

PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE SUDOESTE



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

**PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE
SUDOESTE**

Salvador

2025



GOVERNO DO ESTADO
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO
PROVINCIAL
TRANSIÇÃO
POLÍTICA



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 DA SAÚDE

Cícero de Andrade Rocha Filho

CHEFE DE GABINETE

Igor Lobão Ferraz Ribeiro

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (SAIS)

Rívia Mary de Barros

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE (SUVISA)

Janaína Peralta de Souza

SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE (SUPERH)

Monica Hupsel Frank

**SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE REGULAÇÃO DA
ATENÇÃO**

À SAÚDE (SUREGS)

Luiz Henrique Gonzales d'Utra

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

Emanuele Figueredo Barbosa

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)

Joana Angélica Oliveira Molesini

COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO REGIONAL (COPRI)

Maria Aparecida dos Santos

COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO (COPLAN)

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

Titulares:

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

Ernesto da Costa Lima Júnior – COSEMS

Francisco Borges Rodrigues Neto – MS/SEMS/BA

Jacqueline do Bonfim Farias – COSEMS

Liliane Mascarenhas Silveira – SESAB/SAIS/DGC;

Lívia Maria Bonfim Mendes Aguiar – COSEMS

Maria Alcina Romero Boullosa – SESAB/SAIS/DAE;

Paulo José Bastos Barbosa – SESAB/GASEC;

Raquel Ferraz da Costa – COSEMS

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

Roberta Fonseca Sampaio – SESAB/GASEC;

Rodrigo Santos Alves – COSEMS

Stela dos Santos Souza – Presidente do COSEMS

Suplentes:

Cláudia Daniela Santos Souza – SESAB/SAFTEC/DASF

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

Danilo Fernandes Ricardo – COSEMS

Desirée dos Santos Carvalho – MS/SEMS/BA

Eneida Manuela Barqueiro Gomes – SESAB/SUREGS/DICON

Fernanda Oliveira Maron – COSEMS

Marcus Vinícius Bomfim Prates – SESAB/SAIS/DAB

Maria Rosânia de Souza Rabelo – COSEMS

Rivia Mary de Barros – SESAB/SUVISA

Rodrigo Santos Matos – COSEMS

Rosângela Oliveira dos Santos Almeida – COSEMS

Valmor Santos Félix – COSEMS

Zaine dos Santos Cardozo Lima – SESAB/SAIS/DGESS

Equipe de Elaboração / Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional - GTTM

Alzira Stela Boa Sorte Moraes - SESAB/Nível Regional

Catarina Ribeiro Fernandes - SESAB/Nível Regional

Ceres Neide Almeida Costa – CIR Itapetinga

Desirée dos Santos Carvalho - MS/SEMS-BA

Ediene Coutinho – CIR Guanambi

Elisa Dantas Bellas - SESAB/Nível Central

Érica Leal Cangussu – Município – CIR Brumado

Everton Gomes da Silva Bueno - COSEMS-BA

Janaina Vasconcelos Rocha – COSEMS-BA

Kalilly Lemos Santos da Rocha – CIR Vitória da Conquista

Marcelo Pereira da Rocha - SESAB/Nível Regional

Roberta Barros Pereira – COSEMS-BA

Colaboradores

Alan Silva Reis

Claudine da Silva Oliveira Lima de Souza

Cristiane Câmara Macêdo

Cristina Maria Meira de Melo

Eneida Manuela Barqueiro Sena Gomes

Felipe Fontes Costa Pinto

Fernanda Oliveira Maron

Gerardo Azevedo Junior

Hadson Namour Rocha de Mattos

Itana Miranda dos Santos

Itanna Vytoria Sousa Serra

Jamille dos Santos Queiroz

Jeyson Murayama

Joana Angélica Oliveira Molesini

Joselma Alves da Silva

Julio Jorge Musse Calzado

Larissa de Faro Valverde

Lucitania Rocha de Aleluia
Lutigardes Bastos Santana
Madalena Braga
Manoel Henrique de Miranda Pereira
Marcia Ediméia Costa de Matos
Maria Auxiliadora Cordova Christofaro
Rosania Santos Almeida
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 -10ª Revisão
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Copri	Coordenação de Planejamento Regional Integrado
Cosems	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde
CRU	Central de Regulação de Urgência
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCbV	Doenças Cerebrovasculares
DCV	Doenças Cardiovasculares
DENM	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
DIC	Doenças Isquêmicas do Coração
Divep	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DM	Diabetes Mellitus
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
EAS	Estabelecimento de Assistência à Saúde
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAESM	Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESB	Equipe Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FTE	<i>Full-Time Equivalent</i>
GCE	Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde
GTTM	Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional
GUT	Gravidade, Urgência e Tendência
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica

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

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Macrorregiões e Regiões de Saúde, Bahia.....	19
Figura 2. Municípios da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2023.....	20
Figura 3. Municípios em situação de extrema pobreza na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2019.....	22
Figura 4. Cobertura de Planos de Saúde Suplementar, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2019.	24
Figura 5. Razão de Mortalidade Materna segundo parâmetros da OMS. Bahia, 2023.	33
Figura 6. Cobertura da APS, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2021.....	72
Figura 7. Sistema Organização da RAS.	82
Figura 8. Percentual de serviços solicitantes dentre os elegíveis por Núcleo Regional de Saúde da Bahia, fevereiro a setembro de 2025.	87
Figura 9. Matriz de Referência da Macrorregião Sudoeste, 2024-2027.....	91
Figura 10. Definição das diretrizes da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2023	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais por 100 mil. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2011-2020*.....	28
Tabela 2. Número de amputações de membros inferiores e internação hospitalar com CID de Diabete mellitus, por alguns procedimentos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2010-2019*	42
Tabela 3. Razão de Mortalidade Materna (RMM), taxa de mortalidade infantil (TMI) e taxa de incidência de sífilis congênita (TISC, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2019)	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirâmide etária da população da Macrorregional de Saúde - Sudoeste, Bahia, 2010-2019.....	21
Gráfico 2. Número de Nascidos Vivos na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2010-2019*.....	23
Gráfico 3. 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 Sudoeste/Bahia, 2010-2019*.....	25
Gráfico 4. Número de casos de Aids e HIV segundo município de residência. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2011-2020*	27
Gráfico 5. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2011-2020*	29
Gráfico 6. Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2010-2019*	30
Gráfico 7. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2010-2019*	31
Gráfico 8. Razão de mortalidade materna (RMM) por 100 mil NV. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2010-2019*	32

Gráfico 9. Taxa mortalidade infantil segundo faixa etária por 1.000 NV. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*	34
Gráfico 10. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por 1.000 NV. Estado da Bahia e Macrorregião de Saúde Sudoeste, 2010-2019*	35
Gráfico 11. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*	37
Gráfico 12. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*	38
Gráfico 13. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*	39
Gráfico 14. Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na mesma faixa etária. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2010-2019*	41
Gráfico 15. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2010-2019*	43
Gráfico 16. Taxa de internação por causas externas, segundo circunstância da lesão, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*	44
Gráfico 17. Coeficiente de Incidência da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2024.....	46
Gráfico 18. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2024.....	46
Gráfico 19. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2024.....	47
Gráfico 20. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2024	48
Gráfico 21. Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Arregimentação de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2024.....	49
Gráfico 22. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2024	49
Gráfico 23. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2023*	50
Gráfico 24. Número absoluto de mortalidade materna por raça/cor. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2023	51
Gráfico 25. Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014- 2023	52
Gráfico 26. Proporção de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2013-2023	53
Gráfico 27. Proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2024.....	53
Gráfico 28. Proporção de Partos Normais. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2023	54
Gráfico 29. Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2024	55

Gráfico 30. Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2023	55
Gráfico 31. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2024	56
Gráfico 32. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2022Q1-2024Q1	56
Gráfico 33. Proporção de gestante com mais de 7 consultas no pré-natal, na macrorregião Sudoeste, Bahia, 2014-2023	57
Gráfico 34. Percentual de Municípios que atingiram 75% ou mais na Proporção de Vacinas Seleccionadas do Calendário Nacional de Vacinação para Crianças menores de dois anos de idade. Macrorregião Sudoeste, Bahia, 2014-2024	58
Gráfico 35. Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2023*	59
Gráfico 36. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015 -2023*	59
Gráfico 37. Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2024*	60
Gráfico 38. Proporção de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2024*	61
Gráfico 39. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014 - 2023*.....	61
Gráfico 40. Proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2022Q1-2024Q1*	62
Gráfico 41. Proporção de pessoas com Hipertensão arterial que teve o exame ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2018Q1-2023Q3*	63
Gráfico 42. Hipertensos identificados na APS. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2018Q1-2024Q1*	63
Gráfico 43. Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos), por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (DENM). Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2023*	64
Gráfico 44. Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da diabetes mellitus e Internações hospitalares. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2023*	65
Gráfico 45. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2019 - 2023*	66
Gráfico 46. Taxa de internação por causas externas, relacionadas a quedas, acidentes de transporte, agressões, lesões autoprovocadas voluntariamente e afogamento. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2023*	66
Gráfico 47. Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Sudoeste. Bahia, 2021.....	68
Gráfico 48. Cobertura da APS. Macrorregião de Saúde/Bahia, 2021*	72
Gráfico 49. Número de leitos obstétricos e de leitos para Gestação de Alto Risco, existentes e necessários. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2022	76

Gráfico 50. Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos, conforme as especialidades relacionadas a prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2022. 78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Dimensão e significado da pontuação na Matriz GUT. Bahia, 2021.	67
Quadro 2. Quantitativo de equipamentos, serviços, hospitalar, urgência e emergência e sistema logístico disponível para o SUS. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2022.	75
Quadro 3. Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2022.	77
Quadro 4. Número de EAS com registro dos procedimentos da prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2022.	80
Quadro 5. Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Sudoeste do Estado da Bahia, 2025.	84
Quadro 6. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Sudoeste do Estado da Bahia, 2025.	87
Quadro 7. Componentes habilitados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Sudoeste do Estado da Bahia, 2025.	90
Quadro 8. Escalonamento emergencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Sudoeste do Estado da Bahia, 2025.	90
Quadro 9. Diretrizes e Objetivos Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2023.	94
Quadro 10. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Macrorregião de Saúde Leste, Bahia, 2025.	96

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	16
2.	CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE SUDOESTE.....	19
2.1	População por sexo e faixa etária.....	21
2.2	Municípios em situação de extrema pobreza	21
2.3	Nascidos vivos	22
2.3	População com Assistência Médica Suplementar	23
3.	ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE	24
3.1	Doenças infecciosas e parasitárias	24
3.2	Atenção à saúde materna e infantil	31
3.3	Neoplasias	36
3.4	Doenças do aparelho circulatório.....	38
3.5	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	40
3.6	Morbimortalidade por causas externas.....	42
3.7	Atualização Estado de saúde.....	45
3.7.1	Doenças Infecciosas e Parasitárias	45
3.7.2	Atenção à Saúde Materna e Infantil	50
3.7.3	Neoplasias	58
3.7.4	Doenças do Aparelho Circulatório	61
3.7.5	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	64
3.7.6	Morbimortalidade por Causas Externas	65
4.	SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA.....	67
	5 ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA	70
	5.1 Organização	70
	5.1.1 Índice de dependência macrorregional.....	70
	5.2. Cobertura da Atenção Primária de Saúde.....	71
	5.3 Centrais de Regulação.....	73
	5.2 Infraestrutura	74
	5.3 Produção de serviço	78
6.	ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	80
6.1	Sistema Organização da RAS.....	81
6.2	Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne)	82
6.4	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	86
6.5	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)	89

6.6 Rede de Atenção às Doenças Crônicas.....	90
7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	92
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE	96
8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação	97
8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento	97
9. COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
GLOSSÁRIO.....	102
REFERÊNCIAS	110

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

O conceito de RAS ficou assim definido:

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

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

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

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

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

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

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

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

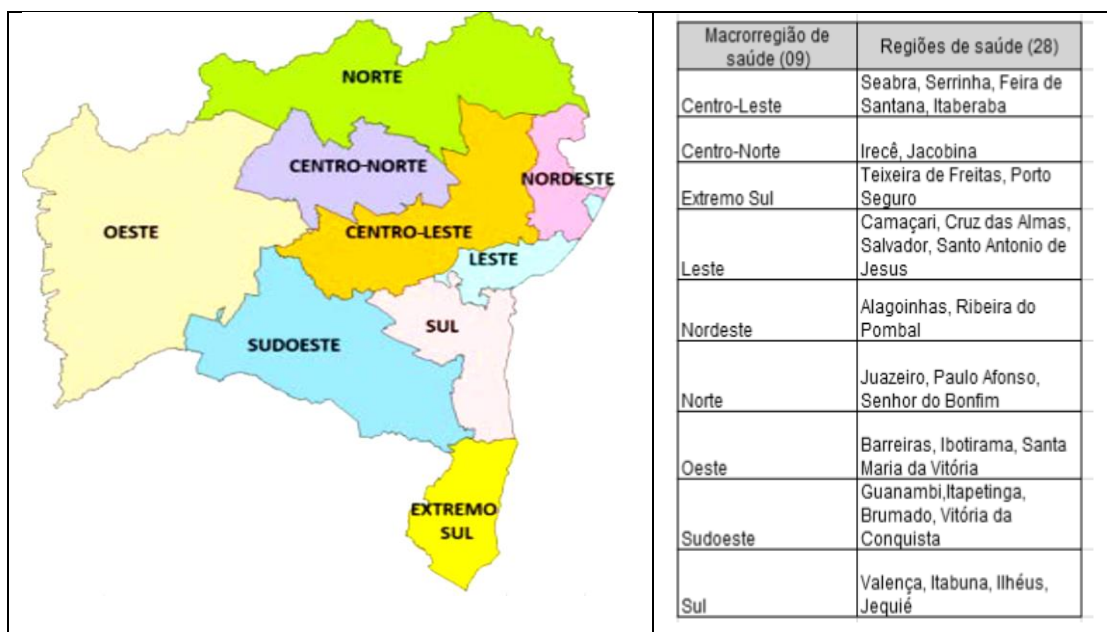
O Plano da MRS-Sudoeste, ora apresentado, é o resultado do processo do PRI e está acessível no Observatório Baiano de Regionalização (OBR), para gestores, profissionais,

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 SUDOESTE

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) (Figura 1).

Figura 1. Macrorregiões e Regiões de Saúde, Bahia.



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

Na agenda da 260ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite, (CIB) realizada em 2018, a definição do território das macrorregiões de saúde para o processo do PRI foi publicada na Resolução CIB/BA no.167/2018⁴ confirmando o desenho do PDR de 2007.

A área territorial da MRS-Sudoeste é de 86.548,971 km² (IBGE, 2019) com 1.757.135 habitantes (IBGE,2020), distribuídos em 74 (setenta e quatro) municípios: Anagé, Aracatu, Barra da Estiva, Barra do Choça, Belo Campo, Bom Jesus da Serra, Boquira, Botuporã¹, Brumado, Caatiba, Caculé, Caetanos, Caetité, Candiba, Cândido Sales, Caraíbas, Carinhanha, Caturama, Condeúba, Contendas do Sincorá, Cordeiros, Dom Basílio, Érico Cardoso, Encruzilhada, Feira da Mata, Firmino Alves, Guajeru, Guanambi, Ibiassucê, Ibicoara, Ibicuí,

¹ O município de Botuporã alterou para Região de Saúde de Guanambi

Ibipitanga, Igaporã, Iguai, Itambé, Itapetinga, Itarantim, Itororó, Ituaçu, Iuiú, Jacaraci, Jussiape, Lagoa Real, Licínio de Almeida, Livramento de Nossa Senhora, Macarani, Macaúbas, Maetinga, Maiquinique, Malhada, Malhada de Pedras, Matina, Mirante, Mortugaba, Nova Canaã, Palmas de Monte Alto, Paramirim, Pindaí, Piripá, Planalto, Poções, Potiraguá, Presidente Jânio Quadros, Riacho de Santana, Ribeirão do Largo, Rio de Contas, Rio do Antônio, Rio do Pires, Sebastião Laranjeiras, Tanhaçu, Tanque Novo, Tremedal, Urandi, Vitória da Conquista (Figura 2).

Figura 2. Municípios da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2023



Fonte: PDR\BA, 2007.

A MRS-Sudoeste conta com 04 (quatro) Regiões de Saúde (RS) localizadas nos seguintes municípios de Brumado, Guanambi, Itapetinga e Vitória da Conquista onde está a sede do Núcleo Regional de Saúde (NRS) cujas bases operacionais estão localizadas nas cidades de Boquira, Brumado, Caetité, Guanambi e Itapetinga.

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

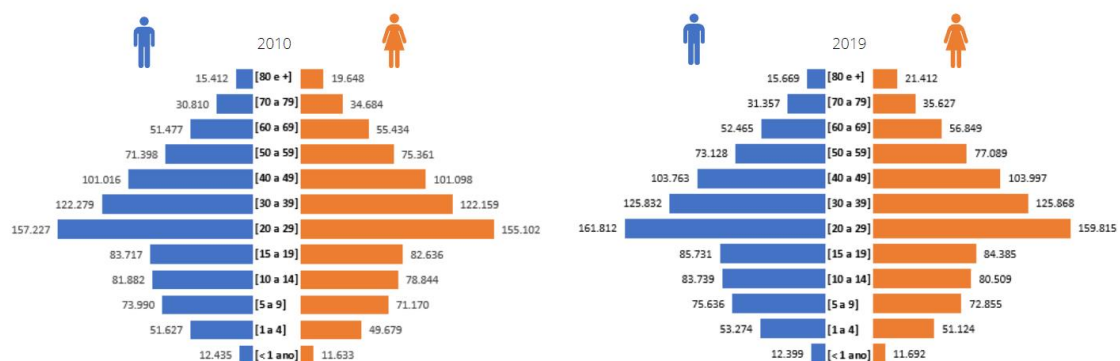
2.1 População por sexo e faixa etária

A MRS-Sudoeste, em 2010 contava com 1.710.718 mil habitantes e, em 2019, com 1.756.027 habitantes, o que representava para este ano 11,80% da população do Estado da Bahia. Conforme análise dos dados este aumento de 45.309 na população ocorreu nas faixas etárias maior que 1 (um) ano sendo o grupo etário de 20 (vinte) e 29 (vinte e nove) anos o que representou o maior contingente populacional durante o período analisado.

Com relação a sua distribuição segundo o sexo, os gráficos mostram uma maior participação da população masculina entre os jovens menores de 20 (vinte) anos tanto em 2010 como em 2019. Nas faixas etárias acima de 20 (vinte) anos a proporção de mulheres predomina.

O contingente populacional do sexo masculino nas idades mais avançadas em menor quantidade pode estar refletido na mortalidade por causas externas, que incide com maior frequência entre os jovens deste sexo. No que refere a população total, nota-se uma discreta predominância da população feminina, com 50,12% em 2010 e 50,18% em 2019 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Pirâmide etária da população da Macrorregional de Saúde - Sudoeste, Bahia, 2010-2019



Fonte: IBGE, 2019. *Dados coletados em 07/04/2022, sujeito a alterações.

2.2 Municípios em situação de extrema pobreza

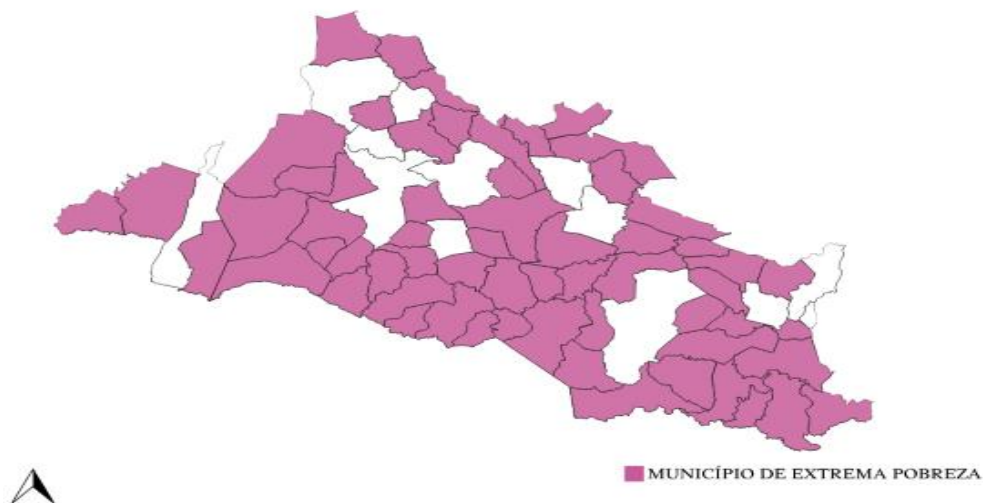
Para o IBGE, a estimativa da condição de pobreza foi considerada o quantitativo de pessoas com renda mensal domiciliar per capita de R\$140,00 e, a linha de extrema pobreza foi estabelecida em R\$70,00 per capita considerando o rendimento nominal mensal domiciliar. Em 2010 o estado da Bahia, apresentou o maior contingente de pessoas, em termos absolutos, em situação de extrema pobreza, no país. A MRS-Sudoeste registra 61 (sessenta e um) municípios em situação de extrema pobreza, o que representa 82% dos municípios da área de abrangência

e 13 (treze) 18% do total de municípios em condições favoráveis, não classificados como em estado de vulnerabilidades.

Ao analisar dados referentes aos municípios por RS constata-se:

- Dos 19 (dezenove) municípios da RS de Vitória da Conquista, 95% estão na linha da extrema pobreza.
- Dos 22 (vinte e dois) municípios da RS de Guanambi, 82% estão na linha de extrema pobreza e os municípios de Caetité, Malhada, Rio do Antônio e Tanque Novo não estão classificados na condição de vulnerabilidade socioeconômica;
- Dos 21 (vinte e um) municípios da RS de Brumado, 76% estão em situação de extrema pobreza e, apenas 5 municípios (Caturama, Ituaçu, Livramento de Nossa Senhora, Macaúbas e Tanhaçu) não estão nessa classificação;
- Dos 12 (doze) municípios da RS de Itapetinga, 75% são considerados na linha de extrema pobreza com 25% (Firmino Alves, Ibicuí, Nova Canaã) com melhores condições socioeconômicas (Figura 3).

Figura 3. Municípios em situação de extrema pobreza na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2019.



Fonte: IBGE, Data-SUS, 2019. * Dados coletados em 11/04/2022, sujeito a alterações.

2.3 Nascidos vivos

Em relação ao número de nascidos vivos (NV), na MRS-Sudoeste, no período de 2010 a 2019, ocorreram 234.222 nascimentos na macrorregião. Deste total, 24.363 nascimentos ocorreram no ano de 2010 (maior número de NV para o mesmo ano do período estudado).

Observa-se, também, que houve decréscimo no número de nascimentos na década analisada, na MRS-Sudoeste (Gráfico 2).

Gráfico 2. Número de Nascidos Vivos na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2010-2019*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinasc, 2019. *Dados coletados em 06/09/2021, sujeito a alterações.

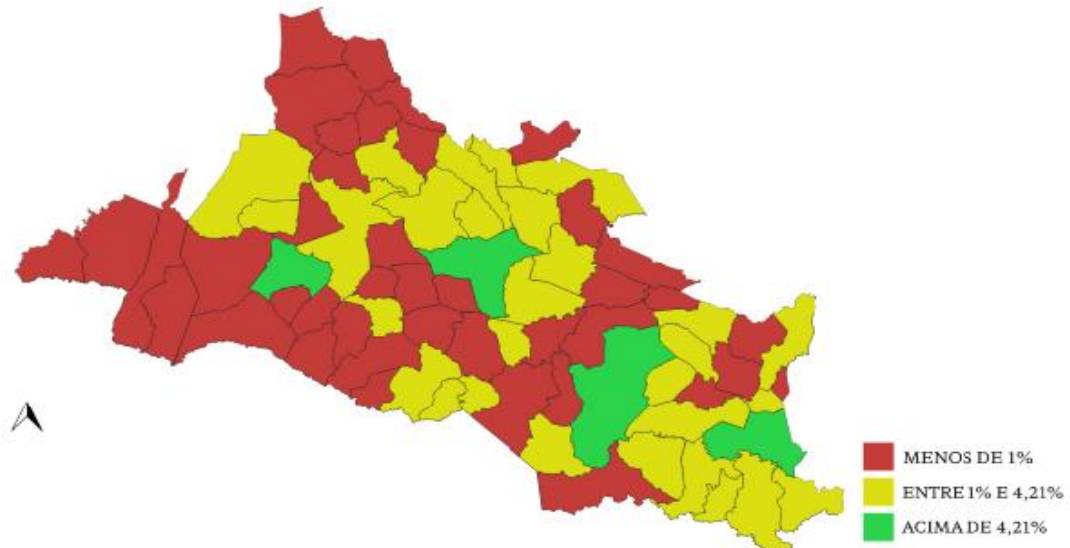
2.3 População com Assistência Médica Suplementar

Este indicador, calculado a partir do número de beneficiários de planos de saúde suplementar dividido pela população residente, por localidade geográfica e ano, estima o percentual da população coberta por planos e seguros privados de assistência suplementar à saúde (planos médico-hospitalares, ambulatoriais e hospitalares) excluídos planos odontológicos e permite identificar variações geográficas e temporais da cobertura de assistência médica suplementar.

Uma das limitações deste indicador é a possibilidade de ser superestimado pela contagem cumulativa de beneficiários vinculados a mais de um plano ou seguro privado de saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, aponta que 17,9% da população baiana declarou possuir plano de saúde privado.

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), extraídos do TabNet/DATASUS, a cobertura de planos de saúde suplementar é muito baixa na maioria dos municípios baianos. Na Macrorregião o município de Vitória da Conquista tem a maior cobertura de planos de saúde privados, com 14,8%, seguido de Brumado, com 8,9%. O município com menor cobertura, por sua vez, é o município de Urandi, com 0,19% (Figura 4).

Figura 4. Cobertura de Planos de Saúde Suplementar, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2019.



Fonte: Agência Nacional de Saúde. *Dados coletados em 29/08/2022.

3. ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE

A Análise da Situação de Saúde (Asis) é a etapa do PRI que descreve o estado de saúde da população, com os indicadores selecionados a partir do PES - BA 2020/2023². As informações contidas neste item foram, anteriormente, disponibilizadas no Observatório Baiano de Regionalização (OBR), por intermédio da plataforma do *Business Intelligence* (BI).

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

O processo de condução para discutir a análise da situação de saúde ocorreu na MRS-Sudoeste no segundo semestre de 2021. Nessa oficina os municípios componentes da macrorregião se reuniram em grupos de trabalho para o exame detalhado dos indicadores definidos na Resolução CIB/BA n. 018/2021³, e relataram como a ausência de algumas ações e serviços de saúde impactam negativamente nos mesmos.

3.1 Doenças infecciosas e parasitárias

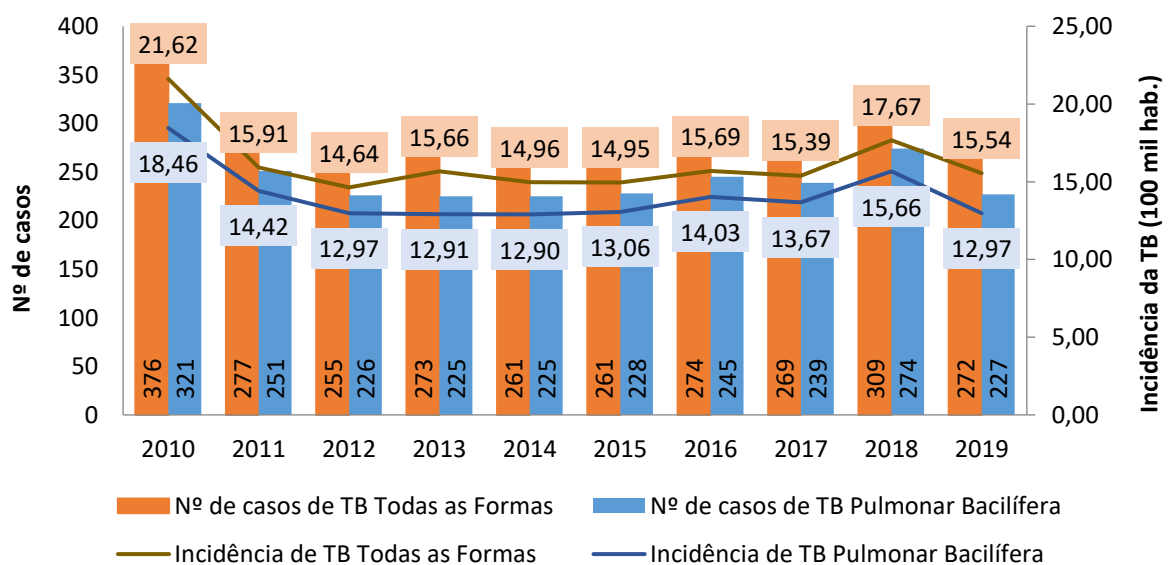
O capítulo I da Classificação Internacional de Doenças (CID) 10 agrupa as doenças infecciosas, cujo agentes etiológicos podem ser bactérias, vírus, riquétsias, clamídias e fungos;

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

Algumas doenças desse capítulo transmitidas por vetores, propagadas por organismos intermediários que podem ser mosquitos, carrapatos ou roedores, que as transmitem aos humanos são classificadas como zoonóticas. As doenças infecciosas são aquelas causadas por agente infeccioso específico ou por seu produto tóxico e ocorre pela transmissão desse agente (ou de seus produtos) de uma pessoa, animal ou reservatório infectado para um hospedeiro suscetível. O comportamento das doenças infecciosas varia em cada no tempo e no espaço¹. Para análise das doenças infecciosas, a Resolução CIB/BA nº 018/2021 define indicadores referentes à tuberculose, Aids e HIV, meningites e hepatites bacterianas e virais.

No que se refere à tuberculose (TB), os dados (série histórica 2010-2019) referentes ao número de casos de tuberculose e o Coeficiente de Incidência (CI) de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera, na MRS-Sudoeste evidenciam tendência de queda no período 2010-2012, oscilações no período 2013-2017, aumento em 2018 e redução em 2019. Quanto ao CI para TB de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera a redução percentual foi de 27,65% e 29,28% respectivamente. A média de casos no período analisado é de 283 em relação a tuberculose de todas as formas e de 246 da forma pulmonar bacilífera. Esses resultados podem estar relacionados a melhores condições de vida da população, bem como ao maior acesso aos serviços de saúde (Gráfico 3).

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



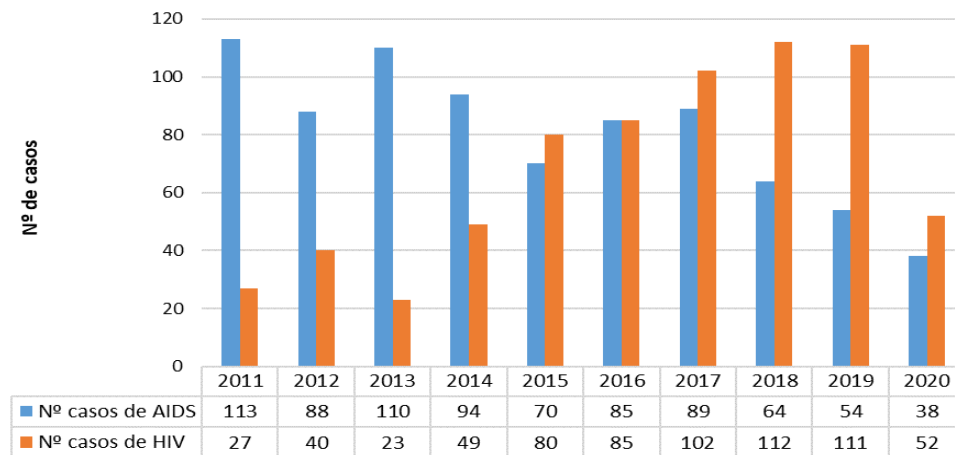
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan e IBGE, 2019. *Dados coletados em 19/03/2021, sujeitos a alterações.

Segundo o Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023², 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 Macrorregião de Saúde Sudoeste, 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 habitantes⁴.

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

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, na análise da distribuição dos casos de Aids e contaminação pelo HIV, na série histórica 2011-2020, constatase que na MRS-Sudoeste houve oscilação no número de casos de Aids – 2011 (113 casos) e 2017 (89 casos) – e redução para 38 casos até 2020. Quanto ao número de casos de HIV houve crescimento – 2014 (49 casos) até 2018 (112 casos) – e redução para 52 casos até 2020 (52 casos/dados sujeitos a alterações) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Número de casos de Aids e HIV segundo município de residência. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2011-2020*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan e IBGE, 2020. *Dados coletados em 22/03/2021, sujeitos a alterações.

O Coeficiente de Mortalidade por Aids na Bahia, apresentou tendência de estabilidade no período 2011-2020, com pequenas variações por 100 mil habitantes. Na MRS-Sudoeste houve oscilação: menor valor de 1,00 em 2011 e maior valor (1,8) em 2019⁶. 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 doença⁷. 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 bacteriana⁸. 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 casos⁹.

Com a implantação da vacina meningocócica C conjugada no calendário básico de vacinação da criança no início de 2010 houve decréscimo no CI da doença meningocócica na

Bahia e nos anos subsequentes em todas as macrorregiões³. Na MRS-Sudoeste o decréscimo não foi linear, houve oscilação entre os anos - o menor de 0,06 (2019) e o maior 0,58 (2012) por 100 mil habitantes (Tabela 1).

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

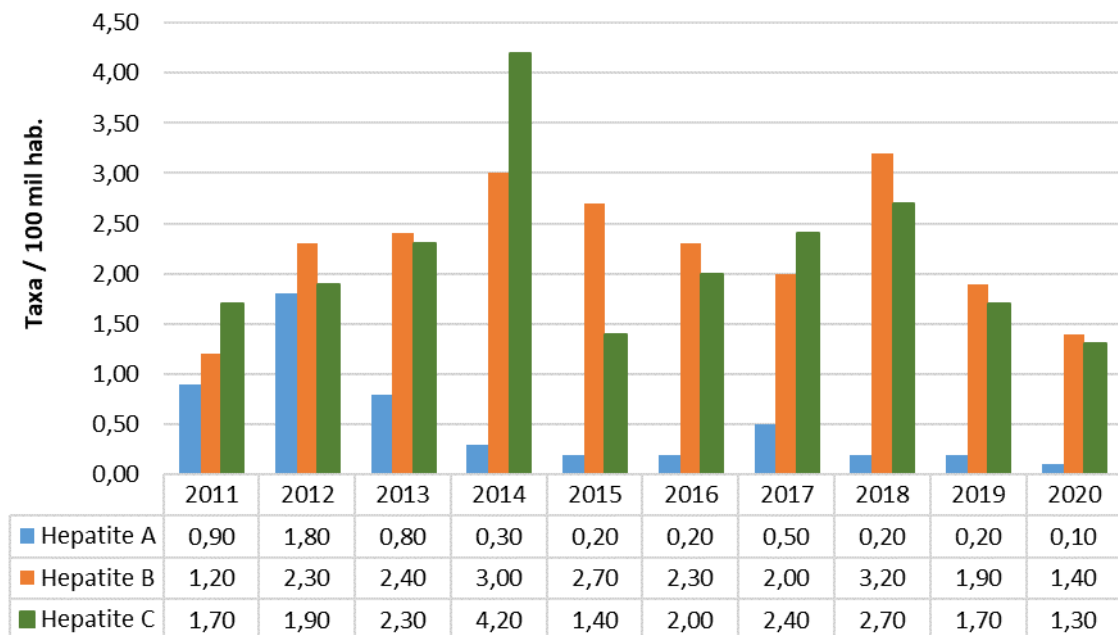
Ano Início Sintomas	Viral	Outras Bactérias	Meningocócica	Pneumocócica
2011	1,64	1,76	0,53	0
2012	1,34	1,87	0,58	0
2013	1,33	1,77	0,39	0,06
2014	2,04	1,10	0,22	0,06
2015	2,64	1,54	0,44	0
2016	1,92	1,04	0,22	0,05
2017	1,81	0,55	0,16	0,16
2018	1,49	1,37	0	0
2019	1,14	0,46	0,06	0,17
2020	1,03	0,74	0	0

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan e IBGE, 2020. *Dados coletados em 19/03/2021, sujeitos a alterações.

Uma infecção viral que apesar de silenciosa representa grave problema de saúde pública são as hepatites virais. A infecção atinge o fígado e causa alterações leves, moderadas ou graves. No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus “A”, “B” e “C” e as infecções causadas pelos vírus das hepatites “B” ou “C”, frequentemente, cronificam¹⁰.

No período 2011-2020 o estado da Bahia apresentou oscilação na taxa de detecção por 100 mil habitantes nos três tipos de hepatites virais⁹ e a MRS-Sudoeste 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 à hepatite B, a taxa oscila de 1,20 (2011) a 3,20 (2018) por 100 mil habitantes. Essa tendência pode estar relacionada com maior sensibilidade das vigilâncias epidemiológicas municipais e com a implementação da realização de testes rápidos na atenção básica. Em relação a hepatite “C”, no ano 2015, foram introduzidas novas drogas com menos efeitos colaterais e maior eficácia, o que pode explicar a oscilação na série histórica analisada, com maior taxa 2,70 (2018) por 100 mil habitantes (Gráfico 5).

Gráfico 5. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2011-2020*



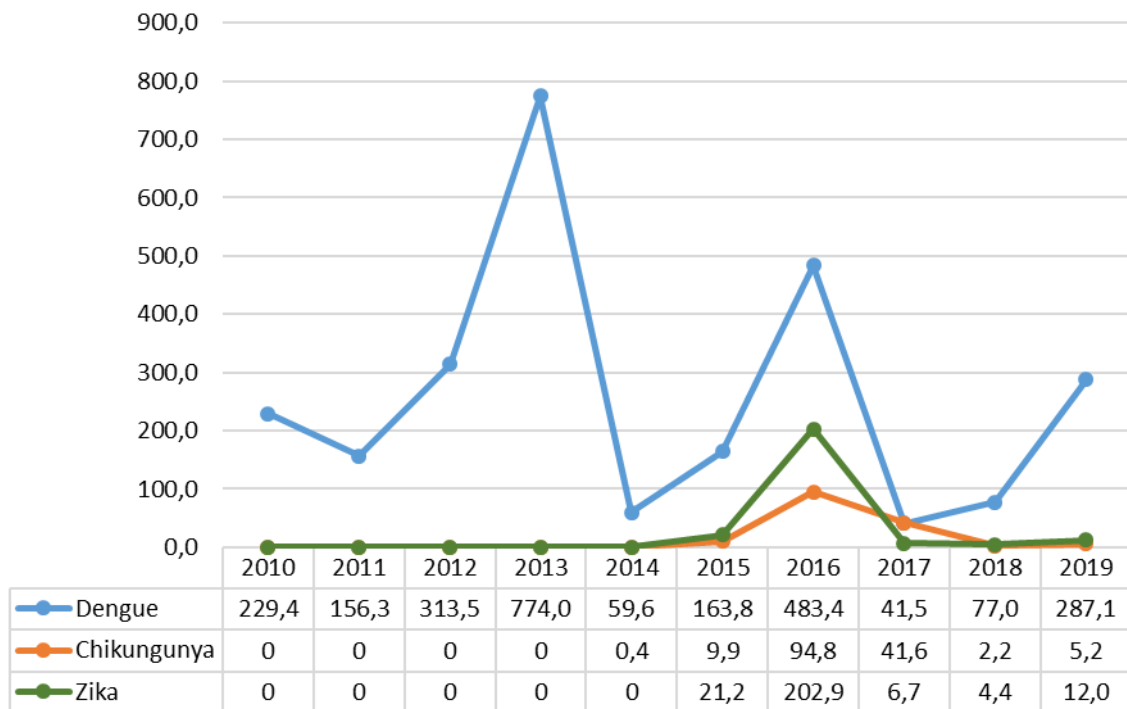
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - Sinan e IBGE, 2020. *Dados coletados em 23/03/2021, sujeitos a alterações.

Atualmente existem testes rápidos disponíveis no SUS para a detecção da infecção pelos vírus “B” e “C”. Quanto à 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, 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.

Quanto às doenças zoonóticas, as arboviroses (dengue, chikungunya, zika, febre amarela e malária)¹² 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-Sudoeste as maiores taxas ocorreram em 2016, exceto a dengue que apresentou oscilação com maiores taxas em 2013, 2016 e 2019 (Gráfico 6).

Gráfico 6. Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2010-2019*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan e IBGE, 2019. *Dados atualizados em 09/03/2021, sujeitos a alterações.

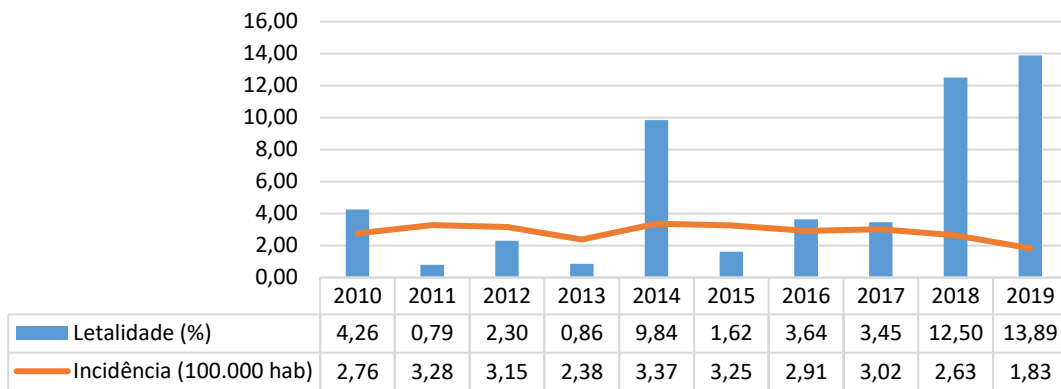
Quanto à febre amarela, nos últimos 10 anos não houve casos autóctones (transmissão dentro de uma mesma área) confirmados de febre amarela no estado da Bahia, considerado indene desde 1942⁹.

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 fazer 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, ¹⁴ a endemicidade, na Bahia, está em franca expansão ao analisar a série histórica de número de casos e incidência de 2010-2018³: presente em 191 dos 417 municípios baianos, classificados como de média e baixa transmissão. O agravo

apresenta comportamento cíclico e tendência de redução do número de casos. Registraram-se 3.564 casos novos confirmados de leishmaniose visceral humana (LVH), com média de 324 casos por ano. As maiores incidências foram 3,4 casos em 2014 e 3,0 casos em 2010/por 100 mil habitantes⁹. Na MRS-Sudoeste a variação do CI foi de 2,758 a 1,828 casos por 100 mil habitantes, no período 2010-2019. A macrorregião apresentou variação da taxa (de 0,8 em 2011 a 13,9 em 2019) o que pode estar vinculado ao diagnóstico tardio e à comorbidades (Gráfico 7).

Gráfico 7. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2010-2019*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - Sinan e SIM; e IBGE, 2019. *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 municípios¹⁵.

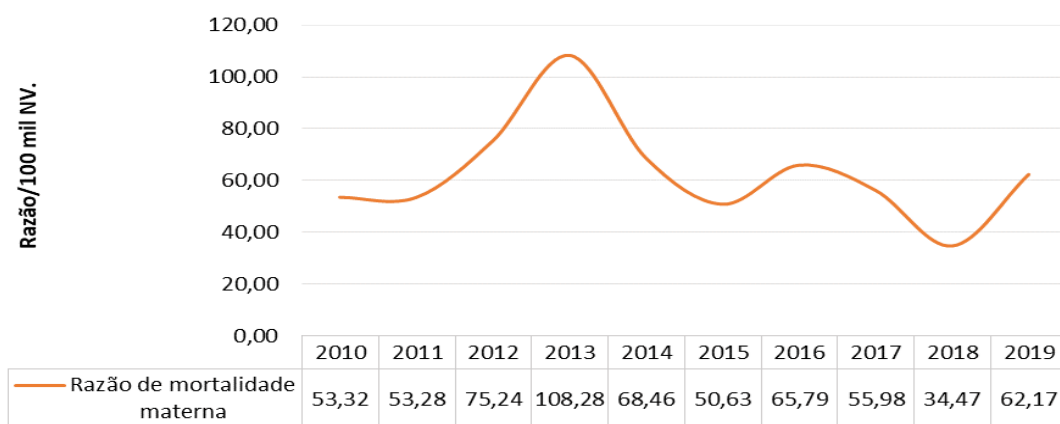
3.2 Atenção à saúde materna e infantil

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 meses¹⁶. A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação, parto ou no período de 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada com a gravidez, não incluídas causas acidentais ou incidentais¹⁷. Porém, nem todo óbito materno é registrado corretamente no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Frequentemente as causas declaradas registram a causa terminal das afecções ou lesões que sobreviveram 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 2019¹⁸. Na curva da RMM da Macrorregião de Saúde Sudoeste, no período 2010-2019, observa-se oscilação entre 108,28 (2013) e 34,47 (2018) óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. No ano 2018 ficou abaixo do Brasil, porém ultrapassa o parâmetro da Organização Mundial da Saúde (OMS) (20 óbitos/100 mil nascidos vivos) (Gráfico 8).

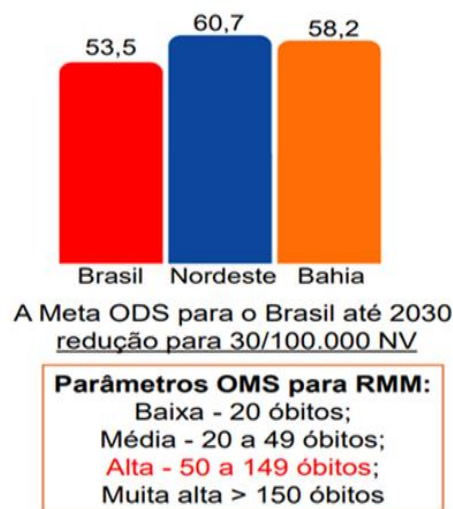
Gráfico 8. Razão de mortalidade materna (RMM) por 100 mil NV. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2010-2019*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - SIM e Sinasc, 2019. *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 5).

Figura 5. Razão de Mortalidade Materna segundo parâmetros da OMS. Bahia, 2023.



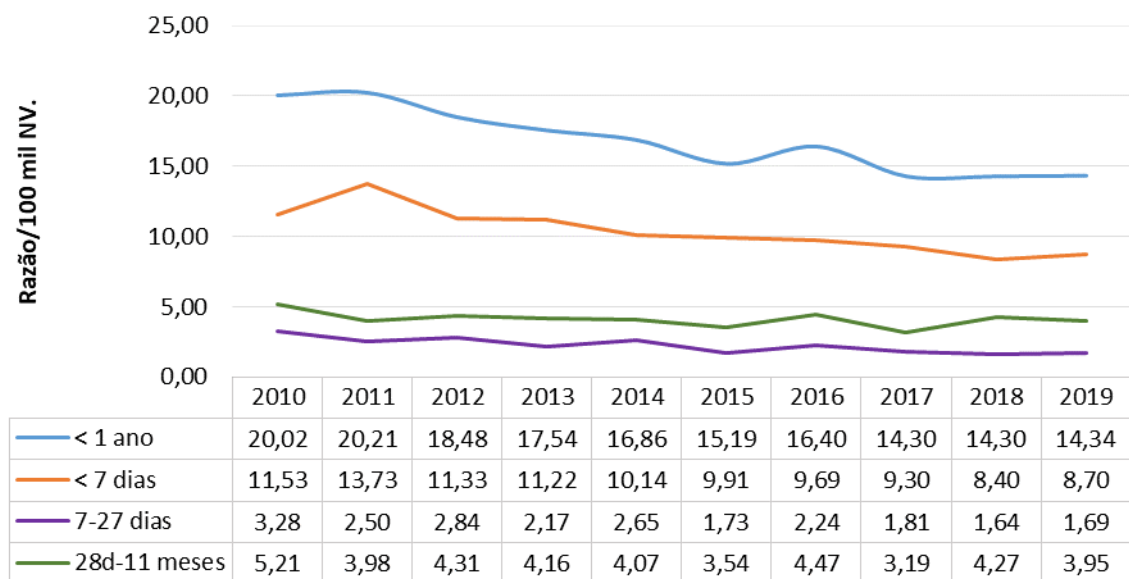
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVPEP/SINASC; MS/SVS/CGIAE/SINASC – Acesso em 05/09/24. * Dados Preliminares

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-Sudoeste, para cada mil nascimentos, a taxa de mortalidade infantil teve redução de 20,02 em 2010 para 14,34 em 2019, ambas acima do parâmetro preconizado como aceitável pela OMS, o máximo de 10 óbitos crianças menores de 1 ano para cada 1.000 nascidos vivos.

A análise dos óbitos em menores de 1 (um) ano na macrorregião revela que houve redução no risco de morte em todos os componentes do óbito infantil de forma geral. O estudo desagregado dos componentes revela decréscimo de 24,48% no período neonatal precoce (< 7 dias de vida). Apesar desta redução, ainda é o período com maior número de óbitos, o que indica fragilidade na atenção ao parto e ao recém-nascido.

A mortalidade no período neonatal tardio (7-27 dias) apresenta oscilação das taxas com variação entre 3,28 (2010) e 1,64 (2018) no período analisado. Em relação ao período pós neonatal (28d-11 meses) verifica-se redução de 5,21 (2010) para 3,95 (2019) por 1.000 nascidos vivos; esse componente é mais sensível às melhorias socioeconômicas e investimentos na atenção à saúde no início da vida, como elevação de coberturas vacinais e prevenção de doenças prevalentes na infância (Gráfico 9).

Gráfico 9. Taxa mortalidade infantil segundo faixa etária por 1.000 NV. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - SIM e Sinasc; e IBGE, 2019. *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-nascido¹⁹.

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

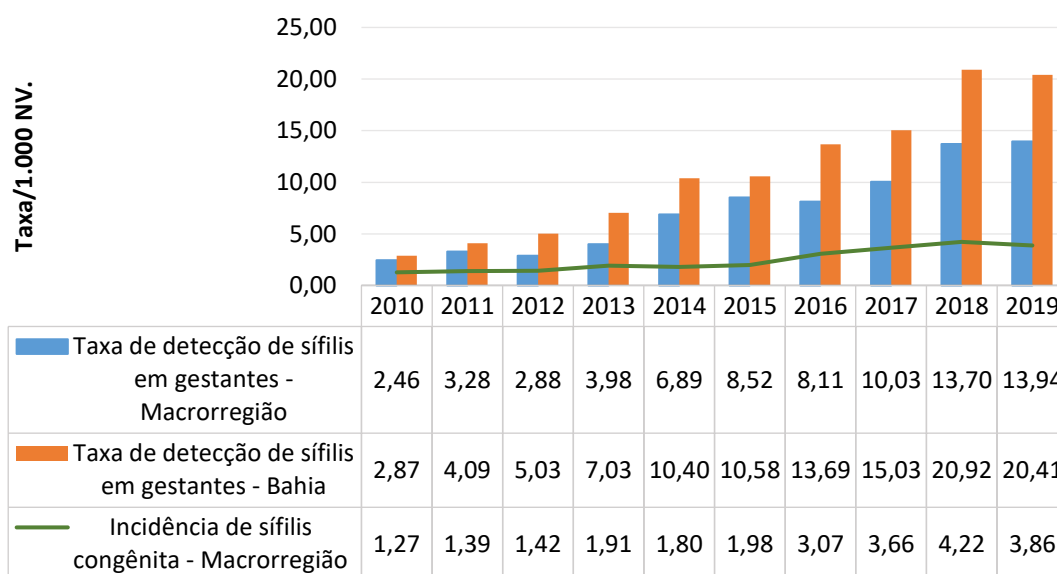
incidência da sífilis congênita menor ou igual a 0,5 casos para cada mil nascidos vivos, por três anos consecutivos²⁰.

Por ser uma doença evitável, a sífilis congênita demonstra a necessidade de avaliação dos processos de atenção à saúde da população e das gestantes. É importante evidenciar que o diagnóstico e tratamento adequado da população geral diminui de forma considerável a probabilidade de uma mulher estar com sífilis ao engravidar²¹.

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 doença²⁰. Na gestação, a sífilis pode causar abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido. Para eliminar a sífilis congênita é importante diagnosticar e tratar a gestante²¹.

Os dados demonstram crescimento expressivo na taxa de detecção da sífilis na Bahia no período 2010-2019. A MRS-Sudoeste apresentou o mesmo comportamento, mas com taxas inferiores, e passou de 2,46 para 13,94 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 10).

Gráfico 10. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por 1.000 NV. Estado da Bahia e Macrorregião de Saúde Sudoeste, 2010-2019*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - Sinan e Sinasc, 2019. *Dados coletados em 16/03/2021, sujeitos a alterações.

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

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

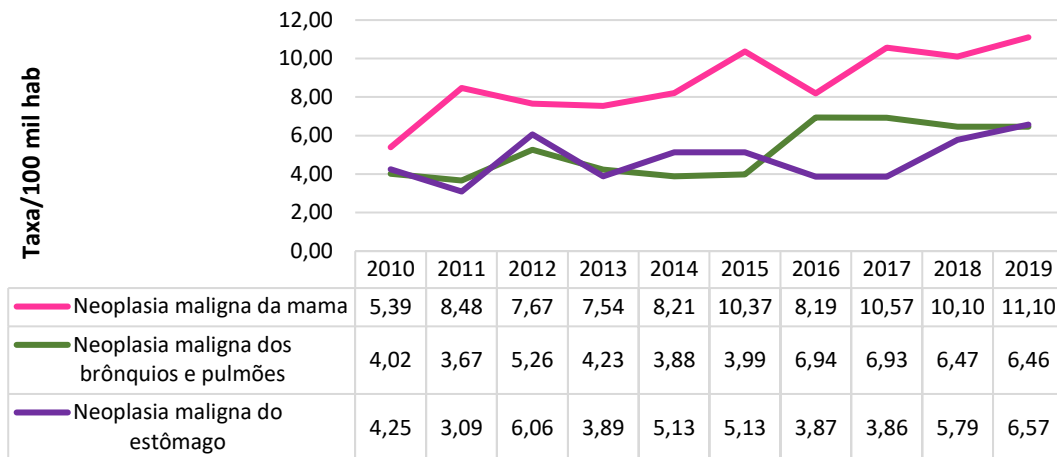
3.3 Neoplasias

As neoplasias estão agrupadas no capítulo II da CID 10. A doença pode afetar 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 nítidos²².

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 mortes³. Na MRS-Sudoeste esse grupo está em quarto lugar no período 2010-2014, em terceiro lugar no período 2015-2016 e, no período 2017-2019 em segundo lugar, o que corresponde a 18,74% dos óbitos²³.

No Brasil dados sobre mortes por neoplasias de pessoas do sexo feminino mostram o câncer de mama como causa mais freqüente³ o que repete na MRS-Sudoeste na série histórica 2010-2019: a taxa de óbitos de pessoas do sexo feminino por câncer de mama evoluiu de 5,39 para 11,10/100 mil mulheres; a segunda e terceira causas oscilam entre a neoplasia maligna dos brônquios e pulmões e neoplasia maligna do estômago. O câncer de estômago, também muito prevalente na macrorregião, apresenta taxa de 6,57/100 mil mulheres em 2019; no Brasil, o câncer de estômago é o quinto tipo mais frequente entre as mulheres²⁴ o que demonstra a necessidade do diagnóstico precoce para melhoria do resultado no tratamento e a busca da investigação dos sinais e sintomas. O câncer dos brônquios e pulmões apresenta crescimento significativo e alcançou a taxa de 6,46/100 mil mulheres, em 2019, sendo o uso do tabaco o mais importante desencadeador da doença (Gráfico 11).

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



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM e IBGE, 2019. *Dados coletados em 10/05/2021, sujeitos a alterações.

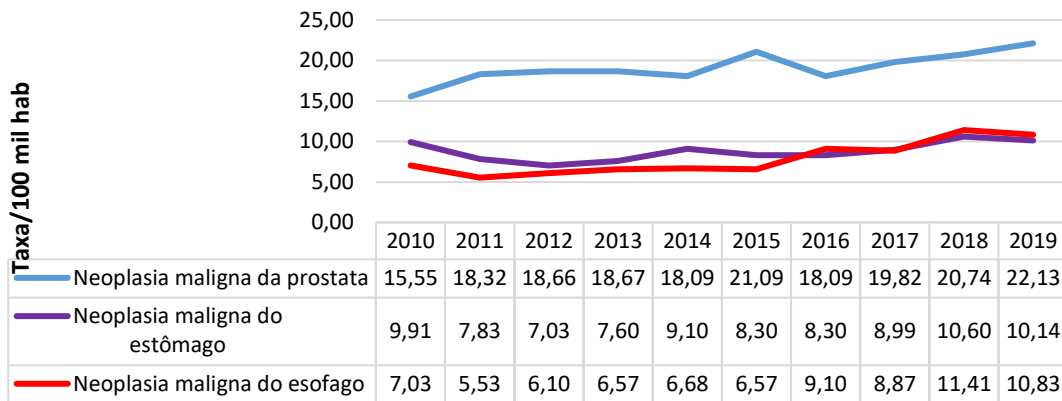
O Estado da Bahia pode utilizar os dados de metas alcançadas do indicador da Pactuação Interfederativa (Indicador 12: Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população da mesma faixa etária)²⁵ para auxiliar no monitoramento e avaliação da situação de atenção à saúde das mulheres e ações de prevenção do câncer.

A maior frequência da taxa de mortalidade por câncer de mama evidencia a necessidade de ações voltadas para a detecção precoce desse tipo de neoplasia. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas via rastreamento populacional que garanta alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado²⁶.

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. Para prevenir o câncer de estômago recomenda-se manter o peso corporal dentro dos limites da normalidade, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e de alimentos salgados e conservados em sal e não fumar²⁷.

A análise das neoplasias no sexo masculino aponta o câncer de próstata como a principal causa de óbito na MRS-Sudoeste, no período 2010-2019. Nesse mesmo período, a segunda causa é o câncer do estômago que, a partir de 2016, alterna com o câncer do esôfago que, no período 2018-2019, assume o segundo lugar (Gráfico 12).

Gráfico 12. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM e IBGE, 2019. *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

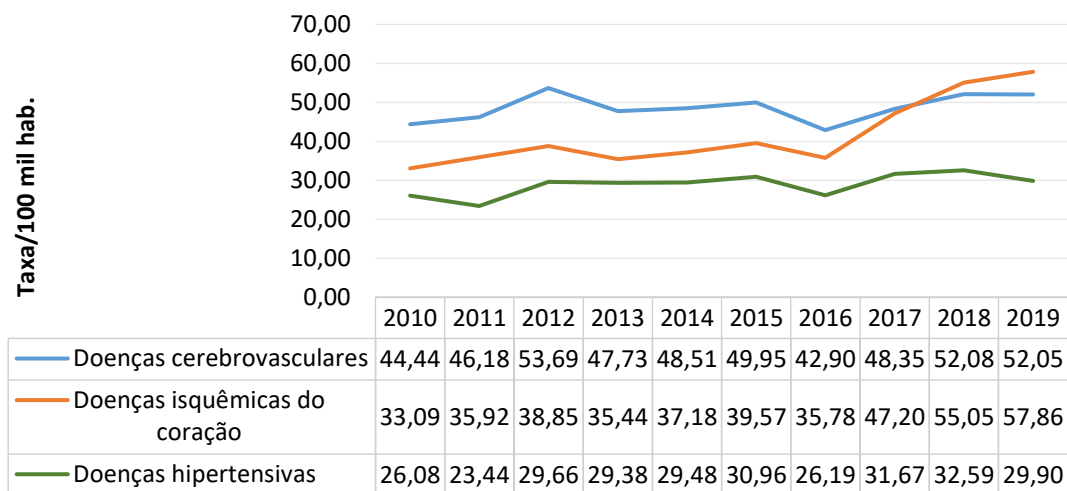
As doenças do aparelho circulatório (DAC) ou cardiovasculares (Capítulo IX, CID 10) são afecções do coração e dos vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares). As mais preocupantes são as que afetam as artérias coronárias (do coração) e as artérias do cérebro. Muitos são os fatores de risco para 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 Bahia³ e responsáveis por elevados custos sociais e econômicos. Na MRS-Sudoeste, correspondem também ao primeiro grupo de causas de óbito, responsáveis por 26,10% do total de mortes, no período 2010-2019²³, quando as doenças cerebrovasculares (DCbV) apresentaram o maior risco de morte na população. As doenças isquêmicas do coração (DIC) representam a segunda causa de morte da população,

cujas taxas variam entre 33,09 e 57,86 por 100 mil habitantes e assume a principal causa de morte deste grupo a partir de 2018; dessas o infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa específica de mortes e responsável por 89,36% dos óbitos²⁸.

As doenças hipertensivas foram a terceira causa de morte na população da macrorregião e passaram de 26,08 (2010) para 29,90 (2019) por 100 mil habitantes (Gráfico 13).

Gráfico 13. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM e IBGE, 2019. *Dados coletados em 16/03/2021, sujeitos a alterações.

O Brasil figura no sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de morte por doenças cardíacas, infartos e hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre homens e mulheres de 35 a 74 anos. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) descreve que 77% das pessoas com o primeiro episódio de acidente vascular encefálico (AVE) têm HAS, a qual aumenta de 4 a 6 vezes o risco de AVE. A HAS contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doenças cardiovasculares, em que 69% das pessoas com o primeiro IAM têm HAS e essa é também a segunda causa de doença renal crônica²⁹.

Na MRS-Sudoeste 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 incapacidade³.

A APS mais próxima da comunidade é a primeira referência nas situações de saúde e doença. Sua proposta deve extrapolar os limites da Unidade Básica de Saúde por meio da

interação com a comunidade e desenvolver estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças e ações intersetoriais³⁰.

Estratégias para combater a mortalidade devem ser estudadas considerando-se o envelhecimento da população. O aumento na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tende a diminuir as hospitalizações e conseqüentemente a mortalidade; a melhoria nas condições socioeconômicas e o atendimento pré-hospitalar e hospitalar nas primeiras horas após início dos sintomas aumentam a probabilidade da reversão do quadro clínico dos pacientes³¹.

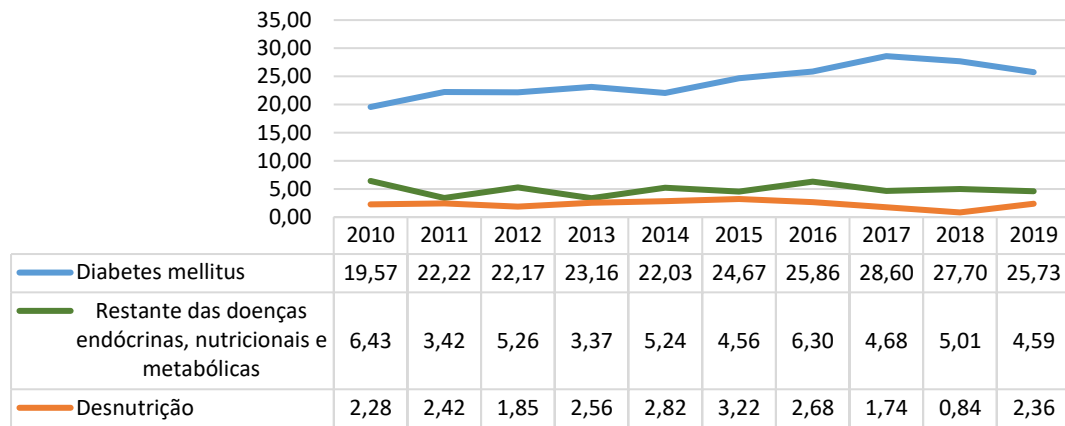
3.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

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 origem³².

As DENM representaram, no ano de 2019, o sexto maior grupo de causas de mortalidade na população brasileira e no estado da Bahia. Na MRS-Sudoeste esse cenário se repete com a mesma classificação e para o mesmo ano²³.

Na série histórica referente às mortes prematuras (30-69 anos) dessa macrorregião verifica-se crescimento entre 28,28 e 32,68 óbitos por 100 mil no período 2010-2019²³. Ao desagregar pelas principais doenças deste grupo a Diabetes mellitus (DM) é a principal causa de óbito com crescimento de 19,57 para 25,73 óbitos por 100 mil habitantes no mesmo período, seguido do grupo de restante de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e da desnutrição (Gráfico 14).

Gráfico 14. Taxa de mortalidade prematura 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil habitantes na mesma faixa etária. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2010-2019*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM e IBGE, 2019. *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 amputações³³. 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)³⁴.

Na MRS-Sudoeste, nesse período foram 19.453 internações hospitalares por complicações do DM³⁴, das quais 1.671 cirurgias de amputações/desarticulações (membros inferiores; pé e tarso; e dedo) e revisões cirúrgicas de coto de amputações (membros inferiores, exceto dedos do pé, e dedos). É importante salientar que ocorreram 128

amputações/desarticulações de pé e tarso, o que representa 7,66% do total de amputações realizadas (Tabela 2).

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

ANO	PROCEDIMENTOS		TOTAL
	Amputações Desarticulações e Revisões cirúrgicas de coto de amputações	Amputação / Desarticulação de pé e tarso	
2010	105	08	113
2011	107	04	111
2012	154	06	160
2013	107	06	113
2014	156	15	171
2015	172	20	192
2016	155	11	166
2017	210	19	229
2018	264	18	282
2019	241	21	262
TOTAL	1671	128	1799

Fonte: SIH/SUS, 2019. *Dados coletados em 22/04/2021, sujeitos a alterações.

As doenças endócrinas nutricionais e metabólicas estão relacionadas com as condições de saúde das pessoas, as quais se apresentam de forma mais ou menos persistente, a depender das respostas sociais que podem ser reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas. Diante disso, esperam-se políticas públicas proativas que direcionam 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 sociedade³⁵

3.6 Morbimortalidade por causas externas

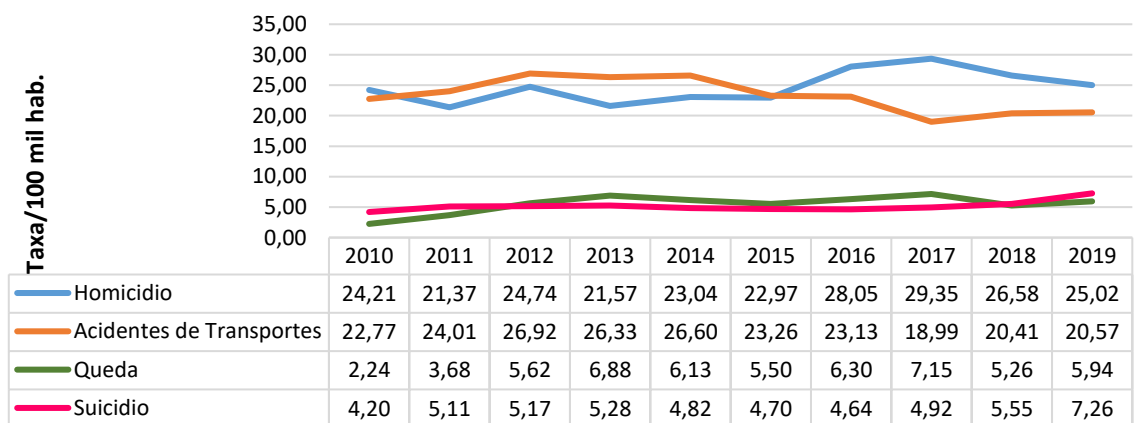
As causas externas, capítulo XX, CID 10, são traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Nesse grupo estão incluídas: lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios,

queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação)¹⁷.

Esse grupo de causas constitui o segundo grupo com maior número de óbitos na Bahia. Na desagregação dos componentes do grupo dos óbitos por causas externas, as causas mais frequentes no Estado da Bahia, no período 2010-2017, foram os homicídios, seguidos dos acidentes de transportes, queda e suicídio³.

A MRS-Sudoeste as causas externas alternam-se entre o terceiro e quarto grupo de causas de morte²³ e, na desagregação, os dois principais grupos de causas de óbitos são acidente de transporte, seguido de homicídio, quedas e o suicídio alternaram como terceiro e quarto grupo de causas, no período 2010-2019 (Gráfico 15).

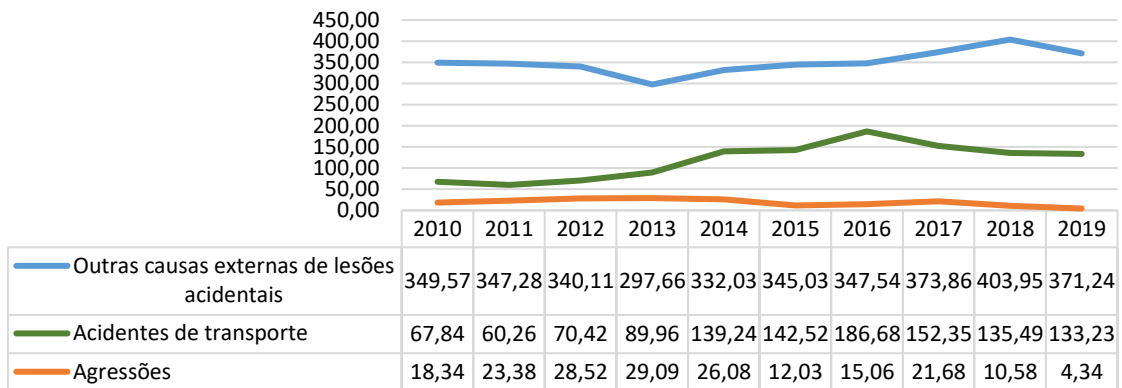
Gráfico 15. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2010-2019*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM, 2019. *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 denominadas outras causas externas de lesões acidentais; quando da desagregação, predominam as internações por quedas³⁶. A segunda maior causa são acidentes de transporte seguidos de agressões (Gráfico 16).

Gráfico 16. Taxa de internação por causas externas, segundo circunstância da lesão, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2010-2019*



Fonte: SIH/SUS, 2019. *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 20,46% de internações por acidente de transporte¹.

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 relacionadas³⁷.

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, os quais 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.

A análise dos indicadores de saúde para a MRS-Sudoeste poderá ser ampliada considerando os Planos Municipais de Saúde e outros instrumentos de gestão o que subsidiará os gestores e profissionais na avaliação da situação de saúde e no gerenciamento de informações e dados no sentido do planejamento, execução e monitoramento das ações e atividades programadas.

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

3.7 Atualização Estado de saúde

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

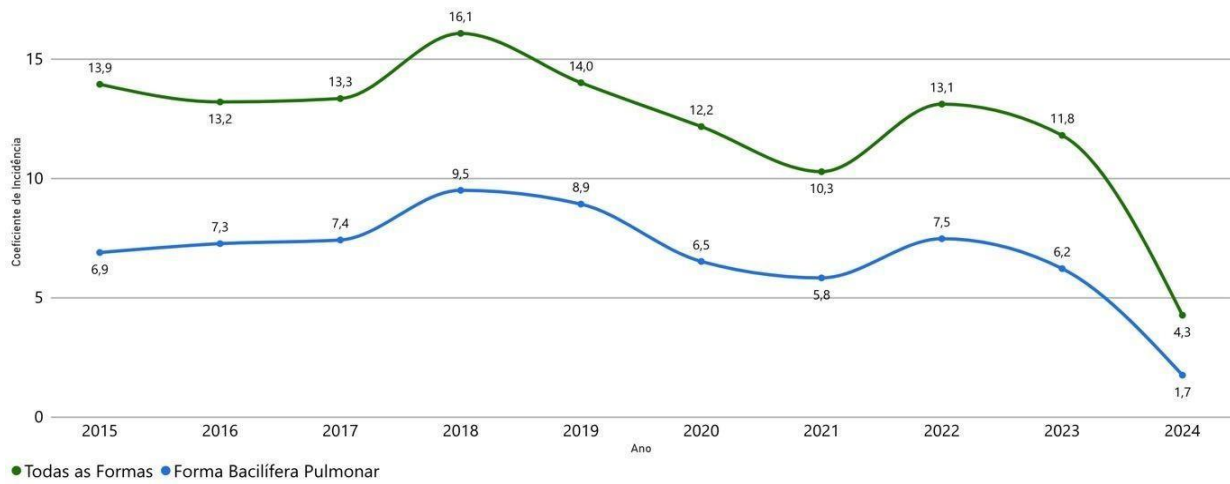
Considerando que a análise inicial contemplou indicadores numa série histórica de 2010 a 2019, sendo que alguns deles se estende até o ano de 2022, e que, em 2025 o processo do Planejamento Regional Integrado (PRI) avançou para a conclusão das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) surgiu a necessidade da atualização da ASIS – Estado de Saúde para os anos de 2023 e 2024 conforme disponibilidade de dados. Chamamos atenção que, para o de 2024, como a coleta foi de janeiro/2025 alguns bancos ainda estavam com dados preliminares.

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

3.7.1 Doenças Infeciosas e Parasitárias

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, os dados referentes ao coeficiente de incidência de tuberculose de todas as formas e da forma bacilífera pulmonar evidenciam tendência de oscilações ao longo dos anos. Em 2023 e 2024, observa-se uma continuidade na redução das taxas. No caso do coeficiente de todas as formas, a taxa foi de 11,8 em 2023 e de 4,3 em 2024. Já na forma bacilífera pulmonar, os coeficientes foram de 6,2 em 2023 e de 1,7 em 2024. Importante ressaltar que a queda registrada em 2020 ocorreu em decorrência do isolamento sanitário necessário frente à pandemia da covid-19. A redução recente das taxas pode estar relacionada a melhores condições de vida da população, bem como ao maior acesso aos serviços de saúde, conforme apresentado no Gráfico 17.

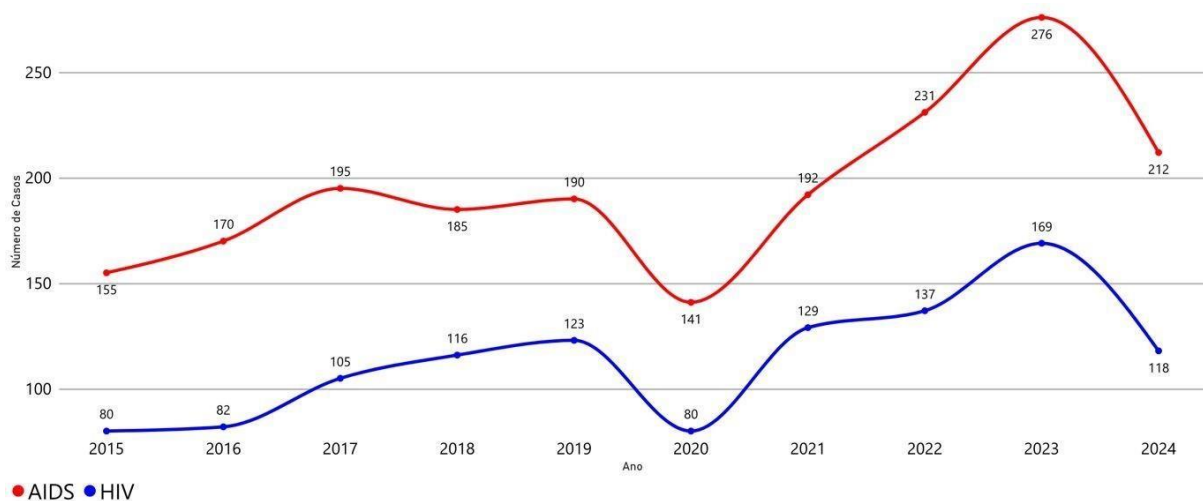
Gráfico 17. Coeficiente de Incidência da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2024



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

Relativamente ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), a análise da distribuição dos casos de Aids e infecção pelo HIV (Gráfico 18), no período de 2015 a 2024, indica que na Macrorregião de Saúde Sudoeste houve crescimento no número de casos de Aids até 2023, seguido de uma redução em 2024. Em relação à infecção pelo HIV, o maior número registrado foi de 276 casos em 2023, com uma diminuição observada em 2024 (212). A redução no número de casos de ambas as formas em 2020 pode estar relacionada à baixa notificação e à diminuição da procura pelos serviços de saúde, em decorrência do isolamento sanitário necessário frente à pandemia da covid-19.

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

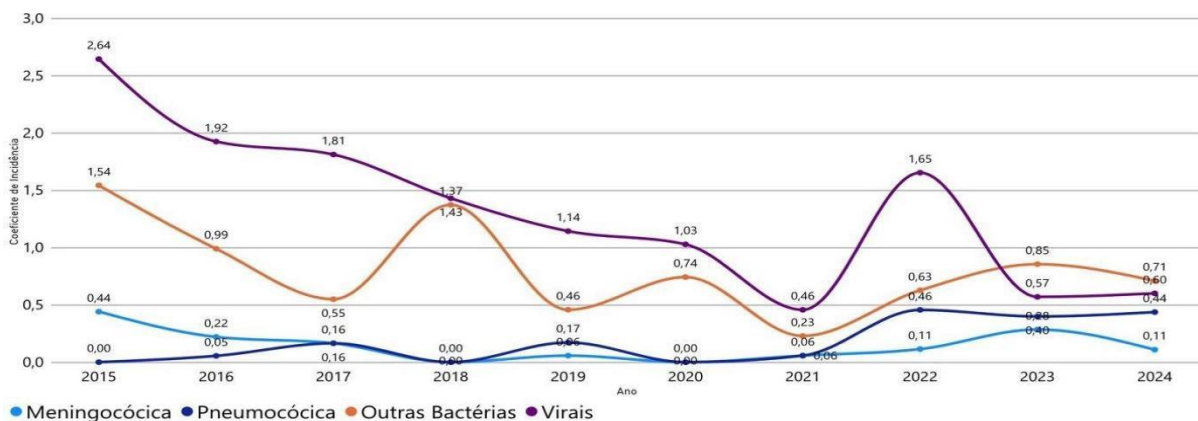


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sinan, 2024. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Na Bahia, entre 2015 e 2022, foram notificados 6.737 casos de meningite, dos quais 3.422 (51%) foram confirmados. As meningites virais foram as mais frequentes, com 1.100 casos, seguidas pelas bacterianas, que somaram 1.050 registros. A faixa etária mais afetada foi a de 20 a 34 anos (614 casos), seguida pelas de 35 a 49 anos (577) e menores de 1 ano (459). No mesmo período, foram registrados 466 óbitos pela doença, o que corresponde a uma letalidade de 14%, sendo que a maioria desses óbitos (247 casos, 53%) ocorreu devido à meningite bacteriana.

Entre 2018 e 2021, observou-se uma redução acentuada no Coeficiente de Incidência (CI) para todos os tipos de meningite, possivelmente em razão das medidas de controle adotadas durante a pandemia da Covid-19, que contribuíram para a queda no número de casos. Nos dados mais recentes, referentes a 2023 e 2024, a Bahia apresenta uma tendência de queda no CI das meningites. A mesma tendência foi observada na Macrorregião de Saúde Sudoeste, conforme mostrado no Gráfico 19.

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



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

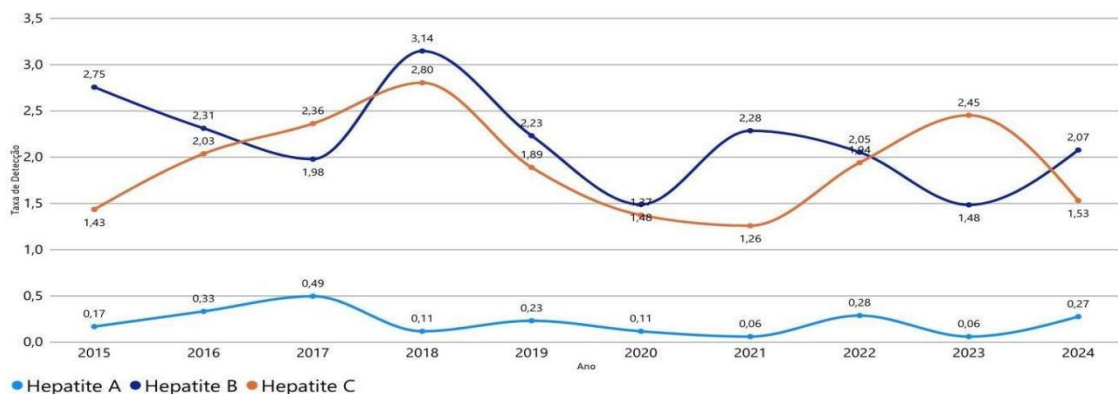
As hepatites virais, apesar de muitas vezes silenciosas, representam um grave problema de saúde pública. No período de 2015 a 2024, o Estado da Bahia apresentou oscilações na taxa de detecção por 100 mil habitantes para os três tipos principais de hepatite, tendência acompanhada pela Macrorregião de Saúde Sudoeste.

Em relação ao vírus tipo “A”, a taxa de detecção variou ao longo dos anos, registrando os valores mais baixos em 2021 e 2023 ambos com 0,06 por 100 mil habitantes, e em 2024 foi observado aumento com taxa de 0,27. Quanto à hepatite “B”, a menor taxa foi observada em

2021 (1,27 por 100 mil habitantes), e em 2023 e 2024, os valores foram de 1,48 e 2,07 respectivamente, evidenciando tendência de aumento.

No caso da hepatite “C”, a introdução de novas drogas mais eficazes e com menos efeitos colaterais em 2015 contribuiu para a variação das taxas. A menor taxa foi registrada em 2021 (1,26 por 100 mil habitantes), e em 2023 e 2024, os valores foram de 2,45 e 1,53 indicando tendência de queda, conforme apresentado no Gráfico 20.

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

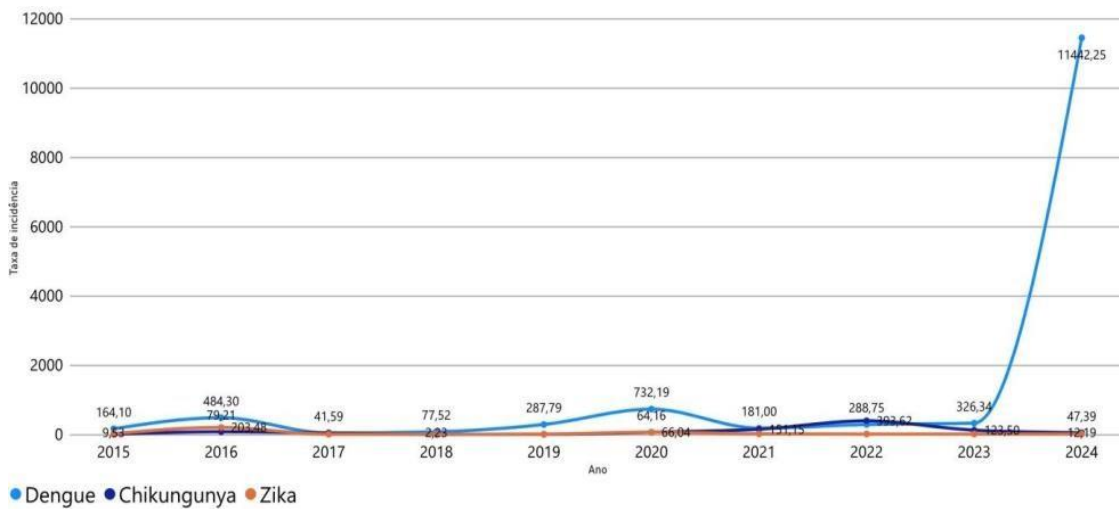


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - Sinan e IBGE. 2024. *Dados coletados em 23/03/2021, sujeitos a alterações.

Dentre as doenças infecciosas e parasitárias, serão analisadas as doenças vetoriais de maior magnitude no Estado: arboviroses e leishmaniose visceral. Em linhas gerais, as arboviroses na Bahia apresentaram perfil endêmico em 2022, embora sua distribuição tenha variado geograficamente.

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, a série histórica de 2015 a 2024 mostra que, embora as maiores taxas de incidência de dengue, Chikungunya e Zika tenham ocorrido em 2019 e 2020, em 2023 e 2024 observa-se aumento nas taxas. Em 2024, a taxa de dengue foi a mais alta do período, com 11.442,25 casos, conforme apresentado no Gráfico 21.

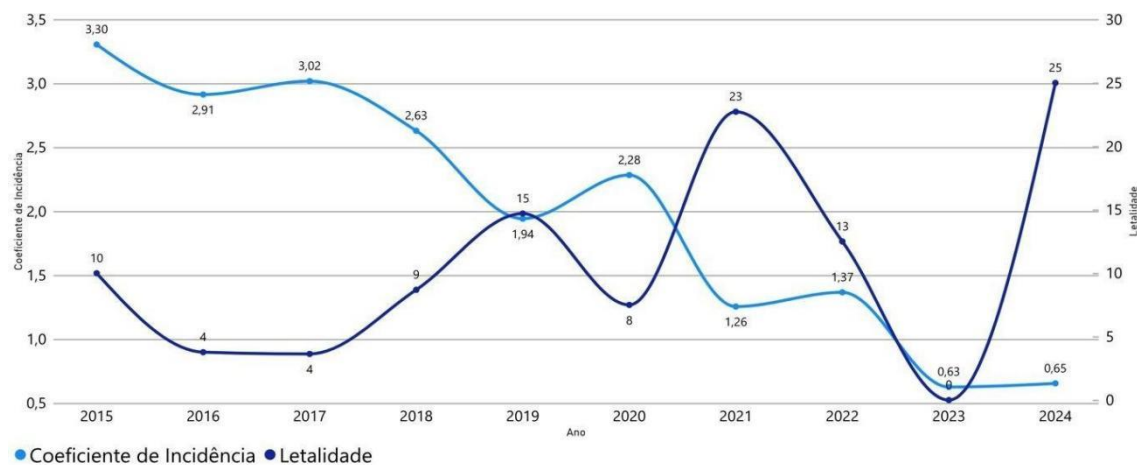
Gráfico 21. Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Arregimentação de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2024



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - Sinan; e IBGE. 2024. *Dados coletados em 23/03/2021, sujeitos a alterações.

Quanto à incidência de leishmaniose visceral, no período de 2015 a 2024, a menor taxa observada foi de 0,63 casos por 100 mil habitantes, e a maior, de 3,30 casos por 100 mil habitantes. Em 2023, a taxa foi de 0,63 e em 2024, 0,65 evidenciando uma tendência de estabilidade. Quanto à letalidade da doença, em 2024, foram registrados 0,65 casos por 100 mil habitantes, dos quais 25% evoluíram para óbito (Gráfico 22). Supõe-se que essa alta taxa de letalidade esteja associada ao diagnóstico tardio, comorbidades e outras complicações.

Gráfico 22. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2024



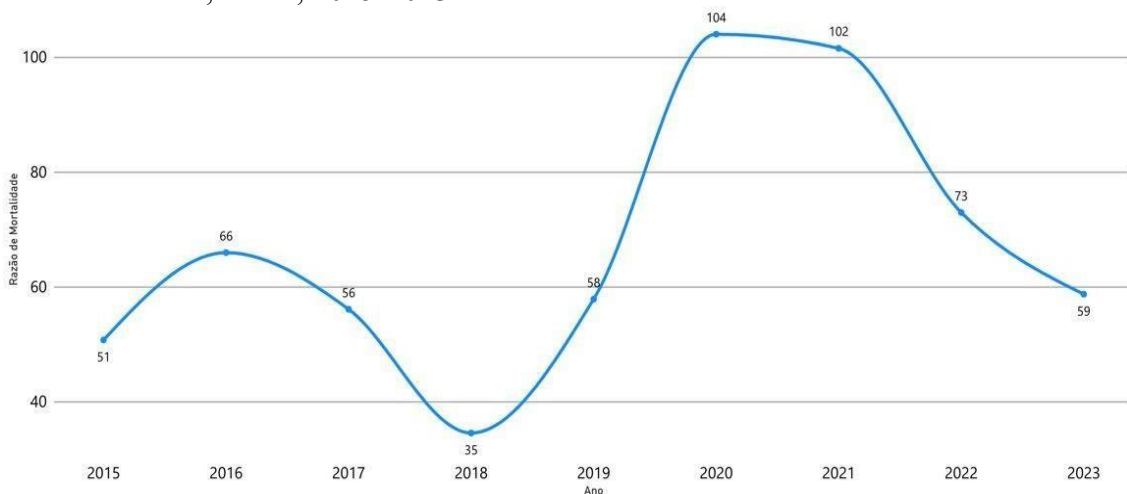
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - Sinan e SIM; e IBGE, 2024. *Dados coletados em 25/01/2025, sujeitos a alterações.

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.

O Gráfico 23 apresenta a razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos entre 2015 e 2023, evidenciando variações significativas ao longo dos anos. Em 2022, a taxa foi de 73 enquanto os dados de 2023 indicam uma tendência de queda, com taxa de 59. Embora a menor taxa tenha sido registrada em 2018 e a maior em 2020, possivelmente influenciada pela pandemia de COVID-19, essas oscilações reforçam a necessidade de monitoramento contínuo e intervenções direcionadas para melhorar a saúde materna e reduzir as disparidades nos cuidados de saúde.

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

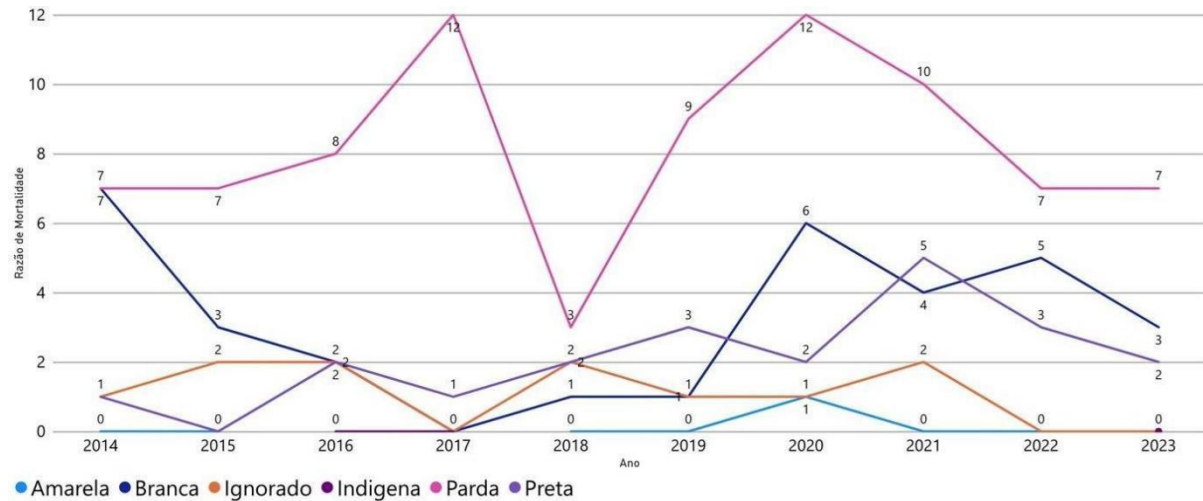


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Coass - SIM e Sinasc, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Outro aspecto importante ao analisar a razão de mortalidade materna é detalhar os dados por raça/cor, para compreender as desigualdades existentes no acesso e na qualidade da assistência à saúde. Um estudo aponta que mulheres negras enfrentam taxas de mortalidade significativamente mais altas em comparação com mulheres brancas, refletindo não apenas questões de saúde, mas também fatores sociais, econômicos e raciais que influenciam o acesso ao cuidado durante a gestação, parto e puerpério. Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, entre

2014 e 2023, foram registrados 147 casos de mortes maternas, dos quais 103 (70%) ocorreram em mulheres negras (pretas e pardas), conforme apresentado no Gráfico 24.

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



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

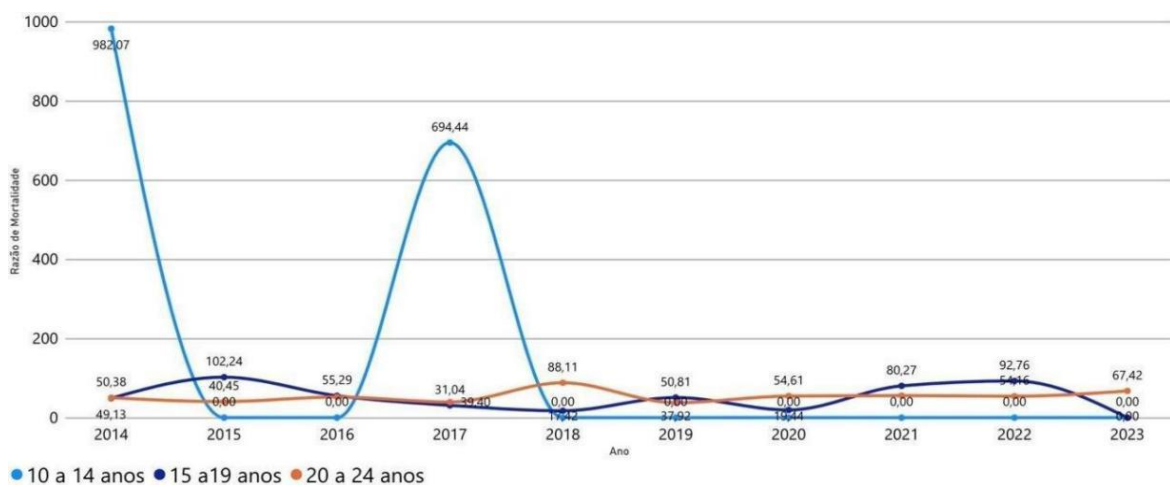
Pensando em superar esse desafio o Ministério da Saúde lança as portarias GM/MS nº5.350 e a GM/MS nº5.359, publicadas em setembro de 2024, que instituem a Rede Alyne como uma atualização da Rede Cegonha, com o objetivo de ordenar e aprimorar os processos de saúde materno-infantil no Brasil. A finalidade da Rede Alyne é promover um modelo de cuidado humanizado e integral, visando reduzir a mortalidade materna e infantil, especialmente em populações vulneráveis, e fortalecer a atenção primária à saúde.

A colaboração entre a SESAB e as secretarias municipais de saúde é fundamental para garantir a efetividade das ações, a qualificação dos serviços de saúde, a implementação de ações que considerem as singularidades regionais e a promoção de um atendimento mais eficiente e eficaz às gestantes.

Assim, para que os trabalhadores da saúde possam atuar de forma mais eficaz, é crucial que recebam treinamento sobre a importância do registro da cor/raça nos prontuários e na coleta de dados. Além disso, devem ser incentivados a adotar uma abordagem sensível e inclusiva, que considere as especificidades culturais e sociais das mulheres atendidas. A sensibilização sobre as desigualdades raciais e a promoção de um atendimento humanizado são passos importantes para melhorar a qualidade do cuidado e reduzir a mortalidade materna. Outro aspecto importante é a estratificação dessas mortes por faixa etária.

O Gráfico 25 apresenta a razão de mortalidade materna por faixa etária, a análise dos dados revela que a mortalidade materna é mais elevada em faixas etárias específicas (10 a 14 anos), o que indica a necessidade de intervenções direcionadas para essas populações. A identificação das causas presumíveis dos óbitos maternos em idade fértil é crucial, pois permite compreender as lacunas nos serviços de saúde e implementem estratégias eficazes para melhorar a assistência às mulheres durante a gestação e o parto, visando reduzir a mortalidade materna na região.

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



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

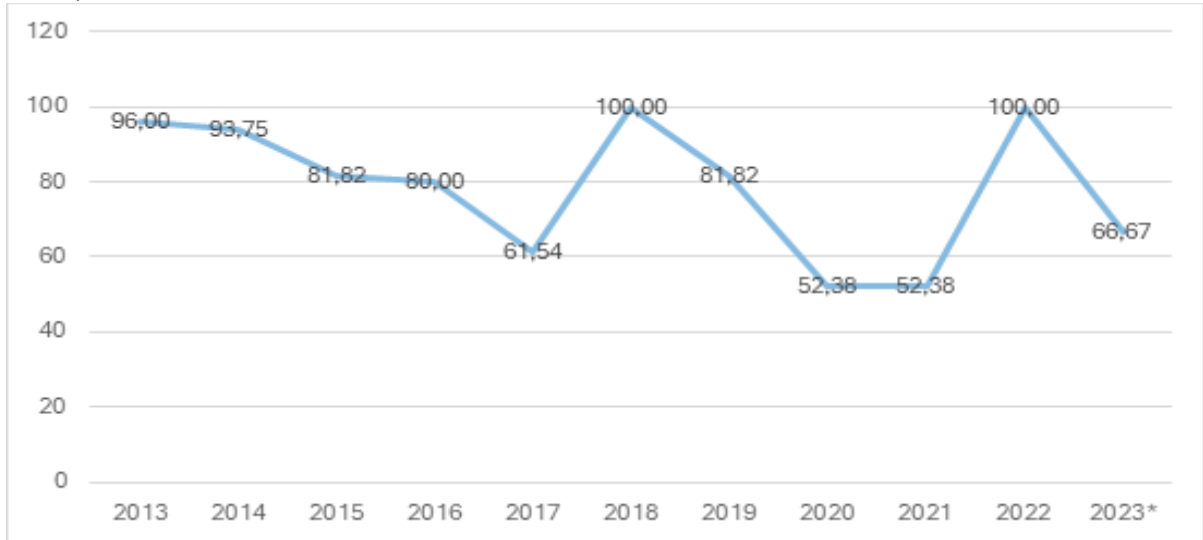
Também se faz importante a identificação de óbitos maternos em idade fértil, especialmente aqueles classificados como causas presumíveis, pois permite que os profissionais de saúde compreendam as lacunas nos serviços de saúde e implementem intervenções direcionadas para melhorar a assistência às mulheres durante a gestação e o puerpério.

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, conforme apresentado no Gráfico 26, a investigação dos óbitos maternos na região variou entre 62,38% e 100%. Em 2020 e 2021, observou-se uma diminuição na investigação, decorrente do isolamento sanitário imposto pela pandemia da covid-19. Importante salientar que, em 2018 e 2022, 100% dos óbitos foram investigados, evidenciando o comprometimento da vigilância epidemiológica.

Nos anos de 2022 e 2023, a taxa de investigação foi de 100 e 66,67 respectivamente, refletindo uma tendência de queda. A realização dessas investigações é fundamental para subsidiar o processo de trabalho, pois ajuda a identificar grupos de risco e a alocar recursos de

forma mais eficiente, contribuindo para a redução da mortalidade materna e a promoção da saúde da mulher.

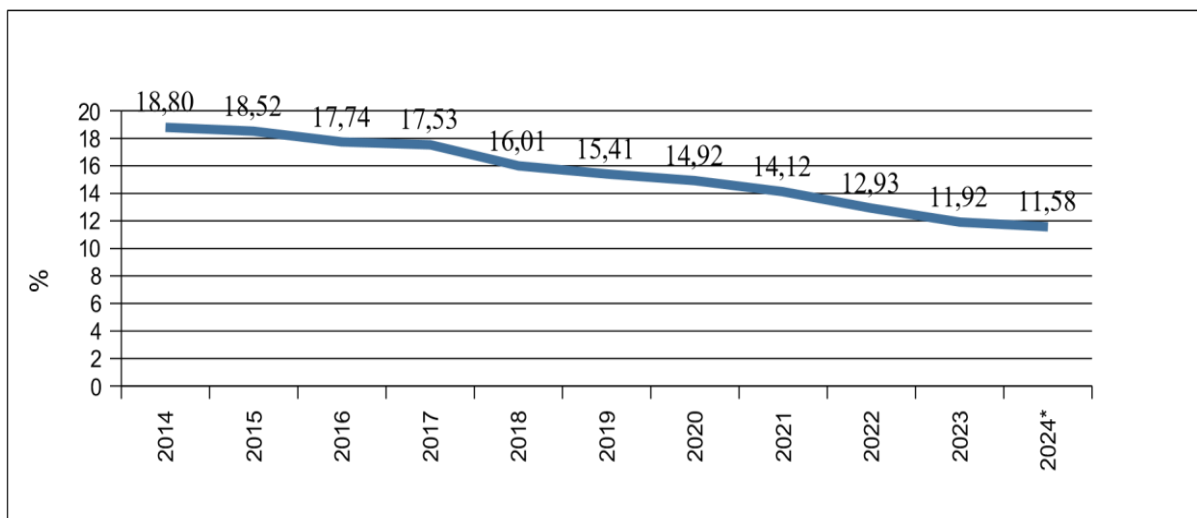
Gráfico 26. Proporção de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2013-2023



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

Também é importante compreender a distribuição de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos, pois conhecer essa proporção auxilia na identificação da frequência de gravidez precoce e subsidia o processo de tomada de decisão. Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, observa-se uma redução na proporção de nascidos vivos nessa faixa etária ao longo do período analisado, com a menor taxa registrada em 2024, de 11,58% (Gráfico 27).

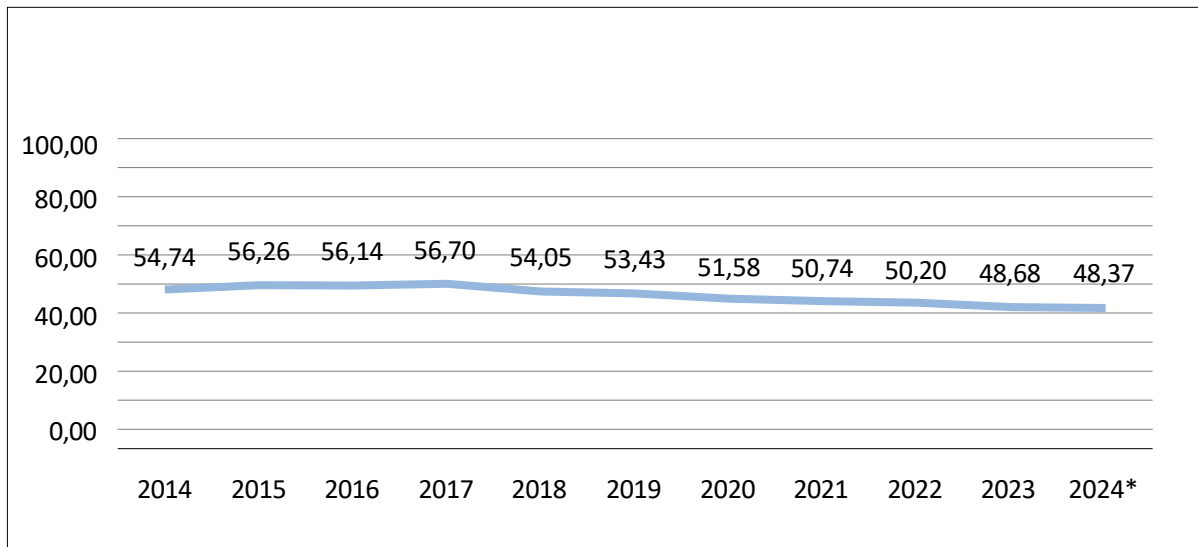
Gráfico 27. Proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2024



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

Ao observar a proporção de partos normais na Macrorregião de Saúde Sudoeste, a taxa foi de 48,37 em 2024 reforça a necessidade de fortalecer as práticas de assistência ao parto e promover maior adesão a protocolos que incentivem o parto normal, respeitando a autonomia e a segurança das gestantes (Gráfico 28).

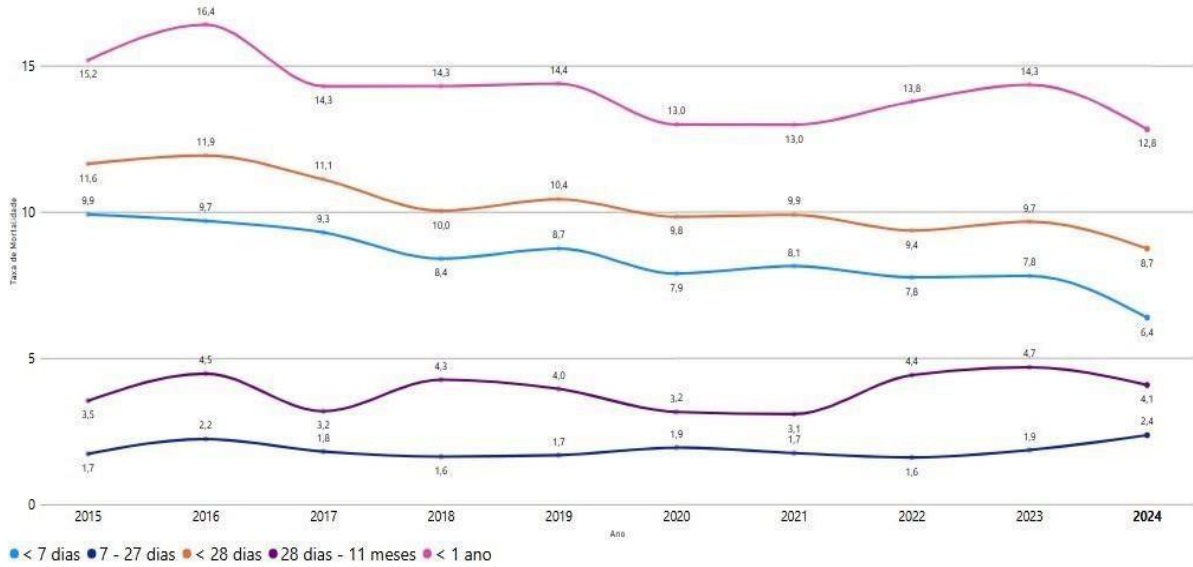
Gráfico 28. Proporção de Partos Normais. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2023



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

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, a taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos apresentou variações ao longo dos anos, conforme mostra o Gráfico 29. O maior valor foi registrado em 2016, com 16,4 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto a menor taxa foi observada em 2024, com 12,8. Apesar da redução gradual, em nenhum dos anos da série histórica a mortalidade infantil ficou abaixo do parâmetro aceitável estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 10 óbitos para cada mil nascimentos. Esses dados indicam a necessidade de ações contínuas para o fortalecimento da atenção neonatal e infantil na região.

Gráfico 29. Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2024

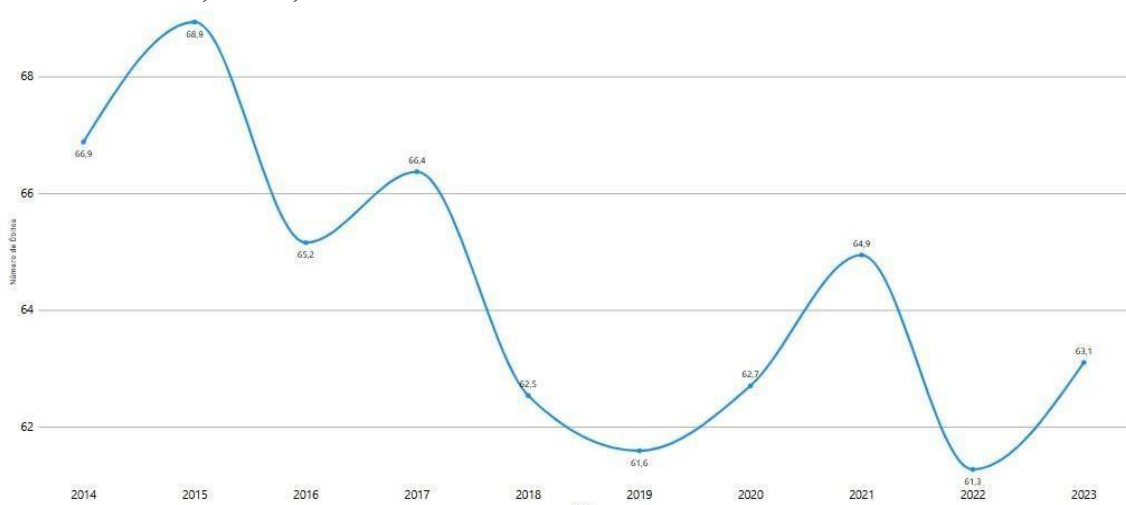


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2024. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Na Bahia, entre 2015 e 2024, as principais causas de óbitos infantis em menores de um ano foram septicemia bacteriana do recém-nascido, transtornos relacionados à gestação de curta duração e baixo peso ao nascer e desconforto respiratório neonatal.

O Gráfico 30 mostra a proporção de óbitos por causas evitáveis em menores de cinco anos na Macrorregião de Saúde Sudoeste entre 2014 e 2023. Em 2023, 63,1% dos óbitos foram considerados evitáveis, revelando que, apesar de avanços, ainda há margem para melhorias nas ações de saúde pública. Essa análise orienta a definição de áreas prioritárias para a redução da mortalidade infantil.

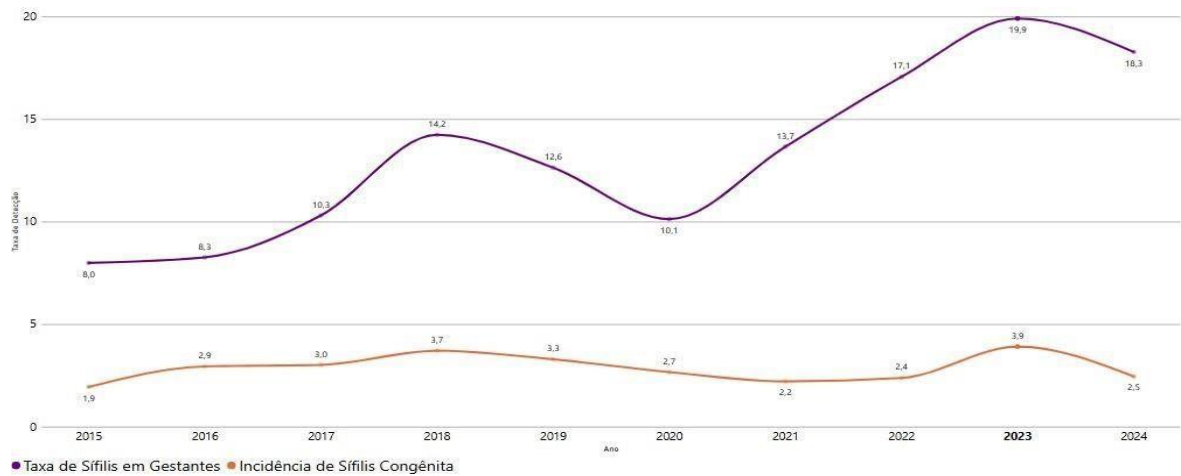
Gráfico 30. Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2023



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

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, a taxa de detecção da sífilis apresentou crescimento significativo entre 2015 e 2023, passando de 8,0 para 19,9 casos por 100 mil habitantes (Gráfico 31). Já a incidência de sífilis congênita mostra queda entre 2023 e 2024, sinalizando algum avanço nas ações de controle. No entanto, ainda é necessário reforçar o pré-natal para ampliar o diagnóstico precoce e reduzir os casos evitáveis de transmissão vertical.

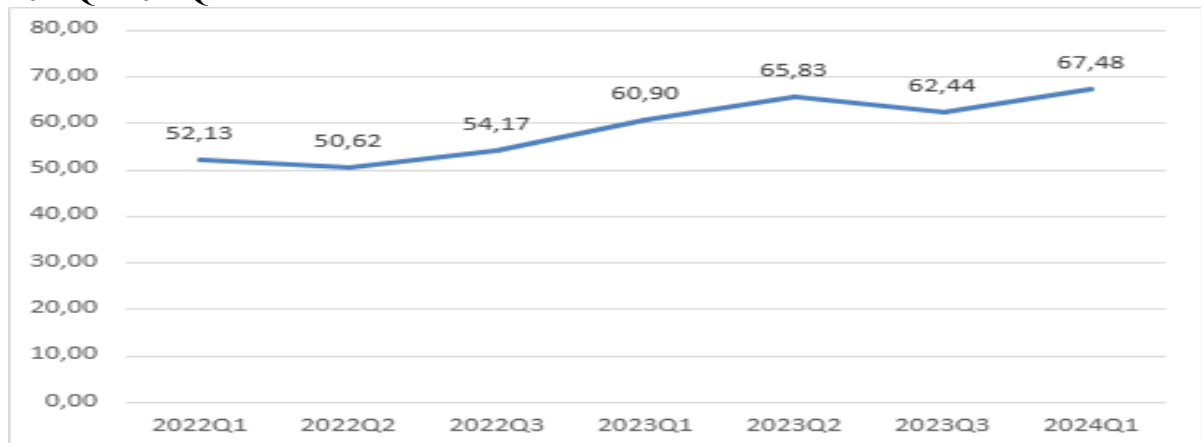
Gráfico 31. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2024



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

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, houve avanço na captação precoce de gestantes, com aumento do início do pré-natal até a 12ª semana, conforme mostra o Gráfico 32. Essa melhoria favorece a identificação precoce de agravos, reduzindo riscos à saúde materna e neonatal. Além disso, fortalece o vínculo da gestante com a equipe de saúde, promovendo cuidado contínuo e ações educativas que impactam positivamente o bem-estar da família.

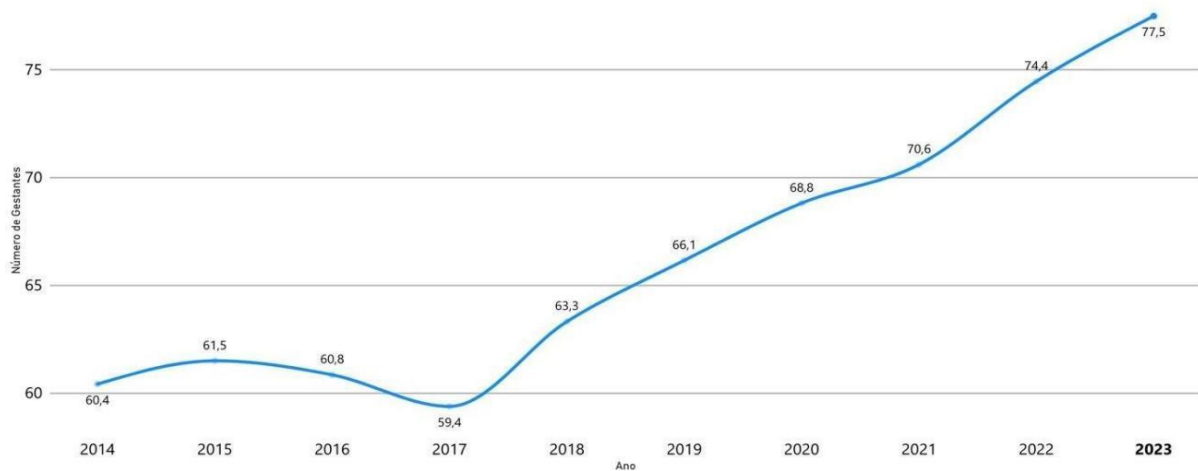
Gráfico 32. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2022Q1-2024Q1



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

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, os dados do Gráfico 33 indicam crescimento na proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, conforme preconizado. Esse avanço reforça a efetividade das ações desenvolvidas na atenção primária, fundamentais para reduzir a morbimortalidade materna e infantil. A ampliação do acesso ao acompanhamento contínuo durante a gestação também reflete um cuidado mais humanizado e qualificado, sendo essencial manter o monitoramento desse indicador para corrigir desigualdades e fortalecer a rede de atenção.

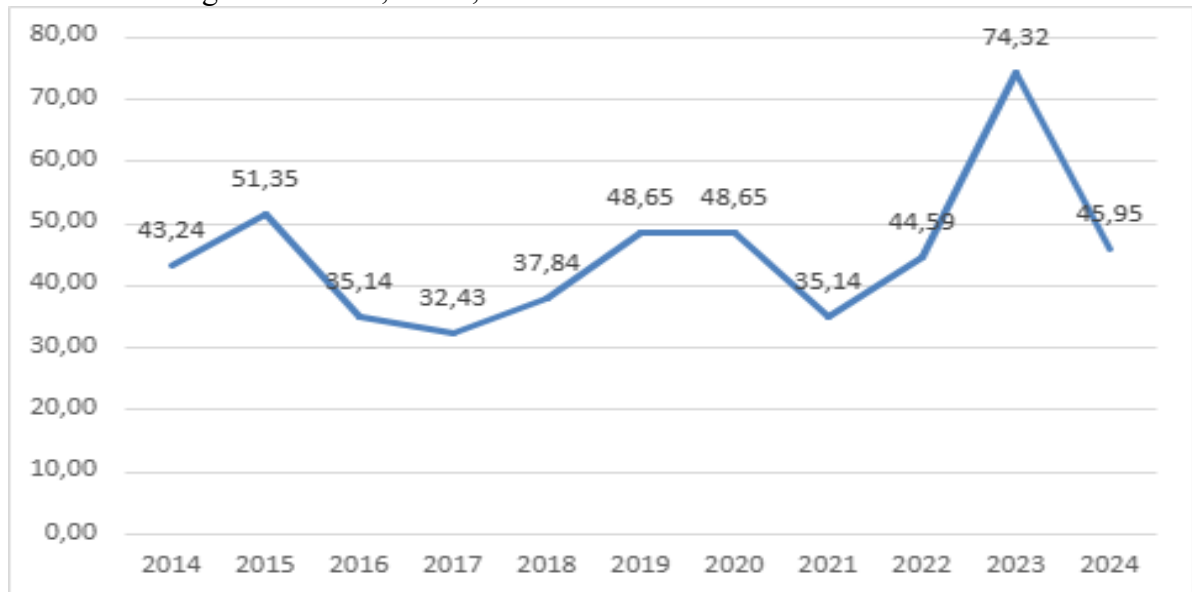
Gráfico 33. Proporção de gestante com mais de 7 consultas no pré-natal, na macrorregião Sudoeste, Bahia, 2014-2023



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

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, o Gráfico 34 revela que, mesmo com avanços pontuais, como o maior percentual registrado em 2023 (74,32%), metade dos municípios não alcançaram a meta de 75% de cobertura vacinal para crianças menores de dois anos. Essa instabilidade evidencia a urgência de ações articuladas e contínuas para garantir a aplicação das vacinas prioritárias do calendário nacional — como Penta, Pólio, Pneumo e Tríplice Viral. Ampliar a cobertura vacinal não é apenas proteger individualmente, mas também assegurar imunidade coletiva e conter a reintrodução de doenças já controladas.

Gráfico 34. Percentual de Municípios que atingiram 75% ou mais na Proporção de Vacinas Seleccionadas do Calendário Nacional de Vacinação para Crianças menores de dois anos de idade. Macrorregião Sudoeste, Bahia, 2014-2024

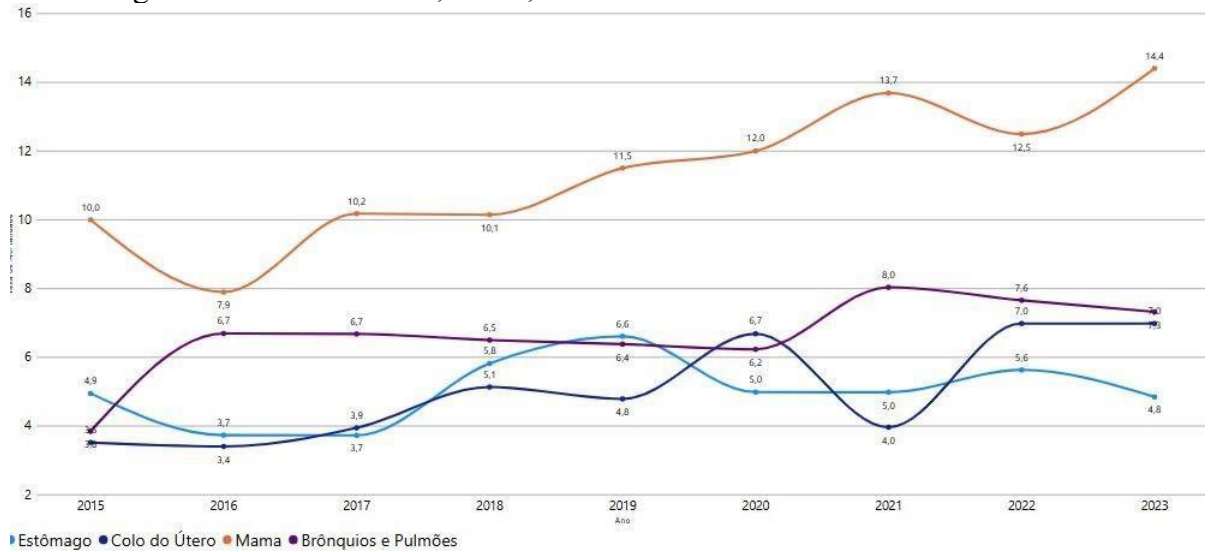


Fonte: Localizamus/MS, 2024. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

3.7.3 Neoplasias

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, o Gráfico 35 mostra que a mortalidade por neoplasias em mulheres vem crescendo, com destaque para o câncer de mama, cuja proporção subiu de 10% em 2010 para 14,4% em 2023, consolidando-se como a principal causa de óbito por câncer. O câncer de pulmão e brônquios apresenta também um aumento expressivo, atingindo 7,31 por 100 mil mulheres em 2023, com forte associação ao tabagismo. Já o câncer do colo do útero mantém alta incidência (6,97 por 100 mil mulheres), reforçando a importância de estratégias consistentes de rastreamento e ampliação do acesso ao exame citopatológico. Diante da tendência crescente da mortalidade por neoplasias entre 2015 e 2023, impõe-se o fortalecimento da rede de atenção oncológica, com ações integradas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno.

Gráfico 35. Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2023*

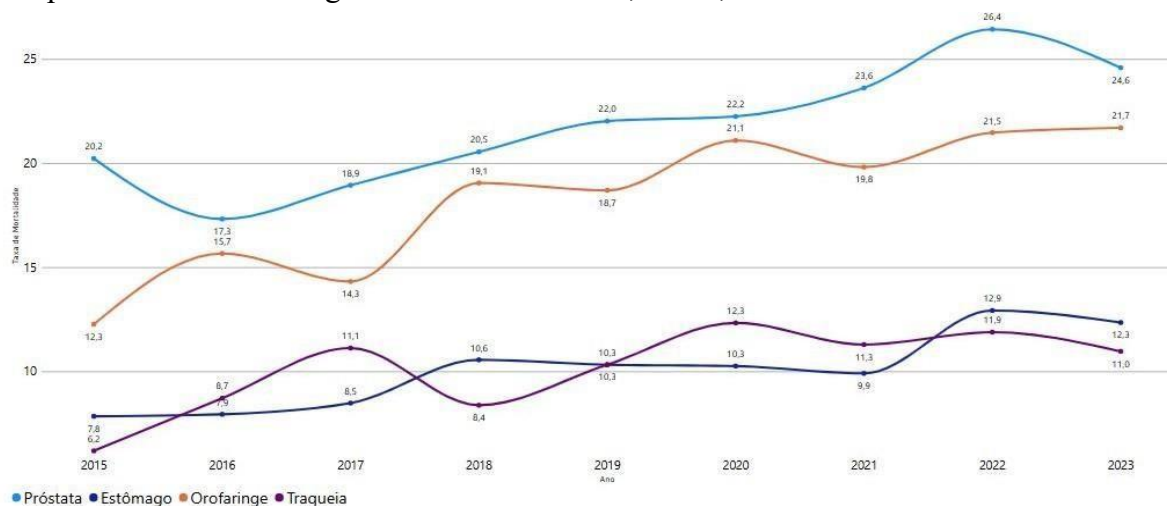


Fonte: Sesab/Suvisa/Divp/SIM e IBGE, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, o câncer de próstata se mantém como a principal causa de morte por neoplasias entre os homens no período de 2015 a 2023, conforme evidenciado no Gráfico 36. Em seguida, destacam-se os cânceres de orofaringe, traqueia e estômago como segundas a quartas causas mais recorrentes no mesmo intervalo.

A permanência desses tipos de câncer entre os principais óbitos reforça a necessidade de ações estruturadas de rastreamento, diagnóstico precoce e combate a fatores de risco, especialmente o tabagismo e o consumo abusivo de álcool. Diante desse cenário, é fundamental que a gestão regional fortaleça a linha de cuidado oncológico voltada ao público masculino, com enfoque na atenção primária e no acesso a exames preventivos.

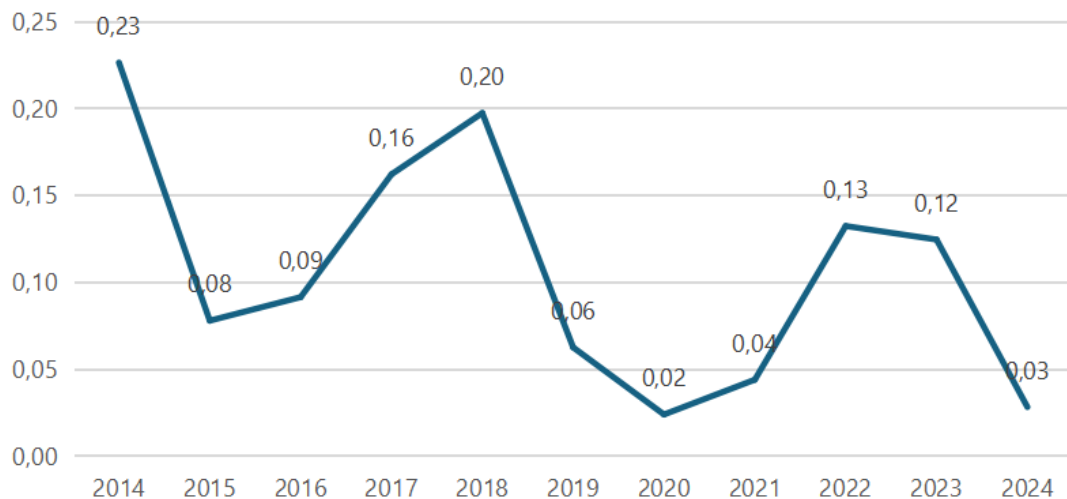
Gráfico 36. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015 -2023*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divp/SIM e IBGE, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

A razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, na Macrorregião de Saúde Sudoeste, mantém-se baixa ao longo dos anos, conforme demonstrado no Gráfico 37. Esse indicador, essencial para avaliar a efetividade dos programas de detecção precoce do câncer de mama, evidencia que a captação de mulheres para o rastreamento ainda enfrenta obstáculos significativos. As taxas reduzidas podem refletir barreiras de acesso aos serviços de saúde, ausência de busca ativa, fragilidade na organização da atenção primária ou dificuldades de regulação e oferta do exame. Em 2023, a persistência desses índices abaixo do ideal reforça a urgência de ações integradas entre vigilância e atenção primária, com foco na melhoria do cuidado preventivo e na ampliação da cobertura de mamografia na faixa etária preconizada.

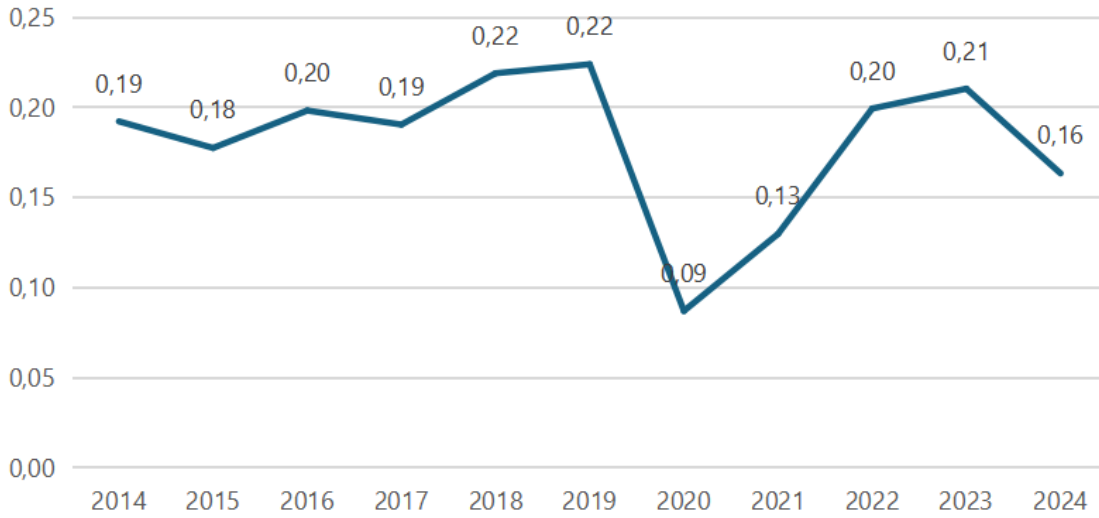
Gráfico 37. Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2024*



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

O Gráfico 38 apresenta a proporção de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres de 25 a 64 anos na Macrorregião de Saúde Sudoeste. Observa-se uma tendência de aumento até 2019, seguida por queda nos anos de 2020 e 2021, possivelmente decorrente da pandemia de covid-19. Em 2022, os números se restabeleceram, indicando maior acesso e conscientização sobre a importância da detecção precoce do câncer cervical. Os dados de 2023 e 2024 mostram oscilação na realização dos exames, reforçando a necessidade de manter e ampliar as políticas de saúde voltadas à saúde da mulher.

Gráfico 38. Proporção de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2024*

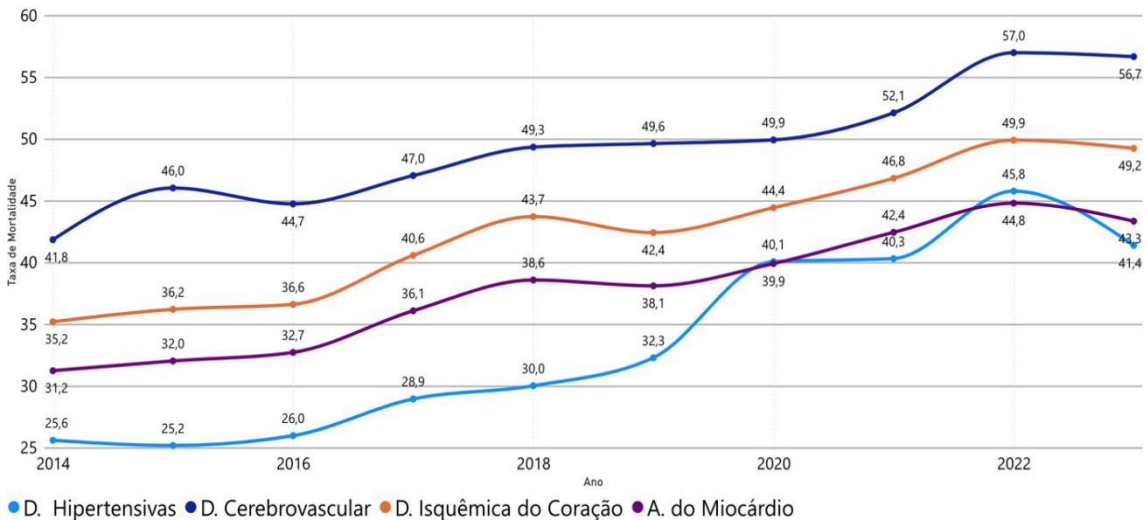


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIA, 2024. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

3.7.4 Doenças do Aparelho Circulatório

O Gráfico 39 apresenta as taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, com ênfase no infarto agudo do miocárdio, na Macrorregião de Saúde Sudoeste. Observa-se uma tendência de aumento nas taxas até 2022, seguida por uma redução gradual em 2023. Os dados de 2024 indicam uma tendência de diminuição, sugerindo possíveis melhorias nas condições de saúde e no acesso a tratamentos. Essas oscilações podem estar relacionadas a ações de saúde pública, mudanças no estilo de vida da população e avanços na assistência médica, reforçando a importância do monitoramento constante para orientar políticas eficazes.

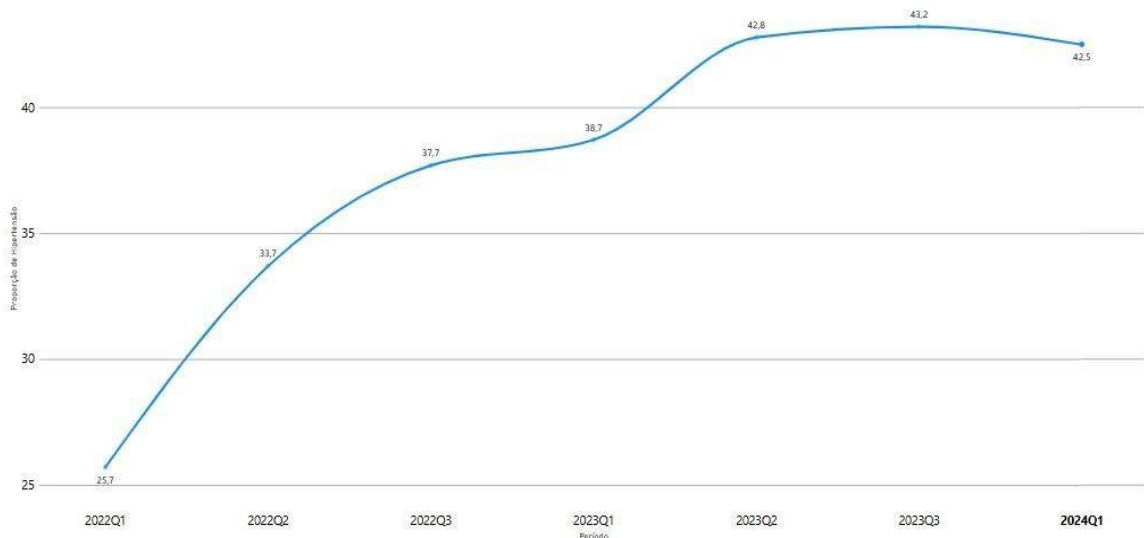
Gráfico 39. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014 - 2023*



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

Na Macrorregião de Saúde Sudoeste, a proporção de pessoas com hipertensão que realizaram consulta e aferição da pressão arterial no semestre apresentou aumento gradual, conforme mostra o Gráfico 40. Os dados de 2023 e 2024 indicam aumento nesse acompanhamento, refletindo melhorias no acesso aos serviços de saúde e na conscientização sobre o controle da hipertensão. Esses indicadores são essenciais para avaliar a eficácia das estratégias, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), e evidenciam a necessidade de intervenções adicionais para garantir monitoramento e tratamento adequados a um número cada vez maior de pacientes.

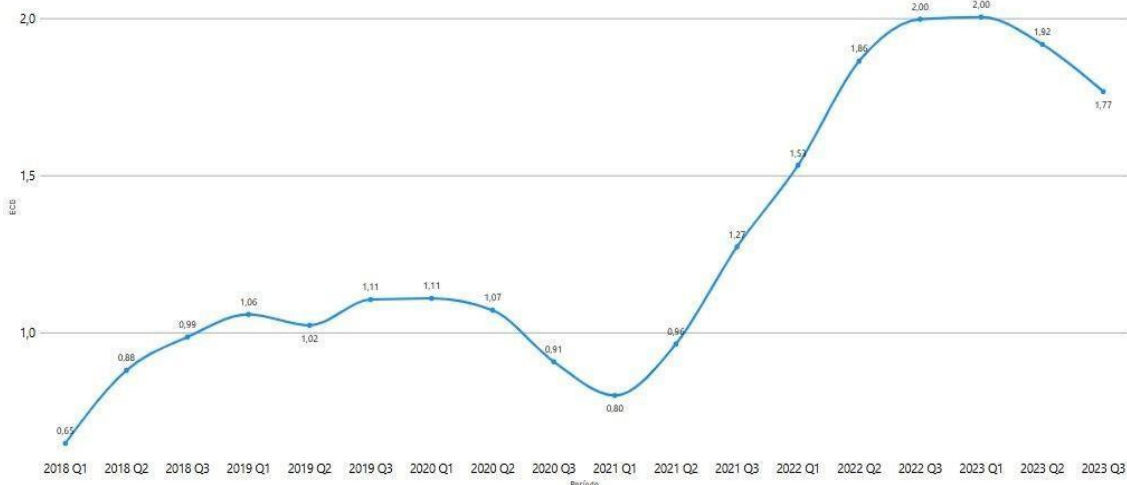
Gráfico 40. Proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2022Q1-2024Q1*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sisab, 2024. *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 Atenção Primária à Saúde (APS) na Macrorregião de Saúde Sudoeste. Observa-se uma tendência de aumento na realização e avaliação desse exame, incluindo os anos de 2023 e 2024, o que indica avanços no monitoramento da saúde cardiovascular e na detecção precoce de complicações relacionadas à hipertensão. Esses dados são fundamentais para avaliar a qualidade do atendimento na APS e a efetividade das políticas de saúde voltadas ao manejo da hipertensão na região.

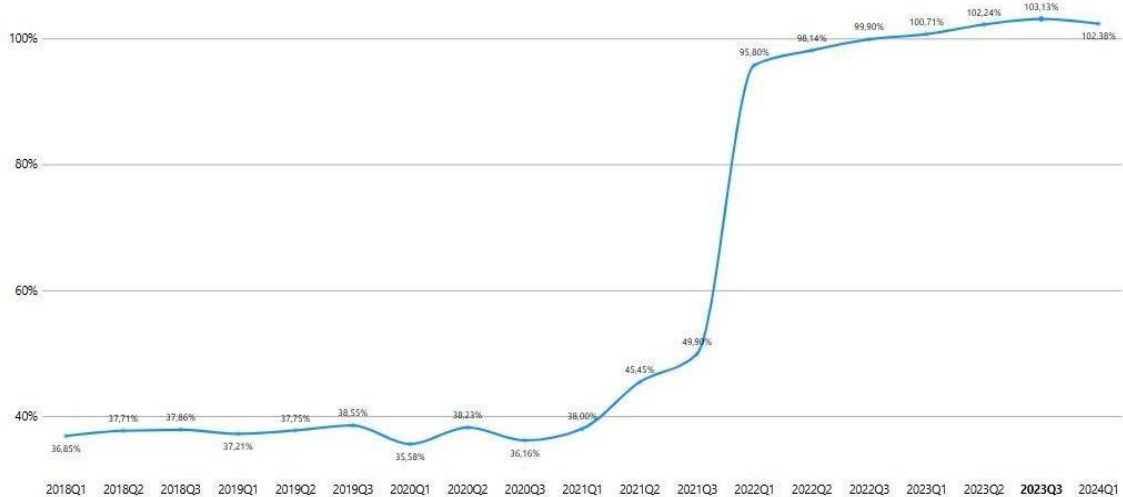
Gráfico 41. Proporção de pessoas com Hipertensão arterial que teve o exame ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2018Q1-2023Q3*



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

O Gráfico 42 apresenta a distribuição de pessoas com hipertensão identificadas na APS na Macrorregião de Saúde Sudoeste. A análise aponta um aumento significativo na identificação de casos a partir do terceiro quadrimestre de 2021, o que sugere avanços nos processos de triagem e ampliação do acesso na APS, além de maior conscientização da população sobre a importância do diagnóstico precoce. Esses dados são fundamentais para subsidiar estratégias de intervenção e monitoramento da hipertensão, contribuindo para a prevenção de complicações associadas à doença.

Gráfico 42. Hipertensos identificados na APS. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2018Q1-2024Q1*

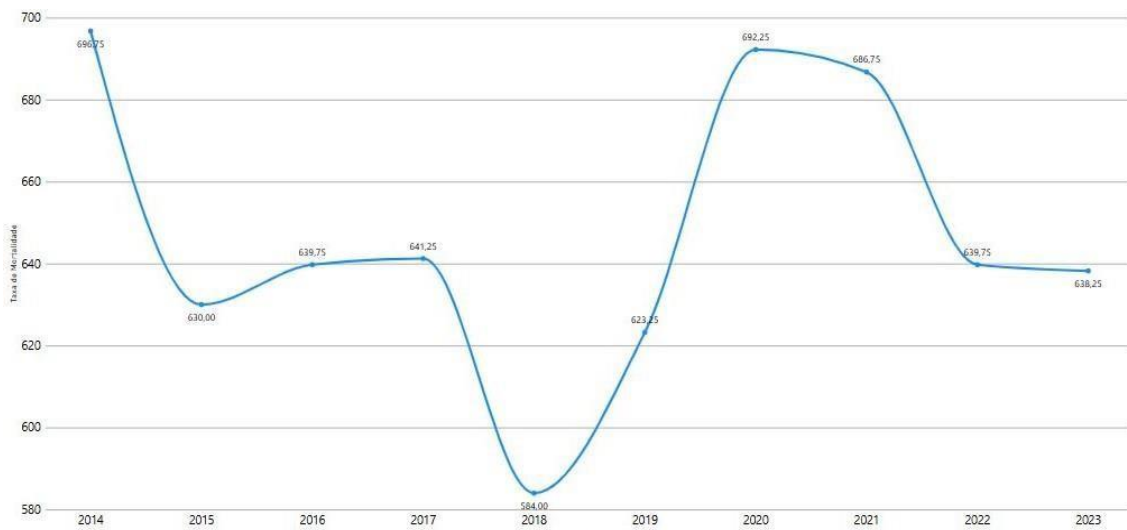


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/Sisab, 2024. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

3.7.5 Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas

A taxa de mortalidade prematura na Macrorregião de Saúde Sudoeste, que considera os óbitos ocorridos antes dos 70 anos, é um indicador-chave para avaliar o impacto das doenças crônicas sobre a população em idade economicamente ativa. A análise dos dados (Gráfico 43) ao longo dos anos revela variações significativas, possivelmente associadas ao acesso aos serviços de saúde, às condições socioeconômicas e à efetividade das ações de saúde implementadas. O monitoramento contínuo dessa taxa é essencial para identificar áreas de maior vulnerabilidade e orientar políticas públicas que visem à redução da mortalidade precoce e à promoção da saúde na região.

Gráfico 43. Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos), por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (DENM). Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2023*



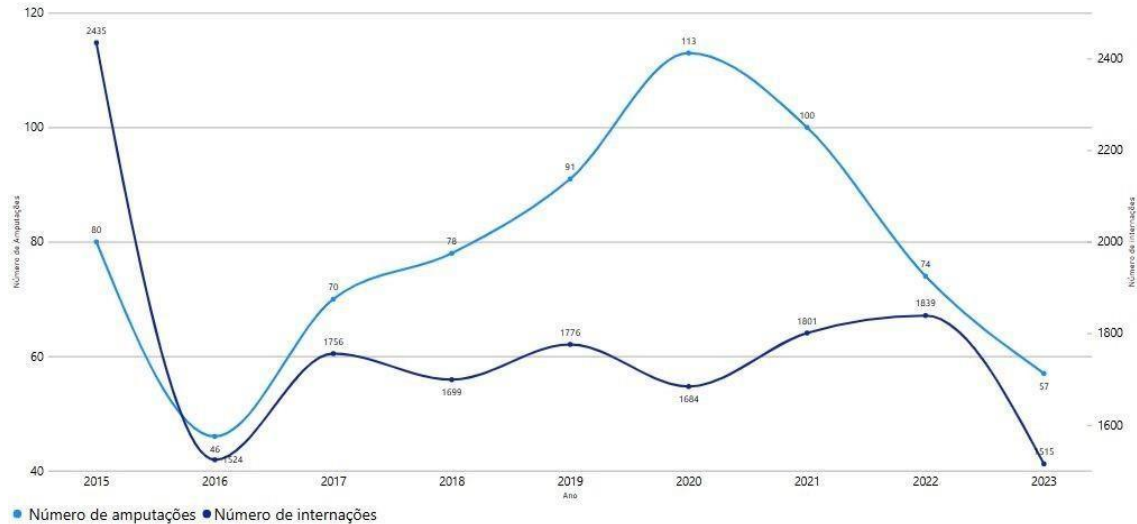
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM e IBGE, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

O Gráfico 44 apresenta o número de amputações de membros inferiores decorrentes de complicações da diabetes mellitus, bem como as internações hospitalares relacionadas à doença na Macrorregião de Saúde Sudoeste. Esses dados fornecem um panorama importante sobre os impactos da diabetes na saúde da população. A análise indica um aumento no número de amputações entre 2016 e 2020, possivelmente relacionado à maior prevalência da doença, ao controle glicêmico inadequado e à limitação no acesso a cuidados preventivos e tratamento oportuno.

O crescimento das internações por complicações da diabetes também sugere que muitos pacientes chegam aos serviços em estágios avançados da doença, o que poderia ser evitado com

ações mais resolutivas na Atenção Primária à Saúde. Esse cenário reforça a urgência na adoção de estratégias de prevenção, detecção precoce e acompanhamento contínuo dos pacientes com diabetes, visando reduzir complicações graves e melhorar a qualidade de vida da população.

Gráfico 44. Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da diabetes mellitus e Internações hospitalares. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2015-2023*



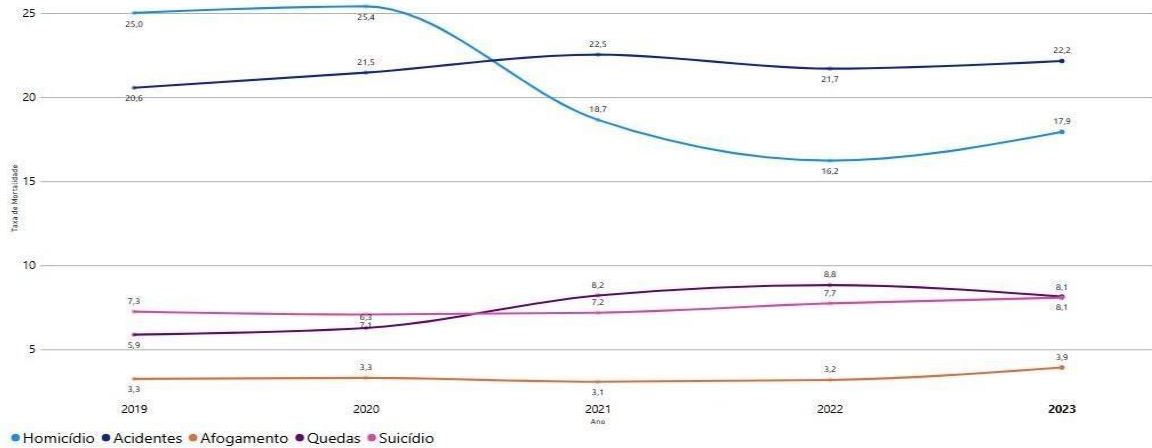
Fonte: Sesab/Suvisa/Divep - SIA e SIH, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

3.7.6 Morbimortalidade por Causas Externas

A taxa de mortalidade por causas externas na Macrorregião de Saúde Sudoeste inclui óbitos decorrentes de acidentes, homicídios e suicídios, sendo um importante indicador das condições de segurança e vulnerabilidade social da população. A análise dos dados (Gráfico 45) entre 2019 e 2023 revela flutuações expressivas, com destaque para os picos observados em 2020 e 2021. Esses aumentos podem estar relacionados a fatores como o agravamento da violência, tensões sociais e os efeitos da pandemia sobre a saúde mental e a segurança pública.

A desagregação dos dados por tipo de ocorrência permite identificar grupos populacionais mais expostos e compreender as principais causas dessas mortes, o que é essencial para o planejamento de ações intersetoriais. A adoção de estratégias preventivas, como campanhas educativas, fortalecimento da atenção psicossocial e ações de enfrentamento à violência, torna-se fundamental para reduzir a mortalidade por causas externas e promover um ambiente mais seguro e saudável na região.

Gráfico 45. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2019 - 2023*

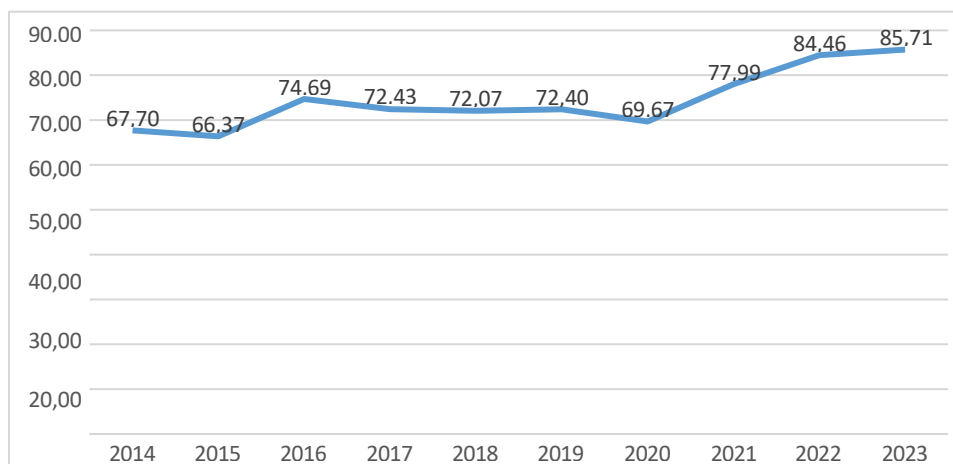


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIM e IBGE, 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

O Gráfico 46 apresenta a taxa de internações por causas externas na Macrorregião de Saúde Sudoeste. A série histórica revela oscilações importantes, com elevações em determinados anos que podem estar relacionadas ao aumento de acidentes, episódios de violência e instabilidades sociais. Esses picos evidenciam a persistência de fatores de risco que impactam diretamente a saúde da população.

A análise reforça a urgência de estratégias intersetoriais voltadas à prevenção de lesões e à promoção de ambientes mais seguros, incluindo ações educativas, fortalecimento das redes de proteção social e investimentos em políticas públicas que enfrentem as causas estruturais dessas ocorrências. Intervenções bem planejadas podem contribuir significativamente para a redução das internações e a melhoria da qualidade de vida na região.

Gráfico 46. Taxa de internação por causas externas, relacionadas a quedas, acidentes de transporte, agressões, lesões autoprovocadas voluntariamente e afogamento. Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2014-2023*



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/SIH, 2023. *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 018/2021³, utilizando a matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência), para a seleção da prioridade sanitária, considerando:

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

Quadro 1. Dimensão 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 deveria ser objeto de elaboração das próximas etapas do PRI.

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

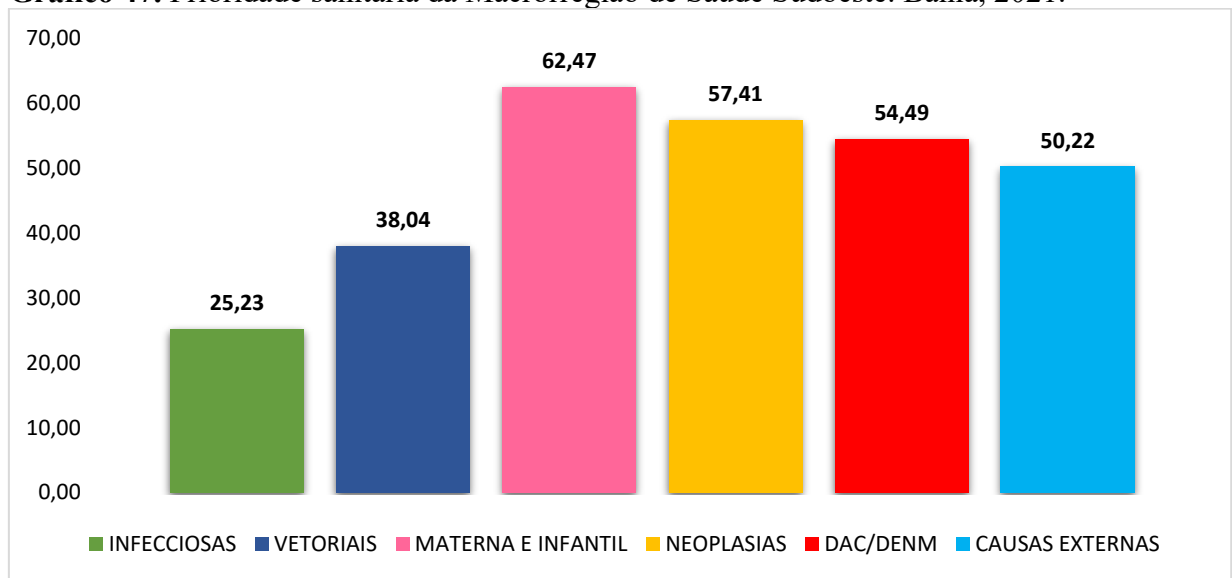
- Leitura do texto referente a área temática;
- Atribuição de pontuação (valores entre 1 e 5) considerando as variáveis de indicadas na matriz;
- Todas as alternativas deveriam ser marcadas com uma única opção para cada resposta;
- A atribuição dos pontos deveria ter como referência as discussões que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

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

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

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



Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021.

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. Os dados da macrorregião demonstram a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes da APS com relação ao pré-natal, pois os indicadores apresentam valores acima dos parâmetros considerados pela OMS (Tabela 3).

Tabela 3. Razão de Mortalidade Materna (RMM), taxa de mortalidade infantil (TMI) e taxa de incidência de sífilis congênita (TISC, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2019)

Indicador	Parâmetros da OMS	Dados da MRS-Sudoeste (2019)
Razão Mortalidade Materna	20 óbitos/100 mil Nascidos Vivos	62,17/100 mil Nascidos Vivos
Taxa de mortalidade infantil (TMI)	20 óbitos/Mil Nascidos Vivos	14,34/Mil Nascidos Vivos
Taxa de incidência de sífilis congênita	0,5 casos de SC/Mil Nascidos Vivos	3,86 casos de SC/Mil Nascidos Vivos

Fonte: SIM, Sinan, Sinesc, Divep/Suvisa/Sesab, 2019. *Dados Coletados em 16/03/2021, sujeito a alterações

Após a definição da prioridade sanitária, a Coordenação de Planejamento Regional Integrado propôs ao Grupo Condutor da Rede Estadual a criação de grupo de trabalho envolvendo técnicos estaduais e municipais que atuam em cada macrorregião. Deste modo, para desenvolver ações do processo do PRI no território foi publicada em janeiro de 2022 a Resolução CIB n. 006/2022, que aprova a instituição do Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional para o Planejamento Regional Integrado (PRI) do estado da Bahia. Posteriormente foi publicada a Resolução CIB n. 008/2022, que “Aprova a relação dos nomes dos membros dos Grupos Técnicos de Trabalho Macrorregional (GTTM) para o Planejamento Regional Integrado (PRI) do estado da Bahia”, com atualização dos nomes pela Resolução n. 351/2024. Cada macrorregião de saúde conta com um GTTM com a seguinte composição: técnicos da Sesab/nível central; técnicos da Sesab/NRS; representantes dos municípios na Comissão Intergestores Regional (CIR); apoiadores do Cosems/BA; técnicos da Superintendência Regional do Ministério da Saúde; colaboradores da Opas; articuladores do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

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, desde que existisse fonte de dados confiáveis e com informações contínuas que pudessem compor uma série histórica. Posteriormente, foi enviado um formulário para todos os gestores municipais para selecionar as variáveis ou acrescentar outras.

Na sistematização final das informações permaneceram as variáveis que contemplaram os requisitos sugeridos e foram usadas para direcionar a análise da situação de saúde em cada macrorregião. Estas variáveis compõem os indicadores contemplados na caracterização da MRS-Sudoeste 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^{II})

5.1 Organização

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

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

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

5.1.1 Índice de dependência macrorregional

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

Para o levantamento do índice de dependência da macrorregião, foram selecionados no TABWIN/DATASUS/MS alguns procedimentos ambulatoriais e hospitalares de Alta

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

Complexidade (AC), avaliando o percentual de pacientes atendidos na própria macrorregião e qual o percentual atendido fora dela, levando em consideração os atendimentos dentro do Estado. Pode-se entender então que quanto menor o índice de dependência, maior é o atendimento dentro da macrorregião, sendo mais resolutiva e, portanto, espera-se um menor deslocamento e tempo de espera da sua população.

O índice de dependência macrorregional indica que a MRS-Sudoeste depende de outras macrorregiões para realizar 4,93% dos procedimentos ambulatoriais e 24,10% dos serviços hospitalares de AC, apresentando o segundo menor índice de dependência ambulatorial e hospitalar 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, possivelmente pela proximidade e grande concentração de serviços (Tabela 4).

Tabela 4. Índice de dependência de serviços ambulatorial e hospitalar de alta complexidade por macrorregião de saúde. Bahia, 2021-2022

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

Fonte: TABWIN/DATASUS, 2023.

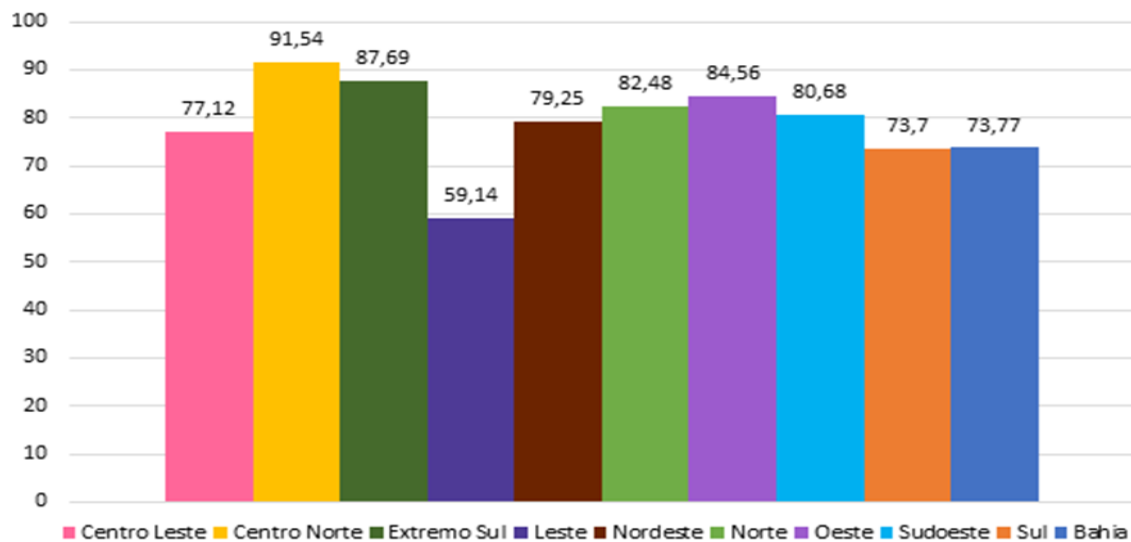
5.2. Cobertura da Atenção Primária de Saúde

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.

Em relação a cobertura de APS, considerando a população cadastrada pelas Unidades de Saúde no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) a MRS-Sudoeste realiza 80,68% de cobertura, o que está acima da média do Estado (Gráfico 48).

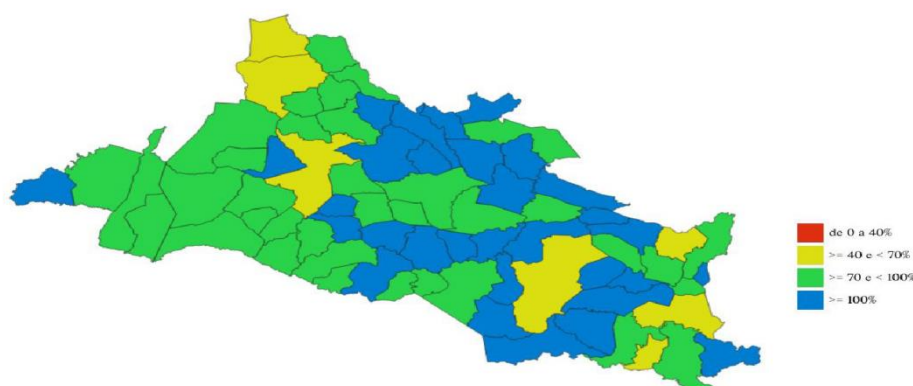
Gráfico 48. Cobertura da APS. Macrorregião de Saúde/Bahia, 2021*



Fonte: Caderno de Monitoramento da Atenção Básica, 2021. *Dados coletados em 29.11.2022.

A análise do conjunto dos municípios da macrorregião revela que 67 (sessenta e sete) municípios (90,54%) possuem cobertura de APS superior a 70% (Figura 6).

Figura 6. Cobertura da APS, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2021.



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

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

Neste sentido, é necessário ressaltar que as informações contidas no Caderno do PRI, sobre o Estado da Saúde da população da MRS-Sudoeste, essa cobertura elevada não garante, de forma isolada, ações oportunas e efetivas para todas as necessidades de saúde compatíveis com a APS. Embora haja uma tendência de redução da incidência de alguns agravos transmissíveis ainda persiste, na MRS-Sudeste, a incidência e prevalência considerável de algumas doenças e agravos, desse grupo.

5.3 Centrais de Regulação

5.3.1. Centrais de Regulação de Urgências

A Central de Regulação de Urgência (CRU) é um componente importante para a organização de uma macrorregião de saúde, cuja adequação depende de vários fatores, como extensão territorial e tamanho populacional. Nesta análise, uma macrorregião com um sistema logístico estruturado deverá implantar centrais regionais a cada 700 mil habitantes. Este parâmetro, atende a normativa vigente que orienta que as CRU sejam regionalizadas e suficientes para cobertura de todos os municípios, indicando 01(uma) CRU para cada 500 a 700 mil habitantes. A MRS-Sudeste tem três CRU (municípios de Brumado, Guanambi e Vitória da Conquista) para uma população de 1.757.135 habitantes (IBGE, 2020), o que coincide com o parâmetro recomendado para a organização e priorização das demandas de urgência e ordenação dos fluxos de referências e sistema logístico da RAS, no território.

5.3.2. Centrais de Regulação do acesso a ações e serviços de saúde

Considera o número de estruturas recomendadas para a organização e priorização das demandas da média e alta complexidade ambulatorial e ordenação dos fluxos de referências e sistema logístico da RAS, dentro do território. Estas centrais de regulação são importantes para

o encaminhamento da população aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial. O levantamento focou em informações e dados que permitissem conhecer a estrutura das centrais de regulação na macrorregião: o quantitativo e se o serviço é centralizado em uma base única ou descentralizado em outras unidades.

A MRS-Sudoeste, com 74 (setenta e quatro) municípios, em setembro de 2022 contava com 57 (cinquenta e sete) serviços cadastrados no CNES:

- **41 (quarenta e um) centralizados;**
- **07 (sete) descentralizados; e,**
- **09 (nove) dos serviços existentes não se obteve informação quanto ao tipo de estrutura.**

É possível, a partir dos registros oficiais, inferir que na MRS-Sudoeste a estrutura de organização do acesso aos serviços ambulatoriais é frágil, considerando o número relativamente baixo de centrais de regulação para atender a todos os municípios.

5.2 Infraestrutura

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

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

As informações coletadas tratam da infraestrutura disponível para o SUS na RAS da macrorregião que atende a necessidade de toda população. Para prioridade sanitária estão

sinalizadas com um asterisco aquelas que possuem parâmetro definido pelo MS, o que permite a análise dos dados na perspectiva da comparação com o esperado⁴⁰⁻⁴¹ (Quadro 2).

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

Tipo	Prioridade Sanitária	Informação/Indicador	Nº existente	Nº necessário
Equipamento	Comum a todos	Oftalmoscópio	70	-
		Eletrocardiógrafo	172	-
		USG com doppler	53	-
		USG convencional	103	-
Serviços especializados	Materna e Infantil	Referência em triagem neonatal	0	-
	Comum a todos	Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia	72	-
		Serviço de hemoterapia	28	-
		Laboratório análise clínica	79	-
		Centro de Especialidades Odontológica	8	-
Hospital	Materna e Infantil	Leitos obstétricos clínicos*	303	248
		Leitos obstétricos cirúrgicos*	139	
		Leitos UTIN *	30	44
		Leitos UCINco*	15	44
		Leitos UCINca*	4	22
		Leito GAR*	1	56
	Hospital amigo da criança	1	-	
Comum a todos	Leitos UTI AD	188	-	
Serviço Hospitalar	Materna e Infantil	Banco de leite / posto de coleta	1	-
		CPN*	0	3
		CGBP*	0	-
Urgência e Emergência	Comum a todos	Unidade de Suporte Básico – USB	49	-
		Unidade de Suporte Avançado – USA	10	-
		Motolância	1	-
		USB aquático/embarcação	0	-
Sistema Logístico		Ambulância Comum	389	-

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

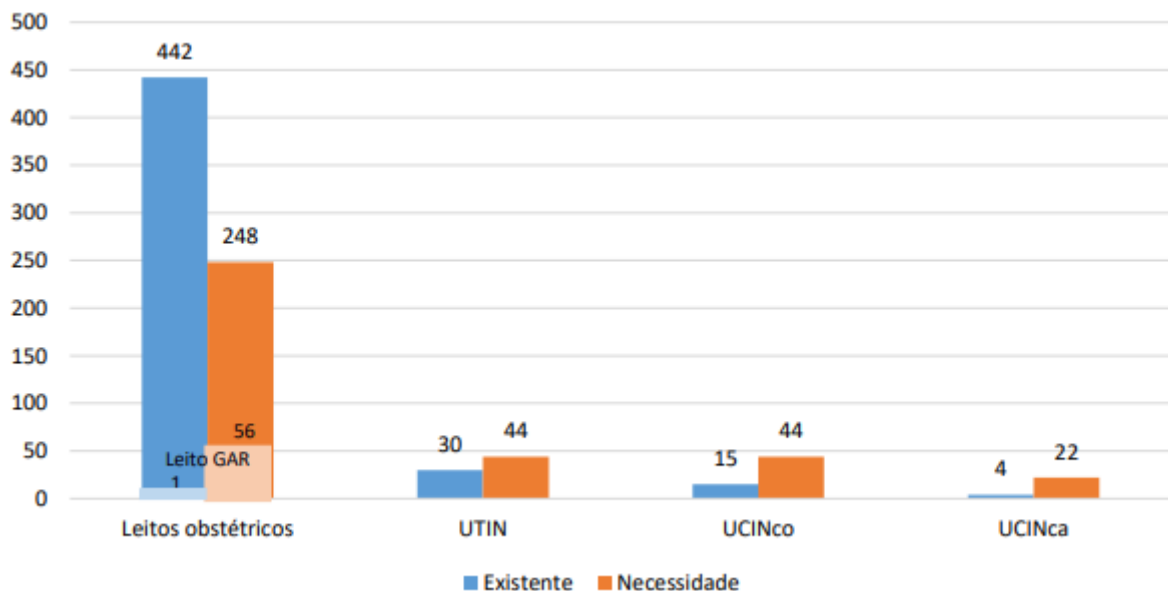
A análise da capacidade instalada hospitalar da Rede Materna e Infantil, refere-se ao número de leitos obstétricos por Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS); identificação das maternidades para gestação de alto risco; identificação dos leitos de atendimento ao neonato (Unidade de Tratamento Intensivo 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.

Considerando o cálculo da necessidade de leitos obstétricos (MEMO nº 118 DAPES/SAS/MS, Brasília/2012 – Nota técnica sobre parâmetros para cálculo de leitos obstétricos/Rede Cegonha) o território da MRS-Sudoeste possui mais leitos obstétricos do que o necessário (442 leitos obstétricos SUS e 61 leitos obstétricos não SUS, totalizando 503 leitos).

Quanto aos leitos para atendimento a gestante e o neonato, a macrorregião ainda não conta com a necessidade atendida. No CNES está cadastrado apenas um leito para atendimento à Gestante de Alto Risco (GAR), contudo o MS financia 24 (vinte e quatro) leitos que estão instalados em uma das RS⁸ da macrorregião (Gráfico 49).

Gráfico 49. Número de leitos obstétricos e de leitos para Gestação de Alto Risco, existentes e necessários. Macrorregião de Saúde Sudoeste/Bahia, 2022



Fonte: CNES, dados coletados em 29.11.2022

Informações dos EAS cadastrados no CNES foi mapeada a disponibilidade da força de trabalho em saúde no território da macrorregião. Com relação a categoria médica foi feito avaliação comparativa entre a necessidade e o que de fato existe considerando recomendações do MS, por número de habitantes, o que mostra que não há suficiência.

Para esta análise, a Força de Trabalho em Saúde foi representada pelo número de trabalhadores equivalentes, a partir da transformação do total de horas disponíveis em número de trabalhadores, considerando uma carga horária padrão (40 horas semanais). Esta forma é conhecida como Full-Time Equivalent (FTE) e é comumente utilizada na área da gestão do

trabalho para visualizar quantos profissionais em tempo integral equivaleria o total de horas de trabalho contratado para determinado serviço ou sistema de saúde.

Além de facilitar a comunicação dos resultados de forma padronizada, permite a 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.

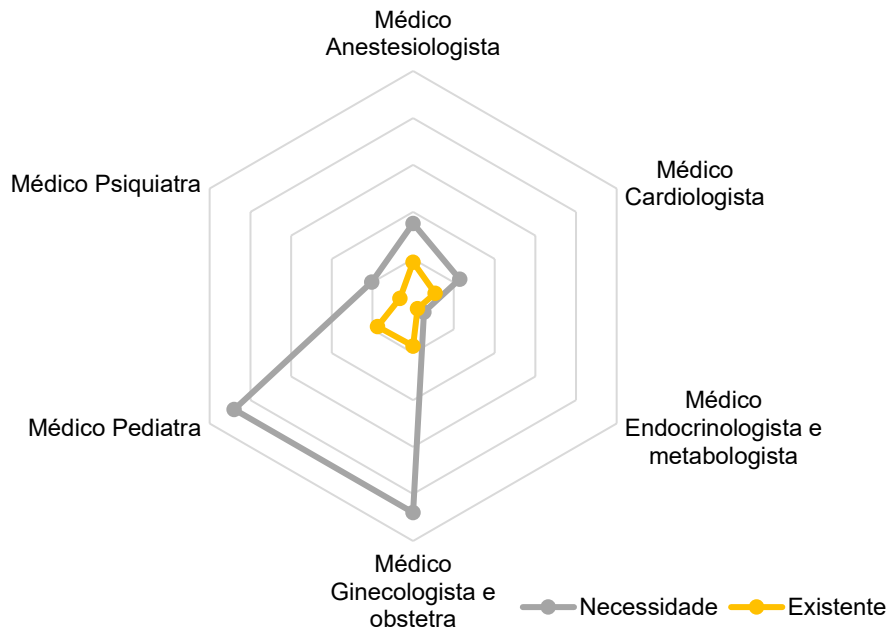
A análise do que existe de fato versus a necessidade dos profissionais médicos referentes a prioridade sanitária (pediatra, ginecologista/obstetra e anestesista) observa-se que o percentual da necessidade atendida é: 19,95%; 19,33%, e 53,11%, respectivamente o que compromete as ações e serviços de saúde necessários e demandados para o atendimento da prioridade sanitária da macrorregião (Quadro 3); (Gráfico 50).

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

Grupo de ocupações/especialidades	Nº existente	Nº necessário
Médico Anestesiologista	93,38	175,82
Médico Cardiologista	54,15	114,28
Médico Endocrinologista e metabologista	10,65	26,37
Médico Ginecologista e obstetra	84,98	439,55
Médico Pediatra	87,68	439,55
Médico Psiquiatra	32,78	101,97
Psicólogo	234,55	-
Assistente Social	246,57	-
Nutricionista	198,75	-
Enfermeiro	1420,08	-
Cirurgião Dentista (Família CBO)	776,08	-
Enfermeiro Obstetra	40,45	-
Fisioterapeuta	602,40	-
Farmacêutico	343,70	-

Fonte: CNES, dados coletados em 29.11.2022.

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



Fonte: CNES, dados coletados em 29.11. 2022.

Os dados do Quadro 3 e do Gráfico 50 mostram que há déficit de profissionais médicos em todas as especialidades relacionadas à prioridade sanitária na MRS-Sudoeste, o que implica na ampliação quanti-qualitativa da força de trabalho para atender demandas e necessidades da prioridade sanitária em saúde como um investimento essencial na perspectiva da organização e da gestão dos serviços de atenção materna e infantil da RAS.

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 Cardiotocógrafo, a coleta foi feita pelo registro de produção.

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

Tomou-se como referência o equipamento de ultrassom pela existência destes na macrorregião com capacidade de executar alguns procedimentos que atendem 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. Para os equipamentos de oxímetro de pulso, otoemissão e cardiotocógrafo, neste momento a coleta foi pelo registro de produção.

A MRS-Sudoeste possui 53 equipamentos de USG com doppler cadastrados no CNES em 45 EAS, destes cinco (11,11%), apresentaram registro de produção. Quanto ao USG convencional o território possui 103 equipamentos cadastrados no CNES distribuídos em 100 EAS, destes 28 (28%) apresentaram registro de produção.

Com referência a USG com doppler e USG convencional sete e 13 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 tococardiografia ante-parto, identificaram-se dois, quatro e um EAS com registro de produção (Quadro 4).

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

Equipamento/Serviço	Procedimento	Nº EAS com equipamento	Nº EAS com produção
Ultrassom convencional	02.05.02.014-3 Ultrassonografia obstétrica	100	28
Ultrassom com doppler	02.05.02.015-1 Ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado	45	5
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)	-	4
Cardiotocógrafo	02.11.04.006-1 Tococardiografia ante-parto	-	1

Fonte: SIGTAP/MS, dados coletados em 29.11.2022.

Nesta macrorregião existem EAS com equipamentos, contudo a produção para atendimento da prioridade sanitária se encontra em menos de 30,00% dos estabelecimentos o que impõe alguns questionamentos sobre a capacidade de produção e, portanto, execução dos procedimentos na macrorregião: todos os equipamentos do EAS estavam em operação? porque existem EAS com produção sem equipamentos cadastrados? Os equipamentos realizam exclusivamente o procedimento selecionado? Existem profissionais capacitados para operar os equipamentos?

6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

cuidado e coordenadora da rede, assegurando o acompanhamento longitudinal dos usuários e a continuidade assistencial.

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

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

6.1 Sistema Organização da RAS

Como estratégia para avançar com a organização da RAS, o estado da Bahia desenvolveu o Sistema de Organização da RAS (Figura 7) 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 7. Sistema Organização da RAS.

Organização da RAS

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

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

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

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

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

Além disso, 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, 85% dos municípios elegíveis da macrorregião aderiram ao Programa.

Na macrorregião Sudoeste, as gestantes realizam o pré-natal nas UBS e USF, com estratificação de risco e encaminhamentos adequados. Em 2024, a cobertura da APS foi de 91,13%, com 611 equipes de ESF e 22 de APS. O laboratório credenciado é o VIDA Central de Diagnóstico, que em 2023 triou 10.687 gestantes e realizou 45.379 exames.

O pré-natal de alto risco é ofertado em municípios como Vitória da Conquista, Guanambi e Brumado, além de três ambulatórios de referência em Guanambi e Vitória da Conquista. A rede de parto dispõe de 432 leitos obstétricos em 61 maternidades, sendo 47 elegíveis ao Programa Mãe Bahia, além de dois CPNs em Guanambi e Vitória da Conquista. Os partos de alto risco são atendidos no Hospital Municipal Esaú Matos e no Hospital Geral de Guanambi, ambos com UTIN, UCINCo e UCINCa.

O atendimento neonatal ocorre nesses hospitais e no Hospital Professor Magalhães Neto e no Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista, totalizando leitos de retaguarda para recém-nascidos graves. A região conta ainda com um BLH no Hospital Esaú Matos, mas não possui Casa de Gestante, Bebê e Puérpera.

Em 2023, 18.274 recém-nascidos foram triados pelo Teste do Pezinho (coleta média em 6 dias). As demais triagens neonatais devem ser realizadas nos serviços de parto ou encaminhadas à APS. A regulação é feita pela Central de Regulação (leitos, ambulatorial e urgência) e transporte sanitário, com apoio do SUREM, Lista Única e sistemas municipais.

PALMAS DE MONTE ALTO	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PARAMIRIM	01 USB 01 USA	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
PINDAÍ	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PIRIPÁ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PLANALTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
POÇÕES	01 USB Q.	01 - PORTE I Q.	01 - TIPO 01	1	-	-	-	-	-	-
POTIRAGUÁ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PRESIDENTE JÂNIO QUADROS	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIACHO DE SANTANA	01 USB	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
RIBEIRÃO DO LARGO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIO DE CONTAS	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIO DO ANTÔNIO	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIO DO PIRES	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEBASTIÃO LARANJEIRAS	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TANHAÇU	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TANQUE NOVO	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TREMEDAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
URANDI	01 USB Q.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VITÓRIA DA CONQUISTA	04 NUSB Q. 01 USA Q. 01 CRU	01 - PORTE III	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

6.4 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

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

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

MALHADA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MALHADA DE PEDRAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MATINA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MIRANTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MORTUGABA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NOVA CANAÃ	1	-	-	-	-	-	-	-	1
PALMAS DE MONTE ALTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PARAMIRIM	1	-	-	-	1	-	-	-	-
PINDAÍ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PIRIPÁ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PLANALTO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
POÇÕES	1	-	-	-	-	-	-	-	-
POTIRAGUÁ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PRÉSIDENTE JÂNIO QUADROS	1	-	-	-	-	-	-	-	-
RIACHO DE SANTANA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
RIBEIRÃO DO LARGO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIO DE CONTAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIO DO ANTÔNIO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
RIO DO PIRES	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEBASTIÃO LARANJEIRAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TANHAÇU	1	-	-	-	-	-	-	-	-
TANQUE NOVO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
TREMEDAL	1	-	-	-	-	-	-	-	-
URANDI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VITÓRIA DA CONQUISTA	-	1	-	-	1	1	-	1	2

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

6.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

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

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

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

Na Macrorregião Sudoeste os municípios de Vitória da Conquista e Itapetinga realizaram a adesão ao cofinanciamento do Estado. A distribuição dos componentes habilitados para atendimento a RCPD estão demonstrados nos Quadros 7 e 8.

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

MUNICÍPIOS	ESTABELECIMENTO	COMPONENTE
ITAPETINGA	APAE	CER II - REABILITACAO INTELECTUAL E VISUAL
		OPM VISUAL
VITÓRIA DA CONQUISTA	CENTRO MUN ESPEC EM REABILITACAO FISICA E AUDITIVA (CEMERF)	CER II - REABILITACAO FISICA E AUDITIVA
		OPM FISICA
		OPM AUDITIVA
		BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, setembro de 2025

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

MUNICÍPIOS	NOME DO ESTABELECIMENTO	TIPO - MODALIDADE
CANDIBA	CENTRO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO CASIC	CER II -REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
GUANAMBI	NOVO ESTABELECIMENTO - CONSTRUÇÃO	CER II -REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
IUIU	AMEI	CER II -REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL

Fonte: Resolução CIB/BA nº 546/2024

6.6 Rede de Atenção às Doenças Crônicas

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

A Rede de Atenção às Doenças Crônicas busca enfrentar o aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, cânceres e doenças respiratórias crônicas. Os

modelos de organização dispostos nas Resoluções CIB/BA nº 340/2023 e 576/2023, estão articuladas a esta rede temática, priorizando a APS como coordenadora do cuidado, assegurando o acompanhamento integral e contínuo da população sob sua responsabilidade, além de atuar como porta de entrada prioritária para a estruturação e a organização do cuidado em saúde. Inclui ações de promoção da saúde, autocuidado apoiado, prevenção de incapacidades e reabilitação.

No Estado da Bahia foi aprovado pela Resolução CIB/BA nº 446/2024, o Plano Estadual de Promoção, Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer 2024-2027. Na macrorregião Leste a matriz de referência está demonstrada na (Figura 9).

Figura 9. Matriz de Referência da Macrorregião Sudoeste, 2024-2027

MACRORREGIÃO SUDOESTE		
AÇÕES DE SAÚDE	REGIÃO DE VITÓRIA DA CONQUISTA	REGIÃO DE SAÚDE DE BRUMADO
Coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo uterino	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde de Vitória da Conquista	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde de Brumado
Coloscopia	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde de Vitória da Conquista	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde de Brumado
Mamografia	Hospital SAMUR	Hospital Susy Zanfretta
	Hospital São Vicente de Paulo	Policlínica Regional de Saúde de Brumado
	Policlínica Regional de Saúde de Vitória da Conquista	IRM - Imagem e Reabilitação de Macaúbas IMAM - Instituto de Mastologia e Mamografia
Laboratório de Citopatologia/Anatomia Patológica	Hospital Municipal José Maria de Magalhães Neto	Citolab Laboratório de Análise Clínica e Citológica
	Laboratório Central de Vitória da Conquista	
	Laboratório Lasmar	
CIRURGIA	REGIÃO DE VITÓRIA DA CONQUISTA	REGIÃO DE SAÚDE DE BRUMADO
- Aparelho Digestivo	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e Hospital SAMUR	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e Hospital SAMUR
- Coloproctologia		
- Ginecologia		
- Mastologia		
- Urologia		
- Cabeça e pescoço	UNACON do Hospital SAMUR	UNACON do Hospital SAMUR
- Torácica	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + SAMUR	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + SAMUR
- Ossos e partes moles	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e Hospital SAMUR	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e Hospital SAMUR
- Pele/Plástica (*)	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e Hospital SAMUR	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e Hospital SAMUR
- Neurocirurgia	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)
- Oftalmologia	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
TRATAMENTO	REGIÃO DE VITÓRIA DA CONQUISTA	REGIÃO DE SAÚDE DE BRUMADO
Radioterapia	UNACON do Hospital SAMUR **UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista	UNACON do Hospital SAMUR **UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista
Braquiterapia	UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)	UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)
Iodoterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Oncologia Clínica/Quimioterapia	Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e UNACON do Hospital SAMUR	Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e UNACON do Hospital SAMUR
Fratura Óssea	UNACON do Hospital SAMUR + CACON do Hospital Aristides Maltez	UNACON do Hospital SAMUR + CACON do Hospital Aristides Maltez
Alcoolização Percutânea/Radiofrequência para Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Tratamento de hematuria por embolização	UNACON do Hospital SAMUR	UNACON do Hospital SAMUR
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)
Quimioembolização de Tumor Hepático	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
Cuidados Paliativos	UNACON do Hospital SAMUR/ UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)	UNACON do Hospital SAMUR/ UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)

CÂNCER HEMATOLÓGICO E PEDIÁTRICO	REGIÃO DE VITÓRIA DA CONQUISTA	REGIÃO DE SAÚDE DE BRUMADO
Hematologia	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista
Oncologia Pediátrica	UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)	UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)
MACRORREGIÃO SUDESTE		
AÇÕES DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE DE GUANAMBI	REGIÃO DE SAÚDE ITAPETINGA
Coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo uterino	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde de Guanambi	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde de Guanambi
Coloscopia	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde de Guanambi Hospital Geral de Guanambi	UBS/PSF e Policlínica Regional de Saúde de Guanambi
Mamografia	Hospital Dr. Ricardo Ladeia	Hospital Municipal de Caetité
	Policlínica Regional de Saúde Guanambi	Policlínica Regional de Saúde Guanambi
Laboratório de Citopatologia/Anatomia Patológica	Laboratório Previna	Laboratório Previna
	Laboratório Vidas	Laboratório Vidas
CIRURGIA	REGIÃO DE SAÚDE DE GUANAMBI	REGIÃO DE SAÚDE ITAPETINGA
- Aparelho Digestivo	UNACON do Hospital Municipal Dr. Ricardo de Tadeu Ladeia (HMDRTL)	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e Hospital SAMUR
- Coloproctologia		
- Ginecologia		
- Mastologia		
- Urologia		
- Cabeça e pescoço	UNACON do Hospital SAMUR	UNACON do Hospital SAMUR
- Torácica	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) + SAMUR
- Ossos e partes moles	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e Hospital SAMUR	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e Hospital SAMUR
- Pele/Plástica (*)	UNACON do Hospital Municipal Dr. Ricardo de Tadeu Ladeia (HMDRTL)	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e Hospital SAMUR
- Neurocirurgia	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)
- Oftalmologia	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
TRATAMENTO	REGIÃO DE SAÚDE DE GUANAMBI	REGIÃO DE SAÚDE ITAPETINGA
Radioterapia	UNACON do Hospital SAMUR **UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista	UNACON do Hospital SAMUR **UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista
Braquiterapia	UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)	UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)
Iodoterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Oncologia Clínica/Quimioterapia	UNACON do Hospital Municipal Dr. Ricardo de Tadeu Ladeia (HMDRTL)	Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e UNACON do Hospital SAMUR
Fratura Óssea	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital SAMUR + CACON do Hospital Aristides Maltez
Alcoolização Percutânea/Radiofrequência para Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Tratamento de hematuria por embolização	UNACON do Hospital SAMUR	UNACON do Hospital SAMUR
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)
Quimioembolização de Tumor Hepático	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)	UNACON do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
Cuidados Paliativos	UNACON do Hospital Dr. Ricardo Ladeia (HRDL)	UNACON do Hospital SAMUR/ UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)
CÂNCER HEMATOLÓGICO E PEDIÁTRICO	REGIÃO DE SAÚDE DE GUANAMBI	REGIÃO DE SAÚDE ITAPETINGA
Hematologia	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista	UNACON do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista
Oncologia Pediátrica	UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)	UNACON do Hospital Manoel Novaes (HMN)

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

*O descrito em rosa significa que o serviço está em fase final de implantação

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 4 (quatro) oficinas de trabalho em cada macrorregião, as quais visavam atender uma ou mais das diversas

etapas de construção do plano macrorregional.

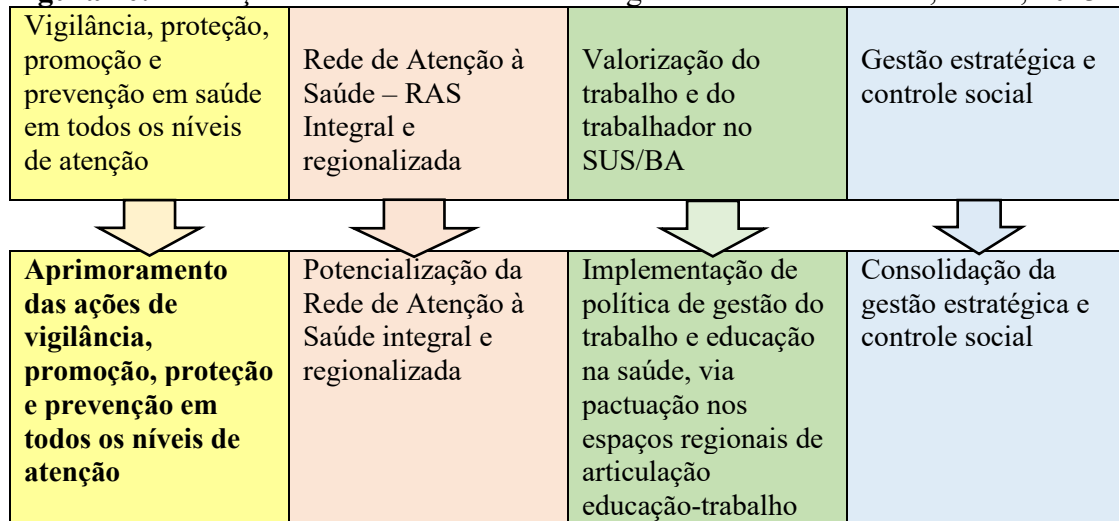
Na MRS-Sudoeste, a 2ª Oficina Macrorregional ocorreu de modo online, no dia 13/10/2021, com o objetivo de fazer a devolutiva sobre a eleição das prioridades dentre as seis áreas temáticas contempladas na Asis e definir as diretrizes do Plano Macrorregional de Saúde.

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

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

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 mulher gestante, prioridade definida pela MRS-Sudoeste). 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-Sudoeste: 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 10).

Figura 10. Definição das diretrizes da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2023

Fonte: 2ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021

Durante a 2ª Oficina Macrorregional e a constituição do GTTM iniciou-se a elaboração de proposta contendo os objetivos para cada diretriz, considerando a discussão na oficina.

Em continuidade ao processo de planejamento foi realizada, presencialmente, a 3ª Oficina Macrorregional, no dia 19 de julho de 2022 “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-Sudoeste.

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 09 de agosto de 2023 (Quadro 9).

Quadro 9. Diretrizes e Objetivos Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2023.

DIRETRIZ	OBJETIVO
Potencialização da Rede de Atenção à Saúde Integral e Regionalizada	Aprimorar as ações e serviços voltados para atenção integral à saúde materno infantil de forma regionalizada, tendo a atenção primária como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.
	Organizar o acesso de forma qualificada e em tempo oportuno aos serviços ambulatoriais e hospitalares no atendimento a MF, gestante e recém-nascido
	Aprimorar o sistema de apoio da RAS
	Aprimorar o sistema logístico da RAS
Aprimoramento das ações de vigilância, promoção, proteção	Implementar as ações de vigilância em saúde em todos os níveis de atenção no âmbito da rede

e prevenção em todos os níveis de atenção	
Valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA	Desenvolver estratégias para provimento de vínculos de trabalho protegidos e fixação dos profissionais nos postos de trabalho existentes/ necessários
	Implementar a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, por meio da pactuação das ações nos espaços regionais de articulação educação-trabalho (CIR, CIES, COAPES)
	Implementar estratégias que garantam condições de trabalho seguras e relações de trabalho humanizadas
Consolidação da gestão estratégica e controle social	Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa

Fonte: 4ª Oficina Macrorregião/Sesab, 2023.

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

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 construir orientações metodológicas para que os GTTM elaborem proposições das metas, indicadores e respectivas atividades. 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 GTTMs deverão trabalhar, a saber

- Problemas de Saúde,
- Prioridade Sanitária,
- Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores,
- Linha de Base,
- Meta Acumulada,
- Atividades e Responsáveis.

Dando continuidade, no período de dezembro de 2024 a março de 2025, os Grupos Técnicos de Trabalho Macrorregionais (GTTM), elaboraram uma proposta de metas e indicadores, itens necessários para concluir a etapa de Diretrizes, Objetivos, Metas Indicadores (DOMI), aprovadas pelos gestores na 9ª Oficina realizada em 10.04.2025 e pactuada na reunião da CIB e publicada na Resolução CIB/BA nº 424/2025, conforme Quadro 10.

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

MATRIZ DOMI - MACRORREGIÃO SUDOESTE - PRIORIDADE SANITÁRIA MATERNA E INFANTIL							
DIRETRIZ: Potencialização da Rede de Atenção à Saúde Integral e Regionalizada							
OBJETIVO: Aprimorar as ações e serviços voltados para atenção integral à saúde materno infantil de forma regionalizada, tendo a atenção primária como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implementar a vinculação de gestantes às unidades de referência para o pré-natal e parto em 74 municípios	Número de municípios com o protocolo de vinculação implementado	1	50	60	74	Desenvolvimento do mapa de vinculação, fluxo da gestante e neonato, considerando a estratificação de risco gestacional e Plano de Parto em conjunto com a gestante	SESAB/SMS
						Capacitação de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e ACS) sobre a estratificação de risco gestacional e aplicação dos instrumentos de vinculação	SESAB/SMS
						Desenvolvimento de materiais educativos para as gestantes, informando sobre a importância da vinculação ao local de parto e o funcionamento do fluxo de atendimento.	SESAB/SMS
						Disseminação de materiais educativos para as gestantes	SESAB/SMS
						Realização de reuniões regionais de pactuação de fluxos de referência entre os municípios e hospitais para a definição clara dos locais de parto conforme o risco gestacional - Fórum Perinatal, CIR	SESAB/SMS
						Monitoramento regular da adesão ao protocolo de vinculação e identificação de barreiras logísticas para o acesso ao local de parto, propondo soluções locais.	SESAB/SMS
Alcançar 100% das gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas	62,44 (CAMAB, 2023Q3)	100%	100%	100%	Capacitação das equipes de saúde para garantir a realização de consultas de pré-natal e exames conforme os protocolos estabelecidos	SESAB/SMS

pré-natal realizadas	pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação -					Realização de busca ativa de gestantes no 1º trimestre, através dos/as ACS	SMS
						Promoção de campanhas de conscientização e sensibilização junto à população, incentivando a adesão ao acompanhamento pré-natal e oferta de teste rápido de gravidez	SESAB/SMS
						Monitoramento regular dos indicadores de cobertura de pré-natal	SESAB/SMS
Alcançar 100% das gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	81,30 (CAMAB, 2023Q3)	100%	100%	100%	Disponibilização dos os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis	MS/SESAB/SMS
						Educação continuada para profissionais da RAS sobre a implantação e execução das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs (em especial sífilis), hepatites e HIV em gestantes e recém nascidos.	SESAB/SMS
						Realização de testagem para Sífilis e HIV logo na 1ª consulta de pré-nata	SMS
						Monitoramento trimestral em CIR da realização de testagem	SESAB/SMS
Alcançar 100% das gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde	72,15 (CAMAB, 2023Q3)	100%	100%	100%	Ampliação da cobertura de saúde bucal na APS (incluindo equipe de saúde bucal nas UBS e o CEO)	SMS
						Organização da captação e fluxo de acesso para atendimento odontológico durante o pré-natal e puerpério	SESAB/SMS
						Monitoramento trimestral em CIR da cobertura de saúde bucal	SESAB/SMS
						Realização de atividades educativas sobre saúde bucal com grupos de gestantes	SESAB/SMS

Reduzir em 3% ao ano a taxa de mortalidade infantil	Taxa de Mortalidade infantil	14,33 (CAMAB, 2023)	13,9	13,48	13,07	Capacitação para as equipes das maternidades quanto a assistência ao neonato durante o trabalho de parto e as equipes de UTIs neonatais	SESAB/SMS
						Oferta de imunobiológicos nas Unidades Básicas de Saúde, em todos os turnos da semana.	SESAB/SMS
						Acompanhamento pós-alta de recém-nascidos pelas equipes de saúde da família (ESF), para garantir continuidade no cuidado.	SMS
						Implementação de auditorias periódicas de qualidade nas maternidades e UTIs neonatais para identificar pontos de melhoria nos cuidados prestados.	SESAB/SMS
						Implementação de programas de humanização do cuidado em maternidades e UTIs neonatais.	SESAB/SMS
Reduzir a Mortalidade materna em 50% para gestantes negras até 2027.	Razão da Mortalidade materna em gestantes negras, ocorridos na macrorregião	46,38 (SIM, 2023)	41,75	34,79	23,19	Implementação de protocolos hospitalares contra a violência obstétrica e incentivo à presença de acompanhantes durante o parto	SESAB/SMS
						Capacitação das equipes das maternidades e pré-natalistas quanto a assistência ao pré-natal, parto e nascimento	SESAB/SMS
						Implementação de protocolo de alta segura nas maternidades	SESAB/SMS
						Realização da visita puerperal pelas Equipes Saúde da Família(ESF).	SMS
OBJETIVO: Organizar o acesso de forma qualificada e em tempo oportuno aos serviços ambulatoriais e hospitalares no atendimento a MF, gestante e recém-nascido							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Habilitar 03 novos serviços de referência para atenção a	Número de novos serviços de referência para atenção a Gestação de Alto	1	2	3	4	Pactuação dos criterios de acesso	SESAB/SMS
						Estruturação das unidades hospitalares de referencia para o parto de alto risco e risco de maior complexidade	MS/SESAB/SMS
						Ampliação dos leitos GAR do Hospital ESAU	MS/SESAB/SMS

Gestação de Alto Risco (GAR)	Risco (GAR) habilitados					Habilitação dos leitos de UTIN UCINco UCINca	MS
						Habilitação/homologação de Banco de Leite Humano e/ou posto de coleta nas unidades de referência GAR	MS/SESAB/SMS
Habilitar de 06 Centros de Parto Normal (CPN)	Número de CPN habilitados	0	2	0	3	Estruturação de CPN de acordo com a Portaria MS 5.350/24, Rede Alyne	MS/SESAB
Habilitar 03 Casa de Gestantes Bebês e Puérperas (CGBP)	Número de CGBP habilitadas	0	0	2	2	Identificação das necessidades para habilitação da unidade	SESAB
Habilitar 03 ambulatório de seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal (A-SEG)	Número de A-SEG habilitados	0	2	3	3	Definição dos serviços para atendimento ambulatorial ao recém-nascidos e crianças egressos	SESAB/SMS
						Adequação da infraestrutura física e equipamentos dos ambulatórios	SESAB/SMS
						Habilitação/homologação dos ambulatórios de A-SEG segundo a necessidade da macrorregião	MS/SESAB/SMS
						Monitoramento do funcionamento dos A-SEG	SESAB/SMS
Habilitar 04 ambulatório de atendimento às gestantes e puerpúras (AGPAR)	Número de AGPAR habilitados	0	3	4	4	Realização de um diagnóstico detalhado das necessidades de atendimento para gestantes e puérperas de alto risco nas diversas regiões da macrorregião	SESAB/SMS
						Mapeamento dos locais estratégicos para a implantação dos ambulatórios, priorizando áreas com maior concentração de serviços e população	SESAB/SMS
						Elaboração de protocolos e diretrizes claras para o funcionamento dos ambulatórios, abrangendo aspectos como estrutura física, equipe multiprofissional, fluxo de atendimento e critérios de acolhimento.	SESAB/SMS
						Capacitação dos profissionais que atuarão nos ambulatórios, focando na atenção ao cuidado da gestantes e puérperas de alto risco, com ênfase na aplicação dos protocolos	SESAB/SMS

						<p>Criação do fluxo de referência e contra-referência entre os ambulatórios de gestação e puerpério de alto risco e os demais serviços da RAS, assegurando a continuidade do cuidado.</p> <p>Implementação um sistema de monitoramento contínuo para avaliar a efetividade do funcionamento dos ambulatórios, incluindo indicadores de desempenho e satisfação dos usuários.</p>	<p>SESAB/SMS</p> <p>SESAB/SMS</p>
						Habilitação dos ambulatórios regionais de AGPAR segundo a necessidade da macrorregião	MS/SESAB/SMS
Aderir ao programa Mãe Bahia 100% dos municípios elegíveis.	% de municípios elegíveis que aderiram ao programa Mãe Bahia	0%	100%	100%	100%	Análise dos critérios para adesão	SMS
						Formalização da adesão	SMS
						Emissão de relatórios de produção.	SESAB
OBJETIVO: Aprimorar o sistema de apoio da RAS							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Ampliar a utilização do Telessaúde para 74 municípios	Número de municípios que utilizam o Telessaúde	67	70	74	74	Realização do levantamento de municípios com Telessaúde implantado	SESAB/SMS
						Definição de protocolos e fluxos de utilização do Telessaúde para suporte clínico e teleconsultoria entre as equipes da Atenção Primária e as referências especializadas materno-infantis.	SESAB/SMS
						Realização de oficinas/treinamentos para os profissionais das unidades de saúde sobre a utilização da plataforma Telessaúde	SESAB/SMS
						Inclusão do Telessaúde nos planos municipais de saúde, fortalecendo a sua institucionalização e garantindo apoio financeiro e técnico	SMS

Implantar o cuidado farmacêutico em 04 A-SEG	Número de A-SEG com serviço de cuidado farmacêutico implantado	0	1	3	4	Monitoramento de consultas realizadas via Telessaúde, para avaliar a integração entre atenção primária e atenção ambulatorial especializada	SESAB/SMS
						Pactuação do protocolo do cuidado farmacêutico	SESAB/SMS
						Levantamento da necessidade de farmacêuticos e estrutura nos A-SEG	SESAB/SMS
						Informatização do serviço farmacêutico para monitoramento do uso racional de medicamentos	SESAB/SMS
						Instituição de um fluxo regular de abastecimento de medicamentos essenciais para gestantes e crianças nos A-SEG	SESAB/SMS
Capacitação dos farmacêuticos para a utilização do protocolo do cuidado farmacêutico	SESAB/SMS						
OBJETIVO: Aprimorar o sistema logístico da RAS							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implantar ESUS regulação nos 74 municípios da macrorregião	Número de municípios com sistema ESUS Regulação implantado	0	30	50	100	Verificação dos sistemas de regulação utilizados nos municípios da Macrorregião	SESAB/SMS
						Apresentação em CIR proposta de sistema único que atenda os fluxos assistenciais e de acordo com Protocolos de saúde para utilizado por todas as unidades de saúde e gestores públicos, no âmbito do SUS	SESAB/SMS
						Implementação do sistema ESUS regulação nos municípios, otimizando o fluxo de pacientes entre os pontos de atenção	MS/SESAB/SMS
Implantar 01 complexo regulatório de leitos macrorregional	Número de complexo regulatório macrorregional implantado	0	0	1	1	Elaboração da grade de referência	SESAB/SMS
						Implantação da equipe especializada materna infantil	SESAB/SMS

Implantar Núcleos Internos de Regulação (NIR) em 04 unidades de referência GAR	Número de unidades hospitalares de referência GAR com NIR implantado	0	2	4	4	Realização do diagnóstico situacional das unidades hospitalares para identificar as que necessitam da implantação de NIR Pactuação do Protocolo que defina fluxos e critérios de regulação nas unidades hospitalares	SESAB/SMS SESAB/SMS
DIRETRIZ: Aprimoramento das ações de vigilância, promoção, proteção e prevenção em todos os níveis de atenção							
OBJETIVO: Implementar as ações de Vigilância em Saúde em todos os níveis de Atenção no âmbito da rede							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Capacitar os profissionais das equipes de APS em Vigilância em Saúde focando nos registros e notificações de óbitos e violências dos 74 municípios	Número de municípios com equipes de saúde da família capacitada em registros e notificações de óbitos e violências	0	50	60	74	Realização de atividades de educação continuada periódicas para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS em vigilância da saúde materno-infantil.	SESAB/SMS
						Atualização dos profissionais sobre os protocolos de risco gestacional e neonatal.	SESAB/SMS
						Implementação de oficinas de simulação prática para detecção e manejo de gestantes de alto risco.	SESAB/SMS
						Realização de atividades de educação continuada para os profissionais da Rede Materno Infantil quanto a importância das notificações de violências e óbitos de crianças e gestantes.	SESAB/SMS
Alcançar 100% de cobertura vacinal BCG	Percentual de cobertura vacinal BCG	88,96% (SEIDIGI, 2023)	85	90	95	Divulgação, junto às UBS e hospitais, regular da atualização dos calendários vacinais.	SMS
						Treinamento vacinadores em BCG	SESAB
						Acompanhamento do calendário de vacinação dos recém-nascidos nas primeiras consultas pós-parto e das crianças na puericultura.	SESAB/SMS
Reduzir para 1,8 a taxa de incidência	Taxa de Incidência de	3,86 (CAMAB, 2023)	1,8	1,8	1,8	Distribuição de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites nas UBSs durante o pré-natal.	SESAB/SMS

de sífilis congênita em menores de 01 ano	Sífilis Congênita (SC) em menores de 1 ano					Implementação da Câmara Técnica macrorregional de Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e outras IST	SESAB/SMS
						Notificação dos casos das gestantes com sífilis	SESAB/SMS
						Investigação dos casos das gestantes com sífilis	
Alcançar 100% de óbitos materno investigados	Proporção de óbitos maternos investigados	66,67 (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Apresentação trimestral dos resultados em CIR.	SMS
						Criação de câmaras técnicas de investigação de óbitos maternos e infantis nos municípios;	SESAB
						Criação de câmaras técnicas de investigação de óbitos maternos e infantis em hospitais de referência regional ou macrorregional, em articulação com os Núcleos de Epidemiologia Hospitalar.	SESAB
						Divulgação dos manuais de investigação do óbito materno, fetal e infantil para as(os) profissionais de saúde	SESAB/SMS
						Implementação medidas corretivas baseadas nas causas identificadas durante as investigações em até 6 meses após cada investigação.	SESAB
Alcançar 100% dos municípios com pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade	Percentual de municípios com alcance de pelo menos 3 das 4 vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade (PENTA, POLI, TRIPLICE, TETRA)	74,32 (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Capacitação para os técnicos municipais e estaduais para operacionalização da rede de frios e administração dos imunobiológicos	SESAB/SMS
						Suprimento com distribuição adequada das vacinas na rede de serviços locais	MS/SESAB
						Realização de Mostras de Experiências Exitosas e Replicáveis para estimular o aumento da cobertura vacinal nas crianças	SESAB/SMS
						Implantação dos Sistema de Informação voltado para vacinas	SESAB/SMS
						Operacionalização dos Sistema de Informação voltado para vacinas	SESAB/SMS
						Monitoramento mensal das coberturas vacinais em crianças de acordo com o calendário vacinal	SESAB/SMS

DIRETRIZ: Valorização do trabalho, da trabalhadora e do trabalhador no SUS/BA.							
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		
Incluir a discussão e a pactuação de estratégias de provimento, fixação e valorização de trabalhadoras(es) da saúde dos serviços de referência regional para atenção materno infantil em pelo menos seis reuniões dos espaços colegiados regionais.	Número de CIR com realização de discussão e pactuação de estratégias de provimento, fixação e valorização de trabalhadoras(es) da saúde dos serviços de referência regional.	0	2	4	6	Promoção de discussões, nas CIR, sobre os modelos de gestão dos serviços de referência para a atenção materno infantil e os impactos dos tipos de vínculos, de jornada de trabalho, de carreiras e de avaliação de desempenho no cuidado.	SESAB/SMS
						Realização de mapeamento das condições de vínculo e valorização de trabalhadoras(es) nos serviços de referência regional para a atenção materno infantil.	SESAB
						Elaboração de materiais para discussão e de propostas para estratégias de contratação, fixação e valorização de trabalhadoras(es) da saúde dos serviços de referência regional para a atenção materno infantil.	SESAB/SMS
OBJETIVO: Implementar a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, por meio da pactuação das ações nos espaços regionais de articulação educação-trabalho (CIR, CIES, COAPES)							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Fortalecer a CIES Macrorregionais por meio da realização de 06 reuniões no território.	Número de reuniões da CIES para definições de ações e EPS no território.	5	10	12	12	Realização de cronograma de reuniões da CIES	SESAB
						Articulação com membros da CIES para realização de repasses de decisões para CIR.	SESAB/SMS

Desenvolver três encontros de planejamento integrado das intervenções de Educação na saúde e Gestão do trabalho para a atenção materno infantil na macrorregião.	Número de eventos/reuniões macrorregionais com realização de discussão e planejamento integrado das ações/estratégias de gestão do trabalho e educação na saúde para a atenção materno infantil na macrorregião.	1	1	2	3	Implementação de grupos de trabalho e/ou câmara técnicas de discussão sobre a Gestão do Trabalho e Gestão da Educação nas CIR.	SESAB/SMS
						Mobilização das(os) gestoras(es) e trabalhadoras(es) para inclusão das ações/estratégias de gestão do trabalho e educação na saúde para a atenção materno infantil nos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação municipais.	MS/SESAB
						Organização de espaço macrorregional para discussão das ações/estratégias de gestão do trabalho e da educação em saúde para a atenção materno infantil de interesse comum.	MS/SESAB/SMS
						Descentralização de recursos financeiros e apoio técnico para a mobilização de eventos/reuniões macrorregionais para discussão das ações/estratégias de gestão do trabalho e da educação em saúde para a atenção materno infantil.	MS/SESAB

OBJETIVO: Implementar estratégias que garantam condições de trabalho seguras e relações de trabalho humanizadas

META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implementar as Políticas Nacional e Estadual de Humanização em 100% dos serviços de referência regional para atenção materno infantil, para promover um ambiente e um cuidado digno,	Percentual de serviços com Políticas Nacional e Estadual de Humanização implementado	0%	25%	50%	80%	Elaboração de formulário e critérios para o monitoramento da implantação dos dispositivos da PNH.	SESAB
						Educação permanente com gestoras(es) e técnicas(os) dos serviços de referência regional para atenção materno infantil as políticas nacional e estadual de humanização.	SESAB/SMS
						Apoio a implantação dos dispositivos da PNH nos serviços de referência regional para atenção materno infantil	SESAB

seguro e humanizado.							
Implantar 04 núcleos regionais de cuidados à saúde do trabalhador e da trabalhadora, integrando às RAS e à Vigilância em Saúde	Número de núcleos de cuidados à saúde do trabalhador e da trabalhadora implantados.	0	2	3	4	Sensibilização dos(as) gestores(as), diretor(a) de núcleos e coordenações de CIR quanto a importância dos Núcleos de Cuidados à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.	SESAB/SMS
DIRETRIZ: Consolidação da gestão estratégica e controle social							
OBJETIVO: Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implementar 02 estratégias de educação permanente e/ou disseminação de dados, indicadores e informações estratégicas sobre a regionalização, em espaços colegiados por ano	Número de estratégias (apresentação de boletim, seminários, mostra, cursos) de divulgação da regionalização implantadas nos espaços colegiados (CIR, CMS)	0	2	4	6	Seleção de conteúdo e informações relevantes para disseminação de dados, indicadores e informações.	MS/SESAB/SMS
						Definição das estratégias de divulgação	MS/SESAB/SMS
						Organização da logística para realização dos eventos.	MS/SESAB/SMS
Ampliar para 100% os municípios com os instrumentos municipais de gestão e planejamento do	Percentual de municípios com todos os instrumentos de planejamento e gestão registrados	70% (DigiSUS, 2023) Painel BI SEINP	100%	100%	100%	Realização das conferências municipais de saúde para elaboração de diretrizes para o plano municipal de saúde.	SMS
						Realização de oficinas macrorregionais para instrumentalizar os municípios na elaboração dos instrumentos.	MS/SESAB/SMS
						Disponibilização do manual de elaboração dos instrumentos.	MS/SESAB

SUS da macrorregião registrados no sistema DigiSUS em todos os ciclos.	no DigiSUS para todos os ciclos					Apresentação do monitoramento dos instrumentos de planejamento em CIR trimestralmente.	MS/SESAB/SMS
Estruturar 01 Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional.	Número de Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à saúde (CEGRAS) Macrorregional estruturado	0	1	1	1	Definição dos integrantes de acordo com a composição estabelecida pela CIB	SESAB/SMS
						Definição do cronograma de atividades para o funcionamento do CEGRAS na macrorregião	CEGRAS
						Apresentação dos relatórios de monitoramento nos espaços colegiados	CEGRAS
Monitorar 100% das maternidades de atendimento a gestação de alto risco	Percentual de maternidades de atendimento a gestação de alto risco monitoradas	0	100%	100%	100%	Apresentação dos relatórios de monitoramento nos espaços colegiados.	CEGRAS
						Discussão de estratégias de melhoria das ações	SESAB/SMS

Fonte: Elaboração Própria

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE

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

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

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

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

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

8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação

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

8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento

Identificação

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


8.2.1 Apresentação

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

8.2.3 Matriz de Monitoramento

Diretriz:

Objetivo 1:

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

Legenda:  Alcançado |  Parcialmente |  Crítico

8.2.3.1 Análise Qualitativa

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

8.2.3.2 Recomendações e encaminhamentos

8.2.3.3 Assinaturas

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

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

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

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

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

Composição

I – União:

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

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

II – Estado:

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

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

III – Município:

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

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

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

IV – Consórcios Interfederativos de Saúde:

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

V - Representação dos prestadores de serviços:

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

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

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

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

VI - Controle Social:

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

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

Atribuições

- Propor novos arranjos, fluxos e estruturação da RAS, visando favorecer adequado funcionamento da RAS no cumprimento das metas definidas nos 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 da Macrorregião Sudoeste representa um instrumento estratégico para a organização e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, tendo como prioridade sanitária a atenção materna e infantil. As diretrizes, objetivos, metas e indicadores aqui estabelecidos orientam ações integradas entre gestores(as), equipe de saúde e instâncias de governança regional, buscando ampliar o acesso, qualificar a assistência e reduzir desigualdades em saúde.

Reconhece-se como limitação a organização da RAS para apenas uma prioridade sanitária e a ausência neste plano de uma Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), sendo ela parte PRI que, em processo de negociação e pactuação entre entes federativos, define os quantitativos físicos e financeiros das Ações e Serviços Públicos de Saúde a serem realizadas na MRS. No entanto, considerando que até o momento da conclusão deste documento, não estava disponível o sistema atualizado do ProgramaSUS ou nova ferramenta em desenvolvimento pelo Ministério da Saúde, bem como definido fontes de financiamentos na perspectiva regional, buscou-se contemplar a programação de ações e serviços na DOMI e assumiu-se o compromisso de completar e/ou revisar este Plano com quantitativos físicos e financeiros posteriormente.

A implementação deste plano requer a articulação permanente entre a Vigilância em Saúde, a Atenção Primária e os demais pontos de atenção, com base em evidências e no monitoramento contínuo de resultados. O compromisso dos municípios, do Estado e do Ministério da Saúde aliado à participação social, será determinante para avançar na redução da morbimortalidade materna e infantil e para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde.

O cumprimento das metas propostas contribuirá para o fortalecimento do SUS na região, assegurando atenção integral, universal e de qualidade à população da Macrorregião Sudoeste.

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.
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 (ou Taxa)	Razão entre o número de ocorrências de um evento e o número total (número de ocorrências e número de não ocorrências). Representa o “risco” de determinado evento ocorrer na população (no numerador o número de casos do evento e no denominador, a população sob risco do mesmo evento).
Comissão Intergestores	Instância de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação (Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011).
Comissão Intergestores Bipartite	No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem como atribuições: I – elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; II – definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o estado; III – pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual; IV – homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; V – acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e VI – avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário.
Condição de Saúde	Conjunto de características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e sanitárias de determinada população, em determinado momento, e região.
Contratualização dos pontos de atenção	Meio pelo qual o gestor (federal, estadual e do Distrito Federal e municipal) estabelece metas quantitativas e qualitativas quanto aos processos de atenção à saúde, considerando o(s) ponto(s) de

	atenção à saúde da RAS sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.
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 sobrevivência, por meio da coleta, análise, interpretação e divulgação sistemática em uma população e períodos específicos.
Regulação da atenção à saúde	Exercida pelas Secretarias estaduais e municipais da Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. O objetivo é garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados.
- S -	
Serviço Hospitalar de Referência à Atenção à Gestação de Alto Risco	Tem como atribuições: I – cumprir os requisitos vigentes para a atenção hospitalar; II – adequar a ambiência da maternidade às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); III – receber todas as gestantes vinculadas pela atenção básica e/ou aquelas encaminhadas pela Central de Regulação para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto; IV – implantar o acolhimento com classificação de risco (ACCR); V – adotar boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações do Manual Técnico publicado pelo Ministério da Saúde
Sistema de informação Ambulatorial (SAI)	Registra informações ambulatoriais de todos os estabelecimentos da rede do SUS, sejam privados ou conveniados, filantrópicos ou públicos das esferas municipal, estadual e federal. O objetivo do SIA/SUS é transcrever todos os atendimentos provenientes dos estabelecimentos que foram 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 demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN. As UCINCo poderão configurar-se como unidades de suporte às UTINou 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, asas ou trato gastrointestinal contaminados e onde não há multiplicação ou modificação do agente. Vetores biológicos são aqueles em que os agentes desenvolvem algum ciclo vital antes de serem disseminados ou inoculados no hospedeiro.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução no. 37 de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018 (citado em 02 de out.2024) Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2037,%20DE%2022%20DE%20MAR%C3%87O%2.
2. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Rev. Baiana de Saúde Pública. 2020; v. 44, supl.1, p. 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 nº 018/2021. Aprova o credenciamento de Equipe de Saúde da Família – ESF, no Município de Ibicuí. Diário Oficial do Estado Disponível em: http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/Resolucoes/2018/RES_CIB_018_2018.pdf
4. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Resolução CIB/BA no.167/2018. Aprova ad referendum o cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e mantém a organização das Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia. Diário Oficial do Estado. Disponível em: http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/Resolucoes/2018/RES_CIB_167_2018.pdf.
5. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância a Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. [citado em 12 mar 2020]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/apresentacao/>.
6. Fundação Oswaldo Cruz. Tuberculose: sintomas, transmissão e prevenção. [citado em 29 abr 2021]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/taxonomia-geral-doencas-relacionadas/tuberculose>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros. [Internet]. (citado em 17 mai 2021). Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. [Internet]. Brasília (DF). [citado em 29 abr. 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Meningite: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Brasília (DF). [citado em 29 abr. 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/meningites>.
10. 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 RIPSAs – 2008. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [citado em 17 mai 2021]. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2008/d-2-1/>.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: 2010.
12. Donalisio MR, Freitas ARR, Von Zuben APB. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:30.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Febre amarela: sintomas, transmissão e prevenção. [Internet]. [citado em 29 abr 2021]. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/febre-amarela-sintomas-transmissao-e-prevencao>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Leishmaniose Visceral: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [citado em 29 abr 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniose-visceral>.
15. Tauil PL. Perspectivas de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 39 (3) Jun 2006.
16. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed. v.2. São Paulo: Edusp, 1998. p. 143.
17. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbito Infantil. [Internet]. [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitoinf.def>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3 de 2017. Institui a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2017.
19. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e óbitos maternos. [Internet]. [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitomat.def>.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ações com foco na Saúde da Mulher. [Internet]. [citado em 14 abr 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>.
21. 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 (DF): Ministério da Saúde, 2020.
22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 6ª. ed. rev. atual. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2020.
23. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Mortalidade Geral. [Internet]. [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obito.def>.

24. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Pactuação Interfederativa 2017-2021. Manual de orientação Bahia: 2021. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/pactuacaoInterfederativa>. Acesso em: 20 abr. 2021.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
27. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Curso Doenças Endócrino-Metabólicas e Nutrição. [Internet]. [citado em 26 abr 2021]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/cursos-e-eventos/51635>.
28. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diabéticos representam 80% da demanda de próteses de membros inferiores no Cepred. [Internet]. [citado em 6 mai 2021]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2016/11/08/diabeticos-representam-80%da-demanda-de-proteses-de-membros-inferiores-no-cepred/>.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. [Internet]. [citado em 22 abr 2021]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>.
30. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília (DF): 2013.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. [Internet]. [citado em 14 mai 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/frba.def>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2013.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. Institui a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. [Internet]. [citado em 27 mai 2023]. Brasília (DF). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs>.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Série Parâmetros SUS, v. 1, Caderno 1. [citado em 16 mai 2023]. 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>.
35. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Atenção Integral à Saúde, Diretoria de Atenção Especializada, Coordenação de Redes de Apoio Especializado. Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023. [Internet]. [citado em 20 jun 2023]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Plano-Estadual-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-ao-C%C3%A2ncer-2016-2023.pdf>.

36. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 1 - trata direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS, Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs> - Versão Atualizada até 27/05/2023.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs> - Versão Atualizada até 27/05/2023.
38. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/painel-de-dados> Acessado dia 16 mai. 2023.
39. REZENDE, C. A. P.; PEIXOTO, M. P. B. Metodologia para análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2003. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).
40. SOUZA, L. E.P.F.; BAHIA, L. Componentes de um Sistema de Serviços de Saúde: População, Infraestrutura, Organização, Prestação de Serviços, Financiamento e Gestão. In: Paim, J. S.; Almeida Filho, N. Saúde Coletiva Teoria e prática, 2ª ed, 2023.
41. Brasil. Caderno de Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde. De que se trata os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf> Acesso em 16 de mai. 2023.



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