

PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE SUL



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

**PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE
MACRORREGIÃO DE SAÚDE SUL**

Salvador

2025



GOVERNO DO ESTADO
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO
PREVISTA
TRABALHA
PARA GESTÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Jerônimo Rodrigues Souza
GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

Geraldo Júnior
VICE-GOVERNADOR

Roberta Silva de Carvalho Santana
SECRETÁRIA DA SAÚDE

Paulo José Bastos Barbosa
SUBSECRETÁRIO

Cícero de Andrade Rocha Filho
CHEFE DE GABINETE

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

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

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

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

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

Emanuele Figueredo Barbosa
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)

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

Maria Aparecida dos Santos
COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO (COPLAN)

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

Titulares:

Cristiane Câmara Macedo – SESAB/GASEC/APG/COPRI

Ernesto da Costa Lima Júnior – COSEMS

Francisco Borges Rodrigues Neto – MS/SEMS/BA

Jacqueline do Bonfim Farias – COSEMS

Liliane Mascarenhas Silveira – SESAB/SAIS/DGC

Lívia Maria Bonfim Mendes Aguiar – COSEMS

Maria Alcina Romero Boullosa – SESAB/SAIS/DAE

Paulo José Bastos Barbosa – SESAB/GASEC

Raquel Ferraz da Costa – COSEMS

Rita de Cassia Silvia Santos – SESAB/SUREGS/DIREG

Roberta Fonseca Sampaio – SESAB/GASEC

Rodrigo Santos Alves – COSEMS

Stela dos Santos Souza – Presidente do COSEMS

Suplentes:

Cláudia Daniela Santos Souza – SESAB/SAFTEC/DASF

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

Danilo Fernandes Ricardo – COSEMS

Desirée dos Santos Carvalho – MS/SEMS/BA

Eneida Manuela Barqueiro Gomes – SESAB/SUREGS/DICON

Fernanda Oliveira Maron – COSEMS

Marcus Vinícius Bomfim Prates – SESAB/SAIS/DAB

Maria Rosânia de Souza Rabelo – COSEMS

Rivia Mary de Barros – SESAB/SUVISA

Rodrigo Santos Matos – COSEMS

Rosângela Oliveira dos Santos Almeida – COSEMS

Valmor Santos Félix – COSEMS

Zaine dos Santos Cardozo Lima – SESAB/SAIS/DGESS

Equipe de elaboração / Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional – GTTM

Carlos Oliveira dos Santos – CIR Ilhéus

Eduardo Almeida Pecorelli – CIR Jequié

Elisa Dantas Bellas – SESAB/APG/COPRI

Fernanda Candida Ludgero – COSEMS/BA

Gisana Cruz de Assis – COSEMS/BA

Itana Miranda dos Santos – MS/SEMS/BA

Karlla Christina de Albuquerque Bispo – COSEMS/BA

Layliane Souza Netto – CIR Itabuna

Lutigardes Bastos Santana – (OPAS/OMS)

Mary Lucia Dantas Silva Argolo – CIR Valença

Simone Soares dos Santos – SESAB/NRS

Colaboradores

Adilson Ribeiro dos Santos

Alan Silva Reis

Aldecy de Almeida Bezerra Silva

Alexandro dos Santos Miranda

Cristiane Câmara Macêdo

Cristina Maria Meira de Melo

Dayse Batista Santos

Emanuela Duarte dos Santos

Eneida Manuela Barqueiro Sena Gomes

Felipe Fontes Costa Pinto

Hadson Namour Rocha de Mattos

Itana Miranda dos Santos

Itanna Vytoria Sousa Serra

Jamille dos Santos Queiroz

Jeyson Murayama

Joana Angélica Oliveira Molesini

Joselma Alves da Silva

Julio Jorge Musse Calzado

Juliana Ferreira Santos
Keila Maia Cardoso
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
Mary Lucia Dantas Silva Argolo
Muriel Nascimento Andrade
Nádia Nunes de Souza Soares
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 Infante Juvenil
UAVC	Unidade de Acidente Vascular Cerebral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCA	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCO	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCO	Unidade Coronariana
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI NEO	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Macrorregiões e Regiões de Saúde, Bahia.....	18
Figura 2. Razão de Mortalidade Materna, segundo parâmetros da OMS. Bahia, 2024.....	32
Figura 3. Sistema Organização da RAS.....	78
Figura 4. Percentual de serviços solicitantes dentre os elegíveis por Núcleo Regional de Saúde da Bahia, fevereiro a setembro de 2025.	83
Figura 5. Matriz de Referência da Macrorregião Sul, 2024-2027	87
Figura 6. Definição das diretrizes da Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2023.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica, pneumocócica e outras bactérias) e virais por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2011-2020*	27
Tabela 2 Número de amputações de membros inferiores e internação hospitalar com CID de <i>Diabete mellitus</i> , por alguns procedimentos. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2010-2019*	42
Tabela 3. Índice de dependência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade. Macrorregiões de Saúde/Bahia, 2021-2022*.	67

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirâmide etária da população da Macrorregional Sul, Bahia, 2010-2019*.....	20
Gráfico 2. Pirâmide etária da população da Macrorregional Sul, Bahia, 2024.....	21
Gráfico 3. Número de Nascidos Vivos (NV) na Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2010-2023	22
Gráfico 4 Número de casos e coeficiente de incidência da tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2010-2019*	25
Gráfico 5. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2011-2020*	26
Gráfico 6. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2011-2020*	28
Gráfico 7. Taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2010-2019*.....	29
Gráfico 8. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2010-2019*	30
Gráfico 9. Razão de mortalidade materna (RMM) por 100 mil NV. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2010-2019*	32
Gráfico 10. Taxa de mortalidade infantil segundo faixa etária por 1.000 NV. Macrorregião de Saúde Sul/Bahia, 2010-2019*	33

Gráfico 11. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil NV; Estado da Bahia e Macrorregião de Saúde Sul, 2010-2019*	35
Gráfico 12. Proporção de gravidez na adolescência, nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. MRS-Sul 2010-2019.	36
Gráfico 13. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres. Macrorregião de Saúde Sul/Bahia, 2010-2019*	37
Gráfico 14. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil homens. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2010–2019*	38
Gráfico 15. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2010-2019.....	39
Gráfico 16. Taxa de mortalidade na faixa etária de 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil hab.na mesma faixa etária. Macrorregional de Saúde Sul, Bahia, 2010-2019*	41
Gráfico 17. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2010-2019*	43
Gráfico 18. Taxa de internação por causas externas por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2010-2019*	43
Gráfico 19. Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose em todas as formas e na forma pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024.	45
Gráfico 20. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024	46
Gráfico 21. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024	46
Gráfico 22. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024.....	47
Gráfico 23. Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024.....	47
Gráfico 24. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade por leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024	48
Gráfico 25. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2023	49
Gráfico 26. Razão de mortalidade materna por raça/cor. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2014-2023.....	49
Gráfico 27. Razão de mortalidade materna por faixa etária. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2014- 2023	50
Gráfico 28. Proporção de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2013-2023.....	51
Gráfico 29. Proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2014-2024	51
Gráfico 30. Proporção de Partos Normais. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2014-2024...	52
Gráfico 31 Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024.....	53
Gráfico 32. Percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Macrorregião de Saúde Sul Bahia, 2014-2023	53

Gráfico 33. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024	54
Gráfico 34. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12 ^a semana de gestação. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2022-2024	55
Gráfico 35. Proporção de gestante com mais de 7 consultas no pré-natal, na macrorregião Sul, Bahia, 2014- 2023.....	55
Gráfico 36. 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 Sul, Bahia, 2014-2024	56
Gráfico 37. Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia,2015-2023*	57
Gráfico 38. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015 – 2023*	57
Gráfico 39. Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2014- 2024*	58
Gráfico 40. Proporção de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015 - 2023*	59
Gráfico 41. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015 - 2023*	59
Gráfico 42. Proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015 - 2023*	60
Gráfico 43. Proporção de pessoas com Hipertensão arterial que teve o exame ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2018 - 2023*	60
Gráfico 44. Hipertensos identificados na APS. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015 - 2023*	61
Gráfico 45. Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos), por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (DENM). Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2014 - 2023*	62
Gráfico 46. Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015 - 2023*	62
Gráfico 47. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2019 - 2023*	63
Gráfico 48. Taxa de internação por causas externas, relacionadas a quedas, acidentes de transporte, agressões, lesões autoprovocadas voluntariamente e afogamento. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2014 - 2023*	63
Gráfico 49. Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Sul. Bahia, 2021.....	65
Gráfico 50. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Macrorregião de Saúde. Bahia, 2021*	68
Gráfico 51. Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2013- 2024*	69
Gráfico 52. Número de leitos obstétricos e de leitos para Gestação de Alto Risco, existentes e necessários. Macrorregião de Saúde Sul/Bahia, 2022*	73

Gráfico 53. Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos especialistas relacionadas a prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Sul/Bahia, 2022* 75

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Municípios da Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2023*	19
Mapa 2. Pirâmide etária da população da Macrorregional Sul, Bahia, 2024.	22
Mapa 3. População beneficiária de Assistência Médica Suplementar e SUS na Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, em 2019*	23
Mapa 4. Percentual de Cobertura da APS, Macrorregional de Saúde Sul, Bahia, 2021*	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Dimensões e significado da pontuação na Matriz GUT. Bahia, 2021.	64
Quadro 2. Quantitativo de equipamentos, serviços (hospitalar, urgência e emergência) e sistema logístico, disponível para o SUS. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2022*	72
Quadro 3. Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades, Macrorregião de Saúde Sul/Bahia, 2022*	74
Quadro 4. Número de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) com registro dos procedimentos da prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Sul/Bahia, 2022*	76
Quadro 5. Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Sul do Estado da Bahia, 2025.	80
Quadro 6. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Macrorregião Sul do Estado da Bahia, 2025.	83
Quadro 7. Componentes habilitados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Sul do Estado da Bahia, 2025.	86
Quadro 8. Escalonamento emergencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Macrorregião Sul do Estado da Bahia, 2025.	86
Quadro 9. Diretrizes e objetivos Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2023	91
Quadro 10. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2025.	78

Sumário

1. INTRODUÇÃO	16
2. CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE SUL	18
2.1 POPULAÇÃO POR SEXO E IDADE	20
2.2 MUNICÍPIOS EM SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA	21
2.3 NASCIDOS VIVOS	22
2.4 POPULAÇÃO COM ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR	23
3. ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE	24
3.1 <i>Doenças infecciosas e parasitárias</i>	<i>24</i>
3.2 <i>Atenção à saúde materna e infantil</i>	<i>31</i>
3.3 <i>Neoplasias</i>	<i>36</i>
3.5 <i>Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.....</i>	<i>40</i>
3.6 <i>Morbimortalidade por causas externas</i>	<i>42</i>
3.7 ATUALIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	44
3.7.1 <i>Doenças infecciosas e parasitárias.....</i>	<i>45</i>
3.7.2 <i>Atenção à saúde materna e infantil</i>	<i>48</i>
3.7.3 <i>Neoplasias.....</i>	<i>56</i>
3.7.4. <i>Doenças do aparelho circulatório.....</i>	<i>59</i>
3.7.5 <i>Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.....</i>	<i>61</i>
3.7.6 <i>Morbimortalidade por causas externas.....</i>	<i>63</i>
4. SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA	64
5 ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA	66
5.1 ORGANIZAÇÃO.....	66
5.1.1 ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA MACRORREGIONAL.....	67
5.1.2 <i>COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</i>	<i>68</i>
5.1.3 <i>CENTRAL DE REGULAÇÃO.....</i>	<i>70</i>
5.1.3.1 <i>CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA.....</i>	<i>70</i>
5.1.3.2 <i>Central de regulação do acesso às ações e serviços de saúde.....</i>	<i>70</i>
5.2 INFRAESTRUTURA.....	71
5.3 <i>PRODUÇÃO DE SERVIÇO</i>	<i>75</i>
6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	76
6.1 SISTEMA ORGANIZAÇÃO DA RAS	77
6.2 REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL (REDE ALYNE).....	78
6.3 REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE).....	80
6.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).....	82
6.5 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD).....	85
6.6 REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS	86
7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....	88
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE.....	90
8.1 <i>COMPONENTES DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO</i>	<i>91</i>
8.2 MODELO DE RELATÓRIO DE MONITORAMENTO.....	91

9. COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
GLOSSÁRIO	97
REFERÊNCIAS.....	103

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

O conceito de RAS ficou assim definido:

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

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

Apesar de não ser possível operar oficinas com os gestores, um grupo de técnicos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), sob a coordenação da Assessoria de Planejamento e Gestão (APG) via a Coordenação de Planejamento Regional Integrado (Copri)

realizavam encontros semanais para a definição de metodologias a serem utilizadas nas oficinas macrorregionais e para a produção de estudos para subsidiar o PRI.

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

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

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

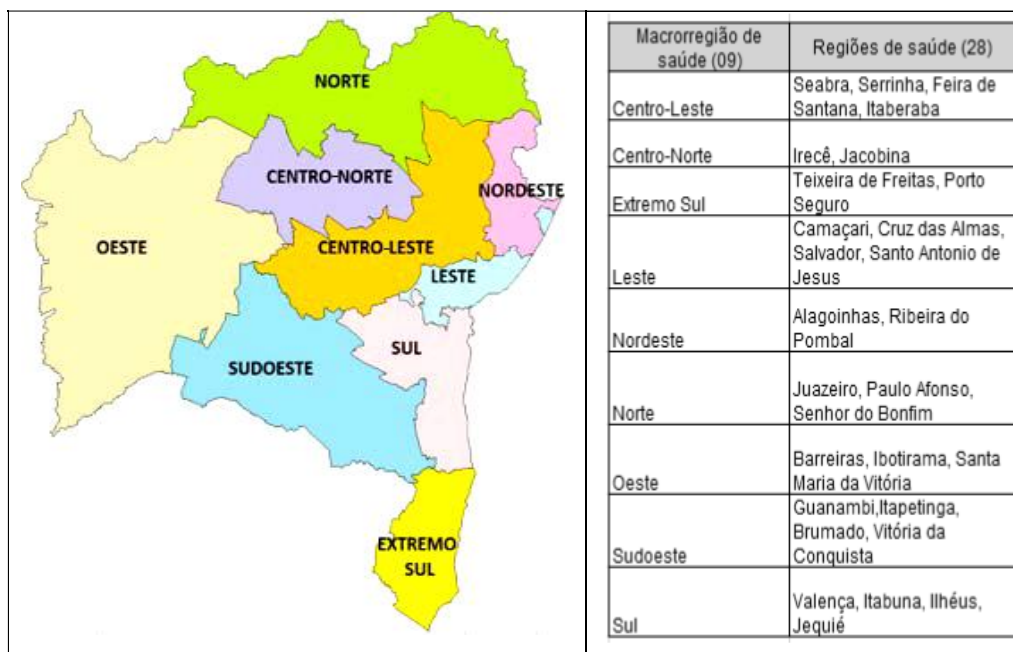
Esta priorização guiou o desenho da linha de cuidado da RAS, dando continuidade ao ciclo do PRI no Estado da Bahia, que tem a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/BA), como espaço de governança. Destacamos que antes da pactuação na CIB o consenso foi formado no Grupo Condutor de Rede do estado da Bahia,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

O Plano da MRS-Sul, 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 SUL

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

Figura 1. Macrorregiões e Regiões de Saúde, Bahia.



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, ocorreu 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-Sul totaliza 40.322,751 km² (IBGE, 2019), onde residem 1.601.095 habitantes (IBGE, 2020), distribuídos em 68 (sessenta e oito) municípios, sendo:

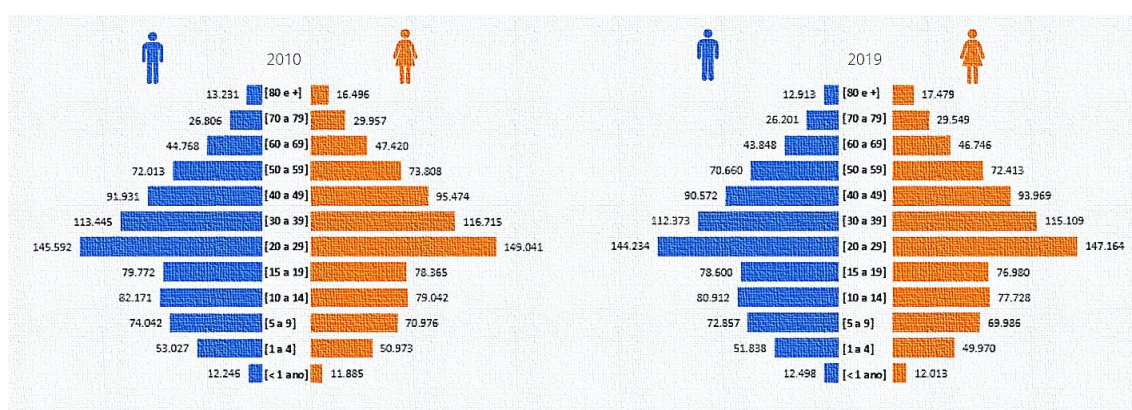
- **49 (quarenta e nove) municípios com menos de 20 mil habitantes, classificados como de “pequeno porte”;**
- **15 (quinze) municípios com população entre 20 a 100 mil habitantes; e,**
- **03 (três) municípios com mais de 100 mil habitantes.**

2.1 População por sexo e idade

A MRS-Sul é a quarta região em população do Estado. Em 2010 contava com 1.629.196 mil habitantes, e, em 2019 com 1.606.612 habitantes, o que equivalia a 10,80% da população do Estado da Bahia.

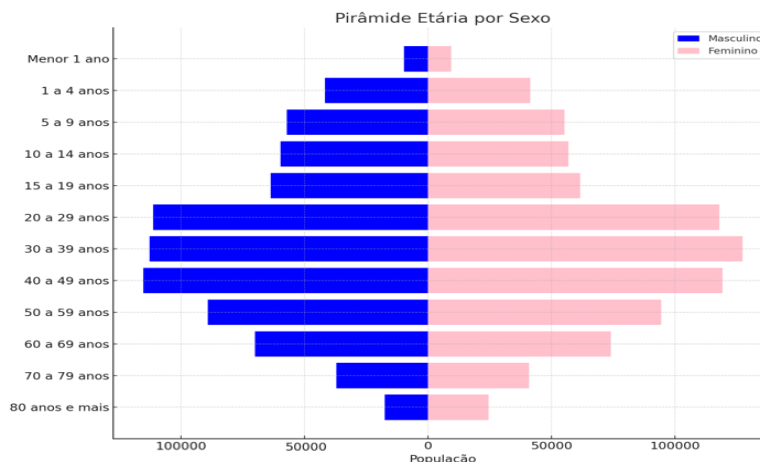
O decréscimo de 22.584 habitantes, no período de 2010 a 2019 ocorreu na população de ambos os sexos nas faixas etárias a partir de 01(um) ano até a de 70 a 79 anos. Para o mesmo período, contudo, houve aumento na população da faixa etária menor de 01(um) ano de ambos os sexos e, na faixa etária de 80 anos e mais, houve pequeno aumento na população feminina enquanto a população masculina diminuiu. No período analisado o grupo etário de 20 e 29 anos representava o maior contingente populacional com predomínio do segmento feminino na população de 21 (vinte um) a 29 (vinte e nove) anos (Gráfico 1).

Gráfico 1. Pirâmide etária da população da Macrorregional Sul, Bahia, 2010-2019*



Fonte SESAB/ SUVISA/ DIVEP/ GT Demografia, 2024 *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

A pirâmide etária da Macrorregião em 2024 (Gráfico 2) revela um aumento da população de 30 a 49 anos, quando comparada à pirâmide de 2019, evidenciando tendências de envelhecimento populacional e redução da base jovem. A população feminina representa 51,2% e masculina 48,8% (Gráfico 2)

Gráfico 2. Pirâmide etária da população da Macrorregional Sul, Bahia, 2024.

Fonte: SESAB/ SUVISA/ DIVEP/ GT Demografia, 2024 *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

2.2 Municípios em situação de extrema pobreza

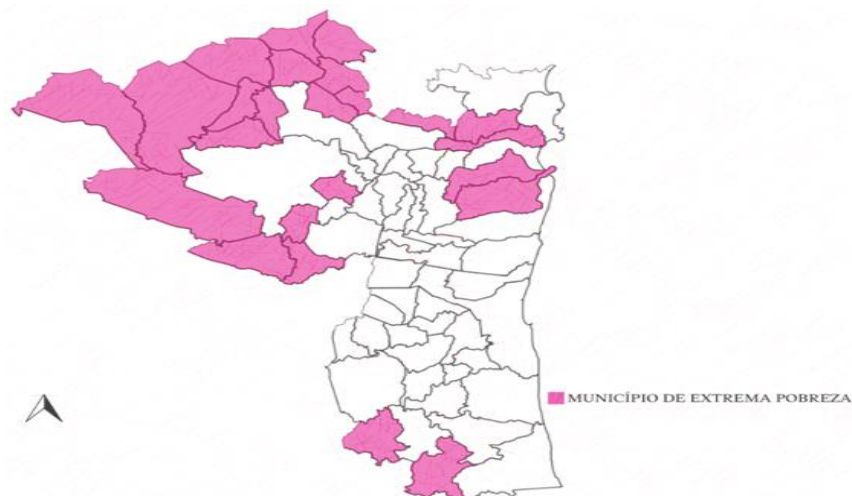
Pobreza é definida como a falta de acesso a serviços essenciais (saneamento básico, saúde, educação, energia elétrica, entre outros), à bens de consumo, sobretudo alimentos e à bens materiais necessários para a manutenção da vida em condições básicas⁵. A Organização Mundial de Saúde (OMS) não limita apenas ao per capita diário e ao acesso aos serviços básicos, como determinantes dessa condição, mas também o estado de desnutrição, discriminação, desigualdade e exclusão social, dentre outros.

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

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

A MRS-Sul, possui 24 (vinte e quatro) municípios classificados como “em situação de extrema pobreza” o que corresponde a 35,29% da macrorregião (Mapa 2).

Mapa 2. Pirâmide etária da população da Macrorregional Sul, Bahia, 2024.

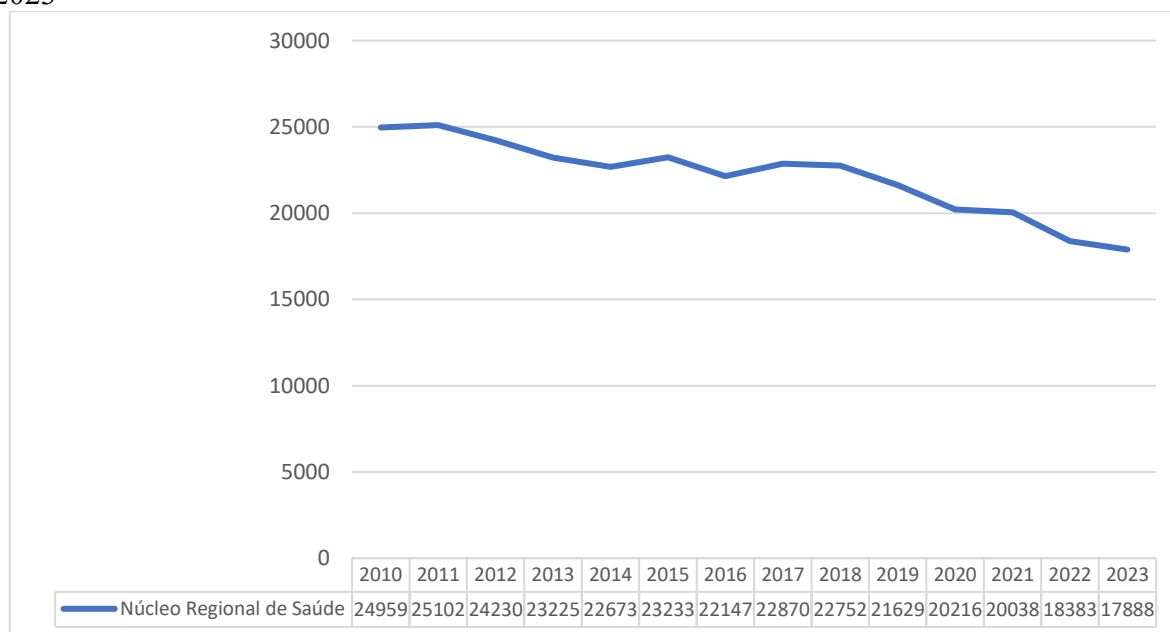


Fonte: IBGE/DATASUS*Dados coletados em 11/04/2022, sujeito a alterações/Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

2.3 Nascidos vivos

Na Macrorregião, considerando a série histórica de 2010-2023 houve redução no número de nascidos vivos (NV), passando de 24.959 em 2010 para 17.888 em 2023. Observa-se ainda que nos anos de 2015, 2017 e 2018 houve um aumento de NV, a partir daí ocorreu redução em todos os anos da série (Gráfico 3).

Gráfico 3. Número de Nascidos Vivos (NV) na Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2010-2023



Fonte: Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab. *Dados coletados em 16/07/2025, sujeito a alterações.

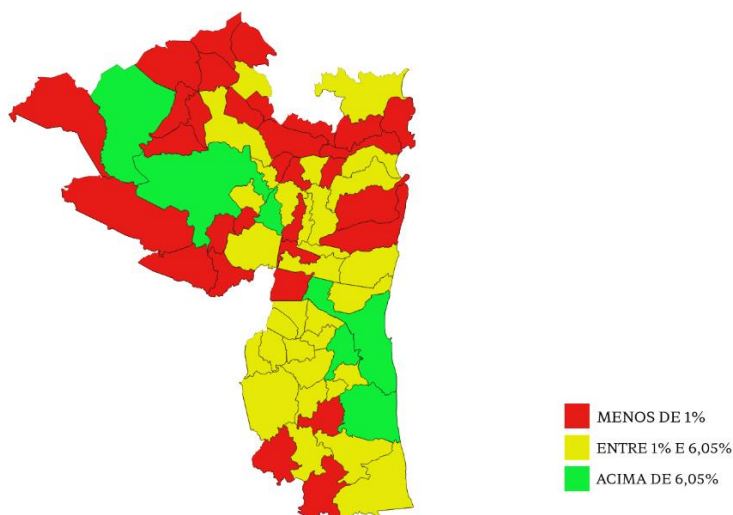
2.4 População com Assistência Médica Suplementar

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

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

Tomando como referência dados da ANS, na MRS-Sul em 2010 havia 5,39% de beneficiários de assistência à saúde suplementar e 94,61% usuários da assistência prestada pela RAS-SUS; e, em 2019, 6,05% da assistência médica suplementar e 93,95% da população usuária de serviços da RAS-SUS. Dos municípios da MRS-Sul, em 2018, 06 (seis) contam beneficiários de assistência médica suplementar acima de 6,05% (Itabuna, Ilhéus, Maracás, Jequié, Una e Ipiaú) e 31(trinta e um) a assistência médica suplementar variava de 1,05% a 5,4% da população; os demais 31(trinta e um) apenas 1% da população era beneficiária da assistência médica suplementar (Mapa 3).

Mapa 3. População beneficiária de Assistência Médica Suplementar e SUS na Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, em 2019*



Fonte: Agência Nacional de Saúde (ANS)*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 para definição da prioridade sanitária em 2021. Posteriormente, no ano de 2025 foi realizada uma atualização desta análise que possibilitou a definição de metas e Indicadores etapa essencial na modelagem, monitoramento e avaliação das prioridades sanitárias, conforme previsto em normativas como a Consolidação CIT nº 1/2021.

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

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

3.1 Doenças infecciosas e parasitárias

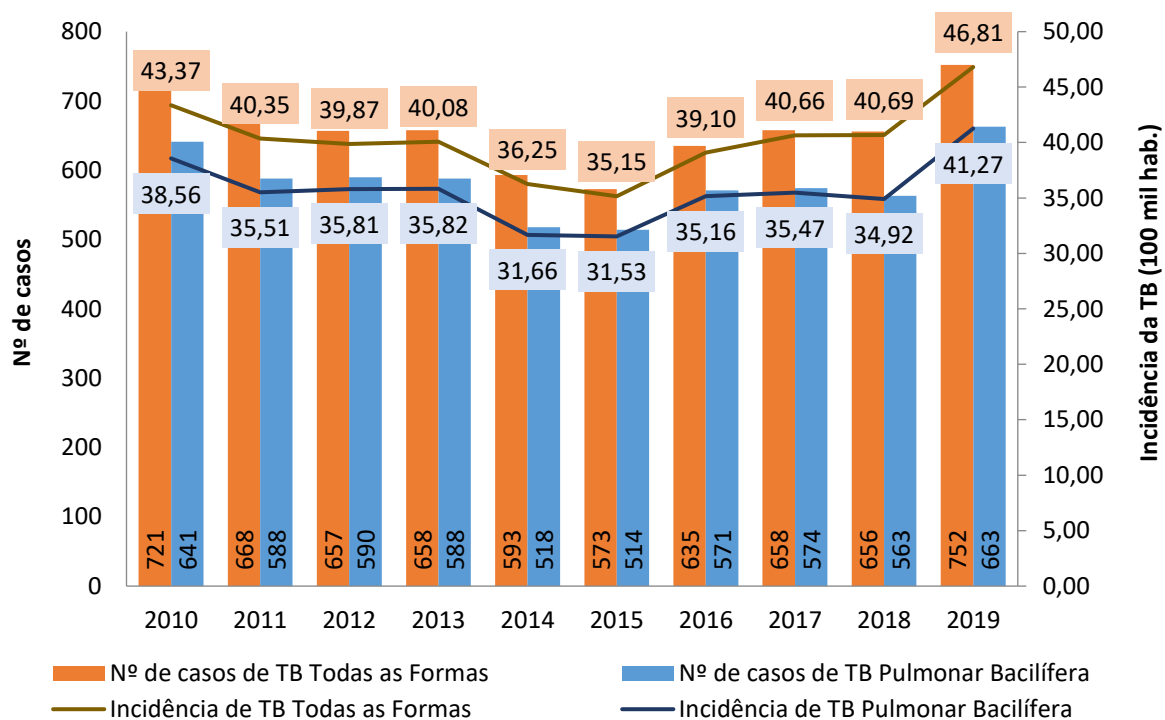
O capítulo I da Classificação Internacional de Doenças (CID) 10, agrupa doenças infecciosas (aquelas cujo agente etiológico pode ser bactérias, vírus, riquetsias, clamídias ou fungos) e, doenças parasitárias (aquelas transmitidas por protozoários, helmintos, artrópodes que atuam como hospedeiros intermediários).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

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

A Resolução CIB/BA nº 018/2021³, define para análise entre as doenças infecciosas indicadores referentes a tuberculose, Aids e HIV, meningites e hepatites bacterianas e virais. Na Macrorregião de Saúde Sul os dados referentes ao número de casos de tuberculose de todas as formas e da forma pulmonar bacilífera, (série histórica 2010-2015), evidenciam no período tendência de queda, percentual, até o ano de 2015, de 20,53% e de 19,81%, respectivamente. Houve redução do Coeficiente de Incidência (CI) para TB de todas as formas de 18,95% e 18,23% para a forma pulmonar bacilífera. Esses resultados podem estar relacionados a melhores condições de vida da população, bem como ao maior acesso aos serviços de saúde. Contudo, a

partir de 2016 até 2019, observa-se tendência de aumento percentual do número de casos para TB de todas as formas de 18,43% e CI de 19,72%; em relação a TB de forma pulmonar bacilífera, o aumento percentual do número de casos foi de 15,75% e CI de 18,18% (Gráfico 4).

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



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

Segundo o PES 2020-2023, na Bahia não houve mudanças significativas na taxa de mortalidade por tuberculose no período 2011-2017³. Nos anos de 2018-2019, manteve-se igual tendência, com taxa de mortalidade de 2,12 e 2,14 por 100 mil habitantes, respectivamente. Na Macrorregião de Saúde Sul, no período 2011-2019, ocorreram oscilações com valores sempre superior aos do estado; chama atenção o ano de 2013, quando a taxa de mortalidade na macrorregião atingiu 4,57 enquanto a da Bahia foi de 2,99 por 100 mil habitantes⁴.

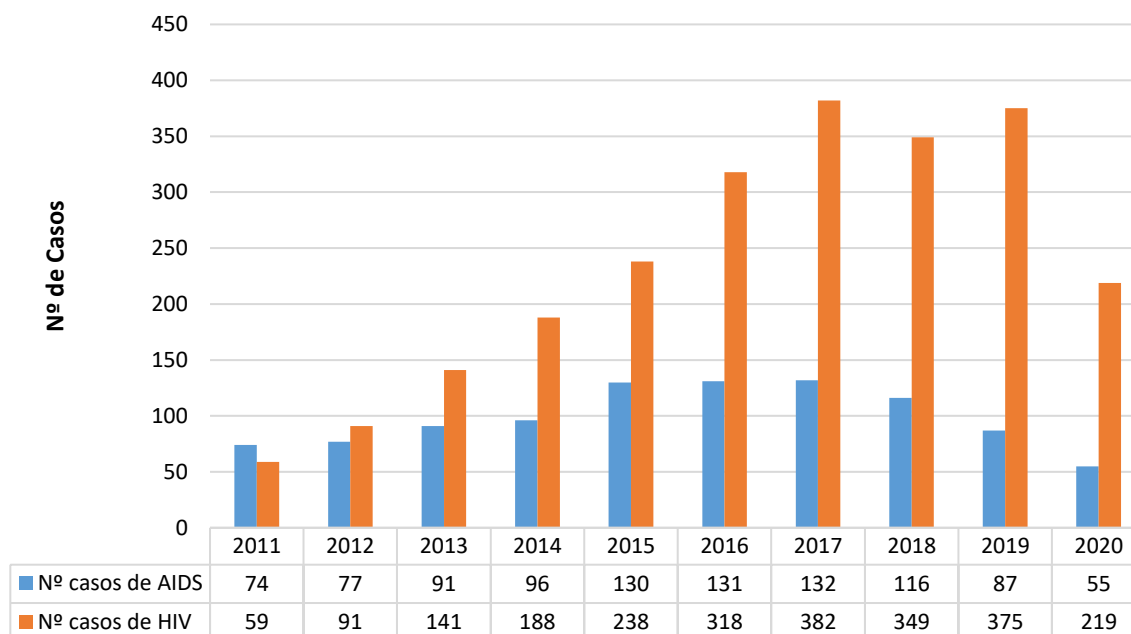
A análise da morbimortalidade por TB tem por objetivo estimar o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose ou morrer da doença, em qualquer de suas formas clínicas. A ocorrência de casos indica a persistência de fatores favoráveis à propagação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Portanto,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

gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da tuberculose em áreas de risco e populações em situação de maior vulnerabilidade e/ou com maior risco de adoecimento por tuberculose, (diagnóstico precoce e tratamento quimioterápico específico).

Relativamente ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), retrovírus que apresenta propriedades como período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença; infecção das células do sangue e do sistema nervoso; e supressão do sistema imune.

A transmissão do vírus é via relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas contaminadas ou por transmissão vertical (TV) – de mãe para criança durante a gravidez, parto e a amamentação – quando não se tomam as devidas medidas de prevenção aplicadas de forma eficaz⁵. Na análise da distribuição dos casos de aids e contaminação pelo HIV, na série histórica, nota-se que na Macrorregião de Saúde Sul houve um aumento entre os anos de 2011-2017. Nesse período, na macrorregião houve oscilação do número de casos de aids - 132 (2017) e 74 (2011) e no número de casos de HIV – 382 (2017) e 59 (2011). (Gráfico 5).

Gráfico 5. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2011-2020*



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

O coeficiente de mortalidade por Aids na Bahia, apresentou uma tendência de estabilidade no período 2011-2020, com pequenas variações por 100 mil habitantes. A macrorregião em foco também apresentou oscilação - o menor valor 3,0 (2012) e o maior valor 6,2 (2018)⁶.

Os indicadores da MRS-Sul sugerem condições favoráveis à transmissão da doença, por via sexual, sanguínea ou por transmissão vertical, o que reflete a situação atual de infecção pelo HIV no período de referência. Avaliar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de Aids, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica, contribui para a orientação e avaliação das ações de controle da doença⁷.

As meningites bacterianas e virais são doenças infecciosas que desenvolvem um processo inflamatório nas membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Embora vários tipos de agentes possam desencadear essa forma de inflamação, os principais são os vírus e as bactérias. No Brasil, a meningite é considerada doença endêmica, ou seja, o número de casos é esperado ao longo de todo o ano, mas com característica de sazonalidade – aumento das formas bacterianas no inverno e das 12 virais no verão. A vacinação é a principal ferramenta na prevenção da doença bacteriana⁸.

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 observa-se na Bahia, decréscimo no CI da doença meningocócica nos anos subsequentes em todas as macrorregiões. Segundo Tabela 1, na Macrorregião de Saúde Sul o decréscimo não foi linear, houve oscilação entre os anos - o menor de 0,12 (2020) e o maior 0,92 (2011) por 100 mil habitantes.

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

Ano Início Sintomas	Viral	Outras Bactérias	Meningocócica	Pneumocócica
2011	0,86	0,61	0,92	0,25
2012	0,68	0,37	0,80	0,06
2013	0,76	0,23	0,41	0,18
2014	0,18	0,12	0,41	0,18
2015	0,41	0,12	0,59	0,12
2016	0,71	0,24	0,30	0,06
2017	0,35	0,30	0,41	0,18
2018	0,31	0,25	0,50	0,43
2019	0,19	0,31	0,31	0,31
2020	0,12	0	0,12	0,06

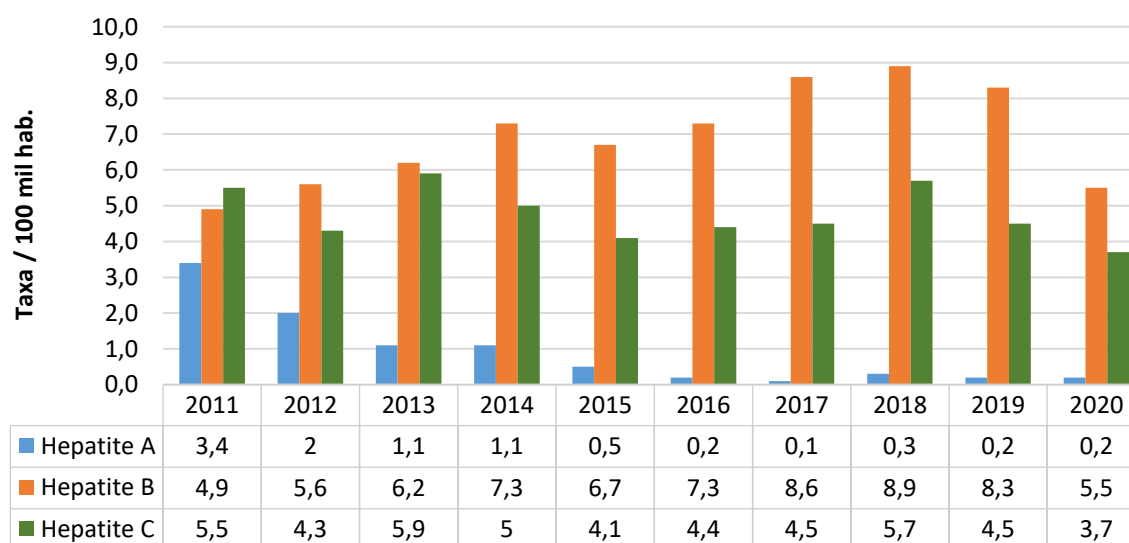
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 19/03/2021, sujeito a alterações.

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

Uma infecção viral que apesar de silenciosa representa grave problema de saúde pública são as hepatites virais. A infecção atinge o fígado e causa alterações leves, 13 moderadas ou graves. No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C e as infecções causadas pelos vírus das hepatites B ou C frequentemente se tornam crônicas⁹.

No período 2011-2020 o estado da Bahia, conforme dados da Diretoria de Vigilância em Saúde, apresentou oscilação na taxa de detecção por 100 mil habitantes referentes aos três tipos de hepatites virais e a Macrorregião de Saúde Sul acompanha a tendência do estado. É expressiva a tendência de queda com relação ao vírus tipo A, sem nenhum caso ou próximo de zero em alguns anos. A disponibilidade da vacina para menores de cinco anos na rede pública de saúde, a melhoria nas condições de higiene da população e no saneamento básico podem justificar a diminuição de casos. Quanto a hepatite B, a taxa oscila; crescente com taxas de 4,9 (2011) e 8,3 (2019) por 100 mil habitantes. Essa tendência pode estar relacionada com maior sensibilidade das vigilâncias epidemiológicas municipais e com a implementação da realização dos testes rápidos na atenção básica. Em relação à hepatite C, introduziram-se novas drogas com menos efeitos colaterais e maior eficácia no ano 2015, ainda assim constata-se oscilação na série histórica analisada, entre 4,1 (2015) e 5,9 (2013) por 100 mil habitantes (Gráfico 6).

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



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

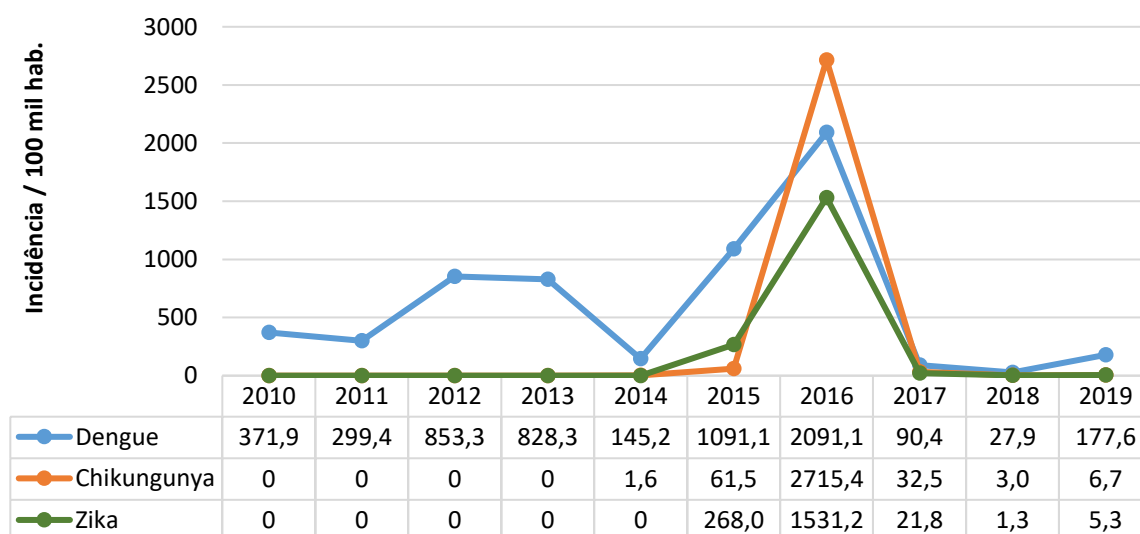
Atualmente, existem testes rápidos disponíveis no SUS para a detecção da infecção pelos vírus “B” ou “C”. Além disso, ainda que a hepatite “B” não tenha cura, a vacina contra essa infecção é ofertada nas maternidades e/ou Unidades Básicas de Saúde (UBS), de maneira universal e gratuita pelo SUS. A hepatite “C” não dispõe de vacina que confira proteção, contudo, há medicamentos que permitem a cura.

As doenças analisadas até o momento ainda são desafios às medidas de prevenção e representam problema de saúde pública. O panorama apresentado evidencia ser impreterível o fortalecimento das ações de prevenção e controle e reforça a necessidade de integração entre as áreas de vigilância epidemiológica e a rede assistencial. Conforme a enfermidade as ações são direcionadas para a imunização das populações, diagnóstico precoce e tratamento, visando interromper a cadeia de transmissão¹⁰⁻¹¹

Dentre as doenças parasitárias estão destacadas as doenças vetoriais de maior magnitude na Bahia: as arboviroses e a leishmaniose visceral.

Os arbovírus (arthropod borne virus) são transmitidos por artrópodes e são assim designados não somente pela sua veiculação, mas principalmente pelo fato de parte de seu ciclo ocorrer em insetos transmitidos aos seres humanos e outros animais pela picada de artrópodes hematófagos. Nos últimos anos os sistemas de saúde, em diferentes países das Américas, têm lidado com doenças emergentes transmitidas por mosquitos vetores, em especial arboviroses como dengue, chikungunya, zika, febre amarela e malária¹². Ao analisar a série histórica, 2010-2019, a incidência da dengue, chikungunya e zika na MRS-Sul, as maiores taxas ocorreram em 2016 (Gráfico 7).

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



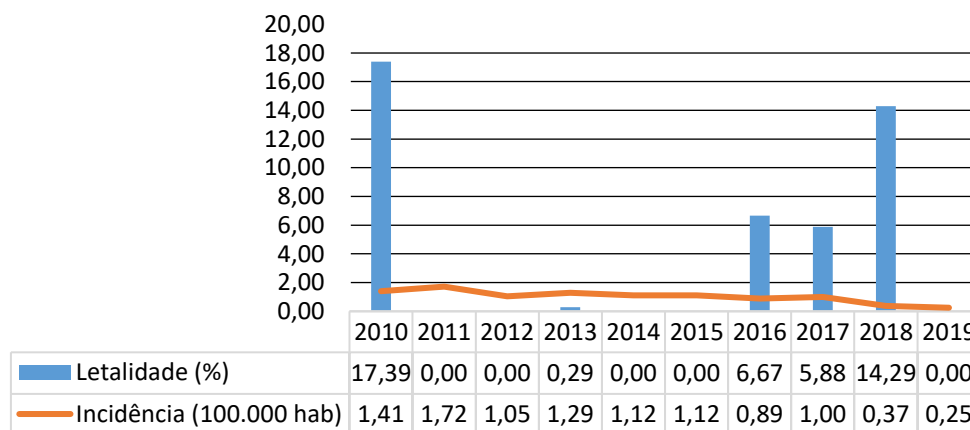
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 09/03/2021, sujeitos a alterações.

Quanto a febre amarela, nos últimos dez anos não houve casos autóctones (transmissão em determinada área) de febre amarela no estado da Bahia, considerado indene, desde 1942. A estimativa de risco deve considerar todos os casos notificados porque mesmo que o doente tenha procedência de outras áreas, a presença do vetor pode desencadear uma epidemia no estado. Considerando o perfil das doenças vetoriais descritas, o que sobressai é que esses agravos decorrem de importantes e constantes ameaças em regiões tropicais causadas pelas rápidas mudanças climáticas, desmatamento, migração populacional, ocupação desordenada de áreas urbanas e precariedade das condições sanitárias, as quais favorecem a amplificação e transmissão viral. É de fundamental importância a identificação precoce dos casos para a tomada de decisões e para a oportuna implementação de medidas preventivas, propeidêuticas e terapêuticas. Campanhas de educação sanitária precisam ser constantes e a vigilância deve ser reforçada como parte de programas eficazes de controle das doenças em humanos e animais domésticos, além da essencial minimização de vetores¹³

Outra doença vetorial é a leishmaniose visceral, conhecida como calazar, esplenomegalia tropical e “febre dundum”. Infeciosa, mas não contagiosa, é transmitida para humanos por meio do cão infectado e da presença do vetor e não existe transmissão entre pessoas.¹⁴ Na Bahia a endemicidade está em expansão.

Ao analisar dados da série histórica 2010-2018 o número de casos e incidência é significativa: presente em 191 dos 417 municípios baianos, o agravo apresenta comportamento cíclico e tendência de redução de número de casos.² As maiores incidências foram 3,4 casos por 100 mil habitantes em 2014 e 3 casos por 100 mil habitantes, em 2010.⁹ Na MRS-Sul a variação do CI foi de 1,41 e 0,25 casos por 100 mil habitantes no período 2010-2019, com alta letalidade nos anos de 2010, 2016, 2017 e 2018 (Gráfico 8).

Gráfico 8. Coeficiente de incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leishmaniose visceral. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2010-2019*



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

Atualmente as principais doenças vetoriais sujeitas a controle são: dengue, chikungunya zika, malária, leishmanioses, doença de chagas e febre amarela. Medidas de controle vetorial não são utilizadas em todos os programas de controle de doenças transmitidas por vetores; apenas nos programas de controle da dengue chikungunya e zika, e na prevenção da febre amarela urbana, da malária, da doença de chagas, da peste e da leishmaniose visceral – eventualmente da leishmaniose tegumentar americana. Na análise das perspectivas atuais de controle das doenças vetoriais no Brasil, é importante considerar três aspectos: a urbanização da população, a transformação do caráter eminentemente rural dessas doenças em concomitante transmissão urbana ou periurbana e a descentralização das atividades de controle para 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.

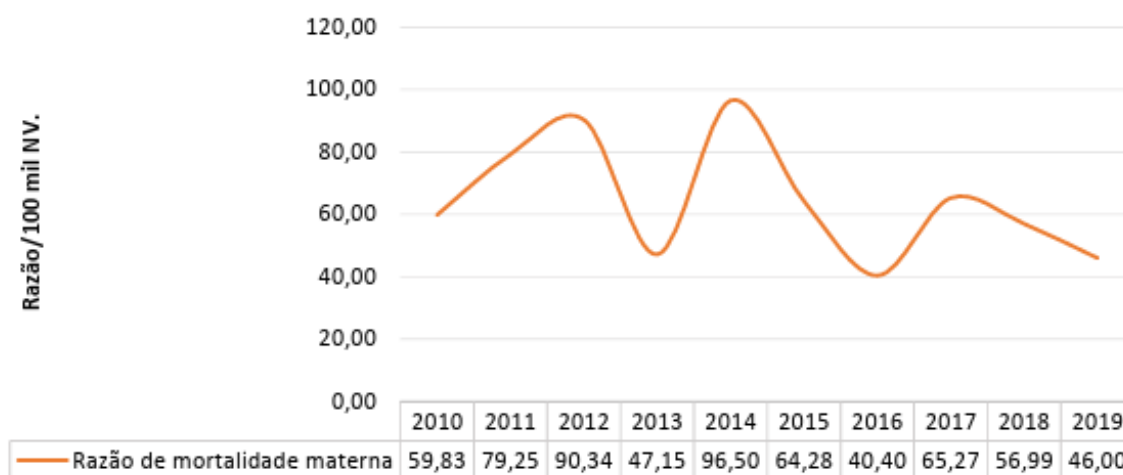
A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação, parto ou no período de 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada com a gravidez, não incluídas causas acidentais ou incidentais¹⁷. Porém, nem todo óbito materno é registrado corretamente no Sistema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

A redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um dos principais indicadores da qualidade da atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo.

O Brasil conseguiu reduzir a RMM em 8,4% entre 2017 e 2018¹⁸, apresentando nesse ano a razão de 59,10 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. A Bahia apresentou redução similar à do país e atingiu o número 51,12 de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos em 2019. Na curva da RMM da macrorregião, no período 2010-2019, observa-se oscilação entre 96,50 (2014) e 40,40 (2016) óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Somente em 2019

a macrorregião ficou abaixo da Bahia, com 46,00 e em 2018 do Brasil, com 56,99 (Gráfico 9). Vale salientar que, ainda está aquém do esperado, considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como aceitável até 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

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

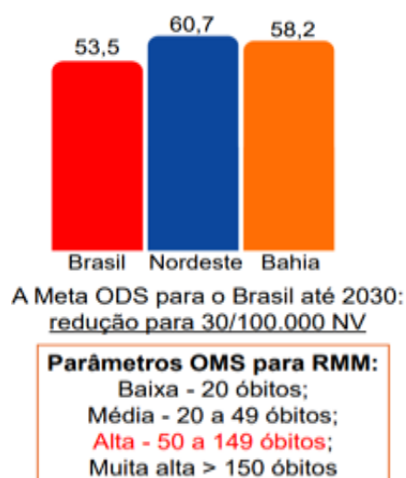


Fonte: SIM e Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 16/03/2021, sujeito a alterações.

Nos últimos anos a Razão de Mortalidade Materna (RMM) tem sido uma das prioridades do SUS, a refletir o seu reconhecimento como problema social e político.

Na Bahia, o Decreto nº 10.263/2007 incluiu o óbito materno entre os eventos de notificação compulsória e investigação imediata. Segundo a OMS, a RMM e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é uma relação a ser considerada no desenvolvimento de políticas e programas de atenção materna e infantil (Figura 2).

Figura 2. Razão de Mortalidade Materna, segundo parâmetros da OMS. Bahia, 2024.

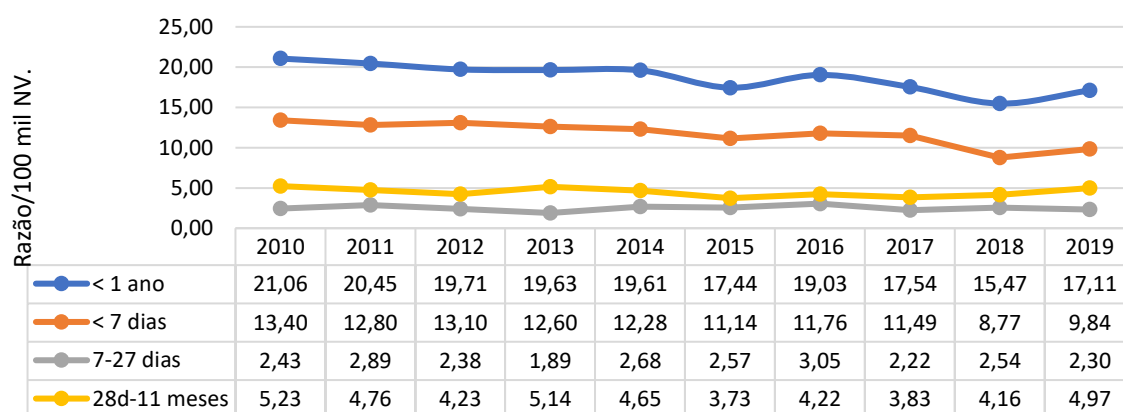


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINASC; MS/SVS/CGIAE/SINASC – Acesso em 05/09/24. * Dados Preliminares

Em relação à saúde da criança, a taxa de mortalidade infantil é o indicador de maior representatividade estatística para os óbitos de crianças de até 12 (doze) meses por mil nascidos vivos no período de um ano. Na Macrorregião de Saúde Sul, para cada mil nascimentos, a taxa de mortalidade infantil teve redução de 21,06 (2010) para 17,11 (2019). A OMS, o considera aceitável o índice de 10 (dez) mortes para cada mil nascimentos (Gráfico 10).¹⁹

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 um maior decréscimo, de 26,57%, no período neonatal precoce (< 7 dias de vida) e indicam fragilidades na qualidade da atenção ao parto e ao recém-nascido. A mortalidade no período neonatal tardio (7-27 dias) manteve taxas estabilizadas. O componente pós neonatal (28d-11 meses) apresentou redução de 5,23 (2010) e 4,97 (2019); 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 10).

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



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

Quando os óbitos infantis em menores de 01 (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.

Ao tratar do 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.

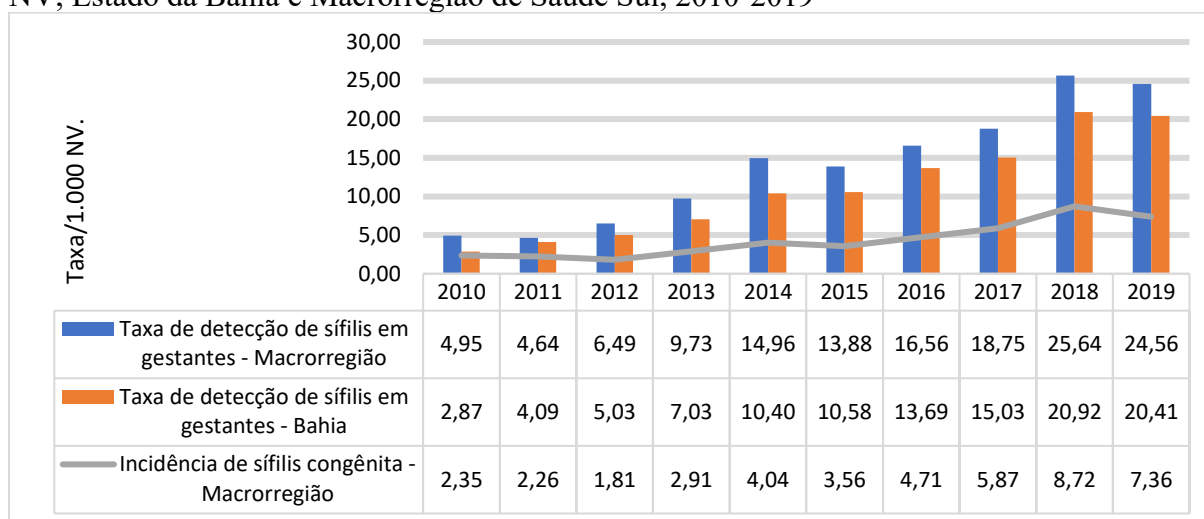
A eliminação da sífilis é considerada prioridade para os órgãos nacionais e organismos internacionais. Para certificar o país na condição de eliminação da transmissão vertical da sífilis, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) considera, como parâmetro, a taxa de incidência da sífilis congênita menor ou igual a 0,5 casos para cada mil nascidos vivos por três anos consecutivos.

Por ser uma doença evitável, a sífilis congênita mostra a necessidade de avaliação dos processos de atenção à saúde da população e das gestantes. Importante evidenciar que o diagnóstico precoce e tratamento oportuno e adequado da população geral diminuem, de forma considerável, a probabilidade da mulher estar com sífilis ao engravidar²⁰.

A ocorrência de sífilis tanto em gestantes como em recém-nascidos revela falhas dos serviços de saúde, particularmente, da atenção ao pré-natal, uma vez que diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença²⁰. Na gestação, a sífilis pode causar abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido. Para se eliminar a sífilis congênita é importante diagnosticar precocemente e tratar a gestante e parcerias sexuais oportunamente e adequadamente²⁰.

Os dados demonstram crescimento expressivo na taxa de detecção da sífilis na Bahia no período 2010-2019. A MRS-Sul apresentou o mesmo comportamento, mas com taxas superiores, e passou de 4,95 para 24,56 por mil nascidos vivos²¹. Apesar de ter aumentado o diagnóstico da gestante, a incidência de sífilis congênita na macrorregião é considerada elevada e mostra que houve falha no pré-natal (Gráfico 11). Alguns aspectos como detecção precoce da gestante, tratamento oportuno e adequado da gestante e suas parcerias sexuais são aspectos que merecem atenção no processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). A detecção tardia da sífilis na gestante pode estar relacionada ao tratamento em tempo ou de forma não adequada.

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



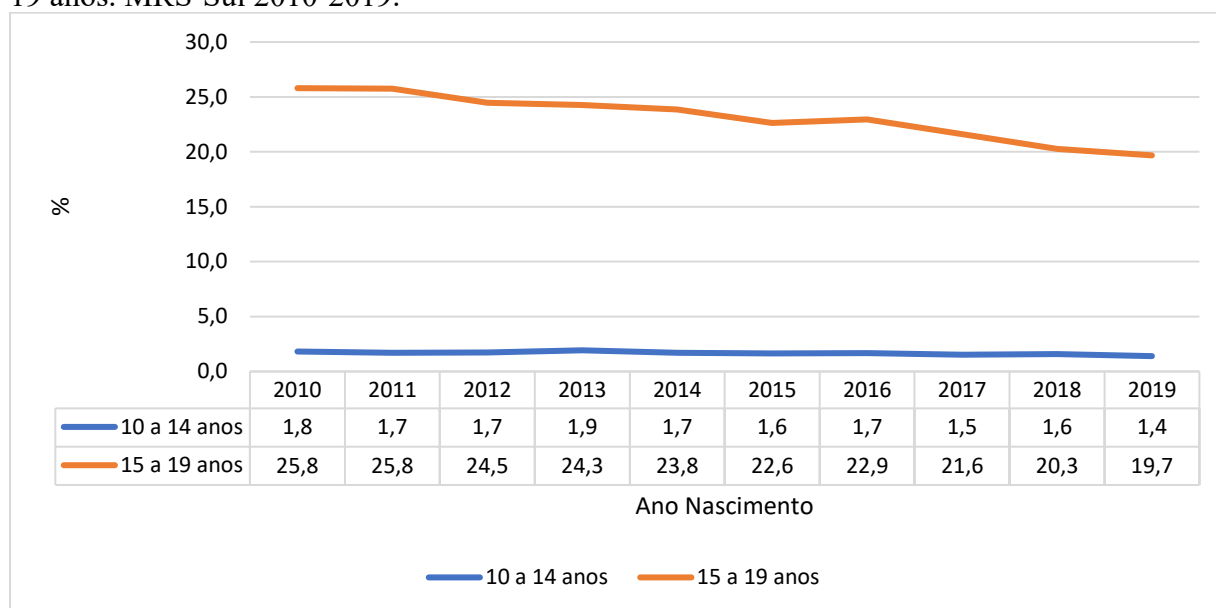
Fonte: Sinan e Sinasc, Divep/Suvisa/Sesab,2021.*Dados coletados em 16/03/2021, sujeito a alterações.

A Atenção Materna e Infantil estava contemplada nos 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.

Com relação a gravidez na adolescência na MRS-Sul, gráfico apresenta a evolução da taxa de gravidez na adolescência na macrorregião Sul da Bahia entre os anos de 2010 e 2019, dividida em dois grupos etários: 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. A taxa permanece relativamente estável e baixa durante todo o período, inferior a 2,0 por mil. A faixa etária de 15 a 19 anos, apresenta valores significativamente mais altos, iniciando o período em torno de 25 por mil em 2010, mostrando uma tendência de queda contínua ao longo da série histórica (Gráfico 12).

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



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

3.3 Neoplasias

As neoplasias estão agrupadas no capítulo II da CID 10. A doença apresenta-se em vários órgãos do corpo humano nas formas benignas ou malignas. Ao contrário do câncer, que é neoplasia maligna, as neoplasias benignas têm crescimento de forma organizada, em geral lento, e apresenta limites bem nítidos²².

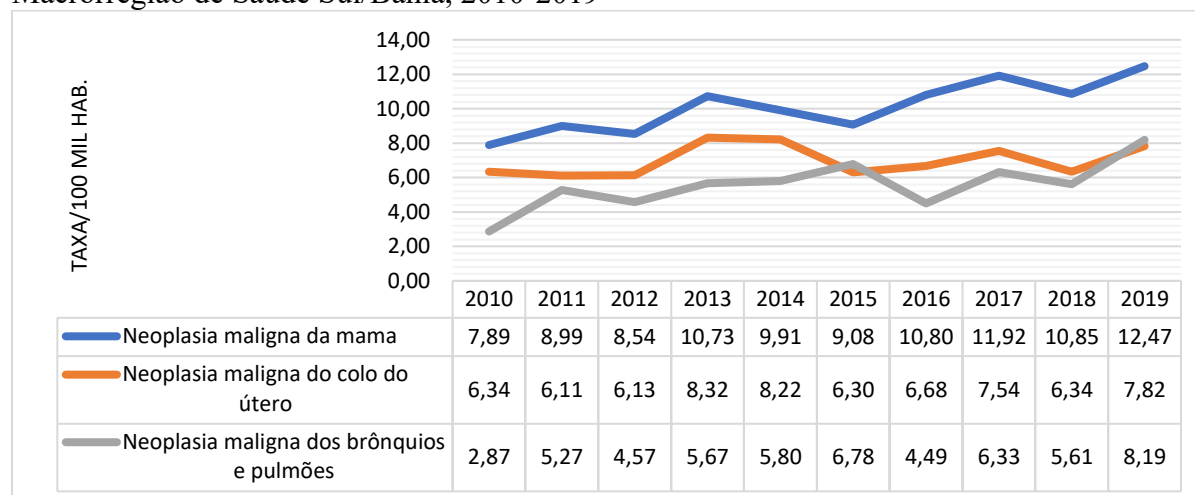
Na Bahia, as neoplasias oscilaram entre o quarto e terceiro maior grupo de causas de morte no estado, no período 2010-2017, e contribuíram com 13,20% do total de mortes³. Na Macrorregião de Saúde Sul esse grupo localiza-se em terceiro lugar, no período 2010-2018; no ano de 2019 destaca-se como o quarto maior grupo, e corresponde a 12,31% dos óbitos²².

No Brasil as mortes do sexo feminino por neoplasias apresentam o câncer de mama com causa mais frequente²², mesma situação encontrada na Macrorregião de Saúde Sul quando se analisa a série histórica 2010-2019, cuja taxa de óbitos evolui de 7,89 para 12,47 por 100 mil mulheres. A segunda principal causa de morte foi o câncer do colo do útero e a terceira foi o câncer dos brônquios e pulmões, com exceção dos anos de 2015 e 2019, nos quais essas duas causas alternam a posição (Gráfico 13).

O câncer do colo do útero, também muito prevalente na macrorregião, apresenta a taxa de 7,82 por 100 mil mulheres em 2019 e demonstra a necessidade de rastreamento por meio da realização do exame citopatológico do colo do útero (Gráfico 13).

O câncer dos brônquios e pulmões também apresenta crescimento significativo e alcança a taxa 8,19 por 100 mil mulheres no ano 2019. Também é um dos mais frequentes óbito por neoplasia em mulheres; o uso do tabaco é o mais importante desencadeador da doença (Gráfico 13).

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



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

A MRS-Sul, assim como todo o Estado, utiliza os dados de metas alcançadas da vacinação para HPV e dos indicadores da Pactuação Interfederativa (Indicador 11: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária; e o Indicador 12: Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população da mesma faixa etária)²³ para auxiliar o monitoramento e avaliação da situação de atenção à saúde das mulheres e ações de prevenção do câncer.

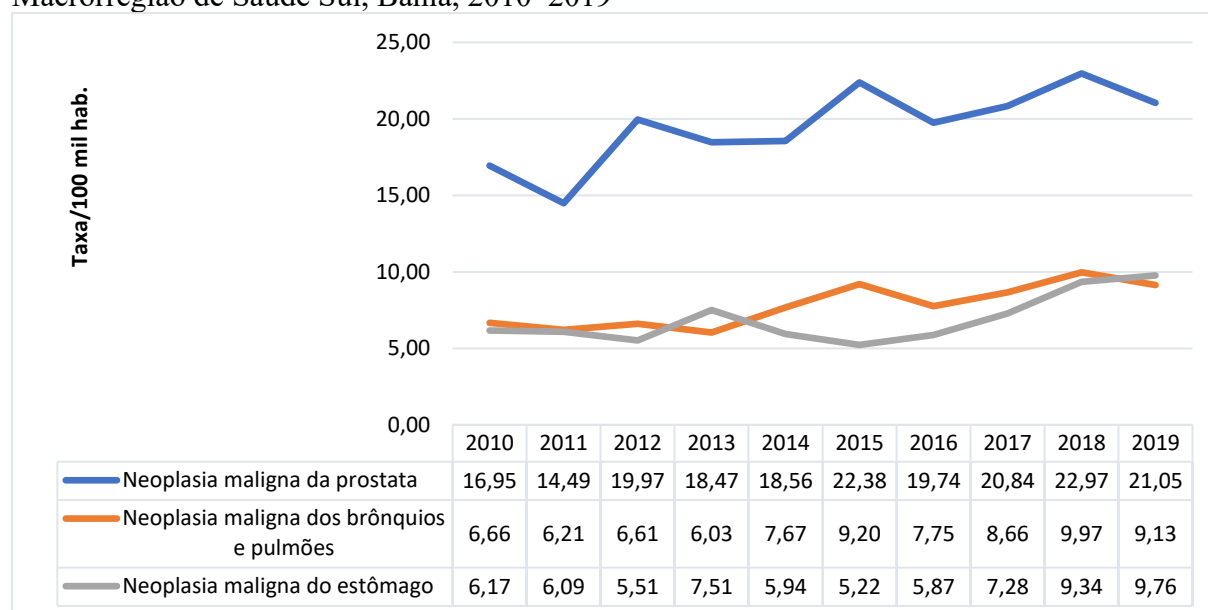
A maior frequência da taxa de mortalidade por câncer de mama evidencia a necessidade de ações voltadas para a detecção precoce desse tipo de neoplasia. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado²⁴.

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

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

alternaram entre o câncer dos brônquios e pulmões e o câncer do estômago; o câncer dos brônquios assume o 2º lugar nos anos de 2014-2018. (Gráfico 14).

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



Fonte: SIM, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados coletados em 10/05/2021, sujeito 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 preveníveis por meio de detecção precoce, hábitos saudáveis ao longo da vida com relação ao uso de tabagismo, consumo de álcool, alimentação saudável e exercícios físicos regulares evitando o sedentarismo.

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

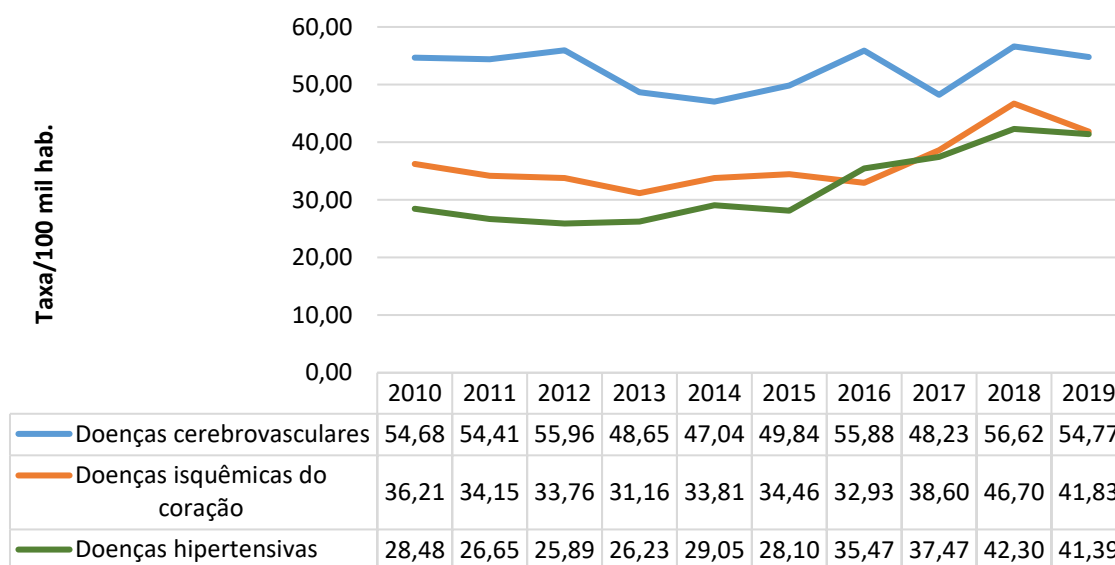
3.4 Doenças do aparelho circulatório

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

fatores comportamentais de risco (tabagismo, sedentarismo, alimentação não saudável e consumo abusivo de álcool) merecem destaque. As pessoas obesas apresentam maior probabilidade 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 Macrorregião de Saúde Sul, correspondem também ao primeiro grupo de causas de óbito e representam 23,74% do total de mortes no período 2010-2019. Na macrorregião em foco, no período analisado, as doenças cerebrovasculares (DCbV) apresentam o maior risco de morte da população e têm mantido a estabilidade de óbitos na última década. As doenças isquêmicas do coração (DIC) representam a segunda causa de morte da população, cujas taxas variam entre 31,16 e 46,70 por 100 mil habitantes; dessas, o infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa específica destas mortes e responsável por 88,76% dos óbitos²⁶. As doenças hipertensivas foram a terceira causa de morte na população da macrorregião e passaram de 28,48 para 41,39 por 100 mil habitantes (Gráfico 15).

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



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

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

cardiovascular, em que 69% das pessoas com o primeiro IAM têm HAS e essa é também a segunda causa de doença renal crônica.²⁵

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

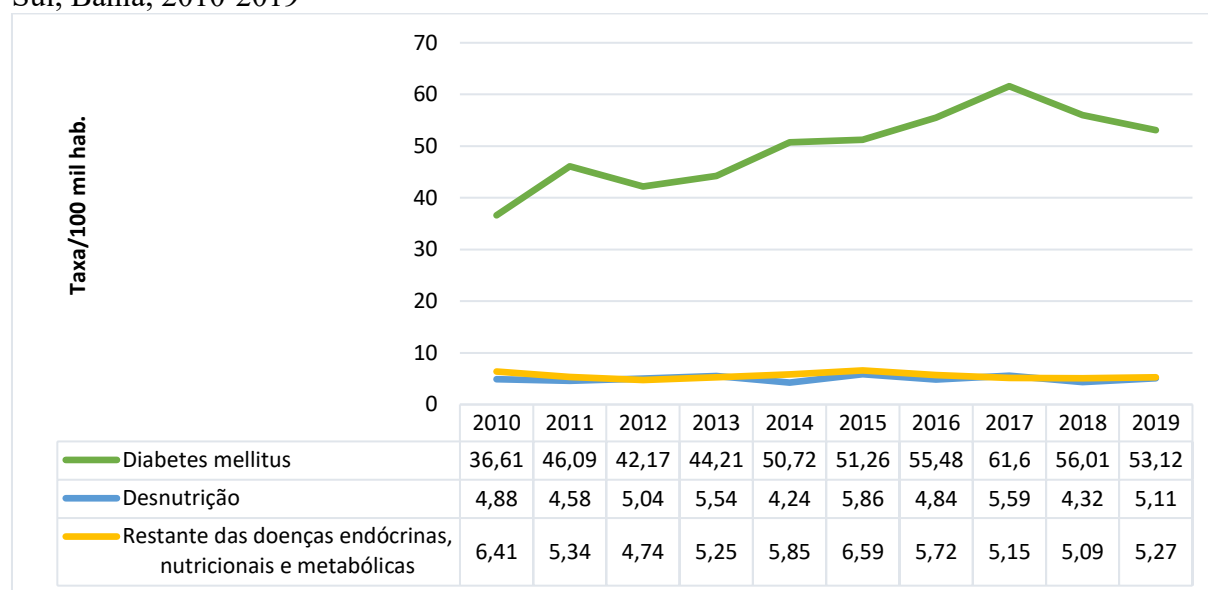
A APS mais próxima da comunidade serve como primeira referência nas situações de saúde e doença. Sua proposta deve extrapolar os limites da Unidade Básica de Saúde por meio da interação com a comunidade e desenvolver estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças e ações intersetoriais. Estratégias 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 clínico²⁶.

3.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DENM), capítulo IV, CID 10, são aquelas relacionadas com a produção de hormônios (diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, osteoporose e outros agravos) e vários fatores estão na sua origem. As DENM representaram, no ano de 2019, o sexto maior grupo de causas de mortalidade na população brasileira e no Estado da Bahia e, na MRS-Sul foi o quinto grupo de causas de óbitos, para este mesmo ano²¹.

Na série histórica referente às mortes prematuras (30-69 anos) dessa macrorregião verifica-se crescimento entre 47,9 e 63,5 óbitos por 100 mil habitantes no período 2010-2019. Ao desagregar pelas principais doenças deste grupo a *Diabetes mellitus* (DM) é a principal causa de óbito com oscilação e tendência de crescimento entre 36,61 e 53,12 óbitos por 100 mil habitantes no mesmo período. A segunda e terceira causas oscilam entre desnutrição e restante doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Gráfico 16).

Gráfico 16. Taxa de mortalidade na faixa etária de 30-69 anos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por 100 mil hab. na mesma faixa etária. Macrorregional de Saúde Sul, Bahia, 2010-2019*



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

De acordo com a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV), além de ser a primeira causa de mortalidade prematura, a diabetes é a maior causa de amputação dos membros inferiores e de cegueira e a segunda maior causa de insuficiência renal no mundo. Considerando-se que esses três quadros de gravidade são passíveis de prevenção com diagnóstico e tratamento precoce, destacamos que a incidência de ulceração é de 25% nos pacientes diabéticos, em razão do pé diabético, e 85% dessas precedem as amputações.

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)²⁶. Na MRS-Sul, no mesmo período, foram realizadas 25.676 internações hospitalares por complicações do Diabetes Mellitus (DM)²⁶ das quais 632 foram cirurgias de amputação de amputações/desarticulações (membros inferiores; pé e tarso; e dedo) e revisões cirúrgicas de coto de amputações (membros inferiores, exceto dedos do pé). É

importante salientar que ocorreram 88 amputações/desarticulações de pé e tarso, o que representa 13,92% 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 Sul, Bahia, 2010-2019*

Procedimento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Amputações/ Desarticulações e Revisões cirúrgicas de coto de amputações	26	58	60	46	80	79	98	95	46	44	632
Amputação / Desarticulação de pé e tarso	5	14	3	8	7	7	15	12	7	10	88

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

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

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

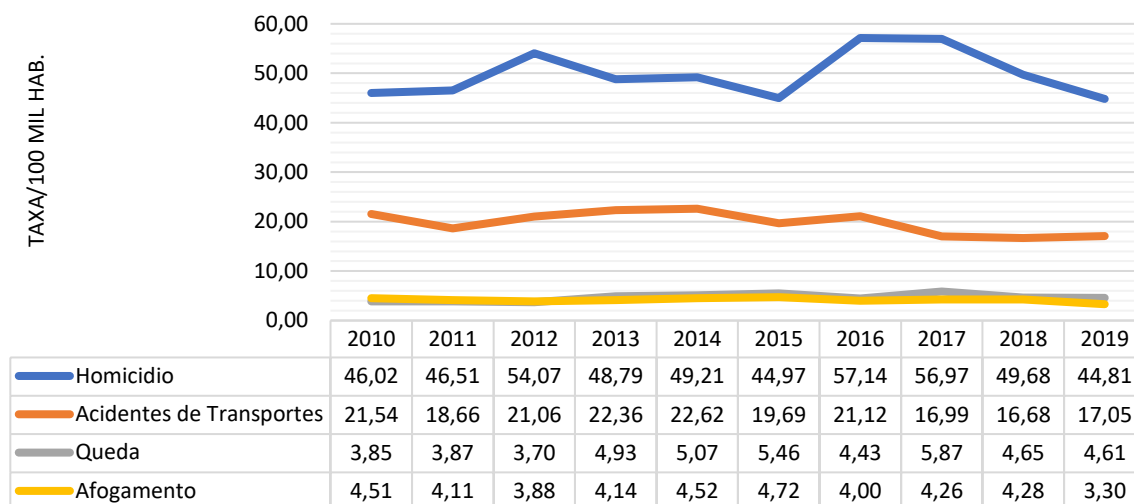
3.6 Morbimortalidade por causas externas

As causas externas (Capítulo XX, CID 10)¹⁶ 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 incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação).

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 homicídios, acidentes de transporte, queda e suicídio.¹⁷ A MRS – Sul apresenta como o terceiro grupo de causas no mesmo período. Nos anos 2018 e 2019, ocorre oscilações ficando no segundo e quarto lugar,

respectivamente. Na desagregação, a macrorregião apresenta uma situação similar à do estado e os dois principais grupos de causas de óbitos são homicídio e acidente de transporte. No período 2010-2019, a queda e o afogamento alternam como terceiro e quarto grupo de causas, (Gráfico 17).

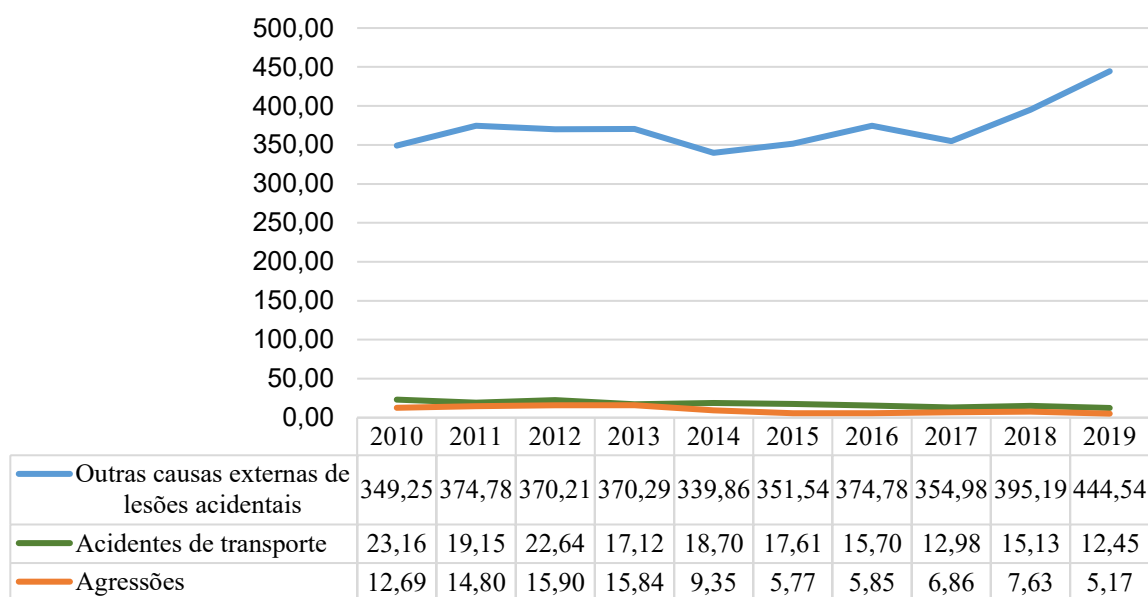
Gráfico 17. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2010-2019*



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

Com relação à taxa de internação por causas externas, observa-se que a maior taxa está no grande grupo de causas denominado outras causas externas de lesões acidentais; quando da desagregação, predominam nesse grupo as internações por queda¹⁷. As demais internações se alternam entre os grandes grupos acidentes de transporte e agressões (Gráfico 18).

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



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

A análise da contribuição dos tipos de acidentes de trânsito revela que os acidentes com motociclistas representam mais de 32,30% de internações por acidente de transporte.

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

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

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 importantes para o enfrentamento do número crescente de acidentes de trânsito, com especial atenção para os motociclísticos, 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.

Os indicadores revelam o estado de saúde da MRS-Sul e poderão ser objeto de análises mais aprofundadas, por meio dos Planos Municipais de Saúde e outros instrumentos de gestão, que poderão subsidiar gestores e profissionais de saúde na análise de situação de saúde e no gerenciamento das informações para melhor desempenho das atividades e contribuir com as próximas etapas do processo do PRI: discussão da RAS e da governança nos territórios macrorregionais; programação dos recursos e investimentos.

3.7 Atualização do Estado de saúde

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

Considerando que a análise inicial contemplou indicadores numa série histórica de 2010 a 2019, 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

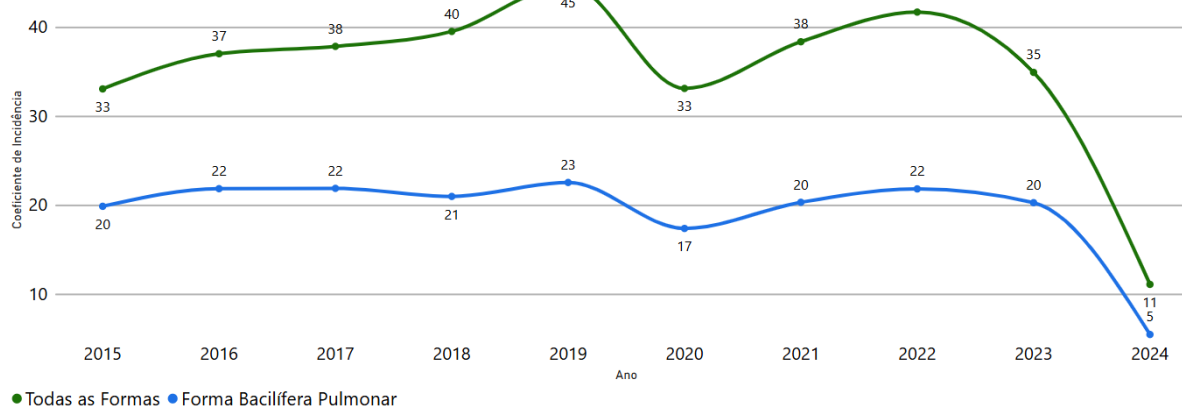
o de 2024 como a coleta foi de janeiro/2025 alguns bancos ainda estavam com dados preliminares.

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

3.7.1 Doenças infecciosas e parasitárias

Nesta área temática foram mantidos os indicadores da análise inicial ocorrendo apenas a atualização para os anos 2020-2024. No que se refere ao coeficiente de incidência de tuberculose de todas as formas e da forma bacilífera pulmonar (série histórica 2015-2024) evidenciam tendência de oscilações ao longo dos anos. Em relação ao coeficiente de todas as formas a menor taxa alcançada foi de 11% em 2024, já a maior taxa foi de 33% em 2015. Já a incidência por forma bacilífera pulmonar a menor taxa foi de 5% em 2024 e a maior taxa foi de 20% em 2015. Importante ressaltar que a queda registrada em 2020 e 2021 ocorreu em decorrência do isolamento sanitário necessário frente a pandemia da covid-19. Já a queda das taxas de incidência a partir de 2023 podem estar relacionados a melhores condições de vida da população, bem como ao maior acesso aos serviços de saúde, como apresentado no Gráfico 19.

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

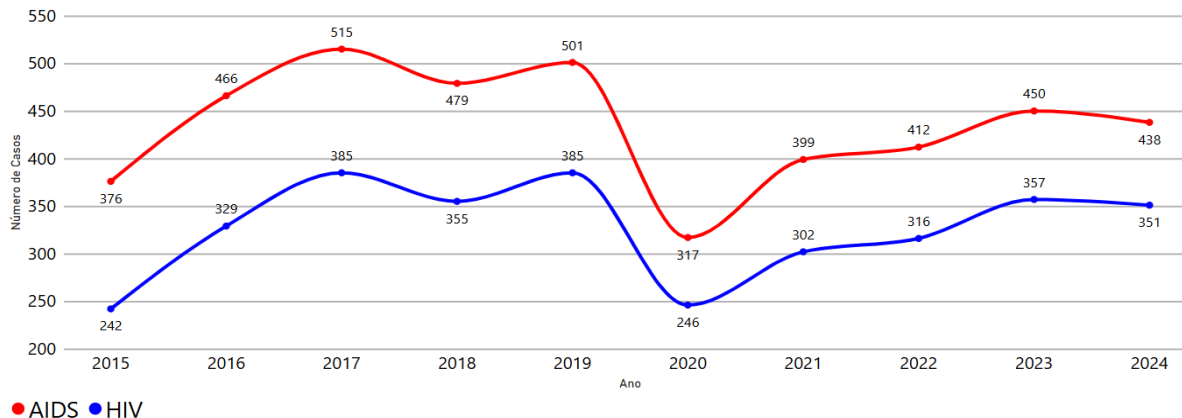


Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Na análise do número de casos de aids e contaminação pelo HIV (Gráfico 20), nota-se com atualização dos dados no ano de 2020 os números de casos subiram para 438 e 351 respectivamente mantendo uma tendência de aumento nos anos subsequentes. Sobre o ano de 2024 segue o mesmo raciocínio do gráfico anterior por se tratar de dados preliminares. A

diminuição no número de casos de ambas as formas em 2020, pode estar atrelada pela baixa notificação e pela diminuição da procura dos serviços de saúde, em decorrência do isolamento sanitário necessário frente a pandemia da covid-19.

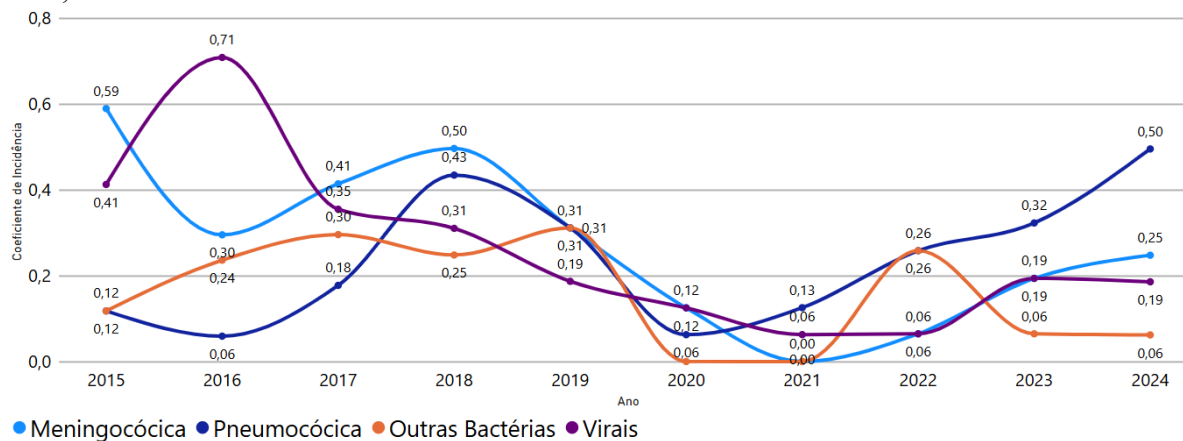
Gráfico 20. Número de casos de Aids e HIV. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024



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

O coeficiente de incidência (CI) da meningite pneumocócica, a partir de 2020, passou a apresentar crescimento contínuo, enquanto os demais tipos mostraram queda até 2021. A partir desse ano, observa-se um aumento nos casos de meningite por outras bactérias, que se mantém até 2022, seguido de redução nos anos posteriores. Já a meningite meningocócica, após queda inicial, apresenta tendência de crescimento a partir de 2021, alcançando seu maior valor em 2024. As meningites virais também apresentam aumento a partir de 2021, embora com variações ao longo do período, mantendo patamares distintos em determinados anos (Gráfico 21).

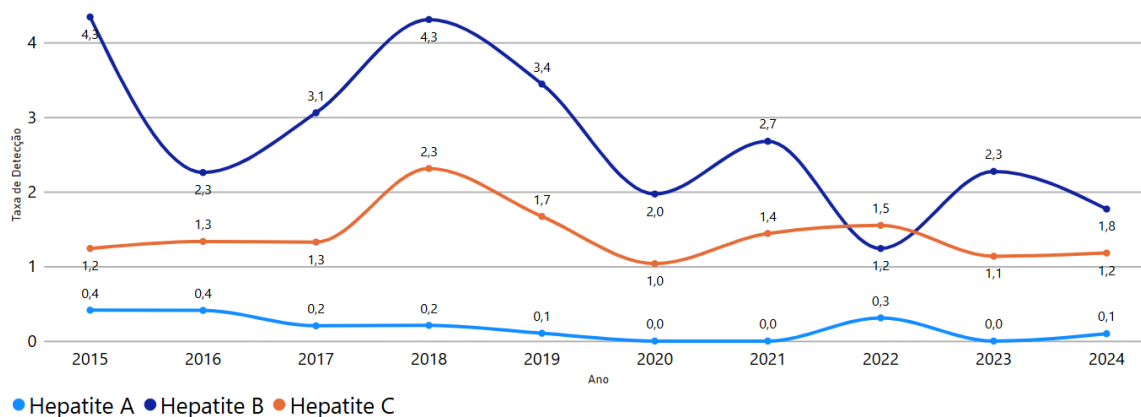
Gráfico 21. Coeficiente de incidência das meningites bacterianas (meningocócica e pneumocócica e outras bactérias) e virais, por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024



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

Com relação as hepatites virais tipo “A”, manteve a taxa 0 apresentada em 2020 até 2024 com exceção do ano de 2022 que apresenta a taxa de detecção (0,3 por 100 mil habitantes). Quanto a hepatite “B”, a partir de 2020 as maiores taxas correspondem aos anos de 2021 (2,7 por 100 mil habitantes) e 2023 (2,3 por 100 mil habitantes). Em relação a hepatite C, a maior taxa ocorre em 2022 (1,5 casos por 100 mil habitantes (Gráfico 22).

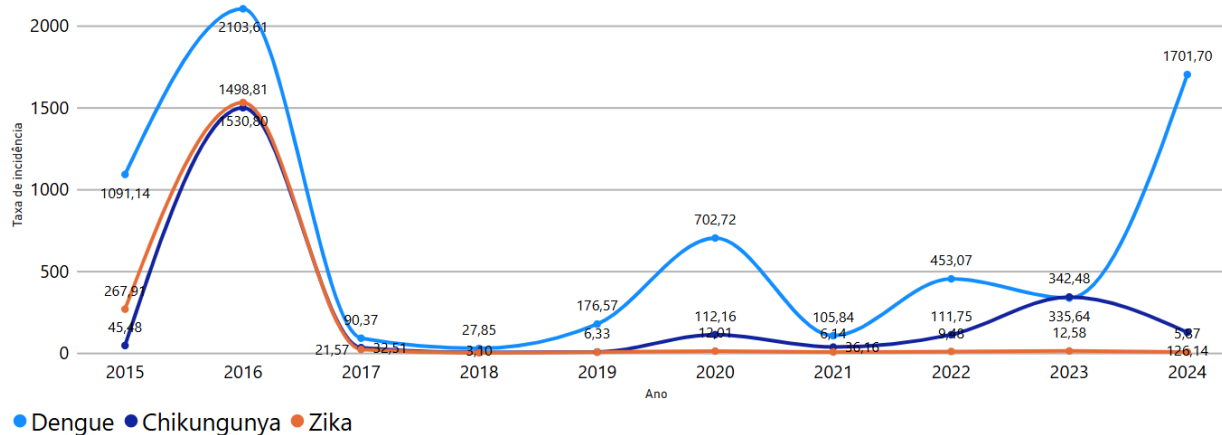
Gráfico 22. Taxa de detecção de hepatite segundo agente etiológico por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024.



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

A partir de 2020, ao analisar as arboviroses, observa-se que as maiores incidências de dengue ocorreram nos anos de 2022 e 2024, com destaque para o acentuado crescimento a partir de 2023. Em relação à chikungunya, houve um aumento progressivo até 2023, seguido de queda a partir desse mesmo ano. Já os casos de zika mantiveram-se relativamente estáveis ao longo do período, sem variações significativas na incidência (Gráfico 23).

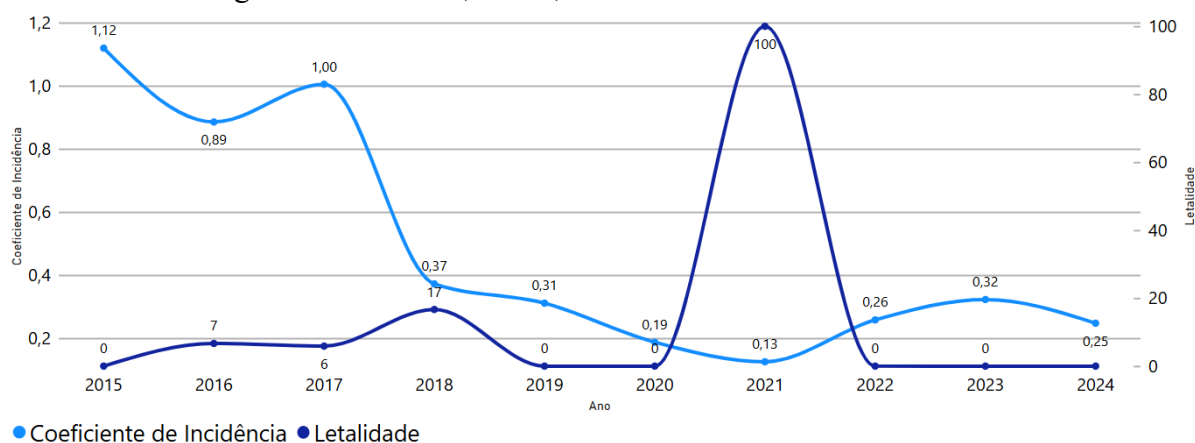
Gráfico 23. Taxa de incidência de dengue, Chikungunya e Zika por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024



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

Com relação à leishmaniose visceral, doença que apresenta padrão cíclico de incidência, observa-se que, no período de 2020 a 2024, os maiores coeficientes de incidência ocorreram nos anos de 2022 e 2023. Em relação à letalidade, houve um aumento expressivo em 2020, seguido de queda nos anos subsequentes. Destaca-se que, para o ano de 2024, a análise deve ser feita com cautela, uma vez que os dados ainda são preliminares (Gráfico 24).

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



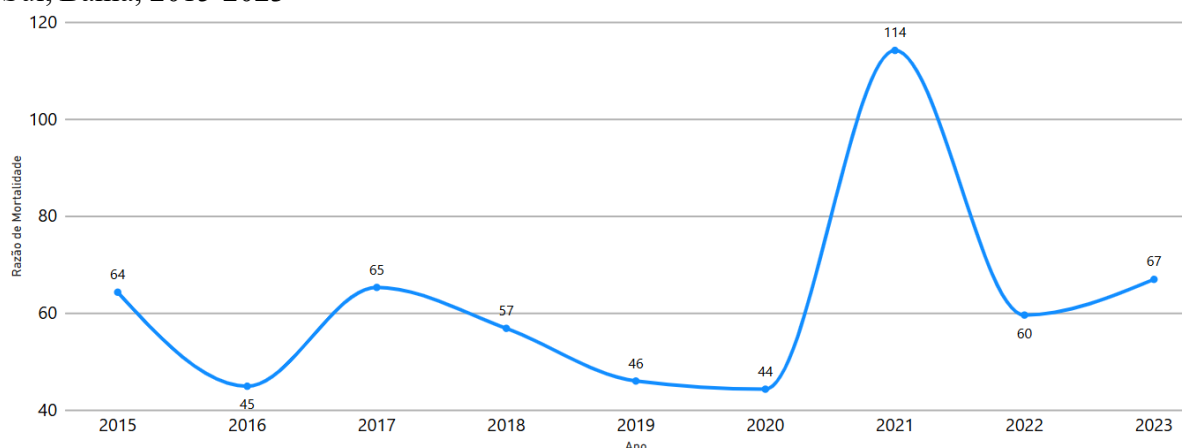
Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 25/01/2025, sujeitos a alterações.

3.7.2 Atenção à saúde materna e infantil

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

A razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos apresentou a menor taxa, em 2020 (44/100 mil NV), enquanto a maior taxa ocorreu em 2021 (114 por 100 mil nascidos vivos), possivelmente influenciada pela pandemia de COVID-19. Em todos os anos da série, este indicador está aquém do padrão aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (Gráfico 25).

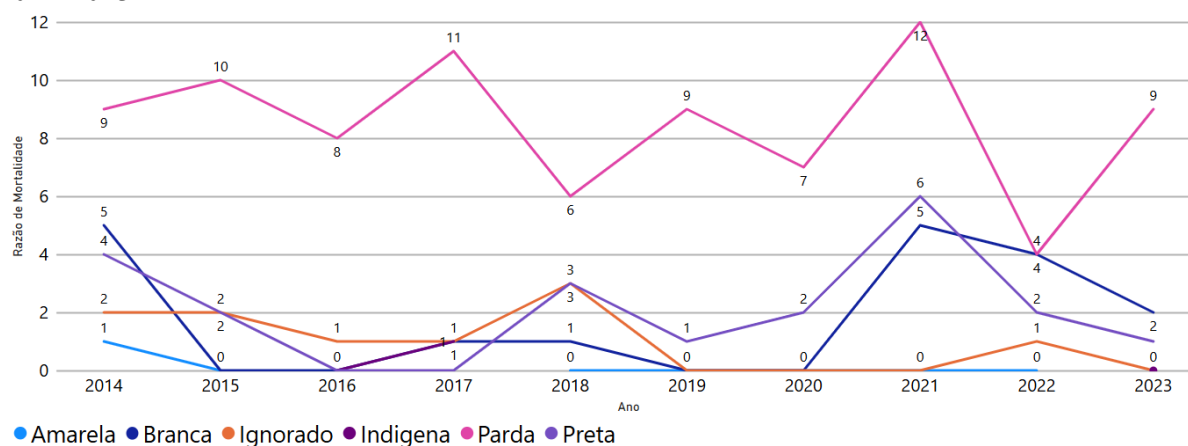
Gráfico 25. Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2023



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

As Nações Unidas que apoiam os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no Brasil definiram que o aceitável é alcançar 30 óbitos por 100 mil Nascidos Vivos. Na Bahia a RMM de mulheres pretas e pardas é 55,78 (2023). Na MRS-Sul o total de mulheres pardas e negras foi de 13 (2014) apresentando redução para 11 (2023), porém destaca-se o pico em 2021 que pode ser relacionado a pandemia por Covid-19 (Gráfico 26).

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

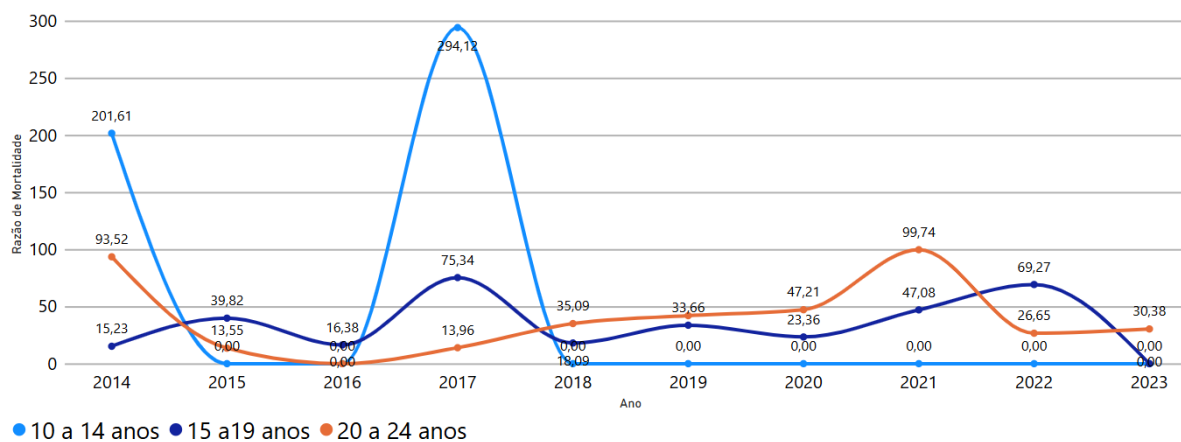


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Segundo dados do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS) a mortalidade materna é mais frequente em gestantes adolescentes (< 20). As principais causas incluem hemorragias, hipertensão gestacional, infecções e complicações do parto. Quando observada a razão da mortalidade materna por faixa etária (Gráfico 27) observa-se um maior

número de mortalidade na faixa etária de 15 a 19 anos e 20 a 24 anos, se alternando no período de 2014-2017, a partir de 2021 a faixa etária de 20 a 24 anos assume a maior razão (112,05).

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

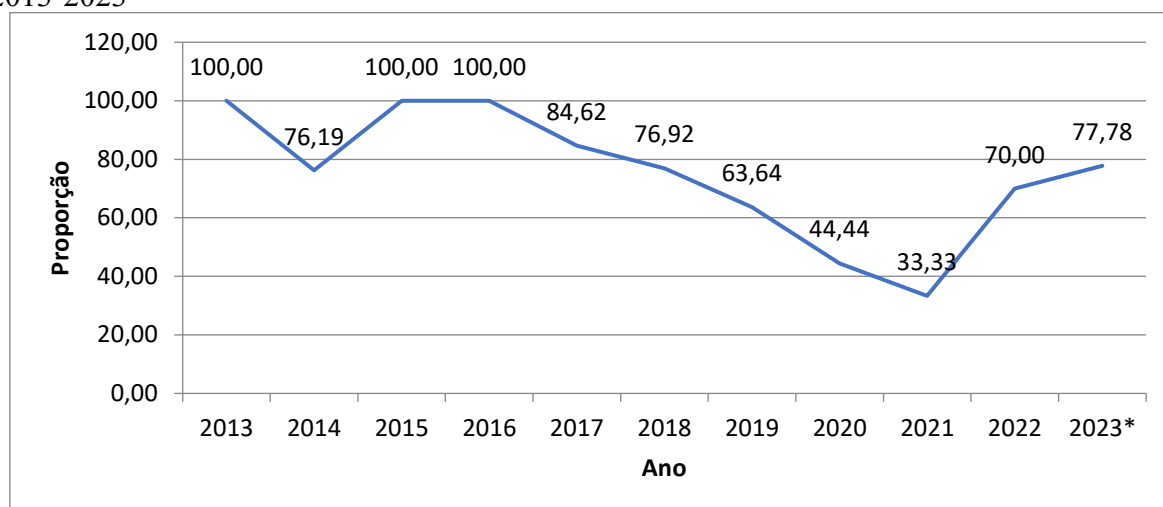


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

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. A proporção de óbitos maternos investigados é um indicador importante para avaliar a qualidade da vigilância e das ações de saúde relacionadas à mortalidade materna

Na Macrorregião de Saúde Sul, nota-se uma tendência de queda acentuada entre 2016 e 2021, com o percentual caindo de 100% (mantido de 2015 a 2016) para apenas 33,33% em 2021, representando o ponto mais crítico da série. A partir de 2022, há uma importante reversão da tendência, com aumento para 70% e posterior melhora em 2023 (77,78%) (Gráfico 28).

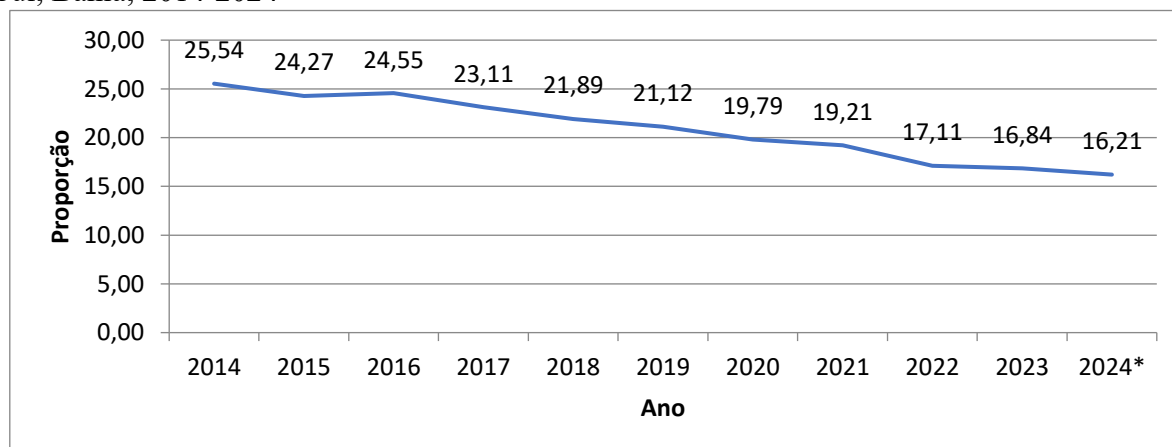
Gráfico 28. Proporção de óbitos maternos investigados. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2013-2023



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

Com relação aos Nascidos Vivo, a MRS-Sul, apresenta redução na proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos ao longo do período analisado, tendo a menor taxa registrada em 2024 com 16,21% (Gráfico 29). Também se faz importante compreender a distribuição de nascidos vivos em mães de 10 a 19 anos, pois conhecer essa proporção ajuda a identificar a frequência de gravidez precoce, e assim subsidiar o processo de tomada de decisão. É importante estimular ações que envolva escola, conselho tutelar, profissionais da saúde na discussão sobre gravidez na adolescência. Difundir a informação de que no Brasil, gravidez na adolescência remete à violência: ter relações sexuais com menores de 14 anos é considerado estupro presumido, assim como alertar os profissionais sobre os sinais de violência, mesmo que a adolescente tenha consentido a relação.

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

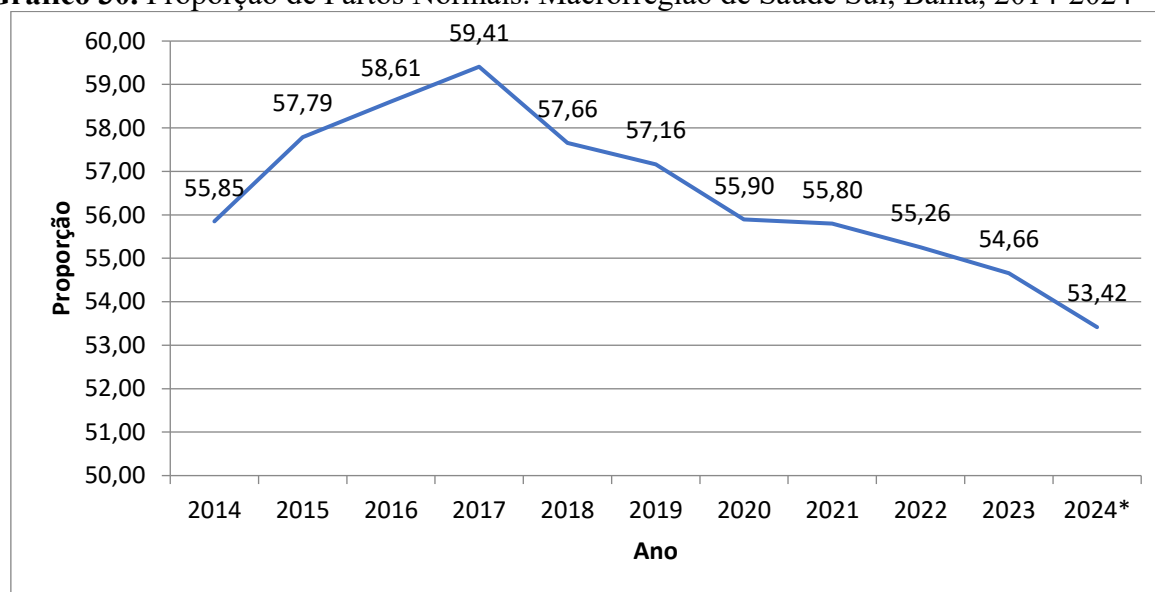


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

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

A MRS-Sul mostra uma tendência de queda gradual ao longo do tempo. Entre 2014 e 2017, os percentuais oscilaram positivamente, atingindo o pico em 2017 (59,41%). A partir de 2018, inicia-se um declínio progressivo, com a proporção caindo para 53,42% em 2024 — o menor valor da série histórica, mostrando que é necessário fortalecer as práticas de assistência ao parto para uma maior adesão a protocolos que incentivam o parto vaginal, pois partos normais estão associados a menores riscos de complicações para a mãe e o bebê, o que refletiria em melhorias na qualidade do atendimento obstétrico e na promoção de um parto mais humanizado na região (Gráfico 30).

Gráfico 30. Proporção de Partos Normais. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2014-2024

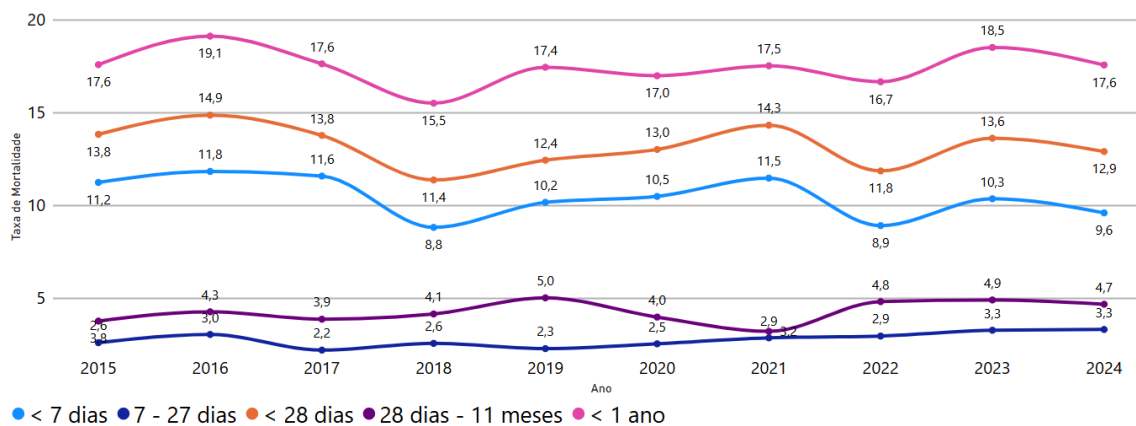


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Na Macrorregião de Saúde Sul, para cada mil nascidos vivos, a taxa de mortalidade infantil passou de 17,0 (2020) para 17,6 (2024) conforme apresentado no Gráfico 31. Em todos os anos da série história, a mortalidade infantil não esteve abaixo no padrão aceitável pela OMS, que é de 10 (dez) óbitos infantis para cada mil nascimentos. Os óbitos infantis seguem a tendência da análise anterior para o risco de morte por componente e continuam concentrados no período neonatal (0 a 27 dias de vida), quando este período é desagregado as maiores taxas se refere ao subcomponente neonatal precoce (< 7 dias de vida) seguida do

subcomponente neonatal tardio (7 a 27 dias de vida). O componente pós-neonatal (28 dias a 11 meses) segue a instabilidade da análise anterior até 2024 (Gráfico 31).

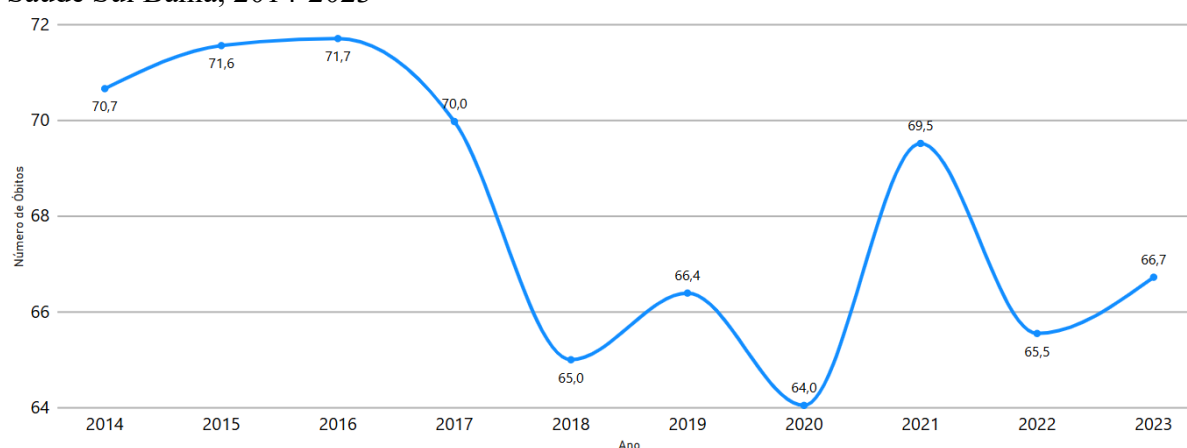
Gráfico 31 Taxa de mortalidade infantil, segundo faixa etária, por 1.000 nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024



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

O percentual de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos é um indicador importante para avaliar a efetividade das políticas públicas de saúde infantil, especialmente relacionadas à atenção básica, vacinação, saneamento e acesso a serviços de saúde. Segundo Ministério da Saúde entre 70% a 80% dos óbitos em menores de 5 anos no Brasil são considerados evitáveis. A macrorregião apresenta uma oscilação do período de 2014-2023 de 70,7% a 66,7% respectivamente (Gráfico 32).

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

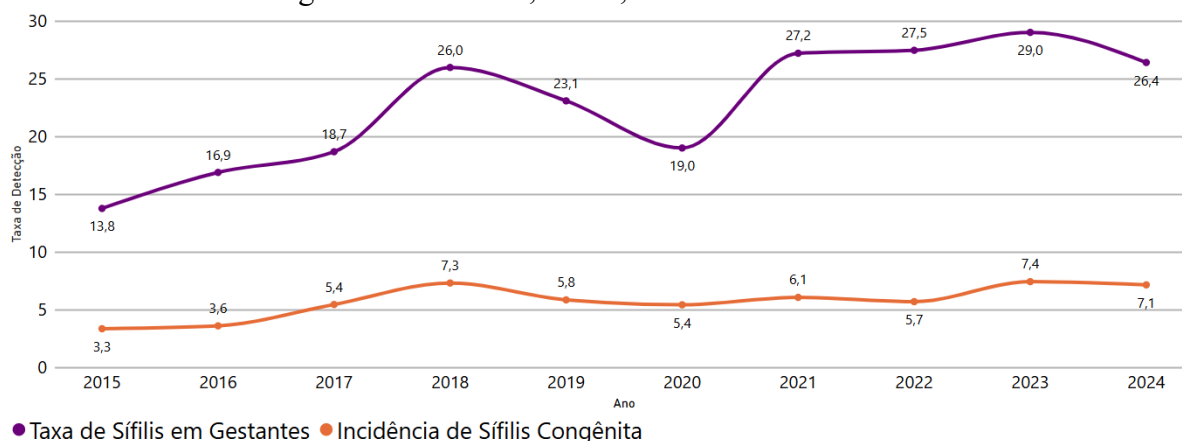


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Quando observado a taxa de detecção da sífilis, os dados demonstram crescimento no período 2015-2024 na Macrorregião de Saúde Sul. Observa-se uma

tendência crescente da sífilis em gestantes, que passou de 19,0 (2020) para 26,4 (2024). A incidência de sífilis congênita, embora menor, mantém-se em patamares elevados, variando entre 5,4 e 7,1. A persistência dessa incidência indica falhas na prevenção da transmissão vertical, sugerindo diagnóstico tardio, tratamento inadequado ou ausência de tratamento do parceiro. O cenário evidencia a necessidade de reforçar o pré-natal de qualidade, com testagem oportuna, tratamento eficaz e vigilância ativa dos casos, além de estratégias intersetoriais para enfrentamento da sífilis como problema de saúde pública (Gráfico 33).

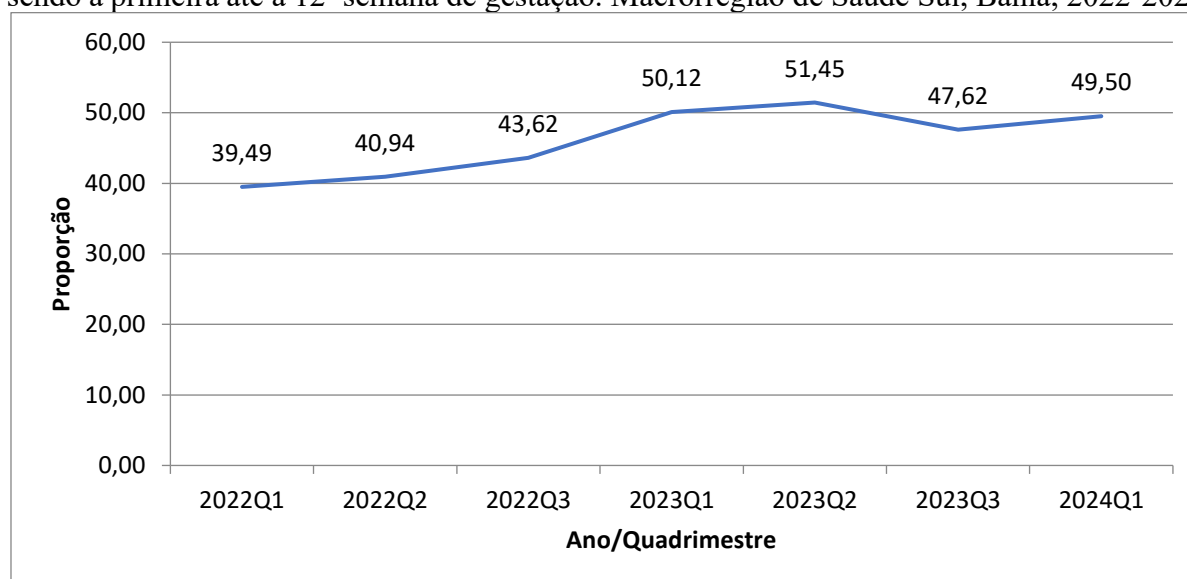
Gráfico 33. Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2024



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

O indicador Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação se refere à população que faz uso da Atenção Primária à Saúde. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ser atendidas por cada equipe e município dado os resultados do SINASC. Uma gestante que é captada até a 12ª semana de gestação possibilita a detecção precoce de patologias que podem afetar tanto a saúde da mãe quanto do bebê, permitindo intervenções oportunas que reduzem riscos de transmissão vertical e complicações durante a gestação e o parto. Além disso, um acompanhamento adequado fortalece o vínculo entre a gestante e a equipe de saúde, promovendo uma abordagem educativa que contribui para a saúde e bem-estar da família. Na Macrorregião de Saúde Sul, foi possível observar um aumento na captação precoce da gestante, e o início do pré-natal em tempo oportuno, em apenas 50% das gestantes (Gráfico 34).

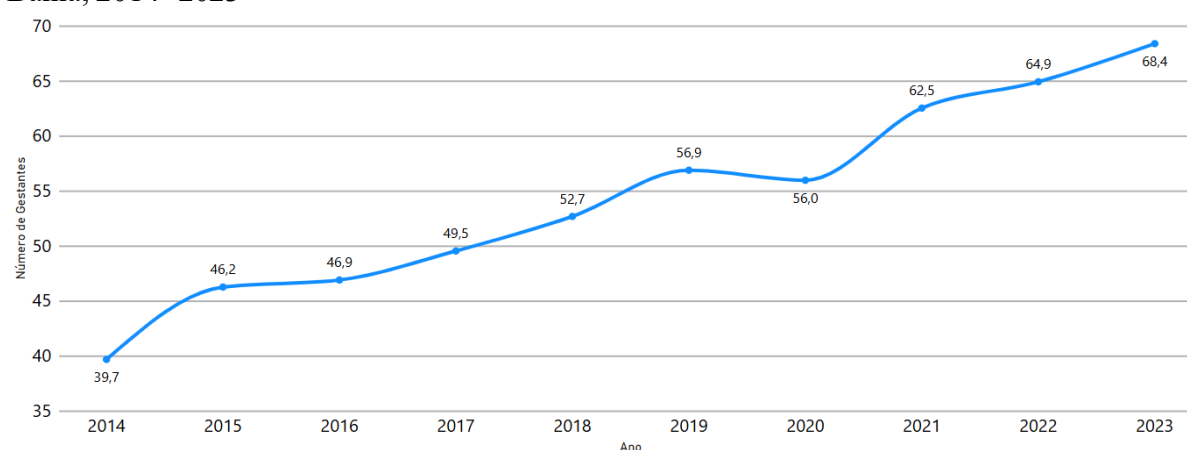
Gráfico 34. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2022-2024



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

O percentual de gestantes com mais de 7 consultas de pré-natal é um dos principais indicadores de qualidade da assistência à saúde materna. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, o ideal é que toda gestante realize no mínimo 7 consultas, conforme a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2023 o Brasil apresentou 78% de gestantes com 7 consultas de pré-natal, enquanto a Bahia teve um percentual de 75,2%¹ já a macrorregião vem apresentando um crescimento de 39,7% em 2014 para 68,4% em 2023 (Gráfico 35).

Gráfico 35. Proporção de gestante com mais de 7 consultas no pré-natal, na macrorregião Sul, Bahia, 2014- 2023

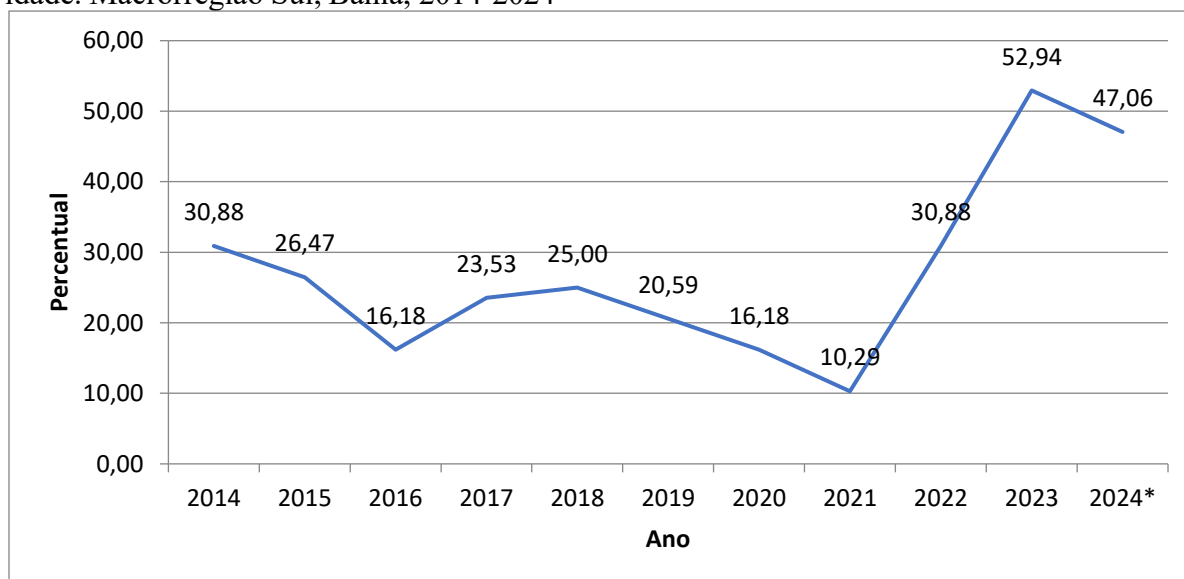


Fonte: Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

Quanto ao indicador de percentual de Municípios que atingiram 75% ou mais na Proporção de Vacinas Seleccionadas do Calendário Nacional de Vacinação para Crianças

menores de dois anos de idade, mede a proporção de cobertura vacinal selecionadas: Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) em menores de dois anos. O Estado da Bahia e suas macrorregiões registraram um aumento na proporção de municípios que atingiram 75% ou mais de cobertura vacinal em relação às vacinas selecionadas, comparando-se ao ano de 2014 (variação 2014-2023). A MRS-Sul apresenta um crescimento a partir de 2021, atingindo o maior percentual em 2023 (52,94%) (Gráfico 36). No ano de 2024, o dado mostra que apenas 47,06% dos municípios alcançaram a meta, mas essa redução pode estar atrelada ao não fechamento da base de dados. É necessário um esforço coletivo para o alcance da meta, pois a garantia das vacinas de Penta, Pólio, Pneumo e Tríplice Viral são essenciais para a diminuição da transmissibilidade e circulação de vírus e outros microrganismos nocivos à saúde. Ter uma alta cobertura é sinônimo de proteção coletiva.

Gráfico 36. Percentual de Municípios que atingiram 75% ou mais na Proporção de Vacinas Selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para Crianças menores de dois anos de idade. Macrorregião Sul, Bahia, 2014-2024



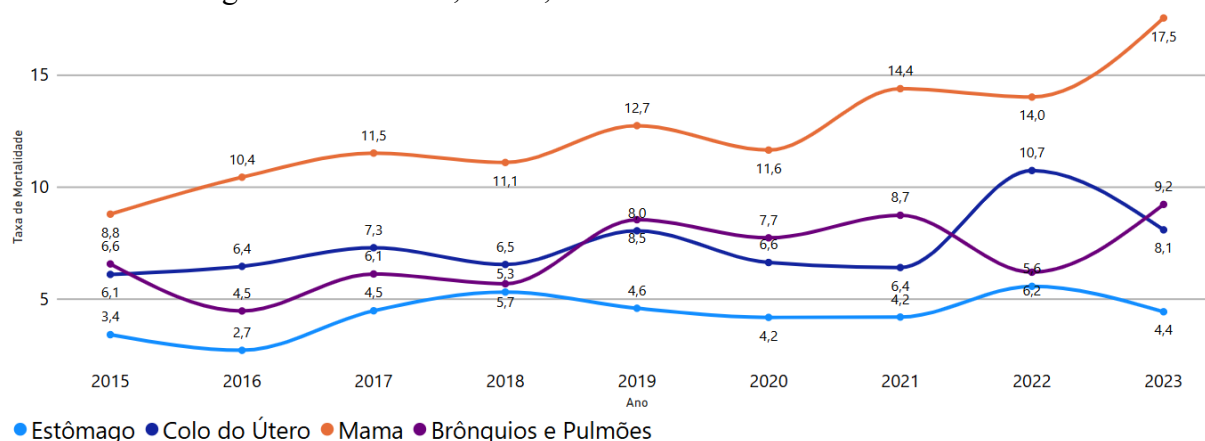
Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2025. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações.

3.7.3 Neoplasias

Na análise anterior (2010 - 2019), foi percebido um aumento na taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino por 100 mil mulheres nos tipos maligna de mama, brônquios e pulmões, e colo de útero. Essa tendência se segue com relação neoplasia de mama brônquios e pulmões, já para neoplasias de colo do útero e estômago se invertem a partir de 2020 entre pessoas do sexo feminino.

No que tange ao câncer de mama, em 2020 a taxa evoluiu de 11,6 óbitos para 17,5 óbitos por 100 mil mulheres em 2023. Em relação aos cânceres de brônquios e pulmões, há um crescimento significativo e alcança a taxa de 9,2 óbitos por 100 mil mulheres no ano de 2023. O câncer do colo do útero, por sua vez, apresenta uma variação de 6,6 para 8,1 por 100 mil mulheres, período 2020-2023. Os dados apontam para um crescimento no risco de óbito por cânceres entre mulheres desde 2010 (Gráfico 37).

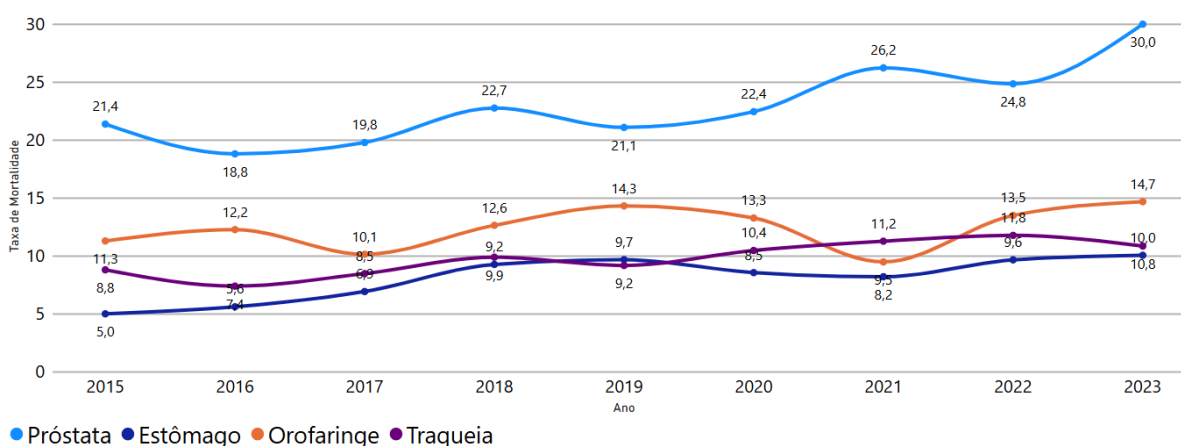
Gráfico 37. Taxa de mortalidade específica por neoplasias em mulheres segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015-2023*



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

As neoplasias no sexo masculino, mantem o padrão dos anos anteriores com maior risco do câncer de próstata como a principal causa de óbito, no período de 2020-2023. Nesse mesmo período, a segunda causa é orofaringe e a terceira causa, traqueia e a quarta causa estômago (Gráfico 38).

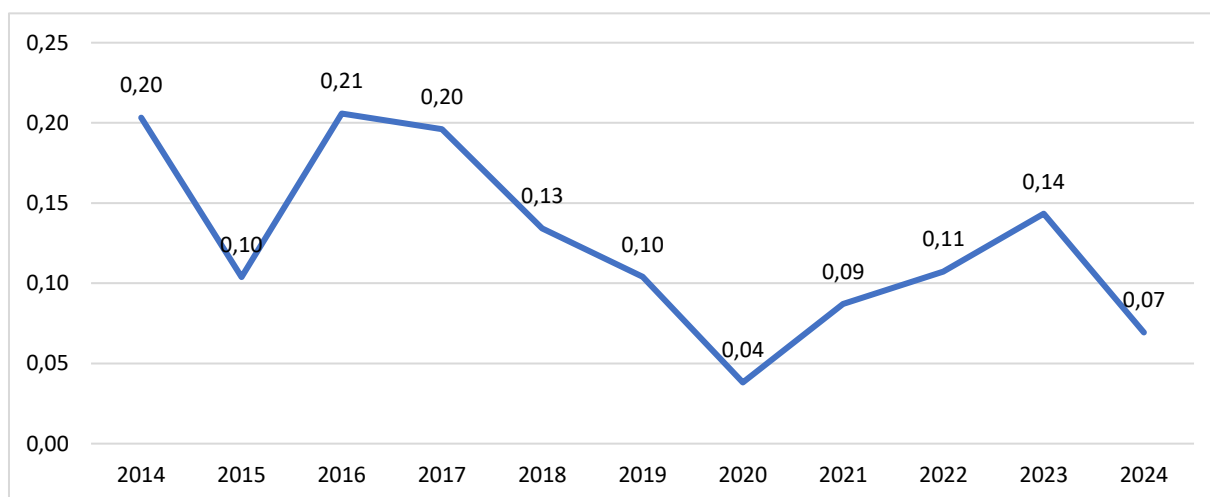
Gráfico 38. Taxa de mortalidade por neoplasias no sexo masculino por 100 mil segundo principais causas. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015 – 2023*



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

Para prioridade Sanitária Neoplasias foram agregados indicadores de rastreamento do câncer a título de análise e de definição das metas a serem pactuadas no PRI. A razão de mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos é um indicador que mostra a proporção de mulheres nessa faixa etária que realizaram mamografia com finalidade de rastreamento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a meta é de 0,5. Alguns desafios ainda afetam o alcance da meta desta razão, tais como: baixa adesão por medo ou falta de informação; falta de acesso aos serviços especializados sobretudo no interior; filas de espera ou dificuldade de agendamento e baixa cobertura de unidades móveis em regiões remotas. A macrorregião apresenta uma razão abaixo do preconizado variando de 0,20 a 0,07 no período de 2014 a 2024 (Gráfico 39).

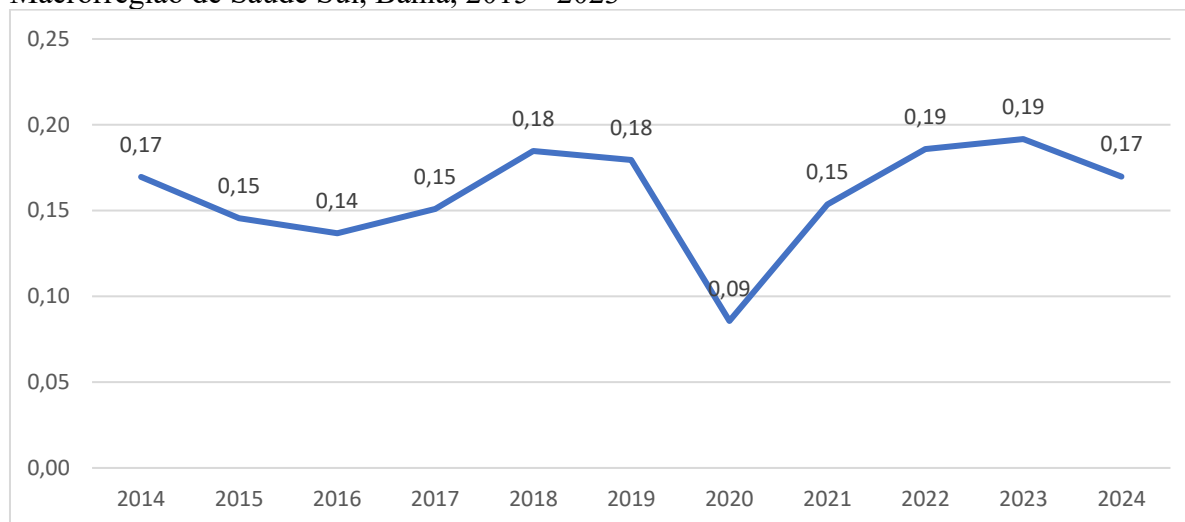
Gráfico 39. Razão de Mamografia para rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2014- 2024*



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

A razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos é um importante indicador da cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. Esse exame é mais conhecido como Papanicolau e é recomendado como rastreamento periódico para detectar lesões precursoras do câncer cervical. conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a meta é de 3,0. Principais Barreiras: falta de informação e conscientização; vergonha ou medo do exame; dificuldade de acesso a unidades de saúde; ausência de políticas locais ativas de rastreamento. A macrorregião apresenta uma razão abaixo do preconizado em toda série histórica (Gráfico 40).

Gráfico 40. Proporção de exames citopatológico colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015 - 2023*

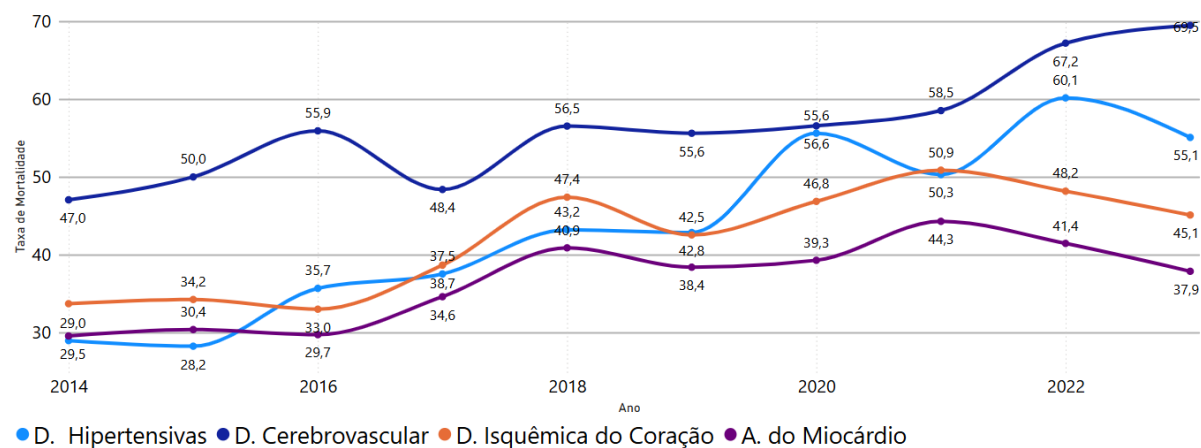


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep 2023. *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

3.7.4. Doenças do aparelho circulatório

A partir de 2020, as principais causas de óbito no que tange a categorias doenças do aparelho circulatório foram, por ordem decrescente de risco, as doenças cerebrovasculares, doenças hipertensivas, doenças isquêmicas do coração e infarto agudo do miocárdio (Gráfico 41).

Gráfico 41. Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, desagregando o infarto agudo miocárdio. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015 - 2023*

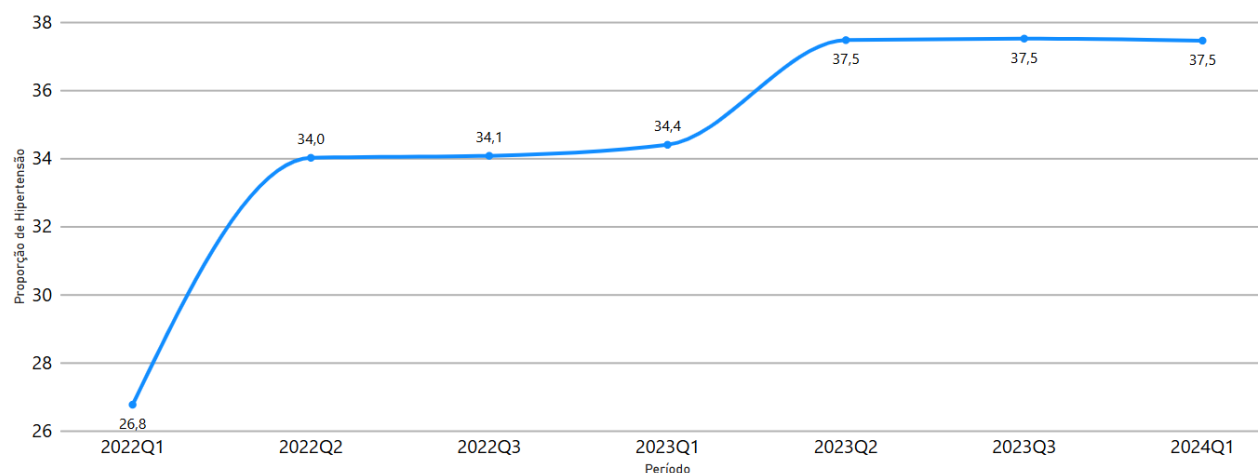


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

O indicador proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde e possuem sua pressão arterial aferida

no semestre, em relação a quantidade estimada/identificadas de hipertensos que o município possui. A Bahia apresenta um aumento na proporção de pessoas com hipertensão, que realizaram consulta e tiveram a pressão arterial aferida ao longo do semestre. A macrorregião segue a tendência da Bahia, apresentando um aumento de 10,7% no período analisado. Apesar da melhoria nos resultados do indicador, é recomendável manter um acompanhamento nominal das pessoas com hipertensão vinculadas à equipe, monitorando sua frequência de acompanhamento (Gráfico 42).

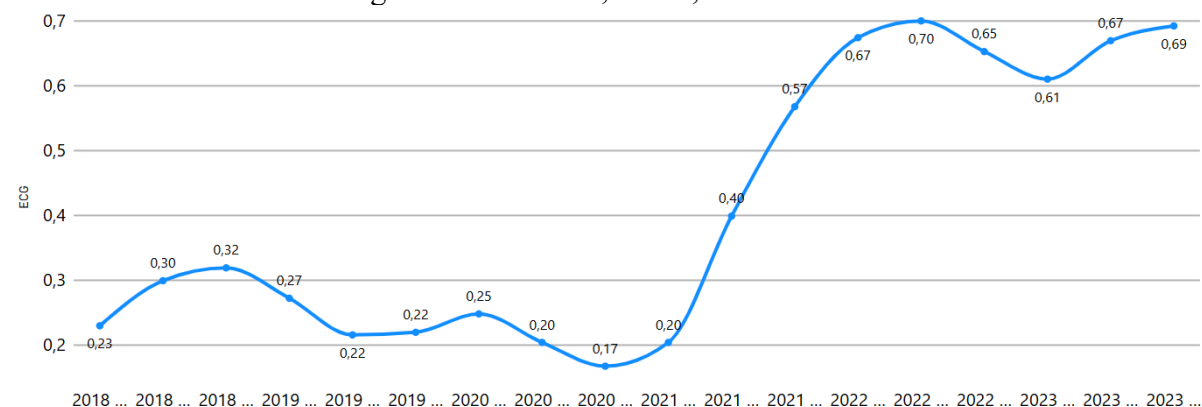
Gráfico 42. Proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015 - 2023*



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

A macrorregião apresenta um crescimento da proporção de pessoas com Hipertensão arterial que teve o exame ECG avaliado na Atenção Primária à Saúde (APS) de 0,22 para 0,69 (Gráfico 43) porém são valores muito baixos o que pode também estar relacionado a registro no sistema de informações.

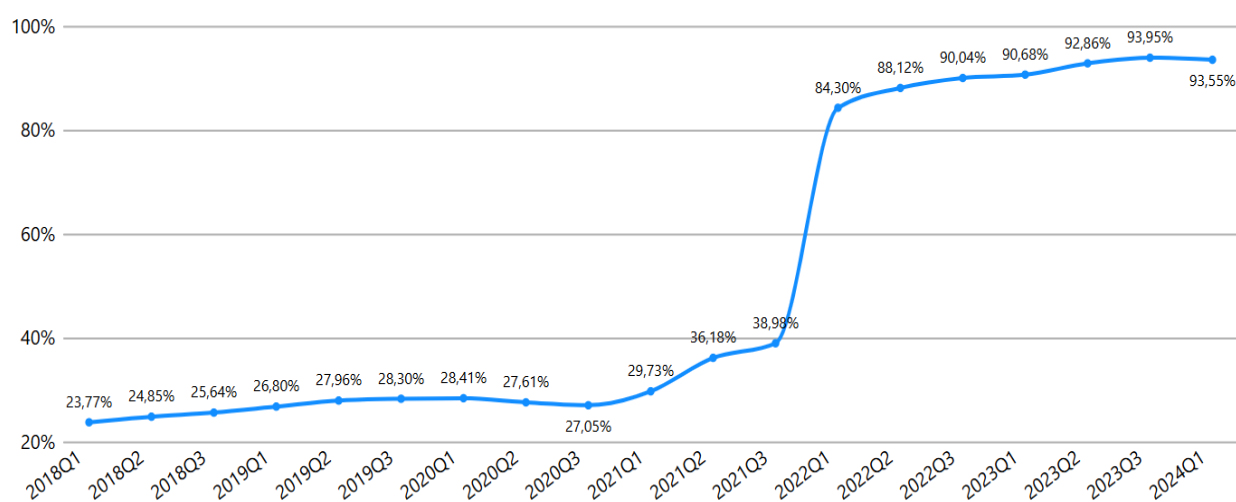
Gráfico 43. Proporção de pessoas com Hipertensão arterial que teve o exame ECG avaliado na APS. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2018 - 2023*



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

O indicador de hipertensos identificados na APS é essencial para o planejamento de ações de promoção, prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica, um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. A meta nacional é identificar pelo menos 70% dos hipertensos estimados na população adscrita às equipes de Saúde da Família. A macrorregião apresenta crescimento no período apresentado sendo 95,15% em 2024 (Gráfico 44).

Gráfico 44. Hipertensos identificados na APS. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015 - 2023*

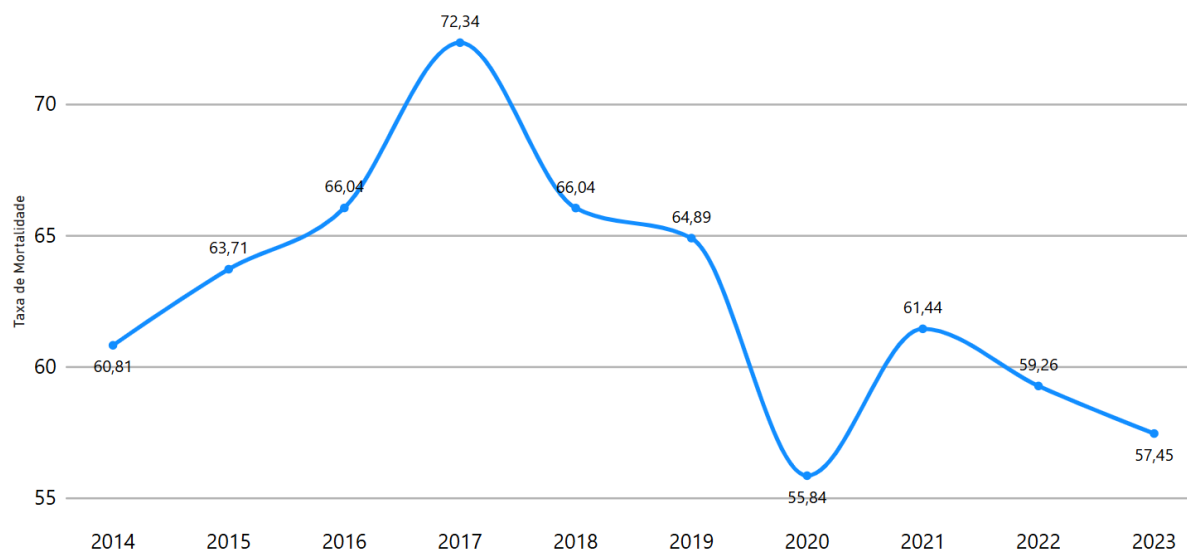


Fonte: Sesab/Suvisa/Divep *Dados coletados em 24/01/2025, sujeitos a alterações

3.7.5 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

A taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas é um indicador importante para avaliar o impacto dessas doenças sobre a população em idade economicamente ativa. São classificadas no Capítulo IV da CID-10 (E00–E89), e incluem: Diabetes mellitus (E10–E14); Doenças da tireoide; Distúrbios da nutrição e Distúrbios metabólicos diversos. (Gráfico 45). A partir de 2020, observa-se oscilação com a maior taxa em 2021 (61,44).

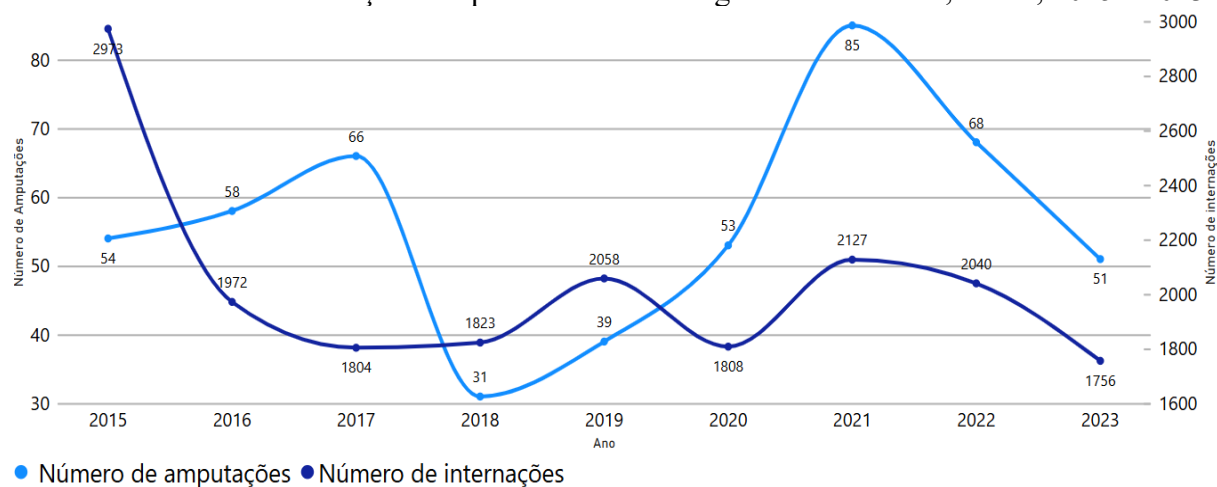
Gráfico 45. Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos), por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (DENM). Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2014 - 2023*



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

O Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares tem como objetivo analisar variações geográficas e temporais das internações para amputação, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na análise da qualidade do cuidado ofertado aos portadores de doenças crônicas em associação com outros indicadores. A partir de 2020, a MRS-Sul apresentou em 2021 os maiores valores tanto no número de internação (2127), quanto do número de amputação (85). A partir de 2021, as duas variáveis apresentaram redução do número de casos (Gráfico 46).

Gráfico 46. Número de amputações de membro inferior decorrentes de complicações da Diabetes Mellitus e Internações hospitalares. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2015 - 2023*



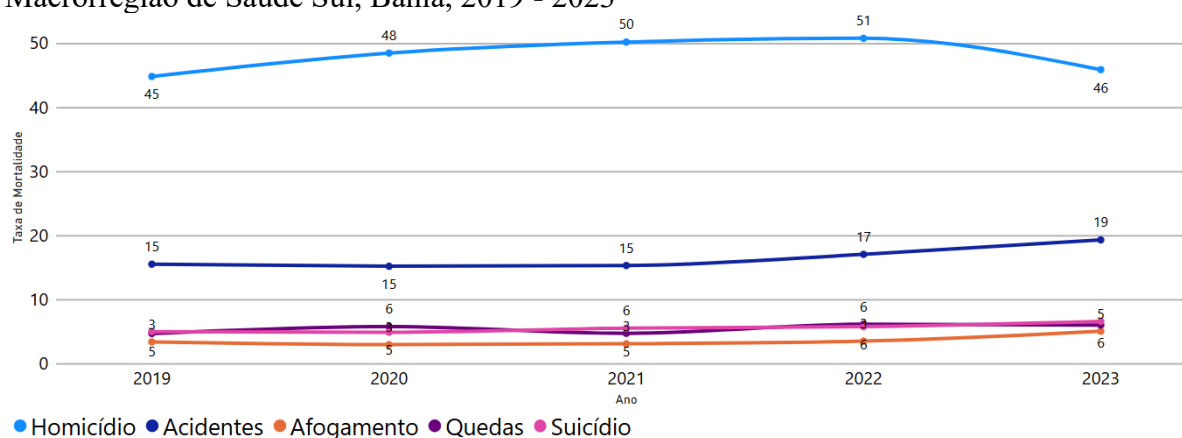
● Número de amputações ● Número de internações

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

3.7.6 Morbimortalidade por causas externas

A Macrorregião apresenta como a primeira causa de mortalidade por causas externa o homicídio entre 45 em 2019 e 46 em 2023 por 100 mil, a segunda são os acidentes de 15 em 2019 a 19 em 2023 por 100 mil e a terceira se alternam entre afogamento, queda e suicídio; situação similar a análise anterior (Gráfico 47).

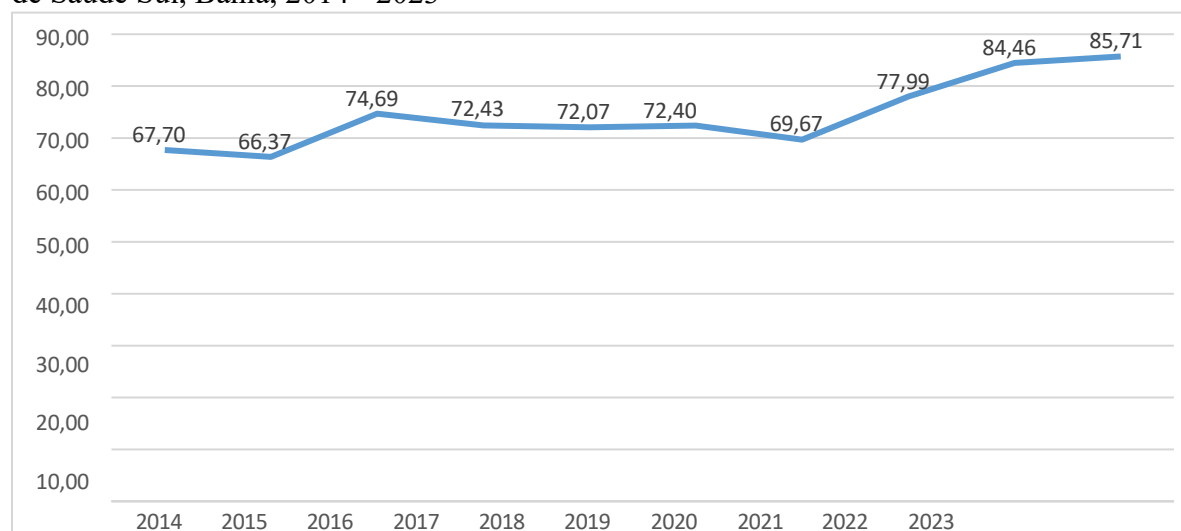
Gráfico 47. Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância da lesão. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2019 - 2023*



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

Com relação à taxa de internação por causas externas, observa-se um aumento no período de 2014-2023 de 67,7 para 85,71 por 10.000 habitantes (Gráfico 48). A análise desta taxa é fundamental para entender o impacto de acidentes e violências sobre o sistema de saúde e para orientar ações de prevenção e segurança pública.

Gráfico 48. Taxa de internação por causas externas, relacionadas a quedas, acidentes de transporte, agressões, lesões autoprovocadas voluntariamente e afogamento. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2014 - 2023*



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

4. SELEÇÃO DA PRIORIDADE SANITÁRIA

A 1ª Oficina de discussão da situação de saúde, referente às seis áreas temáticas definidas pela CIB/Ba da população em cada Macrorregião de Saúde, 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):

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

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

Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021

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

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

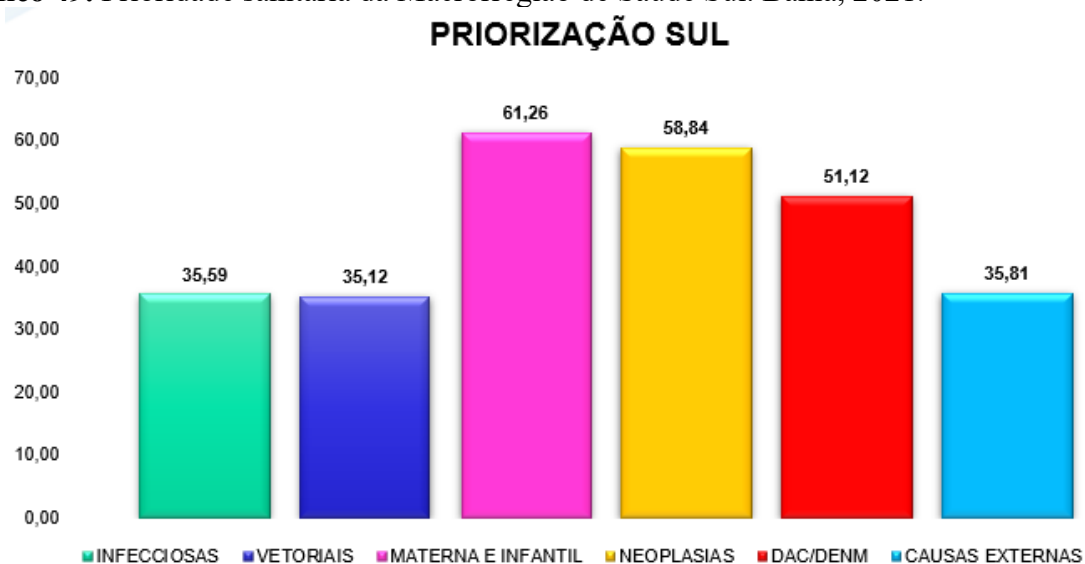
- leitura do texto referente a área temática;
- atribuição de pontuação (valores entre 1 e 5) considerando as variáveis de indicadas na matriz;
- todas as alternativas deveriam ser marcadas com uma única opção para cada resposta;
- a atribuição dos pontos deveria ter como referência as discussões que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

A aplicação da Matriz GUT permitiu classificar áreas temáticas em ordem de prioridade, a partir da pontuação alcançada. Na MRS-Sul a oficina ocorreu no dia 03 de agosto de 2021.

As áreas temáticas consideradas na 1ª Oficina Macrorregional na MRS-Sul foram: Doenças infecciosas e parasitárias (infecciosas e vetoriais); saúde materna e infantil, Neoplasias, neoplasias; doenças do aparelho circulatório; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; e, morbidade e mortalidade por causas externas.

A Atenção Materna e Infantil foi a prioridade sanitária selecionada na MRS-Sul (Gráfico 49). Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)²⁷, pelo menos, 20% da carga de doenças em crianças com menos de cinco anos está relacionada às condições e à situação de saúde materna e à desnutrição, bem como a qualidade dos cuidados ao parto e no período de recém-nascido.

Gráfico 49. Prioridade sanitária da Macrorregião de Saúde Sul. Bahia, 2021.



Fonte: 1ª Oficina Macrorregional/Sesab, 2021.

Após a definição da prioridade sanitária, a Coordenação de Planejamento Regional Integrado propôs ao Grupo Conductor 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; técnicos dos Núcleos Regionais de Saúde; representantes dos municípios na Comissão

Intergestores Regional (CIR); apoiadores do Cosems/BA; técnicos da Superintendência Regional do Ministério da Saúde; colaboradores da Organização Panamericana de Saúde (Opas); articuladores do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Conforme a Resolução CIB n. 006/2022, o GTTM tem como objetivos subsidiar o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde do estado da Bahia para a elaboração e entrega dos planos macrorregionais.

No processo de discussão foram levantadas variáveis, desde que existisse fonte de dados confiáveis e com informações contínuas que pudessem compor uma série histórica. Posteriormente foi enviado um formulário para todos os gestores municipais para selecionar as variáveis ou acrescentar outras. Na sistematização final das informações só permaneceram as variáveis que contemplaram os requisitos sugeridos e fossem usadas para direcionar a análise da situação de saúde em cada macrorregião. Estas variáveis compõem os indicadores contemplados no item de caracterização da MRS–Sul, 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 gestão²)

5.1 Organização

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

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

- Índice de dependência macrorregional;
- Cobertura da APS;
- Centrais de Regulação;

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

- Estabelecimentos com equipamentos de ultrassom e sem registro de produção para a prioridade selecionada.

5.1.1 Índice de dependência macrorregional

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

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

O índice de dependência macrorregional indica que a MRS-Sul depende de outras macrorregiões para realizar 10,62% dos procedimentos ambulatoriais e 54,36% dos serviços hospitalares de AC, apresentando o maior índice de dependência ambulatorial, dentre as outras macrorregiões.

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

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

Macrorregião	Índice de dependência para AC	
	Ambulatorial	Hospitalar
Centro Leste	41,11%	55,65%
Centro Norte	26,01%	97,75%
Extremo Sul	13,44%	33,00%
Leste	0,51%	0,54%
Nordeste	30,73%	99,60%
Norte	18,36%	69,12%
Oeste	25,02%	71,38%
Sudoeste	4,93%	24,10%
SUL	10,62%	54,36%

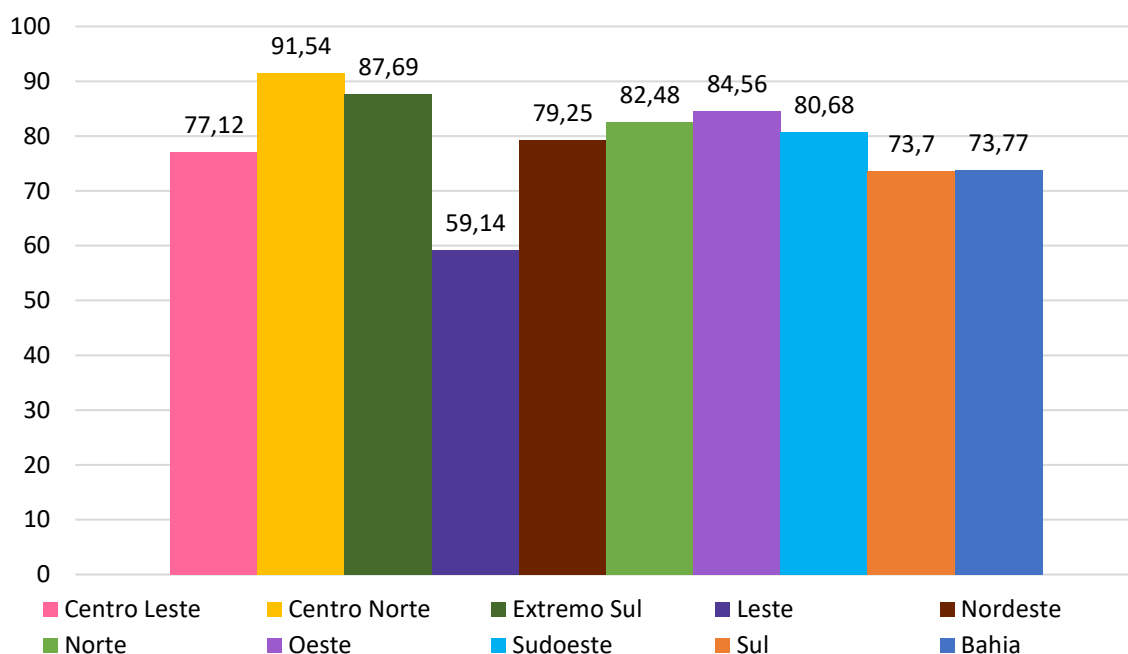
Fonte: TABWIN/DataSUS *Dados coletados em 23/05/2023

5.1.2 Cobertura da atenção primária à saúde

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

Para o cálculo do indicador Cobertura da APS, foi considerada a população cadastrada pelas unidades de saúde no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e a macrorregião, em 2022, tem 73,7% da cobertura da APS, portanto acima da média do Estado (Gráfico 50).

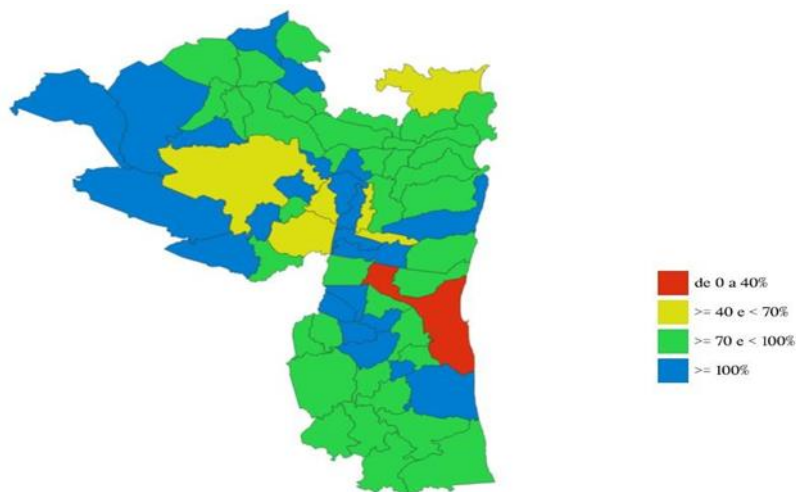
Gráfico 50. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Macrorregião de Saúde. Bahia, 2021*.



Fonte: Caderno de Monitoramento da Atenção Básica, 2022 *Dados coletados em 29.11.2022.

A análise do conjunto dos municípios da macrorregião revela que que 61 (sessenta e um) municípios (89,71%) possuem cobertura de APS superior a 70%, e 05(cinco)) municípios (13,89%) possuem cobertura de APS inferior a 70%, (Mapa 4).

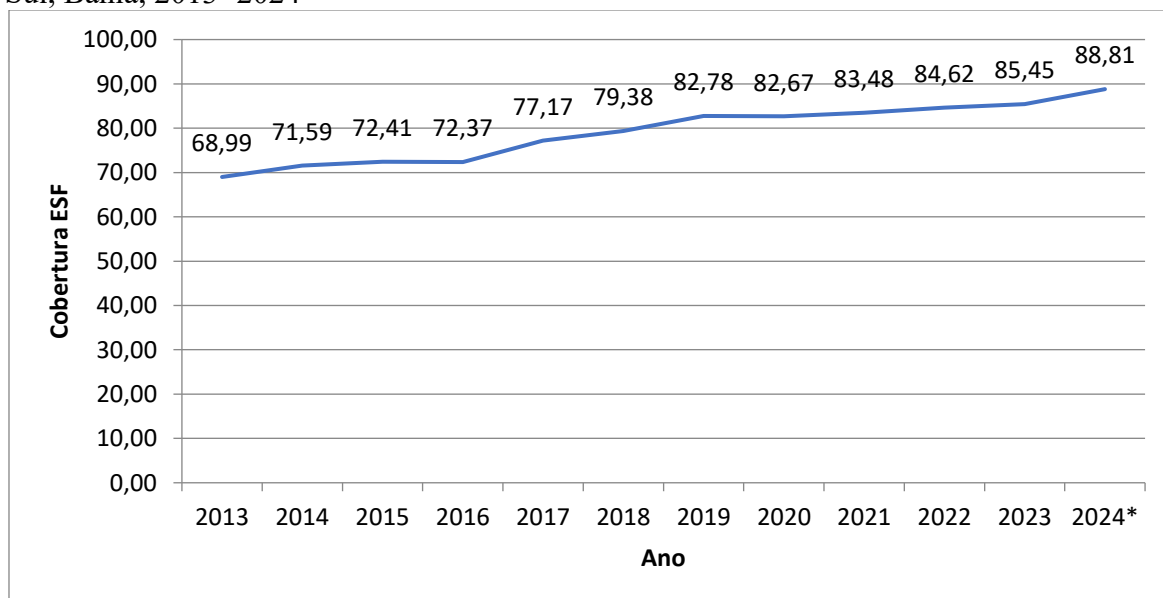
Mapa 4. Percentual de Cobertura da APS, Macrorregional de Saúde Sul, Bahia, 2021*



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

Para complementar a informação foi também avaliado o indicador de cobertura de equipe de saúde da família (ESF), demonstrando que a macrorregião apresentou um aumento chegando a 88,81% de cobertura em 2024 (Gráfico 51).

Gráfico 51. Cobertura Populacional Estimada de Saúde da Família. Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2013- 2024*



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

Ressalta-se que as análises das coberturas na MRS-Sul revelam apenas um dos fatores para avaliar o alcance dos princípios e diretrizes da APS e o seu papel na RAS. A APS resolutiva e coordenadora do cuidado, por meio de uma clínica ampliada e da articulação de diferentes

tecnologias, é capaz de construir vínculos e realizar intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, reduzindo as complicações e internações que sobrecarregam os outros níveis de atenção. No entanto, vários fatores afetam a continuidade do cuidado, como a construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários e a garantia da longitudinalidade da atenção à saúde na RAS, para um acompanhamento da população do território.

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

5.1.3 Central de regulação

5.1.3.1 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA

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

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

A MRS-Sul tem três CRU regionais nos municípios de Ilhéus, Itabuna e Jequié para atender o total de 1.601.095 habitantes (IBGE, 2020), o que coincide com o parâmetro em número de estrutura recomendada para a organização e priorização das demandas de urgência e ordenação dos fluxos de referências e sistema logístico da RAS, no território.

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

A existência destas centrais de regulação é importante para o encaminhamento da população aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial. Para a coleta buscou-se saber, além de existência ou não, se o serviço era centralizado em uma base única ou se era

descentralizado em outras unidades. Esta informação é relevante para conhecer a estrutura da regulação.

A MRS-Sul, com 68 (sessenta e oito) municípios, possui 38 (trinta e oito) serviços cadastrados no CNES em setembro de 2022, 25 centralizados e 13 descentralizados. É possível, a partir dos registros, inferir na macrorregião uma estrutura de organização do acesso aos serviços ambulatoriais frágil, considerando número, relativamente, baixo de centrais identificadas para atender a todos os municípios.

5.2 Infraestrutura

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

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

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

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

Tipo	Prioridade Sanitária	Informação Indicador	Nº existente	Nº Necessário
Equipamento	Comum atodos	Oftalmoscópio	44	-
		Eletrocardiógrafo	169	-
		USG com doppler	43	-
		USG convencional	94	-
Serviços especializados	Materna eInfantil	Referência em triagem neonatal	0	-
	Comum atodos	Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia	92	-
		Serviço de hemoterapia	29	-
		Laboratório análise clínica	69	-
		Centro de EspecialidadesOdontológica	10	-
Hospital	Materna eInfantil	Leitos obstétricos clínicos*	286	173
		Leitos obstétricos cirúrgicos*	163	
		Leitos UTIN *	34	41
		Leitos UCINco*	10	41
		Leitos UCINca*	05	20
		Leito GAR*	12	51
	Hospital amigo da criança	01	-	
Comum atodos	Leitos UTI AD	127	-	
Serviço Hospitalar	Materna eInfantil	Banco de leite / posto de coleta	01	-
		CPN*	0	03
		CGBP*	0	-
Urgência e Emergência	Comum atodos	Unidade de Suporte Básico – USB*	43	-
		Unidade de Suporte Avançado – USA*	07	-
		Motolância*	02	-
		USB aquático/embarcação	0	-
Sistema Logístico		Ambulância Comum	317	-

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

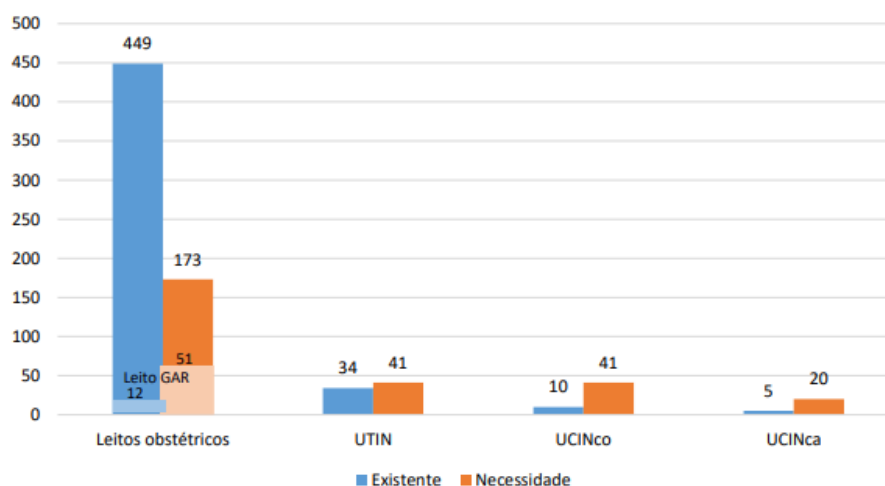
A análise da capacidade instalada hospitalar da Rede Materna e Infantil, refere-se ao número de leitos obstétricos por EAS; identificação das maternidades para gestação de alto risco; identificação dos leitos de atendimento ao neonato (Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados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

Os leitos obstétricos e para Gestação de Alto Risco (GAR), gestante e neonato, da MRS-Sul demonstram que o território possui mais leitos obstétricos do que o necessário: 589 leitos obstétricos SUS e 69 leitos obstétricos não SUS, totalizando 658 leitos. Quanto aos leitos para atendimento à gestante e ao neonato, a necessidade na macrorregião ainda não está atendida (Gráfico 53).

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

Os leitos obstétricos e para Gestação de Alto Risco (GAR), gestante e neonato, da MRS-Sul possui mais leitos obstétricos do que o necessário (449 leitos obstétricos SUS e 77 leitos obstétricos não SUS, totalizando 526 leitos). Quanto aos leitos para atendimento a gestante e o neonato, a macro possui a necessidade atendida apenas para UTIN. Salienta-se que embora no CNES tenha cadastrado apenas 12 leitos GAR direcionado para atendimento a gestante, o MS financia 23 leitos localizados em uma das regiões de saúde da macro (Gráfico 52).

Gráfico 52. Número de leitos obstétricos e de leitos para Gestação de Alto Risco, existentes e necessários. Macrorregião de Saúde Sul/Bahia, 2022*



Fonte: CNES *Dados coletados em 29.11.2022.

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.

Ao analisar a existência versus a necessidade dos profissionais médicos relacionados a assistência a prioridade sanitária a prioridade sanitária, observa-se que para o Pediatra e o Ginecologista/obstetra o percentual da necessidade atendida é de 27,83% e 26,68%, respectivamente.

Considerando a categoria “médicos anestesistas”, que é especialmente importante quando se trata do parto cesáreo, constata percentual de 46,64% o que é aquém da necessidade para atender as ações e serviços de saúde necessárias para a prioridade sanitária da macrorregião (Quadro 3).

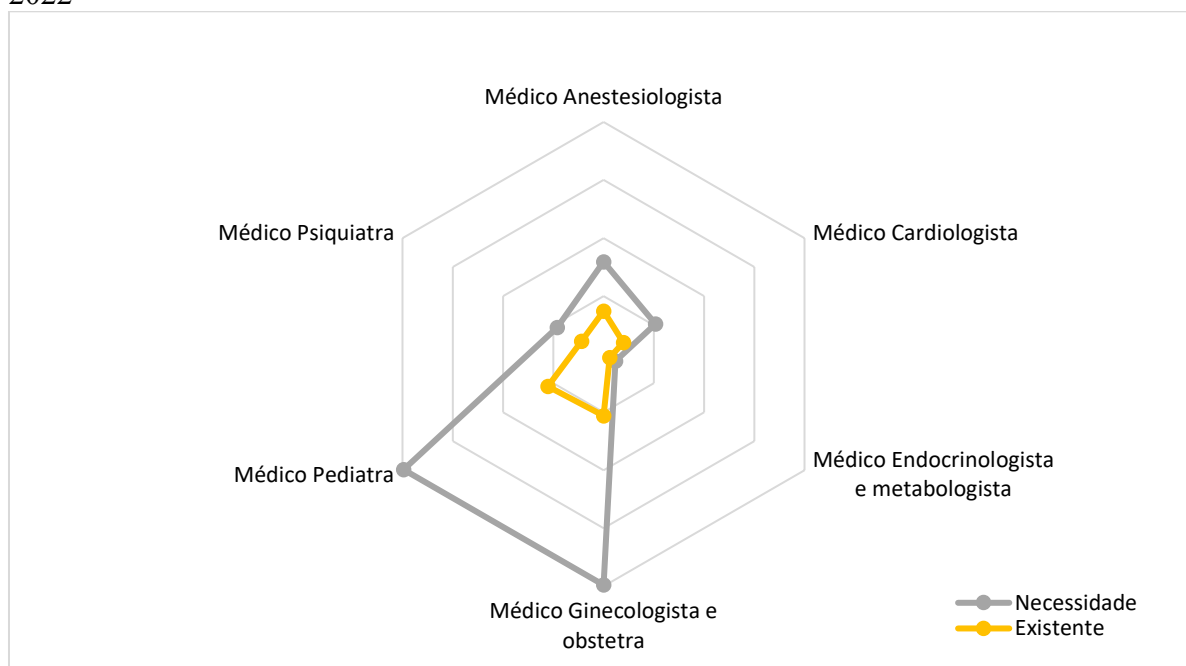
Quadro 3. Número de trabalhadores necessários e existentes no território, conforme o grupo de ocupações ou especialidades, Macrorregião de Saúde Sul/Bahia, 2022*

Grupo de ocupações/especialidades	Nº existente	Nº necessário
Médico Anestesiologista	74,23	159,15
Médico Cardiologista	39,53	103,45
Médico Endocrinologista e metabologista	12,10	23,87
Médico Ginecologista e obstetra	106,15	397,87
Médico Pediatra	110,73	397,87
Médico Psiquiatra	44,05	92,31
Psicólogo	207,45	-
Assistente Social	189,43	-
Nutricionista	210,88	-
Enfermeiro	1828,03	-
Cirurgião Dentista (Família CBO)	58,18	-
Enfermeiro Obstetra	74,88	-
Fisioterapeuta	744,07	-
Farmacêutico	229,48	-

Fonte: CNES*dados coletados em 29.11.2022.

Observa-se déficit de profissionais de especialidades médicas relacionadas a prioridade sanitária na MRS-Sul, sendo este um dado de relevância no que refere ampliar e qualificar a força de trabalho em saúde, caracterizando-a como um investimento essencial para a perspectiva de funcionamento da RAS (Gráfico 53).

Gráfico 53. Representação em número absoluto da necessidade e existência de profissionais médicos especialistas relacionadas a prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Sul/Bahia, 2022*



Fonte: CNES. *Dados coletados em 29.11. 2022

5.3 Produção de serviço

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

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

A análise dos dados relativos aos estabelecimentos com equipamento de ultrassom e sem registro de produção para a prioridade selecionada, aponta para inconsistências que

necessitam de investigação sobre as motivações para não realizar exames prioritários em estabelecimentos com equipamento disponível. Objetivando analisar possíveis impactos na suficiência da oferta, no financiamento e nos fluxos assistenciais da RAS e a necessidade de ações de gestão para correção da organização e/ou dos registros, foi importante o levantamento da informação referente a equipamentos de ultrassonografia (USG) cadastrados.

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

A MRS-Sul possui 36 equipamentos de USG com doppler cadastrados no CNES em 32 EAS, destes quatro (11,1), apresentaram registro de produção. Quanto ao USG convencional o território possui 79 equipamentos cadastrados no CNES distribuídos em, destes 18 (27,78%) 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, não foram identificados registro de produção (Quadro 4).

Quadro 4. Número de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) com registro dos procedimentos da prioridade sanitária. Macrorregião de Saúde Sul/Bahia, 2022*

Equipamento/Serviço	Procedimento	Nº EAS com equipamento	Nº EAS com produção
Ultrassom convencional	02.05.02.014-3 Ultrassonografia obstétrica	94	18
Ultrassom com doppler	02.05.02.015-1 Ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado	43	04
Oxímetro de pulso	02.11.02.007-9 Oximetria de pulso(teste do coraçãozinho)	-	0
Equipamento deotoemissão	02.11.07.014-9 Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha)		0

Fonte: SIGTAP/M *Dados coletados em 29.11.2022

6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) estrutura-se a partir das prioridades sanitárias pactuadas no âmbito macrorregional, considerando os desafios epidemiológicos, as desigualdades de acesso e a necessidade de fortalecimento da governança interfederativa. A conformação da RAS é um processo dinâmico que busca assegurar a integralidade do cuidado,

a equidade territorial e a resolutividade das ações e serviços de saúde, tendo como fundamento o Planejamento Regional Integrado (PRI) e os pactos estabelecidos na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/BA).

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

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

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

6.1 Sistema Organização da RAS

Como estratégia para avançar com a organização da RAS, o estado da Bahia desenvolveu o Sistema de Organização da RAS (Figura 3) que tem como objetivo auxiliar na construção e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Macrorregiões de Saúde (MRS) do estado da Bahia. Ele permite o levantamento detalhado das unidades e serviços de

saúde presentes nos municípios que compõem a MRS, possibilitando a avaliação da suficiência e disponibilidade desses serviços em níveis municipal, regional e macrorregional, para atender as prioridades sanitária.

Figura 3. Sistema Organização da RAS.

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

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

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

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

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

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

6.2 Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne)

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

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

Complementarmente, a Rede Alyne no Estado está sendo fortalecida pela instituição do Programa Mãe Bahia, por meio da Portaria Estadual nº 152, de 04 de fevereiro de 2025. Destaca-se ainda o fortalecimento do cuidado às gestantes de alto risco, com garantia de vinculação prévia à maternidade de referência, transporte sanitário adequado e atenção centrada na equidade e na regionalização. A proposta busca assegurar que mulheres possam parir em seus territórios de origem, promovendo maior proximidade com suas redes de apoio social e familiar, além de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil e o enfrentamento das iniquidades sociais e raciais. Até set./2025, 80% dos municípios elegíveis da macrorregião aderiram ao Programa.

Na macrorregião Sul, as gestantes realizam o pré-natal nas UBS e USF, com estratificação de risco e encaminhamento conforme necessidade. Em 2024, a cobertura da APS foi de 85,73%, com 544 equipes de ESF e 33 de APS. O laboratório credenciado é o LABIMUNO, que em 2023 triou 12.902 gestantes e realizou 67.670 exames.

O pré-natal de alto risco é ofertado em policlínicas e ambulatórios, com três ambulatórios de referência em Ilhéus, Itabuna e Jequié. A rede de parto conta com 391 leitos obstétricos em 43 maternidades, sendo 22 elegíveis ao Programa Mãe Bahia, além de dois CPN em Ilhéus e Jequié. Os partos de alto risco são atendidos nos mesmos municípios, com destaque para o Hospital Manoel Novaes, habilitado como referência desde 2016.

O atendimento neonatal é realizado nos hospitais de Ilhéus, Itabuna e Jequié, que concentram UTIN, UCINCo e UCINCa, totalizando 79 leitos. A região possui dois BLHs (Itabuna e Jequié) para promoção do aleitamento. Em 2023, 16.175 recém-nascidos foram triados pelo Teste do Pezinho (coleta média em 6 dias), e as demais triagens neonatais devem ser realizadas nos serviços de parto ou encaminhadas à APS.

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

6.3 Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE)

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

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

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

Na Macrorregião Sul o Plano de Ação foi aprovado pela Portaria GM/MS nº 72/2014.

Quadro 5. Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência financiados na Macrorregião Sul do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIO	SAMU	UPA	SAD		PORTA DE ENTRADA	LEITOS				
			EMAD	EMAP		UTI PED	UTI AD	ENF. CLÍNICA RETAQUARDA	UCO	AVC
AIQUARA	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ALMADINA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
APUAREMA	01 USB Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ARATACA	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AURELINO LEAL	01 USB	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
BARRA DO ROCHA	01 USB Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BARRO PRETO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BOA NOVA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BREJÕES	01 USB Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BUERAREMA	01 USB Q	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
CAIRU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMACAN	01 USB Q 01 USA Q	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
CAMAMU	01 USB	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
CANAVIEIRAS	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COARACI	01 USB	-	01 - TIPO 02	-	-	-	-	-	-	-
CRAVOLÂNDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DÁRIO MEIRA	01 USB Q	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FLORESTA AZUL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GANDU	01 USB	-	01 - TIPO 02	-	-	-	-	-	-	-

SÃO JOSÉ DA VITÓRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TAPEROÁ	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UBAITABA	01 USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UBATÃ	01 USB	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
UNA	02 USB	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
URUÇUCA	01 USB	-	01 - TIPO 02	1	-	-	-	-	-	-
VALENÇA	01 USB	-	01 - TIPO 01	1	01 - GERAL	-	10	-	-	-
WENCESLAU GUIMARÃES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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 Sul estão sendo financiados 02 Equipes de Consultório na Ruas até set/2055.

Com a publicação da Portaria Estadual nº 238, de 20 de fevereiro de 2025, o estado da Bahia estabeleceu o cofinanciamento para os serviços da RAPS. O incentivo tem como finalidade apoiar a manutenção e o fortalecimento dos CAPS e demais pontos de atenção da rede no Estado, assegurando condições para ampliar a oferta, qualificar o cuidado e reduzir desigualdades regionais (Figura 4). Trata-se de um passo importante para consolidar a política de saúde mental no estado, garantindo o cuidado em liberdade, de forma humanizada e articulada ao território.

SANTA INÊS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTA LUZIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO JOSÉ DA VITÓRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TAPEROÁ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UBAITABA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
UBATÃ	1	-	-	-	-	-	-	-	-
UNA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
URUÇUCA	1	-	-	-	-	-	-	-	-
VALENÇA	-	-	1	-	-	-	-	-	-
WENCESLAU GUIMARÃES	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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 Sul o município de Gandu realizou a adesão ao cofinanciamento do Estado. A distribuição dos componentes habilitados para atendimento a RCPD estão demonstrados nos Quadros 7 e 8.

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

MUNICÍPIOS	ESTABELECIMENTO	COMPONENTE
GANDU	APAE DE GANDU	CER II - REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
ILHÉUS	NUCLEO MUNICIPAL DE ATENCAO ESPEC JMMNETO (NAE)	REABILITAÇÃO FÍSICA - SERVIÇO DE REFERENCIA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
		OPM FISICA
		BOLSAS - PARA OSTOMIZADOS
ITABUNA	CESAI	SAÚDE AUDITIVA - MEDIA COMPLEXIDADE SEM FONOTERAPIA
		OPM AUDITIVA
	CENTRO DE REABILITACAO E DESENVOLVIMENTO HUMANO (CREADH)	REABILITAÇÃO FÍSICA - SERVIÇO DE REFERENCIA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
		OPM FISICA
JEQUIÉ	NUPREJ - NUCLEO DE PREVENCAO E REABILITACAO DE JEQUIE	REABILITAÇÃO FÍSICA - SERVIÇO DE REFERENCIA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
		OPM FISICA
		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 Sul do Estado da Bahia, 2025.

MUNICÍPIOS	NOME DO ESTABELECIMENTO	TIPO - MODALIDADE
IPIAU	COMPLEXO MUNICIPAL DE SAUDE ADILSON DUARTE	CER II -REABILITACAO FISICA E INTELECTUAL
GANDU	APAE DE GANDU - MUDANAÇ MODALIDADE	CER IV - REABILITACAO FISICA, AUDITIVA, INTELECTUAL E VISUAL
JEQUIÉ	NUPREJ - NUCLEO DE PREVENCAO E REABILITACAO DE JEQUIE	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 5).

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

MACRORREGIÃO SUL		
AÇÕES DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE DE ILHÉUS	REGIÃO DE SAÚDE DE JEQUIÉ
Coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo uterino	UBS/USF/Policlínica Regional de Saúde de Itabuna	UBS/USF/Policlínica Regional de Saúde de Itabuna
Coloscopia	UBS/USF/Policlínicas Regional de Saúde de Itabuna	UBS/USF/Policlínica Regional de Saúde de Itabuna
Mamografia	Policlínica Regional de Saúde de Itabuna	Policlínica Regional de Saúde de Itabuna
	Hospital São José Maternidades Santa Helena	
	CAMI DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	
	Médico Center Sul	
Laboratório de Citopatologia/Anatomia Patológica	Laboratório UAC	Laboratório UAC
	Unidade Básica Talma Cajueiro	
CIRURGIA	REGIÃO DE SAÚDE DE ILHÉUS	REGIÃO DE SAÚDE DE JEQUIÉ
- Aparelho Digestivo	UNACON do Hospital São José/Maternidade Santa Helena (HSJ)	UNACON do Hospital Geral do Prado Valadares (HGPV)
- Coloproctologia		
- Ginecologia		
- Mastologia		
- Urologia		
- Cabeça e pescoço	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)
- Torácica	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)
- Ossos e partes moles	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	*CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
- Pele/Plástica (*)	UNACON do Hospital São José/Maternidade Santa Helena (HSJ)	UNACON do Hospital Geral do Prado Valadares (HGPV)
- Neurocirurgia	UNACON do Hospital São José/Maternidade Santa Helena (HSJ)	UNACON do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV)
- Oftalmologia	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
TRATAMENTO	REGIÃO DE SAÚDE DE ILHÉUS	REGIÃO DE SAÚDE DE JEQUIÉ
Radioterapia e Braquiterapia	UNACON do Hospital Manoel Novaes	UNACON do Hospital Manoel Novaes
Iodoterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez	CACON do Hospital Aristides Maltez
Citorredução HIPEC	Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)	Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)
Oncologia Clínica/Quimioterapia	UNACON do Hospital São José/Maternidade Santa Helena (HSJ)	UNACON do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV)
Fratura Óssea	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	*CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Alcoolização Percutânea/Radiofrequência para Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Tratamento de hematuria por embolização	UNACON do Hospital São José/Maternidade Santa Helena (HSJ)	*UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)
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)
Químio Embolização de Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Cuidados Paliativos	UNACON do Hospital São José/Maternidade Santa Helena (HSJ)	UNACON do Hospital Geral Prado Valadares
CÂNCER HEMATOLÓGICO E PEDIÁTRICO	REGIÃO DE SAÚDE DE ILHÉUS	REGIÃO DE SAÚDE DE JEQUIÉ
Hematologia	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + Hospital Santa Isabel + Hospital Geral Roberto Santos/CICAN	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + Hospital Santa Isabel + Hospital Geral Roberto Santos/CICAN
Oncologia Pediátrica	UNACON do Hospital Manoel Novaes	UNACON do Hospital Manoel Novaes

MACRORREGIÃO SUL		
AÇÕES DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE DE ITABUNA	REGIÃO DE SAÚDE DE VALENÇA
Coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo uterino	UBS/USF/Policlínica Regional de Saúde de Ilhéus	UBS/USF/Policlínica Regional de Saúde do Baixo Sul
Coloscopia	UBS/USF/Policlínica Regional de Saúde de Ilhéus	UBS/USF/Policlínica Regional do Baixo Sul da Bahia
Mamografia	Hospital São José e Maternidade Santa Helena	Hospital São José Maternidades Santa Helena
	Médico Center Sul	Hospital Geral Prado Valadares
	MATTER DEI CLINICA DA MULHER	Policlínica Regional do Baixo Sul da Bahia

	Policlínica Regional de Saúde de Itabuna	
Laboratório de Citopatologia/Anatomia Patológica	LABORATORIO LACCI	Laboratório Silva Castro
	LL Laboratório	Laboratório Análises Clínicas de Gandu
		Citoprev Anatomia Patológica e Citológica
CIRURGIA	REGIÃO DE SAÚDE DE ITABUNA	REGIÃO DE SAÚDE DE VALENÇA
- Aparelho Digestivo	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)
- Coloproctologia		
- Ginecologia		
- Mastologia		
- Urologia		
- Cabeça e pescoço	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)/UNACON do Hospital Manoel Novaes	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)/UNACON do Hospital Manoel Novaes
- Torácica	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)/UNACON do Hospital Manoel Novaes	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)/UNACON do Hospital Manoel Novaes
- Ossos e partes moles	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)/UNACON do Hospital Manoel Novaes	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
- Pele/Plástica (*)	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)/UNACON do Hospital Manoel Novaes	UNACON do Hospital São José/Maternidade Santa Helena (HSJ)
- Neurocirurgia	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)/UNACON do Hospital Manoel Novaes	UNACON do Hospital São José/Maternidade Santa Helena (HSJ)
- Oftalmologia	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
TRATAMENTO	REGIÃO DE SAÚDE DE ITABUNA	REGIÃO DE SAÚDE DE ILHÉUS
Radioterapia e Braquiterapia	UNACON do Hospital Manoel Novaes	UNACON do Hospital Manoel Novaes
Iodoterapia	CACON do Hospital Aristides Maltez	CACON do Hospital Aristides Maltez
Citorredução HIPEC	Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)	Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC)
Oncologia Clínica/Quimioterapia	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)/UNACON do Hospital Manoel Novaes	UNACON do Hospital São José/Maternidade Santa Helena (HSJ)
Fratura Óssea	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)/UNACON do Hospital Manoel Novaes	CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Alcoolização Percutânea/Radiofrequência para Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos
Tratamento de hematuria por embolização	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)	UNACON do Hospital São José/Maternidade Santa Helena (HSJ)
Radioterapia Estereotáxica	UNACON do Hospital Santa Isabel (HSI)/CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)	UNACON do Hospital Santa Isabel (HSI)/CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM)
Quimioembolização de Tumor Hepático	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)	UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)
Cuidados Paliativos	UNACON do Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)/UNACON do Hospital Manoel Novaes	UNACON do Hospital São José/Maternidade Santa Helena (HSJ)
CÂNCER HEMATOLÓGICO E PEDIÁTRICO	REGIÃO DE SAÚDE DE ITABUNA	REGIÃO DE SAÚDE DE ILHÉUS
Hematologia	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + Hospital Santa Isabel + Hospital Geral Roberto Santos/CICAN + Hospital Manoel Novaes	CACON do Hospital Aristides Maltez + UNACON do Hospital Universitário Professor Edgard Santos + Hospital Santa Isabel + Hospital Geral Roberto Santos/CICAN
Oncologia Pediátrica	UNACON do Hospital Manoel Novaes	UNACON do Hospital Manoel Novaes

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 verde significa que a referência deverá ser alterada após a implantação de serviços que estão em fase final de construção ou ampliação.

7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Dando continuidade às atividades do PRI, para a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) do Plano Macrorregional de Saúde foram realizadas, até o

momento, 4 (quatro) oficinas de trabalho em cada macrorregião para as quais foram definidos objetivos distintos, visando atender as diversas etapas de construção do plano macrorregional.

Na MRS-Sul, a 2ª Oficina Macrorregional ocorreu de modo online, no dia 15/10/2021, com o objetivo de fazer a devolutiva das prioridades dentre as sete áreas temáticas contempladas na análise da situação de saúde e definir as diretrizes do Plano Macrorregional de Saúde. Atendendo à portaria CIT n. 01 de 21 de março de 2021, para a definição das diretrizes macrorregionais foram, previamente, consolidadas as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (2020-2023) e do Plano Estadual de Saúde (2020-2023) pelo grupo de discussão coordenado pela APG/Copri.

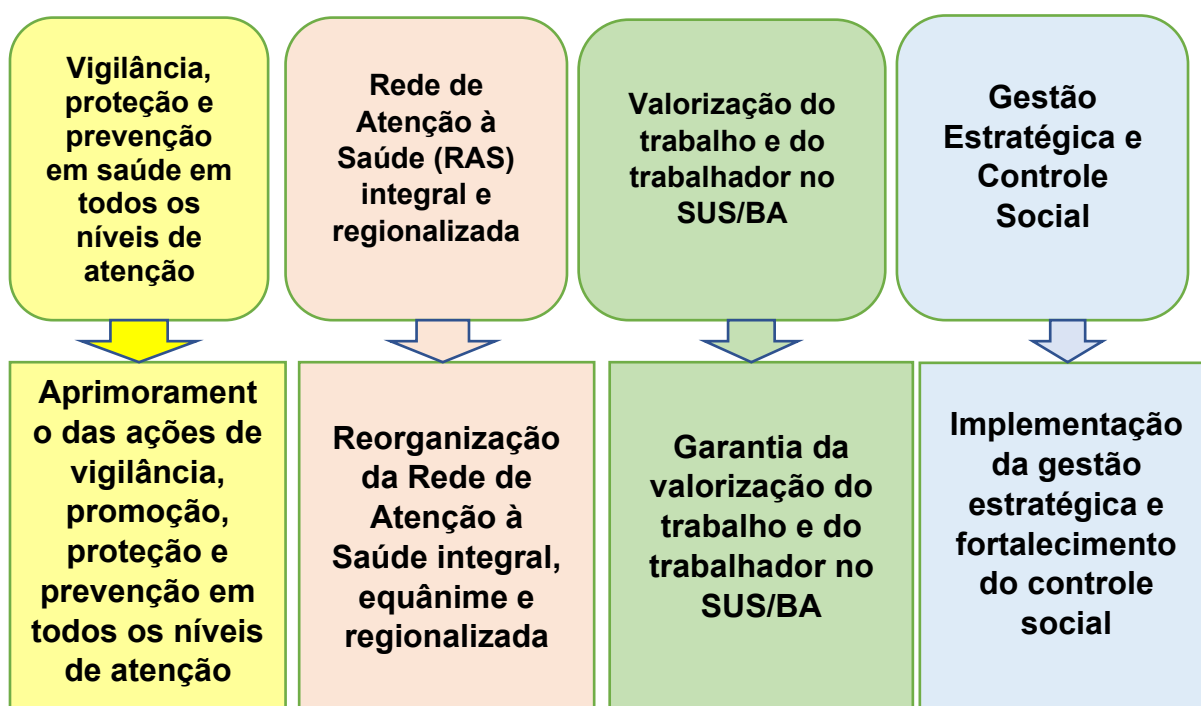
A consolidação das diretrizes resultou em quatro núcleos de sentido, nomeados como: Vigilância em Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Valorização do Trabalho e do(a) Trabalhador(a) e Gestão Estratégica e Controle Social.

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-Sul).

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-Sul (Figura 6).

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



Fonte: 2ª Oficina Macrorregional/Sesab, 15/10/2021

Durante a 2ª Oficina Macrorregional foi comunicado a criação do Grupo Técnico de Trabalho Macrorregional, composto por técnicos da Sesab do nível central e regional, representantes dos municípios indicados nas CIR, apoiadores do Cosems/BA, técnicos da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde, colaboradores da Opas e articuladores do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). Após sua constituição, o GTTM iniciou a elaboração de proposta contendo os objetivos para cada diretriz, considerando a discussão na 2ª Oficina.

Em continuidade ao processo de planejamento foi realizada presencialmente, no dia 05 de julho de 2022, a 3ª Oficina Macrorregional - **“Qualificação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) e Análise da Capacidade instalada”**, para definir os objetivos e iniciar a discussão sobre a capacidade instalada da macrorregião, considerando a prioridade sanitária.

Na 3ª Oficina foi apresentada a proposta dos objetivos, elaborada pelo GTTM. Após discussão e reformulação, foram consensuados, com os gestores municipais, os objetivos para a macrorregião. Para subsidiar a elaboração da análise da capacidade instalada 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 01 de agosto de 2023 (Quadro 9).

Quadro 9. Diretrizes e objetivos Macrorregião de Saúde Sul, Bahia, 2023

DIRETRIZ	OBJETIVO
Reorganização da Rede de Atenção à Saúde integral, equânime e regionalizada	Organizar a Atenção Primária à Saúde de forma integrada e resolutive
	Organizar o acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares no atendimento a gestante e recém-nascido de forma regionalizada, qualificada e em tempo oportuno.
	Aprimorar o sistema de apoio da RAS
	Aprimorar o sistema logístico da RAS
Aprimoramento das ações de vigilância, promoção, proteção e prevenção em todos os níveis de atenção	Implementar as ações de Vigilância em Saúde em todos os níveis de Atenção
	Promover integração das ações de vigilância em saúde com a atenção primária à saúde
Garantia da 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)
Implementação da gestão estratégica e fortalecimento do controle social	Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa

Fonte: 4ª Oficina Macrorregião/Sesab, 2023.

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

O grupo responsável pela discussão do PRI construiu uma nota técnica intitulada “Componentes das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) do Plano Macrorregional de Saúde – Bahia”, com o objetivo de ofertar orientações metodológicas para que os GTTM elaborem proposições das metas, indicadores e atividades, respectivas. Na nota técnica é apresentado o modelo de matriz para a DOMI, elaborado pela Sesab, Cosems/BA e SEMS e são definidos os conceitos com os quais os 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), instituídos pela resolução CIB Nº 006/2022, atualizada pela Resolução CIB Nº 350/2024, elaboraram uma proposta de **metas e indicadores**, itens necessários para concluir a etapa de Diretrizes, Objetivos, Metas Indicadores (DOMI). Deste modo, foi encaminhado um formulário para ser respondido pelos(as) Secretários(as) de Saúde de acordo com as orientações constantes no próprio formulário até o dia 19.03.2025, para primeira etapa de validação. E nesta oportunidade foi realizada a discussão do Plano de Ação da Rede Alyne.

Considerando a consolidação das respostas ao formulário, foi realizada uma oficina no dia 01 de abril de 2025 com o objetivo de discutir e validar as metas e indicadores não aprovados por consenso no formulário. Desta forma, as DOMI estão apresentadas no Quadro 10.

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

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

MACRORREGIÃO SUL - PRIORIDADE SANITÁRIA MATERNA E INFANTIL							
DIRETRIZ: Reorganização da Rede de Atenção à Saúde integral, equânime e regionalizada							
OBJETIVO: Organizar a Atenção Primária à Saúde de forma integrada e resolutive							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implantar a metodologia de vinculação de gestantes ao local de parto nos 67 municípios da macrorregião	Número de municípios com a metodologia de vinculação de gestantes ao local de parto implantada	0	67	67	67	Pactuação do padrão da estratificação o risco gestacional para a MRS Sul, conforme modelo de organização estadual (Resolução CIB/BA 154/2024)	SESAB/SMS
						Implantação fluxo de vinculação das gestantes (Plano de Parto elaborado junto à gestante), incluindo o acompanhante de acordo a Lei 11.108/2005	SESAB/SMS
						Organização do desenho da Rede Materna e Infantil da Macrorregião, com discussão no Fórum e pactuação em CIR/CIB	SESAB/SMS
Ampliar para 70% a Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação	49,50 (CAMAB, 2024Q1)	100%	100%	100%	Elaboração de manual de Manejo do pré-natal na unidade básica de saúde	MS/SESAB
						Distribuição do manual de Manejo do pré-natal na unidade básica de saúde	MS/SESAB
						Estratificação de risco familiar, identificação de subgrupos populacionais, identificação do risco gestacional e puerpera	SMS
						Implementação da programação do cuidado das gestantes conforme Planificação de Atenção à Saúde	SESAB/SMS
						Fortalecimento da atuação dos ACS na identificação e acompanhamento de gestantes, em áreas de difícil acesso.	SMS

						Realização de ações educativas e informativas sobre a importância do pré-natal.	SMS
						Monitoramento da cobertura pré-natal utilizando sistemas de informação (e-SUS APS) para acompanhar adesão, faltas e fluxos	CEGRAS
Ampliar para 95% a cobertura da Atenção primária à saúde	Percentual de cobertura da APS	82,82% (CAMAB, 2023)	95%	95%	95%	Realização do credenciamento das equipes	MS/SMS
						Realização do mapeamento e territorialização dos municípios	SMS
						Apoio na realização de seleção pública dos ACS	SESAB
Alcançar 3% ao ano a proporção de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos	Proporção de nascidos vivos de mães com 10 a 19 anos.	16,68 (CAMAB, 2023)	8,34%	4,17%	3,00%	Implementação da Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens (eixo relacionado a temática) no território	SESAB/SMS
						Monitoramento quadrimestral em CIR das ações ofertadas em relação a saúde sexual no PSE	CEGRAS
Ampliar a testagem dos exames para Sífilis e HIV para 100% das gestantes	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	74,93 (CAMAB, 2024Q1)	100%	100%	100%	Disponibilização dos insumos (Testes rápidos Sífilis e HIV)	SESAB
						Ampliação da testagem rápida para sífilis e HIV, para 100% das gestantes no pré-natal e no parto.	SMS
						Monitoramento quadrimestral em CIR da realização de testagem	CEGRAS
Alcançar 80% das gestantes com atendimento odontológico	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde	62,09% (CAMAB, 2024Q1)	100%	100%	100%	Ampliação da cobertura de saúde bucal na APS	SMS
						Monitoramento quadrimestral em CIR da cobertura de saúde bucal	CEGRAS
Realizar, pelo menos dois testes, da triagem pré-natal em 100% das gestantes	Percentual de gestantes com realização de pelo menos 02 testes da triagem pré-natal	0% (DGC)	50%	70%	100%	Oferta da triagem pré-natal em todas as UBS	MS/SESAB/SMS

Reduzir 3% ao ano a Taxa de Sífilis em Gestante por nascidos vivos (por 1.000 NV)	Taxa de Sífilis em Gestante por nascidos vivos (por 1.000 NV)	28,97 (CAMAB, 2023)	27,52	26,14	24,83	Promoção de oficinas integradas para análise dos indicadores de sífilis em gestante envolvendo a vigilância em saúde e atenção primária	SESAB/SMS
						Realização do planejamento para integração de ações de vigilância e atenção primária da prevenção e tratamento de sífilis em gestante	SESAB/SMS
						Apoio técnico aos municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis	SESAB/SMS
						Fomento a implantação do teste rápido e ou triagem com papel filtro em todas as Unidades Básicas de Saúde	SESAB/SMS
Reduzir a Mortalidade materna em 50% para gestantes negras até 2027.	Razão da Mortalidade materna em gestantes negras, ocorridos na macrorregião	57,76 (SIM, 2023)	51,98	43,32	28,88	Implementação de protocolos hospitalares contra a violência obstétrica e incentivo à presença de acompanhantes durante o parto	Sesab/SMS
						Capacitação das equipes das maternidades e pré-natalistas quanto a assistência ao pré-natal, parto e nascimento	Sesab/SMS
						Estabelecimento de protocolo de alta segura nas maternidades	Sesab/SMS
						Realização da visita puerperal pelas Equipes Saúde da Família(ESF).	SMS
OBJETIVO: Organizar o acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares no atendimento a gestante e recém-nascido de forma regionalizada, qualificada e em tempo oportuno.							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Habilitar 4 ambulatórios de atendimento às gestantes e puérperas	Número de AGPAR habilitados	0	3	4	4	Padronização dos documentos necessários para acessar os ambulatórios	SESAB
						Implantação do ciclo de atenção continua	SESAB
						Definição das referências para outras especializadas	SESAB

(AGPAR) na macrorregião						Estruturação dos ambulatórios regionais de AGPAR (estimativa de NV 2024 - 19.715, obs Ilhéus e Valença não alcançam 5.000 NV)	MS/SESAB
						Implementação do protocolo de encaminhamento prioritário para gestantes classificadas com risco gestacional aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	SESAB/SMS
Habilitar 03 novas unidades de referência para gestação e puerpério de alto risco	Número de novas unidades para referência a gestação e puerpério de alto risco habilitadas	1	3	4	4	Definição das portas de intercorrência obstétrica	SESAB
						Definição do perfil de atendimento dos hospitais por linha de cuidado (classificação hospitalar PAH)	SESAB
						Pactuação nos espaços de governança das referências para parto e nascimento - Fórum Perinatal, CIR, Grupo Condutor de Redes Estadual, CIB e CEGRAS	SESAB
						Estruturação das unidades hospitalares de referência para o parto de alto risco (Hospital de Referência para Gestação e Puerpério de Alto Risco - HGPARGAR)	MS/SESAB/SMS
						Habilitação de leitos de UTIN UCINco UCINca de acordo com a necessidade da macrorregião	MS/SESAB/SMS
						Estruturação de Banco de Leite Humano e/ou posto de coleta nas unidades de referência GAR	MS/SESAB/SMS
Habilitar 04 Centros de Parto Normal (CPN)	Número de CPN habilitados	0	2	4	4	Estruturação de CPN de acordo com a Portaria MS 5.350/24, Rede Alyne	MS/SESAB
Habilitar 02 Casas de Gestantes Bebês e Puérperas (CGBP)	Número de CGBP habilitadas	0	1	2	2	Identificação das necessidades para habilitação da unidade	SESAB
Habilitar 03 ambulatórios de seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade	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

neonatal (A-SEG) na macrorregião - 17.780NV em 2023						Habilitação dos ambulatórios de A-SEG segundo a necessidade da macrorregião	MS/SESAB/SMS
						Monitoramento do funcionamento dos A-SEG	SESAB/SMS
Aderir ao programa Mãe Bahia 100% dos municípios elegíveis.	Percentual 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
Habilitar 01 unidade para Incentivo de Atenção Especializada para os povos indígenas (IAE -PI)	Número de unidade hospitalar para o IAE-PI habilitada	0	1	1	1	Análise dos critérios para habilitação	SESAB/SMS
						Formalização da habilitação	SESAB/SMS
OBJETIVO: Aprimorar o sistema de apoio da RAS							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Ampliar para 100% da gestação de alto risco com exames de diagnóstico por imagem realizados (USG com doppler)	Percentual das gestantes com exames de diagnóstico por imagem realizados (USG com doppler)	47,18 (Número de exames US obstétrico doppler (0205020151) realizados (SIA/SUS)/estimativa de gestante de alto risco, 2023)	70%	85%	100%	Ampliação da oferta de USG convencional para gestantes	SESAB/SMS
						Ampliação da oferta de USG com doppler para gestantes classificadas com risco gestacional (alto risco e alto risco de maior complexidade)	SESAB/SMS
						Ampliação da oferta de USG morfológico para gestantes classificadas com risco gestacional (alto risco e alto risco de maior complexidade)	SESAB/SMS
Realizar triagem neonatal (teste do pezinho) em 100% dos recém-nascidos (RN) do 3º até o 5º dia	Percentual de RN do 3º ao 5º dia com triagem neonatal realizada	42,61% (Sistema de informação em triagem neonatal/DG C, 2023)	100%	100%	100%	Realização do teste do pezinho nas UBS	SMS
						Qualificação das Maternidades e Hospitais de referência para realizar e registrar os testes do olhinho, coraçãozinho, linguinha e orelhinha oportunamente	SESAB/SMS

Implementar em 100% dos municípios os medicamentos básicos e estratégicos para linha de cuidado conforme (RESME/RENAME)	Percentual de municípios com medicamentos da linha de cuidado incluídos na REMUME	0%	50%	75%	100%	Apoio na instituição das comissões de farmácia e terapêutica municipais	MS/SESAB/SMS
Implantar o cuidado farmacêutico em 03 A-SEG	Número de A-SEG com serviço de cuidado farmacêutico implantado	0	1	3	4	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
Implantar em 100% dos serviços referência o prontuário integrado com a APS e demais pontos de atenção	Percentual dos serviços referência com prontuário integrado com a APS e demais pontos de atenção implantado	0%	30%	70%	100%	Estruturação das unidades para implantar o AGH-USE	SMS
						Apoio às unidades com o AGH-USE implantado	SESAB
OBJETIVO: Aprimorar o sistema logístico da RAS							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Implantar Núcleos Internos de Regulação (NIR) em 100% das unidades de referência GAR	Percentual de unidades hospitalares com NIR implantado	0%	30%	70%	100%	Realização do diagnóstico situacional das unidades hospitalares para identificar as que necessitam da implantação de NIR,	SESAB/SMS
						Pactuação do Protocolo que defina fluxos e critérios de regulação nas unidades hospitalares	SESAB/SMS
						Monitoramento das taxas de ocupação hospitalar	SESAB/SMS

Ampliar para 70% das gestantes com acesso ao transporte sanitário	Percentual das gestantes com acesso ao transporte sanitário	0%	100%	100%	100%	Estruturação transporte Inter hospitalar	SESAB/SMS
						Estruturação de transporte social	SMS
						Estruturação do transporte de urgência em unidades móveis com equipamentos, estrutura e profissionais capacitados para realizar essa transferência, conforme o nível de complexidade do caso.	SESAB/SMS
						Estruturação de transporte sanitário nos ambulatórios de alto risco, para os serviços de urgência e emergência e unidade hospitalar de referência	SESAB/SMS
Implantar 01 complexo regulatório de leitos macrorregional articulado com o complexo estadual	Número de complexo regulatório macrorregional implantado	0	1	1	1	Elaboração da grade de referência	SESAB
						Implantação equipe de especializada materna infantil	SESAB
Implantar ESUS regulação em 100% dos municípios da macrorregião	Percentual 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
						Apoio para implementação do sistema ESUS regulação nos municípios	MS/SESAB
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							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Alcançar 100% a proporção de óbitos maternos investigados	Proporção de óbitos maternos investigados	77,78 (CAMAB, 2023)	100%	100%	100%	Realização do diagnóstico situacional do quantitativo de Câmaras Técnicas Municipais de Vigilância do Óbito materno-infantil e fetal na macrorregião	SESAB/SMS

						Implementação da Câmara Técnica Macrorregional de Vigilância do Óbito	SESAB/SMS
						Implementação das Câmaras Técnicas municipais de Vigilância do Óbito materno nos municípios sede de região	SMS
Alcançar 100% a proporção de óbitos infantil e fetal investigados	Proporção de óbitos infantil e fetal investigados	72,88 % (SESAB/SU VISA/DIVE P/SIM, 2023)	100%	100%	100%	Realização do diagnóstico situacional do quantitativo de Câmaras Técnicas Municipais de Vigilância do Óbito infantil e fetal na macrorregião	SESAB/SMS
						Implementação da Câmara Técnica Macrorregional de Vigilância do Óbito infantil e fetal	SESAB/SMS
						Implementação das Câmaras Técnicas municipais de Vigilância do Óbito infantil e fetal nos municípios sede de região	SMS
						Orientação para as Equipes de Saúde da Família para investigação dos óbitos infantis e fetais	SESAB/SMS
						Implantação da vigilância dos óbitos infantis e fetais em hospitais ou estabelecimentos de saúde que atendem crianças	SESAB/SMS
Reduzir para 1,8 a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 01 ano	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 01 ano	7,48 (CAMAB, 2023)	1,8	1,8	1,8	Implementação da Câmara Técnica macroregional de Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e outras IST	MS/SESAB/MS
						Notificação dos casos das gestantes com sífilis	SESAB/SMS
						Investigação dos casos das gestantes com sífilis	SESAB/SMS
						Realização de Oficinas para qualificação das ações integradas entre a vigilância em saúde e a atenção primária voltadas à prevenção da transmissão vertical de IST	SESAB
						Realização de Mostra Macrorregional/Regional de experiências exitosas municipais de integração entre VIEP e APS para ações de redução da Sífilis.	SESAB/SMS
OBJETIVO: Promover integração das ações de vigilância em saúde com a atenção primária à saúde.							

META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
Alcançar 90% a taxa de investigação e encerramento oportuno das doenças de notificação compulsória (DNC)	Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) encerrados até 60 dias após notificação	75% (SINAN)	80%	85%	90%	Realização de oficinas e treinamentos sobre o preenchimento correto e completo das fichas de notificação de Doenças de Notificação Compulsória (DNC), com ênfase nos prazos e critérios de encerramento.	SESAB/SMS
						Utilização de sistemas informatizados, e-SUS Notifica, para acompanhar a situação dos casos notificados e pendências de encerramento	SESAB/SMS
						Monitoramento mensal do SINAN	SESAB/SMS
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	52,94% (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 das vacinas na rede de serviços locais (Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral)	MS/SESAB
						Distribuição adequada das vacinas na rede de serviços locais (Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral)	SESAB
						Realização de Mostras de Experiências Exitosas e Replicáveis para estimular o aumento da cobertura vacinal nas crianças	SESAB/SMS
						Implatação 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: Garantia da valorização do trabalho 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		
Realizar 04 reuniões de CIR com a pauta Proposta de contratação, fixação e valorização do(s) trabalhador(es) da saúde	Número de reuniões de CIR com a pauta Proposta de contratação, fixação e valorização do(s) trabalhador(es) da saúde	0	1	2	4	Promoção de discussões, nas CIR, sobre os modelos de gestão dos serviços de referência para a atenção materna e 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 saúde.	SESAB/SMS
						Elaboração de materiais para discussão e de propostas para estratégias de contratação, fixação e valorização de trabalhadoras(es) da saúde dos serviços de saúde.	MS/SESAB
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		
Implantar 90% das ações de qualificação da rede materna e infantil do Plano de Ação Regional de Educação Permanente de Saúde (PAREPS) na macrorregião	Percentual das ações de qualificação da rede materna e infantil do Plano de Ação Regional de Educação permanente implantadas na macrorregião	0%	50%	75%	90%	Atualização com a temática materna e infantil (PAREPS)	SESAB/SMS
						Apresentação do PAREPS em CIR	SESAB/SMS
						Monitoramento do PAREPS em CIR	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
						Capacitação do ACS nas atividades de captação precoce das gestantes	SESAB/SMS
						Capacitação da equipe no tratamento da sífilis conforme protocolo clínico e diretriz terapêutica	SESAB/SMS

						Capacitação dos farmacêuticos para a utilização do protocolo do cuidado farmacêutico	SESAB/SMS
						Pactuação de cronograma com reuniões para alinhamento das ações de EPS com as demandas e necessidades do território	SESAB/SMS
						Implantação do Núcleo Municipal de Educação Permanente nos municípios sede de Região	SESAB/SMS
						Realização de ações formativas e educação permanente em saúde sobre gestão do SUS, com foco no planejamento, orçamento, controle, monitoramento e na avaliação da ação governamental para gestores	SESAB/SMS
						Realização de cursos de codificadores de óbito	MS/SESAB
						Realização de eventos de educação permanente nas regiões de saúde para qualificar os profissionais da Vigilância Epidemiológica, do Núcleo de Vigilância Hospitalar, da Atenção Primária e da Atenção Especializada para a vigilância do óbito, MIF, materno-infantil e fetal nos municípios, conforme necessidade do território.	SESAB/SMS
						Qualificação técnicos municipais em vigilância epidemiológica e manejo das DNC	SESAB/SMS
						Capacitação em investigação do óbito dos profissionais da APS	SESAB/SMS
Implantar 04 Grupos de Trabalho sobre Gestão do trabalho e Gestão da Educação GTES (CIR)	Número de grupos de trabalho sobre Gestão do Trabalho e Gestão da educação implantados em CIR	0	4	4	4	Participação na implementação da instância intersetorial e interinstitucionais permanente (CIES) na macrorregião.	SESAB/SMS
						Definição da composição	SESAB/SMS

						Definição das necessidades para o território sobre o tema	SESAB/SMS
DIRETRIZ: Implementação da gestão estratégica e fortalecimento do controle social							
OBJETIVO: Estruturar as instâncias de gestão estratégica e participativa							
META	INDICADOR	LINHA DE BASE	META ACUMULADA			ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
			2025	2026	2027		
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)	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
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 nas CIR dos relatórios de monitoramento e avaliação	CEGRAS
						Discussão de estratégias de melhoria das ações	SESAB/SMS
						Proposição para implantação de estratégias de melhoria das ações.	SESAB/SMS

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE

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

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

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

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

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

8.1 Componentes do Monitoramento e da Avaliação

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

8.2 Modelo de Relatório de Monitoramento

Identificação

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


8.2.1 Apresentação

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

8.2.3 Matriz de Monitoramento

Diretriz:

Objetivo 1:

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

Legenda:  Alcançado |  Parcialmente |  Crítico

8.2.3.1 Análise Qualitativa

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

8.2.3.2 Recomendações e encaminhamentos

8.2.3.3 Assinaturas

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

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

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

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

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

Composição

I – União:

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

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

II – Estado:

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

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

III – Município:

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

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

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

IV – Consórcios Interfederativos de Saúde:

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

V - Representação dos prestadores de serviços:

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

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

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

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

VI - Controle Social:

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

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

Atribuições

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

GLOSSÁRIO

- 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 integrarem 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
Coefficiente (ouTaxa)	Razão entre o número de ocorrências de um evento e o número total (número de ocorrências e número de não ocorrências). Representa o “risco” de determinado evento ocorrer na população (no numerador o número de casos do evento e no denominador, a população sob risco do mesmo evento).
Comissão Intergestores	Instância de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação (Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011).
Comissão Intergestores Bipartite	No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem como atribuições: I – elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; II – definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o estado; III – pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual; IV – homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; V – acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e VI – avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário.
Condição de Saúde	Conjunto de características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e sanitárias de determinada população, em determinado momento, e região.
Contratualização dos pontos de atenção	Meio pelo qual o gestor (municipal, estadual, do Distrito Federal ou federal) estabelece metas quantitativas e qualitativas quanto aos processos de atenção à saúde, considerando o(s) ponto(s) de atenção à saúde da RAS sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.
Cuidado de Saúde	Ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, de diagnóstico e tratamento de doenças e ações de reabilitação de capacidades reduzidas por efeito de doenças ou acidentes.
- D -	
Demanda espontânea	Indivíduo ou conjunto de indivíduos que procura os serviços de saúde por motivos que avalia como necessidade de saúde, sem vinculação pré-definida a programas e prioridades predefinidos em relação àquela população ou grupo,
- E -	
Equipe de Saúde Bucal	Modalidade de equipe que atua na atenção básica, constituída por 01(um) cirurgião-dentista e 01(um) técnico em saúde bucal (ou auxiliar de saúde bucal), no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.
Equipe de Saúde da Família	Estratégia prioritária de atenção à saúde para a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os princípios do SUS, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.
Estimativa	Valor numérico estimado obtido a partir de determinada amostra.
- G -	
Gestação de baixo risco	Gestação onde os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal é igual ou menor do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica
Gestação, parto e puerpério de risco	Situações nas quais a mulher apresenta complicações no estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez, no

	parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos.
Gravidade	Avaliação das consequências do processo ou da doença, é medida pela letalidade, taxa de hospitalização, pelas sequelas e outras consequências.
- I -	
Incidência	Número de novos casos de uma doença em determinado período e local. Para calcular a incidência, divide-se o número de pessoas que ficaram doentes pelo número de habitantes do local.
Indicador	Medida-síntese com informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões de determinada atividade. Pode ser usado como guia para monitorar e avaliar eventos (Ripsa, 2008). A construção de um indicador é um processo que pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinado evento até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices.
Indicador de saúde	Revela a situação de saúde (ou um aspecto dela) da população ou de um indivíduo. É formulado a partir de dados referenciados no tempo e espaço que pela forma de organização e apresentação, facilita a análise da realidade, através de simples leitura ou do acompanhamento de dados no tempo. Expressa, numericamente, o estado da saúde de determinada população em determinado momento.
Indicadores de Morbidade	Expressam a intensidade com que acontece uma doença em determinada população, medem a incidência (frequência de ocorrência de casos novos) e o predomínio de casos existentes.
Indicadores de Mortalidade	São calculados pelas taxas ou coeficientes de mortalidade. Representam o “peso” que os óbitos apresentam em determinada população.
Índice	Medida usada para comparar grupos de dados relacionados entre si, sendo possível avaliar variações ocorridas ao longo do tempo e as diferenças entre os lugares ou a tendência de uma ou mais variáveis de um fenômeno.
Internações	É a permanência da pessoa em unidade de assistência hospitalar motivada por algum problema de saúde.
- L -	
Letalidade	Relaciona o número de óbitos por determinada causa e o número de pessoas que foram acometidas por tal causa. Sinaliza a gravidade do agravo uma vez que indica o percentual de mortes por aquela causa.
- M -	
Macrorregião	Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.
Média Complexidade	Atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantida a partir do processo de referência e contrarreferência
Morbidade:	Conjunto dos indivíduos que adquire doenças (ou determinadas doenças) em um dado intervalo de tempo em uma determinada população. A morbidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde.
Morbimortalidade:	Relaciona o número de casos de doença ou morte com a população de um determinado local e momento. É um termo que combina dois subconceitos: morbidade e mortalidade.
Mortalidade:	Total de indivíduos que morreram em um dado intervalo do tempo. Representa o risco ou probabilidade que qualquer pessoa na população poder vir a morrer.
Mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCTN)	Indicador de saúde pública que acompanha uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU). As quatro principais DCNT são: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, Diabetes mellitus e

	neoplasias (cânceres). Têm em comum quatro fatores de risco: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso nocivo do álcool.
- N -	
Necessidades de Saúde	Carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma determinada população. Incluem, assim, os efeitos do não atendimento pleno das necessidades básicas de alimentação, abrigo, segurança, afeto, educação, cultura e serviços de saúde, quer sejam ações inespecíficas de promoção e melhoria da qualidade de vida, quer sejam ações específicas de proteção contra riscos e agravos ou de assistência em caso de doença, acidente ou padecimento de qualquer natureza.
- O -	
Óbitos por causas prematuras	Morte que ocorre antes da expectativa de vida da população, em determinado tempo e lugar. As principais causas de morte prematura no Brasil são por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)
Ocupação de leitos	Razão entre o total da população de determinado município e o número de leitos disponíveis no município (leitos de internação + leitos complementares).
- P -	
Parâmetros SUS	Referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde.
Planejamento Regional Integrado	Planejamento elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde, pactuado, monitorado e avaliado pela CIR. O processo de planejamento regional integrado é coordenado pela gestão estadual e envolve os três entes federados e expressa as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS.
População	Termo demográfico que se refere ao conjunto de indivíduos que vivem em um determinado território.
Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica	Tem como finalidade captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer. A prevenção e o combate ao câncer englobam a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias malignas e afecções correlatas. Implementado mediante incentivo fiscal a ações e serviços de atenção oncológica, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer.
Programa Nacional de Triagem Neonatal	Desenvolve ações de triagem neonatal em fase pré sintomática, o acompanhamento e o tratamento de doenças congênitas detectadas em todos os nascidos-vivos (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, fibrose cística). Objetiva promover o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada de laboratórios especializados e serviços de atendimento e organizar e regular o conjunto destas ações de saúde.
Proporção	Relação entre a frequência absoluta de determinado evento e o total de eventos da mesma natureza ocorridos na população e no período considerado. Os casos incluídos no numerador são subconjuntos do denominador, mas não expressam risco. São usualmente apresentadas na forma de porcentagens (x100).
- R -	
Razão	Relação entre dois números, onde o numerador e o denominador são elementos de mesma natureza e mesma dimensão, mas são de grupos excludentes, ou seja, o numerador não está incluído no denominador.
Rede de Atenção à Saúde	São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de

	apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017.
Rede materna e infantil	Rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.
Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)	Recurso de vigilância e monitoramento de neoplasias destinado a estimar incidências, taxas de mortalidade e de 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 demandam assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN. As UCINCo poderão configurar-se como unidades de suporte às UTIN ou de forma independente, conforme rotina de cada serviço.
Unidade de Terapia Intensiva	Unidade que oferece serviços hospitalares voltados para o atendimento da pessoa grave ou com risco de morte
- V -	
Vetores	Seres vivos que veiculam determinado agente desde o reservatório até o hospedeiro potencial. Vetores mecânicos são os transportadores de agentes, geralmente insetos, que os carregam nas patas, asas ou trato gastrointestinal contaminados e onde não há multiplicação ou modificação do agente. Vetores biológicos são aqueles em que os agentes desenvolvem algum ciclo vital antes de serem disseminados ou inoculados no hospedeiro.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 01 de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 2021 [citado 18 dez 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html
2. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Rev Baiana Saúde Pública. 2020;44(supl 1):1–184. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n0.a3205>. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/10/PES-2020-2023-VERSAO-FINAL.pdf>
3. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Resolução CIB/BA n. 018/2021. Aprova o credenciamento de Equipe de Saúde da Família – ESF, no Município de Ibicuí. Diário Oficial do Estado [Internet]. Disponível em: http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/resolucoes/2018/RES_CIB_018_2018.pdf
4. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Resolução CIB/BA n. 167/2018. Aprova ad referendum o cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e mantém a organização das Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia. Diário Oficial do Estado [Internet]. Disponível em: http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/Resolucoes/2018/RES_CIB_167_2018.pdf
5. Guitarrara P. Pobreza no Brasil. Brasil Escola [Internet]. [citado 23 ago 2022]. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/pobreza-no-brasil.htm>
6. IBGE; DATASUS; Ministério da Saúde; SESAB; SUVISA; DIVEP; GT Demografia. Municípios de extrema pobreza [Internet]. [acessado em 11 abr 2022]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/demografia/>
7. Portal A TARDE. Bahia tem o maior número de pessoas extremamente pobres do Brasil, aponta IBGE. 12 nov 2020 [Internet]. [atualizado em 12 nov 2020, 10:50]. Disponível em: <https://atarde.uol.com.br>
8. Pietrobon L, Prado ML, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Physis [Internet]. 2008;18(4):767–83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>
9. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. [citado 12 out 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/dados-e-indicadores/dados-gerais>
10. Quijano FAD. Bases da epidemiologia das doenças infecciosas. Departamento de Epidemiologia – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo [Internet]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5539423/mod_resource/content/4/EpiInfecciosas08-09-2020.pdf. Acesso em: 29 abr 2021

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

- 23.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Rev Soc Bras Med Trop. 2006;39(3). ISSN 0037-8682. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822006000300010. Acesso em: 10 maio 2021
- 24.** Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs>
- 25.** Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed. v.2. São Paulo: Edusp; 1998. p. 143.
- 26.** Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e óbitos maternos [Internet]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitomat.def>. Acesso em: 14 maio 2021
- 27.** Sistema de Informação sobre Mortalidade. Óbito Infantil [Internet]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obitoinf.def>. Acesso em: 14 maio 2021
- 28.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ações com foco na Saúde da Mulher [Internet]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>. Acesso em: 14 abr 2021
- 29.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
- 30.** Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R, Israel RA, Laurenti R, Maguin P, et al. CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2011 [citado 19 set 2025].
- 31.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2020.
- 32.** Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Pactuação Interfederativa 2017-2021. Manual de orientação. Bahia: 2021 [Internet]. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/pactuacaoInterfederativa>. Acesso em: 20 abr 2021
- 33.** Sistema de Informação sobre Mortalidade. Mortalidade Geral [Internet]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obito.def>. Acesso em: 14 maio 2021
- 34.** Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
- 35.** Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2016;107(3 Suppl 3). Stürmer PL, Bianchini I. Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. 2012.

- 36.** Brasil. Ministério da Saúde. O que é Atenção Primária [Internet]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 14 abr 2021
- 37.** Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- 38.** Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Curso Doenças Endócrino-Metabólicas e Nutrição [Internet]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/cursos-e-eventos/51635>. Acesso em: 26 abr 2021
- 39.** Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diabéticos representam 80% da demanda de próteses de membros inferiores no Cepred [Internet]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2016/11/08/diabeticos-representam-80-da-demanda-de-proteses-de-membros-inferiores-no-cepred/>. Acesso em: 6 maio 2021
- 40.** Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde [Internet]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>. Acesso em: 22 abr 2021
- 41.** UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância [Internet]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/painel-de-dados>. Acesso em: 16 mai 2023
- 42.** Brasil. Caderno de Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde. De que se trata os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf>



ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)

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