 29,48% (Gráfico 4).

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



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

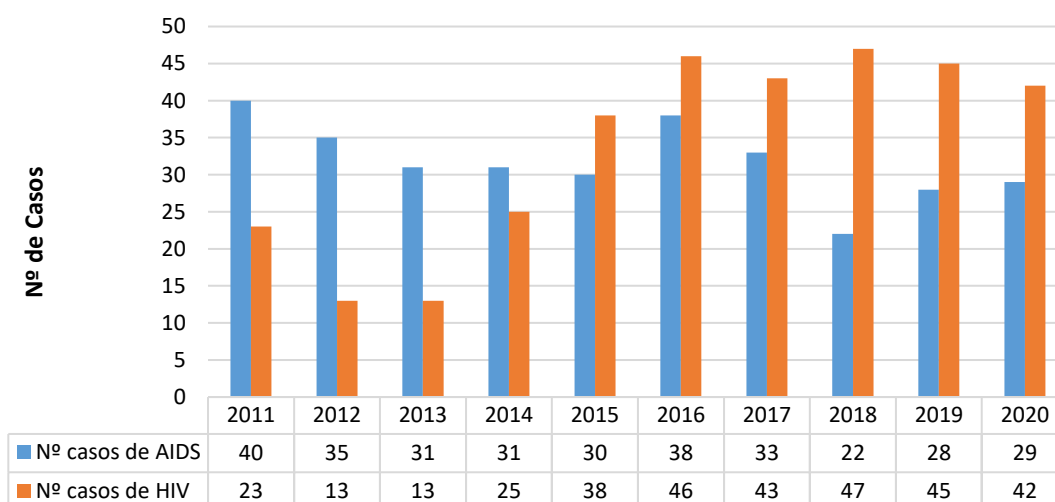
Segundo o PES 2020-2023<sup>2</sup>, na Bahia não houve mudanças significativas na taxa de mortalidade por tuberculose no período 2011-2017. Nos anos de 2018-2019, manteve-se igual tendência, com taxa de mortalidade de 2,12 e 2,14 por 100 mil habitantes, respectivamente. Na MRS-Nordeste, no período 2011-2019, ocorreram oscilações com valores abaixo aos do estado; chama atenção o ano de 2011, quando a taxa de mortalidade na macrorregião atingiu 2,64 enquanto a da Bahia foi de 2,53 por 100 mil habitantes<sup>8</sup>.

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

Relativamente ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), doença crônica que leva à perda progressiva da imunidade celular e, conseqüentemente, ao aparecimento de infecções oportunistas. O HIV é um retrovírus que apresenta propriedades como período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença; infecção das células do sangue e do sistema nervoso; e supressão do sistema imune. A transmissão do vírus é via relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas contaminadas ou por transmissão vertical (TV) – de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação – quando não se tomam as devidas medidas de prevenção<sup>9</sup>.

Na análise da distribuição dos casos de aids e contaminação pelo HIV, na série histórica analisada, nota-se que na Macrorregião de Saúde Nordeste houve oscilação dos casos de aids e aumento da infecção pelo HIV. Pode significar que na macrorregião estão ocorrendo mais contaminação, contudo menos manifestação da doença, a variação dos casos de aids passou de 40 (2011) para 28 (2019), e a contaminação pelo HIV de 23 (2011) para 45 (2019) (Gráfico 5).

**Gráfico 5.** Número de casos de Aids e HIV por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2011-2020\*



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

O coeficiente de mortalidade por Aids na Bahia apresentou tendência de estabilidade no período 2011-2020, com pequenas variações por 100 mil habitantes. A macrorregião em foco, também apresentou oscilação - o menor valor 1,5 (2012) e o maior valor de 2,4 (2016)<sup>10</sup>.

Os indicadores da MRS-Nordeste em questão sugerem a existência de condições favoráveis à transmissão da doença, por via sexual, sanguínea ou por transmissão vertical, o que reflete a situação atual de infecção pelo HIV no período de referência. Avaliar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de Aids como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica contribui para a orientação e avaliação das ações de controle da doença.<sup>11</sup>

As meningites bacterianas e virais são doenças infecciosas que desenvolvem um processo inflamatório nas membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Embora vários tipos de agentes possam desencadear essa forma de inflamação, os principais são os vírus e as bactérias. No Brasil, a meningite é considerada doença endêmica, ou seja, o número de casos é esperado ao longo de todo o ano, mas com característica de sazonalidade – aumento das formas bacterianas no inverno e das virais no verão. A vacinação é a principal ferramenta na prevenção da doença bacteriana<sup>12</sup>.

De 2011 a 2020 foram confirmados 7.456 casos de meningites na Bahia e a meningite viral foi responsável por 47% (3.508) do total das notificações. Em 2020 ocorreu redução acentuada no CI para todos os tipos de meningites, possivelmente em decorrência de medidas de controle adotadas durante a pandemia de Covid-19, as quais contribuíram para a queda do número de casos<sup>13</sup>.

Com a implantação da vacina meningocócica “C” conjugada no calendário básico de vacinação da criança no início de 2010, observa-se na Bahia, decréscimo no CI da doença meningocócica nos anos subsequentes em todas as macrorregiões. Na MRS-Nordeste o decréscimo não foi linear, houve oscilação entre os anos – o menor 0,12 (2018 e 2020) e o maior 1,49 (2013) por 100 mil habitantes (Tabela 1).

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

Ano Início sintomas	Viral	Outras Bactérias	Meningocócica	Pneumocócica
2011	1,84	0,73	0,61	0,49
2012	1,95	0,97	0,97	0
2013	1,38	0,92	1,49	0,11
2014	0,80	0,34	0,91	0,34
2015	0,68	0,11	0,68	0,11
2016	0,11	0,45	0,45	0,11
2017	0,22	0,11	0,67	0,56
2018	0,23	0,35	0,12	0,12
2019	0,35	0,70	0,23	0,23
2020	0,12	0,12	0,12	0,12

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

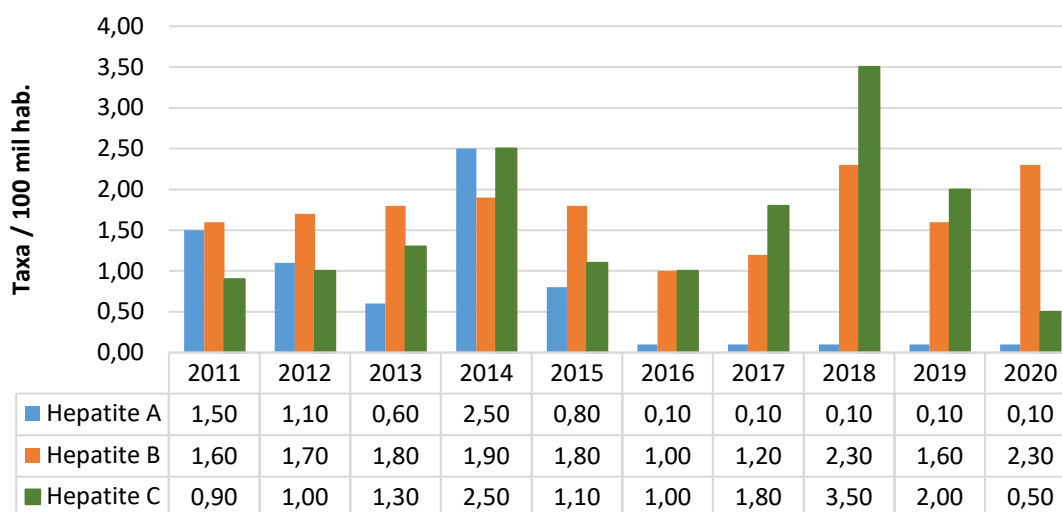
Entre as meningites por outras bactérias, as provocadas pelos bacilos *Mycobacterium tuberculosis* e *Haemophilus influenza* são passíveis de prevenção por meio das vacinas BCG, Hib e Pentavalente e coberturas elevadas desses imunizantes impactam significativamente o número de casos e óbitos dessas doenças.

Uma infecção viral que apesar de silenciosa representa grave problema de saúde pública são as hepatites virais. A infecção atinge o fígado e causa alterações leves, moderadas ou graves. No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus “A”, “B” e “C” e as infecções causadas pelos vírus das hepatites “B” ou “C”, frequentemente, se tornam crônicas<sup>14</sup>.

No período 2011-2020 o estado da Bahia apresentou oscilações na taxa de detecção por 100 mil habitantes nos três tipos de hepatites virais<sup>9</sup> e a macrorregião acompanha esta tendência do Estado. É expressiva a tendência de queda com relação ao vírus tipo “A”, com exceção do ano de 2014 que apresentou taxa de 2,5 por 100 mil habitantes.

A disponibilidade da vacina para menores de cinco anos na rede pública de saúde e a melhoria nas condições de higiene da população e no saneamento básico, podem justificar a diminuição de casos. Quanto a hepatite “B”, a taxa oscila; com a maior taxa 2,30 por 100 mil habitantes (2018 e 2020), e menor taxa 1,00 por 100 mil habitantes (2016). Essa tendência pode estar relacionada maior sensibilidade das vigilâncias epidemiológicas municipais e com a implementação da realização dos testes rápidos na atenção básica. Em relação à hepatite C, introduziram-se novas drogas com menos efeitos colaterais e maior eficácia no ano de 2015, ainda assim constata-se oscilação na série histórica analisada, de 0,90 (2011) para 3,50 (2018) por 100 mil habitantes (Gráfico 6).

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



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

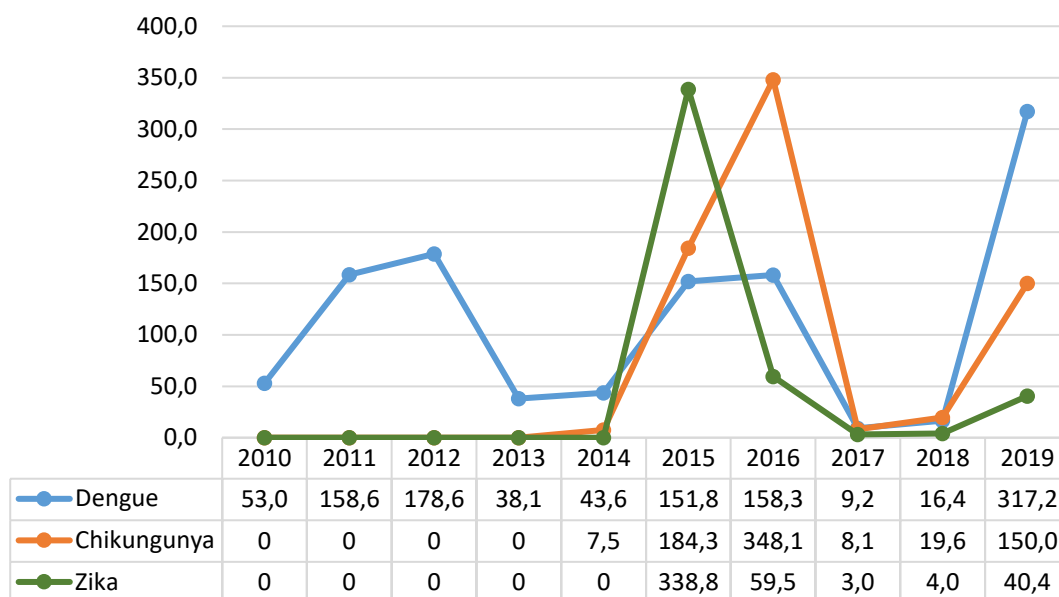
As doenças analisadas até o momento continuam a oferecer desafios aos programas de prevenção e representam importante problema de saúde pública. Os dados apresentados nos Gráficos 1, 2, 3 e Tabela 1 evidenciam ser impreterível o fortalecimento das ações de prevenção e controle e reforça a necessidade de integração entre as áreas de vigilância epidemiológica e a rede assistencial. Conforme a enfermidade as ações são direcionadas para a imunização das populações, diagnóstico precoce e tratamento adequado dos doentes, visando interromper a cadeia de transmissão.<sup>15</sup>

Dentre as doenças infecciosas e parasitárias, como dito anteriormente, serão analisadas as doenças vetoriais de maior magnitude no Estado: as arboviroses e a leishmaniose visceral. Os **arbovírus** (*arthropod borne virus*) são transmitidos por artrópodes e são assim designados não somente pela sua veiculação, mas principalmente pelo fato de parte de seu ciclo replicativo ocorrer nos insetos. São transmitidos aos seres humanos e outros animais pela picada de artrópodes hematófagos.

Nos últimos anos os sistemas de saúde, em diferentes países das Américas, têm lidado com doenças emergentes ou re-emergentes transmitidas por mosquitos vetores, em especial arboviroses como dengue, chikungunya, zika, febre amarela e malária.<sup>16</sup>

Ao analisar a série histórica 2010-2019 da taxa de incidência da dengue, na MRS-Nordeste, observa-se que as maiores taxas de incidência desse agravo ocorreram nos anos de 2011, 2012, 2015, 2016 e 2019. Com relação a zika e chikungunya observa-se as maiores taxas desses agravos nos anos de 2015 e 2016 respectivamente (Gráfico 7).

**Gráfico 7.** Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019\*



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

No tocante à febre amarela, doença infecciosa grave, causada por vírus e transmitida por vetores a forma mais grave da doença é rara e costuma aparecer após breve período de bem-estar (até dois dias), quando podem ocorrer insuficiências hepática e renal, icterícia, manifestações hemorrágicas e cansaço intenso. No ciclo silvestre, em áreas florestais, o vetor da febre amarela é principalmente o mosquito *Haemagogus*; no meio urbano, a transmissão ocorre por intermédio do mosquito *Aedes aegypti*, o mesmo a transmitir a dengue.<sup>17</sup>

Nos últimos 10 anos não houve casos autóctones (transmissão dentro de uma área) confirmados de febre amarela no Estado da Bahia, considerado indene desde 1942<sup>13</sup>. 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 o perfil das doenças vetoriais descritas, sobressai que esses agravos decorrem de importantes e constantes ameaças em regiões tropicais causadas pelas rápidas mudanças climáticas, desmatamento, migração populacional, ocupação desordenada de áreas urbanas e precariedade das condições sanitárias, as quais favorecem a amplificação e transmissão viral.

É de fundamental importância a identificação precoce dos casos para a tomada de decisões e para a oportuna implementação de medidas, visando principalmente evitar complicações e consequentemente óbitos. Campanhas de educação sanitária precisam ser constantes e a vigilância deve ser reforçada como parte de programas eficazes de controle das

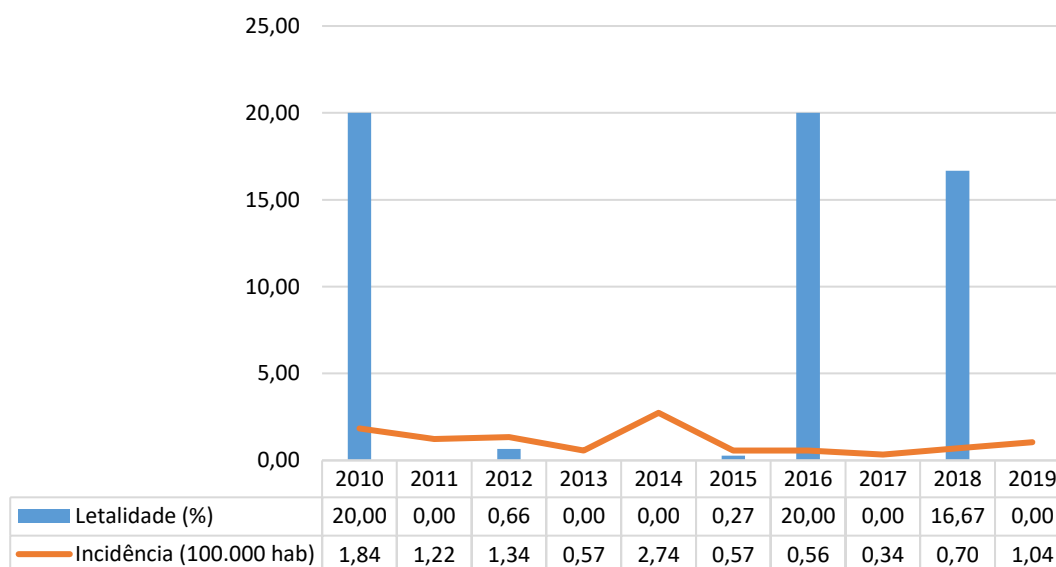
doenças em humanos e animais domésticos, além da essencial minimização da participação de vetores.

Outra doença vetorial é a leishmaniose visceral<sup>18</sup>, conhecida como calazar, esplenomegalia tropical e febre dundun. Na Bahia a endemicidade está em franca expansão e presente em 191 dos 417 municípios baianos, classificados como de média e baixa transmissão ao se analisar a série histórica de número de casos e incidência de 2010-2018<sup>6</sup>.

O agravo apresenta comportamento cíclico e tendência de redução de número de casos. Registraram-se 3.564 casos novos confirmados de leishmaniose visceral humana (LVH), com média de 324 casos por ano. As maiores incidências foram 3,4 casos/100 mil habitantes em 2014 e 3 casos/100 mil habitantes, em 2010.<sup>13</sup>

Na MRS-Nordeste a variação do CI foi de 0,34 a 2,74 casos/100 mil habitantes no período 2010-2019. A macrorregião apresentou alta letalidade nos anos de 2010 e 2016, com percentual de 20,00 e supõe-se estar atrelada ao diagnóstico tardio, presença de comorbidades e complicações (Gráfico 8).

**Gráfico 8.** Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Nordeste, 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, chikungunya, zika, malária, leishmanioses, doença de chagas e febre amarela. Medidas de controle vetorial não são utilizadas em todos os programas de controle de doenças transmitidas por vetores; apenas nos programas de controle da dengue, chikungunya, zika, e na prevenção da febre amarela urbana, da malária, da doença de chagas, da peste e da leishmaniose visceral – eventualmente da leishmaniose tegumentar americana.

Na análise das perspectivas atuais de controle das doenças vetoriais no Brasil, é importante considerar três aspectos: a urbanização da população, a transformação do caráter eminentemente rural dessas doenças em concomitante transmissão urbana ou periurbana e a descentralização das atividades de controle para municípios<sup>19</sup>.

### **3.2. Atenção à saúde materna e infantil**

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

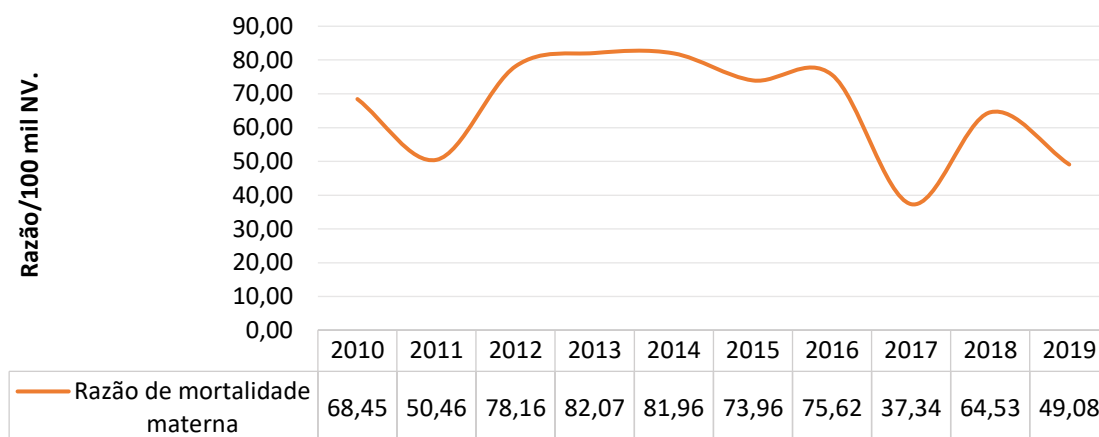
Esse tema pressupõe um modelo de atenção que garanta às mulheres e às crianças assistência humanizada e de qualidade. Para tanto, o foco das ações é ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal; as boas práticas na atenção ao parto e nascimento; e a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses<sup>20</sup>.

A mortalidade materna é definida como a morte da 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 incidentais.<sup>21</sup>

A redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um dos principais indicadores da qualidade da atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo. O Brasil conseguiu reduzir a RMM em 8,4% entre 2017 e 2018, apresentando nesse ano a razão de 59,10 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos

A Bahia apresentou redução similar à do país e atingiu o número 51,12 de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos em 2019<sup>22</sup>. Na curva da RMM da MRS-Nordeste, no período 2010-2019, observa-se oscilação, entre 82,07 (2013) e 37,34 (2017) óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (Gráfico 9).

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

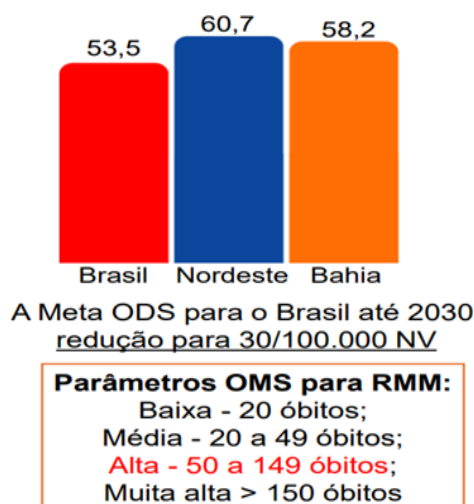


Fonte: SIM e Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. \*Dados coletados em 16/03/2021, sujeitos a alterações.

Ressaltamos que nos últimos anos a RMM tem sido uma das prioridades do SUS, reconhecida como problema social e político. Na Bahia, o Decreto nº 10.263/2007 incluiu o óbito materno entre os eventos de notificação compulsória e investigação imediata.

Segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS) a RMM e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é uma relação a ser consideradas no desenvolvimento de políticas e programas de atenção materna e infantil (Figura 2).

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



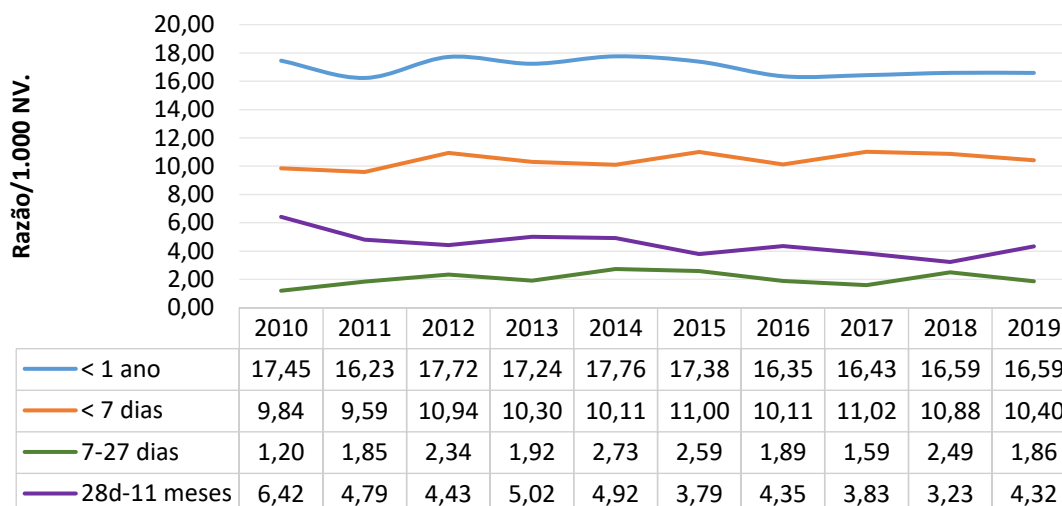
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINASC; MS/SVS/CGIAE/SINASC – Acesso em 05/09/24. \* Dados Preliminares

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

Na MRS-Nordeste, para cada mil nascimentos, a taxa de mortalidade infantil teve redução de 17,45 (2010) para 16,59 (2019). A análise dos óbitos em menores de 1 (um) ano na macrorregião revela que houve oscilação no componente neonatal, com tendência de aumento.

O estudo desagregado dos componentes revela uma taxa de 9,59 (2011) e 11,02 (2017), no período neonatal precoce (< 7 dias de vida). Nesse período, que apresenta o maior número de óbitos, os fatores estão relacionados à qualidade da atenção ao parto e ao recém-nascido. A mortalidade no período neonatal tardio (7-27 dias) apresenta taxas com oscilação. Em relação ao período pós neonatal (28d-11meses) verifica-se redução de 6,42 (2010) para 4,32 (2019), e este componente é mais sensível às melhorias socioeconômicas e investimentos na atenção à saúde no início da vida, como elevação da cobertura vacinal e prevenção de doenças prevalentes na infância (Gráfico 10).

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



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

Os óbitos infantis em menores de um ano na série histórica 2010-2019 foram analisados por grupos de causas. As principais causas estão relacionadas à septicemia bacteriana do recém-nascido, transtornos relacionados com a gestação de curta duração, baixo peso ao nascer e desconforto respiratório do recém-nascido<sup>23</sup>.

Ao tratar o indicador da incidência de sífilis em gestante e sífilis congênita, o Brasil tem apresentado aumento acelerado das taxas nos últimos anos, o que configura grave situação de saúde pública.

A eliminação da sífilis é considerada prioridade para os órgãos nacionais e organismos internacionais; para certificar o país na condição de eliminação da transmissão vertical da sífilis, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) adota como parâmetro uma taxa de incidência

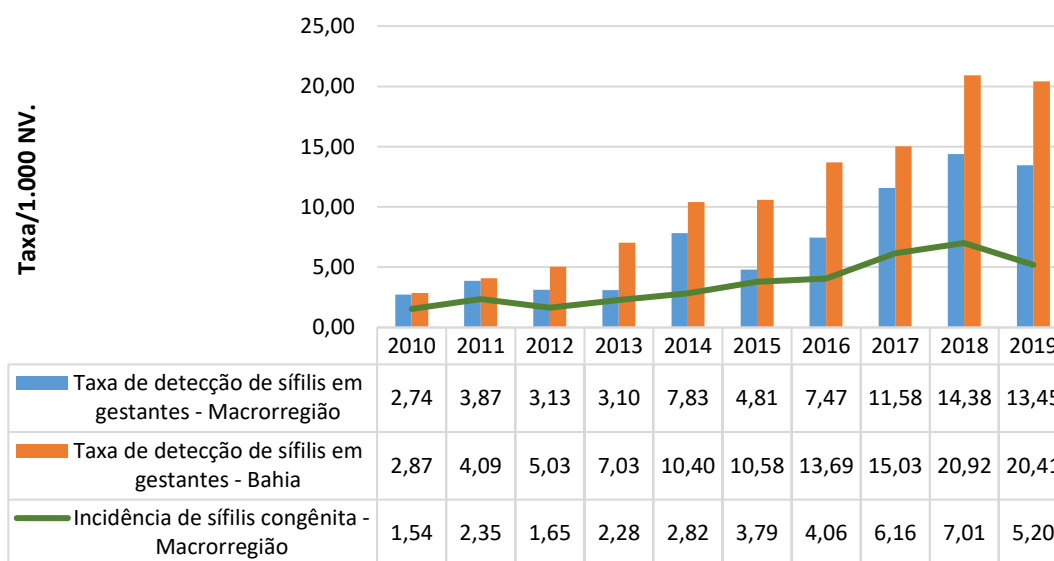
da sífilis congênita menor ou igual a 0,5 casos por mil nascidos vivos por três anos consecutivos<sup>24</sup>.

Por ser uma doença evitável, a sífilis congênita demonstra a necessidade de avaliação dos processos de atenção à saúde da população e das gestantes. Importante evidenciar que o diagnóstico e tratamento adequado da população geral diminuem de forma considerável a probabilidade de uma mulher estar com sífilis ao engravidar<sup>25</sup>.

A ocorrência de sífilis tanto em gestantes quanto em recém-nascidos revela falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico em tempo oportuno e o tratamento adequado das gestantes são medidas relativamente simples e bastante eficazes para a prevenção da doença<sup>21</sup>.

Os dados demonstram crescimento expressivo na taxa de detecção da sífilis na Bahia no período 2010-2019. A MRS-Nordeste apresentou o mesmo comportamento, passando de 2,74 para 13,45 por mil nascidos vivos. Apesar de ter aumentado o diagnóstico da gestante, a incidência de sífilis congênita na macrorregião é considerada elevada o que mostra que houve falha no pré-natal. Alguns aspectos como detecção precoce da sífilis na gestante, tratamento oportuno e adequado da gestante e parcerias sexuais são aspectos que merecem atenção no processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). A detecção tardia da sífilis na gestante pode estar relacionada ao tratamento em tempo ou de forma não adequada (Gráfico 11).

**Gráfico 11.** Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil NV. Estado da Bahia e Macrorregião de Saúde Nordeste, 2010-2019\*



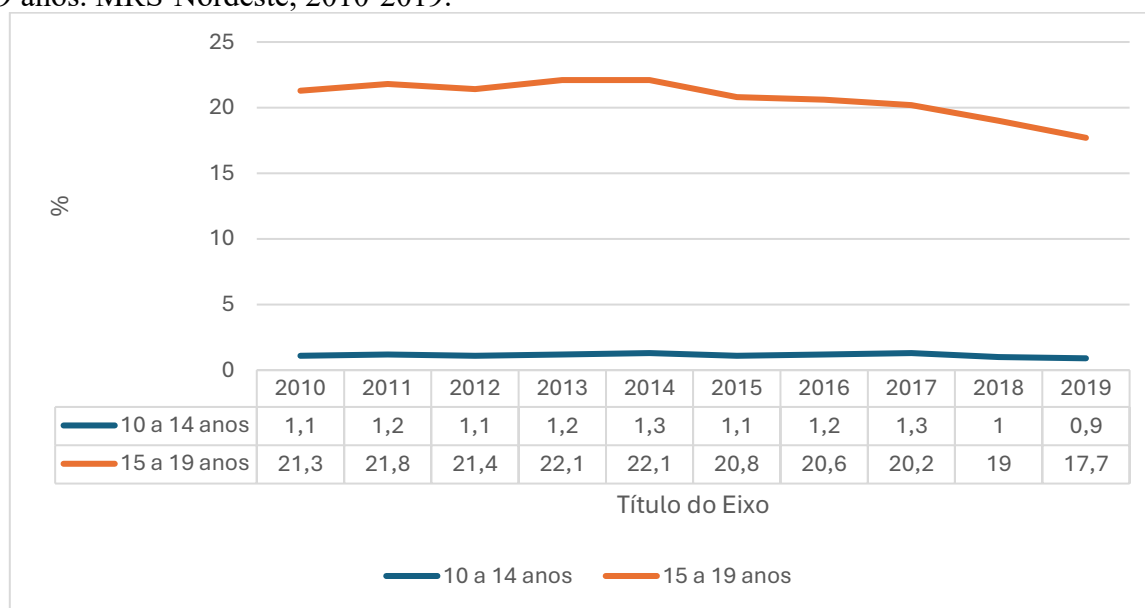
Fonte: Sinan e Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. \*Dados coletados em 16/03/2021, sujeitos a alterações.

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

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

Com relação a gravidez na adolescência na MRS-Nordeste, no período de 2010-2019, houve uma redução de 0,2 % na faixa etária de 10 a 14 anos, enquanto na faixa etária de 15 a 19 anos, foi de 3,6% (Gráfico 12).

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



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

### 3.3. Neoplasias

As neoplasias estão agrupadas no capítulo II da CID 10., acomete diferentes órgãos do corpo humano, nas formas benignas ou malignas. Ao contrário do câncer, que é neoplasia maligna, as neoplasias benignas têm seu crescimento de forma organizada, em geral lento, e apresenta limites nítidos<sup>26</sup>. Na Bahia, as neoplasias oscilaram entre o quarto e terceiro maior

grupo de causas de morte no estado, no período 2010-2017 e contribuíram com 13,20% do total de mortes<sup>3</sup>. Na MRS-Nordeste esse grupo localiza-se em quarto lugar, no período 2010-2019, e corresponde a 11,28% dos óbitos<sup>27</sup>.

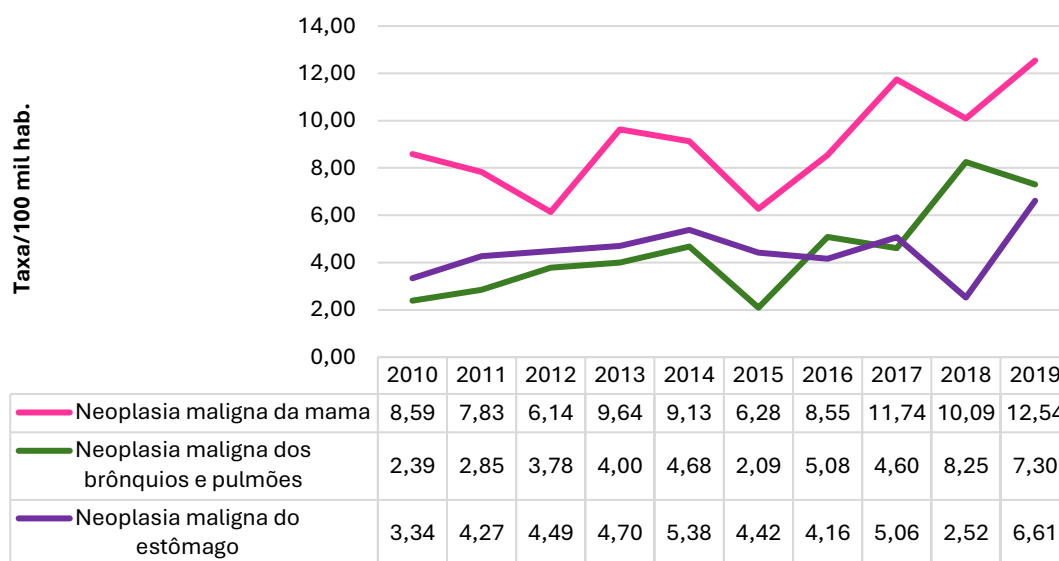
No Brasil as mortes do sexo feminino por neoplasias apresentam o câncer de mama como causa mais freqüente<sup>2</sup>, mesma situação encontrada na Macrorregião de Saúde Nordeste quando se analisa a série histórica 2010-2019, cuja taxa de óbitos evoluiu de 8,59 para 12,54 por 100 mil mulheres.

A segunda principal causa de morte foi a neoplasia maligna do estômago e a terceira causa foi a neoplasia maligna dos brônquios e pulmões com exceção dos anos de 2016, 2018 e 2019, os quais essas duas causas alternam a posição

O câncer de estômago que também é prevalente na macrorregião, apresenta uma taxa de 6,61 por 100 mil mulheres em 2019; no Brasil, o câncer de estômago é o quinto tipo mais frequente entre as mulheres<sup>28</sup> o que demonstra a necessidade do diagnóstico precoce desse tipo de câncer para melhor resultado no tratamento e a busca da investigação de sinais e sintomas.

O câncer dos brônquios e pulmões apresenta um crescimento significativo, e alcança a taxa de 8,25 por 100 mil mulheres (2018). Também é um dos mais frequentes óbito por neoplasia em mulheres; o uso do tabaco é o mais importante desencadeador da doença (Gráfico 13).

**Gráfico 13.** Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019\*



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

O Estado e a macrorregião podem utilizar os dados de metas alcançadas 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)<sup>29</sup> para auxiliar no monitoramento e avaliação da situação de atenção à saúde das mulheres e ações de prevenção do câncer.

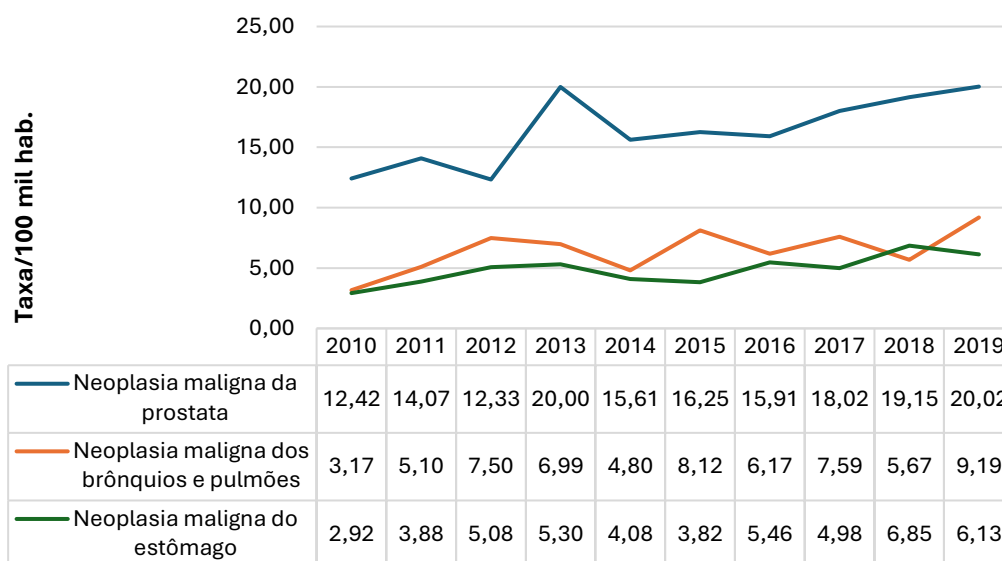
A maior frequência da taxa de mortalidade por câncer de mama evidencia a necessidade de ações voltadas para a detecção precoce desse tipo de neoplasia. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional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

Para prevenir o câncer dos brônquios e pulmões medidas de combate ao tabagismo e ações voltadas para mudanças nos modos de vida individual dessas mulheres são importantes para prevenção dessa causa de óbito. Para prevenir o câncer de estômago recomenda-se manter o peso corporal dentro dos limites da normalidade, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e de alimentos salgados e preservados em sal e não fumar<sup>31</sup>.

A análise das neoplasias no sexo masculino aponta o câncer de próstata como a principal causa de óbito na Macrorregião de Saúde Nordeste, no período 2010-2019.

Nesse mesmo período, a segunda causa foi o câncer de brônquios e pulmões e a terceira causa foi o câncer de estômago, alternando no ano de 2018 (Gráfico 14).

**Gráfico 14.** Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010–2019\*



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

O diagnóstico precoce do câncer de próstata deve ser valorizado e se baseia na rápida e oportuna investigação dos seguintes sinais e sintomas mais comuns: alteração na frequência e padrões urinários; hematúria visível e disfunção erétil. Por fim, as neoplasias prevalentes que elevam a mortalidade da população masculina e feminina geralmente preveníveis por meio de detecção precoce, hábitos saudáveis ao longo da vida com relação ao tabagismo, consumo de álcool, alimentação saudável e exercícios físicos regulares evitando o sedentarismo.

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

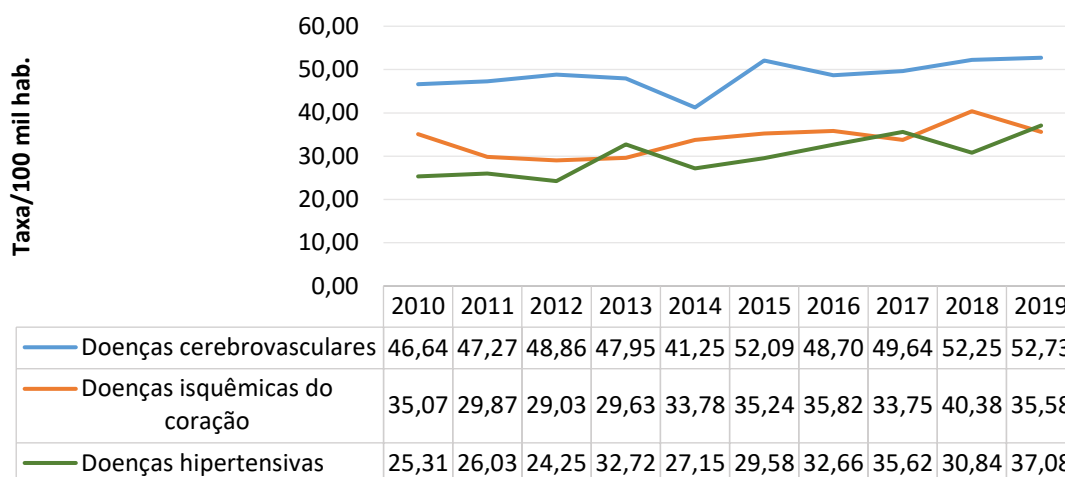
### **3.4. Doenças do aparelho circulatório**

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

As DAC são as principais causas de mortalidade na Bahia<sup>2</sup> e responsáveis por elevados custos sociais e econômicos. Na MRS-Nordeste, correspondem ao primeiro grupo de causas de óbito, responsáveis por 24,28% do total de mortes no período 2010-2019<sup>27</sup>.

Na macrorregião em foco, no período analisado, as doenças cerebrovasculares (DCbV) apresentam o maior risco de morte da população e têm mantido a estabilidade de óbitos na última década. As doenças isquêmicas do coração (DIC) representam a segunda causa de morte da população, cujas taxas variam entre 29,03 (2012) e 40,38 (2018) por 100 mil habitantes; dessas, o infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa específica destas mortes, correspondendo a 89,35% dos óbitos<sup>32</sup>. As doenças hipertensivas foram a terceira causa de morte na população da macrorregião e passaram de 25,31 para 37,08 por 100 mil habitantes (Gráfico 15).

**Gráfico 15.** Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019\*



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

O Brasil figura no sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de morte por doenças cardíacas, infartos e hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre homens e mulheres de 35 a 74 anos. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) descreve que 77% das pessoas com o primeiro episódio de acidente vascular encefálico (AVE) têm HAS, a qual aumenta de 4 a 6 vezes o risco de AVE. A HAS contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular, em que 69% das pessoas com o primeiro IAM têm HAS e essa é também a segunda causa de doença renal crônica<sup>33</sup>.

Na MRS-Nordeste a mortalidade aumenta de forma significativa quando se relaciona com grupos etários avançados. De acordo com análise do banco de dados DATASUS nota-se que a partir dos 50 anos as doenças isquêmicas, outras doenças cardíacas e doenças cerebrovasculares têm o número de óbitos elevados, o que significaria mortes prematuras na escala etária, além dos custos com possíveis hospitalizações, reabilitações e pensões por incapacidade<sup>2</sup>.

A unidade da rede de APS mais próxima é a primeira referência nas situações de saúde e doença e deve extrapolar os limites da Unidade Básica de Saúde (UBS) por meio da interação com a comunidade e desenvolver estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e ações intersetoriais<sup>34</sup>.

Estratégias para combater a mortalidade devem ser estudadas considerando-se o envelhecimento da população. O aumento na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tende a diminuir as hospitalizações e, conseqüentemente, a mortalidade; a melhoria nas condições socioeconômicas e o atendimento pré-hospitalar e hospitalar, nas primeiras horas após início dos sintomas, aumentam a probabilidade da reversão do quadro clínico da pessoa<sup>35</sup>.

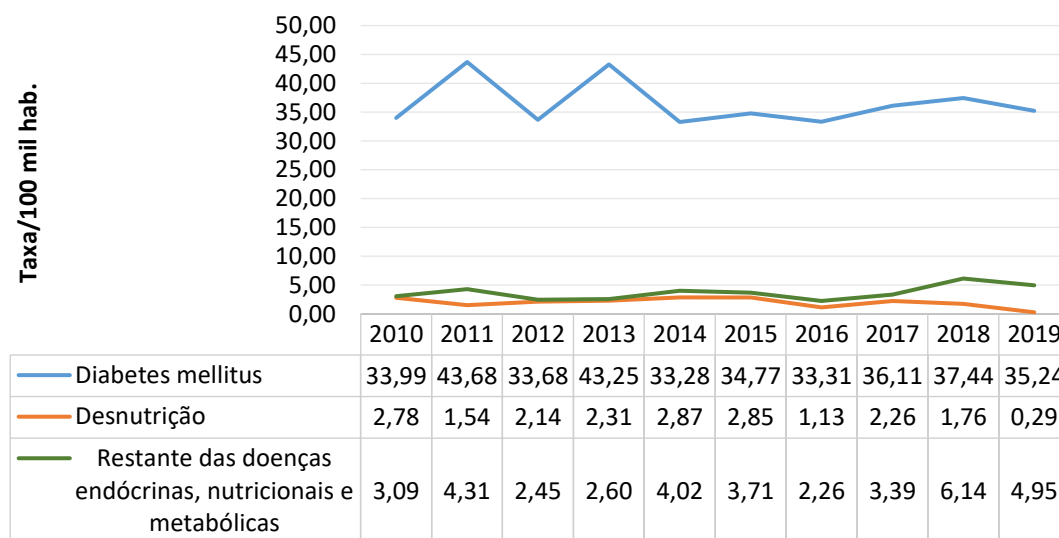
### 3.5. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DENM), capítulo IV, CID 10, são aquelas relacionadas com a produção de hormônios (diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, osteoporose e outros agravos) e vários fatores estão na sua origem<sup>36</sup>.

No ano 2019, as DENM representaram o sexto maior grupo de causas de morte na população brasileira e no Estado da Bahia e o quinto lugar na MRS-Nordeste<sup>27</sup>.

Na série histórica referente às mortes prematuras (30-69 anos) por esse grupo de causa, o crescimento na MRS-Nordeste foi entre 39,87 e 40,48 óbitos por 100 mil habitantes, no período 2010-2019. Ao desagregar pelas principais doenças deste grupo a Diabetes mellitus (DM) é a principal causa de óbito com oscilação em todo período apresentando a maior taxa em 2011 com 43,68 e menor taxa em 2016 com 33,31 óbitos por 100 mil habitantes, seguido, com pequenas oscilações, entre desnutrição e o grupo de restante das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Gráfico 16).

**Gráfico 16.** Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes, na mesma faixa etária. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019\*



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

De acordo com a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV), além de ser a primeira causa de mortalidade prematura, a diabetes é a maior causa de amputação dos membros inferiores e de cegueira e a segunda maior causa de insuficiência renal no mundo.

Considerando que esses três quadros de gravidade são passíveis de prevenção com diagnóstico e tratamento precoce, a incidência de ulceração é de 25% nos pacientes diabéticos, em razão do pé diabético, e 85% dessas precedem amputações<sup>37</sup>.

A Sesab, diante desse quadro e dada a relevância da organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do pé diabético e feridas complexas na RAS, estabeleceu como uma das ações prioritárias a instalação da sala para pé diabético. Para tanto, publicou a Portaria Estadual nº 51, de 14 de janeiro de 2019, estimulou os municípios, aprovou critérios e estabeleceu responsabilidades quando da adesão à política estadual do pé diabético e feridas complexas.

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

amputações/desarticulações (membros inferiores; pé e tarso; e dedo) e revisões cirúrgicas de coto de amputações (membros inferiores, exceto dedos do pé, e dedos)<sup>38</sup>.

Na MRS-Nordeste, no mesmo período, foram realizadas 7.249 internações hospitalares por complicações do DM<sup>34</sup>, das quais 461 foram cirurgias de amputações/desarticulações (membros inferiores; pé e tarso; e dedo) e revisões cirúrgicas de coto de amputações (membros inferiores, exceto dedos do pé, e dedos).

É importante salientar que ocorreram 55 amputações/desarticulações de pé e tarso, o que representa 11,93% 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. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019\*

PROCEDIMENTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Amputações/ Desarticulações e Revisões cirúrgicas de coto de amputações	40	18	28	20	20	18	42	74	107	94	461
Amputação / Desarticulação de pé e tarso	16	2	4	3	1	1	4	8	7	9	55

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

As doenças endócrinas nutricionais e metabólicas estão relacionadas com as condições de saúde das pessoas, as quais se apresentam de forma mais ou menos persistente, a depender das respostas sociais que podem ser reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas.

Diante disso, esperam-se políticas públicas proativas que direcionem a organização dos sistemas de atenção à saúde para ações contínuas e integradas, visando a atuação dos profissionais de saúde e a colaboração das pessoas usuárias.

O DM se configura importante problema de saúde, uma vez que dados estatísticos apontam o crescente número de pessoas acometidas por essa enfermidade. É uma condição

crônica importante para a saúde pública, em virtude do grande número de casos e das repercussões da condição não controlada para a pessoa, a família e a sociedade.<sup>39</sup>

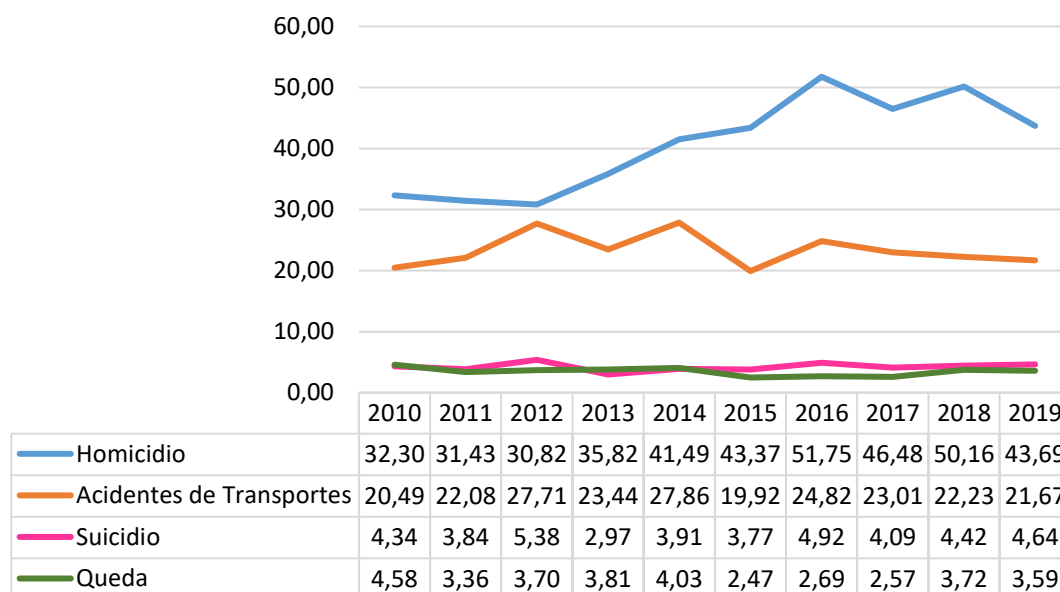
### 3.6. Morbimortalidade por causas externas

As causas externas, capítulo XX, CID 10, são traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo, incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação)<sup>19</sup>.

Esse grupo de causas constitui o segundo grupo com maior número de óbitos na Bahia. Na desagregação dos componentes do grupo dos óbitos por causas externas, as causas mais frequentes no estado da Bahia, no período 2010-2017, foram os homicídios, seguidos dos acidentes de transportes, queda e suicídio<sup>2</sup>.

Na Macrorregião de Saúde Nordeste, esse é o terceiro grupo com maior número de óbitos o que apresenta situação similar ao Estado em relação à desagregação, com os dois principais grupos de causas de óbitos sendo homicídio, seguido de acidente de transporte. Quedas e suicídio alternam como terceiro e quarto grupo de causas, no período 2010-2019 (Gráfico 17).

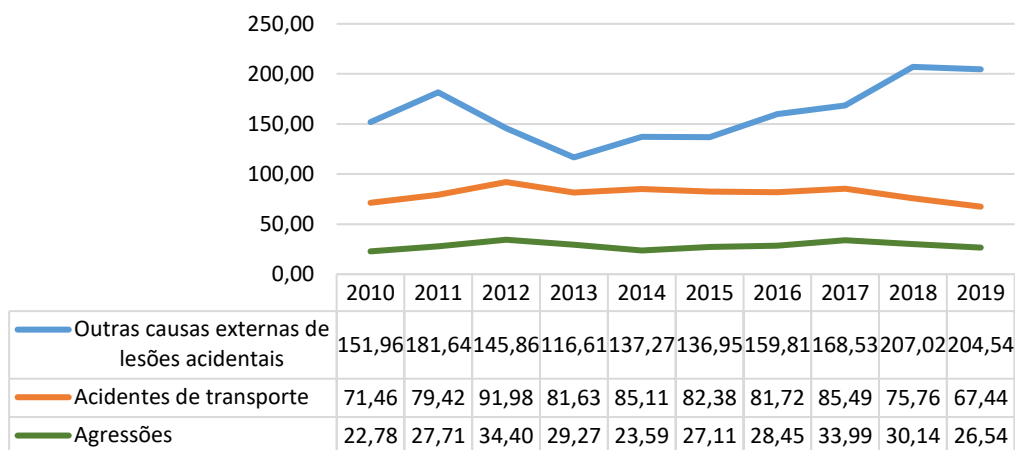
**Gráfico 17.** Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019\*



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

Com relação à taxa de internação por causas externas, observa-se que a maior taxa está no grande grupo de causas denominado outras causas externas de lesões acidentais; quando da desagregação, predominam nesse grupo as internações por queda<sup>40</sup>. A segunda maior causa de internação é do grande grupo acidentes de transporte seguido de agressões (Gráfico 18).

**Gráfico 18.** Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2010-2019\*



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

A análise da contribuição dos tipos de acidentes de trânsito revela que os acidentes com motociclistas representam 34,45% de internações por acidente de transporte<sup>35</sup>.

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 relacionadas<sup>36</sup>.

Há necessidade de desenvolvimento de intervenções para proteção, promoção e cuidados à saúde com ações intra e intersetoriais para o enfrentamento da morbimortalidade por causas externas. A análise dos indicadores revela o estado de saúde da MRS-Nordeste que poderá ser aprofundada, por meio dos Planos Municipais de Saúde e outros instrumentos de gestão, os quais subsidiarão os gestores e profissionais de saúde na análise de situação de saúde e no gerenciamento das informações para melhor desempenho das suas atividades. Além disso, visa contribuir para as próximas etapas do processo do PRI, discussão da RAS e da governança nos territórios macrorregionais, programação dos recursos e investimentos, considerando-se as necessidades locorregionais e da sua população.

### **3.7 Atualização Estado de saúde**

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

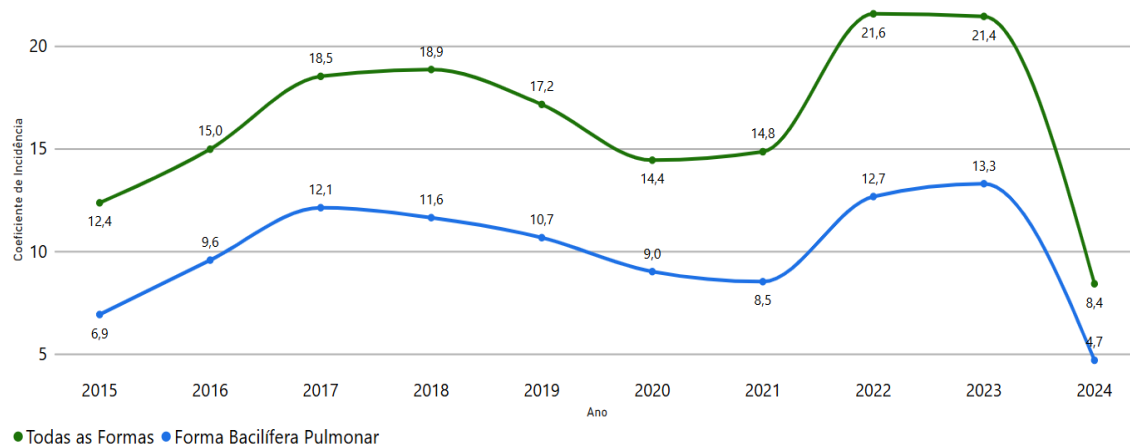
Considerando que a análise inicial contemplou indicadores numa série histórica de 2010 a 2019. Em 2025 o processo do Planejamento Regional Integrado (PRI) avançou para a conclusão das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) surgiu a necessidade da atualização da ASIS – Estado de Saúde para os anos de 2020 a 2024 conforme disponibilidade de dados. Chamamos atenção que para o de 2024 como a coleta foi de janeiro/2025 alguns bancos ainda estavam com dados preliminares. Além disso, para os anos de 2020 e 2021, os dados sofrem influência da pandemia de COVID-19 e suas repercussões nos serviços de vigilância e diagnóstico.

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

#### **3.7.1 Doenças infecciosas e parasitárias**

Nesta área temática foram mantidos os indicadores da análise inicial, ocorrendo apenas a atualização para os anos 2020-2024. A partir de 2020, observa-se aumento nos coeficientes de incidência de todas as formas de tuberculose, que sobem de 14,4 (2020) para 21,6 em 2022 e 21,4 em 2023, com queda acentuada em 2024 (8,4). A forma bacilífera pulmonar segue tendência semelhante, com alta até 2023 (13,3) e redução em 2024 (4,7). Esse padrão pode refletir melhora na detecção pós-pandemia, seguida de possível subnotificação ou atraso nos dados mais recentes (Gráfico 19).

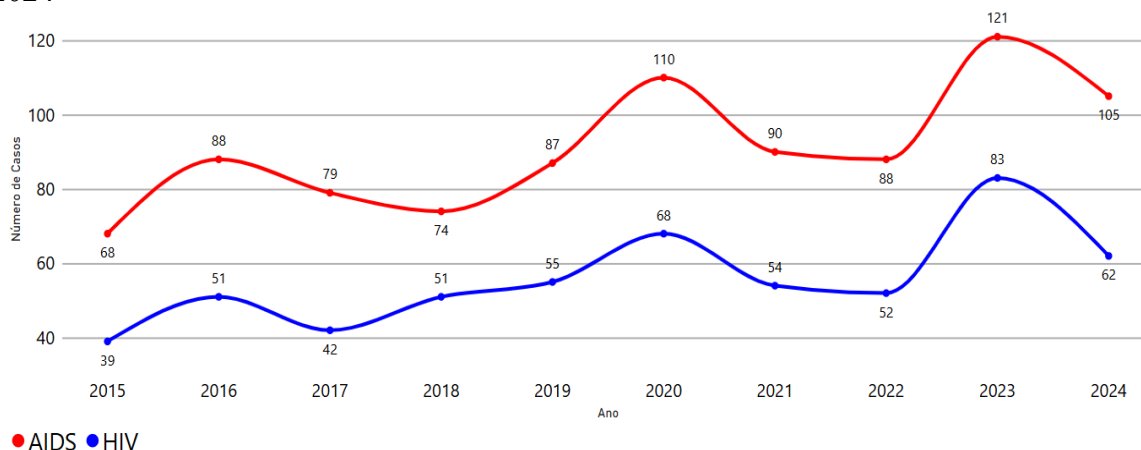
**Gráfico 19.** Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024



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

A partir de 2020, observa-se uma tendência oscilante nos casos notificados de HIV e AIDS. No ano de 2020, os casos de AIDS apresentaram um pico (110 casos), seguido por uma queda nos anos de 2021 (90) e 2022 (88). Em 2023, verifica-se um aumento expressivo, alcançando 121 casos — o maior número do período analisado. Em 2024, houve redução para 105 casos, ainda acima dos valores registrados em 2021 e 2022. Tendência semelhante foi observada nos casos de HIV, que caíram de 68 casos em 2020 para 52 em 2022, apresentando um aumento significativo em 2023 (83 casos) e nova queda em 2024 (62 casos) (Gráfico 20).

**Gráfico 20.** Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024

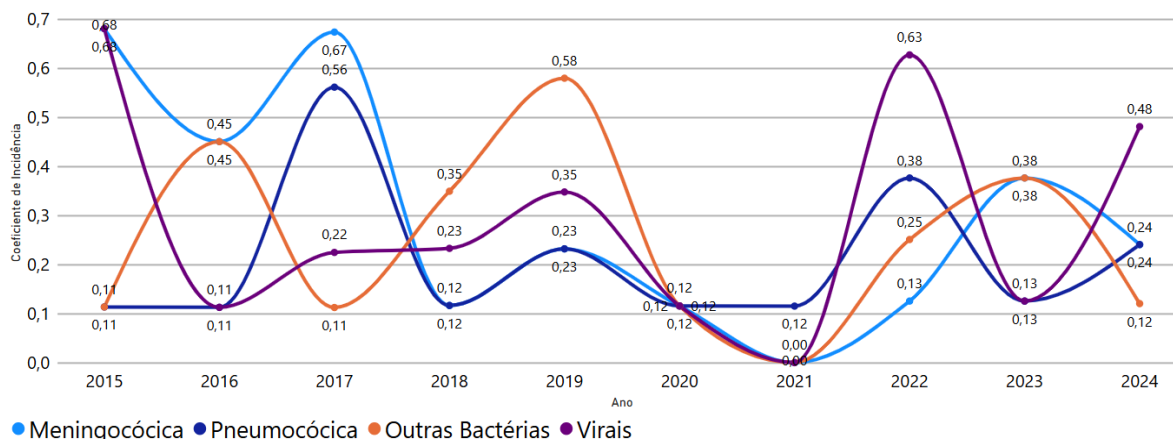


Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

A partir de 2020, observa-se uma queda expressiva nos coeficientes de incidência das meningites, com destaque para a meningocócica, pneumocócica e por outras bactérias, que atingiram seus menores valores em 2021 — inclusive com coeficiente zero para meningite pneumocócica. Esse comportamento marca um contraste significativo em relação ao período

anterior a 2020, quando essas formas bacterianas apresentavam coeficientes superiores a 0,5, como em 2015 e 2017. A partir de 2022, observa-se uma retomada gradual dos coeficientes, especialmente das formas virais, que atingiram pico em 2022 (0,63) e voltaram a crescer em 2024 (0,48). A forma por outras bactérias também apresentou tendência de crescimento a partir de 2021, com flutuações (Gráfico 21).

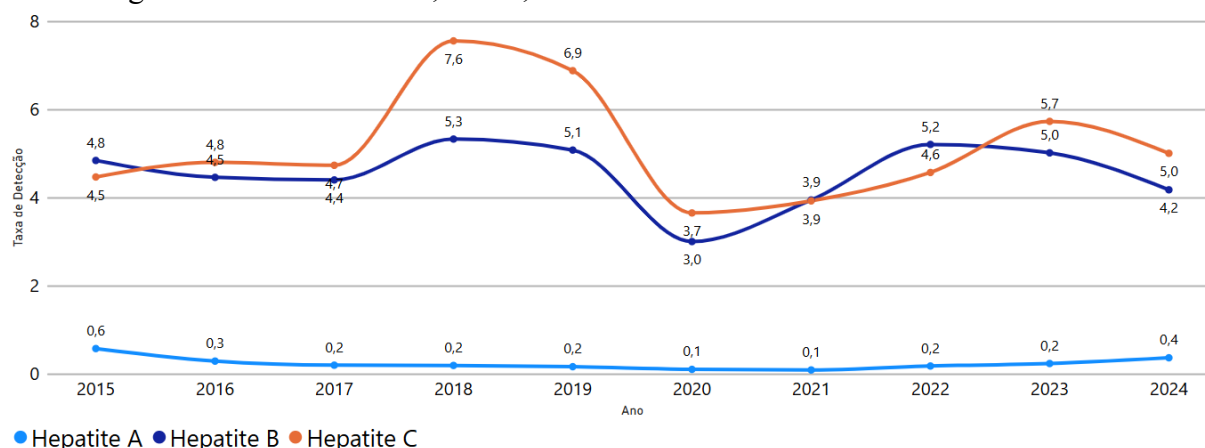
**Gráfico 21.** Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024



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

A análise das hepatites virais a partir de 2020 revela mudanças importantes nas taxas de detecção, especialmente das hepatites B e C. Entre 2020 e 2021, observa-se um patamar reduzido nas notificações dessas duas infecções (hepatite B: 3,7 em 2020 e 3,9 em 2021; hepatite C: 3,0 e 3,9, respectivamente), contrastando com o período anterior, em que as taxas eram mais elevadas — com destaque para o pico de hepatite C em 2018 (7,6). A partir de 2022, observa-se uma retomada das taxas, com aumento tanto para hepatite B (5,2 em 2022) quanto para hepatite C (5,2 em 2023). Em 2024, ambas voltam a apresentar discreta queda, mas ainda se mantêm acima dos níveis registrados em 2020 e 2021. A hepatite A, por sua vez, manteve-se com taxas muito baixas ao longo de todo o período, oscilando entre 0,1 e 0,6, sem alterações expressivas (Gráfico 22).

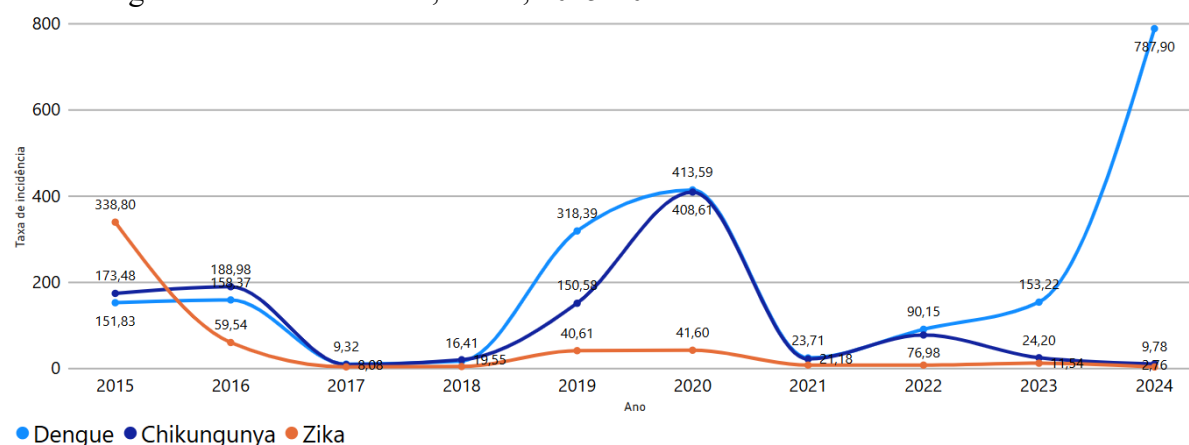
**Gráfico 22.** Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024.



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

A análise das arboviroses a partir de 2020 evidencia um pico de casos de chikungunya e dengue em 2020 (408,61 e 413,59 por 100 mil hab., respectivamente), observa-se uma queda significativa em 2021, com a dengue caindo para 23,71 e a chikungunya para 21. A partir de 2022, inicia-se um novo crescimento, com destaque para a **dengue**, que salta de 90,15 em 2022 para 153,22 em 2023 e atinge um **pico expressivo em 2024 (797,90)**, sendo a maior incidência da série histórica, indicando uma possível epidemia. A chikungunya também apresentou alta em 2022 (76,98), mas voltou a cair nos anos seguintes. A **zika**, por outro lado, manteve-se com taxas muito baixas desde 2017, com valores inferiores a 10 por 100 mil hab. nos últimos três anos (Gráfico 23).

**Gráfico 23.** Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024

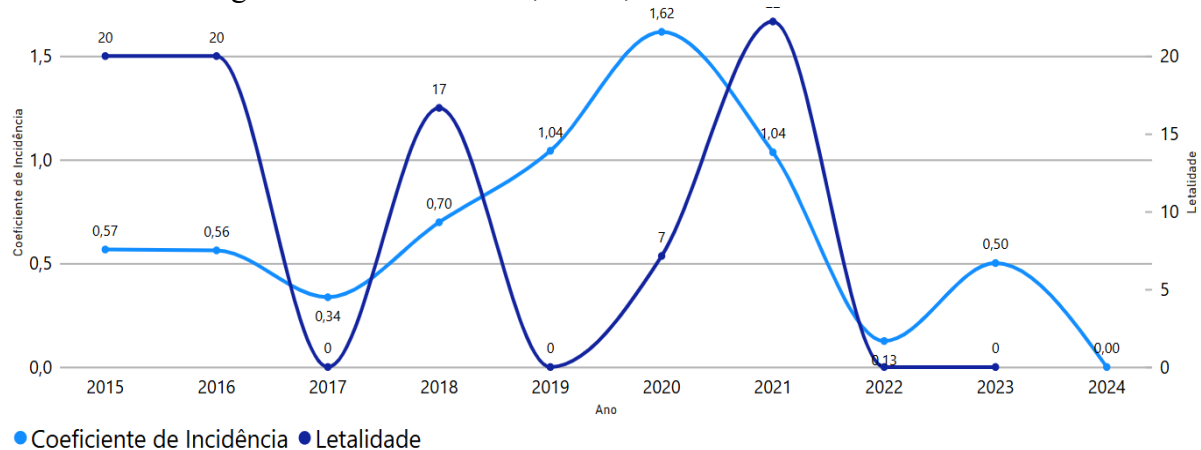


Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. \*Dados coletados em 23/03/2021, sujeitos a alterações.

O coeficiente de incidência atinge o maior valor da série em 2020 (1,62 por 100 mil habitantes), seguido por uma redução nos anos seguintes, chegando a 0 em 2023 e 2024. A

letalidade, por sua vez, apresenta um pico em 2021 (23%), mesmo com uma incidência menor (1,04), o que pode indicar gravidade dos casos diagnosticados ou atraso no diagnóstico e tratamento. Em 2022, a incidência se mantém baixa (0,13), enquanto a letalidade zero, comportamento que persiste até 2024 (Gráfico 24).

**Gráfico 24.** Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024



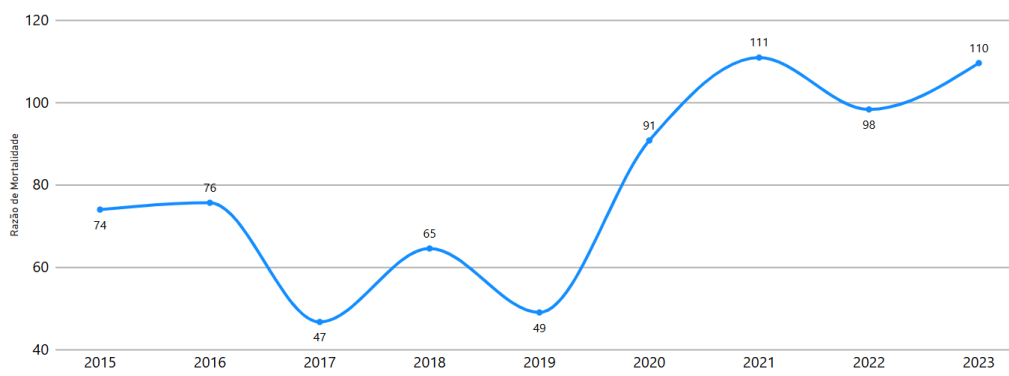
Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. \*Dados coletados em 25/01/2025, sujeitos a alterações.

### 3.7.2 Atenção à saúde materna e infantil

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

A partir de 2020, porém, há uma mudança expressiva no padrão do gráfico, com a razão de mortalidade aumentando e atingindo o maior valor da série em 2021 (111). Nos anos seguintes, embora haja uma discreta redução em 2022 (98), a razão volta a subir em 2023 (110). Os dados demonstram necessidade de melhorar as ações, pois o resultado do indicador está aquém do padrão aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (Gráfico 25).

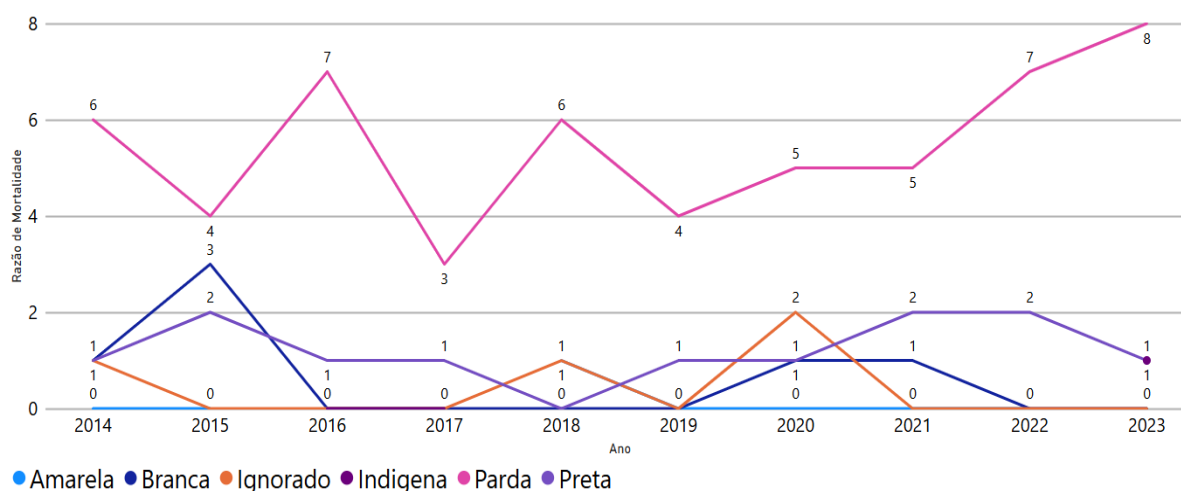
**Gráfico 25.** Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2023\*



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

As Nações Unidas que apoiam os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no Brasil definiram que o aceitável é alcançar 30 óbitos por 100 mil Nascidos Vivos. Na Bahia a RMM de mulheres pretas e pardas é 55,78 (2023). Na Macrorregião o total de mortes de mulheres parda e negras foi de 7 (2014) apresentando redução para 09 (2023) (Gráfico 26).

**Gráfico 26.** Razão de mortalidade materna por raça/cor. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2014-2023

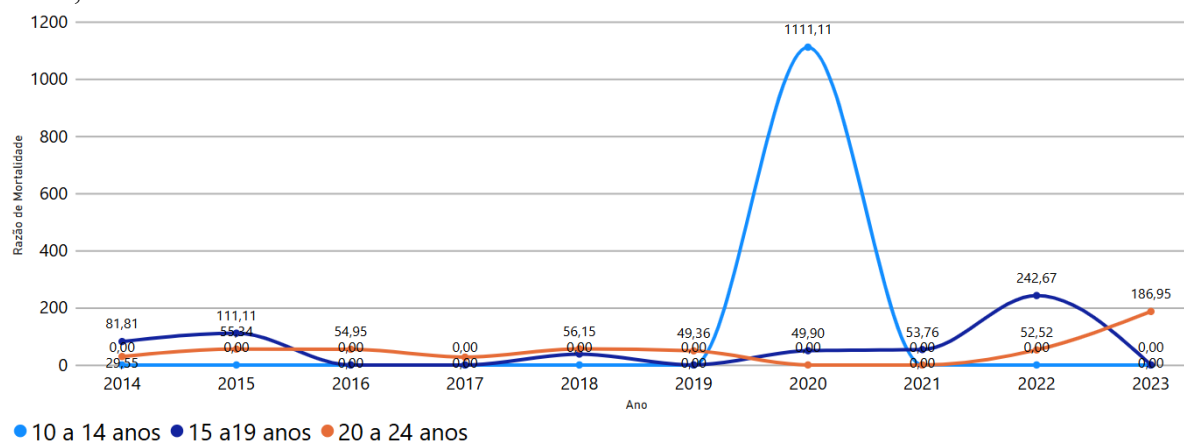


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Segundo dados do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS) a mortalidade materna é mais frequente em gestantes adolescentes (< 20 anos). As principais causas incluem hemorragias, hipertensão gestacional, infecções e complicações do parto. Quando observada a razão da mortalidade materna por faixa etária na MRS-Nordeste, observa-se que em 2020, a razão atinge um pico altíssimo em 2020(1111,11), e em 2022, a maior razão

está nas gestantes de 15 a 19 anos. Observa-se ainda a partir de 2022, uma curva ascendente na razão de mortalidade de jovens de 20 a 24 anos (Gráfico 27).

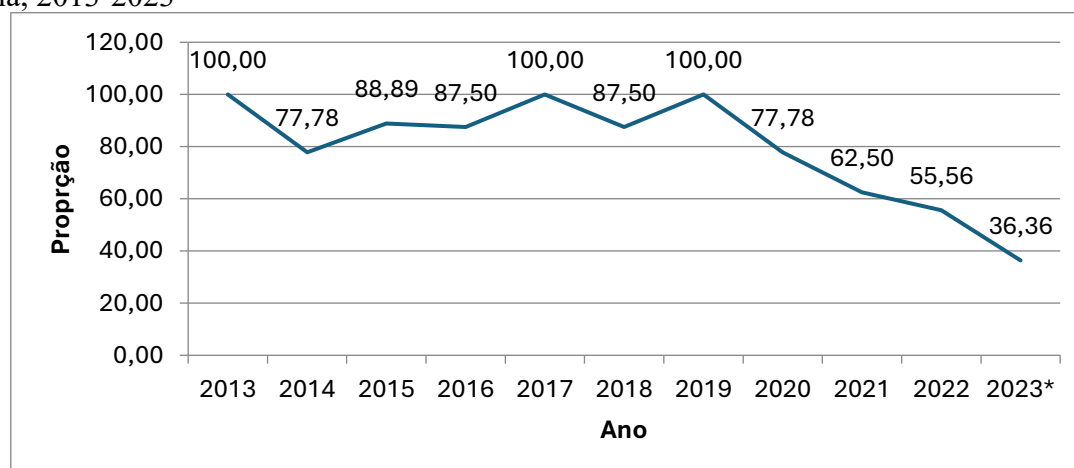
**Gráfico 27.** Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2014- 2023



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

A proporção de óbitos maternos investigados é um indicador importante para avaliar a qualidade da vigilância e das ações de saúde relacionadas à mortalidade materna. Destaca-se a redução na proporção de óbitos maternos investigados no estado da Bahia. Em 2020, a série histórica atingiu seu ponto mais baixo, com apenas 49,32% dos casos de óbitos maternos investigados<sup>37</sup>. Em 2023, a macrorregião registrou 57,14 de óbitos maternos investigados (Gráfico 28). Na Macrorregião de Saúde Nordeste, a partir de 2020, verifica-se uma redução progressiva e preocupante, atingindo apenas 36,36% em 2023 — o menor valor da série.

**Gráfico 28.** Proporção de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2013-2023



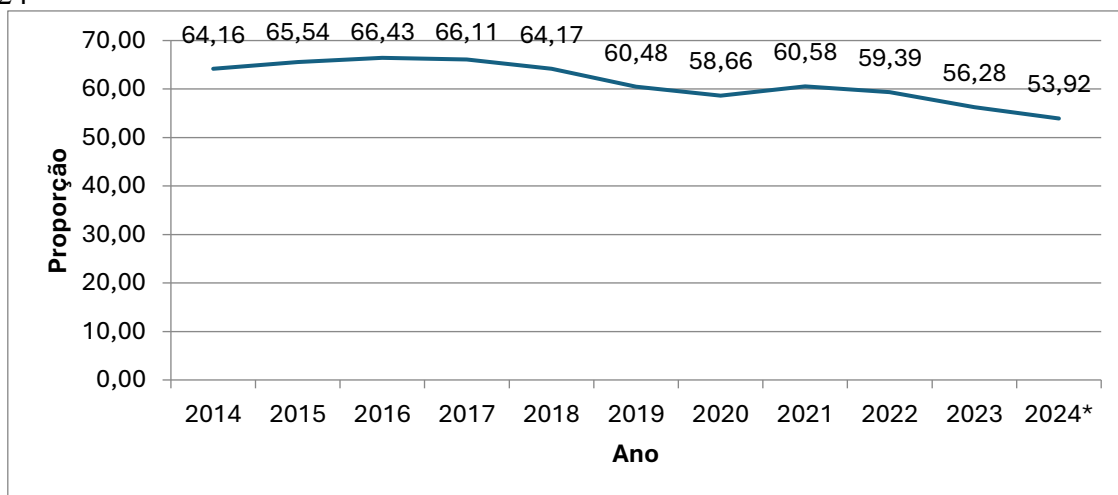
Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

O indicador proporção de partos normais mede a participação relativa dos partos normais no total de partos hospitalares. É influenciado pelo modelo de assistência obstétrica adotado, pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante e pela disponibilidade de

Unidades que realizam partos normais.

NA MRS-Nordeste, percebe-se uma **tendência de queda gradual** ao longo do tempo. Entre 2014 e 2017, os percentuais oscilaram positivamente, atingindo o pico em 2016 (66,43%) e 2017 (66,11%). Os anos de 2020, 2022, 2023 e 2024 apresentaram variação abaixo do parâmetro proposto como ideal para o indicador (valor igual ou superior a 60% de partos normais) (Gráfico 29).

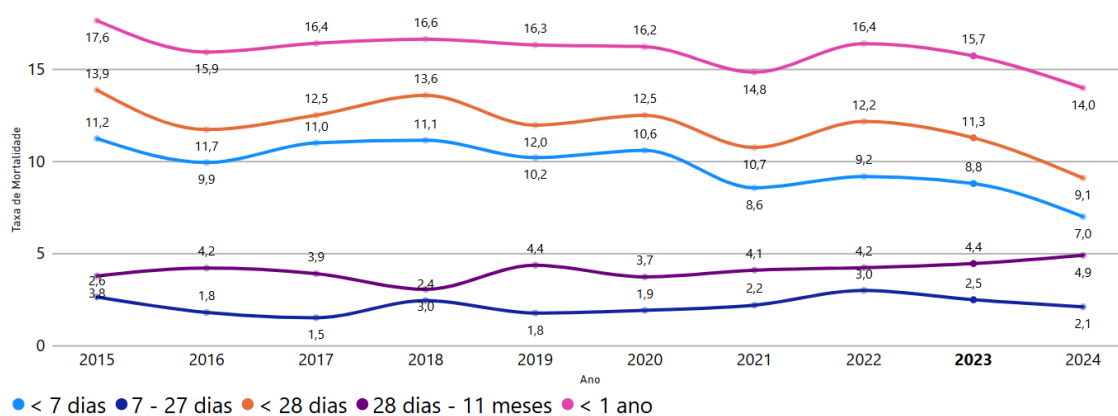
**Gráfico 29.** Proporção de Partos Normais. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2014-2024



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

Na Macrorregião de Saúde Nordeste, em todos os anos da série história, a mortalidade infantil não esteve abaixo no padrão aceitável pela OMS, que é de 10 (dez) óbitos infantis para cada mil nascimentos. Os óbitos infantis seguem a tendência da análise anterior para o risco de morte por componente e continuam concentrados no período neonatal (0 a 27 dias de vida), (Gráfico 30).

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

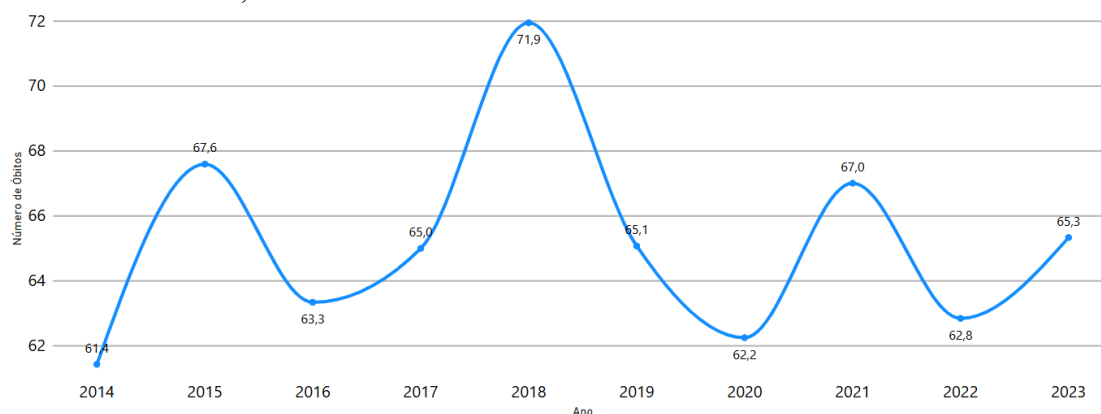


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

O percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos é um indicador importante para avaliar a efetividade das políticas públicas de saúde infantil, especialmente relacionadas à atenção básica, vacinação, saneamento e acesso a serviços de saúde. Segundo Ministério da Saúde entre 70% a 80% dos óbitos em menores de 5 anos no Brasil são considerados evitáveis.

NA MRS-Nordeste, no período de 2014 a 2023, observa-se uma **variação cíclica**, com menor valor em 2020 (62,2%), enquanto o maior pico foi registrado em 2018 (71,9%), revelando que, naquele ano, mais de 70% dos óbitos poderiam ter sido evitados com intervenções oportunas e eficazes. Apesar de pequenas flutuações, o indicador termina 2023 com um percentual de 65,3%, o que ainda representa um número expressivo de mortes evitáveis (Gráfico 31).

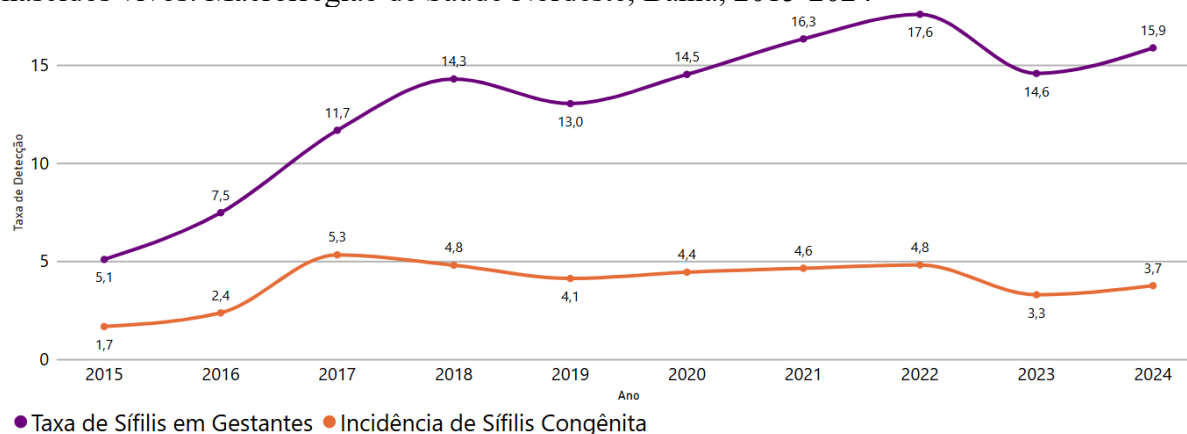
**Gráfico 31.** Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Nordeste Bahia, 2014-2023



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

A partir de 2020, observa-se uma manutenção de patamares elevados nas taxas de sífilis em gestantes, com um pico em 2022 (17,6 casos por mil nascidos vivos) e uma leve redução em 2023 (14,6), seguida de nova elevação em 2024 (15,9). Já a sífilis congênita apresentou uma trajetória mais estável no mesmo período, com discreta oscilação entre 4,4 e 4,8 até 2022, mas queda expressiva em 2023 (3,3), voltando a subir para 3,7 em 2024 (Gráfico 32).

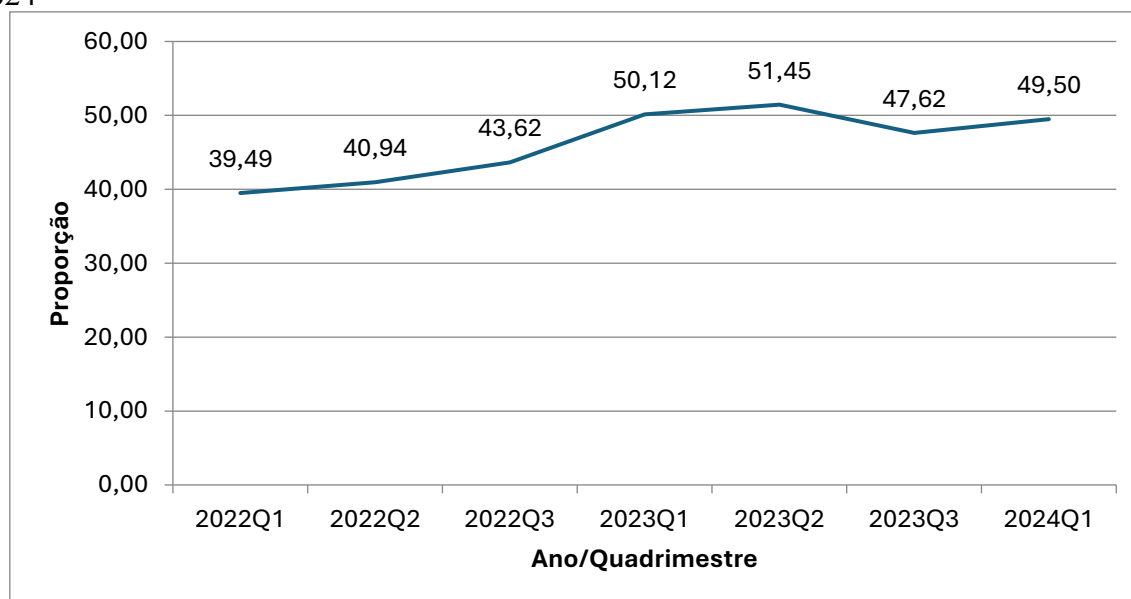
**Gráfico 32.** Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2024



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

Uma gestante que é captada até a 12<sup>a</sup> semana de gestação possibilita a detecção precoce de patologias que podem afetar tanto a saúde da mãe quanto do bebê, permitindo intervenções oportunas que reduzem riscos de transmissão vertical e complicações durante a gestação e o parto. Além disso, um acompanhamento adequado fortalece o vínculo entre a gestante e a equipe de saúde, promovendo uma abordagem educativa que contribui para a saúde e bem-estar da família. Na Macrorregião de Saúde Nordeste, foi possível observar um aumento na captação precoce da gestante, e o início do pré-natal em tempo oportuno, em apenas 50% das gestantes (Gráfico 33).

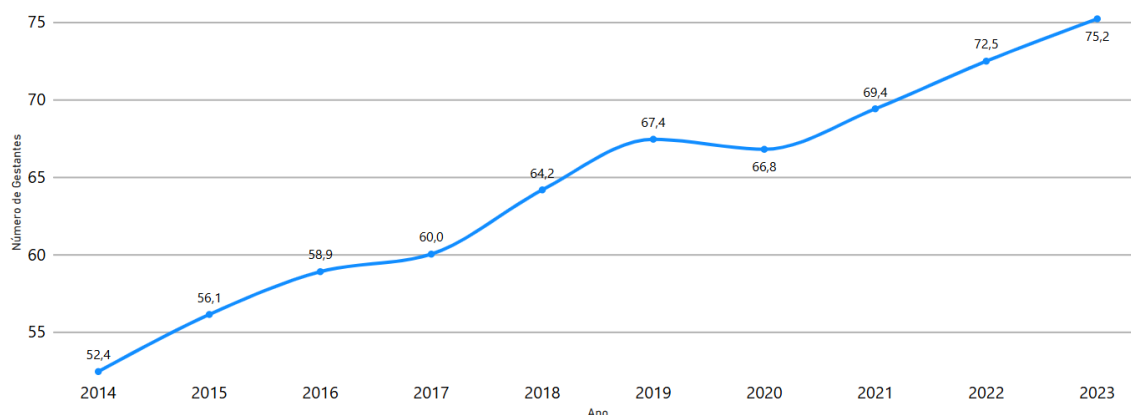
**Gráfico 33.** Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12<sup>a</sup> semana de gestação. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2022-2024



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

O percentual de gestantes com mais de 7 consultas de pré-natal é um dos principais indicadores de qualidade da assistência à saúde materna. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, o ideal é que toda gestante realize no mínimo 7 consultas, conforme a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2023 o Brasil apresentou 78% de gestantes com 7 consultas de pré-natal, enquanto a Bahia teve um percentual de 75,2%<sup>1</sup> já a macrorregião 75,2 % 2023, representando um aumento de 22,8% quando comparado à 2014 (Gráfico 34).

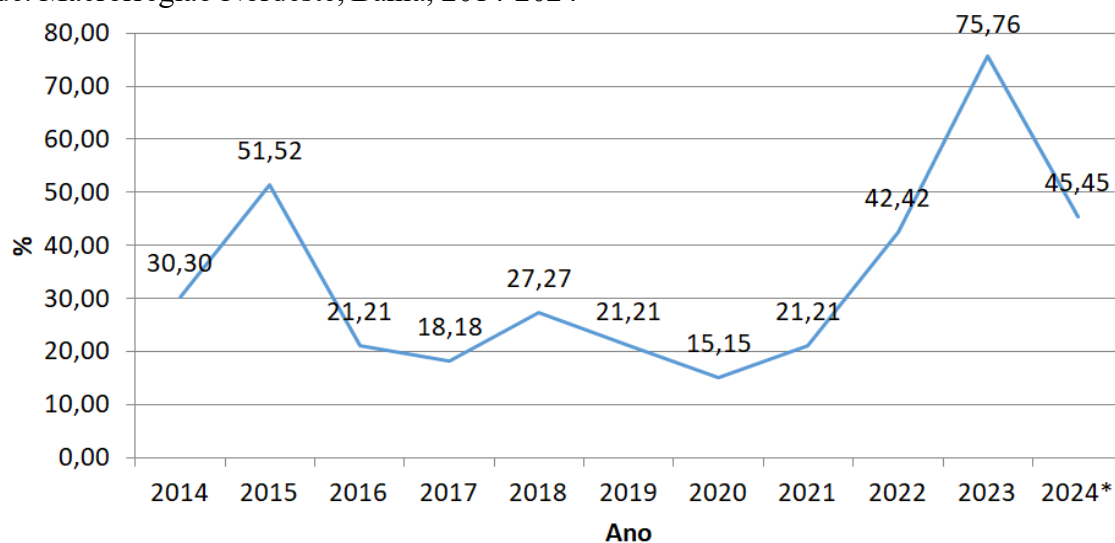
**Gráfico 34.** Proporção de gestante com mais de 7 consultas no pré-natal, na macrorregião Nordeste, Bahia, 2014- 2023



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

Um último ponto a se analisar sobre saúde materna e infantil, é a proporção 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. Observa-se uma tendência de crescimento a partir de 2020 anos, atingindo o maior percentual em 2023 (75,76%). (Gráfico 35). No ano de 2024, o dado mostra que 45,45% dos municípios alcançaram a meta, mas essa redução pode estar atrelada ao não fechamento da base de dados. É necessário um esforço coletivo para o alcance da meta, pois a garantia das vacinas de Penta, Pólio, Pneumo e Tríplice Viral são essenciais para a diminuição e circulação de vírus e outros microrganismos nocivos à saúde. Ter uma alta cobertura é sinônimo de proteção coletiva (Gráfico 35).

**Gráfico 35.** Percentual de Municípios que atingiram 75% ou mais na Proporção de Vacinas Seleccionadas do Calendário Nacional de Vacinação para Crianças menores de dois anos de idade. Macrorregião Nordeste, Bahia, 2014-2024

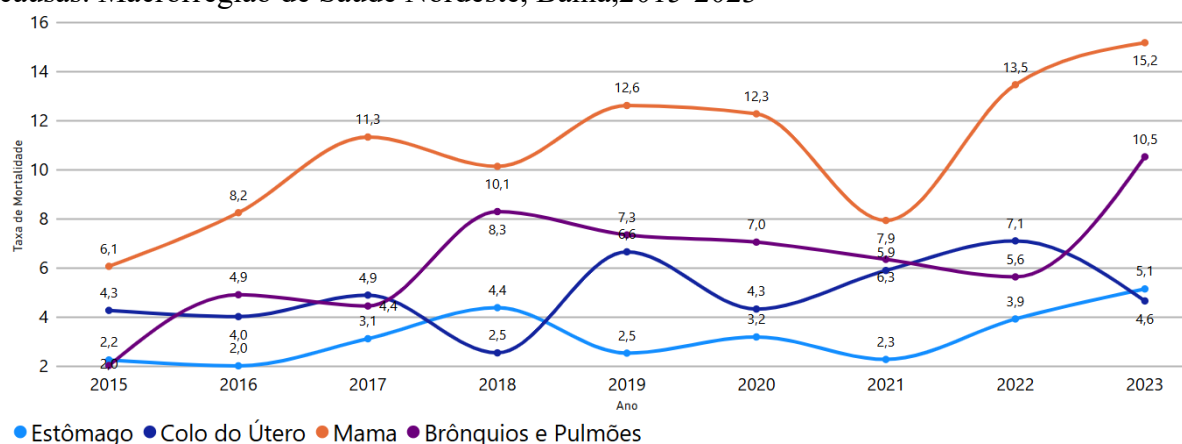


Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

### 3.7.3 Neoplasias

Para prioridade Sanitária Neoplasias foram agregados indicadores de rastreamento do câncer (gráficos 37 e 38), a título de análise e de definição das metas a serem pactuadas no PRI. Na MRS-Nordeste, assim como na análise anterior, a partir de 2020, a primeira causa de mortalidade de neoplasia em mulheres é o câncer de mama. Câncer de útero e brônquios e pulmões oscilam entre a segunda e terceira causa e o câncer de estômago, com exceção dos anos de 2023, é a quarta causa de óbito por neoplasia no sexo feminino (Gráfico 36).

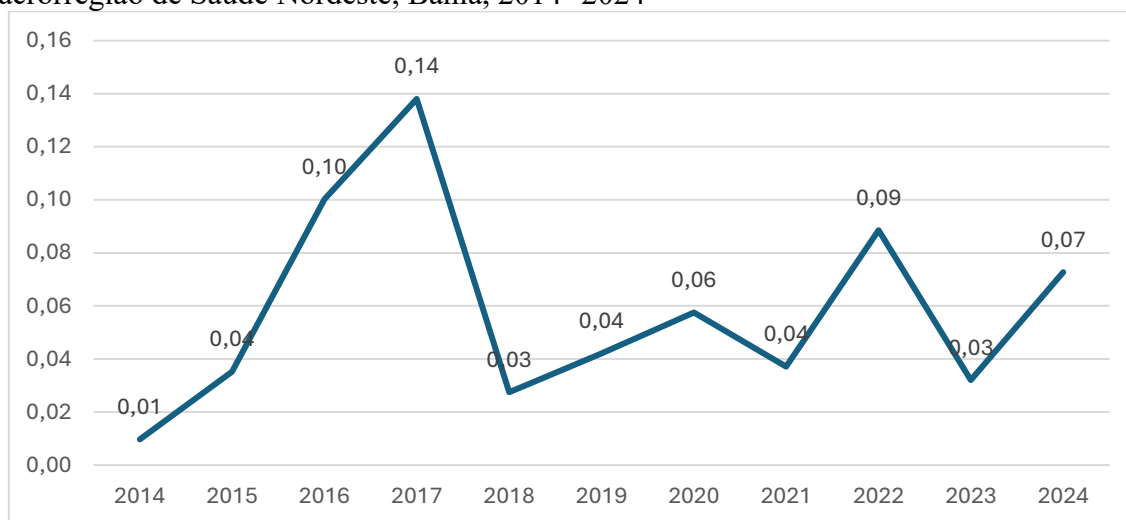
**Gráfico 36.** Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015-2023\*



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

A razão de mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos é um indicador que mostra a proporção de mulheres nessa faixa etária que realizaram mamografia com finalidade de rastreamento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a meta é de 0,5<sup>27</sup>. Alguns desafios ainda afetam o alcance da meta desta razão, tais como: baixa adesão por medo ou falta de informação; falta de acesso aos serviços especializados sobretudo no interior; filas de espera ou dificuldade de agendamento e baixa cobertura de unidades móveis em regiões remotas. A macrorregião apresenta uma razão abaixo do preconizado variando entre 0,14 e 0,09 no período de 2014 a 2024 (Gráfico 37).

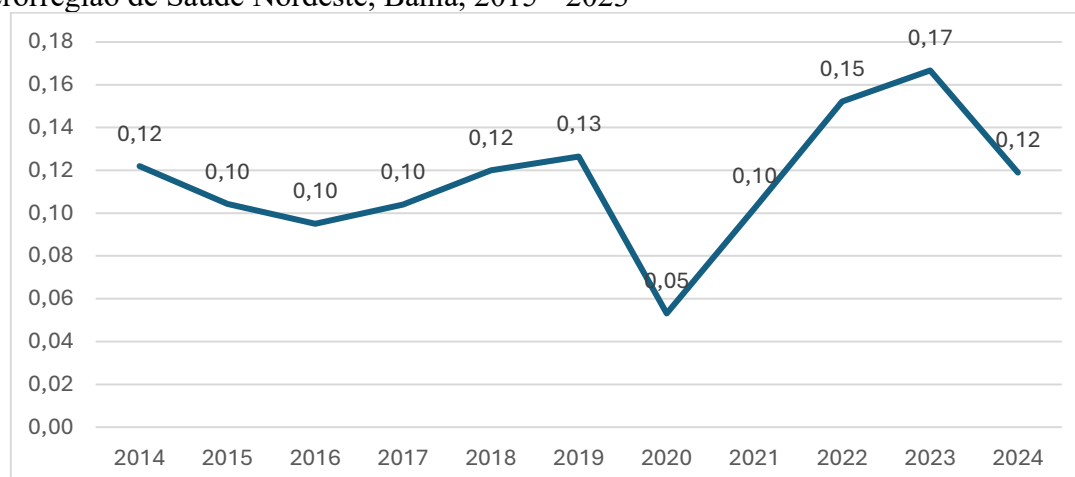
**Gráfico 37.** Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2014- 2024\*



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

A razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos é um importante indicador da cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. Esse exame é mais conhecido como Papanicolau e é recomendado como rastreamento periódico para detectar lesões precursoras do câncer cervical. conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a meta é de 3,0<sup>2</sup>. Principais Barreiras: falta de informação e conscientização; vergonha ou medo do exame; dificuldade de acesso a unidades de saúde; ausência de políticas locais ativas de rastreamento. A macrorregião apresenta uma razão abaixo do preconizado em toda série histórica (Gráfico 38).

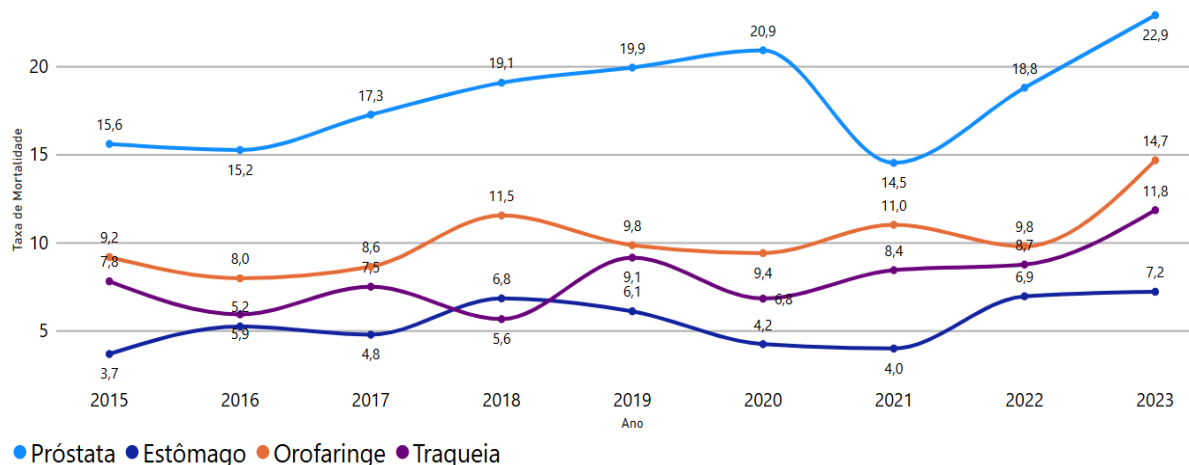
**Gráfico 38.** Razão de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015 - 2023\*



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

A análise das neoplasias no sexo masculino, na Macrorregião de Saúde Nordeste, aponta o câncer de próstata como a principal causa de óbito, no período de 2015-2023. Nesse mesmo período, a segunda, terceira e quarta causas é o câncer de orofaringe, câncer de traqueia e câncer de estômago, respectivamente (Gráfico 39).

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

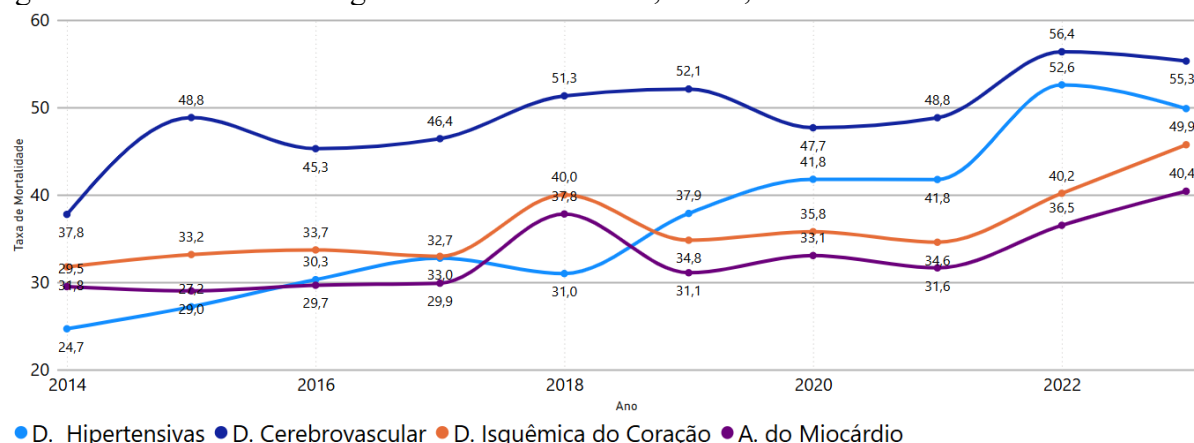


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/ \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

### 3.7.4. Doenças do aparelho circulatório

A partir de 2020, as principais causas de óbito no que tange a categorias doenças do aparelho circulatório foram, por ordem decrescente de risco, as doenças cerebrovasculares, doenças hipertensivas, doenças isquêmicas do coração e infarto agudo do miocárdio (Gráfico 40).

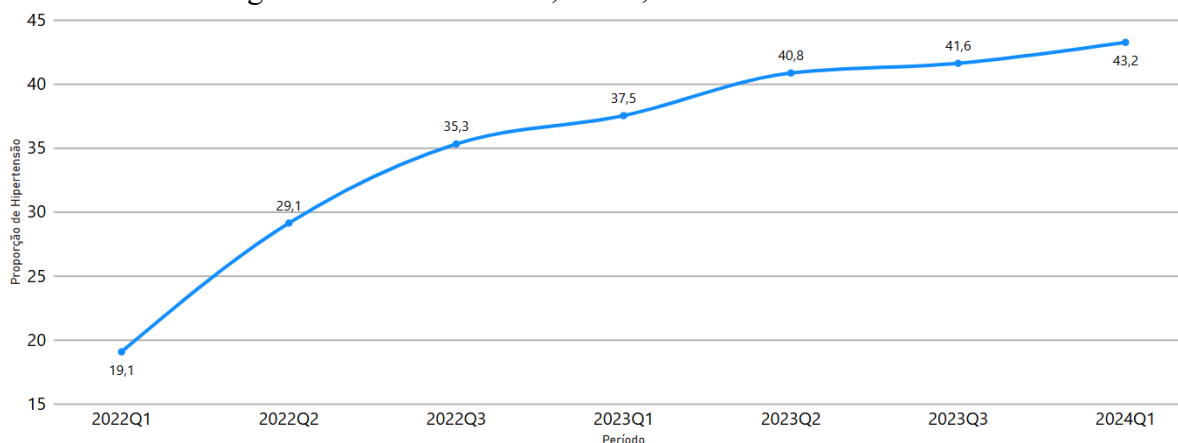
**Gráfico 40.** Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015 - 2023\*



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

O indicador proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quantidade estimada/identificadas de hipertensos que o município possui. A Bahia apresenta um aumento na proporção de pessoas com hipertensão, que realizaram consulta e tiveram a pressão arterial aferida ao longo do semestre<sup>3</sup>. A macrorregião segue a tendência da Bahia, apresentando um aumento de 24,1% no período analisado (Gráfico 41). Apesar da melhoria nos resultados do indicador, é recomendável manter um acompanhamento nominal das pessoas com hipertensão vinculadas à equipe, monitorando sua frequência de acompanhamento.

**Gráfico 41.** Proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015 - 2023\*

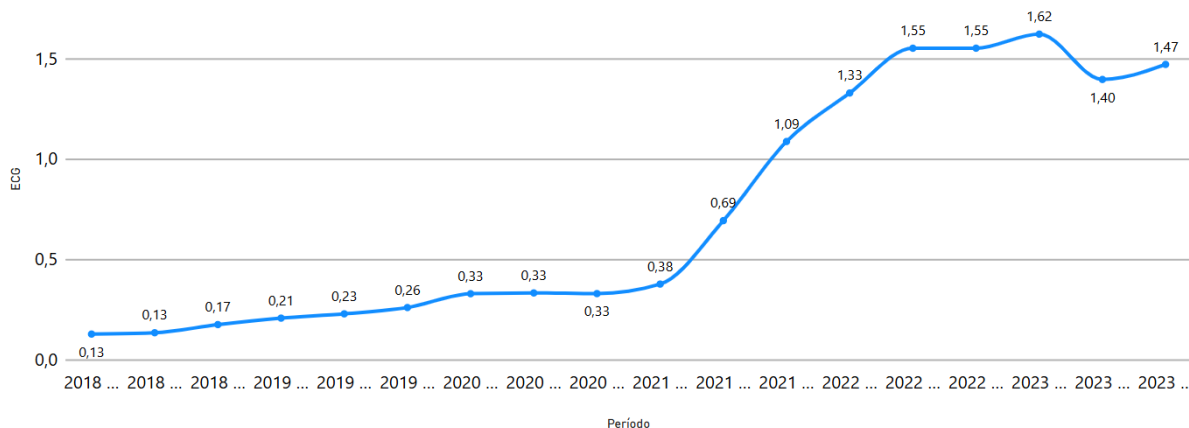


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

A macrorregião apresenta um crescimento da proporção de pessoas com Hipertensão arterial que teve o exame ECG avaliado na Atenção Primária à Saúde (APS) de 0,13 para 1,47

(Gráfico 42) porém são valores muito baixos o que pode também estar relacionado a registro no sistema de informações.

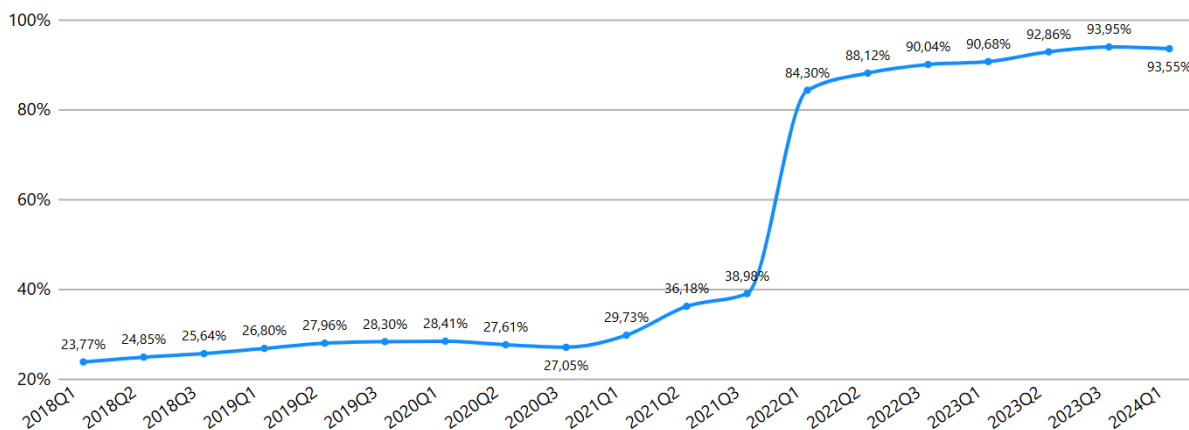
**Gráfico 42.** Proporção de pessoas com Hipertensão arterial que teve o exame ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2018 - 2023\*



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

O indicador de hipertensos identificados na APS é essencial para o planejamento de ações de promoção, prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica, um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. A meta nacional é identificar pelo menos 70% dos hipertensos estimados na população adscrita às equipes de Saúde da Família. A macrorregião apresenta crescimento no período apresentado sendo 93,55% em 2024 (Gráfico 43).

**Gráfico 43.** Hipertensos identificados na APS. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015 - 2023\*

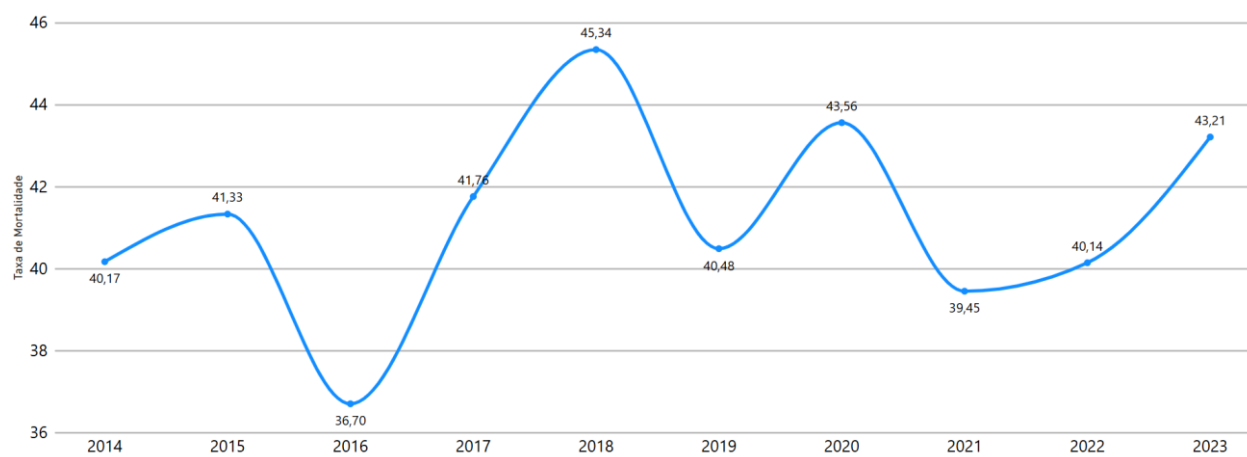


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

### 3.7.5. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

A taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas é um indicador importante para avaliar o impacto dessas doenças sobre a população em idade economicamente ativa. São classificadas no Capítulo IV da CID-10 (E00–E89), e incluem: Diabetes mellitus (E10–E14); Doenças da tireoide; Distúrbios da nutrição e Distúrbios metabólicos diversos. A partir de 2020, observa-se oscilação com a menor taxa em 2021 (Gráfico 44).

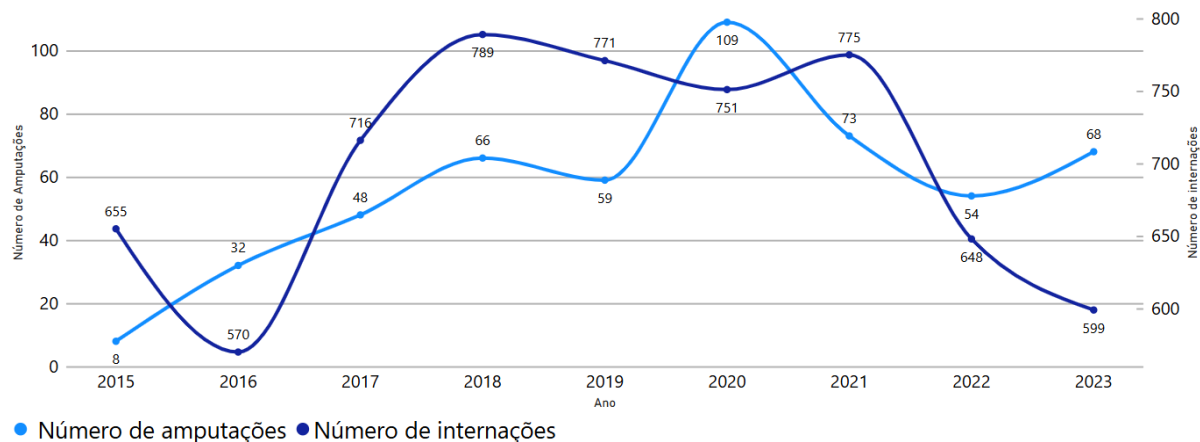
**Gráfico 44.** Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos), por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (DENM). Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2014 - 2023\*



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

O Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares tem como objetivo analisar variações geográficas e temporais das internações para amputação, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na análise da qualidade do cuidado ofertado aos portadores de doenças crônicas em associação com outros indicadores. A partir de 2020 a macrorregião apresentou uma tendência de queda no número de internações, e também do número de amputações, que volta a aumentar em 2023 (Gráfico 45).

**Gráfico 45.** Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2015 - 2023\*

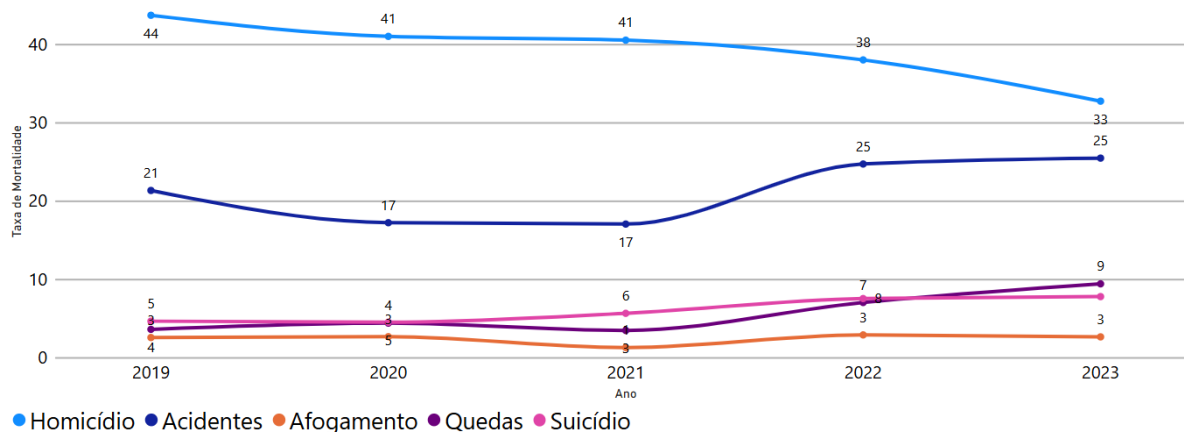


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

### 3.7.6. Morbimortalidade por causas externas

A Macrorregião apresenta como a primeira causa de mortalidade por causas externa o homicídio entre 45 em 2019 e 46 em 2023 por 100 mil, a segunda são os acidentes de 15 em 2019 a 19 em 2023 por 100 mil e a terceira se alternam entre afogamento, queda e suicídio; situação similar a análise anterior (Gráfico 46).

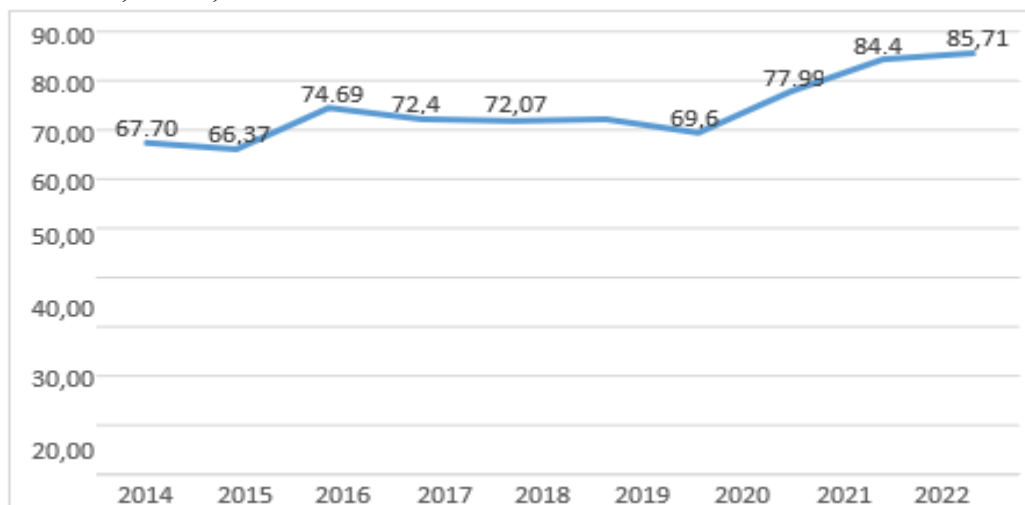
**Gráfico 46.** Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2019 - 2023\*



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

Com relação à taxa de internação por causas externas, observa-se um aumento no período de 2014-2023 de 67,7 para 85,71 por 10.000 habitantes (Gráfico 47). A análise desta taxa é fundamental para entender o impacto de acidentes e violências sobre o sistema de saúde e para orientar ações de prevenção e segurança pública.

**Gráfico 47.** Taxa de internação por causas externas, relacionadas a quedas, acidentes de transporte, agressões, lesões autoprovocadas voluntariamente e afogamento. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2014 - 2023\*



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

#### 4. SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA

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

Para selecionar a prioridade sanitária, os gestores responderam, por meio da Plataforma *Jotform*, ao ‘Formulário de Priorização’ elaborado com base nas áreas temáticas da Resolução CIB/BA nº 018/2021<sup>3</sup>, utilizando a matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência), 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 1), que orientou a atribuição de pontuações às áreas temáticas durante a oficina.

**Quadro 1.** Dimensões e significado da pontuação na Matriz GUT. Bahia, 2021.

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

Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021

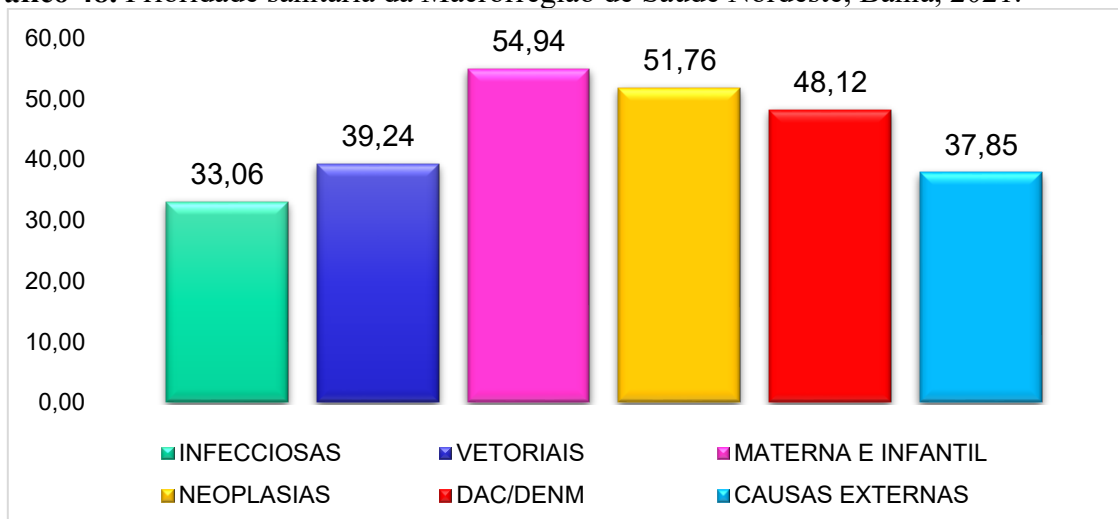
A metodologia possibilitou a seleção da prioridade sanitária e dos indicadores que deveriam ser objeto de elaboração das próximas etapas do PRI.

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

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

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

A Atenção Materna e Infantil foi a prioridade sanitária selecionada na MRS-Nordeste (Gráfico 48). Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)<sup>46</sup>, pelo menos 20% da carga de doenças em crianças com menos de cinco anos está relacionada as condições e situação de saúde materna e à desnutrição, bem como a qualidade dos cuidados ao parto e no período de recém-nascido.

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

Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021.

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

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

Conforme a Resolução CIB n. 006/2022, o GTTM tem como objetivos subsidiar o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde do estado da Bahia para a elaboração e entrega dos planos macrorregionais.

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

Na sistematização final das informações só permaneceram as variáveis que

contemplaram os requisitos sugeridos e fossem usadas para direcionar a análise da situação de saúde em cada macrorregião. Estas variáveis compõem os indicadores que constam na caracterização da MRS-Nordeste, deste plano.

## **5 ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA**

Na análise da capacidade instalada foi considerada a estrutura dos serviços de saúde na abrangência macrorregional, contemplando a cobertura, organização e a oferta de serviços de saúde no território, buscando articulação com alguns elementos que compõem as diferentes vertentes da ASIS (condições socio sanitárias; Rede de Atenção à Saúde (RAS); fluxos assistenciais; gestão do trabalho e da educação na saúde; e gestão<sup>1</sup>)

### **5.1 Organização**

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

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

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

#### **5.1.1 Índice de dependência macrorregional**

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,

---

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

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.

O índice de dependência macrorregional indica que a MRS-Nordeste depende de outras macrorregiões para realizar 30,73% dos procedimentos ambulatoriais e 99,6% dos serviços hospitalares de AC, apresentando o maior índice de dependência ambulatorial, dentre as outras macrorregiões.

Na utilização dos dados para a elaboração do índice de dependência observou-se que o fluxo para fora da macrorregião está concentrado em atendimentos realizados na capital do Estado, possivelmente pela proximidade e grande concentração de serviços (Tabela 3).

**Tabela 3.** Índice de dependência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade. Macrorregião de Saúde, Bahia, 2021-2022

Macrorregião	Índice de dependência para AC	
	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%
<b>NORDESTE</b>	<b>30,73%</b>	<b>99,60%</b>
NORTE	18,36%	69,12%
OESTE	25,02%	71,38%
SUDOESTE	4,93%	24,10%
SUL	10,62%	54,36%

Fonte: TABWIN/DATASUS, dados coletados em 23/05/2023

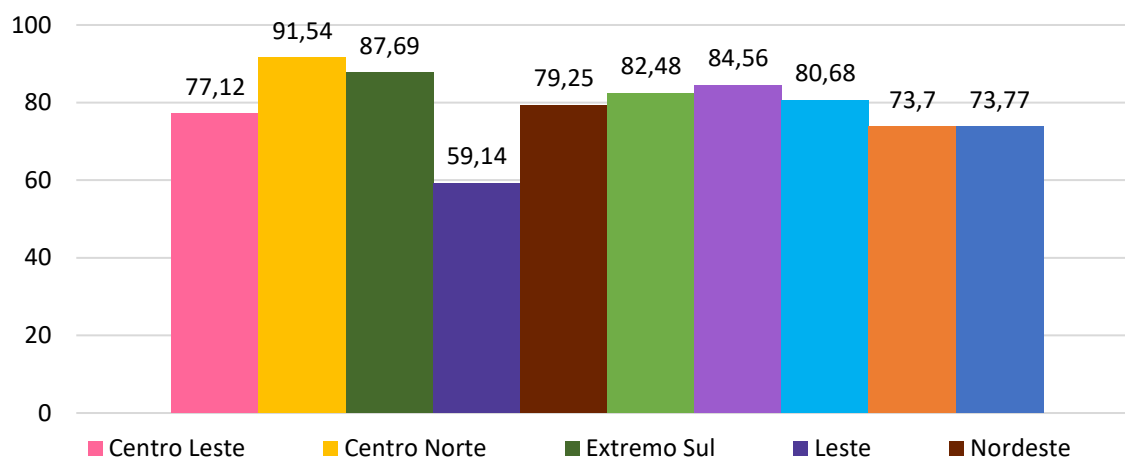
### 5.1.2 Cobertura da Atenção Primária à Saúde

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 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e a macrorregião tem 79,25 % da cobertura da APS, portanto acima da média do Estado (Gráfico 49).

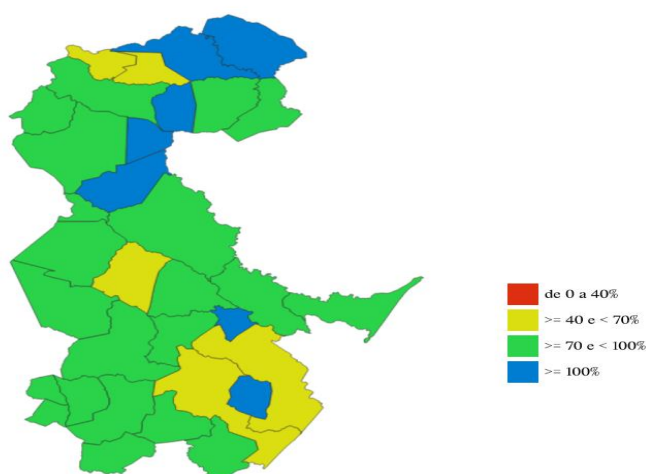
**Gráfico 49.** Cobertura da APS. Macrorregiões de Saúde, Bahia, 2021



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

A análise do conjunto dos municípios da macrorregião mostra que 21 (vinte e um) municípios da MRS-Nordeste (63,64%) possuem cobertura de APS superior a 70% (Mapa 3)

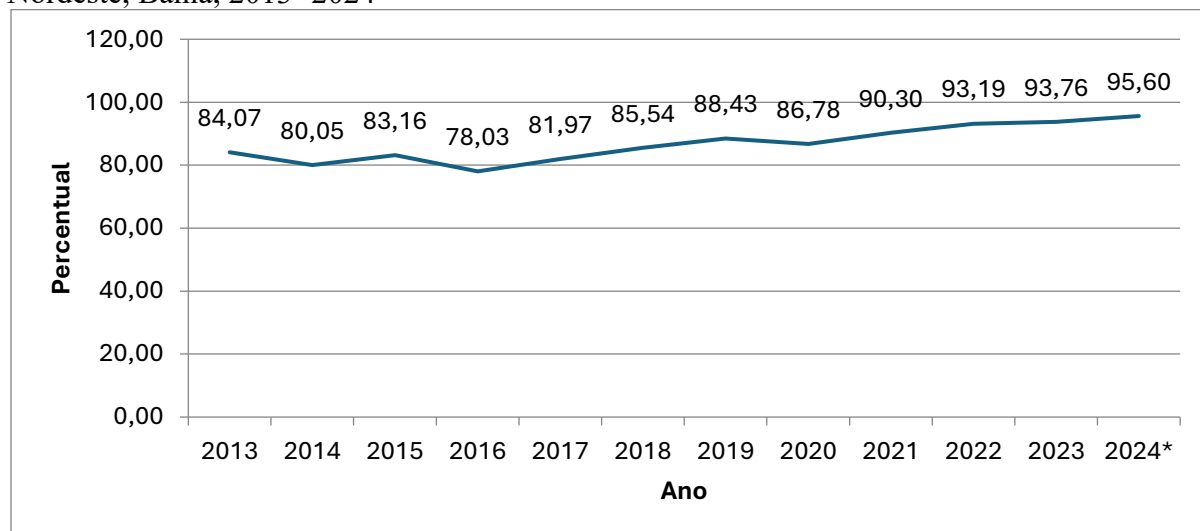
**Mapa 3.** Cobertura da APS. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2021



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

Para complementar a informação foi também avaliado o indicador de cobertura de equipe de saúde da família (ESF), demonstrando que a macrorregião apresentou um aumento chegando a 95,6% de cobertura em 2024 (Gráfico 50).

**Gráfico 50.** Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família. Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2013- 2024\*



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

Ressalta-se que as análises das coberturas na MRS-Nordeste revelam apenas um dos fatores para avaliar o alcance dos princípios e diretrizes da APS e o seu papel na RAS. A APS resolutive e coordenadora do cuidado, por meio de uma clínica ampliada e da articulação de diferentes tecnologias, é capaz de construir vínculos e realizar intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, reduzindo as complicações e internações que sobrecarregam os outros níveis de atenção. No entanto, vários fatores afetam a continuidade do cuidado, como a construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários e a garantia da longitudinalidade da atenção à saúde na RAS, para um acompanhamento da população do território.

Neste sentido, ao analisar as informações sobre o estado da saúde da população da MRS-Nordeste, observa-se que a cobertura de APS elevada de forma isolada, não garante, ações oportunas e efetivas para todas as necessidades de saúde. Embora haja uma tendência de redução da incidência de alguns agravos transmissíveis ainda persistem na macrorregião a incidência e a prevalência de algumas doenças e agravos.

### 5.1.3 Central de regulação

#### 5.1.3.1 Central de regulação das 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<sup>41</sup>.

A MRS-Nordeste tem 01 (uma) CRU regional no município de Alagoinhas, para uma população de 865.943 habitantes (IBGE, 2020), o que requer analisar e avaliar a expansão do serviço.

### **5.1.3.2. Central de regulação do acesso às ações e serviços de saúde**

Refere ao 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. Essas centrais de regulação são importantes para o encaminhamento da população aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial. Para a coleta buscou-se saber, além de existência ou não, se o serviço era centralizado em uma base única ou se era descentralizado em outras unidades. Esta informação é relevante para conhecer a estrutura da regulação.

A MRS-Nordeste, com 34 (trinta e quatro) municípios, contava, em setembro de 2022, com 26 (vinte e seis) serviços cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo: 08 (oito) centralizados; 08 (oito) descentralizados; e, para 10 (dez) não se obteve informação quanto ao tipo de estrutura. Importante apresentar essa informação, mesmo sem um parâmetro de necessidade estabelecido. É possível, a partir dos registros oficiais, inferir na macrorregião uma estrutura de organização do acesso aos serviços ambulatoriais frágil, considerando o número relativamente baixo de centrais identificadas para atender a todos os municípios.

## **5.2 Infraestrutura**

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

Trabalho em saúde, ilustrando relevante aspecto de gestão do trabalho e da educação na saúde que é determinante para a execução das ações e serviços e funcionamento da RAS no território.

Analisando as informações de equipamento, serviço, urgência e emergência, hospitalar e sistema logístico (Quadro 2) se identifica que para a maioria dos equipamentos e serviços a análise limita-se a visualização da quantidade no território. A verificação da suficiência dependeria também das necessidades identificadas pelas condições sócio sanitárias e da capacidade produtiva (funcionamento e profissionais). E, em alguns casos é difícil a comparação entre oferta e necessidade com parâmetros específicos das prioridades sanitárias, por serem de uso de públicos maiores do que os grupos populacionais priorizados

As informações coletadas tratam da infraestrutura disponível para o SUS na RAS da macrorregião que atende a necessidade de toda população. Para prioridade sanitária estão sinalizadas com um asterisco aquelas que possuem parâmetro definido pelo MS, o que permite a análise dos dados na perspectiva da comparação com o esperado<sup>40</sup> (Quadro 2).

**Quadro 2.** Quantitativo de equipamentos, serviços especializado, leitos e serviços hospitalares, urgência e emergência (SAMU) e sistema logístico (ambulância comum) disponível para o SUS. Macrorregião de Saúde Nordeste /Bahia, 2022

Tipo	Prioridade Sanitária	Informação/Indicador	Nº existente	Nº necessário
Equipamento	Comum a todos	Oftalmoscópio	24	-
		Eletrocardiógrafo	75	-
		USG com doppler	11	-
		USG convencional	56	-
Serviços especializados	Materna e Infantil	Referência em triagem neonatal	0	-
	Comum a todos	Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia	24	-
		Serviço de hemoterapia	13	-
		Laboratório análise clínica	27	-
Hospital	Materna e Infantil	Leitos obstétricos clínicos*	149	111
		Leitos obstétricos cirúrgicos*	20	
		Leitos UTIN *	0	20
		Leitos UCINco*	0	20
		Leitos UCINca*	0	10
		Leito GAR*	0	25
	Hospital amigo da criança	0	-	
Comum a todos	Leitos UTI AD	30	-	
Serviço Hospitalar	Materna e Infantil	Banco de leite / posto de coleta	0	-
		CPN*	0	2
		CGBP*	0	-

Urgência e Emergência	Comum a todos	Unidade de Suporte Básico – USB	15	-
		Unidade de Suporte Avançado – USA	02	-
		Motolância	0	-
		USB aquático/embarcação	0	-
Sistema Logístico		Ambulância Comum	167	-

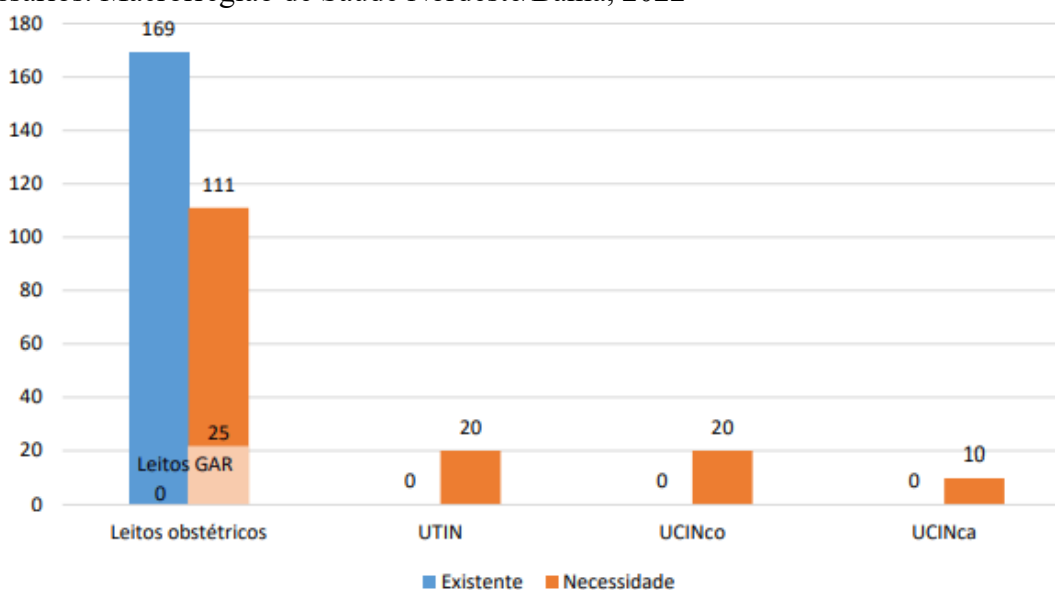
Fonte: CNES, dados coletados 29.11.2022.

\*Informação/Indicador com parâmetro de necessidade estabelecido pelo MS.

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

Quanto ao número de leitos obstétricos o território desta macrorregião possui mais leitos obstétricos do que o necessário (169 leitos obstétricos SUS e 14 leitos obstétricos não SUS, totalizando 183 leitos). Quanto ao número de leitos para atendimento a gestante e o neonato, não possui a quantidade que atenda à necessidade. Quanto ao número de leitos obstétricos e de leitos para Gestação de Alto Risco (GAR) existentes, também, estão aquém da necessidade (Gráfico 52).

**Gráfico 51.** Número de leitos obstétricos e de leitos para Gestação de Alto Risco, existentes e necessários. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2022\*



Fonte: CNES, dados coletados em 29.11.2022.

\*Para o cálculo da necessidade de leitos obstétricos foi utilizado como referência o MEMO nº 118 DAPES/SAS/MS, de 17 de fevereiro de 2012/Nota técnica sobre parâmetros para cálculo de leitos obstétricos/Rede Cegonha.

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<sup>43</sup>(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 comparação interna e suprime possíveis distorções que seriam provocadas se comparados totais de indivíduos com diferentes jornadas de trabalho.

Para tal, utilizou-se os dados do CNES, identificando a ocupação e o total de horas trabalhadas por semana.

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

Ao analisar a existência versus a necessidade dos profissionais médicos relacionados a assistência da prioridade sanitária, observa-se que para o Pediatra e o Ginecologista/obstetra o percentual da necessidade atendida é de 12,20% e 13,39%, respectivamente. Considerando a categoria de médicos anestesistas, que é, especialmente, importante quando se trata dos partos cesáreos, verifica-se um percentual de 29,90% na macrorregião o que compromete atender as ações e serviços de saúde necessárias para a prioridade sanitária da macrorregião (Quadro 3).

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

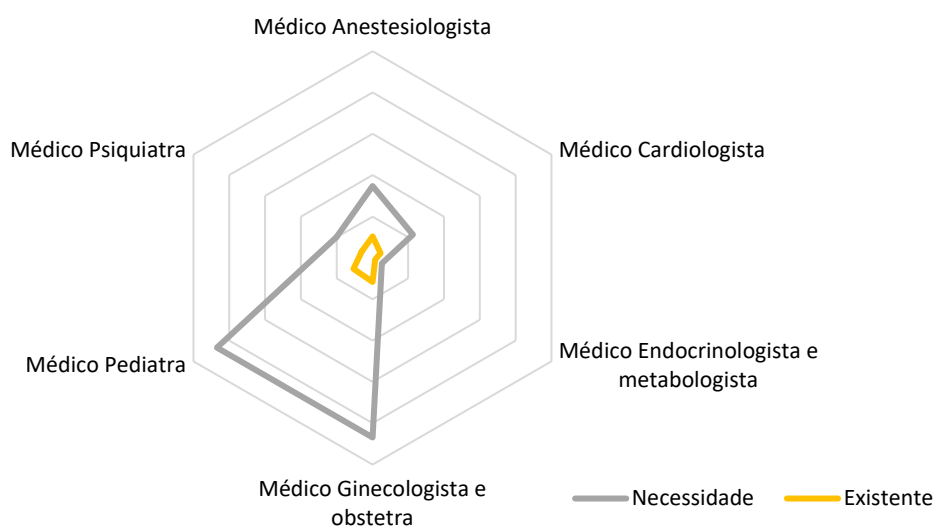
Grupo de ocupações/especialidades	Nº existente	Nº necessário
Médico Anestesiologista	25,98	86,88
Médico Cardiologista	11,38	56,47
Médico Endocrinologista e metabologista	3,80	13,03
Médico Ginecologista e obstetra	29,08	217,20
Médico Pediatra	26,50	217,20
Médico Psiquiatra	14,95	50,39
Psicólogo	103,35	-
Assistente Social	94,15	-
Nutricionista	89,03	-
Enfermeiro	618,93	-
Cirurgião Dentista (Família CBO)	254,00	-
Enfermeiro Obstetra	37,40	-

Fisioterapeuta	215,00	-
Farmacêutico	81,58	-

Fonte: CNES, dados coletados em 29.11.2022.

Observa-se déficit de profissionais em todas as especialidades médicas relacionadas a prioridade sanitária na MRS-Nordeste, sendo esta informação de relevância no que refere ampliar e qualificar a força de trabalho em saúde, caracterizando-a como um investimento essencial para a perspectiva de funcionamento da RAS. (Gráfico 51).

**Gráfico 52.** Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas a prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2022



Fonte: CNES, dados coletados em 29.11. 2022.

### 5.3 Produção de serviço

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

Para o registro de produção de serviços foram selecionados os estabelecimentos com os equipamentos de USG convencional e USG com doppler que realizam os procedimentos para prioridade sanitária Materna e Infantil. Para os equipamentos de oxímetro de pulso, otoemissão e cardiocógrafa, a coleta foi pelo registro de produção.

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

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

A MRS-Nordeste possui 11 equipamentos de USG com doppler cadastrados no CNES em oito EAS, destes nenhum apresentou registro de produção. Quanto ao USG convencional o território possui 56 equipamentos cadastrados no CNES distribuídos em 56 EAS, destes 17 (30,36%) apresentaram registro de produção. Com referência a USG com doppler e USG convencional, um e seis EAS, respectivamente, não tem cadastro do equipamento e apresentaram registro de produção. Quanto aos equipamentos Oxímetro de pulso (teste do coraçãozinho), emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha) e tocardiografia ante-parto, identificaram-se três, dois e zero EAS com registro de produção (Quadro 4).

**Quadro 4.** Número de EAS com registro dos procedimentos da prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Nordeste/Bahia, 2022

Equipamento/Serviço	Procedimento	Nº EAS com equipamento	Nº EAS com produção
Ultrassom convencional	02.05.02.014-3 Ultrassonografia obstétrica	56	17
Ultrassom com doppler	02.05.02.015-1 Ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado	08	0
Oxímetro de pulso	02.11.02.007-9 Oximetria de pulso (teste do coraçãozinho)	-	03
Equipamento de otoemissão	02.11.07.014-9 Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha)	-	02
Cardiotocógrafo	02.11.04.006-1 Tocardiografia ante-parto	-	0

Fonte: SIGTAP/MS, dados coletados em 29.11.2022.

É possível identificar que na macrorregião existem EAS com equipamentos, contudo a produção para atendimento da prioridade sanitária ocorre em menos de 31% dos estabelecimentos.

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

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 somente o procedimento selecionado? existem profissionais capacitados para operar os equipamentos?

## **6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

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

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

Entre as principais redes temáticas destacam-se: a Rede de Urgência e Emergência (RUE), voltada para agravos agudos e condições tempo-dependentes; a Rede de Atenção às

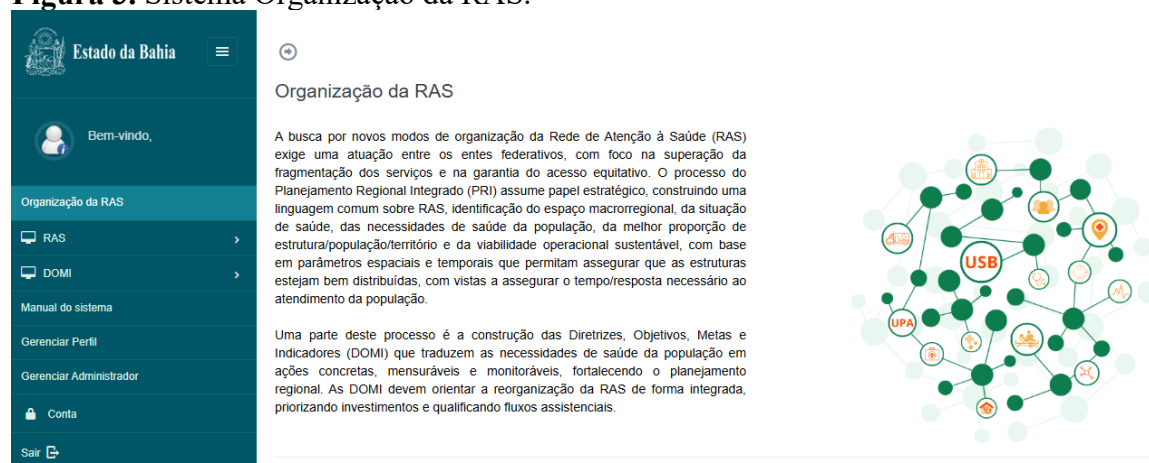
Doenças Crônicas, que organiza o cuidado contínuo e integrado às condições prevalentes como hipertensão, diabetes e neoplasias; a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que orienta o cuidado em saúde mental de forma territorial e comunitária; a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), voltada à reabilitação e inclusão social; e a Rede de Atenção Materna e Infantil, recentemente fortalecida pela instituição da Rede Alyne, que prioriza a redução da mortalidade materna e neonatal, com enfoque na equidade racial, territorial e de gênero.

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

## 6.1 Sistema Organização da RAS

Como estratégia para avançar com a organização da RAS, o estado da Bahia desenvolveu o Sistema de Organização da RAS (Figura 3) que tem como objetivo auxiliar na construção e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Macrorregiões de Saúde (MRS) do estado da Bahia. Ele permite o levantamento detalhado das unidades e serviços de saúde presentes nos municípios que compõem a MRS, possibilitando a avaliação da suficiência e disponibilidade desses serviços em níveis municipal, regional e macrorregional, para atender as prioridades sanitária.

**Figura 3.** Sistema Organização da RAS.



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. Aderiram ao programa 100% dos municípios elegíveis da macrorregião.

Na macrorregião de Saúde Nordeste, o pré-natal é realizado em UBS e USF, com estratificação de risco e encaminhamento pelas equipes de saúde. Em 2024, a cobertura da APS foi de 94,99%, com 305 equipes de ESF e 9 de Atenção Primária. Os exames são feitos em serviços credenciados, com destaque para o DNA Centro Laboratorial, que em 2023 triou 8.556 gestantes e realizou 53.317 exames.

O pré-natal de alto risco é ofertado em alguns municípios com obstetras locais e conta com um ambulatório de referência no Hospital Materno Infantil de Alagoinhas. A rede de parto dispõe de 161 leitos obstétricos em 21 maternidades, 10 elegíveis ao Programa Mãe Bahia, além de dois CPN (Alagoinhas e Antas), ainda não habilitados.

Os partos de alto risco são atendidos no Hospital Materno Infantil de Alagoinhas e no Hospital Geral Santa Teresa, ambos com UTIN, UCINCo e UCINCa, embora não habilitados como referência. O Santa Teresa dispõe também de UTI adulto, enquanto o Materno Infantil referência pacientes ao Hospital Regional Dantas Bião.

O atendimento aos recém-nascidos graves é feito nos dois hospitais, mas a macrorregião não conta com BLH ou PCLH. Em 2023, foram triados 8.118 bebês pelo Teste do Pezinho, com coleta média em 6 dias. As demais triagens neonatais devem ser ofertadas nas maternidades ou encaminhadas à APS.

A regulação é feita pela Central de Regulação e transporte sanitário, com uso de ferramentas como SUREM, Lista Única e sistemas municipais.

### **6.3 Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE)**

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

No estado da Bahia a Resolução CIB/BA n°248/2024, 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



RIBEIRA DO AMPARO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIBEIRA DO POMBAL	01 USB	-	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
RIO REAL	01 USB	01 - OPÇÃO III	-	-	-	-	-	-	-	-
SÁTIRO DIAS	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÍTIO DO QUINTO	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TUCANO	01 USB Q.	-	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. A MRS Nordeste não possui Equipes de Consultório na Ruas financiados 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.



ESPLANADA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
FÁTIMA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
HELIÓPOLIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
INHAMBUPE	1	-	-	-	-	-	-	-	-
ITANAGRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITAPICURU	1	-	-	-	-	-	-	-	-
JANDAÍRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NOVA SOURE	1	-	-	-	-	-	-	-	-
NOVO TRIUNFO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OLINDINA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
OURIÇANGAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PARIPIRANGA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
PEDRÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIBEIRA DO AMPARO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIBEIRA DO POMBAL	1	-	-	-	-	-	-	-	-
RIO REAL	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SÁTIRO DIAS	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SÍTIO DO QUINTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TUCANO	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 Nordeste o município de Alagoinhas realizou a adesão ao cofinanciamento do Estado. A distribuição dos componentes habilitados para atendimento a RCPD estão demonstrados nos Quadros 7 e 8.

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

MUNICÍPIOS	ESTABELECIMENTO	COMPONENTE
ALAGOINHAS	SOCIEDADE PESTALOZZI DE ALAGOINHAS	CER III - REABILITACAO FISICA, AUDITIVA E INTELECTUAL
		OPM FISICA
		OPM AUDITIVA
		BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

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

MUNICÍPIOS	NOME DO ESTABELECIMENTO	TIPO - MODALIDADE
NOVA SOURE	CENTRO DE ESPECIALIDADES NOVA SOURE	CER II -REABILITACAO FISICA 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 Nordeste a matriz de referência está demonstrada na (Figura 5).

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

MACRORREGIÃO NORDESTE		
ações de saúde	REGIÃO DE SAÚDE ALAGOINHAS	REGIÃO DE SAÚDE RIBEIRA DO POMBAL
Coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo uterino	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Alagoinhas	UBS/PSF e Policlínicas Regional de Saúde em Ribeira do Pombal
Coloscopia	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Alagoinhas	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Ribeira do Pombal
Mamografia	Policlínica Regional de Saúde de Alagoinhas	Policlínica Regional de Saúde em Ribeira do Pombal
Laboratório de Citopatologia/Anatomia Patológica	Labofran Laboratório Citopatologia Especializado	Laboratório de Análises de Anatomia Patológica Citológica
CIRURGIA	REGIÃO DE SAÚDE ALAGOINHAS	REGIÃO DE SAÚDE RIBEIRA DO POMBAL
- 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	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
- 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	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
- Torácica	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
- Ossos e partes moles	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)/UNACON do HUPES	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
- Pele/Plástica (*)	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Geral Roberto	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
	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)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
- Oftalmologia	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
TRATAMENTO	REGIÃO DE SAÚDE ALAGOINHAS	REGIÃO DE SAÚDE RIBEIRA DO POMBAL
Radioterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Santo Antônio + UNACON do Hospital Santa Izabel + UNACON do Hospital Geral Roberto Santos/CICAN	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Braquiterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Iodoterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
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	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Fratura Óssea	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Alcoolização Percutânea/Radiofrequência para Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Tratamento de hematúria por embolização	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Radioterapia Estereotáxica	UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI) + CACON do Hospital Aristides Maltez	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Quimioembolização de Tumor Hepático	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
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	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
CÂNCER HEMATOLÓGICO E PEDIÁTRICO	REGIÃO DE SAÚDE ALAGOINHAS	REGIÃO DE SAÚDE RIBEIRA DO POMBAL
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	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
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/>

\*O descrito em azul significa que a referência pactuada fica fora do território baiano

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

## 7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

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

Na MRS-Nordeste, a 2ª Oficina Macrorregional ocorreu de modo online, no dia 20/10/2021, com o objetivo de fazer a devolutiva das prioridades dentre as sete áreas temáticas contempladas na análise da situação de saúde e definir as diretrizes do Plano Macrorregional de Saúde. Atendendo à portaria CIT n. 01 de 21 de março de 2021, para a definição das diretrizes macrorregionais foram, previamente, consolidadas as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (2020-2023) e do Plano Estadual de Saúde (2020-2023) pelo grupo de discussão coordenado pela APG/Copri.

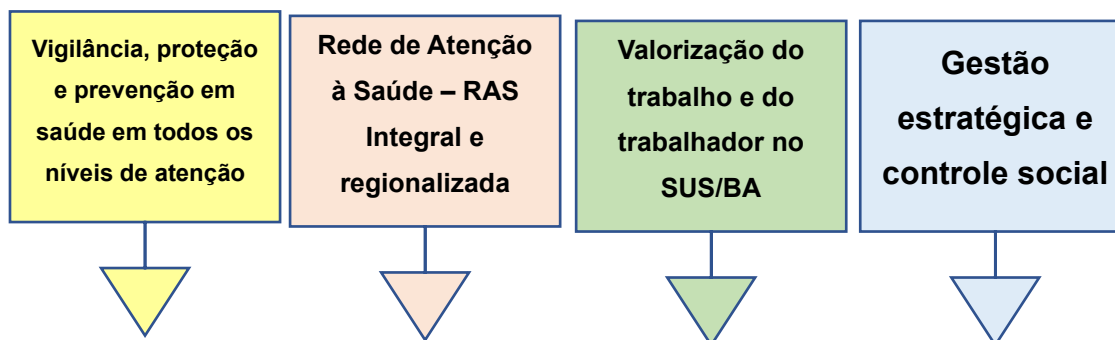
A consolidação das diretrizes resultou em quatro núcleos de sentido, nomeados como: Vigilância em Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Valorização do Trabalho e do(a) Trabalhador(a) e Gestão Estratégica e Controle Social.

Na 2ª Oficina foi apresentado o vídeo “Compatibilização do Plano Nacional de Saúde e Plano Estadual de Saúde”, contendo: a consolidação das diretrizes e o vídeo sobre descrição de Caso da Área Temática Priorizada. O primeiro vídeo subsidiou a discussão sobre a elaboração das diretrizes e objetivos; o segundo vídeo serviu como motivador para discutir os problemas e relacioná-los com os núcleos de sentido, apresentados.

Em seguida, com o uso do aplicativo *Jamboard*, os participantes foram divididos em duas salas virtuais para identificar problemas e relacioná-los com o contexto macrorregional.

Os problemas levantados foram ordenados considerando os quatro núcleos definidos, previamente. Ao final, reunidos em plenária, os participantes debateram as diretrizes sugeridas pelos grupos e definiram, de modo consensual, as diretrizes da MRS-Nordeste (Figura 6).

**Figura 6.** Definição das diretrizes da Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2023



Aprimoramento das ações de vigilância em saúde, proteção, promoção e prevenção em saúde e prevenção em todos os níveis de atenção, com ênfase na integração com a APS.	<b>Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a garantia do acesso de forma integral e regionalizada.</b>	<b>Promoção de políticas públicas de valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA</b>	<b>Qualificação da Gestão Estratégica e fortalecimento do controle social</b>
--	---	---	---

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, no dia 19/07/2022, a “3ª Oficina Macrorregional - **“Qualificação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) e Análise da Capacidade instalada”**”, para definir os objetivos e iniciar a discussão sobre a capacidade instalada da MRS-Nordeste considerando a prioridade sanitária.

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

Para subsidiar a elaboração da análise da capacidade instalada, firmou-se com os gestores municipais o compromisso de atualizar o CNES.

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 08/08/2023 (Quadro 9).

#### **Quadro 9.** Diretrizes e objetivos Macrorregião de Saúde Nordeste, Bahia, 2023

DIRETRIZ	OBJETIVO
Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde - RAS para a garantia do acesso de forma integral e regionalizada	Aprimorar o acesso às ações e serviços voltados para a atenção integral a saúde materno e infantil
	Aprimorar as ações e serviços voltados para atenção integral à saúde materno infantil de forma regionalizada, tendo a atenção primária como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado
	Aprimorar o sistema logístico da RAS
	Aprimorar o sistema de apoio da RAS
Promoção de políticas públicas de valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA	Desenvolver estratégias para provimento de vínculos de trabalho protegidos e fixação dos profissionais nos postos de trabalho existentes/ necessários

	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)
Aprimoramento das ações de vigilância em saúde, proteção, promoção e prevenção em todos os níveis de atenção, com ênfase na integração com a Atenção Primária de Saúde	Aprimorar o processo de trabalho da investigação de óbitos maternos, infantis e fetais na RAS
	Qualificar a integração da vigilância em saúde em todos os níveis da RAS
Qualificação da Gestão estratégica e fortalecimento do controle social	Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa
	Garantir as ações estratégicas para desenvolvimento do Plano Macrorregional de Atenção
	Desenvolver estratégias para provimento de vínculos de trabalho protegidos e fixação dos profissionais nos postos de trabalho existentes/ necessários
	Implementar estratégias que garantam condições de trabalho seguras e relações de trabalho humanizadas
Fortalecimento da Gestão estratégica e controle social.	Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa

Fonte: 4ª Oficina Macrorregião/Sesab, 2023.

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

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

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

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

primeira etapa de validação. E nesta oportunidade foi realizada a discussão do Plano de Ação da Rede Alyne.

Considerando a consolidação das respostas ao formulário, foi realizada uma oficina presencial, no dia 25 de março 2025, com o objetivo de discutir e validar as metas e indicadores que não haviam sido aprovados por consenso no formulário, desta forma, as DOMI estão apresentadas no Quadro 10.

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

Quadro 10. Matriz DOMI, Macrorregião Nordeste, 2024.

MATRIZ DOMI - MACRORREGIÃO NORDESTE - PRIORIDADE SANITÁRIA MATERNA E INFANTIL							
DIRETRIZ: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para garantia do acesso de forma integral e regionalizada							
OBJETIVO: Aprimorar as ações e serviços voltados para atenção integral à saúde materna e infantil de forma regionalizada, tendo a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Reduzir para 1,8/1000NVa taxa de incidência de sífilis congênita na macrorregião	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita	3,10/1000NV (CAMAB - atualizado junho de 2023)	1,8/1000NV	1,8/1000NV	1,8/1000NV	Qualificação dos profissionais de saúde para o Manejo Clínico da Sífilis na APS, especialmente a administração da penicilina para um tratamento adequado e oportuno.	SESAB/SMS
						Garantia da oferta testes rápido para gestantes, MIF e parcerias em toda a Rede assistencial	SMS
						Pactuação entre os diferentes níveis de atenção da RAS da linha de cuidado da sífilis em gestante e congênita e o encaminhamento oportuno e adequado para continuidade do cuidado Integral.	SESAB/SMS
						Realização do seguimento, na RAS, das gestantes com sífilis de acordo com o manejo clínico da Sífilis em Gestante e Congênita.	SMS
						Realização do tratamento das gestantes e das parcerias conforme protocolo do Manejo Clínico da Sífilis em tempo oportuno e adequado	SMS

						Monitoramento e avaliação dos indicadores relacionados à sífilis em gestante e sífilis congênita	SMS
						Realização de educação em saúde para gestantes sobre a importância do diagnóstico e tratamento da sífilis durante o pré-natal.	SMS
						Notificação oportuna dos casos de sífilis em gestante e congênita para recomendar ações de enfrentamento à sífilis na RAS.	SMS
						Investigação oportuna dos casos de sífilis em gestante e congênita	SMS
Realizar o teste do pezinho do 3º ao 5º dia em 100% dos Recém Nascidos	Percentual dos Recém-nascidos (RN) com teste do pezinho realizado oportunamente	43,36 (Sistema de informação em triagem neonatal/DGC, 2023)	100%	100%	100%	Visita Domiciliar, ao binômio mãe-bebê, na primeira semana de vida do RN.	SMS
						Oferta plano de alta segura para o binômio mãe-bebê, assegurando contra- referência com consulta de enfermagem e/ou médica até 7 dias após o parto e/ou quando necessária.	SESAB/SMS
Realizar 7 ou mais consultas no pré-natal, em 95% das mulheres	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	78,85 (CAMAB, atualizado junho/2024)	80%	90%	95%	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	Proporção de gestantes		80%	82%	85%	Realização de consulta odontológica por gestante no pré-natal	SMS

com atendimento odontológico realizado na APS	com atendimento odontológico realizado na APS	77,11 (CAMAB, 1º quadriênio/2024)					Busca ativa das gestantes	SMS
Alcançar 100% de municípios com 80% das metas pactuadas no Novo Financiamento da APS	Percentual de municípios com 80% das metas pactuadas no Novo Financiamento da APS	0%	100%	100%	100%	Capacitação contínua dos profissionais de APS para alinhamento com as metas do Novo Financiamento da APS	SESAB/SMS	
						Revisão dos fluxos de trabalho para aumentar a eficiência no atendimento.	SMS	
						Adoção de tecnologias e práticas que facilitem o acesso da população, como agendamentos online, teleconsulta, e campanhas de conscientização.	SESAB/SMS	
						Monitoramento contínuo dos indicadores de acesso e ajuste das estratégias conforme necessário.	SESAB/SMS	
						Utilização do telessaúde	SESAB/SMS	
Alcançar 100% dos municípios com cumprimento das 80% das metas pactuadas no Novo Financiamento	Percentual de municípios com cumprimento de 80% das metas pactuadas no Novo Financiamento	0%	100%	100%	100%	Capacitação contínua dos profissionais de APS para alinhamento com as metas do Novo Financiamento da APS	SESAB/SMS	
						Revisão dos fluxos de trabalho para aumentar a eficiência no atendimento.	SMS	
						Adoção de tecnologias e práticas que facilitem o acesso da população, como agendamentos online,	SESAB/SMS	

o Estadual da APS	o Estadual da APS					teleconsulta, e campanhas de conscientização.	
						Monitoramento contínuo dos indicadores de acesso e ajuste das estratégias conforme necessário.	SESAB/SMS
						Utilização do telessaúde	SESAB/SMS
<b>OBJETIVO: Aprimorar o acesso às ações e serviços voltados para atenção integral à saúde materno e infantil</b>							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar consulta médica especializada, para 60% das gestantes classificadas como de alto risco ou risco intermediário, até 30 dias após o registro da solicitação no e-SUS Regulação.	Percentual de gestação de alto risco e risco intermediário com consulta médica especializada realizada em até 30 dias da entrada da solicitação no e-SUS regulação	0%	10%	30%	60%	Organização através de Procedimento Operacional Padrão-POP, processos de encaminhamento e comunicação entre Atenção Primária e Especializada.	SESAB/SMS
						Monitoramento e avaliação do processo de regulação para orientar ajustes conforme necessário.	SESAB/SMS
						Implementação de feedback das gestantes sobre o atendimento recebido.	SMS
Reduzir a Mortalidade materna em 50% para	Razão da Mortalidade materna em gestantes	93,94 (SIM, 2023)	84,55	70,46	46,97	Implementação de protocolos hospitalares contra a violência obstétrica e incentivo à presença de acompanhantes durante o parto	SESAB/SMS

gestantes negras até 2027.	negras, ocorridos na macrorregião					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
Vincular 100% das gestantes que fazem pré-natal no SUS ao local de parto	Percentual de gestantes vinculadas ao local de parto	0%	60%	100%	100%	Elaboração mapa de vinculação das gestantes	SESAB/SMS
						Monitoramento e avaliação do percentual de gestantes vinculadas	SESAB/SMS
Habilitar 03 unidades para atendimento a gestação de alto risco na macrorregião	Número unidades para atendimento a gestação de alto risco habilitadas	0	2	3	3	Adequação das unidades às exigências da RDC 920/2024	SESAB/SMS
						Qualificação e Treinamento da Equipe (qualificação contínua e atenção ao risco)	SESAB/SMS
						Implantação do banco de leite nas unidades que serão habilitadas	SESAB/SMS
						Monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente na maternidade	SESAB/SMS
Implantar 02 ambulatórios de atendimento às gestantes e	Número de AGPAR implantados	0	2	2	2	Definição dos serviços para atendimento ambulatorial à gestantes e puérperas	SESAB/SMS
						Adequação da infraestrutura física e equipamentos dos ambulatórios	SESAB/SMS

puérperas (AGPAR) na macrorregião						Acompanhamento da solicitação de habilitação	SESAB/SMS
						Monitoramento do funcionamento dos AGPAR	SESAB/SMS
Implantar 02 ambulatórios de seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal (A-SEG) na macrorregião	Número de ASEG implantados	0	2	2	2	Definição dos serviços para atendimento ambulatorial ao recém-nascidos e crianças egressos	SESAB/SMS
						Adequação da infraestrutura física e equipamentos dos ambulatórios	SESAB/SMS
						Acompanhamento da solicitação de habilitação	SESAB/SMS
						Monitoramento do funcionamento dos A-SEG	SESAB/SMS
Habilitar 02 CPN na macrorregião	Número de CPN habilitados na macrorregião	0	2	2	2	Definição dos serviços do CPN	MS/SESAB/SMS
						Adequação da infraestrutura física e equipamentos dos CPN	SESAB/SMS
						Acompanhamento da solicitação de habilitação	SESAB/SMS
						Monitoramento do funcionamento dos CPN	SESAB/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	2	2	2	Análise dos critérios para habilitação	SESAB/SMS
						Formalização da habilitação	SESAB/SMS
		0%	100%	100%	100%	Análise dos critérios para adesão	SMS

Aderir ao programa Mãe Bahia 100% dos municípios elegíveis.	Percentual de municípios elegíveis que aderiram ao programa Mãe Bahia					Formalização da adesão	SMS
						Emissão de relatórios de produção.	Sesab
<b>OBJETIVO: Aprimorar o sistema logístico da Rede de Atenção à Saúde (RAS)</b>							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar 70% das transferências de gestantes em transporte adequado e em tempo oportuno	Percentual de transferências realizadas em tempo oportuno (até 24h)	0%	20%	50%	70%	Organização do transporte sanitário adequado (garantir veículo e equipe mínima treinada e monitorada)	SMS
Implantar eSUS regulação em 100% dos municípios	Percentual dos municípios com eSUS regulação implantado	0%	80%	100%	100%	Identificação dos municípios que ainda não utilizam o eSUS Regulação e suas necessidades específicas.	SESAB/SMS
						Realização de treinamentos presenciais e/ou virtuais para profissionais de saúde e gestores locais.	SMS
						Acompanhamento dos indicadores de adesão e utilização do sistema, com visitas periódicas ou acompanhamento remoto.	SESAB/SMS
						Realização da interoperabilidade entre os sistemas de regulação próprio e eSUS	SESAB/SMS

						Qualificação dos fluxos regulatórios pra gestantes e RN	SESAB/SMS
<b>OBJETIVO: Aprimorar o sistema de apoio da Rede de Atenção à Saúde (RAS)</b>							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Garantir que 80% das gestantes na macrorregião realizem todos os exames do pré-natal conforme preconizado	Taxa de cobertura dos exames do pré-natal realizados pelas gestantes	0%	40%	60%	80%	Estratificação do risco gestacional	SESAB/SMS
						Organização dos locais de realização dos exames	SESAB/SMS
						Organização do fluxo de encaminhamento para realização dos exames	SESAB/SMS
						Monitoramento e avaliação das realizações dos exames pelas gestantes	SESAB/SMS
						Organização do fluxo de encaminhamento para realização da amniocentese das gestantes com sorologia positiva para toxoplasmose (locais de coleta e leitura do exame)	SESAB/SMS
						Organização do serviço de medicina fetal, referência macrorregional	SESAB
<b>DIRETRIZ: Aprimoramento das ações de vigilância em saúde, proteção, promoção e prevenção em todos os níveis de atenção, com ênfase na integração com a atenção primária.</b>							
<b>OBJETIVO: Aprimorar o processo de trabalho da investigação de óbitos maternos, infantis e fetais da RAS</b>							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implantar uma (1) CT	Número de Câmaras	0	0	1	1	Formalização da composição da CT por meio de instrumento normativo.	SESAB/SMS

de Vigilância do Óbito Macrorregional ( Núcleo Regional de Saúde)	Técnicas Macrorregional de Vigilância do Óbito implantada					Articulação com o DSEI/BA e/ou Polo Base de Ribeira do Pombal, a indicação de 01 técnico para compor as Câmaras Técnicas Macrorregional de Vigilância do Óbito	MS/SESAB
						Realização de treinamentos para os integrantes da CT sobre vigilância do óbito, normas técnicas e protocolos de investigação e análise.	MS/SESAB
						Realização de qualificação técnica para os médicos a fim de aprimorar o preenchimento das declarações de óbito	MS/SESAB/SM S
<b>OBJETIVO: Qualificar a integração da Vigilância em saúde em todos os níveis da RAS</b>							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implantar 02 Câmaras Técnicas Regionais de Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e outras ISTs na macrorregião (uma por região de saúde)	Número de Câmaras Técnicas Regionais de Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e outras ISTs implantadas	0	1	2	2	Diagnóstico situacional das ações de prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e outras ISTs existentes nos municípios	SESAB/SMS
						Levantamento do quantitativo de Câmaras Técnicas Municipais de Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e outras ISTs existentes na macrorregião	SESAB/SMS
						Apoio à implantação/implementação e operacionalização das Câmaras Técnicas Regionais de Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e outras ISTs, incluindo na	MS/SESAB/SM S

						composição da câmara (Micro de Ribeira)01 técnico do DSEI/BA - Polo Base de Ribera do Pombal	
						Investigação dos casos de sífilis congênita na macrorregião	SESAB/SMS
Realizar exames para sífilis e HIV em 100% das gestantes	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	88,41 (CAMAB, atualizado setembro/2024 )	100%	100%	100%	Apoio institucional aos municípios na Vigilância Epidemiológica relacionados a distribuição, execução e monitoramento dos testes	MS/SESAB
						Capacitações para os coordenadores da VIEP/AB para manuseio do sistema SISLOG de gerenciamento dos testes	MS/SESAB
						Capacitação para os profissionais da APS para realização dos testes rápidos de HIV, HTLV, sífilis, hepatites B e C	MS/SESAB
						Preenchimento do SiSLOG	SMS
						Oferta de teste rápido para todas as gestantes	SMS
						Oferta de testagem rápida (sífilis, HIV,HTLV, hepatite B e C) e para gestantes	MS/SESAB/SMS
						Capacitação para os técnicos municipais e estaduais para operacionalização da rede de frios e administração dos imunobiológicos	SESAB/SMS
Alcançar 100% dos municípios com pelo	Percentual de municípios com alcance	59,72 (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%		

menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade	de pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade					Suprimento e distribuição adequada das vacinas na rede de serviços locais	MS/SESAB
						Realização de Mostras de Experiências Exitosas e Replicáveis para estimular o aumento da cobertura vacinal nas crianças	SESAB/SMS
						Implantação e operacionalização dos Sistema de Informação voltado para vacinas	SESAB/SMS
						Monitoramento mensal das coberturas vacinais em crianças de acordo com o calendário vacinal	SESAB/SMS

**DIRETRIZ: Valorização da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde na macrorregião Nordeste**

**OBJETIVO: Desenvolver estratégias para provimento de vínculos de trabalho protegidos e fixação dos profissionais nos postos de trabalho existentes/necessários**

META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar 6 ações de EPS na macrorregião com a pauta sobre saúde materna e infantil (2 ações por ano em cada região de saúde)	Número de ações de EPS com a pauta materno-infantil realizadas por base regional por ano	0	2	4	6	Levantamento de necessidades dos temas prioritários da rede por região de saúde	SESAB
						Reunião de alinhamento na CIR para escolha dos temas e definição dos cronogramas	MS/SESAB/SMS
						Divulgação do cronograma para os municípios	SESAB/SMS

Implantar 34 Núcleo de EPS nos municípios da macrorregião	Número de municípios com núcleo de EPS implantado	2	10	24	34	Levantamento quanto à situação dos municípios (Quantos tem? Quais recursos necessários?)	MS/SESAB
						Definição de um ponto focal por região de saúde para apoio aos núcleos de educação permanente municipais	MS/SESAB
						Definição um cronograma de implementação dos núcleos na macrorregião.	SESAB
						Monitoramento anual das atividades realizadas.	MS/SESAB
						Fomento da participação dos municípios nas Mostras de experiências do SUS	SESAB/SMS
<b>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)</b>							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implementar 01 Grupo de trabalho de discussão sobre a Gestão do Trabalho e Gestão da Educação (GTES) em cada CIR	Número de Grupo de trabalho de discussão sobre a Gestão do Trabalho e Gestão da Educação (GTES) em cada CIR	0	2	2	2	Reunião conjunta grupo de trabalho da GTES com a área técnica da rede materna e infantil e áreas afins	MS/SESAB/SMS
						Mapeamento das condições de vínculo e valorização de trabalhadoras(es) nos serviços de referência regional.	MS/SESAB/SMS
						Elaboração de diagnóstico da necessidade de fixação e regionalização da força de trabalho no contexto da rede materna e infantil	MS/SESAB/SMS

	implementados e ativos					Elaboração de materiais para discussão e de propostas para estratégias de contratação, fixação e valorização de trabalhadoras(es) da saúde dos serviços de referência regional.	MS/SESAB/SM S
						Monitoramento da execução do plano de ação de educação permanente em saúde regional-CIES	MS/SESAB/SM S
						Definição das necessidades para o território sobre o tema	MS/SESAB/SM S
						Reuniões anuais do GT de EPS por CIR	SESAB/SMS

**DIRETRIZ: Qualificação da gestão estratégica em saúde e fortalecimento do controle social**

**OBJETIVO GERAL: Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa**

META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Estruturar 01 Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional.	Número de Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional estruturado	0	1	1	1	Implantação do Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional	MS/SESAB/SM S
						Realização de educação permanente para os gestores municipais	SESAB
Monitorar 100% das	Percentual maternidades	0	100%	100%	100%	Apresentação nas CIR dos relatórios de monitoramento e avaliação	CEGRAS

maternidades de atendimento a gestação de alto risco	de atendimento a gestação de alto risco monitoradas					Discussão de estratégias de melhoria das ações	SESAB/SMS
						Proposição para implantação de estratégias de melhoria das ações.	SESAB/SMS
<b>OBJETIVO: Garantir as ações estratégicas para desenvolvimento do Plano Macrorregional de Atenção à Saúde</b>							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar 02 apresentações da modelagem da RAS na CIR para a prioridade sanitária materna e infantil	Número de apresentações da modelagem da RAS na CIR para a prioridade sanitária materna e infantil	0	2	2	2	Identificação de todas as unidades que atendem as gestantes e criança	SESAB/SMS
						Ampliação dos leitos GAR do Hospital Materno Infantil de Alagoinhas	SESAB/SMS
						Habilitação das unidades que realizam partos de gestação de alto risco	SESAB/SMS
						Organização dos fluxos de referência e contrarreferência	SESAB/SMS
Elaborar 01 programação físico financeira	Número de Programação elaborada	0	0	1	1	Realização das oficinas para elaborar a programação	MS/SESAB/SMS
						Pactuação entre gestores da programação	SESAB/SMS
						Definição das necessidades de custeio e investimento	MS/SESAB/SMS

## 8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE

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

O ordenamento jurídico do SUS reforça essa responsabilidade compartilhada. A Lei nº 8.080/1990 (artigos 15 e 17)<sup>41</sup> 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)<sup>42</sup> determina que o planejamento estadual deve considerar a regionalização e as necessidades dos municípios. A Lei Complementar nº 141/2012<sup>43</sup>, por sua vez, destaca que os resultados do monitoramento e avaliação devem ser objetivos, baseados em indicadores e integrados aos Relatórios de Gestão.

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

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

## 8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação

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

## 8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento

### Identificação

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


### 8.2.1 Apresentação




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

### 8.2.3 Matriz de Monitoramento

Diretriz:

Objetivo 1:

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

Legenda:  Alcançado |  Parcialmente |  Crítico

#### 8.2.3.1 Análise Qualitativa

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

#### 8.2.3.2 Recomendações e encaminhamentos

#### 8.2.3.3 Assinaturas

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

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

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

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

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

## **Composição**

### **I – União:**

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

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

### **II – Estado:**

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

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

### **III – Município:**

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

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

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

### **IV – Consórcios Interfederativos de Saúde:**

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

### **V - Representação dos prestadores de serviços:**

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

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

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

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

**VI - Controle Social:**

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

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

**Atribuições**

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

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

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

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Macrorregional de Saúde, produto de construção participativa e descentralizada, que reuniu esforços e saberes dos diversos atores municipais, da Sesab no âmbito central e regional, do Ministério da Saúde e do Cosems, é um instrumento que consolida o processo de planejamento na MRS-Nordeste. Utilizando diferentes metodologias e instrumentos, tem como eixo orientador, atender às mudanças e aos desafios enfrentados no processo de construção. Os dados socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos constata-se a preliminar que a situação de saúde na MRS-Nordeste encontra-se fragilizada e que os indicadores demandam análises mais aprofundadas.

Dessa forma, é necessária a reorganização e efetiva implementação da Rede de Atenção à Saúde assim como é necessário investimentos em tecnologia, maior aporte financeiro e recomposição da força de trabalho em saúde para que se possa garantir o acesso integral e equânime às ações e aos serviços de saúde, em tempo oportuno e de modo resolutivo, proporcionando a melhoria na qualidade de vida da população.

A Atenção Materna e Infantil, primeira prioridade sanitária da MRS-Nordeste, teve seu plano macrorregional apresentado nesse documento, que requer um esforço conjunto da macrorregião para que seja implementado um modelo de atenção que garanta às mulheres e às crianças ampliação da assistência e do acesso aos serviços de atenção à saúde, à melhoria da qualidade do pré-natal; as boas práticas na atenção ao parto, nascimento e puerpério; e a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses.

Além disso, é fundamental a continuidade do processo de Planejamento Macrorregional para as demais áreas temáticas definidas pela Asis — doenças infecciosas e parasitárias, doenças crônicas não transmissíveis com foco nas neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e a morbimortalidade por causas externas — pois também se configuram como problemas relevantes e demandam aprofundamento das discussões, definição de estratégias e pactuação de ações específicas.

Portanto, a continuidade do processo de planejamento deve se manter atenta a essas seis temáticas, promovendo o alinhamento entre municípios, estado e União, de modo a garantir que a organização da Rede de Atenção à Saúde da MRS-Nordeste responda de forma integral e equânime às necessidades da população. A abordagem articulada dessas prioridades permitirá avançar não apenas na melhoria de indicadores específicos, mas também na consolidação de um modelo de atenção regionalizado, resolutivo e centrado no cuidado integral, que fortaleça o SUS e promova qualidade de vida à população do território.

## GLOSSÁRIO

<b>- A -</b>	
<b>Acesso a serviços de saúde</b>	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.
<b>Amostra</b>	É qualquer subconjunto de determinada população
<b>Análise da situação em Saúde</b>	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.
<b>Atenção à Saúde</b>	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
<b>Atenção ao pré-natal de alto risco</b>	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.
<b>Atenção Primária à Saúde</b>	Primeiro nível de atenção em saúde agrega um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver atenção integral. Principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS. Funciona como filtro que organiza o fluxo de serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.
<b>Arboviroses</b>	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.
<b>Área Indene</b>	Área reconhecidamente sem transmissão para determinada doença, mas cujas condições ambientais, associadas a precárias condições socioeconômicas e de saneamento, tornam a área sob risco.
<b>- C -</b>	
<b>Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)</b>	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.
<b>CadÚnico</b>	Conjunto de informações sobre famílias brasileiras em situação de pobreza e de extrema pobreza que informações são utilizadas pelo Governo Federal, pelos Estados e pelos municípios para implementar políticas

	públicas visando promover melhorias na vida dessas famílias.
<b>Capacidade instalada</b>	Conjunto de dados e informações referentes aos serviços públicos e privados de saúde, do ponto de vista da oferta e da produção. A maior parte dos dados pode obtida por extratores disponibilizados pelo Ministério da Saúde como o Tabwin e Tabnet. A análise é feita tanto do ponto de vista da cobertura (relacionado à população referida), como do desempenho (relacionado à produção) e da tendência (relacionado à evolução temporal) e, ainda, quanto à incorporação tecnológica no setor saúde na região e as mudanças nos parâmetros e processos regulatórios.
<b>Centro de Especialidade Odontológica</b>	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.
<b>Centro de Parto Normal</b>	Unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco. Prestam assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, São de dois tipos: Centro de Parto Normal intra-hospitalar (CPNi) e Centro de Parto Normal peri-hospitalar (CPNp).
<b>CID-10 Capítulos</b>	Catologação padronizada de doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde
<b>Coeficiente (ou Taxa)</b>	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).
<b>Comissão Intergestores</b>	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).
<b>Comissão Intergestores Bipartite</b>	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.
<b>Condição de Saúde</b>	Conjunto de características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e sanitárias de determinada população, em determinado momento, e região.
<b>Contratualização dos pontos de atenção</b>	Meio pelo qual o gestor (federal, estadual, do Distrito Federal, municipal) estabelece metas quantitativas e qualitativas quanto aos processos de atenção à saúde, considerando o(s) ponto(s) de atenção à saúde da RAS sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.
<b>Cuidado de Saúde</b>	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.
<b>- D -</b>	
<b>Demanda espontânea</b>	Indivíduo ou coletivo de indivíduos que procura os serviços de saúde por motivos que avalia como necessidade de saúde, sem vinculação pré-definida a programas e prioridades predefinidos em relação àquela população ou grupo,
<b>- E -</b>	
<b>Equipe de Saúde Bucal</b>	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.
<b>Equipe de Saúde da Família</b>	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.
<b>Estimativa</b>	Valor numérico estimado obtido a partir de determinada amostra.
<b>- G -</b>	
<b>Gestação de baixo risco</b>	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
<b>Gestação, parto e puerpério de risco</b>	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.
<b>Gravidade</b>	Avaliação das consequências do processo ou da doença, é medida pela letalidade, taxa de hospitalização, pelas sequelas e outras consequências.
<b>- I -</b>	

<b>Incidência</b>	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.
<b>Indicador</b>	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.
<b>Indicador de saúde</b>	Revela a situação de saúde (ou um aspecto dela) da população ou de um indivíduo. É formulado a partir de dados referenciados no tempo e espaço que pela forma de organização e apresentação, facilita a análise da realidade, através de simples leitura ou do acompanhamento de dados no tempo. Expressa, numericamente, o estado da saúde de determinada população em determinado momento.
<b>Indicadores de Morbidade</b>	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.
<b>Indicadores de Mortalidade</b>	São calculados pelas taxas ou coeficientes de mortalidade. Representam o “peso” que os óbitos apresentam em determinada população.
<b>Índice</b>	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.
<b>Internações</b>	É a permanência da pessoa em unidade de assistência hospitalar motivada por algum problema de saúde.
<b>- L -</b>	
<b>Letalidade</b>	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.
<b>- M -</b>	
<b>Macrorregião</b>	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.
<b>Média Complexidade</b>	Atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantida a partir do processo de referência e contrarreferência
<b>Morbidade:</b>	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.
<b>Morbimortalidade:</b>	Relaciona o número de casos de doença ou morte com a população de um determinado local e momento. É um termo que combina dois sub conceitos: morbidade e mortalidade.
<b>Mortalidade:</b>	Total de indivíduos que morreram em um dado intervalo do tempo. Representa o risco ou probabilidade que qualquer pessoa na população poder vir a morrer.
<b>Mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCTN)</b>	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.
<b>- N -</b>	
<b>Necessidades de Saúde</b>	Carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma determinada população. Incluem, assim, os efeitos do não atendimento pleno das necessidades básicas de alimentação, abrigo, segurança, afeto, educação, cultura e serviços de saúde, quer sejam ações inespecíficas de promoção e melhoria da qualidade de vida, quer sejam ações específicas de proteção contra riscos e agravos ou de assistência em caso de doença, acidente ou padecimento de qualquer natureza.
<b>- O -</b>	
<b>Óbitos por causas prematuras</b>	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)
<b>Ocupação de leitos</b>	Razão entre o total da população de determinado município e o número de leitos disponíveis no município (leitos de internação + leitos complementares).
<b>- P -</b>	
<b>Parâmetros SUS</b>	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.
<b>Planejamento Regional Integrado</b>	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.
<b>População</b>	Termo demográfico que se refere ao conjunto de indivíduos que vivem em um determinado território.
<b>Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica</b>	Tem como finalidade captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer. A prevenção e o combate ao câncer englobam a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias malignas e afecções correlatas. Implementado mediante incentivo fiscal a ações e serviços de atenção oncológica, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer.
<b>Programa Nacional de Triagem Neonatal</b>	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.
<b>Proporção</b>	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).
<b>- R -</b>	
<b>Razão</b>	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.
<b>Rede de Atenção à Saúde</b>	São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017.
<b>Rede materna e infantil</b>	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.
<b>Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)</b>	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.
<b>Regulação da atenção à saúde</b>	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.
<b>- S -</b>	
<b>Serviço Hospitalar de Referência à Atenção à Gestação de Alto Risco</b>	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
<b>Sistema de informação Ambulatorial (SAI)</b>	Registra informações ambulatoriais de todos os estabelecimentos da rede do SUS, sejam privados ou conveniados, filantrópicos ou públicos das esferas municipal, estadual e federal. O objetivo do SIA/SUS é transcrever todos os atendimentos provenientes dos estabelecimentos que foram FINANCIADAS PELO SUS que após o processamento gerarem relatórios para os gestores que lhes possibilitem fazer
<b>Sistema de informação em Saúde</b>	Fluxo processamento dos dados a partir de instrumentos padronizados. O SIS é responsável por consolidar as informações produzidas pelos serviços de saúde no SUS (como número de vacinas aplicadas, internações, consultas médicas) assim como registra informações epidemiológicas fundamentais para análise da situação de saúde da população, como os óbitos e nascimentos.
<b>Sistemas de Informação Hospitalar (SIH/SUS)</b>	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.
<b>Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)</b>	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.
<b>Sistema de Nascido Vivos (Sinasc)</b>	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).
<b>Sistema de Notificação de Agravos (SINAN)</b>	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.
<b>Sistema Logístico</b>	Pontos de atenção à saúde que garantem tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde. A caracterização desses pontos deve obedecer a definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da Rede de Atenção à Saúde. a) realizar o transporte sanitário eletivo para os usuários; b) viabilizar e implementar a estrutura necessária para a informatização dos pontos de atenção à saúde por meio de recursos humanos, equipamentos, acesso à internet, entre outras medidas; c) prever centrais de regulação para o diagnóstico e tratamento.
<b>Sistema de Apoio</b>	Sistema de apoio diagnóstico e terapêutico: de patologia clínica, de imagem e de assistência farmacêutica.
- U -	
<b>Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)</b>	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.
<b>Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)</b>	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.
<b>Unidade de Terapia Intensiva</b>	Unidade que oferece serviços hospitalares voltados para o atendimento da pessoa grave ou com risco de morte
- V -	
<b>Vetores</b>	Seres vivos que veiculam determinado agente desde o reservatório até o hospedeiro potencial. Vetores mecânicos são os transportadores de agentes, geralmente insetos, que os carregam nas patas, asas ou trato gastrointestinal contaminados e onde não há multiplicação ou modificação do agente. Vetores biológicos são aqueles em que os agentes desenvolvem algum ciclo vital antes de serem disseminados ou inoculados no hospedeiro.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 01 de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet] 2021. [citado em 18 dez de 2024]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001\\_02\\_06\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html).
2. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. *Rev. baiana saúde pública*; 44 (supl.1): 1-184, jan-mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n0.a3205>.
3. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Resolução CIB/BA n. 018/2021. Aprova o credenciamento de Equipe de Saúde da Família – ESF, no Município de Ibicuí. Diário Oficial do Estado. Disponível em: [http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/resolucoes/2018/RES\\_CIB\\_018\\_2018.pdf](http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/resolucoes/2018/RES_CIB_018_2018.pdf)
4. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Resolução CIB/BA n.167/2018. Aprova ad referendum o cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e mantém a organização das Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia. Diário Oficial do Estado. Disponível em: [http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/Resolucoes/2018/RES\\_CIB\\_167\\_2018.pdf](http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/Resolucoes/2018/RES_CIB_167_2018.pdf).
5. GUITARRARA, Paloma. "Pobreza no Brasil"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/pobreza-no-brasil.htm>. Acesso em 23 de agosto de 2022.
6. IBGE/DATASUS. Ministério da Saúde/SESAB/ SUVISA/ DIVEP/ GT Demografia. Municípios de extrema pobreza. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/demografia/> Dados acessados em 11/04/2022.
7. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. [citado em 12 out 2024]. Disponível em: [Dados Gerais. Agência Nacional de Saúde Suplementar \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/dados-gerais)
8. Quijano FAD. Bases da epidemiologia das doenças infecciosas. Departamento Epidemiologia - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5539423/mod\\_resource/content/4/EpiInfecciosas08-09-2020.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5539423/mod_resource/content/4/EpiInfecciosas08-09-2020.pdf). Acesso em: 29 abr. 2021.
9. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância a Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. [citado em 12 mar 2020]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/apresentacao/>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Indicadores e Dados Básicos do HIV/Aids nos Municípios Brasileiros [Internet]. [citado em 17 mai 2021]. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>.

11. Biblioteca Virtual de Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Morbidade e Fatores de risco. Adaptado da Ficha de Qualificação da RIPSA – 2008 [Internet]. [citado em 17 mai 2021]. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2008/d-2-1/>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Meningite: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [citado em 29 abr 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/meningites>.
13. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância a Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Análise das DIPs, 2011-2020.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [citado em 29 abr 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hv/o-que-sao-hepatites-virais>.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
16. Donalisio MR, Freitas ARR, Von Zuben APB. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. *Rev Saude Publica* 2017; 51 (30): 1-6. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006889>.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Febre amarela: sintomas, transmissão e prevenção [Internet]. Rio de Janeiro; 2021. [citado em 29 abr 2021]. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/febre-amarela-sintomas-transmissao-e-prevencao>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Leishmaniose Visceral: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [citado em 29 abr 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniose-visceral>.
17. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [internet]; 2006; 39(3), [citado em mai 2021]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822006000300010#:~:text=Atualmente%2C%20no%20Brasil%2C%20as%20principais,febre%20do%20Oeste%20do%20](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822006000300010#:~:text=Atualmente%2C%20no%20Brasil%2C%20as%20principais,febre%20do%20Oeste%20do%20)
18. Brasil. Ministério da Saúde. 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.
19. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed. São Paulo: Edusp; 1998.
20. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos [Internet]. [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/obitomat.def>.
21. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade.

- Óbito Infantil [Internet]. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; 2021. [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitoinf.def>.
22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ações com foco na saúde da mulher [Internet]; 2021. [citado em 14 abr 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>.
23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_atecao\\_integral\\_ist.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf) ISBN 978-65-5993-276-4.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2020.
25. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Mortalidade Geral [Internet]. Salvador, BA; 2021 [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obito.def>.
26. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Pactuação Interfederativa 2017-2021. Manual de orientação da Bahia: 2021 [Internet]. [citado em 20 abr 2021]. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/cir>.
27. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
29. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade Geral [Internet]. [citado em 16 mar 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/obito.def>.
30. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bra Cardio. 2016; 107(3), Supl. 3.
31. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

32. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diabéticos representam 80% da demanda de próteses de membros inferiores no Cepred [Internet]. [citado em 6 mai 2021]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2016/11/08/diabeticos-representam-80%da-demanda-de-proteses-de-membros-inferiores-no-cepred/>.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde [Internet]. [citado em 22 abr 2021]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde [Internet]. [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/frba.def>.
36. Pan American Health Organization. Regional status report on alcohol and health in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2015.
37. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diretoria da Atenção Básica. Coordenação de Avaliação e Apoio Matricial. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica – CAMAB. Salvador: SESAB, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>. [Acesso em: 25 abr 2025]
38. Unicef. Fundo das Nações Unidas para a Infância Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/painel-de-dados> Acesso em 16 mai. 2023.
39. Guerra DM. Descentralização e Regionalização da Assistência à Saúde no estado de São Paulo: Uma Análise do Índice da Dependência. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Tese de doutorado. São Paulo, 2015.
40. Rezende CAP, Peixoto MPB. Metodologia para análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
41. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
42. Souza, L. E.P.F.; Bahia, L. Componentes de um Sistema de Serviços de Saúde: População, Infraestrutura, Organização, Prestação de Serviços, Financiamento e Gestão. In: Paim, J. S.; Almeida Filho, N. Saúde Coletiva Teoria e prática, 2<sup>a</sup> ed, 2023.
43. Brasil. Caderno de Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde. De que se trata os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.



## **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