

PLANO MUNICIPAL
DE SAÚDE
2018-2021
Volume I

PREFEITO

Antônio Carlos Peixoto Magalhães Neto

VICE-PREFEITO

Bruno Reis

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

José Antônio Rodrigues Alves

SUBSECRETÁRIA DE SAÚDE

Maria Lucimar Alves de Lira Rocha

Assessoria de Gabinete
Lealdina Chaves Barros

Assessoria de Gabinete
Ana Paula Barbuda Prates

Assessoria de Comunicação
Lélia Dourado

Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão
Rosa Virgínia Rosemberg Oliveira Fernandes

Diretora de Atenção à Saúde
Luciana Torres Peixoto

Diretoria de Vigilância da Saúde
Érica Luciana Lago de Carvalho

Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Marta Rejane Montenegro Batista

Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde
Maria do Socorro Tanure Telles

Coordenadoria Administrativa
Stella Gleide

Coordenadoria Executiva do Fundo Municipal de Saúde
Jerônimo Souza de Cerqueira

Núcleo de Tecnologia de Informação
Vinicius Alves Mariano

Auditoria
Viviane Nobre de Santana

Ouvidoria em Saúde
Sara Arêas Costa

Distrito Sanitário Centro Histórico
Bruno Oliveira de Carvalho

Distrito Sanitário Itapagipe
Isnaia Rodrigues Santos

Distrito Sanitário São Caetano Valéria
Rocardo Augusto Valle Gomes

Distrito Sanitário Liberdade
Maria Regina Santos de Oliveira

Distrito Sanitário Brotas
Amália Luci Araújo

Distrito Sanitário Barra Rio Vermelho
Louricea de Cerqueira Daltro

Distrito Sanitário Boca do Rio
Moisés Gomes

Distrito Sanitário Itapuã
Ana Cláudia Santana da Luz

Distrito Sanitário Cabula Beirú
Lorena Sena

Distrito Sanitário Pau da Lima
Marcelo Augusto dos Santos Tavares

Distrito Sanitário Cajazeiras
Simone Cruz de Barros

Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário
Moisés Teles Ribeiro

Comissão de Elaboração¹

Adriana Cerqueira Miranda
Alcione Santos da Anunciação
Aline Oliveira Martins Cavalcanti Cunha
Aline Ribas Florêncio
Ana Paula Pitanga Barbuda Prates
André Luis Tavares Pereira
Anne Larissa Santiago da Maia
Cristina Maria Malta Borges
Darlene Silva de Souza
Doiane Lemos Souza
Eduardo Vasconcelos de Jesus
Eliene dos Santos de Jesus
Emanuela Oliveira Conceição
Estefane Alis Silva Ucha
Gilvânia Lima Nogueira
Helena Cristina Alves Vieira Lima
Hiane Santos de Jesus
Ilena Rafaela Gama de Brito Oliveira
Indaiara Neri Santos
Irlan Coelho Souza
Jaqueline Rodrigues Almeida - Secretária Executiva CMS
Kênya Lima de Araújo
Lourêncio Ricardo Oliveira
Marcelo Mário Santos Medrado
Maria de Fátima Carvalho de Oliveira
Maria de Fátima Martins
Maria de Fátima Pereira Santos
Maria do Socorro Farias Chaves
Marta Souza Rocha
Mavie Eloy Kruschewsky
Melícia Maria da Conceição Silva Reis Góes
Mirella Farias Silva Costa
Olivete Borba dos Reis
Rose Mary Cardoso de Sena
Rubiraci Santos de Almeida – Presidente CMS
Sara Areas Costa
Sara Cristina Carvalho Cerqueira
Stela Gleide Oliveira Santana
Ticiane Teixeira de Mendonça
Vanessa Fonseca Ribeiro
Vinicius Alves Marinho

Equipe Técnica do Planejamento

Alcione Santos da Anunciação
Aline Oliveira Martins Cavalcanti Cunha
Darlene Silva de Souza
Dulcelina Anjos do Carmo
Dulcemary Carvalho Costa Lima
Maria de Fátima Carvalho de Oliveira
Maria de Fátima Pereira Santos
Sara Cristina Carvalho Cerqueira
Suzana Mendes Almeida

¹ Comissão de elaboração do PMS 2018-2021 nomeada pela Portaria nº 220, publicada no Diário Oficial do Município de 05 de maio de 2017.

Subcomissão de Análise de Situação de Saúde

Maria de Fátima Pereira dos Santos
Aline Oliveira Martins Cunha
Alcione Santos da Anunciação
Isabela Sales Junqueira
Eliene Dos Santos de Jesus
Ilena Cristina Alves
Ana Lucia Galvão Sales
Maria do Socorro Farias Chaves
Alexandro Gesner Gomes
Mavie Eloy kruschewsky
Vanessa Fonseca Ribeiro
Hiane Santos de Jesus
Gilvania Lima Nogueira
Ana Paula Reis Vianna
Maria de Fátima Martins
Indaiara Neri Santos
Irlan Souza Coelho
Estefane Alis Silva Uchoa
Ana Paula Pitanga Barbuda Prates
Sara Areas Costa
Tiza Mendes
Suzana Mendes de Almeida
Elka Maltez de Miranda
Helena Cristina Alves Vieira Lima
Melicia Maria da Conexão Silva Reis Goes
Lídice Paraguassú

Grupo de Trabalho de Planejamento e Avaliação

Carlos Diego S.Monteiro Almeida
Emanuela Oliveira Conceição
Gilvânia Lima Nogueira
Hiane Santos de Jesus
Indaiara Neri Santos
Irlan Coelho Souza
Marcia Silva dos Santos Reis
Maria de Fátima Martins
Maria do Socorro Farias Chaves
Mavie Eloy Kruschewsky
Melícia Silva Reis Góes
Sara Arêas Costa
Stela Gleide Oliveira Santana
Vinicius Alves Marinho

Residentes em Planejamento e Gestão – ISC/UFBA

Abdon de Oliveira Brito
Amana Santana de Jesus
Ana Cláudia Alves S. Sousa
Andrea Lais Santos e Santos
Camila Santana dos Reis
Camila Ramos Reis
Camila Oliveira Araújo
Carina da Silva de Sousa
Carla Valois Ribeiro
Carolyne Cosme de Souza
Daniele Pereira de Souza
Daiane Celestino Melo
Elen Gabriele S. S. Franco
Ingrid Sepúlveda Santos

Jessica Janai Meneses Valério
Jéssica Resende Aguiar
Jessica Santos de Souza
Juciana Damacena Silva
Juliana Bastos Santos Figueira
Juliana Santos de Oliveira
Juliete Sales Martins
Lilian Barbosa Rosado
Maria Gabriele de Almeida Dantas
Michelle Santos de Barros
Raísa Santos de Sousa
Robson Santa Cruz Costa
Ruany Amorim da Silva

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB – Atenção Básica
ACE – Agente Comunitário de Endemia
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AF – Assistência Farmacêutica
APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APS – Atenção Primária a Saúde
ASCOM – Assessoria de Comunicação
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
CDS – Conselho Distrital de Saúde
CEO – Centro de Especialidade Odontológica
CER – Centro Especializado em Reabilitação
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF – Constituição Federal
CIEVS - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CMR – Central Municipal de Regulação
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CMUE – Coordenadoria Municipal de Urgência e Emergência
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRIE - Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
CYGNUS – Sistema de Agendamento de Consultas e Exames
DEPG – Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNC – Doença de Notificação Compulsória
DS – Distritos Sanitários
EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
EC – Emenda Constitucional
eSB – Equipe de Saúde Bucal
eSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FMS – Fundo Municipal de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GASEC – Gabinete do Secretário
GTH – Grupo de Trabalho de Humanização
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INSS – Instituto Nacional da Seguridade Social
MAC – Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NGI – Núcleo de Gestão de Informática
NOTIFIQUE – Sistema de Notificação
PAVS – Programação das Ações da Vigilância em Saúde

PBF – Programa Bolsa Família
PCASP – Plano de Contas Aplicado ao Setor Público
PDDU – Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PEA – População Economicamente Ativa
PEAO – População Economicamente Ativa Ocupada
PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PIA – População em Idade Ativa
PIB – Produto Interno Bruto
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNI – Programa Nacional de Imunização
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada Integrada
PSE – Programa de Saúde na Escola
RLI – Receita Líquida de Impostos
RSI – Regulamento Sanitário Internacional
SAE – Serviço de Atenção Especializado
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEI – Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISAUD – Sistema de Informação de Auditoria
SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISFARMA – Sistema de Controle de Farmácia
SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISPCE – Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose
SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
SISVAN – Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPAS – Unidades de Pronto Atendimento
USA – Unidade de Suporte Avançado
USB – Unidade de Suporte Básico
USF – Unidade de Saúde da Família
VIDA+ – Sistema Integrado de Gestão em Saúde
VIEP – Vigilância Epidemiológica
VISA – Vigilância Sanitária
VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador
VISAU – Vigilância em Saúde

Lista de Mapas

Mapa 01. Distribuição espacial das Prefeituras-Bairro e dos Distritos Sanitários. Salvador-BA, 2016.
Mapa 02. Distribuição espacial e população por Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2010.
Mapa 03. Densidade Demográfica, Brasil, 2010
Mapa 04. Densidade Demográfica, Bahia-Brasil, 2010
Mapa 05: Densidade demográfica segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2010 e 2015
Mapa 06: Frequência de Notificações de ADRT no DS no SINAN, no período de 2007-2015 no Município de Salvador
Mapa 07. Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas
Mapa 08. Áreas Quentes com base nos casos notificados de Leptospirose, Salvador, 2005-2015.

Lista de Figuras

- Figura 01. Pirâmide Etária segundo Sexo e Raça/Cor, Salvador-BA, 2000 e 2010
Figura 02: Pirâmide Etária da População Economicamente Ativa. Salvador-BA, 2000 e 2010.
Figura 03. Taxa de incidência por DS, 2005 e 2015
Figura 04: Taxa de incidência da varicela por DS, Salvador, 2005 a 2015
Figura 05: Distribuição territorial dos CAPS da rede própria, Salvador, 2017
Figura 06: Estrutura de trabalho da Vigilância em Saúde Ambiental no município de Salvador, Bahia.

Lista de Gráficos

- Gráfico 01. Taxa de Natalidade por 1000, por local de residência. Salvador e Bahia, 2005 – 2015
Gráfico 02. Índice de envelhecimento populacional (65 anos e mais). Salvador-BA, 2005 a 2015
Gráfico 03. Índice de Envelhecimento Populacional (65 anos e mais), por sexo. Salvador-BA, 2005 a 2015
Gráfico 04. Índice de Envelhecimento por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2005 e 2015
Gráfico 05. Taxa de analfabetismo. Salvador-BA, 2000 e 2010
Gráfico 06. Proporção de pobres. Salvador-BA, 2000 e 2010
Gráfico 07. Produto Interno Bruto per capita. Salvador-BA, 2010 a 2014
Gráfico 08. Renda média domiciliar per capita. Salvador-BA, 2000 e 2010
Gráfico 09. Proporção de Nascidos Vivos, segundo grau de escolaridade das mães. Salvador-BA, 2005 e 2015
Gráfico 10. Proporção de nascidos vivos, segundo faixa etária da mãe. Salvador-BA, 2005 – 2015
Gráfico 11. Anexo - Proporção de nascidos vivos, segundo raça/cor. Salvador-BA, 2005 – 2010
Gráfico 12. Proporção de nascidos vivos, segundo raça/cor da mãe. Salvador -BA, 2011 –2015
Gráfico 13. Percentual de nascidos vivos de mães com 07 e mais consultas de Pré-Natal, segundo local de residência. Salvador e estado da Bahia, 2005 – 2015
Gráfico 14. Percentual de nascidos vivos, segundo consultas de pré-natal realizadas pela mãe. Salvador-BA, 2005 – 2015
Gráficos 15. Percentual de nascidos vivos de parto cesáreo, segundo local de residência da mãe. Salvador e estado da Bahia, 2005 – 2015
Gráfico 16. Proporção de Nascidos Vivos, segundo tipo de parto Salvador-BA 2005 – 2015
Gráfico 17. Proporção de Nascidos Vivos de baixo peso, segundo local de residência. Salvador e Bahia, 2005- 2015
Gráfico 18. Taxa de mortalidade bruta no Brasil e em Salvador- BA, 2005 a 2015
Gráfico 19. Anexo - Mortalidade geral por capítulos CID 10 e faixa etária, em Salvador-BA, 2005 a 2015
Gráfico 20. Taxa de mortalidade pelos principais grupos de causas, Salvador-BA, 2005-2015
Gráfico 21. Taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais DCNT (aparelho circulatório, câncer, diabetes e respiratórias crônicas segundo sexo, Salvador-BA, 2005 a 2015
Gráfico 22. Proporção de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por DCNT, segundo o quesito raça/cor em Salvador - BA, 2005 a 2015
Gráfico 23. Anexo - Mortalidade proporcional segundo principais causas determinantes do capítulo IX Doenças do Aparelho Circulatório, Salvador-BA, 2005 a 2015
Gráfico 24. Taxa de Mortalidade Infantil em menores de um ano. Salvador, 2005-2015
Gráfico 25. Taxa de Mortalidade Infantil por Componentes. Salvador, 2005-2015
Gráfico 26. Anexo - Média da Taxa de Mortalidade Infantil por DS de Residência. Salvador, 2005-2015
Gráfico 27. Taxa de Mortalidade Infantil por Distrito Sanitário de Residência. Salvador 2005 e 2015.
Gráfico 28. Principais causas de mortalidade em menores de um ano. Salvador, 2005-2015
Gráfico 29. Taxa de Mortalidade Perinatal. Salvador, 2005-2015.
Gráfico 30. Taxa de Mortalidade fetal. Salvador, 2005-2015
Gráfico 31. Anexo - Média da Taxa de Mortalidade Fetal por Distrito Sanitário de Residência. Salvador, 2005-2015.
Gráfico 32. Anexo - Taxa de Mortalidade Fetal por Distrito Sanitário de Residência. Salvador, 2005 e 2015
Gráfico 33. Principais causas de mortalidade fetal classificadas no CID 10 (*). Salvador,2005-2015
Gráfico 34. Mortalidade Materna Salvador, Bahia, Brasil 2010-2015
Gráfico 35. Mortalidade Materna por Distrito Sanitário, Salvador 2005-2015

Gráfico 36. Distribuição do óbito materno segundo raça, Salvador 2005-2015
Gráfico 37. Número de óbitos maternos segundo faixa etária da mãe, Salvador, 2005 a 2015
Gráfico 38. Distribuição percentual de óbitos maternos segundo causas CID 10, Salvador, 2008 a 2015
Gráfico 39. Número de óbitos e taxa de mortalidade por causas externas em residentes em Salvador – Ba, 2005-2015
Gráfico 40. Percentual de óbitos por causas de externas de acordo com o grupo de causa capítulos do CID-10, de residentes em Salvador- BA, 2005 a 2015
Gráfico 41. Proporção e taxa de mortalidade por causas externas de acordo com o sexo de residentes em Salvador- Bahia, 2005 a 2015
Gráfico 42. Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito e transporte, segundo sexo, em residentes de Salvador – BA, 2005 a 2015.
Gráfico 43. Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil e em residentes de Salvador – BA, 2005 a 2015.
Gráfico 44. Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito e transporte nas capitais da Região Nordeste do país, 2005, 2010 e 2015
Gráfico 45. Número e proporção de notificações de violência Interpessoal/ autoprovocada segundo sexo em residente de Salvador - BA, 2009 a 2015
Gráfico 46. Percentual de notificações de casos de violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o tipo de violência em residentes de Salvador - BA, 2009 a 2015
Gráfico 47. Anexo - Percentual de notificações de casos de violência interpessoal /autoprovocada de acordo com o Distrito Sanitário de residência, Salvador - BA, 2009 a 2015
Gráfico 48: Percentual de notificação por sexo de indivíduos com doença falciforme. Salvador, 2009 a 2015
Gráfico 49: Número e taxa de internamentos de indivíduos com doença falciforme. Salvador, 2005 a 2015.
Gráfico 50. Taxa de internamentos/100.000 hab por sexo de indivíduos com doença falciforme. Salvador, 2005 a 2015
Gráfico 51. Taxa de mortalidade de indivíduos com doença falciforme. Salvador, 2005 a 2015
Gráfico 52. Taxa de incidência de Acidente de Trajeto em Segurados da Previdência Social, residentes em Salvador e Bahia, 2005-2012
Gráfico 53. Taxa de incidência de Acidente de Trabalho Típico em Segurados da Previdência Social, residentes em Salvador e Bahia, 2005-2012
Gráfico 54. Taxa de Doenças Relacionadas ao Trabalho em Segurados da Previdência Social, residentes em Salvador e Bahia, 2005-2012
Gráfico 55. Taxa de Incidência Proporcional de ADRT no SINAN, Salvador, Fortaleza, Bahia e Brasil no período de 2007-2015
Gráfico 56. Frequência de Notificação de ADRT, no período de 2007-2015, no Município de Residência Salvador
Gráfico 57. Coeficiente de Mortalidade Proporcional ADRT segundo município de residência. Salvador e Fortaleza, Bahia e Brasil, 2005 – 2015
Gráfico 58. Taxa de Incidência de Tuberculose (por 100.000 hab), todas as formas, Salvador – BA, 2005 a 2015
Gráfico 59. Percentual de Cura e Abandono dos Casos Novos de Tuberculose com Confirmação Laboratorial. Salvador – BA, 2005 a 2015.
Gráfico 60. Análise de tendência do Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população geral, em menores de 15 e 05 anos por 100.000/hab. Salvador, 2005 a 2015
Gráfico 61. Proporção de casos com incapacidade física entre os casos de hanseníase detectados, Salvador, 2005 a 2015
Gráfico 62. Tendência para proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. Salvador/ Bahia, Brasil, 2005- 2015
Gráfico 63. Ocorrência de casos confirmados e incidência das meningites virais (por 100.000 habitantes), em Salvador, 2005 a 2015
Gráfico 64. Número de casos confirmados e incidência (por 100.000 habitantes) das meningites bacterianas em Salvador, 2005 a 2015
Gráfico 65. Taxa de incidência de coqueluche em Salvador e Brasil e coberturas vacinas das vacinas com o componente pertussis, 2005-2015
Gráfico 66. Taxa de incidência de Sarampo e Rubéola de Salvador e Brasil e cobertura vacinal contra estas doenças, 2005-2015
Gráfico 67. Taxa de incidência de Salvador, Brasil e cobertura vacinal de Salvador, 2009-2015
Gráfico 68. Série histórica da taxa de incidência da varicela em Salvador e coberturas vacinais, Salvador, 2005-2015

Gráfico 69. Incidência (100.000hab) de dengue, Salvador, 2005 a 2015

Gráfico 70. Incidência de Leptospirose por 100.000 hab, Salvador, Bahia, 2005 a 2015

Gráfico 71. Incidência da Esquistossomose (100.000 hab) segundo Distrito Sanitário de Salvador, 2012 a 2016

Gráfico 72. Incidência (100.000 h) de Hepatite B segundo sexo, Salvador, 2005 a 2015

Gráfico 73. Incidência de Hepatite C em Salvador, Fortaleza e Brasil, 2005 a 2015

Gráfico 74. Incidência de Hepatite C por sexo, Salvador, 2005 a 2015

Gráfico 75. Incidência de sífilis congênita em capitais do nordeste, Belo Horizonte e Brasil, 2007 a 2015.

Gráfico 76. Coeficiente de detecção de AIDS em maiores de 13 anos de idade, segundo ano de diagnóstico. Salvador. 2005 – 2015

Gráfico 77. Cascata de Cuidado Contínuo de Salvador, 2015

Gráfico 78: Número de internamentos e taxa de internação por causas externas de residentes em Salvador e valor total das autorizações de internação hospitalar (AIH) - BA, 2005 a 2015.

Gráfico 79. Número e proporção de internamentos por causas externas de residentes em Salvador de acordo com o sexo da vítima. BA, 2005 a 2015

Gráfico 80. Número de internamentos por causas externas de acordo com a faixa etária de residentes em Salvador – Bahia, 2005-2015

Gráfico 81. Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS por tipo de prestador, Salvador/BA, 2017

Gráfico 82. Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde segundo modalidade ambulatorial e hospitalar, Salvador/BA, 2017

Gráfico 83. Cobertura da Atenção Primária à Saúde, 2012-2017, Salvador – BA

Gráfico 84. Número de equipes de Saúde da Família, período 2012-2017, Salvador-BA

Gráfico 85. Cobertura de Saúde da Família, 2012-2017, Salvador – Bahia*

Gráfico 86. Número de equipes de Saúde da Família implantadas por Distrito Sanitário, 2005, 2012, 2013 e 2017. Salvador – BA

Gráfico 87. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres residentes de 25 a 64 anos. Salvador, 2010-2015

Gráfico 88. Razão de exames de mamografia em mulheres residentes de 50 a 64 anos. Salvador, 2010-2015

Gráfico 89. Percentual de cura e abandono de tratamento entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes. Salvador, 2005- 2015

Gráfico 90. Percentual de não preenchimento do quesito raça/cor, segundo Sistemas de Informação em Saúde. Salvador/BA, 2005-2014

Gráfico 91. Número de crianças diagnosticadas com Doença Falciforme na APAE em Salvador – BA, 2005 a 2012

Gráfico 92. Número de notificações de Doença Falciforme por unidade notificadora em Salvador – BA, 2009 a 2015

Gráfico 93. Percentual do acompanhamento da população beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF). Salvador, 2005-2016

Gráfico 94. Número de gestantes do PBF estimadas e acompanhadas pela SMS. Salvador, 2008 a 2016.

Gráfico 95. Número de crianças do PBF estimadas e acompanhadas pela SMS. Salvador, 2006 a 2016

Gráfico 96. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com serviço de Teleconsultoria implantado em relação ao total de UBS. Salvador, 2014-2016

Gráfico 97. Índice de cárie dentária ceo-d/CPO-D² por faixa etária, nos anos 2005, 2010 e 2015

Gráfico 98. Percentual de crianças livres de cárie aos 05 anos de idade.

Gráfico 99. Percentual do índice CPO-D/ ceo-d por grupo etário em Salvador- BA, 2015

Gráfico 100. Prevalência de alterações periodontais na faixa etária de 35-44, Brasil 2010 e Salvador –BA, 2015

Gráfico 101. Prevalência de alterações periodontais na faixa etária de 65-74 de Brasil 2010 e Salvador -BA, 2015

Gráfico 102. Número de procedimentos de saúde bucal no período de 2008 a 2015

Gráfico 103. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada. Salvador-BA, 2008-2015

Gráfico 104. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos de 2008 a 2015

Gráfico 105. Cobertura populacional de saúde bucal 2008 a 2015 (%)

² Índices utilizados para mensurar a experiência de cárie nos indivíduos em determinado espaço geográfico e ano considerados. ceo-d corresponde ao número médio de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados e CPO-D o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados.

Gráfico 106. Número de procedimentos de produção especializada realizada nos CEOs do município de Salvador

Gráfico 107. Execução dos registros em sistema do RAAS em 2014, Salvador

Gráfico 108. Execução dos registros em sistema do RAAS em 2017, Salvador

Gráfico 109. Quantitativo registrado de usuário(a)s atendido(a)s por ano nos CAPS, de 2013 a 2016

Gráfico 110. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial, Salvador, 2007-2016

Gráfico 111. Pacientes atendidos no PA Psiquiátrico, Salvador, 2014 a 2016.

Gráfico 112. Procedimentos de diagnóstico por ecocardiografia, eletrocardiograma, ultrassonografia e radiologia nos Multicentros de Saúde, Salvador-BA

Gráfico 113. Quantidade de Unidades de Medicamentos dispensadas. Salvador-BA, 2009-2016.

Gráfico 114. Número de farmacêuticos. Salvador-BA, 2011 a 2017

Gráfico 115. Consumo anual de Tuberculostático, Salvador-BA, 2011-2015

Gráfico 116. Consumo anual de Hansenostáticos. Salvador-BA, 2011-2015.

Gráfico 117. Número de Processos Administrativos por ano

Gráfico 118. Número de pacientes novos de ação judicial. Salvador-BA. 2006-2017

Gráfico 119. Quantitativo de procedimentos de Vigilância Sanitária (cadastramento, inspeção, licenciamento inicial e renovação de alvará), anos 2014 a 2016, Salvador – BA

Gráfico 120. Média da série histórica dos levantamentos de índices entomológicos (LIRAA e LIA) no município do Salvador no período de 2005 a 2015

Gráfico 121. Média da cobertura de imóveis (%) visitados e pendência (%) no município do Salvador no período de 2007 a 2015

Gráfico 122. Quantitativo de triatomíneos capturados nos Pontos de Informação de Triatomíneos de Salvador implantados durante os anos de 2006 a 2015

Gráfico 123. Percentual da receita anual do tesouro municipal aplicado pelo município do Salvador em despesas com ações e serviços públicos de saúde

Gráfico 124. Receitas SUS por Bloco de Financiamento. Salvador 2007-2015

Gráfico 125. Percentual das despesas totais com saúde por habitante/ano. Salvador, 2005-2015

Gráfico 126. Percentual de Óbitos por Causas Mal Definidas antes e depois da ação no IML, 2005 a 2015

Gráfico 127. Proporção de Óbitos por Causas Externas segundo circunstância da morte, antes e após investigação no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, de residentes em Salvador/Bahia, 2014

Gráfico 128. Proporção de óbitos em Idosos (Faixa etária), por Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2005 a 2015

Gráfico 129. Óbitos por Causas Mal Definidas segundo local de ocorrência. Salvador-BA, 2005 a 2015.

Gráfico 130. Óbitos por Causas Mal Definidas segundo local de ocorrência e Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2005 a 2015

Gráfico 131. Óbitos por Causas Mal Definidas segundo Raça/Cor, Salvador-BA, 2005 a 2015

Gráfico 132. Total de auditorias por tipo. Salvador-BA, 2005-2015

Gráfico 133. Tipos de Auditoria, Salvador, 2005 e 2015.

Gráfico 134. Número e percentual de manifestações registradas e respondidas em tempo hábil. Ouvidoria SUS/Salvador, 2009-2015

Lista de Tabelas

Tabela 01. Anexo - Prefeituras-bairro, População e Densidade Populacional. Salvador-Bahia, 2010.

Tabela 02. População total, por gênero, rural e urbana. Salvador-BA, 2000 e 2010

Tabela 03. Estrutura etária da população, razão de dependência e taxa de envelhecimento. Salvador-BA, 2000 e 2010

Tabela 04. Índice de Envelhecimento. Brasil, Nordeste, Bahia e RMS, 2005e 2015

Tabela 05. Anexo - Níveis de educação por série e raça/cor, Salvador-BA, 2010

Tabela 06. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal por componentes. Salvador-BA, 2000 e 2010.

Tabela 07. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal por componentes segundo raça/cor. Salvador-BA, 2010.

Tabela 08. Renda, Pobreza e Desigualdade por raça/cor. Salvador-BA, 2010

Tabela 09. Distribuição da População em Idade Ativa e Economicamente Ativa. Salvador, Fortaleza e Bahia, 2010

Tabela 10. Taxa de Trabalho Infantil. Salvador, Fortaleza, Bahia e Brasil, 2010

Tabela 11. População Ocupada (10 ou mais anos de idade) segundo posição na ocupação do trabalho principal na Bahia e nos municípios de Salvador e Fortaleza, 2010

Tabela 12. Distribuição percentual da população ocupada (10 ou mais anos de idade) segundo contribuição para Instituto de Previdência no Município de Salvador e Fortaleza, Estado da Bahia, 2010.

Tabela 13. Taxa de Desemprego da PEA0. Salvador e Fortaleza, 2010

Tabela 14. Inserção de Trabalhadores Formais por Ramo de Atividade, no período de 2006-2015, no município de Residência de Salvador.

Tabela 15. Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, por sexo, Salvador-BA, VIGITEL 2006 a 2015

Tabela 16. Anexo - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m²), por sexo, Salvador-BA, VIGITEL 2006 a 2015.

Tabela 17. Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²), por sexo, Salvador-BA, VIGITEL 2006 a 2015

Tabela 18. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças, por sexo, Salvador – BA, VIGITEL 2006 a 2015.

Tabela 19. Anexo - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem regularmente frutas e hortaliças, por sexo, Salvador-BA, VIGITEL 2006 a 2015.

Tabela 20. Percentual de escolares com consumo alimentar maior ou igual a cinco dias, nos últimos sete dias, por alimento marcador de hábito saudável e não saudável, Salvador - 2009, 2012 e 2015

Tabela 21. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva, por sexo, Salvador – BA, VIGITEL 2006 a 2015

Tabela 22. Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental por frequência segundo a experimentação de cigarros, álcool e drogas, por dependência administrativa, Salvador- BA, 2009,2012 e 2015

Tabela 23. Anexo - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental por frequência segundo a experimentação de cigarros, álcool e drogas, por sexo, Salvador - BA, 2009, 2012 e 2015.

Tabela 24. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre, por sexo, Salvador – BA, VIGITEL 2006 a 2015

Tabela 25. Percentual de escolares considerados ativos, segundo sexo e dependência administrativa da escola, Salvador - BA, 2009,2012 e 2015

Tabela 26. Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental por frequência com que nos últimos 30 dias, sofreram algum tipo de violência física ou psicológica, Salvador- BA, 2009,2012 e 2015

Tabela 27. Percentual de escolares menores de 18 anos de idade que, nos os últimos 30 dias, dirigiram veículo motorizado, segundo sexo e dependência administrativa da escola, Salvador – BA, 2009,2012 e 2015

Tabela 28. Nascidos Vivos (nº e %) de mães residentes no município de Salvador e de mães residentes em outros municípios. Salvador-BA, 2005 – 2015

Tabela 29. Número de nascidos vivos, segundo Distrito Sanitário de residência. Salvador-BA, 2005 e 2015

Tabela 30. Proporção de Nascidos Vivos, segundo grau de escolaridade das mães. Salvador-BA, 2015

Tabela 31. Proporção de Nascidos Vivos, segundo grau de faixa etária da mãe. Salvador-BA, 2015

Tabela 32. Proporção de nascidos vivos, segundo Distrito Sanitário e raça/cor da mãe. Salvador-Bahia, 2015

Tabela 33. Nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (nº e %), segundo Distrito Sanitário de residência. Salvador-BA, 2005 e 2015*.

Tabela 34. Anexo - Percentual de Nascidos vivos de parto cesáreo, segundo principais estabelecimento de saúde. Salvador-BA, 2005, 2010 e 2015*.

Tabela 35. Nascidos Vivos de parto cesáreo (nº e %), segundo Distrito Sanitário de residência. Salvador-BA, 2005 e 2015

Tabela 36. Nascidos Vivos de baixo peso (nº e %), segundo Distrito Sanitário de residência. Salvador-BA, 2005 e 2015

Tabela 37. Número de óbitos por capítulos CID 10, Salvador- BA, 2005 a 2015

Tabela 38. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes), por Distrito Sanitário, Salvador - BA, 2005 a 2015

Tabela 39. Anexo - Variação da taxa de mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2005 e 2015.

Tabela 40. Anexo - Variação da taxa de mortalidade por Neoplasias, segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2005 e 2015.

Tabela 41. Anexo - Variação da taxa de mortalidade por Diabetes, segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2005 e 2015.

Tabela 42. Anexo - Variação da taxa de mortalidade por Doenças do Aparelho Respiratório, segundo Distrito Sanitário, Salvador - BA, 2005 e 2015.

Tabela 43. Anexo - Número de óbitos por causas externas, segundo faixa etária, Salvador, 2005 a 2015.

Tabela 44. Número de óbitos e taxa de mortalidade por causas externas de acordo com o Distrito Sanitário de residência em Salvador - BA, 2005 a 2015

Tabela 45. Número de notificações de doença falciforme. Salvador, 2009 a 2015.

Tabela 46. Taxa de Incidência de tuberculose, todas as formas, segundo DS, Salvador-BA, 2005, 2010 e 2015

Tabela 47: Taxa de incidência de coqueluche das capitais do Nordeste, Belo Horizonte e Brasil, de 2005, 2010, 2015

Tabela 48: Número da casos de doenças exantemáticas nas capitais do Nordeste e Belo Horizonte, em 2005, 2010 e 2015

Tabela 49: Casos confirmados de rubéola por Distrito Sanitário, Salvador, 2005 a 2015

Tabela 50: Número de casos por Distrito Sanitário, Salvador, 2009-2015

Tabela 51. Número de casos e taxa de incidência média da varicela, Salvador, 2005-2015

Tabela 52. Número de casos de tétano acidental, Salvador, 2005-2015

Tabela 53. Número de atendimentos de antirrábicos*, Salvador, 2005-2015

Tabela 54: Incidência de dengue por Distrito Sanitário, Salvador, período 2005 a 2015

Tabela 55: Incidência de Chikungunya, por 100.000 hab, segundo Distrito Sanitário, Salvador, 2014 a 2016.

Tabela 56. Incidência de Zika, por 100.000 hab, segundo distrito sanitário, Salvador, 2015 a 2017.

Tabela 57. Evolução dos casos de leptospirose, período de 2005 a 2015.

Tabela 58. Anexo - Incidência de Hepatite B, segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador, 2005 a 2015.

Tabela 59. Incidência de casos de Hepatite B estratificados por faixa etária, Salvador, 2005 a 2015

Tabela 60. Anexo - Incidência de Hepatite C por faixa etária, Salvador, 2005 a 2015.

Tabela 61. Anexo - Taxa de Incidência de sífilis em adultos (100.000 hab.), excluída a forma primária, por distrito sanitário de residência, Salvador, 2005-2015.

Tabela 62. Taxa de incidência de sífilis em adultos excluída a forma primária (100.000 hab.), por sexo, Salvador, 2005-2015.

Tabela 63. Incidência de sífilis em gestante, por ano de notificação (1000 nascidos vivos), Salvador, 2005-2015.

Tabela 64. Anexo - Taxa de Incidência de sífilis congênita (1.000 nascidos vivos), por distrito sanitário de residência, Salvador, 2005-2015.

Tabela 65. Anexo - Taxa de detecção (/100.000hab) de casos de AIDS, capitais do Nordeste, Belo Horizonte e Brasil, 2005-2015.

Tabela 66. Anexo - Coeficiente de detecção de AIDS em maiores de 13 anos de idade, segundo distrito sanitário de residência. Salvador/Ba. 2005-2015.

Tabela 67: Número de AIDS em maiores de 13 anos de idade, segundo sexo e razão por sexo. Salvador/Ba. 2005—2015.

Tabela 68: Coeficiente de detecção de AIDS em maiores de 13 anos de idade, segundo sexo. Salvador/Ba. 2005-2015.

Tabela 69. Variação da taxa de internação pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes), Salvador - BA, 2005 e 2015.

Tabela 70. Distribuição dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde por Distrito Sanitário e Tipo de Prestador, Salvador/BA, 2017.

Tabela 71. Distribuição dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde por Distrito Sanitário e nível de complexidade. Salvador, 2017.

Tabela 72. Total de leitos hospitalares clínicos por especialidade médica. Salvador, 2017

Tabela 73. Total de leitos hospitalares cirúrgicos por especialidade médica, Salvador, 2017

Tabela 74. Número de leitos complementares por nível de complexidade, Salvador, 2017.

Tabela 75. Necessidade de consultas especializadas/ano, produção e percentual de execução. Salvador, 2016.

Tabela 76. Necessidade e número de equipamentos de diagnose. Salvador, 2017.

Tabela 77. Produção hospitalar por grupo de procedimentos. Salvador, 2008 – 2016.

Tabela 78. Relação da Cobertura da estratégia de Saúde da Família e IDH, por Distrito Sanitário, Salvador-BA.

Tabela 79. Número de Médicos do Programa Mais Médicos por Distrito/Ano 2013 a 2017.

Tabela 80. Adesão de Equipes de Saúde/Escolas ao Programa de Saúde na Escola – PSE. Salvador-BA, 2008-2017.

Tabela 81. Percentual de escolas cobertas pelas ações do PSE, Salvador-BA, 2016.

Tabela 82. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC x Idade) de crianças menores de 5 anos. Salvador, 2008 a 2014.

Tabela 83. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC x Idade) de crianças de 5 a < 10 anos Salvador, 2008 a 2014.

Tabela 84. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC x Idade) de adolescentes. Salvador, 2008 a 2014.

Tabela 85. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC) de adulto. Salvador, 2008 a 2014.

Tabela 86. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC por semana gestacional) de gestantes. Salvador, 2008 a 2014.

Tabela 87. Proporção de cura entre os casos novos de hanseníase nas coortes 2005 a 2015, por Distrito Sanitário, Salvador-BA.

Tabela 88. Distribuição total e proporcional de gestantes captadas até 120 dias no SisPreNatal Web. Salvador, 2012-2016.

Tabela 89. Exames de triagem pré-natal em papel filtro realizados nas UBS. Salvador, 2014-2016

Tabela 90. Proporção de nascidos vivos de mães, segundo número de consultas de Pré-Natal. Salvador, 2005-2015.

Tabela 91. Consultas Médicas para crianças < 2 anos, Salvador, 2008 a 2015.

Tabela 92. Proporção de Crianças Menores 06 meses com Aleitamento Exclusivo, Salvador, 2008-2015.

Tabela 93. Proporção da desnutrição em crianças menores de 02 anos, Salvador, 2008 a 2015.

Tabela 94. Taxa de Internação por Doença Diarreica Aguda (DDA) em menores de 5 anos, Salvador, 2010 a 2015.

Tabela 95. Taxa de Internação por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em menores de 5 anos, Salvador, 2010 a 2015.

Tabela 96. Cobertura de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família por Distrito Sanitário.

Tabela 97. Anexo - Consultas nas especializadas médicas oferecidas nos Multicentros

Tabela 98. Anexo - Exames e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico nos serviços especializados de Salvador.

Tabela 99. Anexo - Procedimentos oferecidos pelos SAE

Tabela 100. Anexo - Procedimentos oferecidos pelo Serviço de Reabilitação

Tabela 101. Número de consultas médicas realizadas nos Serviços Especializados, Salvador-BA.

Tabela 102. Anexo - Número dos procedimentos de quimioterapia, radioterapia e iodoterapia por estabelecimento assistencial de saúde. Salvador, 2008-2016.

Tabela 103. Situações de risco/exposição para transmissão da Leptospirose, Salvador, 2005-2015.

Tabela 104. Nº de casos de Escorpionismo, Brasil, Bahia, 2005-2015.

Tabela 105. Nº de óbitos de Escorpionismo, Brasil, Bahia, 2005-2015.

Tabela 106. Nº de Acidentes por Escorpião, segundo distrito sanitário de ocorrência, Salvador, 2005-2015.

Tabela 107. Valor e percentual de recursos repassados por fonte. Salvador, 2005-2015.

Tabela 108. Créditos disponibilizados e valores executados com despesas de custeio, folha de pagamento e investimentos. Salvador, 2005- 2015.

Tabela 109. Número e percentual de trabalhadores da SMS por faixa etária. Salvador-BA, 2017.

Tabela 110. Anexo – Proporção de Óbitos por Causas Mal definidas por Ano e Unidade da Federação (Região Nordeste), 2005 a 2015.

Tabela 111. Proporção de Óbitos por Causas Mal definidas e inespecífica e Média de Óbitos Anual, Bahia (Núcleo Regional de Saúde Leste), 2005 a 2015

Tabela 112. Proporção de Óbito por Causas Mal Definidas e Média Anual de Óbitos por Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2005 – 2015.

Tabela 113. Percentual de incompletude de variáveis selecionadas do SINASC para nascimentos ocorridos em Salvador-BA, 2005 – 2015.

Tabela 114. Situação das Duplicidades de do SINAN, Salvador/BA, 2007 - 2015*.

Tabela 115. Óbitos por DNC, registrados no SIM, segundo evolução do caso no SINAN (nº e %), Salvador/BA, 2015*.

Tabela 116. Óbitos por DNC, registrados no SIM, e não encontrados no SINAN. Salvador/BA, 2015*.

Tabela 117. Valores auditados, proposições de devolução e percentual. Salvador, 2013-2015.

Lista de Quadros

Quadro 01. Principais atividades desenvolvidas pelo CIEVS Salvador, 2009-2016

Quadro 02. Composição das Equipes de Consultório na Rua e atuação territorial nos anos de 2016 e 2017

Quadro 03. Distribuição dos Equipamentos Hospitalares/Maternidades, segundo critério de classificação de risco do pré-natal. Salvador. 2015

Quadro 04. Unidades da RUE Municipal de Salvador, 2016

Quadro 05. Relação de UPAs da Rede Municipal do Município do Salvador, 2016.

Quadro 06. Capacidade instalada dos leitos hospitalares para o Hospital Municipal

Quadro 07. Anexo - Grade assistencial específica da Rede de Oncologia de Salvador, 2017

Quadro 08. Anexo - Relação das unidades de saúde e prefeituras bairro de referência para o acesso aos procedimentos regulados. Salvador, 2017.

Quadro 09. Procedimentos executados pela VISA Salvador, 2014, 2015 e 2016

Quadro 10. Série Histórica dos bairros que apresentaram coleções hídricas com foco ativo nos sete Distrito Sanitário, 2009-2015.

Quadro 11. Índice de positividade de Leishmaniose Visceral canina de 2007 a 2015

Quadro 12. Série histórica dos casos de raiva animal diagnosticados em Salvador – BA, entre 2005 a 2015.

Quadro 13. Série histórica das amostras caninas enviadas para análise laboratorial em Salvador – BA, em comparação ao padrão previsto pelo MS, no período de 2005 a 2015.

Quadro 14. Dados de Campanha de vacinação antirrábica canina, de 2005 a 2015.

Quadro 15. Dados de vacinação animal na rotina de postos fixos instalados em unidades de saúde da rede municipal, período de 2005 a 2015.

Quadro 16. Quantitativo de caninos e felinos castrados gratuitamente por meio do CCZ/SMS, no período de 2007 a 2015.

Quadro 17. Distribuição dos indicadores segundo Módulo Operacional do PMS 2018-2021

Sumário

Apresentação

1.Introdução

2. Análise da Situação de Saúde

2.1. Perfil Demográfico

- 2.1.1. Densidade demográfica
- 2.1.2. Taxa de natalidade
- 2.1.3. Índice de envelhecimento

2.2. Perfil Socioeconômico

- 2.2.1. Alfabetização
- 2.2.2. Índice de Desenvolvimento Humano
- 2.2.3. População Economicamente Ativa
- 2.2.4. Produto Interno Bruto

2.3. Perfil Ambiental

- 2.3.1. Geomorfologia e Clima
- 2.3.2. Recursos Hídricos
- 2.3.3. Áreas Verdes Remanescentes

2.4. Perfil Epidemiológico

- 2.4.1. Hábitos e Estilos de Vida
- 2.4.2. Perfil de Natalidade
- 2.4.3. Perfil de Mortalidade

2.5. Caracterização da Rede de Serviços de Saúde de Salvador

- 2.5.1. Infraestrutura do setor Saúde
- 2.5.2. Oferta de serviços e organização do SUS municipal
- 2.5.3. Processo Regulatório
- 2.5.4. Vigilância em Saúde no âmbito do SUS municipal

2.6. Gestão do SUS Municipal

- 2.6.1. Gestão Financeira
- 2.6.2. Gestão do Trabalho na Saúde
- 2.6.3. Gestão dos Sistemas de Informação em Saúde
- 2.6.4. Auditoria em Saúde
- 2.6.5. Participação e Controle Social
- 2.6.6. Ouvidoria em Saúde

3. Percepção dos problemas do Estado de Saúde e dos Serviços de Saúde

5. Módulos Operacionais

6. Plano PluriAnual (PPA) 2014-2017

7. Monitoramento e Avaliação

Apêndices

Anexos

APRESENTAÇÃO

É com satisfação que apresento o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Salvador, documento que explicita os compromissos do governo municipal para o setor saúde no período de 2018-2021. Principal instrumento da gestão municipal do Sistema Único de Saúde, seu processo de construção foi organizado em diversas etapas, desde a definição da comissão responsável pela condução dos trabalhos na Secretaria Municipal de Saúde e definição da metodologia, passando pela realização de oficinas de trabalho no âmbito central e distrital, até sua submissão à sociedade civil por meio desta consulta pública.

Este documento foi sistematizado em sete capítulos. Inicialmente é apresentado um panorama da situação de saúde da população, com a descrição do perfil demográfico, socioeconômico, ambiental e epidemiológico, além da caracterização da rede de serviços de saúde do município e da gestão do SUS municipal. Foi organizado um capítulo destinado a percepção dos problemas de saúde, resultado das oficinas realizadas nos doze Distritos Sanitários de Salvador. Os objetivos, linhas de ação e ações encontram-se sistematizadas nos módulos Operacionais, e os recursos disponíveis são explicitados no plano plurianual. Por fim, reservou-se um capítulo para o monitoramento e avaliação.

Importa ressaltar que a SMS Salvador inova ao constituir o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 no formato de dois volumes – o volume I com os elementos tradicionais de um Plano, e o volume II dedicado aos Distritos Sanitários. Espera-se que o debate permanente deste Plano Municipal de Saúde e seus ajustes anuais, por meio da Programação de Saúde, possam dar vida a este documento e torná-lo um instrumento de uso cotidiano, capaz de orientar o trabalho das equipes de saúde, sendo aprimorado à luz das mudanças da realidade municipal, garantindo desta forma a efetividade das ações e serviços de saúde.



José Antônio Rodrigues Alves
Secretário Municipal de Saúde

1.INTRODUÇÃO

O processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde configura-se como uma responsabilidade dos entes públicos, assegurada pelas Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, e regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011. O Plano Municipal de Saúde é o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos de governo, expressos em diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas. Entendendo o planejamento como “um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem e para quê” (PAIM, 2006).

O planejamento tem muito a ver com a ação, ao contrário do que imagina o senso comum. Planejamento não é só teoria, ideologia ou utopia (Paim, 2010), mas compromisso com a ação constituindo-se em uma alternativa à improvisação (Matus, 1997). É esta perspectiva assumida pela SMS e que se materializa no investimento feito para a mudança das práticas de trabalho na organização. Ao longo dos últimos anos foram constituídos dois grupos de trabalho em planejamento e avaliação (GTPLAN em 2014 e GTPLANDS em 2015), com o objetivo de promover o processo de planejamento e avaliação, de forma integrada e participativa, aperfeiçoando metodologias e instrumentos de trabalho, e contribuindo na identificação e formação de técnicos (as) de referência para o planejamento.

A metodologia para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (PMS 2018-2021) foi construída pela DEPG e pactuada no âmbito do GTPLAN central e distrital, em um participativo, sistemático, integrado, envolvendo profissionais de saúde, técnicos da SMS, gestores, conselheiros de saúde, sociedade civil e movimentos sociais organizados. O PMS 2018-2021 foi elaborado em cinco momentos, a saber: I - Revisão documental e definição da metodologia de elaboração do PMS; II – Construção da Análise da Situação de Saúde; III – Formulação dos Módulos Operacionais do PMS; IV – Elaboração da proposta de monitoramento e avaliação do PMS e a V – Finalização do PMS (consulta pública e revisão final).

No primeiro momento foi realizada a revisão documental, com consulta a documentos institucionais que orientam o planejamento no âmbito municipal assim como dos relatórios das últimas conferências municipais de saúde, com objetivo de potencializar as práticas e as experiências existentes culminando na elaboração da metodologia de construção do novo Plano. Posteriormente, seguiu-se a publicação da portaria nº 220/2017 designando os profissionais que comporiam a comissão de elaboração do PMS 2018-2021. Vale destacar a parceria com Instituto de Saúde Coletiva/UFBA para o desenvolvimento do Curso de Atualização em Planejamento Municipal de Saúde, na modalidade EAD, como estratégia de comunicação com todos os envolvidos (no âmbito central e distrital) nesta construção coletiva.

O segundo momento consistiu na construção da Análise de Situação de Saúde (ASIS), sendo formada uma subcomissão envolvendo diversos técnicos da SMS com reuniões semanais de coleta de dados e discussão ampliada. Além do trabalho desta subcomissão, cada DS assumiu a atualização de sua ASIS, que subsidiaram as oficinas distritais para identificação e priorização os problemas de estado de saúde e de serviços de saúde no território. No terceiro momento foram realizadas oficinas internas no âmbito das Diretorias/Coordenadorias da SMS, sendo no mês de novembro promovida a Oficina de elaboração dos Módulos Operacionais, com diversos atores e representação do Conselho Municipal de Saúde, para elaboração das ações estratégicas para enfrentamento dos problemas levantados na ASIS e nas Oficinas Distritais.

O quarto momento contou com a construção do capítulo de monitoramento e avaliação. Para isso foi necessária a definição de metodologia específica, com reuniões internas na DEPG, e posterior realização da oficina para avaliação e eleição dos indicadores, com a participação de profissionais que lidam diretamente com sistema de informação e análise das diversas áreas técnicas da SMS. Além dos indicadores, estão disponibilizadas neste plano a ficha de qualificação de cada um deles. O quinto e último momento deste processo envolve a presente consulta pública seguido de audiência pública e discussão no Conselho Municipal de Saúde para sua aprovação.

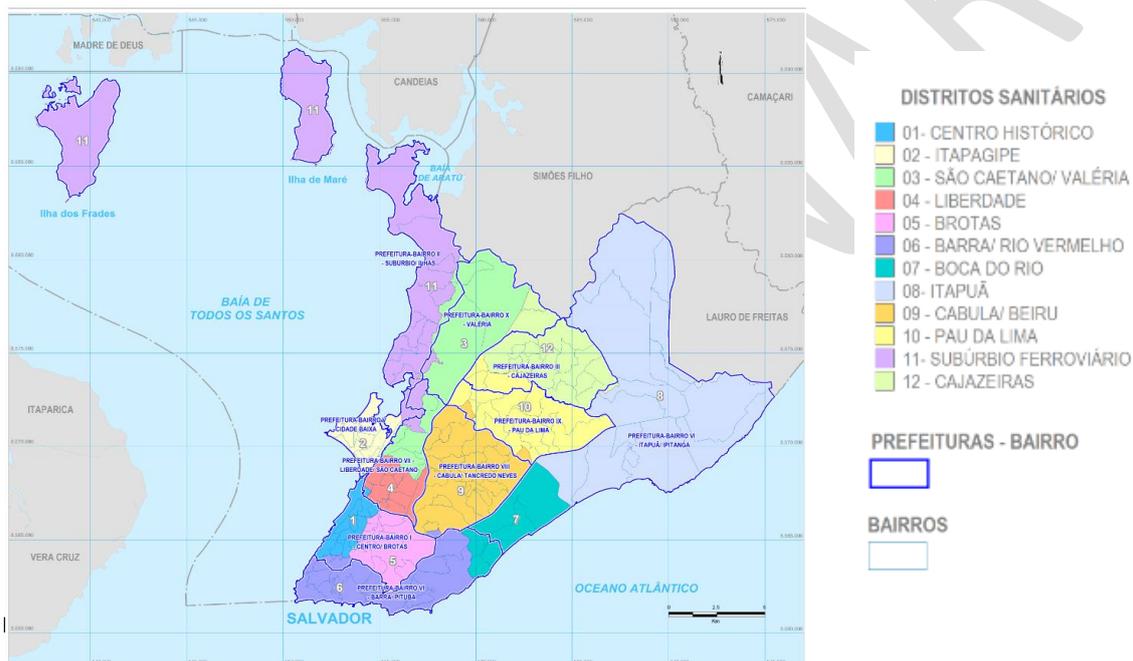
2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

2.1. Perfil Demográfico

O município de Salvador ocupa uma extensão territorial de 692,8 km² (IBGE, 2015), possui uma população estimada em torno de 2.938.092 habitantes (IBGE, 2016) com uma densidade demográfica de 3.859,4 hab/km² (IBGE, 2010). Pertence ao Território de Identidade Região Metropolitana de Salvador³, e está situada no Recôncavo Baiano, se constituindo no centro econômico, político e administrativo do estado da Bahia.

Do ponto de vista regional, integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS), ao lado de mais 12 municípios (Mapa 01 e Tabela 01-Anexo). A sua organização político-administrativa compreende 10 Regiões Administrativas denominadas Prefeituras Bairros⁴ e 12 Distritos Sanitários (DS), que são caracterizados como os territórios da saúde (Mapa 02).

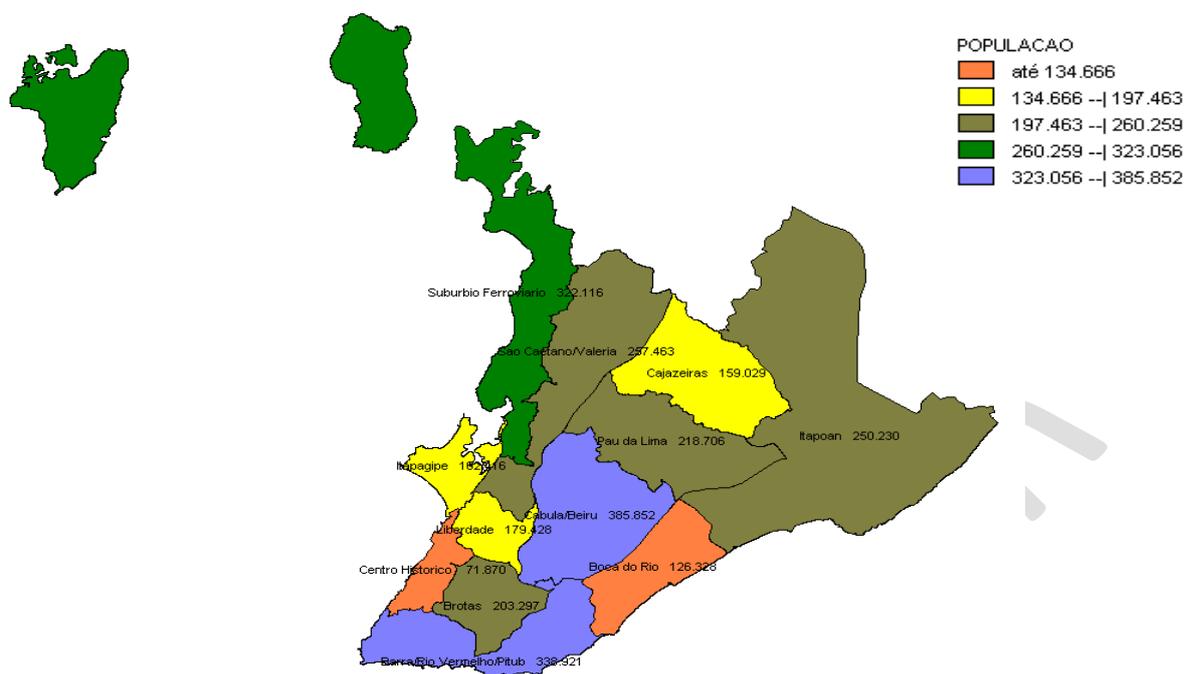
Mapa 01. Distribuição espacial das Prefeituras-Bairro e dos Distritos Sanitários. Salvador-BA, 2016.



³ Designação estabelecida pela Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia – CONDER e Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais – SEI.

⁴ Lei Municipal 8.376/2012 cria as Prefeituras-Bairro. Divisão territorial que tem como finalidade promover nas respectivas áreas de competência, em articulação com as secretarias e com a entidade da administração municipal, a execução dos serviços públicos, inclusive a fiscalização, a manutenção urbana e o atendimento ao cidadão, devendo contar com sistema interligado de informações sobre os serviços prestados pelos diferentes órgãos municipais, facilitando o atendimento e o acesso regionalizado aos serviços prestados à população (BAHIA, 2016). As prefeituras-bairro substituíram as áreas de Serviço Integrado de Atendimento Regional (SIGA), as antigas Regiões Administrativas (ARs). A Lei Municipal 9.069/2016 oficializa os limites dos 163 bairros legitimados das Prefeituras-Bairro, baseados no projeto Caminho das Águas: bacias hidrográficas, bairros e fontes (SANTOS et al., 2010), uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Salvador (PMS), a Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia (CONDER) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA). Esses bairros precisam ser oficializado pelo Poder Executivo Municipal.

Mapa 02. Distribuição espacial e população por Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2010.



Fonte: IBGE/DVIS/SUIS

Salvador, a quarta capital do país em população, e capital do Estado da Bahia, absorve grande parcela da população migrante do interior do Estado. Este processo acarreta contrastes nas formas de ocupação territorial, caracterizada por uma expansão plausivelmente organizada da orla marítima, enquanto as áreas centrais crescem com espaços mais densamente povoados, e os bairros periféricos com condições mais precárias de moradia.

A estrutura etária da população é uma importante variável para o planejamento em saúde, uma vez que sinaliza as mudanças e necessidades que a população demandará aos serviços de saúde. Os Censos de 2000 e 2010 evidenciaram um aumento na população Soteropolitana, que passou de 2.443.107 hab. para 2.675.656 hab., respectivamente.

Seguindo a tendência nacional, possui uma população feminina maior que a masculina e majoritariamente urbana (Tabela 02), decorrente do fluxo migratório das cidades do interior para a capital. Além disso, algumas transformações ocorreram na estrutura etária com destaque para o estreitamento da base, ocasionado pela redução do número de nascidos vivos e da taxa de fecundidade, que variou de 1,7 (2000) para 1,5 (2010). Por outro lado, identifica-se um crescimento de 50% da população idosa (60 anos e mais de idade).

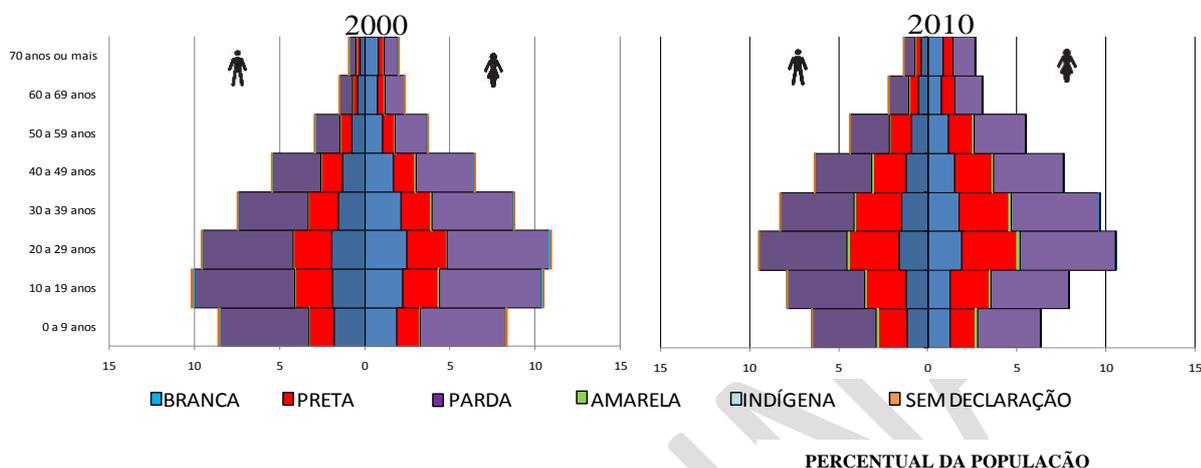
Tabela 02. População total, por gênero, rural e urbana. Salvador-BA, 2000 e 2010.

População	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	2.443.480	100	2.675.656	100
População residente masculina	1.150.386	47,08	1.248.897	46,68
População residente feminina	1.293.094	52,92	1.426.759	53,32
População urbana	2.442.475	99,96	2.674.923	99,97
População rural	1.005	0,04	733	0,03

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

Essa expansão urbana tem causas e consequências econômicas: o deslocamento movido pela busca de melhores condições de vida proporciona a aglomeração das cidades, formação das periferias, comumente ocupadas por famílias de menores faixas de renda. Observando as pirâmides etárias estratificadas por raça/cor, (Figura 01), observa-se que população negra representa aproximadamente 75,2% (1.837.470) desta população em 2010, verifica-se a redução da população de menores de 10 anos de idade, provavelmente poderá estar relacionada as doenças da infância.

Figura 01. Pirâmide Etária segundo Sexo e Raça/Cor, Salvador-BA, 2000 e 2010.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS - IBGE

É importante registrar a redução de 4% no número de jovens negros (pretos e pardos) de 15 a 29 anos, entre os censos, em particular para o sexo masculino, o que pode estar associado à mortalidade precoce por causas externas, principalmente os homicídios. Destaca-se ainda no ano 2010, o crescimento na faixa etária de 20 a 29 anos com uma distribuição etária diferente neste último ano em relação ao ano de 2000 (SALVADOR, 2015).

A Razão de Dependência é o percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (População Potencialmente Ativa), enquanto a Taxa de Envelhecimento é a razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total. Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 44,28% para 36,61% e a taxa de envelhecimento, de 4,56% para 6,14% (Tabela 03).

Tabela 03. Estrutura etária da população, razão de dependência e taxa de envelhecimento. Salvador-BA, 2000 e 2010.

Estrutura Etária	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	638.531	26,13	552.801	20,66
15 a 64 anos	1.693.595	69,31	1.958.630	73,20
65 anos ou mais	111.354	4,56	164.225	6,14
Razão de dependência	44,28	-	36,61	-
Taxa de envelhecimento	4,56	-	6,14	-

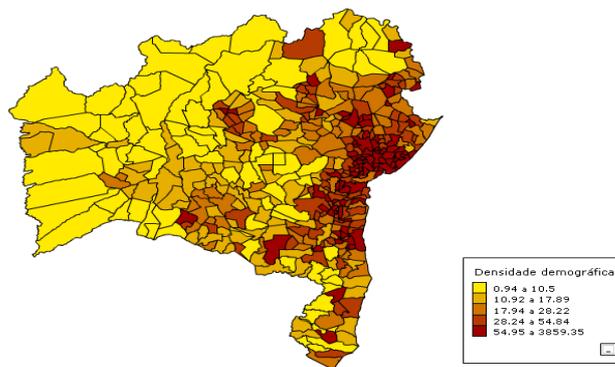
Fonte: PNUD, IPEA e FJP

Salvador vive seu processo de Transição Demográfica, caracterizada pela redução da Razão de Dependência e sua relação com a proporção de População em Idade Ativa (15 a 59 anos) (VASCONCELOS, 2012).

2.1.1. Densidade Demográfica

O estado da Bahia, apresenta uma densidade demográfica⁵ semelhante ao Brasil (Mapa 03-Anexo), concentrada nos municípios do litoral, entre eles Salvador com 3.859,4 hab/km² e Lauro de Freitas com 2.833,43 hab/km². Em seguida vem Simões Filho com 586,65 hab/km², Madre de Deus (também litorâneo) com 539,58 hab/km², Itabuna com 473,50 hab/km² e Feira de Santana com 416,03 hab/km² (Mapa 04).

Mapa 04. Densidade Demográfica, Bahia-Brasil, 2010.

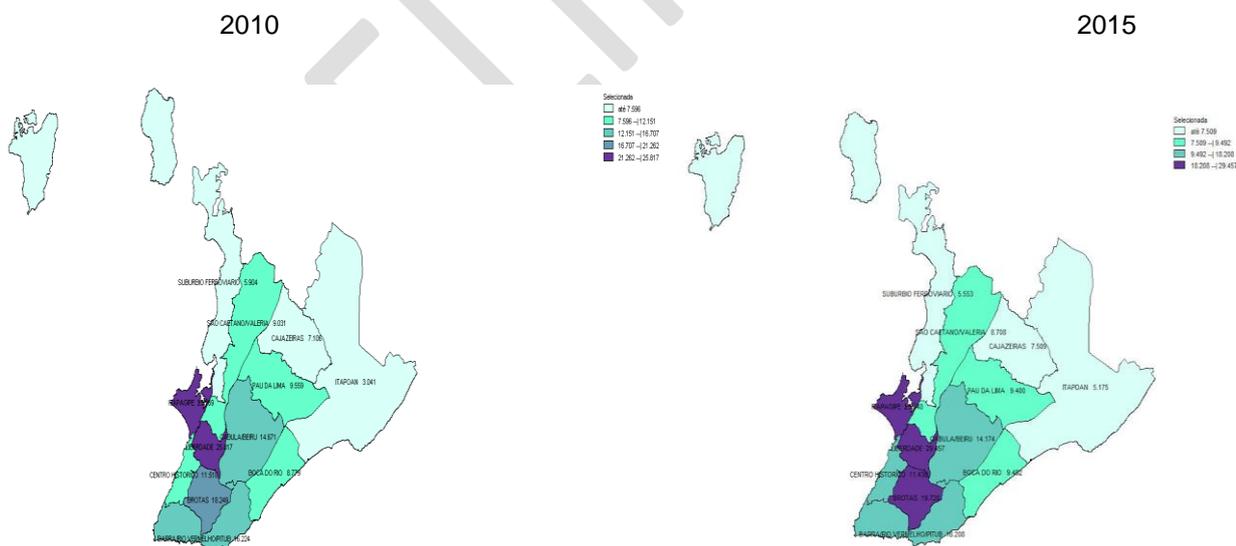


Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=10&uf=00>

O território da saúde do município de Salvador, dividido por Distritos Sanitários (DS), teve a seguinte distribuição nos anos de 2010 e 2015, quanto à densidade demográfica, observada nos mapas 05. Altas densidades nos DS da Liberdade e Itapagipe para os anos de 2010 e 2015, e baixa densidade nos DS do Subúrbio Ferroviário, Cajazeiras e Itapuã.

Mapa 05: Densidade demográfica segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2010 e 2015.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE

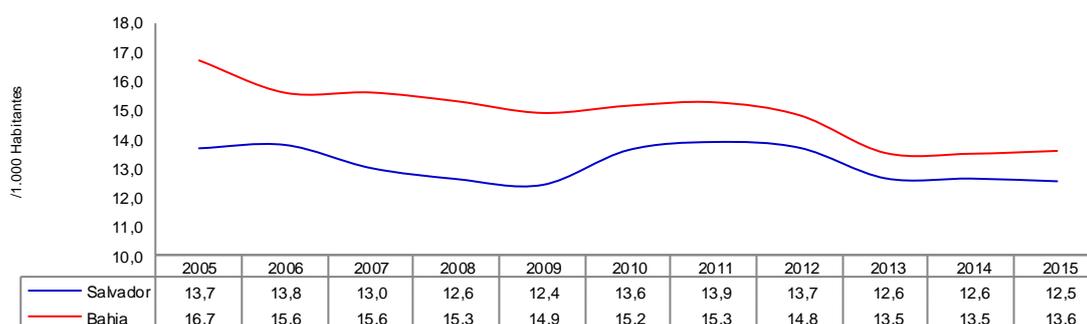
⁵ Os termos densidade demográfica e população relativa são sinônimos, que estão se referindo a quantidade de população que habita determinado local, em relação ao tamanho do local, no caso, a área. A importância desse dado demográfico é para analisar a ocupação humana [...], compreender as áreas com maiores contingentes populacionais e entender os motivos dessas aglomerações, principalmente que ocorrem nos centros urbanizados, onde há melhor qualidade de vida, ofertas de emprego, ou onde há grande crescimento populacional (INFO ESCOLA, 2014).

O uso da análise espacial em saúde pública é importante, pois permite conhecer a distribuição espacial e os determinantes de agravos transmissíveis e não transmissíveis. Pobreza, desnutrição, más condições sanitárias, alta densidade populacional, síndrome da imunodeficiência adquirida e o envelhecimento da população são alguns dos fatores implicados na disseminação e gravidade das doenças atualmente (Rufino Netto, 2002).

2.1.2. Taxa de Natalidade

A taxa bruta de natalidade expressa a frequência anual de nascidos vivos no total da população residente, em um determinado local e período. Em geral, taxas elevadas estão associadas a condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população (Ripsa/MS).

Gráfico 01. Taxa de Natalidade por 1000, por local de residência. Salvador e Bahia, 2005 – 2015*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS –Sinasc* Dados processados em 19/05/2017

De acordo com o gráfico 01, no período em análise, observa-se uma redução da taxa de natalidade na Bahia e em Salvador, correspondendo, respectivamente a 18,7% e 8,3%.

2.1.3. Índice de Envelhecimento

O Índice de Envelhecimento⁶ é um marcador do estágio demográfico no qual o país se encontra. Quanto maior o índice de envelhecimento, maior é a quantidade de idosos na região em relação à quantidade de jovens com menos de 15 anos no mesmo recorte geográfico em questão (SEI Demografia, 2015).

O processo de transição demográfica no estado da Bahia tem levado a uma população de perfil envelhecido e com ritmo de crescimento baixo. Desde 1980, o índice de envelhecimento no estado alcançou 10,9%, o que significa que naquele momento existiam cerca de 11 idosos para cada 100 jovens com menos de 15 anos na população. Já em 2000, esse índice subiu para 17,9% e, em 2010, o valor do índice de envelhecimento foi de 28,3%, mostrando um aumento da participação de idosos no Estado, o que certamente trará repercussões para a Previdência Social (SEI Demografia, 2015) e em 2015 apresentou 42,1% (Tabela 04).

⁶ O Índice de Envelhecimento Populacional é um indicador que mede o número de pessoas de 60 anos e mais de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade na população (RIPSA, 2012). É comum que, para o cálculo deste indicador, sejam consideradas idosas as pessoas de 65 e mais anos. No entanto, para manter a coerência com os demais indicadores e para atender à Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994), utiliza-se aqui o parâmetro de 60 e mais anos.

Tabela 04. Índice de Envelhecimento. Brasil, Nordeste, Bahia e RMS, 2005 e 2015.

Área Geográfica	Índice de Envelhecimento ²		
	Masculino	Feminino	Total
2005			
Brasil	21,7	29,9	25,7
Nordeste	19,2	25,0	22,1
Bahia	19,0	26,0	22,4
RMS ¹	12,6	22,8	17,7
2015			
Brasil	40,0	54,1	46,9
Nordeste	34,3	46,5	40,2
Bahia	35,8	49,0	42,1
RMS ¹	30,2	51,0	40,2

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: 2005 e 2015.

Elaboração: SEI/ DIPEQ/ COPESP. Dados sistematizados a partir dos Microdados reponderados com base nas Projeções Populacionais (revisão 2013).

Notas:

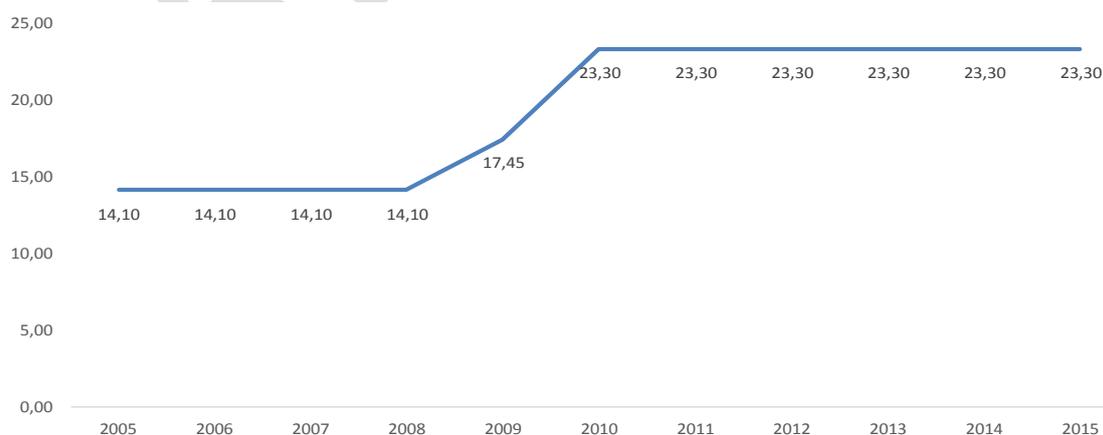
¹ Até a divulgação da PNAD 2009, a investigação na RMS totalizava dez municípios. A partir da PNAD 2012, foram incorporados, na composição da pesquisa na RMS, mais três municípios: Mata de São João, São Sebastião do Passé e Pojuca.

² Razão entre a população residente de 65 anos e mais de idade sobre a população residente com menos de 15 anos de idade

A Região Metropolitana de Salvador apresentou o mesmo processo de envelhecimento populacional destacado nos recortes geográficos anteriores. No ano de 1980, exibiu um índice de envelhecimento total de 9,2%, enquanto que, em 1991, esse índice foi de 9,7%. Já em 2000, a RMS registrou um índice de envelhecimento de 16,8%, ao passo que, em 2010, esse índice aumentou para 26,8% (SEI Demografia, 2015).

Quanto à Salvador, observa-se um aumento do índice a partir de 2008, continuando até 2010, com estabilização até 2015 (Gráfico 02).

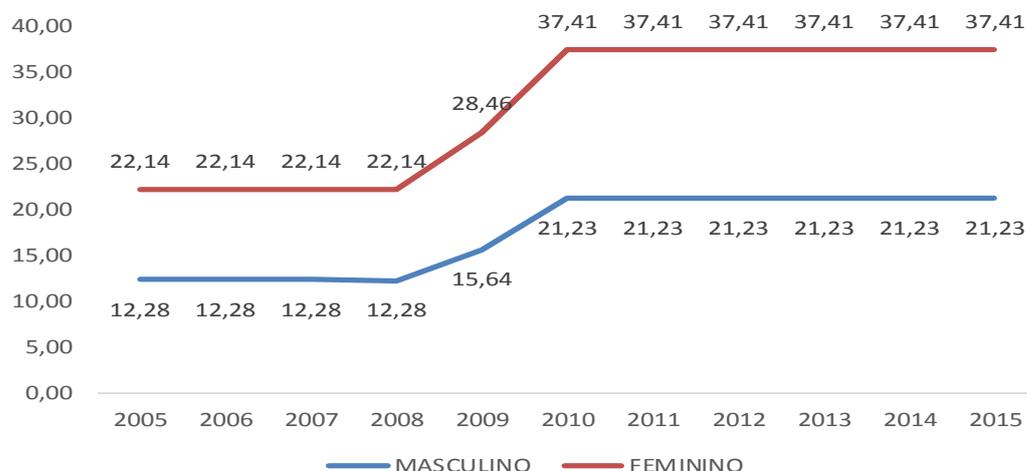
Gráfico 02. Índice de envelhecimento populacional (65 anos e mais). Salvador-BA, 2005 a 2015.



Fonte: IBGE/Censo Demográfico (2010), estimativas demográficas (2003-2009, 2011-2012).

Em relação ao sexo, as idosas apresentam maiores índices de envelhecimento, quando comparadas aos idosos, apresentando maior amplitude, principalmente a partir de 2010 (Gráfico 03).

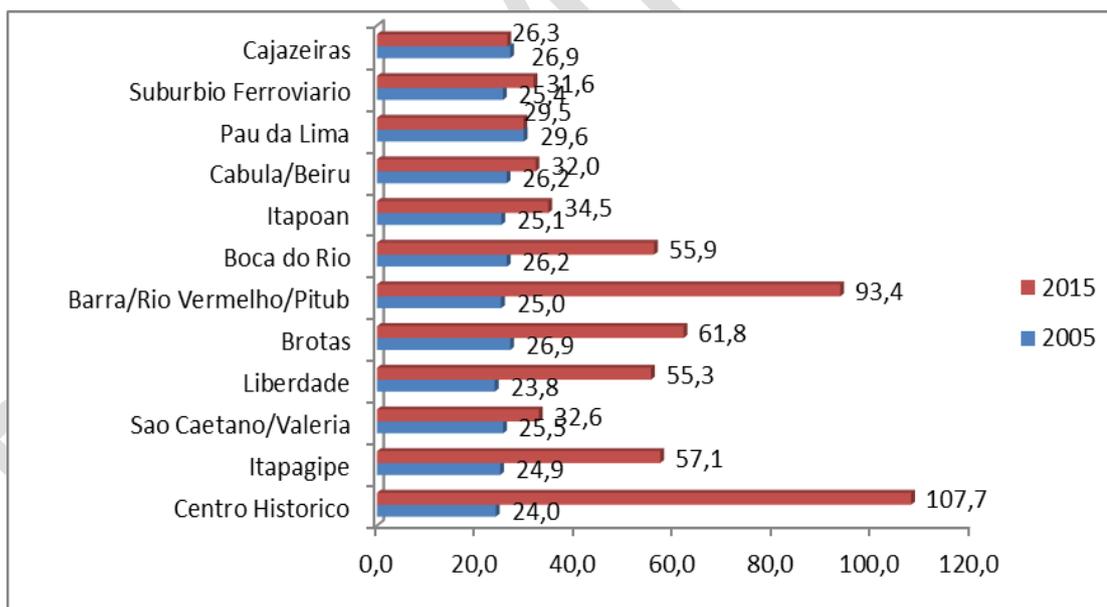
Gráfico 03. Índice de Envelhecimento Populacional (65 anos e mais), por sexo. Salvador-BA, 2005 a 2015.



Fonte: IBGE/Censo Demográfico (2010), estimativas demográficas (2003-2009, 2011-2012).

Estratificado por Distrito Sanitário (DS), os maiores índices de envelhecimento para o ano de 2015 se expressaram nos DS Centro Histórico (107,7%), Barra Rio Vermelho (93,4%) e Brotas (61,8%) (Gráfico 04).

Gráfico 04. Índice de Envelhecimento por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2005 e 2015.



Fonte: IBGE/Censo Demográfico (2010), estimativas demográficas (2003-2009, 2011-2012).

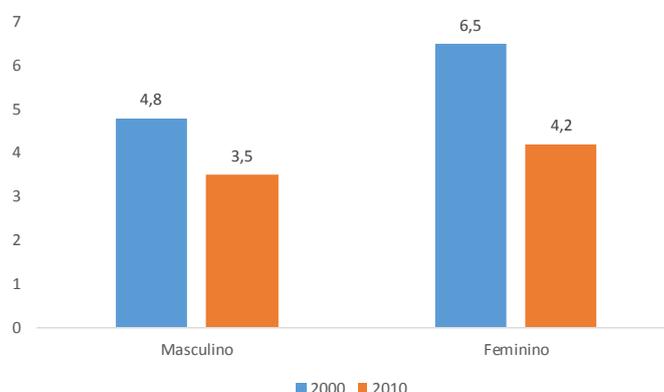
2.2. Perfil Socioeconômico

2.2.1. Alfabetização

A Taxa de Alfabetização é importante para se avaliar a situação educacional e as condições sociais do país. Segundo os resultados do Censo 2010, aproximadamente 91% da população brasileira com dez anos ou mais de idade são alfabetizados. Isto é, tem-se um percentual de 9% de não-alfabetizados, o que equivale a dizer que aproximadamente 18 milhões de brasileiros não sabem ler e escrever (IBGE, 2017).

Em comparação aos resultados do Censo de 2000, a situação da alfabetização melhorou no país, pois a taxa de analfabetismo diminuiu de 12,8% para 9% em 2010 (IBGE, 2017). A situação do analfabetismo em Salvador também diminuiu, no entanto as pessoas do sexo feminino mantêm taxas maiores do que as do sexo masculino nos Censos de 2000 e de 2010. Além disso, o número de pessoas que não sabem ler e escrever ainda é grande em algumas regiões do Brasil. A região nordeste apresentou as maiores taxas de analfabetismo no dois anos do censo.

Gráfico 05. Taxa de analfabetismo. Salvador-BA, 2000 e 2010.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – DATASUS

Ao desagregar os níveis de educação por raça/cor, se observa menores taxas de escolaridade para os negros, principalmente para o nível superior completo (Tabela 05 - Anexo).

2.2.2. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal⁷ (IDHM) de Salvador foi de 0,759, em 2010, o que o situa na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,835, seguida de Renda, com índice de 0,772, e a Educação, com índice de 0,679 (Atlas Brasil, 2013) (Tabela 06).

Tabela 06. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal⁸ por componentes. Salvador-BA, 2000 e 2010.

IDHM e componentes	2000	2010
IDHM Educação	0,525	0,679
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	56,21	69,72
% de 5 a 6 anos na escola	83,44	92,91
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	59,27	83,01
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	35,70	50,24
% de 18 a 20 anos com médio completo	24,20	41,77
IDHM Longevidade	0,744	0,835
Esperança de vida ao nascer	69,64	75,10
IDHM Renda	0,72	0,77
Renda per capita	685,87	973,00
IDHM	0,654	0,759

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

⁷ A O conceito de desenvolvimento humano, bem como sua medida, o Índice de Desenvolvimento Humano, IDH, foram apresentados em 1990, no primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [...] (PNUD, 2013). Seu uso se deu em substituição ao Produto Interno Bruto, ampliando assim o significado de desenvolvimento humano para a sociedade, além do acúmulo de riqueza e o aumento da renda, pensando-se também em qualidade de vida. O IDHM brasileiro segue as três dimensões do IDH global – Saúde (Esperança de Vida ao Nascer), Educação (média de anos de estudo da população com 25 anos ou mais e expectativa de anos de estudo) e Renda (a Renda Nacional Bruta per capita) (PNUD, 2013).

⁸ O IDHM é um número que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de um município.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Ajustado à renda do Trabalho e seus componentes, por raça/cor, observa-se para os negros proporções inferiores em todos os itens, com destaque para a renda per capita (Tabela 07).

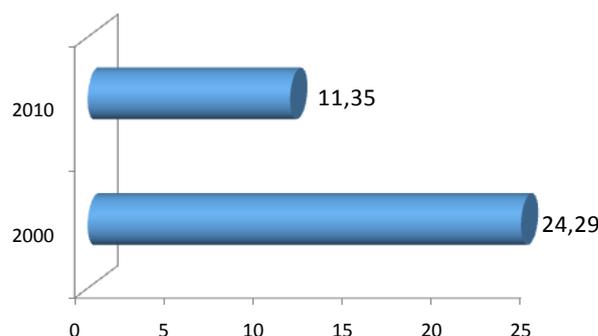
Tabela 07. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal por componentes segundo raça/cor. Salvador-BA, 2010.

<i>IDHM e componentes por raça/cor</i>	Negros	Branços
IDHM Educação	0,664	0,787
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	66,91	81,60
% de 5 a 6 anos na escola	92,23	97,04
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	86,00	91,01
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	48,15	61,81
% de 18 a 20 anos com médio completo	38,35	59,33
IDHM Longevidade	0,832	0,850
Esperança de vida ao nascer	74,91	76,00
IDHM Renda	0,725	0,888
Renda per capita	730,22	2.012,93

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

Observa-se uma redução na proporção de pobres em Salvador no ano de 2010 (Gráfico 06), porém ao se avaliar renda, pobreza e desigualdade (Tabela 08) por raça/cor, nota-se que os negros estão em situação de maior vulnerabilidade social.

Gráfico 06. Proporção de pobres. Salvador-BA, 2000 e 2010.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – PNUD; Ipea e FJP

Tabela 08. Renda, Pobreza e Desigualdade por raça/cor. Salvador-BA, 2010.

<i>Raça/cor</i>	Negros	Branços
Renda per capita	730,22	2.012,93
Rendimento médio dos ocupados - 18 anos ou mais	1.155,32	2.854,34
% de extremamente pobres	4,41	1,73
% de pobres	12,60	5,59
Índice de Gini	0,57	0,64

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

2.2.3 População Economicamente Ativa – PEA

A análise dos indicadores econômicos relacionados ao trabalho demonstrou que 79% da população residente no município de Salvador encontra-se em idade ativa, sendo considerada para este cálculo a população de 15 anos ou mais. Não há diferenças significativas, mas a População em Idade Ativa (PIA) de Salvador (79%) é maior em relação ao município de Fortaleza (77%), e à Bahia (74%). Já a População Economicamente Ativa (PEA) representa 54% em relação à população residente no município de Salvador.

Esse percentual é maior se comparado ao Estado da Bahia (47%) e ao município de Fortaleza (50%). Entende-se por PEA parcela da população em idade ativa, composta por pessoas de 10 a 65 anos de idade que foram consideradas como ocupadas ou desocupadas (Tabela 09).

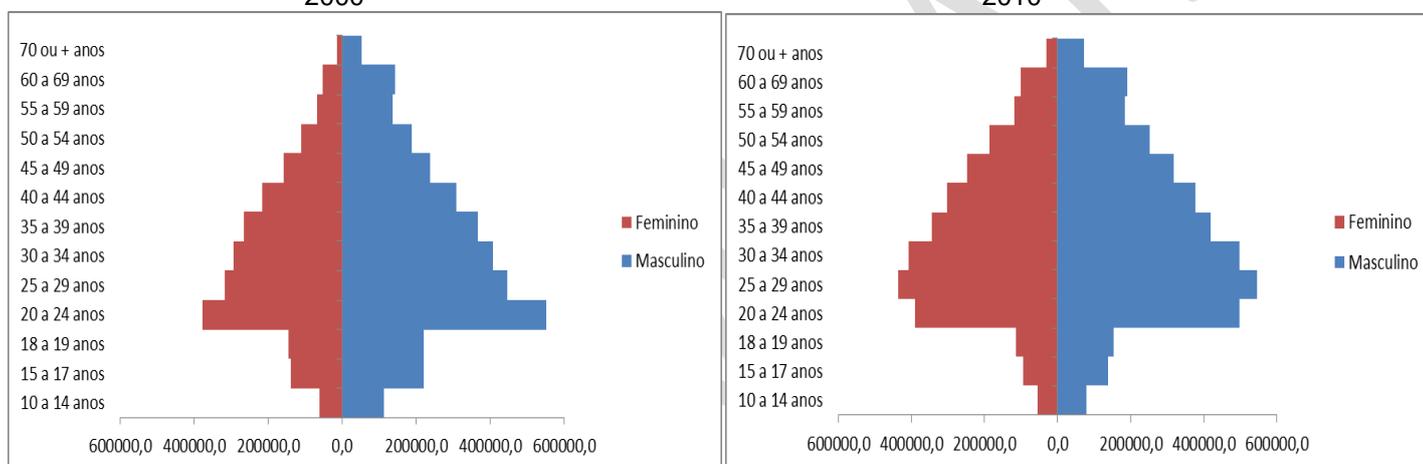
Tabela 09: Distribuição da População em Idade Ativa e Economicamente Ativa. Salvador, Fortaleza e Bahia, 2010.

Unidade Federada	População (A)	PIA (B)	PEA (C)	% PEA (B/A)	% PIA (C/A)
Salvador	2.675655	2122855	1441180	54	79
Fortaleza	2.452185	1898503	1223018	50	77
Bahia	14.016906	10426812	6555409	47	74

Fonte: IBGE,2010.

A pirâmide etária da População Economicamente Ativa (PEA) do município de Salvador, no ano de 2000 e 2010, mostra que a população soteropolitana está com seus maiores grupos etários concentrados entre as idades de 20 a 49 anos, correspondendo, respectivamente, a 63% e 64%. Há uma diferença da PEA em relação aos sexos, com uma diminuição de 61% para 53% no sexo masculino e um aumento de 40% para 47% no sexo feminino.

Figura 02: Pirâmide Etária da População Economicamente Ativa. Salvador-BA, 2000 e 2010.



Fonte: IBGE, 2017.

No Brasil é proibido qualquer trabalho para menores de dezesseis anos de idade, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos. Cabe ressaltar que embora existam, de fato, crianças e adolescentes trabalhando, a legislação brasileira julga que todas as pessoas desta idade devem estar na escola e não no mercado de trabalho. Além disso, o Brasil se empenha no combate ao trabalho infantil, reduzindo lenta, mas continuamente, o efetivo de pessoas nessa faixa etária trabalhando. Adolescentes, a partir de 14 anos que podem desenvolver atividades remuneradas como menor aprendiz, não devem desenvolver atividades insalubres (Lei 10.097/2000).

Salvador apresenta uma taxa de trabalho infantil equivalente a 7,43, na população de 15 a 18 anos, correspondendo, em número absoluto, a 18.573 da população infantil ocupada. Essa taxa é menor em relação à Bahia (11,91) e ao Brasil (9,42), no entanto, é maior quando comparada com capital de porte semelhante no Nordeste, como Fortaleza, que apresenta taxa de 6,35, segundo censo do IBGE de 2010 (Tabela 10).

Tabela 10. Taxa de Trabalho Infantil. Salvador, Fortaleza, Bahia e Brasil, 2010.

	Taxa Trabalho Infantil	Pop. Infantil Ocupada	Pop. Infantil
Salvador	7,43	18.573	250.110
Fortaleza	6,35	16.041	252.503
Bahia	11,91	192.299	1.614.017
Brasil	9,42	1.949.184	20.682.884

Fonte: IBGE, 2017.

A Tabela 11 demonstra a População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO) segundo a posição na ocupação no trabalho principal, destaca-se que os empregados com carteira assinada no município de Salvador que representam 56% é superior ao município de Fortaleza (33%) e ao Estado da Bahia (48%), bem como os empregados sem carteira assinada, que representam 17%, é menor que o município de Fortaleza (23%) e o Estado da Bahia (27%).

Se considerarmos como vínculo formal os trabalhadores com carteira assinada, militares e funcionários públicos, e informal os trabalhadores sem carteira assinada, conta própria, trabalhadores na produção do próprio consumo e não remunerados em ajuda ao membro do domicílio, excluindo a categoria empregador dessas duas categorias, identifica-se que Salvador possui de 38% de informalidade na PEA, valor muito abaixo do Estado do Bahia (61%) e do município de Fortaleza 45%.

Tabela 11. População Ocupada (10 ou mais anos de idade) segundo posição na ocupação do trabalho principal na Bahia e nos municípios de Salvador e Fortaleza, 2010.

Posição Trabalho Principal	Bahia	Salvador	Fortaleza
	N = 5841043	N = 1252949	N = 1128813
	%	%	%
Conta própria	23	19	21
Empregadores	1	2	2
Empregados - com carteira de trabalho assinada	33	56	48
Empregados - militares e funcionários públicos estatutários	4	5	5
Empregados - outros sem carteira de trabalho assinada	27	18	23
Não remunerados em ajuda a membro do domicílio	2	1	0
Trabalhadores na produção para o próprio consumo	9	0	1

Fonte: IBGE, 2010.

Ainda sobre a PEA, a Tabela 12 demonstra que no município de Salvador, 69% dos trabalhadores contribuem para a Previdência Social, através do Instituto Nacional da Seguridade Social - INSS, sendo 38% do sexo masculino e 31% do sexo feminino. O número de mulheres contribuintes no estado da Bahia e em Fortaleza é ainda menor se comparado ao município de Salvador com cerca de 18% e 26% da PEA, respectivamente. Este dado demonstra que as mulheres, em Salvador, Fortaleza e no Estado da Bahia encontram-se mais vulneráveis em relação à proteção social, garantida pela condição de segurado da Previdência.

Tabela 12. Distribuição percentual da população ocupada (10 ou mais anos de idade) segundo contribuição para Instituto de Previdência no Município de Salvador e Fortaleza, Estado da Bahia, 2010.

Condição de contribuição para Instituto de Previdência Social	Bahia		Salvador		Fortaleza	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
	%	%	%	%	%	%
Contribuinte	26	18	38	31	34	26
Não contribuinte	33	23	15	16	19	20

Fonte: IBGE, 2010.

Salvador possui uma taxa de 12,72 de desempregados, com uma população desocupada de 180.403 habitantes. Neste contexto, infere-se que há um desemprego oculto decorrente do trabalho precário e se fossem consideradas essas situações o índice de desemprego seria maior. Vale observar que a taxa de desemprego de Salvador é maior em relação a Fortaleza, Bahia e Brasil, que possuem suas taxas de 7,53, 10,73 e 7,42, respectivamente. Esse indicador sinaliza um agravante em relação à situação social dos trabalhadores, com a necessidade de investimento em políticas públicas para geração de emprego no Município e atenção ao aumento da demanda para o sistema de saúde (Tabela 13).

Tabela 13. Taxa de Desemprego da PEA. Salvador e Fortaleza, 2010.

	PEAO	Pop. Desocupada	Taxa de Desemprego
Salvador	1418296	180403	12,72
Fortaleza	1204466	90722	7,53
Bahia	6.340.052	680.221	10,73
Brasil	91.263.701	6.775.081	7,42

Fonte: IBGE, 2010. Considera-se pessoas desempregadas aquelas que desenvolveram alguma atividade econômica eventual.

Sobre o perfil produtivo de Salvador os dados do IBGE demonstram que há no município 63.210 empresas atuantes, empregando 808.882 pessoas assalariadas, com a média mensal de 3,5 salários mínimos, no ano de 2010. Fortaleza apresenta um maior número de empresas ativas que Salvador, sendo 68.170 empresas, todavia o número de pessoas ocupadas assalariadas e a média mensal de remuneração são menores, sendo 720.595 pessoas assalariadas e 2,8 salários mínimos, respectivamente (IBGE, 2017).

Segundo a Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), dados demonstrados na Tabela 14 - Anexo, verifica-se que houve um acréscimo no número de trabalhadores formais contratados no município de Salvador de 2005 a 2015, passando de 658.145 para 840.300, as atividades econômicas com maior predominância de trabalhadores formais são: comércio e reparação de veículos automotores e motocicletas com 17%, construção com 8% e transporte e armazenamento com 6%, em 2015. As atividades como: educação, saúde, serviços domésticos, atividades imobiliárias, atividades financeiras e entre outras, tiveram uma representação inferior a 1% dos trabalhadores formais.

Os trabalhadores que desenvolvem atividades produtivas identificadas como principais no Município estão expostos a diferentes fatores de riscos. No setor de comércio, destaca-se o fator de risco ergonômico e no setor da construção destaca-se o fator de risco de acidente de trabalho. Desta forma, pode-se associar esta exposição a maiores prevalências de LER/DORT e acidente de trabalho grave no município de Salvador. Estes agravos são de notificação obrigatória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e serão apresentados em tópico específico.

2.2.4. Produto Interno Bruto – PIB

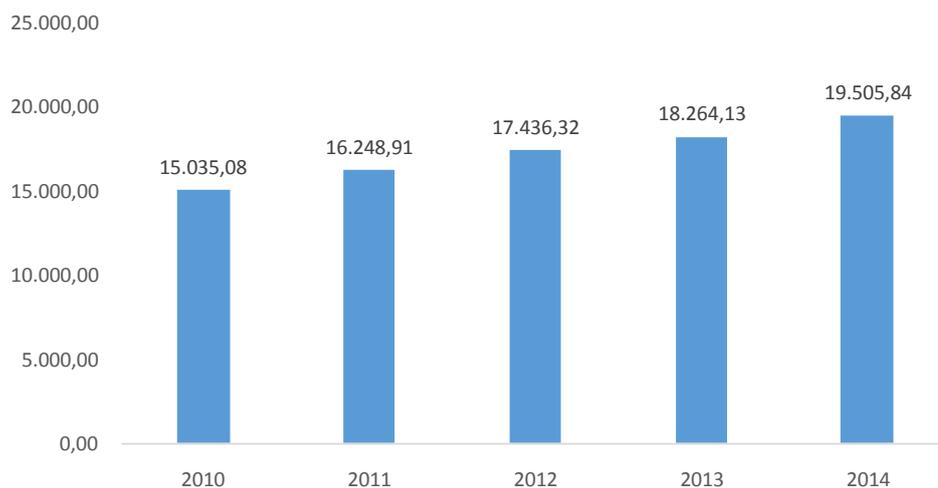
O Produto Interno Bruto⁹ (PIB) é um medidor econômico que indica o conjunto de riquezas produzidas em um determinado território. O índice de PIB Per Capita é mensurado com base em estatísticas de desenvolvimento humano, como os cidadãos que se beneficiaram do desenvolvimento e crescimento do país, e tiveram um incremento em suas rendas (ADAMI, s/d).

A Renda média domiciliar *per capita* é a média das rendas domiciliares *per capita* das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Avalia-se como renda domiciliar *per capita* a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio, em reais, dividida pelo número de seus moradores, esta mede a capacidade de aquisição de bens e serviços dos moradores do domicílio (RIPSA, 2012).

No período de 2010 a 2014, Salvador apresentou um aumento no PIB Per Capita e melhoria na renda média domiciliar per capita (Gráficos 07 e 08). Embora ocupe a 9ª posição em termos absolutos (R\$ 56.624,041), em 2014, Salvador ocupou o 26º lugar no ranking do PIB per capita das capitais brasileiras.

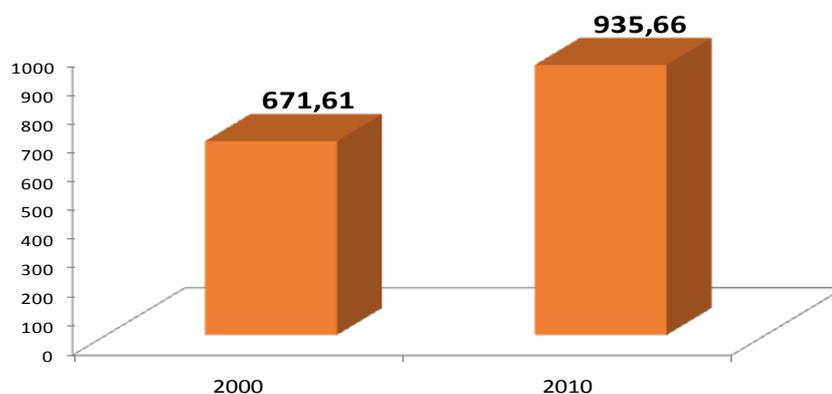
⁹ O PIB é considerado um importante indicador do crescimento de um determinado país, Trata-se da soma de todos os bens produzidos e serviços praticados em um país, independente da nacionalidade das empresas e dos proprietários, além de não considerar se essa lucratividade permanecerá ou não no país. Utilizado como referência para gestores e empresários que buscam destinar os seus investimentos para aqueles locais em que esse índice transmite um melhor desempenho da economia local. Quando o valor do PIB é elevado, significa que a economia local está se desenvolvendo; quando ele é baixo ou próximo a zero, significa que não houve crescimento no período; e quando ele é menor que zero, quer dizer que há um processo de recessão em curso (PENNA, s/d).

Gráfico 07. Produto Interno Bruto per capita. Salvador-BA, 2010 a 2014.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS - DATASUS

Gráfico 08. Renda média domiciliar per capita. Salvador-BA, 2000 e 2010.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS - DATASUS

2.3. Perfil Ambiental

Salvador está situada entre as coordenadas geográficas 12°47'04" de latitude sul e 38°24'14" de longitude Oeste de Greenwich, abrangendo uma área de 692,819 km². Posicionada em zona de baixa latitude ao Sul do Equador, a área caracteriza-se por apresentar clima tropical com temperaturas médias de 24°C (máximas de 32°C) e precipitações variando de 600 a 2.500 mm anuais, influenciadas pela proximidade do mar e por altitudes significativas.

O território envolve a parte Continental e as Ilhas Bom Jesus dos Passos, Ilha de Maré e Ilha dos Frades. Em Salvador, 95,09% da população é abastecida com água encanada e possui esgotamento sanitário e 96,55% são atendidos pela coleta de lixo (PNUD BRASIL, 2013).

2.3.1 Geomorfologia e Clima

A cidade está fundada sob terrenos de constituintes areno-argilosos, configurando uma estabilidade estrutural, que é alterada, em geral, pela ocupação indiscriminada, provocada pelo desmatamento e acréscimo de peso sobre as encostas, ocasionando eventuais movimentos de massa, principalmente em períodos de altos índices pluviométricos (BRASIL, 1981; BIOTA/COELBA, 2006). Situada sob a escarpa Falha de Salvador¹⁰, a cidade pertence à bacia

¹⁰ A Falha de Salvador é uma geomorfologia conhecida como falésia, que se caracteriza por um abrupto encontro da terra com o mar, formando escarpas na vertical que terminam ao nível do mar e encontram-se permanentemente sob sua ação erosiva. As falésias são geralmente constituídas de camadas sedimentares ou vulcano-sedimentares,

do Recôncavo, cujo pacote sedimentar constitui o Supergrupo Bahia, e como características geomorfológicas podem-se observar terrenos que possuem elevações de 2 a 200 metros acima do nível do mar, com separação em quatro domínios distintos: Baixada Litorânea, Planícies Marinhas e Fluviomarinhas, Tabuleiros Pré-Litorâneo e Tabuleiros do Recôncavo.

O clima de Salvador, segundo classificação de Köppen, é do tipo megatérmicos (Af e Am)¹¹, tropical chuvoso, com estações chuvosas e secas, sendo as maiores precipitações concentradas nos meses de abril a junho, e de acordo com Thornthwaite, se situa na variedade climática úmido. As temperaturas da região oscilam entre 20°C e 30°C, com mínimas, nos meses de julho e agosto, máximas nos meses de março e novembro e precipitação média acima de 2.000 mm anuais (BRASIL, 1981; BIOTA/COELBA, 2006). Em geral, a umidade relativa da capital não varia muito anualmente, ficando entre 79% (fevereiro) e 83,1% (maio).

O padrão de vento de Salvador é caracterizado por ventos dominantes de sudeste, com velocidade média de 3,2 m/s no inverno e 2,8 m/s no verão. (ANDRADE, 2002). A condição climática da cidade promove estresse térmico positivo durante o ano inteiro, atenuando-se durante o inverno, embora esta condição requeira sombreamento por vegetação e preservação dos corredores de vento (NERY, 1997).

Estudos realizados por Moura *et al* (2006) apontam que a condição mesoclimática de Salvador pode ser descrita como possuindo uma tendência geral para o estresse térmico positivo durante o dia e durante o ano todo, até mesmo em época de inverno, embora existam variações climática perceptíveis entre as estações. Entretanto, ao longo dos últimos anos foi observado uma deterioração severa da qualidade térmica da cidade, reduzindo a qualidade ambiental urbana em vasta área do seu território. Esta condição resulta da forma de ocupação urbana, com a substituição significativa de áreas verdes por estruturas construídas que acumulam calor e elevam o estresse térmico.

2.3.2. Recursos Hídricos

A cidade do Salvador, apesar de estar numa área de difícil acesso, conta com abastecimento hídrico abundante, que acabou por direcionar a ocupação da cidade antiga, ao longo dos seus rios e bacias hidrográficas. Na passagem de um bairro a outro, por estes caminhos previamente traçados pelas redes hidrográficas foram-se constituindo o tecido urbano. Salvador está situada na bacia hidrográfica do Recôncavo Norte, com 12 sub-bacias hidrográficas¹² e nove bacias de drenagem natural¹³ (SANTOS *et al*, 2010; BUENO, 2006; BIOTA/COELBA, 2006; BRASIL, 1981; AB'SABER, 1952).

Com essa enorme rede hídrica, inicialmente a Cidade contava com fontes¹⁴ e chafarizes para o abastecimento da população. O aumento da demanda do consumo de água e as transformações urbanas conduziram a implantação do serviço de abastecimento de água da cidade. Contudo, emergências hídricas, irregularidades no abastecimento, ainda, ocasiona a utilização de bicas e minadouros pela população.

A intensa urbanização tem sido um desafio a preservação recursos hídricos, que sofrem com sucessivas obras de aterramento, drenagem, compactação ou desvio de curso, com o objetivo de implantar novas edificações, vias expressas, ou mesmo solucionar problemas de inundações. Todas essas bacias possuem uma área de urbanização superior a 70% do valor da área total o que potencializa os efeitos danosos sobre sua hidrologia, ocasionando o

acompanhando a linha costeira. A Falha de Salvador é uma falésia com 60 a 80 metros de desnível, na direção SSE-NNW, sobre, aproximadamente, 20 km (BRASIL, 1981).

¹¹ A classificação climática de Köppen divide os climas em 5 grandes grupos, onde cada clima é representado por um conjunto variável de letras com a seguinte significação: a primeira letra (maiúscula) denota a característica geral do clima de uma região; a segunda letra (minúscula) estabelece o tipo de clima dentro do grupo, e denota as particularidades do regime pluviométrico. O Clima Am significa clima tropical com precipitação total anual média > 1500 mm e clima Af significa clima tropical com ocorrência de precipitação significativa em todos os meses do ano e inexistência de estação seca definida (BRASIL, 1981).

¹² Seixos-Barra/Centenário, Camarajipe, Cobre, Ipitanga, Jaguaribe, Lucaia, Ondina, Paraguari, Passa Vaca, Pedras/Pituaçu, Ilha de Maré e Ilha dos Frades.

¹³ Amaralina/Pituba, Armação/Corsário, Comércio, Itapagipe, Plataforma, São Tomé de Paripe, Stella Maris, Vitória/Contorno e Ilha de Bom Jesus dos Passos

¹⁴ Estudos históricos contabilizam 170 fontes espalhadas pela cidade, embora apenas 41 delas estejam registradas por seu valor histórico e cultural, sendo que as demais estão em residências particulares.

assoreamento dos leitos, respostas nos picos de cheias, poluição das águas e insalubridade ambiental.

Relacionando-se bacias urbanas com o comportamento da drenagem urbana, um dos fatores mais notáveis da modificação no comportamento hidrológico é a contribuição das áreas impermeáveis, através das edificações e da pavimentação das vias de circulação que acarretam um aumento no escoamento superficial da água da chuva, favorecendo a ocorrência de eventos relacionados ao acúmulo de água (ROCHA, 2013, p. 27).

Quanto mais intensa for a ocupação urbana e o grau de impermeabilização, maior a dificuldade de absorção de água pelo solo (ROCHA, 2013, p. 28). Ainda, de acordo com Tucci (1995), a substituição da cobertura vegetal por pavimentos impermeáveis (telhados, calçadas, ruas asfaltadas e lajes) altera o ciclo hidrológico natural, significativamente, levando à redução da infiltração, do escoamento subterrâneo e da evapotranspiração e, em contra partida, ao aumento do escoamento superficial. A intensificação deste escoamento superficial ocasionará possíveis inundações e alagamentos.

2.3.3. Áreas Verdes Remanescentes

A existência das áreas verdes nas cidades, fundamentais na estabilização de microclimas e atenuantes dos diversos tipos de poluição, interfere diretamente na qualidade de vida dos seres por meio das funções sociais, ecológicas, estéticas e educativas, que elas exercem para amenizar as consequências negativas da urbanização.

Salvador é caracterizada pela presença do bioma mata atlântica¹⁵. Os remanescentes desta mata nativa encontram-se melhor representados em algumas unidades de conservação da cidade, como o Parque Metropolitano de São Bartolomeu, o Parque Metropolitano de Pituvaçu, a Área de Reserva Florestal do 19º BC e Área de Proteção Ambiental Joanes/Ipitanga. Também são encontrados remanescentes de manguezais, e inúmeras áreas com vegetação, as Áreas de Proteção Ambiental¹⁶.

2.3.4. Saneamento Básico

Desde 2000, Salvador vem ampliando o percentual de domicílios com água encanada, energia elétrica, esgotamento sanitário e coleta de lixo. Esse aumento pode indicar uma melhoria no nível de conforto domiciliar dos moradores metropolitanos. Segundo dados do último censo do IBGE e relatórios do PNUD e IPEA, em 2010, 99,18% dos domicílios possuíam água encanada e 96,55% da população contava com coleta de lixo. Destacamos que estes percentuais se referem às populações urbanas.

Levantamentos realizados pelo Instituto Trata Brasil, apontam que em 2015, a capital aparecia no Ranking do saneamento em 10º lugar, enquanto que entre todos os municípios brasileiros ocupava a 45ª posição, onde 92,19% da população é abastecida por água tratada e 79,78% possui esgotamento sanitário.

2.4. Perfil Epidemiológico

2.4.1. Hábitos e Estilos de Vida

Hábitos e estilos de vida estão relacionados a comportamentos de indivíduos e coletividade e no campo da saúde revelam fatores de risco e proteção a serem trabalhados em ações de promoção e prevenção à saúde, de modo a estimular hábitos e estilos de vida saudáveis e contribuir para o desenvolvimento de fatores de proteção. Pesquisas nacionais realizadas pelo

¹⁵ Constitui de um conjunto de formações florestais, tais como floresta ombrófila densa, floresta ombrófila aberta, manguezais, restingas, dunas e matas ciliares (BRASIL, 1981; RIZZINI, 1997).

¹⁶ APA da Bacia do Rio do Cobre, do Rio Joanes/Ipitanga, das Dunas e Lagoas do Abaeté, os Parques Metropolitano de Pirajá, São Bartolomeu, Joventino Silva (Parque da Cidade), Pituvaçu, Zoobotânico Getúlio Vargas, a Área de Proteção de Recursos Naturais – APRN do Manguezal do Rio Passa Vaca, a Reserva Particular do Patrimônio Natural – RPPN da Mata do Cascão - 19º BC e o Jardim Botânico de Salvador. Destas, O Parque da Cidade, o Parque de Pituvaçu, a APRN do Rio Passa Vaca e o Jardim Botânico de Salvador estão sob a gestão municipal da Secretaria de Cidades Sustentáveis – SECIS.

IBGE, e algumas mais recentes no formato de inquérito telefônico¹⁷ apresentam dados que podem subsidiar o planejamento destas ações.

As principais doenças crônicas que afetam nossa população (doenças do aparelho circulatório, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas) estão associadas a fatores de riscos como tabagismo, excesso de peso e obesidade, alimentação não saudável, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e inatividade física. No entanto, se modificados, passam a contribuir para proteção à saúde.

2.4.1.1. Tabagismo

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares. Em 2015, a estimativa percentual de adultos que fumavam no Brasil foi de 10,4%, independentemente da frequência e intensidade do hábito. Nesse cenário, junto com São Luís (MA), Salvador destacou-se como a capital brasileira com a menor prevalência de fumantes, apresentando na sua série histórica uma tendência decrescente no número de indivíduos que referem ser fumantes.

Tabela 15. Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, por sexo, Salvador-BA, VIGITEL 2006 a 2015.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Masculino	12,0	15,2	12,4	16,0	9,6	10,6	7,3	6,6	9,0	5,6
Feminino	7,0	9,3	8,1	7,4	7,2	6,8	5,4	4,0	5,4	3,8
Total	9,5	11,5	10,0	11,3	8,3	8,6	6,3	5,2	7,0	4,6

Fonte: VIGITEL.

2.4.1.2. Excesso de Peso e Obesidade

No mesmo período a obesidade é apontada como um problema nutricional e um fator de risco para doenças cardiovasculares de maior ascensão. Entre 2006 a 2015 (Tabela 16-Anexo), a frequência de adultos com excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m²) e o percentual de obesos aumentou, tendo este último um crescimento significativo de 64% (de 9,9% em 2006 passou para 16,3% em 2015) (Tabela 17).

Tabela 17. Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade (IMC \geq 30 kg/m²), por sexo, Salvador-BA, VIGITEL 2006 a 2015.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Masculino	10,2	10,9	9,2	13,6	8,0	15,2	9,8	13,1	15,6	14,4
Feminino	9,6	13,7	15,0	16,7	13,9	14,6	17,7	16,3	19,8	17,9
Total	9,9	12,3	12,1	15,2	11,1	14,9	14,1	14,9	17,8	16,3

Fonte: VIGITEL.

2.4.1.3. Consumo alimentar

A alimentação saudável, conforme o recomendado pela OMS (2003), era praticada por apenas 18,6% dos soteropolitanos em 2015 (Tabela 18). Considerando-se o consumo regular¹⁸ de frutas e hortaliças consumidas em cinco ou mais dias da semana, esse número sobe para 28,9% (Tabela 19-Anexo).

¹⁷ Tais pesquisas são: VIGITEL desde 2006 é inquérito de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico; PeNSE é a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar realizada a cada 3 anos pelo IBGE, e a PNS/IBGE (Pesquisa Nacional de Saúde). A PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2009, 2012 e 2015) contempla estudantes frequentando o 9º ano do ensino fundamental, e de 13 a 17 anos de idade frequentando as etapas do 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio (somente na edição de 2015). Esta amostra de escolares do ensino médio permite a comparação com indicadores nacionais e internacionais sobre adolescentes e possibilita, entre outros aspectos, melhor identificação e acompanhamento de fatores relacionados ao desenvolvimento físico-biológico e ao tempo de exposição às condições de risco para esse grupo.

¹⁸ A OMS recomenda o consumo de 05 porções diárias de alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras.

Tabela 18. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças, por sexo, Salvador – BA, VIGITEL 2006 a 2015.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Masculino	6,3	13,8	11,5	8,5	13,3	12,8	17,1	15,8	13,2
Feminino	9,3	17,2	17,7	16,1	16,2	20,7	19,8	20,9	23,1
Total	7,9	15,6	14,9	12,6	14,9	17,1	18,6	18,6	18,6

Fonte: VIGITEL.

Considera-se que a formação dos hábitos alimentares é um processo dinâmico desenvolvido ao longo da vida, mas que o aprendizado ocorrido na infância e adolescência permanece durante todo ciclo vital (Brasil, 2016). Entre 2009 e 2015 os dados do PeNSE mostram um aumento de 24,2% no consumo de frutas e uma redução no consumo de guloseimas e refrigerantes de 20,8% e 34,3% respectivamente.

Tabela 20. Percentual de escolares com consumo alimentar maior ou igual a cinco dias, nos últimos sete dias, por alimento marcador de hábito saudável e não saudável, Salvador - 2009, 2012 e 2015.

Alimento marcador de hábito saudável						Alimento marcador de hábito não saudável					
Feijão			Frutas			Guloseimas			Refrigerante		
2009	2012	2015	2009	2012	2015	2009	2012	2015	2009	2012	2015
47,0	47,7	41,2	22,7	23,0	28,2	46,6	40,1	36,9	32,4	26,6	21,3

Fonte: PeNSE (2009,2012 e2015).

2.4.1.4. Consumo de Bebidas Alcoólicas

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas¹⁹, teve seu maior percentual em Salvador no ano de 2012, com um decréscimo nos anos seguintes (Tabela 21). Mesmo assim, em 2015 dentre as capitais brasileiras o município teve a maior frequência de adultos com consumo excessivo de bebidas alcoólicas abaixo apenas do Distrito Federal.

Tabela 21. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva, por sexo, Salvador – BA, VIGITEL 2006 a 2015.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Masculino	33,0	29,7	35,6	35,8	32,0	31,3	38,5	30,4	32,0	31,0
Feminino	13,0	13,9	15,9	17,1	17,3	17,2	16,7	13,9	11,5	15,4
Total	22,2	21,1	24,9	25,6	24,0	23,6	26,6	21,4	20,6	22,5

Fonte: VIGITEL

O uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e outras drogas são considerados comportamentos de risco com início muito comum na adolescência, e constitui em fator preditor para o abuso de substâncias, problemas de saúde, redução do rendimento escolar, aumento da utilização dos serviços de saúde e necessidade de tratamento específico (Brasil, 2016). Entre 2009 e 2015 na pesquisa (PeNSE) houve redução no percentual de experimentação de cigarros (32,4%), álcool (24,8%) e drogas ilícitas (3,2%), para ambos os sexos e nas escolas públicas e privadas analisadas (Tabela 22, e Tabela 23-Anexo).

Tabela 22: Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental por frequência segundo a experimentação de cigarros, álcool e drogas, por dependência administrativa, Salvador- BA, 2009,2012 e 2015.

	Privada			Pública		
	2009	2012	2015	2009	2012	2015
Experimentação de cigarros	15,2	7,4	7,3	21,3	19,4	17,1
Experimentação de álcool	81,2	72,7	48,9	74,8	71,9	61,0
Experimentação de drogas ilícitas	9,5	3,6	2,6	5,7	7,3	7,9

Fonte: PeNSE (2009, 2012 e 2015).

¹⁹ Segundo VIGITEL considera-se consumo excessivo de bebidas alcoólicas = ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias

2.4.1.5. Atividade Física

Um importante fator de proteção e enfrentamento das DCNT é a prática regular de atividade física. Considerando o critério adotado pela metodologia do VIGITEL²⁰ a partir de 2001, em Salvador, o percentual de adultos que praticam atividade física no tempo livre cresceu 22% (de 28,3% em 2011 foi para 34,6% em 2015) (Tabela 24).

Tabela 24. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre, por sexo, Salvador – BA, VIGITEL 2006 a 2015.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Masculino	18,0	21,8	18,5	19,0	22,3	39,9	43,2	44,9	42,3	41,4
Feminino	12,0	13,0	11,1	9,4	9,5	18,6	23,2	24,2	24,2	29,0
Total	14,6	17,0	14,5	13,8	15,3	28,3	32,5	33,6	32,4	34,6

Fonte: VIGITEL.

A prática regular de atividade física desde a infância e adolescência está associada aos benefícios físicos e psicológicos a curto e longo prazo (Brasil, 2016). Os resultados do PeNSE²¹ em Salvador referentes aos escolares considerados ativos demonstram uma redução de 12,8% na população total de escolares do 9º ano do ensino fundamental entre 2009 e 2015. Observa-se que esta redução ocorre tanto nas escolas públicas quanto nas privadas, quando comparados os anos de 2009 e 2015 (Tabela 25). Ao desagregar por sexo, percebe-se que este declínio foi mais acentuado nos escolares do sexo masculino (18,4%) em relação ao sexo feminino (que apresentou redução de 8,7%).

Tabela 25. Percentual de escolares considerados ativos, segundo sexo e dependência administrativa da escola, Salvador - BA, 2009,2012 e 2015.

Total	Sexo						Dependência Administrativa da Escola							
	Feminino			Masculino			Privada			Pública				
2009	2012	2015	2009	2012	2015	2009	2012	2015	2009	2012	2015	2009	2012	2015
37,5	28,9	32,7	26,3	22,1	24,0	52,6	36,4	42,9	47,9	29,1	28,8	35,8	28,8	34,6

Fonte: PeNSE (2009,2012 e2015).

2.4.1.6. Violência Física e/ou Psicológica

Em relação à violência física e /ou psicológica entre escolares, observa-se uma elevação no percentual de agressão física (29,1%.), agressão por arma branca (24,1%) e arma de fogo (38,7%) na população de escolares, quando comparados os anos de 2009 e 2015 (Tabela 26).

Tabela 26. Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental por frequência com que nos últimos 30 dias, sofreram algum tipo de violência física ou psicológica, Salvador- BA, 2009,2012 e 2015.

	Total			Masculino			Feminino		
	2009	2012	2015	2009	2012	2015	2009	2012	2015
Bullying ²² *	4,2	6,9	4,9	4,5	8,2	5,5	3,9	5,6	4,4
Agressão Física	12,7	13,5	16,4	17	12,3	13,4	9,4	14,6	19,0
Arma Branca	5,8	9,4	7,2	8,4	13	8,8	3,9	6,1	5,2
Arma de Fogo	3,1	6,5	4,3	4,6	9,5	6,0	2,0	3,7	2,8

Fonte: PeNSE (2009,2012 e2015).

²⁰Para análise dos adultos que praticam atividades físicas no tempo livre, a metodologia do VIGITEL considerava ativos fisicamente todos os indivíduos que praticam pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana ou pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana. A partir de 2011, seguindo a OMS, passou a utilizar o critério de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa.

²¹ Escolares considerados ativos são os que praticam 300 minutos ou mais de atividade física na semana (07 dias).

²² Na PeNSE caracteriza-se a intimidação sistemática (*bullying*), quando há violência física ou psicológica em atos de intimidação, humilhação ou discriminação e, ainda a intimidação sistemática na rede mundial de computadores (*cyberbullying*). Foi também incluído em Bullying as resposta "Quase Sempre" ou "Sempre".

2.4.1.7. Direção de veículos

A direção de veículos motorizados nos trinta dias que antecederam a pesquisa apresentou tendência de crescimento quando comparados os resultados das PeNSE no período 2009-2015 para ambos os sexos, sendo maior no masculino com incremento de 12,5% (Tabela 27). Esta informação é preocupante e revela a exposição ao risco de acidentes de trânsito de menores não habilitados conduzindo veículos automotores.

Tabela 27. Percentual de escolares menores de 18 anos de idade que, nos os últimos 30 dias, dirigiram veículo motorizado, segundo sexo e dependência administrativa da escola, Salvador – BA, 2009,2012 e 2015.

Total			Sexo						Dependência Administrativa da Escola					
			Masculino			Feminino			Privada			Pública		
2009	2012	2015	2009	2012	2015	2009	2012	2015	2009	2012	2015	2009	2012	2015
18,3	21,6	21,7	29,5	34,8	33,2	10,1	9,6	12	20,1	19,9	16,3	18	22,2	24,4

Fonte: PeNSE (2009,2012 e2015).

2.4.2. Perfil de Natalidade

Em Salvador, o Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)²³ foi implantado em 1998. Atualmente, 16 estabelecimentos de saúde realizam partos, sendo que destes, 09 possuem o SINASC descentralizado, isto é, digitam as declarações dos nascidos vivos no próprio estabelecimento de ocorrência do parto, contribuindo para minimizar a subnotificação e a defasagem de tempo do registro, além de facilitar a coleta de dados fidedignos e confiáveis.

No período de 2005 a 2015 foram registrados 399.410 nascidos vivos de mães residentes do município de Salvador, com uma média anual de 36.310 nascimentos. Neste mesmo período ressalta-se um aumento de 4.211 (2005) para 10.120 (2015), no número de nascidos vivos de mães residentes em outros municípios do estado da Bahia que realizaram seus partos no município de Salvador. Isto aponta Salvador como pólo de atração crescente na área de serviços de saúde (Tabela 28)

Tabela 28. Nascidos Vivos (nº e %) de mães residentes no município de Salvador e de mães residentes em outros municípios. Salvador-BA, 2005 – 2015*.

Ano	Mães Residentes em Salvador		Mães Residentes de outros municípios		Total
	nº	%	nº	%	
2005	36.587	89,68	4.211	10,32	40.798
2006	36.383	88,02	4.952	11,98	41.335
2007	36.738	86,51	5.729	13,49	42.467
2008	36.388	85,07	6.384	14,93	42.772
2009	36.482	83,93	6.985	16,07	43.467
2010	35.709	82,34	7.660	17,66	43.369
2011	36.705	81,32	8.434	18,68	45.139
2012	36.473	80,92	8.598	19,08	45.071
2013	35.837	79,74	9.105	20,26	44.942
2014	36.049	78,37	9.947	21,63	45.996
2015	36.059	78,09	10.120	21,91	46.179
Total	399. 410	82,95	82.125	17,05	481.535

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – Sinasc *Dados processados em 19/05/2017

²³ O SINASC é um importante instrumento na avaliação das condições de nascimento e parto. Implantado em 1990 pelo Ministério da Saúde, tem como documento padrão, a Declaração de Nascido Vivo (DNV), de uso obrigatório em todo o território nacional (Fonte: MS, 2011).

Em relação aos Distritos Sanitários (Tabela 29), observa-se que a maioria apresentou tendência de redução, com destaque para o DS Centro Histórico (-15,2%), ao passo que, o DS Itapuã apresentou um aumento de 31,0%, seguido do DS Boca do Rio (10,0%) e Cajazeiras (8,7%).

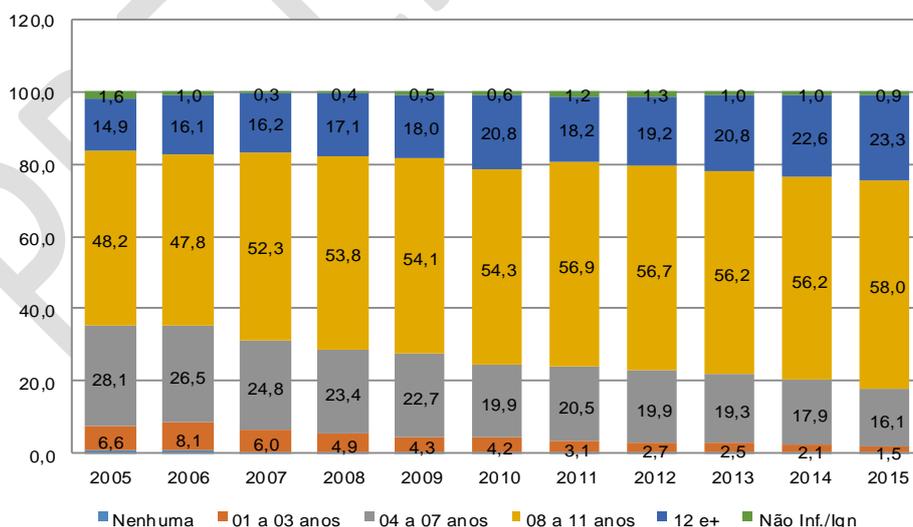
Tabela 29. Número de nascidos vivos, segundo Distrito Sanitário de residência. Salvador-BA, 2005 e 2015*.

Distrito Sanitário	2005	2015	Varição (%)
Centro Histórico	902	765	-15,2
Itapagipe	2.029	1.803	-11,1
São Caetano/Valeria	4.548	4.273	-6,0
Liberdade	2.518	2.219	-11,9
Brotas	2.486	2.556	2,8
Barra/Rio Vermelho/Pituba	4.049	3.645	-10,0
Boca do Rio	1.573	1.731	10,0
Itapoan	2.785	3.648	31,0
Cabula/Beiru	5.301	5.192	-2,1
Pau da Lima	2.950	3.062	3,8
Subúrbio Ferroviário	4.609	4.375	-5,1
Cajazeiras	2.419	2.630	8,7
Salvador⁽¹⁾	36.587	36.640	0,1

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SINASC *Dados processados em 19/05/2017 ⁽¹⁾ Incluídos os nascidos vivos de DS ignorado.

No que tange à escolaridade das mães, observa-se uma redução de 78,5% na categoria nenhuma escolaridade, de 77,0% entre 01 a 03 anos de estudo e 42,6% entre 04 a 07 anos. Entretanto, houve um aumento de 20,4% das mães que cursaram de 08 a 11 anos de ensino (ensino médio) e de 56,6% das mães que alcançaram 12 ou mais anos de ensino (educação universitária), ao passar de 14,9% (2005) para 23,3% (2015) (Gráfico 09).

Gráfico 09. Proporção de Nascidos Vivos, segundo grau de escolaridade das mães. Salvador-BA, 2005 e 2015*.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – Sinasc *Dados processados em 19/05/2017

No ano de 2015, os DS São Caetano/Valéria (67,0%), Cajazeiras (66,9%) e Liberdade (66,4%), registraram o maior percentual de gestantes com 08 a 11 anos de estudos. E os DS Boca do Rio, Barra/Rio Vermelho e Brotas lideraram com mães com 12 anos e mais de estudo, correspondendo, respectivamente, a 50,9%, 45,3% e 40,4% (Tabela 30).

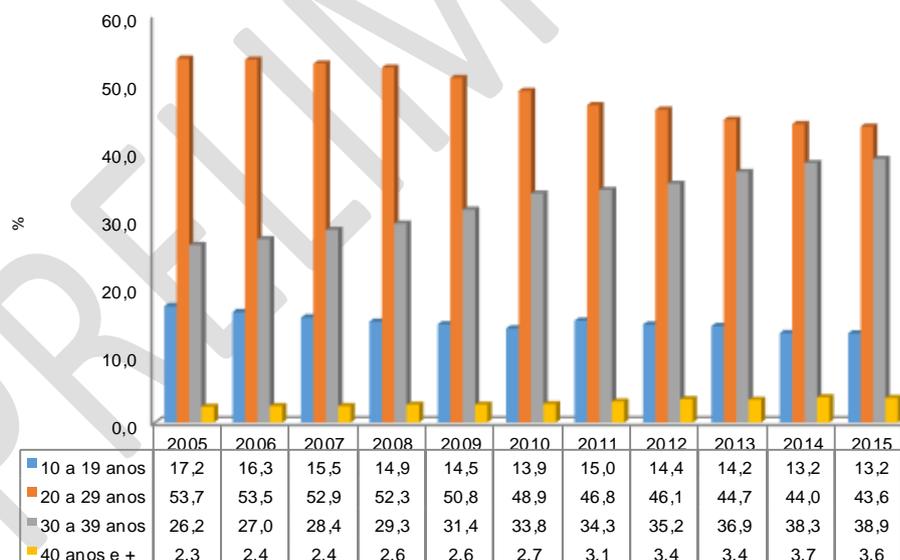
Tabela 30. Proporção de Nascidos Vivos, segundo grau de escolaridade das mães. Salvador-BA, 2015*.

Distrito Sanitário	Nenhuma	01 a 03 anos	04 a 07 anos	08 a 11 anos	12 e+	Não Inf./Ign
Centro Histórico	0,5	2,0	13,9	48,7	34,7	0,7
Itapagipe	0,3	1,4	15,9	61,7	20,2	0,8
São Caetano/Valeria	0,3	1,5	19,9	67,0	10,8	0,6
Liberdade	0,3	1,3	13,1	66,4	18,4	0,7
Brotas	0,2	0,6	10,3	48,5	40,4	0,2
Barra/Rio Vermelho/Pituba	0,2	0,6	10,9	42,7	45,3	0,4
Boca do Rio	0,2	0,6	8,9	38,7	50,9	0,8
Itapuã	0,1	1,7	13,7	51,8	31,9	0,8
Cabula/Beiru	0,4	1,8	16,9	60,9	18,1	2,2
Pau da Lima	0,4	2,1	16,5	62,1	18,3	1,0
Subúrbio Ferroviário	0,3	1,9	23,4	64,4	9,5	0,6
Cajazeiras	0,3	1,8	17,4	66,9	13,1	0,6
Ignorado	1,0	2,7	23,0	59,6	12,7	1,5
Salvador	0,3	1,5	16,1	58,0	23,3	0,9

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – Sinasc *Dados processados em 19/05/2017

O gráfico 10 aponta o deslocamento da idade reprodutiva das mães, com destaque para a redução de 23,3% da proporção de mães adolescentes (10 a 19 anos) e na faixa etária de 20 a 29 anos, correspondendo a 18,7%. Enquanto apresenta aumento de 49,1%, na proporção de partos de mães com mais de 30 anos, no mesmo período em análise. “Esta transformação da estrutura etária de fecundidade ocorre em função de maior acesso à educação, melhoria da qualidade de vida, num contexto de ampliação da participação da mulher no mercado de trabalho, adiando a maternidade para idades mais avançadas.” (Fonte: Boletim CEInfo Análise | Ano VI, nº 04, Abril/2011).

Gráfico 10. Proporção de nascidos vivos, segundo faixa etária da mãe. Salvador-BA, 2005 - 2015*.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – Sinasc *Dados processados em 19/05/2017

Os DS Boca do Rio (52,6%), Barra/Rio Vermelho/Pituba (50,6%), Brotas (46,0%), Itapuã (41,4%) e Centro Histórico (40,6%) registraram os maiores percentuais de nascidos vivos de mães na faixa etária entre 30 e 39 anos (Tabela 31).

Tabela 31. Proporção de Nascidos Vivos, segundo grau de faixa etária da mãe. Salvador-BA, 2015*.

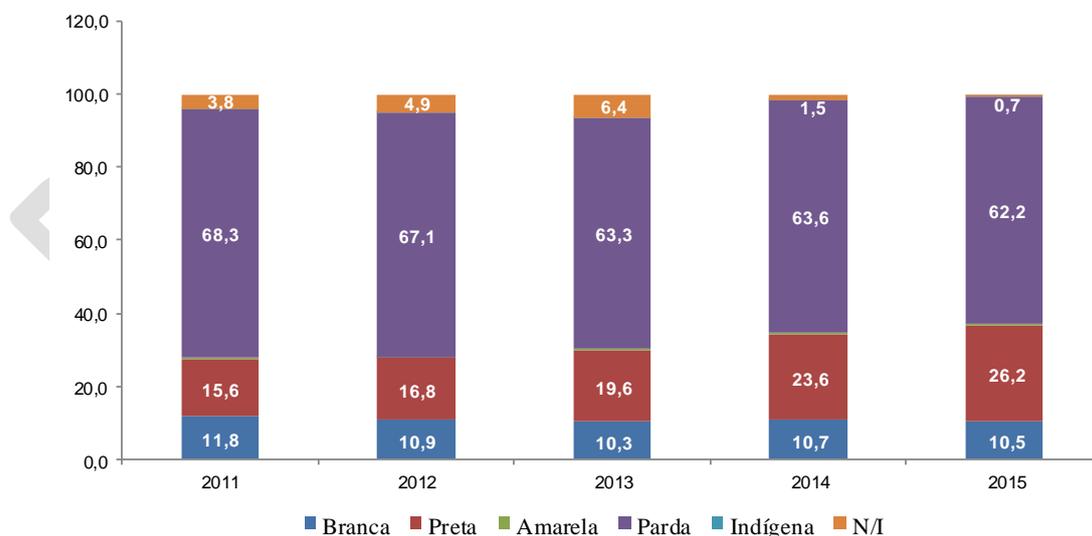
Distrito Sanitário	10 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 anos e +
Centro Histórico	13,0	42,3	40,6	4,1
Itapagipe	13,4	44,6	37,6	4,5
São Caetano/Valeria	16,4	47,4	32,9	3,3
Liberdade	14,9	45,3	36,6	3,2
Brotas	9,8	39,7	46,0	4,5
Barra/Rio Vermelho/Pituba	9,3	34,9	50,6	5,1
Boca do Rio	7,9	35,7	52,6	3,8
Itapoan	11,6	43,4	41,4	3,6
Cabula/Beiru	15,3	44,8	36,5	3,4
Pau da Lima	14,7	45,7	35,9	3,7
Subúrbio Ferroviário	17,3	46,8	33,1	2,8
Cajazeiras	15,7	47,3	33,9	3,1
Ignorado	18,1	44,6	35,2	2,2
Salvador	13,9	43,6	38,9	3,6

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – Sinasc *Dados processados em 19/05/2017

Com relação à raça/cor²⁴, observa-se no período de 2005 a 2010 o predomínio das crianças pardas, com aumento de 19,1%, quando comparado o ano de 2005 (75,1%) e 2010 (89,4%), seguido dos nascidos vivos de raça/cor branca correspondendo a 21,3%. O campo não informado registrou uma redução de 97,6%, ao passar de 16,0% (2005) de não preenchimento da variável raça/cor para 0,4% (2010) (Gráfico 11 – Anexo).

No período de 2011 a 2015 (Gráfico 12), registra-se o predomínio das mães de raça/cor parda, com percentuais que variaram de 68,3% (2011) a 62,2% (2015), correspondendo a uma redução de 9,0%. As mães de raça/cor preta registraram um aumento de 67,9% ao passar de 15,6% (2011) para 26,2% (2015). Destaca-se, a redução de 81,9% do percentual de não preenchimento da variável raça/cor.

Gráfico 12. Proporção de nascidos vivos, segundo raça/cor da mãe. Salvador -BA, 2011 – 2015*.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SINASC *Dados processados em 19/05/2017

²⁴ SINASC contemplou a variável raça-cor para o recém-nascido até o ano de 2010. A partir de 2011, esta variável passou a ser considerada para a mãe. Ressalta-se que o formulário atual da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), contempla o campo raça/cor para o recém-nascido e sua genitora, porém o sistema atual não permite o processo de entrada dessa variável para o recém-nascido, aguardando-se a implantação da nova versão.

“No País 50% dos nascimentos são de mães pardas e 42% de brancas. No Norte e Nordeste, em torno de 80% das mães declararam-se como pardas, no Centro-Oeste essa proporção foi de 59,4%, enquanto que no Sudeste e Sul, caiu para 37% e 7%, respectivamente. As mães que se declararam como pretas foram mais frequentes no Nordeste (4,9%) e no Sudeste (4,3%)” (MS, 2014).

No ano de 2015, em relação aos DS, a raça/cor predominante das mães foi a parda, variando de 51,6% (DS Barra/Rio Vermelho) a 68,4% (DS Subúrbio Ferroviário). As mães de raça/cor preta, residentes nos DS Itapagipe (32,5%), Cajazeiras (31,8%), Pau da Lima (29,0%), Cabula/Beiru (26,4%) e Subúrbio Ferroviário (26,3%), registraram percentual superior ao do município de Salvador (26,2%) (Tabela 32).

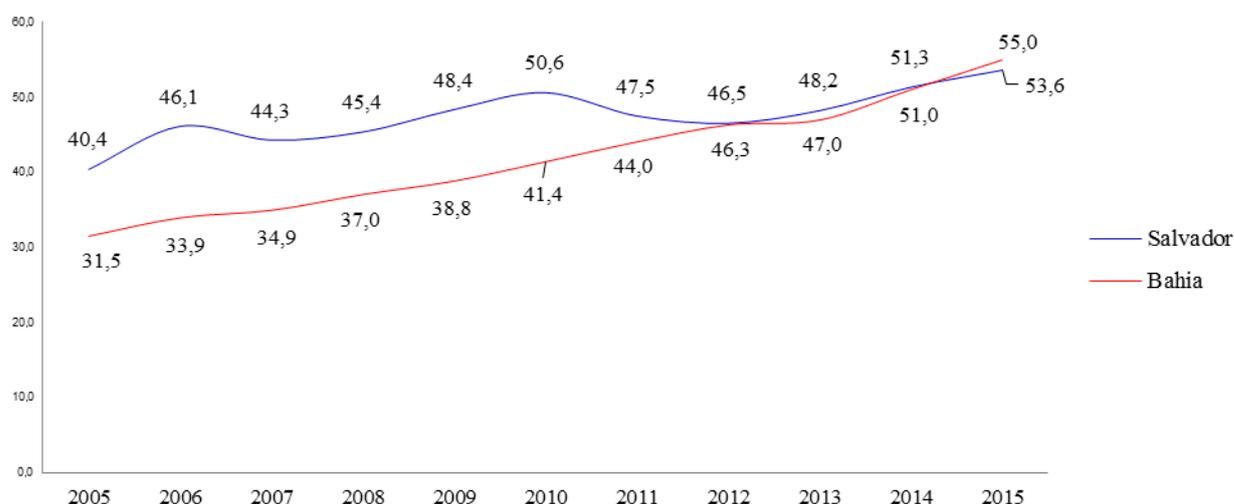
Tabela 32. Proporção de nascidos vivos, segundo Distrito Sanitário e raça/cor da mãe. Salvador-Bahia, 2015*.

Distrito Sanitário	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	N/I
Centro Histórico	17,4	25,2	1,6	55,3	0,1	0,3
Itapagipe	6,7	32,5	0,4	60,0	0,0	0,4
São Caetano/Valeria	5,5	29,9	0,3	63,6	0,1	0,5
Liberdade	5,5	28,6	0,3	65,1	0,0	0,6
Brotas	18,9	23,3	0,4	56,6	0,2	0,6
Barra/Rio Vermelho/Pituba	25,0	22,7	0,2	51,6	0,1	0,4
Boca do Rio	22,9	15,8	0,6	60,0	0,2	0,5
Itapuã	14,4	24,0	0,3	60,8	0,1	0,4
Cabula/Beiru	6,1	26,4	0,3	66,2	0,0	1,1
Pau da Lima	7,6	29,0	0,3	62,6	0,2	0,4
Subúrbio Ferroviário	4,4	26,3	0,3	68,4	0,1	0,4
Cajazeiras	6,0	31,8	0,2	61,5	0,1	0,5
Ignorado	6,3	15,4	0,2	72,9	0,1	5,2
Salvador	10,5	26,2	0,3	62,2	0,1	0,7

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SINASC *Dados processados em 19/05/2017

No período em análise, observa-se um incremento de 32,7% das gestantes soteropolitanas que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal²⁵, ao passar de 40,4% em 2005 para 53,6% em 2015, acompanhando a tendência de crescimento da Bahia que correspondeu a 74,5%, no mesmo período em análise (Gráfico 13).

Gráfico 13. Percentual de nascidos vivos de mães com 07 e mais consultas de Pré-Natal, segundo local de residência. Salvador e estado da Bahia, 2005 – 2015*.



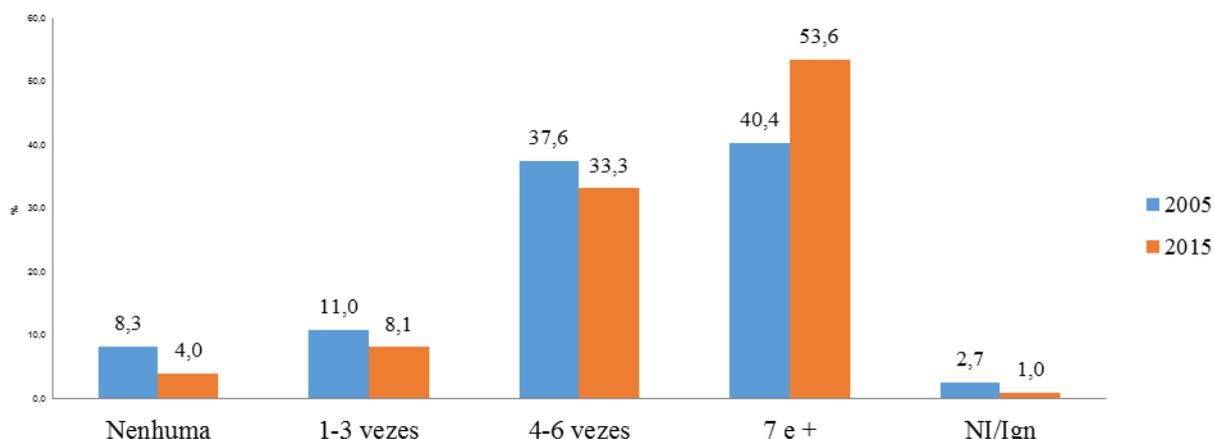
Fonte: SMS/DVIS/SUIS; Sesab/Suvisa/DIS – Sinasc *Dados processados em 19/05/2017

Considerando o gráfico 14, registra-se uma redução importante na variação proporcional de nascidos vivos de mães sem nenhuma consulta realizada de 51,8%, assim como de não informada/ignorada de 63,2%, quando comparado o ano de 2005 e 2015. A média de quatro a

²⁵ De acordo com a estratégia de implantação da Rede Cegonha é preconizado, para todas as gestantes, a realização de no mínimo 03 consultas/médicas, 03 consultas/enfermagem, 01 consulta/odontológica durante o pré-natal, totalizando em 07 (sete) consultas de pré-natal.

seis consultas de pré-natal realizadas foi de 35,9%, sendo que o maior percentual de consultas realizadas foi 37,6%, no ano de 2005.

Gráfico 14. Percentual de nascidos vivos, segundo consultas de pré-natal realizadas pela mãe. Salvador-BA, 2005 – 2015*.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SINASC *Dados processados em 19/05/2017

Os DS Boca do Rio, Barra/Rio Vermelho/Pituba e Centro Histórico destacaram-se por registrarem percentuais de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal superior a 50,0% em 2005 e em torno de 60% em 2015. No ano de 2015, os DS Cajazeiras (44,0%), Liberdade (48,4%) e São Caetano/Valéria (49,2%), tiveram o menor percentual de nascidos vivos de mães com 07 e mais consultas de pré-natal. Os DS Subúrbio Ferroviário e Pau da Lima apresentaram o maior incremento, quando comparado os anos de 2005 e 2015 (Tabela 33).

Tabela 33. Nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (nº e %), segundo Distrito Sanitário de residência. Salvador-BA, 2005 e 2015*.

Distrito Sanitário	2005		2015		Variação (%)
	nº	%	nº	%	
Centro Histórico	456	50,6	449	59,9	18,6
Itapagipe	880	43,4	1.020	56,8	30,9
São Caetano/Valeria	1.505	33,1	2.079	49,2	48,7
Liberdade	1.110	44,1	1.060	48,4	9,8
Brotas	1.185	47,7	1.499	59,1	24,0
Barra/Rio Vermelho	2.198	54,3	2.327	64,2	18,2
Boca do Rio	866	55,1	1.137	65,9	19,7
Itapuã	1.338	48,0	2.055	57,1	18,8
Cabula/Beiru	1.926	36,3	2.587	50,4	38,9
Pau da Lima	944	32,0	1.567	51,8	61,9
Subúrbio Ferroviário	1.433	31,1	2.237	52,1	67,5
Cajazeiras	794	32,8	1.150	44,0	33,9
Ignorado	142	34,0	460	41,4	21,9
Salvador	14.777	40,4	19.627	53,6	32,7

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SINASC *Dados processados em 19/05/2017

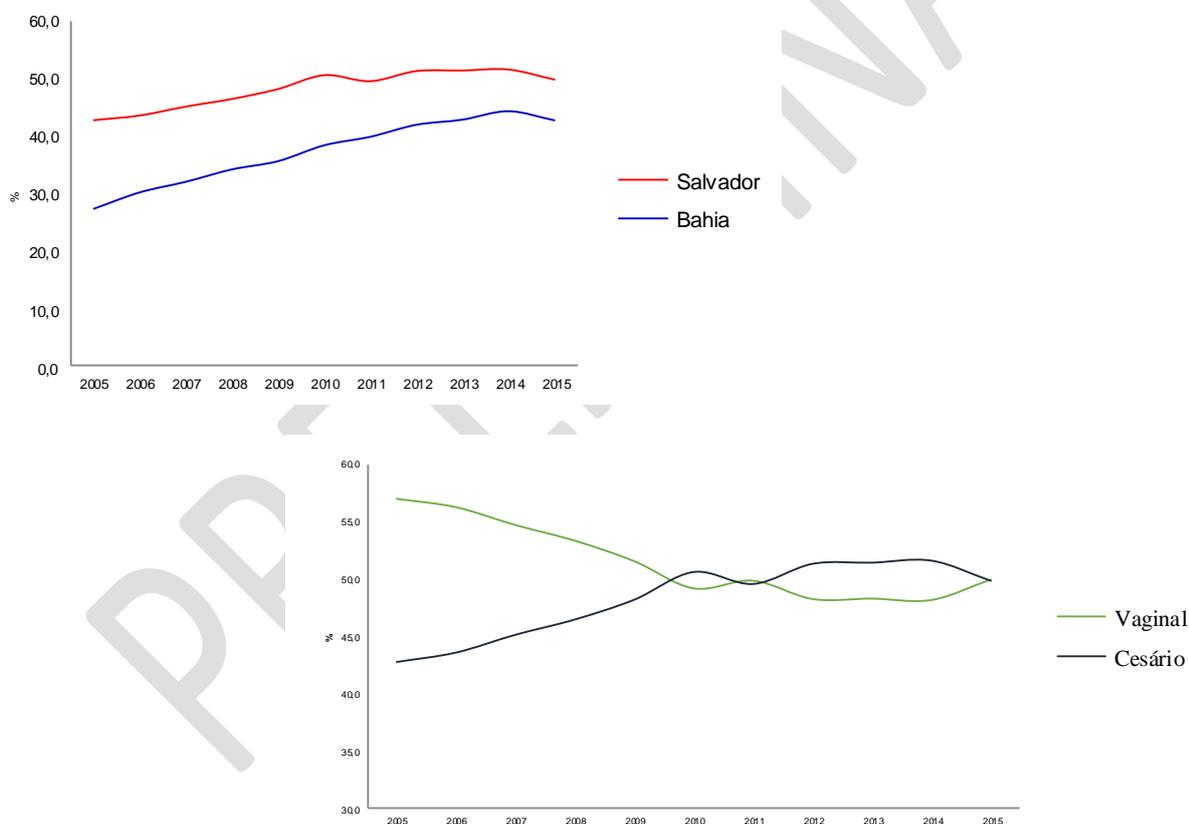
“Atualmente, o Brasil vive uma epidemia de cesáreas - que se tornaram, ao longo dos últimos anos, a principal via de nascimento do país, chegando a 55% dos partos realizados no Brasil e em alarmantes 84,6% nos serviços privados de saúde. No sistema público, a taxa é de 40%, consideravelmente menor, mas ainda elevada” (MS, 2016). Ressalta-se que no ano de 2016 a publicação da resolução CFM Nº 2.144/2016 que estabelece que é ético ao médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal, o que pode continuar contribuindo para o aumento dos partos cesáreos.

Percebe-se no município de Salvador, que os estabelecimentos de saúde privados/conveniados registraram os maiores percentuais de partos cesáreos, destaca-se o Hospital Aliança e o Hospital Santo Amaro que tiveram uma média de partos cesáreos, no período em análise, de 94,6% e 91,0%, respectivamente. Salienta-se que o Hospital Jorge Valente registrou a maior redução de partos cesáreos (23,8%), ao passar de 89,4% (2005) para 68,1% (2015) (Tabela 34-Anexo).

Dentre os estabelecimentos da rede SUS, o Hospital Geral Roberto Santos registrou uma média de 46,8% partos cesáreos entre os anos de 2005 (42,3%), 2010 (50,3%) e 2015 (47,7%). Essa situação pode ser explicada pelo fato desse hospital ser referência para a gestação de alto risco, com indicação de cesarianas (Tabela 34-Anexo).

Observa-se no município de Salvador uma redução de 12,3% no número de partos normais realizados, enquanto que a proporção de parto cesáreo aumentou de 42,8%, em 2005, para 49,9% em 2015, o que corresponde a 16,5% de incremento, acompanhando a tendência do estado da Bahia, que registrou um aumento de 56,2% nos partos cesáreos, no mesmo período em análise (Gráficos 15 e 16).

Gráficos 15 e 16. Percentual de nascidos vivos de parto cesáreo, segundo local de residência da mãe. Salvador e estado da Bahia, 2005 – 2015* e Proporção de Nascidos Vivos, segundo tipo de parto Salvador-BA 2005 – 2015*.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS; Sesab/Suvisa/DIS – Sinasc *Dados processados em 19/05/2017

No ano de 2015, os DS Itapuã, Centro Histórico, Brotas, Barra/Rio Vermelho/Pituba e Boca do Rio registraram percentuais de partos cesáreos superior a 50,0% (Tabela 35).

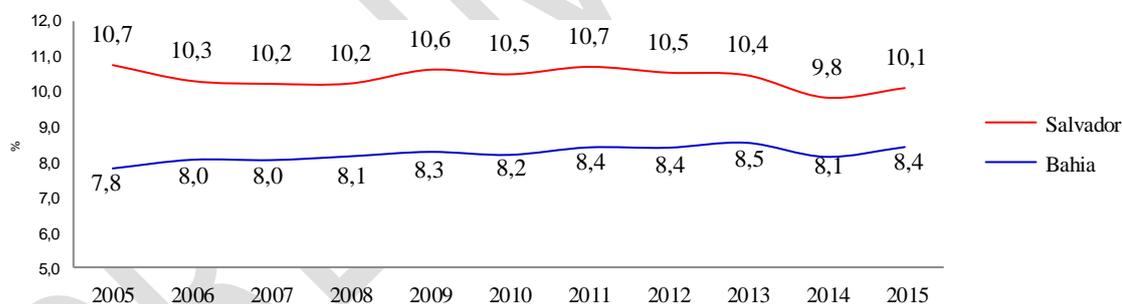
Tabela 35. Nascidos Vivos de parto cesáreo (nº e %), segundo Distrito Sanitário de residência. Salvador-BA, 2005 e 2015*.

Distrito Sanitário	2005		2015		Variação (%)
	Nº	%	Nº	%	
Centro Histórico	499	55,3	409	54,6	-1,3
Itapagipe	917	45,2	884	49,2	8,8
São Caetano/Valeria	1.613	35,5	1.817	43,0	21,3
Liberdade	1.067	42,4	1.042	47,6	12,3
Brotas	1.295	52,1	1.528	60,3	15,7
Barra/Rio Vermelho/Pituba	2.389	59,0	2.255	62,2	5,4
Boca do Rio	926	58,9	1.129	65,4	11,2
Itapoan	1.440	51,7	1.950	54,2	4,7
Cabula/Beiru	2.087	39,4	2.472	48,2	22,4
Pau da Lima	1.108	37,6	1.450	47,9	27,7
Subúrbio Ferroviário	1.299	28,2	1.756	40,9	45,0
Cajazeiras	852	35,2	1.174	44,9	27,4
Ignorado	175	41,9	416	36,9	-11,8
Salvador	15.667	42,8	18.282	49,9	16,5

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SINASC *Dados processados em 19/05/2017

O peso ao nascer é considerado como um parâmetro importante relacionado aos níveis de morbimortalidade infantil. No município de Salvador, a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer apresentou uma redução de 6,1%, ao passar de 10,7% (2005) para 10,1% (2015). O estado da Bahia registrou um aumento de 7,8%, no mesmo período avaliado (Gráfico 17).

Gráfico 17. Proporção de Nascidos Vivos de baixo peso, segundo local de residência. Salvador e Bahia, 2005- 2015*.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS; Sesab/Suvisa/DIS – Sinasc *Dados processados em 19/05/2017

Em países desenvolvidos, observa-se a proporção de nascidos vivos de baixo peso, em torno de 5,0 a 6,0%. De acordo com o padrão internacional, valores acima de 10% são considerados inaceitáveis (ONU, 1990). De forma geral, a maioria dos DS registrou redução no percentual de nascidos vivos com baixo peso, com destaque para Itapuã (19,1%), seguido do Pau da Lima (16,8%), Centro Histórico (16,3%) e Cajazeiras (11,0%), quando comparado os anos de 2005 e 2015 (Tabela 36).

Tabela 36. Nascidos Vivos de baixo peso (nº e %), segundo Distrito Sanitário de residência. Salvador-BA, 2005 e 2015*.

Distrito Sanitário	2005		2015		Variação (%)
	Nº	%	Nº	%	
Centro Histórico	95	10,5	66	8,8	-16,3
Itapagipe	228	11,2	191	10,6	-5,4
São Caetano/Valeria	500	11,0	469	11,1	1,0
Liberdade	284	11,3	247	11,3	0,0
Brotas	262	10,5	278	11,0	4,0
Barra/Rio Vermelho/Pituba	404	10,0	355	9,8	-1,9
Boca do Rio	158	10,0	161	9,3	-7,1
Itapopan	307	11,0	321	8,9	-19,1
Cabula/Beiru	551	10,4	527	10,3	-1,1
Pau da Lima	339	11,5	289	9,6	-16,8
Subúrbio Ferroviário	490	10,6	423	9,8	-7,4
Cajazeiras	263	10,9	253	9,7	-11,0
Ignorado	44	10,5	111	9,8	-6,4
Salvador	3.925	10,7	3.691	10,1	-6,1

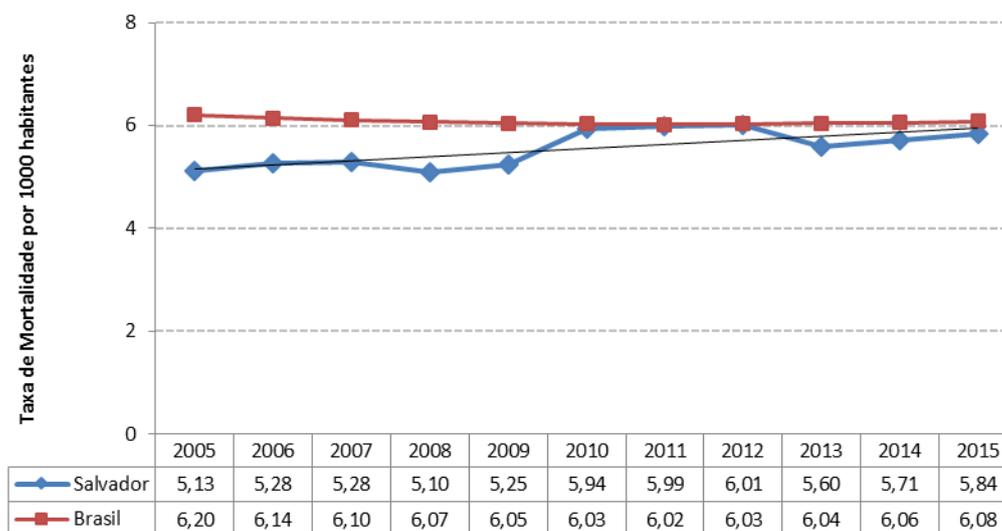
Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SINASC *Dados processados em 19/05/2017

2.4.3. Perfil de Mortalidade

2.4.3.1. Mortalidade Geral

De 2005 a 2015, a taxa de mortalidade bruta em Salvador apresenta uma tendência ascendente, com aumento de 14%; enquanto o Brasil apresenta uma queda de 2% (Gráfico 18).

Gráfico 18: Taxa de mortalidade bruta no Brasil e em Salvador- BA, 2005 a 2015.



Fonte: SMS/SUIS-SIM; IBGE, disponível em <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-mortalidade.html>. Dados acessados em 21/07/2017.

Historicamente, os indivíduos do sexo masculino apresentam uma taxa de mortalidade bruta mais elevada que o sexo feminino. Considerando o quesito raça/cor, registra-se que 65,7% dos óbitos ocorreram em indivíduos da raça negra (pretos e pardos/IBGE), com menor proporção para amarelos (0,16%) e indígenas (0,04%), destaca-se no entanto que 14,45% não apresentam registro deste quesito (SIM – SUIS/ SMS)

Nesse mesmo período, seguindo a tendência mundial, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão entre as causas de maior impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida da população soteropolitana, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes, que compõem as quatro principais (Tabela 37).

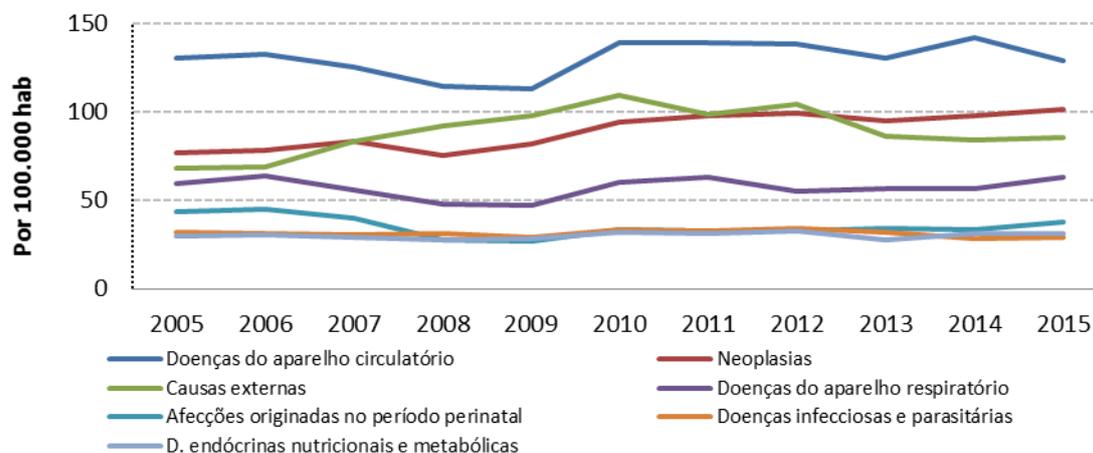
Tabela 37. Número de óbitos por capítulos CID 10, Salvador- BA, 2005 a 2015.

CID 10 - CAPÍTULOS	Óbitos	%
Doenças do aparelho circulatório	40126	23,40%
Neoplasias	27558	16,07%
Causas externas	27382	15,97%
Doenças do aparelho respiratório	17581	10,25%
Algumas afecções originadas no período perinatal	10567	6,16%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9893	5,77%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9298	5,42%
Doenças do aparelho digestivo	8816	5,14%
Sint. sinais e achados anormexclín e laborat.	6144	3,58%
Doenças do aparelho geniturinário	3823	2,23%
Doenças do sistema nervoso	3384	1,97%
Malformação congênita e deformidades e anomalias cromossômicas	1917	1,12%
Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	1444	0,84%
Transtornos mentais e comportamentais	1334	0,78%
Doenças sangue órgãos hemat e transtímunitár	1111	0,65%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	766	0,45%
Gravidez, parto e puerpério.	284	0,17%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	18	0,01%
Doenças do olho e anexos	6	0,00%

Fonte: SMS/SUIS-SIM. Dados acessados em 12/06/2017.

Quando estratificado por faixa etária (Gráfico 19-Anexo), de 2005 a 2015, observa-se um maior número de óbitos por causas externas entre as faixas etárias de 15 a 39 anos de idade, acometendo principalmente a população do sexo masculino. A partir da faixa etária de 40 anos de idade, começam a se destacar as DCNT, atribuídas a aspectos relativos às mudanças sociais, econômicas e demográficas, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável.

Considerando os grupos de causa, embora as doenças do aparelho circulatório se destaquem como a primeira dentre as principais causas de morte no município, observa-se uma tendência de crescimento das neoplasias, com aumento de 32% das suas taxas de mortalidade no período, superiores as taxas das causas externas a partir de 2013 (Gráfico 20).

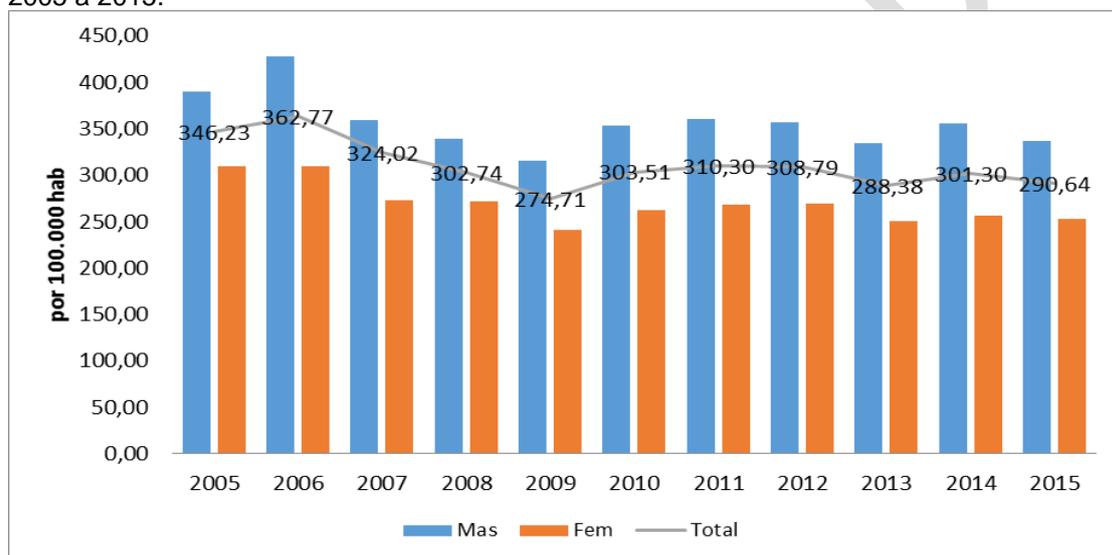
Gráfico 20: Taxa de mortalidade pelos principais grupos de causas, Salvador-BA, 2005-2015.

Fonte: Fonte: SMS/SUIS-SIM. Dados acessados em 12/06/2017.

A taxa de mortalidade prematura por **Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT** inclui os principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis - DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratória crônica) e tem no seu denominador a população de 30 a 69 anos de idade (Gráfico 21).

Embora importante, especialmente diante do avanço global dessas doenças, este indicador sofre restrições caso ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas e, também, com a estimativa populacional utilizada para seu cálculo. No município de Salvador, no período analisado, observa-se uma tendência decrescente dessa taxa. Observando esta Taxa segundo sexo, a população masculina demonstra risco maior do que a feminina em todo o período.

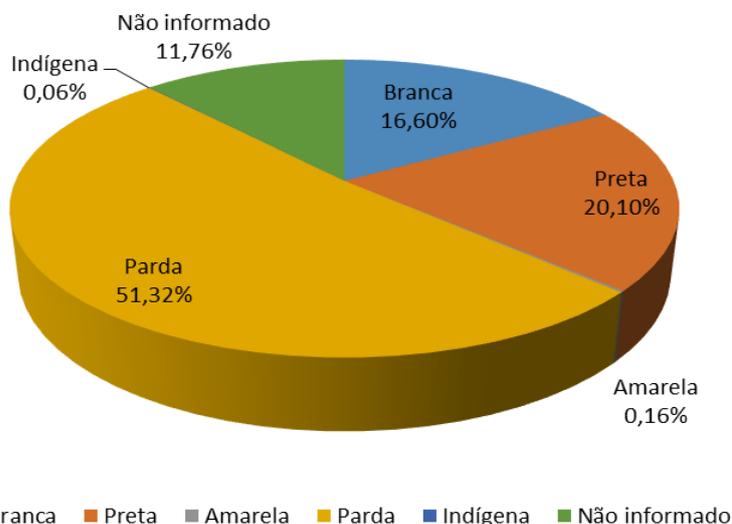
Gráfico 21: Taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais DCNT (aparelho circulatório, câncer, diabetes e respiratórias crônicas segundo sexo, Salvador-BA, 2005 a 2015).



Fonte: SMS/SUIS-SIM. Dados acessados em 12/06/2017.

No quesito **raça/cor**, aproximadamente 50% dos óbitos prematuros por DCNT foram em indivíduos pardos, com menor proporção para amarelos (0,16%) e indígenas (0,06%) (Gráfico 22).

Gráfico 22: Proporção de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por DCNT, segundo o quesito **raça/cor** em Salvador - BA, 2005 a 2015.



Fonte: SMS/SUIS-SIM. Dados acessados em 26/07/2017.

Ao desagregar a taxa de mortalidade prematura por Distrito Sanitário, o DS São Caetano/Valeria²⁶, seguido do DS Liberdade, apresentaram as maiores taxas de mortalidade pelo conjunto das quatro principais DCNT, na série histórica analisada (**Tabela 38**).

Tabela 38. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes), por Distrito Sanitário, Salvador - BA, 2005 a 2015.

DISTRITO SANITÁRIO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Itapagipe	359,0	416,1	395,4	341,6	376,1	311,2	243,0	297,0	303,0	282,1	309,7
São Caetano/Valeria	475,9	477,9	458,4	434,9	353,1	422,0	252,5	370,9	373,3	379,5	370,9
Liberdade	478,8	515,3	430,1	422,1	405,9	339,8	272,1	362,8	346,4	349,4	342,0
Brotas	318,3	331,3	287,7	235,4	210,1	260,1	230,8	248,9	256,9	295,3	286,2
Barra/Rio Vermelho	362,9	375,2	332,5	329,8	272,8	284,2	208,3	242,0	237,2	257,7	253,9
Boca do Rio	309,3	280,1	235,2	218,6	208,0	241,1	175,3	224,0	223,7	225,1	222,3
Itapoan	291,3	284,1	319,5	254,3	272,7	197,0	174,3	222,4	222,7	248,2	215,1
Cabula/Beirú	301,6	321,8	258,8	265,2	223,7	257,5	189,0	305,5	264,3	282,7	281,5
Pau da Lima	230,5	225,4	191,9	174,7	154,9	296,8	177,3	263,3	249,4	285,6	239,7
Subúrbio Ferroviário	312,4	320,9	305,3	306,0	268,0	294,9	238,4	302,2	298,4	277,0	284,3
Cajazeiras	279,8	324,1	270,0	235,4	217,9	298,7	205,6	257,8	308,1	313,8	267,3

Fonte: SMS/SUIS-SIM. Dados acessados em 12/06/2017.

Nota: para municípios/localidades com menos de 100 mil, deverá ser usado o número de óbitos prematuros na população residente, para os com mais de 100 mil, deverá ser calculada a taxa de mortalidade prematura na população residente.

As maiores taxas de mortalidade por **Doenças do Aparelho Circulatório - DAC**, no período analisado, são atribuídas às doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio e doenças hipertensivas, estas duas últimas apresentando queda importante no último triênio (Gráfico 23-Anexo). Analisando a variação percentual das taxas de mortalidade por DAC desagregado por Distrito Sanitário, nos anos de 2005 e 2015 pode-se destacar crescimento desta taxa de mortalidade nos DS Cajazeiras, Subúrbio Ferroviário e Pau da Lima (Tabela 39 – Anexo).

Em relação a taxa de mortalidade por **Neoplasias** atribuídas ao câncer de pulmão, seguida por mama, próstata e colo de útero. Neste período, mais de 90% das mortes por câncer de pulmão ocorreram na faixa etária acima de 50 anos, com maior prevalência no sexo masculino (SIM Salvador). Para o câncer de mama, verifica-se que dobrou o número de óbitos por essa doença de 2005 para 2015, com aumento significativo a partir dos 50 anos de idade. No mesmo período, observa-se uma tendência à estabilidade na mortalidade por câncer do colo de útero; com uma variação de 16% no número de óbitos entre os dois anos do estudo (2005 e 2015).

A tendência de crescimento das neoplasias no Município é observada em todos os DS, com variação maior, comparando o ano de 2005 com 2015, nos DS Pau da Lima, Brotas e Cajazeiras (Tabela 40 - Anexo). Apesar da queda de 6,29% no Centro Histórico, este apresenta a mais elevada taxa dentre todos os distritos.

A **Diabetes** destaca-se como a principal causa de morte do grupo das doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. Segundo o VIGITEL 2015, 7,5% dos adultos entrevistados de Salvador referiram diagnóstico médico de diabetes, número próximo à média nacional (7,4%) e equiparado a outras capitais brasileiras como Recife (7,6%) e Belo Horizonte (7,5%). Dentre os Distritos Sanitários, o DS Cajazeiras apresentou importante variação da taxa de mortalidade (120,38%) por diabetes entre 2005 e 2015 (Tabela 41- Anexo).

²⁶ É importante salientar que este indicador guarda uma relação com o recorte populacional. Conforme Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2016 do Ministério da Saúde, municípios/localidades com mais de 100 mil habitantes tem método de cálculo da taxa de mortalidade prematura diferente daqueles com população inferior a 100 mil. Desta forma, torna-se incoerente a análise comparativa do DS Centro Histórico (78.461 habitantes em 2015) com os demais.

Em relação aos óbitos por **Doenças do Aparelho Respiratório (DAR)** em Salvador, de 2005 a 2015, registra-se o predomínio, nas faixas etárias dos 60 anos de idade (SIM Salvador), sendo observada uma tendência de crescimento da taxa de mortalidade por pneumonia e de estabilidade relacionada a bronquite, enfisema e asma

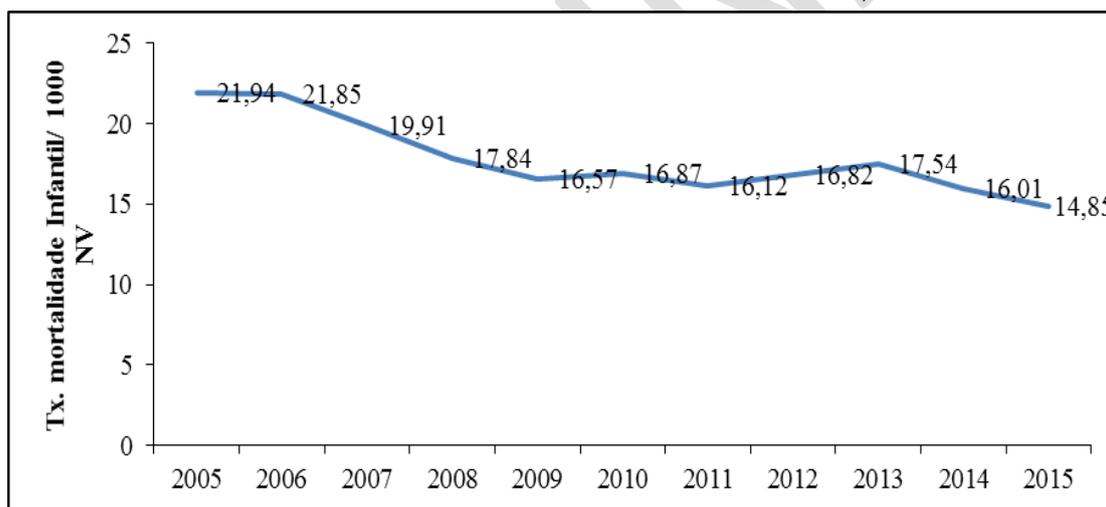
Analisando a variação percentual desta taxa de mortalidade por DAR nos Distritos Sanitários, nos anos de 2005 e 2015, destaca-se o crescimento nos DS Cajazeiras, Subúrbio Ferroviário e Pau da Lima (Tabela 42- Anexo).

2.4.3.2. Mortalidade Infantil

A Mortalidade Infantil²⁷ sinaliza para o desenvolvimento social e as condições de vida a que estão submetidas à população de um território, e revela a eficácia das políticas públicas, principalmente no setor saúde. O município de Salvador apresentou, no período em análise, a média de taxa mortalidade de 17,8/1.000NV. Esta taxa situada no intervalo de até 20/1.000NV é considerada baixa pela ONU. Porém, tendo como referência a Organização Mundial da Saúde (OMS), o índice considerado aceitável é de 10 mortes para cada um mil nascidos vivos.

No período de 2005 a 2015 a taxa de mortalidade infantil de Salvador apresentou tendência de queda até o ano de 2009, e nos anos subsequentes houve pouca variação mantendo uma taxa de mortalidade em torno de 16/1.000NV, tendo apresentado no último ano a menor taxa (Gráfico 24). Analisados o primeiro e último ano percebe-se uma redução de 32,2% nesta taxa.

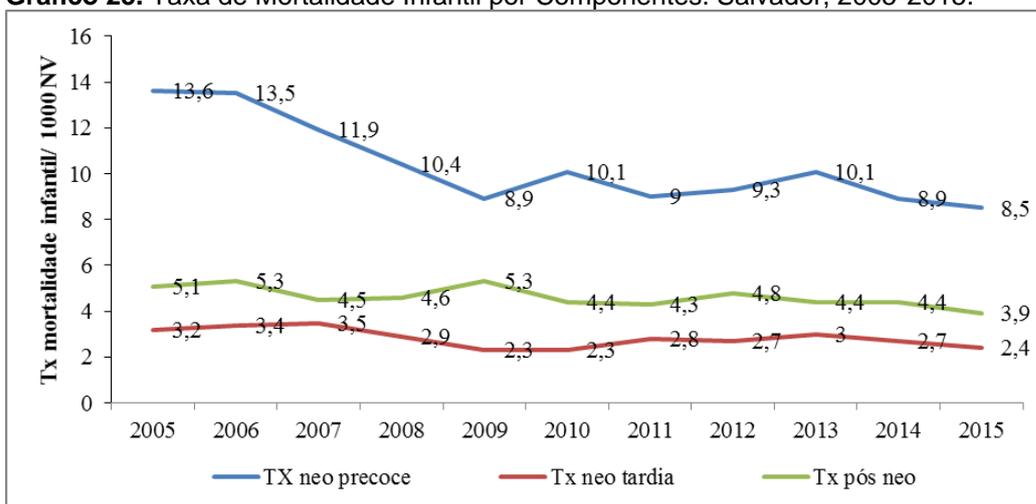
Gráfico 24. Taxa de Mortalidade Infantil em menores de um ano. Salvador, 2005-2015.



Fonte: SIM/SINASC- Acesso 25/05/2017

²⁷ A mortalidade infantil estima o risco de um nascido vivo (NV) morrer antes de completar um ano de vida. Para fins de análise é subdividido por componentes que são: **neonatal** (neonatal precoce - 0 a 6 dias de vida e neonatal tardio - 7 a 27 dias de vida) e **pós-neonatal** (óbitos de 28 a 364 dias de vida)¹. O estudo por tipo de óbito (infantil e fetal) por subcomponentes (neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal) e sua distribuição espacial, caracterizando o perfil do óbito, é fundamental para definir prioridades no setor saúde (saúde materno e infantil), permitindo direcionar ações estratégicas para a prevenção de óbitos potencialmente evitáveis.

Gráfico 25. Taxa de Mortalidade Infantil por Componentes. Salvador, 2005-2015.



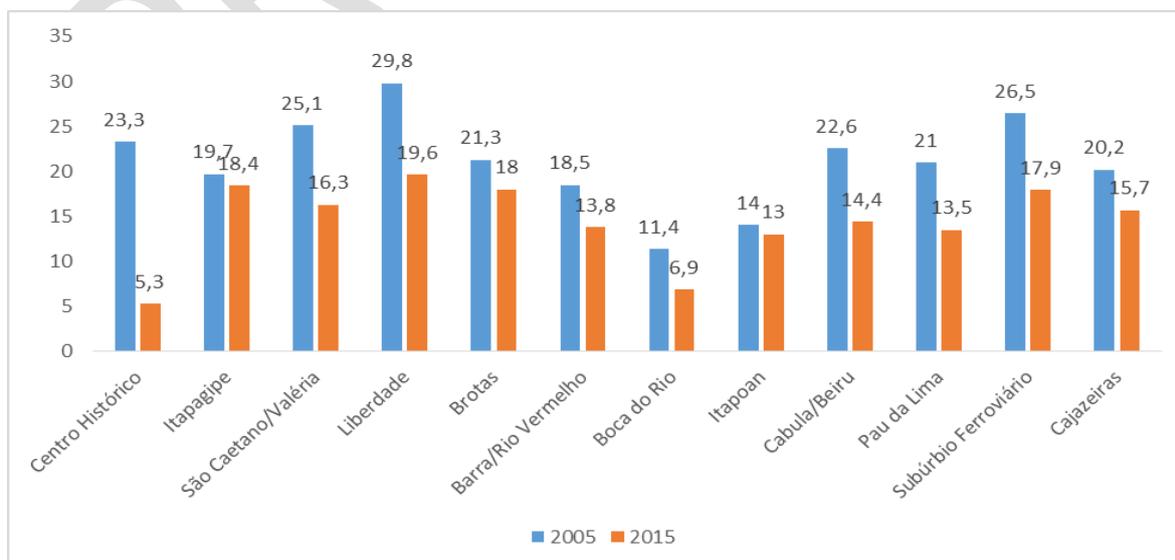
Fonte: SIM/SINASC- Acesso: 25/05/2017

Ao desagregarmos a mortalidade infantil em seus componentes percebe-se que o componente neonatal precoce (0-6 dias) apresentou a maior redução, caindo 37,7% quando comparado o primeiro com o último ano da avaliação. No entanto, esta faixa etária concentra 57,7% de todos os óbitos infantis. Isto evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto como determinantes da mortalidade. Quanto às taxas de mortalidade neonatal tardia e pós-neonatal observa-se uma constância (linha de tendência) sem grandes oscilações na ocorrência (Gráfico 25).

Ao analisar as variações geográficas da mortalidade infantil em Salvador, segundo a taxa média no período estudado, percebe-se que as maiores taxas da série histórica concentraram-se nos Distritos Sanitários (DS) da Liberdade (21,7/1.000NV), Centro Histórico (20,8/1.000NV) e Subúrbio Ferroviário (20,7/1.000NV) (Gráfico 26 - Anexo). Este comportamento traduz as desigualdades territoriais, no que diz respeito, às condições socioeconômicas da população, de desenvolvimento e infraestrutura ambiental. Este comportamento ainda permite, compreender que o evento óbito infantil é também o resultado de uma combinação de diversos fatores desfavoráveis à saúde e que estão presentes, em maior grau, nestes territórios.

Quando se analisa a variação temporal das taxas, identifica-se maior redução no DS Centro Histórico com 77%, seguido por Boca do Rio e Cabula/ Beiru com 39,2% e 36,3% respectivamente (Gráfico 27).

Gráfico 27: Taxa de Mortalidade Infantil por Distrito Sanitário de Residência. Salvador 2005 e 2015.

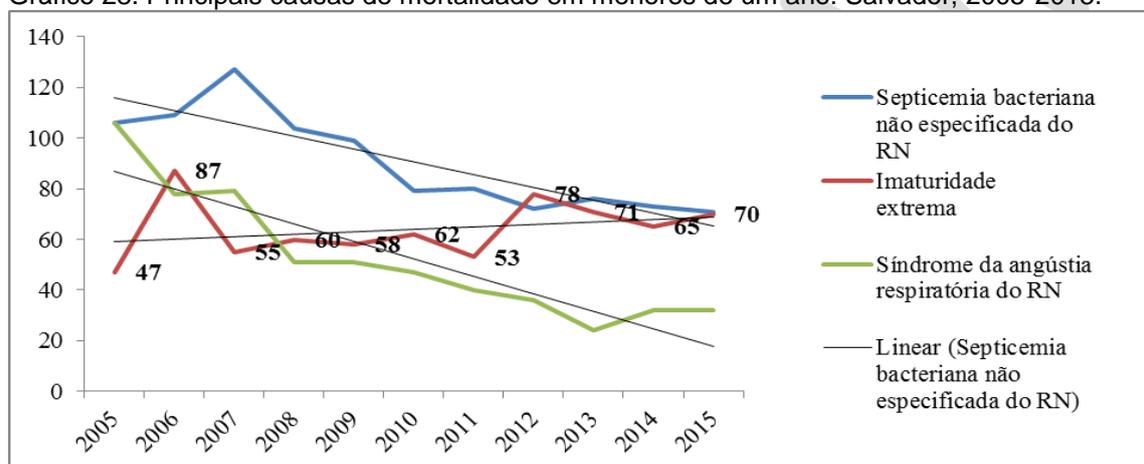


Fonte: SIM/SINASC- Acesso: 25/05/2017

A análise do perfil dos óbitos infantis demonstra que 66,2% (4.812 óbitos) da raça/cor registrada era parda, 37% (5.899 óbitos) tinham peso ao nascer de 501g a <1Kg, e 30,6% (5788 óbitos) tinham Idade Gestacional (IG) de 22 a 27 semanas. Chama atenção a proporção de morte de crianças com peso normal (entre 2,5 e 3,9 Kg) e que nascem a termo (entre a 37ª e 41ª semanas de gestação), que perfazem 20% e 21,1% respectivamente do total de óbitos. Vale referir a grande proporção de ignorados para as variáveis raça/cor (33,8%), peso ao nascer (18,8%) e IG (20,3%), o que pode comprometer a análise.

As principais causas de mortalidade infantil, de acordo com o CID-10²⁸ se inserem em sua maioria no capítulo das afecções originadas no período perinatal com 64,1%, seguida das má-formações congênitas com 18,2%. A estratificação por causa básica e a análise da sua tendência destaca que a septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido representa 15% das causas, seguida da imaturidade extrema 10,6% e da síndrome da angústia respiratória do recém-nascido 8,7%, constituindo-se nas três principais causas que levaram ao óbito, sendo que a primeira e a terceira apresentaram tendência de queda de 33% e 69,8% respectivamente, e a segunda um aumento de 48,9% quando comparado o primeiro e o último ano analisados (Gráfico 28).

Gráfico 28. Principais causas de mortalidade em menores de um ano. Salvador, 2005-2015.

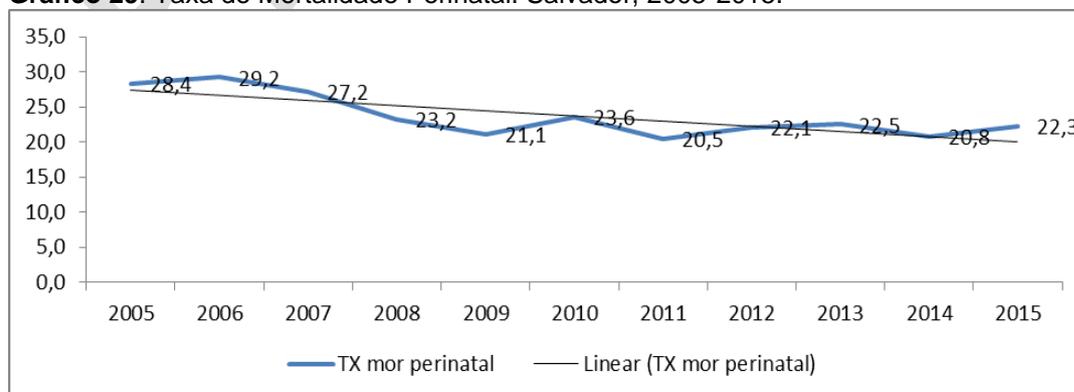


Fonte: SIM/SINASC- Acesso: 25/05/2017

2.4.3.2.1 Mortalidade Perinatal

A mortalidade perinatal compreende a soma dos óbitos fetais a partir de 22 semanas de gestação completas e dos óbitos de crianças até o sexto dia de vida (período neonatal precoce). No período de 2005 a 2015 a taxa de mortalidade perinatal de Salvador apresentou tendência de queda até o ano de 2009, alcançando a sua menor taxa no ano de 2011 com 20,5/1000 NT* (Gráfico 29).

Gráfico 29. Taxa de Mortalidade Perinatal. Salvador, 2005-2015.



Fonte: SIM/SINASC- Acesso 25/05/2017- * NT- Nascimentos totais, onde se somam os óbitos fetais e os nascidos vivos. Para fins de cálculo somaram-se aos óbitos fetais com 22 semanas e mais os com IG Ignorada e os com IG não informada.

²⁸ Sistema de Classificação Internacional de Doenças -2010.

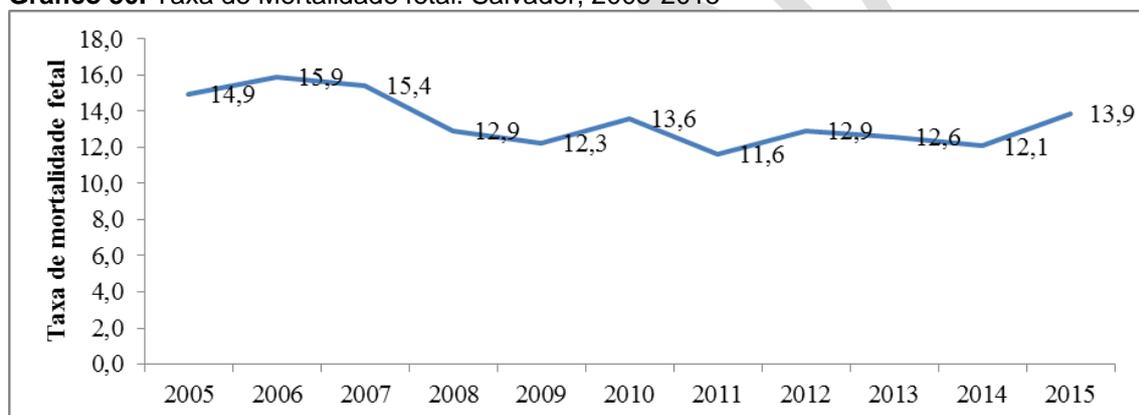
A análise do primeiro e último ano demonstra uma redução de 21,5%. A partir do ano de 2012 o comportamento da taxa não expressa tendência de mudança, salvo o ano de 2014, o que exige repensar a organização da atenção, pautada no conhecimento atualizado dos determinantes e condicionantes do óbito, e no alinhamento de estratégias do setor saúde nas três esferas de governo.

2.4.3.2.2 Mortalidade fetal

O óbito fetal “é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais”. A análise do óbito fetal é de extrema importância epidemiológica, pois, do mesmo modo que o óbito infantil é, em grande parte, potencialmente evitável e partilha com a mortalidade neonatal precoce os mesmos fatores que influenciam o desfecho óbito na gestação e nas primeiras horas de vida.

No período de 2005 a 2015 a taxa de mortalidade fetal de Salvador apresentou tendência de queda até o ano de 2010, no ano subsequente houve uma elevação de 10,6%. Alcançando a sua menor taxa no ano de 2011, nos três anos que se seguiram houve pouca variação mantendo uma taxa de mortalidade em torno de 12/1000NV, voltando a apresentar uma elevação no último ano (Gráfico 30). Percebe-se uma redução de 7,3% nesta taxa ao analisar o primeiro e último ano.

Gráfico 30. Taxa de Mortalidade fetal. Salvador, 2005-2015



Fonte: SIM/SINASC- Acesso 25/05/2017- Incluído os óbitos fetais com IG Ignorada e os com IG não informada nos cálculos.

A mortalidade fetal registra diferentes ocorrências no território de Salvador, assim, os DS com maior risco foram Itapagipe (16,4/1.000NV), Centro Histórico (14,8/1.000NV), Subúrbio Ferroviário (14,7/1.000NV) e Liberdade (14,5/1.000NV) considerando a média do período de 2005 a 2015 (Gráfico 31 - Anexo).

Quando se observa a variação temporal das taxas de mortalidade fetal, identifica-se maior redução no DS da Boca do Rio (25,4%) e no DS Cabula Beiru (24,6%) e aumento importante nos DS de Pau da Lima, Itapagipe, Cajazeiras e Itapuã com respectivamente 78,5%, 40,2%, 29,8% e 29,5% (Gráfico 32 -Anexo).

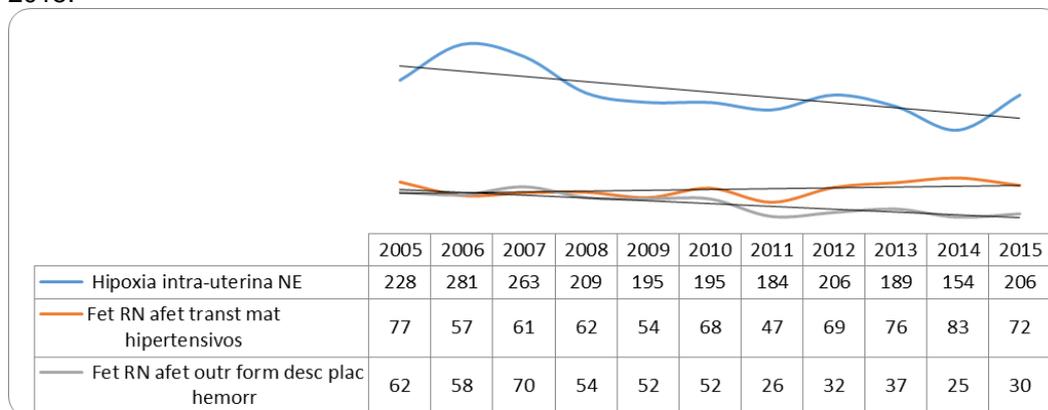
A análise do perfil dos óbitos fetais demonstra que a maioria morreu antes do parto 91,1% (5056 óbitos), entre a 22ª a 27ª semana de IG 24,6% (1511 óbitos) e com peso 501g a <1Kg 25,5% (1403 óbitos). Da forma similar ao óbito infantil, chama atenção a proporção de óbitos fetais com peso entre 2,5 e 3,9 Kg e que nascem entre a 37ª e 41ª semanas de gestação que foram respectivamente 19,2% (1112 óbitos) e 20,2% (1180 óbitos).

As principais causas determinadas de mortalidade fetal, segundo o CID 10, foram em sua maioria classificadas como Demais Causas Perinatais com 51,1% (2834 óbitos), seguida da hipóxia intrauterina/asfixia nascer com 44,9% (2474 óbitos).

A estratificação por causa básica identificou, como as três primeiras causas de óbito fetal: 1. a hipóxia intrauterina não especificada com 45% (2407 óbitos), o feto e recém-nascido afetado por transtornos maternos hipertensivos com 13,7% (735 óbitos) e o feto e recém-nascido

afetado por outras formas de descolamento de placenta hemorrágica com 9,5% (506). Estas três causas juntas são responsáveis por 68,3% do total de óbitos fetais no período avaliado. A análise da tendência permite afirmar que houve pouca redução das duas principais causas (9,6% e 6,5%) quando comparado o primeiro e o último ano analisados (**Gráfico 33**).

Gráfico 33. Principais causas de mortalidade fetal classificadas no CID 10 (*). Salvador, 2005 - 2015.



Fonte: SIM/SINASC- Acesso 25/05/2017 - Incluído os óbitos fetais com IG Ignorada e os com IG não informada nos cálculos. (*)– Cap. 16

A análise do óbito infantil e fetal segundo variáveis maternas de escolaridade, idade e ocupação demonstrou maior concentração dos óbitos nas mães que tinham de 08 a 11 anos de estudo com 26,7% (3419), idade de 20 a 30 anos com 42,1% (5390), que são donas de casa. Seguida de estudantes e empregadas domésticas com respectivamente 22,3% (2558), 6,2% (707) e 1,6% (190), estas três ocupações somadas representam um total de 30,1%. Vale ressaltar que a soma dos ignorados e dos não informados para escolaridade, idade e ocupação foram de 42,7%, 18,7% e 61,2% respectivamente, o que compromete a análise.

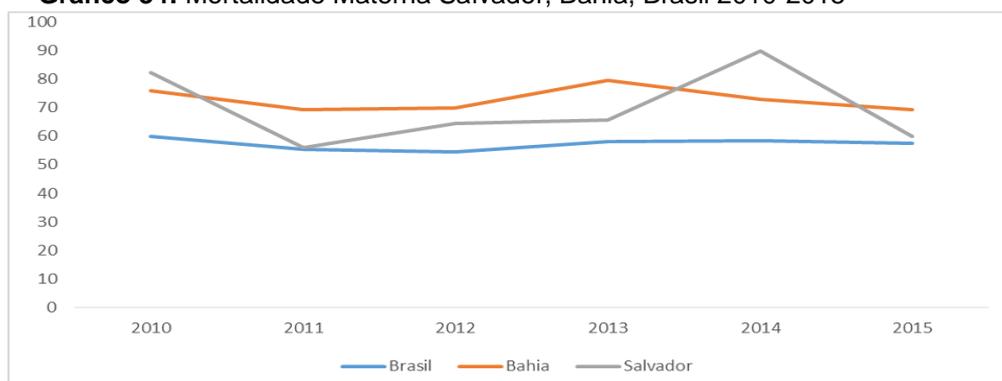
2.4.3.3. Mortalidade Materna

O perfil da mortalidade feminina, em especial, Mortalidade Materna (MM) e de Mulheres em Idade Fértil (MIF), contribui de forma significativa para compreensão das condições de vida da população como um todo e, em particular, para melhorar a qualidade de vida das mulheres especialmente no ciclo gravídico puerperal. Nota-se que os fatores de risco correlacionados a mortalidade materna são amplos e, como apontam alguns estudos, referem-se a idade mais elevada, o menor nível de escolaridade, o tipo de ocupação, o número reduzido de consultas de pré-natal¹⁰, a ausência de companheiro e as condições prévias de saúde¹¹.

A mortalidade materna mundial caiu quase 50% desde 1990. Porém, a taxa de mortalidade materna – a proporção de mães que não sobrevivem ao nascimento do filho comparada com aquelas que sobrevivem – nas regiões em desenvolvimento ainda é 14 vezes mais alta do que nas regiões desenvolvidas.

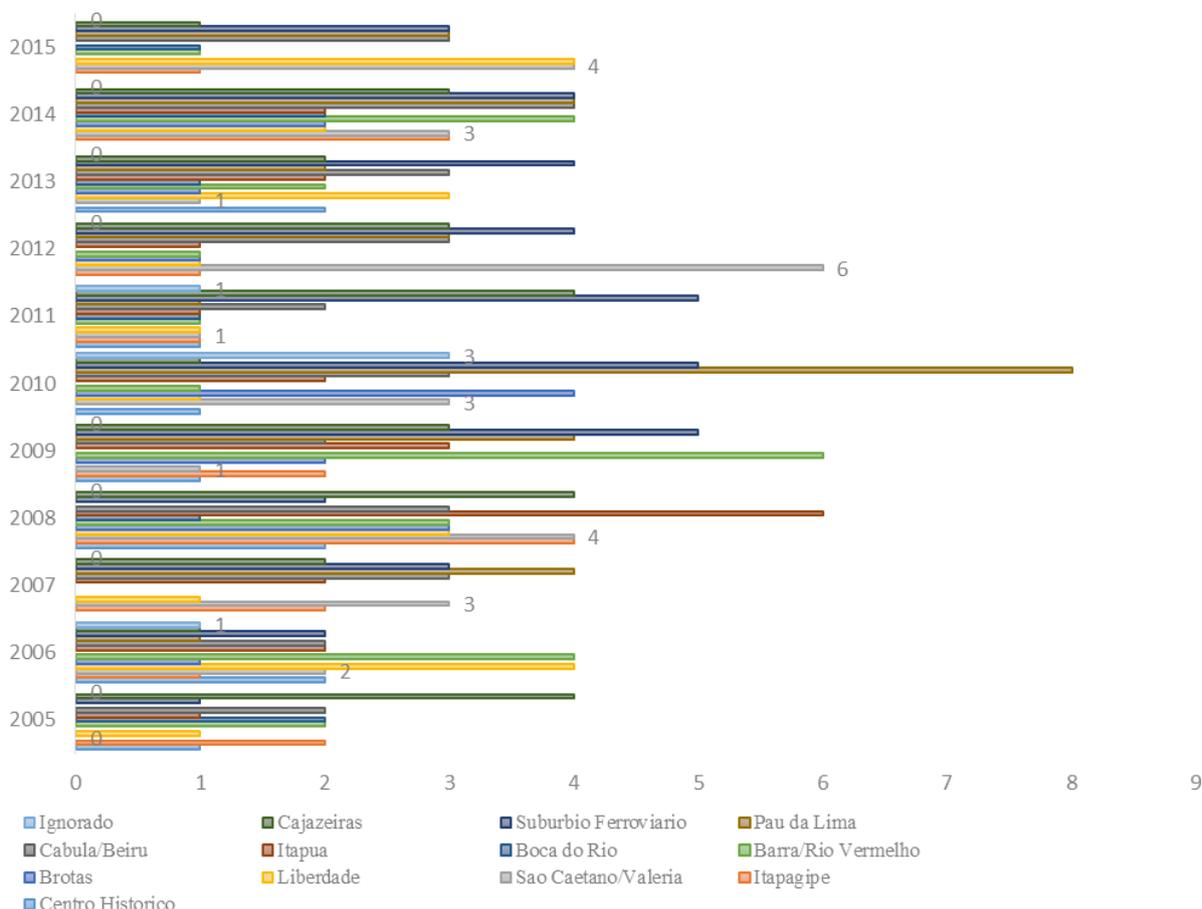
Com relação à morte materna em Salvador, no período de 2005 a 2015, ocorreram 276 óbitos maternos, o que corresponde a uma taxa de MM de 64,87 por 100 mil nascidos vivos, número considerado elevado de acordo com a classificação da OMS. Na série histórica 2005-2015, verificamos pouca amplitude de variação das taxas de MM na maioria dos DS ao longo destes anos (Gráfico 34).

Gráfico 34: Mortalidade Materna Salvador, Bahia, Brasil 2010-2015



Os anos de 2008 (35 óbitos) e 2014 (33 óbitos) concentram os maiores números de mortes. Analisando os óbitos em termos absolutos entre os anos de 2005 a 2015, destacam-se os seguintes DS: Subúrbio Ferroviário (37 óbitos), Pau da Lima, (30 óbitos), São Caetano/ Valéria e Cabula/ Beirú (ambos com 28 óbitos), Cajazeiras (24 óbitos) e o Barra/ Rio Vermelho (23 óbitos). Quando calculamos o risco de morte por DS, os maiores coeficientes de MM, estão no Centro Histórico (102 por 100.000 nascidos vivos), Pau da Lima (92,5 por 100.000 NV), Cajazeiras (89,9 por 100.000 NV) e Liberdade (78,8 por 100.000 NV) (Gráfico 35).

Gráfico 35. Mortalidade Materna por Distrito Sanitário, Salvador 2005-2015.



Fonte: SIM/ TABNET - Acesso 15/06/2017

No período estudado, verifica-se predomínio (51%) de mortes maternas por causas obstétricas indiretas, ou seja, relativas a causas em que o adoecimento ou agudização de doença materna resulta em complicação fatal para a mulher durante o ciclo gravídico puerperal e 10% referentes a aborto. Nas regiões com melhores indicadores de saúde as causas de mortes materna por causas obstétricas diretas respondem por 38,6% enquanto que o aborto corresponde a 9,65%.

As principais causas obstétricas²⁹ indiretas de mortalidade materna, segundo dados classificados pelo CID-10, em Salvador, referem-se às doenças e afecções especificadas, seguida das doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório. Em relação as causas diretas predominam aquelas referentes ao CID de doenças hipertensivas relacionadas com a gravidez seguidas das hemorragias e infecções puerperais.

²⁹ **Mortes obstétricas diretas** são resultantes de complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer dessas causas mencionadas.

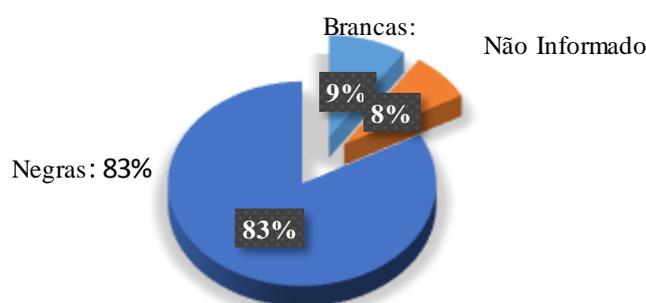
- **Mortes obstétricas indiretas** são resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Cabe ressaltar que os fatores determinantes das mortes maternas englobam desde as condições socioeconômicas das mulheres, que definem o acesso à educação, bens e serviços, à questões assistenciais (planejamento familiar, assistência ao parto e ao puerpério³⁰), refletindo os déficits e problemas existentes ao cuidado à mulher na rede assistencial.

Com relação ao momento de ocorrência do óbito, apontam que 49% ocorreram no puerpério (até 42 dias), o que indica falhas na assistência obstétrica, em especial no seguimento do pós-parto. Os demais óbitos distribuem-se em 25% durante a gestação, 11% no período de 43 dias a 1 ano após o parto e 9,0% e 5,0% durante o parto ou ocasionado por abortos, respectivamente.

No mesmo período em Salvador, ao analisarmos a variável “raça” observamos o concentração das mortes nas mulheres negras (pretas e pardas).

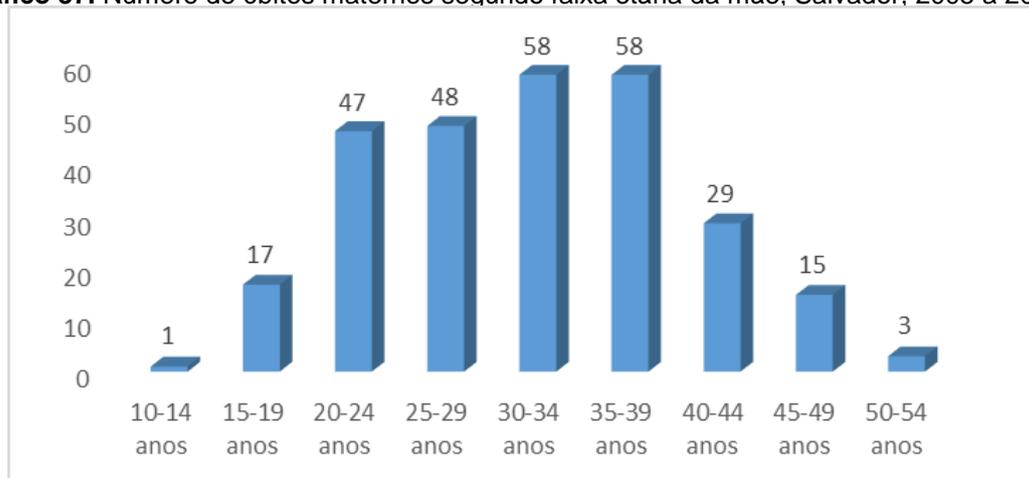
Gráfico 36: Distribuição do óbito materno segundo raça, Salvador 2005-2015



Fonte: SIM /TABNET - Acesso 15/06/2017

Com relação à escolaridade a soma de não informados e ignorados ultrapassa 60% dos dados, o que inviabiliza a sua análise. E no que diz respeito à faixa etária de ocorrência dos óbitos verifica-se o predomínio na faixa etária de 30 a 39 anos (Gráfico 37).

Gráfico 37. Número de óbitos maternos segundo faixa etária da mãe, Salvador, 2005 a 2015.



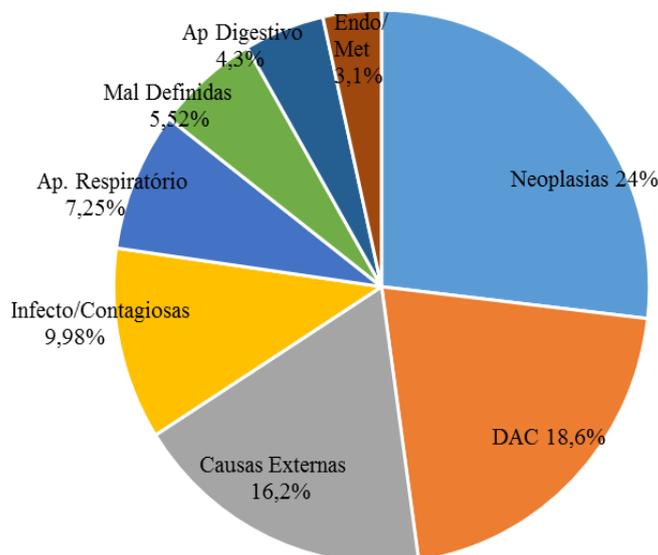
Fonte: SIM/ TABNET - Acesso 15/06/2017

2.4.3.3.1. Mortalidade de mulher em idade fértil – MIF

³⁰ O período pós-parto, também conhecido como puerpério, inicia-se após o nascimento do concepto e a saída da placenta. Didaticamente, o puerpério se divide em três etapas: o do 1º ao 10º dia – puerpério imediato; o do 10º ao 45º dia – puerpério tardio e o além do 45º dia – puerpério remoto)

Em Salvador as principais causas de óbito em mulheres em idade fértil são as Neoplasias, Doenças Cardiovasculares e as Causas Externas. Este último, a depender da faixa etária e do local de residência do óbito, podem ocupar a segunda ou terceira posição.

Gráfico 38. Distribuição percentual de óbitos maternos segundo causas CID 10. Salvador, 2008 a



Fonte: SIM/ TABNET - Acesso 15/06/2017

Cabe destacar pelo menos três aspectos relevantes. Em relação ao principal tipo de neoplasia que atinge o público feminino no município, sobressaem aquelas relacionadas à esfera reprodutiva: em primeiro lugar o câncer de Mama, seguido do câncer de colo de útero. Quanto ao óbito por causas externas destaca-se a concentração nas faixas etárias mais jovens, sendo mais frequentes nos distritos de Centro Histórico e Boca do Rio, já que neles as mortes violentas superam as doenças cardiovasculares como causas de morte.

Com relação às mortes por Causas Externas, os homicídios atingem preponderantemente mulheres mais jovens e negras (parda e preta). A maior parte destes óbitos preponderam nas faixas etárias de 20-24 anos e de 30-39 anos, sendo esta última onde aparece o maior número de casos; diferentemente do perfil masculino que tende a concentrar as mortes numa idade ainda mais precoce (de 15-24 anos).

Em relação ao perfil das mortes de mulheres jovens em Salvador, cabe ainda destacar que as doenças cardiovasculares apresentam tendência crescente, o que coloca em evidencia problemas como sobrepeso, obesidade e sedentarismo enquanto fatores de risco importantes a serem considerados.

Os acidentes³¹ e violências³² são agravos à saúde que respondem por elevadas taxas de morbimortalidade. Possuem múltiplos fatores determinantes o que requer, para seu enfrentamento, um esforço integrado de setores da saúde, assistência social, segurança

³¹ Os acidentes são entendidos como “o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como do trabalho, do trânsito, da escola, do esporte e do lazer” (MS, 2001).

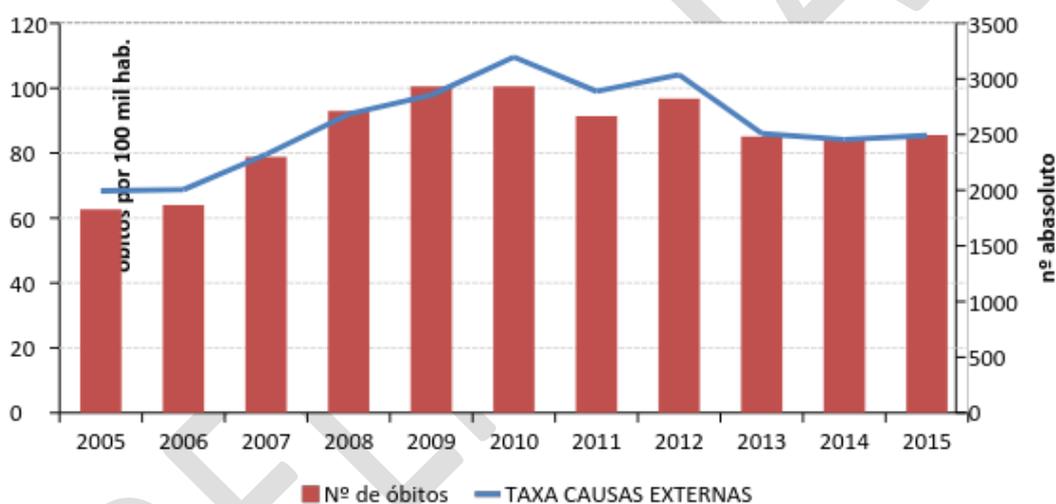
³² A violência é conceituada como uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outras pessoas ou contra uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002). Atinge pessoas de ambos os sexos e de todas as idades, especialmente, as crianças, os adolescentes, as mulheres e as pessoas idosas, sendo na maioria das vezes “camuflada” no âmbito privado. Já a violência contra a pessoa idosa, de acordo com a Rede Internacional para Prevenção dos Maus Tratos contra a Pessoa Idosa, é definida como “ato único ou repetido, ou omissão que lhe cause dano físico ou aflição, e que se reproduz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança” (BRASIL, 2010).

pública, justiça, entre outros, pois apresenta forte relação com aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos. Os acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios respondem, em conjunto, por cerca de dois terços dos óbitos por causas externas no Brasil. As taxas são consideravelmente mais altas na população de adultos jovens, principalmente do sexo masculino.

Na Bahia nos últimos dez anos as causas externas têm ocupado um dos primeiros lugares em número de óbitos e têm sido causa constante de atendimentos e de internações, resultando em alta demanda aos serviços de saúde, em sofrimento para as vítimas e seus familiares, elevados custos diretos e indiretos e sequelas, que comprometem a qualidade de vida dos que sofreram esses agravos. Variações das taxas de mortalidade específica podem também estar associadas à qualidade da assistência médica disponível. Em Salvador, esta realidade não é diferente, já que no período de 2005 a 2015 as causas externas estiveram entre a 2ª ou 3ª causa dos óbitos.

O número de óbitos e a taxa de mortalidade por causas externas apresentaram tendência crescente³³: a taxa de mortalidade passou de 68,4/100.000 habitantes em 2005 para 85,4 em 2015 representando um incremento de 25% (Gráfico 39).

39. Número de óbitos e taxa de mortalidade por causas externas em residentes em Salvador – Ba, 2005-2015.

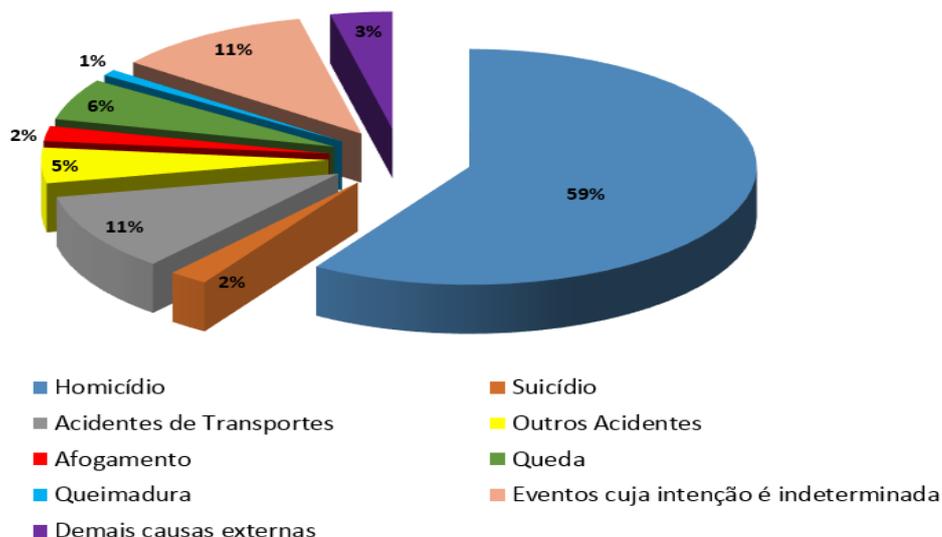


Fonte: SIM/ TABNET - Acesso 15/06/2017

Ao desagregarmos segundo os grupos de causas (CID-10), observamos que os homicídios corresponderam a 59 % (16.198) do total, seguido dos acidentes de transporte 11% (2.934) (Gráfico 40). Cabe ressaltar que destes, houve crescimento no número dos homicídios de 36,3%, (de 1.017 em 2005 para 1.387 em 2015) (SIM Salvador).

³³ No período de 2005-2015 para número de óbitos e a taxa de mortalidade por causas externas: houve crescimento entre 2005-2010, atingindo a maior taxa no ano de 2010 (109,6), pouca flutuação entre 2010-2012 e declínio entre 2012 – 2014, voltando a crescer em 2015.

Gráfico 40. Percentual de óbitos por causas externas de acordo com o grupo de causa capítulos do CID-10, de residentes em Salvador- BA, 2005 a 2015.



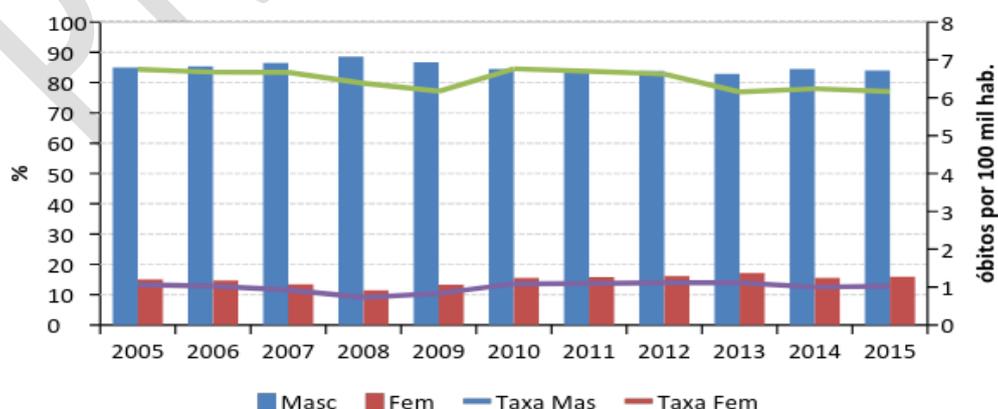
Fonte: SMS/SIM/SUIS (Dados acessados em 31/05/2017).

A faixa etária dos adultos jovens (20 a 39 anos) registrou o maior percentual (53,6%) dos óbitos por causas externas, somando um total de 14.735, no período 2005-2015. Ressalta-se que os indivíduos dos 20 aos 29 anos somaram 10.040 mortes no período estudado e dessas 78% (7.833) foram homicídios (**Tabela 43 - Anexo**).

Na distribuição dos óbitos por estas causas, segundo o quesito raça cor, (Fonte: TABNET/SIM/SUIS) observa-se que 86% (23.712) dos óbitos por causas externas foram registrados em indivíduos da raça negra (pretos e pardos/IBGE), ressalta-se que segundo o Mapa da População Preta e Parda no Brasil/IBGE/2011, cerca de 80% da população de Salvador é composta por negros.

A desagregação por ano de óbito e sexo da vítima de causas externas demonstra que em todos os anos do período (2005-2015) o número de óbitos em indivíduos do sexo masculino foi superior a 80%. O número de óbitos e a taxa de mortalidade para ambos os sexos apresentou tendência similar, crescente nos períodos de 2005-2010 e 2011-2012 e declínio entre 2010-2011 e 2012-2013; de 2014 - 2015 apresentou pouca flutuação (Gráfico 41).

Gráfico 41. Proporção e taxa de mortalidade por causas externas de acordo com o sexo de residentes em Salvador- Bahia, 2005 a 2015.



Fonte: TABNET/SIM/SUIS (Dados acessados em 31/05/2017).

Quanto à escolaridade o maior percentual das vítimas 41% (11.235) possuía ensino fundamental completo (4 a 7 anos de estudo). Ressalta-se que para 7,2 % (1.989) das mortes a escolaridade não foi informada/ignorada

Os três Distritos Sanitários que apresentaram os maiores números de óbitos no período 2005 a 2015 foram o Cabula-Beiru (3.645), São Caetano/Valéria (3.616) e Subúrbio Ferroviário (3.447). Quanto à taxa de mortalidade no período sobressaem dois distritos com maiores taxas ao longo de todo o período: São Caetano/Valéria e Liberdade, acrescido do Subúrbio Ferroviário, este último a partir de 2010 (**Tabela 44**).

Tabela 44. Número de óbitos e taxa de mortalidade por causas externas de acordo com o Distrito Sanitário de residência em Salvador - BA, 2005 a 2015.

Distrito Sanitário	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Centro Histórico	45	65,7	30	43	69	100,2	50	72,9	58	84,8	76	105,7	57	78,8	74	101,6	89	114,9	59	75,7	73	93,0
Itapagipe	113	68,5	103	62,1	125	73,8	125	73,3	165	96,3	157	96,7	101	61,8	158	96,0	172	98,3	151	85,7	156	88,0
São Caetano/Valéria	223	91,3	245	99,2	306	118,6	365	140	405	153,4	397	154,2	293	113	348	133,4	319	115	324	116	391	139,1
Liberdade	157	89,5	174	99,7	189	110,7	195	115	228	135,1	234	130,4	164	90,8	249	137,0	214	110,7	185	95,0	194	99,0
Brotas	109	51,2	113	51,3	149	59,6	168	64,8	186	69,5	179	88,0	130	63,5	171	83,0	137	62,5	166	75,3	161	72,5
Barra/Rio Vermelho	202	58,7	181	52,2	214	60,0	315	87,7	317	87,6	321	94,7	193	56,6	249	72,5	221	60,5	211	57,4	200	54,1
Boca do Rio	83	70,7	57	47,7	68	53,1	82	62,7	94	70,6	101	80,0	52	40,9	80	62,5	65	47,7	74	54	65	47,1
Itapuã	164	78,6	159	75,6	193	89	203	92,8	190	86,2	200	79,9	148	58,8	216	85,2	154	57,1	179	65,9	192	70,3
Cabula/Beiru	250	66,1	257	66,7	329	79,6	388	92	445	103,7	383	99,3	276	71,1	382	97,7	330	79,4	319	76,2	286	67,9
Pau da Lima	125	46,4	131	46,4	122	36,2	191	53,7	206	55,4	213	97,4	173	78,6	203	91,6	155	65,8	171	72,1	186	77,9
Subúrbio Ferroviário	225	69,2	217	66,4	300	88,0	336	97,4	345	98,9	393	122,0	284	87,6	340	104,2	351	101,1	317	90,7	339	96,4
Cajazeiras	108	66,3	117	70,1	115	62,8	164	87,1	178	92,4	167	105	127	79,3	181	112,3	140	81,7	160	92,7	144	82,9

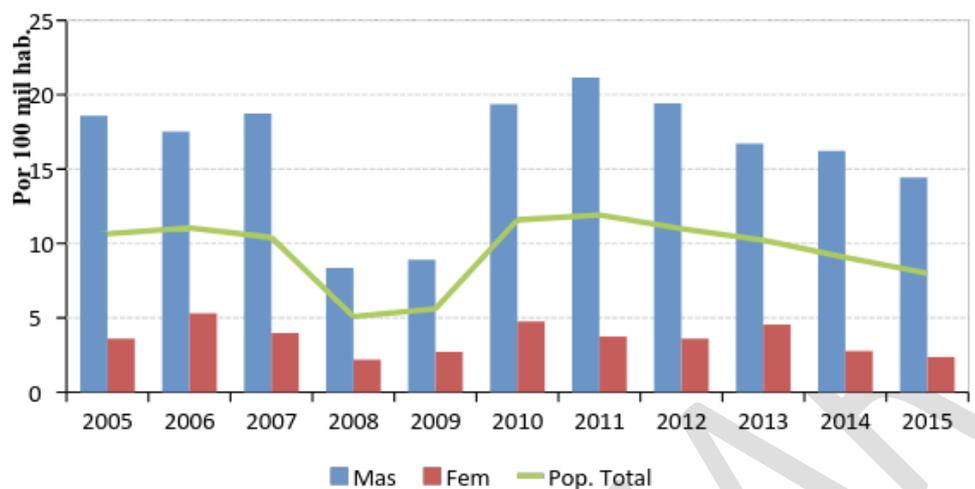
Fonte: TABNET/SIM/SUIS (Dados acessados em 31/05/2017).

Os Acidentes de Trânsito e Transporte (ATT) constituem-se em outro desafio de relevância seja pela magnitude das lesões e mortes, em especial em homens jovens, gerando impactos sociais, psicológicos, econômicos, previdenciários, ambientais e no setor saúde, seja pela sua complexidade já que derivam de uma combinação de fatores relacionados à conduta dos usuários frente ao trânsito, mas, também às condições das vias, dos veículos e ao meio urbano.

Em Salvador, o número de óbitos por Acidentes de Trânsito e Transporte (ATT) reduziram de 285 (2005) para 234 (2015). As taxas de mortalidade apresentaram oscilações no período, com redução de mais de 50% em 2008, quando foi instituída a lei seca³⁴ (Lei n.º 11.705 de 19 de junho de 2008), mantendo-se baixa em 2009. Porém, voltou a subir nos dois anos seguintes, em especial em 2011, quando apresentou a maior taxa do período (11,9 por 100.000 hab). A partir de 2012 começa a apresentar uma tendência ao declínio, chegando a uma redução de 32,8% em 2015 quando comparada ao ano de 2011 (Gráfico 42).

³⁴ Ressalta-se que em 2012 é estabelecida a nova "Lei Seca" (Lei n.º 12.760, de 20 de dezembro de 2012) e que em 2011 foi o lançamento da "Década de Ações pela Segurança no Trânsito 2011 a 2020" com o desafio da ONU para redução de 50% das mortes em decorrência dos acidentes no trânsito em todo o mundo. Para responder a este desafio o Brasil lança a década como "Pacto Nacional" e apresenta como uma das iniciativas utilizadas o Projeto Vida no Trânsito, que teve início em cinco cidades e foi expandido para todas as capitais em 2013. Em Salvador, o Comitê do Projeto Vida no Trânsito foi instituído em outubro de 2013, através do Decreto Municipal n.º24.326 de 02/10/13.

Gráfico 42. Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito e transporte, segundo sexo, em residentes de Salvador – BA, 2005 a 2015.



Fonte: SMS/ SIM Salvador (Atualizado em 06/06/2017).

Em relação ao sexo, entre os homens verifica-se as maiores taxas de mortalidade em residentes de Salvador durante o período de 2005 a 2015, chegando a apresentar um risco 06 vezes maior do que as mulheres em 2015. Com relação à faixa etária a maior concentração dos óbitos por ATT ocorreu na faixa etária de adultos jovens (20 a 39) representando aproximadamente 45% das mortes.

É importante ressaltar que, no período de 2005 a 2015, ao compararmos estas taxas de mortalidade de Salvador com a nacional, (com média de 21,3 por 100.000 hab), o município apresenta taxas inferiores (média de 9,5 por 100 mil hab) (Gráfico 43).

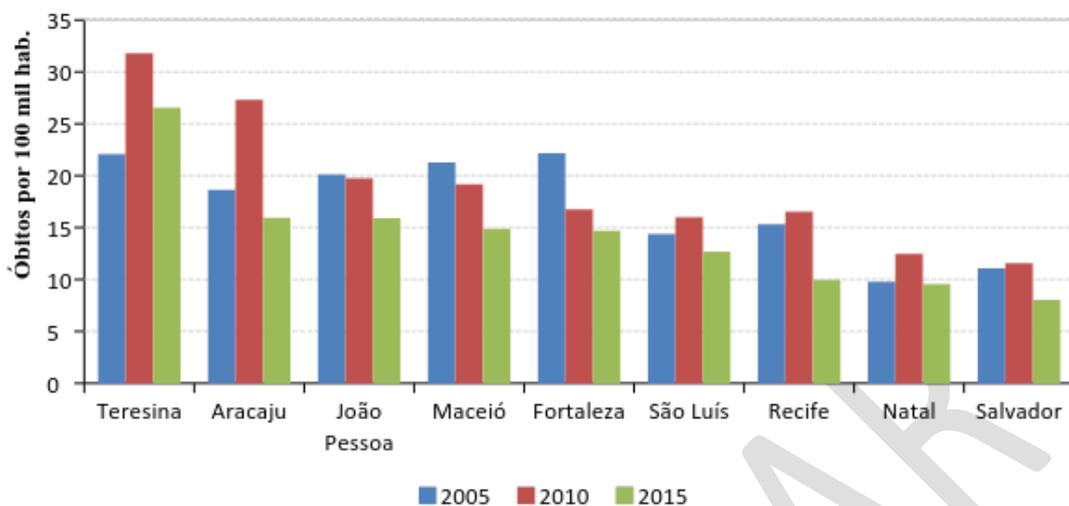
Gráfico 43. Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil e em residentes de Salvador – BA, 2005 a 2015.



Fonte: SIM/DATASUS (Atualizado em 06/06/2017).

Do mesmo modo, em relação às capitais do Nordeste, Salvador se destaca por ter as menores taxas em todo o período de análise, com exceção do ano de 2005, quando Natal teve a taxa inferior (9,8 por 100.000 hab) a Salvador (11,1 por 100.000 hab) (Gráfico 44).

Gráfico 44. Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito e transporte nas capitais da Região Nordeste do país, 2005, 2010 e 2015.



Fonte: SIM/DATASUS (Atualizado em 06/06/2017).

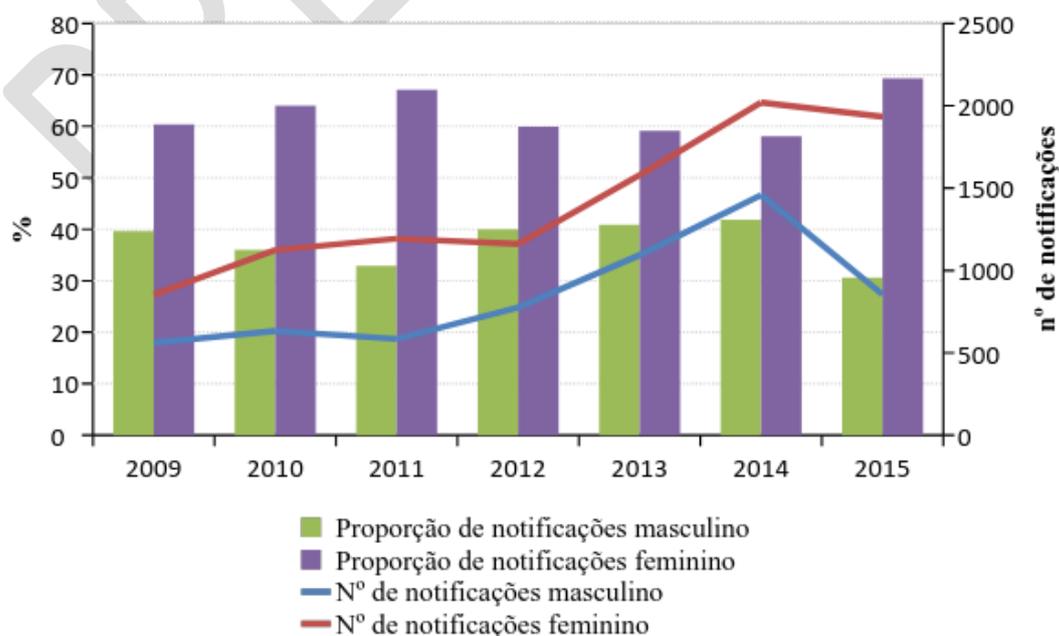
2.4.4. Perfil de Morbidade

2.4.4.1 Doenças e Agravos Não Transmissíveis

a) Violência

Em relação à violência interpessoal/autoprovocada em residentes de Salvador, cujos dados nos ajudam a dimensionar o fenômeno da violência e suas consequências, no período de 2009 a 2015 foram notificadas 15.827 casos, sendo 62,3% atingindo pessoas do sexo feminino (Gráfico 45). Ressalta-se que a violência contra a mulher tem sido um problema cada vez mais em pauta nas discussões e preocupações da sociedade brasileira e mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, 35% das mulheres em todo o mundo são vítimas de violência física e/ou sexual.

Gráfico 45. Número e proporção de notificações de violência Interpessoal/ autoprovocada segundo sexo em residente de Salvador - BA, 2009 a 2015.



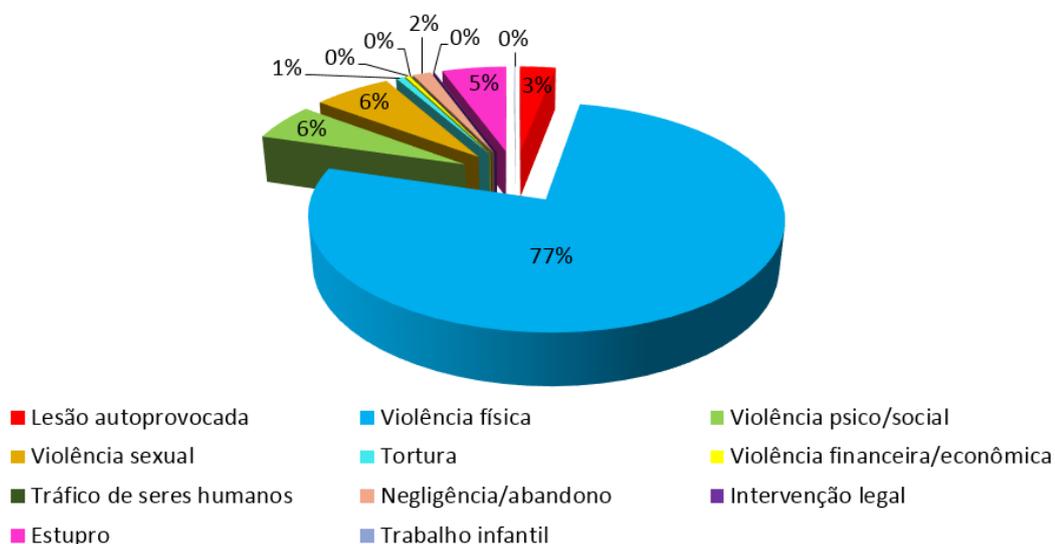
Fonte: TABNET/SUIS/SINAN (Dados considerados em 07/06/2017).

Ao desagregar as notificações por faixa etária observa-se em Salvador, no período de 2009 a 2015, o predomínio nas faixas etárias de 15 a 39 anos, numa proporção de aproximadamente 68%. Ao levar em consideração o sexo, entre os de sexo masculino sobressaem pessoas entre 15 e 19 anos (3.420) e no feminino, 20 a 29 anos (3.888).

Em relação à violência contra a pessoa idosa foram notificados 679 (4,3%) casos de violência em idosos no período analisado. Cabe registrar o desafio de notificar tais casos, dado a tendência de ser naturalizado pela organização domiciliar, envolvendo aspectos como imperativos familiares, normas culturais e inúmeras situações que mascaram a ocorrência do agravo.

Quanto ao tipo de violência, excluindo-se as informações ignoradas, observa-se que 76,7% (14.059) foram de violência física. É importante ressaltar que uma vítima pode sofrer mais de um tipo de violência, sendo consideradas as respostas afirmativas para cada tipo relacionado na ficha de notificação (Gráfico 46).

Gráfico 46. Percentual de notificações de casos de violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o tipo de violência em residentes de Salvador - BA, 2009 a 2015.



Fonte: TABNET/SUIS/SINAN (Dados considerados em 07/06/2017).

O maior percentual de notificações no período 2008 a 2015 segundo Distrito Sanitário de residência foi registrado no Barra/Rio Vermelho (16%), Cabula/Beiru (13,0%), São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário (ambos 10%), conforme Gráfico 47- Anexo.

A análise das notificações levando em conta a variável raça/cor fica comprometida dado que 73% (11.520) das notificações não preencheram este dado. Das 15.827 notificações registradas no SINANNET 24,6% (3.900) foram de negros (pretos e pardos/IBGE). Consoante a isto, observa-se também que 79,2% (12.542) das fichas de notificação não tiveram o campo referente à escolaridade preenchido. Do percentual notificado, 4,7% (752) possuíam 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompletos segundo o TABNET/SUIS/SINAN (Dados considerados em 07/06/2017).

Apesar da subnotificação, no período de 2009³⁵ a 2015 observa-se o incremento no número de unidades de saúde notificantes de violência interpessoal/autoprovocada em Salvador; sendo os hospitais, serviços especializados e UPAs, as unidades que mais notificam estes casos. Em

³⁵ Até o ano de 2008, o processamento dos dados da vigilância de violência interpessoal (VIVA contínuo) era realizado no software Epi-Info, em máscara específica, mas a partir de 2009 as notificações passaram a ser inseridas no SINANNET.

2009 existiam um total 18 unidades notificadoras na cidade e em 2015 passaram a 69, representando um aumento de 283%.

b) Doença Falciforme

A Doença Falciforme (DF) é hereditária e se expressa como uma doença inflamatória crônica permeada de episódios agudos, levando a elevadas morbidade e mortalidade. As manifestações clínicas alteram a qualidade de vida do portador, acarretando dificuldades no trabalho, estudo e lazer, além de repercussões psicológicas como a baixa autoestima. Acomete predominantemente a população preta e parda, sendo sua identificação incluída na triagem neonatal a partir de 2001, possibilitando o acompanhamento especializado ao bebê, e assim, minimizando o risco de morte nos primeiros anos de vida (Backes, 2005).

A prevalência é maior nas regiões Norte e Nordeste (6% a 10%), enquanto nas regiões Sul e Sudeste a prevalência é menor (2% a 3%). A Bahia se destaca como o estado com a incidência mais alta de acordo com os dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), com um caso para cada 650 nascidos vivos e em Salvador, a cada 530 nascimentos uma criança tem a doença.

Como a maioria da população em Salvador pertence a estes grupos de raça/cor, a doença falciforme passou a ser de notificação compulsória em 2009, portaria N.º 217/2009. Deste modo, não obtivemos resultados consistentes para anos anteriores a 2009 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Em fevereiro de 2017 o Ministério da Saúde publicou a portaria N.º 344/2017 tornando obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor nas fichas de notificação em geral. Apesar disto, para DF, observou-se que nos anos de 2009, 2010, 2013, 2014 e 2015 as notificações no SINAN apresentaram incompletudes para este quesito (ignoradas/campo em branco) superando as informações de raça/cor registradas, fato que prejudica a análise do perfil da doença.

No período de 2009 a 2015, o número total de notificações registradas no SINAN foi 1.587 casos (Tabela 45). Neste período, observa-se um aumento do número de notificações em 2010, logo após a edição da portaria. Mas este movimento não se mantém. O ano de 2014, por exemplo, apresentou o maior número de notificações (n = 464), sendo observada uma redução 47,28% no ano seguinte. Estes dados sugerem uma fragilidade na notificação dos casos da doença falciforme no município de Salvador.³⁶

Tabela 45. Número de notificações de doença falciforme. Salvador, 2009 a 2015.

Ano	Notificações
2009	66
2010	278
2011	146
2012	171
2013	218
2014	464
2015	244
Total	1587

Fonte: SINAN (01 de junho de 2017).

Quanto a distribuição por sexo o registro de casos no sexo masculino superou o feminino apenas no ano 2009 56,1% (n = 37) e a partir de 2010 houve inversão deste perfil, de acordo com dados do SINAN. A diferença mais significativa do percentual de notificação entre os dois sexos foi 18% ocorrendo nos anos 2012 e 2015.

³⁶ Os dados de pacientes internados com Doença Falciforme (CID 10 – D57) no período de 2005 a 2015 em Salvador foram obtidos da base de dados anual do SIH/SUS, com acesso em 30 de maio de 2017.

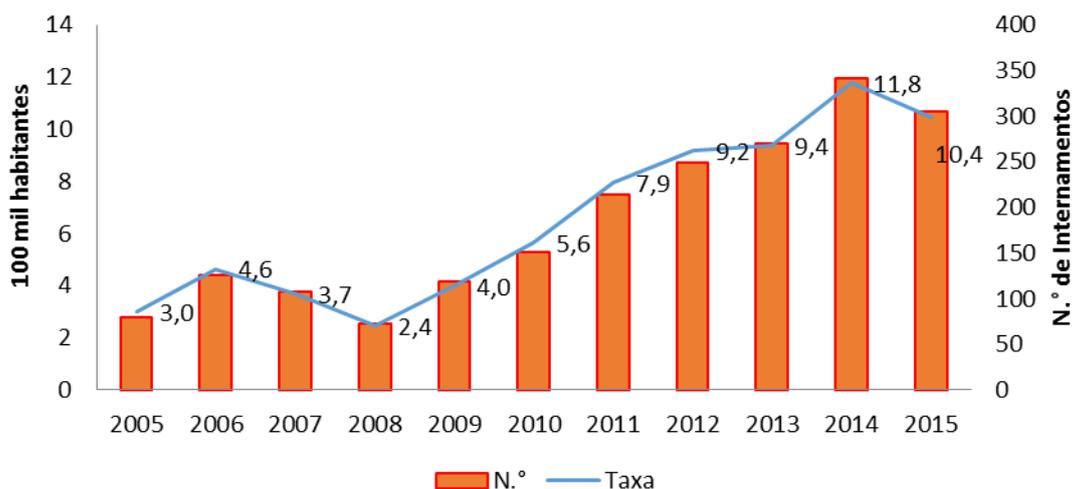
Gráfico 48. Percentual de notificação por sexo de indivíduos com doença falciforme. Salvador, 2009 a 2015.



Fonte: SINAN (01 de junho de 2017).

Quando se considera os registros hospitalares, observa-se após 2009 aumentos consecutivos, sendo que o ano de 2014 apresentou o maior número de internamentos $n = 342$ e taxa de morbidade 11,8 por 100 mil habitantes (Gráfico 49). O mesmo comportamento de incompletude no registro desta variável ocorreu com os dados do banco de internações hospitalares, conforme dados do Sistema de Informações de Hospitalares-SIH em todos os anos da do estudo.

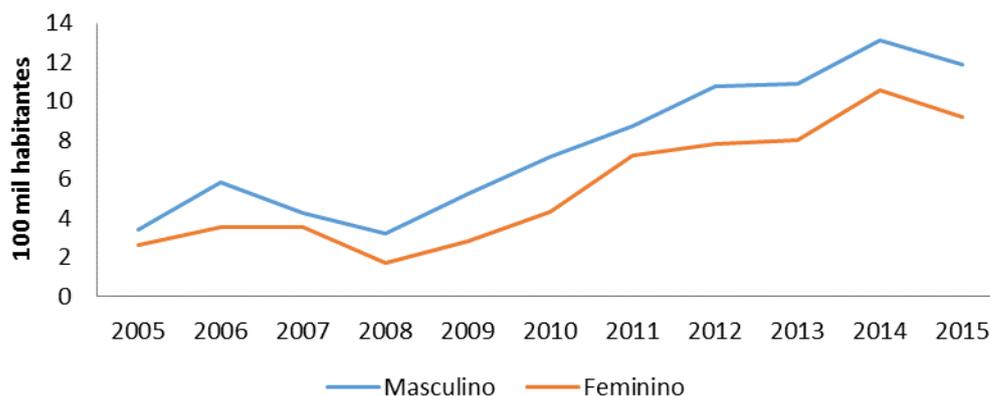
Gráfico 49. Número e taxa de internamentos de indivíduos com doença falciforme. Salvador, 2005 a 2015.



Fonte: SIH/SUIS. Acesso em 30 de maio de 2017.

Em relação ao sexo, o número de internamentos (e sua correspondente taxa) evidencia que o sexo masculino ($n = 1.114$) superou o feminino ($n = 921$) em todos os anos do período analisado 2005 a 2015 (Gráfico 50).

Gráfico 50. Taxa de internamentos/100.000 hab por sexo de indivíduos com doença falciforme. Salvador, 2005 a 2015.

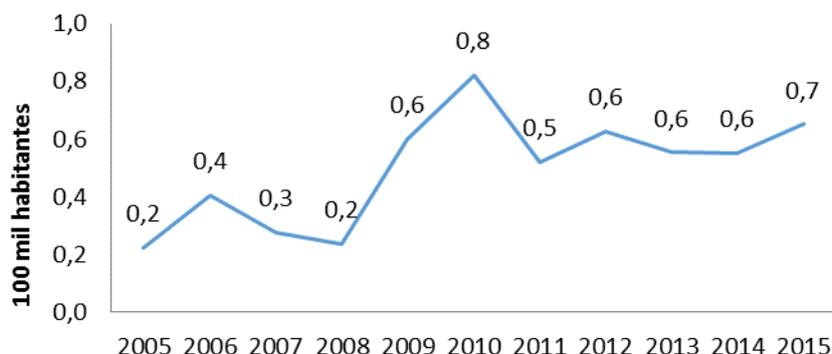


Fonte: SIH/SUIS. Acesso em 30 de maio de 2017.

Embora a triagem neonatal, em consequência o diagnóstico neonatal, somado a medidas preventivas proporcionadas a essas crianças, tenham efeitos positivos sobre a morbimortalidade e o aumento da expectativa de vida (Martins et al, 2010) observa-se que em Salvador o número de internações de crianças (em especial na faixa etária de 1 a 9 anos) ainda é superior ao número de internamentos em adultos. Isto pode evidenciar a necessidade de melhorar o acolhimento destas famílias, a fim de orientar os pais em relação aos riscos de infecção, acometimento de problemas bucais, alteração no crescimento, vacinas especiais e outros cuidados específicos.

A taxa de mortalidade apresenta tendência crescente com sua maior taxa (0,8/100 mil habitantes) da série histórica no ano de 2010, o que certamente está relacionado à notificação compulsória a partir de 2009.

Gráfico 51. Taxa de mortalidade de indivíduos com doença falciforme. Salvador, 2005 a 2015.



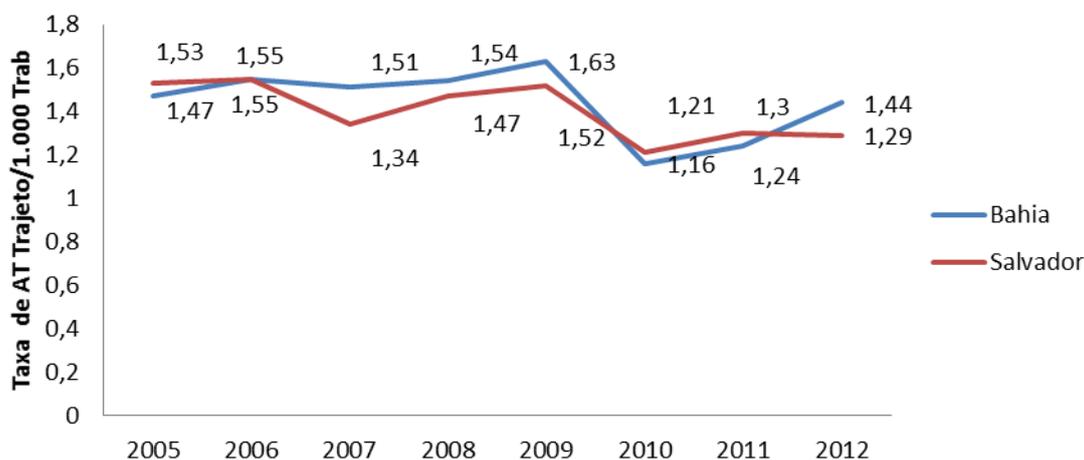
Fonte: SIM/SUIS. Acesso em 09 de junho 2017.

Os casos de morte pela DF em Salvador no período de 2005 a 2015 (154 óbitos) se concentraram na faixa etária 20 a 39 anos (20-29 com 26% e 30-39 com 25%), o que evidencia a alta mortalidade desta doença, o que evidencia a necessidade de maiores investimentos e progressos no tratamento desses pacientes (SIM/SUIS). No entanto, esta realidade pode melhorar, haja visto, por exemplo, que nos EUA a expectativa de vida para a população americana com anemia falciforme no início dos anos 2000 era de 42 anos para homens e 48 anos para mulheres (Nuzzo & Fonseca, 2004).

2.4.4.2. Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho

Em relação aos acidentes de trabalho³⁷ em Salvador, dentre os segurados da Previdência Social, constata-se que o acidente de trabalho típico, em todo período estudado, predominou em relação ao acidente de trabalho de trajeto. Este último, em Salvador manteve-se estável ao longo da série histórica analisada, apresentando comportamento semelhante à taxa da Bahia (Gráfico 52).

Gráfico 52. Taxa de incidência de Acidente de Trajeto em Segurados da Previdência Social, residentes em Salvador e Bahia, 2005-2012.



Fonte: DATAPREV/CESAT/NISAT, 2017. 30/06/2017.

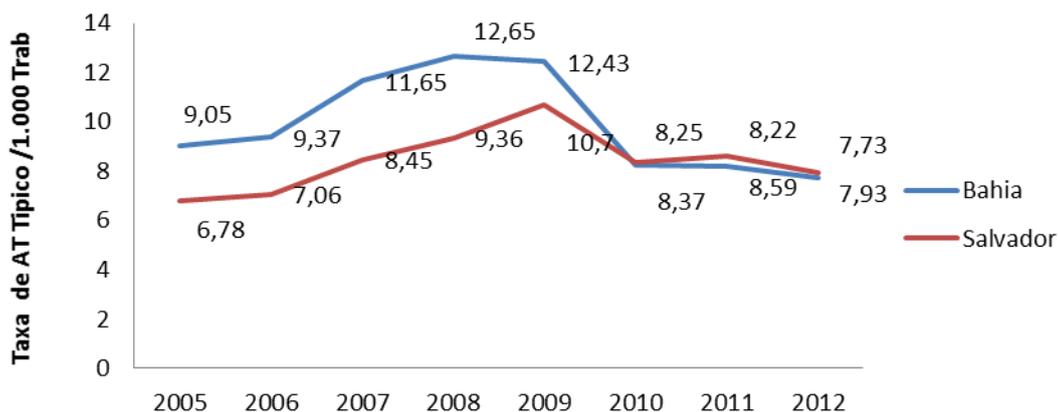
A curva do acidente típico em Salvador e na Bahia são semelhantes com uma tendência crescente até 2009, seguida de queda. O Estado da Bahia apresenta um quantitativo mais elevado de acidente de típico de 2005 à 2008, em relação ao município, mas nos anos posteriores apresenta um declínio, com taxas equivalentes entre ambos a partir de 2010 (Gráfico 53).

Este mesmo padrão de semelhança entre o Estado e o Município é observado nas curvas epidemiológicas das doenças relacionadas ao trabalho (DRT) com um crescimento expressivo do registro desses agravos entre 2007 e 2009, chegando em 2008 a uma taxa (por 100.000 trabalhadores) de 57,7 em Salvador e 51,4 na Bahia, fato que certamente está relacionado a adoção do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NETEP³⁸ pela Previdência Social para reconhecimento das DRT (Gráfico 54).

³⁷ Segundo a Previdência Social, considera-se *acidente de trabalho* o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Equipara-se ainda ao acidente de trabalho típico, o acidente de trajeto que ocorre no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado; bem como as doenças relacionadas ao trabalho (Lei 8213/91).

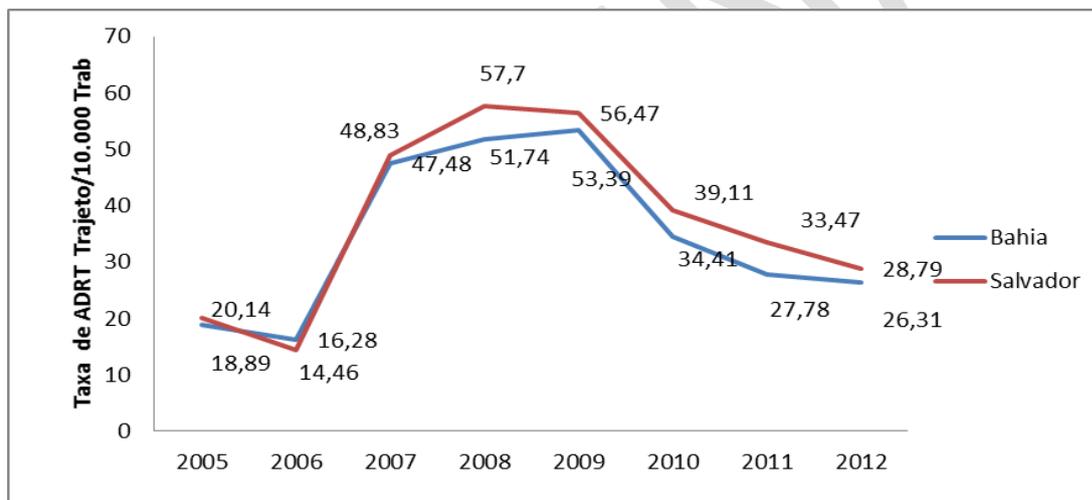
³⁸ Trata-se de um banco de dados, criado pela Previdência Social que passou a cruzar informações da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE, apontando a existência de uma relação entre a lesão ou agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador, deixando então de condicionar o reconhecimento da DRT à emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT

Gráfico 53. Taxa de incidência de Acidente de Trabalho Típico em Segurados da Previdência Social, residentes em Salvador e Bahia, 2005-2012.



Fonte: DATAPREV/CESAT/NISAT, 2017.

Gráfico 54. Taxa de Doenças Relacionadas ao Trabalho em Segurados da Previdência Social, residentes em Salvador e Bahia, 2005-2012.

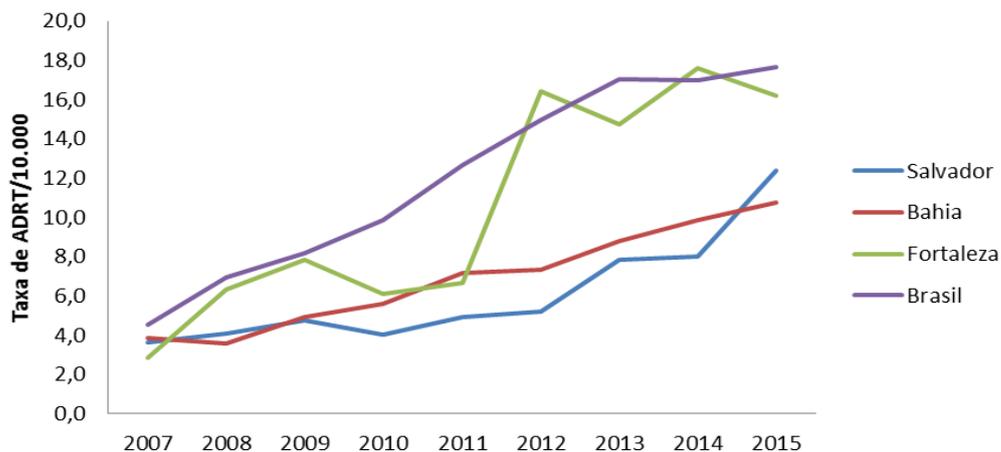


Fonte: DATAPREV/CESAT/NISAT, 2017. 30/06/2017.

Os Sistemas de Informação em saúde utilizados no SUS relativos a Agravos de Notificação - SINAN e sobre Mortalidade - SIM, são universais, ou seja, abrangem toda a população trabalhadora, independentemente da situação empregatícia, porem apresentam altos índices de sub notificação e sub-registro, além da incompletude de vários dados importantes (a exemplo dos campos relacionados a ocupação). Deste modo, o comportamento destes dados varia em relação aos analisados via Previdência Social.

Assim, no SINAN a taxa de incidência proporcional de ADRT em Salvador é mais baixa do que a do Estado, como também, em relação à outra capital nordestina (Fortaleza), embora todas apresentem uma tendência crescente. Isso reitera o problema da subnotificação nas unidades de saúde do município.

Gráfico 55. Taxa de Incidência Proporcional de ADRT no SINAN, Salvador, Fortaleza, Bahia e Brasil no período de 2007-2015.



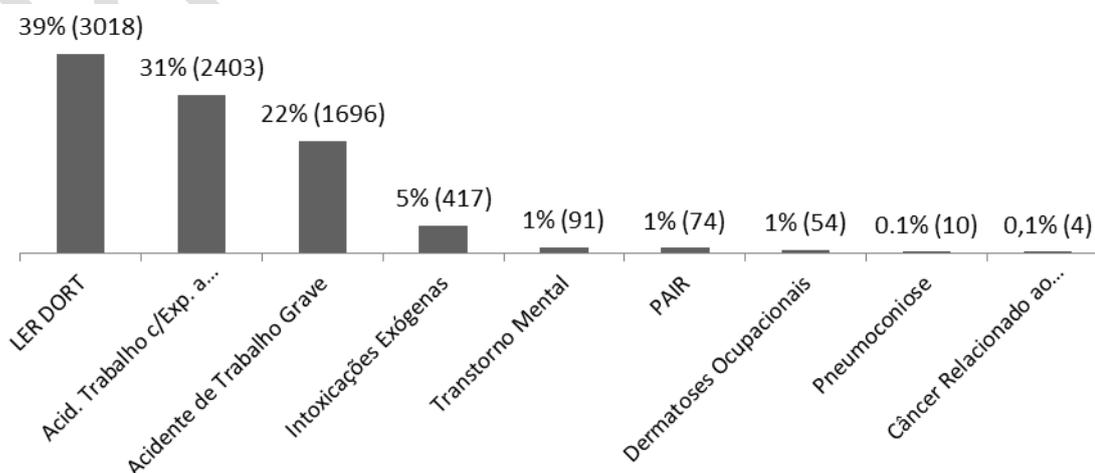
Fonte: SINAN, 2017. Nota: *Para o cálculo da taxa de incidência de ADRT o denominador utilizado foi a PEAO do censo de 2010.

Ainda que esta taxa seja menor em relação a calculada com dados da DATAPREV, que capta apenas trabalhadores formais, observa-se que a incidência de ADRT em Salvador, com os dados do SINAN, no período de 2007 a 2015, segue uma tendência crescente, tendo uma pequena variação negativa no ano de 2010. Isto demonstra que houve uma ampliação das notificações de ADRT, sendo este incremento de 154% (de 3,6 em 2007 foi para 12,4 por 10.000 trabalhadores em 2015) (Gráfico 55).

Fatores como a ampliação da sensibilização dos profissionais de saúde sobre a relevância desta notificação, a inclusão de indicadores de Saúde do Trabalhador principalmente após 2006, quando a notificação de ADRT passou a ser um indicador no Pacto pela Saúde e a orientação de notificação compulsória para todos os municípios no Estado da Bahia a partir de 2011 podem ter contribuído.

As ADRT mais notificadas no Município em ordem decrescente são: LER/DORT (39%), Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico (31%) e de Acidente de Trabalho Grave (22%), somando 92% do total de casos ADRT notificados no SINAN. Há uma diminuição significativa de notificações para os demais agravos, sendo o Câncer Relacionado ao Trabalho o de menor registro, certamente relacionado à complexidade do diagnóstico e ao período de latência da doença (Gráfico 56).

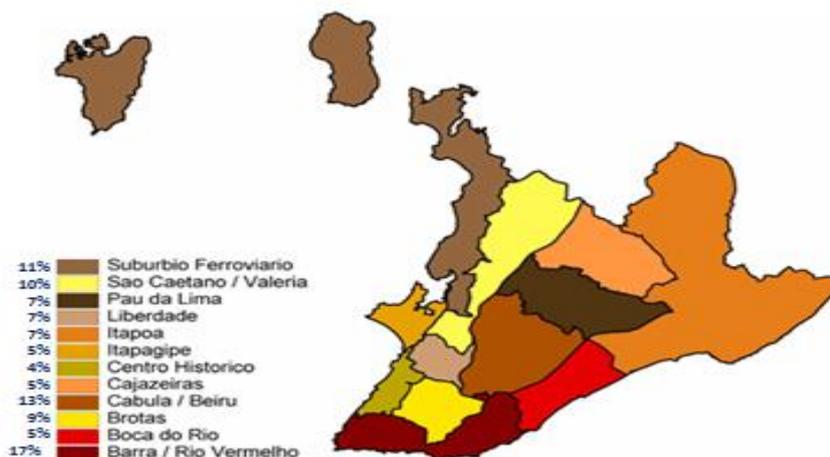
Gráfico 56. Frequência de Notificação de ADRT, no período de 2007-2015, no Município de Residência Salvador.



Fonte: SINAN/SUIS, 2017. 30/06/2017.

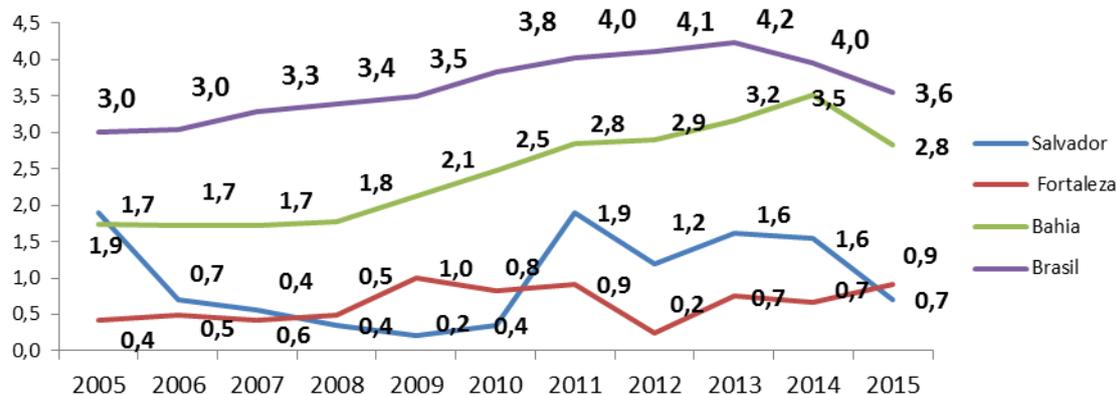
Em relação as notificações nos DS cabe destaque para os distritos Barra/ Rio Vermelho (17%), Cabula/ Beiru (13%), Subúrbio Ferroviário (11%) e São Caetano/ Valéria (10%) que obtiveram os maiores percentuais. O distrito Centro Histórico teve menor percentual de notificação de ADRT (4%). Como vimos anteriormente, destacam-se as notificações de LER/DORT, Acidente com Exposição à Material Biológico e Acidente de Trabalho Grave, ou seja, agravos relacionados ao perfil produtivo do município, decorrente das atividades econômicas de comércio, construção e transporte (Mapa 06).

Mapa 06. Frequência de Notificações de ADRT no DS no SINAN, no período de 2007-2015 no Município de Salvador.



Fonte: SINAN/SUIS/SMS, 2017.

Gráfico 57. Coeficiente de Mortalidade Proporcional ADRT segundo município de residência. Salvador e Fortaleza, Bahia e Brasil, 2005 – 2015.



Fonte: SIM/DATASUS/MS; 2017. 30/06/2017.

O coeficiente de mortalidade proporcional de AT entre os municípios de Salvador, Fortaleza, Estado da Bahia e Brasil apresentam curvas epidemiológicas com variações distintas. Verifica-se certa proximidade das curvas de Salvador e Fortaleza, sendo que entre 2011 a 2014 o coeficiente de Salvador supera Fortaleza.

2.4.4.3 Doenças Transmissíveis

a) Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecto contagiosa, de transmissão aérea de pessoa para pessoa, que apesar de tratamento público, eficaz e prevenção mediante vacinação de BCG, ainda é um

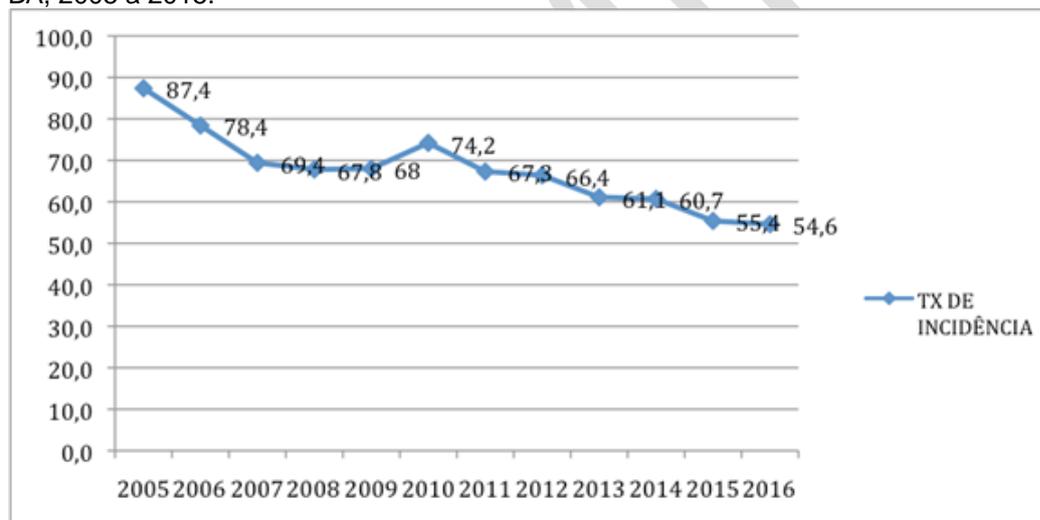
sério problema de saúde pública. Embora acometa toda a população, destacam-se alguns grupos mais vulneráveis, que são as pessoas vivendo com HIV/AIDS (co-infecção), pessoas em situação de rua, profissionais de saúde, pessoas privadas de liberdade e indígenas. O maior número de casos ocorre no adulto jovem (entre 20 a 49 anos), no sexo masculino, mas crianças e idosos possuem um risco elevado em comparação às outras faixas etárias.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil está entre os 30 países prioritários para o controle da tuberculose para os anos de 2016 a 2020 e está classificado nos grupos com maior carga de tuberculose (20ª posição) e de coinfeção tuberculose/HIV (19ª posição). Dados do Programa Nacional de Controle da Tuberculose apontam que Salvador ocupou em 2015 a 4ª posição em número de casos novos e 11ª em taxa de incidência entre as capitais do país. Entre as capitais do nordeste, Salvador é a primeira em número de casos e 4ª em taxa de incidência.

Dados de 2015 apontam que Salvador está entre as principais capitais com elevada carga de tuberculose, e ocupou a 11ª posição entre as capitais do país em taxa de incidência com 56,4 casos por 100.000 habitantes (dados obtidos na página do Programa Nacional de Controle da Tuberculose) tendo sido registrados 130 óbitos por tuberculose.

No período de 2005 a 2015, a taxa de incidência de tuberculose em Salvador, bem como o número de casos novos vem decrescendo. A incidência no período variou de 87,4 casos novos/ 100.000 hab em 2005 para 54,6 casos em 2015, representando 37,5% de redução ao longo de 10 anos. No entanto, a taxa de mortalidade por tuberculose revela uma tendência de manutenção, com este indicador alcançando 5,9 óbitos com tuberculose como causa básica por 100.000 habitantes em 2005 e 5,7 óbitos/100000 hab. em 2015 (Gráfico 58).

Gráfico 58. Taxa de Incidência de Tuberculose (por 100.000 hab), todas as formas, Salvador – BA, 2005 a 2015.



Fonte: SINANNET, dados atualizados até 07/06/2017.

Entre os Distritos Sanitários de Salvador os principais em taxa de incidência são: Centro Histórico, Liberdade e São Caetano; e aqueles com maior número de casos são Cabula/Beiru, Subúrbio Ferroviário e São Caetano/Valéria (Tabela 46).

Tabela 46. Taxa de Incidência de tuberculose, todas as formas, segundo DS, Salvador-BA, 2005, 2010 e 2015.

Distr Resid	2005		2010		2015	
	Nº casos	Tx Inc	Nº casos	Tx Inc	Nº casos	Tx Inc
Centro Histórico	87	124,3	80	111,3	65	82,8
Itapagipe	162	98,1	137	84,4	102	57,5
Sao Caetano/Valeria	328	134,3	269	104,5	204	72,6
Liberdade	192	109,5	175	97,5	146	74,5
Brotas	150	70,5	126	62,0	106	47,8
Barra/Rio Vermelho/Pitub	286	83,1	191	56,4	160	43,2
Boca do Rio	78	66,4	68	53,8	42	30,5
Itapoan	129	61,8	89	35,6	85	31,1
Cabula/Beiru	368	97,3	330	85,5	275	65,3

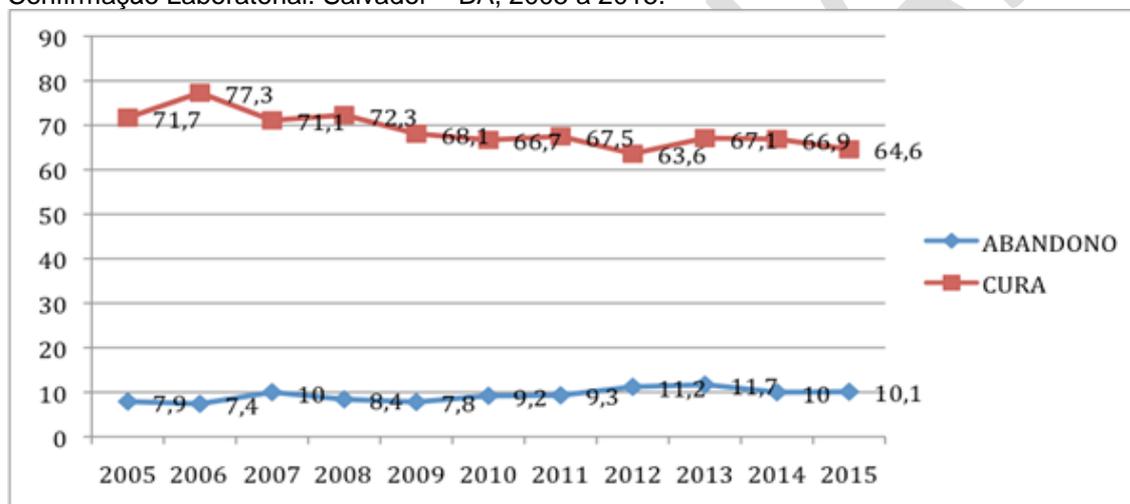
Pau da Lima	144	53,5	150	68,6	123	51,5
Subúrbio Ferroviário	249	76,6	262	81,3	224	63,7
Cajazeiras	105	64,4	102	64,1	76	43,8
Não classificados	58		7		10	
Total	2336	87,4	1986	74,2	1618	55,4

Fonte: SINANNET, dados atualizados até 07/06/2017.

O programa Municipal de Controle da Tuberculose de Salvador atribui às interrupções no tratamento ao elevado índice de pessoas em situação de rua dificultando à adesão ao tratamento; alto índice de usuários de drogas ilícitas e alcoolistas; pessoas convivendo com HIV (sendo essa a primeira causa da morte, pois a Tuberculose é uma doença oportunista); Pessoas Privadas de Liberdade; aumento do índice de Diabetes entre esse agravo e TBDR (Tuberculose Droga Resistente).

A OMS recomenda que os países obtenham um percentual de cura acima de 85% para que ocorra quebra da cadeia de transmissão e controle da doença. No Brasil a cura dos casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial em 2014 foi de 72,8% e em Salvador a cura alcançou 64,6% em 2015. Contribuem para o não alcance de cura, o abandono (10,1%) e os casos sem atualização no sistema de informação (Gráfico 59).

Gráfico 59. Percentual de Cura e Abandono dos Casos Novos de Tuberculose com Confirmação Laboratorial. Salvador – BA, 2005 a 2015.



Fonte: SINANNET, dados atualizados até 07/06/2017.

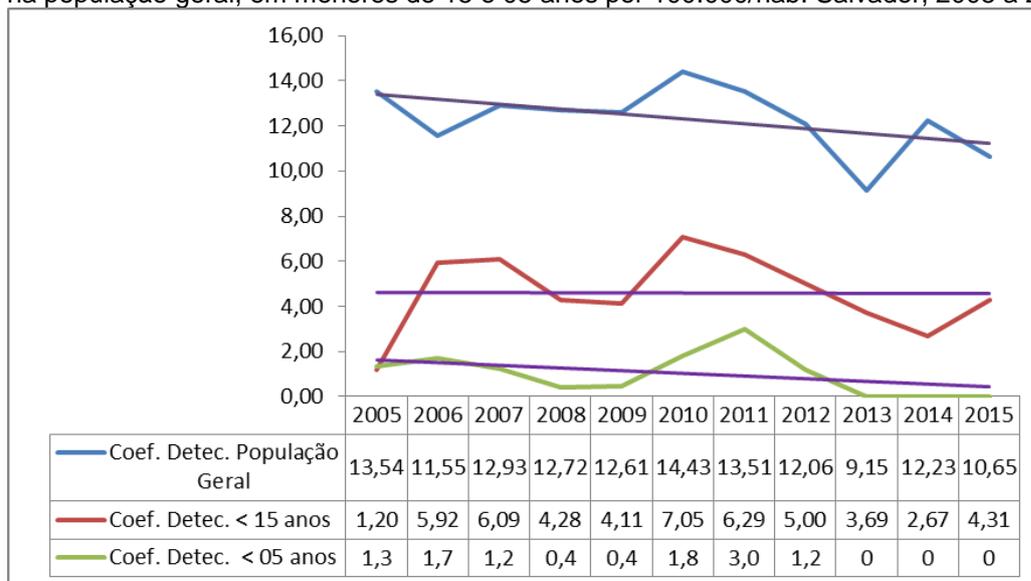
b) Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa cuja característica mais importante das lesões é a diminuição da sensibilidade (térmica, dolorosa e/ou tátil), uma vez que atinge os nervos periféricos e a pele. Possui alto potencial incapacitante se não tratada precoce e adequadamente.

A hanseníase é um importante problema de saúde pública, de modo que a Organização Mundial da Saúde elaborou para os anos de 2016 a 2020 um plano de Estratégia Global, visando um mundo sem hanseníase a partir de três pilares: (1) Fortalecer o controle (2) Combater a doença e suas complicações (3) Promover a inclusão. O Brasil é o segundo país do mundo com maior número de casos, 34.894 ao ano, embora esta doença seja curável e tenha tratamento conhecido (OMS, 2016).

A avaliação do período de 2005 a 2015, dos coeficientes de detecção anual de casos novos na população geral, menor de 15 anos e menor de 05 anos em Salvador, apesar de certa variação cíclica, verificou-se tendência descendente (Gráfico 60).

Gráfico 60. Análise de tendência do Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população geral, em menores de 15 e 05 anos por 100.000/hab. Salvador, 2005 a 2015.



Fonte: SINAN /VIEP, Agravos, 12/7/2017.

Dados de 2005 a 2015 apontam Salvador com uma média de 345 casos novos de hanseníase ao ano na população geral, com a taxa de detecção entre 13,54 a 10,65/100.000 hab, considerado alto, conforme parâmetros do Ministério da Saúde³⁹. A única exceção ocorreu em 2013, quando taxa de detecção decresceu possivelmente em virtude da desativação do Hospital Especializado Dom Rodrigo de Menezes, principal referência, responsável pela maior parte dos atendimentos dos pacientes de Salvador e do Estado da Bahia.

Além disto, observa-se a presença da hanseníase em todos os Distritos Sanitários, sendo Itapuã, Subúrbio Ferroviário, São Caetano/ Valéria e Cajazeiras os que apresentaram respectivamente os maiores números destes casos, sobressaindo o Distrito de Itapuã, como o de maior média de coeficiente de detecção neste período - 23 casos.

Outro dado importante é que, no período de 2005 a 2015, foram registrados 317 casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, com média anual de 35 casos novos. Os casos de hanseníase em menores de 15 anos são importantes porque apontam que ainda existem circuitos de transmissão ativos.

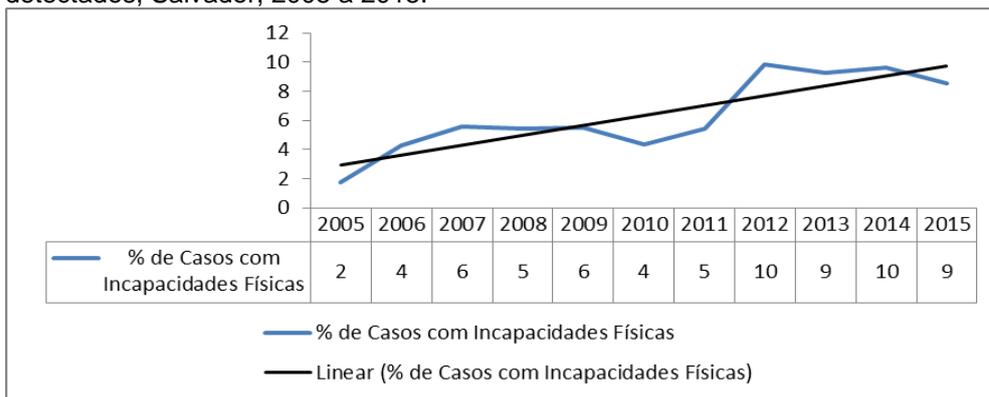
Em relação aos menores de 05 anos, observamos que de 2013 a 2015 não houve casos notificados nesta faixa etária. Porém, temos que destacar que há dificuldade de reconhecimento precoce dos casos devido ao longo período de incubação (pode variar de 5 a 7 anos) além da ausência de testes diagnósticos nesse período de incubação.

Em Salvador, no período avaliado, 60% dos casos novos detectados na população geral apresentaram-se como hanseníase Multibacilar (MB) e maior percentual de Dimorfa (39 %), ou seja, numa forma clínica que não é inicial da doença. Além disto, verifica-se que na população em geral no modo de detecção de casos novos sobressai a detecção passiva (Encaminhamento – 63,24% e Demanda espontânea – 21,38%), em oposição da detecção ativa (investigação epidemiológica de contatos -13,39% e exame de coletividade - 0,92%).

Soma-se a isto, que entre os casos novos detectados e avaliados, o Grau de Incapacidade Física apresenta uma tendência de crescimento, embora oscile em percentuais que variam do Baixo (<5%), mas também Médio (5 a 9%) e Alto (> ou = 10%). Todas estas evidencias sugerem que em Salvador a detecção dos casos de hanseníase vem ocorrendo tardiamente (Gráfico 61).

³⁹ Parâmetro do MS: Hiperendêmico:>40,0/100.000 hab.; Muito alto: 20,00 a 39,99/100.000 hab.; Alto: 10,00 a 19,99/100.000 hab.; Médio: 2,00 a 9,99/100.000 hab.; Baixo: <2,00/100.000hab.

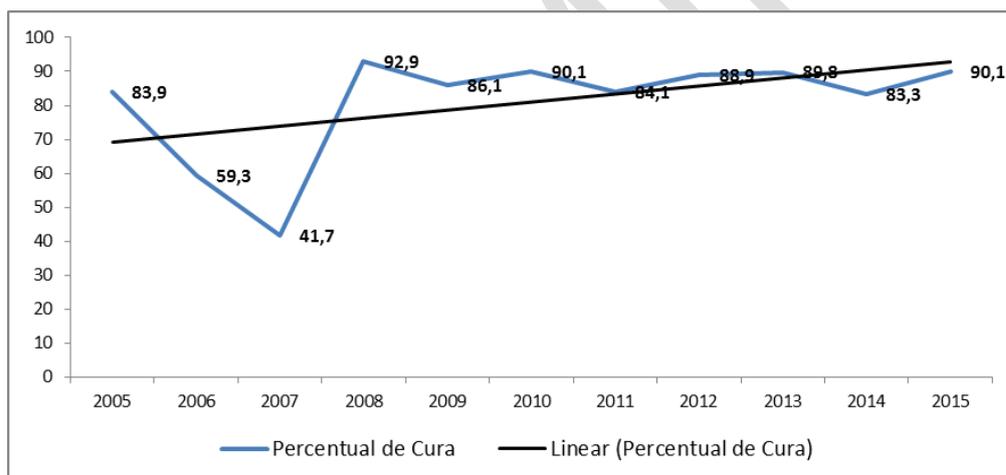
Gráfico 61. Proporção de casos com incapacidade física entre os casos de hanseníase detectados, Salvador, 2005 a 2015.



Fonte: SINAN/VIIEP, Agravos, 25/7/2017.

As medidas de vigilância adotadas são voltadas para o aumento do percentual de cura nas coortes (paucibacilar e multibacilar). Entre os casos novos de hanseníase, Salvador apresentou, nas coortes entre 2005 a 2015, percentual regular de cura, destacando os anos 2008, 2010 e 2015 quando atingiu o parâmetro considerado bom (igual ou maior de 90%), segundo critérios do Ministério da Saúde⁴⁰. Cabe registrar que os percentuais nos anos 2006 e 2007 se apresentaram como precário. Mudanças ocorridas no modo de cálculo do indicador podem explicar essa variação nestes dois anos (Gráfico 62).

Gráfico 62. Tendência para proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. Salvador/ Bahia, Brasil, 2005- 2015.



Fonte: SINAN/VIIEP, Agravos, 8/6/2017.

2.4.4.4. Doenças Imunopreveníveis

a) Meningites

Em relação à análise das meningites por etiologia, há maior incidência, na população geral, das meningites virais. Sobre as formas graves de meningites bacterianas (meningococemia, meningite meningocócica e as formas mistas da doença), em Salvador, nota-se aumento das incidências entre 2009 e 2010, decorrente de surto. Registra-se ainda redução da incidência a partir de 2013. Mas chama a atenção em todos os anos do período estudado, o expressivo número de meningites não especificadas, o que pode sinalizar falhas no diagnóstico da doença.

Considerando a distribuição por faixa etária, observa-se maior risco de adoecimento entre os menores de 01 ano de idade. No ano 2007, quando foi confirmado surto de meningite viral em Salvador, houve maior incidência na faixa etária de 05 a 09 anos de idade. No ano de 2010,

⁴⁰ Parâmetros MS: Bom: $\geq 90\%$; Regular: ≥ 75 a $89,9\%$; Precário: $< 75\%$.

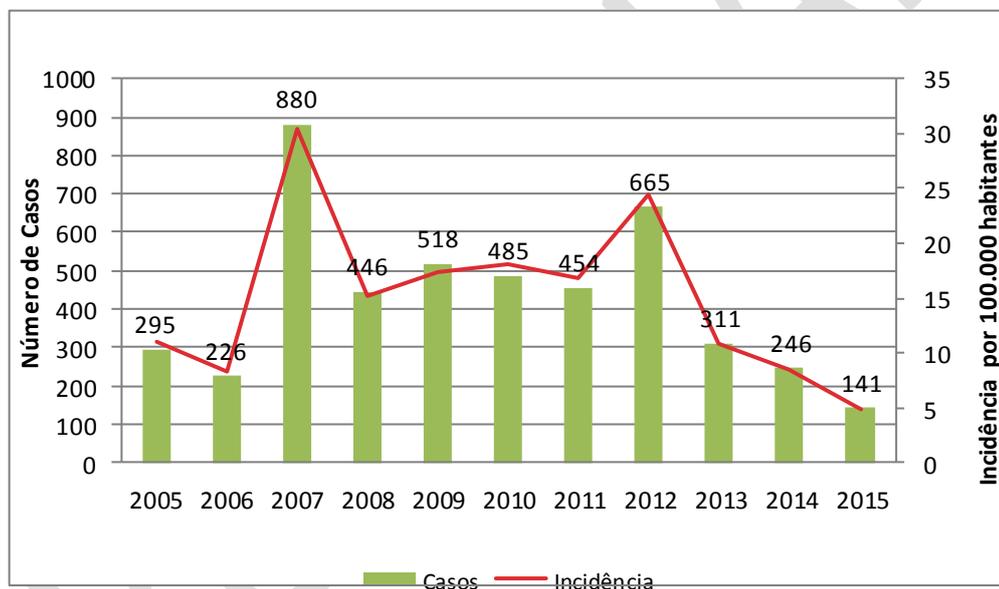
quando foi confirmado surto de Doença Meningocócica sorogrupo C, houve a elevação expressiva de incidência das meningites bacterianas na faixa etária de 10 a 14 anos.

Segundo o **gráfico 63**, com relação às **meningites virais**, destaca-se ainda o ano de 2007 como de maior incidência da doença (30,4/100.000 habitantes), seguido de 2012 (23,8/100.000 habitantes). Vale ressaltar que nesses dois anos houve surtos de elevada magnitude em Salvador, porém não foram identificados os vírus circulantes associados a esses surtos, fato que limita a análise epidemiológica da doença.

Quanto à distribuição da incidência por Distrito Sanitário (DS), em 2007, o DS de Itapagipe apresentou a maior concentração de casos (136) e maior incidência (80,3/100.000 hab). Já em 2012, a maior ocorrência de casos foi no Subúrbio Ferroviário (109) e maior incidência em Itapagipe (54,1 casos/100.000 habitantes).

A distribuição territorial aponta entre os anos de 2005 e 2006 que o DS de Boca do Rio se sobressai aos demais com maior incidência (16,2/100.000 hab. e 13,4/100.000 hab., respectivamente). No período subsequente (2007 a 2015) o DS de Itapagipe passa a ocupar a primeira posição, com maiores incidências para todos esses anos.

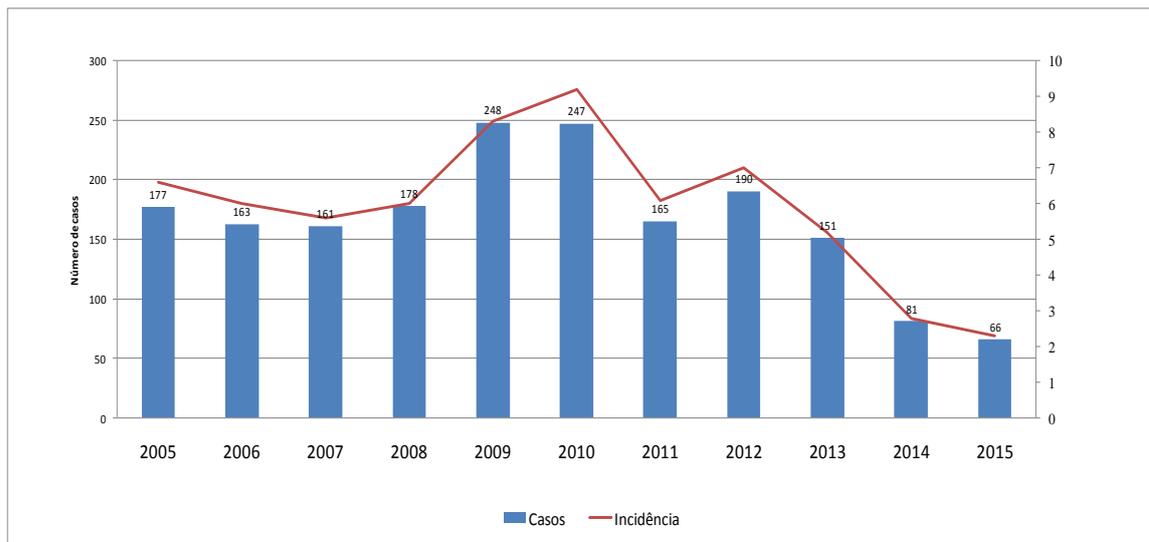
Gráfico 63. Ocorrência de casos confirmados e incidência das meningites virais (por 100.000 habitantes), em Salvador, 2005 a 2015.



Fonte: SINAN/IBGE/ SESAB/SUVISA/DIS/DGRCA/SUIS/ VIEP/Agravos.

Já em relação às **meningites bacterianas**, nota-se tendência de redução da incidência em Salvador no período analisado, passando de 6,5 casos/100.000 habitantes em 2005, para 2,2 casos/100.000 habitantes em 2015, representando redução de 66,15%. (Gráfico 64). Apesar desta tendência, cabe registrar que Salvador vivenciou importante surto de meningite (sorogrupo C) nos anos 2009 e 2010, com maior incidência no DS de Itapuã, em 2009 (17,7/100.000 hab) e Itapagipe em 2010 (16/100.000 hab.).

Gráfico 64. Número de casos confirmados e incidência (por 100.000 habitantes) das meningites bacterianas em Salvador, 2005 a 2015.



Fonte: SINAN/IBGE/ SESAB/SUVISA/DGRCA/SUIS/ VIEP/Agravos

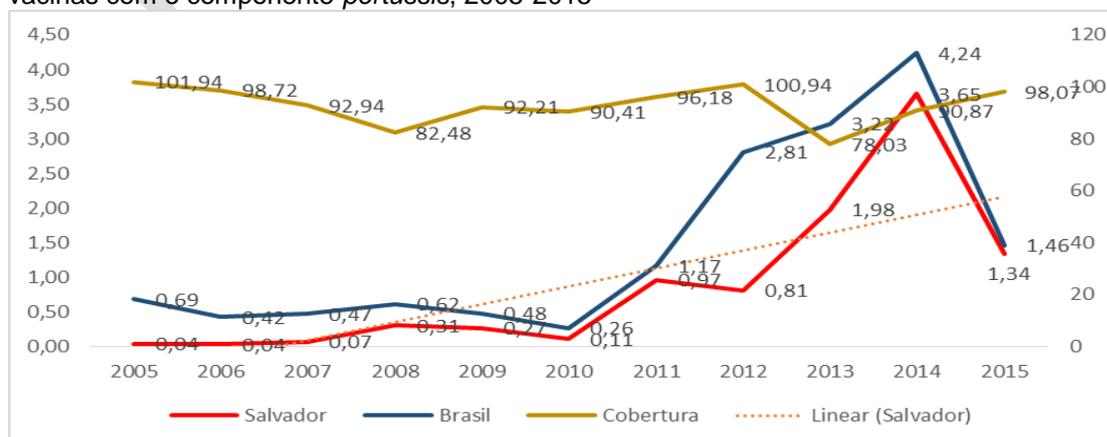
A partir de 2010 a curva da incidência das meningites bacterianas vai diminuindo gradativamente, ano a ano. Destaca-se que em 2010 foi introduzida a vacina Meningo C conjugada no calendário básico infantil do Programa Nacional de Imunizações e no referido ano obteve-se uma boa cobertura vacinal no município (100,8% de cobertura vacinal em <1 ano, segundo dado coletado no DATASUS). Este fator pode ter contribuído para redução da incidência das meningites bacterianas a partir de 2010.

c) Coqueluche

No período de 2005 a 2015, houve um incremento de 3250% da taxa de incidência de coqueluche em Salvador, saltando de 0,04 casos/100mil habitantes em 2005 para 1,34 casos/100mil habitantes em 2015, seguindo a mesma tendência do Brasil. Durante todo o período as taxas de incidência de Salvador foram menores que a do País e nos anos de 2007, 2008, 2009, 2010, 2013 e 2014, Salvador não atingiu a cobertura de 95%*, conforme preconizado, sendo o ano de 2013 o de menor cobertura para a vacina contra coqueluche. Este fato pode ter contribuído para o aumento da incidência de casos em 2014 (Gráfico 65).

Comparando as taxas de incidência de Salvador com as capitais do Nordeste e Belo horizonte, observa-se que ele seguiu o mesmo padrão que a maioria das capitais analisadas (exceto João Pessoa) com taxas menores em 2005 e aumento em 2015 (Tabela 47).

Gráfico 65. Taxa de incidência de coqueluche em Salvador e Brasil e coberturas vacinas das vacinas com o componente *pertussis*, 2005-2015



Fonte: Sinan, IBGE e SIPNI

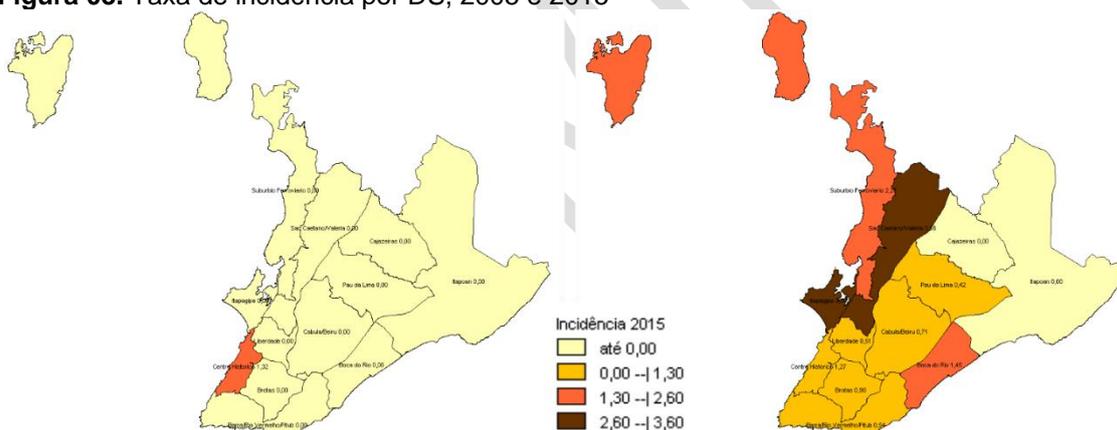
Tabela 47. Taxa de incidência de coqueluche das capitais do Nordeste, Belo Horizonte e Brasil, de 2005, 2010, 2015.

Município de notificação	2005	2010	2015	Variação % primeiro e último ano
Salvador	0,04	0,11	1,34	3250
Belo Horizonte	0,46	0,29	2,68	483
Recife	2,80	0,85	13,54	384
São Luís	1,02	0,10	4,47	338
Aracaju	0,20	-	0,47	135
Maceió	1,33	0,43	2,37	78
Natal	3,73	0,25	5,29	42
Fortaleza	0,76	-	0,89	17
João Pessoa	0,30	-	0,13	-57
Teresina	-	0,12	18,36	-
Brasil	0,69	0,26	1,46	112

Fonte: Sinan, IBGE

Em Salvador, os DS que apresentaram maiores taxas de incidência de coqueluche em 2015 foram São Caetano Valéria (3,56 casos/100mil habitantes), Subúrbio Ferroviários (3,38 casos/100mil habitantes) e Boca do Rio (2,27casos/100mil habitantes). Os DS de Itapuá e Cajazeiras não apresentaram casos no primeiro e último ano analisados.

Figura 03. Taxa de incidência por DS, 2005 e 2015



Fonte: Sinan, IBGE

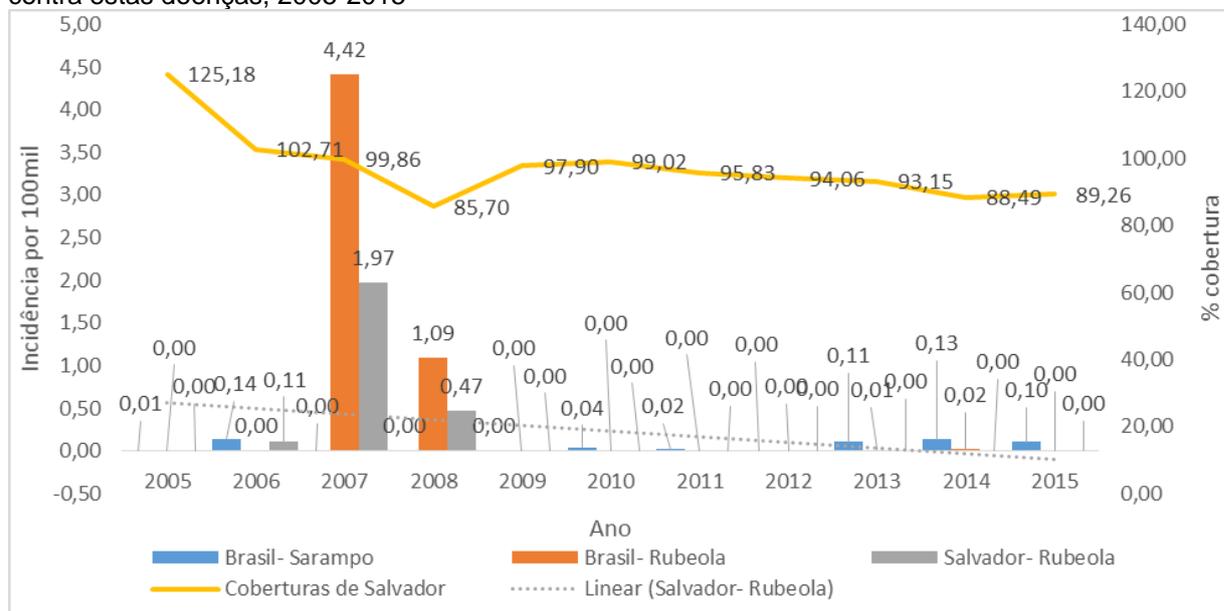
Em Salvador, entre 2005 e 2015, dos casos confirmados de coqueluche registra-se o predomínio de indivíduos do sexo feminino (58%), da cor parda (67,6%) seguida da preta (11,3%) e tinham menos de 1 ano (71,7%). Dentre os menores de 1 ano, (36%) tinha menos de 2 meses de idade, ou seja, não tinham recomendação do uso da vacina. Desta maneira, no final de 2014, o Ministério da Saúde tomou a decisão de incorporar no calendário básico da gestante a vacina DTPa (uma dose a cada gestação), contribuindo para transmissão de anticorpos da vacina da mãe para o bebê através da placenta. Esse fato também pode ter contribuído para a redução da incidência de coqueluche em 2015 (Figura 03).

d) Doenças exantemáticas: Sarampo e Rubéola

Em Salvador, entre os anos de 2005 e 2015, não houve casos confirmados de sarampo. O último caso autóctone ocorreu em 1999, enquanto que no Brasil ocorreram surtos isolados em algumas regiões sendo o maior deles no Ceará em 2014 e 2015. Nos anos de 2006, 2007 e 2008 foram confirmados 74 casos de rubéola em Salvador e, após este período, não ocorreram novos casos. Desta maneira há uma tendência de declínio da taxa de incidência, seguindo a mesma tendência do Brasil. Entre os fatores que contribuíram para a ausência de casos de

sarampo e a significativa redução de casos de rubéola estão a implementação da vigilância epidemiológica e laboratorial e as altas coberturas vacinais para estas doenças no período. Entretanto, ressalta-se que, nos anos de 2008, 2014 e 2015, Salvador não atingiu a meta de 95%, permitindo uma possível inserção de novos casos que até então não ocorreu (Gráfico 66 e Tabela 48).

Gráfico 66. Taxa de incidência de Sarampo e Rubéola de Salvador e Brasil e cobertura vacinal contra estas doenças, 2005-2015



Fonte: Sinan, IBGE, SI-PNI, 2017

Tabela 48. Número da casos de doenças exantemáticas nas capitais do Nordeste e Belo Horizonte, em 2005, 2010 e 2015

Capitais	2005	2010	2015
Ceará	0	0	211
João Pessoa	0	53	0
São Luís	1	0	0
Teresina	1	0	0
Salvador	0	0	0
Maceió	1	0	0
Aracajú	1	0	0
Belo Horizonte	4	0	0

Fonte: Sinan, 2017

Analisando os casos confirmados de rubéola do período (73 casos), 67,5% eram do sexo masculino, houve o acometimento de todas as faixas etárias (mediana de 26 anos - variação de 0 a 61 anos), 49% eram da raça/cor branca* com o predomínio da ocorrência de casos no DS Barra/Rio Vermelho (Tabela 49).

Tabela 49. Casos confirmados de rubéola por Distrito Sanitário, Salvador, 2005 a 2015

Distrito Sanitário	2006	2007	2008	Total
Centro Histórico	0	3	4	7
Itapagipe	0	7	1	8
São Caetano/Valeria	0	2	1	3
Liberdade	0	1	0	1
Brotas	0	4	1	5
Barra/Rio Vermelho	3	13	4	20
Boca do Rio	0	5	1	6

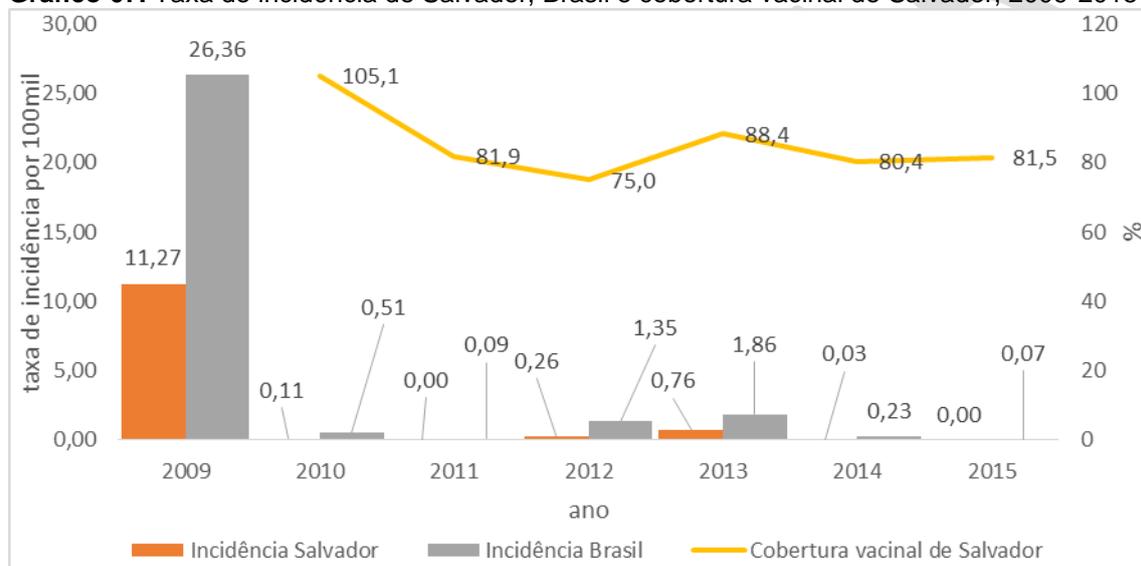
Itapuã	0	9	1	10
Cabula/Beirú	0	6	1	7
Pau da Lima	0	2	0	2
Subúrbio Ferroviário	0	4	0	4
Total	3	56	14	73

Fonte: Sinan, 2017 *excluídos os casos sem informação

e) Casos graves de gripe A(H1N1)

Em 2009, Salvador apresentou uma taxa de incidência de 11,27 casos por 100mil habitantes, sendo a maior taxa quando comparada com os outros anos e menor que a do Brasil. Nos anos de 2011 e 2015, não houve casos da doença em Salvador. Excluído o ano da pandemia (2009), 2013 apresentou maiores taxas e, durante todo o período analisado, o município manteve as coberturas vacinais acima do preconizado (80%), exceto o ano de 2012, contribuindo assim com a redução de casos (Gráfico 67).

Gráfico 67. Taxa de incidência de Salvador, Brasil e cobertura vacinal de Salvador, 2009-2015



Fonte: Sinan online, IBGE, Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde/influenza

A mediana de idade dos casos foi de 21 anos (variação de 0-81 anos), 56% dos casos eram do sexo feminino e 51% eram da raça/cor* branca, o DS com maior número de casos em todo o período analisado foi o Barra/Rio Vermelho com 134 casos (Tabela 50) e houve 3 óbitos.

Tabela 50. Número de casos por Distrito Sanitário, Salvador, 2009-2015

DS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	N
Barra/Rio Vermelho	119	1		4	9	1		134
Boca do Rio	27				3			30
Brotas	41			1	1			43
Cabula Beirú	23				2			25
Cajazeiras	10							10
Centro histórico	6	1			1			8
Itapagipe	4							4
Itapuã	43	1			2			45
Liberdade	13							13
Pau da lima	17			1	2			20
São Caetano/Valéria	7							7
Subúrbio ferroviário	10				2			12

Fonte: Sinan-online

Além da vigilância dos casos de graves de influenza, Salvador realiza a vigilância sentinela da influenza, que, até o ano de 2012, era de uma unidade sentinela, e, a partir de 2013, expandiu para cinco unidades sentinela de Síndrome Gripal e cinco de Síndrome Respiratória Aguda Grave. Esta vigilância tem o objetivo principal identificar a circulação dos vírus respiratórios para contribuir na composição da vacina do ano seguinte.

f) Varicela

Comparando o período de 2005 e 2015, observa-se um incremento de 3,4% da taxa de incidência de varicela em Salvador com uma tendência de aumento do número de casos até o ano de 2011 e posterior redução gradativa desta taxa (Gráfico 68). Em 2013 o Ministério da Saúde incorporou a vacina tetraviral que protege contra varicela no Calendário Básico da Criança (15 meses de idade), sendo que anteriormente a vacina varicela monovalente já era disponibilizada na rede privada, nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) ou em situação de surtos.

Desta maneira quando compara-se o ano de 2012 (último ano sem a vacina da varicela na rede pública) e 2015 (último ano analisado no plano municipal), observa-se uma redução de 30% da taxa de incidência desta doença, justificando a oferta deste imunobiológico no SUS. Destaca-se, entretanto, que Salvador atingiu a meta de cobertura vacinal para este imunológico no ano de 2014.

Gráfico 68. Série histórica da taxa de incidência da varicela em Salvador e coberturas vacinais, Salvador, 2005-2015



Fonte: Sinan, SI-PNI, IBGE

No período analisado não houve diferença entre os sexos (masculino-51,3%), ocorreu um predomínio da raça/cor* parda (76,5%) e as maiores taxas de incidência foram em menores de 5 anos (Tabela 51), o que justifica o uso da vacina na população a partir de 15 meses. Houve casos em todos os DS no primeiro e último ano analisados, e os DS com maiores taxas em 2015 foram: São Caetano/Valéria, Itapuã, Liberdade, Cabula e Boca do Rio (Figura 04).

Tabela 51. Número de casos e taxa de incidência média da varicela, Salvador, 2005-2015

Faixa etária	N	Taxa de incidência média
<1 Ano	1291	290,34
(01-04)	4599	259,16
(05-09)	4632	200,52
(10-14)	3312	128,38
15-19	1716	59,03
20-34	2900	31,49
35-49	657	10,01
50-64	241	6,83

Fonte: Sinan, SI-PNI, IBGE

2011	10.279
2012	10.549
2013	10.665
2014	11.342
2015	11.115

Fonte: Sinan, SI-PNI *Profilaxia antirrábica para pacientes expostos a acidentes com animais potenciais transmissores da doença.

2.4.4.5. Doenças de Transmissão Vetorial

a) Arboviroses

A disseminação de doenças infecciosas humanas transmitidas por vetores vem sendo facilitada pelo crescimento urbano desordenado, o processo de globalização e as mudanças climáticas. Arbovírus são vírus transmitidos por artrópodes e entre eles, destacam-se os mosquitos, como os do gênero *Aedes*, principalmente *Aedes Aegypti*, que estão amplamente distribuídos no território nacional, como importantes vetores de transmissão da Dengue, Chikungunya e Zika. Assim como em todo o Brasil, a população soteropolitana encontra-se suscetível a infecção por estas três arboviroses importantes.

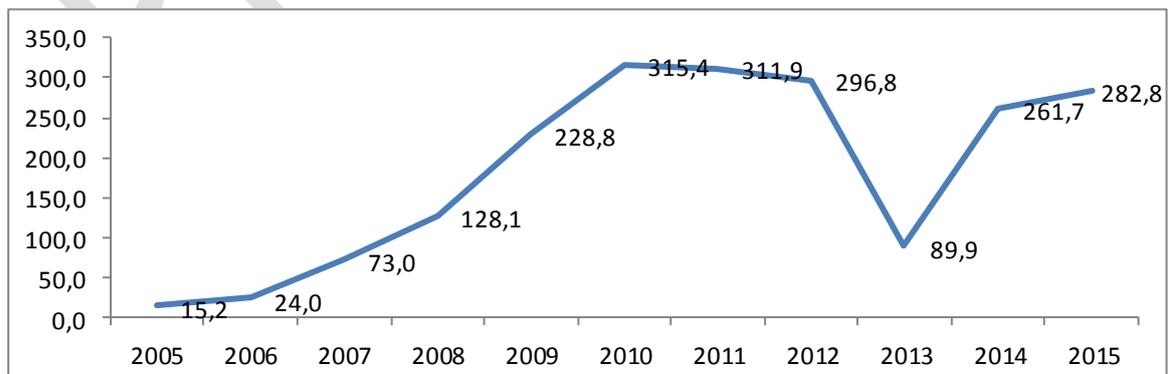
Diante da circulação simultânea de Dengue, Chikungunya e Zika evidenciou-se a necessidade de adoção de estratégias a fim de sistematizar as ações e procedimentos a serem realizados pelos serviços de saúde. Assim, em 2014 foi implantada a Sala de Situação de Chikungunya, e, em 2016, o Comitê CIEVS foi reestruturado para coordenar o Projeto de Intervenção para vigilância e controle das doenças transmitidas pelo *Aedes*, sendo também reestruturado o Plano de Contingência, visando respostas institucionais mais rápidas e efetivas para o enfrentamento destas três arboviroses.

b) Dengue

No ano de 2011, com a introdução do vírus DEN-4, passou a circular no município de Salvador os quatro sorotipos de dengue. Estes causam os mesmos sintomas, não sendo possível distingui-los somente pelo quadro clínico.

No município de Salvador, no período de 2005 a 2017 (até 24ª semana epidemiológica), foram notificados 62.419 casos suspeitos, e o município registrou a incidência média de 169,9 casos/100.000 hab. no período, considerado médio risco de transmissão, conforme critério do Ministério da Saúde. Os anos que apresentaram as maiores incidências foram 2010 (315,4/100 mil hab); 2011 (311,9/100 mil hab) e 2012 (296,8/100 mil hab.) (Gráfico 69).

Gráfico 69. Incidência (100.000hab) de dengue, Salvador, 2005 a 2015.



Fonte: Sinan, Viep, 14/06/2017.

Quanto à distribuição por Distritos Sanitários, observa-se na tabela 54 que o Centro Histórico (258,5/100 mil hab); Boca do Rio (255,8/100 mil hab) e Subúrbio Ferroviário (231,8/100mil hab) apresentaram as maiores incidências média da série histórica.

Tabela 54: Incidência de dengue por Distrito Sanitário, Salvador, período 2005 a 2015.

Distrito Resid/Incidência	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Centro Historico	24.3	37.3	184.5	320.7	399.2	377.1	442.2	280.1	135.6	246.2	565.9	267.6	80.3
Itapagipe	32.7	20.5	57.3	263.4	484.5	515.3	417.7	205.4	60.0	97.0	220.5	82.3	22.0
Sao Caetano/Valeria	18.8	38.1	38.4	109.1	206.4	299.5	201.4	267.2	67.4	116.7	238.0	154.0	24.9
Liberdade	10.3	14.3	61.5	122.0	276.0	595.2	219.8	281.6	144.8	280.5	550.8	195.0	37.3
Brotas	16.4	38.2	96.1	107.6	199.1	278.9	410.4	202.0	95.4	302.0	391.5	178.4	35.6
Barra/Rio Vermelho/Pitub	12.8	30.9	74.3	124.7	261.2	157.6	338.8	308.4	90.3	356.3	306.7	176.8	61.3
Boca do Rio	23.0	20.9	188.0	156.7	202.2	359.4	386.9	662.5	147.6	809.1	229.1	96.4	43.5
Itapoan	27.3	32.3	153.5	65.8	242.2	330.1	270.3	301.3	98.3	283.6	173.9	128.5	20.1
Cabula/Beiru	8.7	14.8	43.6	101.3	236.6	361.0	507.4	480.1	105.8	356.4	307.9	160.5	57.7
Pau da Lima	8.2	22.0	68.5	128.3	101.1	441.2	309.3	283.8	81.5	214.5	193.9	58.6	13.0
Suburbio Ferroviario	17.8	18.6	66.6	278.4	465.6	333.9	301.7	292.3	95.7	174.5	558.1	298.4	111.7
Cajazeiras	5.2	7.7	21.1	38.8	51.0	69.2	54.0	71.1	33.1	58.4	43.5	25.0	3.4
Total	15.2	24.0	73.0	128.1	228.8	315.4	311.9	296.8	89.9	261.7	282.8	141.3	39.2

Fonte: SINAN (windows, Net e On-line) ate 08/06/17/VIIEP/IBGE

Entre 2005 a 2015 ocorreram 51 óbitos por dengue, com destaque para os anos de 2009, 2010 e 2014, tendo uma variação de 2 a 9 óbitos. Em 2016 e até o momento atual (até 24ª semana epidemiológica do ano de 2017) não houve registro de óbito pelo agravo no município.

c) Chikungunya

Apesar da febre Chikungunya ser considerada mais branda do que a dengue e ter casos de mortes como eventos raros, óbitos podem ocorrer por complicações em pacientes com doenças preexistentes. Há, também, manifestações atípicas graves que podem ocorrer. Além disto, o quadro clínico arrastado (meses e até anos) e marcado por fortes dores e inchaço nas articulações pode levar a diferentes graus de incapacitação.

Esta arbovirose foi detectada em 2014 no município e também no Brasil. A partir deste ano casos vem incidindo com frequência na cidade. Entre 2014 a 2017 (até junho de 2017) foram notificados 2.300 casos suspeitos, correspondendo a uma incidência média de 19,6 casos/100.000 hab., sendo 2015 o ano de maior incidência (45,2/100.000). Neste período os DS, Subúrbio Ferroviário (37,0); Liberdade (35,8) e Itapagipe (28,7) apresentaram as maiores incidências médias (Tabela 55).

Tabela 55. Incidência de Chikungunya, por 100.000 hab, segundo Distrito Sanitário, Salvador, 2014 a 2016.

Distr Resid	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Incidência	2015	Incidência	2016	Incidência	2017	Incidência
Centro Historico	3	3.8	45	57.4	20	25.3	1	1.3
Itapagipe	3	1.7	161	90.8	35	19.6	5	2.8
Sao Caetano/Valeria	4	1.4	153	54.4	90	31.8	10	3.5
Liberdade	5	2.6	193	98.5	79	40.1	4	2.0
Brotas	15	6.8	92	41.5	34	15.2	6	2.7
Barra/Rio Vermelho/Pitub	20	5.4	110	29.7	82	22.0	5	1.3
Boca do Rio	11	8.0	28	20.3	38	27.4	5	3.6
Itapoan	8	2.9	114	41.7	28	10.2	11	4.0
Cabula/Beiru	13	3.1	178	42.3	176	41.5	27	6.4
Pau da Lima	7	3.0	68	28.5	20	8.3	2	0.8
Suburbio Ferroviario	9	5.2	159	91.6	169	47.8	12	3.4
Cajazeiras	4	1.1	20	5.7	18	10.3	0	0.0
Total	102	3.5	1321	45.2	789	26.9	88	3.0

Fonte: Sinan (Net e On line), Viep, Agravos, 8/6/2017./IBGE/ SESAB/SUVISA/DIS/DGRCA/DVIS/SUIS

d) Zika

Para a análise da febre pelo vírus Zika, cabe destacar que trata-se de uma arbovirose que só foi registrada ocorrência no território nacional em 2015, sendo incluída na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública ano Brasil em fevereiro de 2016.

A febre do Zika é um agravo que foi detectado em Salvador em 2015 a partir do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário em surto de grande amplitude, com casos concentrados nas semanas epidemiológicas 13 a 23, do referido ano. Desde então, casos vêm ocorrendo com frequência na cidade. Destaca-se, a associação da febre do Zika com a ocorrência de aumento significativo de casos da Síndrome de Guillian Barré e complicações neurológicas, dentre estas a microcefalia em crianças recém nascidas e menores de ano.

Tabela 56. Incidência de Zika, por 100.000 hab, segundo distrito sanitário, Salvador, 2015 a 2017.

Distr Resid	Casos	2015		2016			2017		
		População	Incidência	casos	População	Incidência	casos	População	Incidência
Centro Historico	(-)	78461	(-)	23	78923	29,1	0	78923	0,0
Itapagipe	(-)	177317	(-)	16	178346	9,0	1	178346	0,6
Sao Caetano/Valeria	(-)	281082	(-)	42	282718	14,9	4	282718	1,4
Liberdade	(-)	195887	(-)	60	197028	30,5	5	197028	2,5
Brotas	(-)	221941	(-)	57	223239	25,5	2	223239	0,9
Barra/Rio Vermelho/Pitub	(-)	370009	(-)	89	372162	23,9	5	372162	1,3
Boca do Rio	(-)	137915	(-)	18	138717	13,0	1	138717	0,7
Itapoan	(-)	273182	(-)	43	274772	15,6	3	274772	1,1
Cabula/Beiru	(-)	421246	(-)	308	423696	72,7	116	423696	27,4
Pau da Lima	(-)	238769	(-)	24	240157	10,0	2	240157	0,8
Suburbio Ferroviario	(-)	173614	(-)	122	353709	34,5	7	353709	2,0
Cajazeiras	(-)	351664	(-)	13	174625	7,4	0	174625	0,0

Em Salvador, entre 2005 e 2015, os casos de leptospirose ocorreram durante todo o ano, com um aumento de casos entre os meses de abril a julho, tal variação evidencia a associação com o período chuvoso, correspondendo a 62% dos casos confirmados.

No mesmo período, foram confirmados 964 casos, 123 óbitos (Tabela 57) com letalidade média de 13%, demonstrando que a Leptospirose é um agravo de alta letalidade no município acima da letalidade média do Brasil (8,7%) (MS, 2014).

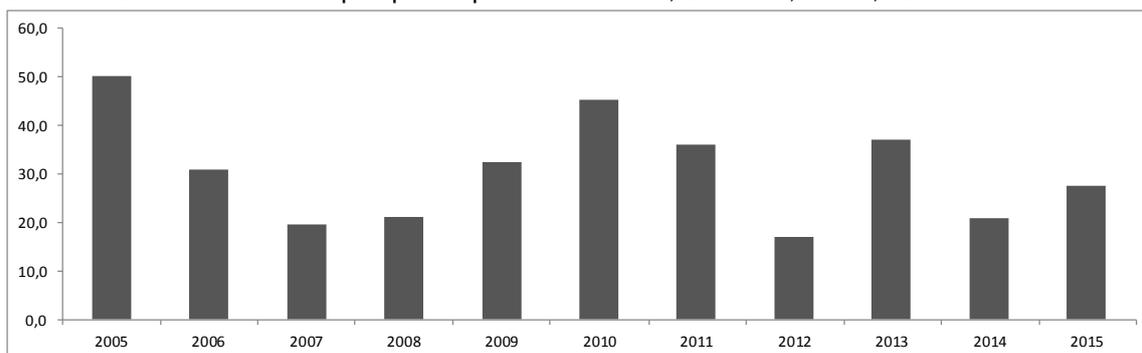
Tabela 57. Evolução dos casos de leptospirose, período de 2005 a 2015.

Evolução	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cura	110	72	47	52	68	102	83	40	88	49	63
Óbito pelo agravo	24	9	7	9	11	14	9	3	18	4	15
Ign/Branco	1	3	1	0	20	6	10	5	7	6	6
Total	135	84	55	61	99	122	102	48	114	59	85

Fonte: SINAN (Windows e Net), 9/6/2017.

A cidade apresentou uma incidência média de 30,64 /100.000 hab. no período. Entre os anos que apresentaram o maior número de casos confirmados e incidências, destacamos respectivamente: 2005 (134; 50,1/100.000 hab) e 2010 (121; 45,2/100.000 hab.) (Gráfico 70). Entre 2010 a 2015 observa-se uma redução da incidência, podendo estar relacionada com o menor índice pluviométrico no período.

Gráfico 70. Incidência de Leptospirose por 100.000 hab, Salvador, Bahia, 2005 a 2015.



Fonte: SINAN (Windows e Net), 9/6/2017.

Sobre a distribuição por Distritos Sanitários, os que apresentaram as maiores incidências médias da série histórica foram Subúrbio Ferroviário (109, 26/100.000hab), São Caetano Valéria (57,04/100.000 hab), Pau da Lima (44,65/100.000 hab), Itapagipe (37,65/100.000) e Cabula Beirú (31,95/100.000) segundo dados coletados no SINANNET, 12/6/2017.

e) Esquistossomose

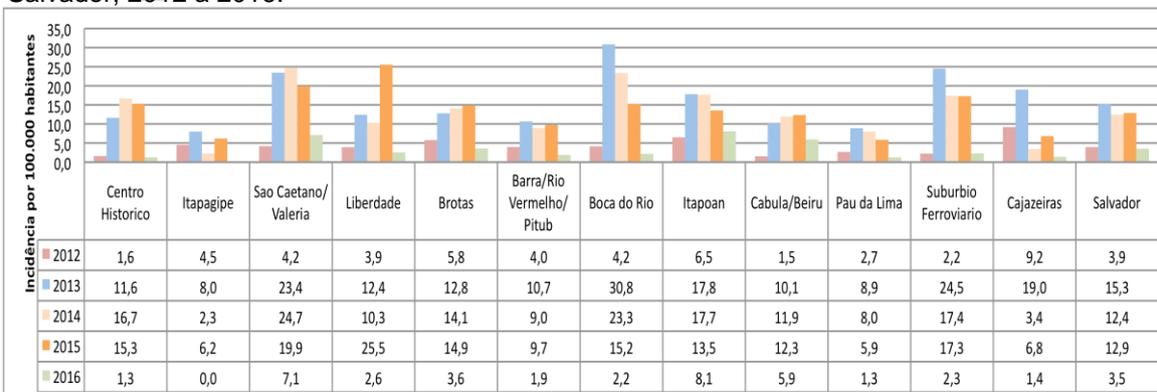
A esquistossomose mansoni é uma doença infecto parasitária provocada pelo *Shistosoma*, que tem como hospedeiros intermediários caramujos de água doce do gênero *Bimphalaria*, provocando casos que evoluem desde formas assintomáticas até formas graves. No Brasil, a transmissão ocorre de forma endêmica em 19 estados brasileiros e no Nordeste, nos Estados de Alagoas, Bahia, Maranhão, Pernambuco e Sergipe.

O Nordeste apresenta os maiores números de infecções e óbitos por esquistossomose, o que reflete a necessidade de superar as condições socioeconômicas adversas, bem como a falta de acesso ao saneamento básico para modificação das condições domiciliares e ambientais favoráveis à transmissão da doença (MS, 2014). Entre 2003 e 2012 a média de portadores da doença no Brasil foi de 7,0%, quando a partir de 2004 foi decrescendo gradativamente, alcançando 4,5% em 2012.⁴¹

A partir de 2007 Salvador foi considerada como área endêmica, uma vez que apresenta um conjunto de localidades contínuas ou contíguas em que a transmissão da esquistossomose está estabelecida. Por orientação do MS, a SMS-SSA passou a notificar os casos diagnosticados no SISPCE, mediante o trabalho de busca ativa e inclusão do paciente através da rede básica de saúde, sendo os casos graves registrados no SINAN.

Entre os anos de 2012 e 2016, os Distritos Sanitários com maior número de casos foram os Distritos São Caetano/Valeria com 220 casos, Cabula/Beirú com 177 casos e Itapuã com 156 casos agudos. Neste período, 06 casos notificados no SINAN evoluíram para o óbito.

Gráfico 71. Incidência da Esquistossomose (100.000 hab) segundo Distrito Sanitário de Salvador, 2012 a 2016.



⁴¹ Os dados apresentados tem como fonte o Sistema de informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (PCE) para as áreas endêmicas – SISPCE

2.4.4.6. Doenças Sexualmente Transmissíveis

a) Hepatites Virais

A epidemiologia da hepatite B não é homogênea no cenário nacional. Em áreas em que a assistência está presente e é de fácil acesso para a população, há grupos populacionais específicos, tais como profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, pessoas privadas de liberdade e pessoas em situação de rua, que, independentemente da oferta de serviços de saúde, ainda enfrentam obstáculos a esse acesso. Além de apresentarem elevado risco para a hepatite B, essas populações também estão expostas a outros agravos e barreiras que prejudicam os resultados de estratégias de prevenção, diagnóstico, assistência e vigilância à saúde.

A epidemiologia da Hepatite pelo vírus C, identificado em 1989 e com transmissão principalmente por via parenteral, tem como populações de risco: indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993, usuários de drogas injetáveis (cocaína, anabolizantes e complexos vitamínicos), inaláveis (cocaína) ou pipadas (crack) que compartilham os equipamentos de uso, pessoas com tatuagem, piercings ou que apresentem outras formas de exposição percutânea (p. exs. consultórios odontológicos, podólogos, manicures, etc., que não obedecem às normas de biossegurança).

Já a transmissão sexual é pouco frequente – menos de 1% em parceiros estáveis – e ocorre principalmente em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco (sem uso de preservativo), sendo que a coexistência de alguma DST – inclusive o HIV – constitui-se um importante facilitador dessa transmissão.

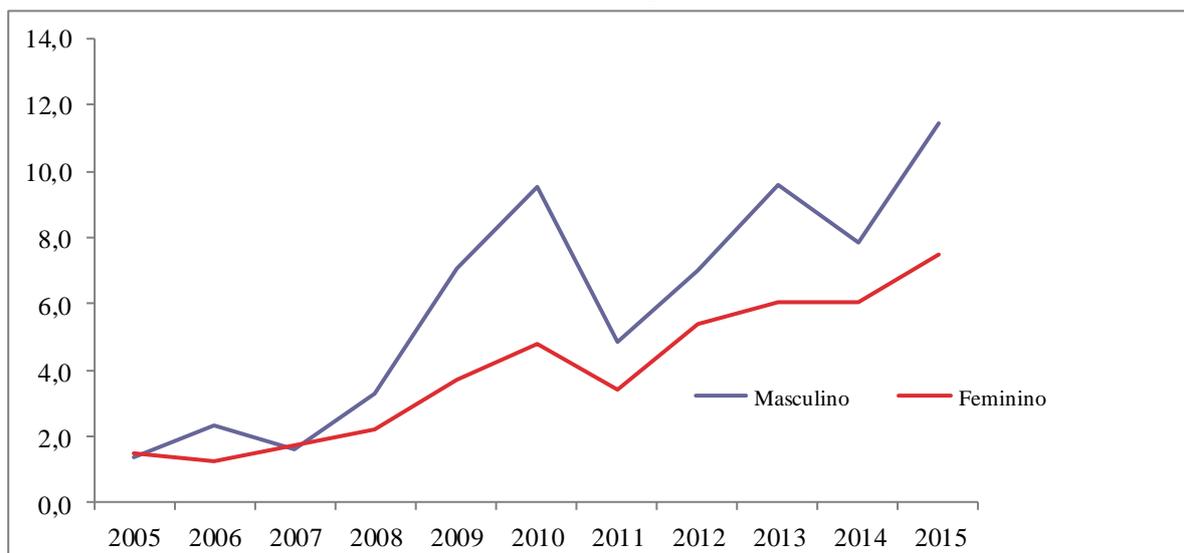
A transmissão vertical (mãe-filho) é rara quando comparada à hepatite B. Entretanto, já se demonstrou que gestantes com carga viral do HCV elevada ou co-infectadas pelo HIV apresentam maior risco de transmissão da doença para os recém-nascidos.

A cronificação ocorre em 70% a 85% dos casos, sendo que, em média, um quarto a um terço destes pode evoluir para formas graves ou cirrose no período de 20 anos, caso não haja intervenção terapêutica. É importante destacar que a infecção pelo HCV já é a maior responsável por cirrose e transplante hepático no Mundo Ocidental. Verifica-se a tendência crescente deste agravo no município durante o período avaliado

Em relação ao Distrito Sanitário de residência, observamos que ao longo dos anos, os DS do Centro Histórico, São Caetano/Valeria, Boca do Rio, Brotas, Pau da Lima além de apresentar curva crescente como os demais, também têm valores acima das incidências verificadas para o município (Tabela 58 - Anexo).

O destaque para os valores do DS do Centro Histórico, que pode ser justificado pelo fato de estar situado em uma área que concentra uma população considerada de risco associada ao consumo de álcool e/ou drogas, vulnerabilidade pessoal e sexo pouco seguro, justifica alguns investimentos na Rede de Serviços Municipais. Assim, foi implantado em 2013 o Centro multidisciplinar para prevenção e atendimento com hepatites virais e doença falciforme e em 2014 o Multicentro do Vale das Pedrinhas com serviços especializados para as Hepatites Virais, além do Serviço de Atenção Especializada (SAE) São Francisco e do Consultório de Rua do Pelourinho, aumentando a captação desses pacientes

Gráfico 72. Incidência (100.000 h) de Hepatite B segundo sexo, Salvador, 2005 a 2015.



Fonte: SINANET – 20/06/2017.

No que diz respeito a distribuição por sexo, observa-se em ambos uma tendência crescente ao longo período. Apesar de o sexo masculino ter uma incidência maior que o feminino, não há evidências na literatura relacionando o sexo ao risco de infecção (Gráfico 72).

Tabela 59. Incidência de casos de Hepatite B estratificados por faixa etária, Salvador, 2005 a 2015

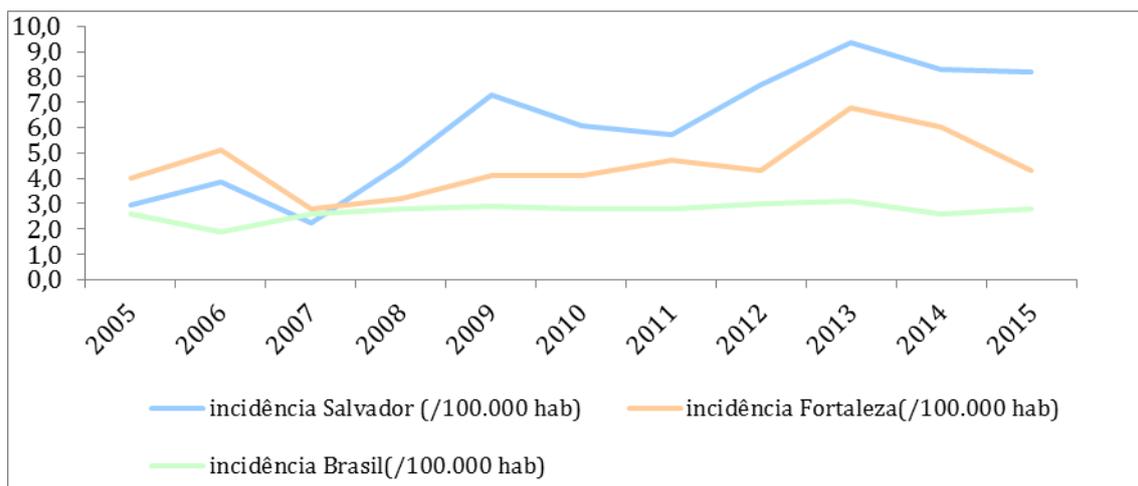
Fx Etaria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<1 Ano	2,2	0,0	0,0	0,0	6,9	0,0	0,0	5,8	5,7	2,8	13,9
01 a 04	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
05 a 09	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5
10 a 14	0,4	0,4	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0	0,5	0,9	0,4	0,4
15-19	1,0	0,3	0,6	1,5	2,0	2,3	1,8	0,9	3,0	3,4	3,0
20-34	2,6	2,8	1,8	3,1	6,3	8,6	4,7	8,5	8,7	9,3	9,7
35-49	1,1	2,2	2,6	4,3	9,0	11,0	7,2	10,8	13,6	11,4	17,6
50-64	2,5	3,7	3,9	7,6	9,3	11,8	6,8	7,1	10,9	6,9	14,2
65-79	1,0	1,0	3,8	1,8	2,4	3,1	0,8	1,5	5,0	7,2	2,8
80 e+	0,0	4,2	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	5,6	0,0	2,6	5,2
Salvador	1,4	1,8	1,6	2,7	5,3	7,0	4,1	6,2	7,7	7,0	9,3

Fonte: SINANNET. 20/06/2017.

No Brasil, Chavéz *et al.*(2003) encontraram um maior predomínio das hepatites B e C na faixa etária acima dos 30 anos, o que poderia ser devido à transmissão sexual e transfusional. Em Salvador, observa-se esta mesma tendência, com destaque para as faixas etárias que abrange os intervalos de 20 aos 64 anos. Além disto, cabe registrar que a faixa etária < de 1 ano apresentou índices elevados, principalmente em 2015, onde podemos relacionar a possíveis falhas na assistência do pré-natal, uma vez que a ocorrência de hepatite B em menores de 1 ano se dá exclusivamente através da transmissão vertical (Tabela 59).

Analisando os dados referentes à Hepatite C, observa-se semelhanças ao descrito em relação à infecção pelo vírus B, ou seja, índices crescentes, o que fica mais evidente em comparação a outra cidade do Nordeste (Fortaleza) e ao Brasil (**Gráfico 73**).

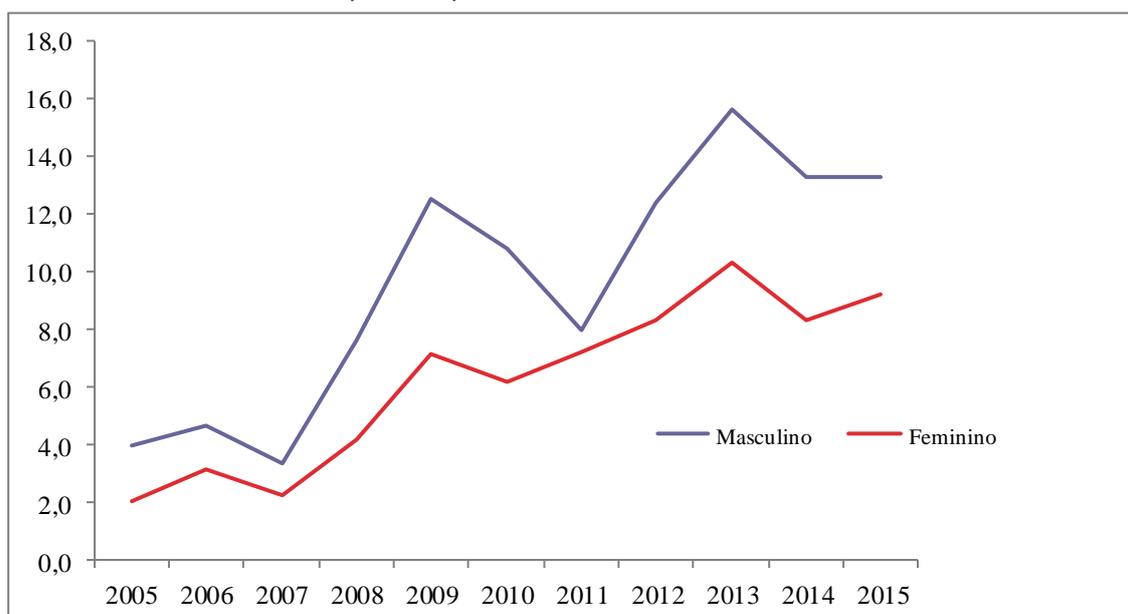
Gráfico 73. Incidência de Hepatite C em Salvador, Fortaleza e Brasil, 2005 a 2015.



Fonte: SINANNET. 20/06/2017.

Da mesma forma como acontece com o vírus B, no vírus C, segundo a literatura, não há o registro do predomínio da ocorrência entre os sexos, no entanto, verifica-se que no sexo masculino, devido ao comportamento sexual, exista uma possibilidade maior de exposição, conforme o gráfico 74. Do ponto de vista da faixa etária da Hepatite C, a maior incidência ocorre acima de 20 anos, conforme Tabela 60 - Anexo.

Gráfico 74. Incidência de Hepatite C por sexo, Salvador, 2005 a 2015.



Fonte: SINANNET. 20/06/2017.

Em relação ao Distrito Sanitário de residência, cabe registrar os maiores coeficiente de incidência nos DS Centro Histórico (em todos os anos), Brotas e Boca do Rio, Itapagipe, e Liberdade.

No caso das hepatites virais, a partir de 2009, o município assumiu este agravo como prioridade, especialmente, diante da situação de que até aquele período não havia nenhum serviço de referência do município com especialista em Hepatites Virais. A partir de 2014, amplia-se a testagem rápida para hepatite para 110 unidades básicas de saúde (96%) e inauguram-se mais dois serviços de referência para os portadores de hepatites virais em Salvador (Carlos Gomes e Multicentro Vale das Pedrinhas).

b) Sífilis em Adulto

Em relação à sífilis, em 2015, último ano da avaliação, a taxa de detecção da sífilis em Salvador foi de 41,2/100.000 habitantes, acima da média do Brasil. Neste mesmo ano, o município de Salvador foi responsável por 55,4% dos casos notificados no estado da Bahia (Bahia, 2015).

Analisando a ocorrência no município desde 2005 até 2015, verifica-se uma tendência crescente em todos os DS. O Distrito Sanitário Centro Histórico foi o que apresentou maior incidência de sífilis em adultos ao longo da avaliação, seguido do DS Itapagipe, ambos principalmente a partir de 2009. Cabe destacar no último ano da série (2015), em ordem decrescente, além do Centro Histórico, os DS Subúrbio Ferroviário (62, 3/100.000hab.); Brotas (53, 2/100.000hab.); Barra/RV/Pituba e Itapagipe (ambos com 44, 9/100.000 hab.) e São Caetano/Valeria (42,0/1000.000 hab); todos estes com taxas do município, conforme Tabela 61 – Anexo.

Analisando a incidência da sífilis em adultos, por sexo, observa-se um aumento entre os indivíduos do sexo masculino de 14,3 em 2005 para 18,0/100.000hab. em 2015. Entre as mulheres, em 2005, a incidência foi de 29,8, enquanto que em 2015 foi de 14,6/100.000 hab. (Tabela 62). Estes dados apontam para uma razão de 2:1 em 2005, enquanto que em 2015 os resultados indicam 1:1 caso entre mulheres e homens.

Tabela 62. Taxa de incidência de sífilis em adultos excluída a forma primária (100.000 hab.), por sexo, Salvador, 2005-2015.

Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Masculino	14,3	19,2	3,4	4,9	4,6	2,6	6,0	5,3	5,2	8,8	18,0
Feminino	29,8	28,9	1,4	1,8	2,0	1,3	2,9	4,1	4,9	9,2	14,6
Total	22,5	24,3	2,4	3,3	3,2	1,9	4,3	4,6	5,1	9,0	16,2

Fonte: SINANNET. 20/06./2017.

c) Sífilis em Gestante

Entre 2005 e 2015 verifica-se que a taxa de detecção da sífilis em gestante por 1000 nascidos vivos, no município aumentou de 0,7 para 3,1. No período avaliado, observa-se que a partir do ano de 2011 a taxa de detecção foi aumentando. Esse aponta para o aumento das notificações e implantação da testagem rápida nas unidades da Atenção Básica, e para a necessidade de intensificação das ações de tratamento, para que se possa eliminar a transmissão vertical da doença (Tabela 63).

Tabela 63. Incidência de sífilis em gestante, por ano de notificação (1000 nascidos vivos), Salvador, 2005-2015.

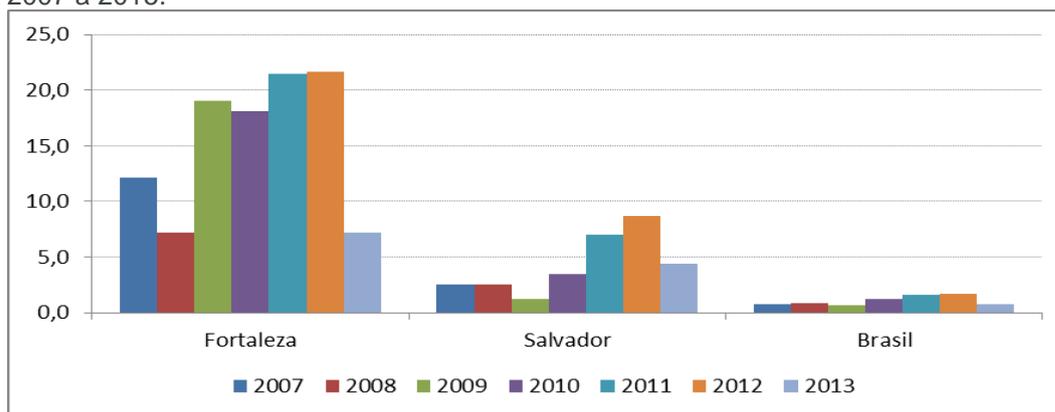
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tx. Detecção	0,7	0,9	0,1	0,2	0,2	0,9	1,3	1,5	2,0	2,3	3,1

Fonte: SINANNET. 20/06/2017.

d) Sífilis Congênita

De acordo com o Boletim Epidemiológico 2015 do Ministério da Saúde, a eliminação da sífilis congênita é uma prioridade internacional, sendo prevista para o Brasil a redução da taxa de incidência de sífilis congênita para menos de 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos. No entanto, nos últimos 10 anos, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil.

Gráfico 75. Incidência de sífilis congênita em capitais do nordeste, Belo Horizonte e Brasil, 2007 a 2015.



Fonte: DATASUS/SINAN. IBGE. 20/06/2017.

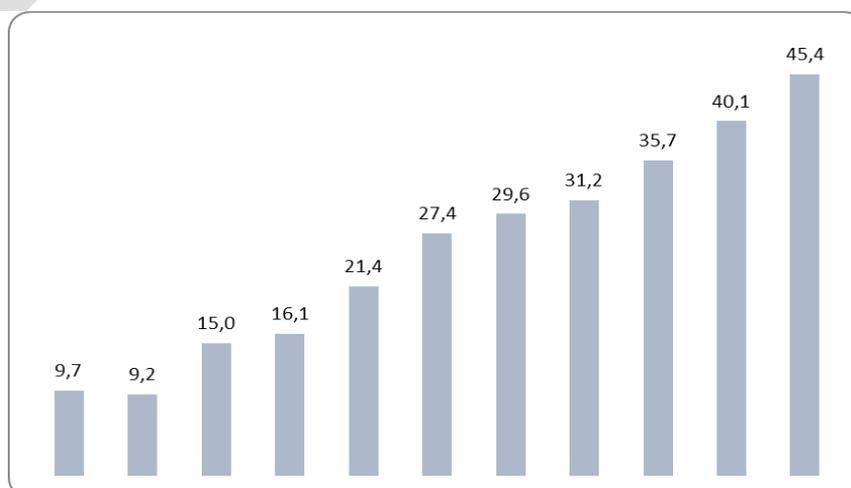
No âmbito do município, em 2015 os Distritos Sanitários que apresentaram as maiores taxas de detecção de sífilis congênita foram: São Caetano/Valéria (3,3/1000 NV), Subúrbio Ferroviário (2,2/1000 NV), Cabula/Beiru (2,0/1000 NV), Pau da Lima e Barra/Rio Vermelho/Pituba (ambos com 2,0/1000 NV) (Tabela 64 - Anexo). Esses resultados apontam para a necessidade de monitorar a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Básica do município, assim como criar novas estratégias de seguimento dos casos de sífilis congênita.

e) AIDS em maiores de 13 anos

O município de Salvador ocupa a 15ª posição no ranking da taxa de detecção de casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) entre as capitais (Brasil, 2016). De 2005 até novembro de 2016 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINANNET, 12.242 casos de AIDS diagnosticados entre residentes do município de Salvador, representando 43,3% dos casos do estado da Bahia. Em comparação a outras capitais do Nordeste, Salvador se destaca juntamente com São Luis, Recife e Teresina (Tabela 65 - Anexo).

Em Salvador, para o período de 2005 a 2015, foram diagnosticados 7.956 casos de AIDS em maiores de 13 anos, observando-se tendência de crescimento ao longo dos anos. O coeficiente de detecção por 100.000 habitantes (hab) variou de 9,7 a 45,4, representando um incremento de mais de 300% (Gráfico 76). Embora a tendência seja de aumento, cabe a ressalva em relação aos dados relativos a 2005 e 2006, extraídos do SINAN Windows, podem estar subestimados, devido ao processo de migração das bases de dados ocorrido no período.

Gráfico 76. Coeficiente de detecção de AIDS em maiores de 13 anos de idade, segundo ano de diagnóstico. Salvador. 2005 – 2015.



Fonte: SINANNET. 20/06/2017.

Em relação aos maiores coeficientes de detecção, ao longo da série, cabe chamar a atenção para os Distritos Sanitários do Centro Histórico, além dos DS Boca do Rio, São Caetano/Valéria, Itapagipe e Barra Rio Vermelho. No último ano das avaliação todos estes apresentam coeficientes acima de 50/100.000hab. Este comportamento aponta para a necessidade de intensificação das ações de prevenção e assistência (Tabela 66 - Anexo).

A epidemia de AIDS desde seu início tem atingido predominantemente os indivíduos do sexo masculino, contudo, nos primeiros anos da década de 90 verificou-se um aumento da participação das mulheres, caracterizando-se o processo de feminização da epidemia. Observou-se a conseqüente redução da razão entre os sexos masculino e feminino (M:F), a qual passou de 15:1 (M:F) no início dos anos 80 para aproximadamente 2:1 em 2013, ou seja, 2 casos de aids em homens para cada mulher (Brasil, 2014).

No entanto, no município de Salvador a epidemia de AIDS não obedece a este padrão no período estudado (2005 a 2015): dos 7.956 casos diagnosticados 68,2% foram do sexo masculino. A razão entre os sexos se manteve até 2012, entorno de 2 homens para cada mulher, observando-se um incremento nos anos subsequentes. E em 2015 passa para aproximadamente 3:1 (Tabela 67).

Tabela 67: Número de AIDS em maiores de 13 anos de idade, segundo sexo e razão por sexo. Salvador/Ba. 2005—2015.

Ano do Diagnóstico	Masculino	Feminino	Razão por sexo: M:F
2005	171	88	1,9
2015	978	348	2,8

Fonte: SINANNET. 20/06/2017.

Com relação à taxa de incidência por 100.000 hab., verificou-se aumento para ambos os sexos, sobretudo, entre os homens a qual passou de 13,7 no ano de 2005 para 71,7 em 2015, enquanto que, entre as mulheres variou de 6,2 para 22,3 correspondendo, respectivamente, a um incremento de 191,3% e 74,6%, conforme especificado na tabela abaixo (Tabela 68).

Tabela 68: Coeficiente de detecção de AIDS em maiores de 13 anos de idade, segundo sexo. Salvador/Ba. 2005-2015.

Ano de Diagnostico	Masculino	Feminino
2005	13,7	6,2
2006	12,9	6,0
2007	20,2	10,5
2008	22,5	10,3
2009	30,2	13,7
2010	35,8	20,0
2011	41,7	19,1
2012	45,7	18,5
2013	53,8	20,0
2014	61,2	21,4
2015	71,7	22,3

Fonte: SINANW E NET SMS/DVIS/DST/AIDS

Cabe registrar que, em 2014, Salvador assinou o termo de compromisso Carta de Paris, na qual pactuou-se metas baseadas na cascata de cuidados contínuos⁴² com as metas

⁴² A cascata de cuidado contínuo não é um conceito novo descrito na literatura internacional e se refere à utilização

denominadas de “90-90-90”, segundo as quais deve-se buscar alcançar, até 2020.

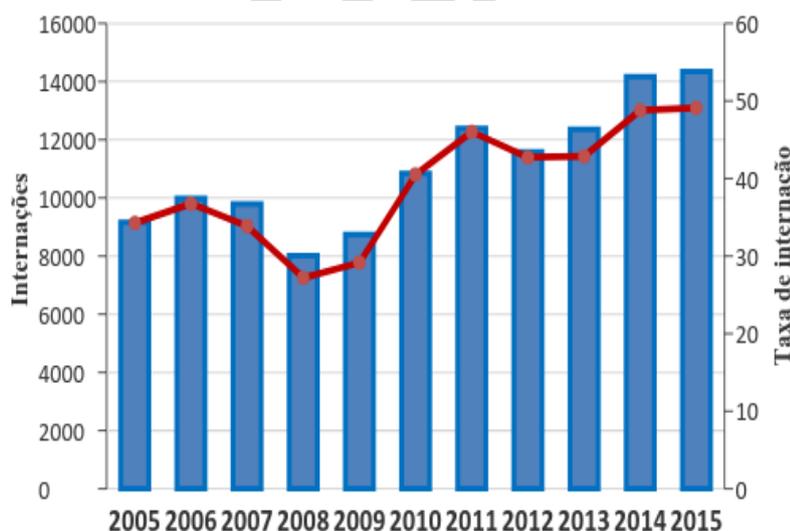
O Gráfico 77 – Anexo indica os resultados preliminares da “cascata” de Salvador e mostram que a ampliação e a capilaridade do diagnóstico na rede permite que aproximadamente 60% das pessoas que vivem com HIV/AIDS seja diagnosticada. Entretanto, há um estrangulamento quanto ao acesso ao tratamento, uma vez que se verificam as quedas nas proporções de indivíduos retidos no serviço (42%), de indivíduos em uso da terapia antirretroviral-TARV (25%) e aqueles com carga viral indetectável (23%), ou seja, suprimida após tratamento.

Como desdobramentos decorrentes destes dados, cabe registrar a intensificação das ações de combate a AIDS, a exemplo da semana de diagnóstico e prevenção, sempre realizada no mês de dezembro, bem como, a ampliação da testagem nas UBS (110) e da oferta do serviço, considerando os 03 Serviços Especializados implantados em 2014 (SAE São Francisco, SAE Marymar Novaes e SEMAE). Duas unidades dispensadoras de Medicamentos (UDM), no SEMAE Liberdade e no SAE Marymar Novaes, sendo esta última implantada no início de 2017.

2.4.4.7. Causas Externas

Ao considerar a morbidade, as causas externas representaram à quarta em proporção (8,2%) nos internamentos ao longo do período. As internações por causas externas, que expressam os casos graves decorrentes das violências e acidentes que motivaram a hospitalização, também ajudam a dimensionar a magnitude desse problema de saúde pública, e no mesmo período o número de internamentos e a taxa de internação apresentaram tendência crescente, com comportamento similar de picos de elevação entre 2005-2006, 2010-2011 e 2014-2015 (Gráfico 78).

Gráfico 78. Número de internamentos e taxa de internação por causas externas de residentes em Salvador e valor total das autorizações de internação hospitalar (AIH) - BA, 2005 a 2015.



de modelagens matemáticas inicialmente aplicadas a programas de controle da tuberculose. Seu intuito é ilustrar a cadeia de eventos que levam ao acesso à saúde, desagregando o diagnóstico do tratamento e introduzindo ainda a dimensão dos serviços de saúde. No caso do HIV/aids, o termo cascata do cuidado contínuo se refere à sequência de degraus que as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) precisam transpor desde a infecção até o objetivo final do cuidado, a supressão viral.

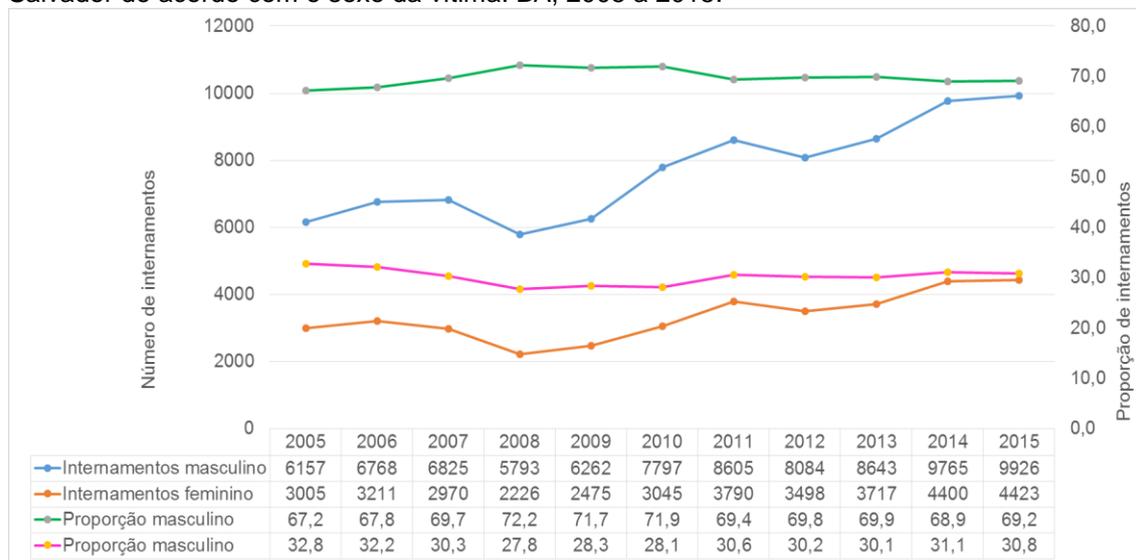
Carta de Paris, na qual pactuou-se metas baseadas na cascata de cuidados contínuos⁴² com as metas denominadas de “90-90-90”, segundo as quais deve-se buscar alcançar, até 2020:

- 90% das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) diagnosticadas;
- 90% das PVHA diagnosticadas em tratamento
- 90% das PVHA em tratamento apresentando supressão viral.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Dados acessados em 06/06/2017.

Das 121.385 internações registradas no período 2005-2015, o maior percentual 70% (84.625) foram de indivíduos do sexo masculino. A curva dos internamentos na referida série histórica para ambos os sexos apresentou o mesmo perfil de tendência; os percentuais de indivíduos do sexo feminino variaram de 27 a 32% do total (**Gráfico 79**).

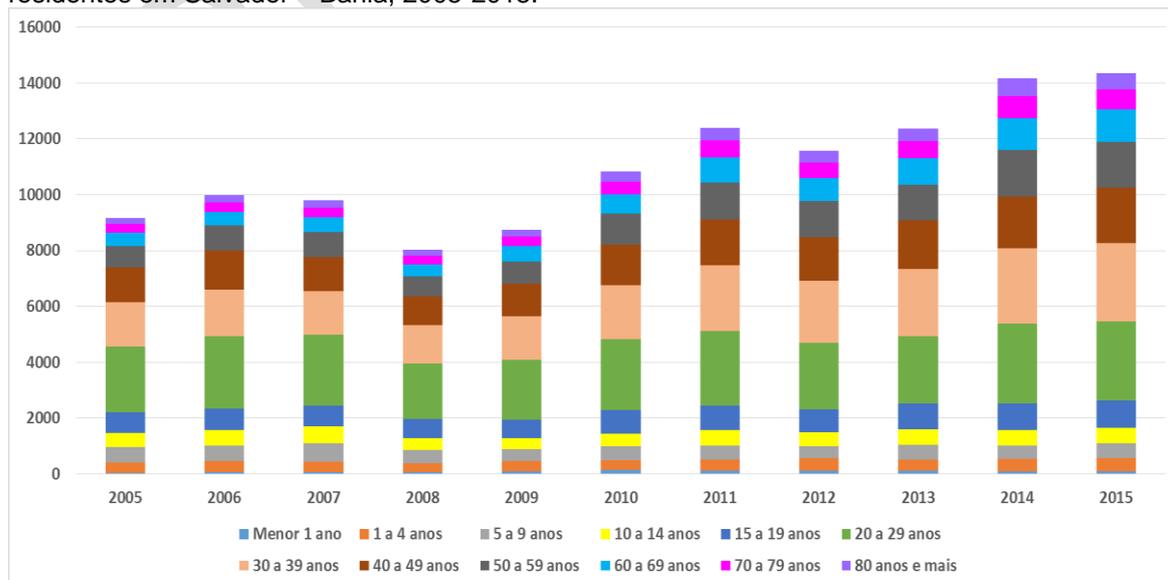
Gráfico 79. Número e proporção de internamentos por causas externas de residentes em Salvador de acordo com o sexo da vítima. BA, 2005 a 2015.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Dados acessados em 06/06/2017

A faixa etária de adultos jovens (20-39 anos) concentrou 41% (49.531) dos internamentos por causas externas no período 2005 a 2015 (Gráfico 80).

Gráfico 80. Número de internamentos por causas externas de acordo com a faixa etária de residentes em Salvador – Bahia, 2005-2015.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Dados acessados em 06/06/2017.

2.4.4.8 Emergências em Saúde Pública

Importantes mudanças no padrão das doenças infecciosas ou na dinâmica da transmissão dos seus agentes foram ao longo dessas últimas décadas impactando na saúde das populações, territórios e da economia dos países, estimulando cada vez mais a análise da ocorrência das doenças considerando sua relevância epidemiológica.

Neste contexto, o novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde, em 2005 (WHA, 2005) ¹ trouxe a necessidade da criação de pontos focais para detectar e propiciar o gerenciamento de emergências de saúde pública e coordenar resposta apropriada pelos MS, junto às instâncias estaduais e municipais de saúde, originando a rede de Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), a qual pertence o CIEVS Salvador, criado em 2009 (SALVADOR, 2009 ², SALVADOR, 2016)³.

O CIEVS Salvador utiliza informações procedentes de notificações realizadas por profissionais e serviços de saúde e de fontes não oficiais⁴³ acompanhando a situação de saúde de Salvador no âmbito das emergências em saúde pública através de identificação, caracterização e intervenção precoce destas emergências no âmbito municipal, além de reuniões sistemáticas (mensais) do Comitê CIEVS⁴.

No período de 2009 a 2016, o CIEVS Salvador monitorou 16.117 eventos de saúde pública, incluindo surtos e epidemias, atingindo 100% do indicador preconizado na programação anual de saúde (100% das notificações das Emergências em Saúde Pública de Salvador investigadas) e no final deste período (2015-2016), assumiu papel fundamental durante o enfrentamento da maior emergência em saúde pública do Brasil que foi a introdução do vírus Zika e suas consequências. Em especial com o Projeto de Intervenção frente às arboviroses durante o ano de 2016 envolvendo diversas Diretorias da SMS. No ano de 2017, o CIEVS continuou monitorando os casos da Síndrome Congênita do Zika vírus, com a notificação de 64 novos casos (Quadro 01).

Quadro 01: Principais atividades desenvolvidas pelo CIEVS Salvador, 2009-2016.

Ano	Nº de ocorrências de saúde pública monitoradas	Principais investigações de Surtos e Epidemias	Eventos inusitados	Principais Marcos
2009	268	Epidemia de Dengue	-	Implantação do CIEVS Salvador/Coordenação da sala de situação da dengue
2010	2531	Surto de Meningite Meningocócica	Surto de dermatite exógena de causa desconhecida	Oficina de avaliação da Vigilância Epidemiológica
2011	2136	Surto de Hepatite A/Surto de doenças transmitidas por alimentos (DTA)	Identificação e monitoramento de casos e Tuberculose extensivamente resistente (TBXDR)/Introdução do DEN-4/Legionella Sp.	Instituição dos Núcleos de Epidemiologia das Unidades de Pronto-Atendimento (NEPAS)
2012	2137	Surto de KPC em Hospital Privado/Surto de DTA	Epizootia de Aves Silvestres Caso Importado de Sarampo	Instituição do Comitê Municipal de resposta as emergências em saúde pública (Comitê CIEVS)
2013	2141	Surto de Meningite Viral Surto de Varicela/Surto de DTA	Investigação de Intoxicação por Hidrocarboneto em empresa de Telemarketing, Surtos de DTA na Construção Civil	Participação em eventos de massa: (CIOCS) na Copa das Confederações da FIFA 2013
2014	2097	Surto de Febre do Chikungunya	Febre do Chikungunya	Participação em eventos de massa: (CIOCS) na Copa do mundo/2º seminário comemorativo do CIEVS

⁴³ Centro além do horário administrativo funciona em regime de plantão 24 horas durante os finais de semana e feriados. A notificação pode ser realizada por e-mail ou telefone institucional. As fontes não oficiais ("rumores") de informações são monitoradas através de consulta diária de alguns veículos de comunicação, visando à antecipação da informação.

2015	2698	Surto de DTA/Surto de norovírus em navio/Surto de doença exantemática indeterminada atribuído ao vírus Zika/Surto de Guillian- Barré/Epidemia de microcefalia/Surto de Febre do Chikungunya	Intoxicação Exógena do Tribunal Regional do Trabalho (5ª região) Doença de Lyme/introdução do vírus Zika e aumento nos casos de Síndrome de Guillian-Barré e Microcefalia	Vírus Zika e microcefalia: monitoramento da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)/2º seminário comemorativo do CIEVS/Inserção do CIEVS no escopo da Diretoria de Vigilância em Saúde e no organograma da SMS
2016	2109	Surto de Caxumba/Surto de Mialgia aguda a esclarecer (Síndrome de Haff)	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)/difteria não especificada/Síndrome de Haff	Vírus Zika e microcefalia: monitoramento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)/Participação em eventos de massa: CIOCS nas Olimpíadas/Publicação do regimento CIEVS/Fortalecimento do Comitê CIEVS com instituição de membros apoiadores: 'Elaboração de Projeto de Intervenção das arboviroses/3º seminário comemorativo do CIEVS/SSA

Fonte: SMS/DVIS/CIEVS

Cabe ainda destacar a ocorrência, em janeiro de 2017, da morte de primatas não humanos (PNH) no DS Barra-Rio Vermelho, se constituindo um marco para o desencadeamento de ações de monitoramento da Febre Amarela, já que 11 destes PNH foram reagentes para o Vírus Amarelíco.

O CIEVS, apoiando a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), vem desenvolvendo estudo retrospectivo e prospectivo no Município, com busca ativa nas UPAS (Hélio Machado, São Cristóvão, A. Albergaria e dos Barris) e mobilização das equipes da rede de Urgências. Atualmente (Ago 2017) prossegue-se a investigação de 227 casos prováveis num universo superior a 30.000 prontuários revisados. Apesar dos vários casos identificados em primatas, não existe referência de caso humano de Febre Amarela em Salvador.

2.4.5. Morbimortalidade hospitalar

A avaliação da média percentual das principais causas de internação hospitalar no período de 2005 a 2015, excluídas as internações por gravidez, parto e puerpério, aponta para o predomínio das Doenças do Aparelho Digestivo (9,8%), Doenças do Aparelho Circulatório (8,9%), Causas Externas (7,8%), Neoplasias (7,5%) e Doenças do Aparelho Respiratório (6,4%). Este elenco compõe o indicador das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Ao avaliar os dados, verifica-se que a morbidade proporcional por DCNT gerou 260.274 internações, de acordo com os dados do SIH/SUS, de 2005 a 2015, em Salvador. Desse total, 52,1% são atribuídas doenças do aparelho circulatório, 29,1% às neoplasias, 15,4% às doenças respiratórias crônicas e 3,4% às diabetes. A taxa de internações por DCNT nesse período apresenta tendência à elevação, com um número maior de internações na população do sexo feminino.

Observando os anos extremos do período analisado (2005 e 2015), a Tabela 69 apresenta o percentual de variação na taxa de internação para as principais DCNT, sendo verificado um declínio apenas para as doenças respiratórias crônicas.

Tabela 69. Variação da taxa de internação pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes), Salvador - BA, 2005 e 2015.

DCNT	Taxa de Internação		Varição
	2005	2015	%
Doenças do aparelho circulatório	29,2	50,1	71,9%
Neoplasias	16,9	30,6	80,9%
Doenças respiratórias crônicas	14,7	11,5	-21,6%
Diabetes	1,5	4,5	191,8%

Fonte: SIH/SUIS. Dados acessados em 21/06/2017.

O valor das internações por essas doenças impactam significativamente no custo de todas as admissões hospitalares; ressaltando que esses valores não incluem os gastos ambulatoriais, nem os custos indiretos relacionados à perda de produtividade dos pacientes.

2.5. Caracterização da Rede de Serviços de Saúde de Salvador

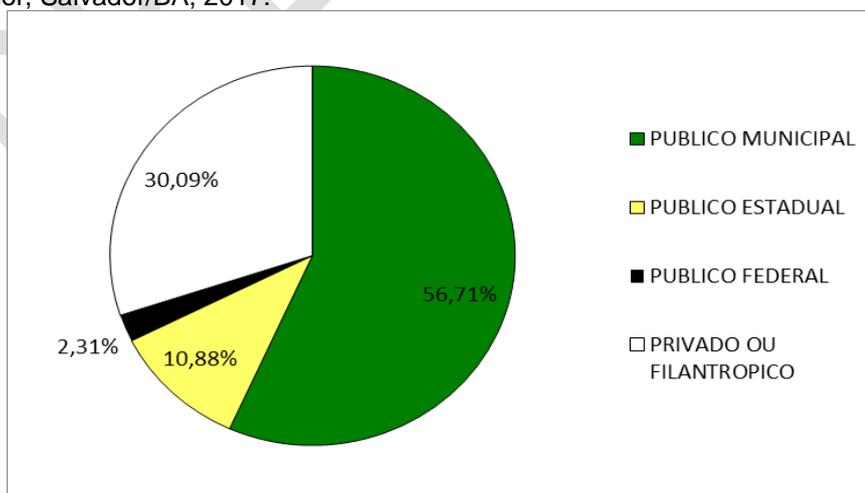
2.5.1. Infraestrutura do setor saúde

A rede de serviços de saúde de Salvador apresenta a modalidade de atendimento ambulatorial e hospitalar, considerando os estabelecimentos que prestam assistência pelo Sistema Único de Saúde, assim como estabelecimentos não SUS.

Atualmente, o município dispõe de 2.986 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) até junho de 2017. Desse total, a maioria (85,53% - 2.554) é privado não vinculado ao SUS, 8,20% são público municipal, 1,57% público estadual, 0,35% público federal, e 4,35% filantrópicos e privados vinculados ao SUS.

Dos 432 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS, 81,25% estão sob gestão municipal, 14,58% sob gestão estadual e 4,17% sob gestão dupla. A rede complementar representa 30,09%, ao passo que a rede pública responde por 69,91% dos estabelecimentos.

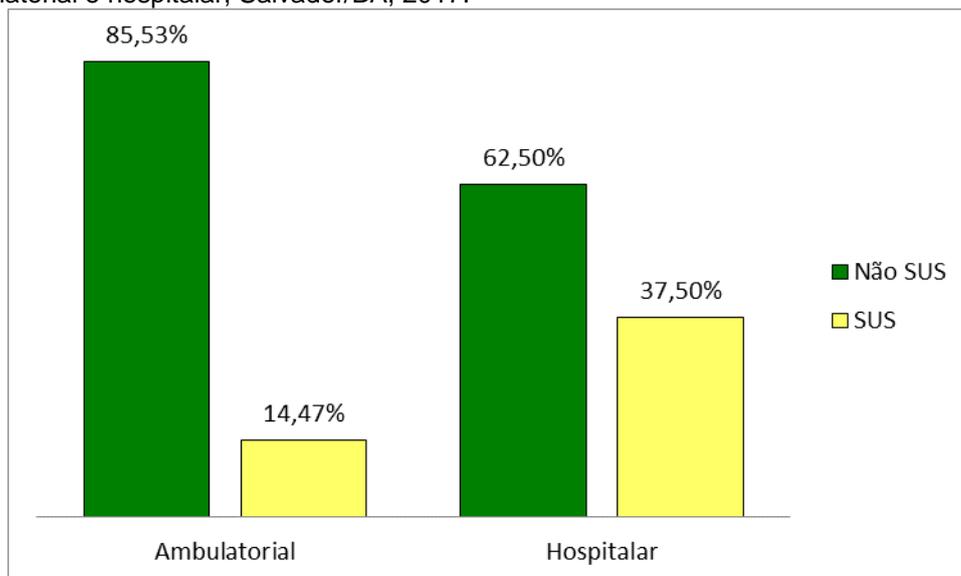
Gráfico 81. Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS por tipo de prestador, Salvador/BA, 2017.



Fonte: SCNES

Quanto à modalidade assistencial, 100% dos EAS prestam assistência ambulatorial e 12% realizam internações hospitalares. Vale destacar que a maior parte dos EAS SUS ambulatoriais concentram-se na rede pública municipal, seguida da rede privada ou filantrópica com 56,71% e 30,09% respectivamente. No entanto, essa relação difere quando se analisa a concentração de EAS SUS na modalidade hospitalar, cuja predominância desses serviços encontra-se na rede privada ou filantrópica (54,90%), seguida das esferas pública estadual (41,18%) e federal (3,92%).

Gráfico 82. Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde segundo modalidade ambulatorial e hospitalar, Salvador/BA, 2017.



Fonte: SCNES.

Ao analisar a distribuição da rede de serviços do SUS municipal por distrito sanitário e tipo de prestador, observa-se uma maior concentração nos Distritos da Barra/Rio Vermelho (19,63%) e Liberdade (19,16%), sendo que no primeiro concentram-se os EAS privados ou filantrópicos (56%), enquanto, no segundo, as unidades públicas municipais (80%). Outrossim, percebe-se que nos Distritos Boca do Rio (3,04%), Cajazeiras (4,44%), São Caetano/Valéria (4,67%) e Itapagipe (4,91%), menor concentração de EAS em seus territórios (Tabela 70).

Tabela 70 – Distribuição dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde por Distrito Sanitário e Tipo de Prestador, Salvador/BA, 2017.

Distritos Sanitários	Tipo de Prestador				Total	Percentual
	Público* Municipal	Público Estadual	Público Federal	Privado ou Filantrópico		
Barra/Rio Vermelho	22	8	7	47	84	19,63%
Liberdade	66	9	0	7	82	19,16%
Centro Histórico	15	2	3	23	43	10,05%
Subúrbio Ferroviário	29	3	0	4	36	8,41%
Cabula/Beirú	22	9	0	2	33	7,71%
Pau da Lima	15	5	0	8	28	6,54%
Brotas	11	2	0	14	27	6,31%
Itapuã	15	2	0	5	22	5,14%
Itapagipe	8	2	0	11	21	4,91%
São Caetano/Valéria	16	1	0	3	20	4,67%
Cajazeiras	14	4	0	1	19	4,44%
Boca do Rio	8	-	0	5	13	3,04%
Total	241	47	10	130	428	100,00%

Fonte: SIA/SUS/DATASUS/MS

*Identificados 04 EAS Público Municipal com a informação ignorado em relação ao Distrito Sanitário

No que se refere ao nível de complexidade, nota-se maior concentração dos estabelecimentos de média complexidade no território de Salvador, principalmente nos Distritos Liberdade e Barra Rio/Vermelho. Quanto à oferta de serviços de alta complexidade, tem-se uma distribuição desigual, sendo verificado que 43% dos EAS estão localizados no Distrito Barra/Rio Vermelho, enquanto o Distrito São Caetano/Valéria não dispõe de nenhum equipamento desse nível de complexidade (Tabela 71).

Tabela 71– Distribuição dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde por Distrito Sanitário e nível de complexidade. Salvador, 2017.

Distritos Sanitários	Nível de Complexidade		
	Atenção Básica	Média Complexidade	Alta Complexidade
Barra/Rio Vermelho	31	77	27
Liberdade	11	79	7
Centro Histórico	14	40	8
Subúrbio Ferroviário	27	33	1
Cabula/Beirú	25	30	3
Pau da Lima	18	25	2
Brotas	12	26	3
Itapagipe	10	21	5
Itapuã	13	20	2
Cajazeiras	14	19	2
São Caetano/Valéria	14	20	0
Boca do Rio	7	13	3

Fonte: SIA/SUS/DATASUS/MS

Na rede hospitalar SUS, observa-se que os serviços de média complexidade concentram-se nos prestadores privados ou filantrópicos (57%) e nas unidades públicas estaduais (39%), situação similar a alta complexidade, com 59% e 38% respectivamente. A rede hospitalar conta com 9.182 leitos, destes 64% vinculados ao SUS. Ao observar a oferta de leitos por especialidade médica, nota-se que há prevalência nas especialidades pediátrica, clínica, obstétrica e cirúrgica, representando 72% dos leitos SUS existentes.

No que tange a disponibilidade de leitos observou-se no global que houve um aumento no quantitativo de leitos existentes no município de Salvador, principalmente dos leitos Não SUS. Quanto aos leitos SUS verificou-se aumento de 12,06% na oferta no período de 2010 a 2013, seguida de queda de 5,85% no quadriênio de 2014 a 2017. Analisando por especialidade, notou-se o mesmo comportamento nos leitos das especialidades cirúrgico, clínico e pediátrico.

Os leitos de obstetria e de outras especialidades apresentaram reduções nos dois quadriênios, alcançando queda de 19,13% e 17,49%, respectivamente, quando comparado os anos de 2010 a 2017. Esta mesma comparação demonstrou que os leitos de UTI e hospital dia seguiram uma tendência diferente, com crescimentos de 56,98% e 50,38%, respectivamente, na oferta desses tipos de leito SUS (Tabela 72). Considerando a disponibilidade de leitos Não-SUS no território de Salvador, nota-se que houve crescimento no período de 2010 a 2017, excetuando para os leitos cirúrgicos (Tabela 72).

No que se refere aos leitos clínicos por especialidade médica estes representam 26,65% dos leitos existentes no município do Salvador em 2017. Destes 72,50% estão cadastrados para o atendimento de usuários do SUS, com maior concentração na especialidade de Clínica Geral. As especialidades de Aids, Dermatologia, Hansenologia, Hematologia, Queimado Adulto e Queimado Pediátrico respondem por 5,8% dos leitos clínicos, cuja maioria é SUS. Na especialidade de cardiologia observa-se concentração nos leitos Não SUS (Tabela 72).

Tabela 72. Total de leitos hospitalares clínicos por especialidade médica. Salvador, 2017.

Especialidade	Leitos SUS	%	Não SUS	%	Total	%
AIDS	61	98,39	1	1,61	62	2,53
Cardiologia	66	37,29	111	62,71	177	7,23
Clínica geral	1.005	77,25	296	22,75	1.301	53,17
Dermatologia	3	75,00	1	25,00	4	0,16
Geriatria	216	94,74	12	5,26	228	9,32
Hansenologia	25	100,00	-	-	25	1,02

Hematologia	17	73,91	6	26,09	23	0,94
Nefrourologia	65	58,04	47	41,96	112	4,58
Neonatologia	79	83,16	16	16,84	95	3,88
Neurologia	38	48,72	40	51,28	78	3,19
Oncologia	112	52,83	100	47,17	212	8,66
Pneumologia	59	57,84	43	42,16	102	4,17
Queimado Adulto	18	100,00	-	-	18	0,74
Queimado Pediátrico	10	100,00	-	-	10	0,41
Total	1.774	72,50	673	27,50	2.447	100,00

Fonte: MS/DATASUS/ CNES.

Os leitos cirúrgicos representam 24,83% dos leitos hospitalares e deste percentual, 64,34% pertencem à rede SUS, com maior concentração nas áreas de Cirurgia Geral, Ortopedia/Traumatologia e Oncologia. Nas especialidades de cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia e otorrinolaringologia, o quantitativo é maior na rede Não SUS (Tabela 73).

Tabela 73. Total de leitos hospitalares cirúrgicos por especialidade médica, Salvador, 2017

Especialidade	Leitos SUS	%	Leitos Não SUS	%	Total	%
Buco Maxilo Facial	47	81,03	11	18,97	58	2,54
Cardiologia	84	44,92	103	55,08	187	8,20
Cirurgia geral	483	66,99	238	33,01	721	31,62
Endocrinologia	1	11,11	8	88,89	9	0,39
Gastroenterologia	3	12,00	22	88,00	25	1,10
Ginecologia	97	79,51	25	20,49	122	5,35
Nefrologiaurologia	49	55,06	40	44,94	89	3,90
Neurocirurgia	76	65,52	40	34,48	116	5,09
Oftalmologia	37	46,84	42	53,16	79	3,46
Oncologia	107	62,57	64	37,43	171	7,50
Ortopediatraumatologia	353	69,63	154	30,37	507	22,24
Otorrinolaringologia	13	32,50	27	67,50	40	1,75
Plástica	73	83,91	14	16,09	87	3,82
Torácica	24	54,55	20	45,45	44	1,93
Transplante	20	80,00	5	20,00	25	1,10
Total	1.467	64,34	813	35,66	2.280	100

Fonte: MS / DATASUS/CNES.

Em relação aos leitos complementares, Salvador conta com 1.184 leitos, o que representa 12,89% dos leitos existentes. Deste total 47,47% estão vinculados ao SUS, destacando-se UTI Pediátrica Tipo III, UTI de Queimados, UTI Coronariana Tipo II e UTI Adulto Tipo II com 347 leitos exclusivamente SUS. Em contrapartida, a rede SUS não dispõe de leitos de UTI Coronariana Tipo III e UTI Neonatal, existentes somente na rede Não SUS.

Tabela 74. Número de leitos complementares por nível de complexidade, Salvador, 2017.

Especialidade	Leitos SUS	%	Leitos Não SUS	%	Total	%
UTI Adulto - Tipo I	-	-	12	100,00	12	1
UTI Adulto - Tipo II	347	50,44	341	49,56	688	58
UTI Adulto - Tipo III	31	22,14	109	77,86	140	12
UTI Pediátrica - Tipo I	-	-	3	100,00	3	0
UTI Pediátrica - Tipo II	62	65,26	33	34,74	95	8
UTI Pediátrica - Tipo III	4	100,00	-	-	4	0
UTI Neonatal - Tipo I	-	-	15	100,00	15	1
UTI Neonatal - Tipo II	106	57,61	78	42,39	184	16
UTI Neonatal - Tipo III	-	-	10	100,00	10	1
UTI de Queimados	4	100,00	-	-	4	0
UTI Coronariana Tipo II	8	100,00	-	-	8	1
UTI Coronariana Tipo III	-	-	21	100,00	21	2
Total	562	47,47	622	52,53	1.184	100

Fonte: MS/DATASUS/CNES

Quanto à necessidade de consultas básicas e especializadas, foi estimado⁴⁴ que, no ano de 2016, a população de Salvador necessitar-se-ia de 4.728.859 consultas, sendo 3.354.934 básicas e 1.373.925 especializadas. Sendo realizadas 837.650 consultas básicas, tendo sido orçadas 2.278.788, tendo em vista a capacidade instalada da rede própria, além de serem realizadas 1.876.704 consultas especializadas para a população própria e referenciada. Esse cenário aponta que para atingir as necessidades de serviços de saúde da população soteropolitana é mister o investimento na rede básica do município.

No tocante às consultas especializadas, observa-se uma produção a maior nas especialidades de gastroenterologia, endocrinologia, urologia e pneumologia, considerando o parâmetro adotado pela Portaria GM/MS nº 1.631/2015 (Tabela 75). Em contrapartida, outras especialidades como dermatologia, proctologia, nefrologia, reumatologia, dentre outras, não atingiram o parâmetro adotado. Ademais, há registro de execução de outras especialidades, como acupuntura, medicina nuclear, fisioterapia, geriatria, psiquiatria, oncologia, entre outras, que não têm um parâmetro populacional, registrado na portaria supracitada.

Tabela 75. Necessidade de consultas especializadas/ano, produção e percentual de execução. Salvador, 2016.

Consultas Especializadas	Necessidade/ano	Realizadas	% Execução
Gastroenterologia	29.822	48.679	163
Endocrinologia	53.253	73.591	138
Urologia	74.554	80.919	109
Pneumologia	53.253	55.220	104
Angiologia/Cirurgia Vascular	36.212	36.656	101
Otorrinolaringologia	76.684	72.556	95
Cardiologia	127.807	119.363	93
Oftalmologia	293.956	230.698	78
Nefrologia	34.082	24.031	71
Dermatologia	80.944	49.908	62
Reumatologia	21.301	12.034	56
Ortopedia	319.518	168.506	53
Neurologia/Neurocirurgia	138.458	58.290	42
Proctologia	34.082	12.845	38
Total	1.373.925	1.043.296	76

Fonte: Portaria GM/MS Nº 1.631/2015; SIA/SUS/DATASUS/MS.

Em relação à necessidade⁴⁵ de equipamentos de diagnose para a população SUS dependente⁴⁶, constata-se baixa disponibilidade para a gestão municipal para a maioria dos equipamentos, em especial para o de ultrassom, cujo quantitativo não alcança metade da necessidade (Tabela 76). Destaca-se que alguns desses equipamentos são pertencentes a rede SUS contratualizada, a exemplo do Pet Scan que pertence ao Hospital São Rafael (Tabela 76).

Tabela 76. Necessidade e número de equipamentos de diagnose. Salvador, 2017.

Equipamentos	Necessidade	Número Existente
Ultrassom convencional	119	45
Mamógrafo	21	15
Ressonância Magnética	13	8
Tomógrafo	21	11
Pet Scan	1	1

Fonte: Portaria GM/MS Nº 1.631/2015; CNES

⁴⁴ A programação das ações e serviços de saúde é baseada na Programação Pactuada e Integrada (PPI - 2010), na capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde, na produção executada durante os últimos 12 meses que antecedem o período de renovação do contrato ou convênio e no teto financeiro disponível para esse fim.

⁴⁵ Parâmetro da Portaria GM/MS nº 1.631/2015

⁴⁶ População SUS dependente: 72,5% (Agência Nacional de Saúde)

No que se refere à produção de serviços constatou-se que houve incremento na ordem de 21,46% nos procedimentos ambulatoriais no período de 2008 a 2016, principalmente aqueles relacionados à transplantes de órgãos, tecidos e células; órteses, próteses e materiais especiais; medicamentos; ações de promoção e prevenção em saúde; e os procedimentos com finalidade diagnóstica. Entretanto identifica-se redução na realização dos procedimentos ambulatoriais cirúrgicos e clínicos, e das ações complementares da atenção à saúde.

No que tange à produção hospitalar foi verificado um crescimento nas internações, relacionadas aos transplantes de órgãos, tecidos e células, seguido dos procedimentos clínicos e cirúrgicos. Cabe sinalizar que as internações com finalidade diagnóstica reduziram 51,47% no período analisado de 2008 a 2016, cuja queda inicia-se a partir do ano de 2013, na qual a produção dos últimos quatro anos não supera a produção do exercício de 2012.

Tabela 77. Produção hospitalar por grupo de procedimentos. Salvador, 2008 – 2016.

Produção/Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Procedimentos com finalidade diagnóstica	577	903	1.082	1.214	1.290	371	309	253	280
Procedimentos clínicos	78.638	84.178	95.238	100.031	102.449	106.009	110.458	114.862	110.526
Procedimentos cirúrgicos	79.051	85.558	94.019	98.003	96.083	96.742	98.027	95.622	96.180
Transplantes de órgãos, tecidos e células	464	727	653	696	732	826	737	775	936
Total	158.730	171.366	190.992	199.944	200.554	203.948	209.531	211.512	207.922

Fonte: SIHD/DATASUS/MS

2.5.2. Oferta de Serviços e Organização do SUS Municipal

2.5.2.1. Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde - APS é o primeiro nível de acesso ao Sistema Único de Saúde - SUS, caracterizando-se, principalmente, como o primeiro e preferencial contato dos usuários com os sistemas de saúde, sendo orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social para efetivação de um sistema de saúde com práticas cuidadoras.

Para garantir a expansão dos serviços da rede de APS, optou-se por definir a estratégia Saúde da Família como o eixo norteador para a reorganização da APS no município, uma vez que esta busca incorporar propostas inovadoras, através da reformulação das práticas de saúde, bem como devido à grande capilaridade que os serviços podem ter no território. Deste modo, possibilita-se a constituição de uma nova lógica na organização do processo de trabalho das equipes, através da ruptura do modo de fazer centrado em procedimentos biomédicos para a produção de cuidado sob a perspectiva multiprofissional.

A rede de Atenção Primária à Saúde do município de Salvador dispõe de **121** Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo que **46** são Unidades Básicas sem Saúde da Família e **75** são Unidades Básicas com estratégia de Saúde da Família com 250 equipes de Saúde da Família⁴⁷ – EqSF implantadas; **03** equipes de Consultório na Rua – eCR e **11** Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

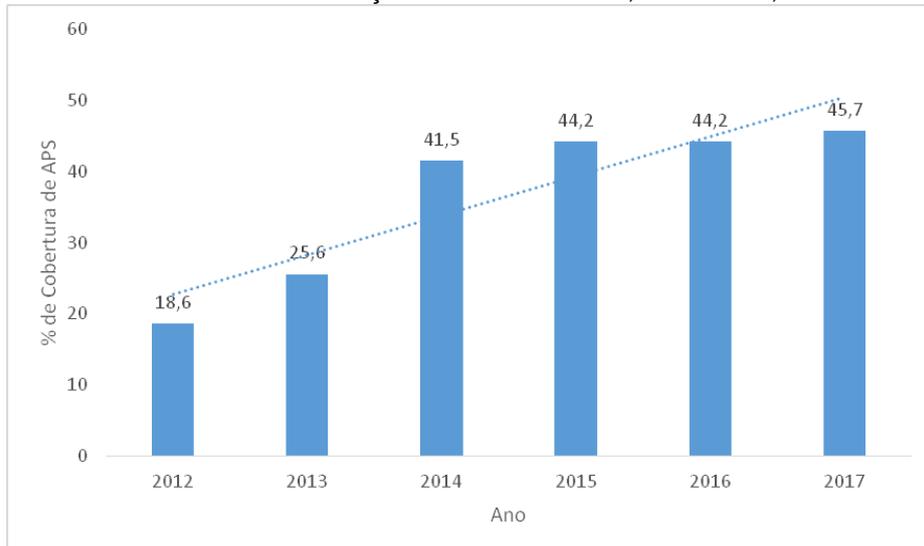
Nas UBS sem a Estratégia de Saúde da Família, a composição do quadro de profissionais estar diretamente vinculada à capacidade instalada da unidade de saúde e de acordo com a sua tipologia⁴⁸, e poderá ser constituída por médico clínico, ginecologista e pediatra, enfermeiro, nutricionista, assistente social, psicólogo, Agente Comunitário de Saúde – ACS, cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal.

⁴⁷ As UBS com Saúde da Família dispõem de uma equipe multiprofissional, conforme a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, composta por Agente Comunitário de Saúde – ACS, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem e médico generalista.

⁴⁸ Portaria nº147/2015 – Dispõe sobre a tipologia das Unidades de Saúde.

Percebe-se que em 2012, menos de 20% da população soteropolitana teve acesso às unidades de Atenção Primária à Saúde, uma vez que a cobertura de APS alcançava naquele ano cerca de 18,6% da população, conforme **Gráfico 83**.

Gráfico 83. Cobertura da Atenção Primária à Saúde, 2012-2017, Salvador – BA*.



Fonte: CNES; SMS/DASD/APS, 2017.

* O mês de referência para o período de 2012 a 2016 foi dezembro, sendo que para o ano de 2017 elegeu-se o mês de junho).

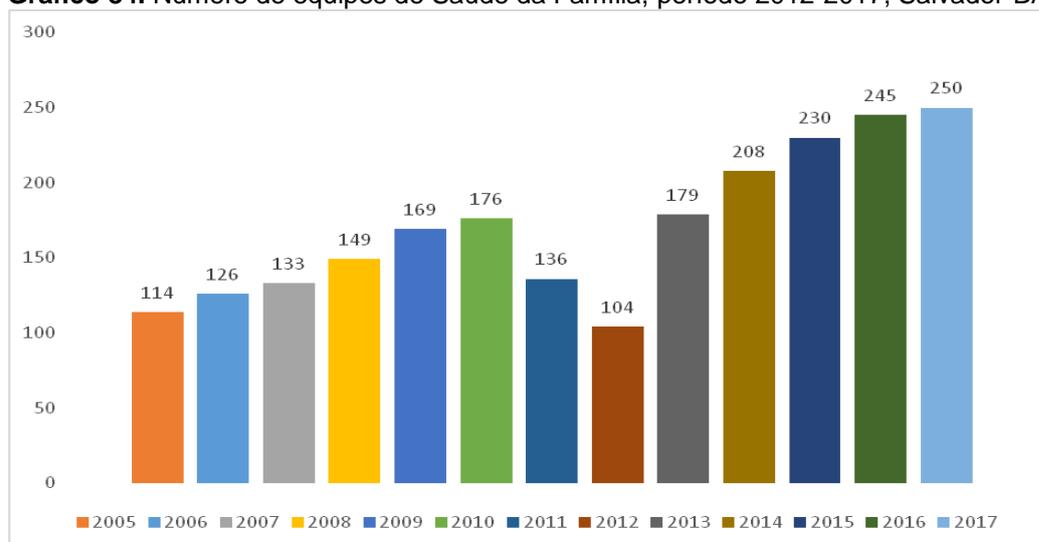
Assim, nota-se que houve um incremento de 146,7% no percentual de cobertura da APS, com importante destaque para o período de 2013 a 2014, sendo possível observar um incremento de cerca de 62% na referida cobertura, que pode ser correlacionado com a intensa recomposição do quadro de recursos humanos para compor as EqSF, mediante convocação de profissionais do Concurso Público nº 01/2011.

Atualmente, cerca de 45,7% da população está coberta pelos serviços de Atenção Primária à Saúde. No entanto, existe a necessidade de ampliar a destinação de investimentos financeiros para esta área com intuito de possibilitar que este nível de atenção à saúde possa alcançar os seus objetivos precípuos de coordenação do cuidado e ordenação da rede de atenção à saúde, uma vez que, a Atenção Primária a Saúde tem possibilidade de resolver cerca de 80% das necessidades de saúde apresentadas pela população (Starfield,s/d).

O processo de implantação da estratégia de Saúde da Família iniciou no ano de 2000, com 07 equipes de Saúde da Família, priorizando o Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, devido as condições sociais e epidemiológicas. Salienta-se que a implantação desta estratégia em Salvador, ocorreu seis anos após a definição da Saúde da Família como estratégia central para garantir a APS nos municípios pelo Ministério da Saúde.

A análise deste processo, entre dezembro de 2005 a julho de 2017, demonstra que houve a implantação de 236 novas equipes, com crescimento no período de 2005 a 2010, seguido de decréscimo de 40,9%, entre os anos de 2011 e 2012, do número de equipes implantadas, conforme **Gráfico 84** que pode estar vinculado às questões de vínculo empregatício (precarização dos vínculos de trabalho) e realização do Concurso Público em 2011, bem como pela desestruturação física da rede assistencial.

Gráfico 84. Número de equipes de Saúde da Família, período 2012-2017, Salvador-BA.

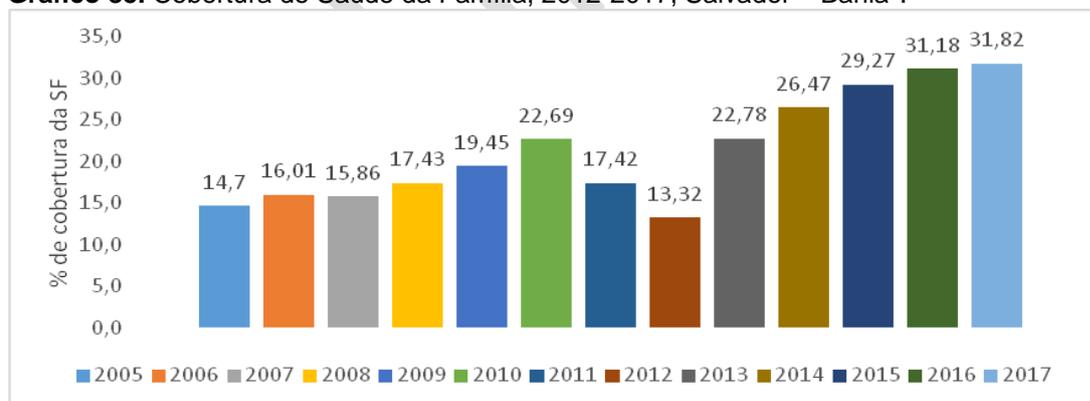


Fonte: CNES; SMS/DASD/APS, 2017.

Destaca-se, no período de 2013 a 2017, uma retomada do crescimento do número de EqSF implantadas, com ampliação de 58,4% quando comparado os anos de 2012 e 2013 e, quando comparado o ano de 2012 a 2017, percebe-se uma ampliação de cerca de 140,4%. Ainda, é possível verificar que nos anos de 2014 a 2017 mantém-se o processo de expansão da estratégia de Saúde Família em um ritmo de crescimento menor, mas sustentável ao longo dos últimos quatro anos.

A evolução do número de EqSF implantadas representa uma ampliação da cobertura populacional pela estratégia de Saúde da Família, de 14,7% em 2005 para 31,8% em 2017(Gráfico 85).

Gráfico 85. Cobertura de Saúde da Família, 2012-2017, Salvador – Bahia*.



Fonte: CNES; SMS/DASD/APS, 2017.

Quando observado por ano e Distrito Sanitário⁴⁹, nota-se que cinco anos (2005) após a implantação da estratégia de Saúde da Família, os DS de Centro Histórico e Boca do Rio ainda não dispunham de nenhuma EqSF e apenas três Distritos Sanitários possuíam 10 ou mais EqSF, sendo que observa-se um aumento nos anos seguintes, sendo 04 DS em 2012, 06 DS em 2013 e 08 DS em 2017 (Gráfico 86).

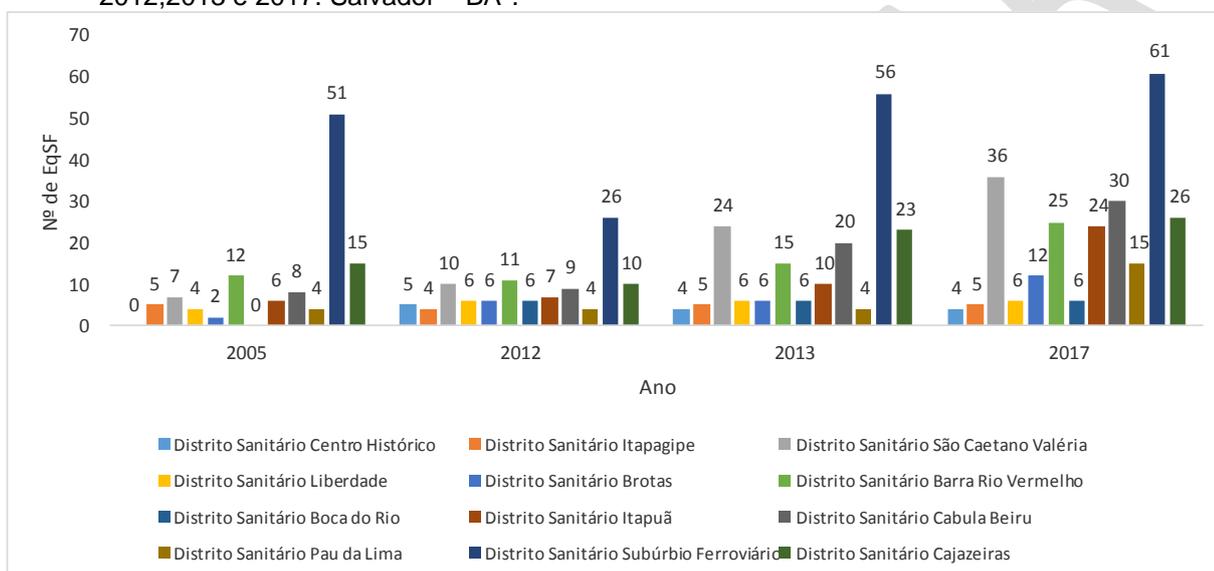
Verifica-se que o DS Subúrbio Ferroviário apresenta o maior número de EqSF nos quatro anos avaliados e este resultado pode estar relacionado ao fato deste DS ter sido contemplado com

⁴⁹ Para análise da distribuição das EqSF por Distritos Sanitários (Gráfico 86), elegeu-se os anos de 2005, 2012, 2013 e 2017 por representarem momentos do início ou término da gestão municipal

as primeiras EqSF implantadas, bem como pelo perfil epidemiológico e social. Os DS Centro Histórico, Itapagipe, Liberdade, Brotas e Boca do Rio sofreram pouco investimento que garantisse a ampliação do número de equipes nos territórios, demonstrando a necessidade de construir diálogos com estes territórios para viabilizar a capilarização da estratégia de Saúde da Família nestes locais (Gráfico 86).

O número de EqSF e proporção da cobertura populacional estimada é inversamente proporcional ao IDH, ou seja, os DS que apresentaram o maior número de equipes e cobertura populacional possuem o menor IDH (DS São Caetano Valéria, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras). Os DS Itapagipe e Liberdade apresentaram IDH abaixo da média municipal e não apresentaram incremento na implantação dos serviços de Atenção Primária à Saúde, salientando que a estratégia de Saúde da Família precisa de investimento nos DS com IDH mais baixos sendo importante para garantir a melhoria da qualidade de vida da população (Tabela 78).

Gráfico 86: Número de equipes de Saúde da Família implantadas por Distrito Sanitário, 2005, 2012, 2013 e 2017. Salvador – BA*.



Fonte: CNES; SMS/DASD/APS, 2017.

Tabela 78. Relação da Cobertura da estratégia de Saúde da Família e IDH, por Distrito Sanitário, Salvador-BA.

DS	Cobertura Saúde da Família				IDH
	2005	2012	2013	2017	
Centro Histórico	0,0	23,7	17,8	17,6	0,762
Itapagipe	10,9	8,4	9,9	9,7	0,705
São Caetano/Valéria	9,7	13,2	29,8	39,3	0,644
Liberdade	7,2	11,4	10,7	10,6	0,706
Brotas	3,4	10,1	9,5	9,3	0,760
Barra/Rio Vermelho	11,6	11,1	14,2	14,9	0,773
Boca do Rio	0,0	16,2	15,2	15,0	0,723
Itapuã	9,6	9,5	12,8	34,9	0,723
Cabula Beiru	7,4	7,9	16,6	24,6	0,730
Pau da Lima	5,9	6,2	5,9	20,2	0,731
Subúrbio Ferroviário	53,2	27,5	63,4	64,4	0,614
Cajazeiras	33,0	21,4	46,3	51,7	0,634
Salvador	14,7	13,3	22,8	31,8	0,759

Fonte: CNES; SMS/DASD/APS, 2017. IBGE

a) Programa Mais Médicos

A adesão do município de Salvador ao Programa de Provisão de Médicos ocorreu em fevereiro de 2013, com os médicos do PROVAB. Em julho deste mesmo ano houve inserção dos profissionais do Programa Mais Médicos⁵⁰ (Brasileiros e Intercambistas) e, em setembro de 2013, com os profissionais da Cooperação Internacional (CUBA).

Em dezembro de 2013, o município contava com 114 médicos. Em 2016, com o final da missão dos médicos cooperados e o término do contrato da Cooperação internacional com CUBA, o número de profissionais passou de 128 para 116. E em junho de 2017 houve um incremento do número de profissionais para 125 (Tabela 79).

Os médicos do Programa são lotados em Unidades de Saúde da Família consideradas de alta vulnerabilidade social e de difícil fixação de profissionais, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, considerados como mês base dezembro de cada ano, e o mês de junho em 2017, uma média de 36% deles tem sido lotados no Distrito Sanitário (DS) Subúrbio Ferroviário, 17% no DS São Caetano/Valéria, aproximadamente 12% nos DS Cajazeiras e Cabula/Beiru, seguido de 8% nos DS Pau da Lima e Itapuã, ficando os demais profissionais em menor proporção (0,8 a 1,6%), lotados nos DS Itapagipe, Liberdade e Brotas (Tabela 79).

Tabela 79. Número de Médicos do Programa Mais Médicos por Distrito/Ano 2013 a 2017.

DS	2013		2014		2015		2016		2017	
	Nº	%								
C. Histórico	1	0,7	1	0,9	0	0	0	0	0	0
Itapagipe	6	5,3	6	5,1	6	4,7	2	1,7	1	0,8
S. Caetano	19	17	21	17,9	22	17,2	20	17,2	22	17,6
Liberdade	2	1,8	2	1,7	3	2,3	3	2,6	1	0,8
Brotas	1	0,7	1	0,9	3	2,4	3	2,6	2	1,6
Barra/RV	0	0	1	0,9	1	0,8	0	0	0	0
Itapuã	5	4,4	11	9,4	10	7,8	11	9,5	9	7,2
B. do Rio	1	0,7	1	0,9	0	0	0	0	0	0
Cabula/ Beiru	17	15	15	12,8	15	11,7	11	9,5	14	11,2
P. da Lima	9	7,9	5	4,2	9	7	10	8,6	14	11,2
Subúrbio	45	39,5	40	34,2	42	32,8	42	36,2	45	36
Cajazeiras	8	7	13	11,1	17	13,3	14	12,1	17	13,6
TOTAL	114	100%	117	100%	128	100%	116	100%	125	100%

⁵⁰ O Programa Mais Médicos foi instituído por meio de Medida Provisória nº621 de 08/07/2013 e convertida em Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os objetivos de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

b) Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF

O NASF⁵¹ é um dispositivo que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária à Saúde, bem como sua qualidade e resolubilidade, por meio da oferta e suporte ao cuidado e intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo.

Salvador implantou a primeira equipe do NASF 1⁵² em 2009, ampliando para oito equipes em 2014, número de credenciamentos que se mantém em 2017. Nos últimos três anos, foram implantadas mais três equipes do NASF, estas últimas custeadas exclusivamente com recursos do Tesouro municipal, totalizando, desta forma, 11 equipes do NASF em Salvador. Durante o período de 2009 a 2017 todas as equipes implantadas permaneceram credenciadas no MS como modalidade NASF1, ou seja, com vinculação de 5 a 9 eSF a uma equipe do NASF.

As equipes NASF em Salvador são formadas por seis categorias ocupacionais - psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais e educadores físicos - e estão vinculadas a 90 equipes de Saúde da Família (eSF), o que corresponde a 36% das equipes da Atenção Básica, e estão distribuídas em seis DS: Barra/Rio Vermelho, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapuã, São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário. Em relação à população de Salvador, o NASF apresenta 10,5% de cobertura.

c) Consultórios na Rua

O Projeto Consultórios na Rua é um dispositivo territorial que atende a população em situação de rua em seu lugar de permanência, identificando suas demandas e oferecendo tratamento em articulação com os demais serviços da rede sócioassistencial garantindo, também, o atendimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos em situação de rua usuárias de substâncias, instituído pelo MS em 2012.

Neste mesmo ano, o Consultório na Rua foi implantado em Salvador, iniciando sua atuação em consonância com as diretrizes do Plano Crack (BRASIL, 2013b), subsidiado pelas Portarias Ministeriais nº 122 e 123 de 25 de janeiro de 2011 e, amparado nas experiências e repercussões positivas para a saúde da população em situação de rua obtidas pelo Projeto Consultório de Rua em atividade nesta capital desde o ano de 1999.

Diante das necessidades sócioepidemiológicas da população em situação de rua, foi iniciado o processo de requalificação das 02 (duas) Equipes de Consultório de Rua existentes e implantou 01 (uma) equipe de Consultório na Rua Modalidade III, composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e técnico de enfermagem, a partir dos projetos enviados ao MS (Capitães da Areia, Espassos da Rua e Equipe Itapagipe). Em 2014, o município teve 02 (duas) equipes credenciadas (Capitães da Areia e Espassos da Rua), passando a receber incentivo financeiro ministerial (Portaria GM Nº 2.590 de 21 de novembro de 2014).

A Secretaria Municipal da Saúde do Salvador vem desenvolvendo ações voltadas à população em situação de rua em contextos de vulnerabilidade através dos 03 (três) Consultórios na Rua que atuam nos DS de Itapagipe, Brotas e Centro Histórico.

Como critérios para a escolha dos Distritos Sanitários para atuação prioritária do Consultório na Rua, foram considerados: as características populacionais, a existência de significativa rede de saúde e de assistência social e, a existência de ações e projetos de inclusão social, em particular, direcionados à população em situação de rua. As Equipes de Consultório na Rua tem a seguinte composição e atuação territorial, conforme **Quadro 02**

⁵¹ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram instituídos pela Portaria GM/MS nº 154, de 24 janeiro de 2008.

⁵² A modalidade NASF 1 atende aos critérios de vinculação de 5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas; a soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais; nenhum profissional poderá ter uma carga horária semanal menor que 20 horas; cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas semanais.

Quadro 02. Composição das Equipes de Consultório na Rua e atuação territorial nos anos de 2016 e 2017.

Equipe	Distrito/Unidade de Saúde	Categoria profissional	Território
Capitães da Areia	Centro Histórico/UBS Pelourinho	01 Psicóloga 01 Educador Físico 01 Técnico de Enfermagem 01 Redutor de Dano	Pelourinho, Praça da Sé, Praça Municipal, Ladeira da Praça, Comercio, Campo Grande, Aquidabã
Espassos da Rua	Brotas/UBS Mário Andreia	01 Médico 01 Enfermeira 01 Técnico de Enfermagem 01 Psicóloga	Região da Sete Portas (Antiga Rodoviária, Largo 02 Leões, Pela Porco
Itapagipe	Itapagipe/ USF Joanes Leste	01 Médico 01 Enfermeira 01 Psicólogo	Largo de Roma, Praça dos Mares, Cantão (Próximo a Feira de São Joaquim), Largo do Bonfim, Largo Madragoa.

Fonte: DAS/APS. 2017

A Equipe do Consultório na Rua realiza atividades individualizadas e coletivas visando à promoção, prevenção e atenção compartilhada de problemas e necessidades de saúde de indivíduos e populações em situação de rua associados ao uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, na perspectiva da redução de danos, promovendo o acesso das pessoas em situação de rua aos pontos de atenção da rede de saúde e assistência social.

Destaca-se o encaminhamento/acompanhamento para a rede de saúde e intersetorial, e a partir disso os profissionais do consultório na rua têm oportunidade de discutir o caso com outros profissionais e com o usuário, oferecendo assistência compartilhada e interdisciplinar a partir do cuidado, permitindo assim um cuidado ampliado, buscando atender as necessidades reais com estratégias que visem à promoção da saúde, a cidadania e a dignidade humana. As atividades/ações das equipes ocorrem em parceria/articulação, principalmente com o Corra pro Abraço e o Ponto de Cidadania.

d) Programa de Saúde na Escola – PSE

O PSE⁵³ constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica. Conforme registrado na **tabela 80**, observa-se um incremento gradativo de escolas e equipes de saúde com adesão ao programa, bem como o número de educandos acompanhados pelo PSE.

Tabela 80. Adesão de Equipes de Saúde/Escolas ao Programa de Saúde na Escola – PSE. Salvador-BA, 2008-2017.

ANO	ESTABELECIMENTOS DE ENSINO			EQUIPES DE SAÚDE	EDUCANDOS
	MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL		
2008	-	-	-	-	-
2009	02	17	19	18	-
2010	25	26	51	43	27.524
2011	34	27	61	52	-
2012	50	32	82	58	41.008
2013	54	28	82	77	35.608
2014	112	38	150	123	61.271
2017	137	36	173	160	73.713

Fonte: Consolidado dos Relatórios Anuais do PSE

⁵³ O PSE foi instituído no Brasil em 2007, através do decreto presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007. Em 03 de dezembro de 2008 foi assinado o Termo de Adesão pela Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Municipal da Educação e Secretaria Estadual de Educação, tendo a homologação na CIB ocorrido em 05 de dezembro de 2008. Em 19 de janeiro de 2009 foi publicado no Diário Oficial do Município o primeiro Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal com o propósito de realizar a gestão do Programa em Salvador.

As ações, até 2014, foram orientadas pela Pactuação, através do Termo de Compromisso entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação e se distribuíam em 3 componentes⁵⁴. Atualmente, a Portaria nº 1.055 de 25 de abril de 2017 traz descrito 12 ações que devem ser realizadas pelos entes que aderiram ao PSE. Dessa forma, as equipes de saúde têm se mobilizado para realização das ações, entretanto, desafios como: implementação da integração equipe de saúde/ escola; fortalecimento do GTI – Local na gestão do Programa; planejamento conjunto das ações; subregistro das informações no SISAB; indisponibilidade de relatórios específicos do Programa no SISAB, vêm dificultando a avaliação do cumprimento das metas preconizadas.

Em dezembro de 2016 constatou-se que foram realizadas 92,8% das ações preconizadas, a partir de Planilha de Avaliação do PSE elaborada pela Coordenação APS. No entanto, observa-se que as ações de saúde mental, promoção da cultura de paz e direitos humanos, e prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas apresentaram baixos percentuais de escolas cobertas por estas ações, justificados pela necessidade de formação dos profissionais na área de saúde mental e fortalecimento da articulação desta área com a APS e a situação de violência dentro das escolas sendo proibida a abordagem dos referidos temas em alguns estabelecimentos de ensino (Tabela 81).

Tabela 81. Percentual de escolas cobertas pelas ações do PSE, Salvador-BA, 2016.

	AÇÃO PACTUADA	% DE ESCOLAS COBERTAS PELA AÇÃO
	Formação do Grupo de Trabalho Intersetorial – GTI	44,6
COMPONENTE I	Avaliação antropométrica	85,5
	Verificação da situação vacinal	61,4
	Saúde Bucal	86,7
	Saúde Ocular	-
	Identificação de possíveis sinais relacionados às Doenças Negligenciadas e em Eliminação	86,7
COMPONENTE II	Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	55,4
	Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos	25,3
	Saúde Mental	10,8
	Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids	43,4
	Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	26,5
	Saúde Ambiental (Combate às Arboviroses)	44,6
	Práticas Corporais e Atividade Física	38,5
	NUTRISUS	80,0

Fonte: Planilha de Avaliação Anual do PSE/ Equipe de Saúde, dez 2016

Em relação à Saúde Ocular, até 2015 o Projeto Olhar Brasil contemplou educandos de escolas com adesão ao PSE 2013 e preconizou a avaliação da saúde ocular através da triagem ocular,

⁵⁴ Componente I – Avaliações Clínicas de Antropometria, Saúde Bucal, Saúde Ocular, Imunização e Doenças em Eliminação; Componente II – Ações de Promoção à Saúde sobre Direitos Sexuais e Reprodutivo, Saúde Ambiental, Saúde Mental, Cidadania e Cultura da Paz; Atividade física; Componente III – Formação dos profissionais da saúde e educação nos temas a serem trabalhado no referido Programa.

realização de consultas oftalmológicas e fornecimento de óculos. Em Salvador foram realizadas 715 consultas oftalmológicas e fornecidos 208 óculos. Não foi possível mensurar a amplitude das ações de triagem ocular devido à subnotificação desta atividade no sistema de informação. Em fevereiro de 2016 o referido projeto foi encerrado pelo Ministério da Saúde.

e) Saúde da Mulher

Os elevados números de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama reforçam a importância de fortalecer estratégias efetivas para o controle destas doenças que incluem ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, além do tratamento e cuidados paliativos, quando estes se fazem necessários.

É no âmbito da Atenção Primária que a grande parte das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e detecção precoce são desenvolvidas. Das ações realizadas, destacam-se atividades educativas em momentos coletivos (salas de espera e grupos de promoção da saúde) e individuais em consultas. Nas discussões realizadas e nos materiais educativos elaborados, são reforçados os sinais de alerta que podem significar câncer, a necessidade da realização dos exames e a periodicidade dos mesmos.

Além dessas ações, é desenvolvido também o rastreamento, ou seja, a realização sistemática de testes ou exames de pessoas saudáveis, assim como o diagnóstico precoce de usuárias que já têm sintomas ou alterações no exame físico.

Das 120 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 108 realizam a coleta de material para exame citopatológico. Em relação ao número de exames citopatológicos realizados no período de 2010⁵⁵ a 2015, observa-se uma tendência de queda desde o ano de 2010 com razões mais baixas nos anos de 2013 e 2014 (0,17) e um discreto aumento em 2015 (0,18) (**Gráfico 87**).

Gráfico 87. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres residentes de 25 a 64 anos. Salvador, 2010-2015.



Fonte: SIASUS/DCRA/SMS. IBGE

O exame de mamografia é realizado na rede contratualizada, sendo as vagas disponibilizadas no Sistema VIDA+ com agendamento nas Unidades Básicas de Saúde. Em relação à razão de exames de mamografia no período de 2008⁵⁶ a 2015, os dados mostram uma tendência crescente muito discreta com destaque para o ano de 2014 (0,36), mas com uma queda no ano de 2015 (0,33) (**Gráfico 88**).

⁵⁵ Dados referente aos procedimentos 02.03.01.001-9 (exame citopatológico cervico vaginal/microflora) e 02.03.01.008-6 (exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) não estavam disponíveis no SIASUS para os períodos de 2005 a 2009.

⁵⁶ Dados referentes ao procedimento 0204030188 (mamografia bilateral para rastreamento) não estavam disponíveis no SIASUS para os períodos de 2005 a 2007.

Gráfico 88. Razão de exames de mamografia em mulheres residentes de 50 a 64 anos. Salvador, 2010-2015.



Fonte: SIASUS/DCRA/SMS. IBGE

Os dados apresentados sinalizam a necessidade para a ampliação e qualificação do acesso do aos serviços de saúde, com a intensificação da política de rastreamento, por intermédio do fortalecimento e da qualificação da rede de atenção básica, e da ampliação do acesso aos serviços especializados.

f) Alimentação e Nutrição

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)⁵⁷ e campo de atuação da Vigilância em Saúde (Visau), atua “descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes”. (Brasil, 2013, p. 35). Um dos sistemas que permite identificar, monitorar e acompanhar o estado nutricional e as práticas alimentares da população no SUS é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), ferramenta utilizada no âmbito das UBS para acompanhamento da população adscrita, do Programa Saúde da Escola (PSE), da Estratégia Alimentar e Alimenta Brasil (EAAB) e dos beneficiários do Programa Bolsa Família.

Por outro lado, alguns aspectos vêm dificultando o acompanhamento e monitoramento do estado nutricional da população de Salvador, como a insuficiência de impressos do Sisvan e a baixa adesão às práticas de vigilância por todas as categorias ocupacionais, sendo ainda uma prática predominante do profissional nutricionista, o que compromete a cobertura desta ação no município, inclusive para grupos prioritários.

Em relação ao estado nutricional de crianças menores de 5 anos acompanhadas nas UBS, observa-se uma redução na proporção de magreza acentuada (3,8%) e magreza (2,5%) para o último ano analisado, mas, em oposição, um aumento na proporção de sobrepeso e obesidade de forma expressiva a cada ano no município, tendo o sobrepeso passado de 6,2% em 2008 para 9,6% em 2014 e a obesidade de 8,9% para 12,2%, o que corresponde, respectivamente, ao incremento de 55% e 37% (**Tabela 82**). O aumento na prevalência da obesidade nesta faixa etária é preocupante, pois as pesquisas mostram que quanto mais cedo o indivíduo fica com sobrepeso ou obesidade, maior é o risco de permanecer com este estado nutricional e desenvolver doenças crônicas não transmissíveis com o avançar da idade, como o diabetes tipo 2 e as doenças cardiovasculares (OPAS, 2014).

⁵⁷ A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 710, de 11 de junho de 1999, e atualizada pela Portaria GM/MS nº 2715, de 17 de novembro de 2011.

Tabela 82. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC x Idade) de crianças menores de 5 anos. Salvador, 2008 a 2014.

Período	Magreza Acentuada		Magreza		Eutrofia		Risco de sobrepeso		Sobrepeso		Obesidade		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2008	105	4,7	87	3,9	1.375	61,9	319	14,4	138	6,2	197	8,9	2.221
2009	135	5,1	96	3,6	1.646	62,5	385	14,7	183	6,9	189	7,2	2.634
2010	104	2,9	113	3,2	2.222	63,1	543	15,4	261	7,4	279	7,9	3.522
2011	380	4,6	243	2,9	4.861	59,1	1.363	16,6	632	7,7	745	9,1	8.224
2012	538	4,2	401	3,1	7.344	57,4	2.181	17,1	1.026	8,0	1.298	10,1	12.788
2013	534	3,5	459	3,0	8.627	56,9	2.576	17,0	1.258	8,5	1.673	11,0	15.154
2014	873	3,8	579	2,5	12.404	53,7	4.197	18,2	2.212	9,6	2.814	12,2	23.079

Fonte: SISVAN/MS

Em relação ao grupo de crianças de 5 a < 10 anos, observa-se o mesmo comportamento em relação à magreza, ou seja, um declínio ao longo dos anos (2008 – 2014). Entretanto, os dados do estado nutricional de sobrepeso e obesidade estão compatíveis com o que foi identificado na Tabela 85, com aumento também em crianças nessa faixa etária (Tabela 83).

Tabela 83. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC x Idade) de crianças de 5 a < 10 anos Salvador, 2008 a 2014.

Período	Magreza Acentuada		Magreza		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		Obesidade grave		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2008	42	3,3	49	3,8	892	70,0	128	10,0	98	7,7	66	5,2	1.275
2009	38	3,6	30	2,8	670	63,0	143	13,4	90	8,5	93	8,7	1.064
2010	52	3,1	63	3,8	1.101	66,0	195	11,7	136	8,1	121	7,2	1.668
2011	110	2,7	102	2,5	2.524	62,1	544	13,4	306	7,5	475	11,7	4.061
2012	253	2,8	246	2,8	5.737	64,3	1.285	14,4	717	8,0	677	7,6	8.915
2013	338	2,7	315	2,5	7.984	64,4	1.852	14,9	1.073	8,7	835	6,7	12.397
2014	584	2,8	515	2,5	12.606	61,3	3.294	16,0	1.957	9,5	1.594	7,7	20.550

Fonte: SISVAN/MS

Os dados apresentados na Tabela 84 demonstram o declínio da magreza acentuada e a evolução do percentual de sobrepeso e obesidade grave entre os adolescentes no município do Salvador. No período da adolescência, além das transformações fisiológicas, o indivíduo sofre importantes mudanças psicossociais, o que contribui para a vulnerabilidade característica desse grupo populacional. Os adolescentes podem ser considerados um grupo de risco nutricional, devido à inadequação da sua dieta decorrente no aumento das necessidades energéticas e de nutrientes para atender à demanda do crescimento.

Tabela 84. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC x Idade) de adolescentes. Salvador, 2008 a 2014.

Período	Magreza Acentuada		Magreza		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		Obesidade grave		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2008	26	1,79	87	5,98	1.049	72,05	193	13,26	85	5,84	16	1,10	1.456
2009	40	2,56	67	4,29	1.000	63,98	272	17,40	148	9,47	36	2,30	1.563
2010	32	1,66	87	4,52	1.313	68,28	316	16,43	133	6,92	42	2,18	1.923
2011	54	1,14	179	3,76	3.022	63,54	736	15,48	369	7,76	396	8,33	4.756
2012	158	1,55	395	3,87	7.030	68,94	1.645	16,13	700	6,86	269	2,64	10.197
2013	228	1,51	528	3,50	10.535	69,87	2.457	16,30	1.064	7,06	266	1,76	15.078
2014	408	1,68	813	3,35	16.557	68,18	4.262	17,55	1.789	7,37	456	1,88	24.285

Fonte: SISVAN/MS

Para o público adulto, os dados demonstram também um declínio no baixo peso e aumento gradativo no sobrepeso e na obesidade (**Tabela 85**). Este grupo apresenta um risco aumentado em desenvolver as doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral. Alguns estudos apontam que mudanças positivas relacionadas à renda familiar, à escolaridade materna, ao saneamento básico e ao acesso a serviços de saúde justificam o declínio da desnutrição observado nos anos 80 e 90 no Brasil.

Tabela 85. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC) de adulto. Salvador, 2008 a 2014.

Período	Baixo peso		Adequado/ Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2008	274	5,16	2.027	38,19	1.716	32,33	899	16,94	281	5,29	111	2,09	5.308
2009	302	4,91	2.153	35,03	1.960	31,89	1.151	18,72	411	6,69	170	2,77	6.147
2010	308	4,36	2.432	34,44	2.332	33,02	1.300	18,41	498	7,05	192	2,72	7.062
2011	632	3,59	5.741	32,65	5.821	33,10	3.202	18,21	1.157	6,58	1.033	5,87	17.586
2012	1.228	3,19	12.388	32,22	13.094	34,06	7.604	19,78	2.749	7,15	1.382	3,59	38.445
2013	1.706	3,15	17.061	31,49	18.727	34,56	10.816	19,96	4.007	7,40	1.863	3,44	54.180
2014	2.405	3,04	24.570	31,10	27.458	34,76	15.728	19,91	5.945	7,53	2.894	3,66	79.000

Fonte: SISVAN/MS

Em relação ao grupo de gestantes, os dados demonstram, mais uma vez, um declínio do baixo peso e aumento gradativo no sobrepeso e na obesidade ao longo dos anos entre (**Tabela 86**). A obesidade na gestação está associada ao aparecimento de distúrbios endócrinos, cardiovasculares e ocorrência de parto instrumental e nos desfechos neonatais incluem malformações congênitas, escore Apgar baixo, macrossomia e morte neonatal (SILVA, 2014).

Tabela 86. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC por semana gestacional) de gestantes. Salvador, 2008 a 2014.

Período	Baixo Peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2008	107	29,23	156	42,62	80	21,86	23	6,28	366
2009	177	22,13	332	41,5	199	24,88	92	11,5	800
2010	315	21,43	617	41,97	352	23,95	186	12,65	1470
2011	356	19,17	723	38,93	485	26,12	293	15,78	1857
2012	381	17,31	784	35,62	611	27,76	425	19,31	2201
2013	306	17,2	597	33,56	523	29,4	353	19,84	1779
2014	332	15,43	742	34,5	637	29,61	440	20,46	2151

Fonte: SISVAN/MS

Os dados apresentados ratificam a necessidade da implementação de ações de vigilância, promoção, prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e à nutrição no município do Salvador.

g) Programa Municipal de Controle da Hanseníase - PMCH

A Portaria Ministerial nº 594/2010, considera que em função do caráter infeccioso e crônico da hanseníase, que pode cursar com episódios agudos, com alto poder incapacitante e que demanda acompanhamento de longo prazo com assistência clínica, cirúrgica, reabilitadora e de vigilância epidemiológica é, inicialmente, responsabilidade da Atenção Primária a identificação e tratamento da doença, assim como o art.2º define o Serviço de Atenção Integral em Hanseníase em tipos I, II e III.

Em 2013 foi implantado o PMCH em 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e atualmente estão em 86 UBS. A Rede oferece o Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo I⁵⁸ e encontra-se em processo de implantação o Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo II⁵⁹ na rede municipal.

Os casos com diagnóstico de hanseníase, inclusive da forma neural pura, reações hansênicas e adversas aos medicamentos, recidivas, outras intercorrências e sequelas, internação e procedimento cirúrgico são encaminhados para o Hospital Especializado Couto Maia (HECM) e o Hospital Universitário Professor Edgar Santos, que oferece o Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo III⁶⁰. O exame de baciloscopia, atualmente, é realizado no laboratório do HECM e na UBS 18º Péricles Laranjeiras.

Para monitoramento do Programa de Controle da Hanseníase, o Ministério da Saúde tem adotado indicadores epidemiológicos e operacionais específicos.

O indicador “Proporção de examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes”, avalia a capacidade dos serviços em realizar vigilância de contatos no ano de diagnóstico dos casos novos. Salvador registrou a variação de 14,5% em 2005 para 33,2% em 2015 atingindo o percentual classificado como precário⁶¹ no período justificado pela baixa cobertura da Atenção Primária e pela necessidade de fortalecimento das equipes da Vigilância Distrital.

A “Proporção de cura entre os casos novos de hanseníase” avalia a qualidade da assistência e a efetividade dos esquemas de tratamento. Entre os casos novos de hanseníase nas coortes 2005 a 2015 apresentou percentual regular⁶² de cura, destacando os anos 2008, 2010 e 2015 quando atingiu o parâmetro considerado bom, demonstrado na tabela 87.

Tabela 87. Proporção de cura entre os casos novos de hanseníase nas coortes 2005 a 2015, por Distrito Sanitário, Salvador-BA.

Distrito Sanitário	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Centro Histórico	85,7	25	66,7	0	87,5	81,8	80	75	100	100	100
Itapagipe	75	66,7	20	75	100	100	78,9	90,9	86,8	83,3	77,3
São Caetano/Valeria	92,9	65,2	46,4	81,8	87,5	100	85,7	87,2	90,9	84,9	91,9
Liberdade	100	85,7	50	83,3	77,3	90,9	81,8	100	100	92,9	100
Brotas	66,7	37,5	100	100	83,3	93,8	70	100	87,5	85,7	83,3
Barra/Rio Vermelho	92,3	46,2	33,3	100	100	100	75	91,7	100	54,5	84,6
Boca do Rio	83,3	50	50	100	85,7	82,6	100	100	100	100	100
Itapuã	93,2	72,5	25,9	88,9	91,2	89,7	75,9	90,2	87,8	89,1	97,1
Cabula/Beiru	75	63	50	100	100	91,7	87	85,7	87,5	81,1	95,8
Pau da Lima	93,8	77,8	87,5	100	86,7	90,9	87,5	83,3	90,5	90	90
Subúrbio Ferroviário	69,6	34,2	29	100	84,6	84,4	87,6	87	80,4	85,3	84,7

Fonte: Sinan, Viep/ Agravos, 8/6/2017.

⁵⁸ a) Ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços e da coletividade; b) Vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN; c) Diagnóstico de casos de hanseníase; d) Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade; e) Exame dos contatos, orientação e apoio, mesmo que o paciente esteja sendo atendido em serviço do Tipo II e III; f) Tratamento com poliquimioterapia (PQT) padrão; g) Acompanhamento do paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta, mesmo que ele esteja sendo atendido em serviço do Tipo II ou III; h) Prevenção de incapacidades, com técnicas simples e auto cuidado apoiado pela equipe; i) Encaminhamento para outros profissionais ou serviços.

⁵⁹ Além dos Serviços Tipo I, realizam: Diagnóstico de casos de hanseníase, inclusive da forma neural pura; das reações hansênicas e adversas aos medicamentos; das recidivas; e de outras intercorrências e sequelas; Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade; Coleta de raspado dérmico para baciloscopia; Tratamento com poliquimioterapia padrão e com esquemas substitutivos.

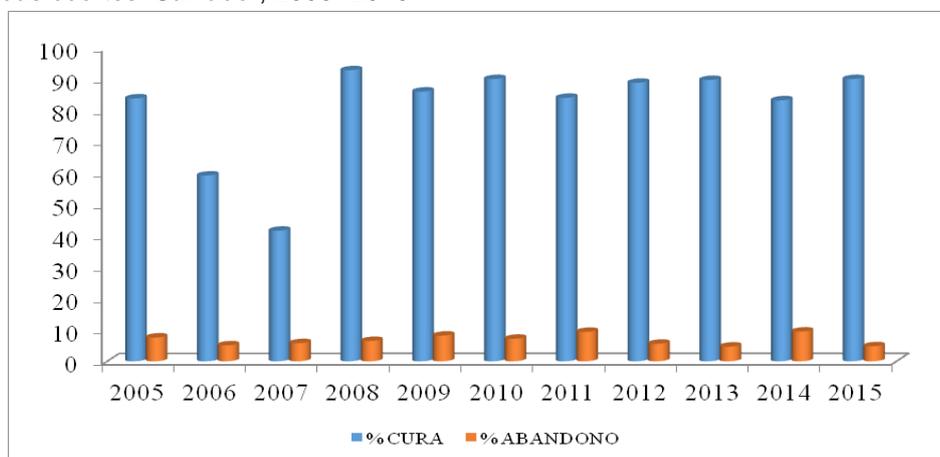
⁶⁰ Além dos Serviços Tipo I e II, realizam: Baciloscopia; Internação; Atendimento pré e pós-operatório; Procedimentos cirúrgicos; Exames complementares laboratoriais e de imagem.

⁶¹ Bom: ≥90,0%, Regular: ≥75,0a 89,9% e Precário: <75,0%

⁶² Bom: ≥90%; Regular: ≥75 a 89,9%; Precário: <75%

O indicador “Proporção de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados”, avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos até a completude do tratamento. No período de 2005 a 2015 a proporção de abandono foi considerado como Bom⁶³, conforme **Gráfico 89**.

Gráfico 89. Percentual de cura e abandono de tratamento entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes. Salvador, 2005- 2015.



Fonte: Sinan, Viej, Agravos, 8/6/2017.

h) Programa de Saúde da População Negra

A discussão da questão racial pressupõe o racismo como estruturante das relações sociais, colocando os negros em situação de vulnerabilidade, o que torna a população negra mais suscetível a diversos problemas sociais e de saúde. Em Salvador, a inclusão da discussão de uma política abordando a diversidade racial se deu com a criação do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra (GTSPN), criado pela Portaria Municipal nº 18 de 11 de fevereiro de 2005, assinada pelas Secretarias da Reparação e da Saúde.

O grupo tinha como atribuições: implantar o Programa da Pessoa com Anemia Falciforme; elaborar um diagnóstico de saúde da população negra; implantar a política de saúde da população negra de Salvador e realizar articulações intra e intersetoriais voltadas para a efetivação da Política de Saúde da População Negra no município.

Neste mesmo ano, a Prefeitura Municipal de Salvador (PMS) assinou convênio, com o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID) para implantar o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) no âmbito das Secretarias do Município, coordenado pela Secretaria Municipal da Reparação (SEMUR). A partir dessa celebração, o GTSPN incorporou mais uma atribuição: implantar o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Saúde (PCRI).

A implementação do PCRI teve início em abril de 2005, sob a coordenação da Secretaria Municipal da Reparação (SEMUR). O fato de Salvador ter uma presença significativa de negros na vida da cidade e de a questão racial estar mais presente no debate público e em órgãos da PMS favoreceu a implantação do Programa. O objetivo foi introduzir a discussão sobre o racismo institucional a SMS e traçar estratégias de enfrentamento do problema. Dentre os resultados do trabalho neste eixo pode-se destacar a criação da estratégia de Pontos Focais em cada Distrito Sanitário, que se constituem de grupos de profissionais de distintas categorias que discutem e transversalizam a temática racial em suas unidades.

Em 2014, os Núcleos Distritais foram reestruturados e em funcionamento nos Distritos Sanitários: Liberdade, Pau da Lima, Itapagipe, Cabula Beiru, Boca do Rio, Itapuã e Subúrbio

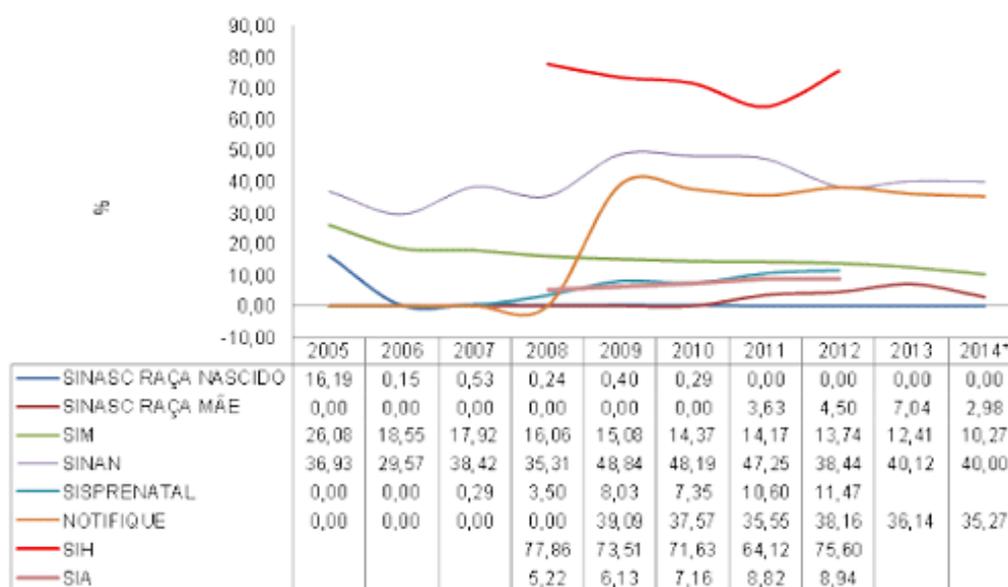
⁶³ Bom <10%; Regular 10 a 24,9%; Precário ≥25%.

Ferroviário. Há uma dificuldade para reestruturar os outros Pontos Focais devido a necessidade de capacitação de profissionais para a discussão desta temática.

Outro resultado do GT foi às discussões sobre a inclusão e preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação. As ações desenvolvidas priorizaram aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos e do monitoramento deste preenchimento de forma eficaz, buscando levantar subsídios para um planejamento de ações fidedigno à realidade vivenciada.

O gráfico 90 demonstra o percentual de não preenchimento do quesito raça/cor segundo Sistemas de Informação em Saúde no município, no período de 2005 a 2014. Observam-se os maiores índices no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Notifique e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN).

Gráfico 90: Percentual de não preenchimento do quesito raça/cor, segundo Sistemas de Informação em Saúde. Salvador/BA, 2005-2014.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS - SIM; SINASC; SINAN; SISPRENATAL e NOTIFIQUE

A análise dessa informação revelou que o percentual de preenchimento da opção ignorada no quesito-raça/cor nas fichas do SINAN, variou de 27,5% a 45% neste período. Foram realizadas atividades de capacitações para os profissionais de diversas categorias sobre o preenchimento qualificado. No entanto, esse resultado aponta a necessidade de adoção de outras estratégias para alcance do objetivo.

Em relação aos agravos mais prevalentes na população negra, o trabalho do GTSPN foi a elaboração dos “Diagnósticos de Saúde da População Negra de Salvador”, o primeiro publicado em 2005 e o segundo em 2015. Este diagnóstico tornou-se importante por evidenciar através da avaliação epidemiológica a maior vulnerabilidade desta população a doenças e agravos evitáveis.

As doenças e agravos que mais acometem a população negra inserem-se em quatro grandes grupos nosológicos, quais sejam: as doenças com condições geneticamente determinadas, dentre elas, duas se destacam diante da sua magnitude e transcendência, que são a hipertensão arterial e a doença falciforme; as doenças por condições adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis; doenças cuja evolução é agravada

ou o tratamento é dificultado pelas condições ambientais e as doenças por condições fisiológicas que sofrem interferência das condições ambientais. Embora não sejam específicos em negros, são prevalentes e apresentam morbimortalidade significativa. Acredita-se que o racismo seja um dos fatores que contribua para essa realidade, uma vez que é considerado um determinante social da saúde.

No período de 2005 a 2012 foi instituído o Programa Municipal de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme, através da articulação com o movimento social. Destaca-se que, quanto à hipertensão, foi ampliado o leque de medicações ofertadas à população, mais condizente com o perfil metabólico da população negra, conforme o Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na população afrodescendente, editado pelo Ministério da Saúde (2001).

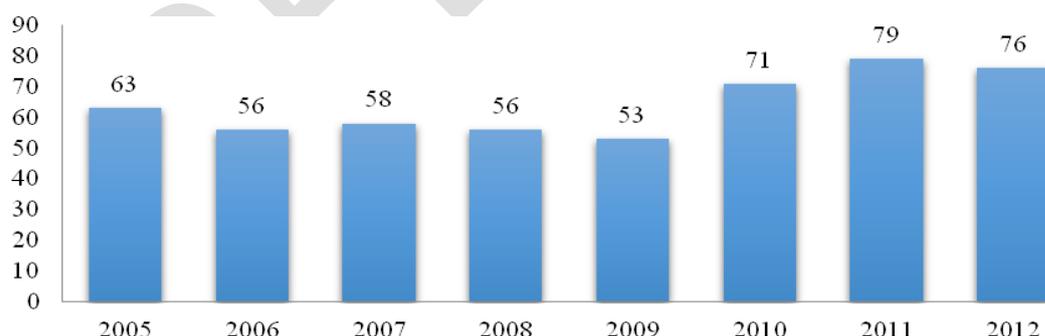
Uma das estratégias para a redução da influência do racismo na determinação social da doença se configura a Política de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A PNSIPN é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do país. Através da implementação desta Política, pretende-se contribuir para a promoção à saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

i) Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme -PAPDF

Em 2001, a Portaria GM 822/2001 do Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Triagem Neonatal, importante marco para o reconhecimento da relevância das hemoglobinopatias como problema de Saúde Pública no Brasil, com o objetivo de diagnosticar e iniciar precocemente o tratamento.

No período de 2005 a 2012 foram diagnosticadas em média 64 crianças ao ano na APAE – Salvador. A partir do ano 2010 observa-se aumento no número de crianças diagnosticadas quando comparado aos anos anteriores. Segundo a APAE, o aumento apresentado a partir de 2011 é justificado devido à mudança do Sistema de Informação, que passou a incluir dados de diagnósticos triados e não apenas os confirmados de DF, demonstrado no Gráfico 91.

Gráfico 91 – Número de crianças diagnosticadas com Doença Falciforme na APAE em Salvador – BA, 2005 a 2012.



Fonte: SRTN/APAE/Salvador-BA (2015)

Em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) criou o Grupo de Trabalho (GT) de Saúde da População Negra que tinha como uma de suas atribuições a implantação do (PAPDF). Apesar de o PAPDF ter sido instituído pela Lei nº 5.395/1998, apenas após a atuação do GT supracitado essa lei foi regulamentada através do Decreto nº 18.857/2008.

O Programa está baseado em três pilares: diagnóstico precoce; assistência integral, descentralizada e de qualidade; e o desenvolvimento de ações educativas, tendo como diretrizes a Política Nacional de Saúde da População Negra (Portaria nº 992/2009) e a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (Portaria nº 1.391/2005).

Desde o início das ações do PAPDF, os medicamentos para DF previstos na farmácia básica são disponibilizados pelo Município, e a partir de 2006 foi incluindo a dispensação de penicilina oral. Em 2009, o exame eletroforese de hemoglobina para diagnóstico tardio da doença, passou a ser coletado nas unidades de saúde da Rede Municipal e realizado no Laboratório Central.

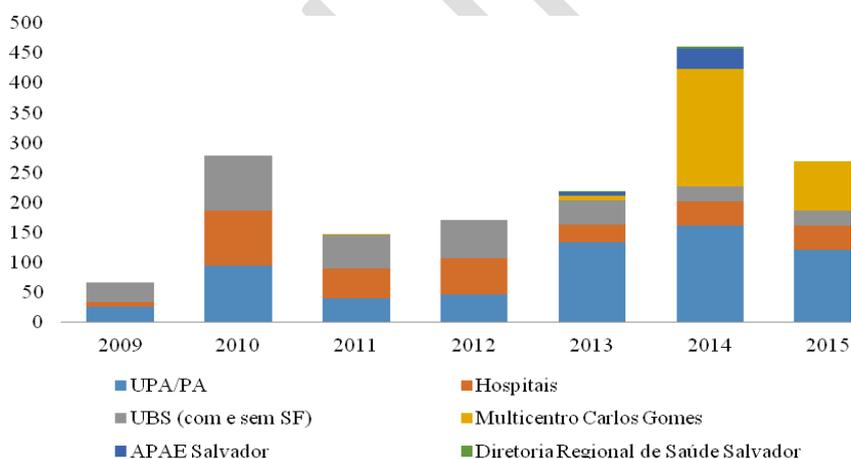
Em 2013 foi implantado o primeiro Ambulatório Municipal⁶⁴ Especializado de Hepatites Virais e Doença Falciforme, no Multicentro Carlos Gomes. No ano de 2014 foi inaugurado o segundo Ambulatório⁶⁵, no Multicentro Vale das Pedrinhas. Com a implantação dos mesmos, houve uma reorganização dos fluxos, em decorrência da transferência dos usuários da APAE e do HEMOBA para a Atenção Especializada Municipal.

A escassez de dados epidemiológicos sobre a doença consiste em um desafio para a análise da situação de saúde e planejamento de ações. A partir de 2009, após a publicação da Portaria nº 217/2009 que estabeleceu a notificação compulsória para os casos de DF em Salvador, houve um avanço rumo à diminuição da invisibilidade da doença, consistindo em um marco na história do Programa.

O gráfico 92 evidencia que as principais unidades notificadoras da DF em Salvador são as Unidades de Pronto Atendimento com cerca de 40% das notificações, totalizando o maior quantitativo no período de 2009 a 2015, exceto nos anos de 2012 e 2014. Essas unidades são procuradas pelos usuários em momentos de crise da doença a qual é acompanhada de intercorrências durante toda a vida, demonstrando a necessidade de fortalecimento das ações de atenção nos níveis de Atenção Primária e Especializada.

Em 2014, as notificações realizadas pelo Multicentro Carlos Gomes corresponderam a 46% do total. Entretanto, em 2015 ocorreu redução no percentual para 30,5% que pode ser justificado pela reforma da unidade e funcionamento temporário do ambulatório em um local adaptado, mas que não tinha a mesma capacidade instalada para a atuação dos profissionais.

Gráfico 92. Número de notificações de Doença Falciforme por unidade notificadora em Salvador – BA, 2009 a 2015.



A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção prioritária das ações do PAPDF, no entanto o quantitativo de notificações no período analisado foi baixo considerando o papel da APS na Rede de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com o fluxo estabelecido com a APAE e

^{64, 2} Ambos possuem equipe multiprofissional composta por médico hematologista adulto e pediátrico, enfermeira, assistente social, nutricionista e psicóloga.

preconizado pelo MS, as crianças diagnosticadas com DF são encaminhadas para primeira consulta no serviço especializado e posteriormente às Unidades Básicas de Saúde (UBS), contudo, alguns usuários permanecem apenas nos ambulatórios, tendo em vista a equipe multiprofissional e especializada.

Para que os cuidados preconizados em todos os níveis de atenção às pessoas com a doença tenham impacto positivo, é necessário o fortalecimento da articulação da rede de serviços, tanto na esfera Municipal, quanto na Estadual, tendo como norte o estabelecimento da Linha de Cuidado para Doença Falciforme.

j) População LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

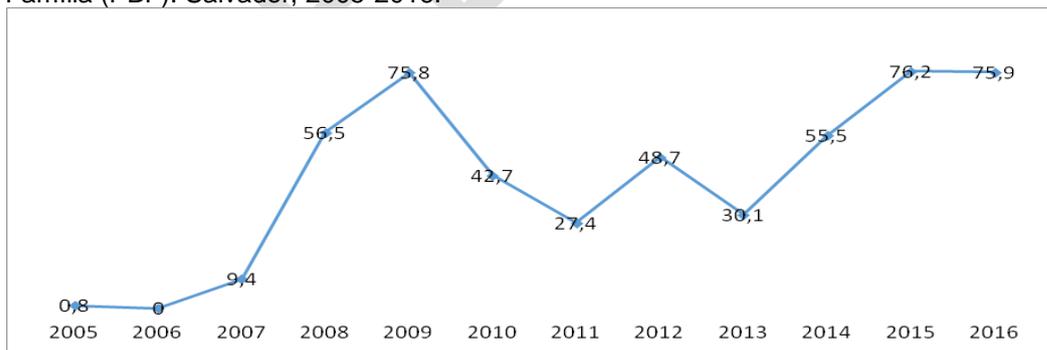
No que tange a Saúde da População LGBT, a política foi implantada na SMS em 2014, três anos após a instituição da política pelo MS⁶⁶, com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBT em Salvador.

No curso desses quatro anos, várias ações foram desenvolvidas para implantação e implementação da política no município, a saber: ações de Educação Permanente (EP) para qualificação dos profissionais em relação à legislação em saúde referente à população LGBT e para a incorporação de novos processos de trabalho que garantam o cumprimento dos pressupostos da política; definição de 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência (piloto) para o campo temático; articulação Intra e Intersetorial, e com representantes da sociedade civil organizada para implementação da política municipal, com foco na integralidade da atenção.

k) Programa Bolsa Família – PBF

Em relação às ações do Programa Bolsa Família (PBF)⁶⁷, o acompanhamento e registro das condicionalidades da saúde⁶⁸ têm apresentado comportamento oscilante ao longo dos anos, com melhor desempenho observado no ano de 2009, com acompanhamento de 75,8% da população beneficiária, e, nos anos 2015 e 2016, com 76,2% e 75,9% respectivamente (Gráfico 93).

Gráfico 93. Percentual do acompanhamento da população beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF). Salvador, 2005-2016.



Fonte: Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família / DATASUS, 2017.

⁶⁶ Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi instituída pela Portaria GM MS nº 2.836 de 1 de dezembro de 2011.

⁶⁷ O Programa Bolsa Família (PBF), criado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, destina-se às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, e tem como objetivos básicos promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial de educação, saúde e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular o desenvolvimento das capacidades das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza; e promover a intersetorialidade, a complementariedade e a sinergia das ações sociais do Poder Público.

⁶⁸ Segundo a Portaria GM/MDS nº 251, de 12 de dezembro de 2012, são condicionalidades na área da saúde do Programa Bolsa Família (PBF): a) para as gestantes e nutrizes, o comparecimento às consultas de pré-natal e a assistência ao puerpério, visando à promoção do aleitamento materno e dos cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança; e b) para as crianças menores de 7 (sete) anos, o cumprimento do calendário de vacinação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;

A partir de 2014, a fim de melhorar a cobertura do programa, algumas estratégias foram adotadas pela SMS, como a implementação do fluxo de atendimento da população beneficiária nas UBS, a realização de campanhas para chamamento das famílias, e, mutirões de busca ativa com acompanhamento domiciliar pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quando na situação de descumprimento das condicionalidades pela população beneficiária.

Outra estratégia desenvolvida pela SMS foi a instituição, em 2016, do Grupo Condutor para o PBF na Saúde, tendo sido elaborados e implantados instrumentos de monitoramento do Sistema de Gestão do PBF, definição de atribuição e ações para os diversos níveis de atenção (nível central, distrital e local), elaboração de boletins informativos com desempenhos do programa, ações de apoio institucional e de Educação Permanente, assim como a disponibilização de digitadores exclusivos para o programa.

Em relação às gestantes, observamos que, em 2008, ano em que o MS instituiu o acompanhamento deste grupo, 1.551 gestantes foram acompanhadas em Salvador, correspondendo a 17,3% do total. A partir de 2009, é observada uma redução no número de gestantes estimadas, sendo os melhores desempenhos proporcionais observados nos anos de 2010 e de 2016, com, respectivamente, 31,2% e 37,9% de cobertura em relação à população estimada (**Gráfico 94**). Acredita-se que a integração do SISPRENATAL ao Sistema de Gestão do PBF tenha oportunizado melhor desempenho do programa no último ano.

Gráfico 94. Número de gestantes do PBF estimadas e acompanhadas pela SMS. Salvador, 2008 a 2016.

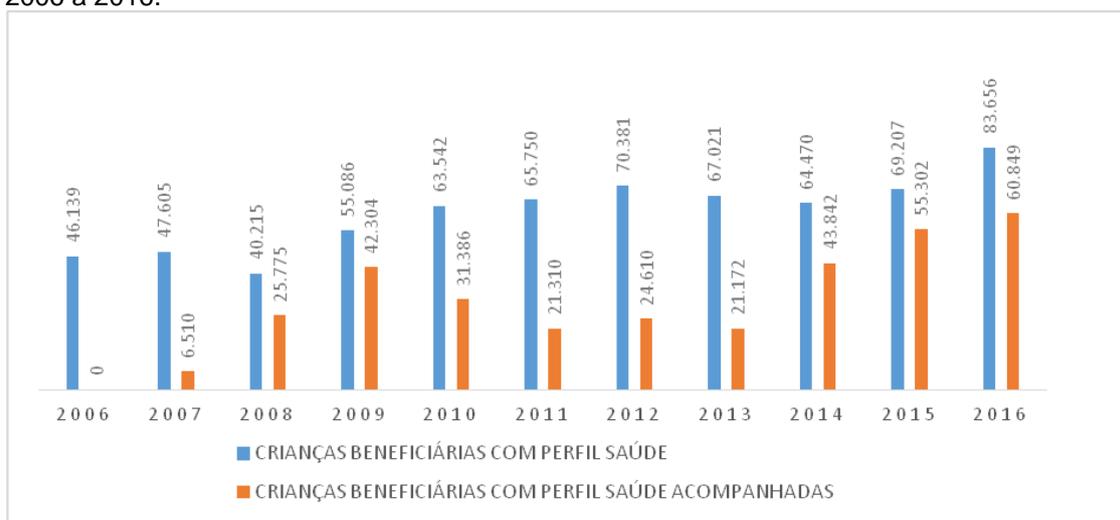


Fonte: Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família / DATASUS, 2017.

Em relação às crianças⁶⁹, o MS instituiu como obrigatório o acompanhamento deste público a partir do ano de 2006, a Secretaria da Saúde do Salvador iniciou o registro do desempenho em 2007, tendo acompanhado 6.510 crianças neste primeiro ano, correspondendo a uma proporção de 13,7% do estimado. A melhor cobertura observada foi no ano de 2015, com o registro de 55.302 crianças, ou seja, 79,9%. Em 2016, mesmo com o aumento de 21% no número do público estimado em relação ao ano anterior, houve acompanhamento de 60.849 crianças, correspondendo a uma cobertura de 72,7% (**Gráfico 95**).

⁶⁹ O acompanhamento de crianças do PBF na área de saúde refere-se à faixa etária de 0 a 7 anos.

Gráfico 95. Número de crianças do PBF estimadas e acompanhadas pela SMS. Salvador, 2006 a 2016.



Fonte: Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família / DATASUS, 2017.

I) Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB

O SISAB⁷⁰ é uma das estratégias do MS para desenvolver e reestruturar as informações, unificando e integrando todos os sistemas de software na Atenção Básica, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado, por meio do Cartão Nacional de Saúde. Esta é a principal reestruturação, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário e a produção de todos os profissionais da AB, melhorando assim a qualidade da informação em saúde e otimizando o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos.

O processo de implantação do SISAB em Salvador, iniciou-se em 2013, atrelado ao Programa Saúde na Escola – PSE. Todas as Equipes de Saúde da Família que aderiram ao PSE, informavam, por meio da Ficha de Atividade Coletiva, as ações desenvolvidas no Programa. O município fez a opção de não utilizar o software oficial (e-SUS) do Ministério da Saúde. Para operacionalização do sistema, o Núcleo de Tecnologia da Informação-NTI adaptou o Sistema Vida/ Módulo Atendimento, de modo a torná-lo compatível com a base de dados do SISAB.

Em 2016, considerando a Nota Técnica DAB/SAS/MS de 07 de agosto de 2014, Salvador encontrava-se com o SISAB parcialmente implantado, 92% das Equipes de Saúde da Família encontravam-se no estágio III (envio de informação de, ao menos Cadastro Individual, Atendimento Individual e Visita Domiciliar). Ainda, realizando uma análise dos dados produzidos e lançados no SISAB, identificou-se que apenas 26,2% da população estimada estava cadastrada pelos ACS. Identifica-se dois fatores que podem ter contribuído: baixa produtividade dos Agentes Comunitários de Saúde e/ou baixa digitação dos dados produzidos.

Desde a implantação do SISAB, houve um aumento do número de Equipes de Saúde da Família, mas a logística para digitação das fichas no Sistema Vida manteve-se a mesma, a digitação das fichas do SISAB é centralizada. Ao longo do ano algumas ações foram implementadas para intensificar o uso do SISAB no município.

Em 2017, o município forneceu para os Agentes Comunitários de Saúde, uma ferramenta tecnológica – tablets, visando acelerar a alimentação do sistema e qualificar os dados coletados para o cadastro individual e domiciliar. A distribuição está sendo por distrito sanitário de forma processual, de acordo com um cronograma previamente estabelecido e com prazo de

⁷⁰ SISAB foi instituído através da Portaria Ministerial nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Este novo sistema substitui o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, e conta com dois sistemas de softwares para captação de dados: Coleta de Dados Simplificados (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

conclusão até o mês de outubro. Que todo o empenho da implantação, implementação e utilização do SISAB seja para ampliar a qualidade no atendimento à população soteropolitana, qualificando a gestão da informação.

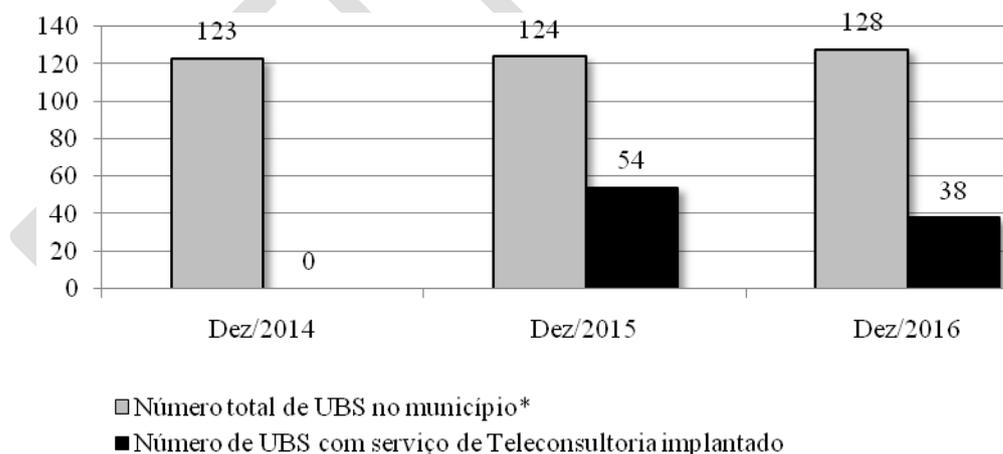
m) Telessaúde Brasil Redes

Em relação à organização dos serviços e à qualificação da assistência, convém citar o Telessaúde Brasil Redes⁷¹, um programa que tem como objetivo apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) ordenadas pela Atenção Básica (AB) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O município do Salvador participou da primeira fase do Projeto Telessaúde Brasil Redes Bahia (TelessaúdeBA), em 2011, executando a adesão de 144 Equipes de Saúde da Família e assumindo o compromisso de adquirir 144 kits de equipamentos, conforme normativa do Ministério da Saúde. Entretanto, mesmo com o repasse de 70% de recursos federais na fase de adesão, Salvador dispunha de apenas 72 kits instalados em 2013, o que inviabilizou o recebimento da segunda parcela do financiamento federal. Nos anos de 2014 e 2015, o município passou a dispor de 73 kits. No período de 2013 a 2015, o monitoramento do Telessaúde ocorreu pelo Sispacto⁷², mas Salvador não conseguiu cumprir as metas propostas.

A habilitação do serviço de Teleconsultoria no CNES ocorreu no final de 2015, sendo habilitadas 54 UBS e não 73 UBS, já que algumas Unidades Básicas possuíam mais de um computador destinado à Telessaúde, e a habilitação é limitada a um ponto de Telessaúde por CNES. No ano de 2016, com novo levantamento feito pela Coordenadoria de Atenção Primária do município, houve a desabilitação de 16 UBS, devido a diversos fatores - remanejamento de equipamentos para outros fins (gerência, recepção, sala de vacina, etc.), equipamentos quebrados ou inexistência de conectividade com a rede lógica, o que levou à redução do número de pontos do Telessaúde para apenas 38 serviços em 2016 (**Gráfico 96**). Assim, com apenas 29,7% das UBS habilitadas no município, a implantação do projeto em Salvador está classificada como incipiente.

Gráfico 96. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com serviço de Teleconsultoria implantado em relação ao total de UBS. Salvador, 2014-2016.



* Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde (incluindo Saúde da Família e unidades do sistema prisional).

Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Acesso em 12 de junho de 2017.

⁷¹ Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011.

⁷² Indicador 60 – Número de pontos de Telessaúde Redes implantados. As metas propostas para os anos de 2014 e 2015 foram, respectivamente, 85 e 13 pontos implantados, sendo a última acumulativa em relação ao período anterior.

Em relação às Teleconsultorias⁷³ realizadas, por texto ou vídeo, nos anos de 2015 e 2016, foram contabilizadas 12 e 40 solicitações respectivamente, sendo as mais frequentes das seguintes classificações: medicação/prescrição/renovação/injeção; vacinação/medicação preventiva; educação em saúde/aconselhamento/dieta; citologia esfoliativa/histologia. Para o último ano, a enfermagem foi a categoria ocupacional que liderou a utilização da plataforma, seguida do psicólogo, cirurgião dentista e fisioterapeuta. A categoria médica contava com 42 profissionais cadastrados, mas não utilizou este serviço no período, assim como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que tinham 46 profissionais cadastrados e só houve uma única solicitação no último ano do período analisado. Por telefone, os médicos solicitaram 73 Teleconsultorias em 2015 e 200 Teleconsultorias no ano de 2016. Estes resultados revelam que a incorporação do projeto pelos profissionais de Salvador também é muito incipiente, o que indica a necessidade da reavaliação das estratégias desenvolvidas.

2.5.2.2. Rede Cegonha

A Rede Cegonha, estratégia instituída no âmbito do SUS por meio da Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, surgiu com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, com a implementação de rede de cuidados que assegurasse às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada a gravidez, ao parto, puerpério e abortamento; e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A partir do ano de 2010, com a publicação da Lei Municipal 7.581⁷⁴, o município do Salvador, em articulação com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), iniciou o processo de discussão da importância da vinculação da gestante à maternidade. A implantação da Rede Cegonha em Salvador teve início em 2012, através da elaboração do Plano de Ação Municipal da Rede Cegonha, ano que também foi instituído o Fórum Perinatal da Região Metropolitana do Salvador sob coordenação do Estado da Bahia, com participação de gestores e trabalhadores da Atenção Básica e Hospitais/Maternidades, Movimentos Sociais, Ministério Público, Universidades e Conselhos de Classe. Assim, a partir deste período, o processo de implementação da Rede Cegonha em Salvador ocorre através de espaços colegiados de gestão, tendo sido constituído Grupos de Trabalho (GT) por Regiões Distritais, com objetivo de planejar, monitorar e avaliar as ações do pré-natal, parto e puerpério em cada território.

a) Componente pré-natal, parto e nascimento

O Mapa de Vinculação⁷⁵ de Salvador, uma das diretrizes da Rede Cegonha, foi elaborado a partir da classificação do pré-natal - risco habitual e alto risco -, tendo, o município, duas unidades hospitalares para as gestantes com classificação de Pré-Natal de Alto Risco Tipo 2 (PrN AR2) e oito para a gestante com classificação de Pré-Natal de Alto Risco Tipo 1 (PrN AR1). Para as gestantes de Risco Habitual (RH), são dez equipamentos de saúde disponíveis, todas as maternidades que atendem a classificação de alto risco, a Casa de Parto Normal Marieta de Souza Pereira (CPN MSP), única referência de parto normal em Salvador, e o Hospital Geral Menandro de Farias (Quadro 03).

⁷³ O serviço de Teleconsultoria do Telessaúde permite que os profissionais da Atenção Básica recebam esclarecimentos sobre procedimentos clínicos, ações de saúde, materiais educativos, organização e gestão da Atenção Básica.

⁷⁴ Em 25 de março de 2010, foi sancionada a Lei 7.581 que institui que toda gestante no município de Salvador tem direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade que realizará o parto e intercorrências no pré-natal. Esta lei foi regulamentada pelo Decreto 23.569/2012.

⁷⁵ O Mapa de Vinculação é uma estratégia para garantir assistência regionalizada, vinculando a gestante a uma maternidade de referência no momento da inscrição no pré-natal para ter seu parto assegurado.

Quadro 03. Distribuição dos Equipamentos Hospitalares/Maternidades, segundo critério de classificação de risco do pré-natal. Salvador. 2015

Risco Habitual (RH)	Alto Risco 1	Alto Risco 2
Maternidade Albert Sabin (MAS)	Maternidade Albert Sabin (MAS)	Maternidade de Referência José Maria de Magalhaes Neto (MRJMMN)
Maternidade Climério de Oliveira (MCO)	Maternidade Climério de Oliveira (MCO)	
Maternidade Tsylla Balbino (MTB)	Maternidade Tsylla Balbino (MTB)	Maternidade Hospital Geral Roberto Santos (Mat. HGRS)
Maternidade Hospital Geral Roberto Santos (Mat. HGRS)	Maternidade Hospital Geral Roberto Santos (Mat. HGRS)	
Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA)	Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA)	
Hospital Sagrada Família (HSF Bonfim)	Hospital Sagrada Família (HSF Bonfim)	
Hospital João Batista Caribé (HGBC)	Hospital João Batista Caribé (HGBC)	
Maternidade de Referência José Maria de Magalhaes Neto (MRJMMN).	Maternidade de Referência José Maria de Magalhaes Neto (MRJMMN).	
Casa de Parto Normal Marieta de Souza Pereira (CPN MSP) que é referência para todas as Unidades Básicas de Saúde, e o Hospital Geral Menandro de Farias		

Fonte: DAS/SMS, 2015

Apesar da elaboração do mapa de vinculação do componente parto e nascimento, não existe garantia de que a gestante vinculada àquela maternidade de referência consiga realizar o parto no serviço indicado, uma vez as vagas de leitos obstétricos em Salvador também atendem às gestantes de outros municípios do estado.

Dos leitos estabelecidos para a Rede Cegonha, a secretaria tem gestão apenas dos leitos do Hospital Sagrada Família (HSF), com contrato regido de acordo com boas práticas de atenção ao parto e nascimento. A comissão de contratos do município acompanha mensalmente todas as cláusulas firmadas em relação às ações da Rede Cegonha para o HSF, gerando relatórios mensais de acompanhamento. As demais maternidades ficam sob gestão do Estado, inclusive a regulação dos leitos obstétricos no município.

Em dezembro de 2015, o HSF deu início a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), mas este serviço sempre teve dificuldades em cumprir esta implantação, além de questões como, por exemplo, a inserção de enfermeiras obstétricas no corpo clínico, a manutenção da taxa de episiotomia menor que 30%, e o atendimento do pré-natal de alto risco e parto do território de vinculação.

Para a captação precoce de gestantes, observamos um discreto aumento no percentual de gestantes cadastradas até 120 dias no Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (SisPreNatal Web), passando de 31% em 2012 para 37,8% em 2016 (**Tabela 88**).

Tabela 88. Distribuição total e proporcional de gestantes captadas até 120 dias no SisPreNatal Web. Salvador, 2012-2016.

Ano	Número de Gestantes Cadastradas	Gestantes Cadastradas até 120 dias de gestação	% de Captação Precoce
2012	2.154	667	31,0%
2013	4.981	1.336	26,8%
2014	5.509	1.971	35,8%
2015	8.012	3.018	37,7%
2016	8.570	3.242	37,8%

Fonte: SisPreNatal Web

Sabe-se, entretanto, que estes dados não refletem a realidade porque esse sistema é subutilizado em Salvador devido à insuficiência de recursos humanos e à baixa velocidade da rede lógica de dados. Quanto ao aumento na proporção da captação precoce de gestantes para o período observado, entende-se que a oferta do Teste Rápido de Gravidez nas UBS, a partir de 2014, foi um aspecto motivador para a procura pelo serviço nas UBS e, conseqüentemente, início do pré-natal até a 12ª semana de gestação, além da intensificação da busca ativa de gestantes pelos ACS.

Em relação aos exames de pré-natal, houve aumento no número de Postos de Coleta na Atenção Primária, passando de 33 postos em 2012 para 60 postos em 2015, serviços distribuídos pelos 12 Distritos Sanitários que ofertam exames laboratoriais para gestantes de risco habitual e alto risco. Em 2013 foi implantado os testes rápidos de HIV, sífilis, Hepatites B e C, e de gravidez nas UBS. Até o final de 2015, das 115 UBS existentes, 110 estavam realizando as testagens. No período de 2013 a 2015, ocorreu um investimento em qualificação dos profissionais para realização das testagens rápidas, tendo sido capacitados 550 profissionais da rede municipal.

Em 2014, teve início a implantação da triagem pré-natal em papel filtro, estratégia da SESAB em parceria com a APAE, destinada a investigar sífilis e outras patologias, como HIV, HTLV, Eletroforese de Hemoglobina. Segundo dados da **tabela 89**, observamos um incremento de 65,1%, no período de 2014 a 2016. Apesar deste incremento, o número ainda está abaixo do esperado, uma vez que protocolo de exames do pré-natal prevê 02 exames de triagem pré-natal por gestante (1º e 3º trimestres).

Tabela 89. Exames de triagem pré-natal em papel filtro realizados nas UBS. Salvador, 2014-2016

Ano	Exames de triagem pré-natal realizadas
2014	8.273
2015	11.235
2016	13.661

Fonte: APAE Salvador

Em relação à realização dos exames de pré-natal e tratamento para a patologias diagnosticadas, identificam-se os seguintes obstáculos para a implementação deste processo: UBS que não conseguem organizar seu processo de trabalho para ofertar o teste rápido no momento da consulta do pré-natal; baixa adesão dos profissionais médicos capacitados na realização da testagem nas unidades; dificuldade em tratar adequadamente a gestante com sífilis, devido a não adesão ao tratamento dos seus parceiros; resistência de alguns profissionais da AB para administrar a Penicilina na ausência do profissional médico, mesmo com normatização em portarias, decretos e notas técnicas em relação à administração da Penicilina na Atenção Básica por enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos.

Quanto às consultas de pré-natal, observa-se um aumento na proporção do número de sete ou mais consultas, passando de 40,4% em 2005 para 53,6% em 2015, o que corresponde a um incremento de 32,7% (**Tabela 90**). Evidências na literatura mostram que melhores resultados maternos e perinatais estão relacionados às mulheres grávidas que recebem assistência no início da gestação e comparecem a mais consultas de pré-natal.

Tabela 90. Proporção de nascidos vivos de mães, segundo número de consultas de Pré-Natal. Salvador, 2005-2015.

Ano	% Nenhuma	% 1-3 vezes	% 4-6 vezes	% 7 e +	% Não informado	% Ignorado
2005	8,3	11,0	37,6	40,4	0,3	2,4
2006	7,0	10,0	35,4	46,1	0,3	1,3
2007	6,6	10,4	37,4	44,3	0,3	1,0
2008	6,4	10,6	36,9	45,4	0,3	0,5

2009	5,5	10,1	35,3	48,4	0,3	0,4
2010	5,0	9,0	34,8	50,6	0,3	0,3
2011	5,1	10,0	36,7	47,5	0	0,7
2012	4,9	10,5	37,1	46,5	0	0,9
2013	5,3	10,3	35,3	48,2	0	0,9
2014	4,3	8,8	34,5	51,3	0	1,2
2015	4,0	8,1	33,2	53,6	0	1,0

Fonte: Sinasc

O município do Salvador disponibiliza, desde 15 de dezembro de 2015, o Disque Gestante (DG), um serviço de atendimento para gestantes e puérperas criado após o MS declarar a microcefalia uma situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Este serviço surgiu como o objetivo de orientar as gestantes na prevenção e manejo clínico da infecção pelo Zika Vírus na gestação e microcefalia no recém-nascido. Desde o seu surgimento, o DG vem se fortalecendo enquanto um instrumento de orientação para a população materno infantil com ampliação do seu escopo de atuação⁷⁶.

Ainda em relação ao componente pré-natal da Rede Cegonha, registra-se que a região metropolitana possui 05 SAMU Cegonha. Em 2016, foi implantado pelo Estado a estratégia Maternidade Certa com transporte seguro através da Central Estadual de Regulação (CER), buscando assegurar o cumprimento da Lei Maternidade Certa e a vinculação da gestante às maternidades.

b) Componente Atenção Integral à Saúde da Criança

Sabe-se que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança constitui ação central do cuidado infantil, sendo essencial para a articulação de atividades de prevenção e intervenção que objetivam reduzir riscos de morbimortalidade. Em relação aos dados assistenciais de crianças menores de dois anos, identificamos uma redução no número de consultas médicas nessa faixa etária, passando de 325.301 em 2008 para 60.819 em 2015 (**Tabela 91**). Acredita-se que a introdução da estratégia do e-SUS pode ter interferido na qualidade do registro dos dados no sistema, o que compromete significativamente o acompanhamento e monitoramento das ações propostas.

Tabela 91. Consultas Médicas para crianças < 2 anos, Salvador, 2008 a 2015.

Ano	Números de Consultas
2008	325.301
2009	170.856
2010	175.978
2011	146.014
2012	276.076
2013	569.127
2014	65.288
2015	60.819

Fonte: SIASUS

Como o objetivo de garantir a vinculação do Recém Nascido (RN) na Atenção Básica e a realização das ações previstas para o atendimento integral na primeira semana de vida, foi

⁷⁶ Atualmente o DG tem os seguintes objetivos: orientar à gestante quanto às diretrizes assistenciais para o Pré-Natal, fornecendo informações sobre fluxos de atendimentos e agendamento de exames; encaminhar as gestantes para o pré-natal de risco habitual e de alto risco; encaminhar o recém nascidos para o serviço de puericultura nas unidades de saúde; agendar Ultrassonografia Transfontanela para crianças com suspeita/diagnóstico da Síndrome Congênita associada à Infecção pelo Vírus Zika; instruir as famílias acometidas pela Síndrome Congênita associada à Infecção pelo Vírus Zika, quanto ao acompanhamento integral às crianças através da orientação da Rede de Atenção que atende à criança nesse contexto.

implantado, em 2016, um fluxo de marcação das consultas para os RN e as puérperas, por meio do encaminhamentos pelas maternidades da relação de alta das puérperas para os Distritos Sanitários vinculados. A capacitação de profissionais médicos e enfermeiros, a partir de 2010, na estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) para a faixa etária neonatal foi outra ação desenvolvida, tendo o município já capacitado 211 profissionais.

Em relação aos indicadores de Aleitamento Materno, Salvador apresenta uma prevalência de 36,5% do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em crianças menores de seis meses⁷⁷, ficando abaixo da média nacional com 41% (Brasil, 2009).

Os dados de consumo alimentar das crianças acompanhadas pelo Sisvan nas UBS indicam uma redução na proporção de AME para crianças menores de seis meses, no período de 2008 a 2015 (**Tabela 92**). Estes dados e os dados de prevalência do AME do município do Salvador indicam a necessidade da intensificação das políticas de promoção do aleitamento materno no município.

Tabela 92. Proporção de Crianças Menores 06 meses com Aleitamento Exclusivo, Salvador, 2008-2015.

Ano	Total de cç acompanhadas pelo Sisvan	Número de cç < 06 meses em AME	% de cç < 06 meses em AME
2008	1.374	328	24
2009	1.607	329	20
2010	1.843	279	15
2011	2.766	417	16
2012	2.620	355	13
2013	2.779	236	8
2014	4.141	300	7
2015	2.167	288	13

Fonte: MS/SISVAN.

Entre as ações desenvolvidas pelo município para a promoção do Aleitamento Materno (AM) existe a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)⁷⁸ em 15 UBS e a realização da semana de mobilização com a intensificação das ações de promoção do AM, anualmente, no mês de agosto. Além disso, o município dispõe do Comitê de Aleitamento Materno do Salvador (COAMAS), instituído pela Portaria SMS nº 348 de 4 de dezembro de 2009.

A desnutrição na primeira infância tem como consequência o comprometimento do crescimento e desenvolvimento infantil, sendo um relevante problema de saúde pública (Brasil, 2005). O Brasil, de um modo geral, tem reduzido a prevalência da desnutrição como consequência da redução da pobreza e da exclusão social, e Salvador vem acompanhando essa tendência. Das crianças menores de dois anos acompanhadas pelo Sisvan, observamos uma redução na proporção de crianças desnutridas, passando de 6% em 2008 para 3% em 2015, apesar do aumento no número de crianças acompanhadas nesse período (**Tabela 93**).

⁷⁷ O Ministério da Saúde preconiza o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os 06 meses de idade, com introdução de alimentação complementar e amamentação até os dois anos de vida.

⁷⁸ A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) foi instituída pela Portaria GM MS nº1.920 em 5 de setembro de 2013 e tem como objetivos: qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade; e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Tabela 93. Proporção da desnutrição em crianças menores de 02 anos, Salvador, 2008 a 2015.

Ano	Total de cç acompanhadas pelo Sisvan	Número de cç < 02 anos desnutridas	% de cç < 02 anos desnutridas
2008	1.367	76	6
2009	1.617	88	5
2010	1.862	82	4
2011	2.882	113	4
2012	2.779	115	4
2013	2.882	77	3
2014	4.518	135	3
2015	6.011	195	3

Fonte: SMS/SISVAN.

Em relação à taxa de internação por Doença Diarreica Aguda (DDA) em crianças menores de cinco anos, observamos uma queda de 58% para o período analisado, passando de 3,1/1000 em 2010 para 1,3/1000 em 2015 (**Tabela 94**).

Tabela 94. Taxa de Internação por Doença Diarreica Aguda (DDA) em menores de 5 anos, Salvador, 2010 a 2015.

Ano Internação	Taxa Pop/1000
2010	3,1
2011	1,8
2012	2,0
2013	1,8
2014	1,3
2015	1,3

Fonte: SMS/ Tabnet Salvador/ SUIS-SIH e IBGE.

Sobre as Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças menores de 05 anos, uma das causas mais frequentes de internação hospitalar nesta faixa etária, identificamos, para o período analisado, um recrudescimento no ano de 2013, com 20,8/1000 internações e uma queda de 21% em relação ao ano de 2010, tendo 15,3/1000 internações no último período analisado (**Tabela 95**).

Tabela 95. Taxa de Internação por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em menores de 5 anos, Salvador, 2010 a 2015.

Ano Internação	Taxa Pop /1000
2010	19,3
2011	18,4
2012	19,9
2013	20,8
2014	18,6
2015	15,3

Fonte: SMS/ Tabnet Salvador/ SUIS-SIH e IBGE.

Aspectos relacionados às condições nutricionais – baixo peso ao nascer, baixos peso e estatura para a idade e interrupção da amamentação –, baixo nível sócio econômico, exposição passiva ao fumo e condições ambientais inadequadas são, em linhas gerais, principais fatores de risco envolvidos na ocorrência das DRA na infância.

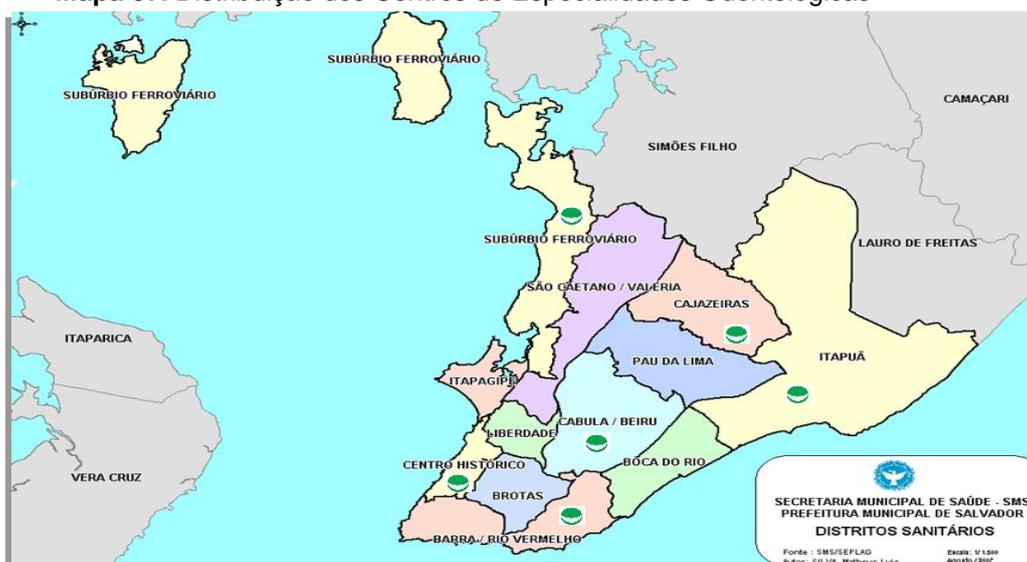
2.5.2.3. Rede de Saúde Bucal

A rede de saúde bucal do município de Salvador está organizada por níveis de atenção. Em junho de 2017, a rede de Atenção Primária à Saúde Bucal (APS) está composta por 73 Unidades Básicas com Estratégia de Saúde da Família (ESF), 44 Unidades Básicas sem Estratégia de Saúde da Família (UBS) e 01 Centro Municipal Odontológico Liberdade (CMOL),

perfazendo um total de 118 unidades de saúde, onde 158 cirurgiões dentistas exercem suas atividades com carga horária de 40h semanais e 129 cirurgiões dentistas com carga horária de 20h semanais. Este nível de assistência oferta atendimentos clínicos, tais como: procedimentos de profilaxia; cirúrgicos; restauradores; periodontia básica e ações de promoção à saúde bucal, entre elas, atividades educativas, escovação dental supervisionada e aplicação de flúor.

A Atenção Secundária em Saúde Bucal é composta por 06 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), CEO Carlos Gomes (Centro Histórico); CEO Alto da Cachoeirinha (Cabula / Beiru); CEO Federação (Barra/ Rio Vermelho); CEO Cajazeiras (Cajazeiras); CEO Mussurunga (Itapuã) e CEO Periperi (Subúrbio Ferroviário), conforme ilustrado no mapa 07.

Mapa 07. Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas



Fonte: SMS/DAS/CSB

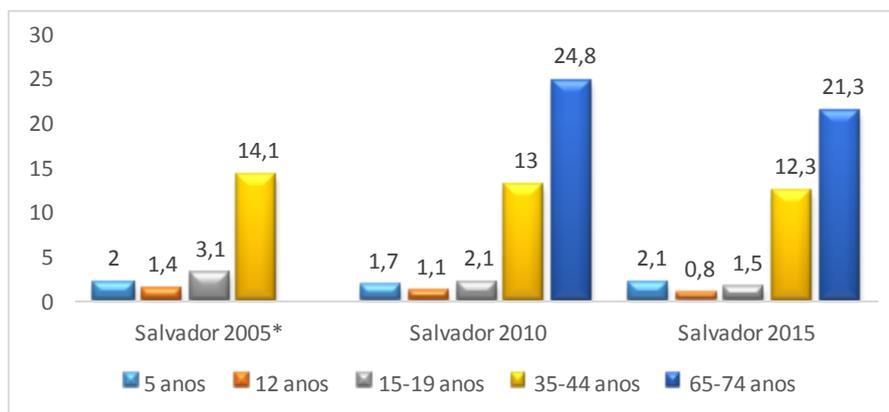
Os CEO disponibilizam serviços odontológicos especializados em cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, endodontia, odontopediatria, periodontia especializada, prótese e atendimento a portadores de necessidades especiais (NAPES).

Além disso, o município possui 09 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com serviço de odontologia, situados nos seguintes Distritos Sanitários (DS): UPA Barris (DS Barra/Rio Vermelho); UPA Dr Hélio Machado e UPA São Cristóvão (DS Itapuã); UPA Valéria e UPA San Martin (DS São Caetano/Valéria); UPA Pirajá (DS Cabula-Beiru); UPA Adroaldo Albergaria e UPA Paripe (DS Subúrbio); e UPA Brotas (DS Brotas).

A rede de atenção secundária em saúde bucal dispõe de 01 Unidade de Atendimento Odontológico de Urgência (UAO) no DS Brotas e 01 Serviço de Atendimento Odontológico Especializado no SEMAE, voltado para pacientes portadores de infecções sexualmente transmissíveis (IST/ HIV/Aids/HV) no DS Liberdade. Vale destacar, que em junho 2017, o município de Salvador apresenta em sua rede de assistência à saúde bucal 297 consultórios odontológicos distribuídos na atenção primária e secundária de atenção à saúde.

Os últimos levantamentos epidemiológicos realizados no município de Salvador permitiram analisar o perfil epidemiológico de saúde bucal da população para o período de 2005 a 2015, revelando uma melhoria da condição de saúde bucal a partir da redução da prevalência da cárie dentária nas idades/faixas etárias de 12, 15-19, 35-44 e 65-74 anos.

Gráfico 97. Índice de cárie dentária ceo-d/CPO-D⁷⁹ por faixa etária, nos anos 2005, 2010 e 2015

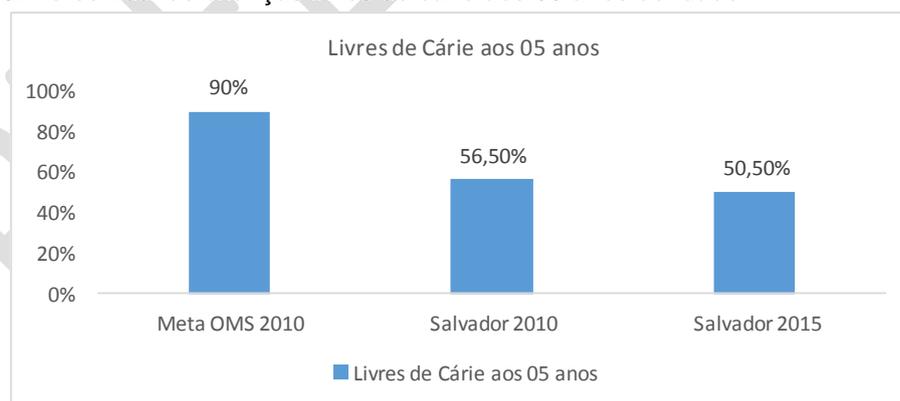


Fonte: Sb Brasil 2010 e Inquérito epidemiológico de Salvador 2005 e 2015 *O Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal, Salvador-BA, 2005 não incluiu a faixa etária de idosos (65-74) na análise.

A meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2010, na faixa etária de 05 anos, era de 90% das crianças livres de cárie. Nos últimos inquéritos epidemiológicos de saúde bucal realizados em Salvador, em 2010 e 2015, na idade de 5 anos, os dados encontrados demonstram a gravidade desta doença em pré-escolares (Gráfico 97). Esse grupo populacional encontra-se em condição de vulnerabilidade, entre outros fatores, pela dificuldade de alcançar este público para realização de ações preventivas e de promoção de saúde bucal, devido à baixa cobertura educacional a esta faixa etária.

Vale destacar, o estímulo a busca ativa dessas crianças com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como a oferta de assistência odontológica reabilitadora, quando necessário. Dentre as principais intervenções realizadas pelo município salientamos a realização de ações de promoção de saúde, tendo como principal enfoque a inserção da escovação dental supervisionada com flúor e a educação em saúde, com ênfase na introdução racional do açúcar.

Gráfico 98. Percentual de crianças livres de cárie aos 05 anos de idade.

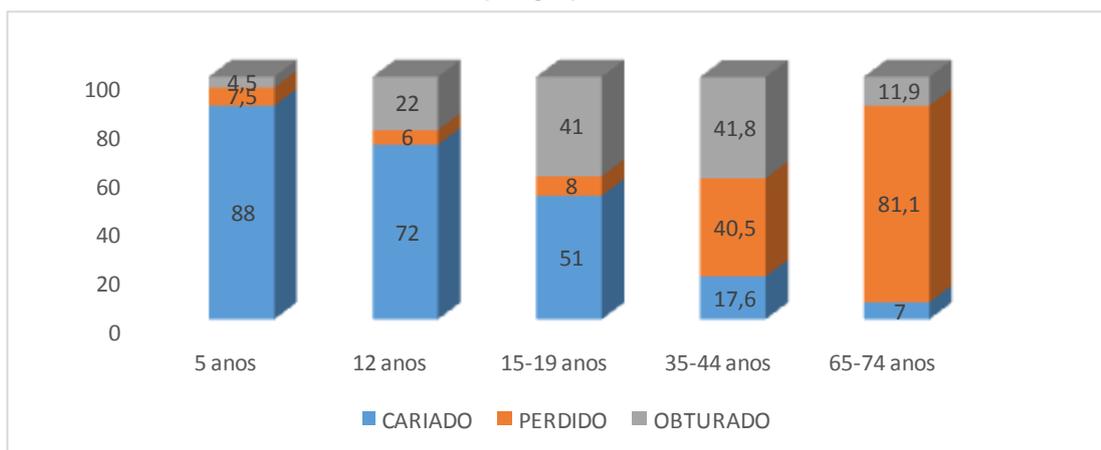


Fonte: Sb Brasil 2010, Inquérito epidemiológico de Salvador 2010 e 2015 e OMS

Em 2015, a perda dental encontra-se elevada entre adultos e idosos, vale destacar que na faixa etária de 65-74 anos, nota-se um significativo percentual (81,1 %) do componente perdido no índice CPO-D (Gráfico 99). Diante dos dados apresentados permite-se inferir que há uma redução da cárie dental entre os mais jovens, e elevada perda dental entre adultos e idosos.

⁷⁹ Índices utilizados para mensurar a experiência de cárie nos indivíduos em determinado espaço geográfico e ano considerados. ceo-d corresponde ao número médio de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados e CPO-D o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados.

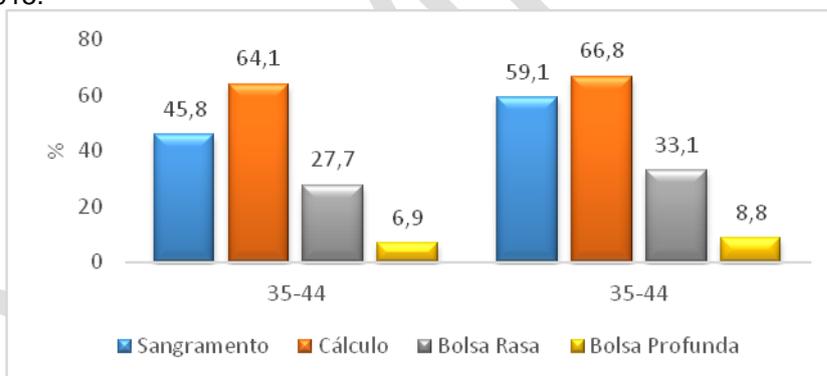
Gráfico 99. Percentual do índice CPO-D/ ceo-d por grupo etário em Salvador- BA, 2015.



Fonte: Dados do Inquérito Epidemiológico de Salvador 2015.

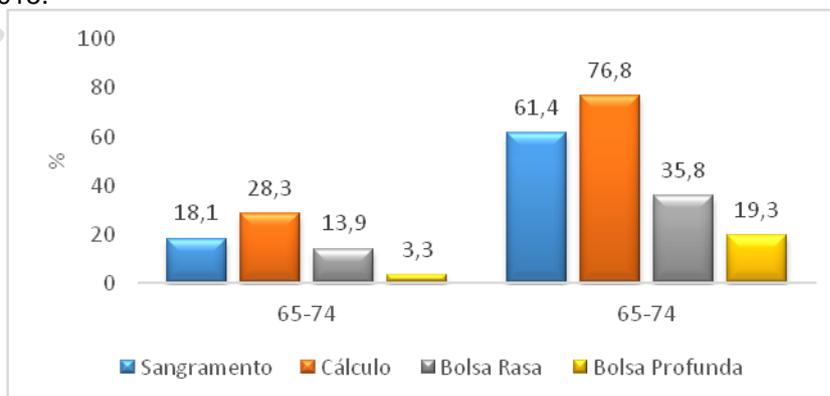
No que se refere as doenças periodontais, ao comparar o último inquérito epidemiológico nacional em 2010 com o realizado pelo município de Salvador em 2015, é possível observar uma alta prevalência de alterações periodontais atingindo em graus leves (sangramento e cálculo dental) um percentual considerável da população adulta e idosa, com uma média superior a nacional (**Gráfico 100 e 101**).

Gráfico 100. Prevalência de alterações periodontais na faixa etária de 35-44, Brasil 2010 e Salvador –BA,2015.



Fonte: Dados do Sb Brasil 2010 e Inquérito Epidemiológico de Salvador 2015.

Gráfico 101. Prevalência de alterações periodontais na faixa etária de 65-74 de Brasil 2010 e Salvador -BA, 2015.



Fonte: Dados do Sb Brasil 2010 e Inquérito Epidemiológico de Salvador 2015.

Esse cenário de alta prevalência das alterações periodontais pode ser melhorada com tratamentos realizados na atenção básica, em níveis de menor complexidade. Entretanto, a baixa cobertura em saúde bucal no município compromete a melhoria do perfil epidemiológico deste agravo.

Para a análise de desempenho da produção de saúde bucal da rede própria, durante o período de 2008 a 2015, optou-se por analisar procedimentos que indiquem o acesso e a qualidade da atenção à saúde bucal prestada pelo município. A análise dos dados permite inferir que há uma tendência crescente de ações de promoção e prevenção em saúde bucal realizadas pelo município, destacando um incremento nos últimos anos. Em relação a 1ª consulta odontológica programática e a exodontia de dentes permanentes, tem-se observado um padrão similar na série histórica, o qual pode ser justificado pela relação do primeiro acesso do usuário ao serviço e a sua necessidade de realização de tratamento odontológico curativo (Gráfico 102).

No período de 2013 a 2015 observa-se uma estabilização da primeira consulta odontológica programática ainda que a oferta de serviços através das equipes de saúde bucal tenha se ampliado no mesmo período analisado. Esta estabilização pode ser justificada pela baixa cobertura populacional de saúde bucal (20,32%) em 2015, que limita a ampliação do acesso de novos usuários a rede de atenção à saúde bucal.

Gráfico 102. Número de procedimentos de saúde bucal no período de 2008 a 2015



Fonte: TABWIN/ SIA/SUS

Ao realizar a análise dos indicadores de saúde bucal, constatou-se que em relação à média da ação coletiva de escovação dental supervisionada nota-se que a partir de 2013 houve um aumento desta ação com um incremento de 280% entre 2013 a 2015, revelando uma ampliação deste indicador de promoção e prevenção à saúde bucal no período analisado (Gráfico 103).

Gráfico 103. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada. Salvador-BA, 2008-2015.



Fonte: TABWIN/ IBGE/ SIA/SUS

No tocante ao indicador de proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos clínicos odontológicos, é possível observar uma redução desta proporção, com um destaque ao período de 2013 a 2015. Isso demonstra uma maior qualidade no tratamento ofertado pela odontologia do município devido a um maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento a extração dentária (Gráfico 104).

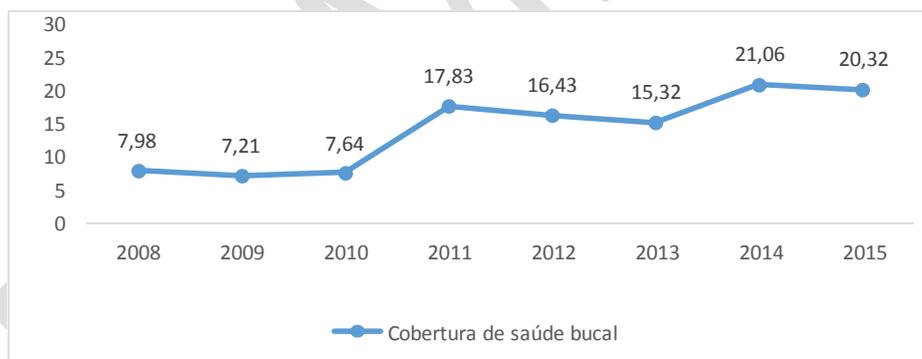
Gráfico 104. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos de 2008 a 2015.



Fonte: TABWIN/ IBGE/ SIA/SUS

No que se refere à cobertura populacional de saúde bucal, observa-se no período analisado um incremento de 82% na cobertura, ampliando a oferta de serviços de saúde bucal para aproximadamente 377405 habitantes (Gráfico 105). Especialmente no exercício de 2013 a 2015, observa-se um incremento de 5% deste indicador.

Gráfico 105. Cobertura populacional de saúde bucal 2008 a 2015 (%)



Fonte: TABWIN/ IBGE/ SIA/SUS

A cobertura de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no município de Salvador está distribuída por distrito sanitário conforme tabela 96.

Tabela 96. Cobertura de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família por Distrito Sanitário.

	Distrito Sanitário	Cobertura de Saúde Bucal na ESF
1º	Subúrbio Ferroviário	42,95%
2º	Cajazeiras	36,23%
3º	São Caetano Valéria	34,60%
4º	Itapuã	31,93%
5º	Cabula / Beiru	21,97%

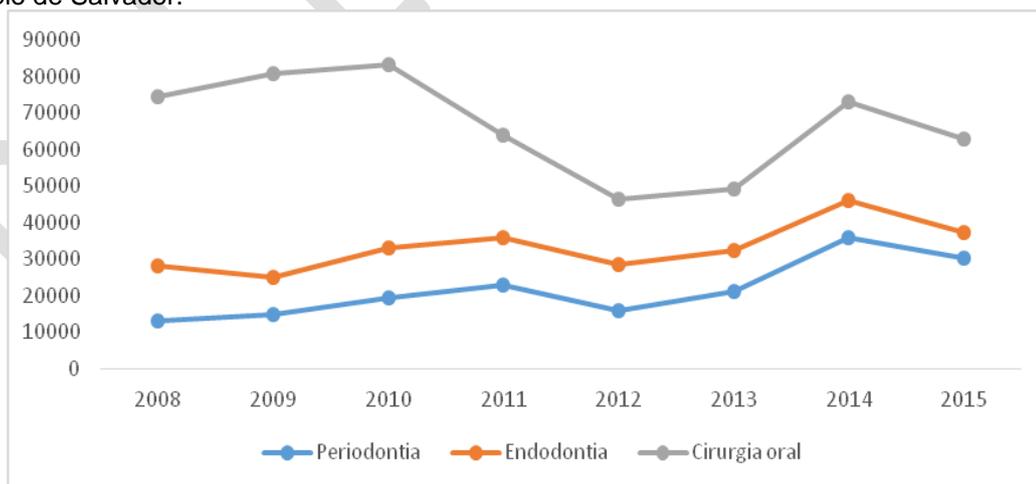
6º	Pau da Lima	16,14%
7º	Centro Histórico	14,98%
8º	Boca do Rio	14,16%
9º	Brotas	13,83%
10º	Barra/ Rio Vermelho	11,89%
11º	Itapagipe	6,22%
12º	Liberdade	5,89%

Fonte: SMS/DAS/CSB

Em relação aos serviços especializados em saúde bucal, no período de 2008 a 2015, observa-se uma diferenciação no padrão de realização dos procedimentos executados na especialidade de cirurgia comparado com as especialidades de periodontia e endodontia (Gráfico 106). Isso pode ser justificado através da publicação da Portaria nº 1.464 de 24/06/2011, que altera o rol de procedimentos mínimos realizados nos CEO, principalmente na especialidade de cirurgia, que removeu o código das extrações simples, qualificando o registro dos procedimentos cirúrgicos de média complexidade. Nos casos dos tratamentos endodônticos, estes configuram-se como um indicador sensível para medir o acesso do usuário a serviços odontológicos especializados. Nas especialidades de periodontia e endodontia não houve uma significativa alteração no rol de procedimentos na Portaria, proporcionando uma perenidade na execução deste serviços.

Vale ressaltar que a partir de 2014 fora elaborado o Protocolo de Encaminhamentos de Especialidade em Saúde Bucal, o que vem contribuindo para reduzir os encaminhamentos indevidos de procedimentos que não são contemplados na média complexidade, refletindo na qualificação da produção dos CEO. Ademais, durante o período de 2013 a 2017 os CEO do município passaram por períodos de requalificação predial ocasionando eventuais períodos de baixa produtividade.

Gráfico 106. Número de procedimentos de produção especializada realizada nos CEOs do município de Salvador.



Fonte: TABWIN/ IBGE/ SIA/SUS

2.5.2.4. Rede de Atenção Psicossocial

O cuidado no campo da saúde mental se concentrou durante anos em hospitais psiquiátricos e ambulatorios especializados. A rede era constituída por 3 (três) ambulatorios especializados municipais e 5 (cinco) hospitais psiquiátricos estaduais. O Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS) Aristides Novis – foi inaugurado em 1997, situado no DS Brotas, sendo o primeiro implantado na rede municipal.

Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) baseia-se na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas⁸⁰, organizada por ato normativo específico⁸¹, em que deve ser constituída por vários dispositivos e equipamentos que possibilitem a atenção à saúde psicossocial da população, segundo critérios populacionais e demandas de saúde de cada território. Seu funcionamento ocorre a partir de diretrizes clínicas que se baseiam na ampliação do acesso e no cuidado integral, combatendo estigmas e preconceitos, e que, de forma pactuada e articulada, tenha uma organização regionalizada dos serviços com o estabelecimento de ações intra e intersetoriais, desenhando a linha de cuidado na atenção psicossocial para garantia dos cuidados à população dessa rede temática.

A estrutura operacional da RAPS deve ser constituída pelos seguintes componentes, incluindo seus respectivos pontos de atenção: Atenção Básica em Saúde (UBS/USF, NASF, Consultórios na Rua, Equipes de apoio ao Acolhimento Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência); Atenção Psicossocial Especializada (CAPS em suas diferentes modalidades); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, UPA e PA, portas hospitalares de atenção às urgências); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento Adulto e Infante-juvenil, Serviço de Atenção em Regime Residencial); Atenção Hospitalar (Leitos especializados em hospital geral, Serviço hospitalar de referência); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos/Programa de Volta para Casa); Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de geração de trabalho e renda, Empreendimentos solidários e cooperativas sociais).

Na RAPS, cabe à Atenção Básica (ABS) ou Atenção Primária em Saúde (APS) desenvolver ações de promoção de saúde mental, redução de danos, prevenção e cuidado aos transtornos mentais leves, incluindo os decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, sempre que necessário, e em articulação com os demais pontos da rede.

De modo geral, os profissionais da Atenção Básica, nos seus diversos equipamentos, demonstram sentirem-se inseguros, alegando não saber como intervir em saúde mental (BRASIL, 2013). O cenário estudado a nível nacional reflete a realidade soteropolitana, revelando tanto um impasse quanto uma exigência de formular saídas.

Tendo em vista a continuidade da Reforma Psiquiátrica e o recebimento de um Termo de Ajuste de Conduta do Ministério Público (datado de 2005), no período de 2005 a 2009, houve o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a ampliação de CAPS. Até o ano de 2007, havia 10 (dez) CAPS implantados, subindo para 18 (dezoito) CAPS em 2009, incluindo-se a municipalização de 3 (três) serviços estaduais.

Em 2010 e 2012, foram implantados mais 2 CAPS tipo AD. Assim, atualmente totalizam-se 20 CAPS localizados em Salvador, sendo 18 municipais (14 tipo II, 1 ad II, 1 ad III e 2 ia II), 1 conveniado tipo II e 1 estadual tipo ad II. A distribuição dos CAPS no território municipal ocorreu de maneira heterogênea nos diferentes distritos sanitários, conforme Figura 05.

⁸⁰ A Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, baseada na Lei 10.216/2001, aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais baseados na lógica manicomial e na criação de dispositivos que façam uso eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica de clínica ampliada e de redução de danos, realizando uma procura dialógica, ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003).

⁸¹ A Portaria GM/MS 3.088/2011 instituiu a RAPS como modelo assistencial em rede de cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, sendo uma das redes temáticas prioritárias eleitas pelo Ministério da Saúde.

Figura 05: Distribuição territorial dos CAPS da rede própria, Salvador, 2017.



Fonte: Coordenadoria de Atenção Psicossocial / DAS / SMS SSA, 2017.

Os CAPS⁸² têm como objetivo prestar assistência, prioritariamente, a pessoas que apresentam transtorno mental grave e persistente, em seu território de abrangência. São espaços terapêuticos ambulatoriais de demanda aberta, recebendo usuários tanto de forma espontânea, quanto por encaminhamentos de outros serviços, seja de saúde, educação, justiça, assistência social, dentre outros.

Os 14 (quatorze) CAPS tipo II são voltados para atendimentos de adultos e idosos, sendo o território de abrangência os Distritos Sanitários em que estão implantados. Nos Distritos Barra/Rio Vermelho e Cajazeiras, onde existem 2 (dois) CAPS II, as unidades dividem o território entre si.

Os 03 (três) CAPS tipo ad atendem pessoas de todas as faixas etárias, sendo um destes tipo ad III, com funcionamento 24h, e um tipo ad II é de gestão estadual. Os 2 (dois) CAPS tipo ia são voltados para atendimento de crianças e adolescentes. Como não há esses equipamentos em todos os distritos sanitários para os CAPS tipo ad e tipo ia, o território de Salvador é compartilhado por pactuação entre as respectivas unidades de referência.

Até 2012 os procedimentos de CAPS se referiam à frequência programada dos usuários nas unidades, os quais faziam parte do elenco da Autorização de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APAC) através do SIA/SUS, com vinculação orçamentária direta. Desse período, os dados a respeito dos atendimentos são inconsistentes, como também há ausência de registro para a grande maioria das unidades. Durante os anos de 2011 e 2012 a Rede de Atenção Psicossocial Especializada passou por um período de mudança, com ausência de dados registrados sobre a produção dos serviços CAPS.

Também em 2012, o Ministério da Saúde alterou os procedimentos via Portaria SAS/MS 854/2012, posicionando 20 novos, reorientando a prática e o registro da produção com vistas a subsidiar a organização e o planejamento da RAPS, fomentar a discussão entre gestores, trabalhadores, usuários e familiares. Os procedimentos são registrados em formulários próprios e digitados em sistemas específicos, sendo: Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS); Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I); e Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C). Atualmente, somente os CAPS habilitados podem inserir as informações no RAAS.

O gráfico 108 expressa a atual condição de registro no sistema RAAS. Destaca-se que 2 serviços CAPS, os quais representam 11% sem registro, referem-se a equipamentos ainda não habilitados devido à desaprovação atual dos imóveis onde estão instalados, decorrentes de dificuldades territoriais e processos burocráticos com aluguel para mudança de local.

⁸² Conforme Portaria GM/MS 336/2002.

Gráficos 107 e 108. Execução dos registros em sistema do RAAS em 2014 e 2017, Salvador.



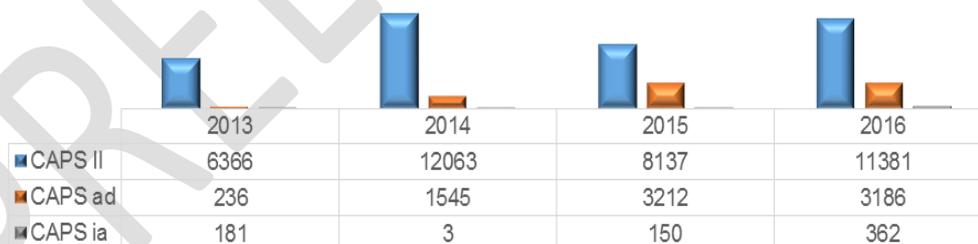
Fonte: SMS/DAS/Coordenadoria de Atenção Psicossocial; Gerentes dos CAPS/SMS; SIA/SUS-SESAB, SSA, 2017.

Ainda assim, a produção abaixo registrada ainda não apresenta fidedignidade com os processos de trabalho devido a diversas razões, dentre elas:

- 1) Impossibilidade dos profissionais de educação física, farmacêuticos e oficineiros registrarem sua produção, mediante ausência de permissão aos seus CBO nos sistemas, o que se aguarda regularização pelo Ministério da Saúde;
- 2) Atrasos na digitação e perda do prazo de lançamento, impedindo inclusive correções posteriores;
- 3) Problemas específicos na alimentação/uso do próprio sistema;
- 4) Fragilidade nas compreensões técnicas quanto às caracterizações dos procedimentos e suas aplicabilidades.

Por isso, priorizou-se aqui a utilização de dados a partir do ano de 2013, via sistemas oficiais de informação em saúde, ressaltando-se a incongruência detectada junto a dados coletados diretamente com os serviços, revelando gravíssimos problemas de registros e dificuldades na sistematização dos dados de produção. Ressalte-se que os dados quase zerados se referem à ausência de registros informados.

Gráfico 109. Quantitativo registrado de usuário(a)s atendido(a)s por ano nos CAPS, de 2013 a 2016.



Fonte: TABWIN/ SIA/SUS; RAAS; SSA 2017

Ainda no período total de 2013 a 2016, quanto aos dados epidemiológicos, nos CAPS II tem-se que, em relação ao sexo, há um quantitativo maior de mulheres do que homens em atendimento, sendo o percentual de 57% feminino e 43% masculino; nos CAPS ad os homens acessam substancialmente mais e equivalem a maioria dos usuários ativos, o que se deve a diversos fatores transversais ao gênero e ao consumo de drogas, sendo 79% masculino e 21% feminino; nos CAPS ia há um quantitativo maior de meninos do que meninas em atendimento.

Em relação ao perfil nosológico, no mesmo período, os dados encontrados foram agrupados a partir de como se apresentaram e na relação de similaridades entre si, em 21 grupos com concentração de CID (Classificação Internacional de Doenças). Verifica-se nos CAPS II predominância do grupo de esquizofrenia e esquizoafetivos (esquizofrenias, transtornos esquizotípicos, esquizoafetivos e delirantes persistentes em todas as classificações), em seguida o grupo transtornos depressivos (episódios depressivos e os transtornos depressivos

recorrentes em todas as classificações) e em terceiro o *grupo transtornos afetivos bipolar* (afetivo bipolar e episódios maníacos em todas as classificações).

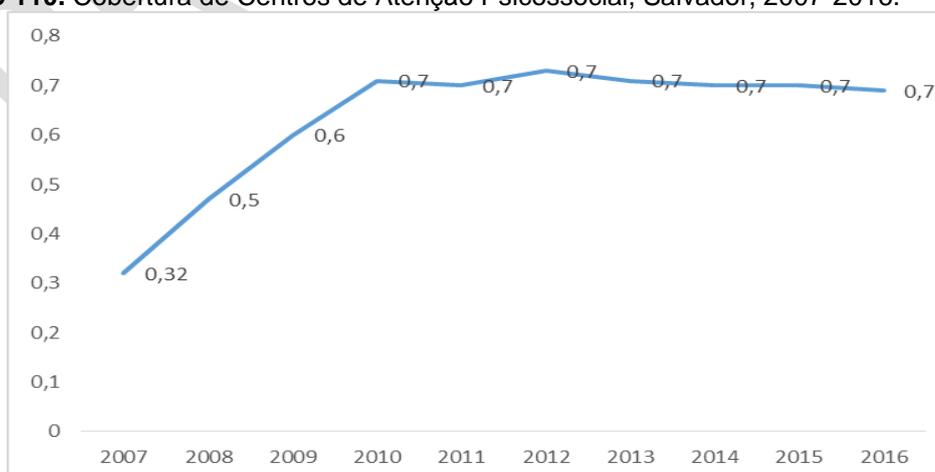
Nos CAPS tipo ad ocorre predominância ao grupo *síndromes de dependências* (classificação em destaque devido ao quantitativo surgido) e o grupo *transtornos devido ao uso de drogas* (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das diferentes substâncias psicoativas em todas as classificações). Nos CAPS ia predominam o grupo *hiperatividade* (classificação em destaque devido ao quantitativo surgido e incluindo os distúrbios da atividade e da atenção) e o grupo *transtornos do desenvolvimento* (engloba as diversas classificações).

Em 2013, foi realizado diagnóstico situacional da RAPS especializada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de Salvador, verificando condições de infraestrutura, imóveis, mobiliário, equipamentos, recursos humanos e processo de trabalho, consistindo precárias condições prediais, requerendo reformas das unidades para manutenção e melhores adequações técnicas dos imóveis. Ademais, há muita dificuldade em localizar imóveis adequados para a implantação de serviços em saúde, principalmente para CAPS, representando entrave na resolução de problemas e na requalificação da rede assistencial. Encontram-se imóveis sem as condições legais mínimas para efetivação de contrato de aluguel como escritura ou outras pendências documentais e financeiras. Além de imóveis que não permitem grandes intervenções nas instalações por serem alugados e/ou pequenos.

Apesar dessa realidade, a partir do ano de 2013 foram realizadas requalificações estruturais, incluindo mudanças de imóveis para alguns CAPS. Contudo, as necessidades de manutenção e intervenções prediais são constantes e a maioria dos serviços necessita. Os CAPS Águas Claras e Gey Espinheira passaram por requalificações estruturais em 2013; o CSM e CAPS Oswaldo Camargo, CAPS Eduardo Saback e CAPS ad Pernambués, em 2015; o CSM Rubim de Pinho, CSM e CAPS Aristides Novis, em 2016. Os serviços que tiveram mudança de imóvel em 2014 foram o CAPS São Caetano e Liberdade; em 2016 o CAPS Nise da Silveira, Maria Célia Rocha e CAPS IA Luis Meira Lessa.

Em relação ao monitoramento, o indicador ministerial é o “Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)”. Trata-se de um indicador insuficiente e precário para retratar a necessidade de CAPS para uma determinada população, o que tem sido questionado por todo o país no Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, entretanto, mesmo com o reconhecimento da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, não tem sido proposto substituto e tem se mantido parâmetro nacional de 0,70 como resultado do método de cálculo supracitado. Com isso, a série histórica atualizada soteropolitana do indicador, com as respectivas populações, é a seguinte:

Gráfico 110. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial, Salvador, 2007-2016.



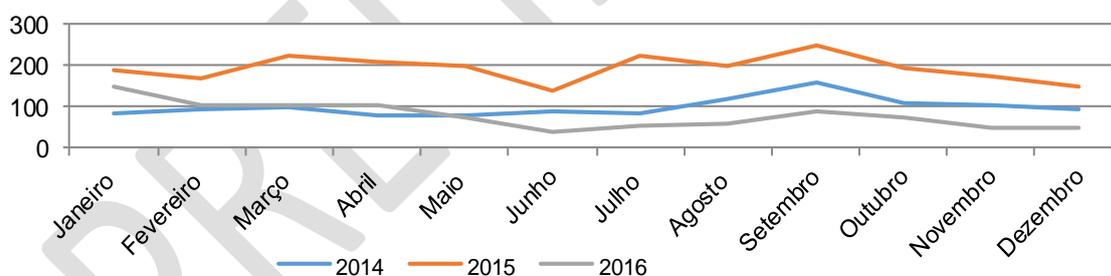
Fonte: Coordenadoria de Atenção Psicossocial / DAS / SMS SSA, 2017.

Ressalva-se ainda que, muito embora os Centros de Saúde Mental (CSM) – renomeados dos Ambulatórios de Saúde Mental – não estejam contemplados enquanto dispositivos do componente da Atenção Psicossocial Especializada da RAPS, esses equipamentos permanecem existentes na rede municipal de Salvador e também se inserem no nível de atenção especializada a saúde, porém de modo intermediário na retaguarda assistencial. Atualmente, esses serviços pactuaram territorialização municipal e um desenho de projeto institucional, prevendo processos de trabalho com maiores articulações com a Atenção Primária e com a Atenção Psicossocial Especializada. Propõe-se, desse modo, um acompanhamento mais eficaz dos casos atendidos, buscando o fortalecimento do cuidado em rede e oferecendo suporte especializado em saúde mental aos demais componentes do território soteropolitano.

O componente da Atenção à Urgência e Emergência em Salvador é composto pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Pronto-Atendimentos (PA) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No que tange a atenção à crise em saúde mental, álcool e outras drogas, enxerga-se ainda grande fragilidade assistencial. Salvador conta também com 01 Pronto Atendimento Psiquiátrico (PAP), dispositivo que não está contemplado na Política Nacional, sendo criado como paliativo clínico ao atendimento da demanda do município, implantado desde 2011. O PAP recebe demanda proveniente do SAMU, dos CAPS, espontânea e intersetorial.

Em 2013, investiu-se em mudanças significativas no processo de trabalho do PAP, funcionando atualmente como articulador/matriciador de casos atendidos nos CAPS e UPA. Ao longo de 2016, foi observado: redução em 47% dos atendimentos após diminuição dos leitos, apresentando uma média de 116 atendimentos ao mês; diminuição de demandas encaminhadas pelos CAPS e, em contrapartida, aumento da demanda espontânea, observando-se o acionamento do serviço após 90 a 180 dias de existência de sinais e sintomas pela maioria. Estes dados indicam a interpretação de que as pessoas em crise não estão sendo cuidadas pelos CAPS, sugerindo falta de acesso ou de adesão, abandono e fragilização do acompanhamento dos usuários nesses serviços.

Gráfico 111. Pacientes atendidos no PA Psiquiátrico, Salvador, 2014 a 2016.



Fonte: PA Psiquiátrico / SMS, SSA 2017.

Em Salvador há ausência de enfermagem especializada/leitos de saúde mental em hospital geral e/ou serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no município de Salvador. Atualmente, as crises em saúde mental continuam sendo absorvidas nos dois Hospitais Psiquiátricos Estaduais (Juliano Moreira e Mário Leal), que atendem pessoas de todo o Estado da Bahia.

Para o componente Atenção Residencial de Caráter Transitório tem-se, em Salvador, a Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI) Casa da Ladeira, que foi implantada no ano de 2014 através de convênio com a Santa Casa de Misericórdia. A Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI) é destinada às crianças e aos adolescentes entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, com 10 vagas, e a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) é destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, com até 15 vagas. Têm como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do

uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo, devendo articular intersetorialmente a garantia dos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social. Os projetos terapêuticos dos residentes são elaborados em conjunto aos CAPS ads de Salvador. A média anual de acolhimento da UAI Casa da Ladeira, no período de 2014 a 2016, foi de 7 usuários ao mês.

Como Estratégias de Desinstitucionalização, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) concretiza as diretrizes de superação do modelo hospitalocêntrico, pois são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com sofrimento e transtornos mentais graves egressos de longas internações (dois anos ou mais ininterruptos) nos Hospitais Psiquiátricos com ausência de vínculos familiares e sociais e suporte comunitário. Salvador totaliza 7 (sete) SRT até o momento. Em 2006 e 2007, houve a implantação de 6 (seis) SRT em 5 Distritos Sanitários (DS), sendo três femininas e três masculinas: 2 (duas) no DS Itapagipe; 2 (duas) DS Boca do Rio; 1 (uma) no DS Itapuã; e 1 (uma) no DS Centro Histórico. Em 2010, foi implantada a sétima no DS Subúrbio Ferroviário. Registra-se que 5 (cinco) das SRT foram habilitadas como tipo II em 2014.

Os moradores egressos de institucionalizações provieram dos Hospitais Psiquiátricos Ana Nery, Bahia e Juliano Moreira, Hospital de Custódia e Tratamento, e das Organizações Sociais Irmã Dulce. Atualmente têm-se 51 moradores sendo 29 do sexo masculino e 22 do feminino. E há 24 (vinte e quatro) usuários vinculados ao Programa Volta para Casa (PVC) e outros 4 (quatro) ainda apresentam pendências documentais e burocráticas para acesso ao PVC, as quais vêm sendo discutidas com o Ministério Público Estadual e o Ministério da Saúde.

Para contribuir na implementação da RAPS quanto à articulação da rede assistencial, diante da realidade supracitada destacamos a implantação do Apoio Institucional em Saúde Mental nos Distritos Sanitários desde 2014, contando atualmente em 7 (sete) desses. Buscou-se, com isso, descentralizar a captura das demandas soteropolitanas, partindo de suas realidades distritais, promovendo a articulação entre os dispositivos de atenção, a pactuação territorial de ações em saúde mental, desenho de fluxos assistenciais e protocolos conjuntos de cuidado. Nessa perspectiva, desde 2015 a 2017, também foram implantados e estão em funcionamento 5 (quatro) Grupos de Trabalho Distritais da RAPS, sendo um desses somente para o campo da Infância e Adolescência. Vê-se aqui a figura do Apoio Institucional em Saúde Mental na articulação da RAPS local, colaborando entre os Distritos Sanitários e Nível Central e convergindo ações para todo o território municipal, tendo em vista a necessária construção da linha de cuidado na atenção psicossocial.

Afirma-se, pois, que na lógica da clínica ampliada e compartilhada, a organização do cuidado não deve centrar-se na atenção especializada dos CAPS, apesar de este ser o serviço estratégico da rede de atenção psicossocial, mas sim pautar-se no usuário/população em seu território, buscando atender às suas demandas de maneira articulada e integrada nos diversos pontos de atenção. Disso decorre a importância de integrar ações entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária em saúde mental, fortalecendo os princípios doutrinários do SUS, com uma RAPS integral, universal e equitativa. Prima-se, portanto, pela reorientação da assistência e do cuidado, migrando da concepção do modelo de tratamento asilar, no entanto, ainda presenciamos um cenário de grande desarticulação entre os dispositivos de atenção, de ausência de fluxos e protocolos conjuntos de cuidado e resistência de muitos profissionais na assistência à saúde dessas pessoas, refletindo em negativa do acesso e na ausência de cuidado em todos os níveis de atenção.

Apesar do incremento progressivo de unidades na rede, principalmente do componente da Atenção Básica, mantém-se a insuficiência de equipamentos em saúde para responder à demanda crescente em todos os demais componentes. Essa desarticulação fragmenta o cuidado e assistência, implicando a predominância da crise como principal via de acesso à rede de atenção psicossocial, gerando demandas para urgência e emergência em detrimento da prioritária porta de entrada da atenção primária, pela qual se deveria partir do necessário acompanhamento de prevenção, promoção e ações de cuidado em saúde mental. Ao passo

em que um significativo público de casos leves permanece vinculado somente à atenção especializada pela dificuldade de contrarreferência ao território de origem.

Identifica-se, então, a necessidade de produção e ampliação das ações em saúde mental no território através das equipes de atenção primária para gerar cuidado em saúde, principalmente diante das vulnerabilidades psicossociais das condições de vida que atingem significativa parte da população, comumente acompanhadas por importante sofrimento psíquico. Inclui-se aqui a necessária ampliação das articulações dos NASF com toda a Rede de Atenção Básica, aumentando as ações de matriciamento na atenção psicossocial.

Ainda quanto às dificuldades vivenciadas na RAPS, adicione-se o reordenamento gradativo do quadro de pessoal com a mudança contratual dos vínculos dos trabalhadores da saúde após convocação de novos servidores por concurso público efetivado a partir de 2011. Aplica-se, portanto, o indispensável reforço e ampliação de ações de educação permanente em saúde no contexto da atenção psicossocial para dar conta dos desafios que se impõem, desde o acesso e cuidado contínuo ao registro das ações realizadas.

Um dos nós críticos para a presente análise é a inconsistência de dados levantados ao longo do período, dificultando uma leitura serial histórica por conta das lacunas de registros de produção nos sistemas de informações em saúde. Restou evidente a necessidade mandatória de se fortalecer os registros de produção em todos os serviços envolvidos na RAPS, abarcando-se nesse bojo não somente a rede especializada, mas sim todos os componentes e respectivos pontos de atenção. Assim como a inegável deficiência de indicadores de saúde mental reforçou a difícil tarefa de traduzir a demanda assistencial dos serviços ofertados na Rede de Atenção Psicossocial do município de Salvador em todos os níveis de atenção.

Do ponto de vista do planejamento e da gestão, prescindir de um sistema de informações em saúde mental específico ou integrado impacta direta e negativamente no levantamento de dados sensíveis sobre a prevalência de transtornos mentais na população e outras demandas afins.

Por isso, construir indicadores em saúde mental mais consistentes e condizentes à realidade da RAPS, validados por meio de monitoramento e avaliação em sistemas de informação em saúde, é o que pode balizar estratégica e assertivamente as decisões técnico-políticas para implantação de novos serviços, acompanhamento da produção assistencial e proposição de ofertas de cuidado que melhor atendam às necessidades em saúde mental da população soteropolitana.

2.5.2.5. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

As pessoas com deficiência (PcD) são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, de acordo com o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Federal nº 13.146 de 06/07/15).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 15% da população mundial vivam com alguma deficiência (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE DEFICIÊNCIA, 2011). No Brasil aproximadamente 45,6 milhões de pessoas, ou seja, 23,9% da população com algum tipo de deficiência. A Região Nordeste teve a maior taxa de prevalência, correspondendo 26,3% do total de PcD (IBGE, Censo 2010).

Em Salvador, observa-se que 34,5% (922.785) têm, pelo menos, uma das deficiências visual, auditiva, motora e deficiência mental/intelectual, variando de comprometimento leve a severo. Em relação ao gênero, 61,8% são do sexo feminino (570.163) e 38,2% do sexo masculino (352.622). Quanto ao tipo de deficiência, destaca-se que a deficiência prevalente é a visual com 60,5%, seguida da motora com 20,7%, auditiva com 14,9% e mental com 3,8%.

No contexto situacional, a epidemia da Síndrome Congênita Associada ao Zika vírus gerou um aumento súbito e importante na clientela com deficiência, promovendo uma readequação na

rede de cuidados para assistir a demanda, além de gerar impactos sociais e emocionais importantes às famílias.

A Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência foi instituída através da Portaria 793, 24 de abril de 2012. Essa Rede tem como objetivo ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Também à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde, considerando a importância das ações intersetoriais para o seu pleno desenvolvimento.

O componente Atenção Primária na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Unidades com Estratégia de Saúde da Família (USF) e a atenção em saúde bucal.

Nessas unidades as pessoas com deficiência deverão ter suas demandas e necessidades de saúde atendidas e ser assistido por todas as ações e programas desenvolvidos nas mesmas (promoção, prevenção, inclusão social, tratamento de doenças e redução de danos ou agravos à sua saúde) como qualquer cidadão usuário do SUS.

Um dos grandes desafios à assistência integral às pessoas com deficiência é vencer o paradigma de que os usuários com deficiência devem ser cuidados somente por especialistas, nos centros especializados e de que não é possível ser resolutivo para estes casos na unidade básica de saúde.

De acordo com o Artigo 14 da Portaria nº 793/12, o componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências contará com: estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Em Salvador os serviços estão concentrados nos Distritos Barra Rio Vermelho, Centro Histórico e Brotas, o que demonstra a distribuição de forma irregular culminando numa grande área de vazio assistencial.

Os estabelecimentos únicos de reabilitação são: Instituto de Organização Neurológica (ION); Instituto de Cegos; Clínica de Reabilitação Física (CLIFIR); Centro de Logopedia e Psicomotricidade; Clínica Única de Reabilitação; Instituto Guanabara; Centro Pestalozzi de Reabilitação; Associação Baiana de Recuperação do Excepcional.

Os Centros Especializados em reabilitação física e intelectual sob gestão Municipal são: o Núcleo de Atendimento à criança com Paralisia Cerebral (CER II – NACPC) habilitado em 2013, o Instituto Bahiano de Reabilitação (CER II – IBR) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (CER II – APAE) em outubro de 2016. Está em fase de implantação o anexo do CER II-APAE, localizado no Distrito Subúrbio Ferroviário, preenchendo uma área importante de vazio assistencial nos serviços de reabilitação, assistindo a população economicamente carente, muitas em situação de vulnerabilidade social.

O Município e o Estado se responsabilizam pelo fornecimento de órteses e próteses auditivas, físicas e meios auxiliares de locomoção. O Instituto de Cegos da Bahia, sob a gestão Municipal fornece as órteses e próteses visuais Na Rede oferece serviços de fisioterapia e fonoaudiologia no Multicentro Carlos Gomes e no Centro de Tratamento Mental e Reabilitação Dr. Álvaro Rubim de Pinho. O CAPSi atendem às crianças com Transtorno do Espectro Autista.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são localizados nos Distritos de Itapuã, Barra Rio Vermelho, Cabula Beiru, Subúrbio, Cajazeiras e Liberdade. Todos possuem Núcleos de Atendimento às Pessoas com Deficiência, contando com profissionais odontólogos especializados. As equipes dos CEOs também são responsáveis pelo apoio matricial às unidades da atenção básica. Os casos que necessitam de sedação ou anestesia são referenciados para o Hospital Geral Roberto Santos.

No componente Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, conforme o Artigo 22 da Portaria nº 793 de 2012, deverá responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência e ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar.

Em Salvador, têm 14 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs e PAs) e o Hospital Municipal está em fase de construção. Os casos que requeiram atenção hospitalar são referenciados para os hospitais da Rede Estadual. As urgências e emergências odontológicas são direcionadas para as UPAs e PAs. O Município ainda não está dentro da lógica do cuidado instituída pela portaria citada acima.

2.5.2.6. Atenção a Urgência e Emergência

As unidades de pronto atendimento (UPAS) são estruturas de complexidade intermediária, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, prestando atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, cirúrgica ou de trauma, de acordo com as determinações das Portarias Ministeriais 2048 de 05/11/2002 e 2648 de 07/11/2011 que regem a urgência e emergência Pré-hospitalar fixa (APH fixa).

O município de Salvador possui 14 Unidades de Pronto Atendimento (5 PAs e 9 UPAS), distribuídos nos Distritos Sanitários Pau da Lima, Cabula Beiru, Itapuã, Subúrbio Ferroviário, Boca do Rio, São Caetano Valéria, Brotas, Barra Rio Vermelho e Liberdade. A estrutura é composta de observação adulto, feminino, infantil, sala amarela adulto e infantil e sala vermelha com leitos tipo UTI.

As UPAs contam com atendimento em clínica médica, ortopédico, pediátrico, odontológico e são oferecidos serviços de apoio diagnóstico como eletrocardiograma, radiografia e laboratório (hemograma e bioquímica básica), conforme demonstrado no QUADRO 1. Tem capacidade 10.125/ mês de atendimento médico e os PAS 6.750/ mês.

O atendimento nas UPAS é realizado através de acolhimento com classificação de risco. A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Quadro 04. Unidades da RUE Municipal de Salvador, 2016

UNIDADE	DISTRITO SANITÁRIO	Nº DE LEITOS		CAPACIDADE DE ATENDIMENTO MENSAL	TIPOS DE ATENDIMENTOS	EXAMES
		2013	2016			
PA DE SÃO MARCOS	PAU DA LIMA	17	19	4585	CIRURGIA GERAL CLÍNICA MÉDICA PEDIATRIA	RAIO X ECG LABORATÓRIO
PA ALFREDO BUREAU	BOCA DO RIO	16	17	3420	CLÍNICA MÉDICA PEDIATRIA ORTOPEDISTA	RAIO X LABORATÓRIO ECG
PA EDSON TEIXEIRA	CABULA BEIRU	13	14	4303	CLÍNICA MÉDICA PEDIATRIA	RAIO X ECG LABORATÓRIO
PA M ^a CONCEIÇÃO IMBASSAI	LIBERDADE	19	20	6596	CLÍNICA MÉDICA PEDIATRIA ORTOPEDISTA	RAIO X LABORATÓRIO ECG
PA RODRIGO ARGOLO	CABULA BEIRU	5	9	2668	CLÍNICA MÉDICA PEDIATRIA	RAIO X ECG LABORATÓRIO
UPA ADROALDO ALBERGARIA	SUBÚRBIO FERROVIÁRIO	19	21	5428	CLÍNICA MÉDICA ORTOPEDIA PEDIATRIA ODONTOLOGIA	RAIO X LABORATÓRIO ECG USG
UPA VALÉRIA (substituiu o PA Cesar Vaz)	SÃO CAETANO / VALÉRIA	7	27	4722	CLÍNICA MÉDICA ORTOPEDIA PEDIATRIA ODONTOLOGIA	RAIO X LABORATÓRIO ECG
UPA SAN MARTIN	SÃO CAETANO / VALÉRIA	0	24	7779	CLÍNICA MÉDICA ORTOPEDIA PEDIATRIA ODONTOLOGIA	RAIO X LABORATÓRIO ECG USG
UPA BARRIS (substituiu o 5º Centro)	BARRA / RIO VERMELHO	19	24	8325	CLÍNICA MÉDICA ORTOPEDIA PEDIATRIA ODONTOLOGIA	RAIO X LABORATÓRIO ECG
UPA HÉLIO MACHADO	ITAPUÁ	11	19	7312	CLÍNICA MÉDICA ORTOPEDIA/CIRUR GIA PEDIATRIA ODONTOLOGIA	RAIO X LABORATÓRIO ECG
UPA SÃO CRISTOVÃO	ITAPUÁ	0	24	6045	CLÍNICA MÉDICA ORTOPEDIA PEDIATRIA ODONTOLOGIA	RAIO X LABORATÓRIO ECG USG
UPA BROTAS	BROTAS	0	24	5141	CLÍNICA MÉDICA ORTOPEDIA PEDIATRIA ODONTOLOGIA	RAIO X LABORATÓRIO ECG
UPA PARIPE	SUBÚRBIO FERROVIÁRIO	0	25	5055	CLÍNICA MÉDICA ORTOPEDIA PEDIATRIA ODONTOLOGIA	RAIO X LABORATÓRIO ECG
UPA PIRAJÁ / SANTO INÁCIO	SÃO CAETANO / VALÉRIA	0	25	3927	CLÍNICA MÉDICA ORTOPEDIA PEDIATRIA ODONTOLOGIA	RAIO X LABORATÓRIO ECG
		126	292	75306		

*Todas as unidades dispõem de 04 (quatro) leitos tipo UTI.

**A UPA Adroaldo Albergaria foi inaugurada em 2012. Entretanto, ao assumir a gestão em 2013 estava com equipe incompleta e funcionamento precário.

Salienta-se que todas as UPAs municipais foram habilitadas pelo Ministério da Saúde, cinco delas qualificadas e quatro aprovadas para qualificação aguardando apenas a publicação da portaria ministerial (Quadro 05).

Quadro 05. Relação de UPAs da Rede Municipal do Município do Salvador, 2016.

UNIDADES	INAUGURAÇÃO	HABILITAÇÃO	QUALIFICAÇÃO
UPA ADROALDO ALBERGARIA	26/10/2012	portaria nº1252 25/06/2013	portaria nº1346 08/09/2015
UPA VALÉRIA	28/03/2014	portaria nº2035 12/09/2014	portaria nº888 30/06/2015
UPA SAN MARTIM	10/06/2014	portaria nº2307 23/10/2014	portaria nº890 30/06/2015
UPA HÉLIO MACHADO	04/10/2014	portaria nº882 30/06/2015	
UPA VALE DOS BARRIS	23/12/2014	portaria nº617 26/05/2015	
UPA SÃO CRISTÓVÃO	12/01/2016	portaria nº2531 22/11/2016	Em processo
UPA BROTAS	02/06/2016	portaria nº2441 11/11/2016	Em processo
UPA PARIPE	27/06/2016	portaria nº3176 28/12/2016	Em processo
UPA PIRAJÁ / STº INÁCIO	28/06/2016	portaria nº3416 29/12/2016	Em processo

a) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 corresponde ao componente móvel da assistência à saúde, cuja finalidade principal é atender às urgências e emergências pré-hospitalares. O SAMU 192 Salvador está habilitado como uma Central de Regulação Regional/Metropolitana⁸³ que presta assistência à população dos municípios de Salvador, Lauro de Freitas, Vera Cruz, Itaparica, Simões Filho, Candeias, São Francisco do Conde, Madre de Deus, Santo Amaro e Saubara. Atualmente, conta com a seguinte infraestrutura: uma central de regulação, 13 bases, 33 Unidades de Suporte Básico (USB), 08 Unidades de Suporte Avançado (USA), 08 motolâncias, uma lancha e um veículo de intervenção rápida.

Ao longo destes últimos 12 anos, visando reduzir o tempo resposta para atender as vítimas, foram implementadas estratégias para aprimoramento do SAMU dentre elas destacam-se a descentralização do serviço nas treze bases operacionais, a checagem de rede com atualização da disponibilidade assistencial da rede receptora de pacientes, o disparo automático de veículo para casos de maior gravidade (moto ou ambulância), enquanto a ligação é redirecionada para o médico regulador, e a implantação do smartphone com uso do Telegram, o qual aperfeiçoou a comunicação das equipes com a central de regulação de urgência. Outra estratégia de implementação foi a integração de um profissional, enfermeiro, no Centro de Operações de Inteligência (COI), atuando de forma interinstitucional, com representantes de órgãos de segurança pública, trânsito e saúde, no mesmo espaço físico e de forma conjunta.

No que concerne ao registro dos dados, a utilização da nova versão do sistema e-SUS SAMU mostrou que os municípios mais demandantes de chamadas foram: Salvador seguido de Lauro de Freitas, Simões Filho e Candeias, cujos principais motivos foram clínicos, causas externas e psiquiátricas. Além disso, verificou-se que poucas chamadas tornaram-se de fato ocorrências. Em relação à liberação/acionamento de ambulâncias por tipo de unidade móvel afere-se que são mais demandadas as unidades de suporte básico, seguidas das unidades de suporte avançado, motolâncias, ambulancha e aeromédico, com utilização da aeronave do Grupamento Aéreo da Polícia Militar da Bahia - GRAER.

⁸³ Portaria GM Nº 1.160/2013.

2.5.2.7. Atenção Hospitalar

O Hospital Municipal de SSA é o maior empreendimento da atual gestão e representa o primeiro investimento de grande porte com recursos próprios, em uma região com forte crescimento populacional e com carência de atenção as urgências e emergências, sendo um dos maiores bairros da América Latina – Cajazeiras. A sua localização estratégica possibilita rápido acesso através dos eixos principais de trânsito – BR 324 e Avenida Paralela.

A instalação deste novo equipamento de saúde vem consolidar um anseio dos soteropolitanos. Com porta de urgência aberta e referenciada, alto nível de resolução, e grande capacidade para a atenção às urgências, o HMS deverá funcionar como retaguarda para unidades de urgência, especialmente as UPAS Municipais, com predominância de atendimento para a alta e média complexidade em Clínica Geral, Pediátrica, Cirurgia Geral, Traumatologia e Ortopedia; Ambulatório de Egressos com Apoio Diagnóstico e Hospital - Dia.

O Hospital Municipal de Salvador foi concebido com acomodações de hotelaria em espaços de dois leitos, versátil e flexível, com habilidade de se adequar a necessidade operacional do momento, seja por tipo de clientela a atender, ou por especialidades com maior registro de demanda, e dessa forma aglutinando os serviços conforme melhor indicação da assistência.

A proposição do perfil consiste na concepção de um hospital geral de 210 leitos, dos quais 30 leitos são destinados a Unidade de Terapia Intensiva - UTI sendo 20 leitos de UTI Geral e 10 de UTI Pediátrica; 150 Leitos de Clínica Médica Cirúrgica e 30 Leitos de Clínica Pediátrica.

Quadro 06. Capacidade instalada dos leitos hospitalares para o Hospital Municipal.

DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS POR ESPECIALIDADE	
ÁREA DE ATENÇÃO	Nº LEITOS
Clínica Médico Cirúrgica I - Adulto	150
Clínica Médico Cirúrgica III - Pediátrico	30
Unidades de Terapia Intensiva - Adulto e Pediátrico.	30
TOTAL DE LEITOS	210

Um Bloco Operatório com 4 (quatro) Salas para Cirurgias de Grande Porte e 2(duas) Salas para Cirurgias de Médio Porte, e 7(sete) Leitos de Recuperação Pós Anestésica complementarão o suporte assistencial do Hospital Municipal.

A composição hospitalar possuirá uma unidade de emergência com porta para demanda aberta e regulada, ênfase na especialidade de traumato - ortopedia e urgências clínicas, incluindo dor torácica, para tal dispendo de 26 leitos de observação, mais 07 leitos para observação pediátrica e 22 poltronas para aplicação de medicamentos, sendo 6 para pediatria, contando com salas de curativos, gesso, procedimentos e estabilização, obedecendo às divisões de classificação de risco por cor, conhecido como PROTOCOLO DE MANCHESTER - quais sejam as do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Ministério da Saúde, a saber: vermelha, amarela, verde e azul, tendo em vista ser uma Unidade de Urgência e Emergência.

Para atendimento de emergência serão disponibilizados no Atendimento Imediato além de todo aparato de consultórios e salas de medicação, 04 boxes de reanimação a vida, com toda estrutura inclusive intervencionista para emergência, e 08 leitos de estabilização (tecnologicamente similar aos leitos de terapia intensiva).

A unidade contará com Ambulatório de Egressos (06 consultórios) e Centro de Apoio Diagnóstico (para emergência, pacientes internos, Hospital Dia e egressos); Laboratórios de Análises Clínicas; Serviços de Imagem (com ressonância magnética, tomografia, ultrassom com Doppler + eco- cardiograma, eletroneuromiografia e radiologia digital), Diagnóstico por métodos gráficos entre outros.

A programação assistencial será complementada por: um Hospital dia - HD com 2(duas) salas de Cirurgia Ambulatorial e 12 (doze) leitos de internação (**segunda etapa de obras**); o Centro de Vídeo- endoscopias (vídeo-endoscopia alta e baixa) com 3 salas de exames e 8 poltronas

de repouso. Associado ao HD estará um Ambulatório Cirúrgico com 2 consultórios de triagem cirúrgica, e mais 1 consultório de enfermagem e 1 consultório de anestesiologia cujo objetivo é fazer o pré e pós-atendimento de pacientes cirúrgicos.

Além dos serviços de Apoio Técnicos já citados teremos ainda o Serviço de Nutrição e Dietética, Almoxarifado, Farmácia com Nutrição Parenteral, Lactário com Nutrição Enteral, Centro de Material Esterilizado, Vestiários e Setor de Higienização e Limpeza, Setor de Manutenção Predial e Engenharia Clínica, Agência Transfusional, Administração e Serviço de Segurança Patrimonial. O Processamento de Roupas será terceirizado.

Além dos serviços de Apoio Técnicos já citados teremos ainda o Serviço de Nutrição e Dietética, Almoxarifado, Farmácia com Nutrição Parenteral, Lactário com Nutrição Enteral, Centro de Material Esterilizado, Vestiários e Setor de Higienização e Limpeza, Setor de Manutenção Predial e Engenharia Clínica, Agência Transfusional, Administração e Serviço de Segurança Patrimonial.

O HMS será equipado com Heliponto no pavimento cobertura. Também será construída uma base do SAMU no terreno do Hospital.

2.5.2.8. Atenção Especializada

Os Serviços Especializados ambulatoriais da rede própria do município de Salvador estão distribuídos em: Multicentros de Saúde, Serviços de Atenção Especializada (SAE) em IST/ HIV/ Aids/ HV e Centro de Reabilitação. O Multicentro de Saúde é uma unidade assistencial de médio porte, com o foco em prestar um atendimento ambulatorial incluindo consultas nas especialidades médicas e serviços de apoio diagnóstico e terapia (SADT), resumidos nas Tabelas 97 e 98, conforme anexo.

Em 2014 foram implantados os Multicentros de Saúde Vale das Pedrinhas e Amaralina Dr. Adriano Pondé, ambos localizados no Distrito Sanitário Barra Rio Vermelho. E em 2016, os Multicentros de Saúde Liberdade e Carlos Gomes, localizados nos DS Liberdade e Centro Histórico, respectivamente. O Multicentro de Saúde Vale das Pedrinhas funciona com o atendimento predominantemente voltado aos residentes do DS Barra Rio Vermelho.

A oferta dos serviços dos Multicentros de Saúde Liberdade e Carlos Gomes é disponibilizada para todos os usuários de Salvador e municípios pactuados, considerando a elevada demanda reprimida para atendimento especializado nos demais distritos sanitários. No que se refere ao Multicentro de Saúde Amaralina Dr. Adriano Pondé, este oferta o serviço especializado de referência em cardiologia, de média complexidade para crianças e adultos com doença cardiovascular residentes em Salvador e municípios pactuados.

O SAE é uma unidade ambulatorial voltada à atenção integral às pessoas com IST/HIV/Aids/HV, através de ações de assistência, prevenção e tratamento. Oferece um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe multiprofissional. Os procedimentos ofertados pelos SAE estão resumidos na Tabela 99, conforme anexo. Atualmente existem três unidades SAE Marymar Novais, SAE São Francisco e SEMAE Liberdade, localizados nos DS Itapagipe, Centro Histórico e Liberdade. Observa-se a necessidade de organização e padronização das mesmas, conforme Portaria nº 01 de 16 de janeiro de 2013, considerando que os procedimentos ainda não são ofertados plenamente em todos os Serviços de Atenção Especializada.

O Centro de Reabilitação é uma unidade ambulatorial voltada para o atendimento de pessoas com comprometimento físico de origem neurológica oferecendo consultas médicas em neurologia adulta e infantil, fisioterapia neurológica e fonoaudiologia. Os procedimentos ofertados pelo Centro de Reabilitação de Salvador estão resumidos na Tabela 100-Anexo. O quantitativo de procedimentos ofertados pelos serviços especializados da Rede foi analisado no período de 2014 a 2016. Observa-se um aumento significativo no número de consultas médicas nos anos analisados, justificado pela implantação dos Multicentros de Saúde, conforme Tabela 100.

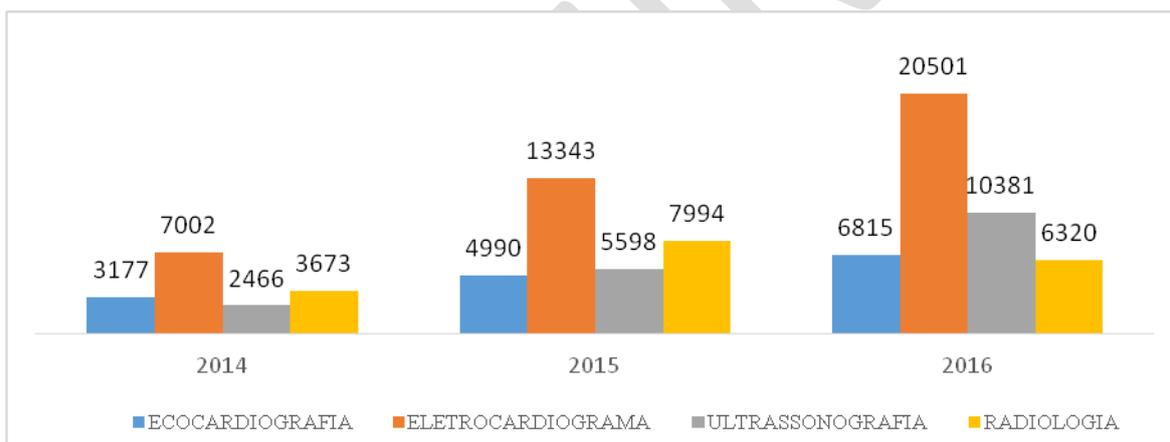
Tabela 101 – Número de consultas médicas realizadas nos Serviços Especializados, Salvador-BA.

Serviços	Número de consultas médicas especializadas			
	2014	2015	2016	TOTAL
Multicentro Vale das Pedrinhas	11397	18379	21247	51023
Multicentro Amaralina	37924	50316	49451	137691
Multicentro Liberdade	0	0	9697	9697
Multicentro Carlos Gomes	0	0	15621	15621
SAE Marymar Novaes	280	247	388	915
SAE São Francisco	0	554	513	1067
SEMAE Liberdade	1308	2882	2074	6264
CSMR Dr Álvaro Rubin de Pinho	0	0	7756	27164

Fonte: SIA/SUS/TABWIN 2008

No Gráfico 112, demonstra um crescimento referente aos procedimentos de diagnóstico por ecocardiografia, eletrocardiograma e ultrassonografia. Entretanto, no que se refere ao diagnóstico por radiologia, apenas o Multicentro de Saúde Vale das Pedrinhas oferece esse serviço, no qual, observa-se uma redução em 2016 devido ao afastamento do médico radiologista no período de maio a outubro do referido ano.

Gráfico 112. Procedimentos de diagnóstico por ecocardiografia, eletrocardiograma, ultrassonografia e radiologia nos Multicentros de Saúde, Salvador-BA.



A implantação dos Multicentros de Saúde possibilitou a expansão da oferta de serviços de saúde especializados, oferecendo ao cidadão maior acesso a consultas com especialistas e o suporte de exames para diagnóstico e tratamento. No entanto, registra-se dificuldade de contratação de alguns profissionais médicos previstos em contrato.

2.5.2.9. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) tem como objetivo principal garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais para a Atenção Básica, assim como o uso racional dos mesmos, através dos programas oferecidos pelo MS e pela SESAB, os quais são financiados de forma tripartite (União, Estado e Município), conforme disposto pela Portaria nº 1.555, de 30/04/13 (Assistência Farmacêutica na Atenção Básica).

No atual estágio de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental discutir sobre o papel da Assistência Farmacêutica, além de debater a respeito de como avançar conjuntamente na perspectiva das Redes, a fim de responder, de forma organizada e integrada, as demandas de saúde da população brasileira. O acesso aos medicamentos é estruturado tendo o Ciclo da Assistência Farmacêutica como base, o qual abrange as

atividades de seleção⁸⁴, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e acompanhamento da utilização de medicamentos.

O recebimento, armazenamento e a distribuição é de responsabilidade da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) do município que hoje conta com estrutura e serviços terceirizados, seguindo as Boas Práticas conforme preconizado pelo MS e ANVISA, contando com POP'S - Procedimentos Operacionais Padronizados e profissionais farmacêuticos inseridos em todas as rotinas.

Nos anos anteriores a 2008, o controle de estoque era manual, com utilização de fichas de prateleira para registro de movimentações de estoque (entrada e saída) das Farmácias e uso de formulário de Requisição de Medicamentos (RM) para solicitar medicamentos mensalmente ao Almoxarifado. Com a implantação do SISFARMA (projeto piloto iniciado em 2008), essas atividades foram informatizadas, bem como a dispensação de medicamentos, possibilitando o registro on-line de todas as receitas dispensadas, permitindo desse modo a rastreabilidade dos atendimentos efetuados pelas Farmácias.

No entanto, o lançamento dos quantitativos dos medicamentos dispensados é manual, o que atrasa e também pode ser passível de erro de digitação, se houvesse um sistema de código de barras implantado, bem como Sistema de Prescrição Eletrônica integradas ao banco de dados nacional, não apenas o controle de estoque seria mais fidedigno, mas os erros de medicação poderiam ser evitados.

Em 2017, temos 147 farmácias distribuídas nas Unidades de Saúde e na CAF. A distribuição das unidades com farmácias informatizadas por distrito sanitário está configurada da seguinte forma: Barra/Rio Vermelho (15 unidades); Boca do Rio (06 unidades); Brotas (10 unidades); Cabula/Beiru (21 unidades); Cajazeiras (13 unidades); Subúrbio Ferroviário (27 unidades); Centro Histórico (09 unidades); Itapagipe (08 unidades); Itapuã (13 Unidades); Liberdade (10 unidades + SAMU); Pau da Lima (14 unidades); São Caetano Valéria (16 unidades).

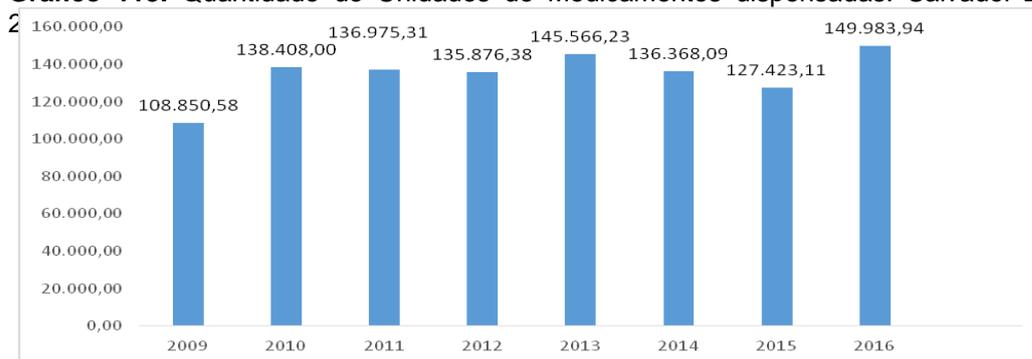
Quanto ao número de dispensações de medicamentos registradas no SISFARMA, observa-se que em 2009 ocorreram 108.850.581 dispensações por unidade de medicamento, com predominância da utilização de anti-hipertensivos: Captopril, Carbamazepina, Hidroclortiazida, Sinvastatina e Nifedipina. Em 2010, houve 138.407.996 dispensações, com a inclusão de novos medicamentos na lista dos mais dispensados, tais como Sinvastatina, Metformina e Omeprazol. Em 2011, além dos medicamentos já citados anteriormente, foram acrescentados a Losartana e Ácido Acetilsalicílico. Até 2012, o captopril estava no topo da lista, porém em 2014, o cenário começou a mudar com o início da descentralização da distribuição ambulatorial de medicamentos controlados nas UBS. Em 2014, houve o aumento do consumo na rede de Carbamazepina, Clonazepam, Prometazina, Fenobarbital, Fluoxetina e Haloperidol, com um total no ano de 136.368.092 dispensações.

Além dos 3 ambulatórios de saúde mental (CSM Osvaldo Camargo, CSM Aristides Novis e CTM Álvaro Rubim de Pinho), CS Clementino Fraga, Multicentro da Liberdade, Multicentro Carlos Gomes, CS Ministro Alckmin e 18º CS Péricles Laranjeiras passaram a ofertar os medicamentos controlados. Em 2015 houve 127.423.110 unidades de medicamentos dispensados, talvez, ainda por conta do reflexo da expansão da dispensação do elenco de saúde mental pelas farmácias básicas das unidades, outros medicamentos do elenco de saúde mental foram inclusos na lista dos mais dispensados como Amitriptilina e Risperidona.

Em 2016 foram 149.983.942 dispensações de unidades de medicamentos com a Losartana, Carbamazepina, Clonazepam, Anlodipina e Sinvastatina, os cinco medicamentos mais consumidos na rede, contudo, sem alterações significativas do perfil de consumo do elenco de saúde mental.

⁸⁴ Na prática, a seleção de medicamento têm sido norteada pelas resoluções da CIB decorrentes das portarias da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, a qual constitui a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

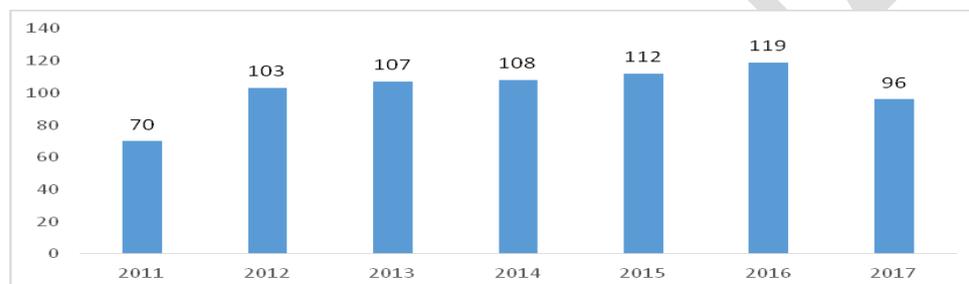
Gráfico 113. Quantidade de Unidades de Medicamentos dispensadas. Salvador-BA, 2009-



Fonte: SISFARMA

Nos últimos 10 anos, houve um aumento do número de farmacêuticos presentes nas unidades de saúde da rede, principalmente após as convocações dos profissionais do último concurso em 2011.

Gráfico 114. Número de farmacêuticos. Salvador-BA, 2011 a 2017.



Fonte:CGPS,2016.

A SMS possui 96 profissionais farmacêuticos estando 04 lotados no almoxarifado central, 07 no nível central, 08 profissionais cedidos e/ou afastados e os demais nos 12 DS e em farmácias da rede. Essa quantidade de profissionais farmacêuticos é insuficiente para executar de forma integrada a Assistência Farmacêutica, visto que, existem unidades sem profissionais farmacêuticos, o que não corresponde as expectativas do que é preconizado como ideal pela OMS, que diz que a cada 7.000 habitantes deveria ter, pelo menos um farmacêutico de 8 horas/dia.

Em Salvador, a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME⁸⁵) que é uma lista com a seleção/padronização dos medicamentos disponibilizados pelo SUS sob gestão municipal contém 304 itens, atualmente. Os programas de saúde contemplados com medicamentos permeiam as áreas da atenção básica, saúde mental, média e alta complexidade (SAMU), Programas estratégicos (DST/AIDS, Tuberculose, Esquistossomose, Hanseníase, Dengue), e outros programas, o que caracteriza a integração da Assistência Farmacêutica.

Os medicamentos dos programas estratégicos têm aquisição centralizada pelo ministério da saúde e são repassados para os estados, que através de suas secretarias de saúde, têm a responsabilidade pelo armazenamento e distribuição para os municípios. Estes medicamentos compõem diversos programas, a saber, Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase, DST/AIDS, Endemias Focais, Sangue e Hemoderivados, Alimentação e Nutrição, Controle do Tabagismo, Influenza e Saúde da Criança, e são distribuídos às unidades de saúde dos distritos sanitários em periodicidade mensal, de acordo com cronograma de atendimento.

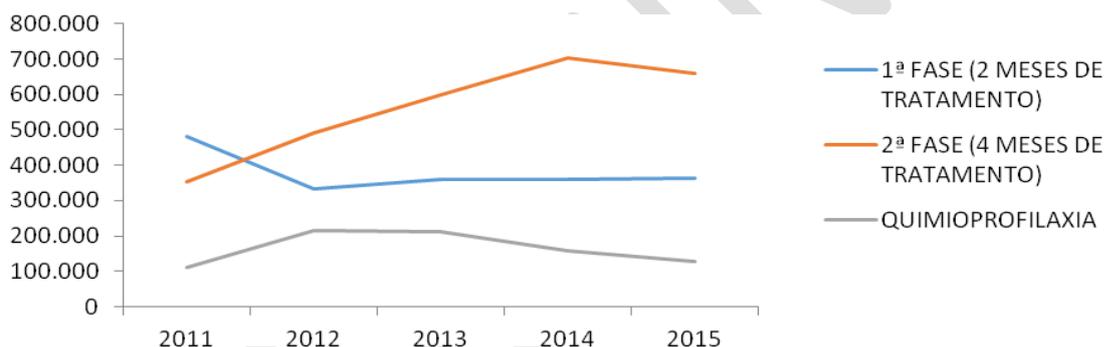
⁸⁵ A REMUME de Salvador é atualizada periodicamente com base na Resolução CIB-BA nº 049/2015, sendo a última versão formalizada pela Instrução Normativa 002/2015, de 10/07/15, publicada no Diário Oficial do Município(DOM) nº6.379.

A Assistência Farmacêutica em planejamento familiar integra o elenco de ações estratégicas que devem ser garantidas na Atenção Básica. Os medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher que constam do Anexo I e IV na RENAME vigente, são eles: Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/ml (injetável trimestral), Enantato de Noretisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg (injetável mensal), Etinilestradiol 0,03mg + Levonorgestrel 0,15mg (pílula combinada), Levonorgestrel 0,75mg (pílula de emergência), Misoprostol 25 mcg e 200 mcg, Noretisterona 0,35mg (mini-pílula), Anéis Medidores de Diafragma, Diafragma, Dispositivo Intra-Uterino e os Preservativos.

A aquisição dos anticoncepcionais é centralizada pelo Ministério da Saúde, sendo a distribuição feita de forma parcelada, sendo entregues diretamente nos Almoarifados Estaduais e Municipais de Medicamentos com população superior a 500 mil habitantes. Na saúde mental, são disponibilizados 43 tipos de medicamentos de saúde mental distribuídos entre diversas classes terapêuticas.

Os esquemas terapêuticos para o Programa de Tuberculose disponibilizados são Isoniazida 75 mg + Rifampicina 150 mg + Pirazinamida 400 mg + Etambutol 275 mg na primeira fase do tratamento; Isoniazida 75 mg + Rifampicina 150 mg na segunda fase e para quimioprofilaxia a Isoniazida 100 mg. A distribuição dos esquemas por ano está demonstrado no gráfico 115. Em Salvador, os pacientes com diagnóstico de tuberculose são atendidos em 99 unidades de saúde dos 12 distritos sanitários, tendo acesso aos esquemas de tratamento desse agravo.

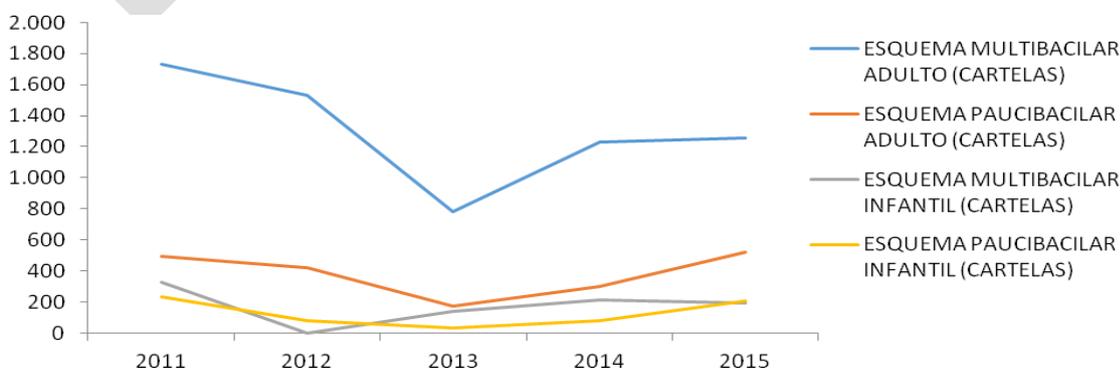
Gráfico 115. Consumo anual de Tuberculostático, Salvador-BA, 2011-2015.



Fonte: SISFARMA e SIGAF.

Em Salvador, são fornecidos nas unidades de saúde, os esquemas de tratamento (poliquimioterapia) para hanseníase, tanto para a forma multibacilar como paucibacilar da doença.

Gráfico 116. Consumo anual de Hansenostáticos. Salvador-BA, 2011-2015.

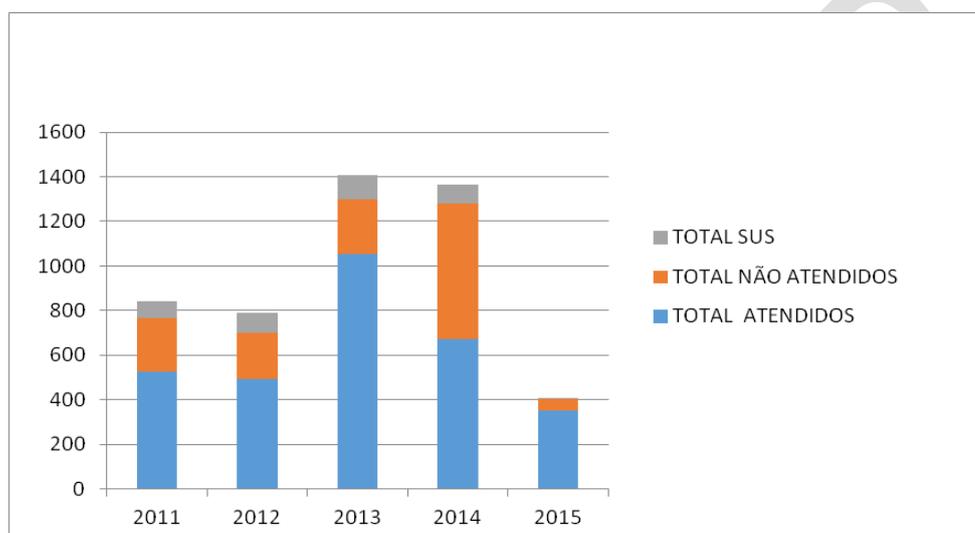


Fonte: SISFARMA e SIGAF.

O registro de solicitações administrativas de medicamentos especiais à SMS consta desde o ano 2002. Essa prática surgiu frente à demanda de uma solicitação do Ministério Público Estadual para que a SMS ofertasse melhor forma de acesso aos medicamentos à população, bem como numa tentativa de diminuir o número de ações judiciais contra o Município de Salvador referentes ao fornecimento de alguns tipos medicamentos.

A revisão do elenco de medicamentos especiais fornecidos por esta SMS é realizada periodicamente. Atualmente, são disponibilizados os seguintes medicamentos especiais: Baclofeno 10mg comprimido; Enoxaparina 20mg/mL, 40mg/mL e 60mg/mL seringa; Protetor Solar FPS 30 e 50; Lactulose 667mg/mL; Oxcarbazepina 6% suspensão e 300mg comprimido; Oxibutinina 1mg/mL solução oral e 5mg comprimido; Succinato de metoprolol.

Gráfico 117. Número de Processos Administrativos por ano.



Fonte: Planilha de Processo Administrativo/CAF/DAS.

Em 2013 houve um total de 1.405 solicitações administrativas, sendo que 1.055 destas foram atendidas, 243 foram indeferidas e 107 solicitaram medicamentos já disponíveis na rede municipal. No final do ano de 2013 o protocolo de solicitação para o medicamento Enoxaparina (anticoagulante) foi alterado, e definido o fornecimento da Enoxaparina de 20 mg/0,2mL, 40 mg/0,4mL e 60 mg/0,6mL somente a pacientes gestantes para tratamento ou profilaxia do tromboembolismo.

No ano de 2014 foram 1.366 solicitações de medicamentos por via administrativa, destes 671 obtiveram parecer favorável e 607 tiveram parecer indeferido. Em 2015 observa-se uma diminuição no número total de solicitações administrativas junto à SMS, uma vez que neste ano definiu-se que não seriam incluídos novos pacientes para o fornecimento do Succinato de Metoprolol; observando um total de 409 solicitações de medicamentos, sendo que 353 pacientes obtiveram parecer favorável e 51 com parecer desfavorável.

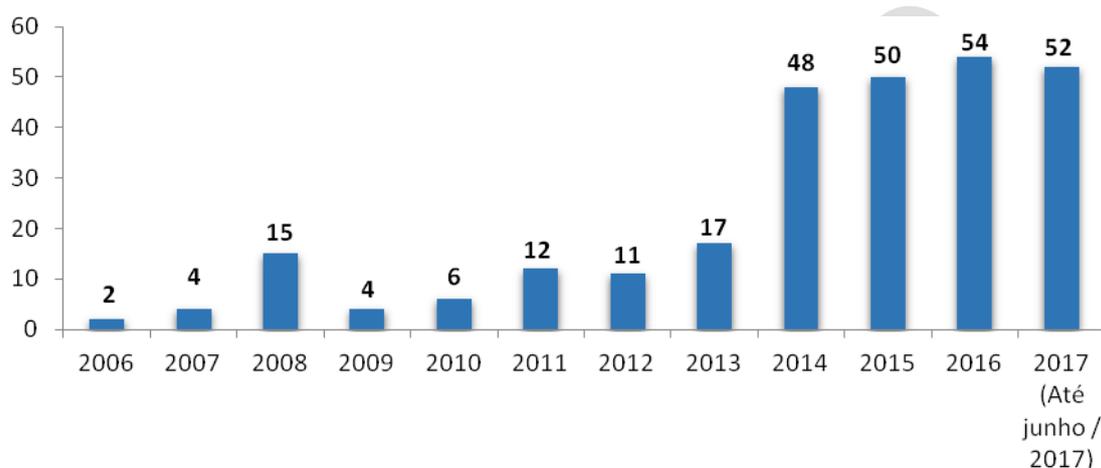
A integralidade da atenção à saúde é um princípio que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. Um dos avanços proporcionados pelo SUS para atender as demandas de diversos segmentos da sociedade civil foi a criação de políticas específicas para atender a incorporação da fitoterapia: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Nesse contexto foram incluídos 12 fitoterápicos industrializados na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, 2014), o que favoreceu a inserção da Fitoterapia nos municípios através do elenco do Componente Básico.

Na Bahia, este elenco do CBAF (que inclui os fitoterápicos) foi aprovado através da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), cuja resolução mais recente é a de nº 049/2015 Salvador inclui na REMUME 5 tipos de fitoterápicos CYNARA SCOLYMUS 300 mg/cap (Alcachofra),

HARPAGOPHYTUM PROCUMBENS (Garra do Diabo), *MAYTENOS ILICIFOLIA* (espinheira santa), *MAYTENOS ILICIFOLIA* (espinheira santa), *PASSIFLORA INCARNATA* 260MG e *VALERIANA OFFICINALIS* 225,75 m.

Apesar de termos realizado uma Capacitação para os Prescritores em 2014, ainda existe uma lacuna no conhecimento dessa área por parte dos profissionais de saúde, sendo necessária a constante atualização dos mesmos, quanto ao uso dessa classe de medicamentos no SUS. A busca pelo judiciário para garantia do acesso à saúde é uma realidade no Brasil, estando presente principalmente nos grandes centros urbanos. Atualmente, 179 pacientes estão ativos e recebendo medicamentos via ação judicial no município de Salvador. Esta demanda vem aumentando ao longo dos anos, conforme gráfico 118.

Gráfico 118. Número de pacientes novos de ação judicial. Salvador-BA. 2006-2017*



Fonte: Planilha de Ação Judicial, SMS/DAS/CAF.

Em 2016, foi inaugurada a Câmara de Conciliação em Saúde, resultado de um convênio, assinado em 2015, entre a Prefeitura de Salvador, Governo do Estado da Bahia, Tribunal de Justiça da Bahia, Ministério Público do Estado, Procuradoria Geral do Estado, e as Defensorias Públicas da União e Estado. O objetivo desta câmara é mediar o conflito no acesso à saúde, orientando os pacientes quanto a forma correta para acesso ou, caso não seja possível, as alternativas disponíveis no SUS. Atualmente, a Câmara conta com dois farmacêuticos cedidos da Secretaria Municipal de Saúde e funciona nas dependências do SAC do Shopping Bela Vista.

Até o ano de 2017, os atendimentos desses pacientes eram realizados na Coordenação da Assistência Farmacêutica, na sede da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Em junho de 2017, considerando a demanda crescente, foi criada uma farmácia para atendimento exclusivo dos pacientes de ação judicial, a qual atualmente está localizada no Multicentro Carlos Gomes.

O Programa Farmácia Popular do Brasil⁸⁶, criado em 2004, como uma alternativa de acesso aos medicamentos, buscando atender àqueles que pudessem despende de um pequeno valor pelo seu medicamento, permitindo desta forma que os usuários não tivessem interrompido seu tratamento em virtude de dificuldades de acesso. Em 2006, o Ministério da Saúde expandiu o Programa Farmácia Popular do Brasil, aproveitando a rede instalada do comércio varejista de produtos farmacêuticos, bem como a cadeia de medicamentos com o programa "Aqui tem Farmácia Popular".

Em Salvador, foram inauguradas no ano de 2007, seis unidades próprias distribuídas nos principais DS, as unidades são/foram as do Modelo I (Brotas, Nordeste de Amaralina, Comércio, Cajazeiras, Liberdade e Cabula). As unidades próprias contam com um elenco de

⁸⁶ O Decreto nº 5.090/04 que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

112 itens, entre medicamentos e o preservativo masculino, os quais são dispensados pelo seu valor de custo, representando uma redução de até 90% do valor de mercado.

Em outubro de 2010, o Programa ampliou o elenco de medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e passou a atender novas doenças, incluindo medicamentos para o tratamento da osteoporose, rinite, asma, Parkinson e glaucoma e a inclusão das fraldas geriátricas para incontinência urinária em idosos. A partir de 2011, o Programa passou a disponibilizar os medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e do diabetes sem custos para os usuários. Esta campanha foi denominada “Saúde Não Tem Preço” (SNTP) e posteriormente, incluíram também os medicamentos disponíveis para asma que são: Brometo de Ipratrópio, Dipropionato de Beclometasona e Sulfato de Salbutamol.

Em março de 2017, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) informou sobre a decisão de fim de repasse de manutenção, às unidades de Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), bem como fim de operacionalização das unidades pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) proferida no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Com o fim do Programa Farmácia Popular, o Ministério da Saúde irá ampliar os recursos destinados a estados e municípios para compra dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, cujos fármacos são destinados às doenças mais prevalentes e prioritárias da Atenção Básica e são adquiridos com contrapartida financeira estadual e municipal. Com o incremento dos recursos, o valor enviado mensalmente passará de R\$5,10 por habitante para R\$5,58 considerando a população segundo os dados do IBGE em 2016.

2.5.2.10. Rede de Oncologia

A Rede Assistencial de Oncologia de Salvador está conformada por estabelecimentos de referência, que são as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON (Hospital Santa Izabel, Hospital São Rafael, Hospital Santo Antônio, Hospital Martagão Gesteira, CICAN/Hospital Geral Roberto Santos – HGRS e Hospital Universitário Professor Edgard Santos – HUPES) e o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON (Hospital Aristides Maltez). Cada um desses estabelecimentos possui grade assistencial específica cujo acesso é realizado, através de triagem e agendamento pela regulação municipal e/ou pelo estabelecimento de referência (Quadro 07 - Anexo).

A Rede Assistencial de Oncologia de Salvador está sob regulação, desde 2009, contemplando consulta, cirurgia e os tratamentos complementares em Quimioterapia, Radioterapia (Radioterapia Geral e Braquiterapia) e Iodoterapia. As UNACON e o CACON de Salvador são unidades de referência para a população própria e pactuada⁸⁷ com o município. Os pacientes oncológicos que iniciam o tratamento em Salvador, têm o acesso e a garantia da sua continuidade, independente da sua cidade de origem ou direcionamento de pactuação.

As terapias complementares (quimioterapia, radioterapia e iodoterapia) são referenciadas aos estabelecimentos de saúde constantes na Tabela 102 - Anexo. Em relação às referidas terapias foi verificado que apesar de haver um incremento de 16% no quantitativo de procedimentos de quimioterapia entre os anos de 2008 e 2016, apenas 4 estabelecimentos apresentaram produção em 2016 em relação ao ano de 2008 quando 10 estabelecimentos realizaram este tipo de procedimento. Essa situação foi em decorrência da Portaria SAS/MS Nº 62 de março de 2009, a qual desabilitou os serviços isolados de quimioterapia, a partir de 2010, sendo descredenciados estabelecimentos como Núcleo de Oncologia da Bahia (NOB), ONCO, Instituto Geraldo Andrade de Medicina (IGA), entre outros. Em 2016, os Hospitais Aristides Maltez e Santa Isabel figuraram como principais referências.

⁸⁷ Através de consulta ao site da Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada – DIPRO (<http://www1.saude.ba.gov.br/dipro>) é possível obter as informações de pactuações dos procedimentos de saúde do SUS de diferentes cidades, identificando o local de referência para os diversos atendimentos, o que inclui a área de oncologia

No que tange à iodoterapia, a maior parte desse procedimento (96%) é realizado nos Hospitais Aristides Maltez e São Rafael na modalidade hospitalar. Destaca-se que o Hospital São Rafael executa esses procedimentos para pacientes com indicação dessa terapêutica que não sejam oncológicos. A partir de 2014, apenas o Hospital Aristides Maltez realiza o procedimento na modalidade ambulatorial para pacientes oncológicos. No que se refere ao procedimento de radioterapia observa-se um incremento na produção de 76% entre os anos de 2008 e 2016, estando os hospitais Aristides Maltez, São Rafael e Santa Isabel como principais referências no ano de 2016.

2.5.3. Processo Regulatório

A Regulação do Acesso à Assistência tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. O Complexo Regulador do município do Salvador regula o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal e deve garantir o acesso da população referenciada de outros municípios, conforme pactuação.

Implantada no ano de 2006, a Central Municipal de Regulação (CMR) vem, ao longo dos anos norteando o processo regulatório a partir do Plano Diretor de Regionalização da Bahia (PDR), da Programação Pactuada Integrada de 2010 (PPI/2010), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da rede contratualizada e conveniada. Os fluxos de trabalho vêm sendo alinhados e adaptados na busca de encaminhamentos precisos e de acordo com a demanda do usuário.

Atualmente, a gestão da prestação de serviço assistencial⁸⁸ de saúde de média e alta complexidade em Salvador é compartilhada com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Para a regulação assistencial, a CMR utiliza o Sistema VIDA+ e tem como responsabilidades a regulação ambulatorial e pré-hospitalar de urgência/emergência, além de dar suporte ao processo autorizativo da regulação de leitos dos estabelecimentos contratualizados pela Secretaria Municipal de Saúde. A Central Estadual de Regulação regula o acesso dos usuários aos leitos hospitalares dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS (próprio, contratado ou conveniado) nas situações de urgência/emergência, internações de cirurgias eletivas e internamentos clínicos.

As consultas básicas e especializadas e os exames de média complexidade são procedimentos que podem ser *agendados* diretamente nas 23 unidades de saúde de referência da rede própria e em 03 prefeituras bairro (Quadro 08, Anexo), pelo próprio estabelecimento executante e pelos 417 municípios pactuados. O acesso dependerá da disponibilidade de vagas nos estabelecimentos da rede própria ou contratualizada e não precisa de autorização prévia.

O acesso a exames laboratoriais, urgências ortopédicas, procedimentos de fisioterapia, exames de eletrocardiografia e Raio X, não necessita de agendamento prévio, os usuários devem se dirigir a uma das unidades executantes para realização imediata do procedimento, mediante disponibilidade de oferta. Para a realização de procedimentos "*regulados*" como os exames de Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Colonoscopia, Litotripsia, Cintilografias, Biópsias percutâneas guiadas por imagem, Densitometria Óssea, Eletroneuromiografia, dentre outros, o processo regulatório está atrelado à análise dos laudos dos respectivos procedimentos pelo médico regulador, baseado em protocolos clínicos e de autorização

No caso de procedimentos com o perfil "*autorizado*", como a quimioterapia, radioterapia e procedimentos oftalmológicos, o próprio estabelecimento de saúde executante agenda o procedimento, solicita e encaminha o laudo de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) à CMR para análise do médico regulador.

O processo regulatório tem avançado. No ano de 2010, somente 33 procedimentos estavam habilitados no sistema Vida+, com uma média de oferta de 1.193 procedimentos/mês.

⁸⁸ Portaria nº 498 de 26/08/2011 e resolução CIB/BA nº 152/2011

Atualmente, o sistema contempla 1.698 procedimentos, com uma média de oferta de 2.484.863 procedimentos/mês. Outro avanço está na iniciativa da inserção integral das agendas das Unidades de Saúde no sistema VIDA+. Atualmente, 42 unidades disponibilizam a marcação de consultas e procedimentos através desse sistema, facilitando, assim, o acesso dos cidadãos.

Quanto aos processos de trabalho, estratégias de qualificação estão sendo operacionalizadas, destacando-se a adequação de profissionais às diversas demandas da regulação ambulatorial, a implantação do processo autorizativo pré-fato dos procedimentos com perfil “autorizados” ou “regulados”, a interface permanente da regulação com o componente municipal da auditoria e a adequação dos Planos Operativos Anuais – POAs, contemplando compromissos gerais e metas relacionadas à regulação.

Para melhor operacionalização do processo regulatório ambulatorial será necessário que a oferta dos serviços ambulatoriais, seja gerenciada integralmente pela CMR, independente da gestão do EAS ser municipal ou estadual. Este fato, atrelado ao subfinanciamento e defasagem na Tabela SUS, representa relevante entrave na oferta de serviços.

2.5.4. Vigilância em Saúde no âmbito do SUS municipal

2.5.4.1. Vigilância Sanitária (VISA)

A Vigilância Sanitária (VISA)⁸⁹ constitui-se como um dos componentes estruturais da Vigilância da Saúde (VISAU) sua atuação abrange a intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, incluindo os de trabalho, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços que interessam à saúde. Por outro lado, a VISA, também, exerce um papel regulatório⁹⁰, fiscalizatório e normativo, que termina por intermediar interesses econômicos e sanitários, atuando em um campo complexo em prol da promoção, proteção e defesa da saúde.

Na definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e nos artigos que regulamentam a repartição das competências no âmbito do sistema, surge um arranjo institucional que tem sido apontado como inédito ⁹¹no mundo (SILVA; PEPE, 2012; LUCENA, 2015). A característica sistêmica, entretanto, obriga a interdependência das esferas de ação e exige a articulação dentro dos princípios de hierarquia do SUS.

Assim sendo, a Vigilância Sanitária de Salvador (VISA/SSA), enquanto componente da Vigilância da Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS), situa-se na Diretoria de Vigilância da Saúde (DVIS) e faz parte do sistema de Vigilância Sanitária da Bahia, representada pela DIVISA (Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental da Bahia), na Secretaria Estadual de Saúde (SESAB), que responde pelas funções de coordenação e supervisão das ações no território baiano; e, no plano federal, dialoga com a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), que coordena seu sistema nacional. Cada uma dessas vigilâncias tem autonomia concedida pelas características federativas próprias do Estado brasileiro.

Em Salvador, no ano de 2004, as ações da VISA eram desempenhadas por técnicos lotados no nível central e nos distritos sanitários de Pau da Lima e Cabula Beirú (PAIM, 2002; SOUZA, 2002; BASTOS, 2006). Em 2006, de forma tardia se comparada a outras capitais, Salvador habilita-se na Gestão Plena do Sistema Municipal. Este processo de descentralização

⁸⁹Este campo de atuação está definido na Lei Orgânica da Saúde, Lei n 8.080/1990 (BRASIL, 1990) e regulamentado na seção da saúde na Constituição Federal de 1988,

⁹⁰ Essa natureza regulatória é explicitado no art. 1o. da Lei 9.782/1999 que cria a ANVISA e define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária compreende o conjunto de ações definido pelo § 1º do art. 6º e pelos arts. 15 a 18 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária (BRASIL, 1999).

⁹¹ Esse ineditismo do arranjo institucional da Vigilância Sanitária adotado no país se refere ao modo de divisão de competências entre as três esferas de governo (SILVA; PEPE, 2012) e seu processo de descentralização das ações para a esfera municipal, bem como a não delimitação dos objetos de intervenção, ficando o campo de intervenção aberto a qualquer tecnologia que possa causar danos à saúde.

representou avanços, mas trouxe igualmente desafios, em especial, no que se refere à estruturação administrativa e operacional da Vigilância. Destaca-se que, considerando o arranjo institucional adotado no município, a consolidação das ações de VISAU passa pelo avanço do processo de descentralização para os distritos sanitários.

As ações da VISA baseiam-se na avaliação do risco sanitário, analisando as necessidades de saúde socialmente determinadas e epidemiologicamente identificadas, as especificidades locais, o estado de saúde da população, o sistema de serviços de saúde, incluindo o seu subsistema; bem como as necessidades do setor por ela regulado. Isto demanda uma atuação voltada para o controle do risco sanitário, que utiliza de tecnologias próprias, a exemplo da fiscalização, da inspeção sanitária; do monitoramento de produtos, serviços e ambientes; da pesquisa em serviço; da educação, comunicação e informação em saúde, com vistas ao aumento da consciência sanitária da sociedade; da ação em Rede, onde se articula com outras instituições, setores e sujeitos de práticas da saúde (LEAL, 2017).

As áreas de intervenção da VISA Salvador foram pactuadas a partir da assinatura do Termo de Compromisso contido na CIB/BA 249/2014 ⁹²e CIB/BA 034/2016 (que aprova a atualização dos anexos I, II e III da Resolução CIB Nº 249/2014) e acordados entre o ente estadual e o municipal de Vigilância sanitária. Esta resolução agrupa os estabelecimentos por grau de complexidade e Salvador assume hoje os grupos 1 e 2. À medida que a complexidade aumenta, aumentam os riscos e a necessidade de capacidade de gestão e organização do sistema para a concretização do objetivo de controlar riscos sanitários.

Quadro 09. Procedimentos executados pela VISA Salvador, 2014, 2015 e 2016

Código SIA/SUS	Procedimentos	2014	2015	2016
01.02.01.005-6	Atividades Educativas para o Setor Regulado	14	247	41
01.02.01.006-4	Análise de Projetos Básicos de Arquitetura	959	1250	1672
01.02.01.007-2	Cadastro de Estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária	772	3513	5981
01.02.01.014-5	Inspeção Sanitária de Hospitais	39	85	15
01.02.01.015-3	Investigação de Eventos Adversos e/ou Queixas Técnicas	0	11	08
01.02.01.016-1	Exclusão de Cadastro de Estabel. sujeitos à VISA c/ atividades encerradas	224	457	885
01.02.01.017-0	Inspeção dos Estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária	6813	7.292	13.018
01.02.01.018-8	Licenciamento inicial dos Estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária	975	1024	1181
	Renovação de licença dos Estabele sujeitos à Visa	1796	1542	1932
01.02.01.019-6	Aprovação de Projetos Básicos de Arquitetura	234	431	525
01.02.01.020-0	Investigação de Surtos de Doenças Transmitida por Alimentos	11	13	02
01.02.01.022-6	Atividade Educativa para a População	07	13	21
01.02.01.023-4	Recebimento de Denúncias/Reclamações	224	537	838
01.02.01.024-2	Atendimento a Denuncias/Reclamações	293	417	614
01.02.01.025-0	Cadastro de Hospitais	0	90	10
01.02.01.026-9	Licenciamento Sanitário de Hospitais	05	24	06
01.02.01.027-7	Cadastro de Inst de Longa Permanência para Idosos	0	05	12
01.02.01.028-5	Inspeção Sanitária de Instituições de Longa Permanência para Idosos	27	125	59
01.02.01.029-3	Licenciamento Sanitário de Instituições de Longa Permanência para Idosos	0	02	02

⁹² A CIB/BA 249/14 explicita “os princípios gerais e estabelece as ações de competência do Estado e dos Municípios na organização, execução e gestão das ações do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde do Estado da Bahia, de forma compartilhada, solidária, regionalizada e descentralizada” (BAHIA, 2014; 2016).

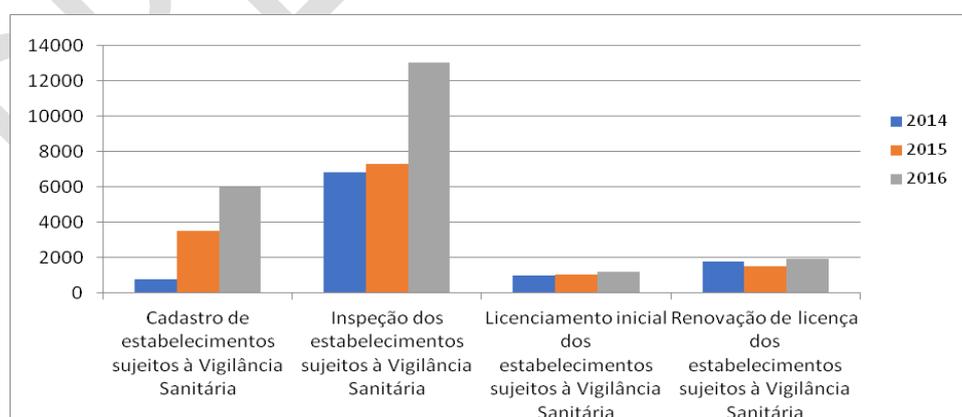
01.02.01.033-1	Cadastro de Serviços de Diag. e Trat do Câncer de Colo de Útero e Mama	05	100	82
01.02.01.034-0	Inspeção Sanitária de Serv. de Diag. e Trat. do Câncer de Colo de Útero e Mama	74	178	198
01.02.01.035-8	Licenciamento Sanit. de Serv. de Diag. e Trat. do Câncer de Colo de Útero e Mama	10	20	35
01.02.01.045-5	Cadastro de Serviços de Alimentação	232	948	814
01.02.01.046-3	Inspeção Sanitária de Serv de Alimentação	4067	4698	6373
01.02.01.047-1	Licenciamento Sanit de Serv de Alimentação	527	838	941
01.02.01.048-0	Inspeção Sanitária de Ambientes Livres do Tabaco	1368	3122	7462
01.02.01.049-8	Laudo de Análise Laboratorial do Prog. de Monitor. de Alimentos receb. pela VISA	28	368	119
01.02.01.050-1	Atividades Educativas sobre a temática da Dengue, realizadas para População	03	36	49
01.02.01.051-0	Atividades Educ. c/ relação ao cons. de sódio, açúcar e gord., p/ Setor Reg. e pop.	10	06	06
01.02.01.052-8	Instauração de Processo Administ Sanitário	487	647	515
01.02.01.053-6	Conclusão de Processo Administrativo Sanitário	57	667	825

Fonte: SIA/SUS OBS: Foram retiradas as linhas zeradas correspondentes a atividades que não são realizadas pela VISA municipal (grupos 3 e 4 da Resolução CIB 034/2016).

Em relação às atividades de Visa pactuadas, Salvador vem realizando 100% das atividades previstas e registradas no SISPACTO. Saliente-se, que a informalidade é um dos traços na economia de Salvador (LEAL, 2013; 2014; 2015) e, sendo uma cidade onde o setor de serviços é o predominante, o universo de atuação da VISA/SSA se expande, pressionando por uma estruturação do sistema compatível com o estabelecimento de uma política prioritária para as ações de promoção, proteção e prevenção à saúde ofertadas pela SMS, conforme registra-se na ampliação das ações de cadastro de estabelecimentos

Como já sinalizado anteriormente a Visa municipal inspeciona estabelecimentos do grupo básico (grupo 1) e os considerados de média complexidade de inspeção (grupo 2). Destaca-se avanço no quantitativo de inspeção e licenciamento de serviços de alimentação, de serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama.

Gráfico 119. Quantitativo de procedimentos de Vigilância Sanitária (cadastramento, inspeção, licenciamento inicial e renovação de alvará), anos 2014 a 2016, Salvador – BA.



Os dados preliminares disponíveis, ainda que com ressalvas dado a necessidade de aprimoramento dos instrumentos de cadastro existentes e do sistema de informação atualmente disponível (SALUS), sugerem crescimento no número de cadastros entre 2014 a 2016 (de 772 cadastros em 2014 para 5.981 em 2016). Em 2016 observa-se o incremento de 91,07% no número total das inspeções, passando de 6.813 (2014) registros para 13.018 (2016)

devido a agregação dos dados das inspeções na Operação Carnaval 2016. O licenciamento inicial e as renovações de licença também tiveram incremento no quantitativo total. No entanto, como os dados cadastrais não correspondem ao universo, este crescimento pode ser relativo e precisa ser analisado com cautela.

Observa-se, conforme quadro 09, um crescimento da solicitação do serviço de análise de projetos básicos de arquitetura, passando de 959 em 2014 para 1.672 em 2016, incremento de 74,3% na solicitação desse serviço. Em contraponto, apesar da aprovação desses projetos passar de 234 em 2014 para 525 em 2016, este quantitativo necessita ser ampliado para responder a demanda verificada. Nesse contexto, apesar da ampliação de 67% na demanda desse serviço, não houve aumento correspondente na equipe responsável.

O recebimento de denúncias também apresentou um crescimento significativo. Enquanto que em 2014 foram efetuadas 234 denúncias, em 2016 esse número foi de 838. O atendimento a essas denúncias tem aumentado em termos absolutos, embora a taxa de resposta esteja decrescendo. Em 2014 atendia-se 100% das denúncias, em 2015, 77% e em 2016, 73% das denúncias foram apuradas. Salienta-se que o aumento da demanda de serviço como um todo e da maior participação social através da realização de denúncias identificada no período.

Em relação aos processos administrativos sanitários, em 2014 o setor passou por reestruturação, retomando a instrução e julgamento dos processos em 2015 e 2016. Entretanto é preciso ressaltar que o setor ainda possui uma quantidade elevada de demanda reprimida, com muitos processos dos anos de 2013, 2014 e 2015 ainda pendentes de julgamento; além da necessidade de reavaliação da linha hierárquica de julgamento. A Bahia registrou 1.686 casos de intoxicação por medicamentos⁹³ no ano de 2016. O Centro Antiveneno da Bahia (CIAVE-BA) detectou que medicamentos representam a principal causa de intoxicações exógenas no estado, estando à frente dos agrotóxicos, dos alimentos e dos saneantes (CIAVE-BA, 2016).

O município de Salvador realiza ações de Vigilância Sanitária nos seguintes seguimentos da cadeia produção-consumo de medicamentos: Drogarias públicas e privadas (farmácias sem manipulação de fórmulas); Distribuidoras/Importadoras/Exportadoras de medicamentos; Comércio atacadista de medicamentos; Transportadoras de medicamentos; Representantes comerciais de medicamentos; Dispensários de unidades de saúde públicas e privadas; Farmácias hospitalares das unidades hospitalares e sob a sua competência de fiscalização.

Em relação às drogarias, segundo dados informados pelos Distritos Sanitários, há 616 drogarias no município de Salvador, sendo que 74% (455) foram inspecionadas ao menos uma vez no ano de 2016. Entretanto, de acordo com o banco de dados disponibilizado pela SEFAZ em 2009, há cerca de 1.100 drogarias no município de Salvador. Embora os dados estejam desatualizados, acreditamos que o número cresceu nesses quase 10 anos, devido ao crescimento da economia no período considerado, bem como o crescimento do mercado farmacêutico, que cresce acima da média do mercado nacional. Este confronto entre dados reflete a necessidade de a VISA/SSA trabalhar a atualização de seus cadastros em articulação com outras secretarias do município.

O município não possui Indústria de medicamentos As farmácias magistrais (com manipulação de fórmula), ainda estão sob competência do órgão de vigilância sanitária do estado. A Vigilância sanitária do município realiza entrega de numeração para a confecção de Notificações de Receita B2 e autoriza o início da comercialização de venda de substância retinóides sistêmicos. O município também realiza a abertura e o encerramento de livros de escrituração sanitária de clínicas e outros estabelecimentos desobrigados a utilizar o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC).

⁹³ Foi lançado pela OMS nesse ano de 2017 o Patient Safety Challenge on medication Safety, uma iniciativa global para reduzir 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países nos próximos 5 anos. Esse é o terceiro desafio global da OMS para a segurança dos pacientes, seguindo o desafio "Clean Care is Safe Care" sobre higienização das mãos em 2005, e o desafio "Safe Surgery Saves Lives", em 2008. Estima-se que mundialmente, um custo associado a esses erros evitáveis de US\$ 42 bilhões por ano ou quase 1% do total das despesas de saúde globais (PAHO, 2017).

No município de Salvador, segundo consolidado dos dados dos anos de 2014 a 2016 obtidos através do SIA/SUS, foram “cadastrados” 8.450 serviços de uma maneira geral, entre processos de licença inicial e renovação de alvará, embora o sistema disponível na Visa(SALUS) registre um número inferior (um pouco mais de 3.000 estabelecimentos). Quanto aos Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde, em 2015, foram notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária 31.774 incidentes relacionados à assistência à saúde (ANVISA,2016). A subnotificação destes incidentes dificulta a atuação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária na realização de intervenções necessárias para minimizar riscos, com o intuito de evitar danos aos pacientes em serviços de saúde.

O controle de alimentos⁹⁴, na VISA/SSA engloba vários outros objetos sujeitos ao controle da Vigilância sanitária, especialmente relacionados a alimentos do setor formal e informal, além de escolas, creches, instituições asilares, salões de beleza, ou seja, uma variedade grande de tipos⁹⁵. O setor responde aos programas de monitoramento de alimentos e de agrotóxicos, investigação de surtos, solicitação de análises laboratoriais, atividades educativas, controle do sódio e outras tantas atividades necessárias ao controle de riscos relacionados a alimentos de forma geral.

O trabalho noturno em Vigilância Sanitária municipal (VISA Noturno) foi implementado há mais de 30 anos (em 1985) com o objetivo de ampliar as ações dada às demandas crescentes surgidas pela vocação turística da cidade de Salvador e pelas as mudanças no setor serviço de forma geral. A VISA/SSA Noturno funciona de segunda à sexta-feira, sendo acionada por situações de risco provenientes de Denúncias, Busca Ativa, e Regularização de Empresas (alvará inicial ou renovação); fiscalização preventiva integrada, em ação conjunta com outros órgãos fiscalizatórios (Ministério Público Estadual, SEDUR, Corpo de Bombeiros, Decon, Procon, Polícia Militar e Guarda Municipal). Este serviço tem como foco o monitoramento de todas modalidades de serviços de interesse à saúde dos estabelecimentos em atividade no período noturno, como: pizzarias, bares, choperias, casas noturnas, além de hotéis, drogarias, supermercados, lanchonetes e restaurantes, feiras gastronômicas, englobando os estabelecimentos e serviços categorizados nos diferentes riscos sanitários.

2.5.4.2. Vigilância em Saúde Ambiental (VISAMB)

As ações de Vigilância em Saúde Ambiental em Salvador se iniciaram no ano de 2005, vinculadas à Vigilância Sanitária, através da implantação do Programa VIGIAGUA, com suas ações de monitoramento da qualidade da água sendo desenvolvidas pelos técnicos da vigilância sanitária. A partir de 2006, foi criado um grupo de trabalho que deu início a estruturação da subcoordenadoria de Vigilância em Saúde Ambiental de Salvador, para o desenvolvimento das ações de vigilância ambiental preconizadas pelo Ministério da Saúde.

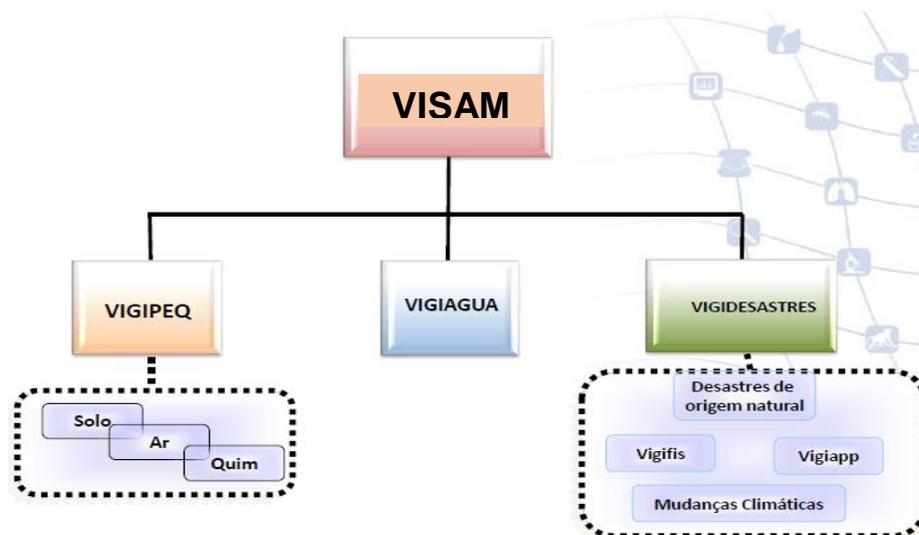
Entre os anos de 2006 e 2013, a Vigilância em Saúde Ambiental atuou como subcoordenadoria, embora não existisse oficialmente no organograma da Secretaria de Saúde, desenvolvendo as três linhas de atuação definidas pela CGVAM: Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano; Vigilância de Populações Expostas a Contaminantes Químicos; e Vigilância relacionada aos Riscos decorrentes dos Desastres de Origem Natural, de Fatores Físicos e de Acidentes com Produtos Perigosos. Em maio de 2013, a Vigilância em Saúde Ambiental se inseriu no organograma da Secretaria de Saúde, vinculada à estrutura da Diretoria de Vigilância da Saúde (DVIS) da Secretaria Municipal da Saúde

As áreas de atuação da Vigilância em Saúde Ambiental são: Vigilância da qualidade da água para consumo humano – VIGIAGUA; Vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos – VIGIPEQ; e Vigilância em saúde ambiental relacionada aos riscos decorrentes de desastres – VIGIDESASTRES. (Figura 06)

⁹⁴ O Decreto-Lei n. 986, de 21 de outubro de 1969, ainda em vigor, adota o seguinte conceito para alimento: “toda substância ou mistura de substâncias, no estado sólido, líquido, pastoso ou qualquer outra forma adequada, destinada a fornecer ao organismo humano os elementos normais à sua formação, manutenção e desenvolvimento”.

⁹⁵ No setor formal trata-se de restaurantes, bares, lanchonetes, supermercados, distribuidoras e indústrias e no informal, o comércio de comida de rua, com todas as suas variantes (food trucks) e as feiras (feiras livres, feiras gastronômicas).

Figura 06. Estrutura de trabalho da Vigilância em Saúde Ambiental no município de Salvador, Bahia.



O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA é um instrumento de implementação das ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano e consiste num conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente. Estas ações visam a promoção da saúde e prevenção dos agravos transmitidos pela água. Entre os anos de 2009 e 2016 foram realizadas 7639 amostras de água, avaliando os parâmetros de cor, turbidez, pH, cloro residual livre, coliformes totais e termo tolerantes e flúor.

O Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos associados aos Desastres – VIGIDESASTRES tem por objetivo desenvolver um conjunto de ações a serem adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para reduzir o risco da exposição da população e dos profissionais de saúde aos desastres, reduzir doenças e agravos decorrentes deles bem como os danos à infraestrutura de saúde. O VIGIDESASTRES atua em emergência em saúde pública por desastres de origem natural (inundações, seca e estiagem, deslizamentos, dentre outros), e tecnológica (acidentes com produtos químicos, a emergência radiológica e a nuclear), contemplando ações de redução do risco, manejo dos desastres, recuperação dos seus efeitos, atua na articulação das agendas de mudanças climáticas e seus efeitos à saúde humana. De 2008 a 2016, a Vigilância em Saúde Ambiental desenvolveu o referido programa através de ações de capacitação e monitoramento de eventos de desastres, como inundações e acidentes com produtos perigosos.

O Programa de **Vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos – VIGIPEQ** tem como objetivo o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde de forma a adotar medidas de promoção, prevenção contra doenças e agravos e atenção integral à saúde das populações expostas a contaminantes químicos. Esta área trabalha com os contaminantes químicos que interferem na saúde humana e nas inter-relações entre o homem e o ambiente, buscando articular ações de saúde integradas – prevenção, promoção, vigilância e assistência à saúde de populações expostas a contaminantes químicos. O Programa VIGIPEQ está subdividido em dois subprogramas de atuação, a saber: Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solos Contaminados – VIGISOLO; e Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica – VIGIAR.

O Programa VIGISOLO tem como objetivo mapear, cadastrar e monitorar as áreas de contaminação ambiental da superfície e do subsolo terrestre que tenham potencial de risco à saúde humana, incluindo resíduos tóxicos e perigosos. O campo de atuação do programa abrange áreas onde exista exposição ou risco de exposição da população a solos contaminados por substâncias químicas, que possam produzir efeitos na saúde, a partir da identificação e avaliação de risco em áreas com solos contaminados, buscando a construção

de uma proposta de intervenção, cujas ações sejam sistematizadas e articuladas às diferentes esferas e setores governamentais e da sociedade. De (2008 a 2016) foram realizados os cadastramentos de 7 áreas prioritárias suspeitas de contaminação; monitoradas e registradas as atividades de 20 cemitérios, incluindo os dois já cadastrados, e 49 hortas urbanas.

O Programa **VIGIAR tem como** objetivo desenvolver ações de vigilância para populações expostas a poluentes atmosféricos, de forma a recomendar e instituir medidas de prevenção, de promoção da saúde e de atenção integral, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Seu campo de atuação prioriza as regiões onde existam diferentes atividades de natureza econômica ou social que gerem poluição atmosférica de modo a caracterizar um fator de risco para as populações expostas. As atividades desenvolvidas pelo programa entre 2009 e 2016 foram Biomonitoramento da Poluição Atmosférica na cidade de Salvador; análise dos boletins da qualidade do ar emitidos pela CETREL; realizações de capacitação; e planejamento e articulação para implantação de unidades sentinelas.

2.5.4.3. Vigilância Entomológica - Controle de Zoonoses

a) Arboviroses

Entre as muitas espécies de arbovírus, destacam-se os vírus da Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela cujos principais vetores são o *Aedes aegypti* e *albopictus*. O *Aedes aegypti* é considerado o principal vetor urbano e seu combate recente no Brasil tem sido um desafio, considerando a competência vetorial (vetor de grande plasticidade⁹⁶) e os problemas crônicos na configuração do espaço urbano, em especial relacionado ao saneamento básico, (intermitência do fornecimento de água e coleta irregular de resíduos sólidos), de modo que as estratégias utilizadas têm-se mostrado insuficientes para conter a dispersão e a elevação sazonal da densidade do vetor.

Além disto, em Salvador, a presença do *A. albopictus* configura risco potencial para manutenção de ciclos enzoóticos e epizootias, envolvendo o ciclo silvestre em primatas não humanos (PNH), e para transmissão de novos arbovírus em área urbana. Deste modo, embora os índices de infestação na cidade em relação ao *A. albopictus*, não sejam superiores a 1%, deve-se manter a vigilância entomológica também para essa espécie.

Além da Dengue, recentemente outras arboviroses mereceram destaque no Brasil e na Bahia. Em outubro de 2013, o vírus Chikungunya (CHIKV) foi identificado circulando de forma autóctone na Ilha de San Martin, no Caribe, e em poucos meses já havia alcançado diversos países da América do Sul e do Norte. Do final de 2013 até maio de 2016, aproximadamente dois milhões de casos foram notificados em mais de 40 países e territórios das Américas e do Caribe. No Brasil, a circulação autóctone ocorreu a partir de setembro de 2014, nas cidades de Oiapoque/AP e Feira de Santana/BA. Em 2015, as áreas de transmissão se expandiram e, atualmente, 25 das 27 unidades federadas possuem circulação autóctone (BRASIL, 2017).

A circulação do Zika no Brasil, também, foi um fato emergente, sendo confirmada laboratorialmente em abril de 2015, em amostras de pacientes do município de Camaçari, Bahia. Em maio do mesmo ano foram confirmados casos (por resultado laboratorial) em Natal/RN, Sumaré e Campinas/SP, Maceió/AL e Belém/PA. Sua circulação está relacionada com o aumento de casos de síndrome de Guillian-Barré e microcefalia (BRASIL, 2017).

A Febre Amarela (FA) no Brasil apresentava uma ocorrência endêmica, principalmente na região amazônica, além de surtos da doença fora desta região devido a exposição de população suscetível- não vacinada, como ocorreu no último surto entre 2008 e 2009. Houve reemergência do vírus na região extra-amazônica a partir de 2014. A partir de dezembro de 2016 destaca-se a ocorrência da FA em regiões de Goiás, Mato Grosso do Sul, Pará,

⁹⁶ Podemos observar que as fêmeas são hematófagas (endofílicas e antropofílicas), apresentando no ciclo reprodutivo a discordância gonotrófica, a oviposição em saltos para os depósitos preferenciais, os ovos são resistentes a dessecação, possuindo um período de latência alto, uma resistência a inseticidas, o vírus pode ser transmitido de forma vertical para os ovos, postura em recipientes artificiais e naturais, sendo o clima (em especial a temperatura e regime de chuvas) altamente favorável a espécie. Observar que a resistência à dessecação para os ovos do *A. aegypti* pode chegar a um ano.

Tocantins, Distrito Federal, Minas Gerais e São Paulo. A proximidade com áreas urbanizadas e a elevada densidade populacional nesses locais, suscitaram a intensificação das ações de vigilância, prevenção e controle, sobretudo nas regiões com evidência recente de circulação viral, o que inclui a vacinação preventiva. (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-febre-amarela>)

Na Bahia, até o momento (junho/2017), não se confirmou casos humanos, mas vem registrando-se, desde início deste ano, intensa epizootia em primatas não humanos (PNH). A confirmação de epizootias em grandes cidades do Brasil, como Salvador, representa um alto risco de mudança do ciclo silvestre para o urbano, envolvendo o *A. aegypti* (CIEVSSA, 2017; PAHO, 2017).

Até a semana epidemiológica 23, do ano de 2017, foram registrados 154 casos de epizootias em Primatas não humanos-PNH relacionados à febre amarela em Salvador. Destas 154 amostras, 153 foram encaminhadas ao LACEN. Das amostras disponíveis como analisadas (13) confirmou-se 06 positivas (e 07 negativas), sendo o restante aguardando resultado. As notificações, com resultado laboratorial, ocorreram nos Distritos Sanitários de Brotas, Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapuã, Cabula/Beiru e Subúrbio Ferroviário).

A avaliação no período estudado, revela a ampla distribuição de *A. aegypti* na cidade e a presença também do *A. albopictus*, estando o primeiro, totalmente adaptado ao ambiente urbano do município, sendo o principal vetor transmissor das arboviroses (DENV, CHIKV e ZIKA vírus). Os levantamentos entomológicos no período de 2005 a 2015 (**Gráfico 120**), em Salvador, revelam que o município esteve ou em níveis de alerta para o IIP ou em risco para a infestação por *Aedes aegypti*. Assim, mesmo observando uma tendência de queda, o IIP não atingiu um nível satisfatório (abaixo de 1%), o que mostra a manutenção da transmissão das arboviroses no território.⁹⁷

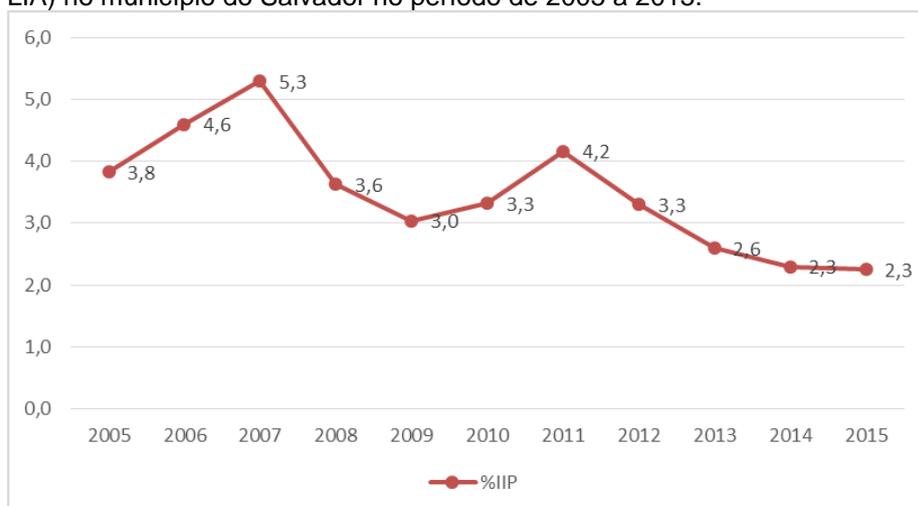
⁹⁷ A Vigilância Entomológica é um componente da Vigilância Epidemiológica e uma forma de realizá-la é a execução do Levantamento de Índice Amostral (LIA) e do Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA). O LIRAA foi desenvolvido em 2002, para atender à necessidade dos gestores e profissionais que operacionalizam o programa de controle de dengue de dispor de informações entomológicas antecedendo a estação do ano de maior transmissão, com vistas ao fortalecimento das ações de combate vetorial nas áreas de maior risco. Trata-se, fundamentalmente, de um método de amostragem que tem como objetivo principal a obtenção de indicadores entomológicos, de maneira rápida. Os indicadores entomológicos passíveis de serem construídos por meio dos dados obtidos nesses levantamentos são aqueles que são utilizados na rotina dos programas de combate vetorial, quais sejam: Índices de Infestação Predial (IIP), Breteau (IB) e de Tipo de Recipiente (ITR) (BRASIL, 2009). Como referência para as ações de controle vetorial é utilizado o último LIRAA, com mapeamento dos distritos sanitários. Os parâmetros obtidos no levantamento entomológico para o IIP - <1% satisfatório, entre 1% e 3,9% alerta e acima de 3,9% risco. Além da classificação dos índices de infestação por *Aedes aegypti*, as informações referentes ao LIRAA fornecem os tipos de criadouros predominantes. Os limiares de risco de transmissão de dengue propostos pelo Programa Nacional de Controle da Dengue para os indicadores obtidos mediante o LIRAA são os seguintes:

Quadro 1: Parâmetros dos índices de infestação predial (IIP) por *Aedes aegypti*.

IIP (%)	Classificação
< 1	Satisfatório
1 – 3,9	Alerta
> 3,9	Risco

Fonte: BRASIL, 2009

Gráfico 120. Média da série histórica dos levantamentos de índices entomológicos (LIRAA e LIA) no município do Salvador no período de 2005 a 2015.

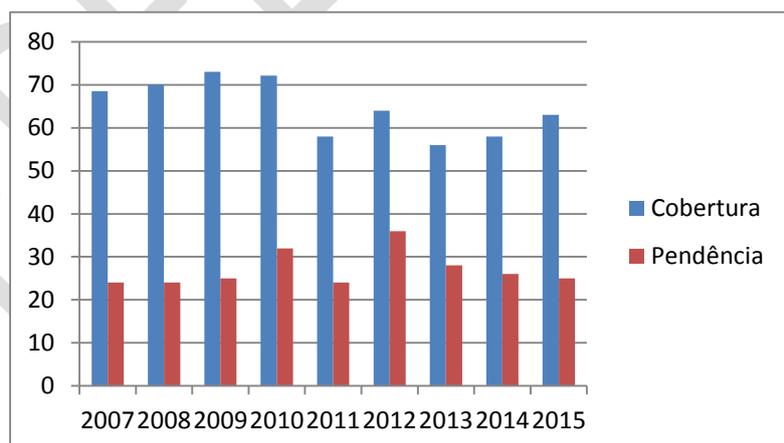


Fonte: CCZ/SUGARBO

O principal tipo de depósito encontrado, nos levantamentos entomológicos no município estes são identificados ao nível do solo e se destinam armazenamento de água doméstico⁹⁸. Isso significa que são depósitos mais perenes, o que termina contribuindo para alta e regular produção de mosquitos adultos, independentemente do regime das chuvas. A principal causa da ocorrência deste tipo de depósito é a intermitência do fornecimento de água à população. O segundo tipo de depósito mais identificado são aqueles depósitos menores e móveis, a exemplo do vasos/frascos com água, pratos, pingadeiras, recipientes de degelo, bebedouros em geral, pequenas fontes ornamentais, material de depósitos de construção, objetos religiosos/rituais, estando seu uso relacionado ao comportamento e atitudes adotadas pela população.

A média da cobertura de imóveis visitados na cidade tem registrado valores em torno de 63%, com pendências ao redor de 25%, o que não alcança os parâmetros preconizados pelo MS⁹⁹.

Gráfico 121. Média da cobertura de imóveis (%) visitados e pendência (%) no município do Salvador no período de 2007 a 2015.



Fonte: CCZ/SUGARBO

⁹⁸ Trata-se de tonel, tambor, barril, tina, depósitos de barro, filtros, moringas, potes, cisternas, caixas d'água, captação de água em poço/cacimba/cisterna

⁹⁹ Conforme determinado pelas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (BRASIL, 2009) os valores preconizados para cobertura deve ser maior que 80% e a pendência ser menor que 20%. Cabe ainda esclarecer que as ações do PMCD - Programa Municipal de Controle da Dengue eram desenvolvidas apenas pela FUNASA, ainda como PEA – Programa de erradicação do Aedes. A partir do ano de 2005 as ações passaram a ser desenvolvidas em parceria FUNASA-SMS, ficando apenas a partir de 2007, sob a total coordenação do Município. Os dados de 2005 e 2006 não estão disponíveis na SMS -SSA por esse motivo.

b) Leptospirose

A leptospirose tem distribuição universal. No Brasil, é uma doença endêmica; torna-se epidêmica em períodos chuvosos, principalmente nas capitais e áreas metropolitanas, devido as enchentes associadas a aglomeração populacional de baixa renda, condições inadequadas de saneamento e alta infestação de roedores infectados (Brasil, 2014).

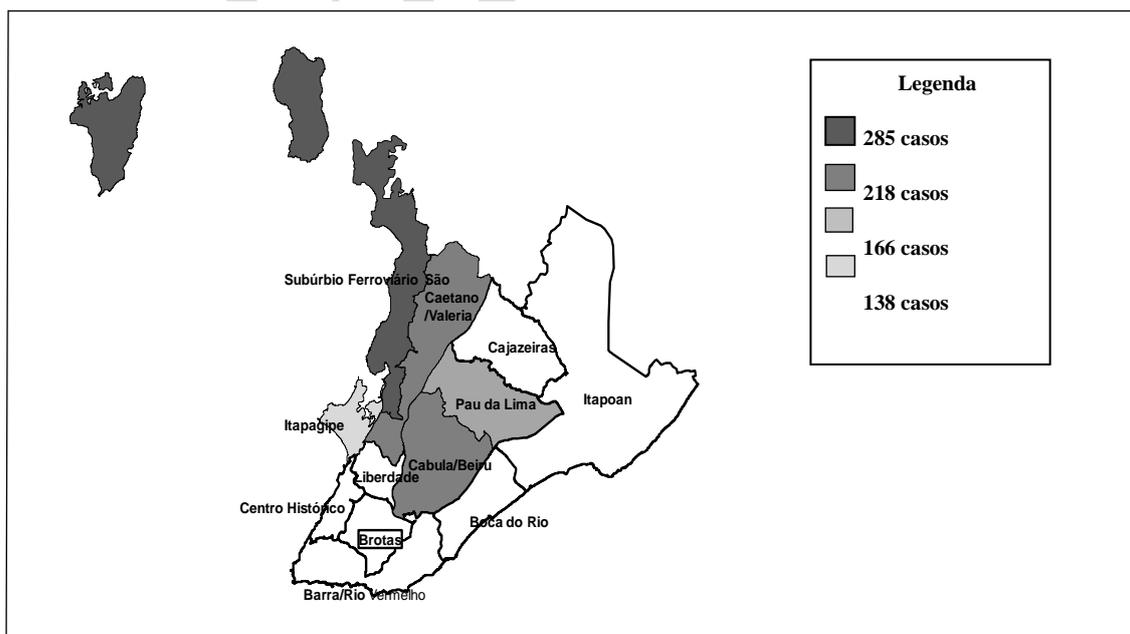
Algumas ocupações estão mais expostas a contaminação como trabalhadores em limpeza e desentupimento de esgotos, garis, catadores de lixo, agricultores, veterinários, tratadores de animais, pescadores, magarefes, laboratoristas, militares e bombeiros, entre outras. Contudo, a maior parte dos casos ainda ocorre entre pessoas que habitam ou trabalham em locais com infraestrutura sanitária inadequada e expostos a urina de roedores (Brasil, 2014).

A análise da distribuição espacial dos casos de leptospirose revela que a doença ocorre em amplo território da cidade, registrando as maiores concentrações nos Distritos Sanitários de Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria e Cabula/Beirú, os quais apresentam as maiores deficiências sanitárias, relacionadas ao abastecimento de água, drenagem e esgotamento sanitário, coleta do lixo, constituindo-se em zonas de maior risco e vulnerabilidade ambiental para a transmissão da zoonose (CCZ/FIOCRUZ/SESAB, 2008).

A fim de reduzir os riscos de exposição à leptospirose associada ao período das chuvas no município de Salvador, foi proposto em 2008 um Plano de intervenção para o controle da população de roedores sinantrópicos nas áreas selecionadas de risco da doença, inserido na Programação Municipal da Operação Chuva, coordenado pela CODESAL (CCZ/FIOCRUZ/SESAB, 2008). Este Plano contemplou áreas que se enquadravam nos critérios de risco de transmissão da leptospirose descritos acima e foram consideradas áreas prioritárias (quentes) pertencentes aos Distritos Sanitários de Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria, Cabula/Beirú e, posteriormente, Itapagipe.

Numa série histórica de onze anos (2005-2015), podemos ver que o perfil epidemiológico do município se manteve semelhante nos cinco (05) Distritos Sanitários, sendo eles: Subúrbio Ferroviário, Cabula/Beirú, São Caetano Valéria, Pau da Lima e Itapagipe, apresentando os maiores números de casos notificados (Mapa 08).

Mapa 08. Áreas Quentes com base nos casos notificados de Leptospirose, Salvador, 2005-2015.



Fonte: SMS/Sinanet/Tabwin

Os macros fatores determinantes relacionados com a transmissão da leptospirose no município de Salvador têm na pobreza acentuada, iniquidade social e deficiências de saneamento ambiental os principais elementos de causalidade e persistência na forma endêmica e epidêmica da doença (CCZ/FIOCRUZ/SESAB, 2008). De acordo com os casos notificados, os principais riscos observados no município, numa série histórica de onze anos, foram: Água ou Lama da Enchente, Lixo/Entulho, Local com Sinais de Roedores, Terreno Baldio e Roedores Diretamente (**Tabela 103**).

Dentre os Distritos Sanitários observa-se que a exposição aos riscos de Água ou Lama da Enchente, Local com Sinais de Roedores, Roedores Diretamente, Terreno Baldio e Lixo/Entulho prevalece na maioria dos Distritos (Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano/Valéria, Liberdade, Cabula/Beirú e Cajazeiras). Com esses mesmos riscos e mais o risco de Fossa, Caixa de gordura ou Esgoto evidencia-se nos Distritos de Itapoan, Pau da Lima e Subúrbio Ferroviário. Os distritos de Barra/Rio Vermelho e Boca do Rio apresentam maiores riscos com Água ou Lama da Enchente, Local com Sinais de Roedores, Terreno Baldio e Lixo/Entulho. Quanto ao Distrito de Brotas prevalece Água ou Lama da Enchente, Local com Sinais de Roedores e Lixo/Entulho.

Estes dados evidenciam que o problema do saneamento básico da cidade está diretamente relacionado ao risco de transmissão da leptospirose.

Tabela 103. Situações de risco/exposição para transmissão da Leptospirose, Salvador, 2005-2015.

Situação de Risco	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Água ou Lama da Enchente	73	46	29	54	84	144	109	63	118	70	93	883
Criação de Animais	8	9	3	6	7	9	39	26	59	22	40	228
Caixa D'Água	2	2	4	2	4	12	13	10	12	5	5	71
Fossa, Caixa de gordura ou Esgoto	53	37	19	18	27	23	47	32	50	36	50	392
Local com Sinais de Roedores	0	0	33	54	91	136	118	79	120	86	92	809
Plantio/Colheita (Lavoura)	4	2	3	4	1	3	9	5	6	1	3	41
Rio/Córrego/Lagoa ou Represa	10	5	3	4	4	12	22	21	16	15	13	125
Roedores Diretamente	0	0	27	36	42	59	87	50	80	45	60	486
Armazenamento de Grãos / Alimentos	0	0	3	1	0	4	8	3	6	2	2	29
Terreno Baldio	0	0	23	66	85	137	101	61	103	57	63	696
Lixo/Entulho	70	41	28	65	86	142	107	65	113	70	76	863
Carcaças de Animais	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Outros	22	10	6	13	6	11	13	4	8	9	9	111
TOTAL	243	154	181	323	437	692	673	419	691	418	506	4.737

Fonte: SMS/Sinanet/Tabwin/Tabnet

c) Escorpiões

No Brasil, é constante e tem se tornado frequente o aparecimento de escorpiões em áreas urbanas. No período de 2005 a 2015 houve um aumento no número de casos no Brasil de 59% e na Bahia, o aumento foi de 42%. A Bahia está em 2º lugar em número de casos de escorpionismo, abaixo apenas do estado de Minas Gerais (Brasil, 2017).

Tabela 104. Nº de casos de Escorpionismo, Brasil, Bahia, 2005-2015.

Região e UF	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Brasil	35.395	36.965	37.370	40.287	50.830	52.509	60.142	64.162	79.713	87.103	86.344	630.820
Bahia	6001	5899	5865	6253	9449	9099	10511	9046	10833	11861	10204	95.021

Fonte: Sinan/MS

Os escorpiões são animais peçonhentos e provocam acidentes que na maioria das vezes são considerados de leve gravidade, sendo apenas 3% dos casos considerados graves. Dos casos de óbitos por escorpionismo no Brasil 29% ocorreram na Bahia. (Brasil, 2017) (**Tabela 104**).

Tabela 105. Nº de óbitos de Escorpionismo, Brasil, Bahia, 2005-2015.

Região e UF	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Brasil	45	24	61	85	89	74	82	87	73	88	118	826
Bahia	8	8	18	26	21	27	29	22	27	32	26	244

Fonte: Sinan/MS

No período de 2005 a 2015 ocorreram em Salvador, 499 notificações de acidentes por escorpião, destes, 482 não foram classificados o Distrito Sanitário, por incompletude das notificações no SINAN, isto impossibilita uma análise real da distribuição espacial desses acidentes (Tabela 106). Conforme, verifica-se com a distribuição dos registros, o escorpionismo, em Salvador, concentra-se em 10 distritos sanitários, nestes ocorre o monitoramento, de acordo com orientação da Secretaria de Vigilância à Saúde devido a reincidência da presença de escorpião observada. (Brasil, 2009).

Tabela 106. Nº de Acidentes por Escorpião, segundo distrito sanitário de ocorrência, Salvador, 2005-2015

Distrito Sanitário	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Centro Histórico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Itapagipe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São Caetano/Valéria	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Brotas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Barra/Rio Vermelho	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Boca do Rio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Itapoan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Cabula/Beirú	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Pau da Lima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Subúrbio Ferroviário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Cajazeiras	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Distrito Ignorado	0	0	0	0	75	77	81	72	58	42	40	482
Total	0	1	2	0	75	78	81	72	58	43	43	499

Fonte: SMS/Sinanet/Tabwin

No município de Salvador, diferente dos registros nacionais e estaduais, observa-se que, no período de 2005 a 2015, houve uma diminuição no número de notificações de acidentes por escorpiões, notadamente a partir do ano de 2013 (**Tabela 106**) (SEVAS/CCZ, 2017). A identificação das áreas de ocorrência com presença de escorpião é feita através de notificações que chegam dos municípios por demanda espontânea/CCZ, e-mails, solicitação de serviço 156 e Ouvidoria.

A presença da infestação por escorpiões é influenciada pelo crescimento desordenado dos centros urbanos – que invadem o hábitat natural destes animais e criam condições propícias para a proliferação. Em Salvador, novas áreas estão sendo notificadas no município com presença de escorpiões, provavelmente devido ao crescente desmatamento proveniente da grande expansão urbana que vem ocorrendo nos últimos anos.

a) Malacologia

Algumas espécies de caracóis e caramujos límnicos (de água doce) e terrestres pertencentes ao grupo dos moluscos, estão envolvidos em ciclos de doenças parasitárias que afetam os seres humanos em especial a esquistossomose mansônica e a angiostrongilíase.

Em Salvador, destacamos as ações do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) para busca de coleção hídrica com foco ativo (eliminação de cercarias), na transmissão da esquistossomose, mediante inquéritos malacológicos. Além das inspeções zoonosológicas também, referentes às solicitações dos munícipes sobre a proliferação do caracol-africano, *Achatina fulica*. O município assumiu a coordenação do PCE com a descentralização do programa a partir de 2009, quando iniciou-se os inquéritos malacológicos nos 12 DS.

A esquistossomose mansônica é historicamente endêmica no Estado da Bahia estando associada às áreas rurais. Estudos de prevalência desta endemia realizados em Salvador apresentaram evidências de transmissão urbana ao identificar no Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário a presença de focos de transmissão da infecção no bairro de São Bartolomeu (Guimarães & Tavares-Neto, 2006).

Em Salvador, os resultados apresentados ao longo de seis anos de monitoramento (**Quadro 10**), indicaram coleções hídricas com foco ativo em mais da metade dos DS da capital, ou seja, foco em 7 (sete) DS, envolvendo 12 (doze) bairros, ou seja, com a presença de populações bem estabelecidas do principal molusco transmissor da esquistossomose (*Biomphalaria glabrata*) no município, o que indica a necessidade da continuidade das ações de VISAU e melhorias das condições higiênico-sanitárias. Diante destes focos a Vigilância Epidemiológica municipal e a EMBASA são notificadas, bem como, encaminhamento dos casos para o tratamento quimioterápico de pessoas infectadas.

Quadro 10. Série Histórica dos bairros que apresentaram coleções hídricas com foco ativo nos sete Distrito Sanitário, 2009-2015.

DS Bairro ANO	Subúrbio Ferroviário	São Caeta no/ Valéria	Pau da Lima	Boca do Rio	Barra/Rio Vermelho	Cabula/Beirú	Centro Histórico
2009	Itacaranhã/Alto do Cabrito	São Bartolo meu	Granjas Rurais	Pituaçu	Rio Vermelho		
2010	Alto do Cabrito	São Bartolo meu	Granjas Rurais	Pituaçu			
2011	Parque São Bartolomeu	São Bartolo meu			Rio Vermelho		
2012	Tubarão		Granjas Rurais			Saboeiro	
2013							
2014	Alto do Cabrito	São Bartolo meu					
2015			Pau da Lima	Pituaçu		Novo Horizonte	Barbalho

Fonte: CCZ/SEVAS, 2016

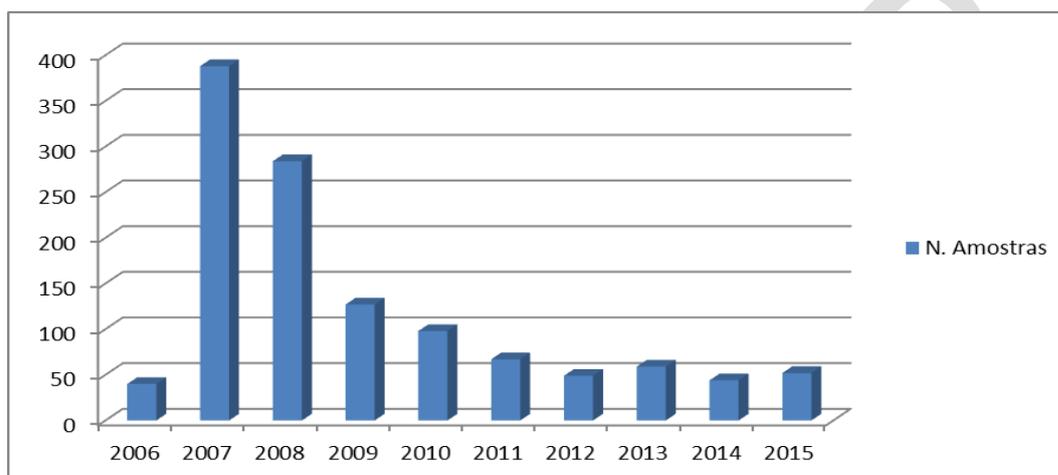
a) Doença de Chagas

A doença de chagas é uma enfermidade parasitária, sistêmica e crônica que é transmitida por vetores infectados pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, sendo considerada uma patologia

endêmica em 21 países das Américas (PAHO/WHO, 2017). O principal mecanismo de transmissão é através do vetor da subfamília Triatominae (Hemiptera, Reduviidae), conhecidos popularmente como barbeiros, chupão, procotó e bicudo, sendo os machos e as fêmeas hematófagos em todas as fases de seu desenvolvimento. Outras formas de transmissão são a via oral, transfusional, congênita, transplante de órgãos e acidentes laboratoriais (PAHO/WHO,2017; BRASIL, 2016).

No ano de 2006¹⁰⁰, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) pactuou com a DIVEP/SESAB a implantação das ações de Vigilância, prevenção e controle de Doença de Chagas definidas para o município na Programação Pactuada Integrada (PPI – SVS), estando Salvador classificado como área de baixo risco para transmissão da Doença de Chagas.

Gráfico 122. Quantitativo de triatomíneos capturados nos Pontos de Informação de Triatomíneos de Salvador implantados durante os anos de 2006 a 2015



Fonte: CCZ/SEVTV

O aumento do número de amostras de triatomíneos observado do ano de 2007 e 2008, se deu pela intensificação da vigilância entomológica no município através da instalação de PITs para identificação de triatomíneos em áreas de maior risco de transmissão, aumentando de 3 PITs em 2007 para 15 PITs em 2008.

a) Leishmaniose Visceral

A leishmaniose visceral (LV) é uma doença crônica grave que pode levar a morte em mais de 90% dos casos quando não se institui o tratamento adequado. É uma zoonose transmitida ao homem pela picada dos vetores infectados pelo protozoário da espécie *Leishmania chagasi* e nas Américas estão presentes em 12 países, sendo que 96% dos casos são relatados no Brasil (PAHO/WHO, 2017).

Salvador é classificado como um município silencioso, não havendo registro de casos autóctones da doença. Considerando as orientações do MS (Brasil, 2016, p.532) os municípios silenciosos podem ser de quatro tipos, estando Salvador enquadrada como vulnerável não receptivo, ou seja, tem a possibilidade da introdução ou circulação de fontes de infecção embora não exista presença confirmada de leishmanias.

¹⁰⁰ Como área de baixo risco para transmissão da Doença de Chagas, o CCZ/SMS assumiu institucionalmente a Vigilância Entomológica da Doença de Chagas desde novembro de 2006, com as seguintes ações: 1. Vigilância passiva, através da instalação de Pontos de Informação de Triatomíneos - PIT's; 2. realização de borrifação quando houver sido comprovada a domiciliação e positividade do triatomíneo; 3. coleta de amostra de sangue de moradores dos imóveis onde foram recolhidos triatomíneos positivos para *T. cruzi* com o envio das amostras de sangue e dos triatomíneos recolhidos e identificados, para exame parasitológico no LACEN. Os casos de triatomíneos positivos não repassados para setor da Vigilância Epidemiológica municipal para dar andamento as ações de vigilância e assistência à saúde.

O programa de controle de Leishmaniose visceral sob coordenação da SMS-SSA teve início em 2007, tendo como principais ações de vigilância no cão o monitoramento mediante de inquérito sorológico amostral na população canina e levantamento de informações de caráter quantitativo e qualitativo sobre os flebotomíneos (vigilância entomológica), este último realizado no município desde 2008. Em 2007 adotou-se nos inquéritos da população canina a coleta de sangue para diagnóstico sorológico - ELISA e punção esplênica. O teste Rápido DPP® Leishmaniose visceral canina para triagem começou a ser utilizado apenas a partir de julho de 2012.

Quadro 11. Índice de positividade de Leishmaniose Visceral canina de 2007 a 2015.

Ano	N. animais avaliados	Positivos	IPO %
2007	846	34	4,02
2008	2468	109	4,42
2009	2621	148	5,65
2010	1245	22	1,77
2011	77	3	3,90
2012	445	2	0,45
2013	422	2	0,47
2014	838	23	2,74
2015	1136	11	0,97

Fonte: CCZ/SEVTV

A irregularidade no número de animais avaliados reflete a irregularidade no programa que está ainda se estruturando. A irregularidade no fornecimento de kits de testagem até outros fatores de logística como veículo para atender o programa, refletem na diferença de número de animais testados ano a ano. Em Salvador, desde 2008, ano em que as capturas de flebotomíneos começaram no município, as espécies encontradas foram *L. capixaba*; *L. choti*; *L. schreiberi*; *L. tupynambai*; *L. shannoni*; *Lutzomyia davisii*; *L. bahiensis*; *L. flaviscutellata*; *L. evandroi*; *L. intermedia* e *L. whitmani*, não sendo encontrado *L. longipalpis* e *L. cruzi* que são as principais espécies de vetores relacionadas com a transmissão da doença no Brasil.

A espécie capturada e identificada todos os anos desde 2008 no município é o flebotomíneo *L. sallesi*. No Brasil, *L. sallesi* já foi identificada com infecção natural por *Leishmania chagasi*, no estado de Minas Gerais, no entanto não existem dados que comprovem que esta espécie “pique” humanos (SARAIVA et al, 2009). O município tem buscado parcerias com instituições de pesquisa (FIOCRUZ) através de um convênio assinado em 2017, para que, dentre outras ações já previstas nas áreas de arboviroses, Leptospirose e esquistossomose, possamos realizar testes de PCR nos flebotomíneos capturados para que possamos avaliar se, diferente da literatura, esses possam estar envolvidos aqui em Salvador, no ciclo de transmissão.

b) Raiva Animal

Nos últimos anos, o perfil epidemiológico da raiva animal passou por mudanças no município, evidenciando o controle da raiva canina e a emergência da raiva silvestre, sobretudo em quirópteros (morcegos). O último caso de raiva humana no município ocorreu em 2004, quando também foram registrados 43 casos de raiva canina. O último ano com vários casos (07) de raiva canina com variante viral típica de cão (VAg 2) foi 2005. Desse ano até 2015, ocorreu apenas um caso de raiva em animal doméstico (canino), em 2009, sendo que a variante envolvida (VAg 3) é típica de quiróptero.

Quadro 12. Série histórica dos casos de raiva animal diagnosticados em Salvador – BA, entre 2005 a 2015.

Espécie animal	Ano											Total
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Canina	7	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8
Quiróptero*	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	4

*Todos os casos em espécies não hematófagas. Fonte: SEVIR/CCZ.

Há casos de raiva animal em Salvador envolvendo espécies de morcegos, conforme apresentado no quadro 12. Vale destacar que nos anos posteriores a 2015 casos de raiva em morcegos continuaram a ser diagnosticados no município, sendo dois casos em 2016, incluindo-se um caso em morcego hematófago *Desmodus rotundus*, e três casos em 2017 (até 06/06), estes últimos todos não hematófagos. A detecção de morcegos infectados com vírus rábico expõe o risco de transmissão viral para seres humanos e para animais de estimação, a exemplo do caso de raiva humana ocorrido em 2017 no município de Paramirim – BA e do último caso de raiva canina em Salvador no ano de 2009.

Para a efetiva vigilância da raiva urbana, o Ministério da Saúde preconiza que anualmente seja encaminhado para diagnóstico laboratorial um número de amostras caninas correspondente a 0,2% da população canina estimada. Desde o ano de 2007, quando o serviço de recolhimento de animais errantes por meio da carrocinha foi suspenso, em decorrência de Termo de Ajustamento de Conduta assinado entre a Municipalidade e o Ministério Público do meio Ambiente em ação movida pelo Sociedade Protetora dos Animais, o número de amostras caninas analisadas em Salvador está bem abaixo da meta (Quadro 13).

Quadro 13. Série histórica das amostras caninas enviadas para análise laboratorial em Salvador – BA, em comparação ao padrão previsto pelo MS, no período de 2005 a 2015.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Padrão previsto 0,2% Pop. Canina estimada	678	678	678	678	400	400	400	700	230	253	277
Amostras	582	939	165	63	33	108	76	62	28	37	24

Fonte: SEVIR/CCZ.

Se por um lado a suspensão da carrocinha no ano de 2007 refletiu na redução do número de amostras analisadas para raiva, o quantitativo analisado desde então corresponde a animais de fato suspeitos de raiva, os quais morreram com sintomatologia compatível com a doença ou foram encontrados mortos atropelados em via pública ou sem causa esclarecida. Destaca-se que o fim do recolhimento de animais em 2007 foi simultâneo à implantação do programa municipal de castração, em atendimento ao Compromisso de Ajustamento de Conduta nº 03/2004, assinado entre a Secretaria Municipal da Saúde/PMS e o Ministério Público Estadual. Desde então a vigilância da raiva passou a ter caráter exclusivamente passivo, de modo que o recolhimento de amostra para diagnóstico laboratorial deve ser precedido da notificação de animal com suspeita da doença.

A principal medida de prevenção da raiva urbana consiste na vacinação antirrábica de cães e gatos. Nesse quesito, uma das estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde é a realização da Campanha Anual de Vacinação, com objetivo de vacinar 80% da população canina estimada no município. Entre os anos de 2005 e 2015 foram vacinados, em média, 119.110 caninos por campanha de vacinação, com diferentes taxas de cobertura, variando de acordo com a população canina estimada para cada ano (Quadro 14).

Quadro 14. Dados de Campanha de vacinação antirrábica canina, de 2005 a 2015.

	2005		2006		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	1ºCiclo	2ºCiclo	1ºCiclo	2ºCiclo									
Pop. Canina Estimada*	334.194	334.194	339.372	339.372	339.372	339.372	200.070	200.070	200.070	350.169	115.187	126.425	138.760
Vacinados	159.951	159.371	168.199	108.036	145.626	159.057	132.936	103.382	52.923	104.948	89.421	106.300	58.285
Cobertura	47,9%	47,8%	49,6%	31,8%	42,9%	46,9%	66,4%	51,7%	35,0%	30,0%	77,6%	84,1%	42,0%

OBS.: *Cálculo da pop. Canina: **2005 a 2008** = 12,5% da pop. humana; **2009 a 2011** = com base nos anos de 2004 a 2008; **2012** = 15% da pop. humana; **2013 a 2015** = média móvel dos animais vacinados em 10 anos anteriores. Fonte: SEVIR/CCZ.

A inexistência de um Censo animal do município que dimensione e caracterize a população canina e felina de Salvador expõe a dificuldade de avaliar a cobertura de vacinação, visto que a população animal estimada oscilou a cada ano. Outra dificuldade nesse item é a falta de dados de vacinação antirrábica canina e felina realizada em estabelecimentos veterinários particulares, de modo que essa informação não é incluída na análise de cobertura vacinal. Outro fator que pode interferir na cobertura de vacinação obtida na Campanha é a vacinação animal em aproximadamente 90 postos fixos, instalados em unidades de saúde da rede municipal, os quais funcionam o ano inteiro, oportunizando a vacinação antirrábica canina e felina a qualquer tempo (Quadro 15).

Quadro 15. Dados de vacinação animal na rotina de postos fixos instalados em unidades de saúde da rede municipal, período de 2005 a 2015.

	2005	2006	2007	2008	2009
Caninos	25.021	18.360	16.706	24.526	24.962
Felinos	4.509	4.400	4.628	5.332	5.787
Total	29.530	22.760	21.334	29.858	30.749

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Caninos	18.515	-	23.731	23.489	8.688	12.456
Felinos	4.880	-	7.521	7.539	3.972	5.795
Total	23.395	-	31.252	31.028	12.660	18.251

Fonte: SEVIR/CCZ

Existe a possibilidade desses animais vacinados na rotina de postos fixos não serem novamente vacinados durante a Campanha, visto que a validade da vacina é anual. Esta hipótese não pode ser melhor analisada pela falta de identificação dos animais. Ressalta-se que o Código Municipal da Saúde já previu o registro geral dos animais em 1999, sendo reforçado em 2016 com a Lei Municipal nº 9.108/2016, a qual obriga a identificação dos animais por microchip, contudo ainda sem regulamentação.

Após o Compromisso de Ajustamento de Conduta (CAC) nº 03/2004, firmado pela Prefeitura Municipal de Salvador e o Ministério Público do Estado da Bahia, foi implantado em 2007 o programa de castração de cães e gatos, mediante contrato de uma clínica veterinária para prestação do serviço, como parte das ações de prevenção da raiva no âmbito municipal. No mês de outubro de 2013 foi acrescido a esse programa o serviço móvel de castração (Castramóvel), com um número crescentes de castração animal realizadas.

Quadro 16. Quantitativo de caninos e felinos castrados gratuitamente por meio do CCZ/SMS, no período de 2007 a 2015.

Ano	Clínica Veterinária contratada	Castramóvel	Total
2007	9		9
2008	94		94
2009	634		634
2010	1.760		1.760
2011	2.485		2.485
2012	2.860		2.860
2013	2.657	1.326	3.983
2014	3.281	5.891	9.172
2015	4.103	5.851	9.954
Total	17.883	13.068	30.951

Fonte: SEVIR/CCZ.

No mês de novembro de 2016 houve a expansão no número de clínicas veterinárias contratadas pela SMS, passando de uma para quatro prestadoras do serviço. Essa ampliação vem possibilitando realizar até 1.600 castrações por mês em Salvador, dos quais 600 procedimentos são realizados no Castramóvel e 1.000 nas clínicas (250 castrações por clínica), totalizando a possibilidade de executar até 19.200 castrações por ano.

2.6. Gestão do SUS Municipal

2.6.1. Gestão Financeira

2.6.1.1. Financiamento do SUS-Salvador

Os recursos para financiar o Sistema Único de Saúde são provenientes dos orçamentos da Seguridade Social e Fiscal no âmbitos Federal, Estadual e Municipal. O financiamento da saúde tem se configurado um dos maiores desafios a gestão do SUS. Na atual conjuntura e diante das mudanças demográficas, do perfil epidemiológico, caracterizado pelo surgimento de novas e o recrudescimento de antigas doenças, dos avanços tecnológicos e farmacêuticos, os recursos para atender as necessidades de saúde da população não têm se mostrado suficientes.

O SUS/Salvador vem sendo financiado por repasses de recursos do Tesouro Municipal e de transferências Fundo a Fundo do Ministério da Saúde. No período de 2005 a 2015, observam-se acréscimos sucessivos na receita total disponibilizada para o financiamento da saúde pública municipal. O maior impacto foi verificado no ano de 2006, quando o município assumiu a gestão plena do sistema municipal, com o aporte de recursos advindos principalmente de transferências do Ministério da Saúde, em relação ao ano de 2005 (Tabela 107).

Tabela 107. Valor e percentual de recursos repassados por fonte. Salvador, 2005-2015.

Exercício	Tesouro Municipal	%	Ministério da Saúde	%	Total
2005	109.979.827,00	61,60%	68.565.565,00	38,40%	178.545.392,00
2006	202.200.637,00	37,21%	341.269.363,00	62,79%	543.470.000,00
2007	230.388.500,00	36,16%	406.661.500,00	63,84%	637.050.000,00
2008	294.652.745,00	41,06%	423.001.095,00	58,94%	717.653.840,00
2009	308.604.081,00	38,32%	496.819.919,00	61,68%	805.424.000,00
2010	365.919.850,00	40,83%	530.328.150,00	59,17%	896.248.000,00
2011	417.043.000,00	43,44%	543.020.000,00	56,56%	960.063.000,00
2012	440.159.000,00	46,55%	505.307.000,00	53,45%	945.466.000,00
2013	456.912.284,00	48,19%	491.290.716,00	51,81%	948.203.000,00
2014	618.689.000,00	51,31%	587.207.000,00	48,69%	1.205.896.000,00
2015	683.965.000,00	51,73%	638.278.000,00	48,27%	1.322.243.000,00

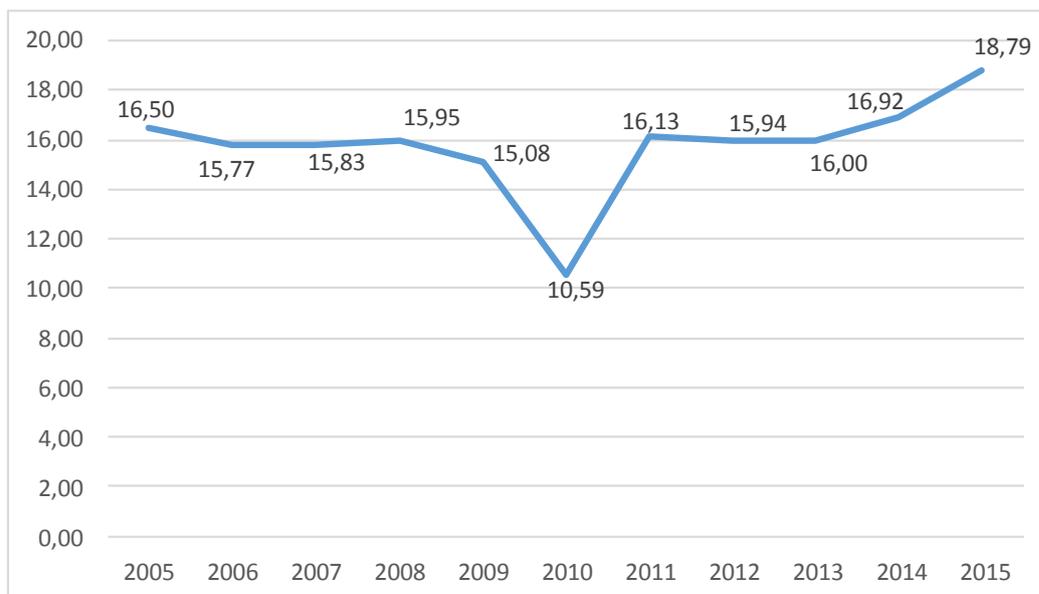
Fonte: SGF; SIGEF; FNS/MS.

Entre os anos de 2007 a 2015, o incremento total da receita disponível para o SUS municipal foi em média 10,68. A partir do ano de 2014, as contrapartidas municipais superaram as transferências ministeriais. Este fato é justificado pela participação municipal com o custeio de funcionamento de novas Unidades de Saúde, a admissão de profissionais de saúde e o Programa Mais Médicos.

No que diz respeito à previsão da Emenda Constitucional nº 29/2000¹⁰¹, evidencia-se que Salvador vem cumprindo a referida legislação. O Gráfico 123 sinaliza que, no período de 2005 a 2015, foi observada a aplicação dos percentuais mínimos previstos, com exceção para o exercício de 2010, quando foi repassado à Secretaria de Saúde 10,59% da receita do tesouro municipal.

¹⁰¹ Regulamentada pela Lei Complementar Nº 141/2012. Estabeleceu que os municípios deverão aplicar, no mínimo 15%, em ações e serviços públicos de saúde.

Gráfico 123. Percentual da receita anual do tesouro municipal aplicado pelo município do Salvador em despesas com ações e serviços públicos de saúde.



Fonte: SIOPS/MS.

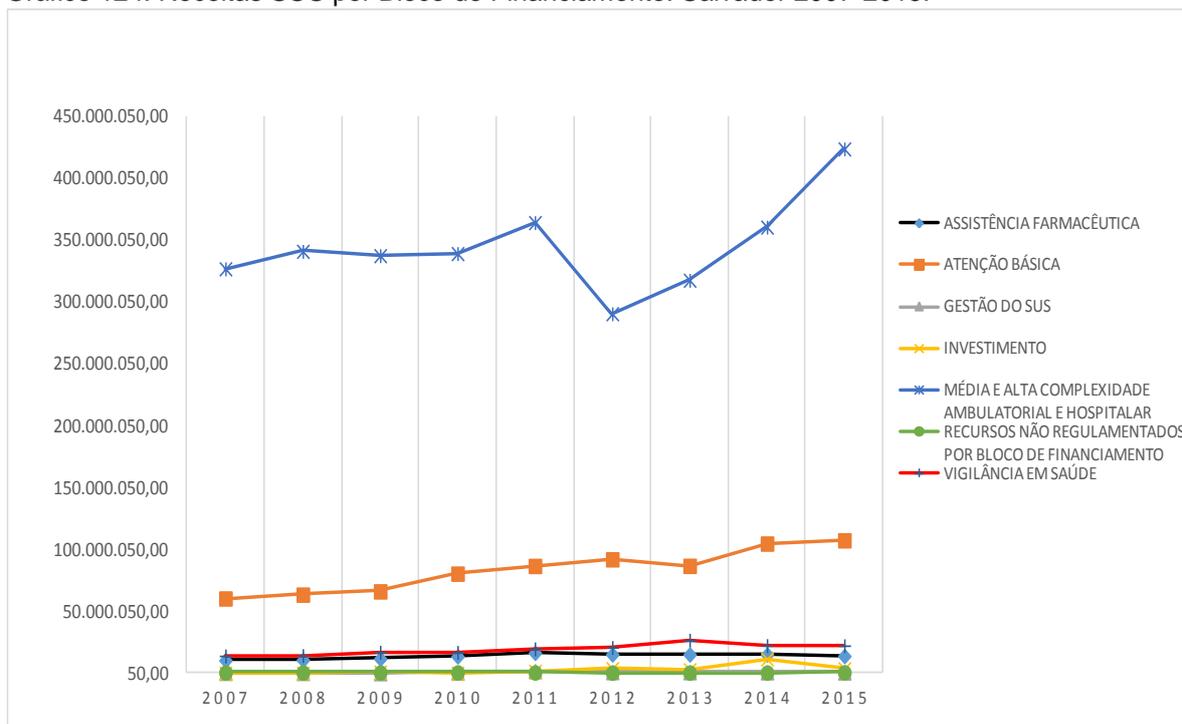
Em relação ao comportamento dos repasses federais por Blocos de Financiamento¹⁰², no período de 2007 a 2015 foi verificada uma alternância de incrementos e decréscimos. No Bloco da Atenção Básica constata-se uma tendência de crescimento, com incremento de 77,67%. Isso ocorreu em função da expansão da Estratégia de Saúde da Família, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, etc.

Quanto ao Bloco de Média e Alta Complexidade (MAC) verifica-se oscilações nos repasses para este bloco de financiamento. Entre as Programações Pactuadas e Integradas (PPI) ocorridas nos anos de 2008 e 2010, verificou-se reduções nos valores transferidos deste bloco a gestão municipal para a execução das ações e serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Quando comparado o exercício de 2015 com 2010, ano da última PPI, nota-se ampliação nos repasses federais, em virtude da implantação das redes de atenção à saúde, especialmente a Rede Cegonha, Urgência e Emergência, Psicossocial, Oncologia e Viver sem Limites. A queda no valor global do teto financeiro de MAC do município, ocorrida no ano de 2012, dar-se mediante a transferência da gestão municipal para estadual de unidades federais e filantrópica.

No que se refere ao Bloco de Vigilância à Saúde identifica-se aumento de 58,54%, enquanto se observa quase uma constante na arrecadação relativa ao Bloco da Assistência farmacêutica para a aquisição de medicamentos básicos e insumos.

¹⁰² Em relação às transferências de recursos federais para as ações e serviços públicos de saúde é importante registrar que, a partir do exercício 2007, os repasses federais passaram a ser efetuados, através de Blocos de Financiamento Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimento.

Gráfico 124. Receitas SUS por Bloco de Financiamento. Salvador 2007-2015.



Fonte: FNS/MS

No Bloco Investimento, que é destinado exclusivamente à construção, ampliação e requalificação de unidades de saúde, bem como aquisição de equipamentos para propostas vinculadas, verifica-se aumento nos repasses, a partir do ano de 2013, quando foram construídas 16 unidades de saúde. No Bloco relativo à Gestão do SUS e aos recursos não regulamentados por bloco de financiamento, verifica-se oscilação de repasses no período analisado.

Em se tratando da execução das despesas pela SMS, no período de 2005 a 2015, predominaram as despesas classificadas¹⁰³ como custeio, com média de 93,36, seguida das despesas com folha de pagamento e investimento que representaram, respectivamente, 3,31 e 2,41 do total executado.

Nas despesas com custeio observa-se aumento no crédito disponibilizado em 2006, em relação à 2005, em virtude da municipalização dos serviços de saúde. Nos anos seguintes foram verificados acréscimos sucessivos quanto ao crédito disponibilizado para o custeio das ações e serviços de saúde, tendo em vista a ampliação e requalificação da rede básicas de saúde e dos investimentos na implantação de novos serviços, como SAMU, UPA, CAPS, entre outros (Tabela 108).

As despesas com a folha de pagamento¹⁰⁴ foram crescendo ao longo do tempo. Isso demonstra que o município vem investindo na ampliação do quadro de pessoal, principalmente, a partir do ano de 2012, com a admissão de profissionais de saúde, através do Concurso público Nº 01/11, o que levou, a partir de 2013, esse tipo de despesas representarem quase 50% da despesa total com saúde.

No que diz respeito às despesas com investimentos¹⁰⁵, foi observada uma flutuação nos últimos 11 anos, com destaque para o exercício de 2014, com a execução do maior percentual da série histórica analisada.

¹⁰³ As despesas classificadas como Custeio são as relativas ao custo de funcionamento dos estabelecimentos de saúde (água, luz, telefone, manutenções, etc). As classificadas como Folha de Pagamento são as referentes ao pagamento das remunerações dos servidores públicos municipais. E as despesas classificadas como Investimentos são aquelas geradas durante a construção e ampliação das unidades de saúde.

¹⁰⁴ Na consolidação dos dados referentes às despesas com folha de pagamento não foi considerado o exercício de 2005, visto que, não foram encontrados dados que comprovassem o total gasto com essa despesa. Após uma verificação mais minuciosa, restou-se comprovado que a inconsistência apontada não se deveu à falta de execução da despesa, porém a erros na classificação da mesma em 2005, comprometendo os dados apresentados nos relatórios coletados no Sistema de Gestão Fiscal (SGF).

¹⁰⁵ As despesas com investimentos referem-se à construção e requalificação das unidades de saúde.

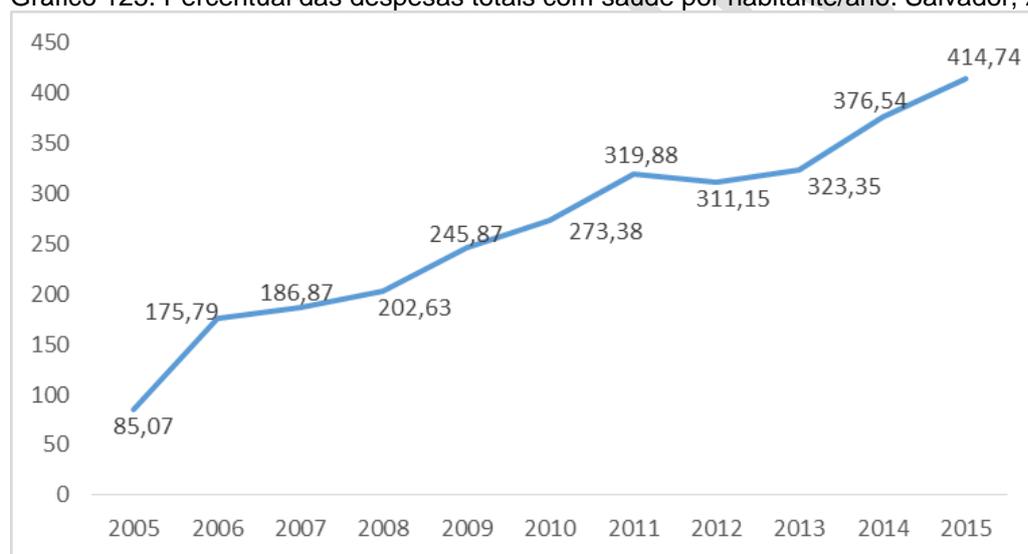
Tabela 108. Créditos disponibilizados e valores executados com despesas de custeio, folha de pagamento e investimentos. Salvador, 2005- 2015.

Ano	Custeio		Folha de Pagamento		Investimentos	
	Crédito Disponibilizado	Executado	Crédito Disponibilizado	Executado	Crédito Disponibilizado	Executado
2005	171.874.015,00	164.105.897,59	-	-	6.671.377,00	3.827.834,88
2006	465.304.392,00	453.473.196,70	64.735.500,00	64.646.474,72	13.430.108,00	6.036.791,43
2007	543.569.557,00	494.021.152,58	85.803.500,00	84.123.505,77	7.676.943,00	2.491.778,00
2008	577.886.853,00	500.660.536,58	121.409.000,00	120.867.981,26	18.357.987,00	18.063.704,89
2009	631.032.444,00	598.694.125,18	163.208.000,00	159.354.217,42	11.183.556,00	8.882.481,49
2010	668.050.000,00	643.439.753,16	217.416.000,00	214.122.160,07	10.782.000,00	9.847.000,57
2011	674.610.000,00	627.211.013,14	273.992.000,00	271.458.693,55	11.461.000,00	6.170.761,75
2012	610.393.000,00	564.410.794,06	326.387.000,00	324.932.025,95	8.686.000,00	7.669.936,53
2013	505.492.890,00	492.227.234,88	434.571.065,00	433.892.171,27	8.139.045,00	6.301.700,32
2014	615.177.335,00	554.581.996,83	520.497.756,00	512.346.219,65	70.220.909,00	26.136.583,87
2015	665.349.658,00	621.833.669,60	587.543.000,00	579.715.265,17	69.350.342,00	9.952.038,95

Fonte: SIGF, SIGEF

A execução da despesa em relação à previsão orçamentária demonstra um aproveitamento médio de 93,86 no período analisado. Em se tratando da despesa total por habitante/ano observa-se crescimento populacional e aumento na despesa com saúde (gráfico 125).

Gráfico 125. Percentual das despesas totais com saúde por habitante/ano. Salvador, 2005-2015.



Fonte: SIOPS

Além da gestão dos recursos repassados pelo tesouro municipal e Ministério da Saúde para o financiamento das ações e serviços de saúde, o Núcleo Orçamentário e Financeiro da SMS efetua as glosas sugeridas pela Auditoria SUS/Salvador, possibilitando a recomposição financeira de recursos públicos faturados indevidamente pelos prestadores de serviços. No período de 2013 a 2017 foram devolvidos aos cofres públicos o montante de R\$ 2.182.390,91 (dois milhões, cento e oitenta e dois mil, trezentos e noventa reais e noventa e um centavos), demonstrando o alinhamento da gestão quanto à correta utilização dos recursos SUS.

2.6.2. Gestão do Trabalho na Saúde

A Gestão do Trabalho é uma ferramenta estruturante dos serviços de saúde; voltada ao planejamento, desenvolvimento, valorização, dimensionamento e admissão de pessoal; alicerçada nos pilares da legislação de pessoal da Prefeitura Municipal de Salvador¹⁰⁶ e no Plano de Cargos e Vencimentos (PCV)¹⁰⁷ dos profissionais da saúde.

¹⁰⁶ Leis Complementares Nº 01, 02 e 05 de 1991.

¹⁰⁷ Lei Nº 7.867/2010.

O Plano de Cargos e Vencimentos da SMS constituiu-se um grande avanço na valorização dos servidores do SUS municipal. Esse propiciou a criação de novos cargos¹⁰⁸, a progressão no cargo efetivo, a recomposição salarial, evolução na função de gerência e direciona para um plano de aperfeiçoamento e qualificação dos profissionais de saúde, entre outros. No entanto, identificam-se lacunas na sua implementação especialmente no que diz respeito a regulamentação, avanço na tabela de vencimentos relacionada a titulação, avaliação de desempenho e aquisição de competências.

O Plano de Desenvolvimento de Pessoas – PDP é o instrumento que viabilizará a aquisição de conhecimentos e habilidades para garantir a eficiência, eficácia e qualidade dos serviços prestados pela SMS. Portanto será de fundamental importância a sua implantação para efetivar o avanço de competência em razão do mérito e qualificação profissional.

Outro destaque na gestão do trabalho foi a alteração do regime jurídico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias¹⁰⁹ (ACE) da Consolidação das Leis Trabalhista (CLT) para Estatutário, o que permitiu a integração desses profissionais no Plano de Cargos e Vencimentos.

A recomposição do quadro de profissionais da saúde somado a precarização dos vínculos trabalhistas são questões relevantes a serem enfrentadas tendo em vista o avanço e fortalecimento do SUS Salvador. Assim, em 2011, a SMS realizou o concurso público nº 01/11 para o provimento de recursos humanos, sendo disponibilizadas 1.320 vagas de nível médio e 2.150 de nível superior, distribuídas para os cargos de: Auditor em Saúde Pública, Fiscal de Controle Sanitário, Profissional de Atendimento Integrado, Sanitarista, Técnico em Serviços de Saúde e Auxiliar em Serviços de Saúde.

No período de vigência do Concurso Público, 2012 a 2016, foram convocados 3.759 profissionais e admitidos 2.610. Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde possui, no seu quadro de pessoal 10.841 trabalhadores, dos quais 9.427 são servidores e 1.414 são outros vínculos trabalhistas. Do total de servidores registra-se que 67,37% situam-se na faixa etária de 31 a 50 anos e a maioria (71,27%) pertence ao sexo feminino.

Tabela 109. Número e percentual de trabalhadores da SMS por faixa etária. Salvador-BA, 2017.

Faixa Etária	Nº trabalhadores	%
16 a 17 anos	10	0,10
18 a 30 anos	515	5,46
31 a 40 anos	3.289	34,88
41 a 50 anos	3.063	32,49
51 a 60 anos	1.938	20,55
Superior a 60 anos	612	6,50
Total	9.427	100

Fonte: SÉMGE

Tendo em vista a transparência e otimização da gestão de frequência dos trabalhadores e processos afins como afastamentos e licenças, a gestão do trabalho utilizou o Sistema de Registro Eletrônico de Ponto¹¹⁰ com a finalidade de melhorar o controle da frequência dos profissionais e conseqüentemente, a assiduidade, visando diminuir a evasão nos postos de trabalho. Contudo, identifica-se a necessidade de implantação de um sistema de informação que integre o registro do ponto com a folha de pagamento.

Na área de educação tem sido realizado ações visando transformar e qualificar a atenção a saúde, as práticas de educação e os processos formativos, além de articular a integração entre o ensino e o serviço, busca cumprir as estratégias da Política Nacional de Educação Permanente.

Neste intuito, o Centro de Formação dos Trabalhadores do SUS Salvador (CEFORT), criado em 2010, vem com a perspectiva de tornar-se uma instituição formadora do SUS Municipal em diferentes níveis de qualificação profissional. Pretende-se que o Centro seja um espaço político-

¹⁰⁸ Áreas de qualificação: Estratégia de Saúde da Família, Centros de Especialidades Odontológicas, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial.

¹⁰⁹ Lei nº. 7.955/201.

¹¹⁰ Ver Portarias MTE Nº 1.510/2009 e 373/2011. O ponto biométrico foi implantado na SMS a partir de 2012.

pedagógico, de formação acadêmica, que desenvolva e regule as ações educativas dos trabalhadores da saúde.

Diante da fragmentação e pulverização dos processos de capacitação, em 2016 foram realizados a Agenda Integrada de Ações Educativas da SMS e o I Encontro de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A primeira buscou a integração da agenda estratégica com os programas e as necessidades do território, de maneira coletiva. E a segunda teve o objetivo de discutir as questões relacionadas ao trabalho e a educação na SMS.

Na área de integração ensino serviço¹¹¹ o município desenvolveu Projetos interinstitucionais como Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde¹¹². Mantém parceria com instituições de ensino médio e superior. No período de 2014 a 2016 foram inseridos na rede de saúde 19.395 alunos para estágios curriculares e realizadas 325 pesquisas envolvendo diversos temas relacionados à atenção à saúde.

Aderiu ao Projeto de “Formação de Gestores e Preceptores de Residência no SUS” e protocolou, em 2016, na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/ MEC) um projeto de credenciamento provisório do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade. Tendo em vista as mudanças nas diretrizes nacionais curriculares identifica-se a necessidade de adequação da capacidade pedagógica da rede, como melhoria no cenário de prática, revisão da territorialização e qualificação da função de preceptoria.

Por sua complexidade e entendendo que o capital humano é a parte estruturante para o alcance da eficiência dos serviços ofertados à população, a gestão de pessoas implantou os Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGETES)¹¹³, como estratégia de descentralização das ações desta área no âmbito local.

Apesar dos avanços e iniciativas descritos, constituem-se como desafios desenvolver e implantar o Plano de Desenvolvimento de Pessoas, a estruturação organizativa e a modernização tecnológica, tendo em vista o controle, a eficiência, desenvolvimento e valorização dos trabalhadores.

2.6.3. Gestão dos Sistemas de Informação em Saúde

Em 2015, com intuito de monitorar e qualificar as bases dos bancos de dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) foi desenvolvido pela Subcoordenadoria de Informação em Saúde (SUIS), o MIGQSI - Manual de Controle de Qualidade dos Sistemas de Informação em Saúde, atualmente, na sua 3ª edição. Esse manual é constituído de indicadores que auxiliam no acompanhamento e monitoramento das bases de dados gerenciadas (SIM, SINASC) e cogerenciadas (SINAN) pela SUIS.

2.6.3.1. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

A Causa Básica de Morte é a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal (CID-10, vol.2, 2001), sendo de fundamental importância para as estatísticas de mortalidade. Cada morte é representada por uma única causa e o conhecimento do processo mórbido que a desencadeou, permite a prevenção e tentativa de controle desse processo. Além disso, como a causa básica é identificada por meio de normas internacionalmente padronizadas pela OMS, desde 1948, a comparabilidade entre países bem como a análise de tendências históricas são factíveis (OMS, 2003a).

Reconhecendo à importância do registro dos eventos vitais, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1975, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), responsável por realizar coleta contínua de dados sobre óbitos e suas causas, adotando o modelo padrão internacional da Declaração de Óbito (DO). Possui variáveis que permitem construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde (MS, SVS). Apesar de o SIM ser um sistema de informação universal bastante consolidado, a cobertura e a qualidade das

¹¹¹ Portaria Municipal Nº 244/2010.

¹¹² Portaria Interministerial Nº421 de 3 de Maio 2010.

¹¹³ Portaria Municipal Nº 304 de 21/05/ 2015.

informações sobre causas de óbito são desiguais entre as regiões brasileiras e apresenta também alta proporção de óbitos registrados com causas mal definidas.

Para tentar minimizar essas distorções o MS criou o programa Redução do Percentual de Óbitos por Causas Mal Definidas, desenvolvido pela Secretaria de Vigilância em Saúde, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste do país, sendo também incluído, como indicador, nas Pactuações Interfederativas (BRASIL, 2013).

Os óbitos por Causas Mal Definidas¹¹⁴ estimam o grau de qualidade da informação sobre causas de morte, percentuais elevados sugerem deficiências na declaração das causas de morte e, em outras circunstâncias, nos processos de registro, coleta, crítica e análise dos dados de mortalidade (MS/CENEPI).

A proporção de óbitos por Causas Mal Definidas (CMD) é um indicador clássico de qualidade das informações sobre mortalidade, não devendo ultrapassar o limiar de 10% para se considerar boa a qualidade das informações (ABREU apud HAKI et al., 2005; LAURENTI et al., 2004; SANTO, 2000), visto que as causas de morte se apresentam como fonte das mais importantes para que seja conhecido o estado da saúde de populações (SANTO, 2008).

No Brasil, a maior quantidade de óbitos por Causas Mal Definidas concentra-se na faixa etária de 60 anos e mais, tendo como uma das explicações a dificuldade em se estabelecer a causa básica de óbito em idosos¹¹⁵, devido, provavelmente à presença de múltiplas doenças nessa idade (JORGE, 2008).

A Bahia, no período de 2015 a 2015, registrou a proporção média de 15,30% de óbitos por causas mal definidas, é o estado da região Nordeste com o maior percentual nos anos analisados, mesmo tendo reduzido suas proporções ao longo do período. A implantação do Projeto de Redução Óbitos por Causas Mal Definidas possibilitou um importante declínio dessas causas e aumento de cobertura do SIM nos estados do Norte e Nordeste do Brasil (PEG/SESAB) (Tabela 110-Anexo).

A redução do percentual de causas mal definidas na Bahia pode ser observada mais acentuadamente, a partir de 2006, com início do projeto em 2007, investigando-se os óbitos do ano anterior (PEG/SESAB) (Tabela 110-Anexo).

O Núcleo Regional de Saúde Leste (NRS), que engloba os municípios de Salvador e Região Metropolitana é o que historicamente apresenta os menores percentuais de causas registradas como mal definidas, visto que possui a maior rede de Atenção à Saúde. Dentre os municípios do NRS Leste, Salvador, vem se destacando por apresentar proporções baixas de óbitos por Causas Mal Definidas (Tabela 111), mesmo considerando a média anual de 15.080 óbitos, no período analisado.

Tabela 111. Proporção de Óbitos por Causas Mal definidas e inespecífica e Média de Óbitos Anual, Bahia (Núcleo Regional de Saúde Leste), 2005 a 2015

Município	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	M.A.O*
São Miguel das Matas	13,0	9,4	8,3	13,4	20,0	6,5	5,6	6,5	11,7	8,0	1,5	60
Salinas das Margarida	26,0	3,8	3,0	0,0	5,6	3,2	2,9	5,7	10,9	9,6	2,0	65
Muritiba	35,3	11,3	3,1	1,9	4,2	2,8	3,7	3,9	3,0	4,6	2,1	173
Dias d'Ávila	3,2	4,3	5,7	6,7	8,3	4,2	5,1	4,2	2,4	5,0	3,3	317
Lauro de Freitas	3,7	4,5	6,4	6,6	7,6	4,6	3,4	4,6	5,5	3,7	3,7	920
Salvador	2,0	2,2	4,1	6,2	7,2	2,4	3,1	4,0	3,2	2,8	3,7	15.625

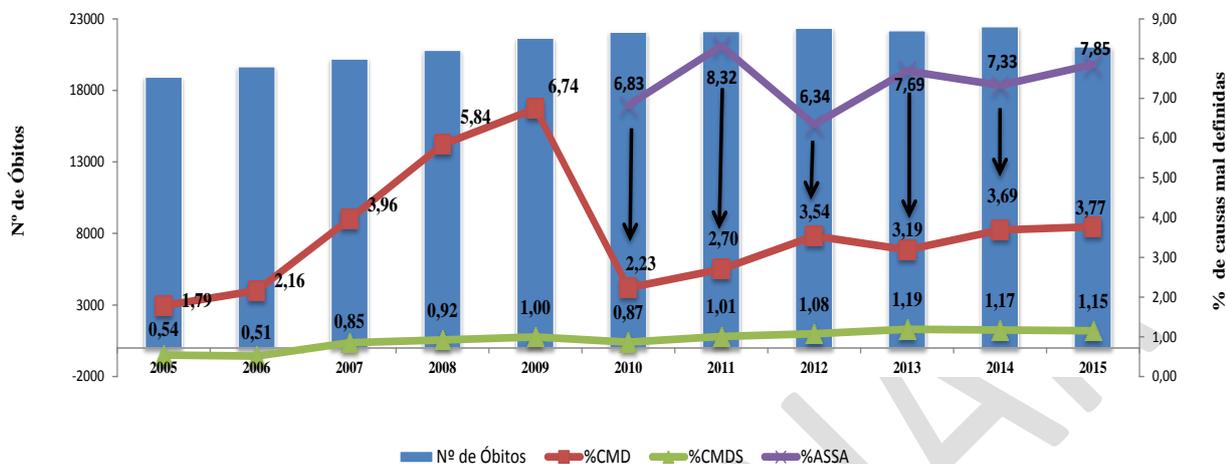
Fonte: SESAB/SUVISA/DIS/SIM *M.A.O – Média Anual de Óbitos

¹¹⁴Os óbitos por Causas Mal Definidas estão classificados no capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais não Classificados em outra parte (códigos R00-R99), da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão – CID-10.

¹¹⁵ Segundo a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), Idoso, é toda pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.

Esse resultado se deve às estratégias utilizadas para aprimoramento da base de dados, sendo a principal, a busca ativa no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR), iniciada a partir de 2010 (gráfico 126). Essa ação vem sendo realizada em parceria com a Diretoria de Informação em Saúde (DIS) da Secretária de Estado da Bahia (SESAB).

Gráfico 126. Percentual de Óbitos por Causas Mal Definidas antes e depois da ação no IML, 2005 a 2015

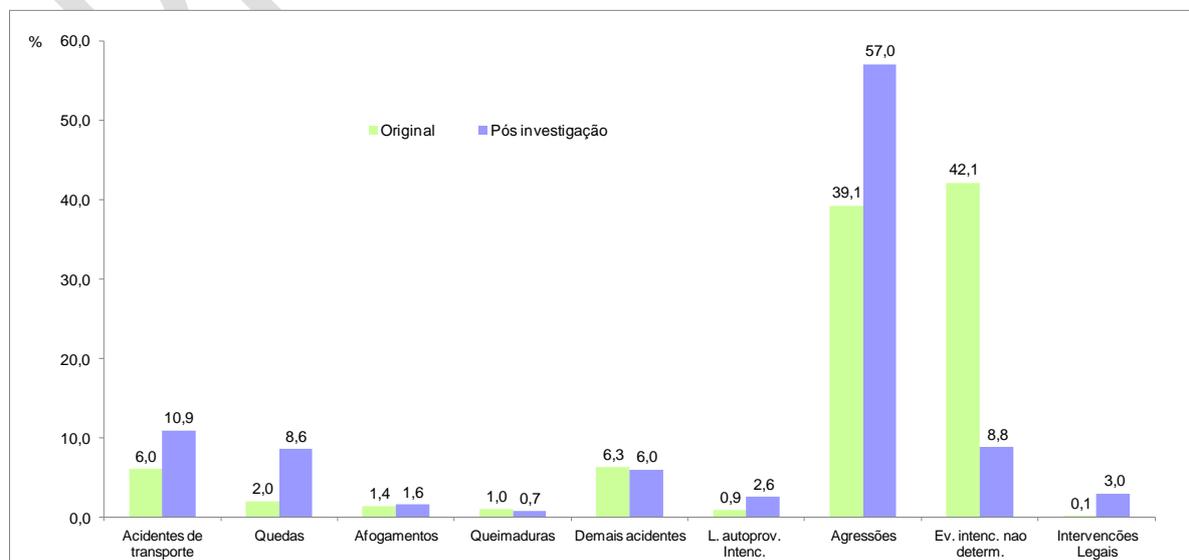


% CMD = Percentual de Óbitos por Causas Mal Definidas
 % CMDS = Percentual de Óbitos por Causas Mal Definidas, apenas de Salvador. (Retirando-se o efeito quantitativo do IML).
 Fonte: SIMSUIS/SMS

Outro indicador que permite avaliar a qualidade das informações do SIM, quanto às causas não naturais de morte é a Proporção de Óbitos por Causas Externas, classificadas como “Fatos ou Eventos cuja Intenção é Indeterminada” (Y10-Y34 - CID 10ª Revisão).

Especificamente para os residentes em Salvador, em 2014, a proporção de óbitos sem determinação de causa caiu de 42,1% para 8,8%, o que representa um decréscimo de 79%. Com a redistribuição deste percentual entre as diversas circunstâncias de morte, os acidentes de transporte aumentaram em 81,6%, as agressões, 45,8%, as intervenções legais, 2.900%, as quedas, 300% e os suicídios, em 188% (BAHIA, 2016) (Gráfico 127).

Gráfico 127. Proporção de Óbitos por Causas Externas segundo circunstância da morte, antes e após investigação no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, de residentes em Salvador/Bahia, 2014*



Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-SIM *Elaborado em janeiro de 2016, sujeito a alteração.

Para a qualificação das intencionalidades dos eventos violentos, outra estratégia utilizada é o acompanhamento das notícias nos jornais de grande circulação (A Tarde, Correio), via televisiva, via internet, site da Secretaria de Segurança Pública, além da participação das análises do Comitê do Programa Vida no Trânsito (PVT), que é uma iniciativa brasileira voltada para a vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito, e promoção da saúde, em resposta aos desafios da Organização das Nações Unidas (ONU) para a Década de Ações pela Segurança no Trânsito 2011 – 2020 (Portal da Saúde, 2014).

Com relação aos Distritos Sanitários (DS), observa-se que o DS Boca do Rio, apresenta as menores proporções e a menor média anual de óbitos (541). Destaque para o DS Barra/Rio Vermelho, que mesmo apresentando, a maior média de óbitos anual (2091), apresenta uma das menores proporções de óbitos com Causas Mal Definidas (Tabela 112).

Tabela 112. Proporção de Óbito por Causas Mal Definidas e Média Anual de Óbitos por Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2005 – 2015.

DS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	M.A.O.
Centro Histórico	2,0	1,6	3,0	3,8	4,9	2,6	0,9	3,5	3,0	2,3	2,9	599
Itapagipe	1,5	2,1	3,8	5,4	5,2	2,2	2,3	3,5	2,8	1,8	3,1	1060
São Caet/Val.	1,6	2,2	4,7	7,0	6,8	2,4	4,4	4,8	2,8	2,7	4,1	1743
Liberdade	1,6	2,4	4,5	6,0	6,7	3,2	3,0	4,2	3,6	2,8	3,8	1290
Brotas	1,4	1,4	3,2	5,0	6,9	1,5	2,5	3,5	3,3	2,6	2,5	1167
Barra/Rio Ver	2,0	2,2	2,6	4,4	5,3	1,8	1,6	2,6	2,2	2,6	2,4	2091
Boca do Rio	1,3	1,4	2,4	5,3	8,4	2,2	2,8	3,1	2,9	2,4	2,1	541
Itapuã	2,4	1,8	4,3	6,6	7,8	1,9	3,4	2,8	3,9	3,6	3,6	970
Cabula/Beiru	1,3	1,9	4,8	7,4	8,3	2,9	2,3	4,0	3,2	2,6	4,8	1782
Pau da Lima	2,7	3,7	5,1	7,7	7,3	1,6	3,0	4,5	2,1	3,9	4,3	958
Sub. Ferroviário	2,0	2,4	3,4	5,9	8,4	2,0	3,0	4,1	3,4	2,7	4,2	1648
Cajazeiras	1,8	2,8	6,0	7,5	10,2	3,4	3,6	5,5	5,4	1,7	3,6	763
Ignorado	1,2	1,5	3,3	4,1	4,8	3,0	3,5	3,2	3,4	3,4	3,5	1014
Total	1,8	2,1	3,9	6,0	7,0	2,3	3,0	3,8	3,1	2,7	3,5	15.625

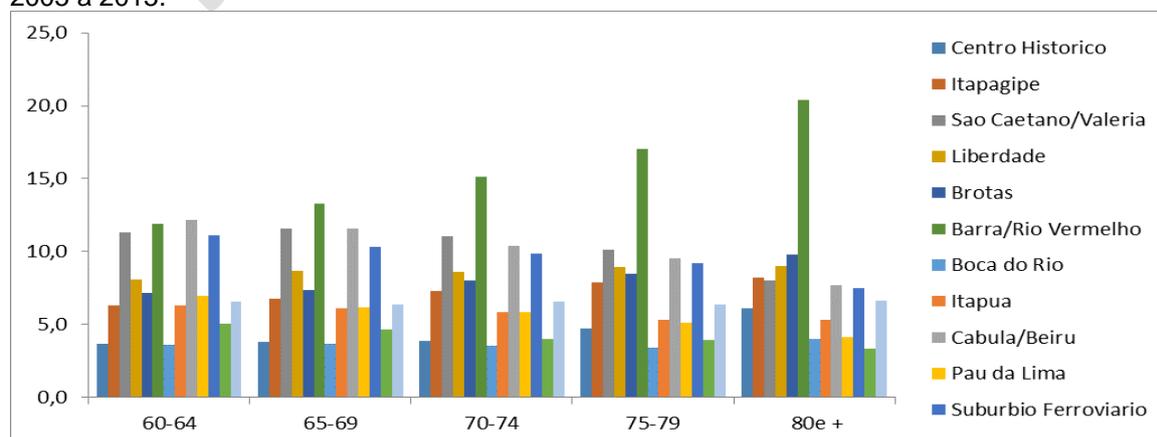
Fonte: SIM/SUIS/SMS/TABNET

*Média Anual de Óbitos

Os DS com maior proporção de óbitos por Causas Mal Definidas, são os DS Cabula/Beiru, Pau da Lima e Subúrbio Ferroviário. Esses distritos possuem uma população idosa (60 anos e +) de 29.275hab., 16.062hab. e 26.611hab., respectivamente, o que reforça a dificuldade da definição da Causa Básica de Morte nesta faixa etária.

Contudo, quando se observa o DS Barra Rio Vermelho, verifica-se a menor proporção dessa causa, mesmo tendo a maior população idosa (2015) dentre os DS (53.560 hab.), o que corresponde a 19,8% de toda população idosa de Salvador (270.362 hab.) e apresenta um perfil diferenciado de mortalidade em idosos, pois responde por 16,8% (15.161 óbitos), do total de óbitos em idosos (90.358 óbitos) e por 20% (7.270) dos óbitos em idosos com 80 e + de Salvador (35.591 óbitos) (Gráfico 128).

Gráfico 128. Proporção de óbitos em Idosos (Faixa etária), por Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2005 a 2015.

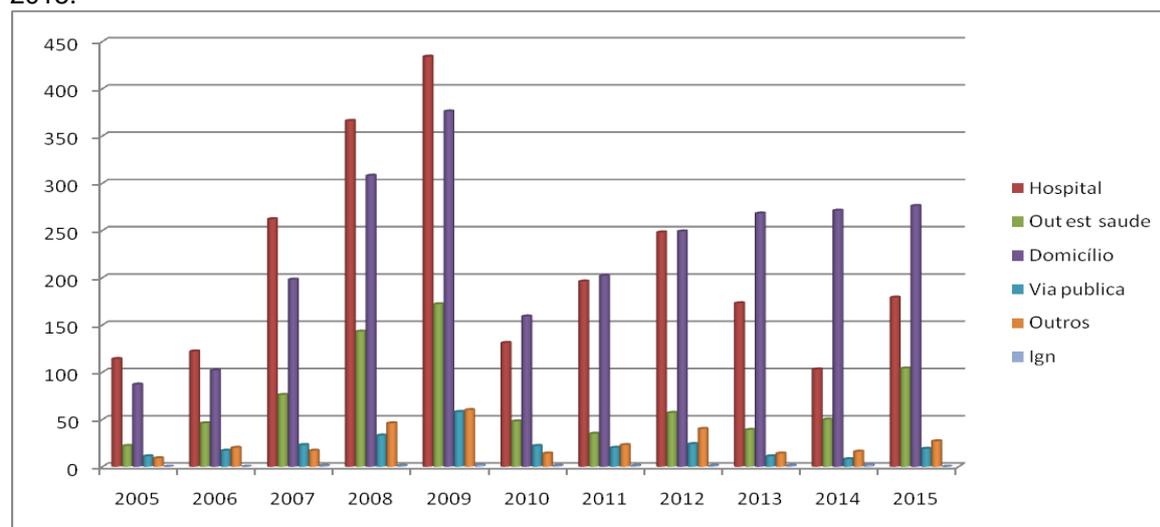


Fonte: SIM/SUIS/SMS/TABNET Salvador

Esse fato se caracteriza um desafio para a gestão, com relação ao sistema de serviços de saúde, pois, segundo Medici (2011) a alta incidência de óbitos mal definidos, ou dos óbitos sem causa declarada, ocorrem em localidades onde a oferta de serviços de saúde é incipiente. Afirma ainda que a ausência de informação adequada de mortalidade seria, portanto, o principal sintoma da precariedade da oferta de serviços de saúde no Brasil (MEDICI apud MARTINS JUNIOR, et al, 2011).

Outro fato com relação as Causa Mal definidas que merece destaque, é o local de ocorrência (Gráfico 129), onde se percebe o aumento gradativo das ocorrências domiciliares, principalmente nos anos de 2013, 2014 e 2015, o que indica a necessidade de investigações domiciliares para recuperação dessas causas de óbito, através da estratégia de Autopsia Verbal, orientada pelo MS (2009).

Gráfico 129. Óbitos por Causas Mal Definidas segundo local de ocorrência. Salvador-BA, 2005 a 2015.



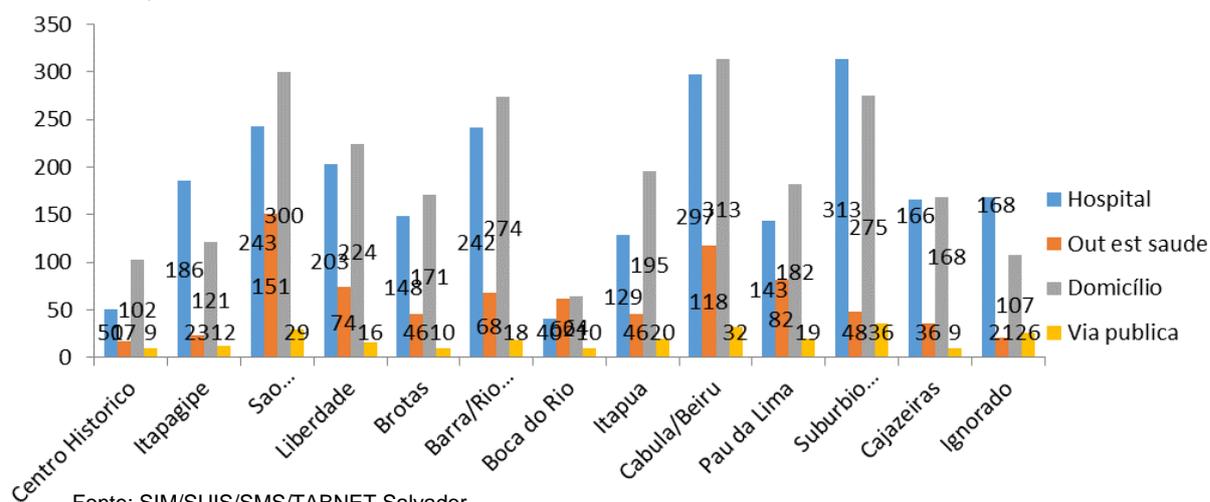
Fonte: SIM/SUIS/SMS/TABNET Salvador

O município de Salvador vem adotando outras estratégias para qualificação da base de dados do SIM, de mortes naturais, como cruzamentos entre bancos (SIH e SINAN), investigação hospitalar e em UPAS, uso dos relatórios das Câmaras Técnicas e a base do Banco do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), nos casos de HIV/AIDS.

No Brasil, a legislação prevê um Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) para diminuir o número de óbitos classificados por essa causa. Nos municípios que contam com o SVO, os óbitos classificados como de causa mal definida devem ser encaminhados para essa unidade para preenchimento da declaração de óbito (DO), geralmente após a realização de necropsia. Os óbitos com suspeita de morte violenta devem ser encaminhados ao Instituto Médico Legal (IML). (ROZMAN, 2006).

Devido à ausência desse serviço no município, o IML acaba realizando necropsias de mortes naturais, o que gera uma sobrecarga de trabalho para uma infraestrutura precária, além de fugir ao objeto de trabalho da Polícia Técnica.

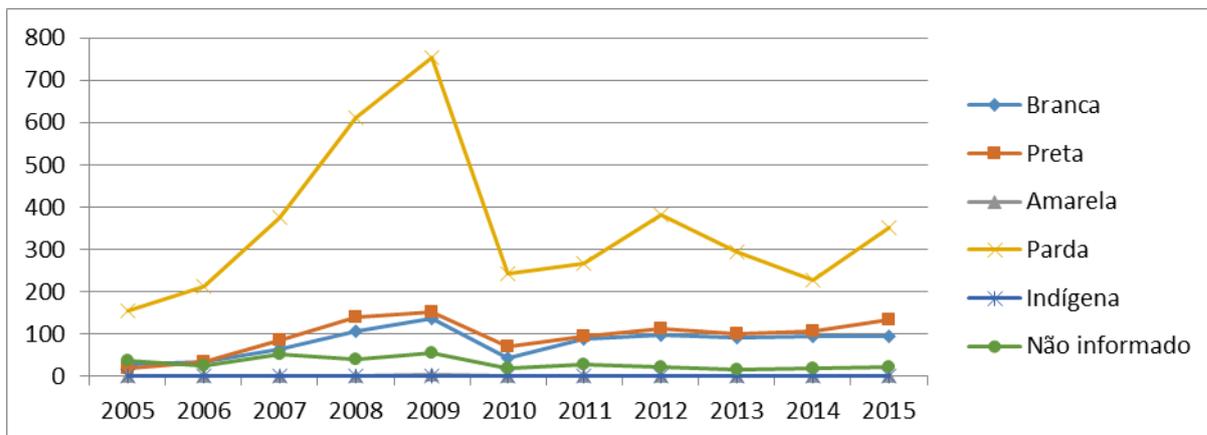
Gráfico 130. Óbitos por Causas Mal Definidas segundo local de ocorrência e Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2005 a 2015.



Fonte: SIM/SUIS/SMS/TABNET Salvador

O DS com maior frequência de Causas Mal definidas ocorridas em domicílio, foram Cabula/Beiru, São Caetano/Valéria, Subúrbio Ferroviário e Barra Rio Vermelho, conforme gráfico 99 Quanto às em hospitais, destaque para os DS Subúrbio Ferroviário, Cabula/Beiru, São Caetano/Valeria e Barra/Rio Vermelho.

Gráfico 131. Óbitos por Causas Mal Definidas segundo Raça/Cor, Salvador-BA, 2005 a 2015



Fonte: SIM/SUIS/SMS/TABNET Salvador

Quanto à raça/cor, observa-se uma maior frequência (Gráfico 131) para os óbitos de pessoas pardas e pretas. Para o período em análise, foram 3.874 (62,9%) óbitos em pardos, 1.054 (17,1%) em pretos e 880 (14,3%) óbitos em brancos, em amarelos, 14 casos (0,2%) e de raça/cor ignorada, 334 (5,4%).

2.6.3.2. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi estruturado pelo DATASUS com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Segundo o critério de classificação da escala sugerida por Romero e Cunha ⁽¹⁾, a maioria das variáveis selecionadas para análise de incompletude foi considerada com preenchimento excelente (menos de 5% de preenchimento incompleto) ou bom (5,0 a 9,9% de preenchimento incompleto). A variável Raça/Cor da Mãe apresenta uma melhora significativa no preenchimento desde a sua inserção na DNV, ocorrida em 2011, quando foi lançada a nova versão do formulário.

Campos como Duração da Gestação e Consultas de Pré Natal, deixaram de ser de múltipla escolha e passaram a ser escrito, o que pode ter levado ao aumento do percentual de campos em branco a partir de 2011. Observa-se que as variáveis Ocupação, Nome do Pai e Data da Última Menstruação (DUM) aparecem com preenchimento ruim (20,0 a 49,9% de preenchimento incompleto) e muito ruim (50,0% ou mais de preenchimento incompleto) em todo o período analisado.

Para a variável Ocupação, deve-se levar em consideração a dificuldade de compatibilidade entre algumas ocupações registradas nas DNV com o Código Brasileiro de Ocupação (CBO), carregado no sistema.

Em relação a DUM, esse perfil de incompletude pode ser esperado uma vez que se tem a opção na DNV de informar o número de semanas de gestação, caso não se saiba a DUM.

Em relação à variável Nome do Pai, por se tratar de uma informação que se traduz numa questão social importante, muitas vezes há de fato a recusa no preenchimento, além disso, há um maior percentual de incompletude desse campo em estabelecimentos de gestão pública (88,6 % em 2015) em relação aos estabelecimentos privados (11,4% em 2015).

Quanto ao campo “Raça/cor”, apesar da baixa incompletude, identificamos em alguns treinamentos, a não observância quanto ao preenchimento por autodeclaração. Relatos de profissionais de que, mesmo sabendo das orientações, não perguntam ao paciente sobre sua identificação racial, preenchendo o campo a partir da própria percepção.

Tabela 113. Percentual de incompletude de variáveis selecionadas do SINASC para nascimentos ocorridos em Salvador-BA, 2005 – 2015.

Variáveis Selecionadas	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ocupação	*	36,4	34,9	33,9	25,3	23,1	24,0	22,9	26,9	20,4	11,8
Duração Gestação	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	7,5	6,7	5,5	3,3	3,3
Tipo de Gravidez	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	1,6	0,9	0,2	0,1	0,2
Tipo de Parto	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,5	0,4	0,2	0,1	0,1
Escolaridade da Mãe	0,6	0,3	0,1	0,2	0,3	0,3	0,8	0,8	0,6	0,5	0,3
Raça/Cor Mãe	**	**	**	**	**	**	3,7	4,7	5,9	1,3	0,6
Estado Civil	0,4	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	1,2	1,3	0,9	0,5	0,4
Cons. Pré-Natal	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	3,9	2,8	3,2	3,0	2,5
Nome do Pai	**	**	**	**	**	**	61,2	74,3	66,3	62,2	66,7
DUM	**	**	**	**	**	**	49,9	55,1	60,5	66,7	67,6

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – Sinasc. Dados processados em junho/2017. *Campo sem informações de incompletude
**Campos ausentes na DNV no período

2.6.3.2. Sistema de Informação de Notificação Compulsória- SINAN

Realizou-se um monitoramento mais efetivo da base de dados do SINAN buscando a melhoria da qualidade quanto à duplicidade e encerramento dos casos. Inicialmente foi feito um pareamento com o SIM e com o resultado surgiu a necessidade de uma articulação com os profissionais envolvidos na geração do dado e da construção da informação. Percebeu-se também a urgência de se criar um meio de comunicação mais eficaz para se resgatar e garantir rotinas e normas da gestão do sistema, que haviam se perdido ao longo do caminho por desgaste no processo de trabalho e/ou na incorporação de novos atores nos DS.

Sabendo que “... uma informação de qualidade é aquela apta/conveniente para o uso, em termos da necessidade do usuário (Paimet al, 1996), decidiu-se priorizar dois atributos de qualidade (LIMA, 2009) para serem monitorados: 1- Cobertura: grau em que estão registrados no SIS os eventos do universo (escopo) para o qual foi desenvolvido; e Não-duplicidade: grau em que, no conjunto de registros, cada evento do universo de abrangência do SIS é representado uma única vez. Os métodos utilizados foram: relacionamento entre registro -Linkage interbancos (SIM e SINAN) e análise descritiva - relatórios do SINAN para duplicidade e encerramentos dos casos.

Quanto ao percentual de alterações do banco (encerramento e não-duplicidade) para os agravos/doenças trabalhados, registra-se que avaliação das duplicidades nos período de julho de 2015 e novembro de 2017, a variação da ocorrência de duplicidade nestes registros, conforme Tabela 114, destaca-se hanseníase com a variação negativa de 45,2% na identificação de duplicidades e a sífilis congênita, cujo registro de duplicidades permaneceu constante no período.

Tabela 114. Situação das Duplicidades de do SINAN, Salvador/BA, 2007 - 2015*.

Agravo	Nº Notificações	Duplic./Jul ⁽¹⁾	Duplic./Nov ⁽²⁾	% (Jul. - Nov.)	São as Mesmas
Anti Rábico Humano	11.360	327	216	-33,9	204
Sífilis em Gestante	633	25	23	-8,0	23
Sífilis Congênita	734	11	11	0,0	11
Hanseníase	3.583	31	17	-45,2	16
Tuberculose	22.192	587	620	5,6	59
Violência Interpessoal/Autoprovocada	3144	67	53	-20,9	49

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SINAN *Dados processados em Novembro/2016

Dados processados em 19/09/16 *Dados processados em 25/11/16

Resultado para a cobertura:

Tabela 115. Óbitos por DNC, registrados no SIM, segundo evolução do caso no SINAN (nº e %), Salvador/BA, 2015*.

Área Técnica	Óbitos sem Encerrar	Óbitos Encerrados		Óbitos a Encerrar	
		nº	%	nº	%
AIDS	41	4	9,8	37	90,2
Sífilis Congênita	2	0	0,0	2	100,0
Tuberculose	12	1	8,3	11	91,7
Leishmaniose	1	0	0,0	1	100,0
Leptospirose	2	2	100,0	0	0,0
Meningite	2	0	0,0	2	100,0
Total	75	7	9,3	68	90,7

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – Sinan *Dados processados em Novembro/2016

Tabela 116. Óbitos por DNC, registrados no SIM, e não encontrados no SINAN. Salvador/BA, 2015*.

Área Técnica	Número em Julho	Número em Dezembro	Total em Dezembro	Varição: Jul-Dez (%)
AIDS	56	3	59	5,4
Tuberculose	34	17	51	50,0
Hepatite	24	1	25	4,2
Sífilis Congênita	11	5	16	45,5
Esquistossomose	6	1	7	16,7
Meningite	6	2	8	33,3
Leptospirose	4	0	4	0,0
Leishmaniose	1	0	1	0,0
Hanseníase	1	0	1	0,0
Total	143	29	172	20,3

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – Sinan *Dados processados em Dezembro/2016

Entende-se que as inconsistências identificadas nestes sistemas apontam para as limitações das avaliações efetuadas nesta análise

2.6.4. Auditoria em Saúde

O Componente Municipal de Auditoria¹¹⁶ desenvolve ações de controle, avaliação e auditoria das atividades relativas à prestação de serviços do Sistema Único de Saúde – SUS. As auditorias visam verificar o cumprimento das normas vigentes, analisando as conformidades e não conformidades na execução das ações realizadas nas unidades prestadoras de serviços, nos procedimentos administrativos operacionais, áreas de trabalho e processos.

O setor de Auditoria concentrava sua atuação na avaliação da rede complementar de serviços, ao desenvolver, sobretudo, atividades de verificação da estrutura físico-funcional dos estabelecimentos de saúde, bem como, da adequação do teto orçamentário das entidades às

¹¹⁶ Lei Municipal Nº 5.700/2000. Decreto Nº 15.374/2004.

capacidades física e de recursos humanos disponíveis, de modo que este tipo de auditoria representou 65% do total realizado em 2005 (Gráfico 132).

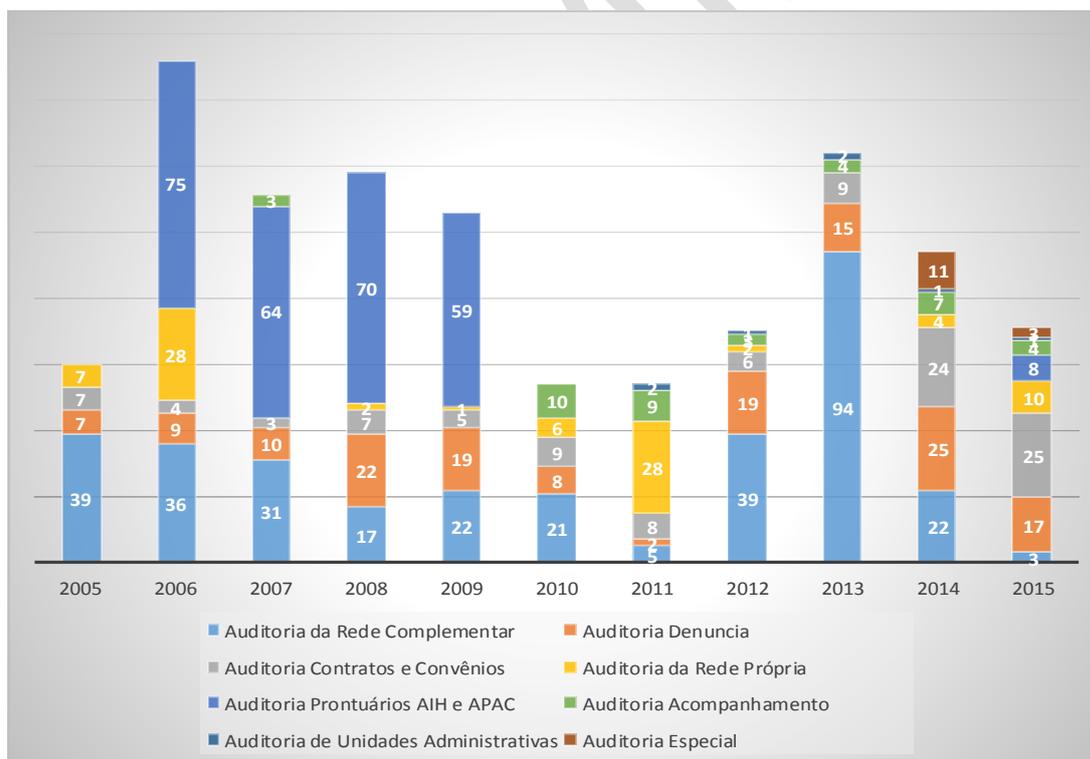
A assunção do município de Salvador à Gestão Plena¹¹⁷ do Sistema Municipal de Saúde, introduziu expressivo aumento na rede de serviços de saúde, uma vez que foram incorporados à rede municipal, os serviços de média e alta complexidade. Este fato determinou novas demandas ao setor de controle para realização de auditorias, com objetivos específicos de liberação de APACs e AIHs bloqueadas para pagamentos por via administrativa de prestadores de serviços e de avaliação das Programações Físico-orçamentárias das unidades transferidas pelo ente Estadual - SESAB.

Isto posto, no período de 2006 a 2009, do total de 487 auditorias, 76,8% foram realizadas com o objetivo de liberar APACs e AIHs bloqueadas e avaliar as capacidades instaladas dos estabelecimentos da rede complementar. As auditorias de Contratos e Convênios, de Denúncias, de Acompanhamento e da Rede Própria responderam por 23,2% do total realizado neste período.

Nos anos de 2010 e 2011, observou-se um decréscimo nas auditorias realizadas, fato justificado pela execução de atividades com um maior nível de complexidade, requerendo, portanto, composição de equipes de auditorias com maior número de membros e/ou maior tempo para sua execução.

Nos exercícios de 2012 e 2013, houve um aumento de atividades em decorrência do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) celebrado entre a Secretaria, os prestadores privados de saúde e o Ministério Público Estadual para realização de auditorias¹¹⁸ na rede complementar. Estas tiveram o objetivo de apurar a produção de serviços faturados ao SUS/Salvador pelos prestadores de serviços de saúde e representaram 75,80% do total das auditorias realizadas.

Gráfico 132. Total de auditorias por tipo. Salvador-BA, 2005-2015.



Fonte: Relatórios de Auditoria, 2005-2015.

O aumento das auditorias em contratos e convênios ocorreu nos anos de 2014 e 2015. Respondendo por 30,37% das auditorias, no período de 2005 a 2013, este tipo de atividade correspondeu a 6,83% do total realizado. O acréscimo observado foi em virtude das auditorias de

¹¹⁷ Resolução CIB Nº 018/2006 e Portaria Nº 465/2006.

¹¹⁸ Auditorias realizadas em cooperação técnica com o Componente Estadual de Auditoria da Bahia e que no ano de 2013.

rito formal e material nos contratos de prestação de serviços formalizados a partir do Chamamento Público efetivado pela SMS no ano de 2012. Até então, as auditorias para verificação do rito formal e material eram voltadas apenas para os contratos de manutenção de equipamentos, veículos, obras de construção e reformas de unidades de saúde, fornecimento de alimentação, dentre outros.

No período de 2005 a 2015, observou-se uma flutuação na apuração de denúncias, sendo que os últimos três anos (2013-2015) foram responsáveis pela apreciação de 37,74% do total de 151 denúncias. Cabe destacar que neste intervalo, o Setor de Auditoria alcançou a média de 80% da meta estabelecida (100%) para apuração das denúncias.

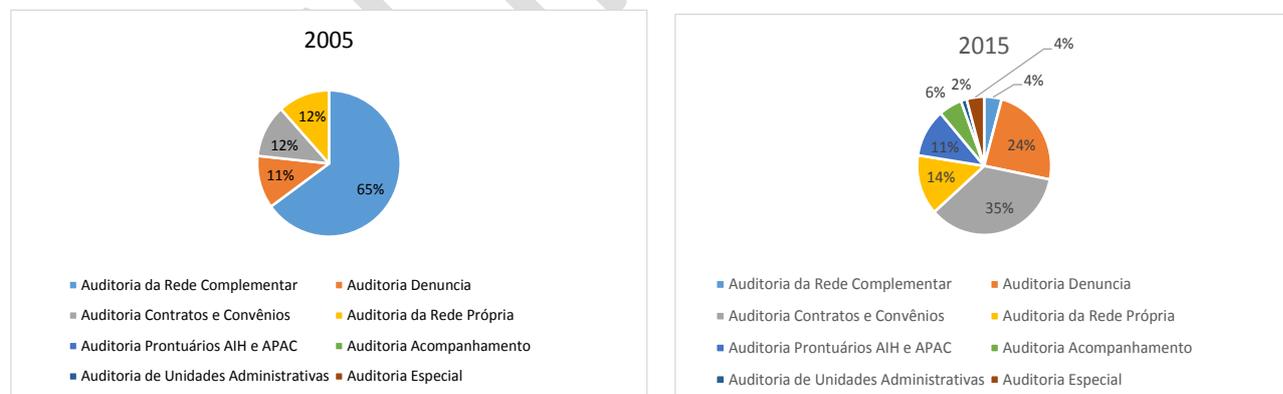
Dos fatos apurados, observa-se a predominância da cobrança indevida pela não comprovação da realização de procedimento pago pelo SUS, seguido do registro inadequado de dados, a cobrança indevida/suplementar ao usuário SUS e a duplicidade de cobrança (SUS mais outros convênios). Chama a atenção que a maioria desses fatos foi proveniente de denúncias oriundas do Ministério da Saúde, através do envio de correspondência enviada aos usuários (Carta SUS) para confirmar a realização do atendimento e identificar irregularidades na prestação dos serviços.

Nesse sentido, verifica-se que o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) vem cumprindo papel importante no fomento à participação social, por outro lado, os dados revelam a tímida motivação dos usuários SUS na denúncia de irregularidades relativas à qualidade de atendimento, ao acesso aos serviços de saúde e ao acolhimento.

Cabe registrar a relevância das denúncias dos usuários tanto para a avaliação e aprimoramento da gestão do SUS, como para subsidiar o planejamento dos trabalhos do Setor auditoria na priorização da realização de auditorias de escopo mais amplo dos estabelecimentos de saúde denunciados.

Sendo assim, ao analisar os anos de 2005 e 2015, constatou-se uma maior diversificação dos objetos de auditoria. Enquanto, em 2005, predominavam as auditorias de escopo mais restrito da rede complementar, representando um total de 65%, no ano de 2015 verificou-se um crescimento de 13% e 23%, respectivamente, das auditorias de denúncia e de contratos assistenciais e convênios.

Gráfico 133. Tipos de Auditoria, Salvador, 2005 e 2015.



O Sistema da Auditoria do SUS¹¹⁹ (SISAUD/SUS) permite uniformizar os processos de trabalho executados pelos componentes federal, estadual e municipal. Apesar de suas funcionalidades¹²⁰, identificam-se limitações nas informações consolidadas nos relatórios gerenciais, bem como na categorização reduzida dos itens de constatação.

Sendo assim, no período de 2010 a 2015, foram produzidas 2.897 constatações. O maior quantitativo ocorreu em 2011, com 826 constatações. Este fato pode estar relacionado a realização de auditorias de Ações e Programas e de Redes de Atenção. A menor produção foi verificada no ano de 2013, quando da realização de expressivas auditorias de TAC, as quais são

¹¹⁹ Portaria Nº 1.467/2006. A Auditoria SUS/Salvador aderiu a este sistema no ano de 2009.

¹²⁰ Demanda, tarefa, força de trabalho, notificação do auditado, planilha de devolução de recursos financeiros, órgão auditado, entre outros.

atividades de escopo restrito à comprovação da execução de procedimentos de saúde para pagamento por indenização dos prestadores de serviço de saúde do SUS.

No que concerne aos trabalhos de verificação da conformidade na aplicação de recursos, observa-se avanços no processo de trabalho da Auditoria SUS/Salvador. Além das atividades de verificação da conformidade, foram realizadas avaliação de custos com vistas à economicidade.

No período de 2013 a 2015, os trabalhos de verificação de conformidade auditaram o valor total de R\$ 35.344.588,79 (trinta e cinco milhões trezentos e quarenta e quatro mil quinhentos e oitenta e oito reais e setenta e nove centavos) e indicaram a devolução de recursos financeiros no montante nominal de R\$ 5.125.903,37 (cinco milhões cento e vinte e cinco mil novecentos e três reais e trinta e sete centavos), em decorrência de serviços faturados ao SUS/Salvador e não comprovados pela auditoria, o que representou 14,50% do valor total auditado (Tabela 117).

Tabela 117. Valores auditados, proposições de devolução e percentual. Salvador, 2013-2015.

Ano	Valor Auditado	Proposição de Devolução	Percentual
2013	R\$ 17.805.179,19	R\$ 3.225.457,47	18,12%
2014	R\$ 9.956.479,71	R\$ 1.145.695,87	11,51%
2015	R\$ 7.582.929,89	R\$ 754.750,03	9,95%
Total	R\$ 35.344.588,79	R\$ 5.125.903,37	14,50%

Fonte: Auditoria SUS/Salvador do período de 2013 a 2015.

Observa-se, também, um decréscimo na proposição de devolução de recursos, podendo este fato estar relacionado à formalização dos instrumentos contratuais e a possibilidade de responsabilização e indicação de penalidades aos contratados. As atividades de auditoria resultaram também em economia aos cofres públicos, ao viabilizar renegociação de dívida da SMS com empresa fornecedora de insumos.

O trabalho de auditoria também propôs a adequação do valor real da dívida da SMS, em função de distorções dos valores cobrados pela empresa, identificados pela Auditoria. Do montante auditado de R\$ 5.951.399,00 (cinco milhões novecentos e cinquenta mil trezentos e noventa e nove reais) da dívida, o trabalho de auditoria possibilitou o pagamento do valor de R\$ 4.295.173,00 (quatro milhões duzentos e noventa e cinco mil cento e setenta e três reais) a empresa, gerando uma economia a favor da SMS no valor de R\$ 1.656.226,00 (um milhão, seiscentos e cinquenta e seis mil, duzentos e vinte e seis reais), o que equivale a 28% do montante da dívida.

O quadro reduzido de Auditores da SMS no período de 2001 a 2016, constitui-se um dos principais fatores limitantes na produção dos trabalhos da Auditoria SUS/Salvador, tendo em vista a dimensão e complexidade do Sistema Único de Saúde.

2.6.5. Participação e Controle Social

A Constituição de 1988, também chamada de “Constituição Cidadã” consagrou à participação dos cidadãos nos processos de tomada das decisões de políticas essenciais ao bem-estar da população. A promulgação da lei nº 8.142/90, representou um marco histórico para o movimento social, bem como uma vitória significativa no fortalecimento da democratização dos serviços de saúde. A partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do SUS, por meio da sociedade civil organizada para formular, fiscalizar e deliberar sobre políticas de saúde.

O Município de Salvador participou ativamente deste processo quando foi criada a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, no dia 4 de março de 1986, denominada CIMS. Ao se instituir o Código Municipal de Saúde¹²¹, reconheceu-se nas disposições gerais as competências do Conselho Municipal e Local de Saúde (CLS) e se determinou a criação dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS).

¹²¹ Lei Nº 5.504/90

Com a criação da Lei Orgânica de Salvador no ano de 1990, se manteve o Conselho Municipal de Saúde de Salvador como órgão deliberativo e fiscalizador da política municipal, constituído proporcionalmente por representações de gestores do sistema, sindicato dos trabalhadores, associações comunitárias, entidades representativas das classes empregadoras e entidades representativas de profissionais de saúde, conforme descrito no artigo 208 do Capítulo III, da Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde¹²² de Salvador possui 48 representantes dos segmentos públicos, privados e da sociedade civil organizada, sendo 24 titulares e 24 suplentes. Segundo o regimento atual do CMS de Salvador, qualquer representante poderá ser eleito presidente do Conselho em reunião Plenária. Cabe destacar que nas últimas três gestões, o presidente do conselho tem sido do seguimento do usuário, com coordenação executiva composta por representação de todos os seguimentos.

O seu funcionamento é regular com reuniões ordinárias mensais e extraordinárias tantas quantas forem necessárias para tratar de assuntos urgentes. As suas ações e deliberações são executadas por meio das Comissões Permanentes (Comissão de Educação Permanente, Comissão de Orçamento e Finanças e Comissão de Acompanhamento dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde) ou Especiais (Comissão de Carnaval e Festas Populares, Comissão de Acompanhamento de Ações). Além destas, foi instalada também a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, que é uma Comissão Permanente prevista no Regimento Interno, composta por Conselheiros e representantes de Trabalhadores e Empregadores.

O Conselho Municipal de Saúde descentraliza suas ações por meio dos 12 Conselhos Distritais de Saúde eleitos e empossados. E também, através dos Conselhos Locais de Saúde que estão sendo devidamente reestruturados e deverão ter seus membros eleitos e empossados. Outro espaço democrático de deliberação das políticas de saúde exercida pelo conselho são as suas Conferências Municipais, realizadas de dois em dois anos conforme regimento interno e Legislações vigentes. Os delegados são escolhidos através de pré-conferências e/ou plenárias de segmentos: usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços.

Neste momento, ano de 2017, concomitante à elaboração do Plano Municipal de Saúde está sendo também organizada a XIV Conferência Municipal de Saúde de Salvador cujo tema central é: “Salvador e a Multiplicidade de Cuidados: Dialogando sobre a Atenção à Saúde”. Este é mais um momento do Conselho Municipal de Saúde desempenhar o seu papel junto às entidades da sociedade civil organizada para propor diretrizes e formulação de estratégias para estruturação de políticas que atenda ao modelo de atenção à saúde que responda as necessidades de saúde da população, particularmente no âmbito da atenção básica, ordenadora da rede de atenção e do cuidado à saúde.

Constitui-se desafio para o quadriênio de 2018-2021, desencadear ações para o fortalecimento dos Conselhos Distritais, a expansão dos Conselhos Locais de Saúde e fomentar a capacidade de intervenção dos membros do controle social nas políticas públicas e no processo de educação permanente.

2.6.6. Ouvidoria em Saúde

A Ouvidoria em Saúde¹²³ da Secretaria de Saúde do Salvador foi implantada em 2000, com as finalidades de oferecer um serviço de escuta qualificada à população, encaminhar as manifestações aos setores competentes, orientar, acompanhar as demandas registradas e dar retorno ao usuário, propiciando uma resolução adequada aos problemas referidos. Funciona, também, com uma ferramenta de gestão, apresentando ao gestor dados que indiquem possibilidades de melhoria em relação à qualidade dos serviços disponibilizados à população.

O usuário conta com um canal aberto de comunicação com o serviço de Ouvidoria do SUS/Salvador, o qual pode dar-se de forma presencial, por contato telefônico, pelo site¹²⁴ ou por meio do opinário. Implantado a partir de 2014, 37 unidades de saúde contam com o opinário como instrumento de monitoramento gerencial da satisfação do usuário quanto aos serviços ofertados pelos estabelecimentos de saúde.

¹²² Decreto Nº 90.015 de 07 /06/1991 e decreto Nº 17.184 de 27/02/2007

¹²³ Lei Municipal Nº 5845/2000.

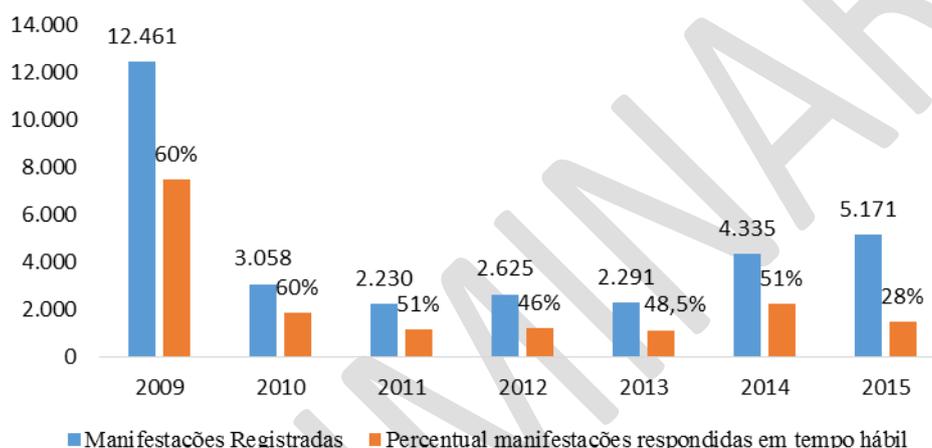
¹²⁴ www.saude.salvador.ba.gov.br

No período 2005 a 2008, o sistema de registro de informações da ouvidoria, o SISCAU contabilizou 6.613 manifestações. Nos exercícios de 2005 e 2006, 55% das manifestações¹²⁵ eram relativas à “Reclamação” e os assuntos mais abordados foram a falta de material, medicamentos e profissionais, bem como a insatisfação com o atendimento realizado.

Nos anos subsequentes, 2007 a 2008, predominou a classificação “Solicitação” com uma média de 51,2% dos assuntos abordados, cuja maioria era relativa à fiscalização da Vigilância Sanitária e ao combate do Aedes Aegypti.

Em 2009 foi implantado o Sistema Ouvidor SUS para o aprimoramento do registro, tratamento e encaminhamento das manifestações dos usuários. Neste ano foram captadas 12.461 manifestações em função da implantação do Disque Saúde 160, que permitiu o acesso gratuito, por telefone, e da alça epidêmica da Dengue no município à época (Gráfico 134).

Gráfico 134. Número e percentual de manifestações registradas e respondidas em tempo hábil. Ouvidoria SUS/Salvador, 2009-2015.



Fonte: Ouvidor SUS/Salvador

No anos de 2010 e 2011 verificou-se decréscimos de 75,5% e 27,0%, respectivamente, nas manifestações. Nos exercícios de 2012, 2014 e 2015, observa-se crescimento nos registros, em virtude da dificuldade de marcação de consultas e/ou exames, assunto que faz parte da classificação “Solicitação”. No que se refere às respostas as manifestações, no período de 2005 a 2008, não houve registro desses dados. Nos anos de 2009 a 2015, verifica-se oscilações, com alcances de 60% das manifestações respondidas em tempo hábil nos exercícios de 2009 e 2010, e de 28% no ano de 2015. As variações podem estar relacionadas ao fato do agendamento de consultas e exames dependerem da disponibilidade de oferta do serviço na rede municipal.

¹²⁵ As manifestações registradas pelos usuários do SUS são classificadas pela Ouvidoria Geral do SUS da seguinte forma: Denúncia (irregularidade ou indício de irregularidade na administração ou no atendimento por entidade pública ou privada de saúde); Reclamação (relato de insatisfação em relação às ações e/ou aos serviços de saúde); Solicitação (acesso a atendimento ou a informação); Pergunta (orientação relacionada à Saúde); Elogio e Sugestões.

3. PERCEPÇÃO DOS PROBLEMAS DE ESTADO E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Este capítulo apresenta os resultados das 12 oficinas distritais para identificação e priorização dos problemas do estado de saúde e dos serviços de saúde ocorridas no período de 05 de julho a 01 de agosto. As oficinas contaram com a participação dos diversos atores sociais que atuam nos territórios, quais sejam profissionais da saúde, representantes da sociedade civil organizada, dos conselhos de saúde (distrital, local), dentre outros, privilegiando a percepção destes acerca da realidade, das necessidades de saúde e demandas para o enfrentamento de problemas.

No total, foram identificados 273 problemas do estado de saúde e 501 problemas dos serviços de saúde, que posteriormente foram categorizados. Os principais problemas do Estado de Saúde foram sistematizados nas seguintes categorias:

- Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fatores de risco como sobrepeso/obesidade, sedentarismo e tabagismo.
- Doenças Emergentes e Reemergentes
- Doenças Negligenciadas
- Violências
- Transtornos Mentais
- Uso abusivo de drogas
- Doenças relacionadas a Gravidez, Parto e Puerpério
- Mortalidade Infantil
- Doenças imunopreveníveis
- Doenças da Cavidade Oral
- Doenças do Aparelho Respiratório
- Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho
- Doenças da pele, ortopédicas e oftalmológicas
- Determinantes sociais como desemprego, mobilidade urbana, saneamento básico, habitação e evasão escolar.

Os problemas dos Serviços de Saúde foram sistematizados em quatro macro categorias de análise: Modelo de Atenção, Organização de Recursos, Infraestrutura dos Serviços e Gestão do Sistema de Saúde.

Em relação ao modelo de atenção, foram elencados problemas da atenção básica, saúde bucal, saúde mental, promoção e prevenção, programa saúde na escola, atenção as urgências e emergências, serviços de média e alta complexidade e multicentros. Na organização de recursos, encontram-se problemas da atenção básica, saúde bucal, saúde mental, da rede de apoio e diagnóstico e terapêutico, da atenção especializada, de acesso, de medicamentos, de regulação, assim como questões relacionadas a intersetorialidade.

Quanto a infraestrutura, destacam-se a insuficiência e qualificação de recursos humanos, problemas relacionados aos recursos financeiros e materiais, equipamentos, insumos, transporte e estrutura física. Por fim, foram identificados problemas referentes a gestão no que se refere ao plano de cargos, carreiras e vencimentos, comunicação, humanização, monitoramento e avaliação, cartão SUS, participação e controle social.

O conteúdo completo da percepção do problemas do estado de saúde e dos serviços de saúde pode ser consultado no Volume II deste Plano Municipal de Saúde.

4. MÓDULOS OPERACIONAIS

Os módulos operacionais organizam um conjunto de proposições relativas às intervenções que se pretende realizar para o enfrentamento de um dado problema (TEIXEIRA, 2001), logo referem-se ao programa direcional do Plano Municipal de Saúde. As operações deste PMS encontram-se organizadas em cinco Módulos Operacionais: Promoção e Vigilância em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária e Terciária, Gestão do Sistema Único de Saúde Municipal e Gestão do Trabalho na Saúde, conforme descritos a seguir:

I – Promoção e Vigilância em Saúde

A Promoção da Saúde, segundo a Carta de Ottawa, contempla cinco amplos campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. (SALAZAR, 2004) A vigilância em saúde, por sua vez, constitui-se de ações de promoção e proteção da saúde da população, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo a vigilância ambiental, sanitária, epidemiológica, do trabalhador e laboratorial (BAHIA, 2012).

II – Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do sistema de saúde constitui-se em uma forma singular de apropriar, recombinar e reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte de uma rede de atenção à saúde. (OPS, 2007)

III – Atenção Secundária e Terciária

A atenção secundária e terciária compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade. As ações referentes à ampliação da rede de apoio diagnóstico e terapêutico, à atenção pré-hospitalar de urgência e emergência, ao acesso aos procedimentos e serviços de média e alta complexidade e à atenção hospitalar estão contempladas neste módulo.

IV - Gestão do Sistema Único de Saúde Municipal

A gestão contempla um conjunto de medidas adotadas para planejar, organizar, fazer funcionar e avaliar o grande número de elementos inter-relacionados do sistema de saúde. (LUCHESE, 2004). Neste módulo, são contempladas as ações para consolidação do planejamento municipal de saúde, gerenciamento dos recursos financeiros e materiais, a gestão da informação em saúde e a informatização das unidades, o fortalecimento do controle interno e a participação e controle social.

V – Gestão do Trabalho na Saúde

A gestão do trabalho trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde, e pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, entre outros (BRASIL, 2012).

Os cinco módulos operacionais se desdobram em 18 linhas de ação, que por sua vez, apresentam objetivos específicos, englobando um conjunto de ações sob responsabilidade dos diversos setores da SMS. As metas também foram construídas com vistas a contemplar as linhas de ação do PMS, e serão monitorados por indicadores apresentados no capítulo 5.

MÓDULO OPERACIONAL I – PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE				
Objetivo Geral: Promover articulações intra e intersetoriais para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde				
Linha de ação 1: Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida				
Objetivo Especifico 1: Desenvolver ações de promoção da saúde e da qualidade de vida				
Metas/Indicadores:	2018	2019	2020	2021
Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes	5,5	5,5	5,5	5,5
Proporção de nascidos vivos de mães negras com 7 ou mais consultas de pré-natal	62,5%	65%	67,5%	70%
Ações	Responsável	Projeto/Atividade		
1. Articulação para o desenvolvimento de ações intersetoriais e interinstitucional voltadas para a promoção da saúde (políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis a saúde, reforço a ação comunitária, educação em saúde) e da qualidade de vida, considerando os problemas prioritários de cada Distrito Sanitário.	DVIS/DAS/DS	10.304.0003.233100 10.305.0003.233200 10.304.0003.233300 10.304.0003.233400		
2. Articulação com órgãos estaduais e municipais responsáveis e sociedade civil organizada por ações de saneamento ambiental (coleta de resíduos sólidos, abastecimento de água, melhoria sanitária domiciliares etc.), ordenamento do solo, urbanização e proteção ambiental.	DVIS/DAS/DS	10.304.0003.233300		
3. Articulação interinstitucional e intrasetorial para desenvolvimento de ações de prevenção da violência interpessoal e auto provocada e promoção da cultura da paz.	DVIS/DAS/DS	10.305.0003.233200		
4. Implementação do Programa de Combate ao Racismo Institucional	DAS	10.301.0016.249300 10.302.0002.232900		
Linha de ação 2: Vigilância em Saúde				
Objetivo Especifico 2: Fortalecer o sistema de Vigilância em Saúde no município				
Metas/Indicadores:	2018	2019	2020	2021
Percentual de implantação do Código Municipal de Saúde	50%	50%	75%	100%
Percentual dos eventos de saúde pública encerrados oportunamente	100%	100%	100%	100%
Ações	Responsável	Projeto/Atividade		
5.Revisão e regulamentação do Código Municipal de Saúde de Salvador.	GASEC	10.304.0003.233100 10.304.0003.233300 10.304.0003.233400		
6.Estruturação das equipes de Vigilância em Saúde nos Distritos Sanitários	DVIS	10.305.0003.233200 10.305.0003.233700		
7.Integração das ações de Vigilância em Saúde da SMS para o manejo das situações de Emergências em Saúde Pública	DVIS	10.305.0003.233200		
Linha de ação 3: Vigilância Ambiental em Saúde				
Objetivo Especifico 3: Implementar as ações de Vigilância Ambiental em Saúde				
Metas/Indicadores:	2018	2019	2020	2021
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100%	100%	100%	100%
Percentual de realização de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância em Saúde Ambiental	80%	90%	100%	100%

Ações	Responsável	Projeto/Atividade			
8. Ampliação do monitoramento da Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano no município de Salvador	DVIS	10.304.0003.233300			
9. Implantação de unidades sentinelas para Vigilância da Qualidade do Ar nos Distritos Sanitários	DVIS	10.304.0003.233300			
10. Implementação das ações do VIGIPEQ	DVIS	10.304.0003.233300			
11. Avaliação dos impactos na saúde da população de Ilha de Maré, decorrente dos contaminantes atmosféricos emitidos pelo polo industrial do entorno, e implantação do Plano de Contingência	DVIS	10.304.0003.233300			
Linha de ação 4: Vigilância Sanitária					
Objetivo Específico 4: Implementar as ações de controle de riscos à saúde					
Meta/Indicador:	2018	2019	2020	2021	
Percentual de estabelecimentos de médio e alto grau de risco (RDC 153/2017) sujeitos ao controle sanitário municipal inspecionados	75	80	90	100	
Proporção de análises realizadas em amostras de alimentos, cosméticos, medicamentos e saneantes quanto aos parâmetros de rotulagem, teor de princípio ativo e presença de microrganismos.	70	75	80	90	
Ações	Responsável	Projeto/Atividade			
12. Implementação de ações de vigilância sanitária de medicamentos	DVIS	10.304.0003.233100			
13. Implementação de ações de vigilância sanitária de serviços de saúde	DVIS	10.304.0003.233100			
14. Implementação de ações de vigilância sanitária de alimentos	DVIS	10.304.0003.233100			
15. Implementação de ações de vigilância sanitária de produtos para a saúde	DVIS	10.304.0003.233100			
16. Fiscalizar a implantação do Plano de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde, conforme Portaria MS nº 529/2013 e RDC nº 36/2013	DVIS	10.304.0003.233100			
Linha de ação 5: Vigilância em Saúde do Trabalhador					
Objetivo Específico 5: Desenvolver ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde do trabalhador					
Meta/Indicador:	2018	2019	2020	2021	
Percentual de aumento de notificações dos agravos/doenças de saúde trabalhador no SINAN	15%	15%	15%	15%	
Ações	Responsável	Projeto/Atividade			
17. Implementação da Política Municipal de Saúde do Trabalhador (ST)	DVIS	10.305.0003.233700			
18. Vigilância em ambientes e processos de trabalho entre trabalhadores do mercado formal e informal para prevenção de ADRT	DVIS	10.305.0003.233700			
19. Suporte técnico pedagógico para as redes assistenciais para suspeita e identificação de ADRT	DVIS	10.305.0003.233700			
20. Articulação com a vigilância epidemiológica para estabelecimento de fluxos de informação, processamento e análise de indicadores de agravos à saúde, relacionados com o trabalho.	DVIS	10.305.0003.233700			
21. Desenvolvimento de projeto de intervenção para integração de práticas de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, no município de Salvador - Bahia	DVIS	10.305.0003.233700			

Linha de ação 6: Vigilância de doenças e agravos a saúde				
Objetivo Especifico 6: Prevenir e controlar as doenças e agravos a saúde				
Metas/Indicadores:	2018	2019	2020	2021
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerrados em até 60 dias após a notificação	75%	76%	77%	78%
Proporção de cura de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	85%	87%	89%	90%
Percentual de óbitos maternos investigados	100%	100%	100%	100%
Taxa de detecção de sífilis congênita	20%	30%	40%	50%
Proporção de vacinas selecionadas (Pentavalente, Pneumocócica 10 valente, Poliomielite e Tríplice Viral) do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 02 anos de idade com cobertura vacinal alcançada.	50%	50%	75%	75%
Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas)	288,0	285,0	282,0	279,0
Ações	Responsável		Projeto/Atividade	
22.Implementação das ações de investigação e medidas de controle das doenças e agravos transmissíveis	DVIS		10.305.0003.233200	
23.Intensificação das ações de controle do Programa da Tuberculose e Hanseníase	DVIS		10.305.0003.233200	
24.Implementar as ações de investigação, análise e recomendação para a redução dos óbitos fetais, infantis, maternos e em mulheres em idade fértil	DVIS/DS		10.305.0003.233200	
25.Implementação da Vigilância Epidemiológica da Doença Falciforme junto aos distritos.	DVIS/DS		10.305.0003.233200	
26.Desenvolvimento de ações de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis	DVIS/DAS		10.305.0003.233200 10.301.0016.249300	
27. Implementação da vigilância epidemiológica das Causas Externas (Acidentes de trânsito e Violência interpessoal/autoprovocada)	DVIS		10.305.0003.233200	
28.Implementação das ações de vigilância da sífilis, hepatites virais e HIV nos Distritos Sanitários, em conformidade com o Plano Municipal de Enfrentamento à Sífilis e ao HIV	DVIS/DS		10.305.0003.233200	
39.Desenvolver ações de prevenção e promoção às DST/Aids e Hepatites Virais, com ênfase aos grupos de maior vulnerabilidade	DVIS		10.305.0003.233200	
30.Implementação das ações de prevenção e controle das Arboviroses	DVIS		10.305.0003.233200	
31.Implementação da vigilância e controle de zoonoses e arboviroses e animais peçonhentos de interesse a saúde pública.	DVIS		10.304.0003.233400	
32.Implementação das ações do Programa de Vigilância e Controle da Raiva Animal	DVIS		10.304.0003.233400	
33.Ampliação das coberturas vacinais do calendário básico de rotina e campanhas.	DVIS		10.305.0003.233500	
34.Implementação das ações de investigação e medidas de controle dos agravos imunopreveníveis e Eventos Adversos Pós Imunização	DVIS		10.305.0003.233500	

MÓDULO OPERACIONAL II – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
Objetivo Geral: Implementar a Política Nacional de Atenção Básica no município de Salvador				
Linha de ação 7: Atenção Primária à Saúde				
Objetivo Específico 7: Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção primária a saúde no município de Salvador				
Metas/Indicadores:	2018	2019	2020	2021
Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	26,74	26,74	26,5	26,0
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	70%	70%	70%	70%
Ações	Responsável		Projeto/Atividade	
35.Ampliação e reorganização das equipes de Atenção Primária à Saúde, com base no Manual Operacional da Atenção Primária à Saúde.	DAS		10.302.0002.105000 10.301.0016.249300	
36.Desenvolvimento de ações de promoção à adoção de hábitos alimentares saudáveis conforme recomendações do Ministério da Saúde	DAS		10.301.0016.249300	
37.Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	DAS		10.301.0016.249300	
38.Implementação do Programa Saúde na Escola	DAS		10.301.0016.249300	
39.Implementação das ações de atenção integral à saúde voltadas para os ciclos de vida e gênero			10.301.0016.249300	
40. Implementação da Rede Cegonha	DAS		10.301.0003.116700	
41. Implementação da Rede de Saúde Bucal	DAS		10.301.0016.249300 10.305.0002.233000	
42.Implementação da Rede de Atenção Psicossocial no município de Salvador com ênfase na reorganização dos serviços.	DAS		10.302.0002.105200	
43. Implementação da linha de cuidado para pessoas com Doença Falciforme	DAS		10.301.0016.249300	
44.Desenvolvimento das ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado a grupos populacionais vulneráveis vítimas de violência.			10.301.0016.249300	
45.Implementação da ferramenta do Telessaúde para profissionais da Atenção Primária à Saúde.	DAS		10.301.0016.249300	

MÓDULO OPERACIONAL III – ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA				
Objetivo Geral: Reorganizar as ações de apoio diagnóstico e terapêutico, urgência e emergência e as de média e alta complexidade na rede pública e contratada				
Linha de ação 8: Apoio Diagnóstico e Terapêutico				
Objetivo Específico 8: Ampliar a rede de apoio diagnóstico e terapêutico				
Metas/Indicadores:	2018	2019	2020	2021
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,35	0,35	0,40	0,45
Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	65%	67,5%	70%	72,5%
Ações	Responsável	Projeto/Atividade		
46.Ampliação e fortalecimento da rede de apoio diagnóstico	DAS	10.302.0002.232900		
47.Fortalecimento do Laboratório Central Municipal.	DAS	10.302.0002.232900		
48. Oferta regular dos Medicamentos da REMUME nas farmácias da rede municipal de saúde, com destaque para a organização das farmácias básicas	DAS	10.303.0003.233800		
49.Implantação do Centro Diagnóstico Municipal	DAS	10.302.0002.105100		
Linha de ação 9: Atenção em urgência e emergência e atendimento pré-hospitalar				
Objetivo Específico 9: Garantir a atenção pré-hospitalar as urgências e emergências				
Meta/Indicador:	2018	2019	2020	2021
Proporção dos usuários classificados com risco “amarelo” no ACCR atendidos pelo médico em tempo < 30 minutos	90%	90%	90%	90%
Ações	Responsável	Projeto/Atividade		
50.Garantia atendimento humanizado na rede de Atenção as Urgências e Emergências	DAS	10.302.0016.249400		
51.Reorganização e qualificação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)	DRCA	10.302.0016.249400		
Linha de ação 10: Regulação da oferta e utilização de serviços de média e alta complexidade				
Objetivo Específico 10: Regular a oferta de procedimentos e o acesso aos serviços de média e alta complexidade				
Metas/Indicadores:	2018	2019	2020	2021
Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	3,60	4,00	4,40	4,80
Proporção de SADT ofertados pelos Multicentros de Saúde	70	80	85	90
Ações	Responsável	Projeto/Atividade		
52. Ampliação, controle e avaliação do acesso aos serviços especializados da rede própria e complementa	DRCA/DAS	10.302.0002.247200		
53..Implementação do processo organizacional da Regulação, Controle e Avaliação da assistência	DRCA	10.126.0014.234100		
54..Implantar as ações de referência e contra referência no município	DRCA/DAS	10.302.0002.232900		
55. Implementação das ações de diagnóstico e assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids, Hepatites virais e outras IST's	DAS	10.305.0003.233600		
56.Qualificação dos Centros de Especialidades Odontológicas	DAS	10.305.0002.233000		
57.Implementação da Rede de Atenção à Pessoa com deficiência (Viver sem Limites).	DAS	10.302.0002.232900		

Linha de ação 11: Atenção hospitalar				
Objetivo Especifico 11: Ampliar a atenção hospitalar no SUS municipal				
Metas/Indicadores:	2018	2019	2020	2021
Implantação de protocolos clínicos necessários, conforme perfil epidemiológico no Hospital Municipal	02	04	04	04
Tempo Médio de Permanência de pacientes com quadro agudo no Hospital Municipal.	< 7 dias	< 7 dias	< 7 dias	< 7 dias
Ações	Responsável	Projeto/Atividade		
58.Implantação do Hospital Municipal ¹²⁶	DAS	10.302.0002.105100 10.302.0016.256100		
59.Implantação do Hospital Dia ¹²⁷	DAS	10.302.0002.105100 10.302.0016.256100		
60.Instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente, conforme Portaria GM nº 529/2013	DAS	10.302.0016.256100		

¹²⁶ Ação do PEG 2017-2020

¹²⁷ Ação do PEG 2017-2020

MÓDULO OPERACIONAL IV – GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE				
Objetivo Geral: Aumentar a capacidade de gestão do SUS municipal por meio do práticas de planejamento, gerenciamento de recursos financeiros e materiais, informação e informatização, controle interno, participação e controle social				
Linha de ação 12: Consolidação do Planejamento Municipal				
Objetivo Especifico 12: Desenvolver práticas de planejamento, monitoramento e avaliação com vistas a sua institucionalização no SUS municipal				
Meta/Indicador:	2018	2019	2020	2021
Percentual de cumprimento das metas do Plano Municipal de Saúde 2018-2021	25%	50%	75%	100%
Ações	Responsável		Projeto/Atividade	
61.Implementação do planejamento, monitoramento e avaliação no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde	DEPG		10.126.0014.105400	
62.Implantação do Projeto Salvador Social da PMS no âmbito da SMS	DEPG		10.126.0014.105400	
63.Implantação da Sala de Situação da SMS	DEPG		10.126.0014.105400	
Linha de ação 13: Gerenciamento dos recursos financeiros e materiais				
Objetivo Especifico 13: Aperfeiçoar a gestão dos recursos financeiros e materiais na SMS				
Metas/Indicadores:	2018	2019	2020	2021
Gasto público com saúde per capita	RS 510,04	RS 552,22	RS 597,89	RS 647,33
Unidade de custos implantada	0	1	1	1
Ações	Responsável		Projeto/Atividade	
64.Elaboração e monitoramento integrados da proposta orçamentária e execução financeira no âmbito da SMS	FMS		10.122.0016.250106	
65.Gerenciamento dos recursos financeiros e orçamentários do SUS Municipal	FMS		10.122.0016.250106	
66.Gerenciamento dos recursos físicos, materiais e insumos para a manutenção da rede própria	CAD		10.122.0016.250106	
67.Revisão e divulgação dos fluxos administrativos da SMS	CAD		10.122.0016.250106	
68.Manutenção de condições adequadas para armazenamento, conservação, distribuição e transporte dos imunobiológicos.	CAD		10.305.0003.233500	
Linha de ação 14: Informação e informatização da saúde				
Objetivo Especifico 14: Aprimorar os processos de gestão dos sistemas de informação em saúde e da informatização no SUS municipal.				
Metas/Indicadores:	2018	2019	2020	2021
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	70%	80%	90%	95%
Unidades de Saúde da rede própria com Prontuário Eletrônico ¹²⁸	34	85	119	154
Ações	Responsável		Projeto/Atividade	
69.Gestão dos SIS quanto aos atributos de qualidade eleitos (Cobertura, Não duplicidade, Completude, Acessibilidade e Validade).	DVIS		10.122.0016.250106	
70.Implementação da informatização na SMS	NTI		10.126.0014.233900	
71.Implementação dos sistemas VIDA+, SIRIUS, SALUS, SALUTE, entre outros	NTI		10.126.0014.233900	
72.Automação dos processos administrativos e	NTI		10.126.0014.233900	

¹²⁸ Meta do PEG 2017-2020 e do Projeto Salvador Social (Banco Mundial)

assistenciais de saúde				
73.Desenvolvimento dos Sistemas de Apoio a Gestão	NTI	10.126.0014.233900		
74.Monitoramento do SISAB, com base nos indicadores do Programa de Melhoria do Acesso da e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ - AB para toda a Atenção Primária à Saúde do município do Salvador.	DAS	10.301.0016.249300		
75.Apoiar as ações de comunicação realizadas pelas equipes técnicas e distritos sanitários	ASCOM	10.302.0002.232800		
Linha de ação 15: Fortalecimento do Controle Interno				
Objetivo Especifico 15: Favorecer a implementação de mecanismos para diminuir as irregularidades no SUS municipal				
Metas/Indicador:	2018	2019	2020	2021
Proporção de Auditorias Ordinárias realizadas.	88%	88%	90%	90%
Ações	Responsável	Projeto/Atividade		
76.Reestruturação do Componente Municipal de Auditoria	Auditoria	10.122.0016.250106		
77.Execução de auditorias ordinárias e extraordinárias	Auditoria	10.122.0016.250106		
78.Monitoramento dos resultados das auditorias realizadas	Auditoria	10.122.0016.250106		
79.Ampliar a articulação intra-institucional da auditoria	Auditoria	10.122.0016.250106		
Linha de ação 16: Participação e Controle Social				
Objetivo Especifico 16: Promover a participação e controle social no SUS municipal, ampliando os canais de comunicação com a sociedade civil				
Metas/Indicador:	2018	2019	2020	2021
Percentual de reuniões ordinárias do CMS realizadas	100%	100%	100%	100%
Ações	Responsável	Projeto/Atividade		
80.Implementação do processo de Educação Permanente em Saúde para os Conselhos Municipal, Distrital e Local de Saúde	CMS	10.122.0002.249200		
81.Organização, divulgação e realização da Conferência Municipal de Saúde	CMS	10.122.0002.249200		
82.Divulgação das atribuições e ações dos Conselhos Municipal, Distritais e Locais de Saúde junto a população	CMS	10.122.0002.249200		
83.Ampliação dos canais de comunicação da Ouvidoria em Saúde.	Ouvidoria	10.126.0014.105400		
84.Monitoramento e publicização das manifestações registradas na Ouvidoria em Saúde	Ouvidoria	10.122.0002.249200		

MÓDULO OPERACIONAL IV – GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE				
Objetivo Geral: Desenvolver processos de gestão do trabalho e educação na saúde na SMS				
Linha de ação 17: Gestão do Trabalho				
Objetivo Específico 17: Implementar a política de gestão de pessoas na SMS				
Metas/Indicadores:	2018	2019	2020	2021
Percentual de avaliação de desempenho da SMS realizada	50%	100%	100%	100%
Ações	Responsável	Projeto/Atividade		
85.Implantação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito da SMS	CGPS	10.122.0016.250005 10.128.0014.234000		
86.Implementação do Plano de Cargos e Vencimento (PCV) dos profissionais da SMS	GASEC	10.122.0016.250005 10.128.0014.234000		
87.Realização do redimensionamento da força de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde	CGPS	10.122.0016.250106		
88.Estabelecimento de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde	CGPS	10.122.0016.250106		
89.Desenvolvimento do Sistema de Gestão de Pessoas da Saúde	GASEC	10.122.0016.250005		
90.Implantar ações do programa de Saúde do Servidor	CGPS	10.122.0016.250005		
Linha de ação 18: Educação na Saúde				
Objetivo Específico 18: Implementar a Política Municipal de Educação em Saúde				
Metas/Indicador:	2018	2019	2020	2021
Proporção de ações de educação permanente realizadas	55%	60%	65%	70%
Ações	Responsável	Projeto/Atividade		
91.Implementação do Centro de Formação dos Trabalhadores (CEFORT) como instituição formadora para a qualificação, aperfeiçoamento e atualização dos trabalhadores do SUS Municipal	CGPS	10.122.0016.250106 10.128.0014.234000		
92.Implementação das ações de Integração Ensino, Serviço e Comunidade.	CGPS	10.122.0016.250106		
93.Implantação do Programa I de Residência em Medicina de Família e Comunidade	CGPS	10.122.0016.250106 10.128.0014.234000		

5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento é parte do processo avaliativo que envolve coleta, análise sistemática e periódica das informações e dos indicadores de saúde previamente definidos. Permite assim, verificar se as ações estão sendo operacionalizadas conforme planejado e alcançando os resultados esperados. Portanto, o monitoramento produz subsídios à avaliação, sendo interligados e complementares. O monitoramento da implementação do PMS 2018-2021 deverá ser realizado pelas Diretorias e Coordenadorias responsáveis, tendo como desencadeadora do processo a equipe da Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão da SMS.

Os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois também servem para embasar a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliar no processo de tomada de decisão, contribuem para a melhoria contínua dos processos organizacionais e análise comparativa do desempenho (BRASIL, 2013). A seleção de indicadores de saúde e seus níveis de desagregação pode variar em função da disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas em cada região ou país. Os indicadores mantem relação com as Linhas de Ação e seus objetivos correspondente, e encontram-se sistematizados no quadro 17.

A metodologia adotada para o monitoramento e avaliação do PMS 2018-2021 consiste numa análise quantitativa e qualitativa dos 34 indicadores e das 93 ações do PMS.

A análise quantitativa corresponde ao grau de cumprimento dos indicadores e das ações a partir de uma escala numérica com quatro pontos de cortes, a saber: 0 a 25%, 26% a 50%, 51% a 75% e 76% ou mais. Cada intervalo percentual foi representado por uma cor:

- **Vermelho:** corresponde ao alcance de no máximo 25% da meta pactuada. Representa uma 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 26% a 50% da meta pactuada e indica situação de cuidado, apontando que as ações dirigidas ao cumprimento das metas precisam ser intensificadas e aperfeiçoadas;
- **Marrom:** refere-se ao alcance de 51% a 75% da meta pactuada, demonstra uma situação intermediária na qual as ações previstas precisam ser intensificadas ou aperfeiçoadas;
- **Verde:** corresponde ao alcance de 76% ou mais da meta pactuada e indica uma situação de ótima capacidade de gestão em que as ações foram implementadas para o alcance dos objetivos.

Em relação aos indicadores, pretende-se descrever o desempenho do indicador, a partir de níveis de desagregação previamente definidos, e avalia-lo em relação ao cumprimento da meta definida. Para a sua descrição, cada indicador tem uma ficha de qualificação (Apêndice) com as informações de seu método de cálculo, além de uma linha de base de seu desempenho durante o período dos últimos cinco anos.

Para a avaliação do seu cumprimento em relação as metas previstas, prevê-se a utilização de uma matriz caracterizando o indicador, e os níveis de desagregação, segundo atributos e periodicidade de coleta, que serão definidos junto as áreas responsáveis e os resultados obtidos. Será formado um grupo de trabalho para o monitoramento dos indicadores eleitos, composto por representantes do GT de Planejamento Central e Distrital e técnicos de referência. As avaliações serão realizadas mensalmente, a partir de um cronograma estabelecido com os atores envolvidos, com a possibilidade de reuniões ampliadas para a discussão de tópicos específicos. Nestes encontros serão discutidos o desempenho, segundo algumas variáveis eleitas, de três indicadores.

Serão elaborados boletins quadrimestrais, com os produtos das avaliações efetuadas. As avaliações qualitativas dos indicadores serão construídas a partir da análise do desempenho destes indicadores segundo os atributos eleitos, considerando as informações levantadas na análise de situação de saúde e na avaliação efetuada no grupo de trabalho.

Em relação as ações do PMS, seu monitoramento será realizado por cada Diretoria/Coordenadoria. O instrumento utilizado será o relatório de monitoramento do PMS (Apêndice) elaborado quadrimestralmente e apreciado em oficinas internas, conduzidas pelas próprias Diretorias/Coordenadorias e apoiadas pelos integrantes do Grupo de Trabalho de Planejamento e Avaliação do nível central. O período reservado para as oficinas de monitoramento será divulgado anualmente pela DEPG.

Na matriz de monitoramento também será realizada uma análise qualitativa das ações, devendo ser identificadas as dificuldades e/ou facilidades que influenciaram no seu desempenho, assim como as estratégias adotadas para o enfrentamento dos nós críticos e o alcance das metas.

Quadro 17. Distribuição dos indicadores segundo Módulo Operacional do PMS 2018-2021

Indicadores	
Módulo I – Promoção e Vigilância em Saúde	
1. Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes	DVIS/DAS
2. Proporção de nascidos vivos de mães negras com 7 ou mais consultas de pré-natal	DAS
3. Percentual de implantação do Código Municipal de Saúde	DVIS
4. Percentual dos eventos de saúde pública encerrados oportunamente	DVIS
5. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	DVIS
6. Percentual de realização de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância em Saúde Ambiental	DVIS
7. Percentual de estabelecimentos de médio e alto grau de risco (RDC 153/2017) sujeitos ao controle sanitário municipal inspecionados	DVIS
8. Proporção de análises realizadas em amostras de alimentos, cosméticos, medicamentos e saneantes quanto aos parâmetros de rotulagem, teor de princípio ativo e presença de microrganismos.	DVIS
9. Percentual de aumento de notificações dos agravos/doenças de saúde trabalhador no SINAN	DVIS
10. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerrados em até 60 dias após a notificação	DVIS
11. Proporção de cura de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	DAS/DVIS
12. Percentual de óbitos maternos investigados	DVIS
13. Taxa de detecção de sífilis congênita	DAS/DVIS
14. Proporção de vacinas selecionadas (Pentavalente, Pneumocócica 10 valente, Poliomielite e Tríplice Viral) do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 02 anos de idade com cobertura vacinal alcançada.	DVIS
15. Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas)	DVIS
Módulo II – Atenção Primária à Saúde	
16. Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	DAS
17. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	DAS
Módulo III – Atenção Secundária e Terciária	
18. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	DAS
19. Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	DAS
20. Proporção dos usuários classificados com risco “amarelo” no ACCR atendidos pelo médico em tempo < 30 minutos	DAS

21. Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	DRCA
22. Proporção de SADT ofertados pelos Multicentros de Saúde	DAS
23. Implantação de protocolos clínicos necessários, conforme perfil epidemiológico no Hospital Municipal	DAS
24. Tempo Médio de Permanência de pacientes com quadro agudo no Hospital Municipal	DAS
Módulo IV – Gestão do SUS municipal	
25. Percentual de cumprimento das metas do Plano Municipal de Saúde 2018-2021	DEPG
26. Gasto público com saúde per capita	FMS
27. Unidade de custos implantada	CAD
28. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	DVIS
29. Unidades de Saúde da rede própria com Prontuário Eletrônico	NTI
30. Proporção de Auditorias Ordinárias realizadas.	Auditoria
31. Percentual de reuniões ordinárias do CMS realizadas	CMS
Módulo V – Gestão do Trabalho na Saúde	
32. Percentual de avaliação de desempenho da SMS realizada	CGPS
33. Proporção de ações de educação permanente realizadas	CGPS

6. REFERENCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 44 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Caderno de Diretrizes, objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

LUCHESI, P. Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública – ITD BIREME/OPAS/OMS. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde Biblioteca Virtual em Saúde / Saúde Pública Brasil. 2004

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, DC: OPAS, 2007.

ANVISA. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde em 2015, novembro de 2016
MEDICI apud MARTINS JUNIOR, et al, 2011.

(...)

PRELIMINAR

PRELIMINAR