

PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE NORTE



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

PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE
MACRORREGIÃO DE SAÚDE NORTE

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

Karlos da Silva Figueredo
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (SAIS)

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

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

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

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

Emanuele Figueredo Barbosa
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)

Joana Angélica Oliveira Molesini
COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO REGIONAL (COPRI)

Maria Aparecida dos Santos
COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO (COPLAN)

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

Titulares:

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

Ernesto da Costa Lima Júnior – COSEMS

Francisco Borges Rodrigues Neto – MS/SEMS/BA

Jacqueline do Bonfim Farias – COSEMS

Liliane Mascarenhas Silveira – SESAB/SAIS/DGC;

Lívia Maria Bonfim Mendes Aguiar – COSEMS

Maria Alcina Romero Boullosa – SESAB/SAIS/DAE;

Paulo José Bastos Barbosa – SESAB/GASEC;

Raquel Ferraz da Costa – COSEMS

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

Roberta Fonseca Sampaio – SESAB/GASEC;

Rodrigo Santos Alves – COSEMS

Stela dos Santos Souza – Presidente do COSEMS

Suplentes:

Cláudia Daniela Santos Souza – SESAB/SAFTEC/DASF

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

Danilo Fernandes Ricardo – COSEMS

Desirée dos Santos Carvalho – MS/SEMS/BA

Eneida Manuela Barqueiro Gomes – SESAB/SUREGS/DICON

Fernanda Oliveira Maron – COSEMS

Marcus Vinícius Bomfim Prates – SESAB/SAIS/DAB

Maria Rosânia de Souza Rabelo – COSEMS

Rivia Mary de Barros – SESAB/SUVISA

Rodrigo Santos Matos – COSEMS

Rosângela Oliveira dos Santos Almeida – COSEMS

Valmor Santos Félix – COSEMS

Zaine dos Santos Cardozo Lima – SESAB/SAIS/DGESS

Equipe de elaboração / Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional - GTTM

Cristiane Câmara Macêdo – SESAB/APG/COPRI

Eulina Silva Braga – SESAB/NRS

Franciely Alves Nascimento – CIR Juazeiro

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

Joselly Alves da Silva Almeida – COSEMS/BA

Maria da Graças de Carvalho – Município Juazeiro

Mirella Dias Almeida – MS/SEMS/BA

Nancy Oliveira Brandt – CRIL

Rafael Costa da Silva – CIR Senhor do Bonfim

Rosimeire da Costa Castro – SESAB/NRS

Colaboradores

Alan Silva Reis

Cristiane Câmara Macêdo

Cristina Maria Meira de Melo

Edson Francisco da Silva

Eduardo Silva Pimenta

Eneida Manuela Barqueiro Sena Gomes

Felipe Fontes Costa Pinto

Hadson Namour Rocha de Mattos

Itana Miranda dos Santos

Itanna Vytoria Sousa Serra

Jamille dos Santos Queiroz

Helder Silveira Coutinho

Jeyson Murayama

Joana Angélica Oliveira Molesini

José Denes Araújo Rufino

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

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Macrorregiões e Regiões de Saúde. Bahia, 2007.....	15
Figura 2. IDHM e seus componentes no estado da Bahia, 1991, 2000 e 2010. Bahia, 2020.	21
Figura 3. Razão de Mortalidade Materna, segundo parâmetros da OMS. Bahia, 2023.....	27
Figura 4. Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2024.....	51
Figura 5. Sistema Organização da RAS.	65
Figura 6. Percentual de serviços solicitantes dentre os elegíveis por Núcleo Regional de Saúde da Bahia, fevereiro a setembro de 2025.	69
Figura 7. Matriz de Referência da Macrorregião Norte, 2024-2027.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Índice de Desenvolvimento Humano segundo Região de Saúde que conformam a Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco/PEBA, 1991, 2000 e 2010.....	22
Tabela 2. Proporção das cinco maiores causas de mortalidade, segundo capítulo CID-10, da IV Macrorregião de Saúde do estado de Pernambuco e da Macrorregião de Saúde Norte do estado da Bahia que conformam a Macrorregião PEBA, 2008 – 2017.....	23
Tabela 3. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes por Região de Saúde da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco/PEBA, 2008 a 2017.	23
Tabela 4. Taxa de mortalidade por causas externas por 100 mil habitantes por Região de Saúde da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco/PEBA, 2007-2017.	24
Tabela 5. Taxa de Mortalidade Infantil, por 1.000 nascidos vivos, por Região de Saúde da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco/PEBA, 2009-2018. ...	28
Tabela 6. Índice de dependência de serviços ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, por macrorregião de saúde. Bahia, 2021-2022.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirâmide etária da população da Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2010, 2019 e 2024.	17
Gráfico 2. Número de nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014 - 2023* .	18
Gráfico 3. População indígena segundo Região de Saúde da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco/PEBA, 2019.....	21
Gráfico 4. Taxa de mortalidade por acidentes de motocicleta no estado da Bahia, 2009-2017.	25
Gráfico 5. Taxa de mortalidade por acidentes de motocicleta, segundo Macrorregião de Saúde. Bahia, 2009 e 2017.....	25
Gráfico 6. Razão de mortalidade materna segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017.	26

Gráfico 7. Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024	29
Gráfico 8: Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024	30
Gráfico 9. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024	31
Gráfico 10. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024*	31
Gráfico 11. Taxa de incidência de Dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Norte/Bahia, 2015-2024*	32
Gráfico 12. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024*	33
Gráfico 13. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2023*	34
Gráfico 14. Número absoluto de mortalidade materna por raça/cor. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2023*	34
Gráfico 15. Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2023*	35
Gráfico 16. Proporção de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2023*	36
Gráfico 17. Proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2024	36
Gráfico 18. Proporção de partos normais. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2024	37
Gráfico 19. Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024*	37
Gráfico 20. Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2023*	38
Gráfico 21. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024*	39
Gráfico 22. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2022-2024*	39
Gráfico 23. Proporção de gestante com mais de 7 consultas no pré-natal, na macrorregião Norte, Bahia, 2014-2023.	40
Gráfico 24. Percentual de Municípios que atingiram 75% ou mais na Proporção de Vacinas Seleccionadas do Calendário Nacional de Vacinação para Crianças menores de dois anos de idade. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2024*	41
Gráfico 25. Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024*	42
Gráfico 26. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015 - 2023*	42

Gráfico 27. Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014- 2024*	43
Gráfico 28. Razão de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015 - 2024*	44
Gráfico 29. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015 - 2023*	45
Gráfico 30. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2014-2024*	46
Gráfico 31. Percentual de pessoas com Hipertensão Arterial que teve o exame ECG avaliado na APS na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2018-2023*	46
Gráfico 32. Percentual de Hipertensos identificados na APS na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2018-2024*	47
Gráfico 33. Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2014-2023*	48
Gráfico 34. Número de Amputações de membros inferiores decorrente de complicações da Diabetes Mellitus (DM) e de Internações Hospitalares na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2015-2023*	48
Gráfico 35. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2019-2023*	49
Gráfico 36. Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2014-2023*	49
Gráfico 37. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Macrorregião de Saúde. Bahia, 2023.	54
Gráfico 38. Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2013 - 2024*	55
Gráfico 39. Número de leitos obstétricos e leitos para gestação de alto risco existentes e necessários na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.	59
Gráfico 40. Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas com as prioridades sanitárias na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.	61

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Municípios da Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.	16
Mapa 2. Municípios da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco/PEBA. Bahia, 2023.	16
Mapa 3. Municípios caracterizados como em situação de extrema pobreza na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2022.	19
Mapa 4. Proporção de população conforme cobertura de Assistência Médica Suplementar e SUS dependente na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2019.	20
Mapa 5. Cobertura da Atenção Primária à Saúde na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Quantitativo de equipamentos, serviços (urgência e emergência), unidades de alta complexidade e sistema logístico, disponível para o SUS na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.	57
Quadro 2. Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.	60
Quadro 3. Número de EAS com registro de procedimentos relacionados com as prioridades sanitárias na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.	62
Quadro 4. Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Norte do Estado da Bahia, 2025.	68
Quadro 5. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Norte do Estado da Bahia, 2025.	70
Quadro 6. Componentes habilitados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Norte do Estado da Bahia, 2025.	71
Quadro 7. Escalonamento emergencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Norte do Estado da Bahia, 2025.	71
Quadro 8. Diretrizes e objetivos para a Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.	74
Quadro 9. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2025 ...	76

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
2 CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE NORTE	15
2.1 População por sexo e idade.....	17
2.2 Municípios em situação de pobreza e extrema pobreza.....	19
2.3 Cobertura de assistência médica suplementar.....	19
2.4 Distrito sanitário especial indígena.....	20
2.5 Índice de desenvolvimento humano municipal.....	21
3 ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE	22
3.1. Mortalidade por doenças do aparelho circulatório.....	23
3.2 Mortalidade por causas externas.....	24
3.3 Neoplasias.....	25
3.4 Doenças do aparelho respiratório.....	25
3.5 Causas mal definidas.....	26
3.6 Razão de mortalidade materna.....	26
3.7 Taxa de mortalidade infantil.....	27
3.8. Atualização do Estado de saúde.....	28
3.8.1 Doenças Infecciosas e Parasitárias.....	28
3.8.2 Atenção à Saúde Materna e Infantil.....	33
3.8.3 Neoplasias.....	41
3.8.4 Doenças do Aparelho Circulatório.....	44
3.8.5 Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas.....	47
3.8.6 Morbimortalidade por Causas Externas.....	49
4. SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA	50
5 ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA	52
5.1 Organização.....	52
5.1.1 Índice de dependência macrorregional.....	52
5.1.2 Cobertura da Atenção Primária à Saúde.....	53
5.1.3 Central de Regulação.....	55
5.1.3.1. Central de regulação de urgência.....	55
5.1.3.2. Central de regulação do acesso às ações e serviços de saúde.....	56
5.2 Infraestrutura.....	56
5.3 Produção de serviço.....	61
6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	64
6.1 Sistema Organização da RAS.....	65

6.2 Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne)	66
6.3 Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE)	67
6.4 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	69
6.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)	71
6.6 Rede de Atenção às Doenças Crônicas	72
7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	73
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE	93
8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação	94
8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento	94
9. COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
GLOSSÁRIO	101
REFERÊNCIAS	109

1 INTRODUÇÃO

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

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

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

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

O conceito de RAS ficou assim definido:

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

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

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

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

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

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

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

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

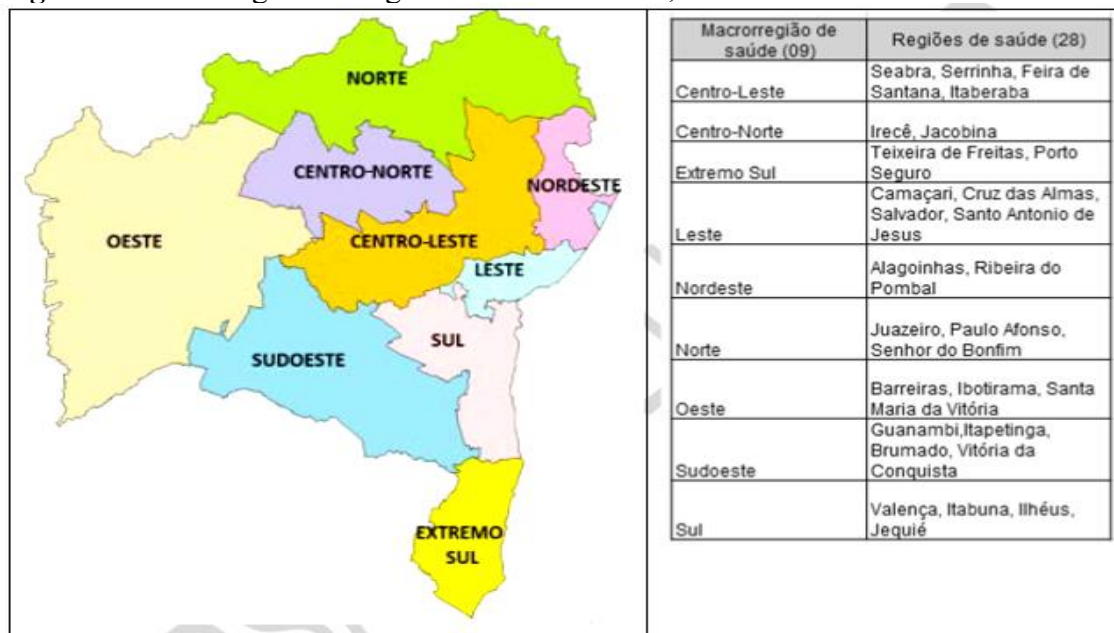
O Plano da MRS-Norte, ora apresentado, é o resultado do processo do PRI e está acessível no Observatório Baiano de Regionalização (OBR), para gestores, profissionais,

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

2 CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE NORTE

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, denominado Base Operacional na Região de Saúde (BORS) (Figura 1).

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



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

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

A área territorial da MRS-Norte totaliza 95.313,485 km², onde residem 1.089.088 habitantes (disponível em População IBGE), distribuídos em 28 municípios: Abaré, Andorinha, Antônio Gonçalves, Campo Alegre de Lourdes, Campo Formoso, Canudos, Casa Nova, Chorrochó, Curaçá, Filadélfia, Glória, Itiúba, Jaguarari, Jeremoabo, Juazeiro, Macururé, Paulo Afonso, Pedro Alexandre, Pilão Arcado, Pindobaçu, Ponto Novo, Remanso, Rodelas, Santa Brígida, Senhor do Bonfim, Sento Sé, Sobradinho e Uauá (Mapa 1).

Mapa 1. Municípios da Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.

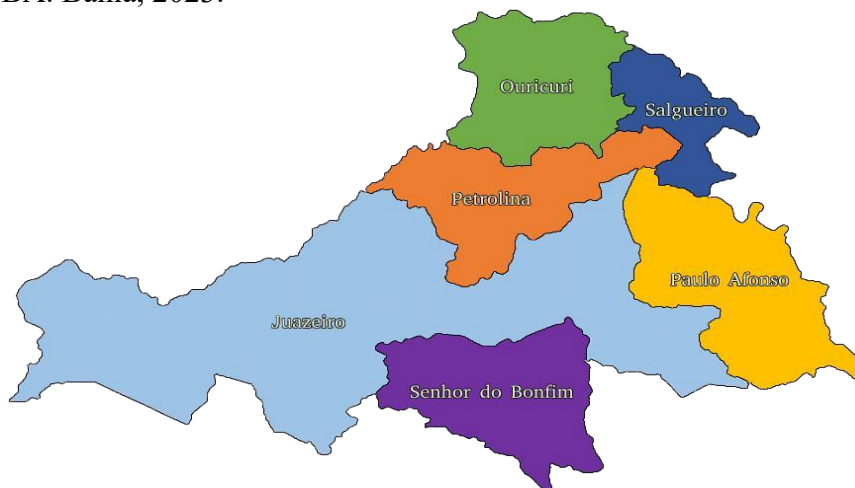


Fonte: PDR, Bahia, 2007.

A área de abrangência da MRS-Norte é composta pelas Regiões de Saúde de Juazeiro, Região de Saúde de Senhor do Bonfim e Paulo Afonso, todos municípios polos.

A MRS-Norte compõe a Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco, também chamada de PEBA - Pernambuco e Bahia, que ainda não está formalmente instituída. A configuração da Macrorregião Interestadual PEBA integra municípios do estado da Bahia (RS: Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim) e do estado de Pernambuco, da Macrorregião de Saúde IV (RS: Ouricuri, Salgueiro e Petrolina)⁵ (Mapa 2).¹

Mapa 2. Municípios da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco/PEBA. Bahia, 2023.



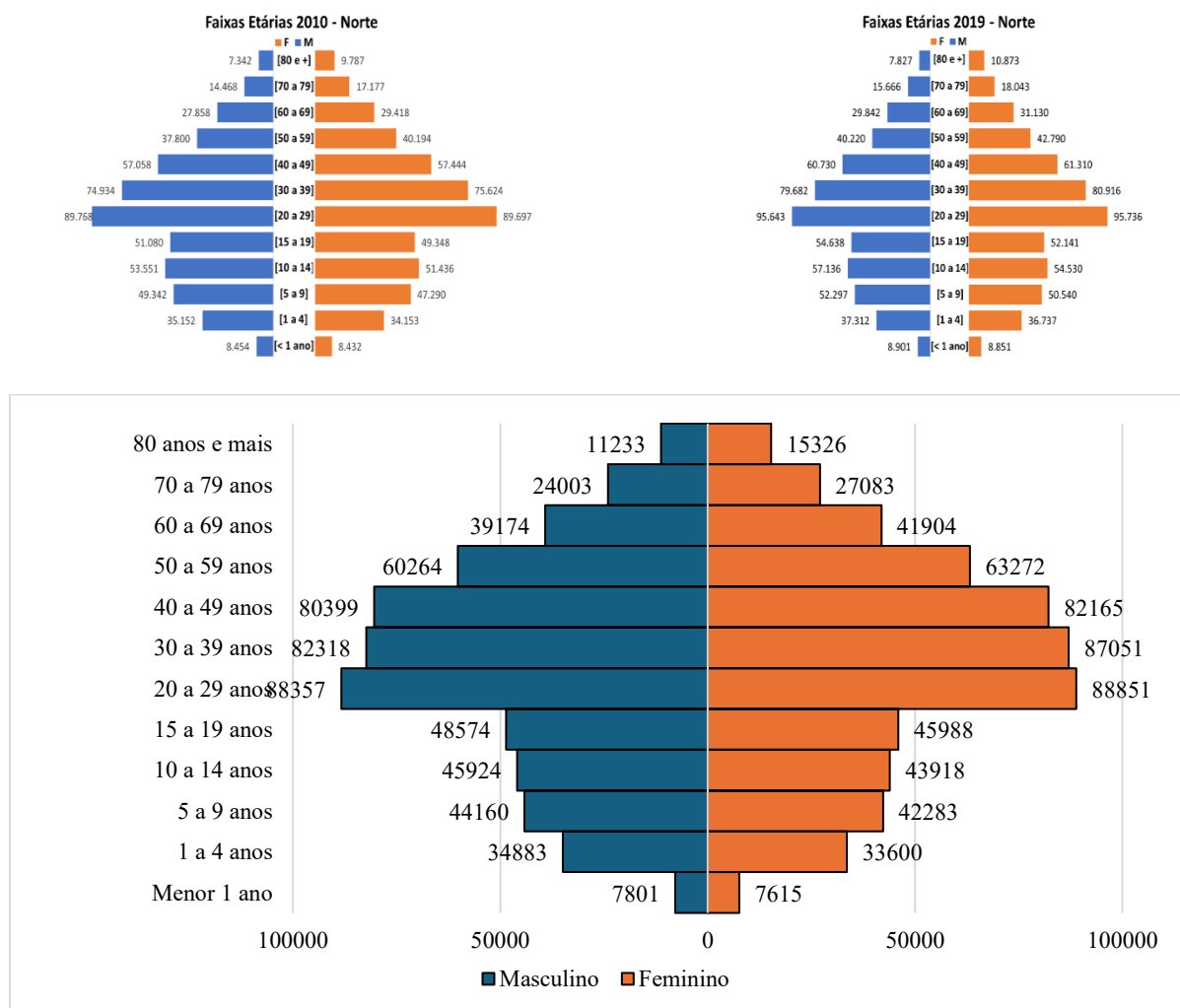
Fonte: Documento do Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, 2020.

¹ Em 26 de outubro de 2023, na 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a macrorregião interestadual teve o reconhecimento verbal como Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – Pernambuco Bahia – PEBA.

2.1 População por sexo e idade

Ao longo de dez anos, as pequenas mudanças no perfil demográfico da MRS-Norte podem ser sintetizadas nas pirâmides populacionais dos anos de 2010, 2019 e 2024, nas quais se observa similaridade na forma (Gráfico 1).

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



Fonte: IBGE, 2022.

Em 2010, a MRS Norte contava 1.016.807 habitantes, em 2019 com 1.083.491 e em 2024 com 1.146.146, o que equivalia a 7,7% da população do estado da Bahia neste ano. O aumento de 129.339 pessoas no período de 2010-2024 foi distribuído de forma não homogênea entre as faixas etárias, cabendo os seguintes destaques:

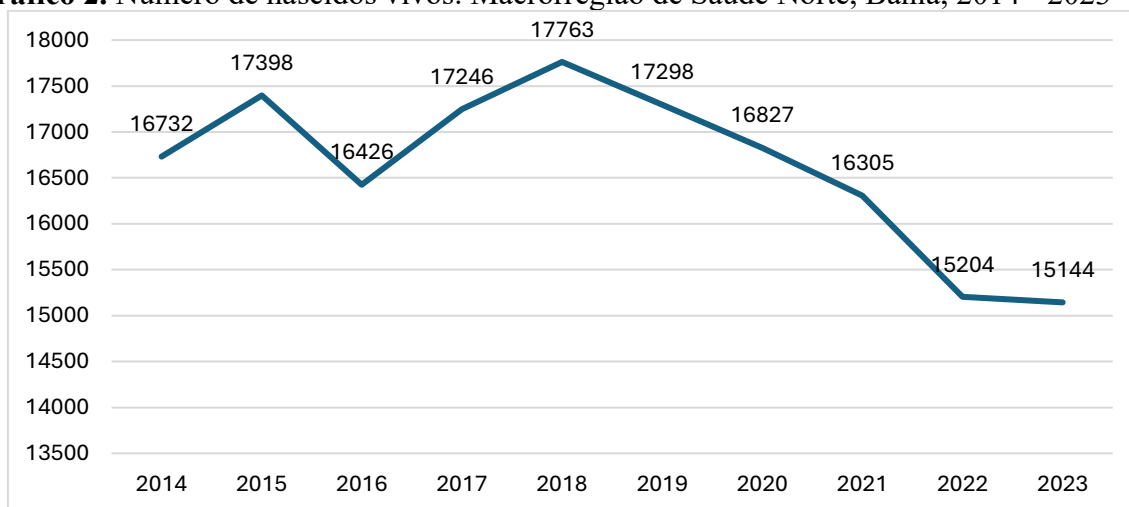
- Diminuição em números absolutos e proporcionalmente em todas as faixas etárias de 0 a 29 anos.

- Em 2010, a faixa etária menores de 5 anos representava 8,5% da população, com 86.191 habitantes, em 2024 passou a representar 7,3% da população com 83.899, indicando queda na taxa de fecundidade.
- Em 2010, a faixa etária entre 10 e 19 anos representava 20,2% da população, com 205.415 habitantes, em 2024 passou a representar 16,1% com 184.404 habitantes, podendo indicar queda na taxa de natalidade.
- Estabilização na proporção da faixa etária de 30 a 39.
- Aumento em números absolutos e proporcionalmente em todas as faixas etárias 40 e mais anos.
- Em 2010, a faixa etária de 60 anos e mais representava 10,4% da população com 106.050 habitantes, em 2024 passou a representar 13,8% com 158.723 habitantes.

Na distribuição, segundo o sexo em 2024, identifica-se que predomina o sexo feminino na população total. No entanto, até 19 anos predomina o sexo masculino (15,8% masculino e 15,1% feminino) e a partir da faixa etária de 20 anos e mais a população feminina representa a maior parte da população (33,7% masculina e 35,4% feminina).

O Gráfico 2 apresenta o número de nascidos vivos. A análise dos dados revela uma tendência geral de queda no número de nascidos vivos ao longo dos anos, em especial a partir de 2018, com uma queda contínua e progressiva. Esta queda pode ser influenciada por fatores socioeconômicos, políticas de saúde e mudanças demográficas na região. Essa informação é crucial para a formulação de políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil, pois um aumento ou diminuição no número de nascidos vivos pode impactar diretamente a demanda por serviços de saúde, planejamento familiar e intervenções necessárias para garantir a saúde e o bem-estar das mães e recém-nascidos.

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

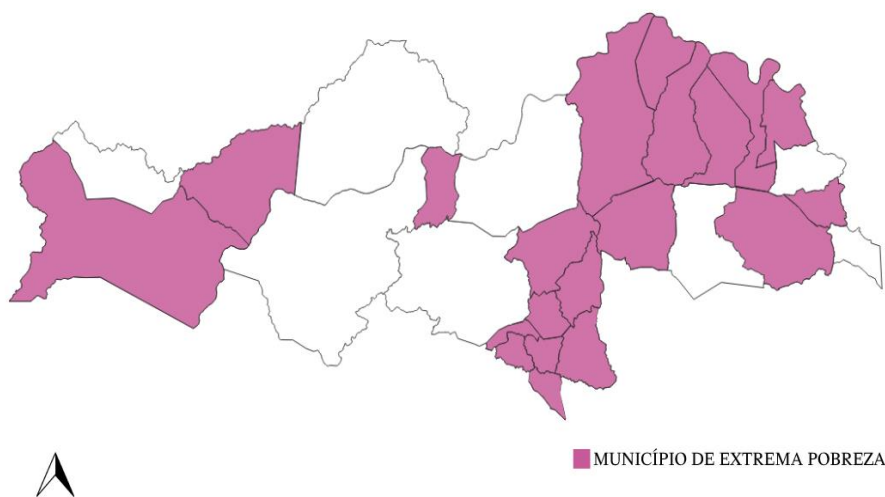


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

2.2 Municípios em situação de pobreza e extrema pobreza

No Brasil, a pobreza é produto das desigualdades sociais profundas, situando os pobres no cenário de segregação social e trabalhista. Dos 28 municípios da MRS-Norte, 20 (vinte) são considerados municípios em situação de extrema pobreza, correspondendo a 71,42% da macrorregião, e apenas 8 (oito) municípios não se encontram nessa situação: Campo Alegre de Lourdes, Casa Nova, Sento Sé, Campo Formoso, Juazeiro, Canudos, Paulo Afonso e Pedro Alexandre (Mapa 3).

Mapa 3. Municípios caracterizados como em situação de extrema pobreza na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2022.



Fonte: IBGE, 2022.

2.3 Cobertura de assistência médica suplementar

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

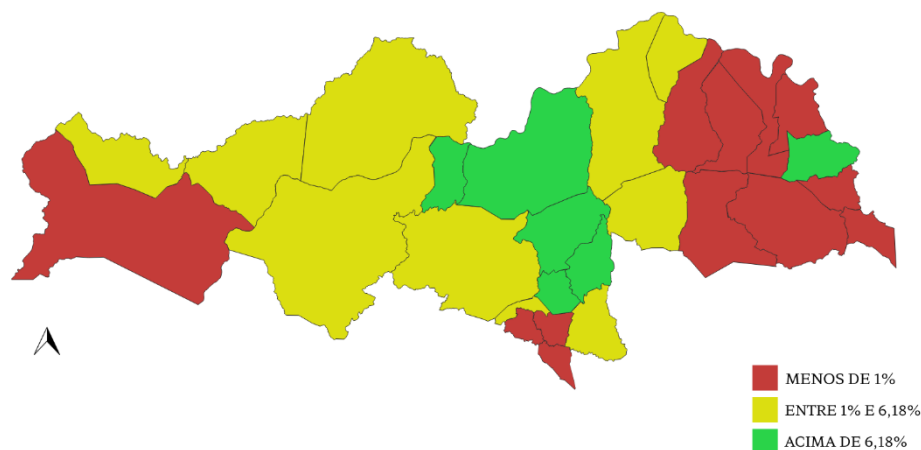
Conforme a ANS, em 2019 o Brasil tinha o total de 47.077.672 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica com ou sem odontologia e 35.356.245 milhões em planos odontológicos, exclusivamente (disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>).

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

28,5% (disponível em: [TabNet Linux 2.7: Beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas \(RM\) e Capitais](#)).

A cobertura de assistência médica suplementar da população da MRS-Norte é abaixo de 1% em 12 (doze) municípios. Somente 6 (seis) municípios apresentam cobertura acima de 6,18%. Isso confirma a análise de desempenho econômico da regional e a necessidade de estruturação do SUS para atender a população da macrorregião (Mapa 4).

Mapa 4. Proporção de população conforme cobertura de Assistência Médica Suplementar e SUS dependente na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2019.

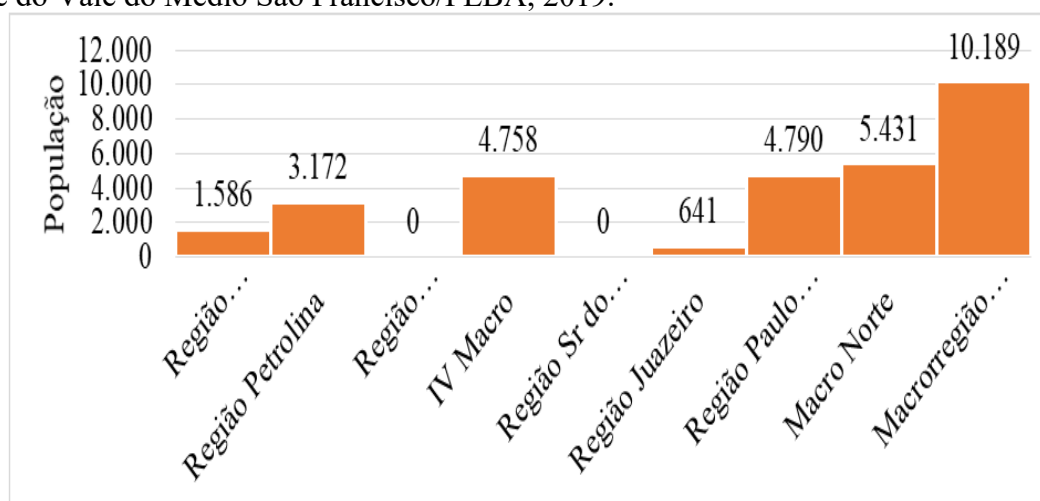


Fonte: Agência Nacional de Saúde, 2019.

2.4 Distrito sanitário especial indígena

Na MRS-Norte existe um total de 5.431 assistidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI-BA) (Gráfico 3). A população de pessoas indígenas encontra-se distribuída nos Polos Base de Paulo Afonso e Juazeiro. A área adstrita do DSEI/BA abrange os municípios de Sobradinho, Curuçá, Abaré (grupos étnicos Atikum, Truká e Tumbalalá) e Paulo Afonso, Rodelas e Glória (grupos étnicos Tuxá, Xukuru-Kariri, Pankararé, Truká, Atikum, Kambiwa, Pankararu, Kantaruré). Importante destacar o desafio posto para a análise epidemiológica da população indígena, uma vez que há escassez de dados secundários organizados, inclusive para o planejamento dos serviços assistenciais.

Gráfico 3. População indígena segundo Região de Saúde da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco/PEBA, 2019.



Fonte: Dados demográficos disponibilizados pelos Polos Base para a equipe local do Proadi-SUS, 2018.

2.5 Índice de desenvolvimento humano municipal

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é calculado a partir da média geométrica das seguintes dimensões: longevidade, educação e renda, realizado concomitante ao censo⁶.

O IDHM da Bahia em 2010 era 0,660, o que situa essa Unidade Federativa na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribuiu para o IDHM da Bahia é longevidade, com índice de 0,783, seguida de renda, com índice de 0,663, e de educação com índice de 0,555 (Figura 2).

Figura 2. IDHM e seus componentes no estado da Bahia, 1991, 2000 e 2010. Bahia, 2020.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Estado - Bahia			
IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,182	0,332	0,555
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	20,58	28,94	46,07
% de 5 a 6 anos na escola	34,70	72,43	93,41
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	17,38	38,10	77,65
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	9,02	19,95	43,11
% de 18 a 20 anos com médio completo	7,26	12,06	29,49
IDHM Longevidade	0,582	0,680	0,783
Esperança de vida ao nascer	59,94	65,80	71,97
IDHM Renda	0,543	0,594	0,663
Renda per capita	234,57	322,04	496,73

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2020.

A análise do Índice de Desenvolvimento Humano em cada RS, no ano de 2010, aponta para diferenças importantes entre cada uma delas. O IDH de Juazeiro foi 0,585; o de Paulo

Afonso foi 0,587; e o de Senhor do Bonfim foi 0,596, todos com valores abaixo do índice do estado (Tabela 1).

Tabela 1. Índice de Desenvolvimento Humano segundo Região de Saúde que conformam a Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco/PEBA, 1991, 2000 e 2010.

Índice de Desenvolvimento Humano			
Região de Saúde	1991	2000	2010
Ouricuri	0.273	0.407	0.576
Petrolina	0.327	0.460	0.613
Salgueiro	0.354	0.469	0.617
Juazeiro	0.291	0.414	0.585
Paulo Afonso	0.300	0.414	0.587
Senhor do Bonfim	0.261	0.416	0.596

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, extraído de PROADESS 6, 2020, elaborado pela equipe local do Projeto.

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

3 ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE

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

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

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

O processo de condução para produzir a análise da situação de saúde da MRS- Norte ocorreu em 2019, como parte das atividades desenvolvidas para a Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco/PEBA e compõe o Documento Norteador do Planejamento Macrorregional do Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança,

Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS)⁶.

Para a realização da análise de situação de saúde da Macrorregião de Saúde PEBA, a equipe local do projeto desenvolveu um banco de dados da morbimortalidade da região, usando como fonte banco de dados dos sistemas de tabulação das secretarias da saúde dos estados da Bahia e Pernambuco. Para a MRS-Norte foram usados o Tabnet-Bahia e a base nacional Tabnet-DATASUS. A seguir descrevem-se as informações sobre a análise da situação de saúde da MRS-Norte, extraídas do documento do Proadi-SUS.

3.1. Mortalidade por doenças do aparelho circulatório

A análise proporcional dos principais grupos de causas de mortalidade aponta que o território da MRS-Norte segue a tendência do estado da Bahia (Tabela 2).

Tabela 2. Proporção das cinco maiores causas de mortalidade, segundo capítulo CID-10, da IV Macrorregião de Saúde do estado de Pernambuco e da Macrorregião de Saúde Norte do estado da Bahia que conformam a Macrorregião PEBA, 2008 – 2017.

Capítulo CID-10	IV MACRORREGIÃO DE SAÚDE (PB)	MACRORREGIÃO DE SAÚDE NORTE (BA)
IX. Doenças do aparelho circulatório (doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares)	25,82%	23,05%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (acidentes de transporte e agressões)	16,30%	13,19%
II. Neoplasias (tumores) (traqueia, brônquios e pulmões; e próstata)	13,22%	10,84%
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratório (morte sem assistência e outras causas)	10,73%	17,99%
X. Doenças do aparelho respiratório (pneumonia e doenças crônicas das vias aéreas inferiores)	8,07%	6,84%

Fonte: Proadi-SUS, 2020.

A análise do território da MRS-Norte revela que as doenças do aparelho circulatório (DAC) compõem 23,05% do total de todos os óbitos em 2017 (Tabela 3). Para todas as Regiões de Saúde (RS) da MRS-Norte houve aumento na taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes no período entre 2008 e 2017, sendo de 30,06% em Juazeiro, 26,13% em Paulo Afonso e de 54,96% em Senhor do Bonfim (Tabela 3).

Tabela 3. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes por Região de Saúde da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco/PEBA, 2008 a 2017.

Região de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ouricuri	144.9	156.6	146.3	152.5	167.5	170.6	152.3	146.7	160.3	156.1
Petrolina	113.7	97.6	101.8	98.1	92.7	104.4	98.2	111.6	105.9	120.3
Salgueiro	160.0	150.5	140.4	152.2	149.9	160.2	151.7	162.0	172.1	165.9
Juazeiro	88.8	88.7	80.8	87.9	106.1	112.1	122.5	125.2	118.2	115.5

Paulo Afonso	125.9	118.4	124.2	139.2	154.8	169.5	154.8	160.9	175.7	158.8
Senhor do Bonfim	93.7	98.5	105.7	106.9	112.7	125.3	107.9	124.1	140.2	145.2

Fonte: Proadi-SUS, 2020.

3.2 Mortalidade por causas externas

Nos municípios que compõem a MRS-Norte, a mortalidade por causas externas ocupa o terceiro lugar com 13,19% dos óbitos, sendo os acidentes de transporte terrestres (ATT) e agressões as principais causas.

Esse grupo de causas de mortalidade também aumentou entre 2008 e 2017 e está em segundo lugar na proporção das principais causas de morte na MRS-Norte. No estado da Bahia, o aumento foi de 19,6% nesse grupo de causas no mesmo período e a principal causa foi homicídio, seguida pelos acidentes de transportes². A taxa de mortalidade por causas externas nos municípios de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim é descrita na Tabela 4.

Tabela 4. Taxa de mortalidade por causas externas por 100 mil habitantes por Região de Saúde da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco/PEBA, 2007-2017.

Região de Saúde	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ouricuri	83.1	97.2	101.5	85.4	91.8	92.3	92.2	92.7	95.2	88.0	88.3
Petrolina	86.2	87.2	73.5	70.3	80.5	73.8	80.3	74.6	76.2	91.2	92.0
Salgueiro	72.6	60.0	60.3	59.3	62.4	57.9	83.2	56.6	69.3	79.2	82.3
Juazeiro	64.6	70.2	58.3	62.2	75.2	76.5	74.0	71.7	73.8	80.8	71.2
Paulo Afonso	62.5	64.4	64.6	78.9	84.3	68.3	67.9	75.6	87.2	88.6	71.7
Senhor do Bonfim	52.3	46.0	50.4	51.5	43.3	54.0	60.4	60.5	64.8	60.5	55.4

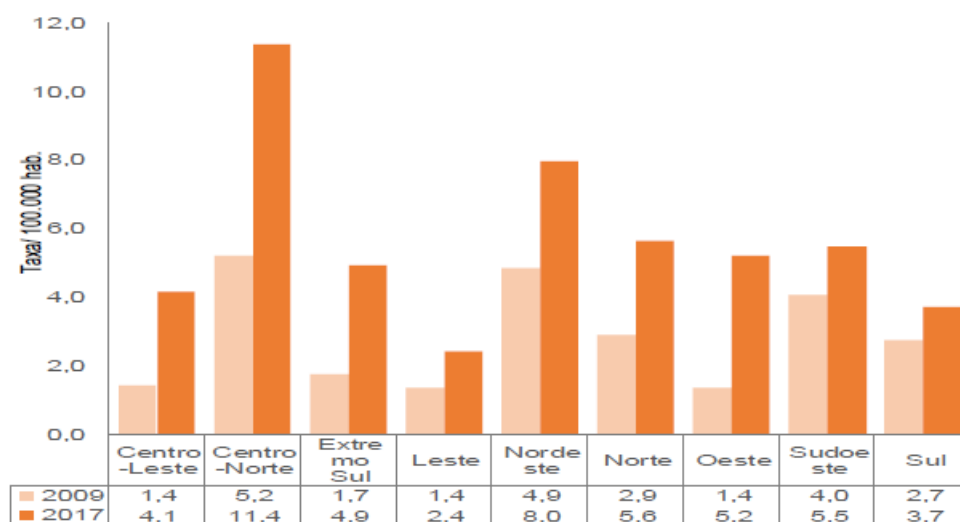
Fonte: Proadi-SUS, 2020.

A taxa de mortalidade por causas externas por 100 mil habitantes aumentou em 10,22% em Juazeiro, 14,72% em Paulo Afonso e 5,93% em Senhor do Bonfim. Em relação a acidentes de motocicleta (AM), na Bahia o aumento da taxa de mortalidade por 100 mil habitantes foi de 91,7% no período entre 2009 (2,4%) e 2017 (4,6%) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Taxa de mortalidade por acidentes de motocicleta no estado da Bahia, 2009-2017.

Fonte: SESAB/Suvisa/Divep, 2019.

A análise da taxa de mortalidade por AM na MRS-Norte aponta para o mesmo cenário do estado, com crescimento nos anos de 2009 e 2017 (Gráfico 5).

Gráfico 5. Taxa de mortalidade por acidentes de motocicleta, segundo Macrorregião de Saúde. Bahia, 2009 e 2017.

Fonte: SESAB/Suvisa/Divep, 2019.

3.3 Neoplasias

As neoplasias constituem o terceiro maior grupo de causas de óbitos no estado da Bahia no ano de 2017, contribuindo com 13,8% do total de mortes². Na MRS-Norte esse grupo de causas ocupa o quarto lugar, com 10,84% dos óbitos (Tabela 2).

3.4 Doenças do aparelho respiratório

Para o estado da Bahia as doenças do aparelho respiratório foi o sexto maior grupo de óbitos, representando 7,5% do total no ano de 2017². Na MRS-Norte o registro é de 7,61% dos

óbitos no ano de 2017 (Tabela 2), sendo pneumonia e doenças crônicas das vias aéreas inferiores as principais causas.

3.5 Causas mal definidas

As causas mal definidas refletem um panorama de subnotificação nas causas de mortalidade. Com 17,99%, este é o segundo maior grupo de causas de mortalidade na MRS-Norte (Tabela 2).

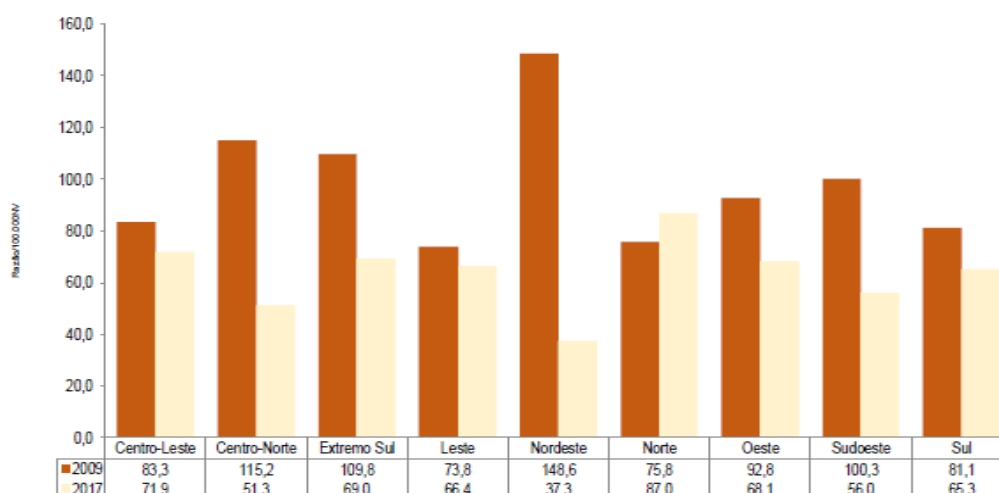
A morte sem assistência é a maior causa de morte na macrorregião, sugerindo fragilidade no registro de dados sobre a assistência à saúde da população e, conseqüentemente, subnotificação, embora o grupo de óbitos por causas definidas tenha apresentado discreto aumento no estado quando comparado ao ano de 2009, cuja proporção de registros de óbitos com causa definida foi de 86,4 %, e no ano de 2017 cresceu para 87,4%².

É importante salientar que por meio desse indicador é possível aferir o acesso da população aos meios diagnósticos e à assistência à saúde, bem como avaliar a qualidade das informações alimentadas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

3.6 Razão de mortalidade materna

A razão de mortalidade materna (RMM) estima o risco de morte de uma mulher em idade fértil a cada 100.000 nascidos vivos (NV), devido a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério até 42 dias após o término da gestação (óbito materno precoce). No período entre 2009 e 2017, o estado da Bahia registrou queda da RMM de 91,6 para 65,6 óbitos por 100.000 NV em 2017². A MRS-Norte registrou acréscimo na RMM de 75,8 óbitos por 100.000 NV em 2009 para 87,0 em 2017 (Gráfico 6), acima da média do estado.

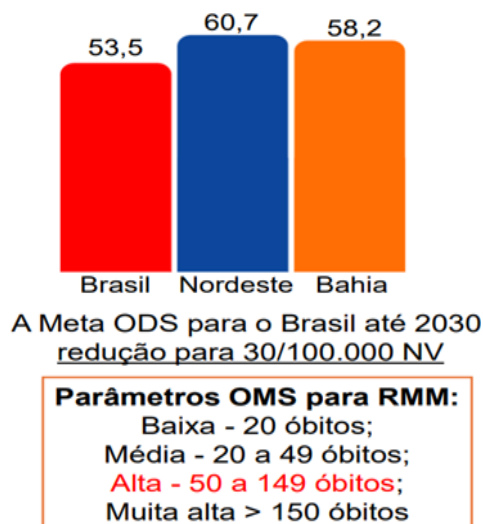
Gráfico 6. Razão de mortalidade materna segundo macrorregião de saúde. Bahia, 2009 e 2017.



Fonte: SESAB/Suvisa/Divep, 2019.

Nos últimos anos, a RMM tem sido uma das prioridades do SUS, a refletir o seu reconhecimento como problema social e político. Na Bahia, o Decreto n. 10.263, de 08 de março de 2007² incluiu o óbito materno entre os eventos de notificação compulsória e investigação imediata. Segundo parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a RMM é uma relação a ser consideradas no desenvolvimento de políticas e programas de atenção materna e infantil (Figura 3).

Figura 3. 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

3.7 Taxa de mortalidade infantil

Em relação à saúde da criança, a taxa de mortalidade infantil é o indicador com maior representatividade estatística para os óbitos de crianças de até 12 (doze) meses por mil nascidos vivos no período de um ano. Na Bahia observa-se redução do coeficiente de mortalidade infantil, passando de 18,8 em 2009 para 15,1 óbitos de menores de 1 (um) ano por 1.000 NV em 2017.

A análise da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) para a MRS-Norte aponta para um decréscimo no período entre 2009 e 2018, em todas as RS, com exceção de Senhor do Bonfim, que registrou aumento de 40% (Tabela 5).

Tabela 5. Taxa de Mortalidade Infantil, por 1.000 nascidos vivos, por Região de Saúde da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco/PEBA, 2009-2018.

Região de Saúde	Ouricuri	Petrolina	Salgueiro	Juazeiro	Paulo Afonso	Senhor do Bonfim
2009	21.5	20.3	21.3	17.5	20.3	11.9
2010	22.2	17.1	15.3	15.1	21.3	15.9
2011	18.3	17.8	19.7	16.0	19.1	16.6
2012	17.7	14.6	17.3	16.2	19.9	14.7
2013	13.3	17.2	16.2	14.4	17.3	13.5
2014	15.6	16.0	19.2	18.3	16.6	17.0
2015	16.2	16.0	16.9	15.9	15.0	15.9
2016	19.2	17.8	19.4	17.5	16.2	15.9
2017	14.8	15.6	15.6	16.7	18.4	16.3
2018	16.3	15.0	14.2	16.4	15.3	16.7

Fonte: SIM e Sinasc, extraído de PROADESS9, 2020, elaborado pela equipe local do Proadi-SUS.

3.8. Atualização do Estado de saúde

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

Considerando que a análise inicial contemplou indicadores numa série histórica de 2007 a 2017, sendo que alguns deles se estende até o ano de 2018, e que, em 2025 o processo do Planejamento Regional Integrado (PRI) avançou para a conclusão das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI), surgiu a necessidade da atualização da ASIS – Estado de Saúde para os anos de 2023 e 2024, conforme a disponibilidade de dados. Chamamos atenção que, para o de 2024, como a coleta foi de janeiro/2025 alguns bancos ainda estavam com dados preliminares.

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

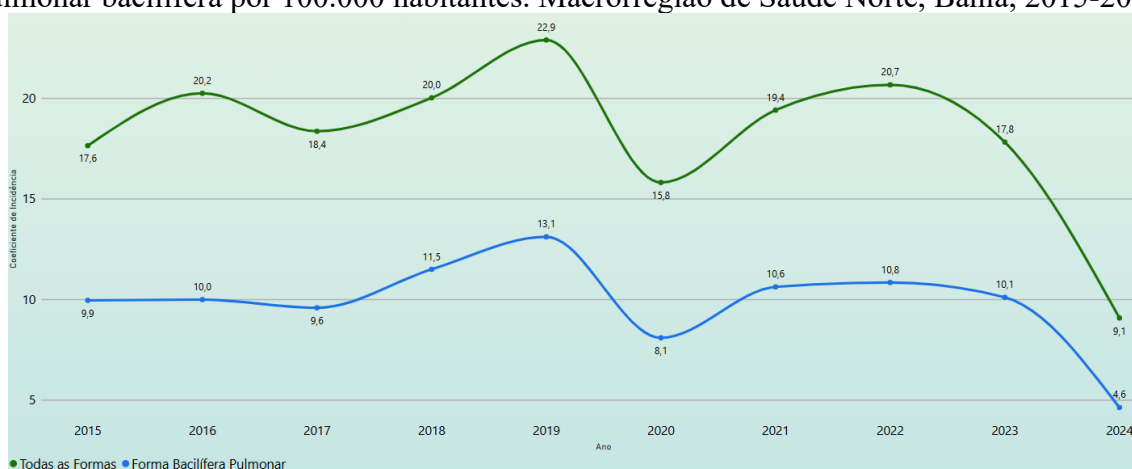
3.8.1 Doenças Infeciosas e Parasitárias

No período de 2015 a 2022, foram a óbito 2.897 pessoas por tuberculose na Bahia. O coeficiente de mortalidade apresentou um comportamento alto, mas estável. E entre 2018 e

2022, ocorreu um aumento relativo no risco de óbito por tuberculose, passando de 2,0 para 2,7 óbitos por 100 mil habitantes².

Na MRS-Norte, os dados referentes ao Coeficiente de Incidência (CI) de tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera (série histórica 2015-2024) evidenciaram oscilações, havendo queda destes indicadores até o ano de 2020: 15,8 para coeficiente de todas as formas e de 8,1 para a forma pulmonar bacilífera, contudo, a partir de 2021 passou a ocorrer um aumento, com o pico em 2022, sendo 20,7 para todas as formas e 10,8 para forma bacilífera pulmonar, mas finalizando o período em queda de 9,1 e 4,6, respectivamente, para 2024 (Gráfico 7).

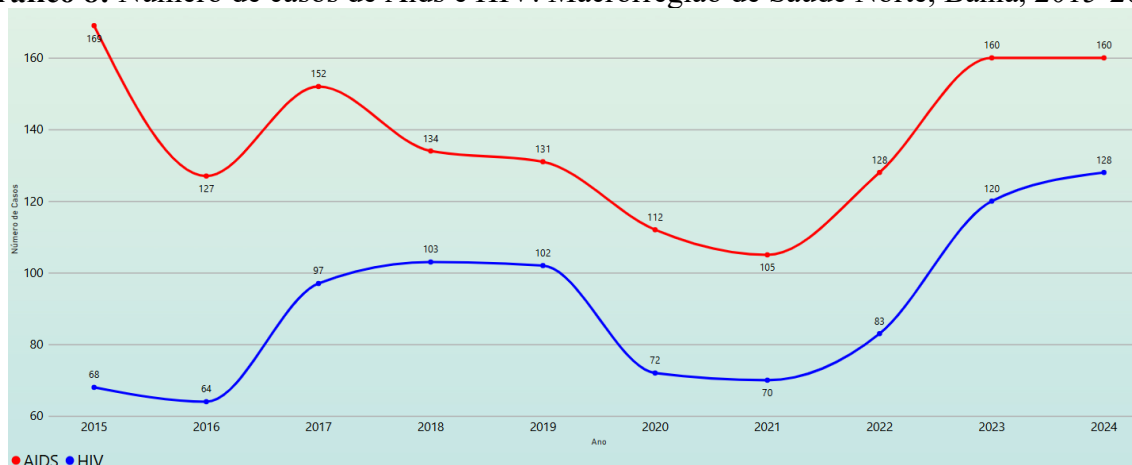
Gráfico 7. Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024



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

Em relação ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), na análise da distribuição dos casos de aids e infecção pelo HIV no estado da Bahia, entre 2015 e 2022, foram notificados 8.855 casos de aids, a taxa de detecção da doença apresentou decréscimo de 5,6% entre 2021 e 2022. No mesmo período, foram registrados 3.712 óbitos, cuja taxa de mortalidade variou entre 3,8 (2019) e 4,6 (2021) óbitos por 100 mil habitantes².

Na série histórica 2015-2024 nota-se que, na MRS Norte, para os casos de Aids houve uma queda considerável até o ano de 2021, quando voltaram a crescer atingindo níveis próximos do início da série, que teve o pico em 2015 com 169. Em relação à infecção pelo HIV, assim como a Aids, apresentou queda até 2021, mas depois cresceu de forma contínua, ultrapassando os patamares anteriores de 2017 a 2019 (Gráfico 8).

Gráfico 8: Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024

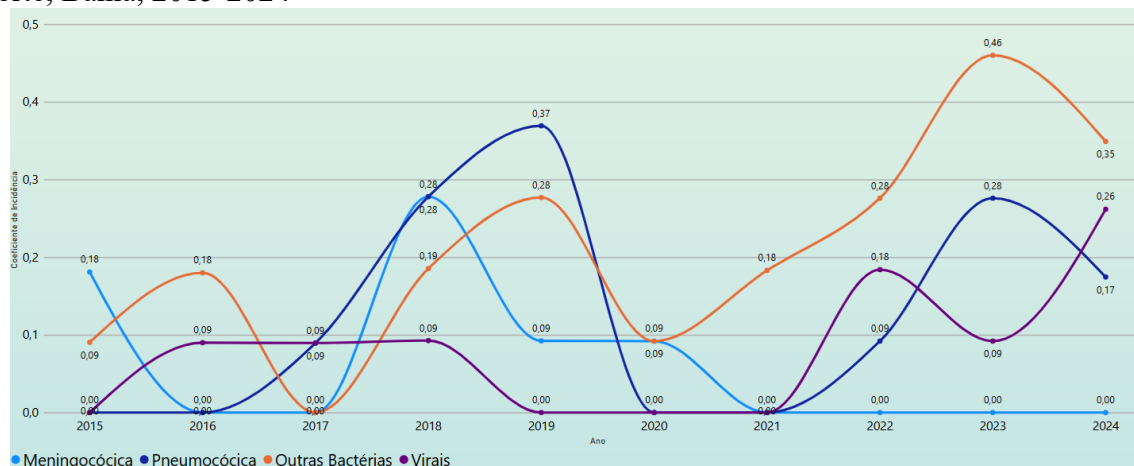
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

De acordo com o Ministério da Saúde, entre 31 de dezembro de 2023 e 7 de setembro de 2024, foram notificados 14.352 casos suspeitos de meningite, dos quais 7.706 foram confirmados. Desses casos confirmados, 3.200 (41,5%) foram classificados como meningites bacterianas, resultando em 700 óbitos. Na Bahia, entre o período de 2015 a 2022, foram notificados 6.737 casos de meningites, dos quais 3.422 (51%) foram confirmados. As meningites virais foram as mais frequentes (1.100), seguidas das bacterianas (1.050). A faixa etária mais acometida foi a de 20 a 34 anos (614), seguida pela de 35 a 49 anos (577) e menores de 1 ano (459). No mesmo período foram registrados 466 óbitos pela doença, representando uma letalidade de 14%. A maioria dos óbitos (247/53%) ocorreu devido à meningite bacteriana².

De 2019 a 2021 ocorreu redução acentuada no Coeficiente de Incidência CI para todos os tipos de meningites, possivelmente em decorrência de medidas de controle adotadas durante a pandemia de Covid-19, as quais contribuíram para a queda do número de casos. Com a implantação da vacina meningocócica “C” conjugada no calendário básico de vacinação da criança no início de 2010, observa-se na Bahia um decréscimo no Coeficiente de Incidência da doença meningocócica nos anos subseqüentes em todas as macrorregiões.

Na MRS Norte observam-se oscilações com tendência de alta para todas as formas, com exceção da Meningocócica. Em 2019 ocorreu o maior pico para todas as formas, com exceção da Viral. Já em 2021 ocorreu o menor patamar para todas as formas (coeficiente de incidência 0), com exceção da Meningite por Outras Bactérias (0,18), porém, no ano seguinte se deu uma alta finalizando o período com todos os coeficientes acima do início da série histórica, com exceção da Meningocócica, que se manteve zerada nos últimos 3 anos da série (90 9).

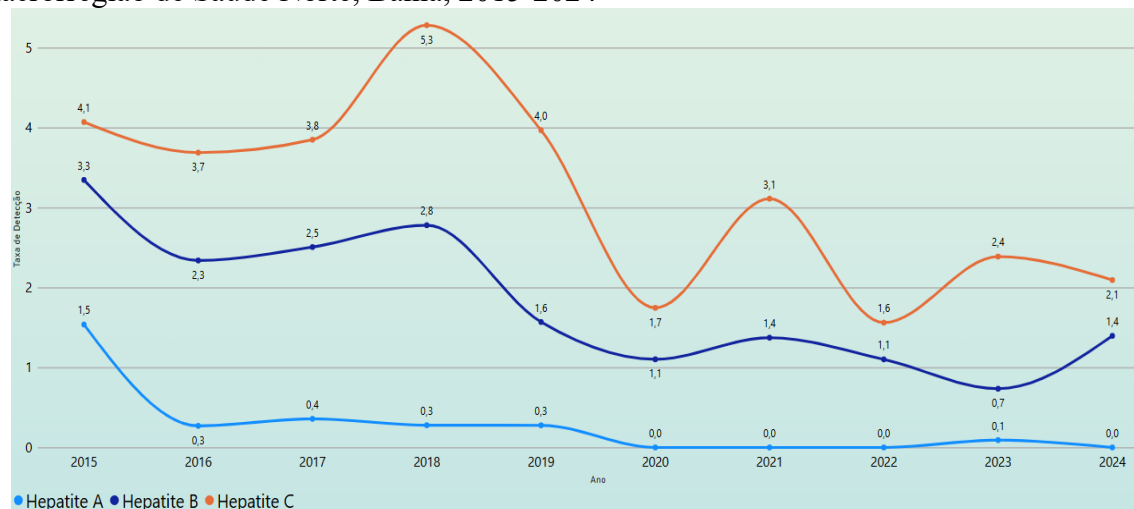
Gráfico 9. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024



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

Uma infecção viral que, apesar de silenciosa, representa grave problema de saúde pública são as hepatites virais. No período 2015 a 2024 o Estado da Bahia apresentou oscilação na taxa de detecção por 100 mil habitantes nos três tipos de hepatites virais², sendo que a MRS Norte apresentou diferença em relação à tendência do Estado. Na MRS Norte foi expressiva a tendência de queda com relação ao vírus tipo “A”, com tendência de estabilização. Quanto à hepatite “B”, a menor taxa correspondeu ao ano de 2023 (0,7 por 100 mil habitantes). Em relação à hepatite C, no ano de 2015, introduziram-se novas drogas com menos efeitos colaterais e maior eficácia. Constatou-se a maior e menor taxa nos anos de 2018 e 2022 (5,3 e 1,6 por 100 mil habitantes, respectivamente) (Gráfico 10).

Gráfico 10. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024*

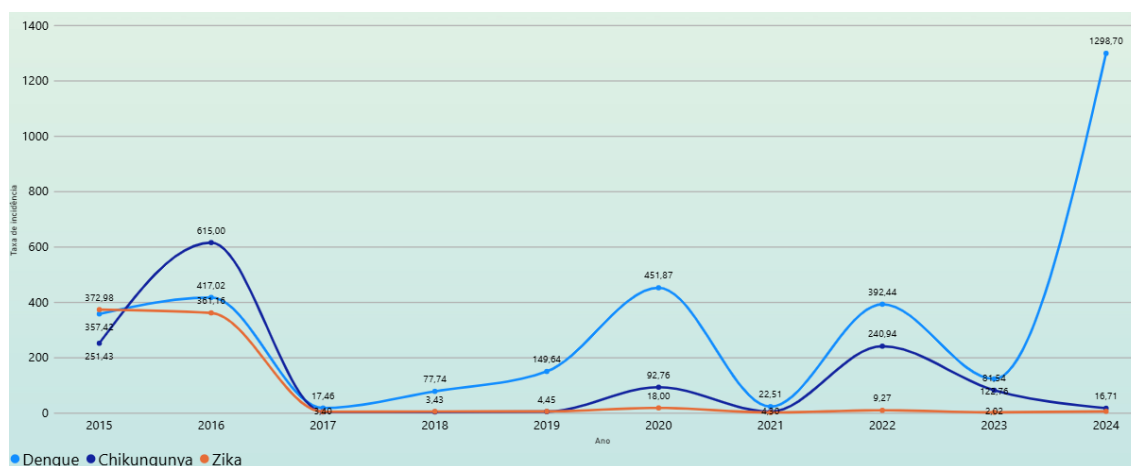


Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

Dentre as doenças infecciosas e parasitárias, foram analisadas as doenças vetoriais de maior magnitude no Estado: arboviroses e leishmaniose visceral. Em linhas gerais, as arboviroses na Bahia apresentaram perfil endêmico em 2022, contudo, sua distribuição variou geograficamente².

Ao analisar a série histórica 2015-2024 da taxa de incidência da Dengue, Chikungunya e Zika na MRS Norte, observou-se uma oscilação para a Dengue e Chikungunya com uma explosão dos casos de Dengue em 2024, cuja taxa ficou em 1.298,70 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 11). Para a Chikungunya houve uma queda a partir de 2023, finalizando a série em 2024 em seu menor patamar (16,71).

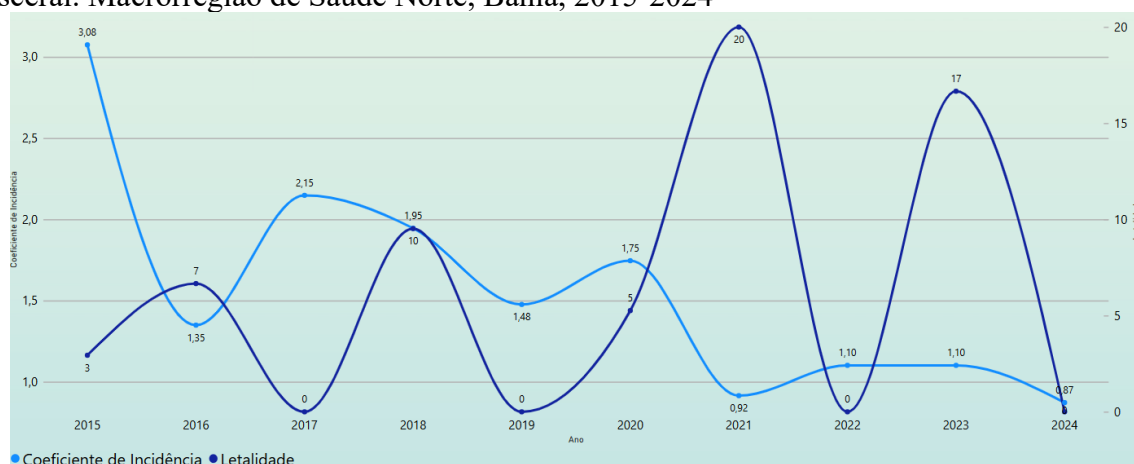
Gráfico 11. Taxa de incidência de Dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Norte/Bahia, 2015-2024*



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

Na Macrorregião de Saúde Norte a variação do Coeficiente de Incidência de leishmaniose visceral apresentou queda contínua no período entre 2015 e 2024, iniciando o período com 3,08 e finalizando em 0,87 casos/100 mil habitantes em 2024. Quanto à letalidade da doença a taxa apresentou oscilações, variando de 0 (2017, 2019, 2022 e 2024) a 20 (2021), conforme o Gráfico 12.

Gráfico 12. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024*



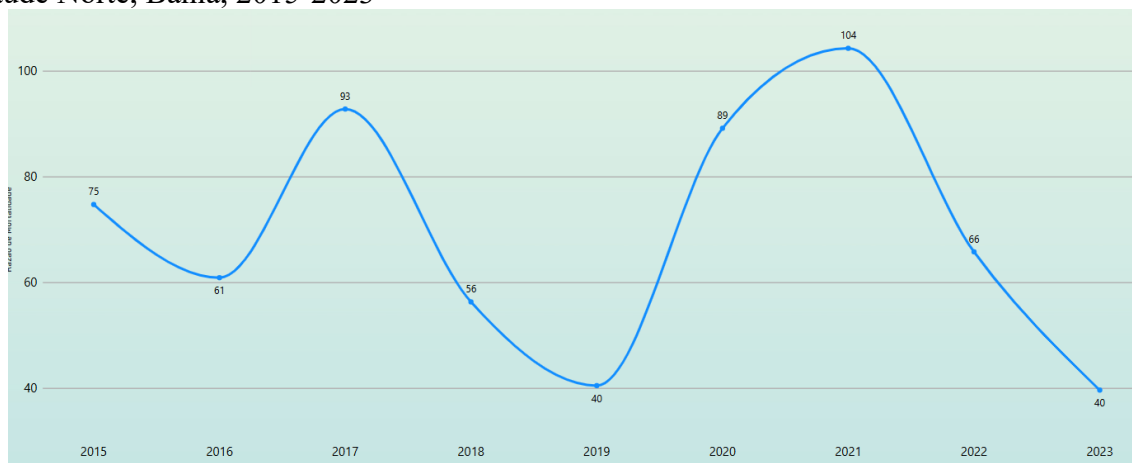
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

3.8.2 Atenção à Saúde Materna e Infantil

Esta área temática, na ocasião do Projeto Proadi-SUS⁶, a Asis foi realizada considerando 02 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 10 indicadores que orientam a indução do modelo de cuidado integral.

O Gráfico 13 apresenta a razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos entre 2015 e 2023 na MRS Norte, evidenciando oscilações no período. O primeiro pico da série se deu em 2017, com a taxa de 93, seguida de queda até o menor patamar em 2019, com 40. A partir daí voltou a subir, atingindo o segundo pico com 104 casos em 2021, o que pode ter sido influenciado pela pandemia de covid-19. Essa oscilação ressalta a necessidade de monitoramento contínuo e intervenções direcionadas para melhorar a saúde materna e reduzir as disparidades nos cuidados de saúde, pois os indicadores nacionais, estaduais e macrorregionais estão aquém do padrão aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

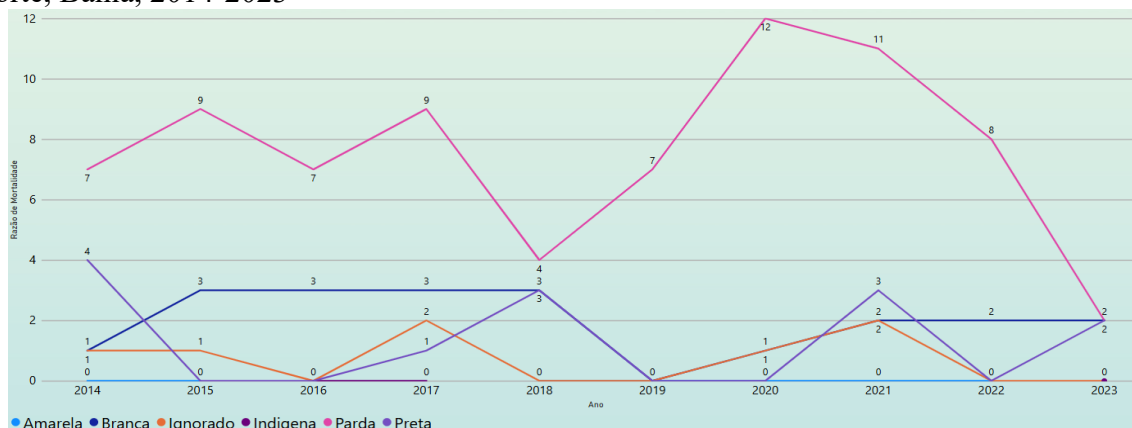
Gráfico 13. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2023*



Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 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 MRS Norte, observa-se que dos 109 casos de mortes maternas do período de 2014 a 2023, 89 mortes ocorreram em mulheres negras (pretas e pardas), representando 81,7% dos totais de óbitos, conforme apresentado no Gráfico 14.

Gráfico 14. Número absoluto de mortalidade materna por raça/cor. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2023*



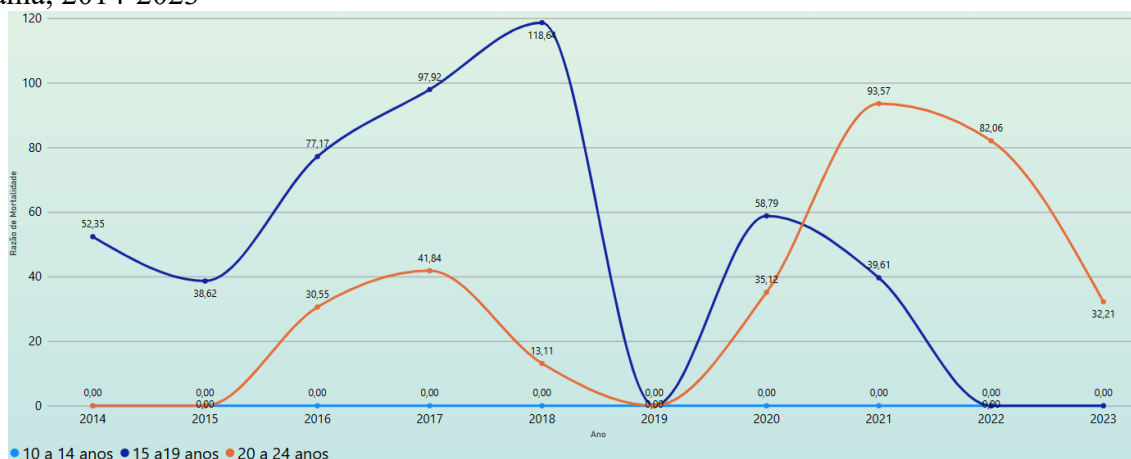
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Segundo dados do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS) a mortalidade materna é mais frequente em gestantes adolescentes (< 20). As principais causas incluem hemorragias, hipertensão gestacional, infecções e complicações do parto. Na MRS-Norte, no período entre 2014 e 2023, os óbitos na faixa etária de 15 a 19 anos apresentaram mortalidade relevante com picos em 2018 (118,64 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos)

e 2020 (58,79), conforme o gráfico 15. A partir de 2021 apresentou uma queda mostrando-se zerado nos anos de 2022 e 2023, o que indica a necessidade de continuidade nas intervenções direcionadas para essas populações.

Para a faixa etária de 20 a 24 anos a série apresentou também dois picos, um em 2017 com 41,84 casos seguido de baixa até zero em 2019. Na sequência, há uma alta, atingindo o mais alto valor da série em 2021 com 93,57 casos, coincidindo com o período da pandemia pela COVID-19. Em seguida, passou a decrescer, sem conseguir atingir o menor patamar pré-pandemia, ao final da série em 2023 (gráfico 15). A identificação das causas presumíveis dos óbitos maternos é crucial, pois permite compreender as lacunas nos serviços de saúde e implementar estratégias eficazes para melhorar a assistência às mulheres durante a gestação e o parto, visando reduzir a mortalidade materna na região.

Gráfico 15. Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2023*

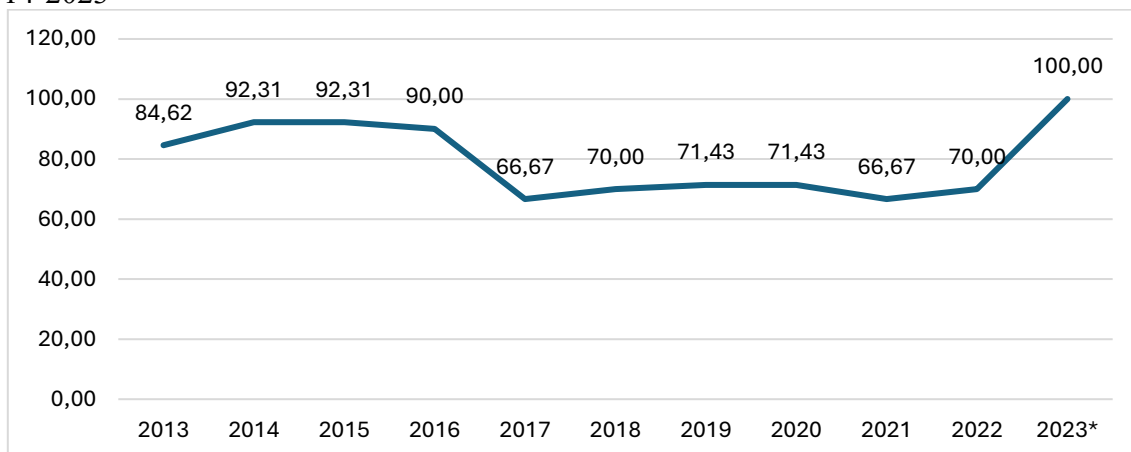


Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

A proporção de óbitos maternos investigados é um indicador importante para avaliar a qualidade da vigilância e das ações de saúde relacionadas à mortalidade materna. Destaca-se a redução na proporção de óbitos maternos investigados no estado da Bahia, com uma variação negativa de 23,48% entre os anos de 2013 e 2023⁷.

Na Macrorregião de Saúde Norte, foi possível constatar oscilações ao longo da série entre os anos de 2014 e 2023 (Gráfico 16). Entre 2013 e 2015, observou-se uma alta, com o percentual aumentando de 84,62% para 90%. A partir de 2017 até 2022, houve uma queda, com média de aproximadamente 69,4% dos casos e sem grandes oscilações. Esse cenário mudou em 2023, quando a macrorregião atingiu 100% de investigação dos óbitos maternos, evidenciando o fortalecimento do trabalho da vigilância epidemiológica (Gráfico 16).

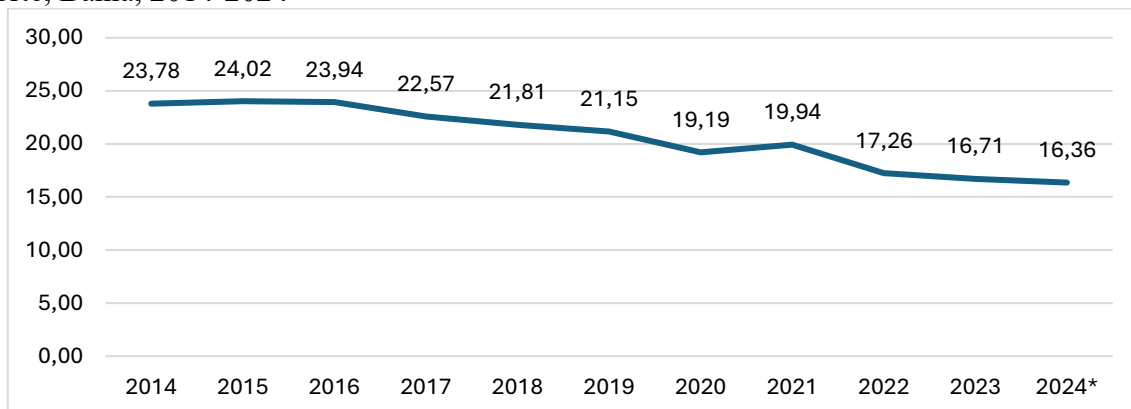
Gráfico 16. Proporção de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2023*



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

A MRS Norte apresentou queda na proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos ao longo do período analisado de 23,78% para 16,36% (2014-2024*) (Gráfico 17). As proporções observadas para determinado grupo etário de mães podem depender da frequência de nascidos vivos em outros grupos etários. A proporção de nascimentos em um grupo etário pode aumentar, mesmo que a natalidade esteja caindo neste grupo, isto ocorrerá se a queda na natalidade for maior nos demais grupos etários.

Gráfico 17. Proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2024

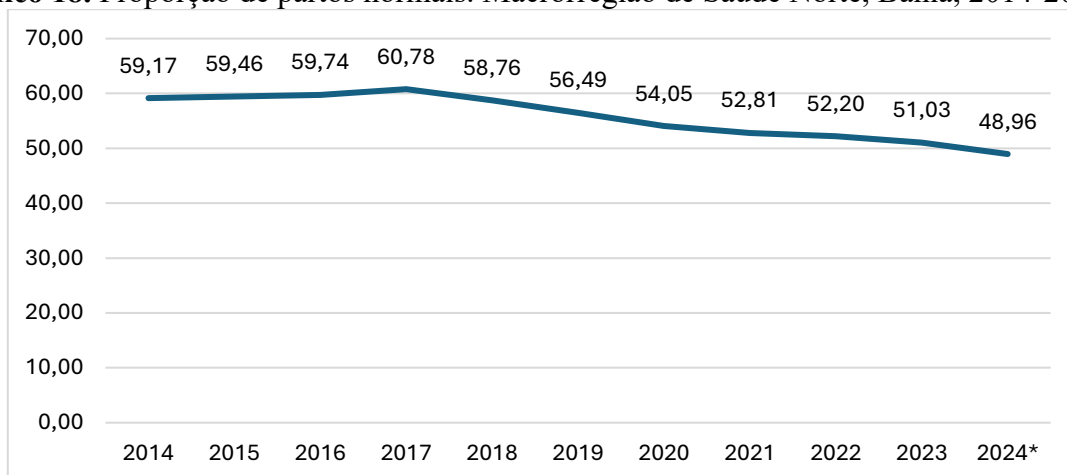


Fonte: Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/COASS – SINASC, 2025. *Dados coletados em 14/04/2025, sujeitos a alterações

O indicador proporção de partos normais mede a participação relativa dos partos normais no total de partos hospitalares. É influenciado pelo modelo de assistência obstétrica adotado, pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante e pela disponibilidade de Unidades que realizam partos normais. Em relação ao tipo de parto, considerando o período de

2014 a 2024, a MRS-Norte apresentou variação negativa na proporção de partos normais de 7,51% (Gráfico 18).

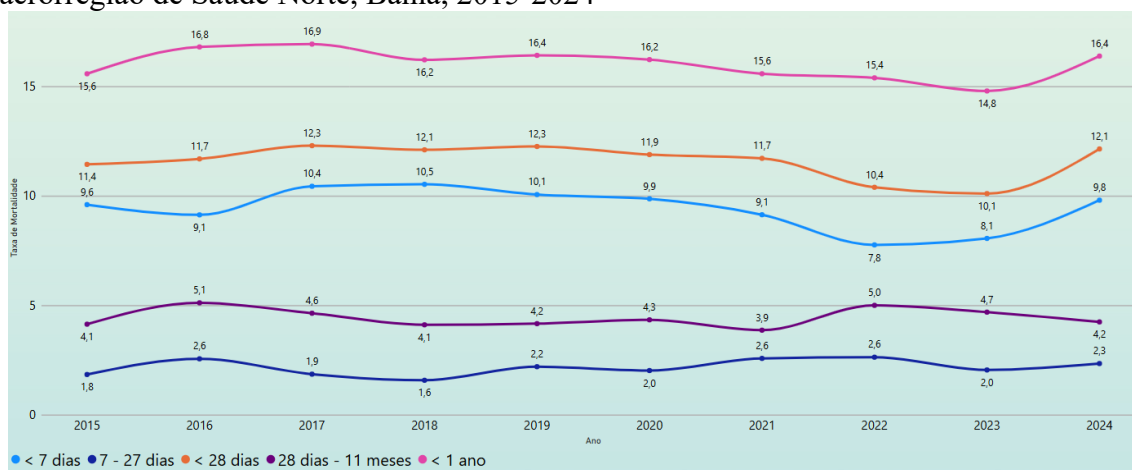
Gráfico 18. Proporção de partos normais. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2024



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

Na Macrorregião de Saúde Norte, entre 2015 e 2024, a taxa de mortalidade infantil (<1 ano) apresentou aumento de 15,6 (2015) para 16,4 (2024), com oscilações para cada faixa etária (Gráfico 19). Para os óbitos em menores de 7 dias, a tendência apresentou pequena queda entre 2015 e 2023, com uma leve alta em 2024. Para os óbitos em menores de 28 dias, ocorreu um crescimento até 2017, seguida de queda e nova alta em 2024. Entre 28 dias e 11 meses de vida houve maior estabilidade, com pequenas oscilações (elevação em 2022 e queda posterior). Já para os óbitos em menores de 1 ano o comportamento da tendência foi relativamente estável com leve queda em 2023 e aumento acentuado em 2024 (Gráfico 19). Para além dessa problemática, em todos os anos da série histórica a mortalidade infantil esteve acima do padrão aceitável pela OMS, que é de 10 (dez) óbitos infantis para cada mil nascimentos.

Gráfico 19. Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024*

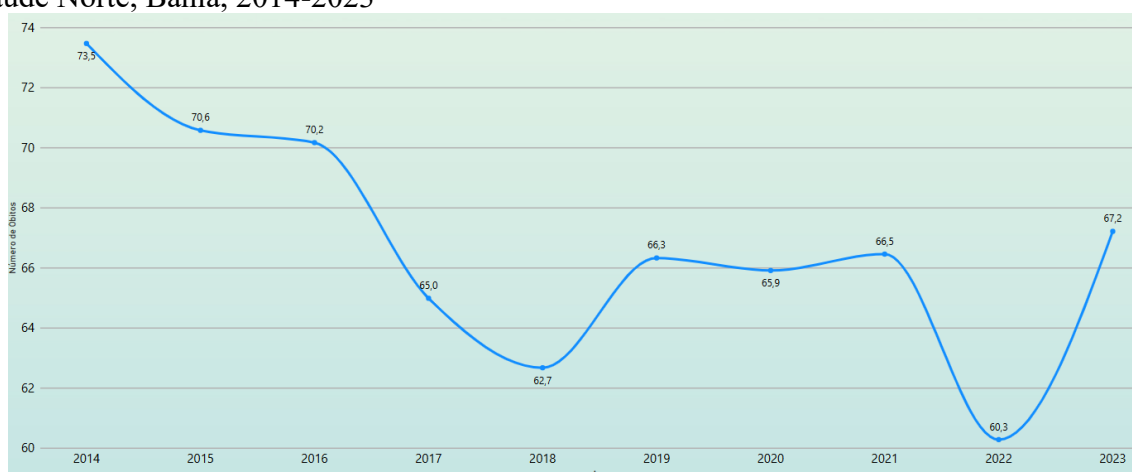


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

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 o Ministério da Saúde entre 70% a 80% dos óbitos em menores de 5 anos no Brasil são considerados evitáveis.

Na MRS- Norte, o percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos entre 2014 e 2023 mostrou variações ao longo dos anos, com um pico no ano de 2014 (73,5%), a proporção chegou a 60,3% em 2022. Contudo, em 2023 houve aumento, alcançando 67,2% (Gráfico 20).

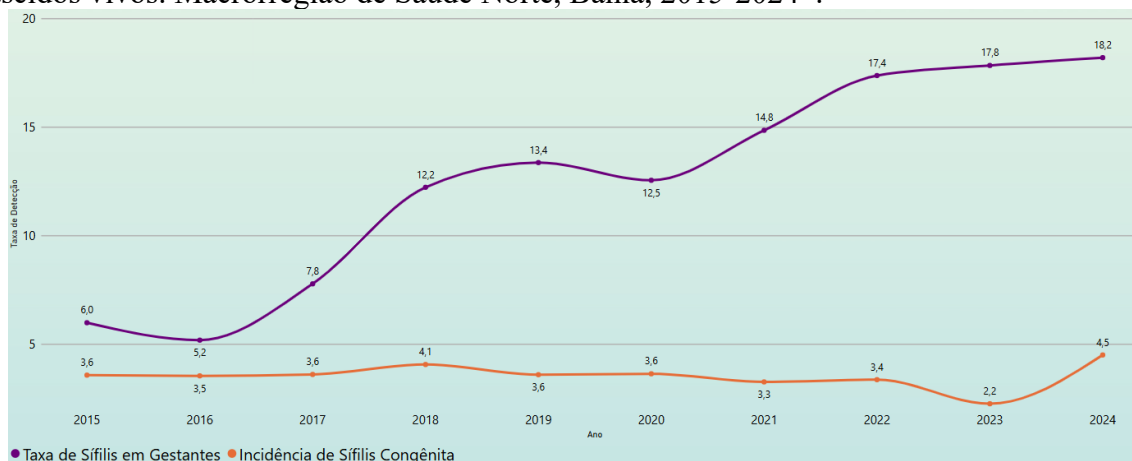
Gráfico 20. Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2023*



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

A taxa de detecção da sífilis na MRS Norte no período 2015-2024 apresentou crescimento. A menor taxa registrada foi de 5,2 em 2016, e a maior foi de 18,2 em 2024. Em relação à taxa da incidência de sífilis congênita na MRS Norte, notou-se leve oscilação, variando de 2,2 em 2023 até 4,5 em 2024 (Gráfico 21).

Gráfico 21. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024*.

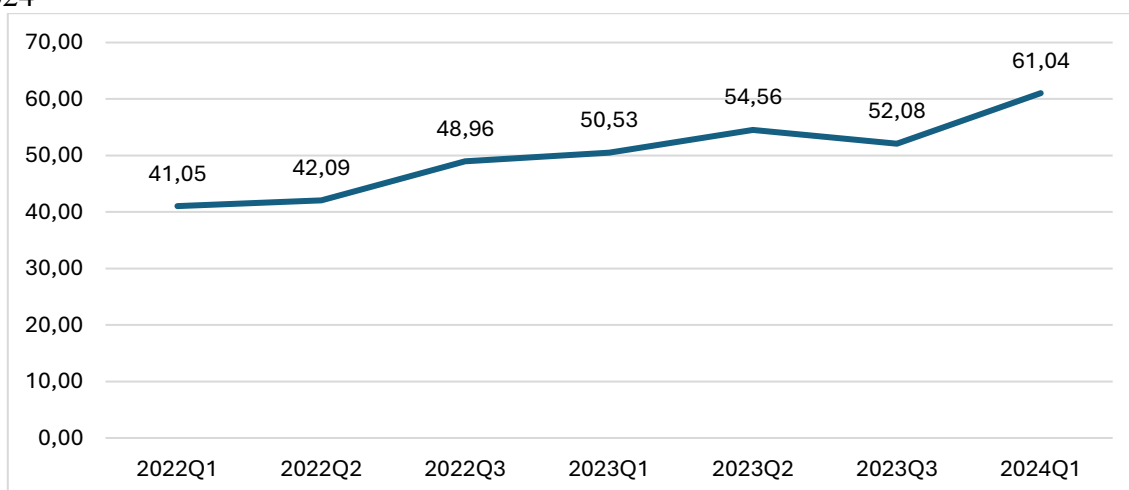


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

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

Na MRS Norte foi possível observar um aumento na captação precoce da gestante, e o início do pré-natal em tempo oportuno. O Gráfico 22 mostra o aumento na proporção, saindo de 41,05% no 1º quadrimestre de 2022 para 61,04% no 1º quadrimestre de 2024.

Gráfico 22. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação. Macrorregião de Saúde Norte, 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%², e na MRS observou-se um aumento progressivo e consistente ao longo do período entre 2014 e 2023, saindo de 52,8% em 2014 para alcançar o maior patamar em 2023 com 76,9%, o que aponta para um crescimento de aproximadamente 45,64% na proporção de gestantes com mais de 7 consultas de pré-natal no período (Gráfico 23).

Gráfico 23. Proporção de gestante com mais de 7 consultas no pré-natal, na macrorregião Norte, Bahia, 2014-2023.

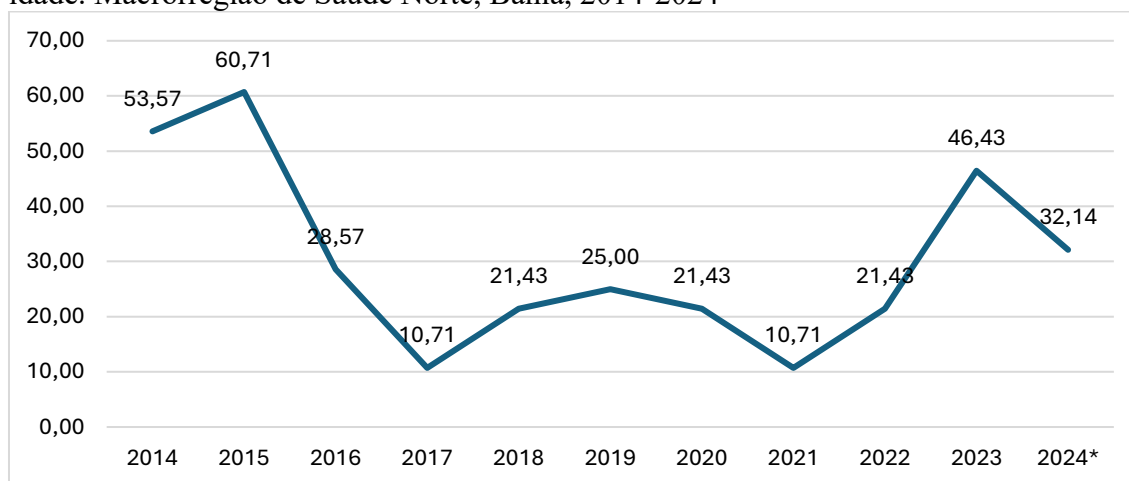


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Quanto ao indicador de percentual de Municípios que atingiram 75% ou mais na Proporção de Vacinas Seleccionadas do Calendário Nacional de Vacinação para Crianças menores de dois anos de idade, mede a proporção de cobertura vacinal selecionadas: Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) em menores de dois anos. O Estado da Bahia e suas macrorregiões registraram um aumento na proporção de municípios que atingiram 75% ou mais de cobertura vacinal em relação às vacinas selecionadas, comparando-se ao ano de 2014 (variação 2014-2023)⁷.

A Macrorregião de Saúde Norte apresentou uma variação percentual negativa de 13,33% no período 2014-2023 (Gráfico 24). 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 24. Percentual de Municípios que atingiram 75% ou mais na Proporção de Vacinas Seleccionadas do Calendário Nacional de Vacinação para Crianças menores de dois anos de idade. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014-2024*



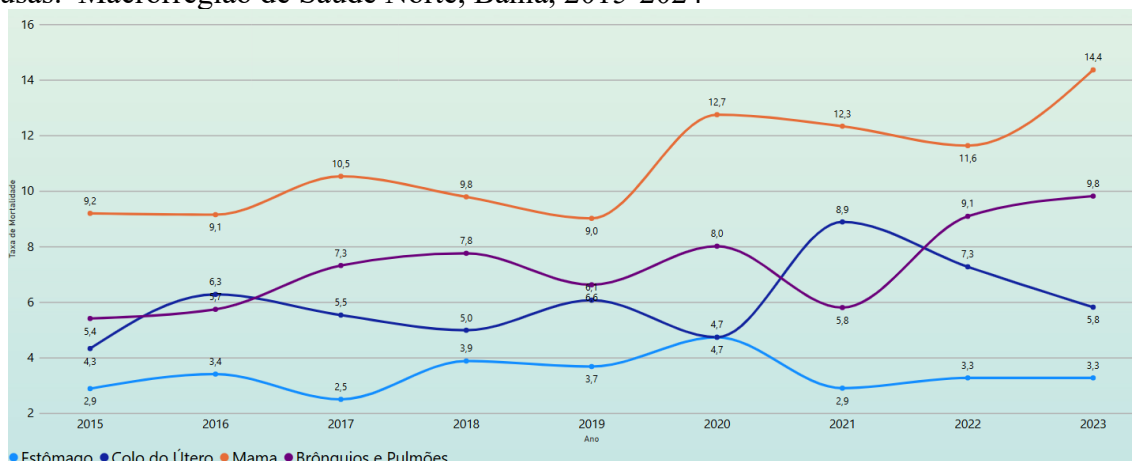
Fonte: Localizaus/MS *Dados coletados em 15/04/2025, sujeitos a alterações

3.8.3 Neoplasias

Quando observado a taxa de mortalidade por neoplasias em mulheres na Macrorregião de saúde Norte, notou-se que a taxa de mortes decorrentes de câncer de mama aumentou de 9,2 em 2015 para 14,4 em 2023. A segunda e terceira maiores taxas de morte por neoplasias oscilam entre neoplasia maligna dos brônquios e pulmões e a neoplasia maligna do colo do útero (Gráfico 25).

O câncer dos brônquios e pulmões também apresentou crescimento significativo no período, saindo de 5,4 e alcançando a taxa de 9,8 óbitos por 100 mil mulheres no ano de 2023, cujo principal agente externo causador da doença é o uso do tabaco. O câncer do colo do útero, por sua vez, também muito prevalente na macrorregião, apresentou taxa de 5,8 óbitos por 100 mil mulheres em 2023 (Gráfico 25), demonstrando a necessidade de rastreamento constante por meio da realização do exame citopatológico do colo do útero.

Gráfico 25. Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015-2024*

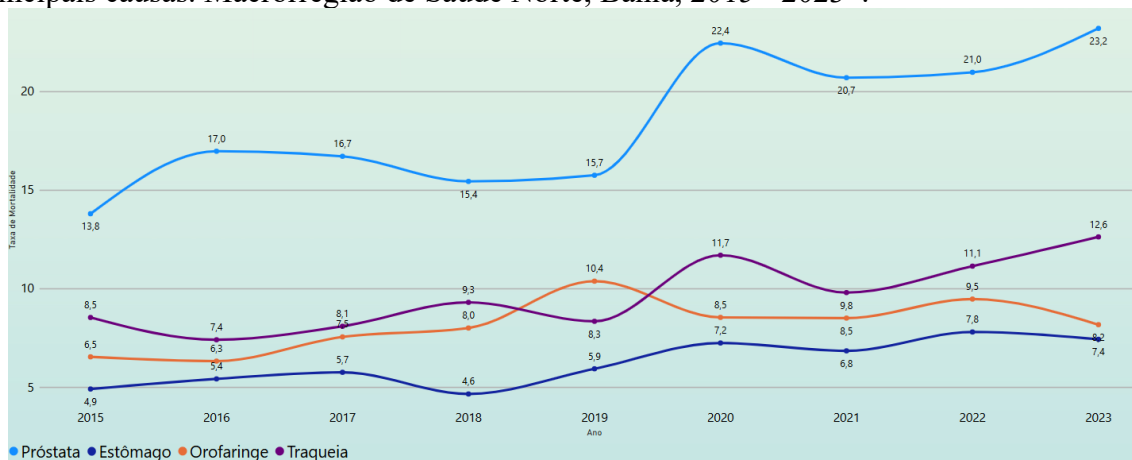


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

A análise da mortalidade por neoplasias no sexo masculino na Macrorregião de Saúde Norte, entre 2015 e 2023, apontou o câncer de próstata com as maiores taxas de mortalidade, passando de 13,8 em 2015 para 23,2 óbitos por 100 mil homens em 2023. Observou-se que o câncer de traqueia, brônquios e pulmões demonstrou aumento, saltando de 8,5 em 2015 para 12,6 em 2023 (Gráfico 26).

O câncer de estômago e o de orofaringe apresentaram taxas semelhantes e flutuantes, porém, em 2023, o câncer de estômago registrou uma taxa ligeiramente superior (8,2) em comparação ao de orofaringe (7,4) (Gráfico 26). O aumento das taxas, em geral, indica a necessidade de reforço nas ações de rastreamento, prevenção primária (controle do tabagismo, alimentação saudável) e diagnóstico precoce nas redes de atenção à saúde.

Gráfico 26. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015 - 2023*.



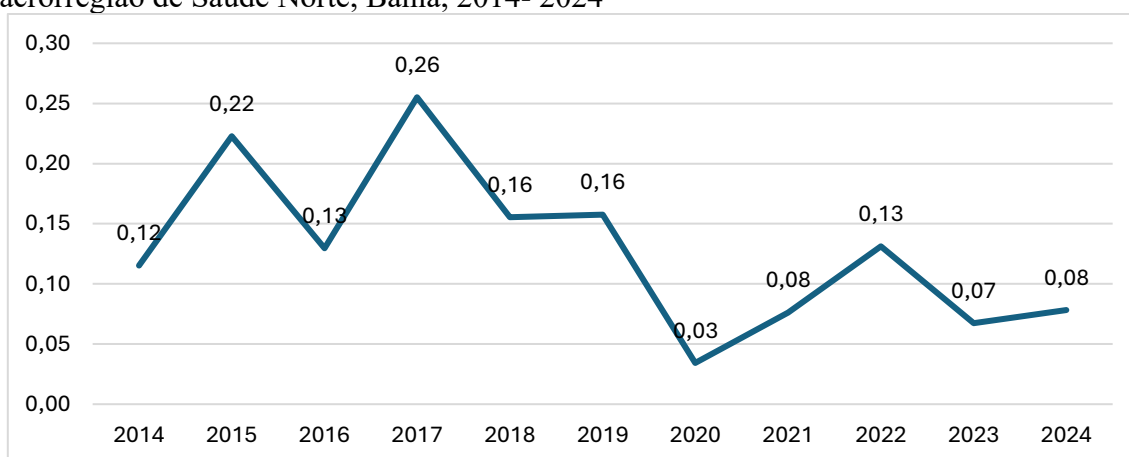
Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

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

A razão de mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos é um indicador que mostra a proporção de mulheres nessa faixa etária que realizaram mamografia com finalidade de rastreamento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a meta é de 0,5⁸.

No período entre 2014 e 2024, as taxas apresentaram comportamento irregular com fortes oscilações e baixa cobertura na maior parte do período na MRS-Norte (Gráfico 27), indicando que a captação de mulheres para a mamografia ainda enfrenta desafios, refletindo possíveis barreiras de acesso, conscientização ou aceitação do exame. Esses dados ressaltam a necessidade de estratégias de saúde que promovam a educação sobre a importância da mamografia, melhorem o acesso aos serviços de saúde e incentivem a participação das mulheres nos programas de rastreamento, visando a detecção precoce do câncer de mama e a redução da mortalidade associada à doença. Cabe destacar que, na MRS Norte, há registros de realização de mamografias por meio de serviços filantrópicos, os quais não são captados pelos sistemas oficiais de informação do SUS, podendo, portanto, influenciar na análise dos dados de cobertura. Ressalta-se, ainda, a existência de iniciativas pontuais, como a caravana promovida pela artista Ivete Sangalo, que também oferece exames de mamografia, contribuindo para o acesso da população, mas que igualmente não são incorporados às bases de dados utilizadas para o monitoramento.

Gráfico 27. Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2014- 2024*

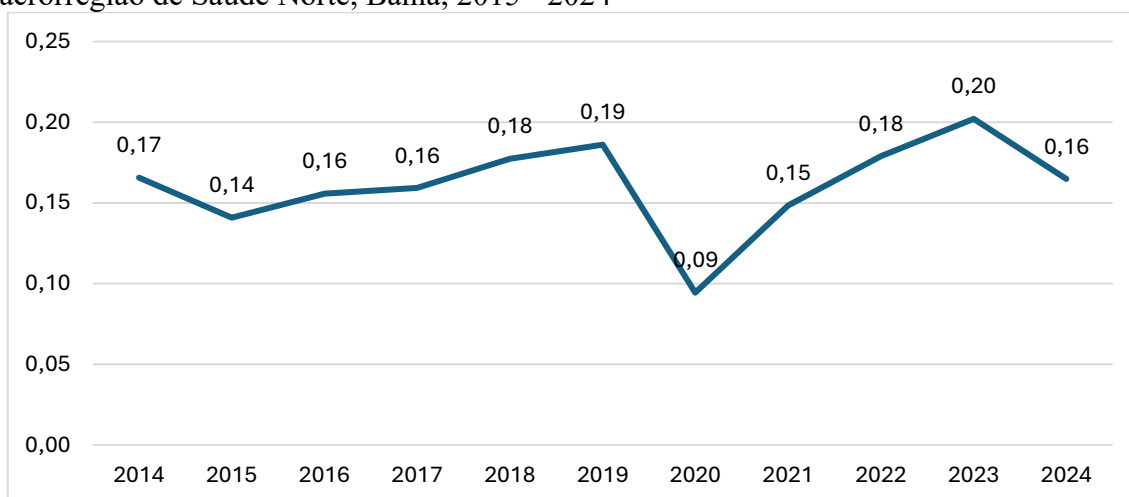


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

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. Como principais barreiras para realização do exame podem-se citar a falta de informação e conscientização, vergonha ou medo do exame, dificuldade de acesso a unidades de saúde e ausência de políticas locais ativas de rastreamento.

Na MRS-Norte no período entre 2014 e 2024 observou-se aumento na realização desses exames de 2014 até 2019, quando atingiu o maior pico (0,19). Houve uma queda em 2020 (0,09), provavelmente em decorrência da pandemia de COVID-19, seguido de um período de crescimento, alcançando em 2023 o maior patamar pré-pandemia de 0,20 (Gráfico 28).

Gráfico 28. Razão de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015 - 2024*



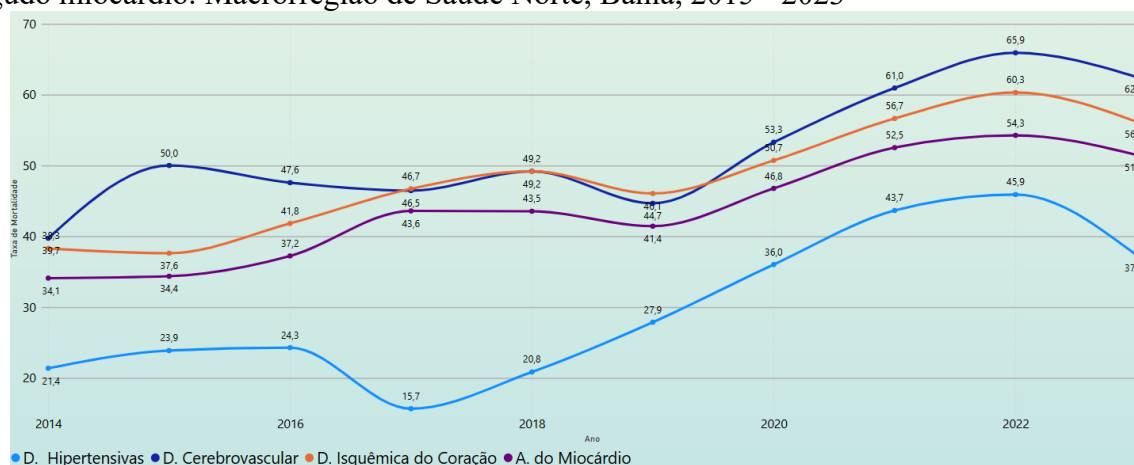
Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

3.8.4 Doenças do Aparelho Circulatório

As DAC são as principais causas de mortalidade na Bahia² e responsáveis por elevados custos sociais e econômicos. O Gráfico 29 apresenta as taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregadas por causas na Macrorregião de Saúde Norte no período de 2015 a 2023. No período analisado, as doenças cerebrovasculares (DCbV) apresentaram as maiores taxas na maior parte do tempo, com alta a partir de 2020. As doenças isquêmicas do coração (DIC) apresentaram a segunda maior taxa, variando entre 37,6 e 60,3 por 100 mil habitantes; dessas, o infarto agudo do miocárdio (IAM) foi a principal causa específica de

morte. As doenças hipertensivas apresentaram a terceira maior taxa do período, com 45,9 em 2022 e finalizando 2023 com 37,4 óbitos por 100 mil habitantes.

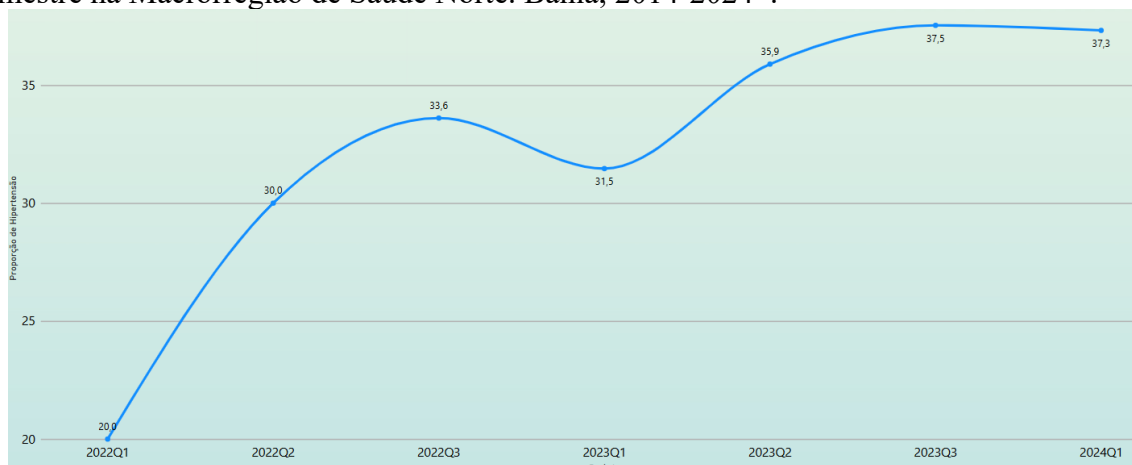
Gráfico 29. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2015 - 2023*



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

O indicador proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quantidade estimada/identificadas de hipertensos que o município possui. A porcentagem de diagnosticados com hipertensão só é apresentada por estado pela PNS, por esse motivo, realiza-se uma estimativa para o parâmetro de cadastro do município. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. A Bahia apresenta um aumento na proporção de pessoas com hipertensão, que realizaram consulta e tiveram a pressão arterial aferida ao longo do semestre⁷. Na Macrorregião de Saúde Norte observou-se a mesma tendência, finalizando o período acima do valor obtido pelo estado, com 37,3 (2024Q1) (Gráfico 30).

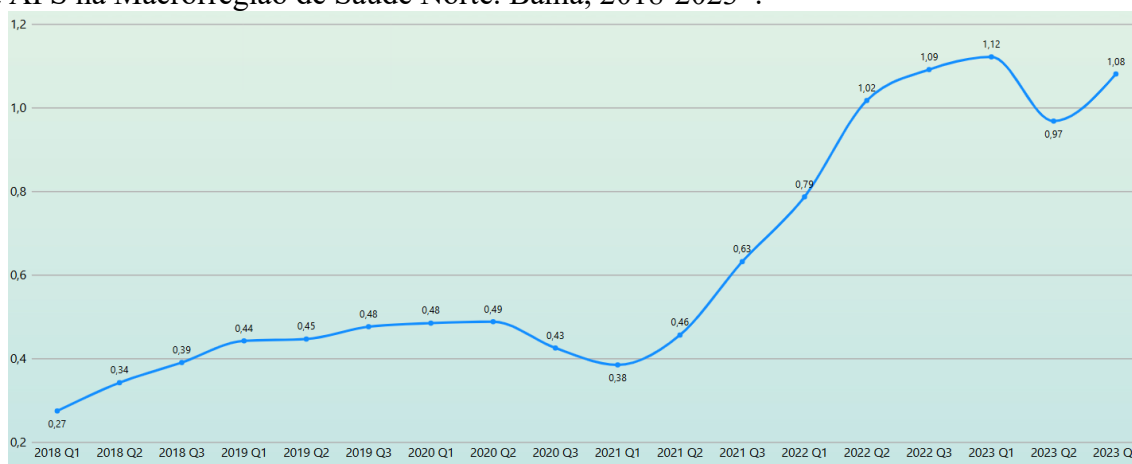
Gráfico 30. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2014-2024*.



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

Na MRS-Norte, o percentual de pessoas com Hipertensão Arterial que teve o exame ECG avaliado na APS apresentou aumento com oscilação. Entre o 3º quadrimestre de 2020 e o 1º quadrimestre 2021 houve queda (0,43 e 0,38, respectivamente), porém, no 2º quadrimestre de 2021 ocorreu a retomada do crescimento atingindo o pico no 1º quadrimestre de 2023 (1,12) (Gráfico 31).

Gráfico 31. Percentual de pessoas com Hipertensão Arterial que teve o exame ECG avaliado na APS na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2018-2023*.

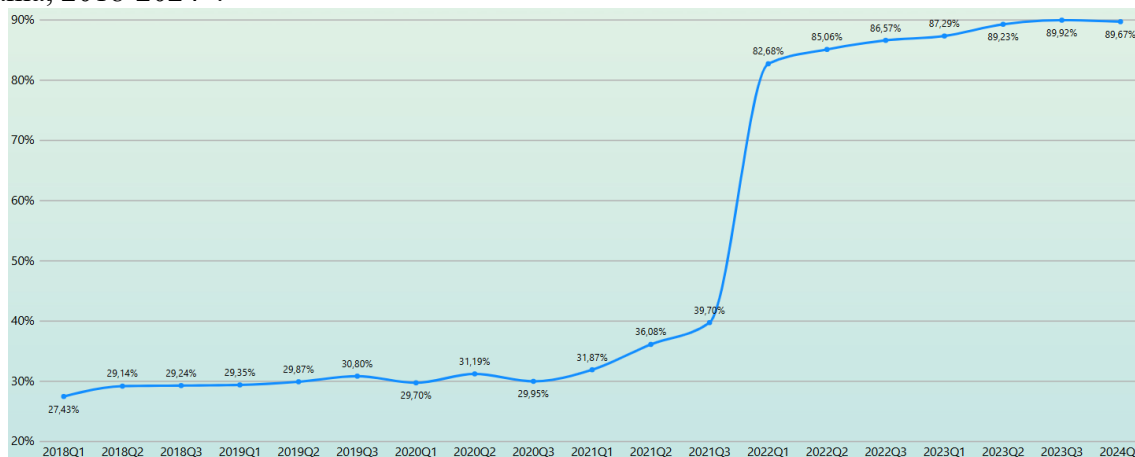


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

O indicador de hipertensos identificados na APS é essencial para o planejamento de ações de promoção, prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica, um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. A meta nacional é identificar pelo menos 70% dos hipertensos estimados na população adscrita às equipes de Saúde da Família. No período entre 2018 e 2024, a macrorregião apresentou um incremento, do 2º para o 3º quadrimestre de 2021 houve o primeiro aumento, passando de 36,08% para 39,70%. Já no quadrimestre seguinte

subiu para 82,68% (2022Q1), atingindo o ápice da série com 89,92% no 3º quadrimestre de 2023 (Gráfico 32).

Gráfico 32. Percentual de Hipertensos identificados na APS na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2018-2024*.



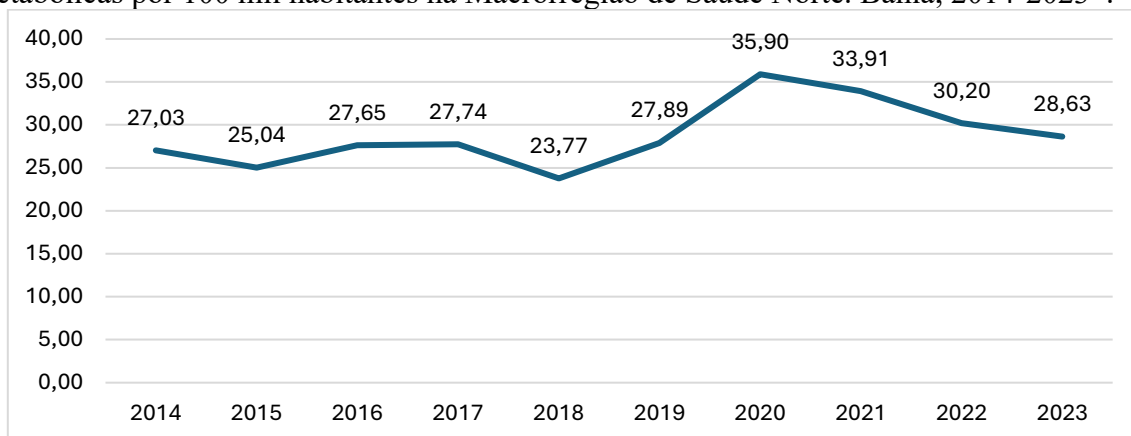
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

3.8.5 Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas

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

Na MRS Norte, no período de 2014 a 2023, observaram-se oscilações ao longo dos anos na taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) por DENM. Em 2014, a taxa era de 27,03 por 100 mil habitantes, atingindo o menor valor em 2018 (23,77). A partir de então, verificou-se um aumento, alcançando o pico em 2020 com 35,90 mortes por 100 mil habitantes. Nos anos seguintes, houve uma redução gradual, chegando a 28,63 em 2023, embora esse valor ainda seja superior ao registrado no início da série (Gráfico 33).

Gráfico 33. Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2014-2023*.

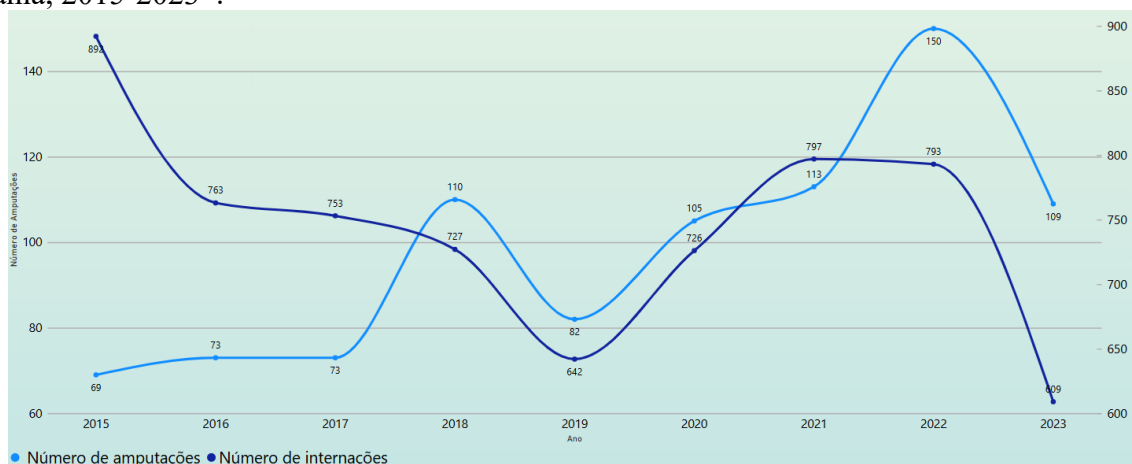


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

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.

Na MRS Norte, no período de 2015-2023, foram realizadas 6.702 internações hospitalares por complicações do DM, das quais 884 foram cirurgias de amputações (Gráfico 34).

Gráfico 34. Número de Amputações de membros inferiores decorrente de complicações da Diabetes Mellitus (DM) e de Internações Hospitalares na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2015-2023*.

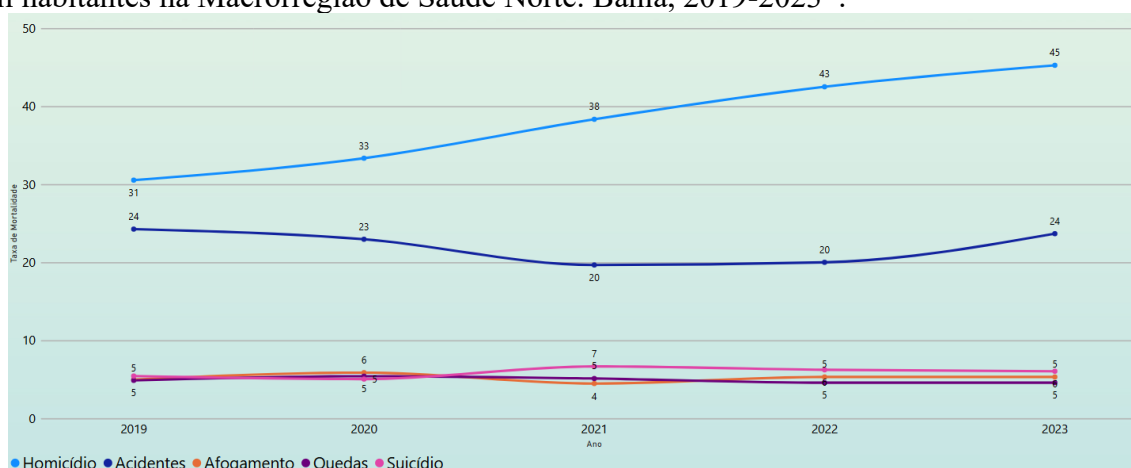


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

3.8.6 Morbimortalidade por Causas Externas

Na desagregação dos componentes do grupo dos óbitos por causas externas, as causas mais frequentes, no período 2019-2023 na MRS Norte homicídios e acidentes de transporte apresentaram as taxas mais altas. Na série histórica, a taxa de óbitos por homicídio por 100 mil habitantes manteve-se como a maior taxa durante todo o período, a taxa de acidentes se manteve como a segunda maior. Já as taxas de mortalidade por afogamento, quedas e suicídio apresentaram valores próximos (Gráfico 35).

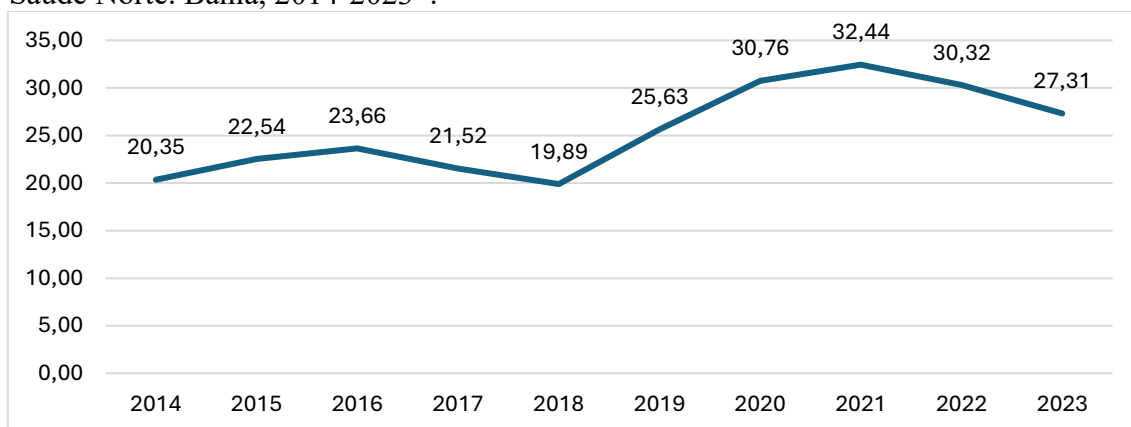
Gráfico 35. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2019-2023*.



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

A taxa de internação por causas externas inclui violências, acidentes (trânsito, domésticos, de trabalho), quedas e lesões. Na MRS Norte, a taxa apresentou variações significativas no período de 2014 a 2023 com tendência geral de elevação. Houve aumento considerável entre 2014 e 2021, e redução recente de 2021 para 2023, caindo cerca de 5,13 pontos (Gráfico 36).

Gráfico 36. Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2014-2023*.



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

4. SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA

A Coordenação de Planejamento Regional Integrado (Copri) propôs ao Grupo Condutor da Rede Estadual a criação de grupo de trabalho envolvendo técnicos estaduais e municipais que atuam em cada macrorregião e da SEMS-BA. 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 Estadual do Ministério da Saúde na Bahia; colaboradores da Opas; articuladores do Hospital Alemão Osvaldo Cruz (este último já desfeito pela conclusão do projeto).

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

No processo de discussão foram levantadas variáveis que comporia a análise socio demográfica, 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 - Norte deste plano.

Após quase cinco anos do início do Proadi-SUS, sem que o PRI para a macrorregião de saúde interestadual fosse formalizado, e com o processo do PRI em andamento nas demais macrorregiões de saúde do estado da Bahia, o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde encaminhou para deliberação na Comissão Intergestores Bipartite a retomada do PRI da MRS-Norte. A decisão foi aprovada na 314ª reunião da CIB/BA, realizada em 18 de janeiro de 2023.

Em 2024, na retomada do PRI da MRS-Norte, o passo inicial foi reavaliar com os/as gestores/as da saúde a prioridade sanitária, sendo encaminhado o formulário de priorização que

resultou na escolha de três prioridades sanitárias: Atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM), Atenção à pessoa com câncer e Atenção materna e infantil.

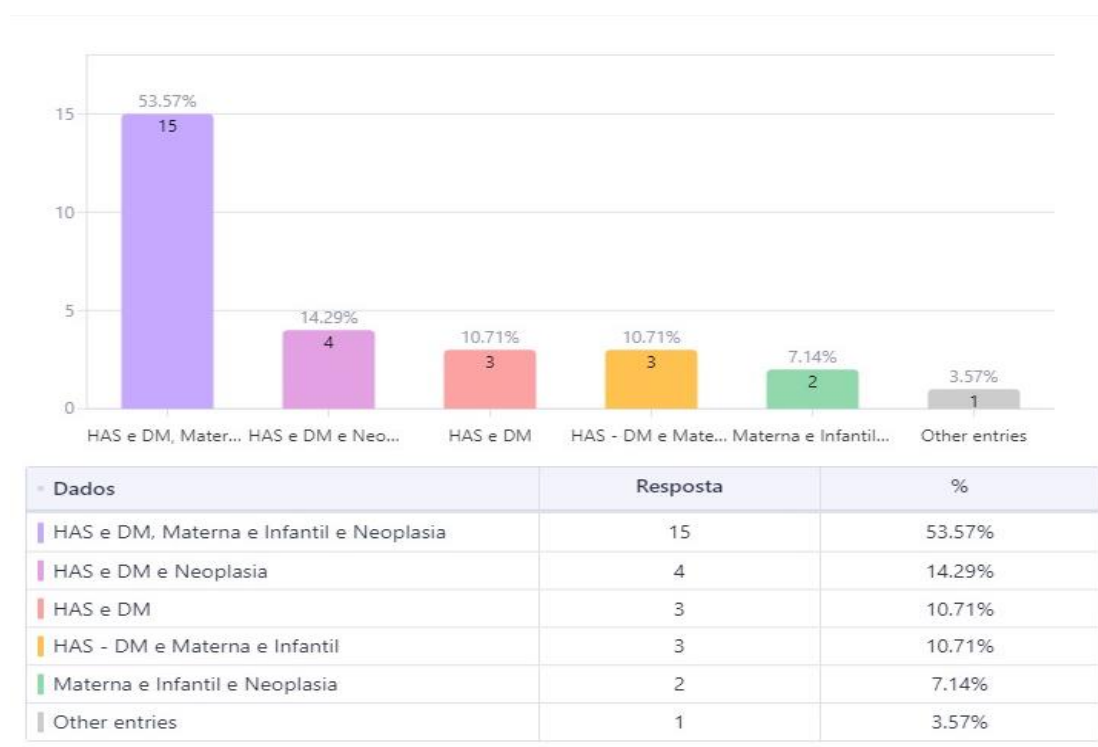
Aprimorar a linha de cuidado referente à atenção as pessoas com HAS e/ou DM é importante dado as elevadas taxas de mortalidade, alta prevalência e as complicações que provocam. Além disso, o atendimento às pessoas com diabetes e hipertensão representam gastos elevados e sobrecarga para o SUS⁷.

A necessidade de prestar atenção às pessoas com câncer se deve a sua magnitude como problema de saúde pública e pela sobrecarga que produz no SUS, sendo necessária a redução da mortalidade e da incapacidade causadas, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno, e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer⁸.

Em relação à atenção materna e infantil, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) registra que pelo menos 20% da carga de doenças em crianças com menos de cinco anos está relacionada a problemas de desnutrição e na saúde materna, bem como a qualidade dos cuidados no parto e com os recém-nascidos⁹.

A Figura 4 descreve a seleção das prioridades da MRS-Norte.

Figura 4. Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2024.



Fonte: SESAB/APG/COPRI

A partir das informações obtidas no formulário, o GTTM elaborou proposta de diretrizes e objetivos para discutir na 1ª oficina da MRS-Norte, que ocorreu nos dias 21 e 22 de março de 2024.

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 gestão²)

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, permite também

² Os aspectos relacionados aos “recursos financeiros” e a “ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde”, previstos para ASIS, não foram considerados nesta etapa.

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-Norte depende de outras macrorregiões para realizar 18,36% dos procedimentos ambulatoriais de AC e 69,12% dos serviços hospitalares de AC. A macrorregião executa, portanto, a maior parte dos procedimentos ambulatoriais de AC no território e os procedimentos hospitalares de AC são realizados majoritariamente fora do território, situação considerada previsível (Tabela 6).

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

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

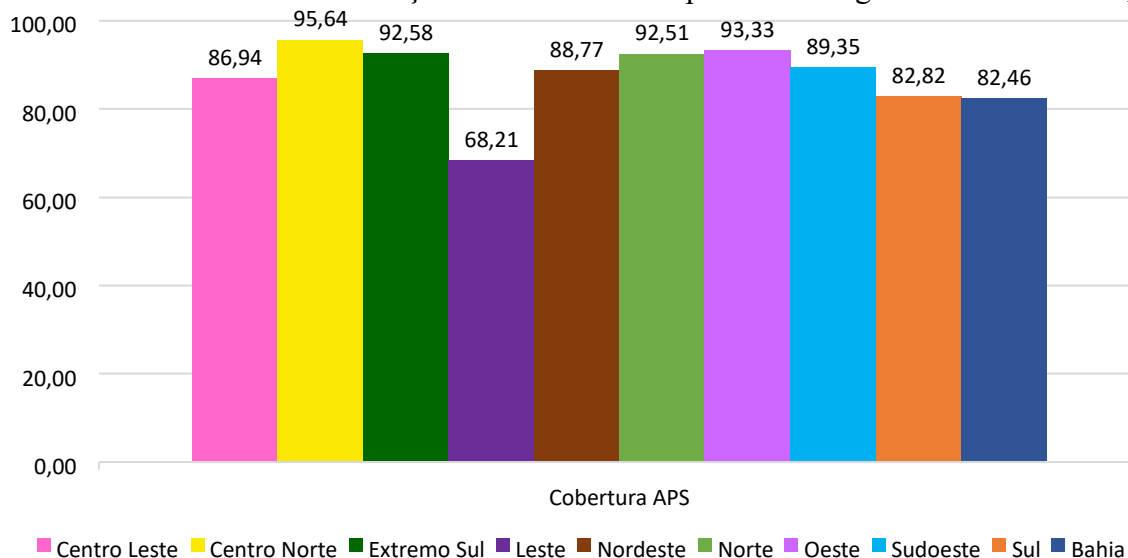
Fonte: TABWIN/DATASUS, 2023.

5.1.2 Cobertura da Atenção Primária à Saúde

Este indicador explicita o percentual da cobertura de pessoas cadastradas pela APS (Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária) em relação à população estimada pelo IBGE, permitindo inferir se a organização atual espelha um modelo de RAS tendo a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Permite também refletir sobre o impacto desta cobertura para a resolução dos problemas de saúde mais frequentes e, portanto, sobre as

demandas por ações e serviços de saúde organizados regionalmente. Para o cálculo do indicador Cobertura da APS foi considerada a população cadastrada pelas unidades de saúde no Sisab e a cobertura da MRS-Norte é de 92,51%, acima do percentual do estado (Gráfico 37).

Gráfico 37. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Macrorregião de Saúde. Bahia, 2023.



Fonte: Caderno de Monitoramento da Atenção Básica, 2024.

A análise do conjunto dos municípios da MRS-Norte mostra que apenas um município apresenta cobertura da APS abaixo de 70% (Mapa 5).

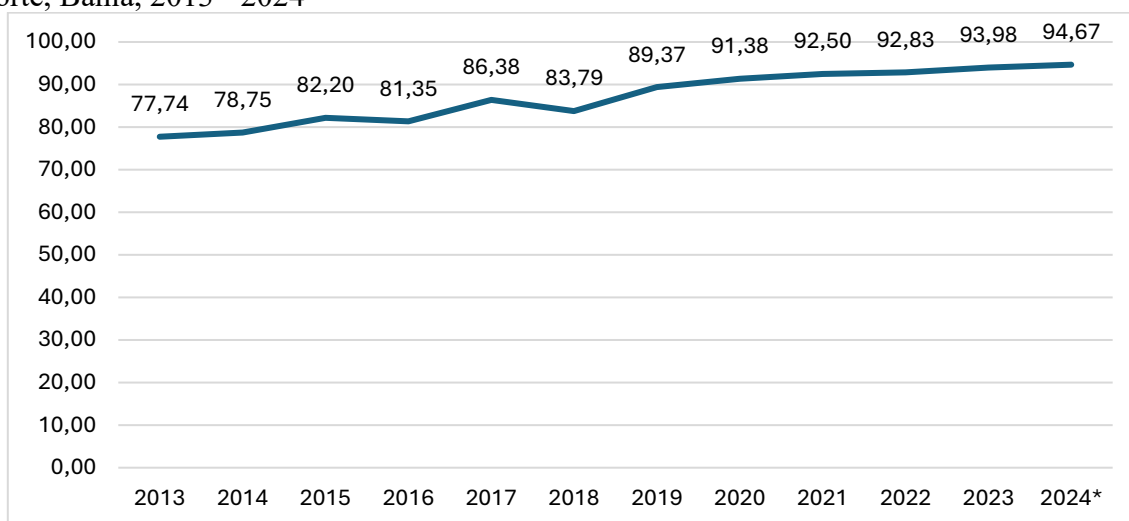
Mapa 5. Cobertura da Atenção Primária à Saúde na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.



Fonte: Caderno de Monitoramento da Atenção Básica, 2024.

Para complementar a informação foi também avaliado outro indicador, demonstrando que a macrorregião apresentou um aumento mais significativo a partir de 2020, chegando a 94,67% de cobertura em 2024 (Gráfico 38).

Gráfico 38. Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2013 - 2024*



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

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

Neste sentido, ao analisar as informações sobre o estado da saúde da população da MRS-Norte, 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 de urgência

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

e sistema logístico da RAS dentro do território. Uma macrorregião com um sistema logístico estruturado deverá implantar centrais regionais a cada 700 mil habitantes.

Este parâmetro atende à normativa vigente que orienta que as centrais sejam regionalizadas e suficientes para a cobertura de todos os municípios e indica 1 (uma) CRU para cada 500 a 700 mil habitantes¹².

A MRS-Norte tem 3 (três) CRU regionais, sediadas nos municípios de Paulo Afonso, Juazeiro e Senhor do Bonfim (estas duas últimas qualificadas pelo MS), para atender a uma população de 1.089.088 habitantes (IBGE, 2022), atendendo ao parâmetro estabelecido.

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

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

Em março de 2024, a MRS-Norte, com 28 municípios, contava com 36 (trinta e seis) serviços cadastrados no CNES, distribuídos em 26 municípios. É possível, a partir dos registros oficiais, inferir que na macrorregião a estrutura de organização do acesso aos serviços ambulatoriais é aceitável, dado que 82,14% da macrorregião conta com centrais de regulação do acesso às ações e serviços de saúde.

5.2 Infraestrutura

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

Analisando as informações de equipamento, serviço, urgência e emergência, hospitalar e sistema logístico (Quadro 1) 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 nesta dimensão tratam da estrutura disponível para o SUS na RAS da macrorregião que atende a todas as prioridades sanitárias. Estão sinalizadas com um asterisco aquelas informações que possuem parâmetro definido pelo MS, o que permite a análise dos dados na perspectiva da comparação com o esperado¹² (Quadro 1).

Quadro 1. Quantitativo de equipamentos, serviços (urgência e emergência), unidades de alta complexidade e sistema logístico, disponível para o SUS na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.

Tipo	Prioridade Sanitária	Informação/Indicador	N. Existente	N. Necessário
Equipamento	Comum a todos	US convencional	89	-
		US com doppler	62	-
		Raio X de 100 a 500mA e/ou Raio X mais de 500mA	66	-
		Eletrocardiógrafo	152	-
		Oftalmoscópio	26	-
		Ultrassom com ecógrafo	56	-
		Campímetro	11	-
		Ressonância Magnética*	8	7
		Tomógrafos*	19	11
	Neoplasia	Mamógrafo simples*	10	8
Mamógrafo computadorizado*		7		
Serviço	Comum a todos	Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia	40	-
		Laboratório de análise clínica	139	-
		Serviço de Atenção Cardiovascular/Cardiologia	16	-
		Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráficos/Dinâmicos	78	-
		Diagnóstico por imagem	0	-
	Materna e Infantil	Referência em triagem neonatal	0	-
		Banco de leite/posto de coleta	0	-
		Hospital amigo da criança	0	-
		CGBP	0	-
	Urgência e Emergência	Comum a todos	Unidade de Suporte Básico – USB	35
Unidade de Suporte Avançado – USA			7	-
Motolância			2	-
USB aquático/embarcação			0	-
Hospital	Materna e Infantil	Leitos obstétricos clínicos*	162	185
		Leitos obstétricos cirúrgicos*	90	
		Leitos UTIN*	0	34
		Leitos UCINco*	13	34
		Leitos UCINca*	0	17
		Leito GAR*	0	42

	CPN* (05 leitos)	1	3
Neoplasia	Unacon*	1	2
Comum a todos	Leitos UTI AD	85	-

Fonte: CNES, 2024. *Informação/Indicador com parâmetro de necessidade estabelecido pelo MS.

Em relação a alguns equipamentos, comuns a todas as prioridades, como tomógrafo e ressonância, com parâmetros¹² de necessidade estabelecidos pelo MS, na macrorregião a necessidade é de 7 (sete) tomógrafos e 11 (onze) equipamentos de ressonância. Em relação aos mamógrafos, a macrorregião tem 17 (dezesete) equipamentos, sendo 10 (dez) simples e sete computadorizados; no entanto, a necessidade é de 8 (oito) equipamentos.

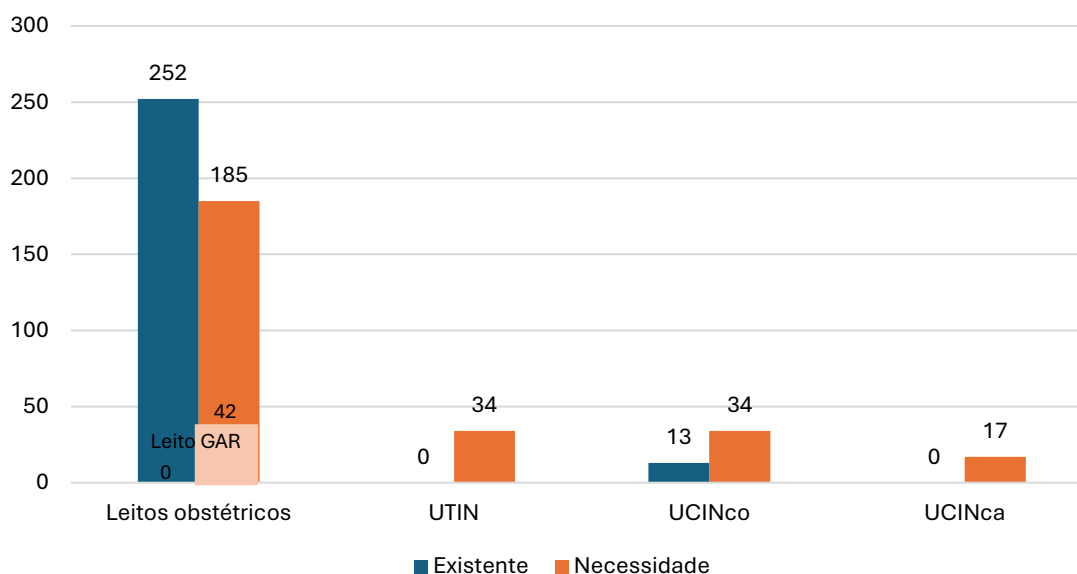
Os serviços específicos para o atendimento às pessoas com câncer, Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), estão apresentados no Quadro 2. A MRS-Norte possui uma Unacon habilitada com serviço de radioterapia e hemoterapia no Hospital Regional de Juazeiro (CNES 4028155). Todavia, a macrorregião possui um serviço de Unacon com radioterapia no município de Paulo Afonso, Hospital Núcleo Vida BTN (CNES 3948684), em processo de habilitação. Este deve ser inserido na atualização do Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023, contemplando o parâmetro.

A análise da capacidade instalada dos EAS hospitalar da Rede Materna e Infantil considerou o número de leitos obstétricos por EAS; identificação das maternidades para gestação de alto risco; identificação dos leitos de atendimento ao neonato em 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.

Em relação aos leitos obstétricos e para Gestação de Alto Risco (GAR), o território da MRS-Norte contém mais leitos obstétricos do que o necessário³: 252 (duzentos e cinquenta e dois) leitos obstétricos SUS e 24 (vinte e quatro) leitos obstétricos não SUS, totalizando 276 (duzentos e setenta e seis) leitos. Quanto aos leitos para atendimento à gestante e ao neonato, a macrorregião não atende a necessidade do território (Gráfico 39).

³ Para o cálculo da necessidade de leitos obstétricos foi utilizado como referência o MEMO nº 118 DAPES/SAS/MS, Brasília, 17 de fevereiro de 2012 – Nota técnica sobre parâmetros para cálculo de leitos obstétricos - Rede Cegonha.

Gráfico 39. Número de leitos obstétricos e leitos para gestação de alto risco existentes e necessários na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.



Fonte: CNES, 2024.

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 padrão¹² (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 (Quadro 2).

Com relação a categoria médica foi feito um comparativo entre necessidade e existência, sendo possível verificar a suficiência de médicos, em comparação às recomendações do MS, conforme o número de habitantes. Ao analisar a existência versus a necessidade dos profissionais médicos relacionados à assistência às prioridades sanitárias, observa-se que para as especialidades médicas descritas o percentual da necessidade atendida é baixo, destacando-se o percentual de 0,37% para a especialidade do médico pediatra. As especialidades médicas

de Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia e Metabologia, importantes para as prioridades sanitárias, apresentam os maiores percentuais, 32%, 39%, 36% e 31,25%, respectivamente. Para a especialidade médica de Ginecologia/Obstetrícia, o percentual da necessidade atendida é de apenas 17,65% (Quadro 2).

Quadro 2. Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.

Especialidade	N. Existente	N. Necessário
Médico Cardiologista	23	71
Médico Dermatologista (*)	9	25
Médico Endocrinologista e Metabologista	5	16
Médico Oftalmologista	1	44
Médico Urologista	7	33
Médico Psiquiatra	23	63
Médico Pneumologista	3	33
Médico Ginecologista e Obstetra	48	272
Médico Pediatra	1	272
Médico Coloproctologista	4	22
Médico Mastologista	3	11
Médico Oncologista (**)	1	33
Cirurgião Dentista (Família CBO)	40	-
Assistente Social	74	-
Fisioterapeuta	144	-
Enfermeiro Obstétrico	15	-
Psicólogo	66	-
Nutricionista	65	-
Farmacêutico	55	-

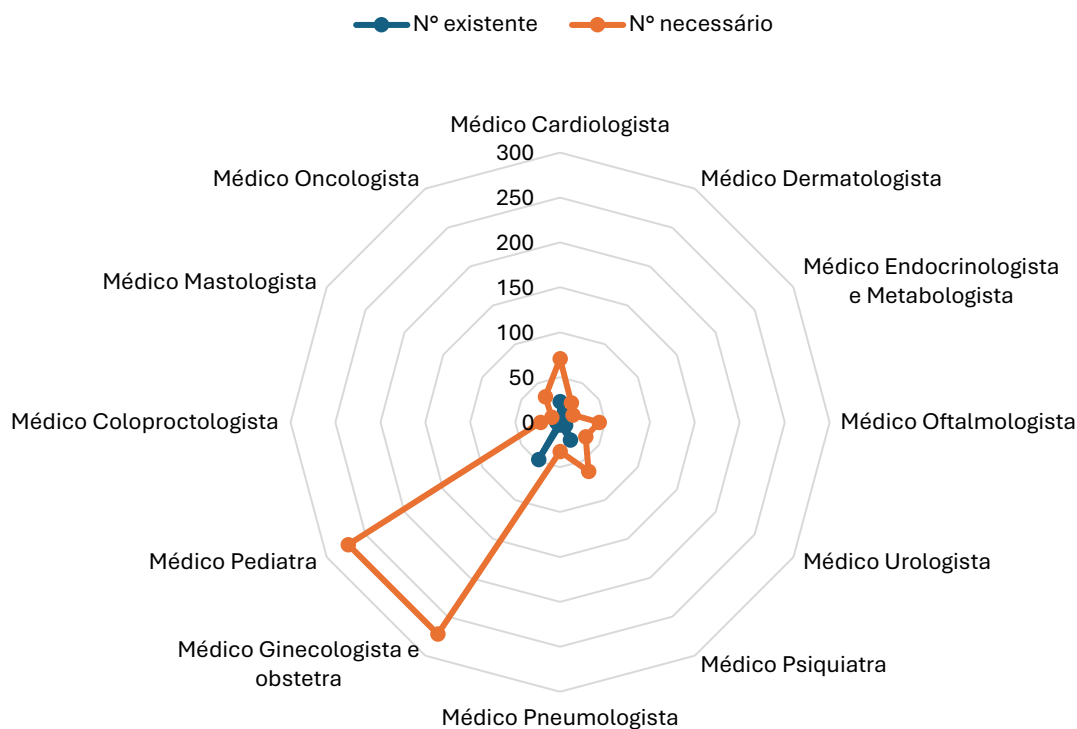
Fonte: Centro Nacional de Informações do Trabalho na Saúde, 2024.

(*) Médico dermatologista e hansenologista

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

Observa-se déficit de profissionais em todas as especialidades médicas relacionadas a prioridade sanitária na MRS-Norte, 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 40).

Gráfico 40. Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas com as prioridades sanitárias na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.



Fonte: CNES, 2024.

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 foram selecionados os estabelecimentos com os equipamentos de USG convencional, USG com doppler, USG com ecógrafo, com Raio X e com os serviços de colonoscopia e de coleta de material por meio de punção/biopsia. Para os equipamentos de oxímetro de pulso, otoemissão e cardiotocógrafo a coleta foi feita 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 às prioridades sanitárias. 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-Norte possui 87 equipamentos de USG convencional e 60 USG com doppler cadastrados no CNES. Destes, 21 (24,14%) e sete (11,67%), respectivamente, apresentam registro de produção em pelo menos um dos procedimentos esperados para as prioridades sanitárias. Para o equipamento USG com ecógrafo, a macrorregião possui 60 equipamentos cadastrados no CNES. Destes, sete (11,67%) apresentam registro de produção. Em relação aos equipamentos de Raio X, 53 são cadastrados no CNES e destes 25 (47,17%) com registro de produção. Dos serviços com finalidade diagnóstica que realizam biopsia/punção, identificou-se que 9 (nove) EAS realizam algum tipo de coleta de material. No entanto, não foi identificado EAS realizando todos os tipos de coleta. Ressalta-se que não foi identificada a realização de biopsias/punção de vagina e vulva. Quanto aos equipamentos de oxímetro de pulso (teste do coraçãozinho), emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha) e tococardiografia anteparto foram identificados 7 (sete) EAS com registro de produção do teste da orelhinha (Quadro 3).

Quadro 3. Número de EAS com registro de procedimentos relacionados com as prioridades sanitárias na Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.

Prioridade sanitária	Equipamento/Serviço	Procedimento	N. EAS com Equipamento/Serviço	N. EAS com produção
Neoplasia	Colonoscópio	0209010029 – Colonoscopia	12	9
	Diagnóstico	0201010020 - Biopsia / Punção de Tumor Superficial da Pele	9	2
		0201010470 - Biopsia de Tireoide ou Paratireoide - PAAF	9	4
		0201010500 - Biopsia/Punção de Vagina	9	0
		0201010518 - Biopsia/Punção de Vulva	9	0

		0201010585 - Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina	9	2	
		0201010640 - Punção p/ Esvaziamento	9	2	
		0201010666 - Biopsia do Colo Uterino	9	1	
		0201010410 - Biopsia/ punção de Próstata via transretal	9	3	
Materna e Infantil		0205020143 - Ultrassonografia obstétrica	87	21	
Neoplasia		0205020097 - Ultrassonografia Mamaria Bilateral	87	17	
		0205020100 - Ultrassonografia de Próstata Por Via Abdominal	87	18	
	USG convencional	0205020119 - Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	87	6	
		0205020054 - Ultrassonografia de aparelho urinário	87	19	
HAS e DM		0205020062 - Ultrassom de artérias vertebrais	87	14	
		0205020089 - Ultrassonografia do globo ocular / órbita monocular	87	3	
		USG Ecógrafo	0205010016 - Ecocardiografia de estresse	60	0
			0205010024 - Ecocardiografia transesofágica	60	0
			0205010032 - Ecocardiografia transtorácica	60	7
		Ultrassom com doppler	0205010040 - Ultrassonografia doppler colorido de vasos	60	7
	0205020151 - Ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado		60	3	
Materna e Infantil	Oxímetro de pulso	0211020079 - Oximetria de pulso (teste do coraçãozinho)	-	0	
	Equipamento de otoemissão	0211070149 - Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha)	-	7	
	Cardiotocógrafo	0211040061 - Tococardiografia anteparto	-	0	
Neoplasia e HAS e DM	Raio X de 100 a 500mA e/ou Raio X mais de 500mA	0204030153 - Raio X de tórax em 2 incidências (PA e perfil)	53	25	
		0204030170 - Radiografia de tórax (PA)	53	25	

Fonte: SIGTAP/MS, 2024.

Na macrorregião existem EAS com equipamentos e serviços especializados, contudo a produção para atendimento das prioridades sanitárias se encontra em menos de 47% 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? Por que existe EAS com produção e sem equipamentos cadastrados? Os equipamentos realizam apenas o procedimento selecionado? Existem profissionais capacitados para operar os equipamentos?

6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

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

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

6.1 Sistema Organização da RAS

Como estratégia para avançar com a organização da RAS, o estado da Bahia desenvolveu o Sistema de Organização da RAS (Figura 5) 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 5. Sistema Organização da RAS.

Organização da RAS

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

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

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

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

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

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

6.2 Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne)

A Rede Alyne, instituída pelas Portarias GM/MS nº 5.350 e nº 5.359, de 12 de setembro de 2024, com alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, representa a atualização da Rede Cegonha, lançada em 2011. Seu propósito é garantir atenção integral, humanizada e de qualidade às gestantes, parturientes, puérperas e crianças, incorporando como eixo central o reconhecimento das desigualdades étnico-raciais e regionais que impactam os indicadores de saúde materna e infantil no Brasil.

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

Complementarmente, a Rede Alyne no Estado está sendo fortalecida pela instituição do Programa Mãe Bahia, por meio da Portaria Estadual nº 152, de 04 de fevereiro de 2025. Destaca-se ainda o fortalecimento do cuidado às gestantes de alto risco, com garantia de vinculação prévia à maternidade de referência, transporte sanitário adequado e atenção centrada na equidade e na regionalização. A proposta busca assegurar que mulheres possam parir em seus territórios de origem, promovendo maior proximidade com suas redes de apoio social e familiar, além de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil e o enfrentamento das iniquidades sociais e raciais. Até set./2025, 73% dos municípios elegíveis da macrorregião aderiram ao Programa.

A macrorregião Norte integra a Rede Interestadual PEBA (Bahia-Pernambuco), que busca qualificar a assistência, ampliar o acesso a serviços especializados e melhorar a regulação de leitos. Em 2024, apresentou 92,36% de cobertura da APS, com 352 equipes de ESF e 12 de Atenção Primária. O DNA Centro Laboratorial foi o responsável pelos exames do Programa Estadual de Triagem Pré-natal, com 6.682 gestantes triadas em 2023.

O pré-natal de alto risco é ofertado em diversos municípios e conta com três ambulatórios de referência (Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim). A rede dispõe de 256 leitos obstétricos em 20 maternidades, 15 elegíveis ao Programa Mãe Bahia, além de três CPN,

sendo o de Juazeiro o único habilitado do estado. Os partos de alto risco são atendidos nos hospitais de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim.

O atendimento neonatal é feito nessas unidades, que somam leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa, e incluem ambulatórios de seguimento do recém-nascido. A região não possui Casa de Gestante, Bebê e Puérpera. Em 2023, 12.875 recém-nascidos foram triados pelo Teste do Pezinho, com coleta média em 7 dias. As demais triagens neonatais devem ser realizadas nos serviços de parto 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 nº248/2024, aprovou a relação de municípios a serem priorizados com recurso de custeio para implantação do componente sala de estabilização, que tem como finalidade atender pacientes graves em municípios distantes, de difícil acesso ou com vazios assistenciais em urgência e emergência. Entretanto, até o momento, não há salas de estabilização financiadas pelo Ministério da Saúde.

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

Na Macrorregião de Saúde Norte o Plano de Ação da RUE está em elaboração, abaixo estão os componentes financiados (Quadro 4).

Quadro 4. Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Norte do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIO	SAMU	UPA	SAD		PORTA DE ENTRADA	LEITOS				
			EMAD	EMAP		UTI PED	UTI AD	ENF. CLÍNICA RETAQUARDA	UCO	AVC
ABARÉ	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ANDORINHA	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ANTÔNIO GONÇALVES	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPO ALEGRE DE LOURDES	01 USB Q.	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
CAMPO FORMOSO	02 USB	-	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
CANUDOS	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CASA NOVA	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CHORROCHÓ	01 USB 01 USA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CURAÇÁ	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FILADÉLFIA	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GLÓRIA	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITIÚBA	01 USB	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
JAGUARARI	01 USB 01 USB Q.	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
JEREMOABO	01 USB Q.	-	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
JUAZEIRO	01 MOTOLÂNCIA 05 USB Q. 02 USA Q. 01 CRU Q.	01 - OPÇÃO V	-	-	-	-	-	-	-	-
MACURURÉ	01 USB Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PAULO AFONSO	01 MOTOLÂNCIA 01 USA 01 CRU	01 - OPÇÃO V	-	-	-	-	-	-	-	-
PEDRO ALEXANDRE	01 USB Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PILÃO ARCADEO	01 USB Q	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
PINDOBAÇU	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PONTO NOVO	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
REMANSO	01 USB Q. 01 USA Q.	01 - OPÇÃO I	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
RODELAS	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTA BRÍGIDA	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SENHOR DO BONFIM	01 MOTOLÂNCIA 02 USB 02 USA 01 CRU	01 - OPÇÃO I Q.	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
SENTO SÉ	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SOBRADINHO	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UAUÁ	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

6.4 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

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

A Atenção Primária atua como porta de entrada e base do cuidado psicossocial, articulando promoção, prevenção e acompanhamento contínuo. As UBS, com equipes de APS e áreas específicas, garantem o cuidado territorial; o Consultório na Rua amplia o acesso da população vulnerável; as equipes de atenção residencial transitória oferecem acolhimento temporário; e o NASF apoia com matriciamento e interdisciplinaridade, fortalecendo a resolutividade do cuidado. Na MRS Norte está sendo financiada 01 Equipes de Consultório na Ruas até set/2055.

Com a publicação da Portaria Estadual nº 238, de 20 de fevereiro de 2025, o estado da Bahia estabeleceu o cofinanciamento para os serviços da RAPS. O incentivo tem como finalidade apoiar a manutenção e o fortalecimento dos CAPS e demais pontos de atenção da rede no Estado, assegurando condições para ampliar a oferta, qualificar o cuidado e reduzir desigualdades regionais (Figura 6). Trata-se de um passo importante para consolidar a política de saúde mental no estado, garantindo o cuidado em liberdade, de forma humanizada e articulada ao território.

Figura 6. Percentual de serviços solicitantes dentre os elegíveis por Núcleo Regional de Saúde da Bahia, fevereiro a setembro de 2025.

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

Fonte: ATSM/DGC/SESAB, setembro/2025

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

A distribuição dos componentes para atendimento a RAPS estão demonstrados no (Quadro 5).

Quadro 5. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Norte do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS INFANTIL	LEITOS DE SAÚDE MENTAL	SRT	EMAESM
ABARÉ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ANDORINHA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
ANTÔNIO GONÇALVES	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPO ALEGRE DE LOURDES	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPO FORMOSO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CANUDOS	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CASA NOVA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CHORROCHÓ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CURAÇÁ	1	-	-	-	-	-	-	-	-
FILADÉLFIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
GLÓRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITIÚBA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
JAGUARARI	1	-	-	-	-	-	-	-	-
JEREMOABO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
JUAZEIRO	-	1	-	-	1	1	-	1	-
MACURURÉ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PAULO AFONSO	-	1	-	1	-	-	-	-	-
PEDRO ALEXANDRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PILÃO ARCADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PINDOBAÇU	1	-	-	-	-	-	-	-	-
PONTO NOVO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
REMANSO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
RODELAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTA BRÍGIDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SENHOR DO BONFIM	1	-	-	1	-	-	-	-	-
SENTO SÉ	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SOBRADINHO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UAUÁ	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.

A distribuição dos componentes habilitados para atendimento a RCPD estão demonstrados nos Quadros 6 e 7.

Quadro 6. Componentes habilitados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Norte do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIOS	ESTABELECIMENTO	COMPONENTE
JUAZEIRO	CENTRO REGIONAL DE PREVENCA REABILITACAO E INCLUSAO SOCIAL (CERPRIS)	REABILITAÇÃO FÍSICA - SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
		OPM FÍSICA
		BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

Quadro 7. Escalonamento emergencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Norte do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIOS	NOME DO ESTABELECIMENTO	TIPO - MODALIDADE
SENHOR DO BONFIM	NOVO ESTABELECIMENTO - CONSTRUÇÃO	CER III - REABILITACAO FISICA, AUDITIVA E INTELECTUAL

Fonte: Resolução CIB/BA nº 546/2024

6.6 Rede de Atenção às Doenças Crônicas

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

A Rede de Atenção às Doenças Crônicas busca enfrentar o aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, cânceres e doenças respiratórias crônicas. Os modelos de organização dispostos nas Resoluções CIB/BA nº 340/2023 e 576/2023, estão articuladas a esta rede temática, priorizando a APS como coordenadora do cuidado, assegurando o acompanhamento integral e contínuo da população sob sua responsabilidade, além de atuar como porta de entrada prioritária para a estruturação e a organização do cuidado em saúde. Inclui ações de promoção da saúde, autocuidado apoiado, prevenção de incapacidades e reabilitação.

No Estado da Bahia foi aprovado pela Resolução CIB/BA nº 446/2024, o Plano Estadual de Promoção, Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer 2024-2027. Na macrorregião Norte a matriz de referência está demonstrada na (Figura 7).

Figura 7. Matriz de Referência da Macrorregião Norte, 2024-2027

MACRORREGIÃO NORTE			
AÇÕES DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE JUAZEIRO	REGIÃO DE SAÚDE SENHOR DO BONFIM	REGIÃO DE SAÚDE PAULO AFONSO
Coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo uterino	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Senhor do Bonfim	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Paulo Afonso
Coloscopia	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Senhor do Bonfim	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Paulo Afonso
Mamografia	Unidade Móvel Fundação Pio XII	Unidade Móvel Fundação Pio XII	Policlínica Regional de Saúde em Paulo Afonso
	Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro	Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro	Clinica Saúde e Cia
Laboratório de Citopatologia/Anatomia Patológica	Histotec	Central Laboratorial de Exames	Centro Médico Jeremoabo
	Laboclr	Humano Laboratório de Análises Clínicas	Salud
			Labovida
			Lames
CIRURGIA	REGIÃO DE SAÚDE JUAZEIRO	REGIÃO DE SAÚDE SENHOR DO BONFIM	REGIÃO DE SAÚDE PAULO AFONSO
- Aparelho Digestivo	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
- Coloproctologia			
- Ginecologia			
- Mastologia			
- Urologia			
- Cabeça e pescoço	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
- Torácica	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
- Ossos e partes moles	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
- Pele/Plástica (*)	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
- Neurocirurgia	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)	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)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)

TRATAMENTO	REGIÃO DE SAÚDE JUAZEIRO	REGIÃO DE SAÚDE SENHOR DO BONFIM	REGIÃO DE SAÚDE PAULO AFONSO
Radioterapia	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Braquiterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Iodoterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
HIPEC	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Oncologia Clínica/Quimioterapia	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Fratura Óssea	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	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 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 Geral Roberto Santos (HGRS)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Radioterapia Estereotáxica	UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI) + CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital Santa Izabel (HSI) + CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Quimioembolização de Tumor Hepático	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Cuidados Paliativos	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
CÂNCER HEMATOLOGICO E CÂNCER HEMATOLOGICO E PEDIÁTRICO			
	REGIÃO DE SAÚDE JUAZEIRO	REGIÃO DE SAÚDE SENHOR DO BONFIM	REGIÃO DE SAÚDE PAULO AFONSO
Hematologia	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	UNACON do Hospital do Amor Interestadual de Lagarto
Oncologia Pediátrica	Hospital Dom Malan (Pernambuco PEBA)	Hospital Dom Malan (Pernambuco PEBA)	Hospital Dom Malan (Pernambuco PEBA)

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

Por fazer parte de uma macrorregião interestadual, a MRS-Norte desenvolveu um processo de definição das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) de modo singular. A análise da situação de saúde da MRS-Norte foi iniciada a partir da priorização dos macroproblemas no Proadi-SUS.

Com a retomada do PRI na MRS-Norte, em janeiro de 2024, por determinação da CIB/BA, foi feita a priorização dos problemas, quando os gestores selecionaram os problemas de acordo com a realidade do território. Após a priorização foi enviado um formulário com os problemas mais recorrentes de cada núcleo de sentido, a partir da compatibilização das diretrizes do Plano Nacional de Saúde (2020-2023) e do Plano Estadual de Saúde (2020-2023).

A consolidação das diretrizes dos planos permitiu a definição consensual das diretrizes da MRS-Norte: Vigilância, proteção, promoção e prevenção em saúde em todos os níveis de atenção; Rede de Atenção à Saúde Integral e Regionalizada; Valorização do Trabalho e do(a) Trabalhador(a) no SUS; Gestão Estratégica e Controle Social.

A partir da proposta de diretrizes e objetivos, elaborada previamente pelo GTTM, foram definidas as diretrizes e objetivos da DOMI para a MRS-Norte na 1ª Oficina Macrorregional, realizada nos dias 21 e 22 de março de 2024 (Quadro 8).

Quadro 8. Diretrizes e objetivos para a Macrorregião de Saúde Norte. Bahia, 2023.

DIRETRIZ	OBJETIVO
Fortalecimento e integração da vigilância, proteção, promoção e prevenção em saúde em todos os níveis de atenção.	Aprimorar a integração da vigilância em saúde à rede de serviços de apoio e diagnóstico para qualificação do cuidado.
	Integrar a atenção primária e vigilância em saúde para qualificação das linhas cuidado.
	Implementar as ações integradas e qualificadas de Vigilância em Saúde em todos os níveis de atenção.
	Ampliar as ações da rede CIEVS nos eixos da emergência em saúde pública, núcleo de vigilância hospitalar e Vigidesatres, frente aos impactos no cenário epidemiológico e mudanças climáticas, na região PEBA.
	Articular as ações de vigilância em saúde na região PEBA.
Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde resolutiva, integral, humanizada, regionalizada e garantia de acesso oportuno dos usuários.	Organizar a Atenção Primária como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado.
	Aprimorar a regulação, ambulatorial e hospitalar, o controle e a avaliação do sistema de saúde na MRS-Norte e PEBA.
	Aprimorar o sistema de apoio diagnóstico-terapêutico e tratamento da Rede de Atenção à Saúde.
	Organizar a atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, a partir das necessidades na MRS-Norte e PEBA.
	Aprimorar o acesso da população indígena nas ações e serviços de saúde na MRS-Norte e PEBA.
	Aprimorar o sistema logístico da Rede de Atenção à Saúde na macrorregião Norte.
	Qualificar a coleta e registro dos dados como ferramenta de produção de informações para o planejamento e execução das ações.
	Aprimorar a integração entre ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde, garantindo a continuidade do cuidado.
	Organizar o acesso de forma qualificada e em tempo oportuno, para garantia da atenção integral a saúde.
Valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA com ênfase na desprecarização progressiva dos vínculos e minimizar a fragilidade de contratação de trabalhadores de saúde.	Desenvolver estratégias para provimento de vínculos de trabalho protegidos e fixação dos profissionais nos postos de trabalho existentes/ necessários.
	Potencializar a educação permanente e continuada através da articulação entre os entes federados para a qualificação e atualização dos profissionais de acordo com as necessidades da macrorregião.
	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, CRIE, CIES, COAPES).
	Implementar estratégias que garantam condições de trabalho seguras e relações de trabalho humanizadas.
Aprimoramento dos processos de gestão estratégica em saúde e fortalecimento do controle social.	Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa na MRS-Norte e PEBA.
	Ampliar o financiamento do SUS através da efetiva participação dos gestores nos espaços de governança do SUS na MRS-Norte e PEBA.
	Qualificar os conselheiros municipais da macro Norte.
	Monitorar as ações dos planos municipais de saúde, em consonância com as ações do plano macrorregional.
	Monitorar as ações do plano estadual, em consonância com as ações do plano macrorregional.
	Qualificar no território a alimentação dos dados nos sistemas oficiais de informação em saúde.
	Monitorar o plano macrorregional Norte e PEBA com avaliações periódicas.

Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/SESAB, 2024.

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

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

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

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

Considerando a consolidação das respostas ao formulário, foi realizada uma oficina no dia 01 de abril de 2025 com o objetivo de discutir e validar as metas. Desta forma, as DOMI estão apresentadas no Quadro 9.

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/as gestores/as municipais da saúde e acompanhamento dos Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde (CEGRAS) macrorregionais.

Quadro 9. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Macrorregião de Saúde Norte, Bahia, 2025

MATRIZ DOMI - MACRORREGIÃO NORTE - PRIORIDADE SANITÁRIA MATERNA E INFANTIL, ATENÇÃO A PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER E ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES							
DIRETRIZ: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) resolutiva, integral, humanizada, regionalizada e garantia de acesso oportuno dos usuários							
OBJETIVO: Organizar a Atenção Primária como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Reduzir para 13% a proporção de nascidos vivos com mães entre 10 e 19 anos até 2027	Proporção de nascidos vivos com mães entre 10 e 19 anos	16,71 (CAMAB, 2023)	15%	14%	13%	Realização de ações de educação em Saúde nas escolas que estão no Programa Saúde na Escola (PSE)	SMS
						Realização de ações de acompanhamento integral de gestantes adolescentes (PTS)	SMS
						Realização de consultas de Saúde Sexual e Reprodutiva com disponibilização de diversos insumos de métodos contraceptivos (MS) e de teste rápido de gravidez em todas as UBS	SMS
						Capacitação para os profissionais para realização e orientação de métodos contraceptivos	SESAB/SMS
Diminuir para 0 o número de nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos na macrorregião	Número de nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos	149 (SINASC, 2023)	0	0	0	Capacitar todas as equipes da APS em acolhimento às vítimas de violência sexual	SESAB/SMS
						Estabelecimento de fluxo de atendimento para vítima de violência sexual	SMS
						Notificação dos casos de violência sexual no SINAN	SMS

						Realização de ações de educação sexual nas escolas através do Programa Saúde na Escola	SESAB/SMS
Alcançar 90% de gestantes com no mínimo 7 consultas de pré-natal	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	77,08 (CAMAB, Dado parcial de 2024)	80%	85%	90%	Captação das gestantes em até 12 semanas e utilização da caderneta da gestante	SMS
						Realização da busca de faltosas e cadastramento das gestantes por ACS	SMS
						Aplicação da vinculação, encaminhamento para unidade de referência do parto	SMS
						Educação em Saúde para MIF sobre a necessidade do pré-natal	SMS
						Realização de, ao menos, 01 USG nas gestantes de risco habitual da macrorregião	SMS
Vincular 100% das gestantes a maternidade/hospital de referência	Proporção de gestantes que realizaram parto na maternidade/hospital de referência	0%	100%	100%	100%	Definição das portas de intercorrência obstétrica;	SESAB/SMS
						Instituição de decisão compartilhada entre as equipes da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada, orientada por protocolos clínicos e de acesso, com base no RES (Registro Eletrônico em Saúde);	SMS
						Pactuação nos espaços de governança das referências para parto e nascimento;	SESAB/SMS
Alcançar 85% das gestantes com realização de atendimento odontológico	Proporção de gestantes com realização de atendimento odontológico	75,05 (CAMAB, 1º quadrimestre 2024)	80%	82,5%	85%	Estruturação das UBS para atendimento à Saúde Bucal de gestantes	SMS
						Contratação de profissionais para atendimento à Saúde Bucal para gestantes	SMS

Reduzir a mortalidade infantil em 3% a cada ano	Taxa de mortalidade infantil ocorridos na macrorregião	14,68 (CAMAB, 2023)	14,24	13,81	13,4	Promoção de capacitação para as equipes das maternidades quanto a assistência ao neonato durante o trabalho de parto e as equipes de UTIs neonatais;	SESAB/SMS
						Garantia da oferta de imunobiológicos nas Unidades Básicas de Saúde, em todos os turnos da semana.	SESAB/SMS
						Acompanhamento pós-alta de recém-nascidos pelas equipes de saúde da família (ESF), para garantir continuidade no cuidado.	SMS
Reduzir a Mortalidade materna em 25% até 2027.	Razão da Mortalidade materna	39,62 (SIM 2023)	36,32	33,02	29,72	Capacitação das equipes das maternidades e pré-natalistas quanto a assistência ao pré-natal, parto e nascimento;	SESAB/SMS
						Ampliação da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil e materno, buscando a redução da subnotificação;	SESAB/SMS
						Estabelecimento de protocolo de alta segura nas maternidades;	SESAB/SMS
						Realização da visita puerperal pelas Equipes Saúde da Família(ESF).	SMS
Reduzir a Mortalidade materna em 50% para gestantes negras até 2027.	Razão da Mortalidade materna em gestantes negras, ocorridos na macrorregião	29,06 (SIM, 2023)	26,16	21,80	14,53	Implementação de protocolos hospitalares contra a violência obstétrica e incentivo à presença de acompanhantes durante o parto;	SESAB/SMS
						Capacitação das equipes das maternidades e pré-natalistas quanto a assistência ao pré-natal, parto e nascimento	SESAB/SMS

						Estabelecimento de protocolo de alta segura nas maternidades;	SESAB/SMS
						Realização da visita puerperal pelas Equipes Saúde da Família(ESF).	SMS
Atingir 50% de mulheres de 25 a 64 anos com coleta de exame citopatológico na Atenção Primária em 2027	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde	33,31 (CAMAB, dados parciais 1º quadrimestre 2024)	40%	45%	50%	Implementação de protocolos de triagem e rastreamento a serem utilizados	SMS
						Capacitação de equipes de saúde para utilização dos protocolos de triagem e rastreamento estabelecidos para detecção precoce/diagnóstico de Câncer	SESAB/SMS
						Monitoramento de realização de coleta para apresentação anual em CIR	SESAB/SMS
Alcançar, no mínimo 50% de hipertensos e diabéticos com risco estratificado na APS	Percentual de hipertensos e diabéticos com risco estratificado na APS	0%	25%	40%	50%	Definição da escala de estratificação de risco	SESAB/SMS
						Organização dos treinamentos	SESAB/SMS
						Formação de multiplicadores	SESAB/SMS
OBJETIVO: Aprimorar a regulação ambulatorial e hospitalar, o controle e a avaliação do sistema de saúde na macrorregião Norte e PEBA							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Estabelecer 02 UNACON com protocolo único de acesso	Número de UNACON com protocolo único implantado	0	2	2	2	Discussão de protocolos de acesso para os diferentes níveis de atenção.	SESAB/SMS
						Organização dos fluxos de referência e contrarreferência	SESAB/SMS
						Monitoramento contínuo dos acessos de referência e contrarreferência nas CIR	SESAB/SMS
Implantar e-SUS regulação nos 28 municípios da macrorregião	Número de municípios com sistema implantado	0	28	28	28	Verificação dos sistemas de regulação utilizados nos 28 municípios da Macrorregião	SESAB/SMS
						Apoio à implantação do e-sus nos municípios	MS/SESAB

OBJETIVO: Aprimorar o sistema de apoio diagnóstico terapêutico e tratamento na Rede de Atenção à Saúde (RAS)							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Ampliar a testagem para Sífilis e HIV em 100% das gestantes	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	77,44 (CAMAB, 3ºQ 2023)	100%	100%	100%	Realização de triagem pré-natal no 1º e 3º trimestre da gestação, que inclui a testagem para HTLV em 100% das gestantes	SMS
						Monitoramento do tratamento de todas as gestantes e parcerias com diagnóstico de sífilis através de exames laboratoriais	SMS
						Realização da segunda testagem próximo ao parto	SMS
OBJETIVO: Organizar a atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, a partir das necessidades na macrorregião Norte e PEBA							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Habilitar 05 ambulatórios de gestação e puerpério de alto risco AGPAR na macrorregião	Número de AGPAR habilitados	0	4	5	5	Definição dos pontos de atenção com respectiva carteira de serviços para atendimento ambulatorial à gestantes e puérperas	SESAB/SMS
						Adequação da infraestrutura física e equipamentos dos ambulatórios	SESAB/SMS
						Acompanhamento da solicitação de habilitação	SESAB/SMS
						Monitoramento do funcionamento dos AGPAR	SESAB/SMS
Habilitar 05 Hospitais da macrorregião em referência à gestação de alto risco na macrorregião	Número de hospitais habilitados	0	4	5	5	Adequação dos hospitais à Portaria que define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência (GM 1020/2013)	SESAB/SMS
						Implantação de bancos de leite	SESAB/SMS

						Monitoramento dos hospitais	SESAB/SMS
Habilitar 4 ambulatórios de seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal (A-SEG) na macrorregião	Número de ambulatórios habilitados	0	3	4	4	Definição dos serviços de seguimento ao recém-nascido 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
Implementar 04 CPN na macrorregião	Número CPN implementados	0	4	4	4	Adequação estrutural do CPN de Juazeiro	SMS
						Habilitação do CPN Senhor do Bonfim	SMS
						Habilitação do CPN Paulo Afonso	SMS
Habilitar 50% das unidades hospitalares da MRS para o incentivo IAE-PI	Percentual de unidades da MRS habilitadas para o IAE-PI	0%	25%	50%	50%	Análise dos critérios para habilitação	SESAB/SMS
						Formalização da habilitação	SESAB/SMS
Cadastrar 03 unidades hospitalares na macrorregião de saúde para a interrupção da gestação prevista em lei	Número de unidades cadastradas na MRS para a interrupção da gestação prevista em lei	0	1	2	3	Análise das unidades para o cadastro	SESAB/SMS
						Cadastro das unidades para a interrupção da gestação prevista em lei	SESAB/SMS
Implantar 01 fórum perinatal macrorregional	Número de fórum perinatal macrorregional implantados	0	1	1	1	Publicação de portaria dos componentes dos fóruns perinatais das Regiões de Saúde	SESAB/SMS
						Definição do cronograma de reuniões dos Fóruns Perinatais Regionais, com publicação	SESAB/SMS
						Análise periódica da Rede para apresentar às CIR	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
OBJETIVO: Aprimorar o sistema logístico da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na macrorregião Norte							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Ampliar para 100% o número de municípios que utilizam as 04 modalidades de Telessaúde por ano disponibilizadas	Percentual de municípios que utilizaram as 4 modalidades do Telessaúde disponibilizadas por ano	0%	100%	100%	100%	Utilização das ofertas do Telessaúde (teleducação, teleinterconsulta, telediagnóstico e teleconsultoria) pelos municípios da macrorregião	SESAB/SMS
						Realização de oficinas/treinamentos para os profissionais das unidades de saúde sobre a utilização da plataforma Telessaúde.	SESAB/SMS
						Monitoramento da utilização das consultas realizadas via Telessaúde, para avaliar a integração entre atenção primária e especialista	SESAB
OBJETIVO: Qualificar a coleta e registro dos dados como ferramenta de produção de informações para o planejamento e execução das ações							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar 2 capacitações por ano em cada Região de Saúde para os profissionais de saúde para o uso de Sistemas de Informação	Número de capacitações realizadas em cada Região de Saúde/ano	0	6	12	18	Levantamento da necessidade de capacitação	SMS
						Articulação com Escola Estadual de Saúde Pública oferta de cursos de formação em Sistemas de Informação	SESAB
						Liberação de profissionais e custeio das despesa de deslocamento para realização dos cursos, quando necessário	SMS

OBJETIVO: Organizar o acesso de forma qualificada e em tempo oportuno, para garantia da atenção integral a saúde.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implantar a linha guia de acompanhamento da HAS e DM em 100% dos municípios	Percentual de municípios com linha guia de acompanhamento da HAS e DM implantadas	0%	50%	75%	100%	Realização de oficinas/treinamentos para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde	SESAB/SMS
						Inclusão do tema nas reuniões COCAB	SESAB/SMS
						Acompanhamento quadrimestral pela Câmara Técnica das CIR	SESAB/SMS
DIRETRIZ: Fortalecimento e integração da Vigilância, proteção, promoção e prevenção em saúde em todos os níveis de atenção							
OBJETIVO: Aprimorar a integração da vigilância em saúde à rede de serviços de apoio e diagnóstico para qualificação do cuidado							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implementar 03 Laboratórios Municipais de Referência Regional (LMRR) na Macrorregião	Número de LMRR implementados na Macrorregião Norte	1	1	2	3	Construção e reforma predial para implantação de LMRR	SESAB/SMS
						Organização e estruturação do acesso	SESAB/SMS
OBJETIVO: Integrar a atenção primária e vigilância em saúde para qualificação das linhas de cuidado							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Alcançar 100% dos municípios com pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças	Percentual de municípios com alcance de pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional	46,43 (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Capacitação para profissionais para vacinação e registro da informação	SESAB/SMS
						Apresentação do monitoramento e avaliação das coberturas vacinais nas reuniões da CIR	SESAB/SMS

menores de dois anos de idade	de Vacinação para crianças menores de dois anos de idades					Apoio a realização do microplanejamento para as ações de vacinação de alta qualidade nos municípios	SESAB/SMS
Atingir em 90% a cobertura vacinal para HPV na faixa etária feminino entre 09 e 14 anos	Percentual alcançado de coberturas vacinal para HPV na faixa etária feminino entre 09 e 14 anos	65,02% (SEIDIGI/MS, 2023)	90%	90%	90%	Realização de ações de educação em Saúde nas escolas que estão no Programa Saúde na Escola (PSE)	SMS
						Busca ativa das meninas da faixa etária para vacinação	SMS
						Capacitação para profissionais para vacinação	SESAB/SMS
						Apresentação do monitoramento e avaliação das coberturas vacinais nas reuniões da CIR	SMS
Aumentar para 100% a cobertura da vacina dTpa em gestantes	Percentual de Cobertura vacinal para gestantes (dTpa)	80,52% (SEIDIGI/MS, 2024)	100%	100%	100%	Capacitação para os técnicos municipais e estaduais para operacionalização da rede de frio e administração dos imunobiológicos	SESAB/SMS
						Suprimento das vacinas na rede de serviços locais	MS/SESAB
						Distribuição adequada das vacinas na rede de serviços locais	SESAB
						Realização de Mostras de Experiências Exitosas e Replicáveis para estimular o aumento da cobertura vacinal nas crianças	SESAB/SMS
						Implantação 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

Reduzir para 1,8 a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade/1000 nascidos vivos/ano na macrorregião	taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade/1000 nascidos vivos/ano	2,25 (CAMAB, 2023)	1,8	1,8	1,8	Realização do microplanejamento para integração de ações de vigilância e atenção primária para a prevenção da transmissão vertical de IST	SMS
						Notificação e investigação das gestantes com sífilis	SMS
Manter em 100% a proporção de óbitos maternos investigados na macrorregião	Proporção de óbitos maternos investigados	100% (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Realização do diagnóstico situacional do quantitativo de Câmaras Técnicas Municipais de Vigilância do Óbito materno-infantil e fetal na macrorregião	SESAB/SMS
						Implementação da Câmara Técnica Macrorregional de Vigilância do Óbito materno	SESAB/SMS
						Implementação das Câmaras Técnicas municipais de Vigilância do Óbito materno nos municípios sede de região de saúde	SMS
						Implantação de um Serviço de Verificação de Óbito Macrorregional	SESAB
Aumentar a cobertura das mulheres de 50 a 69 anos, que realizaram os exames de mamografia para rastreamento do câncer de mama, em 0,7 (Meta INCA)	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos	0,21 (SIA/SUS, 2023)	0,7	0,7	0,7	Integração com Equipes de Saúde da Família para sensibilizar e incentivar mulheres a realizarem mamografias, através das visitas domiciliares para informar e agendar as mamografias	SESAB/SMS
						Aprimoramento da acessibilidade aos Exames com ampliação do número de unidades de saúde que oferecem mamografias, e estensão dos horários de funcionamento destas unidades de saúde	SESAB/SMS

						Monitoramento continuamente a taxa de mamografias realizadas e ajustar as estratégias conforme os resultados, identificando áreas de baixo desempenho.	SESAB/SMS
Aumentar a cobertura das mulheres de 25 a 64 anos, que realizaram os exames citopatológicos para rastreamento do câncer do colo do útero, em 0,7 (Meta INCA)	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	0,18 (SIA/SUS, 2023)	0,7	0,7	0,7	Desenvolvimento de campanhas de conscientização para informar as mulheres sobre a importância do exame de Papanicolau na detecção precoce do câncer de colo do útero.	SESAB/SMS
						Realização de Capacitação de profissionais para coleta do preventivo ginecológico.	SESAB/SMS
						Aprimoramento da Acessibilidade aos Exames com ampliação do número de unidades de saúde que oferecem a coleta do citopatológico, e estenção dos horários de funcionamento destas unidades de saúde	SESAB/SMS
						Monitoramento continuamente a taxa de citopatológicos realizadas e ajustar as estratégias conforme os resultados, identificando áreas de baixo desempenho.	SESAB/SMS
Reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura de 30 a 69 anos pelo Grupo de	Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos pelo Grupo de Doenças Crônicas	287,12 (SIM, 2023)	281,38	275,68	270,04	Promoção de políticas e programas intersetoriais com foco nas DCNT	MS/SESAB/SMS
						Produção de informações baseadas em evidências para a tomada de decisões (Boletins, Foruns, Seminários, etc)	MS/SESAB/SMS

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	Não Transmissíveis (DCNT)					Implementação de programas de educação sobre hábitos saudáveis (alimentação balanceada, atividade física regular, controle do tabagismo e do consumo de álcool)	SMS
						Promoção de campanhas de conscientização sobre os riscos das DCNTs, como doenças cardíacas, diabetes e câncer	SMS
						Incentivo ao rastreamento precoce e a detecção de fatores de risco, como hipertensão, colesterol alto e diabetes.	SESAB/SMS
OBJETIVO: Implementar as ações integradas e qualificadas de Vigilância em Saúde em todos os níveis de atenção.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Alcançar no mínimo 90% dos registros de óbitos com causa básica definida na macrorregião	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida na macrorregião	90,69% (CAMAB, 2023)	95%	95%	95%	Descentralização do SIM para o maior número de municípios através da capacitação de um técnico efetivo, preferencialmente da área da saúde, em codificador de causas de óbitos	SESAB/SMS
						Capacitação das equipes para realização da investigação de óbitos com causa mal definida	SESAB/SMS
						Intensificação da coleta das declarações de óbitos nos estabelecimentos de saúde e cartórios	SMS
OBJETIVO: Ampliar as ações da rede CIEVS nos eixos da emergência em saúde pública, núcleo de vigilância hospitalar e vigidesastres, frente aos impactos no cenário epidemiológico e mudanças climáticas, na região							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		

Implantar 05 novos Núcleos Hospitalares Epidemiológicos (NHE)/ Núcleo de Epidemiologia(NE) nas unidades hospitalares e/ou UPA	Número de Núcleos Hospitalares Epidemiológicos (NHE)/Núcleo de Epidemiologia(NE) nas unidades hospitalares e/ou UPA's implantados	3	5	7	8	Identificação no território de hospitais e/ou UPA para compor a REVEH	SESAB/SMS
						Apresentação em CIR sobre a implantação do NHE/NE nos hospitais/UPA	SMS
						Apoio técnico as unidades na implantação de NHE/NE	SESAB
Elaborar 01 Plano Multirrisco de Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública (PPR) na Macrorregiões Norte	Número de Plano Multirrisco de Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública (PPR) na Macrorregiões Norte publicado	0	0	0	1	Realização de oficinas com os municípios da macrorregião para elaboração dos PPR	SESAB/SMS
						Integração dos diversos setores necessários para a construção dos PPR no âmbito da macrorregião por meio de reuniões técnicas para discussão da temática	SESAB/SMS
						Capacitação dos profissionais para as atividades do plano	SESAB/SMS
OBJETIVO: Articular as ações de vigilância em saúde na região PEBA							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Instituir Comitê Técnico Interestadual para articular e coordenar as ações de vigilância em saúde na Região PEBA, promovendo a colaboração entre	Número de Comitê Técnico Interestadual para articular e coordenar as ações de vigilância em saúde na Região PEBA, promovendo a colaboração entre	0	1	1	1	Discussão em CRIE para instituição de Comitê Técnico Interestadual	SESAB/SESPE /SMS
						Publicação de resolução dos componentes do Comitê Técnico Interestadual de Vigilância em Saúde	SESAB/SESPE /SMS
						Publicação de regimento interno do Comitê Técnico Interestadual de Vigilância em Saúde	SESAB/SESPE /SMS

diferentes entidades e níveis de governo.	diferentes entidades e níveis de governo, instituídos					Realização de reuniões periódicas para planejamento, monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde na Região PEBA com apresentação trimestral de relatório em CRIE	SESAB/SESPE/SMS
DIRETRIZ: Valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA com ênfase na desprecarização progressiva dos vínculos e minimizar a fragilidade de contratação de trabalhadores de saúde							
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 01 reunião em cada CIR com realização de discussão e pactuação de estratégias de contratação, fixação e valorização do(os) trabalhador(es) da saúde dos serviços de referência regional para a atenção materna e infantil por ano	Número de CIR com realização de discussão e pactuação de estratégias de contratação, fixação e valorização do(s) trabalhador (es) da saúde dos serviços de referência regional	0	3	3	3	Discussão sobre os modelos de gestão dos serviços de referência para a atenção materna e infantil e os impactos nos tipos de vínculos, jornada de trabalho, carreiras e avaliação de desempenho nas CIR.	SESAB/SMS
						Realização de mapeamento das condições de vínculo e valorização de trabalhadoras(es) nos serviços de referência regional.	SESAB/SMS
						Elaboração de materiais para discussão e de propostas para estratégias de contratação, fixação e valorização de trabalhadoras(es) da saúde dos serviços de referência regional para a atenção materna e infantil.	SESAB/SMS
Implantar 01 câmara técnica sobre a Gestão do		0	0	3	3	Definição dos componentes da câmara técnica na CIR	SESAB/SMS/MS

Trabalho e da Educação em Saúde (GTES) em cada CIR	Número de câmaras técnicas implantadas e ativas					Reunião conjunta da câmara técnica da GTES com a câmara técnica da rede materno-infantil	SESAB/SMS/MS
						Elaboração de diagnóstico da necessidade de fixação e regionalização da força de trabalho no contexto da rede materno-infantil	SESAB/SMS/MS
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, CRIE, CIES, COAPES)							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar três momentos de planejamento integrado das intervenções nas áreas de Educação na saúde e Gestão do trabalho em saúde na macrorregião nas CIR por ano	Número de eventos/reuniões macrorregionais com realização de discussão e planejamento integrado das ações/estratégias de gestão do trabalho e educação na saúde.	0	3	6	9	Implementação de grupos e/ou câmara técnicas de discussão sobre a Gestão do Trabalho e Gestão da Educação nas SESAB/SMS.	SESAB/SMS
						Mobilização das(os) gestoras(es) e trabalhadoras(es) para inclusão das ações/estratégias de gestão do trabalho e educação na saúde nos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação municipais.	SESAB/MS
						Organização de espaço macrorregional para discussão das ações/estratégias de gestão do trabalho e da educação em saúde de interesse comum	SESAB/SMS/MS
DIRETRIZ: Implementação da gestão estratégica e fortalecimento do controle social							
OBJETIVO: Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Alcançar 100% de participação de gestores	Percentual de participação de	0%	100%	100%	100%	Mobilização dos SMS	SESAB

da macrorregião em reuniões CRIE no ano	gestores da macrorregião em reuniões CRIE					Envolvimento dos SMS no processo de discussão	SESAB/SMS
Estruturar 01 Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional.	Número de Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional estruturado.	0	1	1	1	Implantação do Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional	MS/SESAB/SMS
						Realização de educação permanente para os gestores municipais	SESAB
Monitorar 100% das maternidades de atendimento a gestação de alto risco	Percentual de maternidades de atendimento a gestação de alto risco monitoradas	0%	100%	100%	100%	Apresentação dos relatórios de monitoramento nos espaços colegiados.	CEGRAS
						Discussão de estratégias de melhoria das ações;	SESAB/SMS
						Proposição para implantação de estratégias de melhoria das ações.	SESAB/SMS
Monitorar a execução das metas pactuadas das unidades de UNACON na macrorregião	Percentual de alcance das metas pactuadas por UNACON	0%	100%	100%	100%	Apresentação dos relatórios de monitoramento nos espaços colegiados.	CEGRAS
						Discussão de estratégias de melhoria das ações	SESAB/SMS
						Proposição para implantação de estratégias de melhoria das ações.	SESAB/SMS
OBJETIVO: Monitorar o plano macrorregional Norte e PEBA com avaliações periódicas							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar 01 reunião anual do comitê executivo de governança para monitoramento do plano macrorregional	Número de reuniões para monitoramento do plano realizadas	0	1	2	3	Implantação dos CEGRAS	SESAB/SMS
						Definição dos representantes do CEGRAS	SESAB/SMS

OBJETIVO: Qualificar no território a alimentação dos dados nos Sistemas Oficiais de Informação em Saúde							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Realizar 01 capacitação por ano na macrorregião para os profissionais de saúde para o uso de Sistemas de Informação - CNES	Número de capacitações realizadas em cada Região de Saúde/ano	0	1	2	3	Articulação com áreas técnicas estaduais	SESAB/SMS
						Liberação de profissionais	SMS
						Custeio de despesas de deslocamento para realização dos cursos, quando necessário	SMS

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE

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

O ordenamento jurídico do SUS reforça essa responsabilidade compartilhada. A Lei nº 8.080/1990 (artigos 15 e 17)⁴¹ estabelece que o planejamento, o monitoramento e a avaliação são atribuições da gestão do SUS nas três esferas de governo. O Decreto nº 7.508/2011 (art. 18)⁴² determina que o planejamento estadual deve considerar a regionalização e as necessidades dos municípios. A Lei Complementar nº 141/2012⁴³, por sua vez, destaca que os resultados do monitoramento e avaliação devem ser objetivos, baseados em indicadores e integrados aos Relatórios de Gestão.

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

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

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

8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação

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

8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento

Identificação

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


8.2.1 Apresentação

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

8.2.3 Matriz de Monitoramento

Diretriz:

Objetivo 1:

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

Legenda:  Alcançado |  Parcialmente |  Crítico

8.2.3.1 Análise Qualitativa

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

8.2.3.2 Recomendações e encaminhamentos

8.2.3.3 Assinaturas

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

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

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

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

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

Composição

I – União:

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

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

II – Estado:

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

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

III – Município:

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

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

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

IV – Consórcios Interfederativos de Saúde:

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

V - Representação dos prestadores de serviços:

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

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

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

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

VI - Controle Social:

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

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

Atribuições

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Macrorregional de Saúde, produto de construção participativa e descentralizada, que reuniu esforços e saberes dos diversos atores municipais e do âmbito central e regional da SESAB, é um instrumento que consolida o processo de planejamento na MRS-Norte. Utilizando diferentes metodologias e instrumentos, em parte produzidos para a Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco - Pernambuco e Bahia, tem como eixo atender às mudanças e aos desafios enfrentados no processo dessa construção.

Considerando os dados socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos constata-se que a situação de saúde na MRS-Norte apresenta fragilidades e seus indicadores demandam análises mais aprofundadas.

Nos dados apresentados sobre a organização dos serviços, não se observa fragilidade na integralidade da atenção à saúde na macrorregião, tendo em vista que esta possui uma cobertura de APS de mais de 92% e, relativamente, baixos índices de dependência ambulatorial e hospitalar, observando que a dependência hospitalar tem um significado previsível por esta macrorregião compor uma MRS Interestadual. Contudo, esses dados não demonstram a qualidade prestada aos usuários, mesmo que a APS seja resolutiva, revelando apenas um dos aspectos para avaliar o alcance dos seus princípios e diretrizes.

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

No que se refere ao sistema logístico, a macrorregião atende ao parâmetro estabelecido para CRU regional, de acordo com seu porte populacional, bem como a existência de 36 centrais de regulação de acesso para atendimento a 26 municípios. No entanto, dois municípios da MRS-Norte não registram existência de central de regulação de acesso, o que pode afetar a organização dos serviços.

Na organização dos serviços, observa-se que a MRS-Norte depende de outras macrorregiões para realizar 18,36% dos procedimentos ambulatoriais de AC e 69,12% dos serviços hospitalares de AC. A macrorregião executa a maior parte dos procedimentos ambulatoriais de AC dentro do território, e os procedimentos hospitalares de AC são realizados majoritariamente fora do território, haja vista que este território compõe uma região interestadual de saúde.

No que diz respeito à atenção hospitalar, o uso dos leitos clínicos gerais e de leitos das UTIs Adulto, tipo II ou III, são comuns a todas as prioridades sanitárias. Em se tratando dos

leitos obstétricos, específicos para a prioridade Atenção materna e infantil, a macrorregião apresenta uma situação de fragilidade para o acesso da gestante de alto risco.

Observa-se, também, uma insuficiência de profissionais em todas as especialidades médicas relacionadas às prioridades sanitárias na MRS-Norte sendo este um dado de relevância. Ao analisar número de profissionais médicos referentes a prioridade sanitária versus a necessidade observa-se que o percentual da necessidade atendida para cardiologia é de 32,4%, dermatologia de 36%, endocrinologia metabólica de 31,3%, oftalmologia de 2,3%, urologia de 21,2%, psiquiatria de 36,5%, pneumologia de 9,1%, ginecologia obstetrícia de 17,6%, pediatria de 0,4%, coloproctologia de 18,2% e de mastologia de 27,3%, todos aquém da necessidade para atender as ações e serviços de saúde necessárias para as prioridades sanitárias da macrorregião. Para os demais trabalhadores das equipes multiprofissionais no território existe a necessidade de estabelecer parâmetros para verificação da suficiência para a análises futuras da força de trabalho em saúde disponível na RAS.

Na MRS-Norte identifica-se subutilização dos equipamentos para realização dos procedimentos para atender às prioridades sanitárias. A existência do equipamento indica que há possibilidade de maior oferta de exames. Porém, apesar de todos os equipamentos dos EASs estarem registrados como em operação, identifica-se EASs com produção sem equipamentos cadastrados, o que exige atualização e revisão dos diversos sistemas de informação.

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

GLOSSÁRIO

A	
Acesso a serviços de saúde	Conjunto de possibilidades e circunstâncias que permite à pessoa ser atendida em uma unidade de serviços dos diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento da Rede de Atenção à Saúde do SUS.
Amostra	É qualquer subconjunto de uma população.
Análise de Situação de Saúde	Processo de identificação, descrição e análise dos problemas e das necessidades de saúde de uma população, geralmente o primeiro momento do processo de planejamento e programação de ações. O mesmo que avaliação da situação de saúde.
Atenção à Saúde	Engloba o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais.
Atenção ao Pré-natal de Alto Risco	Realizada de acordo com as singularidades de cada situação, integrada à atenção básica, a qual cabe a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível à toda gestante.
Atenção Primária à Saúde	Primeiro nível de atenção em saúde. Agrega um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver atenção integral. Principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS. Funciona como filtro que organiza o fluxo de serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.
Arboviroses	Os arbovírus são vírus transmitidos pela picada de artrópodes hematófagos, como o <i>Aedes aegypti</i> . Mais de 210 espécies de arbovírus foram isolados no país, 36 relacionados com doenças em seres humanos.
Área Indene	Vulnerável. Área reconhecidamente sem transmissão para determinada doença, mas cujas condições ambientais, associadas a precárias condições socioeconômicas e de saneamento, tornam a área sob risco.
C	
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem a RAS-SUS.
Capacidade instalada	Conjunto de dados e informações referentes aos serviços públicos e privados de saúde, do ponto de vista da oferta e da produção. A maior parte dos dados pode ser obtida por extratores disponibilizados pelo Ministério da Saúde como o Tabwin e Tabnet. A análise é feita tanto do ponto de vista da cobertura (relacionado à população referida), como do desempenho (relacionado à produção) e da

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

Contratualização dos Pontos de Atenção	Meio pelo qual o gestor (municipal, estadual, do Distrito Federal ou federal) estabelece metas quantitativas e qualitativas quanto aos processos de atenção à saúde, considerando o(s) ponto(s) de atenção à saúde da RAS sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.
Cuidado de Saúde	Ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, de diagnóstico e tratamento de doenças e ações de reabilitação de capacidades reduzidas por efeito de doenças ou acidentes.
D	
Demanda Espontânea	Indivíduo ou conjunto de indivíduos que procura os serviços de saúde por motivos que avalia como necessidade de saúde, sem vinculação pré-definida a programas e prioridades predefinidas em relação àquela população ou grupo.
E	
Equipe de Saúde Bucal	Modalidade de equipe que atua na atenção básica, constituída por 01(um) cirurgião-dentista e 01(um) técnico em saúde bucal (ou auxiliar de saúde bucal), no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.
Equipe de Saúde da Família	Estratégia prioritária de atenção à saúde para a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os princípios do SUS, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.
Estimativa	Valor numérico estimado obtido a partir de determinada amostra.
G	
Gestação de Baixo Risco	Gestação onde os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal é igual ou menor do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica.
Gestação, Parto e Puerpério de Risco	Situações nas quais a mulher apresenta complicações no estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez, no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos.
Gravidade	Avaliação das consequências do processo ou da doença, é medida pela letalidade, taxa de hospitalização, pelas sequelas e outras consequências.
I	
Incidência	Número de novos casos de uma doença em determinado período e local. Para calcular a incidência, divide-se o número de pessoas que ficaram doentes pelo número de habitantes do local.
Indicador	Medida-síntese com informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões de determinada atividade. Pode ser usado como guia para monitorar e avaliar eventos (Ripsa, 2008). A construção de um indicador é um processo que pode variar desde a simples

	contagem direta de casos de determinado evento até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices.
Indicador de saúde	Revela a situação de saúde (ou um aspecto dela) da população ou de um indivíduo. É formulado a partir de dados referenciados no tempo e espaço que pela forma de organização e apresentação, facilita a análise da realidade, através de simples leitura ou do acompanhamento de dados no tempo. Expressa, numericamente, o estado de saúde de determinada população em determinado momento.
Indicadores de Morbidade	Expressam a intensidade com que acontece uma doença em determinada população, medem a incidência (frequência de ocorrência de casos novos) e o predomínio de casos existentes.
Indicadores de Mortalidade	São calculados pelas taxas ou coeficientes de mortalidade. Representam o “peso” que os óbitos apresentam em determinada população.
Índice	Medida usada para comparar grupos de dados relacionados entre si, sendo possível avaliar variações ocorridas ao longo do tempo e as diferenças entre os lugares ou a tendência de uma ou mais variáveis de um fenômeno.
Internações	É a permanência da pessoa em unidade de assistência hospitalar motivada por algum problema de saúde.
L	
Letalidade	Relaciona o número de óbitos por determinada causa e o número de pessoas que foram acometidas por tal causa. Sinaliza a gravidade do agravo uma vez que indica o percentual de mortes por aquela causa.
M	
Macrorregião	Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.
Média Complexidade	Atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantida a partir do processo de referência e contrarreferência.
Morbidade	Conjunto dos indivíduos que adquire doenças (ou determinadas doenças) em um dado intervalo de tempo em uma determinada população. A morbidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde.
Morbimortalidade	Relaciona o número de casos de doença ou morte com a população de um determinado local e momento. É um termo que combina dois subconceitos: morbidade e mortalidade.
Mortalidade	Total de indivíduos que morreram em um dado intervalo do tempo. Representa o risco ou probabilidade que qualquer pessoa na população pode vir a morrer.

Mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCTN)	Indicador de saúde pública que acompanha uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU). As quatro principais DCNT são: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, Diabetes mellitus e neoplasias (cânceres). Têm em comum quatro fatores de risco: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso nocivo do álcool.
N	
Necessidades de Saúde	Carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma determinada população. Incluem, assim, os efeitos do não atendimento pleno das necessidades básicas de alimentação, abrigo, segurança, afeto, educação, cultura e serviços de saúde, quer sejam ações inespecíficas de promoção e melhoria da qualidade de vida, quer sejam ações específicas de proteção contra riscos e agravos ou de assistência em caso de doença, acidente ou padecimento de qualquer natureza.
O	
Óbitos por causas prematuras	Morte que ocorre antes da expectativa de vida da população, em determinado tempo e lugar. As principais causas de morte prematura no Brasil são por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).
Ocupação de leitos	Razão entre o total da população de determinado município e o número de leitos disponíveis no município (leitos de internação + leitos complementares).
P	
Parâmetros SUS	Referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde.
Planejamento Regional Integrado	Planejamento elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde, pactuado, monitorado e avaliado pela CIR. O processo de planejamento regional integrado é coordenado pela gestão estadual e envolve os três entes federados e expressa as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS.
População	Termo demográfico que se refere ao conjunto de indivíduos que vivem em um determinado território.
Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica	Tem como finalidade captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer. A prevenção e o combate ao câncer englobam a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias malignas e afecções correlatas, implementados

	mediante incentivo fiscal as ações e serviços de atenção oncológica, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer.
Programa Nacional de Triagem Neonatal	Desenvolve ações de triagem neonatal em fase pré-sintomática, o acompanhamento e o tratamento de doenças congênitas detectadas em todos os nascidos-vivos (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, fibrose cística). Objetiva promover o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada de laboratórios especializados e serviços de atendimento, e organizar e regular o conjunto destas ações de saúde.
Proporção	Relação entre a frequência absoluta de determinado evento e o total de eventos da mesma natureza ocorridos na população e no período considerado. Os casos incluídos no numerador são subconjuntos do denominador, mas não expressam risco. São usualmente apresentadas na forma de porcentagens (x100).
R	
Razão	Relação entre dois números, onde o numerador e o denominador são elementos de mesma natureza e mesma dimensão, mas são de grupos excludentes, ou seja, o numerador não está incluído no denominador.
Rede de Atenção à Saúde	São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Portaria de Consolidação n. 03, de 28 de setembro de 2017).
Rede Materna e Infantil	Rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.
Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)	Recurso de vigilância e monitoramento de neoplasias destinado a estimar incidências, taxas de mortalidade e de sobrevivência, por meio da coleta, análise, interpretação e divulgação sistemática em uma população e períodos específicos.
Regulação da Atenção à Saúde	Exercida pelas secretarias estaduais e municipais da Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. O objetivo é garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados.
S	
Serviço Hospitalar de Referência à Atenção à Gestação de Alto Risco	Tem como atribuições: I – cumprir os requisitos vigentes para a atenção hospitalar; II – adequar a ambiência da maternidade às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); III – receber

	<p>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.</p>
Sistema de Informação Ambulatorial (SAI)	<p>Registra informações ambulatoriais de todos os estabelecimentos da rede do SUS, sejam privados ou conveniados, filantrópicos ou públicos das esferas municipal, estadual e federal. O objetivo do SIA/SUS é transcrever todos os atendimentos provenientes dos estabelecimentos que foram financiados pelo SUS que após o processamento geram relatórios para os gestores que lhes possibilitem fazer o pagamento.</p>
Sistema de Informação em Saúde	<p>Fluxo e processamento dos dados a partir de instrumentos padronizados. O SIS é responsável por consolidar as informações produzidas pelos serviços de saúde no SUS (como número de vacinas aplicadas, internações, consultas médicas) assim como registra informações epidemiológicas fundamentais para análise da situação de saúde da população, como os óbitos e nascimentos.</p>
Sistemas de Informação Hospitalar (SIH/SUS)	<p>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.</p>
Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	<p>Reúne Declaração de Óbito (DO) relativos a todos os óbitos ocorridos no território nacional a cada ano. O SIM foi o primeiro Sistema de Informações em Saúde criado no Brasil, em 1975, e é responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS. As informações do SIM estão disponíveis anualmente no site do DATASUS.</p>
Sistema de Nascidos Vivos (Sinasc)	<p>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).</p>
Sistema de Notificação de Agravos (SINAN)	<p>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.</p>

Sistema Logístico	<p>Pontos de atenção à saúde que garantem tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde.</p> <p>A caracterização desses pontos deve obedecer a definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da Rede de Atenção à Saúde. a) realizar o transporte sanitário eletivo para os usuários; b) viabilizar e implementar a estrutura necessária para a informatização dos pontos de atenção à saúde por meio de recursos humanos, equipamentos, acesso à internet, entre outras medidas; c) prever centrais de regulação para o diagnóstico e tratamento.</p>
Sistema de Apoio	Sistema de apoio diagnóstico e terapêutico: de patologia clínica, de imagem e de assistência farmacêutica.
U	
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)	Serviço em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permite acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar.
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)	Também conhecida como Unidade Semi-Intensiva, é o serviço em unidades hospitalares destinado ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN. As UCINCo poderão configurar-se como unidades de suporte às UTIN ou de forma independente, conforme rotina de cada serviço.
Unidade de Terapia Intensiva	Unidade que oferece serviços hospitalares voltados para o atendimento da pessoa grave ou com risco de morte.
V	
Vetores	Seres vivos que veiculam determinado agente desde o reservatório até o hospedeiro potencial. Vetores mecânicos são os transportadores de agentes, geralmente insetos, que os carregam nas patas, probóscides, asas ou trato gastrointestinal contaminados e onde não há multiplicação ou modificação do agente. Vetores biológicos são aqueles em que os agentes desenvolvem algum ciclo vital antes de serem disseminados ou inoculados no hospedeiro.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 01 de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet] 2021. [citado em 18 dez de 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html.
2. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. *Rev. baiana saúde pública*; 44 (supl.1): 1-184, jan-mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n0.a3205>.
3. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Resolução CIB/BA n. 018/2021. Aprova o credenciamento de Equipe de Saúde da Família – ESF, no Município de Ibicuí. Diário Oficial do Estado. Disponível em: http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/resolucoes/2018/RES_CIB_018_2018.pdf
4. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Resolução CIB/BA n.67/2018. Aprova ad referendum o cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e mantém a organização das Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia. Diário Oficial do Estado. Disponível em: http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/Resolucoes/2018/RES_CIB_167_2018.pdf.
5. GUITARRARA, Paloma. "Pobreza no Brasil"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/pobreza-no-brasil.htm>. Acesso em 23 de agosto de 2022.
6. IBGE/DATASUS. Ministério da Saúde/SESAB/ SUVISA/ DIVEP/ GT Demografia. Municípios de extrema pobreza. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/demografia/> Dados acessados em 11/04/2022.
7. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. [citado em 12 out 2024]. Disponível em: Dados Gerais. Agência Nacional de Saúde Suplementar (www.gov.br)
8. Quijano FAD. Bases da epidemiologia das doenças infecciosas. Departamento Epidemiologia - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5539423/mod_resource/content/4/EpiInfecciosas08-09-2020.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.
9. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância a Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. [citado em 12 mar 2020]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/apresentacao/>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Indicadores e Dados Básicos do HIV/Aids nos Municípios Brasileiros [Internet]. [citado em 17 mai 2021]. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>.

11. Biblioteca Virtual de Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Morbidade e Fatores de risco. Adaptado da Ficha de Qualificação da 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. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [internet]; 2006; 39(3), [citado em mai 2021]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822006000300010#:~:text=Atualmente%2C%20no%20Brasil%2C%20as%20principais,febre%20do%20Oeste%20do%20.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Leishmaniose Visceral: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [citado em 29 abr 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniose-visceral>.
19. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed. São Paulo: Edusp; 1998.
20. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos [Internet]. [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitomat.def>.
21. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbito Infantil [Internet]. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; 2021. [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitoinf.def>.
22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ações com foco na saúde da mulher [Internet]; 2021. [citado em 14 abr 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>.

23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf ISBN 978-65-5993-276-4.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2020.
25. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Mortalidade Geral [Internet]. Salvador, BA; 2021 [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obito.def>.
26. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Pactuação Interfederativa 2017-2021. Manual de orientação da Bahia: 2021 [Internet]. [citado em 20 abr 2021]. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/cir>.
27. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
29. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade Geral [Internet]. [citado em 16 mar 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/obito.def>.
30. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bra Cardio. 2016; 107(3), Supl. 3.
31. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
32. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diabéticos representam 80% da demanda de próteses de membros inferiores no Cepred [Internet]. [citado em 6 mai 2021]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2016/11/08/diabeticos-representam-80%da-demanda-de-proteses-de-membros-inferiores-no-cepred/>.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde [Internet]. [citado em 22 abr 2021]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde [Internet]. [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/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, 2ª ed, 2023.
43. Brasil. Caderno de Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde. De que se trata os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf> [Acesso em: 25 abr 2025]



ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)

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