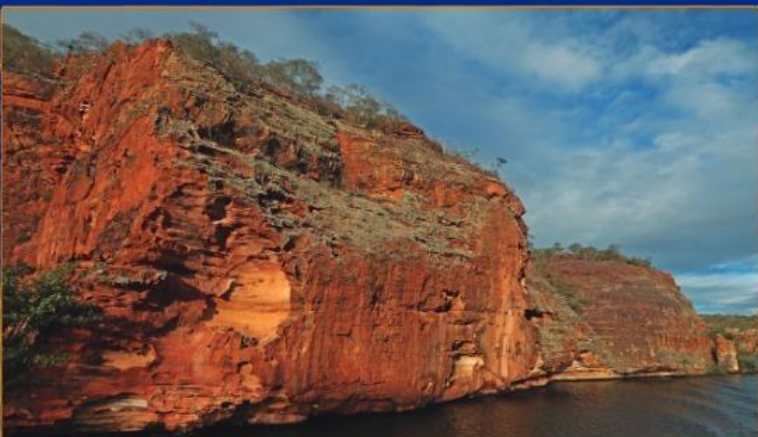
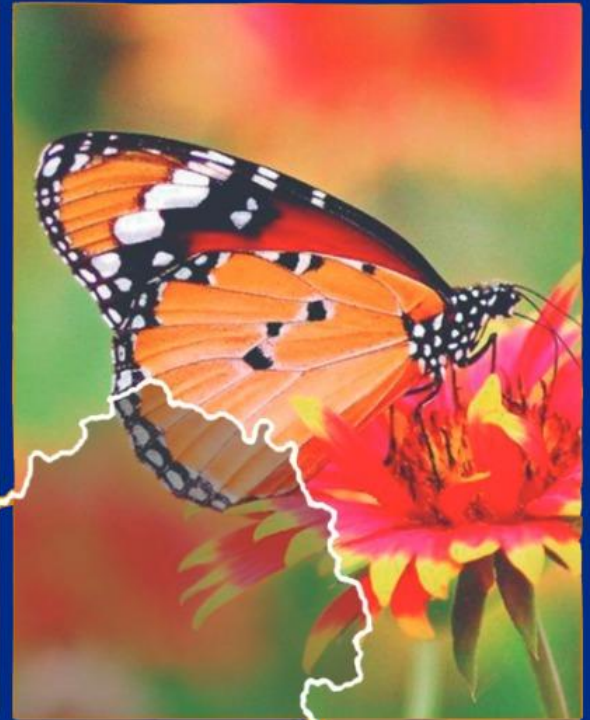


# PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE OESTE



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

**PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE MACRORREGIÃO DE SAÚDE  
OESTE**

**Salvador  
2025**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Jerônimo Rodrigues Souza  
**GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA**

Geraldo Júnior  
**VICE-GOVERNADOR**

Roberta Silva de Carvalho Santana  
**SECRETÁRIA DA SAÚDE**

Paulo José Bastos Barbosa  
**SUBSECRETÁRIO**

Cícero de Andrade Rocha Filho  
**CHEFE DE GABINETE**

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

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

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

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

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

Emanuele Figueredo Barbosa  
**ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)**

Joana Angélica Oliveira Molesini  
**COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (COPRI)**

Maria Aparecida dos Santos  
**COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO (COPLAN)**

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

### Titulares:

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

Ernesto da Costa Lima Júnior – COSEMS

Francisco Borges Rodrigues Neto – MS/SEMS/BA

Jacqueline do Bonfim Farias – COSEMS

Liliane Mascarenhas Silveira – SESAB/SAIS/DGC;

Lívia Maria Bonfim Mendes Aguiar – COSEMS

Maria Alcina Romero Boullosa – SESAB/SAIS/DAE;

Paulo José Bastos Barbosa – SESAB/GASEC;

Raquel Ferraz da Costa – COSEMS

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

Roberta Fonseca Sampaio – SESAB/GASEC;

Rodrigo Santos Alves – COSEMS

Stela dos Santos Souza – Presidente do COSEMS

### Suplentes:

Cláudia Daniela Santos Souza – SESAB/SAFTEC/DASF

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

Danilo Fernandes Ricardo – COSEMS

Desirée dos Santos Carvalho – MS/SEMS/BA

Eneida Manuela Barqueiro Gomes – SESAB/SUREGS/DICON

Fernanda Oliveira Maron – COSEMS

Marcus Vinícius Bomfim Prates – SESAB/SAIS/DAB

Maria Rosânia de Souza Rabelo – COSEMS

Rivia Mary de Barros – SESAB/SUVISA

Rodrigo Santos Matos – COSEMS

Rosângela Oliveira dos Santos Almeida – COSEMS

Valmor Santos Félix – COSEMS

Zaine dos Santos Cardozo Lima – SESAB/SAIS/DGESS

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

Alcides Bandão da Silva – CIR Ibotirama

Francisco Borges Rodrigues Neto – MS/SEMS/BA

Verônica Barreto Araujo de Moura – COSEMS/BA

Jersia Rodrigues Martins de Melo – CIR Barreiras

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

Manoela Cardoso Cerqueira – CIR Santa Maria da Vitória

Maria Aparecida S. da Conceição – SESAB/NRS

Suze Aparecida Santana Souza – CIR Santa Maria da Vitória

Suzete Cristine Dias – COSEMS/BA

Tânia Margarida de Novaes Rocha – SESAB/APG/COPRI

## **Colaboradores**

Alan Silva Reis

Adilza Souza dos Reis Mineiro

Ari Donizete Alves Junior

Cristiane Câmara Macêdo

Cristina Maria Meira de Melo

Denise Alves Benjamin

Eduardo Fernandes de Souza Filho

Eneida Manuela Barqueiro Sena Gomes

Felipe Fontes Costa Pinto

Hadson Namour Rocha de Mattos

Herlane Janise de S.O. dos Anjos

Itana Miranda dos Santos

Itanna Vytoria Sousa Serra

Jailma da Costa Sodré

Jamille dos Santos Queiroz

Jeyson Murayama

Joana Angélica Oliveira Molesini

Joselma Alves da Silva

Julio Jorge Musse Calzado

Larissa de Faro Valverde

Livia Maria Teles Matos Barbosa  
Lucitania Rocha de Aleluia  
Lutigardes Bastos Santana  
Madalena Braga  
Manoel Henrique de Miranda Pereira  
Marcia Ediméia Costa de Matos  
Maria Auxiliadora Cordova Christofaro  
Marielle Nogueira Alves Teles Monteiro  
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 SIGLAS E ABREVIATURAS

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	Coeficiente de Incidência
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde -10 <sup>a</sup> Revisão
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Copri	Coordenação de Planejamento Regional Integrado
Cosems	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde
CRU	Central de Regulação de Urgência
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCbV	Doenças Cerebrovasculares
DCV	Doenças Cardiovasculares
DENM	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
DIC	Doenças Isquêmicas do Coração
Divep	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DM	Diabetes Mellitus
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
EAS	Estabelecimento de Assistência à Saúde
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAESM	Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESB	Equipe Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FTE	<i>Full-Time Equivalent</i>
GCE	Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde
GTTM	Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional
GUT	Gravidade, Urgência e Tendência
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica

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

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

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Macrorregiões e Regiões de Saúde. Bahia, 2007.....	19
<b>Figura 2.</b> Razão de Mortalidade Materna segundo parâmetros da OMS. Bahia, 2023.....	35
<b>Figura 3.</b> Sistema Organização da RAS. ....	82
<b>Figura 4.</b> Percentual de serviços solicitantes dentre os elegíveis por Núcleo Regional de Saúde da Bahia, fevereiro a setembro de 2025.....	86
<b>Figura 5.</b> Matriz de Referência da Macrorregião Oeste, 2024-2027 .....	89

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica, pneumocócica e outras bactérias) e virais por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2011-2020* .....	29
<b>Tabela 2.</b> Número de amputações de membros inferiores e internação hospitalar com CID de Diabete mellitus, por alguns procedimentos. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2010-2019* ...	43
<b>Tabela 3.</b> Índice de dependência de serviços ambulatorial e hospitalar de alta complexidade por macrorregião de saúde. Bahia, 2021-2022* .....	71

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Pirâmide etária da população. MRS-Oeste, 2010 e 2019* .....	21
<b>Gráfico 2.</b> População residente por faixa etária e sexo. Macrorregião de Saúde Oeste Bahia, 2024* .....	21
<b>Gráfico 3.</b> Número de nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014 - 2023* .....	23
<b>Gráfico 4.</b> Número absoluto da população adulta indígena aldeada na Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia. ....	25
<b>Gráfico 5.</b> Número de casos e coeficiente de incidência da tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2010-2019* .....	27
<b>Gráfico 6.</b> Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2011-2020* .....	28
<b>Gráfico 7.</b> Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2011-2020* .....	30
<b>Gráfico 8.</b> Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2010-2019* .....	31
<b>Gráfico 9.</b> Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2010-2019*.....	33
<b>Gráfico 10.</b> Razão de mortalidade materna (RMM) por 100 mil NV. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2010-2019*.....	34
<b>Gráfico 11.</b> Taxa mortalidade infantil segundo faixa etária por 1.000 NV. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2010-2019* .....	36
<b>Gráfico 12.</b> Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por 1.000 NV. Estado da Bahia e Macrorregião de Saúde Oeste, 2010-2019* .....	37
<b>Gráfico 13.</b> Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres.	

Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2010-2019* .....	39
<b>Gráfico 14.</b> Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2010–2019* .....	40
<b>Gráfico 15.</b> Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na mesma faixa etária. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2010-2019*Fonte: SIM e IBGE, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 18/03/2021, sujeitos a alterações.....	42
<b>Gráfico 16.</b> Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2010-2019* .....	45
<b>Gráfico 17.</b> Taxa de internação por causas externas, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2010-2019*onte: SIH/SUS, 2021. *Dados coletados em 03/05/2021, sujeitos a alterações.....	45
<b>Gráfico 18.</b> Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024 .....	47
<b>Gráfico 19.</b> Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024 .....	48
<b>Gráfico 20.</b> Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024 .....	48
<b>Gráfico 21.</b> Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024.....	49
<b>Gráfico 22.</b> Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024 .....	49
<b>Gráfico 23.</b> Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024.....	50
<b>Gráfico 24.</b> Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2023*.....	51
<b>Gráfico 25.</b> Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2023*.....	51
<b>Gráfico 26.</b> Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014- 2023 .....	52
<b>Gráfico 27.</b> Proporção de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2013- 2023 .....	52
<b>Gráfico 28.</b> Proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014-2024 .....	53
<b>Gráfico 29.</b> Proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014-2024 .....	54
<b>Gráfico 30.</b> Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024 .....	54
<b>Gráfico 31.</b> Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Oeste Bahia, 2014-2023 .....	55
<b>Gráfico 32.</b> Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por	

mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024 .....	56
<b>Gráfico 33.</b> Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2022-2024 .....	57
<b>Gráfico 34.</b> Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2023* .....	59
<b>Gráfico 35.</b> Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014- 2024* .....	60
<b>Gráfico 36.</b> Proporção de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015 - 2023* .....	60
<b>Gráfico 37.</b> Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015 - 2023* .....	61
<b>Gráfico 38.</b> Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015 - 2023* .....	62
<b>Gráfico 39.</b> Hipertensos identificados na APS. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015 - 2023* .....	62
<b>Gráfico 40.</b> Proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015 - 2023* .....	63
<b>Gráfico 41.</b> Proporção de pessoas com Hipertensão arterial que teve o exame ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Oeste Bahia, 2018 - 2023* .....	64
<b>Gráfico 42.</b> Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos), por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (DENM). Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014 - 2023* .....	64
<b>Gráfico 43.</b> Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015 - 2023* .....	65
<b>Gráfico 44.</b> Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2019 - 2023* .....	66
<b>Gráfico 45.</b> Taxa de internação por causas externas, relacionadas a quedas, acidentes de transporte, agressões, lesões autoprovocadas voluntariamente e afogamento. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014 - 2023* .....	66
<b>Gráfico 46.</b> Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Oeste. Bahia, 2021. ....	68
<b>Gráfico 47.</b> Cobertura da APS. Macrorregião de Saúde/Bahia, 2021* .....	72
<b>Gráfico 48.</b> Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2013- 2024* .....	73
<b>Gráfico 49.</b> Número de leitos obstétricos e de leitos para Gestação de Alto Risco, existentes e necessários. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2022* .....	76
<b>Gráfico 50.</b> Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas à prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2022 .....	78

## LISTA DE MAPAS

<b>Mapa 1.</b> Municípios da Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2023 .....	20
<b>Mapa 2.</b> Municípios de Extrema pobreza. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2019* ..	22
<b>Mapa 3.</b> Beneficiários Assistência Médica Suplementar. Macrorregião de Saúde Oeste, 2019* .....	24
<b>Mapa 4.</b> Cobertura da APS. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2021 .....	72

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Dimensões e significado da pontuação na Matriz GUT. Bahia, 2021. ....	67
<b>Quadro 2.</b> Quantitativo de equipamentos, serviços, hospitalar, urgência e emergência e sistema logístico disponível para o SUS. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2022.....	75
<b>Quadro 3.</b> Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades, Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2022 .....	78
<b>Quadro 4.</b> Número de EAS com registro dos procedimentos da prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2022 .....	80
<b>Quadro 5.</b> Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Oeste do Estado da Bahia, 2025. ....	84
<b>Quadro 6.</b> Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Oeste do Estado da Bahia, 2025. ....	87
<b>Quadro 7.</b> Componentes habilitados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Oeste do Estado da Bahia, 2025. ....	88
<b>Quadro 8.</b> Diretrizes e objetivos Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2023 .....	92
<b>Quadro 9.</b> Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2025.....	94

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE OESTE .....</b>	<b>19</b>
2.1 População por sexo e idade.....	20
2.2 Municípios em situação de extrema pobreza.....	22
2.3 Nascidos vivos .....	23
2.4 População com Assistência Médica Suplementar .....	23
2.5 População indígena.....	24
<b>3. ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE.....</b>	<b>25</b>
3.1 Doenças infecciosas e parasitárias .....	26
3.2 Atenção à saúde materna e infantil .....	33
3.3 Neoplasias.....	38
3.4 Doenças do aparelho circulatório.....	40
3.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas .....	42
3.6 Morbimortalidade por causas externas .....	44
3.7 Atualização do estado de saúde.....	46
<b>3.7.1 Doenças infecciosas e parasitárias.....</b>	<b>47</b>
<b>3.7.2 Atenção à saúde materna e infantil .....</b>	<b>50</b>
<b>3.7.3 Neoplasias .....</b>	<b>58</b>
<b>3.7.4 Doenças do aparelho circulatório .....</b>	<b>61</b>
<b>3.7.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas .....</b>	<b>64</b>
<b>4. SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA .....</b>	<b>66</b>
<b>5 ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA.....</b>	<b>69</b>
<b>5.1 Organização .....</b>	<b>69</b>
<b>5.1.1 Índice de dependência macrorregional.....</b>	<b>70</b>
5.1.2 Cobertura da Atenção Primária à Saúde .....	71
5.1.3 Central de Regulação.....	73
<b>5.2 Infraestrutura .....</b>	<b>74</b>
5.3 Produção de serviço.....	79
<b>6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....</b>	<b>80</b>
<b>6.1 Sistema Organização da RAS.....</b>	<b>81</b>
<b>6.2 Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne).....</b>	<b>82</b>
<b>6.3 Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE) .....</b>	<b>84</b>
<b>6.4 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) .....</b>	<b>85</b>

<b>6.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) .....</b>	<b>88</b>
<b>6.6 Rede de Atenção às Doenças Crônicas .....</b>	<b>88</b>
<b>7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES .....</b>	<b>90</b>
<b>8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE .....</b>	<b>107</b>
<b>8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação .....</b>	<b>108</b>
<b>8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento .....</b>	<b>108</b>
<b>9. COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....</b>	<b>109</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>112</b>
<b>GLOSSÁRIO.....</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>122</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Este Plano Macrorregional de Saúde da Macrorregião de Saúde Oeste (MRS-Oeste) é o produto do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), previsto na Resolução Consolidação CIT n. 01 de 30 de março de 2021. O PRI tem por objetivo organizar de forma integrada as ações e os serviços de saúde, promovendo a equidade regional e fortalecendo o planejamento ascendente no SUS.

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

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

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

O conceito de RAS ficou assim definido:

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

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

do PRI.

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

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

O ponto de partida das discussões foi a Análise da Situação de Saúde (Asis) constante no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020/2023 do Estado da Bahia. A partir do PES, o grupo selecionou indicadores do estado de saúde da população, que foram agregados por seis áreas temáticas e, posteriormente, submetidos à Comissão Intergestores Bipartite, aprovados e publicados, via Resolução CIB/BA n. 018/2021.

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.

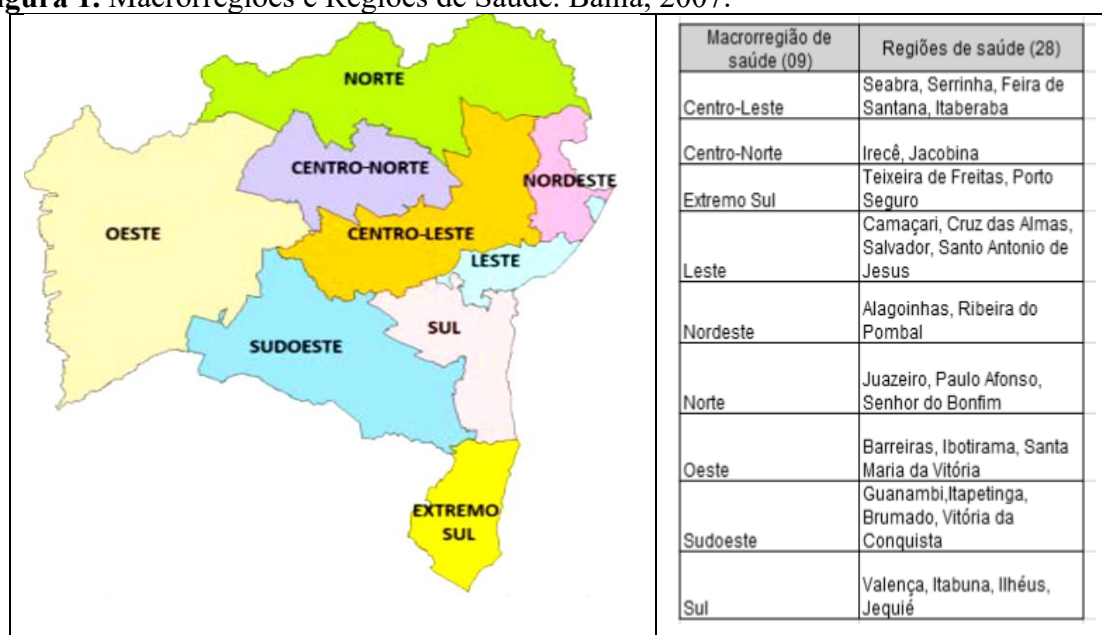
O Plano da MRS-Oeste, ora apresentado, é o resultado do processo do PRI e está

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 OESTE

Para implantação das políticas estaduais de saúde, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Bahia divide o espaço geográfico do estado em 09 (nove) Macrorregiões de Saúde (MRS) e 28 (vinte e oito) Regiões de Saúde (RS). A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) tem estruturas na sede de cada MRS, denominadas Núcleos Regionais de Saúde (NRS) que operam com escritórios descentralizados, denominados Bases Operacionais nas Regiões de Saúde (BORS) (Figura1).

**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, (CIB) realizada em 2018, a definição do território das macrorregiões de saúde para o processo do PRI foi publicada na Resolução CIB/BA no.167/2018<sup>4</sup> confirmando o desenho do PDR de 2007.

A MRS-Oeste tem, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma área territorial de 158.081,274 km<sup>2</sup> (2019), na qual residem 958.933 habitantes (IBGE, 2020), distribuídos em 36 municípios, cuja área de abrangência é composta por três Regiões de Saúde (RS): Barreiras, Ibotirama e Santa Maria da Vitória.

A Macrorregião de Saúde Oeste (MRS-Oeste) tem na sua abrangência 36 municípios, destes: 20 com menos de 20 mil habitantes, 15 entre 20 e 100 mil habitantes e 1 com mais de 100 mil habitantes.

Os municípios da macrorregião são: Angical, Baianópolis, Barra, Barreiras, Bom

Jesus da Lapa, Brejões, Brotas de Macaúbas, Buritirama, Canápolis, Catolândia, Cocos, Coribe, Correntina, Cotegipe, Cristópolis, Formosa do Rio Preto, Jaborandi, Ibotirama, Ipupiara, Jaborandi, Luís Eduardo Magalhães, Mansidão, Morpará, Muquém do São Francisco, Oliveira dos Brejinhos, Paratinga, Riachão das Neves, Santa Rita de Cássia, Santana, São Desidério, São Félix do Coribe, Serra do Ramalho, Serra Dourada, Sítio do Mato, Tabocas do Brejo Velho e Wanderley (Mapa 1).

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



*Fonte: PDR\BA, 2007*

A área de abrangência da MRS-Oeste agrega três Regiões de Saúde (RS): Barreiras, onde está localizada a instância administrativa desconcentrada da Sesab, o Núcleo Regional de Saúde (NRS); e 02 (duas) Bases Operacionais localizadas nos municípios de Ibotirama e Santa Maria da Vitória.

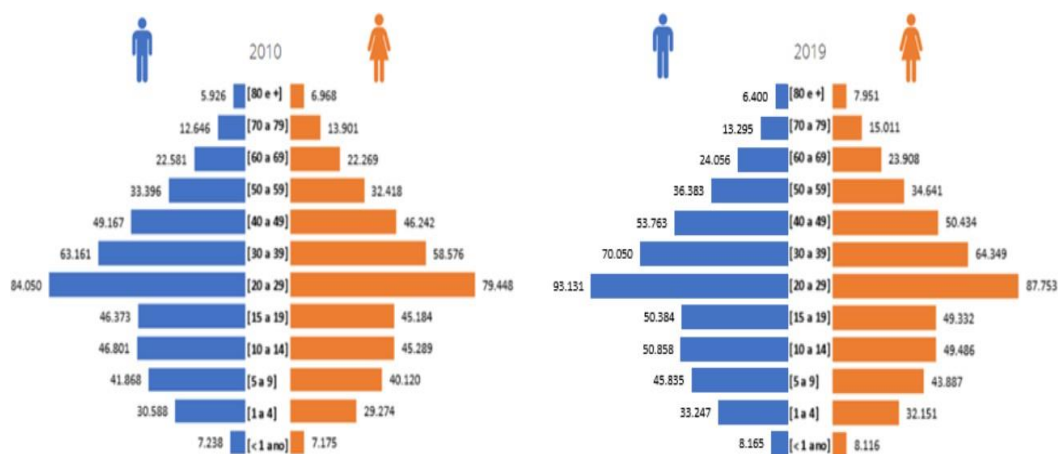
## 2.1 População por sexo e idade

Em 2010 contava com uma população de 870.659 habitantes, e, em 2019 com 952.586 habitantes representando neste ano 6,4% da população do Estado da Bahia. Nos anos de 2010 e 2019: a faixa etária de maior concentração está entre 20 e 29 anos, representando 19% e 18% da população total respectivamente; a distribuição por sexo é, praticamente, idêntica para homens e mulheres (51% para homens e 49% para mulheres); a

partir de 70 anos maior proporção de mulheres.

Quanto a estrutura etária da população, quando se compara os anos de 2010 e 2019 os dados mostram uma transformação em curso com adensamento na faixa etária de pessoas idosas: em 2010, 9,5% tinha mais de 60 anos e 28,5% menos de 15 anos, enquanto em 2019 esses valores eram 9,7% e 29%, respectivamente; queda na participação das faixas etárias mais jovens e comportamento inverso nas faixas etárias mais elevadas indicando um aumento da população envelhecida (Gráfico 1).

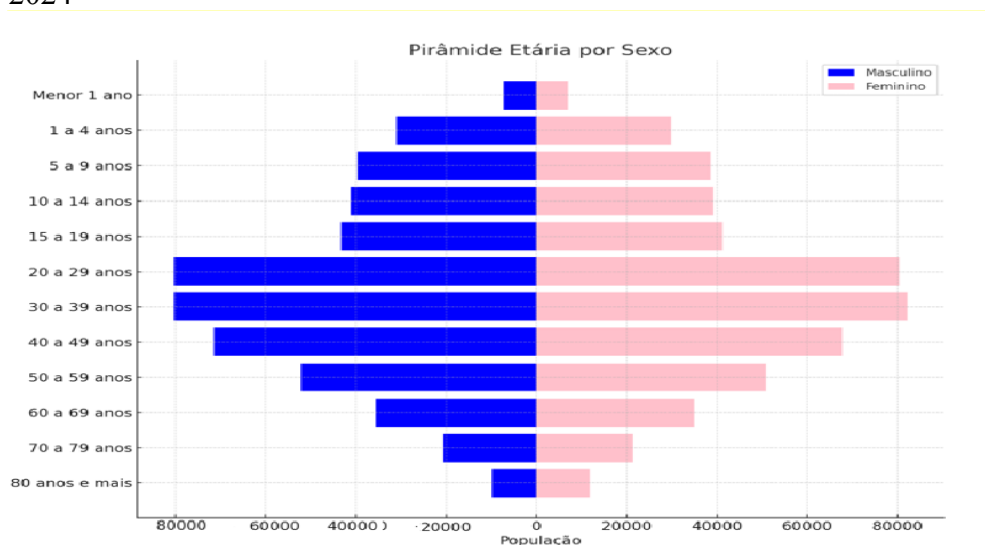
**Gráfico 1.** Pirâmide etária da população. MRS-Oeste, 2010 e 2019\*



Fonte: IBGE, 2022 \*Dados coletados em 08.04.2022

Considerando a população em 2024, a análise dos dados revela uma concentração significativa de indivíduos nas faixas etárias entre 20 a 29 e 40 a 49 anos (Gráfico 2).

**Gráfico 2.** População residente por faixa etária e sexo. Macrorregião de Saúde Oeste Bahia, 2024\*



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

## 2.2 Municípios em situação de extrema pobreza

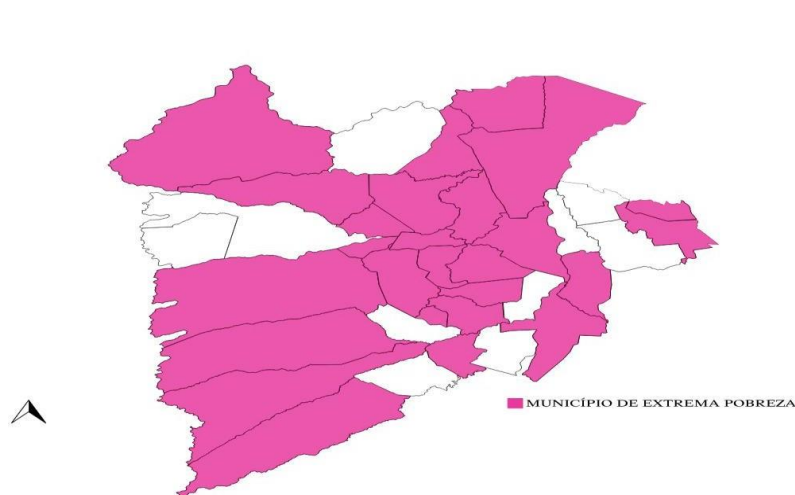
Pobreza é definida como a falta de acesso a serviços essenciais (saneamento básico, saúde, educação, energia elétrica, entre outros), a bens de consumo, sobretudo alimentos e a bens materiais necessários para a manutenção da vida em condições básicas<sup>5</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS)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

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

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

Do total de 36 (trinta e seis) municípios da MRS-Oeste 26 (vinte e seis) estão classificados como municípios em situação de extrema pobreza o que corresponde a 72% da macrorregião.

**Mapa 2.** Municípios de Extrema pobreza. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2019\*



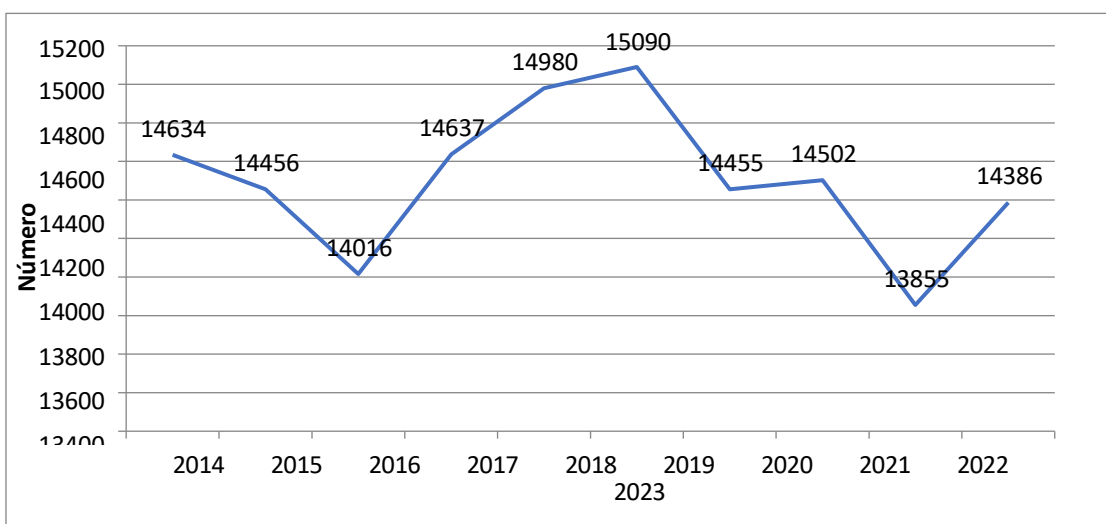
Fonte: IBGE. \* Dados coletados em 08/04/2022, sujeito a alterações.

Na análise dos anos de 2010 e 2019, houve aumento da população que vive em situação de extrema pobreza (32.458 habitantes da macrorregião). No ano de 2010, a população total da MRS-Oeste era de 870.659 habitantes, com 56,6% dessa população (493.038 habitantes) vivendo nos 26 (vinte e seis) municípios em situação de extrema pobreza. No ano de 2019 a população desses municípios totalizava 525.496 habitantes (55,2% da população total da macrorregião de 952.586 habitantes)<sup>7</sup>

### 2.3 Nascidos vivos

O Gráfico 3 apresenta o número de nascidos vivos. A análise dos dados revela uma tendência geral de variação no número de nascidos vivos ao longo dos anos, com maior número de NV em 2019, e o menor valor em 2022.

**Gráfico 3.** Número de nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014 - 2023\*



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

### 2.4 População com 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<sup>8</sup>. No modelo atual, o foco é o tratamento de doenças já instaladas, seja para a cura ou para a melhoria dos sintomas.

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

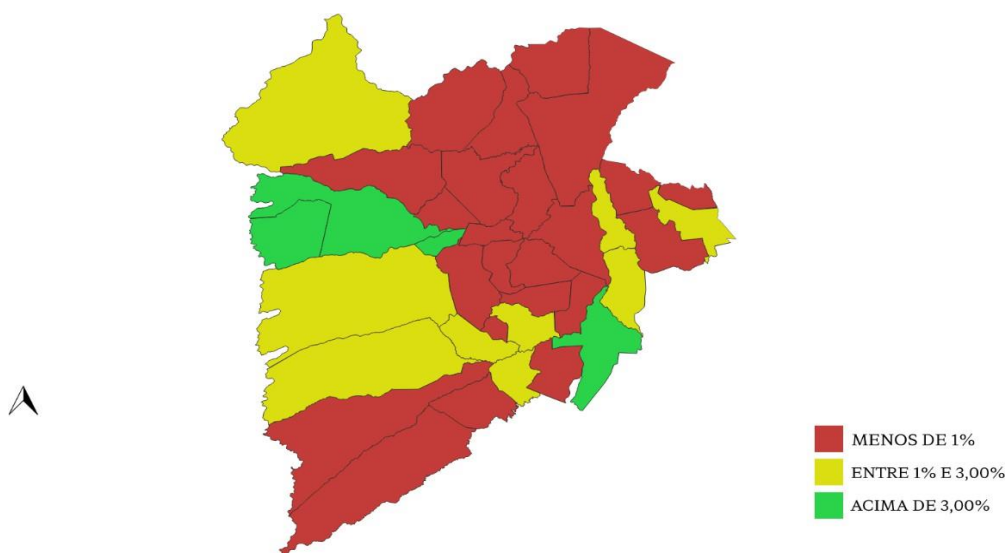
25.356.245 milhões, exclusivamente, em planos odontológicos.

Na Bahia, neste mesmo ano, 2,47% da população contava com assistência médica suplementar. Em 2019, a cobertura de plano de saúde médico ou odontológico foi estimada em 28,5%.<sup>9</sup>

Analisando a MRS-Oeste o número de beneficiários de Planos de Assistência Médica Suplementar, no ano de 2019, era de 28.550 beneficiários o que equivale a 3% do total da população (962.586 hab.) e mostra que 97% da população depende, exclusivamente, do SUS.

Os municípios com o maior percentual de beneficiários de planos de saúde suplementar na MRS-OE são: Barreiras (8,4% Luís Eduardo Magalhães (7,66%), Catolândia (4,84%) e Bom Jesus da Lapa (3,45%). Do total de 36 (trinta e seis) municípios da macrorregião, 23 (vinte e três) têm assistência suplementar abaixo de 1% de cobertura, 9 (nove) entre 1% e 3% de cobertura, e 4 (quatro) acima de 3% de cobertura (Mapa 3)

**Mapa 3.** Beneficiários Assistência Médica Suplementar. Macrorregião de Saúde Oeste, 2019\*.



Fonte: Agência Nacional de Saúde. \*Dados extraídos em 29 de agosto de 2022

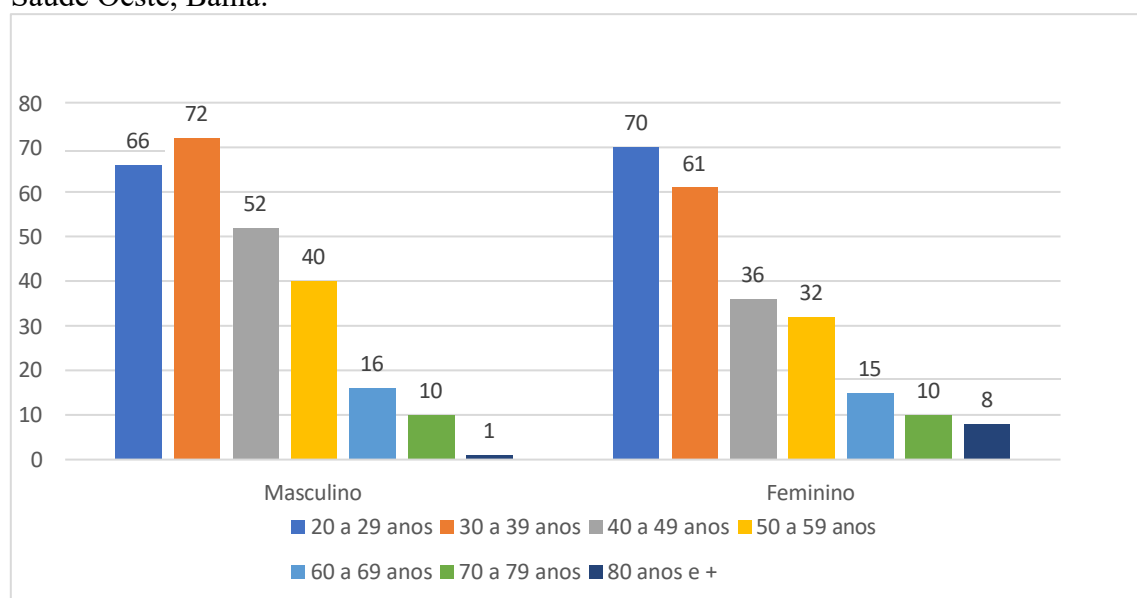
## 2.5 População indígena

Considerando o total da população indígena residente na MRS-Oeste (791) há predominância masculina dentro das aldeias o que, segundo o do Censo IBGE/2010, coincide com o perfil demográfico das aldeias de todo país.

Na MRS-Oeste o número de homens representa 52% (414) do total a população indígena. Quanto à população aldeada infanto-juvenil, segundo faixa etária a MRS-Oeste totalizava, no ano de 2020: 96 na faixa etária de 12 a 17 anos (35,5%); 66 (24,4%)

entre 4 a 7 anos; e, 41 (15,18%) de 6 meses a 3 anos. Os dados referentes à distribuição por sexo e faixa etária mostram prevalência da população masculina na faixa etária de 30 a 39 anos enquanto na feminina predomina a de 20 a 29 anos. Quanto à população indígena idosa, na MRS – Oeste, de 4,9%, do total (Gráfico 4).

**Gráfico 4.** Número absoluto da população adulta indígena aldeada na Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia.



Fonte: SESAI, 2020

### 3. ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE

A Análise da Situação de Saúde (Asis) é a etapa do PRI que descreve o estado de saúde da população, com os indicadores selecionados a partir do PES - BA 2020/2023<sup>2</sup> para definição da prioridade sanitária em 2021. Posteriormente, no ano de 2025 foi realizada uma atualização desta análise que possibilitou a definição de metas e Indicadores, etapa essencial na modelagem, monitoramento e avaliação das prioridades sanitárias, conforme previsto em normativas como a Consolidação CIT nº 1/2021<sup>1</sup>.

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

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

### 3.1 Doenças infecciosas e parasitárias

O capítulo I da Classificação Internacional de Doenças (CID) 10 agrupa doenças infecciosas (aquelas cujo agente etiológico pode ser bactérias, vírus, riquetsias, clamídias ou fungos) e, doenças parasitárias (aquelas transmitidas por protozoários, helmintos, artrópodes que atuam como hospedeiros intermediários). Algumas doenças deste capítulo são classificadas como vetoriais quando transmitidas por vetores (propagadas por organismos intermediários que podem ser mosquitos, carrapatos ou roedores, que transmite para humanos).

Doenças infecciosas são causadas por agentes patogênicos ou seus produtos tóxicos, transmitidos de pessoas, animais ou reservatórios infectados para indivíduos suscetíveis. O comportamento das doenças infecciosas, na comunidade, varia em cada ponto no tempo e no espaço.<sup>10</sup>

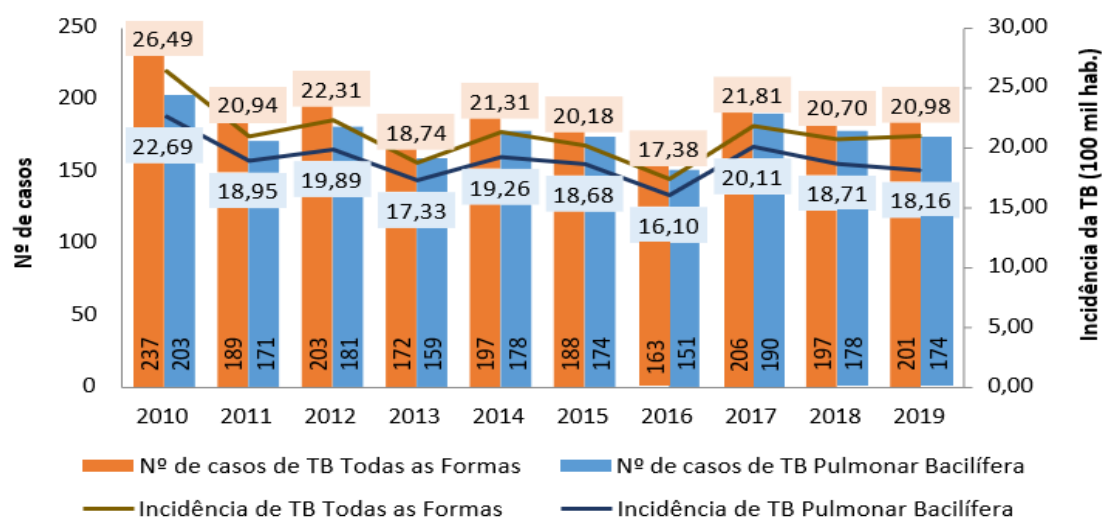
A Resolução CIB/BA nº 018/2021<sup>3</sup>, define para análise entre as doenças infecciosas indicadores referentes à tuberculose, à Aids e HIV, à meningites e hepatites bacterianas e virais.

Segundo o PES/2020-2023<sup>2</sup>, não houve mudanças significativas na taxa de mortalidade por tuberculose no período 2011-2013, na Bahia. Nos anos 2018-2019 manteve-se igual tendência, com taxa de mortalidade de 2,12 e 2,14 por 100 mil habitantes respectivamente. Na MRS-Oeste, período 2011-2019, ocorreram oscilações com valores sempre abaixo aos do estado; chama atenção o ano de 2013, quando a taxa de mortalidade na macrorregião atingiu 2,41 enquanto a da Bahia foi de 2,99 por 100 mil habitantes<sup>11</sup>.

A análise da morbimortalidade por TB tem por objetivo estimar o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose ou morrer da doença em qualquer de suas formas clínicas, Gráfico 5. A ocorrência de casos indica a persistência de fatores favoráveis à propagação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Portanto, analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de tuberculose deve fazer parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença

objetivando subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da tuberculose em áreas e populações de risco (diagnóstico precoce e tratamento quimioterápico específico).<sup>12</sup>

**Gráfico 5.** Número de casos e coeficiente de incidência da tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilifera por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2010-2019\*

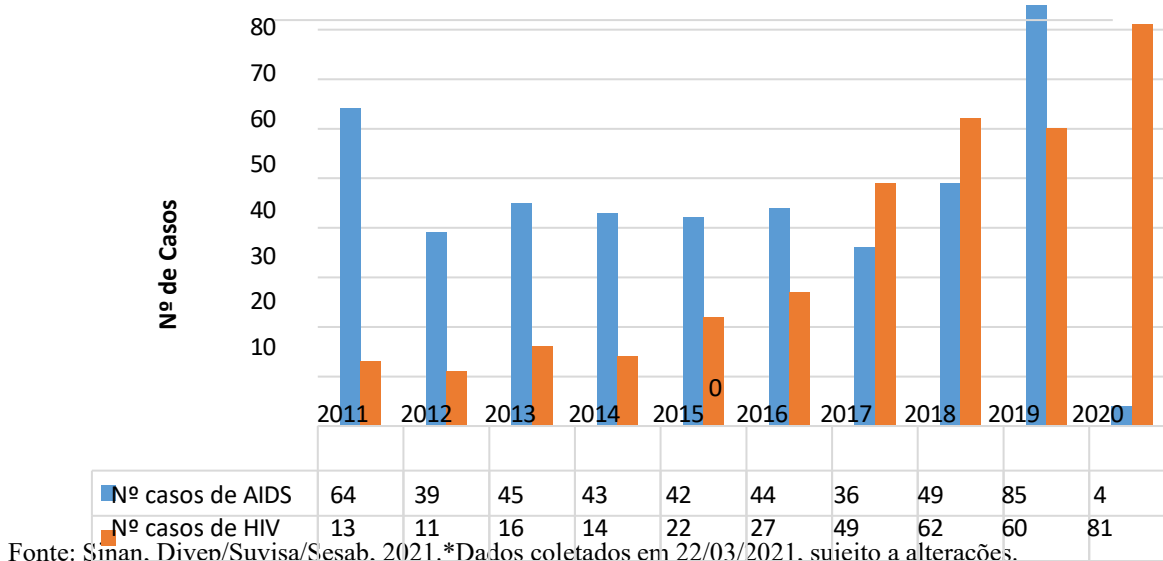


Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. \*Dados coletados em 19/03/2021, sujeitos a alterações.

Relativamente ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), doença crônica que leva à perda progressiva da imunidade celular e, conseqüentemente, ao aparecimento de infecções oportunistas. O HIV é um retrovírus que apresenta propriedades como período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença; infecção das células do sangue e do sistema nervoso; e supressão do sistema imune. A transmissão do vírus é via relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas contaminadas ou por transmissão vertical (TV) – de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação – quando não se tomam as devidas medidas de prevenção.<sup>13</sup>

Na análise da distribuição dos casos de Aids e contaminação pelo HIV, na série histórica, 2011-2020, constata-se que na MRS-Oeste houve redução do número de casos de Aids (64 casos em 2011 e 49 em 2018) voltando a crescer em 2019 (85 casos, representando 57,65%). Quanto ao número de casos de HIV houve crescimento (13 casos em 2011 e 81 em 2020) (Gráfico 6)

**Gráfico 6.** Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2011-2020\*



O Coeficiente de Mortalidade por Aids na Bahia apresentou tendência de estabilidade no período 2011-2020, com pequenas variações por 100 mil habitantes. Na MRS Oeste houve oscilação: menor valor de 0,9 em 2016 e maior valor (2,20) em 2017 e 2018.<sup>14</sup>

Os indicadores desta macrorregião sugerem condições favoráveis à transmissão da doença, por via sexual, sanguínea ou por transmissão vertical, nesta macrorregião, o que reflete na situação da infecção pelo HIV, no período 2011-2020. Avaliar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de Aids como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica contribui para a orientação e avaliação das ações de controle da doença<sup>15</sup>

Embora vários tipos de agentes possam desencadear as **meningites** - doenças infecciosas que desenvolvem processo inflamatório nas membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal - no Brasil são as bacterianas e virais os tipos mais frequentes.

A vacinação é a principal medida na prevenção da doença bacteriana<sup>16</sup>. A meningite é considerada doença endêmica no país, com número de casos esperado ao longo de todo o ano, com característica de sazonalidade: aumento das formas bacterianas no inverno e das virais no verão.

De 2011 a 2020 foram confirmados 7.456 casos de meningites na Bahia e a

meningite viral foi responsável por 47% (3.508) do total das notificações.

Em 2020 ocorreu redução acentuada no CI para todos os tipos de meningites, possivelmente em decorrência de medidas de controle adotadas durante a pandemia de Covid-19, as quais contribuíram para a queda do número de casos<sup>17</sup>.

Com a implantação da vacina meningocócica “C”, no calendário básico de vacinação da criança no início de 2010, houve decréscimo no CI na Bahia e, nos anos subsequentes, em todas as macrorregiões<sup>2</sup>.

Na MRS-Oeste o decréscimo não foi linear, houve oscilação nesse período: o menor 0 (zero) em 2012, 2019 e 2020 e o maior (0,90)/por 100 mil habitantes, em 2011 (Tabela 1).

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

Ano Início Sintomas	Viral	Outras Bactérias	Meningocócica	Pneumocócica
2011	0,57	0,57	0,90	0,34
2012	0,45	0,22	0	0,22
2013	0,21	0,11	0,42	0,32
2014	0,31	0,42	0,10	0,21
2015	0,72	1,03	0,21	0,10
2016	0	0,41	0,31	0,10
2017	0,10	0,61	0,41	0,20
2018	0,32	0,53	0,11	0,21
2019	0,63	0,10	0	0,21
2020	0	0	0	0,10

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

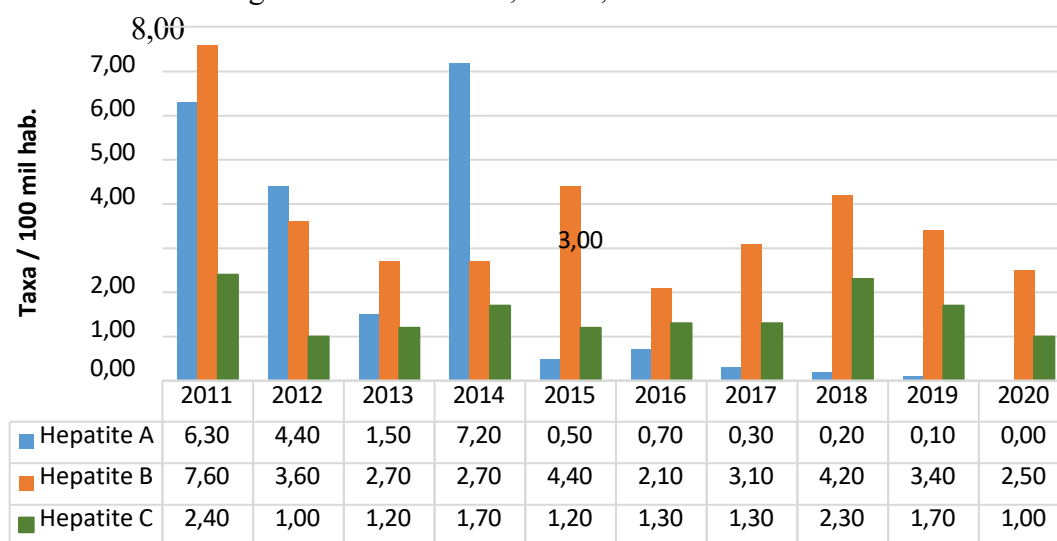
Entre as meningites por outras bactérias, as provocadas pelos bacilos *Mycobacterium tuberculosis* e *Haemophilus influenza* são passíveis de prevenção por meio das vacinas BCG, Hib e Pentavalente e coberturas elevadas desses imunizantes impactam, significativamente, o número de casos e óbitos dessas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

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

frequentemente, tornam crônicas<sup>18</sup>.

No período 2011-2020 o Estado da Bahia apresentou oscilação na taxa de detecção dos três tipos de hepatites virais<sup>17</sup>, por 100 mil habitantes constatando q MRS-Oeste acompanha a tendência do Estado. É expressiva a tendência de queda com relação ao vírus tipo “A” o que pode ser atribuído a alguns fatores: disponibilidade da vacina para menores de 05 (cinco) anos na rede pública de saúde, melhoria nas condições de higiene da população e na ampliação do saneamento básico. Quanto a hepatite “B”, a taxa decresce: 7,6 (2011) e 3,4 (2019) por 100 mil habitantes. Essa tendência pode estar relacionada com maior atuação das vigilâncias epidemiológicas municipais e com a implementação da realização dos testes rápidos na atenção básica. Em relação à hepatite “C”, foram introduzidas novas drogas com menos efeitos colaterais e maior eficácia no ano 2015, ainda assim constata-se oscilação na série histórica analisada, de 2,4 (2011) e 2,3 (2018) por 100 mil habitantes (Gráfico 7).

**Gráfico 7.** Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2011-2020\*



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

Atualmente existem testes rápidos disponíveis no SUS para a detecção da infecção pelos vírus “B” e “C”. Quanto a hepatite “B”, a vacina é ofertada nas maternidades e Unidades Básicas de Saúde (UBS), de maneira universal e gratuita pelo SUS e a hepatite “C”, que não dispõe de vacina que confira proteção, mas há medicamentos que permitem a cura.

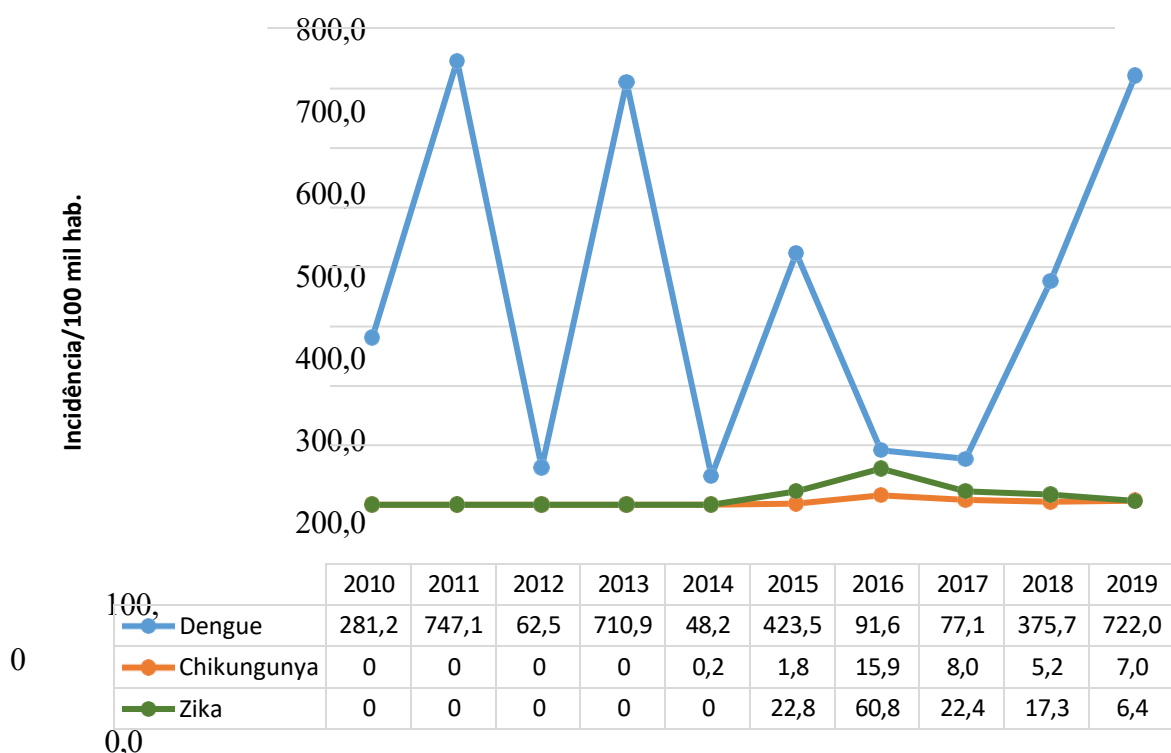
Os dados apresentados evidenciam que as doenças destacadas (tuberculose, Aids

e HIV, meningites e hepatite) configuram problemas de saúde pública, logo são desafios para os programas de prevenção e reforçam a necessidade de integração entre as áreas de vigilância epidemiológica e a rede assistencial.

Conforme a enfermidade as ações são direcionadas para a imunização das populações, diagnóstico precoce e tratamento adequado dos doentes, visando interromper a cadeia de transmissão.<sup>19</sup>

Quanto às doenças vetoriais, as arboviroses (dengue, chikungunya, zika, febre amarela e malária)<sup>20</sup> e a leishmaniose visceral, são de maior magnitude no Estado. Ao analisar a série histórica 2010-2019 da taxa de incidência da chikungunya e zika na MRS-Oeste as maiores taxas ocorreram em 2016, exceto a dengue que apresentou oscilação com maiores taxas em 2013, 2016 e 2019 (Gráfico 8).

**Gráfico 8.** Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2010-2019\*



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

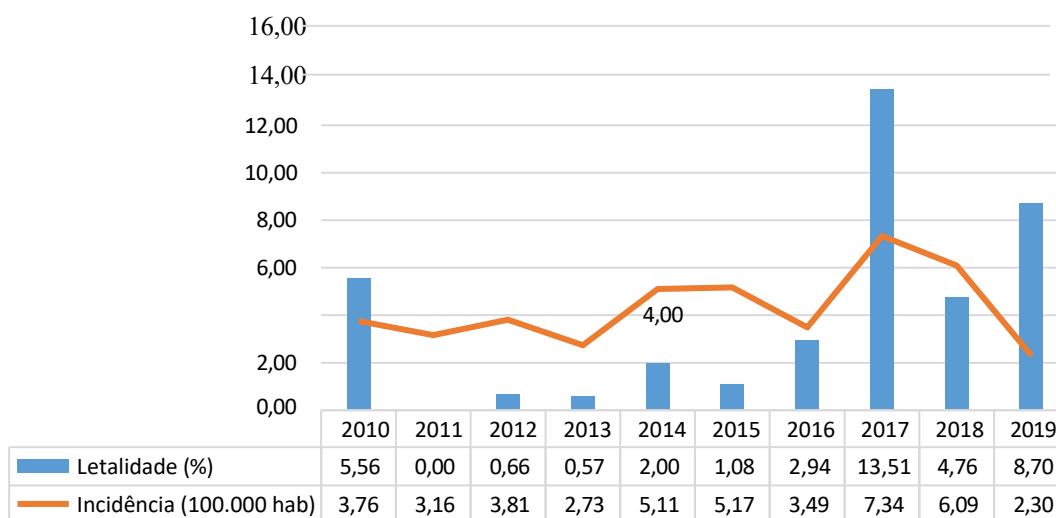
Quanto à febre amarela - doença infecciosa grave, causada por vírus e transmitida por vetores - a forma mais grave da doença é rara e costuma aparecer após breve período de bem-estar (até dois dias) quando podem ocorrer insuficiências hepática

e renal, icterícia (olhos e pele amarelados), manifestações hemorrágicas e cansaço intenso. No ciclo silvestre, em áreas florestais, o vetor da febre amarela é principalmente o mosquito *Haemagogus*; no meio urbano, a transmissão ocorre por intermédio do mosquito *Aedes aegypti*, o mesmo que transmite a dengue.<sup>21</sup> Nos últimos dez anos não houve casos autóctones (transmissão dentro de uma área) confirmados de febre amarela no Estado da Bahia, considerado indene desde 1942.<sup>17</sup> A estimativa de risco considera todos os casos notificados porque mesmo que a pessoa doente proceda de outras áreas, a presença do vetor pode desencadear epidemia no Estado. Importante considerar que estas doenças vetoriais estão relacionadas a fatores e situações como mudanças climáticas, desmatamento, migração populacional, ocupação desordenada de áreas urbanas e precariedade das condições sanitárias que favorecem a amplificação e transmissão viral é essencial a identificação precoce dos casos para a oportuna implementação de ações e medidas preventivas e de tratamento. Nesse contexto campanhas de educação sanitária e a vigilância devem se parte de programas de controle das doenças em humanos e animais domésticos.

No grupo de doenças vetoriais a leishmaniose visceral, conhecida como calazar, esplenomegalia tropical e febre dundun, doença Infecciosa e não contagiosa é transmitida para humanos por meio do cão infectado e da presença do vetor e não existe transmissão entre pessoas.<sup>22</sup> A endemicidade, na Bahia, está em franca expansão ao analisar a série histórica de número de casos e incidência de 2010- 2018<sup>2</sup>: presente em 191 dos 417 municípios baianos, classificados como de média e baixa transmissão. O agravo apresenta comportamento cíclico e tendência de redução de número de casos.

Registraram-se 3.564 casos novos confirmados de leishmaniose visceral humana (LVH), com média de 324 casos por ano. As maiores incidências foram 3,4 (2014) casos por 100 mil habitantes e 3 casos/por 100 mil habitantes, em 2010.<sup>17</sup> Na MRS- Oeste, a variação do CI foi 7,34 (2017) e 2,30 (2019) casos por 100 mil habitantes. A macrorregião apresentou a maior letalidade da doença em 2017, supõe-se estar atrelada ao diagnóstico tardio, presença de comorbidades e complicações (Gráfico 9).

**Gráfico 9.** Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2010-2019\*



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

Atualmente, as principais doenças vetoriais sujeitas a controle são: dengue, malária, leishmanioses, doença de chagas e febre amarela. Medidas de controle vetorial não são utilizadas em todos os programas de controle de doenças transmitidas por vetores; apenas nos programas de controle da dengue e na prevenção da febre amarela urbana, da malária, da doença de chagas, da peste e da leishmaniose visceral – eventualmente da leishmaniose tegumentar americana.

Na análise das perspectivas atuais de controle das doenças vetoriais no Brasil, é importante considerar três aspectos: a urbanização, a transformação do caráter rural dessas doenças para transmissão urbana ou periurbana e a descentralização das atividades de controle para municípios<sup>23</sup>.

### 3.2 Atenção à saúde materna e infantil

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

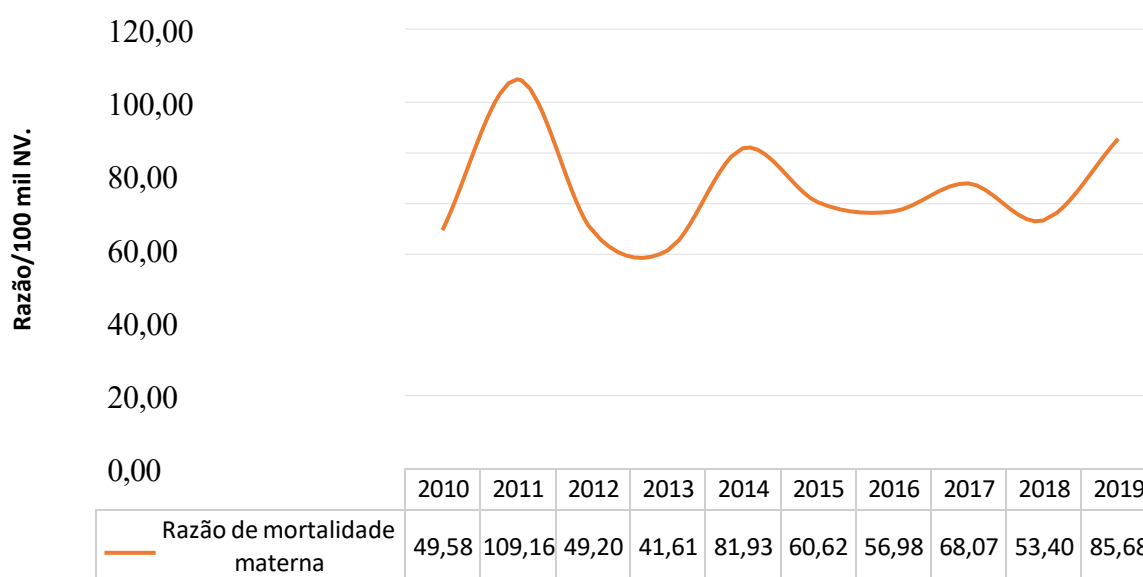
Esse tema pressupõe um modelo de atenção que garanta às mulheres e às crianças assistência humanizada e de qualidade. Para tanto, o foco das ações deve ser a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal; as boas práticas na atenção ao parto e

nascimento; e a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses<sup>24</sup>. A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação, parto ou no período de 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada com a gravidez, não incluídas causas acidentais ou incidentais<sup>25</sup>. Porém, nem todo óbito materno é registrado corretamente no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Frequentemente as causas declaradas registram a causa terminal das afecções ou lesões que sobrevieram por último na sucessão dos eventos que culminaram com a morte, o que mascara a causa básica e dificulta a identificação do óbito materno. A redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um dos principais indicadores da qualidade da atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo.

O Brasil conseguiu reduzir a RMM em 8,4% entre 2017 e 2018, apresentando nesse ano a razão de 59,10 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. A Bahia apresentou redução similar à do país e atingiu o número 51,12 de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos em 2019<sup>26</sup>. Na curva da RMM da macrorregião, no período 2010-2019, observa-se oscilação entre 109,16 (2011) e 41,61 (2013) óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

Em 2018 a macrorregião chegou a 53,40 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, valor próximo ao do Brasil. Vale salientar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como parâmetro até 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (Gráfico 10).

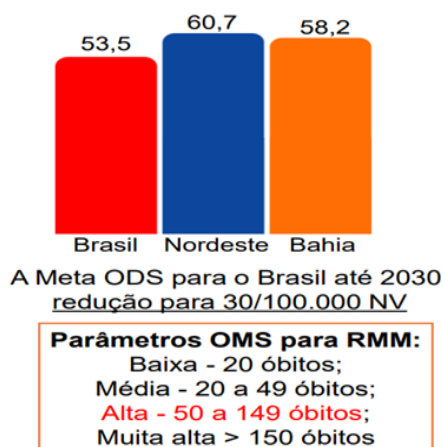
**Gráfico 10.** Razão de mortalidade materna (RMM) por 100 mil NV. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2010-2019\*



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

Nos últimos anos a RMM tem sido uma das prioridades do SUS o que expressa o reconhecimento desse indicador como problema social e político. No Estado da Bahia, o Decreto nº 10.263/2007 incluiu o óbito materno entre os eventos de notificação compulsória e investigação imediata em todo território baiano. Segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS) a RMM e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é uma relação a ser considerada no desenvolvimento de políticas e programas de atenção materna e infantil (Figura 2).

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



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

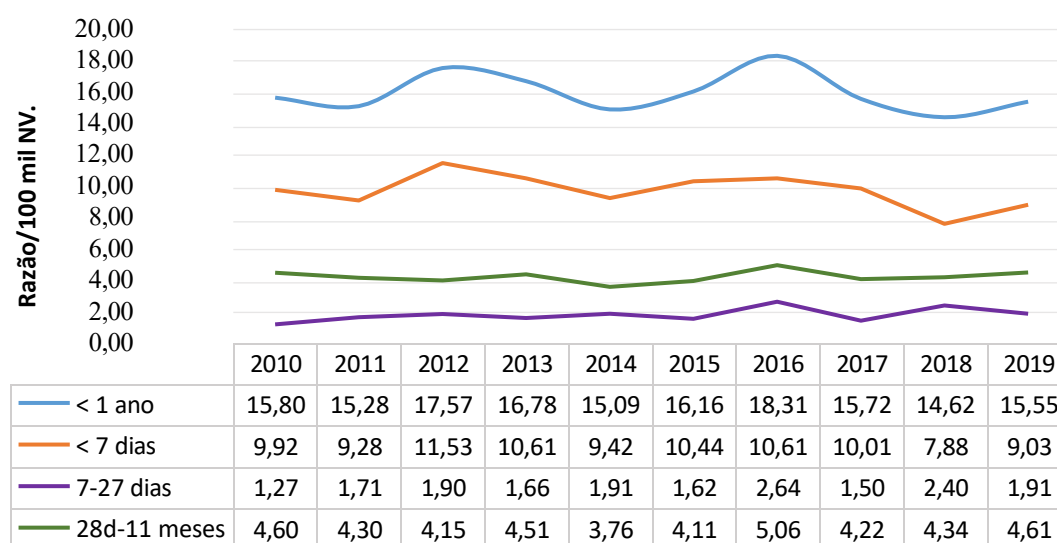
Em relação à saúde da criança, a taxa de mortalidade infantil é o indicador de maior representatividade estatística para os óbitos de crianças de até 12 (doze) meses por mil nascidos vivos no período de um ano. Na MRS-Oeste para cada mil nascimentos, a taxa de mortalidade infantil teve redução de 18,31 (2016) para 14,62 (2018), ainda acima do parâmetro da OMS (índice de 10 (dez) mortes para cada mil nascimentos).

A análise dos óbitos em menores de 1 (um) ano na macrorregião revela que não houve uma redução no risco de morte em todos os componentes do óbito infantil de forma geral. O estudo desagregado dos componentes revela maior decréscimo da taxa de mortalidade no período neonatal precoce (< 7 dias de vida) de 9,92 (2010) para 9,03 (2019); a mortalidade no período neonatal tardio (7-27 dias) apresenta crescimento nas taxas no período analisado, 1,27 (2010) para 1,91 (2019) e indicam fragilidades na

atenção ao pré-natal e parto.

O componente pós-neonatal apresentou estabilidade, maior taxa 5,06 (2016); o que expressa melhorias socioeconômicas e investimentos na atenção à saúde no início da vida, como a elevação das coberturas vacinais e a prevenção de doenças prevalentes na infância (Gráfico 11).

**Gráfico 11.** Taxa mortalidade infantil segundo faixa etária por 1.000 NV. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2010-2019\*



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

Quando os óbitos infantis em menores de um ano foram analisados por grupos de causas, observou-se que na série histórica 2010-2019 as principais causas estão relacionadas à septicemia bacteriana do recém-nascido, transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer e desconforto respiratório do recém-nascido<sup>27</sup>.

Quanto ao indicador da incidência de sífilis em gestante e sífilis congênita, o Brasil tem apresentado aumento acelerado das taxas nos últimos anos, considerada grave situação de saúde pública, por ser a sífilis uma doença curável, de fácil diagnóstico e de baixo custo de tratamento.

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

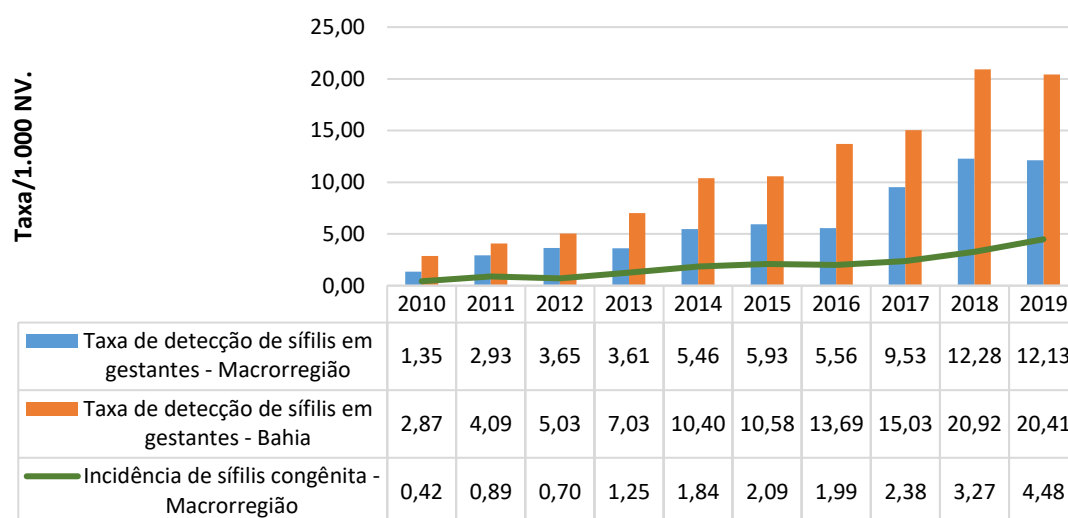
igual a 0,5 casos para cada mil nascidos vivos, por três anos consecutivos<sup>28</sup>.

Por ser uma doença evitável, a sífilis congênita demonstra a necessidade de avaliação dos processos de atenção à saúde da população e das gestantes. Importante evidenciar que o diagnóstico e tratamento adequado da população geral diminuem de forma considerável a probabilidade de uma mulher estar com sífilis ao engravidar<sup>29</sup>.

A ocorrência de sífilis tanto em gestantes quanto em recém-nascidos revela falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes para a prevenção da doença<sup>20</sup>. Na gestação, a sífilis pode causar abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido. Para se eliminar a sífilis congênita é importante diagnosticar e tratar a gestante<sup>29</sup>. Os dados demonstram crescimento expressivo na taxa de detecção da sífilis na Bahia, no período 2010-2019.

A MRS-Oeste apresentou o mesmo comportamento, mas com taxas inferiores, e passou de 1,35 para 12,13 por mil nascidos vivos. Apesar de ter aumentado o diagnóstico da gestante, a incidência de sífilis congênita na macrorregião ainda é considerada elevada e mostra que houve falha no pré-natal. Alguns aspectos, como detecção precoce, tratamento oportuno e adequado da gestante e suas parcerias merecem atenção no processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) (Gráfico 12).

**Gráfico 12.** Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por 1.000 NV. Estado da Bahia e Macrorregião de Saúde Oeste, 2010-2019\*



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

A Atenção Materna e Infantil estava contemplada nos indicadores da Pactuação Interfederativa (Indicador 8 – nº de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano, segundo local de residência; Indicador 15 - óbito infantil por mil nascidos vivos segundo local de residência e Indicador 16 - óbito materno segundo local de residência), os quais exigem dos gestores o compromisso de assumir metas anuais. As políticas públicas para essa área foram definidas evoluindo dos aspectos meramente reprodutivos até aqueles mais amplos, voltados para garantir a melhor condição de saúde e de vida para a mulher e para a criança. Nas últimas décadas, com o auxílio do governo e da sociedade, houve progressão no atendimento por essa perspectiva, entretanto, apesar da evolução observada, conclui-se que o grande desafio ainda se encontra na redução da morbimortalidade materna, neonatal e infantil.

### 3.3 Neoplasias

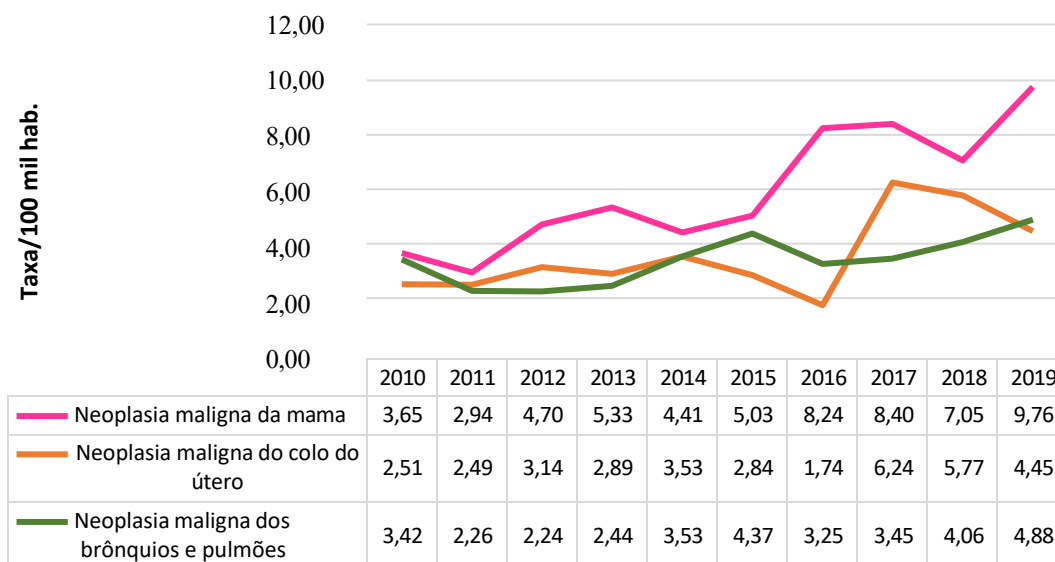
As neoplasias estão agrupadas no capítulo II da CID 10<sup>30</sup>. A doença apresenta-se em vários órgãos do corpo humano nas formas benignas ou malignas. Ao contrário do câncer, neoplasia maligna, as neoplasias benignas têm crescimento de forma organizada, em geral lento, e apresenta limites bem nítidos. Na Bahia, as neoplasias oscilaram entre o quarto e terceiro maior grupo de causas de morte no Estado, no período 2010-2017 e contribuíram com 13,20% do total de mortes<sup>2</sup>. Na MRS-Oeste ficou entre quarto e quinto lugar, no período 2010-2013; em 2014 no quarto lugar, no terceiro lugar em 2018<sup>31</sup>.

No Brasil as mortes do sexo feminino por neoplasias apresentam o câncer de mama como causa mais frequente<sup>2</sup>, mesma situação encontrada na MRS-Oeste quando analisa a série histórica 2010-2019, cuja taxa de óbitos evoluiu de 3,65 para 9,76 por 100 mil mulheres. A segunda e terceira principal causa de morte variam entre o câncer do colo do útero e o câncer dos brônquios e pulmões.

O câncer do colo do útero, prevalente na macrorregião, apresenta a taxa de 4,45 (2019) por 100 mil mulheres e demonstra a necessidade de rastreamento por meio da realização do exame citopatológico do colo do útero.

O câncer dos brônquios e pulmões teve crescimento e alcançou a taxa de 4,88 por 100 mil mulheres, em 2019 (Gráfico 13).

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



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

O Estado e a macrorregião podem utilizar os dados de metas alcançadas da vacinação para HPV e dos indicadores da Pactuação Interfederativa (Indicador 11: *Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária*; e o Indicador 12: *Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população da mesma faixa etária*)<sup>32</sup> para auxiliar o monitoramento e avaliação da situação de atenção à saúde das mulheres e ações de prevenção do câncer.

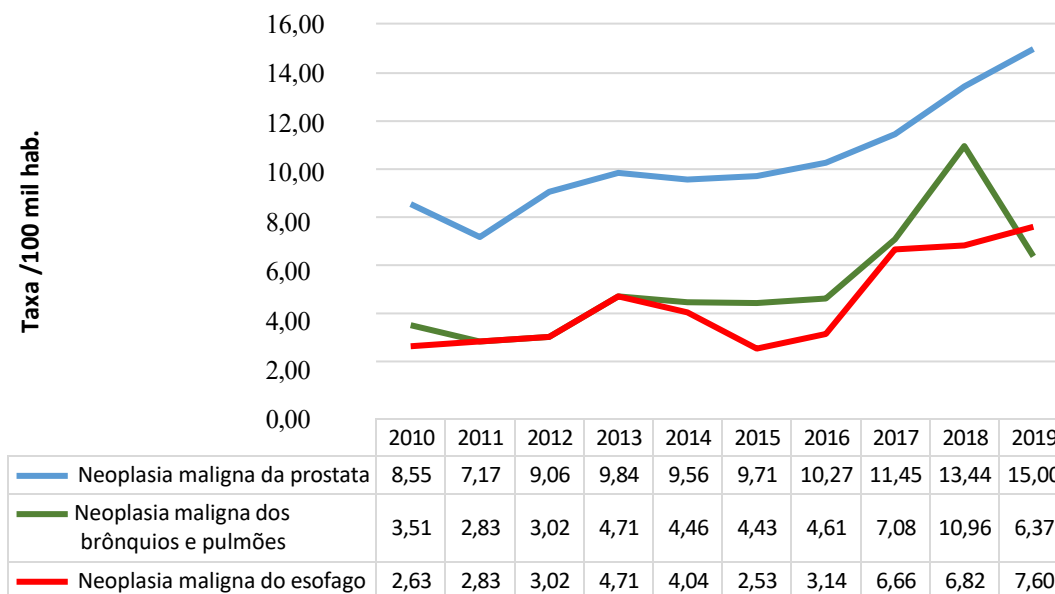
A maior frequência da taxa de mortalidade por câncer de mama evidencia a necessidade de ações voltadas para a detecção precoce desse tipo de neoplasia. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado<sup>33-34</sup>.

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

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

segunda e terceira causas são o câncer dos brônquios e pulmões e o câncer do estômago, respectivamente (Gráfico 14).

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



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

O diagnóstico precoce do câncer de próstata deve ser valorizado e se baseia na rápida e oportuna investigação dos seguintes sinais e sintomas mais comuns: alteração na frequência e padrões urinários; hematúria visível e disfunção erétil. Por fim, as neoplasias prevalentes que elevam a mortalidade da população masculina e feminina geralmente são evitáveis por meio de detecção precoce, hábitos saudáveis ao longo da vida com relação ao uso de tabaco, álcool, alimentação saudável e exercícios físicos. É muito importante que o estado e os municípios organizem a rede de atenção visando melhorar o acesso aos serviços de detecção precoce do câncer com qualificação dos profissionais para reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos do câncer e tratamento adequado.

### 3.4 Doenças do aparelho circulatório

As doenças do aparelho circulatório (DAC) ou cardiovasculares (Capítulo IX, CID 10) são afecções do coração e dos vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares). As mais preocupantes são as que afetam as artérias coronárias (do coração) e as artérias do cérebro. Muitos são os fatores de riscos para o desenvolvimento dessas

doenças, mas pessoas obesas têm mais chances de desenvolvê-las que indivíduos com gordura corporal normal. As DAC são as principais causas de mortalidade na Bahia<sup>2</sup> e responsáveis por elevados custos sociais e econômicos.

Na MRS-Oeste, correspondem, também, ao primeiro grupo de causas de óbito, responsáveis 23,97% do total de mortes, no período 2010-2019<sup>33</sup>. Na macrorregião em foco, no período analisado, as doenças cerebrovasculares (DCbV) apresentam o maior risco de morte da população e têm mantido a estabilidade de óbitos na última década.

As doenças isquêmicas do coração (DIC) representam a segunda causa de morte da população, cujas taxas variam entre 25,27 e 41,02 por 100 mil habitantes; dessas, o infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa específica de mortes e responsável por 91,91% dos óbitos<sup>33</sup>. As doenças hipertensivas foram a terceira causa de morte na população da macrorregião e passaram de 15,50 para 20,58 por 100 mil habitantes

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

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

A APS mais próxima da comunidade serve como primeira referência nas situações de saúde e doença. Sua proposta deve extrapolar os limites da Unidade Básica de Saúde por meio da interação com a comunidade e desenvolver estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças e ações intersetoriais<sup>36</sup>.

Estratégias para combater a mortalidade devem ser estudadas considerando-se o envelhecimento da população. O aumento na cobertura da Estratégia de Saúde da

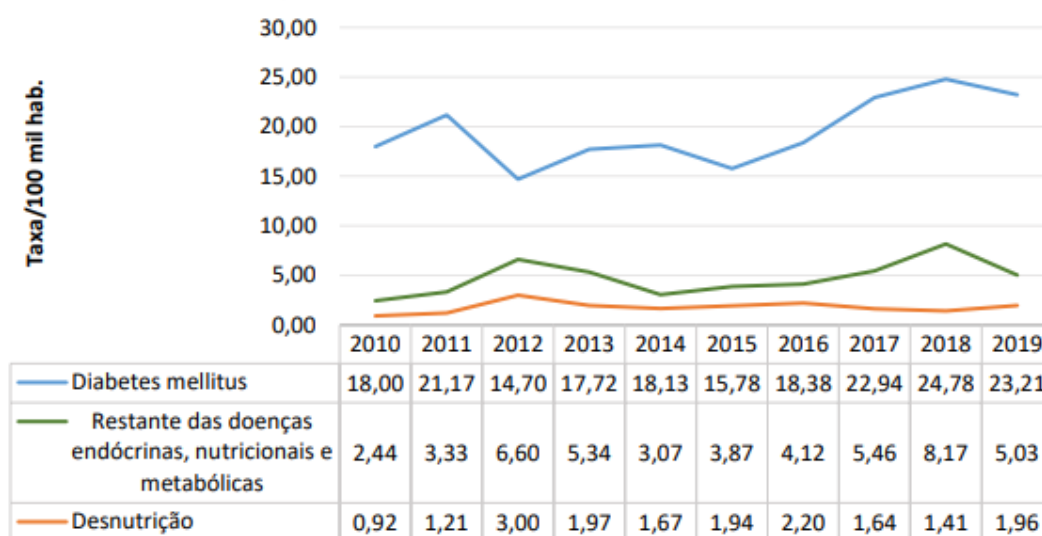
Família (ESF) tende a diminuir as hospitalizações e conseqüentemente a mortalidade; a melhoria nas condições socioeconômicas e o atendimento pré-hospitalar e hospitalar nas primeiras horas após início dos sintomas aumentam a probabilidade da reversão do quadro clínico das pessoas<sup>36</sup>.

### 3.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DENM), capítulo IV, CID 10, são aquelas relacionadas com a produção de hormônios (diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, osteoporose e outros agravos) e vários fatores estão na sua origem.<sup>37-38</sup> As DENM representaram, no ano 2019, o sexto maior grupo de causas de mortalidade na população brasileira e no estado da Bahia. Na Macrorregião de Saúde Oeste esse cenário se repete com a mesma classificação e para o mesmo ano.

Na série histórica referente às mortes prematura (30-69 anos) dessa macrorregião verifica que houve crescimento entre 21,36 e 30,02 óbitos por 100 mil habitantes no período 2010-2019. Ao desagregar pelas principais doenças desse grupo, a *Diabetes mellitus* (DM) é a principal causa de óbito com oscilação e tendência de crescimento entre 18,0 e 23,21 óbitos por 100 mil habitantes no mesmo período. A segunda causa é o grupo das restantes das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, seguido da desnutrição (Gráfico 15).

**Gráfico 15.** Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na mesma faixa etária. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2010-2019\*



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

De acordo com a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vasculare (SBACV), além de ser a primeira causa de mortalidade prematura, a diabetes é a maior causa de amputação dos membros inferiores e de cegueira e a segunda maior causa de insuficiência renal no mundo. Considerando-se que esses três quadros de gravidade são passíveis de prevenção com diagnóstico e tratamento precoce, destacamos que a incidência de ulceração é de 25% nos pacientes diabéticos, em razão do pé diabético, e 85% dessas precedem as amputações<sup>39</sup>. A Sesab, diante desse quadro e dada a relevância da organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do pé diabético e feridas complexas na RAS, estabeleceu como uma das ações prioritárias a instalação da sala para pé diabético. Para tanto, publicou a Portaria Estadual nº 51, de 14 de janeiro de 2019, estimulou os municípios, aprovou critérios e estabeleceu responsabilidades quando da adesão à política estadual do pé diabético e feridas complexas.

No Estado da Bahia ocorreram 130.548 internações hospitalares por complicações do DM no período 2010-2019; dessas, 7.878 foram cirurgias para amputações/desarticulações (membros inferiores; pé e tarso; e dedo) e revisões cirúrgicas de coto de amputações (membros inferiores, exceto dedos do pé, e dedos)<sup>39</sup>.

Na MRS-Oeste, no mesmo período, foram realizadas 6.684 internações hospitalares por complicações do DM<sup>32</sup>, das quais 129 foram cirurgias de amputações/desarticulações (membros inferiores; pé e tarso; e dedo) e revisões cirúrgicas de coto de amputações (membros inferiores, exceto dedos do pé, e dedos)<sup>39</sup>.

É importante salientar que ocorreram 9 (nove) amputações/desarticulações de pé e tarso, o que representa 6,98% do total de amputações realizadas (Tabela 2).

**Tabela 2.** Número de amputações de membros inferiores e internação hospitalar com CID de Diabetes mellitus, por alguns procedimentos. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2010-2019\*

PROCEDIMENTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Amputações/Desarticulações e Revisões cirúrgicas de coto de amputações	4	7	6	12	4	8	12	20	32	24	129
Amputação / Desarticulação de pé e tarso	1	1	0	2	0	2	1	1	0	1	9

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

As doenças endócrinas nutricionais e metabólicas estão relacionadas com as condições de saúde das pessoas, as quais se apresentam de forma mais ou menos persistente, a depender das respostas sociais que podem ser reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas. Diante disso, esperam-se políticas públicas proativas que direcionem a organização dos sistemas de atenção à saúde para ações contínuas e integradas, visando a atuação dos profissionais de saúde e a colaboração das pessoas usuárias.

O DM se configura importante problema de saúde, uma vez que dados estatísticos apontam o crescente número de pessoas acometidas por essa enfermidade. É uma condição crônica importante para a saúde pública, em virtude do grande número de casos e das repercussões da condição não controlada para a pessoa, a família e a sociedade<sup>40</sup>.

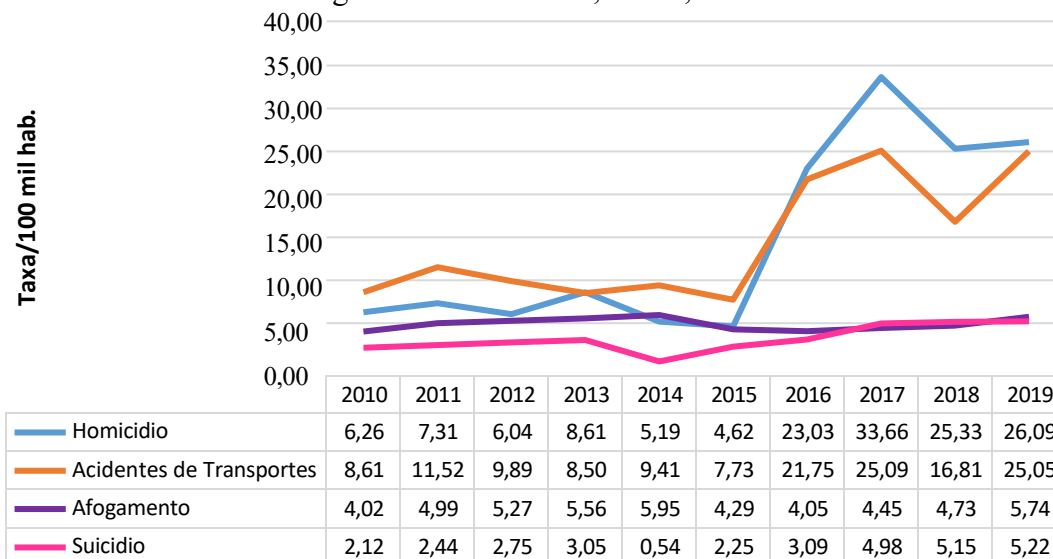
### **3.6 Morbimortalidade por causas externas**

As causas externas, capítulo XX, CID 10, são traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Nesse grupo estão incluídos: lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação)<sup>30</sup>.

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

Na MRS- Oeste também tem este grupo como o segundo nas causas de óbitos, no mesmo período, o que permanece até o ano 2019<sup>33</sup>. Na desagregação, apresenta como principal grupo de causa os acidentes de transporte, seguido de homicídio até o ano de 2015. A partir do ano de 2016 a macrorregião apresenta situação similar à do Estado. O afogamento é o terceiro grupo de causa, seguido de suicídio no período 2010-2016; esses se alternam entre terceiro e quarto grupo de causas no período 2017-2019 (Gráfico 16).

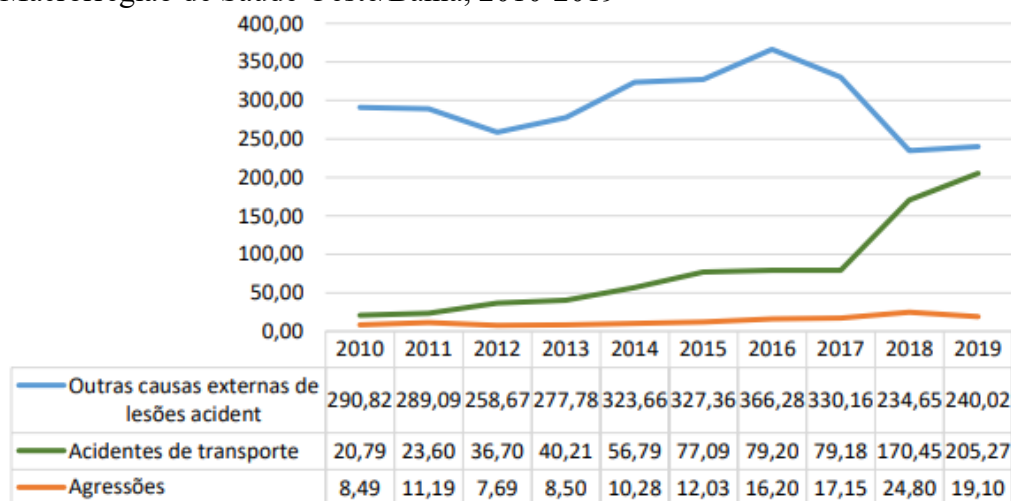
**Gráfico 16.** Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2010-2019\*



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

Com relação à taxa de internação por causas externas, observa-se que a maior taxa está no grande grupo de causas denominado outras causas externas de lesões acidentais; quando da desagregação, predominam nesse grupo as internações por queda. As demais internações se alternam entre os grupos acidentes de transporte e agressões (Gráfico 17).

**Gráfico 17.** Taxa de internação por causas externas, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2010-2019\*



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

A análise da contribuição dos tipos de acidentes de trânsito revela que os acidentes com motociclistas representam mais de 62,25% de internações por acidente de

transporte<sup>40</sup>. O principal fator de risco para ocorrência de acidentes de trânsito é o consumo de bebidas alcoólicas. Adoecimentos e mortes por essa causa são evitáveis e atingem principalmente a população jovem e em idade produtiva.

Mudanças na legislação, como a redução da concentração permitida de álcool no sangue e o endurecimento das penalidades decorrentes da direção sob o efeito do álcool não tiveram o impacto esperado para reduzir a ocorrência de acidentes e mortes relacionadas<sup>40</sup>.

Há necessidade de desenvolvimento de intervenções mais eficazes na proteção, promoção e cuidados à saúde com ações intra e intersetoriais para o enfrentamento da morbimortalidade por causas externas.

Políticas públicas voltadas para a educação no trânsito são extremamente importantes para o enfrentamento do número crescente de acidentes de trânsito, com especial atenção para os motociclistas, que impactam fortemente a ocupação de leitos da rede de urgência, o que reverbera no sistema de previdência social em decorrência de óbitos e sequelas evitáveis.

### **3.7 Atualização do estado de saúde**

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

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

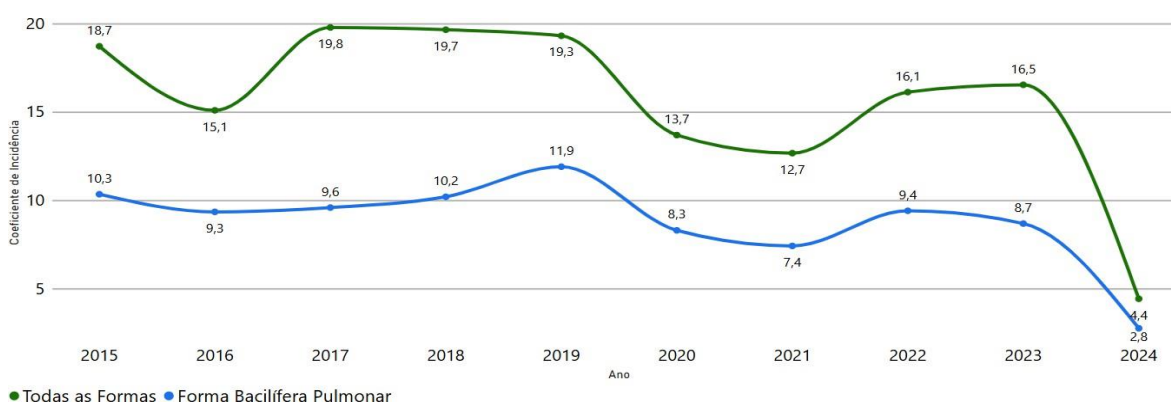
Por outro lado, na emergência da elaboração do Plano de Ação da Rede Alyne e de

avançar em tais prioridades sanitárias no processo do PRI, foi necessária a ampliação do número de indicadores em algumas das áreas temáticas.

### 3.7.1 Doenças infecciosas e parasitárias

Nesta área temática foram mantidas os mesmos indicadores da análise inicial ocorrendo apenas a atualização para os anos 2020-2024. Na Macrorregião de Saúde Oeste os dados referentes ao coeficiente de incidência de tuberculose de todas as formas e da forma bacilífera pulmonar (série histórica 2015-2024) evidenciam tendência de oscilações ao longo dos anos. Em relação ao coeficiente de todas as formas a menor taxa alcançada foi de 4,4% em 2024, já a maior taxa foi de 19,8% em 2017. Já a incidência por forma bacilífera pulmonar a menor taxa foi de 2,8% em 2024 e a maior taxa foi de 11,9% em 2019. Importante ressaltar que a queda registrada em 2020 e 2021 ocorreu em decorrência do isolamento sanitário necessário frente a pandemia da covid-19. Já a queda das taxas de incidência a partir de 2023 podem estar relacionados a melhores condições de vida da população, bem como ao maior acesso aos serviços de saúde, como apresentado no Gráfico 18.

**Gráfico 18.** Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024

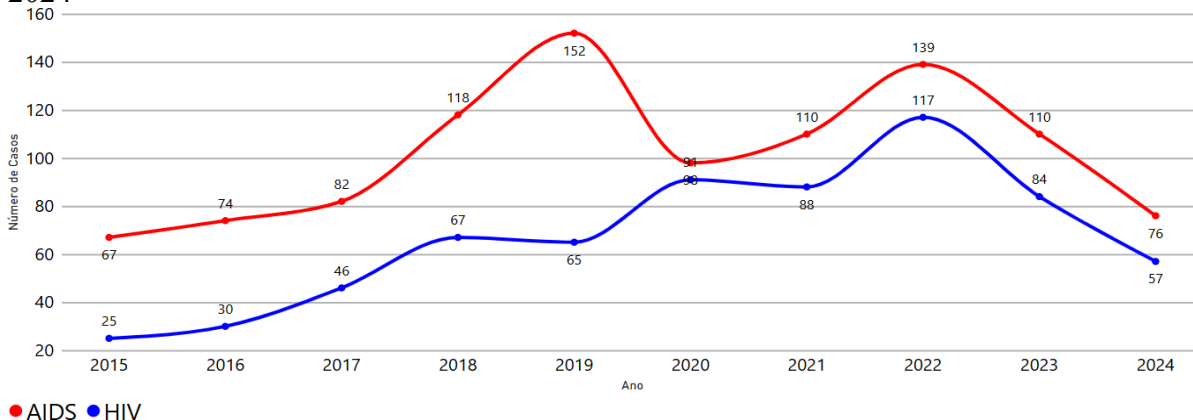


Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Na análise do número de casos de aids e contaminação pelo HIV (Gráfico 19), nota-se que na MRS- Oeste com atualização dos dados a partir de 2020 ocorre oscilação, com aumento do número de caos de AIDS e HIV entre os anos de 2020 e 2022, com tendencia de redução nos últimos anos, apresentando em 2024, 76 casos de AIIDS e 57 casos de HIV

(Gráfico 19).

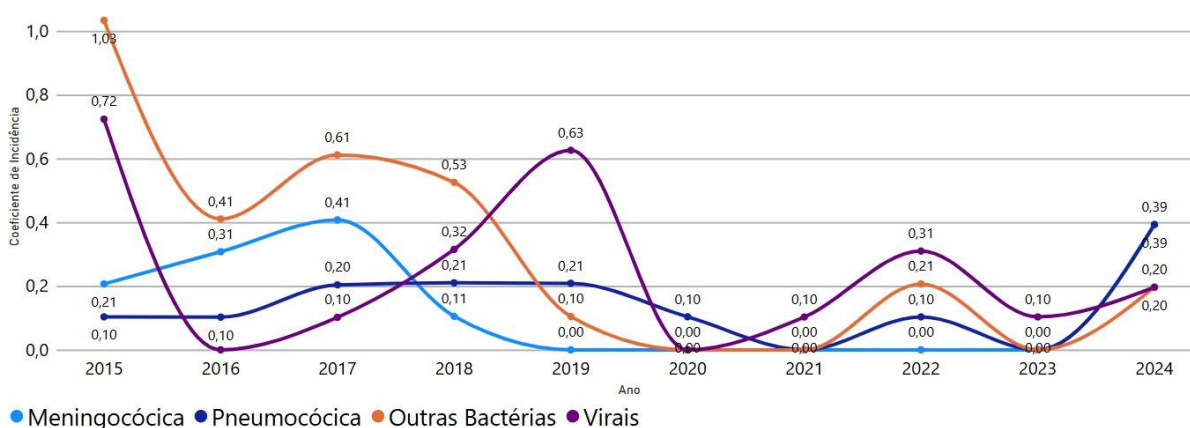
**Gráfico 19.** Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024



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

A partir de 2020, observa-se uma redução acentuada nos coeficientes de incidência de todos os tipos de meningite, com valores próximos ou iguais a zero entre 2020 e 2021. A partir de 2022, há um leve aumento nas meningites virais (0,21) e meningocócicas (0,10), mantendo-se baixos em 2023, mas voltando a crescer em 2024, principalmente nas formas meningocócica (0,39) e viral (0,20) (Gráfico 20).

**Gráfico 20.** Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024

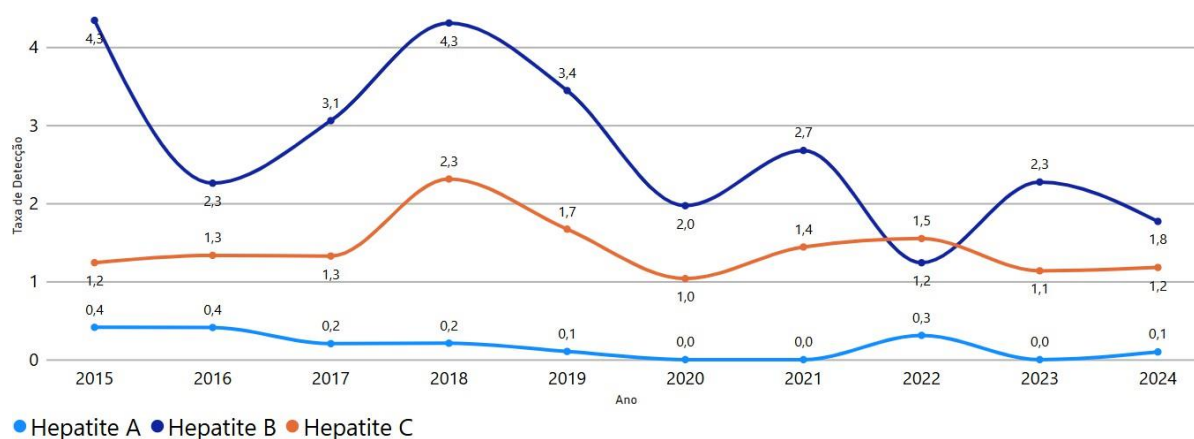


Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

A partir de 2020, observa-se uma queda nas taxas de detecção das hepatites B e C, com valores mais baixos em 2021 (1,4 para hepatite B e 1,0 para hepatite C). Em 2022, há um leve aumento em ambas, seguido por nova redução da hepatite C em 2023,

enquanto a hepatite B mantém certa oscilação. Em 2024, a hepatite B permanece como a mais incidente (1,8), enquanto as taxas de hepatite A seguem muito baixas em todo o período, praticamente estáveis (Gráfico 21).

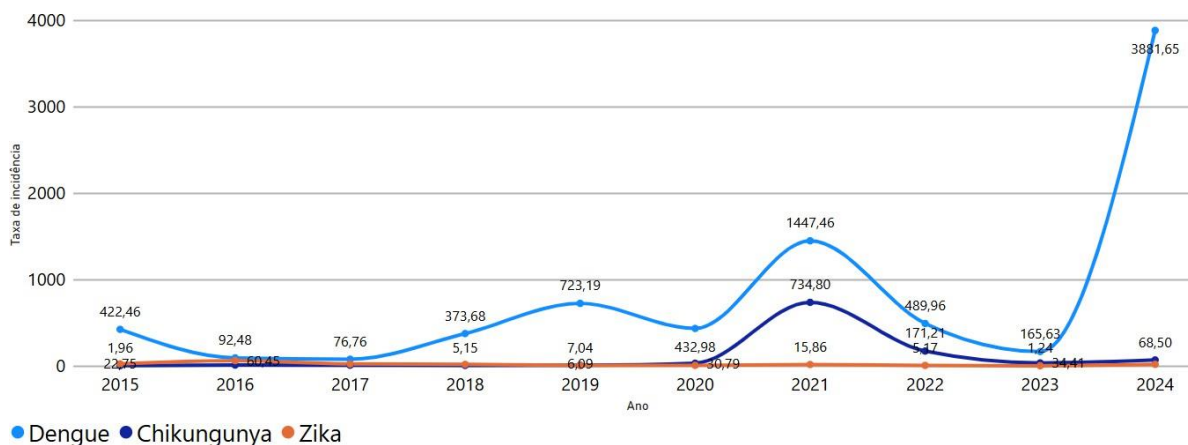
**Gráfico 21.** Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024.



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

A partir de 2020, a dengue apresenta variações significativas, com aumento expressivo em 2021 (1.447,46) e nova elevação ainda mais acentuada em 2024, atingindo o maior pico da série (3.881,65). A chikungunya também se destaca com pico em 2021 (734,80), seguido de queda nos anos seguintes. Já a zika mantém taxas baixas e estáveis ao longo de todo o período. O cenário reforça a relevância da vigilância contínua das arboviroses, especialmente diante do crescimento explosivo da dengue em 2024 (Gráfico 22).

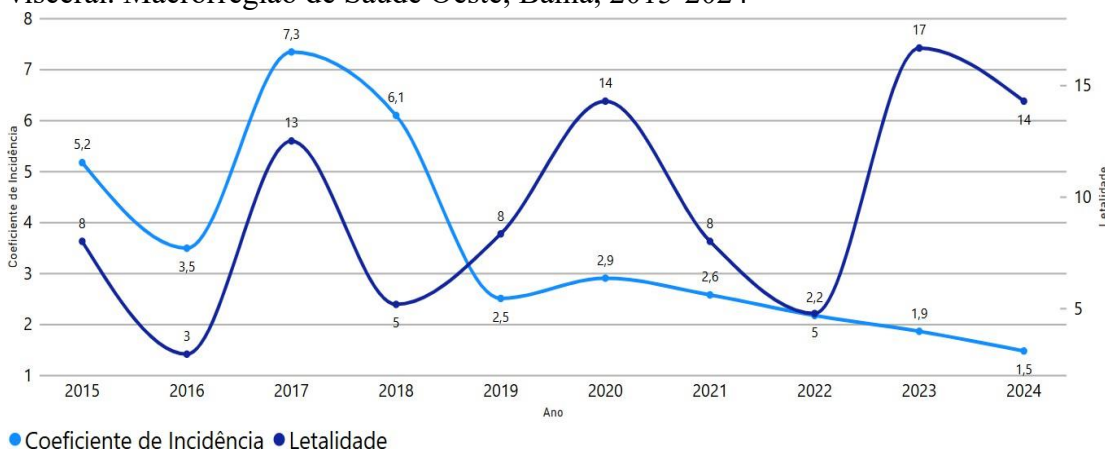
**Gráfico 22.** Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024



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

A partir de 2020, a leishmaniose visceral apresenta queda progressiva no coeficiente de incidência, passando de 2,9 em 2020 para 1,5 em 2024. Por outro lado, observa-se aumento expressivo da letalidade no mesmo período, atingindo o pico em 2023 (17) e mantendo-se elevada em 2024 (14). Esses dados indicam possível subnotificação de casos leves ou redução no diagnóstico oportuno, o que pode estar contribuindo para maior gravidade dos casos registrados (Gráfico 23).

**Gráfico 23.** Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024



● Coeficiente de Incidência ● Letalidade

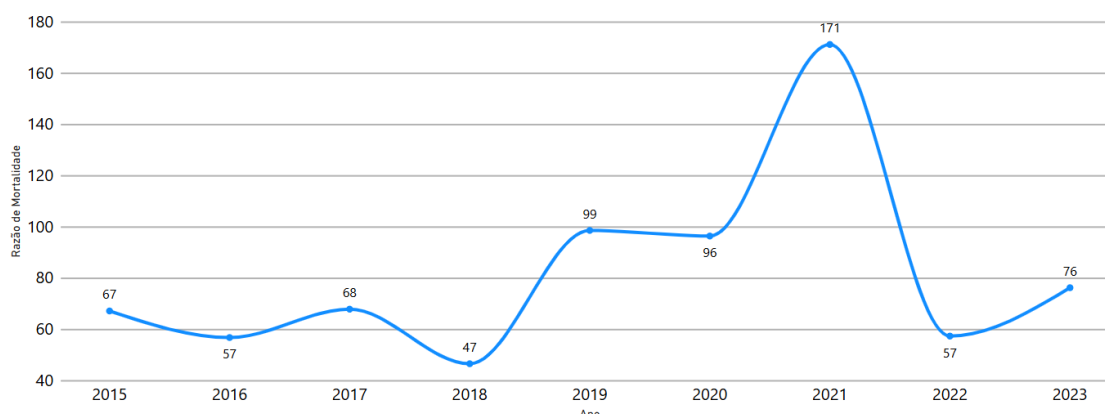
Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. \*Dados coletados em 25/01/2025, sujeitos a alterações.

### 3.7.2 Atenção à saúde materna e infantil

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

A partir de 2020, observa-se uma elevação na razão de mortalidade, que se mantém estável entre 2020 (96) e 2019 (99), mas atinge um pico expressivo em 2021 (171). Após esse aumento, há uma queda acentuada em 2022 (57), seguida de leve recuperação em 2023 (76). O pico de 2021 pode refletir impactos diretos ou indiretos da pandemia de COVID-19, enquanto a oscilação posterior pode estar relacionada à reorganização dos serviços de saúde e à retomada gradativa da assistência. Apesar da redução em 2022 e 2023, em relação a 2021, ainda tem muito o que se avançar na saúde materna, pois o indicador está aquém do padrão aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (Gráfico 24).

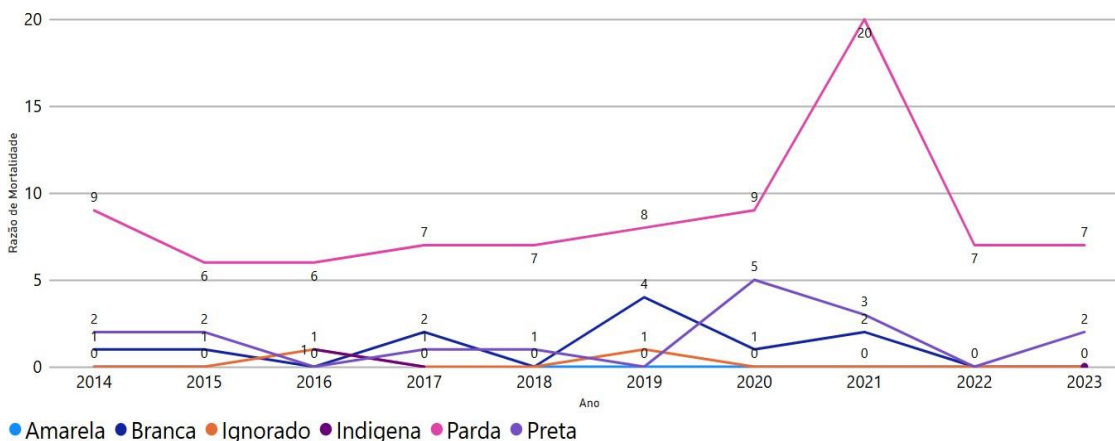
**Gráfico 24.** Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2023\*



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

As Nações Unidas que apoiam os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no Brasil definiram que o aceitável é alcançar 30 óbitos por 100 mil Nascidos Vivos. Na Bahia a RMM de mulheres pretas e pardas é 55,78 (2023). Na MRS Oeste a partir de 2020, o maior número de óbitos de mortes de mulheres parda e negras aconteceu em 2021 (23) apresentando redução em 2023 para 09 óbitos. Ressalta-se que o pico em 2021 pode ser relacionado a pandemia por Covid-19 (Gráfico 25).

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



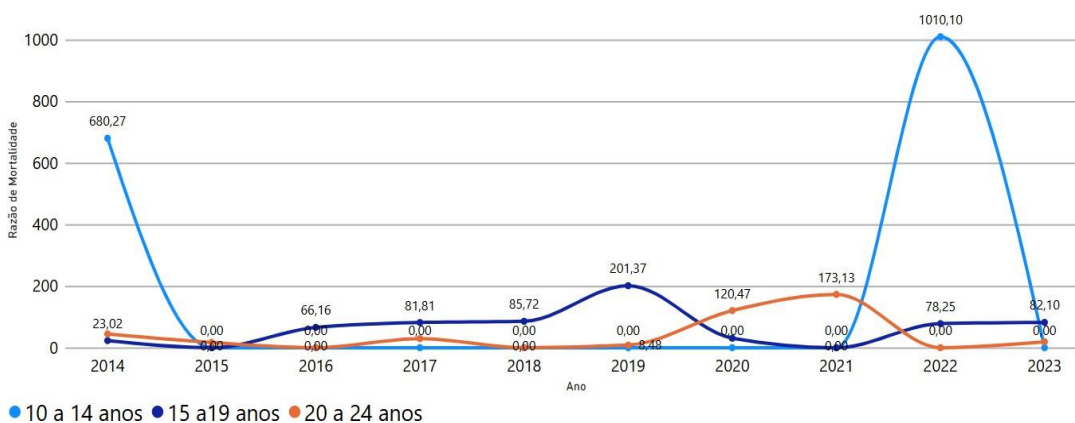
Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Segundo dados do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade materna é mais frequente em gestantes adolescentes (< 20). As principais causas incluem hemorragias, hipertensão gestacional, infecções e complicações do parto.

Na MRS- Oeste, a partir de 2020, a razão de mortalidade no grupo de **10 a 14 anos**

se mantém em zero até 2021, mas apresenta pico expressivo em 2022 (1.010,10), retornando a zero em 2023. No grupo de **15 a 19 anos**, observa-se queda contínua: 120,47 em 2020, 78,25 em 2022 e zero em 2023. Os dados indicam oscilações abruptas, possivelmente associadas a eventos pontuais ou pequenas populações, que amplificam variações nos indicadores (Gráfico 26).

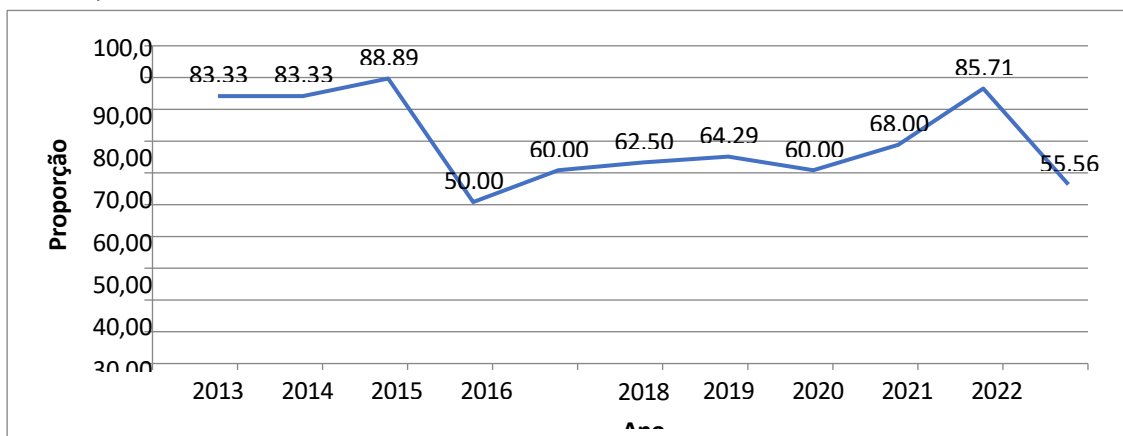
**Gráfico 26.** Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014- 2023



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

A partir de 2020, observa-se variação na proporção apresentada: em 2020, o valor é de 60%, seguido por aumento em 2021 (68%) e pico em 2022 (85,71%). No entanto, em 2023, há queda acentuada para 55,56%. Essa oscilação pode indicar instabilidade no indicador, possivelmente relacionada a flutuações no número absoluto de casos ou mudanças na cobertura/intervenção do serviço analisado (Gráfico 27).

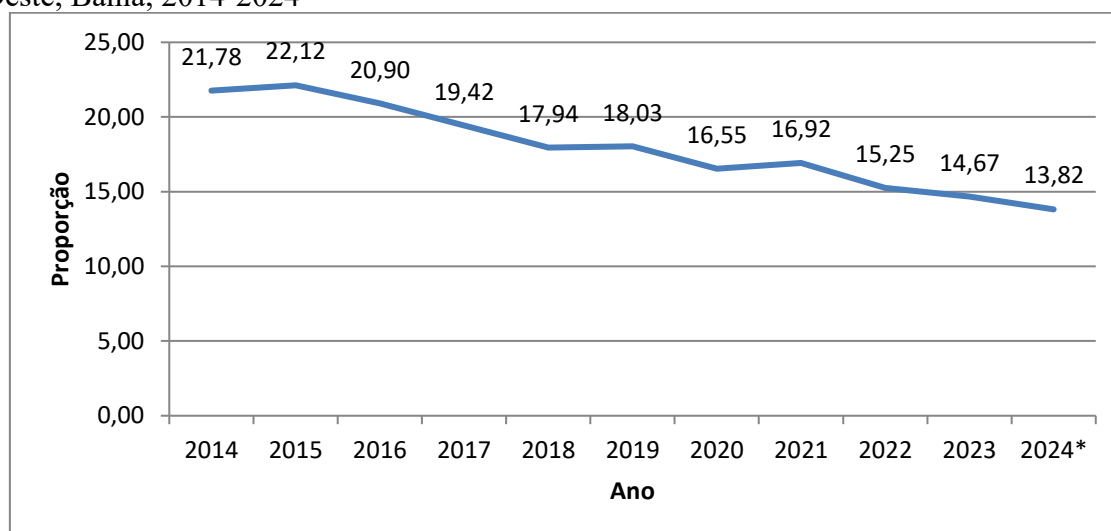
**Gráfico 27.** Proporção de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2013- 2023



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

Também se faz importante compreender a distribuição de nascidos vivos em mães de 10 a 19 anos, pois conhecer essa proporção ajuda a identificar a frequência de gravidez precoce, e assim subsidiar o processo de tomada de decisão. na Macrorregião de Saúde Oeste, verifica-se uma tendência sustentada de queda, com redução de 21,78% em 2014 para 13,82% em 2024 — o que representa uma diminuição de aproximadamente 37% ao longo da série (Gráfico 28).

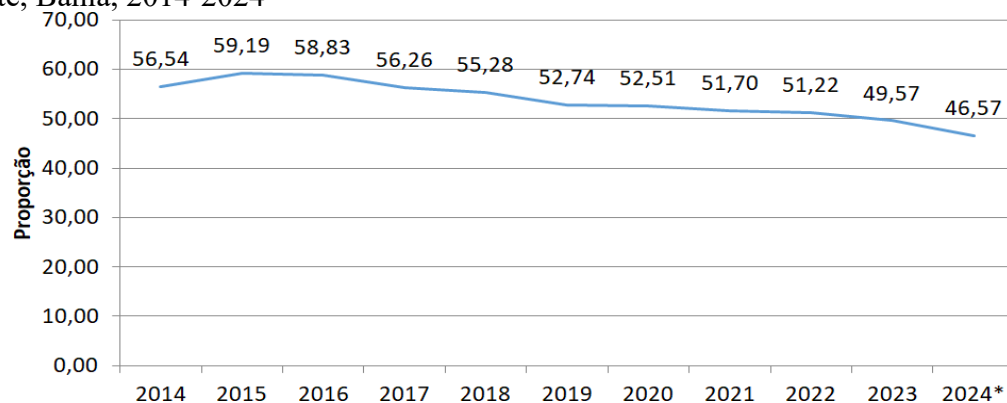
**Gráfico 28.** Proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014-2024



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

O indicador proporção de partos normais mede a participação relativa dos partos normais no total de partos hospitalares. É influenciado pelo modelo de assistência obstétrica adotado, pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante e pela disponibilidade de Unidades que realizam partos normais. Considerando o período de 2014 a 2024, a MRS- Oeste apresentou variação abaixo do parâmetro proposto para o indicador (valor igual ou superior a 60% de partos normais) nas proporções de partos normais, ficando com o menor valor em 2024 com registro de 46,57% (Gráfico 29).

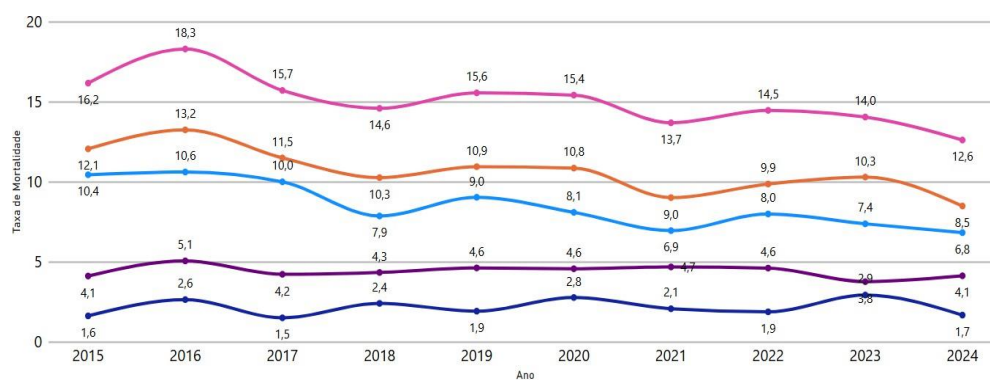
**Gráfico 29.** Proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014-2024



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

Na Macrorregião de Saúde Oeste, para cada mil nascidos vivos, a taxa de mortalidade infantil apresenta uma variação ao longo dos anos, com a maior taxa em 2016 (18,3) e a menor taxa em 2024 (12,6) conforme apresentado no Gráfico 30. Em todos os anos da série história, a mortalidade infantil não esteve abaixo no padrão aceitável pela OMS, que é de 10 (dez) óbitos infantis para cada mil nascimentos. Os óbitos infantis seguem a tendência da análise anterior, as maiores taxas se referem ao subcomponente neonatal precoce (< 7 dias de vida) seguida do subcomponente neonatal tardio (7 a 27 dias de vida). (Gráfico 30).

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



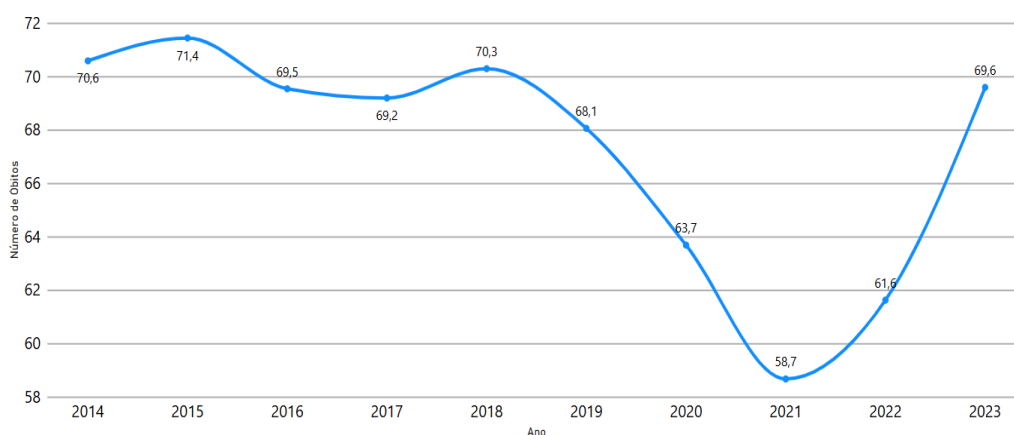
● < 7 dias ● 7 - 27 dias ● < 28 dias ● 28 dias - 11 meses ● < 1 ano

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

O percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos é um indicador importante para avaliar a efetividade das políticas públicas de saúde infantil, especialmente relacionadas à atenção básica, vacinação, saneamento e acesso a

serviços de saúde. Segundo Ministério da Saúde entre 70% a 80% dos óbitos em menores de 5 anos no Brasil são considerados evitáveis. Na MRS- Oeste, a partir de 2019, inicia-se uma tendência de queda mais acentuada, com redução expressiva até 2021, ano em que o indicador atinge o menor valor da série (58,7%). A partir de então, o percentual volta a subir, alcançando 69,6% em 2023, retornando ao patamar crítico de anos anteriores. A análise desses percentuais é crucial para identificar áreas prioritárias para a redução da mortalidade infantil (Gráfico 31).

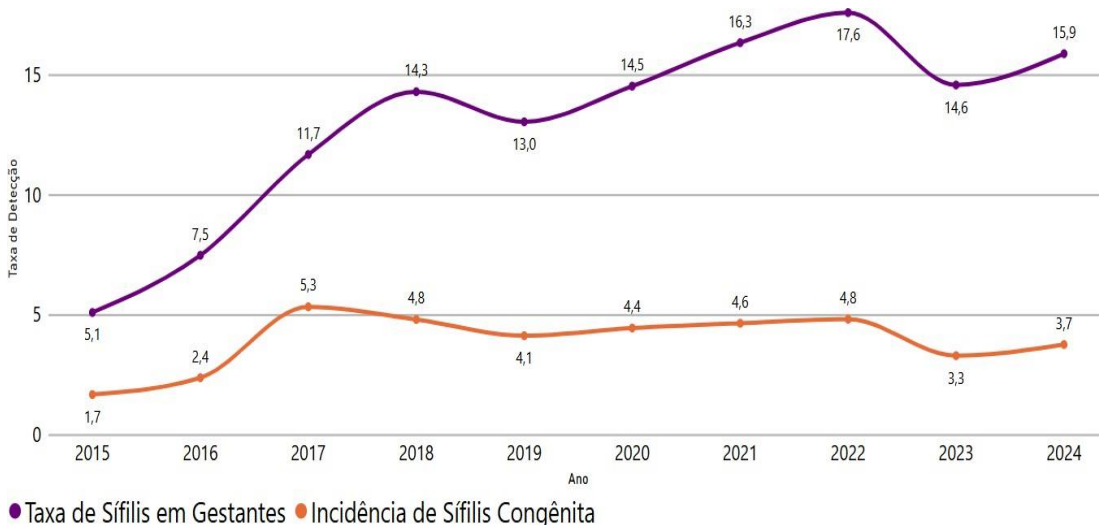
**Gráfico 31.** Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Oeste Bahia, 2014-2023



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

A partir de 2020, observa-se crescimento contínuo da taxa de sífilis em gestantes, que atinge o pico em 2022 (17,6), seguido por uma leve queda em 2023 (14,6) e novo aumento em 2024 (15,9). A incidência de sífilis congênita permanece relativamente estável no período, com discreta redução em 2023 (3,3) e ligeira elevação em 2024 (3,7). Esses dados sugerem melhoria parcial na prevenção da transmissão vertical, apesar do aumento no diagnóstico materno (Gráfico 32).

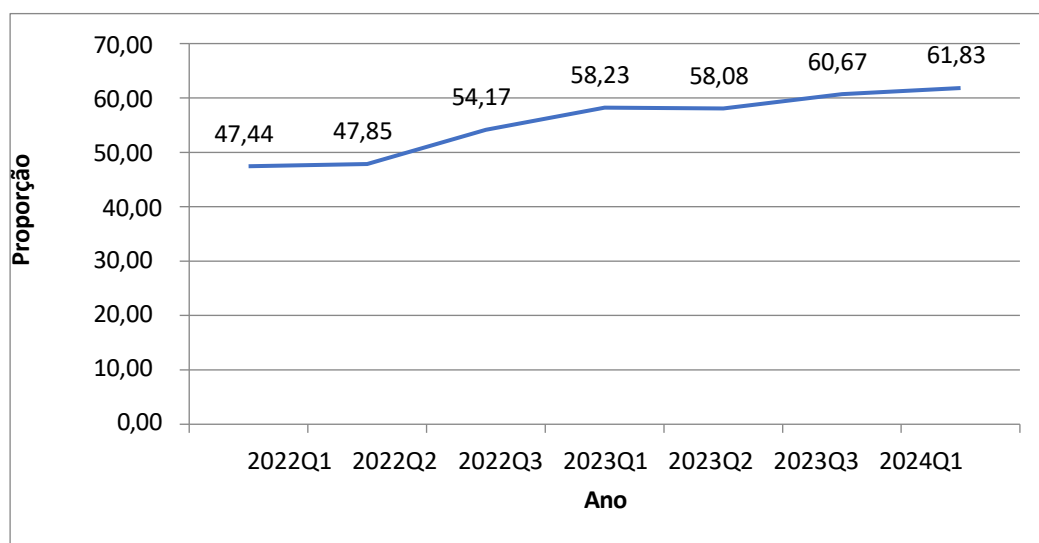
**Gráfico 32.** Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2024



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

Uma gestante que é captada até a 12<sup>a</sup> semana de gestação possibilita a detecção precoce de patologias que podem afetar tanto a saúde da mãe quanto do bebê, permitindo intervenções oportunas que reduzem riscos de complicações durante a gestação e o parto. Além disso, um acompanhamento adequado fortalece o vínculo entre a gestante e a equipe de saúde, promovendo uma abordagem educativa que contribui para a saúde e bem-estar da família. Na Macrorregião de Saúde Oeste foi possível observar um aumento na captação precoce da gestante, e o início do pré-natal em tempo oportuno, em mais de 585 das gestantes a partir do primeiro quadrimestre de 2023, atingindo o maior valor no primeiro quadrimestre de 2024 (61,83) (Gráfico 33).

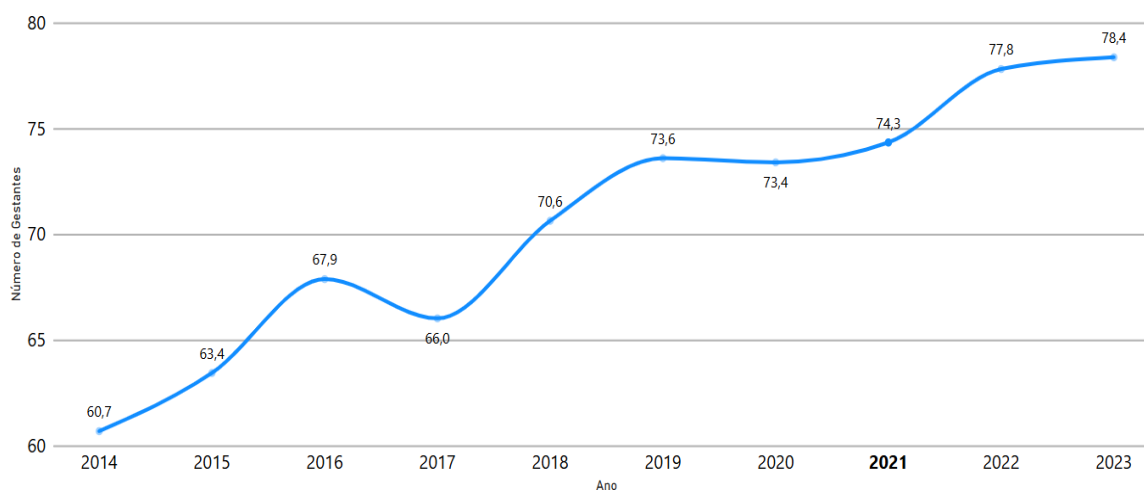
**Gráfico 33.** Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2022-2024



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

O percentual de gestantes com mais de 7 consultas de pré-natal é um dos principais indicadores de qualidade da assistência à saúde materna. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, o ideal é que toda gestante realize no mínimo 7 consultas, conforme a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2023 o Brasil apresentou 78% de gestantes com 7 consultas de pré-natal, enquanto a Bahia teve um percentual de 75,2%<sup>1</sup>. Já a macrorregião vem apresentando um crescimento de 60,7% em 2014 para 78,4% em 2023 (Gráfico 34).

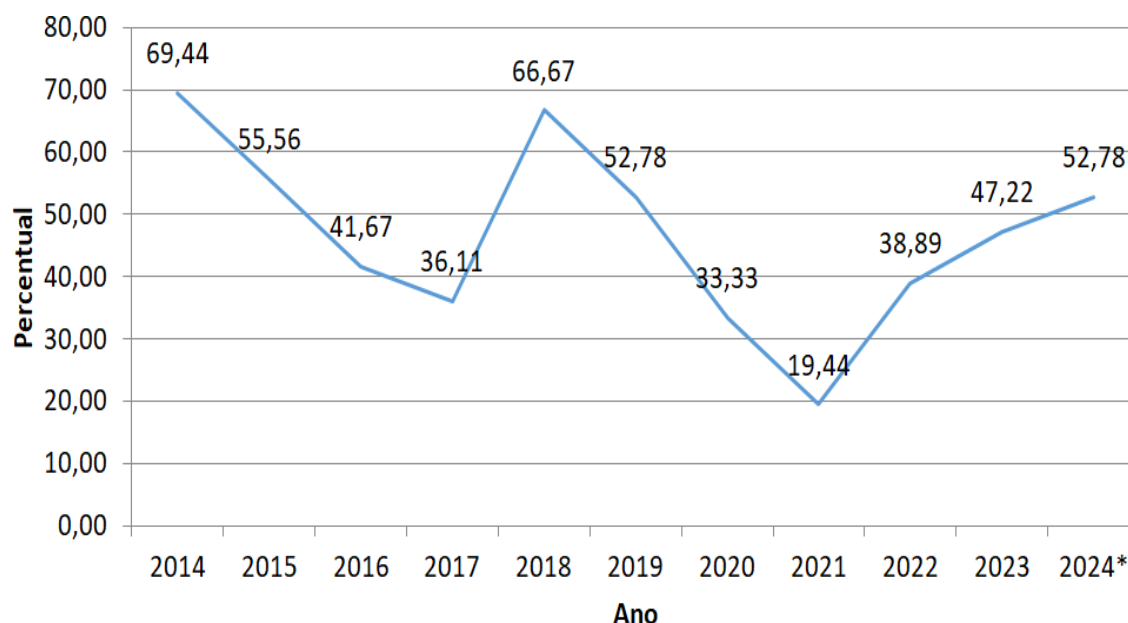
**Gráfico 34.** Proporção de gestante com mais de 7 consultas no pré-natal, na macrorregião Oeste, Bahia, 2014- 2023



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

Quanto ao indicador de percentual municípios que atingiram 75% ou mais na proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade. Observa-se uma oscilação acentuada no desempenho vacinal dos municípios ao longo do período. Em 2014, 69,44% dos municípios atingiram a meta, mas houve uma queda progressiva até 2017 (36,11%). Em 2018, nota-se uma recuperação expressiva (66,67%), seguida novamente de declínio, atingindo o ponto mais crítico em 2021, com apenas 19,44% dos municípios alcançando o patamar mínimo de cobertura vacinal. A partir de 2022, o indicador apresenta tendência de recuperação, atingindo 52,78% em 2024 (Gráfico 35).

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



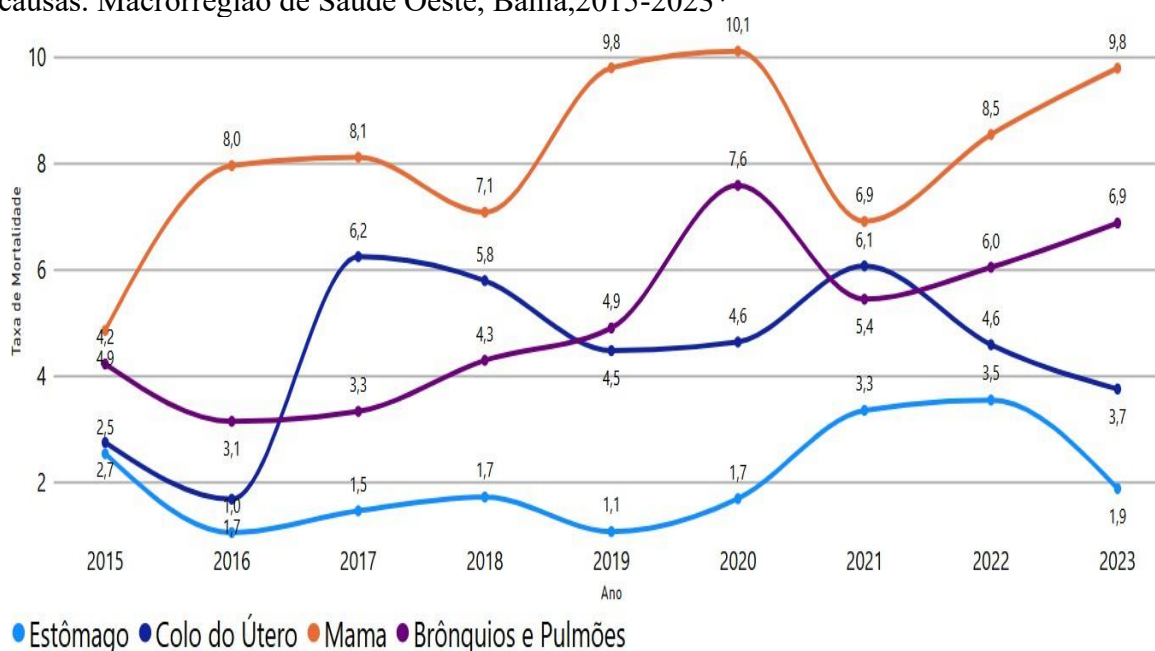
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

### 3.7.3 Neoplasias

Para prioridade Sanitária Neoplasias foram agregados indicadores de rastreamento do câncer (Gráficos 35 e 36), a título de análise e de definição das metas a serem pactuadas no PRI. No Brasil, as mortes do sexo feminino por neoplasias apresentam o câncer de mama como causa mais frequente, semelhante à da macrorregião. A partir de 2020, observa-se que a taxa de mortalidade por câncer de brônquios e pulmões segue

em crescimento contínuo, atingindo uma taxa de 6,9 em 2023 da população do sexo feminino. O câncer de mama apresenta leve queda de 7,6 (2020) para 6,0 (2022), com nova elevação em 2023 (6,9). Já o câncer de colo do útero oscila, com pico em 2021 (6,1) e redução nos anos seguintes. Por fim, a mortalidade por câncer de estômago mantém-se baixa, com discreta queda em 2023 (1,9). Os dados indicam tendência de aumento nos cânceres de mama e pulmão, o que reforça a importância de estratégias de prevenção, rastreamento e tratamento oportuno (Gráfico 34).

**Gráfico 34.** Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015-2023\*

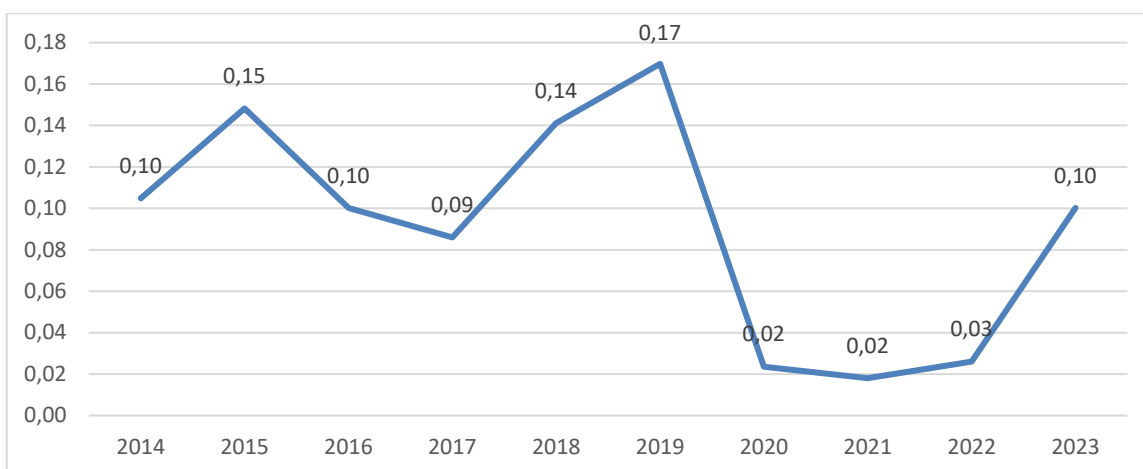


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/. \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

A razão de mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos é um indicador que mostra a proporção de mulheres nessa faixa etária que realizaram mamografia com finalidade de rastreamento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a meta é de 0,5<sup>2</sup>. Alguns desafios ainda afetam o alcance da meta desta razão, tais como: baixa adesão por medo ou falta de informação; falta de acesso aos serviços especializados sobretudo no interior; filas de espera ou dificuldade de agendamento e baixa cobertura de unidades móveis em regiões remotas.

A macrorregião apresenta uma razão abaixo do preconizado variando de 0,10 a 0,13 no período de 2014 a 2024 (Gráfico 35).

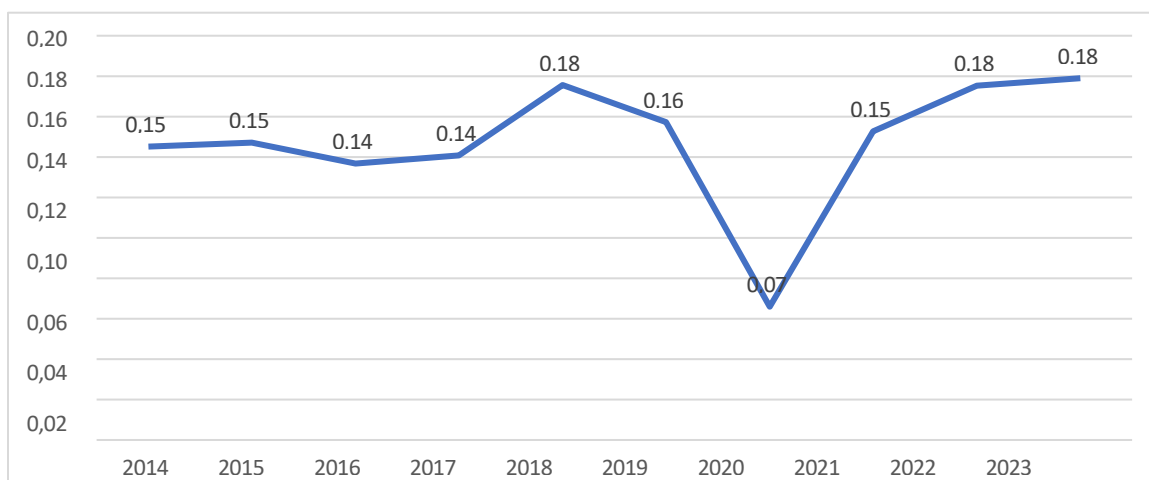
**Gráfico 35.** Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014- 2024\*



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

A razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos é um importante indicador da cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. Esse exame é mais conhecido como Papanicolau e é recomendado como rastreamento periódico para detectar lesões precursoras do câncer cervical, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a meta é de 3,0<sup>2</sup>. Principais Barreiras: falta de informação e conscientização; vergonha ou medo do exame; dificuldade de acesso a unidades de saúde; ausência de políticas locais ativas de rastreamento. A macrorregião apresenta uma razão abaixo do preconizado variando de 0,15 a 0,14 no período de 2014 a 2024 (Gráfico 36).

**Gráfico 36.** Proporção de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015 - 2023\*



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

A análise das neoplasias no sexo masculino, na Macrorregião de Saúde Oeste, aponta o câncer de próstata como a principal causa de óbito, em toda série histórica. A partir de 2020, observa-se crescimento acentuado da mortalidade por câncer de próstata, com pico em 2022 (20,1), seguido de queda em 2023 (15,4). O câncer de orofaringe mantém tendência de alta, passando de 11,0 em 2020 para 16,0 em 2023 da população do sexo masculino. A mortalidade por câncer de estômago permanece relativamente estável, com leve oscilação. Já o câncer de traqueia apresenta aumento em 2023 (6,8), após baixas taxas nos anos anteriores. Os dados indicam necessidade de atenção ampliada a neoplasias masculinas e de vias aéreas superiores (Gráfico 37).

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

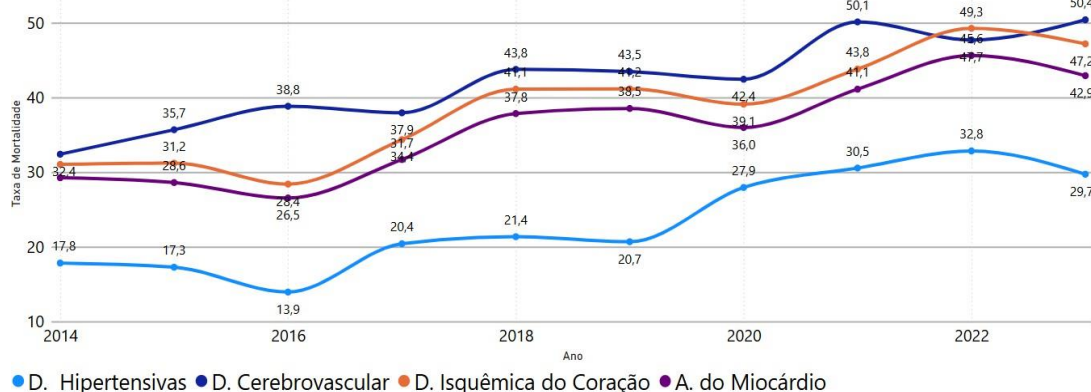


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/ \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

### 3.7.4 Doenças do aparelho circulatório

No período 2010-2019, as principais causas de óbito no que tange a categorias doenças do aparelho circulatório foram, por ordem decrescente de risco, as doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração e doenças hipertensivas. A atualização 2020-2023, segue a mesma tendência do período anterior, e a taxa das doenças cerebrovasculares (50,4 em 2023) e doenças isquêmicas do coração (47,2 em 2023) continuam a configurar os dois principais riscos, enquanto a terceira maior causa são infarto agudo do miocárdio (42,9 em 2023) e a quarta são as hipertensivas (29,7 em 2023) no período anterior para. As doenças hipertensivas passaram a ocupar a quarta posição (Gráfico 38).

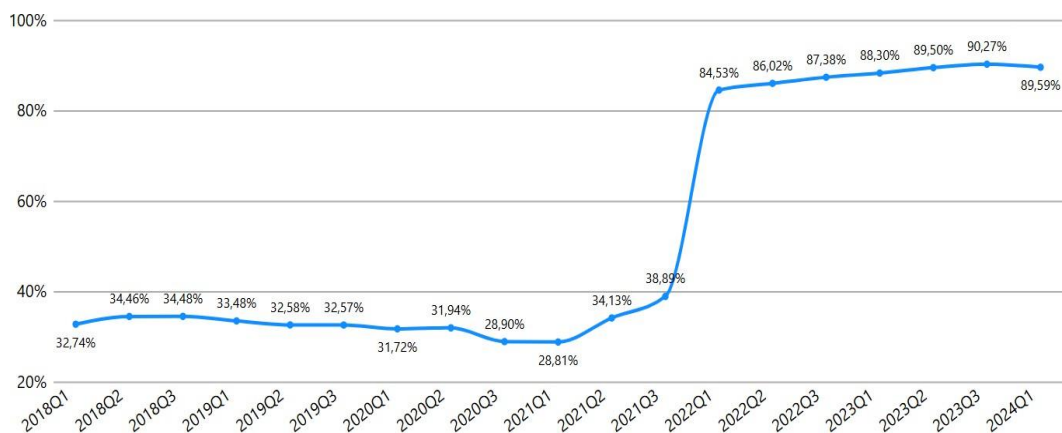
**Gráfico 38.** Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015 - 2023\*



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

O indicador de hipertensos identificados na APS é essencial para o planejamento de ações de promoção, prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica, um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. A meta nacional é identificar pelo menos 70% dos hipertensos estimados na população adscrita às equipes de Saúde da Família. A macrorregião apresenta crescimento no período apresentado sendo 89,59% em 2024 (Gráfico 39).

**Gráfico 39.** Hipertensos identificados na APS. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015 - 2023\*

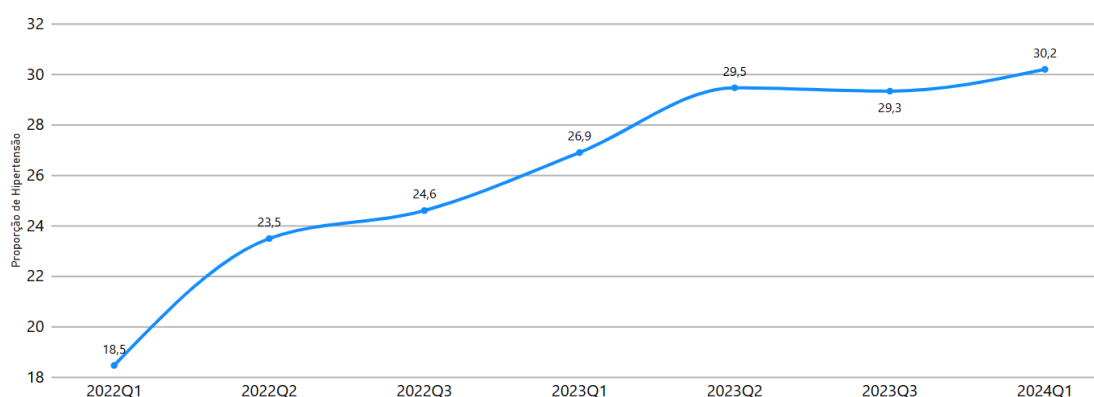


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

O indicador proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quantidade estimada/identificadas de hipertensos que o município possui. A porcentagem de diagnosticados com hipertensão só é apresentada por

estado pela PNS, por esse motivo, realiza-se uma estimativa para a parâmetro de cadastro do município. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. A Bahia apresenta um aumento na proporção de pessoas com hipertensão, que realizaram consulta e tiveram a pressão arterial aferida ao longo do semestre<sup>3</sup>. A análise do Gráfico 40 revela que a macrorregião registrou crescimento, com um índice de 18,5% para 30,2%. Apesar da melhoria nos resultados do indicador, é recomendável manter um acompanhamento nominal das pessoas com hipertensão vinculadas à equipe, monitorando sua frequência de acompanhamento.

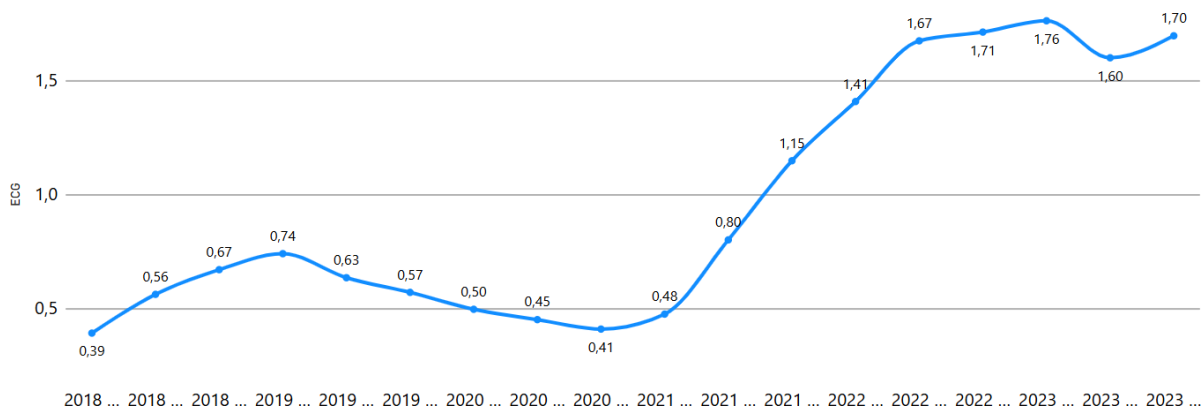
**Gráfico 40.** Proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2015 - 2023 \*



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

O Gráfico 41 apresenta a proporção de pessoas com hipertensão arterial que tiveram o exame de eletrocardiograma (ECG) avaliado na APS na Macrorregião de Saúde Oeste, a análise revela uma tendência de aumento na realização e avaliação do ECG, indicando um avanço no monitoramento da saúde cardiovascular e na detecção precoce de complicações associadas à hipertensão. Esses dados são essenciais para entender a qualidade do atendimento prestado na APS e a efetividade das políticas de saúde voltadas para o manejo da hipertensão na região.

**Gráfico 41.** Proporção de pessoas com Hipertensão arterial que teve o exame ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Oeste Bahia, 2018 - 2023\*

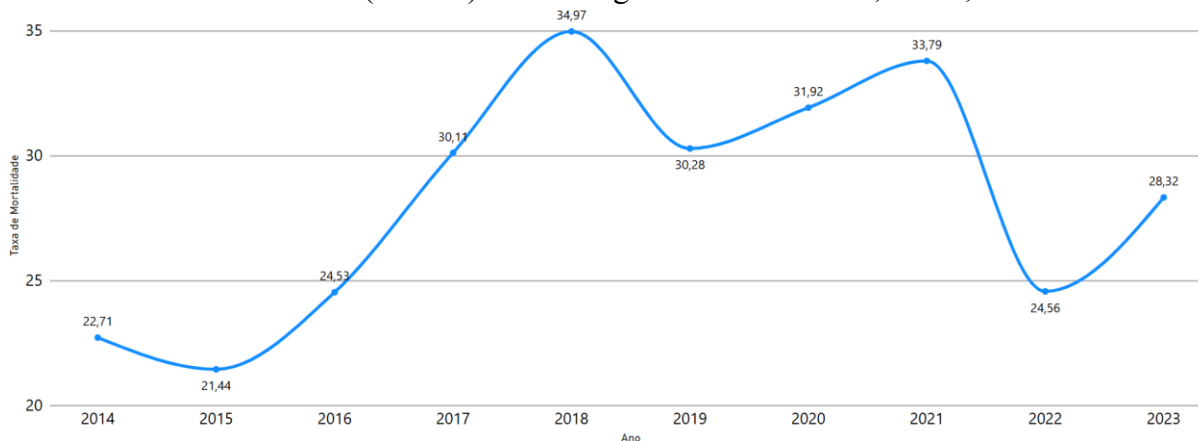


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

### 3.7.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

A taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas é um indicador importante para avaliar o impacto dessas doenças sobre a população em idade economicamente ativa. São classificadas no Capítulo IV da CID-10 (E00–E89), e incluem: Diabetes mellitus (E10–E14); Doenças da tireoide; Distúrbios da nutrição e Distúrbios metabólicos diversos. A macrorregião apresenta elevadas taxas entre 21,44 e 34,97. A partir de 2020, observa-se aumento na taxa de mortalidade, que passa de 31,92 para 33,79 em 2021. Em 2022, há uma queda acentuada (24,56), seguida de novo crescimento em 2023 (28,32) (Gráfico 42).

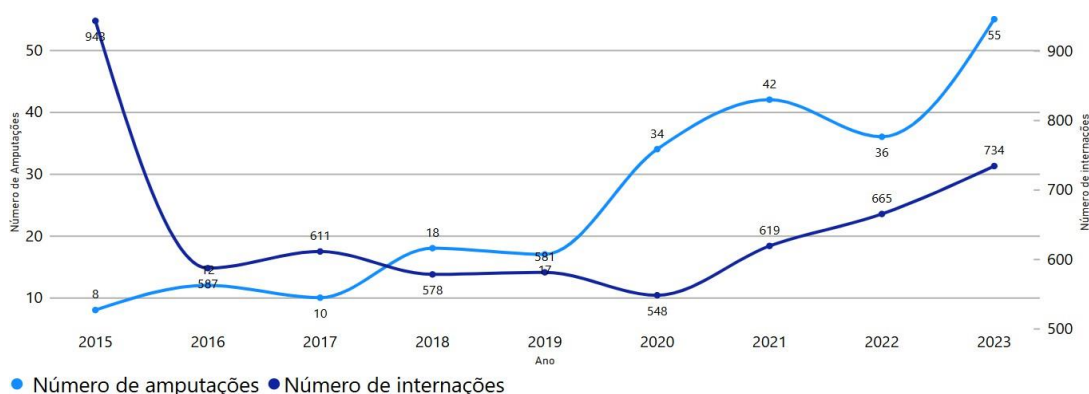
**Gráfico 42.** Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos), por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (DENM). Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014 - 2023\*



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

O Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares tem como objetivo analisar variações geográficas e temporais das internações para amputação, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na análise da qualidade do cuidado ofertado aos portadores de doenças crônicas em associação com outros indicadores. A partir de 2020, observa-se aumento progressivo tanto no número de amputações quanto no número de internações. As amputações sobem de 34 (2020) para 55 em 2023, enquanto as internações aumentam de 548 para 734 no mesmo período. Esse crescimento simultâneo pode indicar agravamento de complicações, como em casos de diabetes ou doenças vasculares, refletindo maior demanda por cuidados hospitalares e cirúrgicos (Gráfico 43).

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

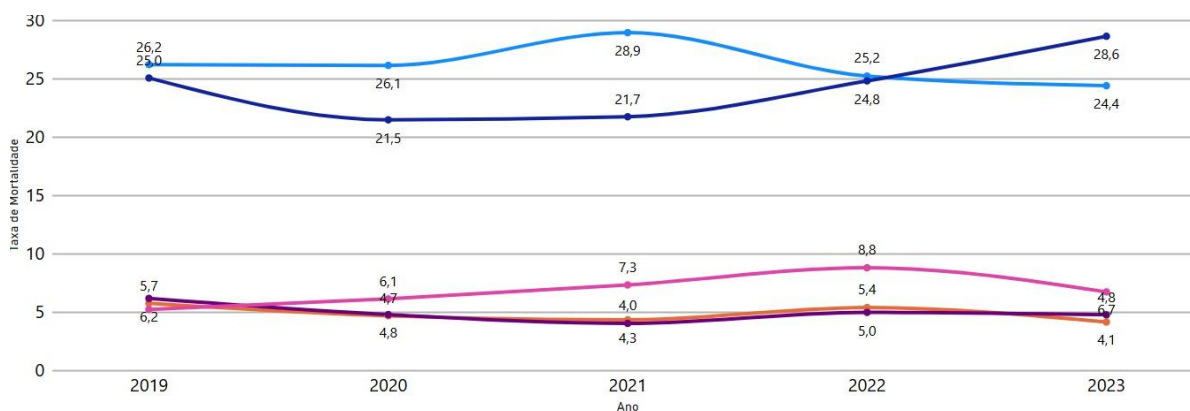


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

### 3.7.6 Morbimortalidade por Causas Externas

As primeiras causas de óbitos por causas externa oscila entre acidentes e homicídios, enquanto as outras causas variam entre afogamento, queda e suicídio (Gráfico 44).

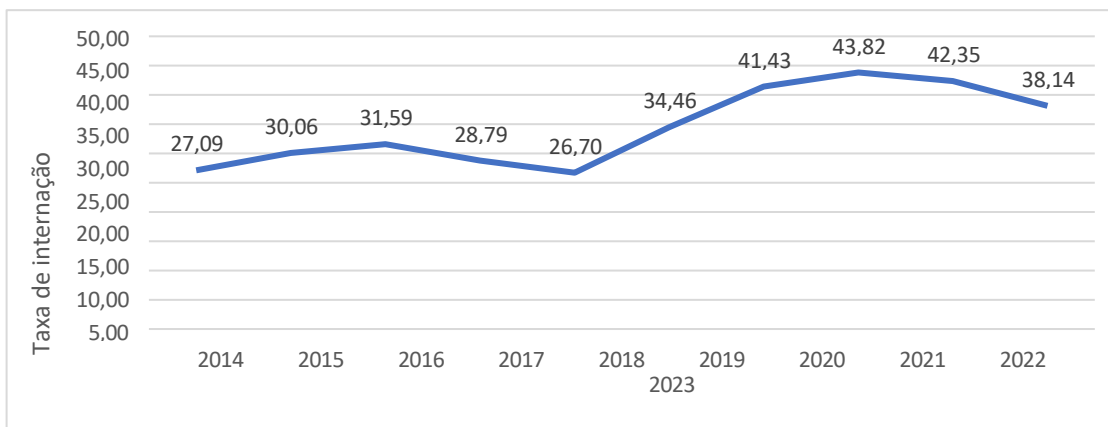
**Gráfico 44.** Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2019 - 2023\*



● Homicídio ● Acidentes ● Afogamento ● Quedas ● Suicídio  
 Fonte: Sesab/Suvisa/Divep \*Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

Com relação à taxa de internação, observa-se elevação a partir de 2020, com pico em 2021 (45,82). Em seguida, há uma leve queda em 2022 (42,35) e recuo mais acentuado em 2023 (38,14). (Gráfico 45).

**Gráfico 45.** Taxa de internação por causas externas, relacionadas a quedas, acidentes de transporte, agressões, lesões autoprovocadas voluntariamente e afogamento. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2014 - 2023\*



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

#### 4. SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA

A 1ª Oficina de discussão da situação de saúde da população em cada Macrorregião de Saúde, teve como referência as seis áreas temáticas definidas pela CIB/BA. Foi realizada de forma online objetivando subsidiar os(as) secretários(as) municipais da saúde na definição da prioridade sanitária das respectivas macrorregiões

de saúde.

Para a seleção da prioridade sanitária, os gestores responderam, na plataforma Jotform, ao “Formulário de Priorização”, elaborado com base nas sete áreas temáticas definidas na Resolução CIB/BA nº 018/2021<sup>3</sup>, utilizando a matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência), considerando:

- Gravidade: avaliar o problema e como afeta as pessoas e a situação de saúde da área adscrita, a curto e longo prazo;
- Urgência: analisar quanto tempo para o problema ser resolvido de modo a não agravar a situação;
- Tendência: avaliar o potencial que o problema tem de aumentar e agravar; (Quadro 1)

A seguir, apresenta-se a Matriz GUT (Quadro 1), que orientou a atribuição de pontuações às áreas temáticas durante a oficina.

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

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

Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021

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

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

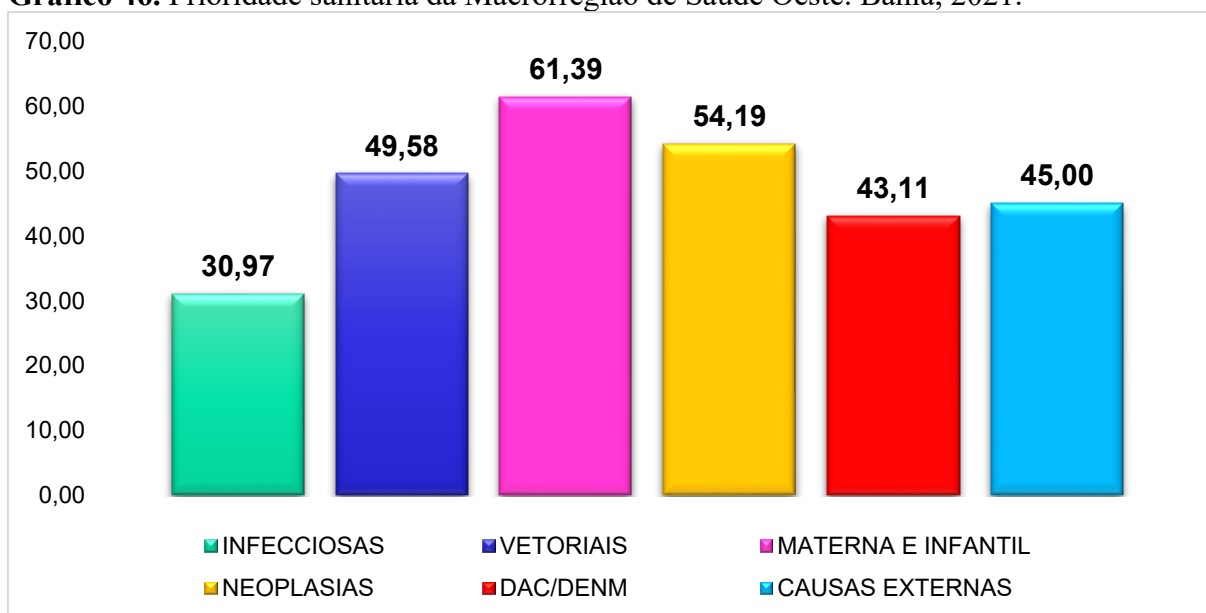
- leitura do texto referente a área temática;
- atribuição de pontuação (valores entre 1 e 5) considerando as variáveis de indicadas na matriz;
- todas as alternativas deveriam ser marcadas com uma única opção para cada resposta;
- a atribuição dos pontos deveria ter como referência as discussões que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

A aplicação da Matriz GUT permitiu classificar áreas temáticas em prioridade, a partir da pontuação alcançada. Na MRS- Oeste a oficina ocorreu em 28 de julho 2021.

As áreas temáticas consideradas nesta 1ª Oficina foram: Doenças infecciosas e parasitárias (infecciosas e vetoriais); saúde materna e infantil, neoplasias; doenças do aparelho circulatório; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; e, morbimortalidade por causas externas.

A Atenção Materna e Infantil é a prioridade sanitária selecionada na MRS- Oeste (Gráfico 46). Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)<sup>41</sup>, pelo menos 20% da carga de doenças em crianças com menos de cinco anos está relacionada as condições e situação de saúde materna e à desnutrição, bem como a qualidade dos cuidados ao parto e no período de recém-nascido.

**Gráfico 46.** Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Oeste. Bahia, 2021.



Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021.

Após a definição da prioridade sanitária, a Coordenação de Planejamento Regional Integrado propôs ao Grupo Condutor da Rede Estadual a criação de grupo de trabalho envolvendo técnicos estaduais e municipais que atuam em cada macrorregião. Deste modo, para desenvolver ações do processo do PRI no território foi publicada em janeiro de 2022 a Resolução CIB n. 006/2022, que *aprova a instituição do Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional para o Planejamento Regional Integrado (PRI) do*

*estado da Bahia*. Posteriormente foi publicada a Resolução CIB n. 008/2022, que “*Aprova a relação dos nomes dos membros dos Grupos Técnicos de Trabalho Macrorregional (GTTM) para o Planejamento Regional Integrado (PRI) do estado da Bahia*”, com atualização dos nomes pela Resolução n. 351/2024.

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

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

No processo de discussão foram levantadas variáveis 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 contemplados na caracterização da MRS- Oeste deste plano.

## **5 ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA**

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

### **5.1 Organização**

Pretende-se demonstrar indiretamente a organização da RAS no território, definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades

---

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

tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Vale destacar que os dados poderiam ser enquadrados como indicadores de “oferta e cobertura de serviços de saúde”.

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

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

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

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

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

Assim, entende-se 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 população.

A MRS-Oeste depende de outras macrorregiões, para realizar 25,02% dos

procedimentos ambulatoriais e 71,38% dos hospitalares de Alta Complexidade (AC). Em relação ao acesso na RAS, apresenta o terceiro maior índice de dependência dos procedimentos hospitalares de AC, dentre as macrorregiões do Estado. Na utilização dos dados para a elaboração do índice de dependência observou-se que o fluxo para fora da macrorregião está concentrado em atendimentos realizados na capital do Estado (Tabela 3).

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

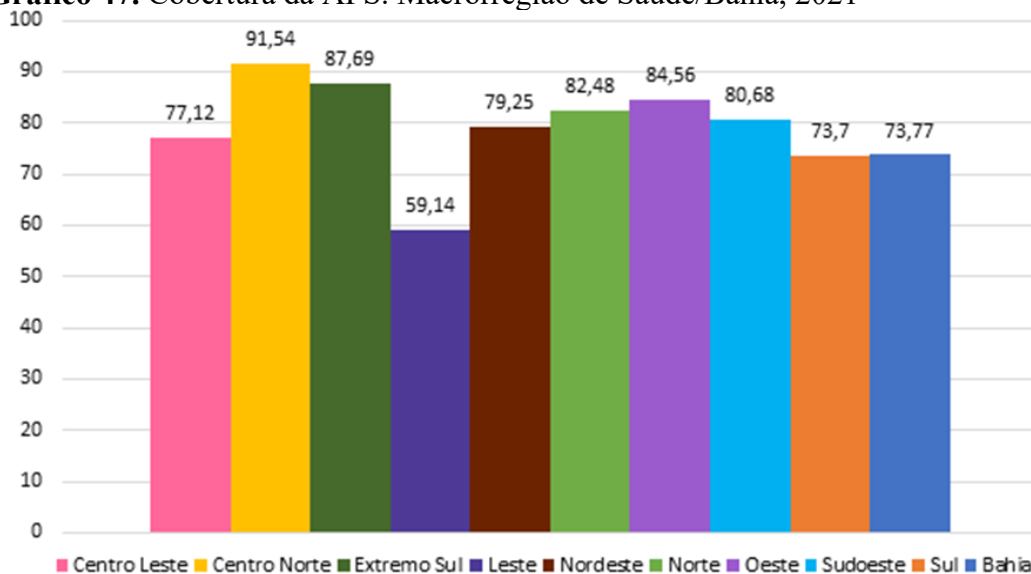
Macrorregião	Índice de dependência em serviços de alta complexidade	
	Ambulatorial	Hospitalar
CENTRO LESTE	41,11%	55,65%
CENTRO NORTE	26,01%	97,75%
EXTREMO SUL	13,44%	33,00%
<b>LESTE</b>	<b>0,51%</b>	<b>0,54%</b>
NORDESTE	30,73%	99,60%
NORTE	18,36%	69,12%
OESTE	25,02%	71,38%
SUDOESTE	4,93%	24,10%
SUL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

Fonte: TABWIN/DataSUS \*Dados coletados em 23/05/2023

### 5.1.2 Cobertura da Atenção Primária à Saúde

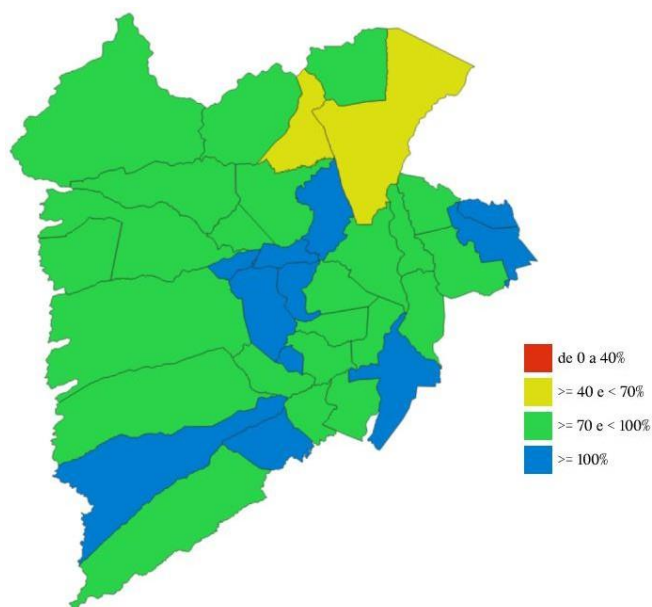
Este indicador explicita o percentual da cobertura de pessoas cadastradas pela APS (Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária) em relação à população estimada pelo IBGE, permitindo inferir se a organização atual espelha um modelo de RAS tendo a APS como ordenadora da rede e coordenadora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

Para o cálculo do indicador Cobertura da APS, foi considerada a população cadastrada pelas unidades de saúde no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e a macrorregião tem 80,68% da cobertura da APS, portanto acima da média do Estado (Gráfico 47).

**Gráfico 47.** Cobertura da APS. Macrorregião de Saúde/Bahia, 2021\*

Fonte: Caderno de Monitoramento da Atenção Básica, \*Dados coletados em 29.11.2022.

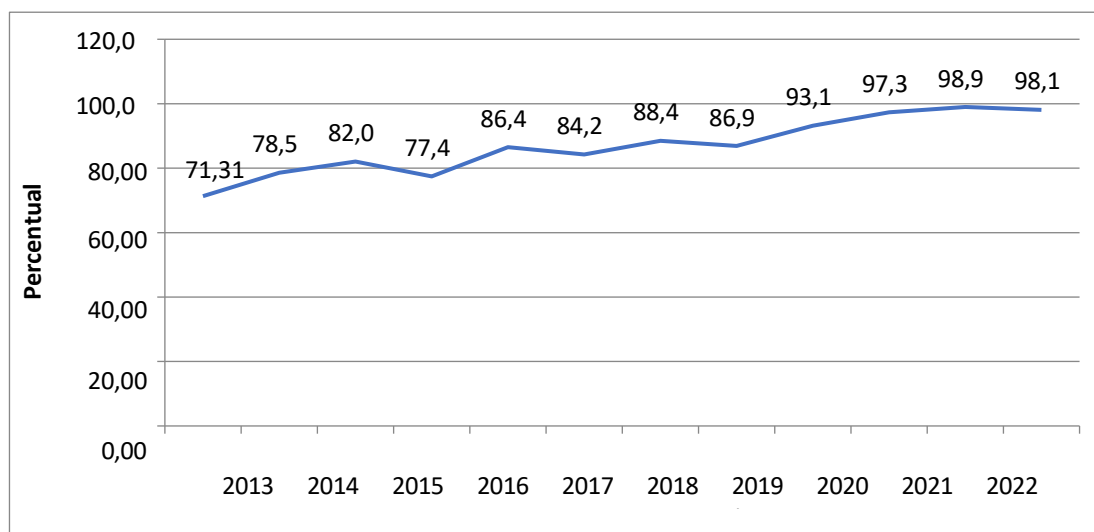
A análise do conjunto dos municípios da macrorregião revela que 23 municípios (63,89%) possuem cobertura de APS superior a 70% (Mapa 4)

**Mapa 4.** Cobertura da APS. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2021

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

Para complementar a informação foi também avaliado outro indicador, demonstrando que a macrorregião apresentou um aumento mais significativo a partir de 2020, chegando a 98,11% de cobertura em 2024 (Gráfico 48).

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



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

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

Neste sentido, ao analisar as informações sobre o estado da saúde da população da MRS-Oeste, 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 Urgências

As Centrais de Regulação de Urgência CRU são componentes importantes para

a organização de uma macrorregião de saúde cuja adequação depende de vários fatores, como extensão territorial e tamanho populacional. Sua existência indica o número de estrutura recomendada para a organização e priorização das demandas de urgência e ordenação dos fluxos de referências e sistema logístico da RAS dentro do território. Uma macrorregião com um sistema logístico estruturado deverá implantar centrais regionais a cada 700 mil habitantes.

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

A MRS- Oeste tem 2 (duas) CRUS regionais nos municípios de Barreiras e Bom Jesus da Lapa para uma população de 958.933 habitantes (IBGE, 2020), o que coincide com o parâmetro proposto.

### **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 buscou-se saber, além de existência ou não, se o serviço era centralizado em uma base única ou se era descentralizado em outras unidades. Esta informação é relevante para conhecer a estrutura da regulação. A MRS- Oeste, com 36 (trinta e seis) municípios, possui 34 (trinta e quatro) serviços cadastrados no CNES em setembro de 2022: 19 (dezenove) centralizados e 15 (quinze) descentralizados. É possível, a partir dos registros inferir a macrorregião conta razoável estrutura de organização do acesso aos serviços ambulatoriais, considerando o número de centrais identificadas.

## **5.2 Infraestrutura**

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

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

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

**Quadro 2.**Quantitativo de equipamentos, serviços, hospitalar, urgência e emergência e sistema logístico disponível para o SUS. Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2022

<b>Tipo</b>	<b>Prioridade Sanitária</b>	<b>Informação/Indicador</b>	<b>Nº existente</b>	<b>Nº necessário</b>
Equipamento	Comum a todos	Oftalmoscópio	24	-
		Eletrocardiógrafo	97	-
		USG com doppler	46	-
		USG convencional	68	-
Serviços especializados	Materna e Infantil	Referência em triagem neonatal	0	-
	Comum a todos	Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia	59	-
		Serviço de hemoterapia	14	-
		Laboratório análise clínica	51	-
		Centro de Especialidades Odontológica	8	-
Hospital	Materna e Infantil	Leitos obstétricos clínicos*	190	164
		Leitos obstétricos cirúrgicos*	117	
		Leitos UTIN *	7	29
		Leitos UCINco*	10	29
		Leitos UCINca*	5	14
		Leito GAR*	0	37
		Hospital amigo da criança		-
	Comum a todos	Leitos UTI AD	40	-
Serviço Hospitalar	Materna e Infantil	Banco de leite / posto de coleta	0	-
		CPN*	0	2
		CGBP*	0	-

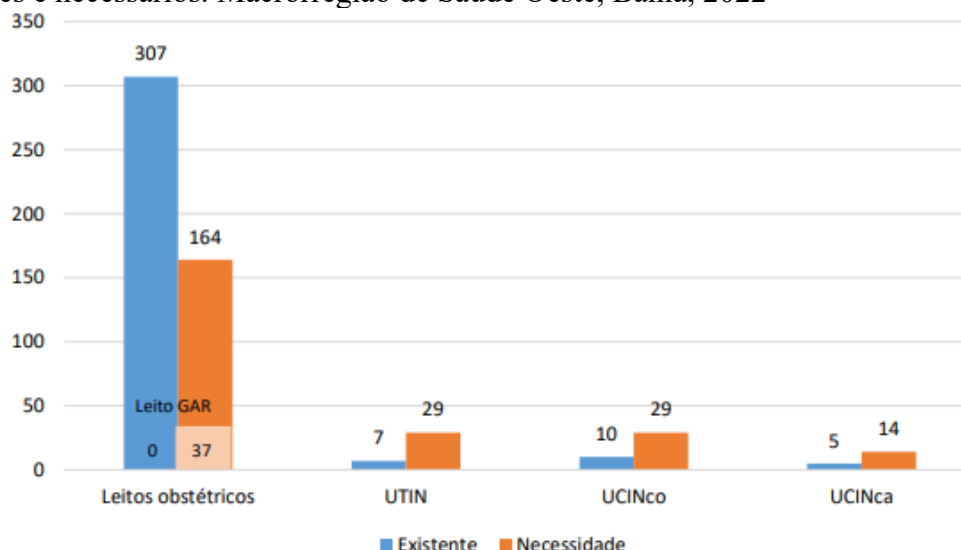
Urgência e Emergência	Comum a todos	Unidade de Suporte Básico – USB	35	-
		Unidade de Suporte Avançado-USA	9	-
		Motolância	2	-
		USB aquático/embarcação	1	-
Sistema Logístico		Ambulância Comum	209	-

Fonte: CNES, dados coletados 29.11.2022. \*Informação/Indicador com parâmetro de necessidade estabelecido pelo MS.

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

Os leitos obstétricos e para Gestação de Alto Risco (GAR), gestante e neonato, da MRS- Oeste demonstram que o território possui mais leitos obstétricos do que o necessário: 307 leitos obstétricos SUS e 30 leitos obstétricos não SUS, totalizando 337 leitos. Quanto aos leitos para atendimento à gestante e ao neonato, a necessidade na macrorregião ainda não está atendida (Gráfico 49).

**Gráfico 49.** Número de leitos obstétricos e de leitos para Gestação de Alto Risco, existentes e necessários. Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2022\*



Fonte: CNES, dados coletados em 29.11.2022.\* Para o cálculo da necessidade de leitos obstétricos foi utilizado como referência o Memo nº 118 Dapes/SAS/MS, Brasília, 17 de fevereiro de 2012 – Nota técnica sobre parâmetros para cálculo de leitos obstétricos - Rede Cegonha

De acordo com as informações coletadas dos estabelecimentos cadastrados no

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

Para esta análise, a Força de Trabalho em Saúde foi representada pelo número de trabalhadores equivalentes, a partir da transformação do total de horas disponíveis em número de trabalhadores, considerando uma carga horária padrão<sup>42</sup> (40 horas semanais). Esta forma é conhecida como *Full-Time Equivalent* (FTE) e é comumente utilizada na área da gestão do trabalho para visualizar quantos profissionais em tempo integral equivaleria o total de horas de trabalho contratado para determinado serviço ou sistema de saúde.

Além de facilitar a comunicação dos resultados de forma padronizada, permite a comparação interna e suprime possíveis distorções que seriam provocadas se comparados totais de indivíduos com diferentes jornadas de trabalho.

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

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

Ao analisar a existência versus a necessidade dos profissionais médicos referentes à prioridade sanitária, constata: para o pediatra e o ginecologista/obstetra o percentual da necessidade atendida é de 21,56% e 23,04%, respectivamente. Considerando a categoria de médicos anestesistas, especialmente importante quando se trata dos partos cesáreos, verifica-se um percentual de 30,29% na macrorregião. Este cenário é aponta desafios a serem resolvidos para atender as ações e serviços de saúde necessárias para a prioridade sanitária da macrorregião. (Quadro 3).

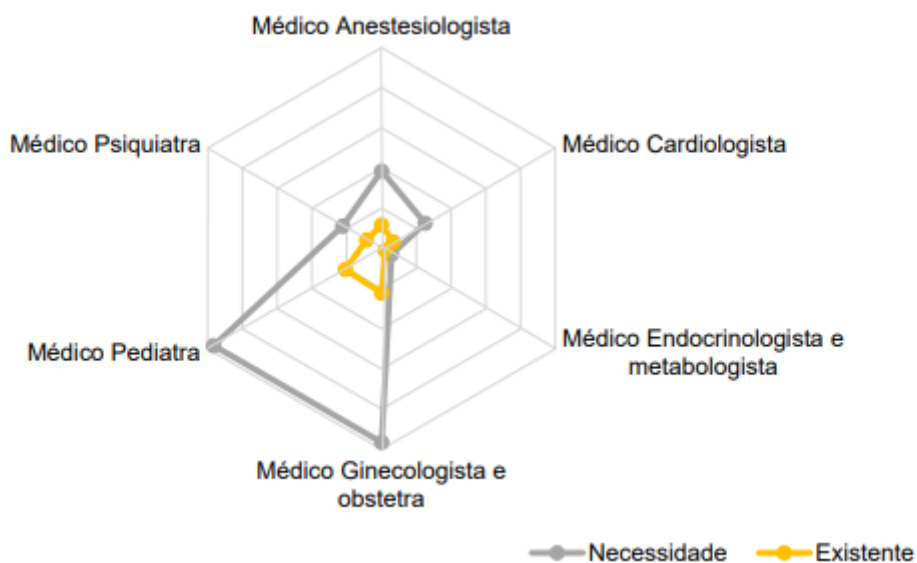
**Quadro 3.** Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades, Macrorregião de Saúde Oeste/Bahia, 2022

Grupo de ocupações/especialidades	Nº existente	Nº necessário
Médico Anestesiologista	29,25	96,56
Médico Cardiologista	16,98	62,77
Médico Endocrinologista e metabologista	5,10	14,48
Médico Ginecologista e obstetra	55,63	241,41
Médico Pediatra	52,05	241,41
Médico Psiquiatra	21,25	56,01
Psicólogo	135,85	-
Assistente Social	130,68	-
Nutricionista	100,15	-
Enfermeiro	874,83	-
Cirurgião Dentista (Família CBO)	383,50	-
Enfermeiro Obstetra	36,90	-
Fisioterapeuta	382,10	-
Farmacêutico	184,53	-

Fonte: CNES, dados coletados em 29.11.2022.

Observa-se déficit de profissionais em todas as especialidades médicas relacionadas a prioridade sanitária na MRS- Oeste, sendo este um dado 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 50).

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



Fonte: CNES, dados coletados em 29.11. 2022.

### 5.3 Produção de serviço

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

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

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

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

A MRS-Oeste possui 46 equipamentos de USG com doppler cadastrados no CNES em 42 EAS, destes duas (4,76%), apresentaram registro de produção.

Quanto ao USG convencional o território possui 68 equipamentos cadastrados no CNES distribuídos em 66 EAS, destes 24 (36,36%) apresentaram registro de produção. Com referência a USG com doppler e USG convencional seis e 10 EAS, respectivamente, não tem cadastro do equipamento e apresentaram registro de produção.

Quanto aos equipamentos Oxímetro de pulso (teste do coraçãozinho), emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha) e toco cardiografia anteparto, identificaram-se dois, seis e um EAS com registro de produção (Quadro 4).

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

<b>Equipamento/Serviço</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Nº EAS com equipamento</b>	<b>Nº EAS com produção</b>
Ultrassom convencional	02.05.02.014-3 Ultrassonografia obstétrica	66	24
Ultrassom com doppler	02.05.02.015-1 Ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado	42	2
Oxímetro de pulso	02.11.02.007-9 Oximetria de pulso (teste do coraçãozinho)	-	2
Equipamento de otoemissão	02.11.07.014-9 Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha)	-	6
Cardiotocógrafo	02.11.04.006-1 Tococardiografia ante-parto	-	1

Fonte: SIGTAP/MS, dados coletados em 29.11.2022.

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

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

As redes temáticas de atenção à saúde foram instituídas no âmbito do SUS por Normas consolidadas pela Portaria de Consolidação CIT nº 3/2017, com a finalidade de estruturar a Rede de Atenção à Saúde de forma regionalizada e hierarquizada. Essas redes promovem a integração sistêmica entre os diferentes pontos de atenção, articulando serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), da média e alta complexidade, além de sistemas de

apoio diagnóstico, terapêutico e de regulação. Nesse arranjo, a APS assume papel central como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede, assegurando o acompanhamento longitudinal dos usuários e a continuidade assistencial.

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

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

### **6.1 Sistema Organização da RAS**

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

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

Estado da Bahia

Bem-vindo,

Organização da RAS

RAS

DOMI

Manual do sistema

Gerenciar Perfil

Gerenciar Administrador

Conta

Sair

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, 78% dos municípios elegíveis da macrorregião aderiram ao Programa.

Na macrorregião Oeste, as gestantes realizam o pré-natal nas UBS e USF, com estratificação de risco e encaminhamento conforme necessidade. Em 2024, a cobertura da APS foi de 94,97%, com 362 equipes de ESF e 6 de APS. O laboratório credenciado para a triagem pré-natal é o VIDA Central de Diagnóstico, que em 2023 triou 5.784 gestantes e realizou 66.152 exames.

O pré-natal de alto risco é ofertado em Barreiras, Luís Eduardo Magalhães e Bom Jesus da Lapa, além de dois ambulatórios de referência em Barreiras. A rede de parto conta com 296 leitos obstétricos em 33 maternidades, 18 elegíveis ao Programa Mãe Bahia, e quatro CPNs ainda não habilitados. Os partos de alto risco são atendidos no Hospital do Oeste (Barreiras) e no Hospital Municipal Miriam Silva Souza Borges (Luís Eduardo Magalhães).

O atendimento neonatal concentra-se nesses dois hospitais, que dispõem de leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa. Há ainda um BLH no Hospital do Oeste e uma Casa de Gestante, Bebê e Puérpera com 20 camas. Em 2023, 13.288 recém-nascidos foram triados pelo Teste do Pezinho, com coleta média em 5 dias, e as demais triagens neonatais devem ser realizadas nos serviços de parto ou encaminhadas à APS.

A regulação é organizada pela Central de Regulação (leitos, ambulatorial e urgência) e transporte sanitário, utilizando SUREM, Lista Única e sistemas municipais.



CATOLÂNDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COCOS	01 USB Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CORIBE	01 USB Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CORRENTINA	01 USB Q	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
COTEGIPE	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CRISTÓPOLIS	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FORMOSA DO RIO PRETO	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IBOTIRAMA	01 USB 01 USA	-	01 - TIPO 02	1	1	10	-	-	-	-
IPUPIARA	01 USB 01 USA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JABORANDI	01 USB Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LUÍS EDUARDO MAGALHÃES	01 USB 01 USA	01 - OPÇÃO III	01 - TIPO 01	-	-	-	10	-	-	-
MANSIDÃO	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MORPARÁ	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MUQUÉM DE SÃO FRANCISCO	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OLIVEIRA DOS BREJINHOS	01 USB	-	01 - TIPO 02	-	-	-	-	-	-	-
PARATINGA	01 USB Q	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
RIACHÃO DAS NEVES	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTA MARIA DA VITÓRIA	01 MOTO 01 USB Q 01 USA Q	01 - OPÇÃO III	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
SANTA RITA DE CÁSSIA	01 USB 01 USA	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
SANTANA	01 USB Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO DESIDÉRIO	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO FÉLIX DO CORIBE	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SERRA DO RAMALHO	01 USB	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
SERRA DOURADA	01 USB Q 01 USA Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÍTIO DO MATO	01 USB Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TABOCAS DO BREJO VELHO	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
WANDERLEY	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

\*os componentes em azul representa a proposta no Plano.

#### 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 Oeste estão sendo financiados 03 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, assegurando condições para ampliar a oferta, qualificar o cuidado e reduzir desigualdades regionais (Figura 4). Trata-se de um passo importante para consolidar a política de saúde mental no estado, garantindo o cuidado em liberdade, de forma humanizada e articulada ao território.

**Figura 4.** Percentual de serviços solicitantes dentre os elegíveis por Núcleo Regional de Saúde da Bahia, fevereiro a setembro de 2025.

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

Fonte: ATSM/DGC/SESAB, setembro/2025

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

Os componentes disponíveis para RAPS na Macrorregião Oeste estão apresentados no (Quadro 6).

**Quadro 6.** Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Oeste 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
ANGICAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BAIANÓPOLIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BARRA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
BARREIRAS	-	1	-	1	-	-	-	-	-
BOM JESUS DA LAPA	-	-	1	-	-	-	-	-	-
BREJOLÂNDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BROTAS DE MACAÚBAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BURITIRAMA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CANÁPOLIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CATOLÂNDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COCOS	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CORIBE	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CORRENTINA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COTEGIPE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CRISTÓPOLIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FORMOSA DO RIO PRETO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IBOTIRAMA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
IPIUPIARA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JABORANDI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LUÍS EDUARDO MAGALHÃES	1	-	-	-	-	-	-	-	-
MANSIDÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MORPARÁ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MUQUÊM DE SÃO FRANCISCO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OLIVEIRA DOS BREJINHOS	1	-	-	-	-	-	-	-	-
PARATINGA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
RIACHÃO DAS NEVES	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTA MARIA DA VITÓRIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTA RITA DE CÁSSIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTANA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO DESIDÉRIO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO FÉLIX DO CORIBE	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SERRA DO RAMALHO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SERRA DOURADA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SÍTIO DO MATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TABOCAS DO BREJO VELHO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
WANDERLEY	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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 no Quadros 7.

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

MUNICÍPIOS	ESTABELECIMENTO	COMPONENTE
BARREIRAS	CEPROESTE	CER II - REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
		OPM FISICA
		BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS
	AUDIO BARREIRAS SERVIÇO AUDIOLOGICOS LTDA	SAÚDE AUDITIVA - MEDIA COMPLEXIDADE SEM FONOTERAPIA
		OPM AUDITIVA

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

### 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 e garantindo acesso à média e alta complexidade (hemodiálise, oncologia, cardiologia intervencionista). 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 Oeste a matriz de referência está demonstrada na (Figura 5).

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

MACRORREGIÃO OESTE			
AÇÕES DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE DE BARREIRAS	REGIÃO DE SAÚDE SANTA MARIA DA VITÓRIA	REGIÃO DE SAÚDE IBOTIRAMA
Coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo uterino	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Barreiras	UBS/PSF e Policlínica Regional em Santa Maria da Vitória	UBS/PSF e Policlínicas Regionais de Saúde
Colposcopia	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Barreiras	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Santa Maria da Vitória	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde em Barreira
Mamografia	Policlínica Regional de Saúde em Barreiras	Policlínica Regional de Saúde em Santa Maria da Vitória	Policlínica Regional de Saúde em Barreiras
	CDI - Centro Diagnóstico		IRM - Imagem e Reabilitação de Macaúbas
Laboratório de Citopatologia/Anatomia Patológica	DEBORA CORADO DE MELO BENTO ME	Labovida	DEBORA CORADO DE MELO BENTO ME
	Unilab- Laboratório de Análises Clínicas	Laboratório de Análises Clínicas- Aclab	Unilab- Laboratório de Análises Clínicas
	Laboratório Pró- Análise	Laboratório Municipal de Análises Clínicas Pe. Murilo	Laboratório Pró- Análise
<b>CIRURGIA</b>	<b>REGIÃO DE SAÚDE DE BARREIRAS</b>	<b>REGIÃO DE SAÚDE SANTA MARIA DA VITÓRIA</b>	<b>REGIÃO DE SAÚDE IBOTIRAMA</b>
- Aparelho Digestivo	UNACON do Hospital do Oeste (HO)	UNACON do Hospital do Oeste (HO)	UNACON do Hospital do Oeste (HO)
- Coloproctologia			
- Ginecologia			
- Mastologia			
- Urologia			
- Cabeça e pescoço	*UNACON do Hospital Santo Antônio (HSA)/UNACON do Hospital Santa Izabel/UNACON do HUPES/CACON do Hospital Aristides Maltez	*UNACON do Hospital Santo Antônio (HSA)/UNACON do Hospital Santa Izabel/UNACON do HUPES/CACON do Hospital Aristides Maltez	**UNACON do Hospital Santo Antônio (HSA)/UNACON do Hospital Santa Izabel/UNACON do HUPES/CACON do Hospital Aristides Maltez
- Torácica	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)/ UNACON do Hospital Santa Izabel/UNACON do HUPES	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)/ UNACON do Hospital Santa Izabel/UNACON do HUPES	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)/ UNACON do Hospital Santa Izabel/UNACON do HUPES
- Ossos e partes moles	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)/UNACON do HUPES	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)/UNACON do HUPES	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)/UNACON do HUPES
- Pele/Plástica (*)	UNACON do Hospital do Oeste (HO)	UNACON do Hospital do Oeste (HO)	UNACON do Hospital do Oeste (HO)
- Neurocirurgia	UNACON do Hospital do Oeste (HO)	UNACON do Hospital do Oeste (HO)	UNACON do Hospital do Oeste (HO)
- Oftalmologia	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos

TRATAMENTO	REGIÃO DE SAÚDE DE BARREIRAS	REGIÃO DE SAÚDE SANTA MARIA DA VITÓRIA	REGIÃO DE SAÚDE IBOTIRAMA
Radioterapia	*CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Santa Izabel (HSI) + Hospital Santo Antônio (HSA) – até implantação	*CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Santa Izabel (HSI) + Hospital Santo Antônio (HSA) – até implantação	*CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + Hospital Santa Izabel (HSI) + Hospital Santo Antônio (HSA) – até implantação
Braquiterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Iodoterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) . UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) . UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)
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 do Oeste (HO)	UNACON do Hospital do Oeste (HO)	UNACON do Hospital do Oeste (HO)
Fratura Óssea	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Alcoolização Percutânea/Radiofrequência para Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Tratamento de hematuria por embolização	UNACON do Hospital do Oeste (HO)	UNACON do Hospital do Oeste (HO)	UNACON do Hospital do Oeste (HO)
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 Santa Izabel (HSI)/CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Quimioembolização de Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Cuidados Paliativos	UNACON do Hospital do Oeste	UNACON do Hospital do Oeste	UNACON do Hospital do Oeste
CÂNCER HEMATOLOGICO E PEDIÁTRICO	REGIÃO DE SAÚDE DE BARREIRAS	REGIÃO DE SAÚDE SANTA MARIA DA VITÓRIA	REGIÃO DE SAÚDE IBOTIRAMA
Hematologia	UNACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Santa Izabel + UNACON HGRS/CICAN	UNACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Santa Izabel + UNACON HGRS/CICAN	UNACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + UNACON do Hospital Santa Izabel + UNACON HGRS/CICAN
Oncologia Pediátrica	UNACON do Hospital Estadual da Criança + CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital Estadual da Criança + CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital Estadual da Criança + CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)

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

## 7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

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

Na MRS-Oeste, a 2ª Oficina Macrorregional ocorreu de modo online, no dia 22/10/2021, objetivando a devolutiva das prioridades dentre as seis áreas temáticas contempladas na análise da situação de saúde e definir as diretrizes do Plano Macrorregional de Saúde.

Atendendo à Portaria CIT n. 01 de 21 de março de 2021, para a definição das diretrizes macrorregionais foram, previamente, consolidadas as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (2020-2023) e do PES 2020-2023<sup>2</sup>, pelo grupo de discussão coordenado pela APG/Copri.

A consolidação das diretrizes resultou em quatro núcleos de sentido, nomeados como:

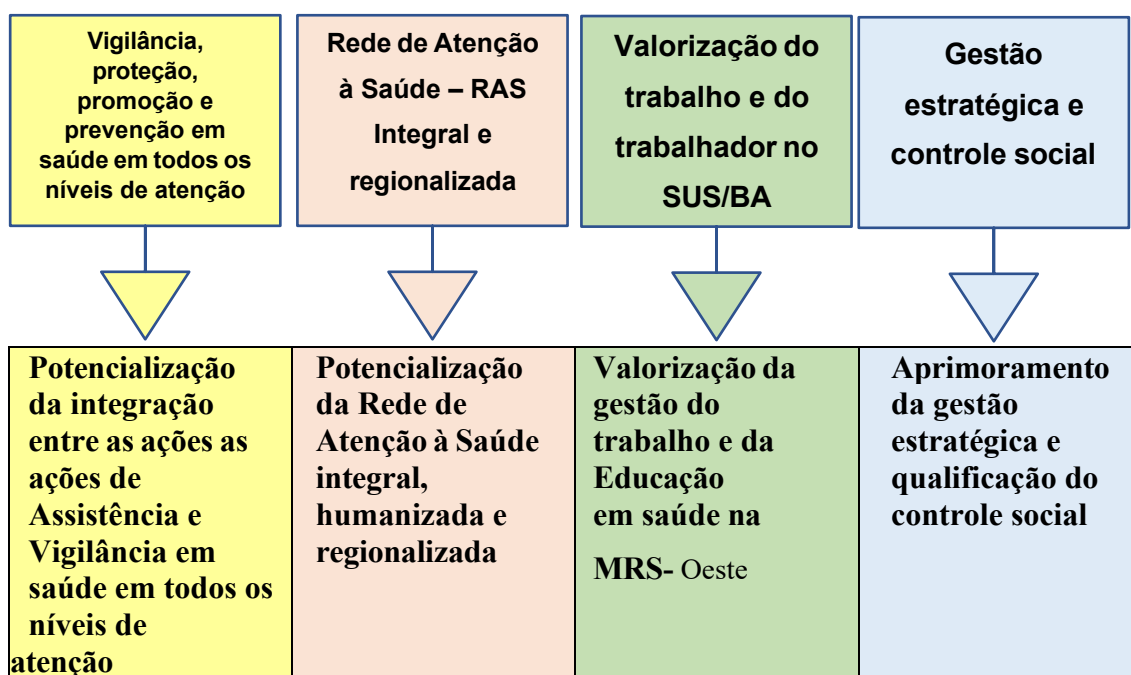
Vigilância em Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Valorização do Trabalho e do(a) Trabalhador(a) e Gestão Estratégica e Controle Social.

A 2ª Oficina iniciou com a apresentação do vídeo “Compatibilização do Plano Nacional de Saúde e Plano Estadual de Saúde”, contendo: a consolidação das diretrizes e o vídeo com descrição de “Caso da Área Temática Priorizada: Materno-Infantil” (estudo de caso sobre a trajetória de atendimento de uma gestante, prioridade definida pela MRS-Oeste).

O primeiro vídeo subsidiou a discussão sobre a elaboração das diretrizes e objetivos; o segundo vídeo serviu como motivador para discutir os problemas e relacioná-los com os núcleos de sentido apresentados. Em seguida, com o uso do aplicativo *Jamboard*, os participantes foram divididos em duas salas virtuais para identificar problemas e relacioná-los com o contexto macrorregional. Os problemas levantados foram ordenados considerando os quatro núcleos definidos, previamente.

Ao final, reunidos em plenária, os participantes debateram as diretrizes sugeridas pelos grupos e definiram, de modo consensual, as diretrizes da MRS-Oeste: reorganização e efetivação da Rede de Atenção integral, equânime e regionalizada; garantia da valorização do trabalho e do(a) trabalhador(a) SUS/BA; e, implementação da gestão estratégica e fortalecimento do controle social (Figura 4)

**Figura 4** Definição das diretrizes da Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2023



Fonte: 2ª Oficina Macrorregional/Sesab, 22/10/2021

Durante a 2ª Oficina Macrorregional foi comunicado a criação do Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional, composto por técnicos da Sesab do nível central e regional, representantes dos municípios indicados nas CIRs, apoiadores do Cosems/BA, técnicos da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde, colaboradores da Opas e articuladores do Hospital Alemão Osvaldo Cruz (HAOC). Conforme a Resolução CIB n. 006/2022, o GTTM tem como objetivos subsidiar o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde do estado da Bahia para a elaboração e entrega dos planos macrorregionais.

Após constituição, o GTTM iniciou a elaboração de proposta contendo os objetivos para cada diretriz, considerando a discussão na 2ª Oficina.

Em continuidade ao processo de planejamento foi realizada, presencialmente, a 3ª Oficina Macrorregional, no dia 21 de julho de 2022 “Qualificação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) e Análise da Capacidade instalada”, para definir os objetivos e iniciar a discussão sobre a capacidade instalada considerando a prioridade sanitária da MRS-Oeste.

Na 3ª Oficina foi apresentada a proposta dos objetivos, elaborada pelo GTTM. Após discussão e reformulação, foram consensuados, com os gestores municipais, os objetivos para a macrorregião. Para subsidiar a elaboração da análise da capacidade instalada foi firmado com os gestores municipais o compromisso de atualização do CNES.

Em 11 de julho de 2023, em Salvador, as áreas técnicas da Sesab se reuniram com membros de todos os GTTM para alinhar, conceitualmente, objetivos que foram aprovados pelos gestores municipais na 4ª Oficina Macrorregional que ocorreu no dia 15 de agosto de 2023 (Quadro 8).

**Quadro 8.** Diretrizes e objetivos Macrorregião de Saúde Oeste, Bahia, 2023

<b>DIRETRIZ</b>	<b>OBJETIVO</b>
Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Integral, Humanizada e Regionalizada	Organizar a rede materno-infantil de forma qualificada e em tempo oportuno aos serviços ambulatoriais e hospitalares.
	Otimizar o sistema logístico da RAS
	Otimizar o sistema de apoio da RAS
Valorização da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde na MRS- Oeste	Desenvolver estratégias para provimento de vínculos de trabalho protegidos e fixação dos profissionais nos postos de trabalho existentes/ necessários

Potencialização da integração entre as ações de Assistência e Vigilância em saúde em todos os níveis de atenção	Promover a integração das ações de Vigilância em Saúde em todos os níveis de atenção à Saúde na macrorregião
Aprimoramento da gestão estratégica e qualificação do controle social	Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa

Fonte: 4ª Oficina Macrorregião/Sesab, 2023.

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

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

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

Dando continuidade, no período de dezembro de 2024 a março de 2025, os Grupos Técnicos de Trabalho Macrorregionais (GTTM), elaboraram uma proposta de metas e indicadores, itens necessários para concluir a etapa de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI), aprovadas pelos gestores na 9ª Oficina realizada em 08.04.2025 e pactuada na reunião da CIB e publicada na Resolução CIB/BA nº 424/2025, conforme Quadro 9.

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

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

<b>MATRIZ DOMI - MACRORREGIÃO OESTE - PRIORIDADE SANITÁRIA MATERNA E INFANTIL</b>							
<b>DIRETRIZ: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Integral, Humanizada e Regionalizada</b>							
<b>OBJETIVO: Organizar a rede materna-infantil de forma qualificada com acesso em tempo oportuno aos serviços ambulatoriais e hospitalares.</b>							
<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>LINH A DE BASE</b>	<b>META ACUMULADA</b>			<b>ATIVIDADES</b>	<b>RESPONSÁV EIS</b>
			<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>		
Habilitar 05 Unidades de referência hospitalar da macrorregião em atenção à gestação de alto risco	Número de unidades hospitalares habilitados	0	3	5	5	Identificação das necessidades para habilitação das unidades	SESAB/SMS
						Identificação das unidades que realizam parto de alto risco	SESAB/SMS
						Adequação das unidades hospitalares, à portaria GM/MS nº 5.350/24	SESAB/SMS
						Implantação de banco de leite humano	SESAB/SMS
Habilitar 3 Casa de Gestante Bebê e Puerpera (CGBP)	Número de CGBP habilitadas	0	2	3	3	Identificação das necessidades para habilitação da unidade	MS/SESAB/SMS
Alcançar 60% proporção de parto vaginal de risco habitual realizado na macrorregião	Proporção de partos normais por macrorregião	49,57% (SINAS C, 2023)	50%	55%	60%	Inclusão do tema nos espaços colegiados (Forum, COCAB, CIR)	SESAB/SMS
						Capacitação das equipes das maternidades e pré-natalistas quanto a assistência ao pré-natal, parto e nascimento	SESAB/SMS

						Vinculação das gestantes a unidade de referência para o parto e nascimento, com garantia de encontros sistemáticos entre as equipes de APS e maternidades e visita da gestante à maternidade no terceiro trimestre	SESAB/SMS
						Solicitação de habilitação dos Centros de Parto Natural (CPN) em funcionamento na macrorregião	SESAB/SMS
						Reestruturação dos Hospitais Locais existentes na Macrorregião, para que os partos vaginais de risco habitual possam ser realizados.	SESAB/SMS
						Monitoramento e avaliação da proporção de partos vaginal de risco habitual, realizados na macrorregião, nos espaços colegiados.	SESAB/SMS
Habilitar 03 ambulatórios de seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal (A-SEG) na macrorregião	Número de ambulatórios habilitados	0	3	3	3	Definição dos serviços de seguimento dos recém-nascidos e crianças egressos	MS/SESAB/SMS
						Adequação da infraestrutura física, equipamentos e equipe dos ambulatórios	MS/SESAB/SMS
						Acompanhamento da solicitação de habilitação	MS/SESAB/SMS
						Monitoramento do funcionamento dos A-SEG.	MS/SESAB/SMS
Habilitar 04 ambulatórios de		0	3	4	4	Definição dos serviços para atendimento ambulatorial à gestantes e puérperas	MS/SESAB/SMS

gestação e puerpério de alto risco (AGPAR), na macrorregião	Número de AGPAR habilitados					Adequação da infraestrutura física, equipamentos e equipe dos ambulatórios	MS/SESAB/SMS
						Qualificação da e-Multi na Macrorregião para fortalecer o processo do PN	MS/SESAB
						Implantação estratificação de risco no PN com base no documento orientador da SESAB	SESAB/SMS
						Acompanhamento da solicitação de habilitação	MS/SESAB
						Monitoramento do funcionamento dos AGPAR.	MS/SESAB/SMS
Habilitar 02 unidade para Incentivo de Atenção Especializada para os povos indígenas (IAE -PI)	Número de unidade hospitalar para o IAE-PI habilitada	0	1	1	1	Análise dos critérios para habilitação	SESAB/SMS
						Formalização da habilitação	SESAB/SMS
Reduzir a mortalidade infantil em 2% a cada ano.	Taxa de mortalidade infantil ocorridos na macrorregião	13,91 (CAMA B, 2023)	13,64	13,37	13,1	Qualificação do Prenatal, assegurando a vinculação da gestante ao local do parto	SESAB/SMS
						Capacitação das equipes das maternidades quanto a assistência ao neonato durante o trabalho de parto e as equipes de UTIs neonatais	SESAB/SMS
						Capacitação dos profissionais da Atenção Primária, para realização do pré-natal	SESAB/SMS
						Capacitação de profissionais para qualificação da causa de óbito	SESAB/SMS

						Estabelecimento de programas de humanização do cuidado em maternidades e UTIs neonatais	SESAB/SMS
						Acompanhamento pós-alta de recém-nascidos para garantir continuidade no cuidado	SMS
						Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, até os 5 anos de idade na APS, com utilização da caderneta da criança	SMS
						Garantia da oferta de imunobiológicos nas Unidades Básicas de Saúde, em todos os turnos da semana	SESAB/SMS
						Garantia da consulta com pediatra, quando referenciado	SMS
Reduzir a Mortalidade materna em 25% até 2027.	Razão da Mortalidade materna	62,33 (SIM, 2023)	56,09	50,48	46,75	Qualificação do Prenatal, assegurando a vinculação da gestante ao local do parto	SESAB/SMS
						Capacitação das equipes das maternidades e pré-natalistas quanto a assistência ao pré-natal, parto e nascimento, com implementação de protocolos hospitalares contra a violência obstétrica e garantia de acompanhante, de livre escolha	SESAB/SMS
						Ampliação da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil e materno, buscando a redução da sub-notificação	SESAB/SMS
						Qualificação da e-Multi para fortalecimento do cuidado a gestante	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	78,15 (SIM, 2023)	62,52	50,02	39,07	Qualificação do Prenatal, assegurando a vinculação da gestante ao local do parto	SESAB/SMS
						Implementação de protocolos hospitalares contra a violência obstétrica e garantia da presença de acompanhante, de livre escolha	SESAB/SMS
						Capacitação das equipes das maternidades e pré-natalistas quanto a assistência ao pré-natal, parto e nascimento	SESAB/SMS
						Qualificação da e-Multi para fortalecimento do cuidado a gestante	SESAB/SMS
						Estabelecimento de protocolo de alta segura nas maternidades	SESAB/SMS
						Realização da visita puerperal pelas Equipes Saúde da Família (ESF).	SMS
Aderir ao programa	Percentual de municípios					Análise dos critérios para adesão	SMS
						Formalização da adesão	SMS

Mãe Bahia 100% dos municípios elegíveis.	elegíveis que aderiram ao programa Mãe Bahia	0%	100%	100%	100%	Emissão de relatórios de produção.	SESAB
<b>OBJETIVO: Aprimorar o sistema de apoio a RAS</b>							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Assegurar a realização de 01 USG com doppler, para 100% da gestação de alto risco.	Percentual de gestação de alto risco que realizaram 01 USG com doppler	57,26% (SIA/SUS/Tabwin, 2023)	80%	100%	100%	Implantação estratificação de risco no PN com base no documento orientador da SESAB	SMS
						Ampliação da oferta de USG com doppler para gestantes classificadas com risco gestacional (alto risco e alto risco de maior complexidade);	SMS
Realizar o teste do pezinho, em 100% dos NV, do 3º ao 5º dia de vida, na macrorregião.	Percentual de crianças com teste do pezinho realizado, do 3º ao 5º dia de vida.	50,90% (Sistema de informação em triagem neonatal/DGC, 2023)	100%	100%	100%	Visita domiciliar na primeira semana de vida	SMS
						Oferta do teste do pezinho em todas as UBS, diária nos dois turnos, e nos hospitais quando o recém-nascido permanecer na unidade neste período	SMS
						Alta segura com contra-referência para a APS.	SMS

Ampliar a testagem para Sífilis e HIV em 100% das gestantes	Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV	86% (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Identificação dos municípios que realizam o tratamento de sífilis	SESAB/SMS
						Ampliação do número de executores (profissionais de saúde) do Teste Rápido na Atenção Primária	SMS
						Notificação e Investigação das gestantes com sífilis e HIV	SMS
						Realização de tratamento adequado nas gestantes e suas parcerias com sífilis e HIV	SMS
						Busca ativa de casos em municípios silenciosos.	SMS
<b>OBJETIVO: Aprimorar o sistema logístico da RAS</b>							
<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>		<b>META ACUMULADA</b>			<b>ATIVIDADES</b>	<b>RESPONSÁVEIS</b>
		<b>LINHA DE BASE</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>ATIVIDADES</b>	
Implantar o e-SUS Regulação, em 100% dos municípios da macrorregião	Percentual de municípios com e-SUS regulação implantado, na macrorregião	0%	100%	100%	100%	Diálogo com os gestores sobre a importância de implantação do e-SUS regulação nos municípios	MS/SESAB/SMS
						Identificação dos sistemas de regulação implantados pelos 36 municípios da macrorregião, que já possuem o sistema implantado	SESAB/SMS
						Análise da interoperabilidade entre os vários sistemas diferentes do e-SUS regulação.	SESAB

						Apoio aos municípios na implantação do e-SUS	MS/SESAB
Ampliar a utilização das ofertas do Telessaúde, para os 36 municípios da macrorregião.	Percentual de municípios que aderiram e utilizam o Telessaúde na macrorregião	77,78%	100%	100%	100%	Utilização das ofertas do Telessaúde (teleducação, teleinterconsulta, telediagnóstico e teleconsultoria) para os 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 de consultas realizadas via Telessaúde, para avaliar a integração entre atenção primária e especialistas.	SESAB/SMS
Alcançar em 100% municípios disponibilizando transporte sanitário	Percentual de municípios que disponibilizam transporte	0%	100%	100%	100%	Aquisição de veículos para transporte sanitário de urgência das gestantes em unidades móveis com equipamentos e profissionais	SESAB/SMS
para todas as gestantes e bebês	sanitário para todas gestantes e bebês					Organização do fluxo para utilização do transporte sanitário	SESAB/SMS
						Promoção de educação em saúde para qualificação das equipes que acompanham as gestantes, puérperas e recém-nascidos no transporte sanitário inter-hospitalar	SESAB/SMS
<b>DIRETRIZ: Potencialização da Integração entre Atenção à Saúde e Vigilância, proteção, promoção e prevenção em saúde em todos os níveis de atenção</b>							
<b>OBJETIVO: Promover a integração das ações de Vigilância em Saúde em todos os níveis de atenção à saúde na macrorregião</b>							
		<b>LINH</b>	<b>META</b>				

META	INDICADOR	A DE BASE	ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Manter a taxa de incidência de sífilis congênita, em menores de 1 ano, menor ou igual, a 1,53	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano	1,53 (CAMAB, 2023)	<=1,53	<=1,53	<=1,53	Implementação da Câmara Técnica macrorregional de Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis	MS/SESAB/SMS
						Realização do microplanejamento para integração de ações de vigilância e atenção primária da prevenção e tratamento de sífilis em gestante	SESAB/SMS
						Notificação dos casos das gestantes com sífilis	SESAB/SMS
						Investigação dos casos das gestantes com sífilis	SESAB/SMS
						Realização de Oficinas para qualificação das ações integradas entre a vigilância em saúde e a atenção primária voltadas à prevenção da transmissão vertical de IST	SESAB
						Realização de Mostra Macrorregional de experiências exitosas municipais de integração entre VIEP e APS para ações de redução da Sífilis.	SESAB/SMS
						Realização do diagnóstico situacional do quantitativo de Câmaras Técnicas Municipais de Vigilância do Óbito materno-infantil e fetal na macrorregião	SESAB/SMS
						Implantação da Câmara Técnica Macrorregional de Vigilância do Óbito materno	SESAB/SMS

Ampliar para 100% a proporção de óbitos maternos investigados	Proporção de óbitos maternos investigados	55,56 (CAMA B, 2023)	100%	100%	100%	Implementação e operacionalização das Câmaras Técnicas municipais de Vigilância do Óbito materno nos municípios sede de região.	SMS
						Implantação um Serviço de Verificação de Óbito Macrorregional	SESAB
						Realização diagnóstico do número de municípios com codificadores de óbito qualificados	MS/SESAB/SMS
Ampliar para 100% a proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	52,88 (SIM, 2023)	100%	100%	100%	Realização do diagnóstico situacional do quantitativo de Câmaras Técnicas Municipais de Vigilância do Óbito infantil na macrorregião	SESAB/SMS
						Implementação da Câmara Técnica Macrorregional de Vigilância do Óbito infantil	SESAB/SMS
						Implementação das Câmaras Técnicas municipais de Vigilância do Óbito infantil nos municípios sede de região.	SMS
						Realização diagnóstico do número de municípios com codificadores de óbito qualificados	MS/SESAB/SMS
Alcançar 100% dos municípios com pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário	Percentual de municípios com alcance de pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário	47,22 (CAMA	100%	100%	100%	Capacitação para os técnicos municipais e estaduais para operacionalização da rede de frios e administração dos imunobiológicos	SESAB/SMS
						Monitoramento mensalmente as coberturas vacinais em crianças de até 2 anos de acordo com o calendário vacinal	SESAB/SMS

Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade	Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade	B, 2023)				Apoio a realização do microplanejamento para as ações de vacinação de alta qualidade nos municípios	SESAB/SMS
						Suprimento e distribuição adequada das vacinas na rede de serviços locais	MS/SESAB/SMS

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

**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		
Implantar 1 câmara técnica de discussão sobre a Gestão do Trabalho e Gestão da Educação (GTES) em cada CIR	Número de câmara técnica implantada	0	1	1	1	Reunião conjunta da câmara técnica (CT) da GTES com a CT da rede materna e infantil	MS/SESAB/SMS
						Identificação de profissionais para ponto focal na temática da EPS	SMS
						Elaboração de diagnóstico da necessidade de fixação e regionalização da força de trabalho no contexto da rede materna e infantil	MS/SESAB/SMS
Contemplar em 100% dos planos municipais de saúde o compromisso, traduzido sob a forma de Diretriz,	Percentual de planos de saúde municipais com compromisso relacionados à	72% (DigiSUS) Painel BI SEINP	72%	100%	100%	Inserção do compromisso relacionado à GTES nos planos municipais de saúde	SMS
						Verificação semestral dos planos de saúde através do DGMP para identificar se a pauta foi incluída e realizar possíveis ajustes	MS/SESAB

Objetivo, Meta e/ou indicador, relacionado a GTES.	GTES formalmente inseridos					Verificação anual dos RAG para analisar a prestação de contas relacionada à temática.	MS/SESAB
<b>DIRETRIZ: Aprimoramento da Gestão Estratégica e qualificação do controle social</b>							
<b>OBJETIVO: Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa</b>							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Estruturar 01 Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional.	Número de Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional estruturado	0	1	1	1	Implantação do Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional	MS/SESAB/SMS
						Realização de educação permanente para os gestores municipais	SESAB
Monitorar 100% as maternidades de atendimento a gestação de alto risco	Percentual de maternidades de atendimento a gestação de alto risco monitoradas	0%	100%	100%	100%	Apresentação na CIR dos relatórios de monitoramento e avaliação	CEGRAS
						Discussão de estratégias de melhoria das ações	SESAB/SMS
						Proposição para implantação de estratégias de melhoria das ações.	SESAB/SMS
						Captação de informações das ouvidorias SUS.	SESAB/SMS
Realizar 02 estratégias de educação						Seleção de conteúdo e informações relevantes para disseminação de dados, indicadores e informações.	MS/SESAB/SMS

permanente e/ou disseminação de dados, indicadores e informações estratégicas sobre a regionalização, em espaços colegiados por ano	Número de estratégias de divulgação da regionalização realizadas	0	2	4	6	Definição das estratégias de divulgação se através de (boletim, seminários, mostra ou cursos), nos espaços colegiados (CIR e CMS);	MS/SESAB/SM S
						Organização da logística para realização e divulgação dos eventos.	MS/SESAB/SM S

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

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

O ordenamento jurídico do SUS reforça essa responsabilidade compartilhada. A Lei nº 8.080/1990 (artigos 15 e 17)<sup>42</sup> estabelece que o planejamento, o monitoramento e a avaliação são atribuições da gestão do SUS nas três esferas de governo. O Decreto nº 7.508/2011 (art. 18)<sup>46</sup> determina que o planejamento estadual deve considerar a regionalização e as necessidades dos municípios. A Lei Complementar nº 141/2012<sup>42</sup>, por sua vez, destaca que os resultados do monitoramento e avaliação devem ser objetivos, baseados em indicadores e integrados aos Relatórios de Gestão.

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

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

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

### 8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação

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

### 8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento

#### Identificação

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


#### 8.2.1 Apresentação

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

#### 8.2.3 Matriz de Monitoramento

Diretriz:

Objetivo 1:

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

Legenda:  Alcançado |  Parcialmente |  Crítico

#### 8.2.3.1 Análise Qualitativa

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

#### 8.2.3.2 Recomendações e encaminhamentos

#### 8.2.3.3 Assinaturas

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

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

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

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

Com base nessas premissas, discutidas em oficina realizada nos dias 03 e 04 de abril de 2025, com participação da equipe de pesquisa da Universidade Federal da Bahia através do Instituto de Saúde Coletiva, técnicos(as) e gestores(as) do nível central da SESAB, foi elabora documento orientador que culminou na composição e as atribuições do Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS) nas macrorregiões de saúde da Bahia, publicada em Resolução CIB N° 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-Oeste. Utilizando diferentes metodologias e instrumentos, tem como eixo orientador, atender às mudanças e aos desafios enfrentados no processo de construção. Os dados socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos constatam-se que a situação de saúde na MRS-Oeste é frágil e que os indicadores demandam análises mais aprofundadas.

Dessa forma, é necessária a reorganização e efetiva implementação da Rede de Atenção à Saúde assim como são necessários investimentos em tecnologia, maior aporte financeiro e recomposição da força de trabalho em saúde para que se possa garantir o acesso integral e equânime às ações e aos serviços de saúde, em tempo oportuno e de modo resolutivo, proporcionando a melhoria na qualidade de vida da população. A Atenção Materna e Infantil, primeira prioridade sanitária da MRS-Oeste, teve seu plano macrorregional apresentado nesse documento, que requer um esforço conjunto da macrorregião para que seja implementado um modelo de atenção que garanta às mulheres e às crianças ampliação da assistência e do acesso aos serviços de atenção à saúde, à melhoria da qualidade do pré-natal; as boas práticas na atenção ao parto e nascimento; e a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses.

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

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

## 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 determinada população
Análise da situação em 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 dos 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	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 integrem a RAS-SUS.

CadÚnico	Conjunto de informações sobre famílias brasileiras em situação de pobreza e de extrema pobreza que informações são utilizadas pelo Governo Federal, pelos Estados e pelos municípios para implementar políticas públicas visando promover melhorias na vida dessas famílias.
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 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. Prestam assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, São de dois tipos: Centro de Parto Normal intra-hospitalar (CPNi) e Centro de Parto Normal peri-hospitalar (CPNp).
CID-10 Capítulos	Catologação padronizada de doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde
Coeficiente (ouTaxa)	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 predefinidos 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 da 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 poder 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. Implementado mediante incentivo fiscal a ações e serviços de atenção oncológica, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer.
Programa Nacional de Triagem Neonatal	Desenvolve ações de triagem neonatal em fase pré sintomática, o acompanhamento e o tratamento de doenças congênitas detectadas em todos os nascidos- vivos (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, fibrose cística). Objetiva promover o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada de laboratórios especializados e serviços de atendimento e organizar e regular o conjunto destas ações de saúde.
Proporção	Relação entre a frequência absoluta de determinado evento e o total de eventos da mesma natureza ocorridos na população e no período considerado. Os casos incluídos no numerador são subconjuntos do denominador, mas não expressam risco. São usualmente apresentadas na forma de porcentagens (x100).
- R -	

Razão	Relação entre dois números, onde o numerador e o denominador são elementos de mesma natureza e mesma dimensão, mas são de grupos excludentes, ou seja, o numerador não está incluído no denominador.
Rede de Atenção à Saúde	São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” Portaria de Consolidação nº 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 sobrevida, por meio da coleta, análise, interpretação e divulgação sistemática em uma população e períodos específicos.
Regulação da atenção à saúde	Exercida pelas Secretarias estaduais e municipais da Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. O objetivo é garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados.
- S -	
Serviço Hospitalar de Referência à Atenção à Gestação de Alto Risco	Tem como atribuições: I – cumprir os requisitos vigentes para a atenção hospitalar; II – adequar a ambiência da maternidade às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); III – receber todas as gestantes vinculadas pela atenção básica e/ou aquelas encaminhadas pela Central de Regulação para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto; IV– implantar o acolhimento com classificação de risco (ACCR); V – adotar boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações do Manual Técnico publicado pelo Ministério da Saúde
Sistema de informação Ambulatorial (SAI)	Registra informações ambulatoriais de todos os estabelecimentos da rede do SUS, sejam privados ou conveniados, filantrópicos ou públicos das esferas municipal, estadual e federal. O objetivo do SIA/SUS é transcrever todos os atendimentos provenientes dos estabelecimentos que foram FINANCIADAS PELO SUS que após o processamento gerarem relatórios para os gestores que lhes possibilitem fazer

Sistema de informação em Saúde	Fluxo processamento dos dados a partir de instrumentos padronizados. O SIS é responsável por consolidar as informações produzidas pelos serviços de saúde no SUS (como número de vacinas aplicadas, internações, consultas médicas) assim como registra informações epidemiológicas fundamentais para análise da situação de saúde da população, como os óbitos e nascimentos.
Sistemas de Informação Hospitalar (SIH/SUS)	Registra informações de internações de todos os hospitais da Rede de Atenção à Saúde do SUS. O objetivo do SIH/SUS é transcrever todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares financiadas pelo SUS, e que após o processamento, geram relatórios que possibilitam ao gestor proceder o pagamento aos estabelecimentos de saúde.
Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	Reúne Declaração de Óbito (DO) relativos a todos óbitos ocorridos no território nacional a cada ano. O SIM foi o primeiro sistema de Informações em Saúde criado no Brasil, em 1975 e é responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS. As informações do SIM estão disponíveis anualmente no site do DATASUS.
Sistema de Nascido Vivos (Sinasc)	Implantado oficialmente a partir de 1990, com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde. O Sinasc é baseado na Declaração de Nascido Vivo (DN).
Sistema de Notificação de Agravos (SINAN)	Objetiva notificar casos de doenças para o monitoramento e controle das doenças transmissíveis. É alimentado pela Ficha Individual de Notificação (FIN), que é preenchida pelas unidades assistenciais quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal.
Sistema Logístico	Pontos de atenção à saúde que garantem tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde. A caracterização desses pontos deve obedecer a definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da Rede de Atenção à Saúde. a) realizar o transporte sanitário eletivo para os usuários; b) viabilizar e implementar a estrutura necessária para a informatização dos pontos de atenção à saúde por meio de recursos humanos, equipamentos, acesso à internet, entre outras medidas; c) prever centrais de regulação para o diagnóstico e tratamento.
Sistema de Apoio	Sistema de apoio diagnóstico e terapêutico: de patologia clínica, de imagem e de assistência farmacêutica.

- U -	
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)	Serviço em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permite acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar.
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)	Também conhecida como Unidade Semi-Intensiva, é o serviço em unidades hospitalares destinado ao atendimento de recém nascidos considerados de médio risco e que demandam 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 gastro-intestinal 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 18 dez 2024]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001\\_02\\_06\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html)
2. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Rev Baiana Saúde Pública. 2020;44(supl 1):1–184. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n0.a3205>. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/10/PES-2020-2023-VERSAO-FINAL.pdf>
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 [Internet]. Disponível em: [http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/resolucoes/2018/RES\\_CIB\\_018\\_2018.pdf](http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/resolucoes/2018/RES_CIB_018_2018.pdf)
4. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Resolução CIB/BA n. 167/2018. Aprova ad referendum o cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e mantém a organização das Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia. Diário Oficial do Estado [Internet]. Disponível em: [http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/Resolucoes/2018/RES\\_CIB\\_167\\_2018.pdf](http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/Resolucoes/2018/RES_CIB_167_2018.pdf)
5. Guitarrara P. Pobreza no Brasil. Brasil Escola [Internet]. [citado 23 ago 2022]. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/pobreza-no-brasil.htm>
6. IBGE; DATASUS; Ministério da Saúde; SESAB; SUVISA; DIVEP; GT Demografia. Municípios de extrema pobreza [Internet]. [acessado em 11 abr 2022]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/demografia/>
7. Portal A TARDE. Bahia tem o maior número de pessoas extremamente pobres do Brasil, aponta IBGE. 12 nov 2020 [Internet]. [atualizado em 12 nov 2020, 10:50]. Disponível em: <https://atarde.uol.com.br>
8. Pietrobon L, Prado ML, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Physis [Internet]. 2008;18(4):767–83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>
9. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. [citado 12 out 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/dados-e-indicadores/dados-gerais>
10. Quijano FAD. Bases da epidemiologia das doenças infecciosas. Departamento de Epidemiologia – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo [Internet]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5539423/mod\\_resource/content/4/EpiInfecciosas08-09-2020.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5539423/mod_resource/content/4/EpiInfecciosas08-09-2020.pdf). Acesso em: 29 abr 2021

11. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade [Internet]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/apresentacao/>
12. Fundação Oswaldo Cruz. Tuberculose: sintomas, transmissão e prevenção [Internet]. [citado 29 abr 2021]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/taxonomia-geral-doencas-relacionadas/tuberculose>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hv/o-que-sao-hepatites-virais>. Acesso em: 29 abr 2021
14. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros [Internet]. [acesso em 17 maio 2021]. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>
15. Brasil. Ministério da Saúde. 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]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 17 mai 2021]. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2008/d-2-1/>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Meningite: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Brasília (DF) [Internet]. [citado 29 abr 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/meningites>
17. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Análise das DIPs, 2011-2020.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hv/o-que-sao-hepatites-virais>. Acesso em: 29 abr 2021
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
20. Camara TNL. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016;50. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006791>
21. Fundação Oswaldo Cruz. Febre amarela: sintomas, transmissão e prevenção. Malária: sintomas, transmissão e prevenção [Internet]. Disponíveis em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/febre-amarela-sintomas-transmissao-e-prevencao> e <https://portal.fiocruz.br/taxonomia-geral-7-doencas-relacionadas/malaria>. Acesso em: 29 abr 2021

22. Brasil. Ministério da Saúde. Leishmaniose Visceral: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção [Internet]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniose-visceral>. Acesso em: 29 abr 2021
23. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Rev Soc Bras Med Trop. 2006;39(3). ISSN 0037-8682. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822006000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822006000300010). Acesso em: 10 maio 2021
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs>
25. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed. v.2. São Paulo: Edusp; 1998. p. 143.
26. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e óbitos maternos [Internet]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitomat.def>. Acesso em: 14 maio 2021
27. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbito Infantil [Internet]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitoinf.def>. Acesso em: 14 maio 2021
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ações com foco na Saúde da Mulher [Internet]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>. Acesso em: 14 abr 2021
29. 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
30. Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R, Israel RA, Laurenti R, Maguin P, et al. CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2011 [citado 19 set 2025].
31. Instituto Nacional de 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.
32. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Pactuação Interfederativa 2017-2021. Manual de orientação. Bahia: 2021 [Internet]. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/pactuacaoInterfederativa>. Acesso em: 20 abr 2021
33. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Mortalidade Geral [Internet]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obito.def>. Acesso em: 14 maio 2021

34. 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.
35. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2016;107(3 Suppl 3). Stürmer PL, Bianchini I. Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. 2012.
36. Brasil. Ministério da Saúde. O que é Atenção Primária [Internet]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 14 abr 2021
37. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
38. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Curso Doenças Endócrino-Metabólicas e Nutrição [Internet]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/cursos-e-eventos/51635>. Acesso em: 26 abr 2021
39. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diabéticos representam 80% da demanda de próteses de membros inferiores no Cepred [Internet]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2016/11/08/diabeticos-representam-80-da-demanda-de-protese-de-membros-inferiores-no-cepred/>. Acesso em: 6 maio 2021
40. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde [Internet]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>. Acesso em: 22 abr 2021
41. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância [Internet]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/painel-de-dados>. Acesso em: 16 mai 2023
42. 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 [Internet]. 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>



## 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