



Plano Municipal de Saúde 2010-2013

Elaboração

Assessoria técnica

Alcione Anunciação;

Dulcelina Anjos do Carmo;

Luciana Caribé;

Marcela Muhana Galvão:

Maria de Fátima Oliveira;

Maria de Fátima Pereira dos Santos;

Virgínia Aguiar.

Comissão Técnica:

Marcela Muhana Galvão – representante da Assessoria Técnica;

Maria de Fátima Carvalho de Oliveira – representante da Assessoria Técnica;

Yasmin Lourenzo Figueiredo representada por Tônia Maria Falcão - representante do DS-Barra Rio-Vermelho, Brotas, Boca do Rio e Itapuã;

Silvia Dias Pimentel - representante dos DS Subúrbio Ferroviário, Centro Histórico, Itapagipe e Liberdade:

Carla de Oliveira Bueno Massa - representante dos DS Cajazeiras, Cabula-Beiru;

Martha Itaparica –representante da COSAM;

Eliana Fiais - representante da COSAM;

Maria Cândida de Queiroz - representante da COAPS;

Rosangela fontes santos - representante da COAPS;

Maria da Conceição O. Souza - representante da CRA;

Daniela Alcântara - representante da CMUE;

Perivaldo João Amaral - representante da CAD, ASCOM, GASEC, Ouvidoria, Auditoria, NGI:

Tomé Roberto Santana - representante da do FMS;

Melicia Reis - representante do CDRH;

Maria do Socorro Tanure Telles - representante do CDRH;

Daniela Rocha Fontoura -representante do CDRH;

Alda Souza - representante da AGEP;

Ana Cristina Rodrigues - representante da AGEP;

Silvia Santos Augusto - representante da ASPERS;

Eloísa Solange Magalhães Bastos- representante da ASPERS;

Maria Ângela da Mata Rocha – representante do Conselho Municipal de Saúde;

Humberto Costa- representante do Conselho Municipal de Saúde.

Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde no dia 26 de abril de 2010.

PREFEITO

João Henrique Barradas Carneiro

VICE-PREFEITO

Edvaldo Brito

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

José Carlos Raimundo Brito

SUBSECRETÁRIA DE SAÚDE

Rosa Virginia de Oliveira Fernandes

ASSESSORIA TÉCNICA

Alcione Santos da Anunciação

ASSESSORIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

Alda Souza

ASSESSORIA DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE RACIAL

Silvia Augusto

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO

Lélia Dourado

COORDENADORIA DE SAÚDE AMBIENTAL

Antônia Maria Britto de Jesus

COORDENADORIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ana Angélica de Araújo dos Santos

COORDENADORIA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

Ana Paula Mattos

COORDENADORIA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Maria do Socorro Tanure

COORDENADORIA ADMINISTRATIVA

Perivaldo Amaral

COORDENADORIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nair Amaral

AUDITORIA

Flávia Renata C. Andrade

OUVIDORIA

Sara Áreas

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Acácia Resende de Sá

DISTRITO SANITÁRIO CENTRO HISTÓRICO

Joselia Carmen Bouzon Sande

DISTRITO SANITÁRIO ITAPAGIPE

Leonardo Aguiar Trech

DISTRITO SANITÁRIO SÃO CAETANO - VALÉRIA

Josinei de Castro da Silva

DISTRITO SANITÁRIO LIBERDADE

Adilson Anunciação

DISTRITO SANITÁRIO BROTAS

Louricea Cerqueira Castro

DISTRITO SANITÁRIO BARRA RIO VERMELHO

Yasmim Lorenzo

DISTRITO SANITÁRIO BOCA DO RIO

Maira Carvalho Macedo

DISTRITO SANITÁRIO ITAPUÃ

Maria José dos Santos Ribeiro

DISTRITO SANITÁRIO CABULA BEIRÚ

Maria de Fatima Pereira Moraes

DISTRITO SANITÁRIO PAU DA LIMA

Maria Helena Belinello

DISTRITO SANITÁRIO CAJAZEIRAS

Carla Oliveira Bueno Massa

DISTRITO SANITÁRIO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO

Silvia Pimentel

Agradecimentos

À professora Ana Luiza Vilasboas pela contribuição na construção da metodologia do Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

Ao professor Jairnilson Paim pela participação na oficina de levantamento da percepção de problemas de estado de saúde e serviços de saúde.

À professora Carmen Texeira pela contribuição na revisão dos módulos operacionais do Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

À colega Sara Cristina Cerqueira pela colaboração na construção da metodologia e revisão final do Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

Aos Coordenadores e sub-coordenadores dos Distritos Sanitários pelo apoio no momento de realização das pré-conferências.

Aos diversos representantes da sociedade civil que participaram das etapas de construção do Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE - Agente Comunitário de Endemia

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AF – Anemia Falciforme

AGEP - Assessoria de Gestão Participativa

ASCOM - Assessoria de Comunicação

ASPERS - Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde

ASTEC - Assessoria Técnica

AUDITORIA - Componente Municipal de Auditoria da SMS

CAD - Coordenadoria Administrativa

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CCZ – Centro de Controle de Zoonoses

CDRH – Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

CIES- Comissão de Integração Ensino-Serviço

CEREST – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CGMR - Colegiado de Gestão Microrregional

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CMUE – Coordenadoria Municipal de Urgência e Emergência

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAPS - Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde

COSAM - Coordenadoria de Saúde Ambiental

CRA - Coordenadoria de Regulação e Avaliação

DNC - Doença de Notificação Compulsória

DS - Distritos Sanitários

EC - Emenda Constitucional

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF - Equipe de Saúde da Família

FMS - Coordenadoria Executiva do Fundo Municipal de Saúde

GASEC - Gabinete do Secretário

GTH - Grupo de Trabalho de Humanização

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NGI - Núcleo de Gestão de Informática

NOTIFIQUE - Sistema de Notificação

NEP- Núcleo de Educação Permanente- SAMU

PAVS - Programação das Ações da Vigilância em Saúde

PCT- Programa de Controle da Tuberculose

PDDU - Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano

PIB- Produto Interno Bruto

PMS - Plano Municipal de Saúde

PNCD- Programa Nacional de Controle da Dengue

PPA - Plano Plurianual

PPI - Programação Pactuada Integrada

PSE – Programa de Saúde na Escola

RA- Região Administrativa

SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- 192

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SYGNUS – Sistema de Agendamento – Consultas e Exames

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SISAUD – Sistema de Informação de Auditoria

SISCOLO - Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo do Útero

SISFARMA – Sistema de Controle de Farmácia

SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama

SISPRENATAL - Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

SISVAN – Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional

SIOPS – Sistema a de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPN - Saúde da População Negra

SUIS - Subcoordenação de Informações de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU- Tribunal de Contas da União

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPAS – Unidades de Pronto Atendimento

USF - Unidade de Saúde da Família

VIDA - Sistema Integrado de Gestão em Saúde

VIEP – Vigilância Epidemiológica

VIGITEL- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

VISA – Vigilância Sanitária

VISAMB- Vigilância em Saúde Ambiental

VISAT – Vigilância da Saúde do Trabalhador

Sumário

1. Introdução	14
2. Caracterização do Município	16
3. Análise da Situação de Saúde	20
3.1. Mortalidade	20
3.1.1. Mortalidade Infantil	20
3.1.2. Mortalidade Materna	27
3.1.3. Mortalidade Geral	31
3.2. Morbidade	34
3.2.1 Morbidade Hospitalar	34
3.2.2 Perfil das Doenças Transmissíveis	37
3.2.3 Perfil das Doenças e Agravos Não Transmissíveis	51
4. Percepção dos problemas do estado de saúde	55
5. Percepção dos problemas dos serviços de saúde	57
7. Concepções, Princípios e Diretrizes	65
8. Módulos Operacionais	68
9. Acompanhamento do Plano Municipal de Saúde	98
10. Articulação com o Plano Municipal de Saúde 2010 com o Plano	Plurianual de Saúde
	100
Anexos	105

Lista de Figuras

- Figura 1 Distribuição populacional, segundo Distrito Sanitário. Salvador/Ba. 2008.
- **Figura 2** Índice de Desenvolvimento Humano, segundo RMS. 2000.
- **Figura 3** Taxa de Mortalidade Infantil, por 1.000 NV, segundo Distrito Sanitário. Salvador/Ba, 2008.
- **Figura 4** Taxa de Mortalidade Materna, segundo Distrito Sanitário, no ano de 2008. Salvador/Ba.
- **Figura 5** Pirâmide Etária, Salvador/Ba. 2000 2008

Lista de Gráficos

- **Gráfico 1** Pirâmide etária de Salvador 2000.
- Gráfico 2 Pirâmide etária de Salvador 2008.
- **Gráfico 3** Taxa de Mortalidade Infantil e o Número de óbitos em Menores de 01 ano. Salvador/Ba. 2000-2008.
- **Gráfico 4** Taxa de Mortalidade Infantil, segunda causa básica CID-10. Salvador/Ba. 2000-2008.
- **Gráfico 5** Percentual de óbitos por raça/cor em menores de 01 ano, segundo os principais capítulos do CID- 10. Salvador/Ba. 2008.
- **Gráfico 6** Taxa de Mortalidade Infantil, segundo componente. Salvador/Ba. 200-2008.
- **Gráfico 7** -Proporção de óbitos em mulheres de 10-49 anos, segundo causas CID 10, Salvador/BA. 2000-2008.
- **Gráfico 8** Curva de mortalidade proporcional, segundo faixa etária, Salvador/Ba. 2008.
- **Gráfico 9** Mortalidade Proporcional, segundo grupo de causa -CID 10. Salvador/Ba. 200-2008.
- **Gráfico 10** Proporção de Internação Hospitalar, segundo causa CID 10 Salvador/Ba. 200-2008.
- **Gráfico 11** Taxa de internação por DII (A00-A09), segundo faixa etária, Salvador/Ba.200-2008.
- **Gráfico 12** Taxa de internação Hospitalar por IRA (J00-J 22), segundo faixa etária, Salvador/Ba. 200-2008.
- **Gráfico 13** Número de casos de dengue e coeficiente de incidência (por 100.000 habitantes), Salvador-Ba, 2000 a 2008.

- **Gráfico 14** Casos de Dengue por Faixa Etária e Ano de Ocorrência, Salvador-Ba, 2000 a 2008.
- **Gráfico 15** Casos Notificados de Meningites e Coeficiente de Incidência (por 100.000 habitantes), 2000 a 2008, Salvador/Ba.
- **Gráfico 16** Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 habitantes) e Letalidade das Meningites, 2000 a 2008, Salvador/Ba.
- **Gráfico 17** Casos Notificados de Leptospirose e Coeficiente de Incidência (por 100.000 habitantes), Salvador/Ba, 2000 a 2008.
- **Gráfico 18** Número de casos de leptospirose, segundo faixa etária, Salvador 2008.
- **Gráfico 19** Número de casos de esquistossomose, Salvador 2000-2008.
- Gráfico 20 Taxas de incidência (por 100.000 hab.) de DST, Salvador/Ba. 2000 a 2008.
- **Gráfico 21** Taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de Sífilis Congênita, Salvador/BA, 2000 2008.
- **Gráfico 22** Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de Aids, segundo faixa etária, por ano de diagnóstico, Salvador- BA, 1998 2008.
- **Gráfico 23** Taxa de Incidência (por 100.000 hab.) de AIDS, segundo raça/cor referida, por ano de diagnóstico. Salvador/BA, 2000 2008.
- **Gráfico 24** Coeficiente de incidência de Tuberculose de todas as formas e Pulmonar positivo, Salvador-Ba, 2000 a 2008.
- **Gráfico 25** Número e Coeficiente de Incidência de Tuberculose de todas as formas, Salvador 2005-2008.
- **Gráfico 26** Proporção de Casos de Tuberculose por Faixa Etária e Forma Clínica Salvador 2008.
- **Gráfico 27** Coorte de Tuberculose de Todas as Formas segundo situação de encerramento Salvador 2005 a 2007.
- **Gráfico 28** Coeficiente de Detecção geral e em menores de 15 anos de Hanseníase (100.000/hab), Salvador-Ba, 2000 a 2008.
- **Gráfico 29** Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes por sexo, Salvador –Ba, 2006 a 2008.
- **Gráfico 30** Percentual de Atendimentos por tipo de Ocorrência nas emergências do Hospital Geral do Estado e do Hospital João Batista Caribe, setembro de 2007.

Lista de Tabelas

- **Tabela 1** Taxa Bruta de Natalidade, segundo Distrito Sanitário, Salvador/Ba. 2000 2008.
- **Tabela 2** Número de Nascidos Vivos e de Óbitos e Coeficiente de Mortalidade Infantil. Salvador/Ba. 2000 2008.
- **Tabela 3** Número de óbitos e taxa de mortalidade infantil por (1.000 nascidos vivos), Salvador, 2008.
- **Tabela 4** Evolução da distribuição Percentual de óbitos em menores de 01 de idade, segundo os principais grupos de causas CID 10, no município de Salvador/Ba. 2000 2008.
- **Tabela 5** Proporção de óbitos em menores de 01 ano, segundo sexo. Salvador/Ba. 2000 2008.
- **Tabela 6** Proporção de óbitos em menores de 01 ano, segundo raça/cor, no município de Salvador/Ba. 2000 2008.
- **Tabela 7** Taxa de Mortalidade Infantil, (por 1.000 NV) segundo raça/cor, Salvador/Ba, 2000 2008.
- **Tabela 8** Proporção de óbito infantil, segundo grau de escolaridade da mãe. Salvador/Ba. 2000 2008.
- **Tabela 9** Número de óbitos e taxa de mortalidade fetal por 1.000 nascimentos, Salvador/BA, 2000 a 2008.
- **Tabela 10** Número de Óbitos e Óbitos e Razão de Mortalidade materna (por 100.000 NV). Salvador/Ba. 2000 2008.
- **Tabela 11** Número de Óbitos e Mortalidade Proporcional, segundo causa básica CID 10. Salvador/Ba. 2000 2008.
- **Tabela 12** Taxa de Mortalidade Materna, segundo Distrito Sanitário, no período de 2000 2008¹. Salvador/Ba.
- **Tabela 13** Taxa Bruta de Mortalidade (por 100.000 hab) Salvador/Ba. 2000 2008.
- **Tabela 14** Taxa de Mortalidade por Causas Externas, segundo faixa etária e sexo. Salvador/Ba. 2008.
- **Tabela 15** Número de casos de Dengue e coeficiente de incidência (100.000 hab) por Distrito Sanitário. Salvador/Ba. 2008.
- **Tabela 16** Coleções hídricas pesquisadas para Vigilância Malacológica por DS, Salvador, 2008.
- **Tabela 17** Número de Casos de Sífilis Congênita, capitais do nordeste, 2006.

- **Tabela 18** Número de casos de AIDS, segundo ano de diagnóstico. Salvador/BA, 2000 2008.
- **Tabela 19** Número de casos e razão segundo sexo por ano de diagnóstico. Salvador/BA, 2000 2008.
- **Tabela 20** Número e Coeficiente de Incidência de tuberculose de todas as formas por Distrito Sanitário de Residência, Salvador, 2005-2008.
- **Tabela 21** Percentual de adultos (≥ 18 anos) ex-fumantes, por sexo, Salvador–Ba, 2006 a 2008.
- **Tabela 22** Frequência e proporção de atendimentos segundo sexo nas emergências do Hospital Geral do Estado e do Hospital João Batista Caribe, setembro de 2007.
- **Tabela 23** Cobertura de Triagem Neonatal. Salvador/Ba. 2004 2008.
- **Tabela 24** Número de Crianças com Doença Falciforme, por Distrito Sanitário. Salvador/Ba. 2001 2008.
- **Tabela 25** Diagnóstico dos exames realizados pelo HUPES, Salvador, 2008.
- **Tabela 26** Exames de Média Complexidade Programados para Munícipes de Salvador e Produção de 2009. Salvador-Ba.
- **Tabela 27** Número de Leitos SUS e Não SUS por especialidade no período de 2005 e 2010. Salvador-Ba.
- **Tabela 28** Número de leitos SUS existentes e Necessidade de leitos por Especialidade para os munícipes de Salvador. Salvador-Ba, 2009.
- **Tabela 29** Produção e Necessidade de Internação referente aos munícipes de Salvador. Salvador-Ba. 2009.
- **Tabela 30** Número de Alunos Matriculados por Dependência Administrativa nos Níveis: Educação Infantil, Fundamental e Médio, Segundo Região Administrativa.
- **Tabela 31** Distribuição Proporcional da População, segundo faixa etária e sexo, Salvador/Ba. 2000 e 2008.
- **Tabela 32** Taxa de Mortalidade Infantil, (por 1.000 NV), segundo Distrito Sanitário, no município de Salvador/Ba. 2000 2008.
- **Tabela 33** Proporção de óbitos em menores de 01 ano, segundo raça/cor, no município de Salvador/Ba. 2000 2008.
- **Tabela 34** Distribuição proporcional dos óbitos fetais, segundo Distrito Sanitário, Salvador/Ba. 2000 2008.

Tabela 35 - Mortalidade Proporcional, segundo grupo de causa - CID 10. Salvador/Ba. 2000 – 2008.

Tabela 36 - Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100 mil habitantes). Salvador/Ba. 2000 – 2008.

Tabela 37 - Mortalidade Proporcional, segundo causas externas CID 10. Salvador/Ba. 2000 – 2008.

Tabela 38 - Número de Leitos SUS de UTI, segundo prestador, Salvador-Ba, 2009.

Lista de Quadros

Quadro 01 – Indicadores Pacto pela Saúde, Salvador, 2004-2008.

Quadro 02 – Indicador Pacto pela Saúde, Salvador, 2004-2008.

Quadro 03 – Consultas Médicas Básicas Programadas e Produção de todas as esferas administrativas. Salvador-Ba, 2009.

Quadro 04 - Consultas Médicas Especializadas Programadas e Produção de todas as esferas administrativas. Salvador-Ba, 2009.

Quadro 05 – Número de Consultas Especializadas Programadas para a população de Salvador e Produção de 2009. Salvador-Ba, 2009.

Quadro 06 - Exames de Média Complexidade Programados e Produção de 2009, Salvador-Ba.

Quadro 07 - Distribuição de leitos SUS/Não SUS das Unidades Hospitalares segundo Especialidade e Distrito Sanitário. Salvador-Ba, 2010.

1. Introdução

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador tem como missão "cuidar de forma integral da saúde do cidadão em salvador, assegurando seus direitos e respeitando as diversidades" em concordância com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), que apresenta como princípios e diretrizes a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e a igualdade da assistência à saúde.

O Plano Municipal de Saúde, além de constituir-se numa exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS, visto que, através dele, busca-se explicitar o caminho a ser seguido pela Secretaria de Saúde para atingir a sua missão. Assim, ele apresenta a orientação política sobre o que fazer no conjunto das organizações de saúde durante o período de quatro anos, a partir da explicitação de diretrizes, objetivos, ações, indicadores e metas. Segundo Teixeira (2001), o "Plano é a expressão da responsabilidade municipal com a saúde da população, sendo a síntese de um processo de decisão sobre o que fazer para enfrentar um conjunto de problemas". De acordo com a Portaria GM 3085/2006, ele também é considerado um instrumento básico que norteia a definição da programação anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010-2013 foi construído de forma ascendente com a participação de diversos atores – gestor, equipes técnicas, representantes das sociedade civil, representantes dos Distritos Sanitários, Conselhos Municipal, Distritais e Locais de Saúde, buscando refletir de forma genuína a necessidade de saúde dos munícipes de Salvador. Ele é composto dos seguintes capítulos: introdução, caracterização do município, análise de situação de saúde; percepção dos problemas do estado de saúde, percepção dos problemas dos serviços de saúde; relação entre a programação e a produção de serviços; concepções, princípios e diretrizes; módulos operacionais; avaliação do PMS 2010-2013; articulação do Plano Plurianual com o Plano Municipal de Saúde.

No processo de formulação¹ do PMS 2010-2013, foi considerada a "bagagem" teórico-prática do Plano Municipal de Saúde 2006-2009, visto que este apresentou avanços importantes no

¹ Para a construção do PMS 2010-2013 foram adotados os seguintes passos metodológicos:

Momento 1 - Revisão documental, avaliação do PMS de Salvador 2006-2009 e planejamento da metodologia do PMS 2010-2013. Como estratégias adotadas para esse momento foram realizadas leituras de textos e documentos (a. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva- trajetória e orientações de operacionalização; b. Manual Prático de Apoio à Elaboração de Planos Municipais de Saúde; c. Tese de mestrado: o processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador; d. Plano Estadual de São Paulo 2008-2011; e. Plano Municipal de Saúde de Recife 2006-2009; f. Analise de Situação de Saúde de Minas Gerais 2006; g. Saúde Brasil 2007, Uma Análise da Situação de Saúde- Ministério da Saúde; h. Indicadores Básico para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações – RIPSA; h. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2006-2009; i. Plano Municipal de Saúde de Minas Gerais 2006). Em julho de 2009, foi formada uma Comissão de Elaboração do PMS sendo formalizada através da portaria nº 297/2009 em 04/11/2009, cujas principais atribuições eram articular com as diversas áreas técnicas do nível central e distrital da SMS, atuar como facilitadores nas pré-conferências distritais e colaborar na elaboração do documento final do PMS. Além disso, foram realizadas reuniões com todas as áreas técnicas para monitoramento e avaliação final do PMS 2006-2009. Em agosto de 2009, a proposta metodológica foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde para conhecimento.

Momento 2 - Análise da Situação de Saúde e identificação dos Problemas de Saúde além da análise da relação entre a programação e a produção de serviços e levantamento dos problemas dos Serviços do Município. Como estratégia foi formada uma subcomissão advinda da Comissão de Elaboração do Plano que sistematizou as informações para a análise. Esta foi composta de: a) Revisão da informação demográfica, epidemiológica e socioeconômica disponível para a cidade do Salvador desagregada por Distrito Sanitário; b) Elaboração da versão pré-liminar da Análise da Situação de Saúde atual; c) Identificação da percepção dos problemas de saúde

seu processo de construção e implantação. Desta maneira, a partir do processo de incorporação do PMS 2006-2009, foi possível avançar na construção de indicadores e metas do presente PMS.

Vale destacar, que o PMS tem a duração de quatro anos, mas optou-se, nos Módulos Operacionais, por construir metas para os primeiros dois anos permitindo assim que ao final de 2011 seja feita uma nova avaliação de indicadores e metas para os anos de 2012-2013. Outro aspecto relevante do PMS-2010-2013 consistiu na compatibilização, do ponto de vista metodológico e orçamentário, com o *Plano PluriAnual (PPA)* que teve como objeto o setor saúde no âmbito da Prefeitura.

O Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Salvador (PDDU), através da lei municipal 7.400/2008, considera a Vigilância à Saúde como um modelo de atenção capaz de reorganizar as ações de saúde, para o controle de danos, de riscos e de determinantes sócio-ambientais, que incidem sobre o perfil epidemiológico da população. Nessa perspectiva, o PMS 2010-2013 também adota como modelo de atenção a Vigilância à Saúde. Em concordância com o PDDU, este Plano considera que Vigilância da Saúde e o Programa Saúde da Família (PSF) constituem eixos estruturantes da atenção à saúde no Município de Salvador e o fortalecimento dos Distritos Sanitários como estratégia para reorganizar as ações e os serviços de saúde.

e de serviços do município através de uma oficina com os diversos segmentos da sociedade civil. d) Relação entre a programação e a produção de serviços; e) Apresentação da versão pré-liminar da análise da situação de saúde atual ao Conselho Municipal de Saúde no dia 24 de feveiro de 2010.

Momento 3 - Elaboração dos Compromissos da SMS. Como primeira estratégia, foram realizadas 12 préconferências distritais, em que áreas técnicas junto aos diversos representantes da sociedade civil levantavam propostas para serem incorporadas no PMS 2010-2013 tendo como base as ações realizadas no PMS 2006-2009. Estas propostas foram consolidadas e organizadas em objetivos e ações e foram discutidas com as áreas técnicas. Estiveram presentes nas pré-conferências 1.083 pessoas incluindo gestores, trabalhadores, usuários e observadores. Em seguida foram feitas reuniões com as áreas técnicas para definição de indicadores e metas para a gestão, utilizando como base documentos como SISPacto e PPA (Plano Pluarianual). Optou-se neste momento por construir indicadores e metas para os 2 primeiros anos- 2010-2011. Assim durante este dois anos esses indicadores serão acompanhados e ao final do segundo ano será feita uma reavaliação destes indicadores e metas para os próximos 2 anos. No dia 26 de abril de 2010 o PMS 2010-2013 foi apresentado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Momento 4- Revisão final, editoração. Após a apresentação do PMS 2010-2013 no Conselho Municipal de Saúde foram sugeridas alterações de algumas ações. Estas foram atendidas e incorporadas à versão final do Plano.

2. Caracterização do Município

Aspecto Territorial

Salvador, capital do Estado da Bahia, pertence a macrorregião Leste, microrregião de Salvador e 1ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES). A sua organização político-administrativa compreende 18 Regiões Administrativas (RA) e 12 Distritos Sanitários (DS). Cada DS constitui um espaço geográfico que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la (Mendes,1993).

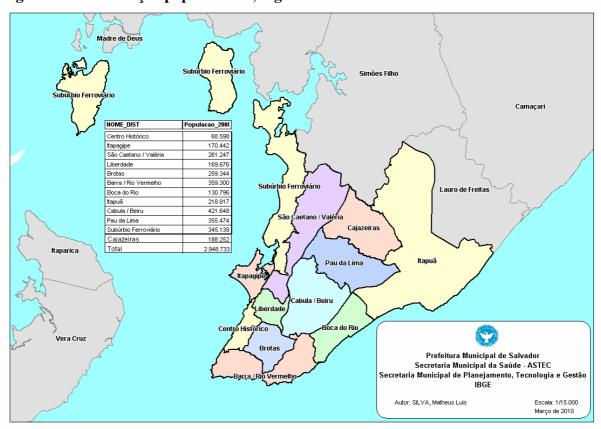


Figura 1 – Distribuição populacional, segundo Distrito Sanitário. Salvador/Ba. 2008.

O município possui em torno de três milhões de habitantes (2.948.733 hab., IBGE/2008 - Estimativa para o Tribunal de Contas da União), sendo a cidade mais populosa do Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil. A Região Metropolitana de Salvador², também conhecida como "Grande Salvador" e pelo acrônimo RMS possui 3.866.004 habitantes (IBGE/2008). A superfície do município de Salvador é de 706,8 km² (IBGE, 2008).

² Originalmente, a RMS era composta por oito municípios (Salvador, Camaçari, Candeias, Itaparica, Lauro de Freitas, Simões Filho, São Francisco do Conde e Vera Cruz), mas após a emancipação de Madre de Deus, distrito de Salvador até 1990, e de Dias d'Ávila, passou a ter dez municípios. Em 17 de dezembro de 2007, foi aprovada pela Assembléia Legislativa da Bahia e sancionada pelo governo do estado em 3 de janeiro de 2008 (Lei complementar estadual n° 30) a lei complementar que incluir Mata de São Loão e São Sebestião de Passó no RMS. Em 22 de impriro de apo socruinte en inclusõe

complementar que incluiu Mata de São João e São Sebastião do Passé na RMS. Em 22 de janeiro do ano seguinte, a inclusão de Pojuca foi sancionada pelo governador Jaques Wagner (Lei complementar estadual n° 32).

_

Aspecto Socioeconômico

Salvador, no ano de 2005, apresentou um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de 1,03%, sendo considerada a 9ª (nona) cidade mais rica do país, apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)³ de 0,805 (IBGE, 2000), valor superior á média da Bahia (0,688) e Nacional (0,736).

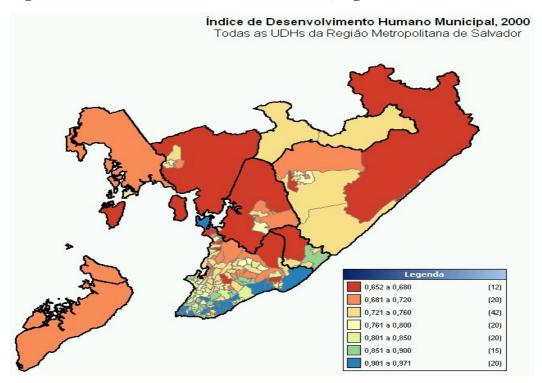


Figura 2 – Índice de Desenvolvimento Humano, segundo RMS. 2000.

Fonte: IBGE

Aspecto Habitacional – Abastecimento de Água, Esgotamento Sanitário e Destino do Lixo

No ano de 2000 (IBGE) a proporção de moradores com abastecimento de água pela rede geral foi de 96,7%, correspondendo a uma melhoria de 3,2% em relação ao ano de 1991 (93,7%). No que se refere ao esgotamento sanitário 73,9% dos domicílios de Salvador no ano de 2000 possuíam rede geral de esgoto, correspondendo a um incremento de 234,4% quando comparado ao ano de 1991 (22,1%). A coleta publica de lixo passou de 77,3%, em 1991 para 93,1% no ano de 2000.

³ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa que engloba três dimensões: riqueza, educação e esperança média de vida. É uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população. Este índice varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) até 1 (desenvolvimento humano total), sendo os países classificados deste modo:

[•] IDH de 0,0 e 0,499 – país de desenvolvimento baixo (subdesenvolvido);

[•] IDH de 0,500 a 0,799 – país de desenvolvimento médio (em desenvolvimento);

[•] IDH de 0,800 a 0,899 – país de desenvolvimento alto (em desenvolvimento);

IDH de 0,900 a 1,0 – país de desenvolvimento muito alto (desenvolvido).

Aspecto Educacional

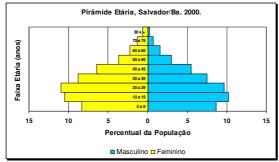
A rede de ensino existente em Salvador atendeu no ano de 2004, a 610.156 alunos. Quando se analisa a distribuição de matriculas por dependência administrativa verifica-se o relevante peso do poder público estadual na absorção dos alunos, sobretudo em função da maior capacidade de oferta de vagas nos estabelecimentos de ensino, particularmente aos voltados para o ensino fundamental correspondendo a 50,7% dos alunos que estão na rede estadual de ensino. Conforme os dados do censo escolar do Ministério da Educação - MEC, a rede municipal de ensino foi a que mais cresceu entre 2000 e 2004, tendo uma variação percentual positiva de 67,7%. Este incremento pode estar associado efetivamente ao aumento de estabelecimentos ou número de vagas, como também da municipalização do ensino fundamental (PMS/SEPLN/COPIM – 2005).

Vale ressaltar que o número de matriculas nos três níveis: educação infantil, ensino fundamental, e ensino médio vêm paulatinamente diminuindo, enquanto que em 2000 foi de 784.286, em 2001 foi de 740.920, em 2002 de 773.888, e 2003 de 653.634. (PMS/SEPLN/COPIM – 2005), (anexo, tabela 320).

Aspecto Demográfico

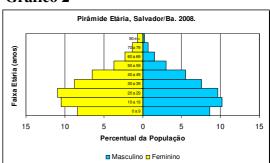
A população estimada de Salvador, no ano 2008, de acordo com os dados censitários (IBGE/2000), foi de 2.948.733 habitantes, dividida em 46,9% do sexo masculino e 53,1% do sexo feminino, (anexo, tabela 31).





Fonte: ASTEC/SMS e IBGE

Gráfico 2



Fonte: ASTEC/SMS e IBGE

Considerando a pirâmide etária da população nos anos de 2000 e 2008 observa-se que não houve alteração do seu padrão. Há maior proporção da população na faixa etária mais jovem entre 10-19 e 20-29 anos. Destaca-se ainda o estreitamento da população na faixa etária superior a 60 anos.

Desta forma, o ritmo de crescimento da população de Salvador deverá manter-se relativamente estável nos próximos anos e declinar nas próximas décadas (Salvador em Dados/2004, SEPLAM/PMS). Essa tendência, da diminuição no ritmo de crescimento, é resultado da modificação do padrão reprodutivo brasileiro e de mudanças no comportamento migratório. As projeções se fundamentam na hipótese de um comportamento declinante das taxas de natalidade, de um saldo migratório tendente a zero e do envelhecimento populacional para as próximas décadas (fenômeno explicitado pelo estreitamento das bases da pirâmide etária nas últimas décadas, como também nas projeções para os anos 2010 a 2030, o que modifica, quantitativa e qualitativamente, a demanda por serviços), (anexo, figura 5).

Tabela 1 - Taxa Bruta de Natalidade, segundo Distrito Sanitário, Salvador/Ba. 2000 - 2008^1

Distrito Sanitário	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Centro Histórico	16,0	14,2	13,6	12,8	12,1	12,9	12,8	11,8	11,9
Itapagipe	15,7	14,4	12,7	12,2	12,0	12,3	12,0	11,5	11,5
São Caetano/Valeria	25,7	24,7	22,2	20,5	19,9	18,6	18,1	18,4	17,3
Liberdade	16,6	16,3	15,1	14,3	14,5	14,4	14,0	14,9	14,4
Brotas	16,1	14,5	13,6	13,1	13,8	11,7	11,9	10,4	9,8
Barra/Rio									
Vermelho/Pituba	14,4	13,6	13,0	12,6	12,3	11,8	11,7	11,3	10,8
Boca do Rio	16,0	15,2	14,0	13,9	13,3	13,4	12,9	12,3	11,7
Itapoan	14,0	12,7	12,0	13,1	13,2	13,3	12,7	13,1	13,9
Cabula/Beiru	18,5	17,2	15,6	14,9	14,9	14,0	13,8	12,9	12,6
Pau da Lima	16,9	15,1	14,4	12,6	12,3	11,0	10,3	9,0	8,5
Subúrbio Ferroviário	18,5	17,7	16,5	15,6	14,9	14,2	14,3	13,4	13,3
Cajazeiras	19,5	17,2	16,8	16,6	15,1	14,8	14,9	13,0	12,9
Salvador	17,8	16,7	15,3	14,8	14,4	13,7	13,4	12,7	12,3

Fonte: SMS/SUIS e SINASC

A taxa de natalidade do município ao longo do período analisado sofreu variação negativa de 30,6%. Esta redução foi presente em todos os distritos sanitários, destacando-se o de Pau da Lima, Brotas e São Caetano/Valéria com redução, respectivamente, de 50,0%, 39,2% e 32,4%, superior à variação da natalidade do município. Outro destaque é para o DS de Itapuã com uma redução da sua taxa de natalidade de apenas um ponto (1,0%) percentual.

3. Análise da Situação de Saúde

3.1. Mortalidade

3.1.1. Mortalidade Infantil

Tabela 2 - Número de Nascidos Vivos e de Óbitos e Coeficiente de Mortalidade Infantil. Salvador/Ba. 2000 – 2008¹

Dados e Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de Nascidos									
Vivos	43.419	41.602	38.688	37.941	37.249	36.587	36.383	36.737	36.381
Número de Óbitos em									
Menores de 01 ano	1.232	1.161	1.087	955	815	802	790	726	636
Taxa Mortalidade									
Infantil	28,4	27,9	28,1	25,2	21,9	21,9	21,7	19,8	17,5
Mortalidade Neonatal									
(<=27 dias)	21,3	21,4	21,8	19,4	15,9	16,8	16,3	15,3	12,9
Neonatal Precoce									
$(<= 06 \ dias)$	18,0	17,9	17,9	15,9	13,0	13,6	13,2	11,7	10,0
Neonatal Tardia (07 -									
27 dias)	3,3	3,6	3,9	3,5	2,9	3,2	3,1	3,6	2,9
Mortalidade Pós-									
neonatal	7,0	6,5	6,3	5,8	6,0	5,1	5,4	4,4	4,5

Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC

¹- Dados Preliminares

No período de 2000 a 2008 registrou-se a redução percentual de 38,4% das taxas de mortalidade infantil do município de Salvador, seguindo a tendência nacional de redução deste indicador, com variação percentual negativa de 20,9% no período de 2000 a 2005 (referida na publicação Saúde Brasil/2007 - Uma análise da situação de saúde. Ministério da Saúde, 2008).

A comparação do risco de óbito em menores de 1 ano entre as capitais nordestinas, conforme tabela abaixo, evidencia o município de Maceió e Salvador entre aqueles com maior risco de óbitos nesta faixa etária.

Tabela 3 - Número de óbitos e taxa de mortalidade infantil por (1.000 nascidos vivos), Salvador, 2008^1

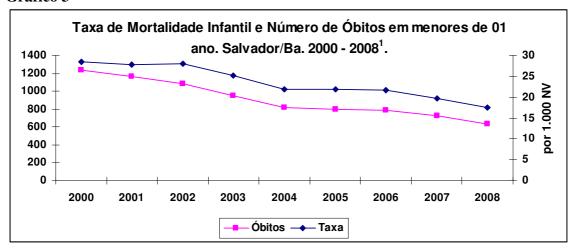
	Óbitos por	Número de	Mortalidade Infantil
Município	Residência	Nascidos Vivos	por 1.000 NV
211130 São Luís	300	18.258	16,4
221100 Teresina	249	13.967	17,8
230440 Fortaleza	569	38.767	14,7
240810 Natal	202	12.374	16,3
250750 João Pessoa	156	11.758	13,3
261160 Recife	268	22.268	12,0
270430 Maceió	310	16.040	19,3
280030 Aracaju	165	9.625	17,1
292740 Salvador	662	37.204	17,8

Fonte: DATASUS/MS

¹- Dados Preliminares

Na avaliação dos indicadores pactuados para a redução da mortalidade infantil, estabelecidos através do Pacto pela Vida, destaca-se a introdução da investigação dos óbitos infantis no ano de 2008. O desempenho deste indicador com a cobertura percentual de 2,84% demonstra a fragilidade do conhecimento das circunstâncias que determinam a ocorrência deste evento no município.

Gráfico 3



Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC

¹- Dados Preliminares

A distribuição de óbitos infantis por Distrito Sanitário de residência evidencia que os Distritos de Centro Histórico (73,1%); Barra/Rio Vermelho (30,7%); Subúrbio Ferroviário (13,6%) e Boca do Rio (9,3%) registraram variação positiva (crescimento) da taxa no período de 2000 – 2008, (anexo, tabela 32).

Quanto ao distrito do subúrbio ferroviário, este caracteriza-se por ser uma área com importantes vazios de ofertas de equipamentos de saúde. Neste distrito concentra-se ainda a maior frequência de chefes de domicilio com baixa ou sem escolaridade. Este aspecto determina a baixa capacidade de inserção no mercado de trabalho assim como a maior fragilidade em assegurar o acesso aos serviços de saúde para si e para os outros membros da família.

Ao analisar o coeficiente de mortalidade infantil, e sua distribuição espacial por distrito sanitário e considerando a classificação proposta por Pereira ⁴, destaca-se que no ano de 2008, três DS apresentaram suas taxas de mortalidade infantil classificada como médio risco, isto é com valores entre 20 a 49 óbitos em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos, a saber Centro Histórico (33/1.000 NV), Subúrbio Ferroviário (22,6/1.000NV) e Liberdade (22,5/1.000 NV).

Médio - 20 a 49/1.000 NV:

Baixo - Menor que 20/1.000 NV.

⁴ Pereira, MG. Mortalidade. In: Epidemiologia: Teoria e Prática. Capitulo 6, p□. 126. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995. Alto – Maior ou Igual 50/1.000 NV:

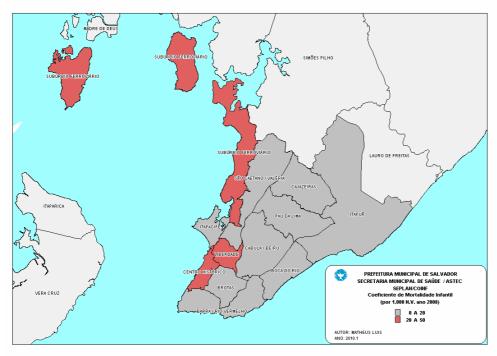


Figura 3 - Taxa de Mortalidade Infantil, por 1.000 NV, segundo Distrito Sanitário. Salvador/Ba, 2008¹

Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC

¹- Dados Preliminares

As Doenças do período Perinatal representaram a principal causa de mortalidade proporcional na faixa etária de menor de 01 ano de idade, correspondendo ao percentual médio de 70,9%, entre os anos de 2000 a 2008. No Brasil, no período de 2000 a 2005, o óbito por esta causa representou mais da metade daqueles ocorridos nesta faixa etária variando de 53,6% em 2000 para 57,5% em 2005 (Ministério da Saúde, 2008).

As malformações congênitas, assim como registrado no país, representaram a segunda maior causa de mortalidade proporcional em Salvador, no período avaliado, correspondendo a média percentual de 10,5%. No Brasil os valores percentuais variaram de 11,4% em 2000 para 15,2% em 2005 (Ministério da Saúde, 2008).

Tabela 4 - Evolução da distribuição Percentual de óbitos em menores de 01 de idade,
segundo os principais grupos de causas CID - 10, no município de Salvador/Ba. 2000 -
2008^{1} .

2000 .									
Causa (CID10)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
001-031 Algumas Doenças	5,4	5,7	3,4	3,8	4,7	5,2	6,8	4,0	3,3
Infecciosas e Parasitárias									
060-063 Doenças do Sistema	1,2	1,2	1,7	1,6	1,7	2,2	1,0	0,8	2,0
Nervoso									
073-077 Doenças do Aparelho	7,1	7,0	5,8	6,9	8,1	4,6	6,6	3,4	4,4
Respiratório									
092-096 Algumas Afecções	71,7	77,2	73,8	73,7	70,4	72,1	69,2	69,1	61,5
Originadas no Período Perinatal									
097-099 Malformação	7,1	4,8	8,1	8,5	8,7	10,7	9,9	16,7	20,3
Congênita, Deformidade e	,	,	,	,	,	,	,	,	,
Anomalias Cromossômicas									

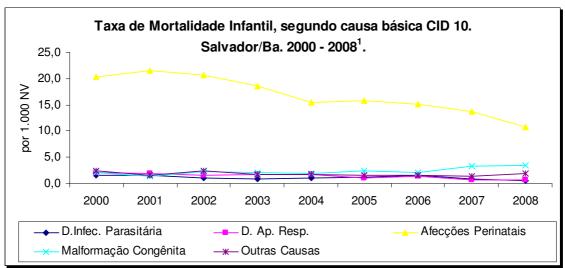
Outras Causas	7,5	4,1	7,2	5,5	6,4	5,1	6,5	5,9	8,5
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC ¹- Dados Preliminares

Na avaliação do risco de óbito na população menor de 01 ano (taxa de mortalidade infantil), segundo causa destaca-se também a predominância das afecções perinatais, embora estas registrem a diminuição de sua ocorrência no período avaliado passando de 20,3 óbitos por 1.000 NV em 2000 para 10,7 óbitos em menores de 01 ano por 1.000 NV em 2008 (dados preliminares), correspondendo a variação percentual negativa de 47,2%. Esta tendência também é verificada para o Brasil que, no período de 2000 a 2005, no entanto, variou em torno de 11,2 óbitos por 1.000 nascidos vivos.

Observa-se o aumento do risco de óbitos em menores de 1 ano por malformações congênitas registrando-se a ocorrência de 2,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 3,5 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2008 com a variação percentual de 75%. Destaca-se que no Brasil, no período de 2000 – 2005 registrou-se valores médios em torno de 3,2 óbitos por 1.000 NV. (Ministério da Saúde, 2008).

Gráfico 4



Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC 1- Dados Preliminares

Na avaliação do óbito em menores de 01 ano, segundo sexo, destaca-se a maior frequência de óbitos na população masculina com média em torno de 54% no período estudado.

Tabela 5 - Proporção de óbitos em menores de 01 ano, segundo sexo. Salvador/Ba. 2000 - 2008¹.

Sexo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Masculino	52,7	54,0	54,4	55,8	52,6	55,6	54,3	55,0	53,0
Feminino	45,0	43,2	44,2	42,7	45,6	42,6	45,6	45,0	45,8
Ignorado	2,4	2,8	1,5	1,5	1,7	1,7	0,1	0,0	1,3
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	1000%	100%	100%

Fonte: SMS/SUIS-SIMW ¹- Dados Preliminares

Na avaliação de óbitos na população de menores de 1 ano, segundo a variável raça/cor identifica-se a predominância de óbitos na população negra (parda e preta), compatível com a distribuição racial do município, (anexo, tabela 33).

No Brasil, no período de 2000 a 2005, destaca-se ainda o aumento em 35% do percentual de óbitos entre crianças da cor parda, predominando, no entanto aqueles ocorridos na população branca com o percentual médio de 40,78% embora registre-se a tendência constante.

No período analisado identifica-se, no entanto, o importante percentual de óbitos sem o registro da variável raça/cor representando a média percentual de 44,8%.

Tabela 6 - Proporção de óbitos em menores de 01 ano, segundo raça/cor, no município de Salvador/Ba. 2000 - 2008¹.

% Óbitos/Raça	-								
cor	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Branca	5,6	8,2	7,2	7,1	6,5	7,5	8	9,6	9
Negra	62,9	38,7	26,4	40,1	41,6	42,1	62,8	57	54,7
Preta	2,5	2,9	1,7	2,5	2,8	3,4	3,2	2,6	3,1
Parda	60,4	35,8	24,7	37,6	38,8	38,7	59,6	54,4	51,6
Amarela	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
Não informado	31,3	52,7	66,5	52,6	51,9	50,5	29,1	33,2	36,2
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SMS/SUIS-SIMW

¹- Dados Preliminares

A taxa de mortalidade infantil, segundo a variável raça/cor nos anos de 2000 a 2008 registrou a diminuição para a população branca, amarela e parda. A partir do ano de 2003 verifica-se o crescimento da taxa de mortalidade infantil na população negra (preta e parda) provavelmente determinada pela melhoria da qualidade da informação quanto ao componente raça-cor. A partir do ano de 2004 os valores da taxa de mortalidade infantil registrados para população negra sobressaem em relação à população branca.

No ano de 2006 registra-se ainda o crescimento na ocorrência de óbitos na população amarela, estes, no entanto podem ser atribuídos ao pequeno denominador representado por este grupo populacional sendo, portanto, sensível a quaisquer variações no número de óbitos registrados.

Tabela 7 - Taxa de Mortalidade Infantil², (por 1.000 NV) segundo raça/cor, Salvador/Ba, $2000 - 2008^{1}$.

raça/cor	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Branca	30,7	59,7	46,9	28,6	24,2	25,5	16,1	18,0	15,8
Preta	11,2	12,3	8,9	22,5	46,7	33,0	26,8	18,7	16,6
Amarela	6,8	5,1	0,0	8,2	0,0	0,0	31,3	0,0	0,0
Parda	24,5	13,5	13,3	14,7	13,2	11,3	15,0	12,5	10,4
Indígena	0,0	24,2	0,0	13,3	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0

Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC ¹- Dados Preliminares ² Excluídos os óbitos sem informação de raça cor

Segundo o Ministério da Saúde 2008, o grau de escolaridade representa uma das variáveis a priori, mas adequadas para a avaliação da condição socioeconômica da mãe.

Na avaliação dos óbitos infantis, ocorridos no município, segundo esta variável, no intervalo de 2000 a 2008, evidencia-se a freqüência predominante de ocorrência de óbitos entre crianças cujas mães cursaram de 04 a 07 anos (ensino fundamental) e de 08 a 11 anos (ensino médio), identificando-se inclusive um crescimento desta predominância ao longo do período estudado o qual pode estar sendo influenciado pela melhoria da qualidade dos registros.

Assim sendo, destaca-se, a ocorrência de importante sub-registro das informações o qual variou de 81,9% no ano de 2000 para 46,4% em 2008, representando a diminuição percentual de 43,3% ,com uma média de 54,69% ao longo do período.

No Brasil, no ano de 2005, os valores deste sub-registro encontram-se em torno de 44%.

Tabela 8 - Proporção de óbito infantil, segundo grau de escolaridade da mãe. Salvador/Ba. 2000 – 2008¹.

Escolaridade									
da Mãe	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Não									_
Informado	81,9	76,3	75,4	72,7	65,0	61,6	40,8	45,2	46,4
Nenhuma	3,2	1,9	2,1	1,5	1,9	2,2	4,4	3,9	3,8
01 a 03 anos	2,1	2,2	2,0	2,5	1,2	2,4	3,7	2,3	3,1
04 a 07 anos	4,0	7,2	4,9	7,5	10,6	13,5	15,8	12,8	12,2
08 a 11 anos	3,1	5,8	4,9	8,0	12,3	13,1	23,2	25,2	22,0
12 e+	2,0	2,2	1,7	2,0	4,2	3,0	4,4	5,8	4,7
Ignorado	3,6	4,4	9,1	5,8	4,9	4,2	7,6	4,7	7,8
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SMS/SUIS-SIMW

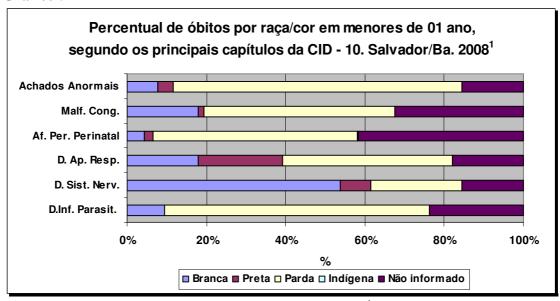
¹- Dados Preliminares

Na avaliação da distribuição dos óbitos infantis, segundo capítulo, entre as principais causas, pela variável raça/cor verifica-se que entre aqueles ocorridos no Capítulo I – Doenças Infecciosas e Parasitarias ocorre a predominância de crianças da cor negra, entre as Malformações congênitas e anomalias cromossômicas destaca-se a predominância de crianças com a cor parda. Os óbitos ocasionados por Doenças do Sistema nervoso são mais freqüentes entre as crianças de cor branca.

Esta distribuição também é identificada no Brasil no ano de 2005, segundo o Ministério da Saúde, 2008, quando verifica-se que entre os óbitos ocasionados por doenças infecciosas e parasitárias predominam as crianças de cor preta e parda enquanto que entre ocorridos por doenças do sistema nervoso e má formações congênitas concentram-se as crianças de cor branca.

Em todos os capítulos, é frequente o subregistro de informações acerca da variável raça/cor, conforme verifica-se no gráfico abaixo, tendo sido este predominante entre os óbitos por Doenças perinatais.

Gráfico 5



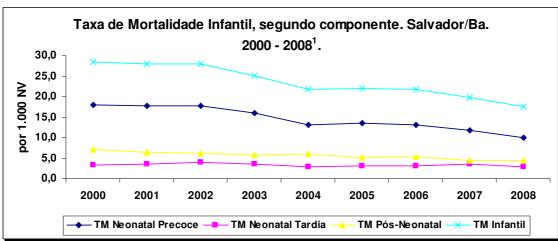
Fonte: SMS/SUIS-SIMW

¹- Dados Preliminares

A Mortalidade Infantil evidencia a diminuição em todos os seus componentes de modo diferenciado, sendo que a mortalidade neonatal tardia (óbitos de 07 a 28 dias) registra a maior queda no período.

A avaliação, segundo componente, demonstra a predominância da Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (óbitos de 00 a 06 dias). A avaliação dos óbitos nesta faixa etária, segundo grupo de causas, conforme será apresentado a seguir, aponta para a predominância de óbitos por afecções perinatais.

Gráfico 6



Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC

A avaliação da ocorrência de óbitos fetais ⁵ no município demonstra a tendência constante com média de 16,5 óbitos fetais por 1.000 nascimentos no período. No Brasil, foi identificada a tendência decrescente deste indicador, embora registre-se oscilações nas regiões Nordeste,

¹- Dados Preliminares

⁵ Óbitos de um produto da concepção, antes da expulsão ou da sua extração completa do corpo materno, independente da duração da gravidez.

Norte e Centro-Oeste, excetuando-se a região Sudeste e Sul que registrou a tendência decrescente no período de 2000 a 2005 (Ministério da Saúde, 2008).

A taxa média de mortalidade fetal no município é superior aos valores registrados para a região Nordeste e para a Bahia no ano de 2005 os quais corresponderam a 13,1 e 14,1 óbitos fetais por 1.000 nascimentos respectivamente.

O registro de óbitos perinatais como óbitos fetais pode estar influenciando este indicador. Para o enfrentamento deste problema de saúde destaca-se, conforme Relatório de Gestão 2008, a criação do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal de Salvador (CPOIFS) (Portaria nº. 93, de 19/04/2009), cujas atividades iniciaram-se em dezembro de 2007, representando uma estratégia importante para a implementação da Vigilância do Óbito Infantil em Salvador.

Tabela 9 - Número de óbitos e taxa de mortalidade fetal por 1.000 nascimentos, Salvador/ BA, 2000 a 2008¹

Dado/Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Fetal	875	776	607	655	571	596	634	607	504
Nascidos Vivos	43.419	41.602	38.688	37.941	37.249	36.587	36.383	36.737	36.381
Taxa									
Mortalidade									
Fetal	19,8	18,3	15,4	17,0	15,1	16,0	17,1	16,3	13,7

Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC

Quanto a idade da mãe, evidencia-se a concentração entre mulheres na faixa etária de 20 a 30 anos sendo este um comportamento também registrado para o Brasil, no ano de 2005, quando 39,6% dos óbitos fetais ocorreram nesta faixa etária (Ministério da Saúde, 2008).

Os distritos sanitários do Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria e Cabula Beirú registram as maiores concentrações dos óbitos fetais no município no período estudado. Sendo áreas contíguas, esta avaliação merece elucidação oportuna, (anexo, tabela 34).

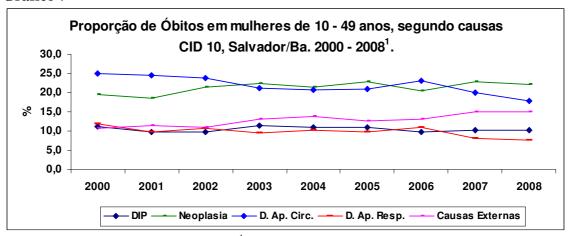
3.1.2. Mortalidade Materna

A avaliação dos óbitos ocorridos na população feminina de 10 a 49 anos, por grupos de causas, capítulo da CID 10 revisão, no município de Salvador, revela a predominância das Doenças do Aparelho Circulatório, com a tendência decrescente no período. A segunda maior causa corresponde as Neoplasias, estas registram uma tendência crescente no período estudado. As Causas externas, terceira principal causa, que também registra crescimento no período em análise.

Ressalta-se que este cenário epidemiológico corresponde ao padrão de ocorrência registrado no Brasil (referida na publicação Saúde Brasil/2007 - Uma análise da situação de saúde. Ministério da Saúde, 2008).

¹- Dados Preliminares

Gráfico 7



Fonte: SMS/SUIS-SIMW

¹- Dados Preliminares

A razão de óbitos maternos apresenta a tendência crescente de ocorrência no município registrando a variação percentual de 221,7%, entre 2000 e 2008. Este aumento pode ser atribuído principalmente à melhoria da qualidade de informações deste indicador, embora os dados referentes ao ano de 2008 sejam preliminares podendo ser ajustados posteriormente.

Tabela 10 - Número de Óbitos e Óbitos e Razão de Mortalidade materna (por 100.000 NV). Salvador/Ba. 2000 - 2008¹

Dados e Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de Óbitos Materno	13	24	20	14	16	16	22	20	35
Razão de Mortalidade									
Materna	29,9	57,7	51,7	36,9	43,0	43,7	60,5	54,4	96,2

Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC

¹- Dados Preliminares

A avaliação do óbito materno segundo causa demonstra a predominância de óbitos por eclampsia, aborto não especificado, hipertensão gestacional por proteinúria significativa (préeclampsia), aborto e gravidez ectópica (SINASC 2000 – 2008) esta distribuição esta compatível com as principais causas de óbitos por causas maternas diretas no Brasil, no período de 2000 a 2005 (Ministério da Saúde, 2008).

Tabela 11 - Número de Óbitos e Mortalidade Proporcional, segundo causa básica CID 10. Salvador/Ba. 2000 - 2008.

Causa (CID10	200	00	2001		200	2	200)3	200)4	200)5	200	6	200	7	200	8
materna)	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O00 Gravidez ectópica	03	27,3	02	13,3	00	0,0	01	8,3	01	6,7	00	0,0	00	0,0	01	5,6	01	5,9
O06 Aborto NE	01	9,1	01	6,7	02	16,7	01	8,3	02	13,3	02	20,0	02	14,3	02	11,1	00	0,0
O14 Hipertensão gestacional com proteinuria significativa	01	9,1	00	0,0	00	0,0	02	16,7	03	20,0	00	0,0	01	7,1	00	0,0	03	17,6
O15 Eclampsia	02	18,2	05	33,3	02	16,7	02	16,7	01	6,7	01	10,0	01	7,1	02	11,1	03	17,6
O62 Anormalidades da contração uterina	00	0,0	00	0,0	01	8,3	00	0,0	00	0,0	02	20,0	02	14,3	02	11,1	00	0,0
O75 Outra complicação do	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	02	20,0	01	7,1	02	11,1	01	5,9

Total	11	100	15	100	12	100	12	100	15	100	10	100	14	100	18	100	17	100
puerperal Outras Causas	03	27,3	06	40,0	05	41,7	06	50,0	08	53,3	03	30,0	06	42,9	09	50,0	08	47,1
trabalho de parto e do parto NCOP O85 Infecção	01	9,1	01	6,7	02	16,7	00	0,0	00	0,0	00	0,0	01	7,1	00	0,0	01	5,9

Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC

¹- Dados Preliminares

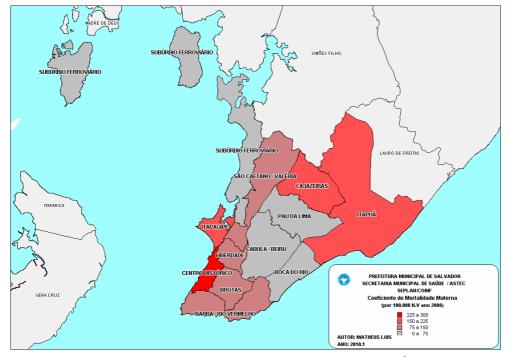
A avaliação da distribuição do óbito por Distrito possibilita o maior conhecimento dos fatores de risco presentes no território que possam estar influenciando na ocorrência deste evento.

Ao avaliar a distribuição dos óbitos, segundo Distrito Sanitário, registra-se as maiores taxas médias de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos nos Distritos Sanitários do Centro Histórico (244,2), Itapagipe (203,5), Itapuã (197,3) e Cajazeiras (164,5) (**figura 4**).

Destaca-se que os coeficientes de mortalidade materna podem estar sendo influenciados pela qualidade da coleta destas informações nestas unidades espaciais, particularmente quanto aos sistemas de mortalidade e o sistema de informações de nascidos vivos, seu denominador, assim sendo, a ausência de registros de óbitos nos Distritos, com exceção do DS de Itapuã e Cabula/ Beiru, não necessariamente reflete a ausência de óbitos na área, mas pode estar evidenciando a necessidade investimentos para a melhoria da qualidade de informações nestes territórios, **tabela 12**.

O Relatório de Gestão 2008 (SMS, 2008) destaca que, no período de 2000 a 2005 foram realizadas atividades que garantiram a ampliação de ações e serviços de Pré-natal, Planejamento Reprodutivo e Prevenção do Câncer de Colo do Útero e Mama conforme previsto no Plano Municipal de Saúde 2006 - 2009, através da implantação e implementação desses serviços.

Figura 4 - Taxa de Mortalidade Materna, segundo Distrito Sanitário, no ano de 2008¹. Salvador/Ba.



Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC

¹- Dados Preliminares

Tabela 12 - Taxa de Mortalidade Materna, segundo Distrito Sanitário, no período de 2000 - 2008¹. Salvador/Ba.

Distrito Sanitário	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Centro Histórico	0,0	0,0	0,0	0,0	355,5	110,9	223,2	0,0	244,2
Itapagipe	39,7	43,2	0,0	0,0	0,0	98,6	50,4	102,7	203,5
São Caetano/Valeria	17,1	17,5	77,2	20,7	63,2	0,0	44,7	63,2	88,3
Liberdade	65,4	135,0	73,6	0,0	39,2	39,7	164,0	39,2	122,5
Brotas	0,0	35,7	0,0	79,0	74,4	0,0	38,1	0,0	78,7
Barra/ Rio Vermelho	41,9	22,1	23,0	23,5	0,0	49,4	98,8	0,0	77,0
Boca do Rio	0,0	61,5	0,0	128,7	0,0	127,1	0,0	0,0	65,5
Itapoan	35,7	78,2	82,4	37,5	37,0	35,9	74,7	35,2	197,3
Cabula/ Beiru	16,2	101,6	54,6	74,8	73,1	37,7	18,8	56,4	56,4
Pau da Lima	30,3	31,8	94,3	0,0	0,0	0,0	34,3	132,5	0,0
Subúrbio Ferroviário	53,4	18,3	77,5	40,8	0,0	21,7	42,8	65,7	43,6
Cajazeiras	0,0	40,6	0,0	0,0	42,3	165,4	40,1	41,9	164,5
Ignorado	140,8	373,1	198,4	111,9	241,0	0,0	354,6	584,8	386,1
Salvador	29,9	57,7	51,7	36,9	43,0	43,7	60,5	54,4	96,2

Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC

Os óbitos maternos concentram-se na população entre 40 e 49 anos seguida da população na faixa entre 30 e 39 anos.

A avaliação da distribuição dos óbitos maternos segundo raça/cor para o município de Salvador evidencia o maior risco de óbitos na população de cor preta. Este padrão também tem sido registrado para o Brasil no período de 2000 a 2005 (Ministério da Saúde, 2008).

O percentual de investigação de óbitos maternos no município passou de 43,13% no ano de 2000 para 1,42% no ano de 2008, destaca-se, no entanto, que estes resultados não refletem as atividades de investigação desenvolvidas demonstrando o importante sub-registro destas.

A taxa de cesáreas representa outro indicador para o monitoramento da assistência às gestantes, sendo importante para avaliar a qualidade da atenção obstétrica hospitalar (Ministério da Saúde, 2008). Em Salvador, destaca-se o crescimento dos valores alcançados passando de 25,4% em 2004 para 29,4 em 2008.

¹- Dados Preliminares

Quadro 1 – Indicadores Pacto pela Saúde, Salvador, 2004-2008

Nome do indicador/ unidade	Origem do indicador	Resultado 2004	Resultado 2005	Resultado 2006	Resultado 2007	Resultado 2008						
Prioridade: III - Redução da Mortalidade Infantil e Materna												
Proporção de Óbitos de	Portaria	43,13	55,6	40,6	22,6	$1,42^{3}$						
Mulheres em Idade	325/2008											
Fértil Investigados/(%)												
Taxa de Cesáreas	Portaria	25,4	28	30,3	30,7	29,4						
	325/2008											
Prioridade: VI - Fortale	cimento da A	tenção Básica		l								
Proporção de Nascidos	Portaria	76,9	77,9	81,85	81,8	83,27						
Vivos de Mães com 4 ou	325/2008											
mais Consultas de Pré-												
natal/(%)												

Fonte: Planilha de Dados para Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Pacto Pela Vida Para 2009

3.1.3. Mortalidade Geral

Durante os anos de 2000 a 2008 observa-se o aumento percentual de 11,37% no registro do número de óbitos, no entanto a Taxa Bruta de Mortalidade neste período diminuiu em 7,7%. A diminuição da mortalidade pode ser resultante da maior longevidade adquirida pela população soteropolitana, uma tendência que é acompanhada em todo o país, e que por sua vez reflete a ação dos programas de saúde que vem sendo implantados e efetivados na rede de atenção básica de saúde. Entretanto há de se considerar as limitações do indicador, sobretudo quanto a uso da base de dados geográficos e possíveis imprecisões quanto a coleta de dados e/ou metodologia empregada para realizar estimativas populacionais (RIPSA, 2008).

Entretanto, alguns DS's apresentaram um considerável aumento na taxa de mortalidade a exemplo dos DS's Itapuã (24,6%), Cajazeiras (23,2%), Liberdade (19,2%), Centro Histórico (16,2%) e Barra/Rio Vermelho (13,9%), portanto deverão ser alvo de melhor atenção e análise (SMS/SIM 2000 – 2008).

Tabela 13 - Taxa Bruta de Mortalidade (por 100.000 hab) Salvador/Ba. 2000 - 2008¹.

Número de Óbitos e Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de Óbitos	13136	13383	13840	13096	13115	13708	13960	14322	14630
Taxa Bruta de	5,4	5,4	5,5	5,1	5,1	5,1	5,1	5,0	5,0
Mortalidade									

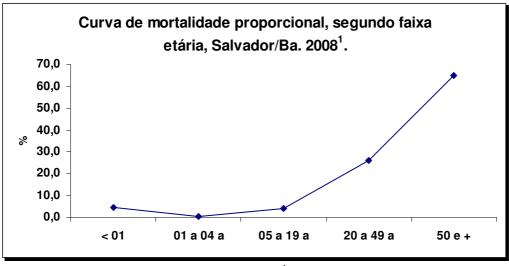
Fonte: SMS/SUIS-SIMW ¹- Dados Preliminares

Na avaliação da mortalidade proporcional no ano de 2008, na faixa etária entre um a quatro anos, observa-se que a proporção em relação às demais faixas etárias se aproxima do zero. Embora a faixa etária de menor de um ano represente menos de 5% dos óbitos das demais faixas etárias, acredita-se que ainda serão necessários esforços para a melhoria da atenção à saúde materna e às crianças no primeiro ano de vida.

³ A informação referida no pacto corresponde aos óbitos registrados no sistema na época e equivale a 1,42% de óbitos investigados, no entanto, a Sub coordenação de Vigilância epidemiológica refere a investigação de 55,2% dos óbitos de mulheres em idade fértil (Salvador, 2008).

Ao avaliar a mortalidade proporcional nas faixas etárias de 05 -19 e de 20 - 49 anos destaca-se que estudos realizados por Paim, apontam que os homicídios em Salvador respondem pela principal causa de morte entre jovens, pobres e negros. Estas mortes além das conseqüências familiar e social têm também um impacto econômico já que essas pessoas deixaram muito cedo de participar do mercado do trabalho ou muitas vezes nem mesmo foram inseridos no mercado.

Gráfico 8



Fonte: SMS/SUIS-SIM *e IBGE* ¹- Dados Preliminares

Na avaliação da mortalidade proporcional por grupo de causas destacam-se as Doenças do Aparelho Circulatório, que embora ainda ocupe a primeira posição entre a principal causa de morte, ao longo do período observou-se um declínio de 8,0%.

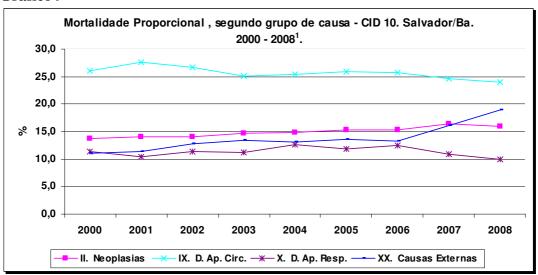
Proporcionalmente a segunda maior causa de óbito em Salvador no ano de 2008 foi o grupo das Causas externas de morbidade e mortalidade, sendo este mais preocupante, pois a sua tendência, ao contrário da primeira, foi ascendente, alcançando em 2008 um aumento percentual de 71,1% em relação ao ano de 2000. Estes valores refletem os acidentes de transito e do trabalho, entretanto os homicídios e os estados mórbidos resultantes de ações violentas como assaltos dentre outros ocupam um lugar de destaque entre as causas externas, resultante da onda de violência que se instalou na cidade de Salvador.

As Neoplasias até o ano de 2007 ocuparam o segundo lugar em termos proporcionais dos óbitos em Salvador, mostrando uma tendência ascendente, e apenas no ano de 2008 sofreu uma pequena redução, entretanto ao longo de todo o período em análise este grupo de causa de mortes apresentou um aumento de 16,7% (anexo, tabela 35).

Dentre os diversos tipos de neoplasias, as de traquéia, brônquios e pulmão são as mais freqüentes e representaram a primeira causa de mortalidade por câncer durante o período analisado para ambos os sexos (masculino 59,5% e feminino 40,5%). O câncer de mama aparece como segunda causa de óbito por neoplasia, sendo que o sexo feminino proporcionalmente correspondeu a 98,6 dos óbitos. Considerando a faixa etária, o maior número de óbitos foi na população acima de 59 anos (87,9%). O câncer de próstata contribui como terceira causa de óbitos e a população mais prevalente foi acima de 50 anos (96%). (SMS/SUIS/SIM/2000-2008).

Não se observa diferença quanto à mortalidade proporcional em relação ao sexo para a maioria dos grupos de causas, a exceção de alguns como causas externas de morbidade e mortalidade onde 89% dos óbitos ocorridos eram do sexo masculino, assim como os óbitos por sintomas e sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais com 61,8% entre os homens. Já nos óbitos, classificados nos grupos de causa resultante de doenças de sangue, órgãos hematopoiéticos as mulheres lideram com 67,5%, seguida das doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo com 65,3% (SMS/SUIS/SIM 2000 – 2008).

Gráfico 9



Fonte: SMS/SUIS-SIMW

¹- Dados Preliminares

Com relação as causas externas Salvador, no ano de 2008, foi a primeira capital do Nordeste e terceira do Brasil (São Paulo e Rio de Janeiro, foram respectivamente, a primeira e segunda) a apresentar a maior frequência de óbitos (DATASUS/MS/SIM, 2008).

No período de 2000 e 2008 o risco de morte por causas externas para a população de Salvador aumentou em 52,8%, sendo que no ano de 2008 o risco de morrer por causas externas foi 88,5/100.000 habitantes, passando a ser a segunda causa de morte do município. Considerando-se os subgrupos das causas externas, as duas principais causas de óbito, com exceção dos eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada, foram por agressão (homicídios), seguida dos acidentes de transporte, SMS/SUIS/SIM 2000 – 2008 e **anexo, tabela 36.**

No período de 2000 a 2008, observou-se um aumento significativo do risco de morte para as agressões, com uma variação positiva de 242,3%. No ano de 2008, os homicídios corresponderam a 65,1% do total de óbitos por causas externas, totalizando 1.703 vítimas. Entre os sexos, a razão do risco de morte por homicídio foi muito superior entre os homens, numa razão entre as taxas de 21,6/100.000 hab. Entre essas mortes, 60,3% foram causadas pelo código X95 - Agressão por meio de outra arma de fogo ou arma não especificada (anexo, tabela 37).

Quanto a faixa etária, o risco de morte por homicídio eleva-se significativamente a partir da adolescência (10 – 19 anos), sendo sua maior taxa na faixa etária de 20-29 anos, para ambos os sexos.

Os acidentes de transporte, segunda maior contribuição proporcional dos óbitos (com exceção dos eventos de intenção indeterminada), contribuíram com 3,9% dos óbitos por causas externas no ano de 2008.

Destaca-se que o risco de morte por acidentes de transporte eleva-se na população acima de 60 anos. Os idosos do sexo masculino e na faixa etária entre 70 - 79 anos, no ano de 2008, apresentaram maior risco de morte (23,2/100.000 hab.), **tabela 14**.

Dentre o subgrupo dos acidentes de transporte definidos, proporcionalmente os atropelos foram responsáveis por 39,2%, seguido das vítimas ocupantes dos veículos motor com 19,6%, (SMS/SUIS/SIM, 2008).

Os óbitos por quedas, terceira causa percentual entre as causas externas, vêem apresentando uma tendência decrescente a partir do ano de 2007, com uma variação percentual negativa de 35,6% no período de 2000 – 2008. No ano de 2008, esta causa, vitimou 38 pessoas, sendo que 60,5% destas vítimas foram os idosos.

Tabela 14 - Taxa de Mortalidade por Causas Externas, segundo faixa etária e sexo. Salvador/Ba. 2008¹.

Faixa	Agre	Acidente Agressões Transporte			Ou	eda	cídio	Todas as Causas		
Etária	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Menor										
01 ano	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	20,2
01-04	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	8,8	6,1
05-09	0,0	0,0	3,2	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	5,7
10-14	16,2	2,2	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	29,5	2,2
15-19	188,5	6,3	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	218,1	10,3
20-29	310,3	11,5	8,8	1,2	0,7	0,0	0,4	0,3	375,4	17,3
30-39	110,5	7,7	8,1	0,8	0,9	0,4	0,9	0,4	164,9	18,1
40-49	58,0	5,2	8,0	3,1	1,9	1,0	1,9	0,0	129,0	16,8
50-59	37,4	2,8	5,7	2,8	2,3	1,8	0,0	0,0	114,6	20,2
60-69	26,2	0,0	17,4	0,0	10,9	1,5	0,0	0,0	152,7	35,6
70-79	9,3	0,0	23,2	5,2	27,8	5,2	18,6	0,0	227,4	41,4
80 e+	52,6	0,0	13,1	5,5	26,3	38,7	0,0	0,0	394,4	276,2
Total	116,3	5,4	6,0	1,2	1,6	1,0	0,7	0,1	167,3	18,3

Fonte: SMS/SUIS-SIMW

3.2. Morbidade

3.2.1 Morbidade Hospitalar

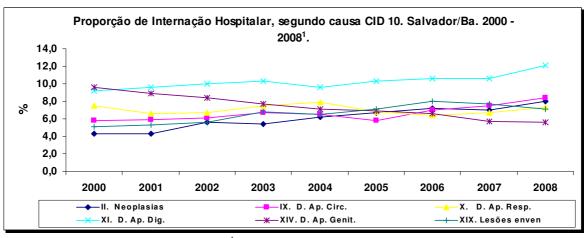
Durante o período analisado, os diagnósticos mais freqüentes das internações, segundo capítulos da CID 10, foram às internações por gravidez, parto e puerpério, seguidas das doenças do aparelho digestivo, geniturinário, respiratório e circulatório. Quando analisado as internações, segundo variação percentual positiva destacam-se principalmente as morbidades por capítulo II – Neoplasias, que apresentou um incremento de 86,4%, seguido pelo capitulo IX - Doenças do Aparelho Circulatório com incremento de 44,7%. As demais causas de internação com maior variação proporcional positiva foram por XIX - Lesões envenamentos e

algumas outras conseqüências de causas externas (39,1%) e XI - doenças do aparelho digestivo (30,7%).

Em contrapartida, destaca-se também uma redução na variação proporcional das internações principalmente por V - Transtornos Mentais e Comportamentais (46,4%), XIV - Doenças do Aparelho Geniturinário (41,2%) e IV - Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas (31,8%).

O gráfico abaixo registra o comportamento das principais causas de internações excluídas as internações por gravidez, parto e puerpério.

Gráfico 10



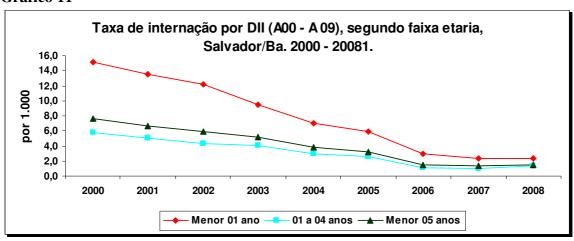
Fonte: DATASUS

¹- Dados Preliminares

A avaliação da morbimortalidade hospitalar na faixa etária de menores de 05 anos de idade demonstra a maior concentração de internações nas Doenças do Aparelho Digestivo, Doenças do Aparelho Respiratório e Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Na avaliação da taxa de internação por Doença Infecciosa Intestinal (DII), revela-se a diminuição da ocorrência de 7,6 em 2000 para 1,5 em 2008 internações por 1.000 habitantes na população menor de cinco anos, apresentando uma variação negativa de 80,1%.

Gráfico 11

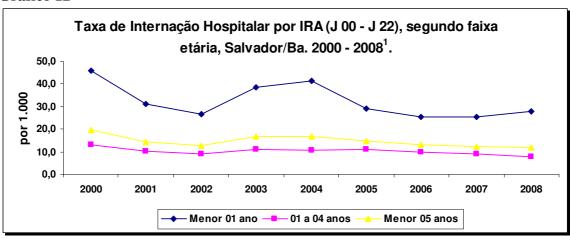


Fonte: SMS/SUIS-SIH e IBGE

¹- Dados Preliminares

As doenças do Aparelho Respiratório representam a segunda maior causa de internações entre as crianças menores de 05 anos de idade, entre elas a Infecção Respiratória Aguda que corresponde a causa mais freqüente. No período estudado registra-se a tendência a diminuição da ocorrência de IRA em todos os grupos etários da população < 5 anos, passando de 19,7 (2000) para 11,7 (2008) internações por 1.000 habitantes na faixa etária de 0 a 5 anos. Destaca-se ainda, que a maior freqüência de internações por IRA ocorreu entre as crianças menores de 01 ano de idade.

Gráfico 12



Fonte: SMS/SUIS-SIH e IBGE

¹- Dados Preliminares

O Distrito Sanitário do Centro Histórico concentrou as maiores taxas de incidência por neoplasias, doenças do aparelho digestivo, geniturinário e circulatório (com a mesma incidência do DS de Itapagipe). Quanto a incidência pelas doenças do aparelho respiratório, as maiores taxas foram no Distrito Sanitário de Liberdade, seguido do Centro Histórico. (SMS/SUIS-SIH e IBGE, 2000-2008).

Considerando o total das internações, segundo sexo, no ano de 2008 (com exceção da gravidez, parto e puerpério), destaca-se a maior freqüência de internações na população masculina com 53%.

Entre as causas, verifica-se a predominância da população feminina nas afecções originadas no período perinatal (63,4%), neoplasias (62,5%), seguida das doenças dos olhos e anexos (59,0%), doenças do ouvido e da apófise mastóide (57,7%), doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (55,7%) e pelas doenças do aparelho circulatório (54,5%), (DATASUS/MS, 2008).

No ano de 2008, em torno de 78% das internações não foram classificadas quanto ao quesito raça/cor, no entanto, verifica-se a predominância das internações na população da cor parda com 17%.

A distribuição percentual no ano de 2008, considerando todas as causas de internação, teve sua maior contribuição pela população entre 20-29 e 30-39 anos, isso porque o maior número de internações por gravidez, parto e puerpério acumulou-se nesta faixa etária. Com relação a faixa etária entre 40-49 anos, as principais causa de internação foram por neoplasias e doenças do aparelho geniturinário que contribuíram, respectivamente, com 16,7% e 9,7% das internações. As doenças do aparelho circulatório são mais prevalentes na população acima de 50 anos. A população menor de 01 ano de idade é mais acometida pelas afecções originadas

no período perinatal (46,3%), seguida das doenças do aparelho respiratório (23%), que se estende a população de 01 a menor de cinco anos (SMS/SUIS/SIH, 2008).

3.2.2 Perfil das Doenças Transmissíveis

Dengue

Na avaliação da incidência da dengue no período de 2000 a 2008, destaca-se a ocorrência da epidemia no ano de 2002, devido a introdução do vírus DEN 3, em março de 2002, o qual acometeu a população suscetível até então somente exposta ao DEN 1.

A partir do ano de 2003 verifica-se a redução do número de casos ocasionada predominantemente pela memória imunológica adquirida com a recente epidemia. No período de 2005 a 2007 foram notificados 7.036 casos de dengue no município de Salvador. No ano de 2008, foram registrados 4.142 casos suspeitos da doença, sendo que 3.864 eram munícipes, correspondendo a 131,04 notificações por 100 mil habitantes, o que representa um aumento de 81,6% quando comparado com as notificações de casos no ano de 2007 (2.127 casos).

Em 2008, observou-se a circulação dos três sorotipos do vírus da dengue, com maior predominância do DEN 2 atingindo um maior número de suscetíveis.

Na avaliação do Pacto pela Vida registra-se, no ano de 2008, a letalidade para a Febre Hemorrágica da Dengue de 16,67%, superior a pactuação estabelecida de 5,26%.

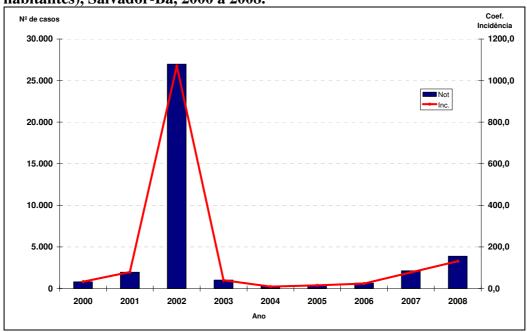


Gráfico 13 - Número de casos de dengue e coeficiente de incidência (por 100.000 habitantes), Salvador-Ba, 2000 a 2008.

Fonte: SINAN-NET

A maior ocorrência de casos de Dengue continua em adultos jovens entre 20 a 34 anos de idade. Esta concentração de casos nesta faixa etária também foi referida em outros estados brasileiros a exemplo de Minas Gerais. Este padrão gera um importante absenteísmo das atividades laborais e escolares ocasionando uma mobilização da sociedade juntos aos órgãos

públicos para desencadearem ações de controle do vetor, representando uma importante pressão para o controle da doença.

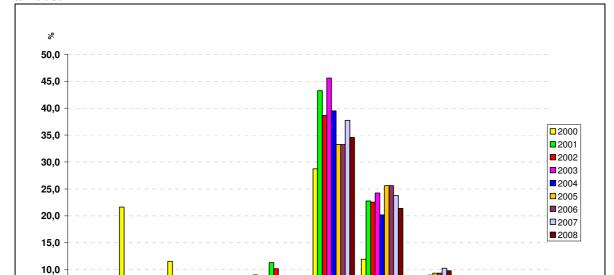


Gráfico 14 - Casos de Dengue por Faixa Etária e Ano de Ocorrência, Salvador-Ba, 2000 a 2008.

Fonte: SINANNET (acesso em Fev/2010)

5,0 0.0

<1 Ano

A distribuição da ocorrência da doença por distrito sanitário revela a maior incidência, no Centro histórico, Itapagipe e Subúrbio Ferroviário.

Faixa Etária

20-34

35-49

50-64

80 e+

Segundo o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), as áreas do país podem ser caracterizadas de acordo com os estratos: baixa incidência (menor que 100 casos por 100.000 habitantes), média incidência (100 a 300 casos por 100.000 habitantes) e alta incidência (maior que 300 casos por 100.000 habitantes), assim sendo o DS Centro Histórico estaria identificado como área de alta incidência, os Distritos de Itapagipe, São Caetano Valéria, Liberdade, Brotas, Boca do Rio, Pau da Lima e Subúrbio Ferroviário classificados como área de média incidência e os demais Distritos como áreas de baixa incidência da doença.

Tabela 15 - Número de casos de Dengue e coeficiente de incidência (100.000 hab) por Distrito Sanitário. Salvador/Ba. 2008

Distrito Sanitário de Residência	Casos Notificados	Coeficiente de incidência por 100.000 hab.	Classificação da incidência segundo PNCD
Centro Histórico	220	320,71	Alta
Itapagipe	450	264,02	Media
São Caetano/Valeria	287	109,86	Media
Liberdade	222	130,84	Media
Brotas	285	109,89	Media
Barra/Rio	449	124,97	Baixa
Vermelho/Pituba			

Boca do Rio	210	160,56	Media
Itapoan	150	68,55	Baixa
Cabula/Beiru	427	101,27	Baixa
Pau da Lima	464	130,53	Media
Subúrbio Ferroviário	527	152,69	Media
Cajazeiras	134	71,18	Media
Ignorado	39	_	-
Total	3864	131,04	Media

Fonte: SINANET/ (dados atualizados em 19/02/2010)

Na avaliação das condições ambientais que corresponde a uma das atividades realizadas no Plano Municipal de Controle da Dengue, registra-se, no ano de 2008, o Índice de Infestação Predial – IIP de 3,7% para o município, conforme os dados do Levantamento de Índice Rápido para o Aedes aegypti (LIRAa) realizados em Salvador no ano de 2008 (Relatório Anual de Gestão 2008).

Assim o município caracteriza-se com a situação médio risco, para ocorrência de epidemia, uma vez que o IIP está abaixo de 3,9%, como define a estratificação de risco da Secretaria de Vigilância a Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS.

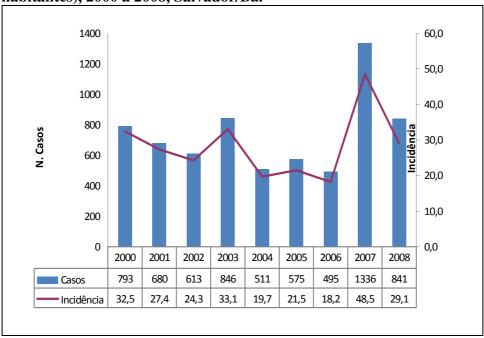
Quanto à distribuição dos principais criadouros representados pelos depósitos preferenciais do Aedes, destacam-se no ano de 2008 o depósito de tanque e tonéis como predominante, representando 50,1% dos depósitos focados, seguido pelo depósito de vasos e pratos de plantas com 19,5 % e do depósito de materiais inservíveis com 11,4%, demonstrando a maior concentração destes locais no ambiente peri ou intra-domiciliar.

Meningite

Durante esses últimos nove anos no município de Salvador foram notificados 6.690 casos de meningite, sendo confirmados 5.164 casos da doença, com registro de 368 óbitos. O gráfico 15 demonstra a evolução dos casos notificados das meningites e suas respectivas incidências durante os anos de 2000 a 2008, destacando-se o ano 2007 onde ocorreu uma epidemia de meningite viral.

Na avaliação da ocorrência no período de 2007 a 2008 destaca-se a diminuição em 39,3% de casos notificados.

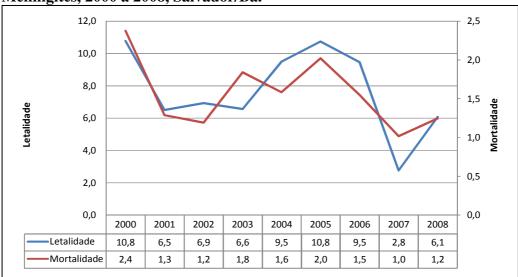
Gráfico 15 - Casos Notificados de Meningites e Coeficiente de Incidência (por 100.000 habitantes), 2000 a 2008, Salvador/Ba.



Fonte: SINANNET

A letalidade média da meningite no período, em Salvador, correspondeu a 7,7%. Em 2007, no entanto, ocorreu uma epidemia de casos de meningite viral registrando uma letalidade de 2,8% devido a evolução benigna da maioria dos casos.

Gráfico 16 - Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 habitantes) e Letalidade das Meningites, 2000 a 2008, Salvador/Ba.



Fonte: SINANNET

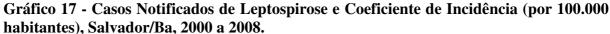
Quanto à faixa etária a maior proporção ocorreu entre menores de 5 anos com 179 casos (33,4%), fato frequente na ocorrência da doença em outros municípios do Brasil. Os Distritos

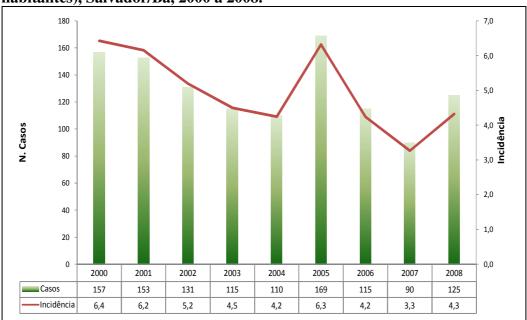
Sanitários com maiores incidências por 100 mil habitantes foram: Itapagipe (50,5), Centro Histórico (36,2), São Caetano /Valéria (34,9) e Cajazeiras (28,0).

Quanto a Doença Meningocócica, em 2008 observou-se um aumento da incidência dos casos confirmados (1,7 casos/100 mil habitantes) quando comparado ao mesmo período do ano anterior que registrou uma incidência de 0,68 casos por 100.000 habitantes. Foram confirmados 51 casos da doença, no entanto, somente 41 tiveram o sorogrupo identificado como agente etiológico a *Neisseria meningitidis* (meningococo) sorogrupo C em 36 casos e 05 casos do sorogrupo B. Quanto aos critérios utilizados para a confirmação dos casos 28 (54,9%) foram por cultura, 14 (27,4%) foram por AG. Látex, 6 (11,7) por clínico epidemiológico e 3 (5,8) por bacterioscopia. Quanto à faixa etária, as maiores incidências ocorreram no grupo de menores de 5 anos com 13,9 casos/100 mil habitantes. Neste período registrou-se 13 óbitos correspondendo a letalidade de 25,4%.

Leptospirose

No período entre 2000 a 2008 foram notificados 1.165 casos suspeitos da doença, sendo que 689 desses casos foram confirmados, ocorrendo 96 óbitos.





Fonte: SINANNET

No ano de 2008 foram notificados 125 casos suspeitos da doença (dados preliminares), sendo que 115 casos ocorreram entre residentes em Salvador. Quando comparado o ano de 2008 com o mesmo período anterior, houve um aumento de 38,8% dos casos notificados em Salvador. A letalidade no ano foi de 9,6% (11 óbitos). A doença ocorre durante todo o ano, principalmente nos meses chuvosos sendo que no município 82,6% (95) dos casos ocorreram nos meses de março a julho.

Os homens são os mais afetados com esta zooose representando 78,4% (98 casos) em 2008. Na avaliação da variável raça cor identifica-se a concentração de casos na população negra (75) os demais casos (48) não informados quanto a esta variável.

Na avaliação da distribuição por faixa etária, destaca-se a concentração de casos na população de 15 a 64 anos com o predomínio da população de 20 a 34 anos de idade que corresponde a população economicamente ativa.

Gráfico 18

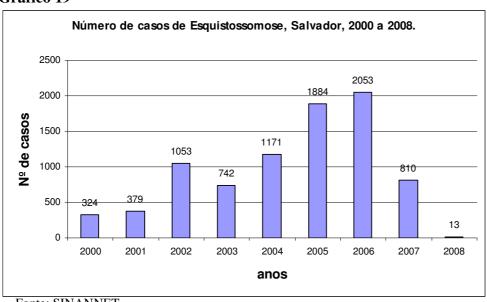


Fonte: SINANNET

Esquitossomose

Os registros de esquistossomose ocorrem desde 2000, no entanto, em 2007 a notificação deste agravo passou a ser efetuada em um formulário específico do Programa de Controle da Esquistossomose – PCE 108, esta estratégia comprometeu a coleta de informações para a análise epidemiológica pela vigilância, conforme demonstra-se no quadro a seguir.

Gráfico 19



Fonte: SINANNET

Entre as ações de controle ambiental destaca-se em 2007, a pesquisa malacológica em áreas estratégicas do município, através das ações do Centro de Controle de Zoonoses, em 2008, ampliou-se a realização da pesquisa nos 12 Distritos Sanitários.

No ano de 2008, registrou-se a coleta dos caramujos em coleções hídricas pré-determinadas nos DS e o envio de amostras ao LACEN que realiza a avaliação da presença de cercárias nos moluscos coletados.

Em 2008, foram realizadas coletas em rios, lagos, barragens, córregos e fontes nos 12 DS, sendo que das 161 coleções hídricas identificadas, 90 apresentaram resultados positivos.

Destaca-se a maior concentração de amostras positivas no Distrito de Itapuã e Subúrbio Ferroviário, no entanto os distritos de Liberdade (33,3%) e Cajazeiras (5,85%) apresentaram os maiores percentuais de positividade.

Tabela 16 - Coleções hídricas pesquisadas para Vigilância Malacológica por DS, Salvador, 2008.

Distrito Sanitário	Coleções hídricas	Coleções negativas	Coleções positivas	N°. de exemplares coletados	% de positividade	Total de laudos emitidos
Centro Histórico	18	11	7	190	3,68	6
Itapagipe	8	-	-	224		-
S.Caetano/Valéria	6	-	-	220		5
Liberdade	9	7	2	6	33,33	2
Brotas	5	2	3	110	2,73	3
Barra/ Rio						
Vermelho	4	1	3	148	2,03	1
Boca do Rio	7	2	5	153	3,27	6
Itapuã	25	4	21	564	3,72	9
Cabula/Beiru	15	1	14	481	2,91	11
Pau da Lima	10	4	6	177	3,39	2
Cajazeiras	16	6	10	171	5,85	10
Subúrbio						
Ferroviário	38	4	19	774	2,45	36
TOTAL	161	42	90	3.218	2,80	91

Fonte: CCZ/SEAMG

DST/AIDS

Ao longo do período de 2000 a 2008 verificou-se a ocorrência de 29.707 casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), à exceção da AIDS, com predomínio do condiloma acuminado (12.546), seguida da sífilis em adulto (5.461), síndrome do corrimento cervical (2.990) e herpes genital (2.463) – (SINAN-SMS). Entretanto, durante toda a série, as duas maiores taxas de incidência foram para condiloma acuminado, síndrome do corrimento uretral e síndrome do corrimento cervical, (**Gráfico 20**), com média de incidência anual de, respectivamente, 52,8, 34,2 e 12,6 por 100.000 habitantes. A sífilis em adulto correspondeu à terceira DST com maior taxa de incidência, a mesma variou de 33,3 a 14,7 /100.000 hab., com média anual de 23,3 /100.000 hab.

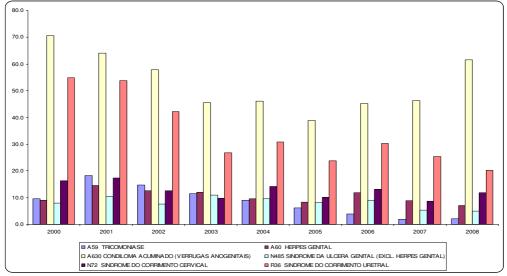
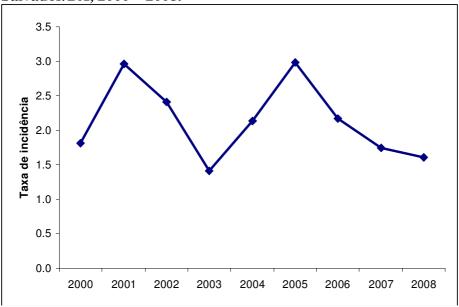


Gráfico 20 - Taxas de incidência (por 100.000 hab.) de DST, Salvador/Ba. 2000 a 2008

Fonte: SINAN

Especificamente, com relação à sífilis congênita observou-se a incidência média anual de 1,9 casos por 1.000 nascidos vivos. A exceção dos anos de 2001 e 2005 cujas taxas de incidência foram de 3,0 casos a cada 1.000 nascidos vivos, e do ano de 2003 com taxa de incidência de 1,4/1.000 NV, os demais anos da série apresentaram taxas similares em torno da média anual.

Gráfico 21 - Taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de Sífilis Congênita, Salvador/BA, 2000 – 2008.



Fonte: SINAN

O monitoramento da ocorrência da sífilis congênita é efetuado através das ações de apoio diagnóstico na assistência pré-natal. Segundo RIPSA, 2008 a eliminação deste agravo prevê a ocorrência de menos de 1 caso para cada 1.000 nascidos vivos. Ao avaliar a ocorrência deste agravo em outras capitais nordestinas, verifica-se Teresina e Maceió registram os valores mais próximos do preconizado (1 caso para cada 1.000 nascidos vivos) e que Recife registra os valores mais elevados do ano com a média 12 casos para cada 1.000 nascidos vivos assim

sendo os municípios de, estão entre as capitais nordestinas com valores mais próximos do preconizado.

Tabela 17 - Número de Casos de Sífilis Congênita, capitais do nordeste, 2006.

Conital/Nandocto	Casos Confirmados	Número de Nascidos	Média de casos para cada 1.000
Capital/ Nordeste		Vivos	nv
São Luís	47	18.258	2,57
Teresina	13	13.967	0,93
Fortaleza	297	38.767	7,66
Natal	70	12.374	5,66
João Pessoa	24	11.758	2,04
Recife	263	22.268	11,81
Maceió	16	16.040	1,00
Aracaju	20	9.625	2,08
Salvador	69	37.204	1,85

Fonte: DATASUS/ RIPSA

Quadro 2 – Indicador Pacto pela Saúde, Salvador, 2004-2008.

Indicador	Origem do Indicador	Resultado 2004	Resultado 2005	Resultado 2006	Resultado 2007	Resultado 2008	Meta Pactuada 2009	Unidade
Numero	Portaria	92	134	100	65	67	60	N.
de casos	325/2008							Absoluto
de sífilis								
congênita								

Fonte - SISPACTO

No que se refere à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foram notificados no período de 2000 a 2008, 2.944 casos, sendo que 3,5 % (104) em indivíduos menores de 10 anos e 96,5% (2.840) em indivíduos com idade a partir de 10 anos.

Com relação aos casos de AIDS em menores de 10 anos, embora tenha sido verificado durante a série o predomínio do sexo masculino, a média de incidência anual para ambos os sexos foram muito próximas, correspondendo a 2,8 e 2,0 por 100.000 habitantes, respectivamente, sexo masculino e sexo feminino (SINAN/SMS, 2000-2008).

Na avaliação dos casos de AIDS em indivíduos com idade a partir de 10 anos, verificou-se que as taxas de incidência do período sugerem uma tendência à redução, a qual passou de 14,5 casos de AIDS a cada 100.000 habitantes no ano de 2000, para 10,1 em 2008 por 100.000 habitantes. A média de incidência anual do período correspondeu a 12,1 a cada 100.000 habitantes, no período.

Tabela 18 – Número de casos de AIDS, segundo ano de diagnóstico. Salvador/BA, 2000 – 2008

Ano do Diagnóstico	Freqüência
2000	354
2001	299
2002	358
2003	342
2004	355
2005	259
2006	251
2007	325
2008	297
Total	2840

Fonte: SINAN (Acesso em Fev/2010)

Verificou-se ao longo do período (2000-2008) o predomínio da incidência no sexo masculino. No ano de 2008 enquanto a taxa de incidência para o sexo feminino foi de aproximadamente 6,5 a cada 100.000 habitantes, para o sexo masculino correspondeu a 14,1/100.000 hab, representando um risco duas vezes maior para contaminação.

Entre os indivíduos do sexo masculino observou-se uma tendência de redução da taxa de incidência no decorrer da série, a qual passou de 19,7 a cada 100.000 hab. em 2000, para 14,1 /100.000 hab. em 2008. Já para o sexo feminino verifica-se pequena variação das incidências, muito similares entre os anos, registrando uma tendência constante de ocorrência.

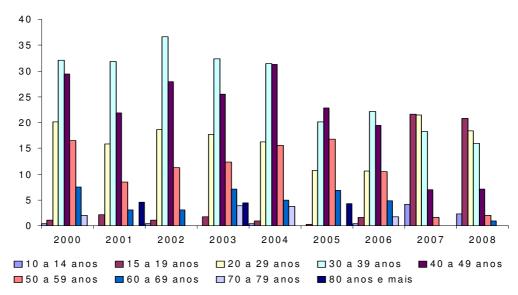
Tabela 19 – Número de casos e razão segundo sexo por ano de diagnóstico. Salvador/BA, 2000 – 2008.

ANO DE	SE	SEXO			
DIAGNÓSTICO	MASCULINO	FEMININO	RAZÃO		
2000	227	127	1,8		
2001	183	116	1,6		
2002	203	155	1,3		
2003	204	138	1,5		
2004	209	146	1,4		
2005	171	88	1,9		
2006	164	87	1,9		
2007	211	114	1,9		
2008	195	102	1,9		

Fonte: SINAN (Acesso em Fev/2010)

Conforme **gráfico 22**, as faixas etárias com maior taxa de incidência ao longo da série foram as de 30 a 39, seguida da de 40 a 49 e 20 a 29 anos. Verifica-se, deste modo, que os indivíduos em idade reprodutiva e produtiva apresentaram-se como os mais vulneráveis ao HIV/AIDS.

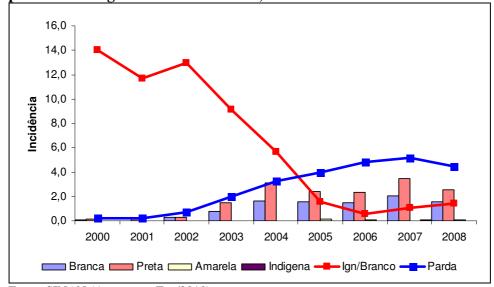
Gráfico 22 - Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de Aids, segundo faixa etária, por ano de diagnóstico, Salvador- BA, 1998 – 2008.



Fonte: SINAN (Acesso em Fev/2010)

Com relação a raça/cor referida, observou-se que as maiores taxas de incidência concentraram-se na parda e preta, seguida da branca. Ressalta-se que a análise do período foi comprometida em função do elevado percentual de dados ignorados.

Gráfico 23 - Taxa de Incidência (por 100.000 hab.) de AIDS, segundo raça/cor referida, por ano de diagnóstico. Salvador/BA, 2000 – 2008.



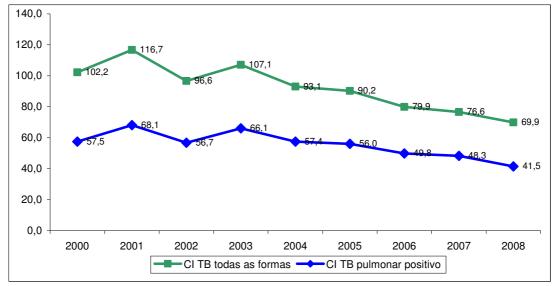
Fonte: SINAN (Acesso em Fev/2010)

Tuberculose

Nos últimos nove anos, Salvador apresentou uma média de 2.416 casos novos de tuberculose de todas as formas com coeficiente médio de incidência de 81,5 casos por 100 mil habitantes, e uma média de 1.457 casos novos/ ano de tuberculose pulmonar positivo com incidência média de 55,7 casos por cem mil habitantes. O **gráfico 24** demonstra uma tendência decrescente do coeficiente de incidência de tuberculose e, a exceção dos anos 2000, 2001 e

2003 um risco considerado médio para sua população adoecer por essa doença visto que apresenta valores de incidência geral que está entre 50 a 100 casos por 100 mil habitantes.

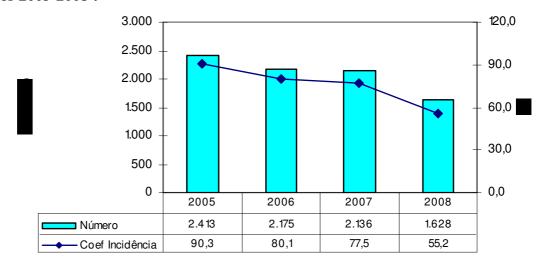
Gráfico 24 - Coeficiente de incidência de Tuberculose de todas as formas e Pulmonar positivo, Salvador-Ba, 2000 a 2008.



Fonte: SINAN (Acesso em Fev/2010)

O coeficiente de incidência de tuberculose no município de Salvador vem a tendência decrescente no período de 2005 a 2008. Com o aumento da cobertura do programa esperavase elevação na detecção de casos novos, o que não ocorreu, mas associado a essa informação tem-se outros fatores que podem ter interferido para essa realidade como a melhoria do banco de dados e a descentralização do sistema em 2006 que vem mantendo o processo de limpeza e qualificação do banco.

Gráfico 25 - Número e Coeficiente de Incidência de Tuberculose de todas as formas, Salvador 2005-2008¹.



Fonte: SINANNET/VIEP ¹Dados parciais

Quanto ao coeficiente de incidência de tuberculose por DS no período de 2005 a 2008, verifica-se que todos os distritos apresentaram tendência decrescente para o indicador analisado.

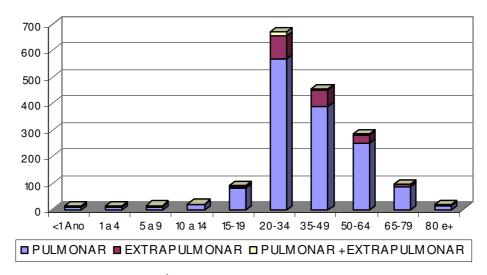
Tabela 20 - Número e Coeficiente de Incidência de tuberculose de todas as formas por Distrito Sanitário de Residência, Salvador, 2005-2008¹

Distr Resid	2005	CI 2005	2006	CI 2006	2007	CI 2007	2008	CI 2008
Centro Historico	89	127,2	89	127,6	74	107,1	61	88,9
Itapagipe	166	100,6	129	77,7	149	89,6	115	67,5
Sao Caetano/Valeria	349	142,9	298	120,7	291	116,8	221	84,6
Liberdade	198	112,9	213	122,1	210	121,9	171	100,8
Brotas	151	70,9	140	63,6	134	59,7	115	44,3
Barra/Rio Vermelho/Pitub	293	85,1	245	70,7	216	62,1	129	35,9
Boca do Rio	81	69,0	44	36,8	61	50,1	44	33,6
Itapoan	136	65,1	99	47,1	112	53,0	113	51,6
Cabula/Beiru	377	99,7	390	101,3	374	95,3	326	77,3
Pau da Lima	147	54,6	162	57,4	162	54,2	106	29,8
Suburbio Ferroviario	254	78,2	258	79,0	257	78,0	191	55,3
Cajazeiras	109	66,9	91	54,5	89	51,9	85	45,2
Ignorado	63		16		7		5	
Total	2.413	90,3	2.174	80,1	2.136	77,5	1.682	57,0

Fonte: SINANNET/VIEP ¹Dados parciais

Em relação à faixa etária e a forma clínica, observa-se a predominância da forma pulmonar atingindo principalmente o grupo etário de 20 a 49 anos, com aumento também nas faixas etárias de 50 a 64 e 15 a 19 anos.

Gráfico 26 - Proporção de Casos de Tuberculose por Faixa Etária e Forma Clínica - Salvador - 2008¹



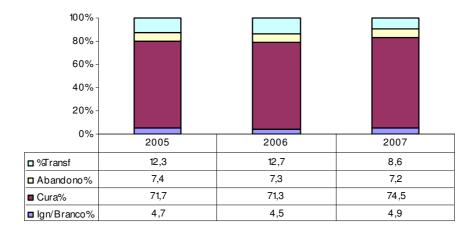
Fonte: SINANNET/VIEP. ¹Dados parciais

Quanto a distribuição por sexo, verifica-se que 59% dos casos novos identificados em 2008, ocorreram em indivíduos do sexo masculino indicando que os homens estão mais expostos ao risco de adoecer de tuberculose.

Quanto à coorte de tuberculose do período de 2005 a 2007, verifica-se aumento do percentual de cura, da redução da transferência e dos casos ignorado/branco. O abandono se mantém com valores abaixo dos 10% destaca-se que os valores pactuados correspondem a 70% de cura.

Percebe-se que todos os esforços para melhorar a qualidade do banco de dados com a descentralização da gestão do sistema SINAN para os distritos, o aumento da cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para as Unidades de Saúde da Família e o fortalecimento da relação VIEP, COAPS, Distritos (Supervisores do PCT) obteve como reflexo, uma sensível melhoria dos indicadores operacionais do programa, assim como para a coorte de tuberculose pulmonar positivo.

Gráfico 27 - Coorte de Tuberculose de Todas as Formas segundo situação de encerramento – Salvador 2005 a 2007^1



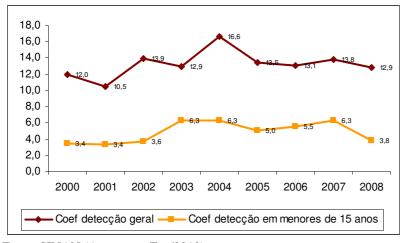
Fonte: SINANNET/VIEP

¹Dados parciais

Hanseníase

Quanto à hanseníase a média de casos novos identificados na população em geral e em menores de 15 anos nos últimos nove anos, foi de 349 e 33 casos, respectivamente; e a média dos respectivos coeficientes foram de 13,2 e 4,9 casos por cem mil habitantes. O **gráfico 28** demonstra tendência oscilante para o período, Todo o período é marcado por uma alta endemicidade para o coeficiente de detecção geral, com valores que estão entre 10 a 19,9, e média endemicidade para a detecção em menores de 15 anos, com registros entre 2 a 9,9 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Gráfico 28 - Coeficiente de Detecção geral e em menores de 15 anos de Hanseníase (100.000/hab), Salvador-Ba, 2000 a 2008.



Fonte: SINAN (Acesso em Fev/2010)

3.2.3 Perfil das Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Tabagismo

O tabagismo é reconhecido como uma dependência química de nicotina que afeta várias pessoas, sendo considerado um problema de saúde pela Organização Mundial de Saúde- OMS associado a diversas doenças, em especial as doenças cardiovasculares, tais como: a hipertensão, o infarto, o acidente vascular cerebral, as doenças respiratórias, além de estar relacionado a muitos óbitos por neoplasias, principalmente de pulmão (com um risco atribuível superior a 90% - MS - VIGITEL -2007), boca, laringe e faringe.

O Ministério da Saúde, como forma de monitoramento aos fatores de risco e proteção à saúde, vem realizando anualmente o VIGITEL – Vigilância a Fatores de Risco e Proteção a Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Os dados apresentados pelo VIGITEL estimam que em Salvador o percentual de adultos fumantes nos anos de 2006 a 2008, variou de 9,5 a 11,5%, sendo, entre as capitais, a que apresenta menor freqüência de fumantes nos anos de 2006 e 2007 (MS - VIGITEL, 2006, 2007, 2008). Observa-se, ainda, que o hábito de fumar é maior entre homens do que entre as mulheres, como também são os que apresentam maiores taxas de mortalidade por câncer de pulmão.

As inúmeras campanhas desenvolvidas têm ocasionado a redução da ocorrência do tabagismo em todo o país, assim identifica-se que no período de 2006 a 2008, em Salvador, os percentuais de não fumantes superam os de fumantes, variando entre 19,6 a 19,9%.

20 18 15,2 16 14 125 12,3 11,5 12 10,0 9,5 10 8,4 8,0 7.2 8 6 4 2 Total Masculino Feminino □ 2006 ■ 2007 □ 2008

Gráfico 29 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes por sexo, Salvador –Ba, 2006 a 2008

Fonte: Ministério da Saúde/ VIGITEL 2006/2007/2008

Na avaliação dos indicadores de redução do tabagismo verifica-se que no período de 2006 a 2008, a freqüência de adultos ex-fumantes é mais comum no sexo masculino do que no feminino.

Tabela 21 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) ex-fumantes, por sexo, Salvador-Ba, 2006 a 2008.

		Sexo		
Ano	Total	Masculino	Feminino	
2006	19,6	24	15,9	
2007	21,3	23,8	19,2	
2008	19,9	23,7	16,8	

Fonte: Ministério da Saúde/ VIGITEL 2006/2007/2008

Acidentes e Violências

O Ministério da Saúde junto com a Secretaria Municipal de Saúde-SMS e Secretaria Estadual de Saúde- SES iniciou a implantação da Vigilância de Acidentes e Violências - Rede de Serviços Sentinela. Em Salvador, as unidades sentinelas identificadas para a vigilância de acidentes e violências foram o Hospital Geral do Estado e o Hospital João Batista Caribé.

Na avaliação da ocorrência dos dados obtidos no monitoramento dos acidentes e violências coletados nas unidades hospitalares do município de Salvador identifica-se a predominância no sexo masculino correspondendo a 68,2% dos registros, o que coincide com o perfil das emergências de todo o país, sugerindo que os homens se envolvem muito mais em acidentes que as mulheres.

Tabela 22 - Frequência e proporção de atendimentos segundo sexo nas emergências do Hospital Geral do Estado e do Hospital João Batista Caribe, setembro de 2007.

Sexo	Freqüências	Freqüência Relativa %
Masculino	1191	68,2
Feminino	553	31,7
Ignorado	03	0,1
Total	1.747	100,0

Fonte: VIVA/ VIEP/ SMS

Ao avaliar a distribuição dos eventos ocorridos destaca-se que as quedas (29,1%) representam a principal causa de atendimentos de emergência em Salvador, podendo estar relacionada a má pavimentação das ruas e calçadas, assim como a espaços inadequados em domicílios. Os acidentes de transporte e os outros acidentes correspondem respectivamente a 20,3% e 25,9%, seguidos pelos registros de maus tratos com 18,5% dos atendimentos efetuados.

0,3% 0,1% 20,3% 20,3% 29,1% 5,0% Queimadura Outros acidentes Suicídio Agressão/Maus Tratos Intervenção Legal Ignorado

Gráfico 30 - Percentual de Atendimentos por tipo de Ocorrência nas emergências do Hospital Geral do Estado e do Hospital João Batista Caribe, setembro de 2007.

Fonte: VIVA/ VIEP/ SMS

Doença Falciforme

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), lançado pelo Ministério da Saúde em 2001, estabeleceu a triagem para os seguintes agravos: fenilcetonúria, hipotireoidismo, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística.

O estado da Bahia está habilitado para a fase II, o que compreende a triagem das morbidades estabelecidas no programa, com exceção para a fibrose cística, sendo a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Salvador (APAE) o Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) no estado, e o responsável pelo diagnóstico, acompanhamento e tratamento das doenças congênitas, principalmente do hipotireoidismo e da fenilcetonúria. Ao município de Salvador compete o atendimento aos portadores de doença falciforme, a instituição de uma rede de postos de coleta articulada com a APAE, a determinação dos fluxos de exames e a referência e a contra-referência dos pacientes triados.

Considerando o volume de procedimentos realizados, identifica-se o cumprimento da meta pactuada para os anos de 2006 a 2008 (**Tabela 23**).

Tabela 23 - Cobertura de Triagem Neonatal. Salvador/Ba. 2004 - 2008.

Ano	Nº de pacientes triados em Salvador	Nº de nascidos- vivos em Salvador	Cobertura da Triagem Neonatal em Salvador (%)	Incidência da Hemoglobinopatia em Salvador
2004	27.287	37.249	73,26	581
2005	27.233	36.587	74,43	446
2006	27.547	36.384	75,71	467
2007	28.035	36.745	76,30	431
2008	27.291	36.337	75,11	577

Fonte: SRTN/APAE- SSA e SINASC

No período de 2001 a 2008 foram diagnosticadas 383 crianças com Doença Falciforme, segundo distrito sanitário, **tabela 24.**

Tabela 24 - Número de Crianças com Doença Falciforme, por Distrito Sanitário. Salvador/Ba. 2001 - 2008

DISTRITO SANITÁRIO	2001/2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Subúrbio	20	06	12	12	03	06	59
Cabula	14	08	08	07	11	11	59
Pau da Lima	13	03	05	04	05	03	33
São Caetano	04	03	09	04	08	04	32
Itapuã	06	07	04	04	03	05	29
Barra	04	01	05	04	03	00	17
C. Histórico	08	-	04	-	01	02	15
Itapagipe	04	04	02	01	02	01	14
Cajazeiras	-	_	02	06	02	04	14
Brotas	03	02	02	_	02	04	13
Boca do rio	02	03	01	02	01	01	10
Liberdade	03	01	03	00	01	01	09
Ignorado	17	14	6	12	16	14	79
TOTAL	98	52	63	56	58	56	383

Fonte: Srtn Apae - Salvador, 2008

De acordo com a HUPES, em 2008 foram realizadas eletroforese em 3.878 amostras de sangue, com 2.378 encaminhadas pelos DS e as demais foram coletadas no HUPES (716), Instituto de Ciências da Saúde - UFBA (678), Maternidade Climério de Oliveira (98), Hospital Couto Maia (1) e Hospital Ana Nery (7). Das 3.878 amostras analisadas 82,08% (3.183) apresentaram hemoglobina AA, considerado normal, e 17,92% (695) apresentou algum tipo de alteração, dos quais 48,48% (337) foi traço falciforme e 9,35% (65) teve o diagnóstico confirmado para doença falciforme (SS e SC), e 7,56% (293) de traços para outras hemoglobinopatias e fenótipos a esclarecer (outros).

Estes dados mostram a presença da HbS em 10,4% da amostras coletadas, corroborando com os resultados das pesquisas da Faculdade de Farmácia/UFBA e a Fundação FIOCRUZ que afirmam que o gene da Hemoglobina S (HbS) está presente em 7 a 10% da população baiana (ADORNO et al, 2002; COUTO, 2001). Estes números reforçam a necessidade da inserção deste exame nas rotinas médicas da rede municipal, pois o diagnóstico tardio ainda é uma realidade no município de Salvador.

Tabela 25 - Diagnóstico dos exames realizados pelo HUPES, Salvador, 2008.

Diagnostico dos exames realizados pelo frei Es; sarvador, 2000.					
FENÓTIPO	N^o	%			
AA	3.183	82,08			
AS	337	8,69			
SS	37	0,95			
SC	28	0,72			
Outros	293	7,56			
Total	3.878	100			

Fonte: HUPES-UFBA

4. Percepção dos problemas do estado de saúde

Em oficina para levantamento de problemas com representantes da sociedade civil, trabalhadores e gestores foi possível a identificação dos problemas do estado de saúde da população, que serão descritos de acordo com os grupos populacionais:

Entre as **crianças** destacam-se a sífilis congênita, hanseníase, desmame precoce, doenças respiratórias agudas, dermatoses, baixa acuidade visual, obesidade, queimaduras, quedas, violência doméstica e familiar, drogatização, trabalho infantil e a dificuldade psicomotora.

Já entre os **adolescentes** identificam-se hanseníase, tabagismo, violência sexual, drogatização, alcoolismo, gravidez precoce, baixa acuidade visual e trabalho adolescente.

No que tange os **adultos jovens** são mencionados: tuberculose, tabagismo, álcool, drogas, violência sexual, paternidade precoce, homicídios e acidentes de transito entre homens e suicídios entre as mulheres.

No caso das **mulheres adultas** foram ressaltados: obesidade, câncer de mama, mortalidade materna, aborto inseguro, agravos de saúde sexual e reprodutiva, suicídio, violência doméstica, familiar e sexual, alcoolismo, doenças degenerativa e auto-imunes.

Alcoolismo, agravos de saúde sexual e reprodutiva e as doenças degenerativas e auto-imunes também são mencionados entre os **homens adultos**.

Quanto aos **idosos** foram ressaltados acidentes por queimadura e quedas, doenças respiratórias agudas, doenças degenerativas auto-imunes e violência doméstica e familiar.

A violência sexual foi considerada um problema de saúde entre o grupo **GLBTB** (Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros).

No que se refere à **população negra** destacam-se anemia falciforme e homicídios.

Em relação à **Saúde do Trabalhador** foram considerados problemas como o stress, Lesão por Esforço Repetitivo (LER), acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais.

Além dos problemas identificados para grupos específicos outros são para a **população em geral**: meningite, dengue, doença de chagas, DST/AIDS, H1N1, hanseníase, cárie dental, doenças oro-bucais, doenças veiculadas aos serviços de estética e alimentos, neoplasias, hipertensão, doenças cardiovasculares e renais, violência, transtorno mental, depressão, sofrimento psíquico, substâncias psicoativas, dor aguda e crônica além de agressão por animal.

Constata-se que alguns problemas de saúde perpassam a **maioria dos grupos populacionais** a exemplo da violência, drogas e alcoolismo. Ao se comparar a percepção dos problemas de estado de saúde do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 observa-se que muitos dos problemas permanecem até o presente momento, inclusive os relacionados à maioria dos

grupos populacionais, indicando que não houve grande mudança da percepção do perfil de saúde da população nos últimos 4 anos⁶.

Os problemas priorizados nos grupos da oficina foram:

- Elevada ocorrência de tuberculose na população jovem masculina de salvador;
- Elevada ocorrência de DST/AIDS na população geral do município de Salvador;
- Elevada ocorrência de dengue na população geral do município;
- Elevada ocorrência de hipertensão na população exposta ao risco;
- Elevado número de usuário de álcool, tabaco, outras drogas (SPA) entre homens, mulheres, adultos jovens e adolescentes no município de salvador;
- Aumento do número de casos de obesidade entre mulheres e crianças na população de baixa renda de salvador;
- Aumento do número de casos de meningite na população de salvador;
- Aumento do número de casos de doença de chagas, devido ao desmatamento, na população de salvador.

⁶ Percepção dos problemas de estado de saúde do Plano Municipal 2006-2009. Destacam-se entre as *crianças*, as infecções respiratórias agudas, escabiose, verminose, pneumonias, problemas oftalmológicos, violência/maus tratos, violência sexual, carência alimentar/fome/desnutrição, desmame precoce, cárie/doença periodontal, trabalho na infância, abuso e exploração sexual, uso de drogas e utilização de crianças no tráfico de drogas . Gravidez precoce e não planejada, consumo de drogas, violência/maus tratos, prostituição/abuso sexual, DST, má alimentação/fome, depressão, problemas de sexualidade, cárie/doença periodontal e "necessidade de identidade" aparecem entre os adolescentes. No caso das mulheres adultas, são mencionados: cárie e doença periodontal em gestantes, gravidez não planejada, aborto, DST, violência; câncer de mama e de útero. No que tange aos homens adultos, são ressaltados: hipertensão arterial, diabetes, sobrepeso/obesidade, tuberculose; stress; violência; aumento do uso de alcool e de drogas; dependência química (crack); aumento do número de pessoas em situação de rua e em exclusão social; HPV; DST/AIDS; deficiência física; leptospirose; neoplasia; problemas mentais; anemia falciforme, gripes; e aumento do índice de hipertensão sem controle na população negra. Quanto aos idosos, o destaque é para hipertensão e diabetes, inclusive as suas complicações; depressão; suicídio; aumento do número de casos de osteoporose; problemas intestinais (constipação); aumento da incidência de quedas. Além desses problemas identificados para grupos específicos da população, outros são referidos para a população em geral: aumento dos casos de leptospirose/ratos, dengue, tuberculose, cárie, especialmente adolescentes e adultos; problemas gengivais; raiva canina, diabetes, hipertensão arterial, câncer em jovens, DST, "desdentados", problemas de estética (saúde bucal), mortes violentas decorrentes do uso de drogas ilícitas; crescimento do uso do álcool e drogas gerando violência na população carente e negra; baixa estima da população negra.

5. Percepção dos problemas dos serviços de saúde

Em relação aos problemas de serviços de saúde, sugere-se a sistematização por cinco principais componentes do sistema de serviços: infra-estrutura, organização, gestão, financiamento e modelo de atenção.

No que se refere aos problemas de **infra-estrutura** destacam-se: insuficiência de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e estrutura de saúde, insuficiência de tecnologia de informática, escassez de médicos nas UBS, insuficiência quantitativa e qualitativa do quadro permanente de servidores e de gerentes, e ausência de fardamento para ACS.

No que diz respeito à **gestão** foram referidos os seguintes problemas: pouca articulação entre Distrito Sanitário e lideranças comunitárias; fragilidade do controle social nas unidades de saúde; baixa qualidade dos sistemas de informação; implementação insuficiente das ações da política de humanização; inexistência de articulação entre as políticas de saúde as outras políticas sociais; ausência de formulação de políticas locais; ausência de uma política de educação permanente; ausência de uma política para a população de HIV/AIDS; inexistência de critérios técnicos, políticos, demográficos e epidemiológicos para a distribuição espacial da rede; ausência de autonomia dos Distritos Sanitários; desarticulação entre os distritos sanitários e o nível central; inexistência de uma política de descentralização do SUS; fragilidade da capacidade de gestão (planejamento, avaliação, articulação, integração e comunicação do SUS municipal); precarização dos vínculos de trabalho em saúde; precárias condições de trabalho e remuneração para os trabalhadores de saúde; vulnerabilidade do servidor às ações jurídicas sem o amparo institucional.

Quanto ao **modelo de atenção** foram registrados os seguintes problemas: ineficiência do modelo de atenção vigente que não contempla a integralidade do cuidado e acolhimento do usuário; insuficiência de atenção aos profissionais do sexo, travestis e transexuais; baixa resolutividade da atenção básica; intolerância às religiões de matrizes africanas no desenvolvimento das ações de saúde; inexistência de protocolos assistenciais; insuficiência da política de promoção e prevenção em saúde; privatização e tercerização dos serviços de saúde; inexistência de uma rede de ações e serviços articulada e resolutiva para atender as necessidades de saúde da família, assumindo a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada; oferta de serviços desvinculada do perfil epidemiológico da população; inadequação das políticas de saúde, inclusive de apoio diagnóstico, à realidade da população.

No que tange a **organização dos recursos** foram relatados os seguintes problemas: má distribuição de recursos humanos nas unidades de saúde; irregularidade na oferta de medicamentos e insumos nas unidades de saúde; insuficiente regulação de consultas, exames e internação na rede de serviços de saúde; deficiente funcionamento dos CEOs; incipiente articulação intra e intersetorial; baixa oferta de serviços (média e alta complexidade).

Destaca-se que não foram registrados problemas no âmbito do **financiamento** e que houve um predomínio dos problemas relacionados à gestão e o modelo de atenção adotado pela secretaria. Também foi possível observar que a maioria dos problemas de serviços de saúde, listado no Plano Municipal de 2006-2009, permaneceu até os dias atuais⁷.

⁷ Listada a percepção dos problemas de serviços de saúde do Plano Municipal 2006-2009 que foram similares aos problemas referidos no Plano Municipal de Saúde atual (2010-2013). Em relação à *infra-estrutura*,

Os problemas priorizados pelos grupos durante a oficina foram:

- Insuficiência de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e estrutura de saúde;
- Ineficiência do modelo de atenção vigente que não contempla a integralidade do cuidado e o acolhimento do usuário;
- Desarticulação entre os DS e o nível central;
- Insuficiente regulação de consultas, exames e internação na rede de serviços de saúde;
- Insuficiente política de promoção e prevenção em saúde;
- Insuficiência quantitativa e qualitativa do quadro permanente de servidores e gerentes;
- Precárias condições de trabalho e remuneração para os trabalhadores de saúde;
- Fragilidade da capacidade de gestão (planejamento, avaliação, articulação, integração e comunicação);
- Inexistência de formulação de políticas locais.

destacam-se: estrutura física das Unidades de Saúde insuficientes ou inadequadas; falta de estrutura física e funcional de unidades, com dificuldade de acessos para odontologia e para atender a demanda de glaucoma; falta de insumos e recursos humanos e de uma rede de serviços, baixa qualificação do pessoal; falta de capacitação de profissionais e de supervisão e sensibilização de RH; insuficiência de Recursos humanos. No que diz respeito à gestão, foram mencionados os seguintes problemas: deficiência na participação social e organizacional em saúde; falta de continuidade do funcionamento dos conselhos locais de saúde; problemas de comunicação/informação entre unidades e usuários; falta de motivação dos funcionários no trabalho e baixos salários; insatisfação e insensibilidade de profissionais; falta de integração, intercâmbio e de educação permanente em saúde para os profissionais; falta de implementação de políticas públicas (saúde mental) e avaliação de programas sociais; falta de manutenção dos equipamentos. Quanto ao modelo de atenção, os seguintes problemas foram registrados: baixa resolutividade das unidades básicas de saúde; falta de protocolos para os serviços oferecidos e para pacientes especiais em saúde bucal (inclusive portadores de doenças sistêmicas); discriminação no atendimento da população negra e falta de percepção da questão racial; oferta insuficiente de exames de rotina e complementares para a saúde da mulher; falta de humanização no pré-natal, parto e puerpério; falta de acompanhamento pós-parto; grande demanda reprimida, especialmente para atendimento curativo em saúde bucal; deficiência na prevenção (saúde bucal) e no acesso ao tratamento odontológico; dificuldade de acesso ao atendimento curativo (acordar de madrugada para conseguir uma consulta); grande demanda para o serviço/ déficit de cobertura em saúde bucal. Os seguintes problemas foram ressaltados, no que tange à organização dos recursos: baixa integração entre os serviços de saúde; intersetorialidade incipiente. Chama a atenção o fato de os distritos reunidos não identificarem problemas no âmbito do financiamento. Apenas um registrou a falta de recursos financeiros, assim mesmo para resolver pequenos problemas.

6. Relação entre a programação e a produção de serviços

Além da apreciação dos problemas dos serviços de saúde, a partir da percepção dos participantes da oficina, cabe analisar a infra-estrutura e a estimativa de programação de serviços de saúde a partir dos Parâmetros Assistenciais do SUS – Portaria GM nº 1.101/2002 e da Programação Pactuada Integrada (PPI/2009)⁸, confrontando com a produção dos serviços públicos e dos contratados filantrópicos e privados.

A infra-estrutura pode ser analisada a partir da caracterização da Rede de Serviços de Saúde existentes no Município de Salvador. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES existem 2.565 estabelecimentos de saúde. Deste total 452 (17,6%) correspondem aos prestadores de serviços de saúde SUS, dos quais 153 públicos municipais, 37 públicos estaduais, 09 públicos federais, 25 privados filantrópicos ou sem fins lucrativos e 228 privados lucrativos. Os serviços privados que compõe a rede complementar do SUS, corresponde a 56% dos estabelecimentos e responde pela maioria dos serviços especializados de alta complexidade; ao passo que a rede publica representa 44% da rede de estabelecimentos SUS, com um maior número de unidade principalmente na atenção básica (Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família).

A Rede Própria de Serviços Municipais compõe de 48 Unidades Básicas de Saúde, 56 Unidades de Saúde da Família (USF), 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF 1), 03 Centros de Saúde Mental (CSM), 12 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 09 Prontos Atendimento, sendo um também de referência para atendimento psiquiátrico, 02 Unidades de Atendimento Odontológico (UAO), 05 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Centro de Atenção Especializada Carlos Gomes, 01 Centro de Especialidades Cardiológicas Adriano Ponde, 01 Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), 01 Unidade de Vigilância Sanitária (VISA), 01 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), 01 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) e 01 Central de Regulação.

Em relação aos CAPS estão funcionando 17, no entanto em função de ajustes no credenciamento estão cadastrados 12 CAPS no CNES.

O município conta ainda com um SAMU metropolitano com 17 bases, 04 ambulâncias avançadas, 54 ambulâncias básicas e 29 motolâncias, além de 07 Farmácias Populares.

Para a análise da oferta de serviços foi considerada a Programação Pactuada Integrada – PPI/2009, a qual durante a elaboração deste Plano de Saúde encontra-se também em processo de discussão e construção. A PPI/2009 adotou para as ações das áreas estratégicas os parâmetros definidos pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde – MS e Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Para as consultas e procedimentos especializados de média e alta complexidade não demandados pelas áreas estratégias foi considerada a média da série histórica de janeiro a outubro de 2008 dos dados registrados no DATASUS pelos municípios.

¹ Programação Pactuada e Integrada (PPI) configura um instrumento de planejamento onde se define e quantifica as ações de saúde para a população própria, de cada município, e efetiva os pactos intergestores para a garantia de acesso da população aos serviços de saúde referenciados.

² Áreas Estratégicas consideradas na PPI para o município de Salvador: Alimentação e Nutrição, Anemia Falciforme, Demanda Espontânea, Pequenas Urgências, DST/AIDS, Hanseníase, Hepatites, Meningite, Saúde Bucal, Saúde da Criança, Mulher, Adolescente, Adulto, Idoso, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Tuberculose, Procedimentos Comuns às Áreas.

A produção de 2009 refere-se aos procedimentos pactuados na PPI de 2003. Todos os critérios e parâmetros foram discutidos com representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS e aprovados na Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia – CIB/Ba.

Na PPI/2009, o percentual de internação foi calculado a partir da média de internações apresentadas pela microrregião de saúde em que o município esta inserido, considerando a série histórica acima referida e a população do ano de 2008. Logo, ficou estabelecido o percentual de internação de 5,04% para a população de Salvador. A programação das internações hospitalares foi orientada de acordo a distribuição de leitos no CNES.

Para a população de Salvador (2.948.733 habitantes/2008) foi programada na PPI/2009 o total de 5.967.546 consultas médicas, destas 3.939.008 foram de consultas básicas, 1.156.077 para consultas especializadas, 859.176 para atendimentos médicos de urgência em atenção especializada e 13.285 em atendimentos pré-hospitalar de urgência (SAMU).

Com relação à odontologia, foi programado o total de 788.331 consultas, sendo 607.871 para consultas odontológicas básicas, 22.327 para consultas especializadas e 158.133 em atendimentos de urgência em atenção especializada.

No que diz respeito às consultas médicas nas especialidades básicas, as 104 unidades de saúde da rede própria municipal reúne condições de produzir 1.886.644 consultas, 48% do total pactuado na PPI/2009. No entanto, mesmo com a complementação desses serviços através da rede contratada é de se esperar uma oferta insuficiente para atender a população em consultas médicas básica, ficando notória a necessidade de ampliação da atenção básica, em especial da Estratégia de Saúde da Família adotada no PDDU. No ano de 2009 verificou-se que Salvador alcançou a média de 0,9 consultas médica básica ao ano, reforçando que é fundamental investir na atenção básica, aumentando a oferta e o acesso a estes serviços de saúde (**Quadro 03**).

Quadro 03 – Consultas Médicas Básicas Programadas e Produção de todas as esferas administrativas. Salvador-Ba, 2009.

CONSULTAS MÉDICAS	CONSULTAS MÉDICAS
BÁSICAS	REALIZADAS EM 2009
3.939.008	2.610.847

Fonte: DATASUS/Tabwin/PT MS/GM no 1.101-2002/PPI 2009

O Município de Salvador habilitou-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSMS) em 2006 e assinou o Pacto pela Saúde em 2007, assim, assumiu responsabilidades sanitárias que adentram o campo da atenção especializada e hospitalar. Foi pactuado para os munícipes de Salvador 1.155.061 consultas especializadas, sendo a maioria de ortopedia e traumatologia (199.375), seguido de oftalmologia (133.366), psiquiatria (119.424), cirurgião geral (98.688) (anexo, quadro 05).

Considerando as consultas médicas especializadas a rede própria pode produzir 119.675 consultas/ano, o equivalente a 10% da produção pactuada de consultas especializadas, e sua complementação dar-se principalmente pela compra desses serviços na rede contratada. A produção de 2.402.019 consultas especializadas registrada em 2009 foi para os munícipes e população referenciada. No entanto, não se pode desconsiderar a insuficiência de serviços de

saúde da rede própria neste nível de atenção à saúde, a falta de processos de referência e contra-referência, a dificuldade de acesso, regulação e controle dos serviços especializados, sendo necessária à ampliação da rede municipal na atenção especializada, através de clínicas ou policlínicas especializadas, substituindo a compra de serviços na rede privada.

Quadro 04 - Consultas Médicas Especializadas Programadas e Produção de todas as esferas administrativas. Salvador-Ba, 2009.

MÉDICAS	CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS REALIZADAS EM 2009
1.155.061	2.402.019

Fonte: DATASUS/Tabwin/PT MS/GM nº 1.101-2002/PPI 2009

As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico do Município demandaram não apenas por uma atenção especializada com consultas e exames, mas também por tratamento e internações em algumas especialidades médicas.

Salvador para atender a própria população em exames de média complexidade programou a realização de 5.959.102 exames, destes 4.630.517 de patologia clínica; 650.653 procedimentos de diagnose, estando incluso os exames de eletrocardiograma e eletroencefalograma entre outros; 409.421 exames radiológicos; 13.275 procedimentos de terapia e 255.236 exames de ultra-sonografia, destes 40.321 relacionados à USG obstétrica e 11.122 exames de ecocardiografia transtorácia (anexo, quadro 06).

Ao relacionar a programação para os munícipes de Salvador com a produção de 2009, observa-se que a produção excedeu em 3.682.559 exames, principalmente de terapia, radiologia e ultra-sonografia. A partir da produção, registra-se que o município teria como responder por 38% a mais do programado para seus munícipes e/ou população referenciada. Vale ressaltar que não se pode considerar a capacidade de atendimento do município baseado apenas na produção, e sim através de um estudo de necessidade de serviços baseado em portarias parametrizadas pelo Ministério da Saúde, população total, dados epidemiológicos, dentre outros.

Tabela 26 - Exames de Média Complexidade Programados para Munícipes de Salvador e Produção de 2009. Salvador-Ba.

EXAMES	PROGRAMADO/A	ANO PRODUÇÃO/2009
Patologia Clínica	4.630.517	7.134.122
Radiodiagnóstico	409.421	975.405
Ultra-sonografia	255.236	446.989
Diagnose	650.653	1.044.276
Terapia	13.275	40.869
TOTAL	5.959.102	9.641.661

Fonte: PPI/2009/DATASUS/SIA.

As necessidades de internações apontam para a previsão de leitos em algumas especialidades médicas. No Município de Salvador foram registrados, em abril de 2010, 7.726 leitos hospitalares, destes 5.591 (72,4%) destinam-se ao SUS. Do total de leitos SUS a maior oferta situa-se na especialidade cirúrgica seguida do clínico (anexo, quadro 07).

A distribuição espacial dos leitos hospitalares evidencia uma maior concentração de leitos SUS nos Distritos Sanitários de Itapagipe, Centro Histórico, Liberdade e Barra/Rio Vermelho e a ausência de leitos SUS e Não SUS no Distrito Sanitário de Boca do Rio (anexo, quadro 07).

Na **tabela 27**, quando comparado os 7.726 leitos existentes, em abril de 2010, em relação aos 7.951 informados no Plano Municipal de Saúde 2006-2009, registra-se uma redução de 2,83% no quantitativo de leitos. Essa diminuição pode estar atrelada a desabilitação e/ou inativação de alguns leitos, bem como a atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES. Ao se analisar o número de leitos SUS identifica-se decréscimo de 2,73%, no entanto, ao avaliar por especialidade registra-se um aumento de leitos em hospital dia (98,5%), UTI (57,7%), clínica médica (30,5%), tisiologia (17,6%), obstetrícia (13,6%), pediatria (6,8%) e cirúrgico (4,7%), e decréscimo nas especialidades de psiquiatria (63%), crônico (30,2%) e reabilitação (15%). Destaca-se que o decréscimo nos leitos de psiquiatria pode estar relacionado com a mudança da Política de Saúde Mental, conforme PTMS/GM n° 52/2004, que instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, estabelecendo que os hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos contratados/conveniados pelo SUS deveriam reduzir progressivamente a oferta de leitos.

Tabela 27 - Número de Leitos SUS e Não SUS por especialidade no período de 2005 e 2010. Salvador-Ba.

Leitos por	2005	2005 20		2010		Variação	
especialidade	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	
Cirúrgico	1.604	1.042	1.680	922	4,7	-11,5	
Obstétrico	506	177	575	190	13,6	7,3	
Clínica médica	902	489	1.177	439	30,5	-10,2	
Crônico	686	8	479	7	-30,2	-13	
Psiquiatria	955	0	353	77	-63,0	0,0	
Tisiologia	91	2	107	1	17,6	-50	
Pediatria	577	130	616	143	6,8	10,0	
Reabilitação	133	0	113	0	-15,0	0,0	
Hospital dia	67	37	133	269	98,5	627	
UTI	227	318	358	87	57,7	-72,6	
Total	5.748	2.203	5.591	2.135	-2,73	-3	

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2006-2009/SMS, CNES.

O diagnóstico da necessidade de leitos para Salvador identificou a existência de 5.100 leitos SUS para as especialidades médicas, excluindo 133 leitos SUS de hospital dia. Destaca-se que para realização deste diagnóstico foi considerado o percentual de internação de 5,04%, definido na PPI/2009, taxa de ocupação e a média de tempo de permanência praticada por especialidades: clínico (84%;12 dias), reabilitação (83%,19 dias), pediatria (60%; 8 dias), psiquiatria (50%; 21 dias), cirurgia (49%; 4 dias), obstetrícia (44%; 3 dias), tisiologia (44%;19 dias), crônico (40%; 21 dias) respectivamente e a PT MS/GM n° 1.101/2002.

Na **tabela 28**, ao comparar a existência com a necessidade de leitos para a população própria, verifica-se que não há déficit de leitos no município. No entanto, ao se analisar a oferta de leitos por especialidade identifica-se um superávit de leitos em cirurgia (140%), e crônicos (39%), e um déficit de leitos em psiquiatria (52%), clínico (41%), reabilitação (36%), tisiologia (34%), pediatria (29%) e obstetrícia (3%).

Ao correlacionar a necessidade com a produção de internações de Salvador, conforme **Tabela 29**, visualiza-se que se interna menos do que o necessário, principalmente nas especialidades em que há déficit de leitos. Desta forma, pode-se inferir que as especialidades que apresentam a produção menor que a necessidade de internação estão relacionadas com tempo de permanência elevado e à baixa taxa de ocupação do leito, indicando a necessidade de um estudo para verificar as causas de longa permanência de pacientes nos leitos de internação.

Tabela 28 - Número de leitos SUS existentes e Necessidade de leitos por Especialidade para os munícipes de Salvador. Salvador-Ba, 2009*.

Especialidades	Nº de leitos totais de salvador	Necessidade de leitos (mês) salvador	Diferença necessidade leitos e nº de leitos totais
Cirurgia	1.680	699	-981
Obstetricia	575	592	17
Clínico	1.177	1.992	815
Cronico	479	344	-135
Psiquiatria	353	736	383
Tisiologia	107	161	54
Pediatria	616	868	252
Reabilitação	113	176	63
TOTAL	5.100	5.568	468

Fonte: CNES/DATASUS/SIH/PT MS/GM n° 1.101-2002/PPI 2009

Tabela 29 – Produção e Necessidade de Internação referente aos munícipes de Salvador. Salvador-Ba, 2009.

Especialidades	Produção	Necessidade	Diferença
	Internações 2009	Internações (Mês)	Produção e
	(Mês) População	Salvador	Necessidade de
	Própria		Internação
Cirurgia	4.221	2.574	1.647
Obstetricia	2.312	2.605	-293
Clínico	1.859	4.184	-2.325
Cronico	431	196	235
Psiquiatria	262	530	-268
Tisiologia	63	113	-50
Pediatria	1.089	1.954	-865
Reabilitação	57	230	-173
TOTAL	10.294	12.386	-2.092

Fonte: CNES/DATASUS/SIH/PT MS/GM n° 1.101-2002/PPI 2009

Conforme dados do CNES, existem em Salvador 448 leitos de UTI, destes 358 destinados ao SUS. Do total de leitos SUS de UTI a maioria situa-se na esfera Estadual (190), seguido dos Privados Filantrópicos (103) ou sem fins lucrativos, e Federais (65) (anexo, tabela 38).

Quanto à disponibilidade de leitos SUS de UTI verifica-se que 212 (59,22%) correspondem a UTI adulto, 94 (26,26%) neonatal, 48 (13,41%) pediátrico e 4 (1,11%) para queimados.

Considerando que Salvador é município sede de Pólo macrorregional, detém a maioria dos equipamentos e serviços de saúde e é referência para os municípios do Estado da Bahia,

entende-se que ao término da PPI/2009 será necessário rever a necessidade de leitos apresentados na **tabela 28** quanto a sua suficiência e possível ampliação. Dessa forma, o estudo de necessidade de leitos deverá considerar as pactuações firmadas na Programação Pactuada e Integrada, quanto à programação do teto físico de internações que o município ofertará a própria população e a referenciada.

A partir dos dados trabalhados foram identificados, abaixo, os problemas relacionados aos serviços de saúde:

- Insuficiência de leitos SUS nas especialidades de psiquiatria, clínico, reabilitação, pediatria e obstetrícia;
- Insuficiência de consultas médicas na atenção básica e especializada realizadas pela rede própria;
- Distribuição inadequada de leitos SUS por Distritos Sanitários;
- Dificuldade de acesso, regulação e controle dos serviços especializados;

Nota-se que alguns desses problemas foram citados durante a oficina para identificação de problemas de saúde e serviços do município, sendo assim as ações estratégicas para enfrentamento dos problemas supracitados encontram-se descritas nos Módulos Operacionais.

7. Concepções, Princípios e Diretrizes

O PMS 2010-2013 mantém as concepções, princípios e diretrizes do PMS 2006-2009 considerando que este utilizou como base o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Salvador (PDDU) que permanece vigente até o ano de 2015- Lei Municipal 7.400/2008.

No Capítulo 3, do PDDU reconhece-se a saúde como um direito social e universal, derivado do exercício pleno da cidadania, de relevância pública, organizada institucionalmente em serviços cujas ações, orientadas pelo Plano Municipal de Saúde, evitem e/ou reduzam danos à saúde, assegurando condições para a sustentação da vida humana e bem-estar da população.

Nessa perspectiva, o PDDU apresenta, presentemente, as seguintes diretrizes para a Saúde:

- I elaboração e implementação do Plano Municipal de Saúde, integrado aos planos municipais de saneamento básico, habitação, meio ambiente e educação, dentre outros;
- II direcionamento da oferta de serviços e equipamentos às necessidades da população, contemplando as especificidades étnico/raciais, de gênero, de faixa etária e cultural, e assegurando o atendimento às pessoas com deficiência e mobilidade reduzida;
- III reorientação do modelo de atenção à saúde no Município, na perspectiva da vigilância da saúde, de forma a reorganizar as ações de saúde para o controle de danos, de riscos e de determinantes sócio-ambientais que incidem sobre o perfil epidemiológico da população;
- IV consolidação do processo de implementação do Programa de Saúde da Família;
- V aperfeiçoamento da organização espacial da distribuição da rede de saúde, segundo Regiões Administrativas, redimensionando-a de acordo com as características socioeconômicas, epidemiológicas e demográficas do Município;
- VI ampliação e otimização da rede de referência e prestação de serviços, com prioridade para as áreas periféricas e incorporação de hospitais sub-regionais e padrões locais no dimensionamento e operacionalização das Unidades Básicas de Saúde, UBS, e ambulatórios;
- VII incorporação definitiva do atendimento odontológico à rede básica de serviços de saúde do Município;
- VIII garantia de acesso dos usuários aos serviços de apoio diagnóstico, terapêutico e assistência farmacêutica integral;
- IX desenvolvimento e implementação de políticas de segurança alimentar com vistas à melhoria do estado nutricional da população;
- X garantia do acesso da pessoa com deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, e de seu adequado tratamento sob regulamentos técnicos médico-hospitalares, normas técnicas de acessibilidade e padrões de conduta apropriados;
- XI formulação e implementação de medidas de valorização dos profissionais e trabalhadores da saúde adequada ao novo modelo de atenção à saúde;
- XII implementação de medidas de planejamento e orçamento de interesse do setor de saúde, subordinadas aos princípios da equidade, universalidade, efetividade, hierarquização, regionalização, participação e controle social;

XIII - incentivo à consolidação da democratização do planejamento e gestão da saúde, mediante o fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde e o apoio à realização das Conferências Municipais de Saúde;

XIV - criação e implementação de regras de incentivo e controle municipal sobre as atividades privadas de saúde, considerando o grande potencial do setor para a economia do Município;

XV - integração, a nível executivo, das ações e serviços de saúde, saneamento básico e meio ambiente;

XVI - estabelecimento de financiamentos, convênios e parcerias com outras esferas governamentais e iniciativa privada, para promoção de atividades físicas e implementação de segurança alimentar e nutricional, como forma de prevenção e controle de doenças crônico-degenerativas.

Dessas diretrizes, cumpre destacar duas questões centrais: a reorientação do modelo de atenção¹⁰ e a reorganização dos serviços de saúde¹¹. São questões interrelacionadas, embora exijam uma distinção analítica para melhor fundamentar e orientar as opções políticas e as escolhas técnicas.

No que se refere à reorientação do modelo de atenção, o PDDU explicita que a sua perspectiva é a Vigilância da Saúde 12. Esta opção apresenta um conjunto de implicações. Em primeiro lugar, compromete-se com o controle de danos, riscos e determinantes sócio-ambientais que incidem sobre o perfil epidemiológico da população, preocupando-se não apenas com a demanda por serviços, mas com as necessidades de saúde, individuais e coletivas. Em segundo lugar, a Vigilância da Saúde dialoga com outras combinações tecnológicas mais conhecidas tais como a assistência médico-hospitalar (inclusive os serviços chamados de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT e de média e alta complexidade), a saúde bucal, a assistência farmacêutica, as vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental e nutricional) e as ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população. Em terceiro lugar, reconhece a estratégia da saúde da família

Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol, MZ & Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde.

6^a ed. Rio de Janeiro, 2003, p.567-586.

¹⁰ Para fins da formulação deste Plano, *Modelo de atenção à saúde* pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivos. *Modelos de atenção* ou *modelos assistenciais* são uma espécie de "lógica" que orienta a ação e organiza os *meios de trabalho* (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde. Combinam tecnologias em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais, historicamente definidas. Não são normas nem exemplos a serem seguidos mas sim racionalidades diversas que informam as intervenções em saúde. Ver: Paim, J.S. A

Alguns autores incluem na noção de modelo assistencial a forma de organização das unidades de prestação de serviços de saúde, ou seja Modelo de Prestação de Serviços de Saúde (MPSS), envolvendo: a) Estabelecimentos - unidades de produção de serviços desde os mais simples aos mais complexos: centros de saúde, policlínicas, hospitais; b) Redes - conjunto de estabelecimentos voltados à prestação de serviços comuns ou interligados (SRCR): rede ambulatorial, hospitalar, laboratorial; c) Sistemas - conjunto de instituições de saúde submetidas a leis e normas que regulam o financiamento, a gestão e a provisão dos serviços: SUS e Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS). Daí a preferência pela expressão "modelos de organização dos serviços de saúde" ou "modelos de organização de sistemas e serviços de saúde". Ver: Teixeira, C.F. & Solla, J. Modelo de Atenção à saúde no SUS. In: Lima, N.T (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.451-479.

^{12 &}quot;A noção de Vigilância da Saúde (...) incorpora (...) a análise concreta das práticas de saúde em sociedades históricas, quer se expressem como 'políticas públicas saudáveis' – conjunto de ações governamentais e não governamentais voltadas à melhoria das condições de vida das populações – quer se expressem como ações de 'vigilância sanitária' e 'vigilância epidemiológica', além das diversas formas de organização das práticas de assistência e reabilitação' dirigidas a indivíduos e grupos". Op cit p.462.

como componente orgânico ao modelo, além de valorizar propostas alternativas como acolhimento¹³, oferta organizada¹⁴, ações programáticas de saúde¹⁵ e Cidades Saudáveis¹⁶. Em quarto lugar, ao anunciar a perspectiva da Vigilância da Saúde, o PDDU aponta, inicialmente, para a integração institucional e operacional das vigilâncias com os laboratórios de saúde pública, a saúde ambiental e ocupacional até alcançar, em uma etapa mais avançada, as características fundamentais desse modelo: a) intervenção sobre problemas de saúde, (danos, riscos e/ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) utilização do conceito epidemiológico de risco; d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação intersetorial; f) ações sobre o território; g) intervenção sob a forma de operações¹⁷.

No que diz respeito à reorganização dos serviços de saúde, o PDDU destaca a consolidação do PSF como estratégia para apoiar a mudança na organização da atenção básica de saúde no município, o aperfeiçoamento da organização espacial da distribuição da rede de saúde e a otimização da rede de referência, com prioridade para as áreas periféricas. Esta opção conduz a outras implicações. Em primeiro lugar, as Unidades de Saúde da Família (USF) deverão se tornar hegemônicas 18 na estruturação da rede, de modo que as Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS) sejam transformadas, progressivamente, em USF, com a exceção dos serviços de pronto atendimento, urgência e emergência, assim como os Centros de Atenção Psico-Social (CAPS). Em segundo lugar, o PSF tende a deixar de ser um programa focal para áreas periféricas e pobres, tornando-se uma estratégia comprometida com o princípio da universalização. Em terceiro lugar, o aperfeiçoamento da distribuição espacial da rede levará em conta as características sócio-econômicas, epidemiológicas e demográficas de Salvador, priorizando as necessidades. Em quarto lugar, a condição da Cidade do Salvador como pólo regional da RMS e do estado como um todo impõe um dimensionamento da pressão da demanda de outros munícipes sobre o SUS de Salvador e um entendimento permanente com gestores municipais e com a gestão estadual do SUS no sentido de equacionar os problemas da referência/contra-referência e do ressarcimento à SMS da Prefeitura de Salvador, considerando a Programação Pactuada Integrada (PPI) e as resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). 19

¹³ Volta-se para a demanda espontânea, estabelecendo vínculos entre profissionais e clientela com vistas a uma atenção mais personalizada e humanizada. Requer mudanças na recepção do usuário, no agendamento das consultas, nos fluxos de atendimento e na programação da prestação de serviços.

¹⁴ Esta proposta privilegia o nível local buscando conciliar a idéia de impacto epidemiológico com o princípio de não rejeição da demanda. Procura redefinir as características da demanda, isto é, contemplando as necessidades epidemiologicamente identificadas e mantendo relações funcionais e programáticas com a "demanda espontânea" no interior da unidade de saúde. Assim, uma unidade de saúde ao se orientar pela oferta organizada estaria preocupada em atender indivíduos, famílias e comunidade que constituem "demanda espontânea" por consulta, pronto-atendimento, urgências/emergência etc. e, ao mesmo tempo, organizaria as suas ações sobre o indivíduo, grupos populacionais e ambiente, utilizando normas técnicas e protocolos assistenciais com vistas ao controle de agravos, doenças e riscos prioritários, mediante intervenções intra e extra-murais..

¹⁵ Esta alternativa aos programas especiais ou verticais foi construída recompondo as práticas de saúde no nível local através do trabalho programático. Aproxima-se da proposta da *oferta organizada* embora concentre suas acões no interior das unidades de saúde.

ações no interior das unidades de saúde.

16 Proposta derivada de conferências internacionais sobre Promoção da Saúde e apoiada pelo CONASEMS, desde 1995. Supõe um conjunto de intervenções inter-setoriais, através de políticas públicas saudáveis, a partir de iniciativas provenientes da liderança do Prefeito, de dirigentes ou de grupos sociais organizados.

¹⁷ Paim (2003) op. cit.

¹⁸ Hegemonia no sentido de direção política, cultural e técnica, não na acepção de domínio ou dominação.

¹⁹ Texto adaptado do Plano Municipal de Saúde 2006-2009.

8. Módulos Operacionais

Considerando o caráter modular do planejamento estratégico-situacional, os tópicos dos últimos Planos de Saúde do Município de Salvador, os problemas de saúde e dos serviços de saúde analisados e os eixos temáticos que foram objetos de discussão nas pré-conferências distritais de saúde, o Plano Municipal de Saúde de Salvador (2010-2013) apresenta os seguintes módulos operacionais:

- I Capacidade de Gestão do SUS municipal;
- II Promoção e Vigilância à Saúde;
- III Atenção Básica à Saúde;
- IV Atenção a Média e Alta Complexidade;
- V Política a Atenção a Saúde da População Negra.

Os cinco módulos operacionais se desdobram em **22 Linhas de Ação**. Cada linha de ação, por sua vez, apresenta objetivos específicos, que se expressam em uma ou mais ações estratégicas. Cada **Ação Estratégica** encontra-se sob responsabilidade de setores específicos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Salvador, que se apresenta destacado em negrito na coluna dos responsáveis e órgãos envolvidos. Os outros setores, que não estão em negrito, são os órgãos envolvidos na determinada ação. Para cada **Objetivo Específico** foram construídos indicadores e metas para os anos de 2010-2011, com sua respectiva fonte, a fim de se avaliar a implementação do PMS 2010-2013 nesse período.

Módulo Operacional I: Capacidade de gestão do SUS municipal.

Objetivo Geral: Fortalecer a capacidade de gestão do SUS municipal.

Linha de ação 1: Condução política do SUS municipal.

•	iução política do SUS municipal.				<u> </u>
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/	Indicador de	Meta	Fonte
		órgãos	monitoramento do	2010-	
		envolvidos	objetivo específico e/ou	2011	
			produto		
Consolidar a	1. Participação pró-ativa nas Comissões Intergestores Bipartite	GASEC,	Nº de instâncias de	6	Ata das
articulação	(CIB) e Colegiado de Gestão Micro Regional (CGMR).	ASTEC,	gestão em		reuniões
interinstitucional e		CDRH.	funcionamento.		
intra-institucional da	2. Articulação intersetorial da SMS com demais Secretarias da	GASEC, SMS.			
SMS.	PMS, através da participação em comitês sobre problemas				
	específicos (violências, saúde ambiental, controle da dengue, etc.)				
	3. Articulação interinstitucional da SMS com outros órgãos	GASEC.			
	governamentais (Ministério Público, Câmara de Vereadores,				
	Tribunal de Contas, etc.)				
	4. Institucionalização dos Colegiados de Gestão Distrital e Central.	GASEC,			
		ASTEC.			
Estruturar a gestão	5. Reestruturação administrativa, financeira e técnica dos Distritos	GASEC, FMS,	N° de DS re-	6	GASEC
descentralizada da	Sanitários.	CAD.	estruturados.		
SMS com os					
Distritos Sanitários.					
Reorganizar o modelo	6. Reorganização da rede de serviços de saúde em cada DS, de	ASTEC,	% de Usuários	60%.	VIDA.
de atenção do SUS	acordo com o modelo de atenção e de organização de serviços	COSAM, CRA,	cadastrados no sistema		
municipal de acordo	definidos neste Plano.	COAPS.	VIDA;		
com a proposta do	7. Redefinição do desenho macro-organizacional do SUS	ASTEC,	Índice de alimentação	100%.	CNES.
PMS.	Municipal (número e limites dos DS), de acordo com as regiões	COAPS, DS,	regular das bases de		
	administrativas, as zonas de informação (ZI) e setores censitários	CRA.	dados do CNES;		
	(geo-processamento).		Novo desenho macro-	Sim.	ASTEC.
			organizacional	~	113120.
			realizado.		
			Tourizado.		

Linha de ação 1: Cond	lução política do SUS municipal (cont.).				
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Fortalecer a gestão do SUS Municipal de acordo com os princípios de descentralização, regionalização e	 8. Implementação de modalidade de gestão que privilegiem a gestão pública dos serviços de saúde. 9. Reorganização da estrutura administrativa da SMS contemplando áreas como VISAMB, CEREST, ASPERS, AGEP, Assistência 	GASEC, COAPS, CMUE, ASTEC.	Modalidades de gestão implementadas; Lei de reestruturação da SMS aprovada pela	Sim Sim	GASEC Diário Oficial do
participação social.	Farmacêutica. 10. Criação da carreira de gerente de unidades de saúde e Distritos Sanitários.	GASEC, CDRH.	câmara de vereadores.		Municipio
Linha de ação 2: Gesta	ão estratégica e participativa.				
Contribuir para o empoderamento dos diversos segmentos da sociedade civil no exercício do controle	11. Elaboração e implementação de um plano/programa de educação permanente para o exercício do controle social dos conselheiros de saúde, lideranças comunitárias e programadores de emissoras de rádio comunitárias e outros atores sociais representativos.	AGEP, CDRH, ASPERS.	% de conselheiros locais e distritais capacitados;	50%	AGEP
social do SUS municipal.	12. Promoção de eventos /fóruns entre os órgãos de controle interno e externo (Promotoria Pública, Ministério Público, Ouvidoria, CMS e Auditoria).	AGEP, CMS, auditoria, ouvidoria.	% de conselheiros municipais capacitados;	100%	Participanet/ SUS
	13. Organização, divulgação e realização de Conferências Municipais de Saúde.	AGEP, CMS.	Nº de conferências realizadas;	2	AGEP
	14. Ampliação e assessoramento aos conselhos distritais e locais de saúde.	AGEP, ASPERS.			
	15. Apoio na estruturação do Conselho Municipal de Saúde através do suporte técnico e orçamentário.	AGEP, GASEC, FMS.	% de Conselhos locais e distritais implantados.	45%	Diário Oficial do
	16. Implementação das ações de educação popular em saúde buscando uma maior aproximação entre movimentos de educação popular e os profissionais da SMS.	AGEP, CDRH, ASPERS.			Municipio
	17. Formação de lideranças do movimento negro sobre os determinantes sociais de saúde, direito a saúde e exercício do controle social no SUS.	ASPERS, AGEP.			

Linha de ação 2: Gesta	ŭo estratégica e participativa (cont.).				
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Ampliar e implementar os canais de	18. Implementação da Ouvidoria Municipal de Saúde.	Ouvidoria.	% de respostas resolvidas em tempo hábil;	75%	Ouvidor SUS
comunicação da SMS com a população,	19. Descentralização da Ouvidoria para os DS.	Ouvidoria, DS.	% de DS com a ouvidoria implantada;	16,6%	DS/ SMS
profissionais de saúde, trabalhadores e a mídia/imprensa.	20. Utilização de veículos de comunicação em massa (intranet, internet, jornal da saúde, etc.) para divulgação das ações e intensificação do processo de comunicação social em saúde da SMS.	ASCOM.	Nº total de matérias (assuntos) reproduzidas pela mídia/ nº total de matérias produzidas pela	80%	ASCOM/ SMS
	21. Implementação de atividades de produção gráfica da SMS.	ASCOM, SMS.	SMS*100.		
	22. Articulação da SMS com a mídia.	ASCOM.			
	23. Implantação de novas tecnologias (clipagem eletrônica) para estabelecimento de agenda positiva com a imprensa.	ASCOM.			
Linha de ação 3: Tecn	ologia de Informação e Comunicação em Saúde.				
Reestruturar a tecnologia de	24. Implementação do processo de informatização na SMS	NGI	% de unidades de saúde com estrutura de TIC;	100%	NGI
informação e comunicação TIC em saúde no SUS	25. Implantação e implementação do cartão municipal de identificação do usuário nos sistemas de serviços de saúde do SUS.	NGI	% de Usuários cadastrados no sistema VIDA.	60%	VIDA
municipal.	26. Automação dos processos administrativos e assistenciais de saúde.	NGI			
	27. Integração, compatibilização e descentralização dos sistemas de informação em saúde.	NGI			

Linha de ação 4: Gere	nciamento dos Sistemas de informações em Saúde.				
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Aprimorar os processos de gestão dos sistemas de	28. Elaboração do manual de normas rotinas e procedimentos da coordenação de gerenciamento de informações em saúde do município de Salvador.	CRA-SUIS, DS, COSAM, COAPS, CRA.	Manual de normas e rotinas elaborado;	Sim	CRA-SUIS
informações de saúde no município de Salvador	29. Alimentação regular e sistemática dos bancos de dados dos sistemas de informações de saúde municipais, estaduais e nacionais.	CRA-SUIS, DS, COSAM, COAPS, CRA, ASPERS.	Índice de alimentação regular das bases de dados dos sistemas oficiais;	100%	SIA, SIH, CNES, SIAB
	30. Monitoramento do preenchimento do quesito raça / cor nos bancos de dados dos sistemas de informações gerenciados.	CRA-SUIS, ASPERS.	% de não preenchimento da variável raça /cor no SINAN;	50%	SINAN
	31. Fomento a adequada alimentação dos bancos de dados dos sistemas de saúde para melhoria da qualidade da informação.	CRA-SUIS, ASTEC, DS; COSAM, COAPS.	% de óbitos por DNC registrados no SIM e localizados no SINAN;	50%	SIM, SINAN
	32. Implantar o serviço de estatística e demografia do município de Salvador.	CRA-SUIS, COSAM, COAPS.			
	33. Monitoramento e avaliação dos sistemas de informações de saúde.	CRA-SUIS, DS, COSAM, COAPS, CRA, NGI.	% de óbitos de Mulheres em Idade fértil, infantil e fetal registrados no SIM e encontrados no Notifique;	100%	SIM, Notifique
	34. Descentralização dos sistemas de informação em saúde, para Distritos Sanitários e estabelecimentos de saúde, conforme a necessidade.	CRA-SUIS.	% de óbitos por causas mal definidas.	93%	SIM

Linha de ação 5: Forta	lecimento do Controle interno da SMS e do Componente Municipal de	e Auditoria da SMS	S		
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Contribuir para que os setores da SMS executem suas atividades conforme determina o Regimento Interno da SMS, o Código Sanitário do Município e as normas do SUS.	35. Realização de auditorias na Coordenadoria Administrativa/CAD; e no Fundo Municipal de Saúde/FMS.	Auditoria.	Nº de setores auditados conforme determinam o regimento interno da SMS, o código sanitário do município e as normas do SUS;	2 (CAD, FMS)	Auditoria
Contribuir para que os contratos e convênios sejam celebrados fielmente de acordo com os princípios e normas	36. Auditoria dos processos administrativos que originam a celebração de contratos e convênios durante a sua tramitação.	Auditoria.	% de contratos auditados celebrados fielmente de acordo com os princípios e normas que regem a administração pública;	6%	SISAUD
que regem a administração pública.	37. Auditoria dos contratos e convênios celebrados pela SMS.	Auditoria.	% de convênios auditados celebrados fielmente de acordo com os princípios e normas que regem a administração pública;	12%	SISAUD
Monitorar as unidades previamente auditadas para verificar a manutenção ou a modificação de determinada situação indesejada.	38. Realização de auditorias de acompanhamento.	Auditoria.	% de auditorias de acompanhamento realizadas de acordo com o previsto nos relatórios.	20%	Auditoria

Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/	Indicador de	Meta	Fonte
o zgeni o ezpenio		órgãos envolvidos	monitoramento do objetivo específico e/ou produto	2010- 2011	2 3.23
Contribuir com os demais órgãos responsáveis para o acompanhamento dos prestadores contratados e conveniados.	39. Auditoria da rede credenciada de prestadores de serviços de saúde.	Auditoria.	% de auditorias realizadas na rede credenciada.	2%	Auditoria
Favorecer a implementação de mecanismos para diminuir as irregularidades SUS municipal.	40. Apuração de denúncias relacionadas ao SUS.	Auditoria.	% de denuncias apuradas.	100%	SISAUD
Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência em	41. Realização de auditoria nos Programas de Saúde (PACS/PSF; Hiperdia, Programa de Controle da Tuberculose, Saúde Bucal, Assistência Farmacêutica, Programa de Controle da Dengue).	Auditoria, COAPS.	% de indicadores pactuados e não alcançados auditados;	100%	SISAUD/ Sispacto
todas as áreas e programas de atenção à saúde.			Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;	50%	SIM
			Razão entre exames citopatológicos do colo de útero na faixa etária de 25-59 anos e a pop. Alvo/determ. local e ano;	0,20	SISCOLO, IBGE
			Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue.	3,0%	SINAN, SIM

Objetivo específico	lecimento do Controle interno da SMS e do Componente Municipal de Ação estratégica	Responsável/	Indicador de	Meta	Fonte
9 1	,	órgãos	monitoramento do	2010-	
		envolvidos	objetivo específico e/ou	2011	
			produto		
Contribuir para a	42. Realização de auditoria nas áreas de atenção á saúde (saúde da	Auditoria.	% de investigação de	20%	SIM
melhoria da qualidade	mulher, criança, idoso, saúde mental, urgência e emergência).		óbitos infantis;		
da assistência em					
todas as áreas e			% da pop. cadastrada	35%	SIAB/IBGE
programas de atenção			pela estratégia saúde da		
à saúde			família;	. ==:	G V V / TD G C
(continuação).			Taxa de internação por	1,77/	SIH/IBGE
			diabetes mellitus e suas complicações;	10.000	
			Taxa de internação por	4,5/	SIH/IBGE
			AVC;	10.000	
			Média mensal de visitas	1	SIA
			domiciliares por família		
			realizadas por ACS;		
			% de SAMU municipal	30%	SISAUD/
			auditados;		SAMU
			% de redes de urgência e	30%	SISAUD/
			emergência intra-		Sispacto
			hospitalar do SUS		
			municipal auditados.		

Linha de ação 6: Regu	lação, controle e avaliação da oferta de serviços de media e alta compl	exidade.			
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/	Indicador de	Meta	Fonte
		órgãos	monitoramento do	2010-	
		envolvidos	objetivo específico e/ou	2011	
			produto		
Implementar o	43. Reorganização da oferta de serviços (consultas e	CRA	% de procedimentos de	100%	SIA, SIH
sistema de regulação,	procedimentos) de média e alta complexidade de acordo com a		média e alta		
controle e avaliação	Programação Pactuada Integrada.		complexidade realizados		
municipal.			de acordo com a PPI;		
	44. Realização do chamamento público (convocação pública de	CRA	N° de chamamentos	5	Diário
	todos os prestadores de saúde que queiram se credenciar ao SUS).		públicos realizados		oficial do
	45. Monitoramento dos Hospitais Filantrópicos e de ensino	CRA	(oftalmologia,		município
	conveniados ao SUS municipal.		bioimagem, ortopedia,		
			nefrologia, neurologia);		
	46. Implementação da avaliação dos estabelecimentos credenciados	CRA	Índice de alimentação	100%	CNES
	através do chamamento público no atendimento dos usuários do		regular das bases de		
	SUS municipal.		dados do CNES;		
	47. Monitoramento da Programação Pactuada Integrada.	CRA, ASTEC	% de USF	100%	CRA
			desenvolvendo		
			agendamento;		
	48. Implementação do complexo regulatório municipal (SAMU,	CRA	% de protocolos	100%	CRA
	regulação ambulatorial e leitos).		clínicos revisados;		
	49. Regulação da referência de outros municípios para Salvador.	CRA	Tempo médio de	72	Vida/ SMS
			permanência dos	horas	
		~~ .	usuários SUS nas UPAs;	4000	
	50. Regulação dos leitos públicos e privados conveniados à SMS.	CRA	% de leitos filantrópicos	100%	Sygnus/
			e de ensino dos hospitais		SMS
	51 D 1: ~ 1	CD A	filantrópicos regulados;	10/	D 1.44
	51. Realização do controle do acesso dos usuários municipais.	CRA	Nº de visitas realizadas	12/ ano	Relatórios do CRA.
	52. Elaboração, adequação e adoção protocolos clínicos para	CRA	aos hospitais		do CRA.
	regulação dos acessos.	CDA	filantrópicos.		
	53. Adequação de Fluxos e mecanismos de transferência dos	CRA			
	pacientes na rede assistencial através da criação de protocolos.	CD A	_		
	54. Descentralização das ações de agendamento de procedimento	CRA			
	para as Unidades de Saúde.		1		

Linha de ação 7: Plane	ejamento Municipal de Saúde.				
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Institucionalizar o processo de planejamento da	55. Articulação do processo de planejamento da SMS com a secretaria de planejamento da Prefeitura Municipal de Salvador.	ASTEC, SMS.	Monitoramento semestral do Plano Municipal de Saúde	Sim	Ata do CMS
Secretaria Municipal de saúde.	56. Implementação do planejamento na SMS de forma ascendente, participativa e pró-ativa.	ASTEC, SMS.	Municipal de Saúde realizado.		
de saude.	57. Implementação do monitoramento e avaliação na SMS.	ASTEC, SMS.			
	58. Acompanhamento dos indicadores e metas do Plano Municipal de Saúde 2010-2013.	ASTEC, SMS.			
Linha de ação 8: Geren	nciamento dos recursos financeiros e orçamentários.				
Promover a autonomia do Fundo	59. Desvinculação dos recursos financeiros contemplado pela EC nº 29/2000 do sistema de caixa geral da prefeitura.	FMS, GASEC.	Existência do FMS como unidade gestora;	Sim	FMS
Municipal de Saúde assegurada e conferida nos termos dos art. 172, Decreto- lei nº 200 de 1967 e mandato.	municipal a fim de entendimento da proposta de gerenciamento financeiro do SUS.	FMS.	% de cumprimento da EC 29;	15%	SIOPS
Fortalecer o acompanhamento orçamentário e financeiro das ações e serviços de saúde.	61. Criação de instrumentos de controle e acompanhamento financeiro e orçamentário da SMS.	FMS.	Nº de relatórios do SIOPS elaborados.	2/ ano	SIOPS

Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Organizar a infra- estrutura da SMS.	62. Construção de unidades de saúde e de apoio de acordo com as áreas técnicas.63. Ampliação e gerenciamento da rede de transporte automotivos e	CAD, SMS.	% de DS adequados para abrigar as vigilâncias;	50%	DS
	ambulâncias para apoiar as atividades técnicas e administrativas da SMS.				
	64. Melhoria e readequação das instalações físicas da SMS inclusive dos DS a fim de garantir a descentralização das ações de saúde (CCZ, VISA, VISAMB).	CAD.	Nº de USF construídas;	55	CAD
	65. Aquisição, manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos das unidades de saúde e DS.	CAD, SMS.	N° de CAPS construídos;	7	CAD
	66. Elaboração de manual com especificação de equipamentos da SMS para melhorar a qualidade dos materiais.	CAD, COAPS, CMUE.	Nº de policlínicas construídas.	4	CAD
	67. Revisão e divulgação dos fluxos de administrativos da SMS. 68. Aquisição e manutenção de insumos nas unidades.	CAD, GASEC. CAD, SMS.	_		
Linha de ação 10: Ges	tão do trabalho e educação permanente em saúde.				
Implantar a política de gestão com	69. Elaboração da política de gestão com pessoas.	CDRH.	Política de gestão de pessoas elaborada;	Sim	CDRH
pessoas da SMS.	70. Definição e ampliação do quadro pessoal em função das necessidades de ações e serviços de saúde.	CDRH, SMS.	Estimativa do nº de profissionais por unidade;	Sim	CDRH
	71. Criação de novos cargos para atender a necessidade de ações e serviços de saúde.	CDRH, GASEC.	Plano de Cargos e Vencimentos aprovado pela Câmara de vereadores;	Sim	CDRH
	72. Realização de Concurso Público para provimento de vagas do quadro de pessoal, incluindo os profissionais da Estratégia de Saúde da Família.	CDRH.	Concurso público realizado;	Sim	CDRH
	73. Implementação da Política de humanização da Atenção e Gestão no SUS Municipal.	CDRH, DS.	Nº de reuniões da mesa de negociação.	2/ano	CDRH

Linha de ação 10: Ges	tão do trabalho e educação permanente em saúde (cont.).				
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Implantar a política de gestão com pessoas da SMS	74. Implantação e implementação do Plano de Cargos e Vencimentos- PCV, de acordo com a política de humanização.	CDRH.	N° de GTHs implantados nas unidades;	70%	CDRH
(cont.).	75. Estabelecimento espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores.	CDRH, GASEC.	Plano de Desenvolvimento de Pessoas elaborado;	Sim	CDRH
	76. Substituição gradativa dos vínculos precários de trabalho por concursados.	CDRH.	CIES implantadas;	Sim	Ata do CGMR
	77. Implantação e implementação do Programa de Valorização do trabalhador da SMS.	CDRH.	% de servidores qualificados (01 qualificação);	100%	Lista de freqüência
	78. Implantação do Centro de Formação e Educação para os Trabalhadores do SUS-municipal.	CDRH.	Centro de Formação e Educação para os Trabalhadores do SUS implantado.	Sim	CDRH
	79. Qualificação permanente dos trabalhadores do SUS contemplando as áreas de promoção, vigilância, atenção da saúde e gestão.	CDRH, SMS.			
	80. Implementação das ações de integração ensino-serviço do SUS-municipal.	CDRH, ASPERS.			
	81. Apoio aos DS para divulgação de troca de saberes entre trabalhadores do SUS.	CDRH.			
	82. Criação e implementação de instrumentos de avaliação de processos educativos no serviço.	CDRH.			
	83. Elaboração e implementação do Plano de Desenvolvimento de Pessoas da SMS contemplando as áreas de promoção, vigilância, atenção da saúde e gestão.	CDRH.			

Módulo Operacional II: Promoção e vigilância à Saúde.

Objetivo Geral: Desenvolver ações de vigilância e promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população, com ênfase na comunicação e educação em saúde.

Linha de ação 11: Pro	moção e Qualidade de Vida.				
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Promover articulações intersetoriais para o desenvolvimento de	84. Construção de mapas temáticos de ONGs e grupos organizados, escolas, creches e órgãos públicos localizados nos DS envolvidos com saúde e qualidade de vida para a realização de parcerias.	COSAM, DS.	% de DS que desenvolvem ações de Atividade Física;	100%	DS
intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida da população,	85. Implementação de projetos, potencializando os recursos da comunidade, para a promoção de atividades físicas nos Distritos Sanitários, com destaque para idosos, adultos, jovens e adolescentes, em articulação com outras Secretarias.	COAPS, COSAM, DS.	Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos;	15,30	Vigitel/ Sispacto
considerando: determinantes e riscos.	86. Articulação intersetorial com órgãos estadual e municipal responsáveis por ações de saneamento ambiental (coleta de resíduos sólidos, abastecimento de água, melhoria sanitárias domiciliares etc.), ordenamento do solo, urbanização e proteção ambiental.	COSAM, GASEC.	Prevalência de tabagismo em adultos.	11,00	Vigitel/ Sispacto
	87. Desenvolvimento de ações interinstitucionais para promoção da qualidade de vida com ênfase do combate a violência e redução de danos.	COAPS, COSAM, GASEC.			
	88. Ampliação das ações do programa de controle do tabagismo nos distritos, inclusive nos ambientes fechados de uso público e privado.	COAPS, COSAM, DS.			
	89. Implementação a estratégia Escolas Promotoras da Saúde com a ampliação do Programa Saúde na Escola (PSE) e em Creches da Rede Própria e filantrópica.	COAPS, DS.			

Linha de ação 12: Vig	ilância em Saúde.				
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Organizar o Sistema de Vigilância em	90. Implantação do Plano de Integração das Vigilâncias com a atenção básica na perspectiva da Vigilância à Saúde.	COSAM, COAPS, DS.	Plano de Integração das Vigilâncias elaborado;	Sim	COSAM
Saúde no âmbito municipal.	91. Implementação da descentralização da vigilância sanitária, na concepção de vigilância à saúde, compatível com a capacidade e peculiaridades de cada DS.	COSAM, DS.	% de DS com a Vigilância sanitária descentralizada;	100%	COSAM
	92. Descentralização das ações de vigilância, prevenção e controle de zoonoses para os níveis distrital e local de forma integrada com as outras vigilâncias.	COSAM, DS.	% de DS com o CCZ descentralizado.	20%	COSAM
	93. Revisão e regulamentação do Código Municipal de Saúde de Salvador.	COSAM.			
Fortalecer o Sistema de Vigilância em	94. Implementação das ações pactuadas na PAVS	COSAM.	% de cumprimento da PAVS pela COSAM;	100%	PAVS
Saúde no âmbito municipal	95. Implantação e implementação de ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária de acordo com a resolução da CIB 114, 142.	COSAM.	Taxa de mortalidade infantil;	16,30	SIM, SINASC
	96. Implementação de ações de Vigilância em Saúde Ambiental.	COSAM.	Taxa de mortalidade infantil neonatal;	12,12	SIM, SINASC
	97. Implementação das ações de média e alta complexidade em Vigilância Epidemiológica.	COSAM, DS.	Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal;	4,20	SIM, SINASC
	98. Implementação das ações do Plano Municipal de Redução da Mortalidade materna e infantil.	COSAM, ASTEC, COAPS, DS, ASPERS.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados;	50%	SIM
	99. Implantação do Serviço de Vigilância de Óbito.	COSAM.	Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida.	95%	SIM
	100. Investigação de óbitos mal definidos.	COSAM, DS			

Linha de ação 12: Vig	ilância em Saúde (continuação).				
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito municipal (cont.).	101. Fortalecimento da capacidade de resposta da Vigilância Epidemiológica às doenças emergentes e endêmicas (dengue, hepatite, Aids, tuberculose, meningite).	COSAM, DS.	% de casos de DNC encerrados oportunamente após notificação;	72%	SINAN
	102. Implantação do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) Salvador.	COSAM.	% de intervenções realizadas no CIEVS;	100%	COSAM
	103. Implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional.	COAPS.	% de crianças menores de 5 anos com baixo peso ao nascer.	6%	SISVAN
Implementar ações de Vigilância em Saúde Ambiental como componente da Vigilância em Saúde.	104. Vigilância da qualidade da água para consumo humano.105. Implementação do laboratório de análise físico-química e microbiológica da água para consumo humano.	COSAM, DS.	% de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente aos paramentos coliformes totais.	30%	SISágua
Contribuir para prevenção e controle	106. Implementação da Vigilância Epidemiológica da Anemia Falciforme (AF) junto aos distritos.	COSAM, COAPS.	Nº de casos detectados em Nascidos Vivos;	1,5/ 1000NV	SINAN
das doenças crônicas e agravos não transmissíveis			Taxa de detecção de AF na faixa etária de 7-40 anos;	0,1%	SINAN
(DANTS).			% DS que realizam notificação da AF;	100%	DS
	107. Monitoramento do perfil epidemiológico da morbimortalidade das DANTS.	COSAM, COAPS.	Elaboração de proposta de intervenção para a prevenção da violência;	Sim	COSAM
	108. Implementação da vigilância epidemiológica das violências, com ênfase na vigilância e controle da violência doméstica em mulheres, crianças, adolescentes e idosos.	COSAM, DS.	Rede de prevenção a violência implantada;	Sim	COSAM
	109. Participação bianual no inquérito nacional das vigilâncias as violências e acidentes (VIVA).	COSAM, DS, ASPERS.	Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações;	1,77	SIH, IBGE

Linha de ação 12: Vig	ilância em Saúde (continuação).				
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Contribuir para prevenção e controle das doenças crônicas	110. Implementação do monitoramento e vigilância dos acidentes de trânsito e trabalho (trajeto).	COSAM, DS, ASPERS.	Taxa de internações por acidente vascular cerebral.	4,5	SIH, IBGE
e agravos não transmissíveis (DANTS) (cont.).	111. Desenvolvimento de parcerias com instituições governamentais e não governamentais para redução da violência doméstica e apoio as vítimas de violência.	COSAM, DS.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera;	75%	SINAN
	112. Fortalecimento da rede de prevenção de violência e promoção a saúde nos Distritos Sanitários.	COSAM, DS.	% de DS com o programa de hanseníase implantado.	100%	DS
Prevenir e Controlar as doenças e agravos transmissíveis.	113. Intensificação das ações de controle do Programa da Tuberculose.	COSAM, COAPS, DS.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes;	85%	SINAN
	114. Reestruturação do programa de hanseníase inclusive com estratégias para fortalecer a adesão do usuário ao programa, visando à eliminação da Hanseníase em Salvador.	COSAM, COAPS, DS.	Taxa de detecção de hanseniase em menores de 15 anos;	3,69/ 100.000 hab	SINAN
	115. Implementação de ações de prevenção, detecção precoce e tratamento de pessoas com DST/AIDS.	COSAM, COAPS, DS.	N° de casos de hanseniase na forma multibacilar;	221	SINAN
			Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade;	3	SINAN, SIM,
	116. Intensificação ações de diagnóstico e assistência a gestantes com sífilis e HIV positivo.	COSAM, COAPS, DS.	Incidência de sífilis congenital;	51	SINAN
	117. Implementação de ações de vigilância e controle a Hepatite na rede básica.	COSAM, COAPS, DS.	Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia;	90%	SINAN- NET
	118. Elaboração do Programa Municipal de Controle da Dengue.	COSAM, COAPS, DS.	Taxa de letalidade das formas graves de dengue.	3,00	SINAN

Linha de ação 12: Vig	ilância em Saúde (continuação).				
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Prevenir e Controlar os agravos transmissíveis (cont.).	 119. Fortalecimento das ações do Programa de Controle da Dengue, respeitando a realidade de cada Distrito Sanitário. 120. Implementação/intensificação de ações de vigilância e controle das zoonoses com ênfase na leptospirose, esquistossomose, leishmaniose, doença de chagas. 	COSAM, COAPS, DS. COSAM, DS.	Índice de infestação predial por DS; Atualização do Plano de contingência contra- dengue;	< ou = 1% Sim	PAVS PAVS
	121. Implantação e descentralização do Plano de Contingência do Controle de Roedores integrantes do plano de contingência de leptospirose.	COSAM, DS.	Cobertura anti-rábica vacinal da população animal;	80%	Programa Nacional de Prevenção à Raiva
	122. Consolidação das ações do Programa de Vigilância e Controle da Raiva Animal.	COSAM, COAPS, DS.	Cobertura vacinal da tetravalente em crianças menores de 1 ano, coberturas das campanhas;	95%	SIS- PNI SINASC
	123. Manutenção da oferta regular dos imunobiológicos nas unidades públicas de saúde conforme o calendário do programa nacional/ estadual.	COSAM, COAPS, DS.	% da cobertura vacinal tríplice viral em menores de um ano;	95%	SIS-PNI
	124. Realização das campanhas de vacinação e das ações de rotina com garantia de logística/ insumos de acordo com o calendário do Programa Nacional de Imunização (PNI).	COSAM, COAPS, DS.	% de eventos adversos da vacina investigados.	100%	SINAN
	125. Monitoramento da cobertura vacinal, com ênfase na prevenção e controle das doenças imunopreveníveis com ênfase no sarampo, pólio, tétano neonatal e acidental e rubéola.	COSAM, COAPS, DS.			
	 126. Investigação dos casos de eventos adversos pós-vacinação. 127. Monitoramento da circulação de enterovirus visando à manutenção da erradicação da poliomielite. 	COSAM, DS.			

Linha de Ação 13: Saúde do Trabalhador.								
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	2010-	Fonte			
Assegurar a atenção integral à saúde do trabalhador,	128. Elaboração e implantação Política Municipal de Saúde do Trabalhador (ST) através da articulação e fortalecimento das relações intra e intersetoriais.	COSAM.	Política Municipal de Saúde do trabalhador elaborada;	Sim	CEREST			
desenvolvendo ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação.	129. Implementação das ações de Vigilância da Saúde do Trabalhador –VISAT/CEREST no âmbito do município de Salvador.	COSAM.	N° de notificações dos agravos à saúde do trabalhador constantes da portaria GM/MS n° 777/04;	1800	SINAN- NET			
	130. Institucionalização da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador Municipal – CIST/SSA.	COSAM.	N°. de unidades sentinelas de acidente e doença do trabalho implantadas.	15	CEREST			
	131. Implementação do ambulatório do VISAT/CEREST enquanto serviço de referencia para diagnósticos das doenças relacionadas ao trabalho.	COSAM.	-					
	132. Formação da rede de referência de média e alta complexidade em saúde do trabalhador.	COSAM.						
	133. Implementação e operacionalização de projeto de proteção à saúde dos trabalhadores do setor formal e informal.	COSAM.						
	134. Implantação e implementação da rede sentinela em Saúde do Trabalhador.	COSAM.	_					
	135. Ampliação da identificação e notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho a partir da rede de serviços sentinela.	COSAM.						
	136. Descentralização das ações de VISAT e fornecimento de suporte técnico especializado para os municípios da área de abrangência do CEREST/SSA.	COSAM.						

Linha de Ação 13: Saú	Linha de Ação 13: Saúde do Trabalhador (cont.).						
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte		
Contribuir para a Erradicação do	137. Implementação de ações de proteção ao Adolescentes Economicamente Ativos" no âmbito do SUS municipal.	COSAM;	Nº de oficinas com a rede básica para	2	CEREST		
Trabalho Infantil e	138. Desenvolvimento de ações intersetoriais que visem afastar do	COSAM.	rede básica para Sensibilização dos				
Proteção do Trabalhador	ambiente de trabalho crianças ou adolescentes em situações		profissionais de saúde				
Adolescente em	consideradas ilegais e/ou de risco, implementando a rede social de apoio àqueles em situação de vulnerabilidade social.		quanto as conseqüências do Trab.				
Salvador.			Infantil e para levantar suspeita de TI nos				
			suspeita de TI nos atendimentos de				
			crianças.				

Módulo Operacional III: Atenção Básica à Saúde.

Objetivo Geral: Expandir e consolidar o modelo de atenção em saúde que preconize a atenção básica como porta de entrada no município, tendo como estratégia a saúde da família, desenvolvendo ações integrais em consonância com os eixos prioritários do Pacto pela Saúde.

saúde da família, desenvolvendo ações integrais em consonância com os eixos prioritários do Pacto pela Saúde.								
Linha de ação 14: Fort	Linha de ação 14: Fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família.							
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte			
Expansão da ESF articulada à reorganização dos serviços básicos de	139. Ampliação e reorganização das Equipes de Saúde da Família de acordo com as prioridades definidas e os indicadores de saúde dos territórios.	COAPS, CAD, ASPERS, CDRH, DS.	% de cobertura da estratégia de saúde da família;	35%	CNES			
saúde considerando a política de	140. Ampliar o número de NASF nos Distritos Sanitários de acordo com prioridades definidas.	COAPS, CAD, CDRH, DS.	Razão de NASF implantados por ESF;	1:10	CNES			
humanização do SUS.	141. Reorganização dos processos de trabalhos na atenção básica por meio dos apoiadores institucionais junto aos distritos sanitários.	COAPS, DS.	Razão de apoiadores por ESF.	1:15	COAPS			
Linha de ação 15: Ater	nção à Saúde nos Eixos Transversais.							
Consolidar da atenção saúde bucal na	142. Melhoria e ampliação do acesso da população ao tratamento odontológico na rede de atenção odontológica.	COAPS, DS.	Cobertura da primeira consulta odontológica;	6,9	SIA			
Estratégia de Saúde da Família.	143. Organização da rede de referência e contra-referência odontológica no município.	COAPS, DS.	Razão entre ESB e ESF;	1:1	COAPS			
	144. Ampliação de Equipes de Saúde Bucal de acordo com Estratégia de Saúde da Família.	COAPS, DS, CAD, CDRH.	Levantamento epidemiológico realizado;	Sim	COAPS			
	145. Realização de levantamento epidemiológico de saúde bucal para direcionamento das ações e serviços de saúde.	COAPS, DS.	Média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	0,45	SIA			
	146. Desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde bucal.	COAPS, DS.						

Linha de ação 15: Atenção à Saúde nos Eixos Transversais (continuação).						
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte	
Implementar a política de alimentação e nutrição nos diversos	147. Implantação e implementação das ações de prevenção e promoção da alimentação saudável.148. Atendimento e acompanhamento aos portadores de distúrbio	COAPS, DS,	% de crianças menores de 5 anos com baixo peso ao nascer; % de famílias	6% 75%	SISVAN SISVAN	
níveis de atenção à saúde.	nutricionais e metabólicos.	COSAM.	beneficiárias do programa bolsa família.			
Fortalecer a assistência farmacêutica de forma integral	149. Formulação e implementação da política de assistência farmacêutica do município.	COAPS.	% farmácias básicas da rede adequadas de acordo com legislação sanitária;	31%	COAPS	
garantindo o acesso e uso racional de medicamentos nos	150. Promoção do uso racional de medicamentos.	COAPS, DS.	% de Centrais de Abastecimento Farmacêutico nos DS;	50%	COAPS	
níveis de atenção a saúde.	151. Implantação de Centrais de Abastecimento Farmacêutico Central e DS.	COAPS, DS, CMUE.	Comissão de Farmácia Terapêutica implantada e atuante;	Sim	COAPS	
	152. Garantia da oferta regular de medicamentos essenciais do elenco da farmácia básica, unidades de pronto atendimento e dos programas estratégicos (anemia falciforme, hipertensão, diabetes,	COAPS, DS.	Central de farmacovigilância implantada e atuantes;	Sim	SISFarma	
	portadores de albinismo e lúpus, pacientes renais crônicos e transtornos mentais entre outros).		Disponibilidade dos medicamentos principais nas farmácias e no almoxarifado da SMS ²⁰ ;	sim	COAPS	
	153. Implantação das ações de farmacovigilância nos DS.	COAPS, DS.	Remume atualizada; Nº de protocolos clínicos criados;	Sim 2	COAPS COAPS	
			% de medicamentos com data de validade vencida;	0%	SISFarma	
			% de UBS, CAPS e UPAs com Farmacêutico	100%	COAPS	

²⁰ Amoxicilina, captopril ou enalapril oral, omeprazol, ranitidina (comp.), dexametasona creme dermatológico, diclofenaco ou ibuprofeno (comp.), digoxina (comp.), glibenclamida (comp.), hidroclorotiazida oral, mebendazol oral, metronidazol oral, neomicina + bacitracina pomada, nistatina ou outro como monodroga vaginal, paracetamol (comp. ou gotas), sulfametoxazol + trimetropina oral, sulfato ferroso, contraceptivos, preservativo masculino.

Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Fortalecer o programa de doença falciforme na atenção básica e especializada.	154. Garantia de atendimento integral às pessoas com Doença Falciforme, ampliando o acesso ao diagnóstico precoce.	COAPS, DS, ASPERS.	% de cobertura de triagem neonatal; % de usuários acompanhados precocemente.	77% 30%	SINASC Sygnus, SINASC
Fortalecer a atenção as pessoas com de albinismo e lúpus com implementação de sua rede de referência.	 155. Garantia do atendimento prioritário as pessoas com albinismo e lúpus na atenção básica. 156. Organização a rede de referência e contra referência às pessoas com de albinismo e lúpus. 	COAPS, DS, CRA.	Unidade de referência para atendimento oftalmológico e dermatológico para os portadores de albinismo e lúpus.	Sim	COAPS
Ampliar do acesso aos cuidados de redução de danos na rede própria do município com ênfase ao uso abusivo de álcool e outras drogas.	 157. Implantação e implementação de ações de Redução de Danos nos DS em articulação com instituições governamentais e não governamentais. 158. Implantação da rede de atenção ao usuário de álcool, e outras drogas (Substâncias Psicoativo Ativas) nos Distritos Sanitários. 	COAPS, DS, CRA.	N° novos de CAPS ad implantados.	5	COAPS
Garantir o atendimento integral às pessoas com deficiência na rede Municipal.	159. Organização da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência.160. Garantia do acesso a órtese e prótese de acordo com a PPI	COAPS, DS, CRA.	% de usuários beneficiados com órtese e prótese de acordo com PPI; % de unidades com	100%	SIA COAPS
	vigente. 161. Definição e acompanhamento da readequação física das unidades de saúde para garantia do acesso das pessoas com deficiência.	COAPS, CAD, DS.	estrutura física adequada para a pessoa com deficiência física.		

Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou	Meta 2010- 2011	Fonte
Ampliar e qualificar o cuidado às pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus.	162. Implementação do Programa de Hipertensão e Diabetes no município, com ênfase no grupo de mais de 20 anos e no perfil étnico populacional.	COAPS, DS.	produto % de hipertensos cadastrados no hiperdia; % de diabéticos cadastrados no hiperdia; Taxa de internação por diabetes mellitus; Taxa de internação por acidente vascular cerebral.	21,42 27,35 1,77 4,5	Hiperdia Hiperdia SIH
Linha de Ação 17: Ate	nção integral por Ciclos de Vida.		ecreorar.		
Implementar a atenção à saúde da criança, com enfoque na redução da morbimortalidade por	163. Implementar o atendimento ao Recém Nascido (RN) e as crianças de 1 < 9 anos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS/ESF).	COAPS, ASPERS, DS.	% de internações por doenças infecciosas intestinais em menores de 5 anos; Taxa de internação por	2,6%	SIH
doenças e agravos prevalentes e na garantia das ações de proteção e promoção da saúde.	na sees de		infecção respiratória aguda em menores de 5 anos; Taxa de mortalidade em menores de 5 anos;	3,1/ 1000	SIM
	164. Implementar o Programa de Triagem Neonatal.	COAPS, DS.	% de consultas médicas realizada em menores de 1 ano, entre 1 e 2 anos e de 2-10 anos;	100%	SIA
			% de consultas de enfermagem realizada em menores de 1 ano, entre 1 e 2 anos e de 2-10 anos.	100%	SIA

Linha de Ação 17: Ate	enção integral por Ciclos de Vida (cont.).				
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Implementar a atenção à saúde da crienção com enfoque	165. Implementação das ações para o atendimento a saúde ocular da criança com ênfase no programa Olhar Brasil.	COAPS, DS.	% de cobertura da triagem neonatal;	77%	SINASC
criança, com enfoque na redução da morbimortalidade por doenças e agravos prevalentes e na			% de consultas de oftalmologia das crianças de 4 e 7 anos de acordo com a PPI;	100%	SIA
garantia das ações de proteção e promoção da saúde (cont.).	166. Implementar a Política de Aleitamento Materno, com enfoque na estratégia Rede Amamenta Brasil.	COAPS, DS.	% de UBS certificadas de acordo com a política de aleitamento materno.	30%	COAPS
Implementar a política de atenção	167. Implementação das ações do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) nos DS.	COAPS.	% de USF atendendo de acordo com o PROSAD;	70%	COAPS
integral a Saúde do adolescente na rede	168. Ampliação do acesso dos adolescentes nos serviços de saúde de forma organizada.	COAPS, DS.	% de UBS atendendo de acordo com o PROSAD;	50%	COAPS
municipal.	169. Implementar ações de direito sexual e reprodutivo para adolescentes nos Distritos Sanitários.	COAPS, DS.	% de consultas médicas na faixa etária de 10 a 20 anos de acordo com a PPI.	100%	SIA
Ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde da mulher.	170. Desenvolver ações para atenção clínico ginecológica no cuidado a mulher com ênfase na detecção precoce do câncer de colo de útero e mama.	COAPS, DS.	Razão entre exames citopatológicos do colo de útero na faixa etária de 25-59 anos;	0,20	Siscolo, IBGE
	171. Ampliação e organização da rede de referência à saúde da mulher por DS.	COAPS, DS, CRA.	% de seguimentos/ tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesão intraepiteliais de alto grau do colo de útero.	75%	SIScolo

Linha de Ação 17: Atenção integral por Ciclos de Vida (cont.).						
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte	
Ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde da mulher (cont.).	172. Implementação da atenção, parto e puerpério, qualificada e humanizada em consonância com a PHPN.	COAPS, DS.	Taxa de mortalidade maternal; % de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal;	48,96 55%	SIM, SINASC SINASC	
	173. Implementação da atenção à saúde da mulher no climatério.174. Implementação dos direitos sexuais e reprodutivos na rede.	COAPS, DS.	Taxa de parto cesáreo; % de RN com baixo	30% 10%	SINASC SINASC	
			peso ao nascer; Razão de mamografias realizadas nas mulheres de 50-69 anos na pop. Feminina;	0,21	SIA, SISmama, IBGE	
			N° de Centros de Atenção Especializada à Saúde da Mulher implantado;	1	CNES	
			Rede de saúde da mulher implantada.	Sim	COAPS	
Implementação da Política de Atenção Integral à saúde do	175. Organização e ampliação da rede de serviços em atenção à saúde do homem com ênfase na prevenção e detecção precoce do câncer de próstata e pênis.	COAPS, DS, CRA	Nº de cirurgias prostatectomia suprapúbica realizadas;	353	SIH-SUS	
Homem, priorizando a atenção básica como porta de entrada.	176. Ampliação da captação do homem na atenção básica.	COAPS, DS	Nº de biopsias trans-retal realizadas.	480	SIA	
Consolidar a política municipal de atenção ao idoso.	177. Implementar as ações de atenção ao idoso na garantia de acesso aos serviços de qualidade.	COAPS, DS	Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur;	9,3	SIH	
	178. Organizar e ampliar a rede assistencial de atenção integral à saúde do idoso por DS.	COAPS, DS, CRA	Rede de atenção ao idoso implantada.	Sim	COAPS	

Módulo IV: Atenção a Média e Alta Complexidade.

Objetivo Geral: Reorganizar as ações e serviços de média e alta complexidade nos setores públicos e contratados de forma regionalizada, hierarquizada e articulada com a atenção básica.

com a atenção básica.						
Linha de ação 18: Serv						
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte	
Ampliar e re- estruturar a rede de serviços de apoio diagnóstico e	179. Implementação da Rede de Apoio Diagnóstico.	COAPS, CRA, DS.	Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado;	80%	SIVEP- gripe	
terapêutico da SMS.	180. Implementação do Laboratório Central Municipal.	COAPS.	% de exames de baciloscopia realizados de acordo com a PPI;	100%	SIA	
	181. Ampliação e readequação das unidades de coleta de exames da rede própria da SMS, considerando os critérios estabelecidos para os DS.	COAPS, CAD, DS.	% de exames de VDRL realizados em gestantes de acordo com PPI;	100%	SIA	
			Nº de unidades de saúde com coleta de exames;	45	COAPS	
	182. Implantação e organização da rede de bioimagem do município.	COAPS, CRA, DS.	% de exames de bioimagem realizados de acordo com a PPI.	100%	SIA	
Linha de ação 19: Red	e ambulatorial - Atenção às urgências e emergências do município de	Salvador.				
Ampliar, re-estruturar e consolidar os serviços de	183. Elaboração e implantação/ implementação de protocolos de intervenção médico e de enfermagem pré-hospitalar fixos.	CMUE.	% de unidades fixas trabalhando com classificação de risco;	100%	CMUE	
atendimentos pré- hospitalares fixos.	184. Garantia de atendimento humanizado às urgências e emergências (clínico, traumático, cirúrgico e obstétrico) em unidades fixas.	CMUE.	Nº de projetos de atendimento em situação de calamidade elaborado;	1	CMUE	
	 185. Construção de projeto estratégico de atendimento em situação de calamidade e acidentes de múltiplas vítimas. 186. Implantação e readequação de Unidades de Pronto 	CMUE, CAD,	N° de novas UPAS implantadas.	4	CMUE	
	Atendimento.	DS.				

Linha de ação 19: Rede ambulatorial - Atenção às urgências e emergências do município de Salvador (continuação).					
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Implementar os serviços de atendimentos pré- hospitalares móveis.	187. Elaboração e implementação de protocolos assistenciais de atendimento de urgência em unidades móveis.	CMUE.	Tempo médio de resposta total (entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência);	10 min	Sist. SAMU 192
	188. Atendimento humanizado às urgência em unidades móveis.	CMUE.	% de profissionais do SAMU capacitados;	80%	NEP SAMU 192
	189. Monitoramento dos indicadores desempenho dos serviços de atendimentos pré-hospitalares móveis.	CMUE.	Nº de atividades educativas do projeto "Viva Coração" realizados;	6	NEP SAMU 192
			Nº de projetos educativos para redução de trotes;	30	NEP SAMU 192
	190. Ampliação dos serviços ambulatoriais móveis.	CMUE, CAD.	N° de bases do SAMU em funcionamento.	23	CMUE
Linha de ação 20: Ate	enção às Especialidades de Saúde.				
Consolidar a rede de Atenção especializada do município.		COAPS, CAD, DS	Taxa de cobertura de Centros de Atenção Psicossocial.	0,62	CNES

Linha de ação 20: Atenção às Especialidades de Saúde (cont.).					
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Consolidar a rede de Atenção especializada do município (cont.).	192. Organização da rede de serviços de saúde mental articulada (PSF, UBS, Unidade de Emergência, RT's e CAPS), de acordo com uma política específica municipal, e com definição de atribuições	COAPS, CRA, DS.	N° total de RTs implantadas;	15	CNES
de cada unidade.		N° de novos CAPS implantados;	7	CNES	
	193. Implementação do programa de volta para casa.	COAPS.	N° de CAPSII transformados em CAPS III;	4	CNES
	194. Implantação e implementação de Centros de Especialidade Odontológica, de acordo com critérios epidemiológicos, para atendimento nas especialidades.	COAPS, CAD, DS.	% de tratamento endodôntico realizado de acordo com a PPI;	100%	SIA
	195. Implantação e implementação dos Centros de Referencias de Especialidades Médicas (policlínica).	COAPS, CAD, DS.	N° de CEOs implantados;	1	COAPS
			Nº de policlínicas implantadas.	4	COAPS
Linha de ação 21: Red	e hospitalar.				
Estruturar a atenção hospitalar do município de Salvador.	196. Implantação do Hospital Municipal.197. Criação de protocolos clínicos.198. Organização da Rede hospitalar segundo especialidades.	COAPS. COAPS.	Hospital em construção.	1	CMUE

Modulo '	V: Política de Atend	cão a Saúde da Po	pulação Negra.

Objetivo Geral: Implementar a política da população negra do município.

Linha de Ação 22: Saúde da população negra do município de salvador.

Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2010- 2011	Fonte
Contribuir para o combate ao racismo	199. Sensibilização e qualificação dos gestores, trabalhadores e profissionais da saúde no combate ao racismo institucional.	ASPERS, DS, CDRH.	% de Gestores capacitados;	60%	ASPERS
institucional na Saúde.	200. Publicização dos resultados do combate ao racismo institucional da Saúde.	ASPERS.	N° de Manuais de normatização das práticas de ACS e ACE nos terreiros;	1	ASPERS
	201. Desenvolvimento de ações de combate à intolerância religiosa	ASPERS, DS.	N° de Comitês técnicos	1	Diário
	junto aos ACE e ACS. 202. Criação de instancias de promoção da equidade em saúde.	ASPERS.	Municipais de SPN oficilizados.		Oficial
Estabelecer uma interlocução entre religiões de matrizes	203. Implementação de ações em centro religiosos buscando uma maior aproximação entre o movimento social religioso e os profissionais de saúde.	ASPERS, CDRH, DS.	N° de eventos de realizados em espaços de matriz africanas de	10	ASPERS
africanas e o SUS.	204. Formação da rede municipal de centros religiosos de matriz africana que desenvolvem atividades de saúde.	ASPERS, DS.	acordo com o programado.		
Contribuir para a preservação da cultura de saúde nas	205. Articulação/interlocução com os profissionais de saúde que atuam em áreas remanescentes de quilombos buscando a preservação da cultura local.	ASPERS, DS.	N° de eventos de realizados em áreas remanescentes de	10	ASPERS
áreas remanescentes de quilombos urbanos.	206. Construção de estratégias de promoção, vigilância e atenção à saúde da população quilombola que contemplem a cultura local.	ASPERS.	quilombos urbanos de acordo com o programado.		

Linha de Ação 22: Saú	ide da população negra do município de salvador (continuação).				
Objetivo específico	Ação estratégica	Responsável/	Indicador de	Meta	Fonte
		órgãos	monitoramento do	2010-	
		envolvidos	objetivo específico e/ou produto	2011	
Contribuir para a	207. Identificação do perfil da morbi-mortalidade e diagnóstico da	ASPERS.	% de ESF e ESB	66%	CNES
redução da morbi-	oferta de serviços de saúde nestas áreas considerando a importância	ASI EKS.	implantadas nas áreas de	0070	CIVES
mortalidade na	da determinação do componente ambiental.		quilombos urbanos.		
população quilombola	208. Contribuição na a implantação das ESF e ESB nas áreas	ASPERS.	•		
e preservação da	remanecescentes de quilombos urbanos.				
cultura.					
Dar visibilidade aos	209. Inserção do recorte étnico-racial nos programas de atenção	ASPERS, NGI.	% de ignorados no	50%	SINAN
agravos prevalentes na população negra.	básica, controle e prevenção de DST/AIDS/IST, diabetes e hipertensão, atenção à média e alta complexidade com a inclusão		quesito raça/cor pelo SINAN.		
na população negra.	do quesito raça/cor.		SINAIN.		
	210. Articulação com o MS para inclusão do quesito raça/cor nos	ASPERS.			
	sistemas de informação de base nacional.				
	,	ASPERS,			
	211. Realização capacitações para profissionais da rede estimulando o preenchimento do quesito raça/cor.	CDRH.			
	• • •				
	212. Monitoramento da qualidade do preenchimento do quesito	ASPERS.			
	raça/cor.				
	213. Implementação do Observatório da Saúde da População Negra	ASPERS,			
	de Salvador.	CRA-SUIS.			
Contribuir para a	214. Inclusão da abordagem étnico-racial nos cursos desenvolvidos	ASPERS.	% de cursos do pro-	50%	ASPERS
introdução da	no pró-saude.		saúde com abordagem		
abordagem étnico-			étnico racial;		
racial nos processos	215. Inclusão da abordagem étnico racial no PSE.	ASPERS.	% de ESF que trabalham	50%	ASPERS
de formação de	016 D 11 ~ 1	A CDEDC	com o PSE;	1000	A CDED C
escolas e centros formadores dos	216. Realização do curso de especialização em raça e gênero com abordagem étnico racial para os profissionais de saúde.	ASPERS.	% de profissioanis de	100%	ASPERS
formadores dos profissionais de	abordagem eunco raciai para os pronssionais de saude.		saúde que realizaram a especialização.		
saúde.			especianzação.		
~ == == # 1			l .		

9. Acompanhamento do Plano Municipal de Saúde

O Plano Municipal de Saúde 2006-2009, diferentemente dos planos anteriores, teve como grande inovação o desenvolvimento de metodologia de acompanhamento da implantação de suas ações, construída em cooperação técnica com o Instituto de Saúde Coletiva- ISC/UFBA.

A proposta de apoio à implantação do PMS²¹ foi estruturada em três "pólos": intervenção, avaliativo/formativo e de investigação. O primeiro pólo consistiu na realização de visitas periódicas às equipes das coordenadorias da SMS a fim de verificar o grau de implantação das ações sob sua responsabilidade, identificando inclusive os elementos inibidores e facilitadores desse processo. O segundo pólo incidiu na realização de oficinas periódicas com todos os envolvidos para avaliação das ações e construção de estratégias para superação dos elementos inibidores da implantação do PMS. O terceiro pólo foi desenvolvido a partir da realização de projeto de pesquisa por membro da ASTEC, resultando em sua dissertação de mestrado²².

Dentre os resultados apresentados na referida dissertação destaca-se que o sistema de petição e prestação de contas era formado por mecanismos frouxos de atribuições de responsabilidades, (CERQUEIRA, 2009, p.52). No entanto, observou-se que o processo de acompanhamento da implantação do plano representou um estímulo ao desenvolvimento deste sistema, tendo em vista que as equipes dirigentes eram periodicamente convidadas a prestar contas das ações sob sua responsabilidade e as mesmas participavam de oficinas de trabalho que tinham como finalidades socializar os resultados alcançados e discutir estratégias de superação das dificuldades (CERQUEIRA,2009, p.54).

Como conseqüência da fragilidade do sistema de petição e prestação de contas, observa-se um reduzido comprometimento de grande parte dos gestores/ coordenadores com o desempenho da sua respectiva equipe técnica. Apesar disso, admite-se que a experiência de acompanhamento do Plano Municipal de Saúde contribui para a sensibilização desta equipe com relação à institucionalização de uma cultura organizacional que valorize o planejamento e a avaliação. Para isso foram construídos indicadores e metas de monitoramento dos objetivos específicos do Plano Municipal de Saúde. Optando-se por construir metas para os anos de 2010 e 2011, incorporando os indicadores pactuados pelo município junto ao Ministério da Saúde e disponíveis no Sispacto.

As metas deste plano serão monitoradas semestralmente, nos meses de junho e dezembro dos anos de 2010 e 2011, pelas áreas técnicas responsáveis, tendo como desencadeadora do processo a equipe da Assessoria Técnica. Com a finalidade de contribuir para a análise da implantação do PMS 2010-2013, será utilizada uma escala numérica com quatro pontos de cortes para indicar o grau de cumprimento das metas. Esta escala considerará os seguintes intervalos de percentuais de resposta esperada, a saber: 0 a 25%, 25% a 50%, 50% a 75%, 75% a 100%.

Para facilitar o monitoramento, a pontuação final será relacionada com a seguinte escala de cores:

²¹ PAIM,J.S. & VIANA,S.V. Proposta de metodologia de apoio à implantação do Plano Municipal de Saúde (2006-2009). Salvador, 2006, p.45.

²² CERQUEIRA,S.C.C. O processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Salvador, 2009.202 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

- **Vermelho:** corresponde ao alcance de no mínimo 25% da meta pactuada e indica situação de perigo, de fragilidade da capacidade de gestão, de modo a se analisar as causas do não cumprimento da meta desencadeando novas ações que permitam a superação das dificuldades para cumprimento do objetivo previsto.
- Amarelo: corresponde ao alcance de 25% a 50% da meta pactuada e indica situação de cuidado, indicando que as ações dirigidas ao cumprimento da metas precisam ser intensificadas e aperfeiçoadas.
- Marrom: corresponde ao alcance de 50% a 75% da meta pactuada e indica uma situação intermediária na qual as ações previstas precisam ser intensificadas ou aperfeiçoadas.
- **Verde:** corresponde ao alcance de 75% até 100% da meta pactuada e indica uma situação ótima capacidade de gestão em que às ações foram implementadas para o alcance dos objetivos.

10. Articulação com o Plano Municipal de Saúde 2010 com o Plano Plurianual de Saúde

Programa	PPA- Projetos	Objetivos Específicos do PMS 2010-2013
	Atividades	
Atenção às	Implementação dos	Ampliar, re-estruturar e consolidar os serviços de atendimentos pré-hospitalares fixos.
urgências e	serviços de atendimento	Implementar os serviços de atendimentos pré-hospitalares móveis.
emergências	de saúde pré-hospitalar.	
	Ações no atendimento às	Ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde da mulher.
	mulheres em	
	procedimento de aborto	
	e outras medidas para	
	redução da mortalidade.	
Atenção Básica	Promoção das ações	Promover articulações intersetoriais para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria
à Saúde	básicas de saúde.	da qualidade de vida da população, considerando: determinantes e riscos.
		Consolidar da atenção saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.
		Implementar a política de alimentação e nutrição nos diversos níveis de atenção à saúde.
		Fortalecer a atenção as pessoas com de albinismo e lúpus com implementação de sua rede de
		referência.
		Ampliar do acesso aos cuidados de redução de danos na rede própria do município com ênfase ao
		uso abusivo de álcool e outras drogas.
		Ampliar e qualificar o cuidado às pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus.
		Implementar a atenção à saúde da criança, com enfoque na redução da morbimortalidade por
		doenças e agravos prevalentes e na garantia das ações de proteção e promoção da saúde.
		Implementar a política de atenção integral a Saúde do adolescente na rede municipal.
		Ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde da mulher.
		Implementação da Política de Atenção Integral à saúde do Homem, priorizando a atenção básica
		como porta de entrada.
		Consolidar a política municipal de atenção ao idoso.
	Implementação do	Fortalecer o programa de doença falciforme na atenção básica e especializada.
	programa de atenção	
	integral aos portadores	
	de anemia falciforme.	

	Aparelhamento da rede	Ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde da mulher.
	municipal de saúde com	
	mamógrafos,	
	equipamentos de ultra-	
	som e outros.	
Gestão Plena	Informação e	Ampliar e implementar os canais de comunicação da SMS com a população, profissionais de
do Sistema	comunicação social em	saúde e a mídia/imprensa.
	saúde.	
	Implantação e	Consolidar a rede de Atenção especializada do município (policlínicas).
	readequação de	
	policlínicas.	
	Ampliação e	Reestruturar a tecnologia de informação e comunicação em saúde no SUS municipal.
	modernização do parque	
	tecnológico.	
	Valorização dos	Implantar a política de gestão com pessoas da SMS.
	trabalhadores da Saúde.	
	Fortalecimento do	Contribuir para o empoderamento dos diversos segmentos da sociedade civil no exercício do
	controle social.	controle social do SUS municipal (CMS).
	Promoção de ações de	Promover a assistência farmacêutica de forma integral garantindo o acesso e uso racional de
	assistência farmacêutica.	medicamentos nos níveis de atenção a saúde.

	Implantação do CEO.	Consolidar a rede de Atenção especializada do município (CEO).						
	Implantação e	Expansão da ESF articulada à reorganização dos serviços básicos de saúde considerando a política de humanização do SUS.						
	readequação de USF.	Garantir o atendimento integral às pessoas com deficiência na rede Municipal.						
	Implantação e	Ampliar, re-estruturar e consolidar os serviços de atendimentos pré-hospitalares fixos.						
	readequação de UPA.	Implementar os serviços de atendimentos pré-hospitalares móveis.						
	Implantação e	Ampliar do acesso aos cuidados de redução de danos na rede própria do município com ênfase ao						
	readequação de CAPS.	uso abusivo de álcool e outras drogas.						
	readequação de Crir 5.	Consolidar a rede de Atenção especializada do município (CAPS).						
	Implantação e							
	readequação de	Consolidar a rede de Atenção especializada do município (RTs).						
	Residência terapêutica.							
	Implantação do	Promover a assistência farmacêutica de forma integral garantindo o acesso e uso racional de						
	almoxarifado central.	medicamentos nos níveis de atenção a saúde (alomxarifado central).						
	Implantação do	Promover a assistência farmacêutica de forma integral garantindo o acesso e uso racional de						
	almoxarifado distrital.	medicamentos nos níveis de atenção a saúde (almoxarifado DS).						
	Implantação do Hospital Municipal.	Estruturar a atenção hospitalar do município de Salvador.						
População	Implantação da política	Contribuir para o combate ao racismo institucional na Saúde.						
negra	da população negra.	Estabelecer uma interlocução entre religiões de matrizes africanas e o SUS.						
		Contribuir para a preservação da cultura de saúde nas áreas remanescentes de quilombos urbanos.						
		Contribuir para a redução da morbi-mortalidade na população quilombola e preservação da						
		cultura.						
		Dar visibilidade aos agravos prevalentes na população negra.						
		Contribuir para a introdução da abordagem étnico-racial nos processos de formação de escolas e						
		centros formadores dos profissionais de saúde.						

Media e alta complexidade	Implementação do S. de regulação, controle e	Implementar o sistema de regulação, controle e avaliação municipal.
complexidade	avaliação.	
	Reorganização da rede	Implementar o sistema de regulação, controle e avaliação municipal.
	de saúde de média e alta	Ampliar e re-estruturar a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico da SMS.
	complexidade.	
Vigilância em	3	Organizar o Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito municipal.
saúde	V. sanitária.	Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito municipal.
	Promoção das ações de	Promover articulações intersetoriais para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria
	V. epidemiológica	da qualidade de vida da população, considerando: determinantes e riscos.
		Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito municipal.
		Organizar o Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito municipal.
		Contribuir para prevenção e controle das doenças crônicas e agravos não transmissíveis
		(DANTS).
		Prevenir e Controlar os agravos transmissíveis.
	Promoção das ações de	Organizar o Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito municipal.
	V.ambiental	Implementar ações de Vigilância em Saúde Ambiental como componente da Vigilância em Saúde.
		Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito municipal.
	Promoção das ações de	Organizar o Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito municipal.
	controle de	Prevenir e Controlar os agravos transmissíveis.
	antropozoonose	Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito municipal.
	Promoção das ações de	Prevenir e Controlar os agravos transmissíveis.
	imunização	
	Promoção das ações de	Prevenir e Controlar os agravos transmissíveis.
	controle de DST/AIDS	
	Promoção das ações de	Assegurar a atenção integral à saúde do trabalhador, desenvolvendo ações de promoção, proteção,
	saúde do trabalhador	recuperação e reabilitação.
		Contribuir para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador Adolescente em
		Salvador.

Administração	Manutenção	dos	Consolidar a articulação interinstitucional e intra-institucional da SMS.								
do executivo	serviços	Técnicos	Estruturar o processo de gestão descentralizada da SMS com os DS.								
municipal	administrativos	s - SMS	Aprimorar os processos de gestão dos sistemas de informações de saúde no município de								
			Salvador.								
			Institucionalizar o processo de planejamento da Secretaria Municipal de saúde.								
			Promover a autonomia do Fundo Municipal de Saúde assegurada e conferida nos termos dos art.								
			172, Decreto-lei nº 200 de 1967 e mandato Constitucional.								
			Reorganizar o modelo de atenção do SUS municipal de acordo com a proposta do PMS.								
			definir o modelo de gestão do SUS municipal.								
			Fortalecer o acompanhamento orçamentário e financeiro das ações e serviços de saúde.								
			Contribuir para que os setores da SMS executem suas atividades conforme determina o								
			Regimento Interno da SMS, o Código Sanitário do Município e as normas do SUS.								
			princípios e normas que regem a administração pública.								
			Monitorar as unidades previamente auditadas para verificar a manutenção ou a modificação de								
			determinada situação indesejada.								
			Contribuir com os demais órgãos responsáveis para o acompanhamento dos prestadores								
			contratados e conveniados.								
			Contribuir para adequação da rede de urgências e emergências à Política Nacional de Atenção as								
			Urgências.								
			Favorecer a implementação de mecanismos para diminuir as irregularidades no SUS municipal.								
			Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência em todas as áreas de atenção à saúde.								
			Favorecer a implementação de ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção e cura de								
			doenças/agravos conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.								
			Organizar a infra-estrutura da SMS.								

Anexos

Tabela 30 - Número de Alunos Matriculados por Dependência Administrativa nos Níveis: Educação Infantil, Fundamental e Médio, Segundo Região Administrativa

					200		Q.	Alunos Matri	culados p	or Região Adi	ministrativ	a								
Região Administrativa		Municipal					Estadual				Federal			Particular Particular				Total Geral	96	
	Educ. Infantil	Fundam.	Subtotal	%	Educ. Infantil	Fundam.	Médio	Subtotal	%	Fundam.	Médio	Subtotal	96	Educ. Infantil	Fundam.	Médio	Subtotal	96		
I - Centro	625	4.895	5.520	3,2		12.482	26.566	39.048	12,6	(to the second	1.120	1.120	57,1	1.427	9.849	6.198	17.474	14,0	63.162	10,4
II - Itapagipe	1.224	8.284	9.508	5,5	666	12.782	12,962	25,744	8,3	-	•	*	*	3.526	5.102	849	9,477	7,6	44.729	7,3
III - S. Caetano	1.317	18.511	19.828	11,4	999	16.637	12.054	28.691	9,3	-	-	-	-	3.238	3.969	1.025	8.232	6,6	56.751	9,3
IV- Liberdade	1.423	9.837	11.260	6,5	419	12,753	11.229	23.982	7,8	152	-	2.	2	2.878	4.068	392	7.338	5,9	42.580	7,0
V - Brotas	572	9.552	10.124	5,8	631	11.677	7.559	19.236	6,2	9539	50	5/	7.0	1.980	4.434	666	7.080	5,7	36.440	6,0
VI - Barra	321	2.264	2.585	1,5	305	2.179	7.524	9.703	3,1	1.5	-	-		1.565	3.744	2,544	7.853	6,3	20.141	3,3
VII - Rio Vermelho	1.707	11.716	13.423	7,7	277	4.971	5.183	10.154	3,3	(*)	•	- 1	-	1.468	2.675	1.517	5.660	4,5	29,237	4,8
VIII - Pituba/Costa Azul	67	185	252	0,1	-	6.550	7.976	14.526	4,7	477	363	840	42,9	2.667	8.231	5,501	16,399	13,2	32.017	5,2
IX - B. do Rio/Patamares	655	4.347	5.002	2,9	319	2.963	2.837	5.800	1,9	-	-	-	-	784	2.098	718	3.600	2,9	10.802	1,8
X - Itapuã	988	13.285	14.273	8,2	350	11.413	8.095	19.508	6,3	- 5	58	54		2.245	3.596	895	6.736	5,4	33.781	5,5
XI - Cabula	1.057	9.032	10.089	5,8	478	10.992	6.446	17.438	5,6	8:2	- 1	-	-	1.890	4.766	980	7.636	6,1	27.527	4,5
XII - T. Neves	641	10.843	11.484	6,6	239	11.558	2,531	14.089	4,6		-	•	*	1.197	836	-	2.033	1,6	25,573	4,2
XIII - P. da Lima	1.214	15,555	16.769	9,6	771	12,533	6.236	18.769	6,1	-		21	-	3.200	4.624	745	8,569	6,9	35,538	5,8
XIV-Cajazeiras	893	8.437	9.330	5,4	504	12.805	6.771	19.576	6,3	-	2	2	-	1.114	1.102	288	2.504	2,0	28.906	4,7
XV- Ipitanga	62	1.365	1.427	0,8	15		57.0	858	650	(82)	50	58	73	(7)	10	10		87.0	1.427	0,2
XVI - Valéria	213	3.377	3.590	2,1	90	4.965	2.417	7.382	2,4	-	5			838	610		1.448	1,2	12.420	2,0
XVII - Sub. Ferroviários	2.279	26,168	28.447	16,3	275	19.142	10.157	29,299	9,5	(•)	-9	-7	-	7.834	4.348	370	12,552	10,1	70.298	11,5
XVIII - Ilhas	265	1.161	1.426	0,8	-		-	-		-	2	2		-	- 2	-		-	1.426	0,2
Total	15.523	158.814	174.337	100,0	6,323	166.402	136,543	309.268	100,0	477	1.483	1.960	100,0	37.851	64.052	22,688	124,591	100,0	610.156	100,0

Fonte:MEC/Secretaria de Educação do Estado, Censo Escolar-2004 Elaboração: PMS/SEPLAM/COPI - 2005

Nota: O PDDU - Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano, Lei nº 6586/2004, redefiniu os limites das Regiões Administrativas alterando de 17 para 18 o número de RA's

Tabela 31 - Distribuição Proporcional da População, segundo faixa etária e sexo, Salvador/Ba. 2000 e 2008.

		20	00				20	08		
	Mascul	ino	Femini	ino	•	Mascul	ino	Femini	ino	•
Faixa Etária	N	%	N	%	Total	N	%	N	%	Total
Menor 1 ano	21424	0,9	20464	0,8	41888	22462	0,8	21635	0,7	44097
1 a 4 anos	85072	3,5	81459	3,3	166531	92359	3,1	90173	3,1	182532
5 a 9 anos	104697	4,3	101614	4,2	206311	119469	4,1	119012	4,0	238481
10 a 14 anos	112301	4,6	111445	4,6	223746	118247	4,0	119092	4,0	237339
15 a 19 anos	137146	5,6	144792	5,9	281938	125580	4,3	125659	4,3	251239
20 a 29 anos	235746	9,6	267455	10,9	503201	300307	10,2	321226	10,9	621533
30 a 39 anos	184392	7,5	214816	8,8	399208	237407	8,1	275255	9,3	512662
40 a 49 anos	134278	5,5	157906	6,5	292184	171984	5,8	210792	7,1	382776
50 a 59 anos	73044	3,0	90020	3,7	163064	110333	3,7	140945	4,8	251278
60 a 69 anos	37995	1,6	55852	2,3	93847	51840	1,8	76225	2,6	128065
70 a 79 anos	17851	0,7	32037	1,3	49888	23794	0,8	43471	1,5	67265
80 anos e										
mais	6306	0,3	14995	0,6	21301	9472	0,3	21994	0,7	31466
Total	1150252	47,1	1292855	52,9	2443107	1383254	46,9	1565479	53,1	2948733

Fonte: SMS/SUIS

Figura 5 – Pirâmide Etária, Salvador/Ba. 2000 - 2008

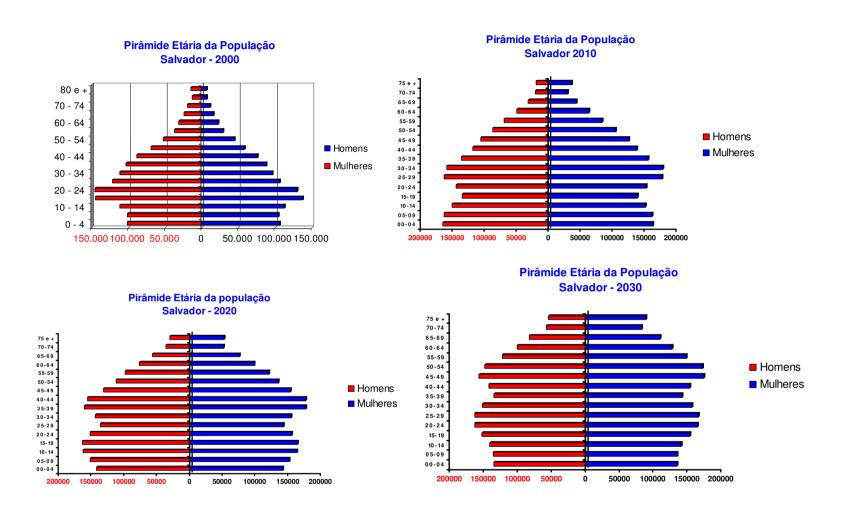


Tabela 32 - Taxa de Mortalidade Infantil, (por 1.000 NV), segundo Distrito Sanitário, no município de Salvador/Ba. 2000 - 2008¹.

Distrito										Variação	Média
Sanitário	2000	2001	2002 20	003	2004	2005	2006	2007	2008	00-08	/00-08
Centro Histórico	19	22,5	19,5 1	5,5	28,4	23,3	24,6	35,7	33	73,1	24,61
Itapagipe	18,2	17,7	23,3 2	0,7	20,9	19,7	19,6	20	16,8	-8	19,66
São											
Caetano/Valeria	16,9	20,3	21,2	26	23,8	25,1	22,6	18,1	15,9	-6,1	21,10
Liberdade	26,8	25,6	21,7 2	5,1	29	29,8	24,2	18,8	22,5	-16,2	24,83
Brotas	14,3	14,6	17,9 2	2,5	26,8	21,3	20,5	20,3	14,2	-1	19,16
Barra/Rio											
Vermelho/Pituba	12,4	16,1	15,9 2	1,8	17,3	18,5	16,8	15,6	16,2	30,7	16,73
Boca do Rio	10,8	16	14,4 1	6,1	17,8	11,4	21,4	19,7	11,8	9,3	15,49
Itapoan	13,6	17,6	16,9	24	14,8	14	23,5	19,3	12,8	-5,5	17,39
Cabula/Beiru	18,1	16,4	17,5 2	1,1	20,5	22,6	20,1	19,7	17,5	-3,5	19,28
Pau da Lima	18,5	19,4	22,3 2	3,5	18,4	21	23,3	16,9	16,3	-11,8	19,96
Subúrbio											
Ferroviário	19,9	23,4	25,4 2	9,4	24,3	26,5	24,2	22,1	22,6	13,6	24,20
Cajazeiras	21,4	23,5	25,8 2	1,7	14,8	19,8	18	18,4	14	-34,7	19,71
Salvador	28,4	27,9	28,1 2	5,2	21,9	21,9	21,7	19,8	17,5	-38,4	14,7

Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC

¹- Dados Preliminares

Tabela 33 - Proporção de óbitos em menores de 01 ano, segundo raça/cor, no município de Salvador/Ba. 2000 - 2008¹.

% Óbitos/Raça-cor	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Branca	5,6	8,2	7,2	7,1	6,5	7,5	8	9,6	9
Negra	62,9	38,7	26,4	40,1	41,6	42,1	62,8	57	54,7
Preta	2,5	2,9	1,7	2,5	2,8	3,4	3,2	2,6	3,1
Parda	60,4	35,8	24,7	37,6	38,8	38,7	59,6	54,4	51,6
Amarela	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
Não informado	31,3	52,7	66,5	52,6	51,9	50,5	29,1	33,2	36,2
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SMS/SUIS-SIMW

¹- Dados Preliminares

Tabela 34 - Distribuição proporcional dos óbitos fetais, segundo Distrito Sanitário, Salvador/Ba. $2000 - 2008^1$.

Distrito Sanitário	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Centro Histórico	1,9	2,4	2,5	2,3	3,3	2,2	2,7	2,6	3,6
Itapagipe	4,1	3,1	3,1	5,5	4,0	4,4	6,2	7,1	6,0
São Caetano/Valeria	9,8	11,0	11,5	14,4	14,4	14,8	12,5	12,4	11,7
Liberdade	4,9	6,7	6,3	7,6	6,0	7,6	8,5	8,2	5,8
Brotas	3,3	6,4	7,7	5,6	5,8	6,7	7,1	5,9	5,4
Barra/Rio									
Vermelho/Pituba	4,1	7,7	6,6	7,2	11,4	8,7	10,7	9,4	10,9
Boca do Rio	1,1	2,6	1,8	3,2	2,5	4,5	3,0	1,6	2,8
Itapoan	3,2	3,4	3,8	5,5	6,8	4,7	4,9	7,4	6,0
Cabula/Beiru	7,5	8,5	8,9	13,3	15,9	16,3	14,2	10,5	15,1
Pau da Lima	4,0	7,2	4,1	5,5	5,6	5,9	7,1	7,2	7,9

Subúrbio Ferroviário	21,5	11,1	10,7	16,2	14,0	16,3	13,1	16,8	15,1
Cajazeiras	2,9	4,6	6,4	6,4	3,7	3,9	6,0	6,6	6,9
Ignorado	31,5	25,3	26,5	7,3	6,7	4,2	4,1	4,1	3,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SMS/SUIS-SIMW e SINASC

¹- Dados Preliminares

Tabela 35 - Mortalidade Proporcional, segundo grupo de causa - CID 10. Salvador/Ba. 2000 - 2008¹.

Causa (CID - 10)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
I. Algumas doenças infecciosas e									
parasitárias	6,9	6,6	6,1	6,7	6,3	6,3	6,2	6,0	5,7
II. Neoplasias (tumores)	13,7	14,0	14,0	14,7	14,8	15,3	15,3	16,5	16,0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e									
metabólicas	5,9	6,2	6,4	6,5	6,4	6,0	5,8	5,6	5,7
IX. Doenças do aparelho circulatório	26,1	27,7	26,7	25,1	25,5	25,9	25,7	24,6	24,0
X. Doenças do aparelho respiratório	11,4	10,5	11,3	11,2	12,6	11,9	12,5	10,9	9,9
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,8	4,7	5,0	4,9	5,5	5,3	5,0	5,2	5,0
XVI. Algumas afecções originadas no									
período perinatal	13,6	12,5	10,5	10,5	8,9	8,7	8,6	7,9	6,4
XX. Causas externas de morbidade e									
mortalidade	11,1	11,3	12,8	13,4	13,1	13,6	13,2	16,1	19,0
Outras Causas	6,4	6,5	7,2	6,9	6,9	7,0	7,7	7,3	8,2
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SMS/SUIS-SIMW

¹- Dados Preliminares

Tabela 36 - Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100 mil habitantes). Salvador/Ba. 2000 - 2008¹.

Causa do Óbito (Capitulo CID 10)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	27.0	240	22 (24.0	24.0	• • •	• • •
Doenças Infecciosas e Parasitárias	35,8	34,8	32,6	33,8	31,3	31,9	31,0	28,5	26,8
AIDS	7,4	7,2	6,7	7,0	6,5	6,6	7,0	6,7	6,9
Neoplasias	71,7	73,5	75,5	73,9	73,7	77,1	77,2	78,3	74,6
Traquéia, brônquios e pulmões	7,6	7,3	7,7	8,5	7,9	8,9	8,0	8,4	7,9
Neoplasia de Mama (Sexo Feminino)	12,1	11,6	10,7	11,7	11,6	11,2	12,3	12,9	13,2
Neoplasia de Próstata (Sexo									
Masculino)	10,7	8,9	11,5	10,6	9,9	11,4	10,2	11,6	10,1
Doenças Aparelho Circulatório	136,1	145,2	143,7	126,3	126,9	130,7	129,2	116,9	111,7
Infarto Agudo do Miocárdio	22,3	26,1	25,4	23,2	22,1	25,1	29,4	19,8	20,6
Doenças Cerobrovasculares	47,2	50,3	49,1	47,6	45,3	41,4	39,5	39,4	39,5
Doenças Endócrinas	30,9	32,5	34,3	32,6	31,8	30,1	29,1	26,9	26,7
Diabetes Mellitus	23,6	26,2	27,1	24,9	24,8	24,4	23,1	20,8	20,4
Causas Externas	57,9	59,4	69,0	67,5	65,5	68,4	66,4	76,5	88,5
Acidentes de Transporte	2,8	4,0	3,8	8,1	5,0	10,7	10,1	8,8	3,5
Agressões (Homicídio)	11,0	17,7	20,2	24,2	27,6	38,2	40,5	44,8	57,7
Doenças Aparelho Respiratório	59,5	55,1	60,9	56,4	62,8	59,8	63,1	51,7	46,2
Asma	10,7	8,2	8,1	7,2	8,5	8,4	12,3	11,3	11,3
Doenças Crônicas Vias Aéreas									
<u>Inferiores</u>	11,4	9,2	11,0	9,5	9,8	9,8	7,9	9,3	8,4

Fonte: SMS/SUIS-SIMW e IBGE

¹- Dados Preliminares

Tabela 37 - Mortalidade Proporcional, segundo causas externas CID 10. Salvador/Ba. 2000 - 2008¹.

Causa (CID10 BR)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
. 103 Acidentes de transporte	4,9	6,8	5,6	12,1	7,6	15,6	15,1	11,5	3,9
. 104 Quedas		2,4	2,4	3,0	5,4	8,9	7,9	4,5	1,5
. 105 Afogamento e submersões									
acidentais	4,1	3,2	3,3	2,6	2,9	2,6	2,8	2,3	1,8
. 106 Exposição à fumaça, ao fogo e às									
chamas	2,3	2,0	2,4	2,0	1,5	0,8	0,7	1,4	1,5
. 107 Envenenamento, intoxicação por									
ou exposição a substancias nocivas	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
. 108 Lesões autoprovocadas									
voluntariamente	0,8	0,9	0,9	0,9	1,9	4,2	3,1	2,4	0,5
. 109 Agressões (Homicídio)	19,0	29,8	29,3	35,9	42,2	55,9	60,9	58,6	65,1
. 110 Eventos (fatos) cuja intenção é									
indeterminada	42,0	47,9	46,5	35,3	31,0	5,9	4,6	14,8	20,7
. 111 Intervenções legais e operações de									
guerra	0,0	0,0	0,0	0,1	0,6	0,8	0,1	0,2	0,2
. 112 Todas as outras causas externas	24,6	6,8	9,4	8,3	6,9	5,4	4,8	4,3	4,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SMS/SUIS-SIM

Tabela 38 - Número de Leitos SUS de UTI, segundo prestador, Salvador-Ba, 2009.

PRESTADOR	Nº	DE
FRESTADOR	LEITOS	
Filantrópico	103	
Hospital Santa Isabel	24	
Martagão Gesteira	8	
Hospital Sagrada Família	5	
Hospital Santo Antônio	20	
Hospital Aristides Maltez	10	
Hospital Espanhol	8	
Hospital Português	9	
Hospital São Rafael	19	
Estadual	190	
Hospital Geral Manoel Vitorino	10	
Hospital Geral Ernesto Simões Filho	11	
Hospital Especializado Octavio Mangabeira	8	
Maternidade Professor José Maria de Magalhães		
Neto	58	
Hospital Geral do Estado	36	
Hospital Geral Roberto Santos	67	
Federal	65	
Maternidade Climério de Oliveira	10	
Hospital Ana Nery	32	

TOTAL GERAL	358
Hospital do Aparelho Locomotor Sarah Salvador	10
Hospital Universitário Professor Edgard Santos	13

Fonte: CNES

Quadro 05 – Número de Consultas Especializadas Programadas para a população de Salvador e Produção de 2009. Salvador-Ba, 2009.

TIPO DE CONCLUTA	DDOCD AMADA (ANO	PRODUÇÃO
TIPO DE CONSULTA	PROGRAMADA/ANO	2009
Saúde do Trabalhador	6.356	22.407
Médico acupunturista	6.118	91
Médico alergista e imunologista	5.298	19.954
Médico anestesiologista	28.053	42.151
Médico angiologista	35.572	38.316
Médico cardiologista	67.415	155.671
Médico cirurgião cardiovascular	2.121	7.157
Médico cirurgião de cabeça e		
pescoço	3.872	16.590
Médico cirurgião do aparelho		
digestivo	244	11
Médico cirurgião geral	98.688	115.595
Médico cirurgião pediátrico	7.607	36.218
Médico cirurgião plástico	7.864	23.634
Médico cirurgião torácico	1.499	6.698
Médico clínico	22.434	44.439
Médico dermatologista	28.647	57.070
Médico endocrinologista e		
metabologista	28.555	45.128
Médico fisiatra	5.483	20.376
Médico gastroenterologista	19.511	42.980
Médico geneticista	572	3.023
Médico geriatra	20.618	20.394
Médico ginecologista e obstetra	19.100	36.279
Médico hematologista	9.583	40.500
Médico hemoterapeuta	27	4
Médico homeopata	370	320
Médico infectologista	7.660	40.080
Médico mastologista	11.977	29.761
Médico nefrologista	37.036	20.135
Médico neurocirurgião	2.829	12.513
Médico neurologista	27.359	86.402
Médico oftalmologista	133.366	355.779
Médico oncologista	13.477	52.134
0.000	,	-

Médico ortopedista e		
traumatologista	199.375	549.819
Médico otorrinolaringologista	79.890	119.947
Médico pediatra	3.278	18.158
Médico pneumologista	21.336	79.787
Médico proctologista	6.926	22.061
Médico psiquiatra	119.424	107.229
Médico radioterapeuta	2.217	11.044
Médico reumatologista	27.901	9.811
Médico urologista	34.777	77.093
Médico hansenologista	335	1.169
Médico cirurgião vascular	49	2.817
Médico cancerologista cirúrgico	13	895
Médico cancerologista clínico	229	10.379
TOTAL	1.155.061	2.402.019

Fonte: PPI/2009

Quadro 06 - Exames de Média Complexidade Programados e Produção de 2009, Salvador-Ba.

		REALIZADO
EXAMES	PROGRAMADO/ANO	EM 2009
PATOLOGIA CLÍNICA	4.630.517	7.134.122
Exames Bioquímicos (Avançado)	28.974	74.236
Exames Bioquímicos (Básico)	2.592.443	3.623.778
Exames Bioquímicos (Intermediário)	180.964	51.087
Pesquisa Tripanossoma	380	736
Hematologia (Básica)	375.711	865.277
Hematologia (Intermediária)	498.845	807.627
Hemostasia (Avançada)	3.613	3.685
Hemostasia (Básica)	91.528	189.379
Hemostasia (Intermediária)	11.065	55.544
Imunologia (Básica)	102.384	115.814
Imunologia (Intermediária)	10.616	25.865
Painel Infeccioso	5.172	13.077
Exames coprológicos	11.947	9.321
Coprologia (Básica)	164.944	564.290
Exames de uroanálise	50.232	26.038
Analise de caracteres físicos, elementos e		
sedimento da Urina	375.160	430.143
Dosagem de microalbumina na urina	44.388	421
Dosagem de Paratormonio	1.890	5.009
Exames Hormonais	16.321	34.215
Imunohematológico (Básico)	63.940	238.580

RADIODIAGNÓSTICO	409.421	975.405
Exames radiológicos da cabeça e pescoço	37.747	78.058
Exames Radiológicos de odontologia	25.716	65.086
Exames radiológicos da coluna vertebral	44.459	93.427
Exames radiológicos do torax e mediastino	137.092	438.621
Exames radiológicos da cintura escapular e dos		
membros superiores	70.036	96.445
Radiologia abdômen/pelve(Básico)	9.401	21.767
Radiologia abdômen/pelve(Intermediário)	1.957	4.531
Exames radiológicos da cintura pélvica e dos		
membros inferiores	83.013	177.470
ULTRA-SONOGRAFIA	255.236	446.989
Ecocardiografia transtóracica	11.122	29.060
Ultra-sonografia-doppler colorido de vasos (até		
3 vasos)	4.663	16.464
Ultra-sonografias dos demais sistemas	108.003	207.075
Ultra-sonografia de abdomen total	37.178	94.599
Ultra-sonografia de globo ocular/orbita		
(monocular)	3.091	6.142
Ultra-sonografia mamária bilateral	50.858	29.716
Ultra-sonografia Obstétrica	40.321	63.933
DIAGNOSE	650.653	1.044.276
Ef	16 220	43.412
Esofagogastroduenoscopia	16.329	43.412
Aparelho digestivo - via-baixa	1.868	5.582
Aparelho digestivo - via-baixa	1.868	5.582
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório	1.868 7.066	5.582 20.539
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma	1.868 7.066	5.582 20.539
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3	1.868 7.066 179.103	5.582 20.539 176.938
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3 canais)	1.868 7.066 179.103 6.000	5.582 20.539 176.938
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3 canais) Monitoração ambulatorial de pressão	1.868 7.066 179.103 6.000 10.040	5.582 20.539 176.938 1.790 2.522
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3 canais) Monitoração ambulatorial de pressão Teste de esforço/teste ergometrico	1.868 7.066 179.103 6.000 10.040 20.000	5.582 20.539 176.938 1.790 2.522 13.295
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3 canais) Monitoração ambulatorial de pressão Teste de esforço/teste ergometrico Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia	1.868 7.066 179.103 6.000 10.040 20.000 7.994	5.582 20.539 176.938 1.790 2.522 13.295 107.237
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3 canais) Monitoração ambulatorial de pressão Teste de esforço/teste ergometrico Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia Diagnóstico em neurologia	1.868 7.066 179.103 6.000 10.040 20.000 7.994 220	5.582 20.539 176.938 1.790 2.522 13.295 107.237 1.101
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3 canais) Monitoração ambulatorial de pressão Teste de esforço/teste ergometrico Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia Diagnóstico em neurologia Eletroencefalograma	1.868 7.066 179.103 6.000 10.040 20.000 7.994 220 5.425	5.582 20.539 176.938 1.790 2.522 13.295 107.237 1.101 11.790
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3 canais) Monitoração ambulatorial de pressão Teste de esforço/teste ergometrico Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia Diagnóstico em neurologia Eletroencefalograma Eeletromiograma	1.868 7.066 179.103 6.000 10.040 20.000 7.994 220 5.425 4.394	5.582 20.539 176.938 1.790 2.522 13.295 107.237 1.101 11.790 2.924
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3 canais) Monitoração ambulatorial de pressão Teste de esforço/teste ergometrico Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia Diagnóstico em neurologia Eletroencefalograma Eeletromiograma Diagnóstico oftalmológico - Alto	1.868 7.066 179.103 6.000 10.040 20.000 7.994 220 5.425 4.394 45.489	5.582 20.539 176.938 1.790 2.522 13.295 107.237 1.101 11.790 2.924 130.836
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3 canais) Monitoração ambulatorial de pressão Teste de esforço/teste ergometrico Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia Diagnóstico em neurologia Eletroencefalograma Eeletromiograma Diagnóstico oftalmológico - Alto Diagnóstico oftalmológico - Básico	1.868 7.066 179.103 6.000 10.040 20.000 7.994 220 5.425 4.394 45.489 192.045	5.582 20.539 176.938 1.790 2.522 13.295 107.237 1.101 11.790 2.924 130.836 359.138
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3 canais) Monitoração ambulatorial de pressão Teste de esforço/teste ergometrico Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia Diagnóstico em neurologia Eletroencefalograma Eeletromiograma Diagnóstico oftalmológico - Alto Diagnóstico oftalmológico - Básico Diagnóstico oftalmológico - Intermediário	1.868 7.066 179.103 6.000 10.040 20.000 7.994 220 5.425 4.394 45.489 192.045	5.582 20.539 176.938 1.790 2.522 13.295 107.237 1.101 11.790 2.924 130.836 359.138
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3 canais) Monitoração ambulatorial de pressão Teste de esforço/teste ergometrico Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia Diagnóstico em neurologia Eletroencefalograma Eeletromiograma Diagnóstico oftalmológico - Alto Diagnóstico oftalmológico - Básico Diagnóstico oftalmológico - Intermediário Diagnóstico em	1.868 7.066 179.103 6.000 10.040 20.000 7.994 220 5.425 4.394 45.489 192.045 21.853	5.582 20.539 176.938 1.790 2.522 13.295 107.237 1.101 11.790 2.924 130.836 359.138 67.448
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3 canais) Monitoração ambulatorial de pressão Teste de esforço/teste ergometrico Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia Diagnóstico em neurologia Eletroencefalograma Eeletromiograma Diagnóstico oftalmológico - Alto Diagnóstico oftalmológico - Básico Diagnóstico oftalmológico - Intermediário Diagnóstico em otorrinolaringologia/fonoaudiologia	1.868 7.066 179.103 6.000 10.040 20.000 7.994 220 5.425 4.394 45.489 192.045 21.853	5.582 20.539 176.938 1.790 2.522 13.295 107.237 1.101 11.790 2.924 130.836 359.138 67.448
Aparelho digestivo - via-baixa Aparelho respiratório Eletrocardiograma Monitoramento pelo sistema holter 24 HS (3 canais) Monitoração ambulatorial de pressão Teste de esforço/teste ergometrico Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia Diagnóstico em neurologia Eletroencefalograma Eeletromiograma Diagnóstico oftalmológico - Alto Diagnóstico oftalmológico - Básico Diagnóstico oftalmológico - Intermediário Diagnóstico em otorrinolaringologia/fonoaudiologia Audiometrias	1.868 7.066 179.103 6.000 10.040 20.000 7.994 220 5.425 4.394 45.489 192.045 21.853	5.582 20.539 176.938 1.790 2.522 13.295 107.237 1.101 11.790 2.924 130.836 359.138 67.448

Imitanciometria/função tubária	6.921	11.597
Diagnóstico em pneumologia	33.803	5.101
Aplicação de teste para psicodiagnóstico	44.300	8.020
Teste realizado fora da estrutura de laboratório	1.771	5.717
TERAPIA	13.275	40.869
Terapias em doenças alérgicas	7.025	24.870
Terapias do aparelho geniturinário	1.331	3.140
Terapias do aparelho geniturinário -		
Ginecologia	4.423	11.636
Cardioversão elétrica	202	1.223
Práticas integrativas e complementares	294	0
TOTAL	5.959.102	9.641.661

Fonte: PPI/2009.

Quadro 07 - Distribuição de leitos SUS/Não SUS das Unidades Hospitalares segundo Especialidade e Distrito Sanitário. Salvador-Ba, 2010.

LEITOS POR	CENT HISTÓ	-	ITAPAGIPE SÃO CAETANO		LIBERDADE		BROTAS		BARRA/RIO VERMELHO		BOCA DO RIO		ITAPUÃ		CABULA/BEIRU		PAU DA LIMA		SUBURBIO		CAJAZEIRAS		TOTAL			
ESPECIALIDADES	SUS	NÃO SUS	SUS	NÃO SUS	sus	NÃO SUS	sus	NÃO SUS	sus	NÃO SUS	sus	NÃO SUS	sus	NÃO SUS	sus	NÃO SUS	sus	NÃO SUS	sus	NÃO SUS	sus	NÃO SUS	SUS	NÃO SUS	sus	NÃO SUS
CIRÚRGICOS	469	59	168	59	00	07	195	00	129	39	405	516	00	00	08	00	174	00	44	101	04	23	84	118	1680	922
CLÍNICA MÉDICA	117	51	402	15	00	06	181	00	77	28	139	299	00	00	07	00	103	00	78	35	08	05	65	00	1177	439
OBSTÉTRICOS	69	23	35	00	00	36	234	00	83	00	00	129	00	00	00	00	64	00	00	00	35	02	55	00	575	190
PEDIATRIA	145	39	182	05	00	00	107	00	16	06	78	62	00	00	04	00	20	00	15	24	15	03	34	04	616	143
CRÔNICOS	82	00	361	00	00	00	10	00	15	00	01	07	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	10	00	479	07
PSIQUIATRIA	76	62	37	00	00	00	30	00	00	00	10	15	00	00	00	00	200	00	00	00	00	00	00	00	353	77
REABILITAÇÃO	00	00	00	00	00	00	0	00	00	00	113	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	113	00
TISIOLOGIA	00	00	25	00	00	00	82	00	00	00	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	0	00	00	107	01
HOSPITAL DIA	44	73	00	21	00	00	8	08	00	00	67	138	00	00	08	03	00	00	06	17	00	09	00	00	133	269
TOTAL	1002	307	1210	100	00	49	847	08	320	73	813	1167	00	00	27	03	561	00	143	177	62	42	248	122	5233	2048

Fonte: CNES