

ISSN 0100-0233

Revista Baiana de Saúde Pública

v. 36 supl. 1 dez. 2012

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA
Órgão Oficial da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

EXPEDIENTE

Jaques Wagner – Governador do Estado da Bahia
Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde
Alcina Marta de Souza Andrade – Superintendente SUVISA
Telma Dantas Teixeira de Oliveira – Superintendente SUPERH
Marcele Carneiro Paim – Diretora da Escola Estadual de Saúde Pública

ENDEREÇO • Rua Conselheiro Pedro Luiz, 171 – Rio Vermelho
Adress CEP: 41950-610 - Salvador, Bahia, Brasil
Telefax: 71 3334-0428
E-mail: saude.revista@saude.ba.gov.br
http://inseer.ibict.br/rbsp

EDITORA GERAL • Joana Angélica Oliveira Molesini – SESAB/UCSAL – Salvador (BA)
General Publisher

EDITOR ADJUNTO • Bruno Gil de Carvalho Lima – EBMSP/IML Nina Rodrigues – Salvador (BA)
Deputy Editor

EDITORES ASSOCIADOS • Eliane Santos Souza – FOUFBA/UFBA – Salvador (BA)
Associated Editors
Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA – Salvador (BA)
José Carlos Barboza Filho – UCSAL – Salvador (BA)
Lorene Louise Silva Pinto – UFBA/FMB – Salvador (BA)
Ronaldo Ribeiro Jacobina – UFBA/FMB – Salvador (BA)
Washington Luiz Abreu de Jesus – UFBA/FMB – Salvador (BA)

CONSELHO EDITORIAL • Alcindo Antônio Ferla – Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre (RS)
Editorial Board
Álvaro Cruz – UFBA/PRO AR – Salvador (BA)
Ana Maria Fernandes Pita – UCSAL – Salvador (BA)
Andrea Caprara – UEC – Fortaleza (CE)
Carmen Fontes Teixeira – UFBA/ISC – Salvador (BA)
Cristina Maria Meira de Melo – UFBA/EENF – Salvador (BA)
Eliane Elisa de Souza Azevedo – UEFS – Feira de Santana (BA)
Emerson Elias Merhy – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ)
Fernando Martins Carvalho – UFBA/FMB – Salvador (BA)
Heraldo Peixoto da Silva – UFBA/Agrufba – Salvador (BA)
Jacy Amaral Freire de Andrade – UFBA/Criea – Salvador (BA)
Jaime Breilh – Centro de Estudios Y Asesoria en Salud (CEAS) – (Health
Research and Advisory Center – Ecuador
José Tavares Neto – UFBA/FMB – Salvador (BA)
Juarez Pereira Dias – EBMSP/Sesab – Salvador (BA)
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – USP – São Paulo (SP)
Lauro Antônio Porto – UFBA/FMB - DMP – Salvador (BA)
Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza – UFBA/ISC – Salvador (BA)
Luiz Roberto Santos Moraes – UFBA/Escola Politécnica – DHS – Salvador (BA)
Maria Conceição Oliveira Costa – UEFS Departamento de Saúde – Feira de
Santana (BA)
Maria Isabel Pereira Vianna – UFBA/Foufba – Salvador (BA)
Mitermayer Galvão dos Reis – Fiocruz – Salvador (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos – UFMG - Belo Horizonte (MG)
Paulo Gilvane Lopes Pena – UFBA/FMB - DMP – Salvador (BA)
Paulo de Tarso Puccini – UFP/IFCH – Belém (PA)
Raimundo Paraná – UFBA/FMB – Salvador (BA)
Reinaldo Pessoa Martinelli – UFBA/FMB – Salvador (BA)
Ricardo Burg Ceccim – UFRG – Porto Alegre (RS)
Ruben Araujo Mattos – UERJ – Rio de Janeiro (RJ)
Sérgio Koifman – ENSP/Fiocruz – Rio de Janeiro (RJ)
Vera Lúcia Almeida Formigli – UFBA/FMB – DMP – Salvador (BA)

EDITORA EXECUTIVA • Lucitânia Rocha de Aleluia – Sesab/EESP – Salvador (BA)
Executive Publisher

Rev. Baiana de Saúde Publ.	Salvador	v. 36	Suplemento	p. 1-166	dez. 2012
----------------------------	----------	-------	------------	----------	-----------

ISSN: 0100-0233

Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

INDEXAÇÃO

Periódica: Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências (México)

Sumário Actual de Revista, Madrid

LILACS-SP – Literatura Latinoamericana em Ciências de La Salud – Salud Pública, São Paulo

Revisão e normalização de originais: Maria José Bacelar Guimarães

Revisão de provas: Maria José Bacelar Guimarães

Revisão técnica: Lucitânia Rocha de Aleluia

Tradução/revisão inglês: Maria José Bacelar Guimarães

Tradução/revisão espanhol: Marcial Saavedra Castro

Editoração eletrônica: Beto Cerqueira e Zeo Antonelli – 2Designers Ltda.

Secretária Administrativa: Bárbara França Barcellos

Capa: detalhe do portal da antiga Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Solar do século XVIII)

Fotos: Paulo Carvalho e Rodrigo Andrade (detalhes do portal e azulejos)

Periodicidade – Trimestral

Triagem – 1.200 exemplares

Distribuição – gratuita

Revista Baiana de Saúde Pública é associada à

Associação Brasileira de Editores Científicos



Revista Baiana de Saúde Pública / Secretaria da Saúde
do Estado da Bahia. - v. 36, supl. 1, dez. 2012 -
Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2012

Trimestral.

ISSN 0100-0233

1. Saúde Pública - Bahia - Periódico. IT

CDU 614 (813.8) (05)



SECRETARIA DA SAÚDE

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2012-2015

JAQUES WAGNER
GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

OTTO ALENCAR
VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

JORGE JOSÉ SANTOS PEREIRA SOLLA
SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

**COLEGIADO DE GESTÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE
DO ESTADO DA BAHIA**

SECRETÁRIO

Jorge José Santos Pereira Solla

SUBSECRETÁRIA

Suzana Ribeiro

CHEFE DE GABINETE

Washington Luís Silva Couto

COORDENADOR DE PROJETOS ESPECIAIS

Washington Luiz Abreu de Jesus

COORDENADORA DE CONTROLE INTERNO

Ana Rosa Lessa Vieira

DIRETOR DA AUDITORIA DO SUS/BA

José Raimundo Mota de Jesus

COORDENADORA DA OUVIDORIA DO SUS/BA

Elide Oliveira de Carvalho

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL - ASCOM

Ricardo Welington Mendonça Alt

**DIRETOR EXECUTIVO DO FUNDO ESTADUAL DE
SAÚDE - FESBA**

Egídio Borges Tavares Filho

DIRETOR GERAL - DGE

José Sérgio Oliveira de Carvalho

**SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA
SAÚDE - SUVISA**

Alcina Marta de Souza Andrade

**SUPERINTENDENTE DE RECURSOS HUMANOS DA
SAÚDE - SUPERH**

Telma Dantas de Oliveira

**SUPERINTENDENTE DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE - SUREGS**

Andrés Castro Alonso Filho

**SUPERINTENDENTE DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE - SAFTEC**

Alfredo Boa Sorte

**SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE - SAIS**

Cisélia Santana Souza Mota

**DIRETOR GERAL DA FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA
E HEMOTERAPIA DA BAHIA - HEMOBA**

Roberto Schlindwein

**DIRETORA GERAL DA FUNDAÇÃO BAIANA DE
PESQUISA CIENTÍFICA, DESENVOLVIMENTO
TECNOLÓGICO, FORNECIMENTO E DISTRIBUIÇÃO
DE MEDICAMENTOS – BAHIAFARMA**

Juliete Maria Cardoso Palmeira

ASSESSORES DE GABINETE

Ana Cecília Ribeiro do Nascimento

Ângelo Castro Lima

Eduardo José Farias Borges dos Reis

Mara Clécia Dantas Souza

Maria Luiza Gonzaga de Meneses

Ricardo Gouveia

Vinicius Lomanto

Joana Barreto Sá

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

I – REPRESENTANTES DO GOVERNO

O SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA:

Conselheiro Jorge José Santos Pereira Solla (titular)

Conselheiro Washington Luis Silva Couto (suplente)

**UM REPRESENTANTE DA SECRETARIA DE
SANEAMENTO E RECURSOS HÍDRICOS DO ESTADO
DA BAHIA:**

Conselheira Kitty de Queiroz Tavares (titular)

Conselheiro Marcelo Henrique Siqueira de Araújo

(suplente)

**UM REPRESENTANTE DO CONSELHO ESTADUAL
DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE COSEMS:**

Conselheiro Raul Moreira Molina Barrios (titular)

Conselheiro Ivonildo Dourado Bastos (suplente)

UM REPRESENTANTE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

Conselheira Deborah Dourado Lopes (titular)

Conselheira Maria da Glória Gonçalves da Silva Dourado

(suplente)

II – PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

**DOIS REPRESENTANTES DOS PRESTADORES DE
SERVIÇOS EM SAÚDE:**

1. FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA HOSPITAIS

ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO ESTADO DA BAHIA - FESFBA

Conselheiro Maurício Almeida Dias Pereira (titular)

Conselheira Maria Cristina Gravatá de Menezes Barretto

(suplente)

2. SINDHOSBA - SINDICATO DOS HOSPITAIS E ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
Conselheiro Luis Delfino Mota Lopes (titular)
Conselheiro José Saturnino Rodrigues (suplente)

UM REPRESENTANTE DA COMUNIDADE CIENTÍFICA:
Conselheiro Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza (titular) - Universidade Federal da Bahia - UFBA
Conselheiro Jedson dos Santos Nascimento (suplente) - Universidade Católica do Salvador

UM REPRESENTANTE DA BAHIAFARMA:
Conselheira Julieta Maria Cardoso Palmeira (titular)
Conselheiro Carlos Alberto Teixeira (suplente)

III – TRABALHADORES EM SAÚDE

QUATRO REPRESENTANTES DE ENTIDADES CONGREGADAS EM SINDICATOS E FEDERAÇÕES:

1. Conselheiro Silvio Roberto dos Anjos e Silva (titular) - SINDSAÚDE - Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia
Conselheiro Waldir Cerqueira dos Santos (suplente) - Rede Privada Sindicato dos Trabalhadores em Santas Casas, Entidades Filantrópicas Beneficentes e Religiosas e em Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado da Bahia

2. Conselheiro Francisco Jorge Silva Magalhães (titular) - SINDMED - Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia
Conselheira Maria do Carmo Brito de Moraes (suplente) – SEEB – Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia.

3. Conselheira Célia Maria Alexandria de Oliveira (titular) - SINDPREV - Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social do Estado da Bahia.
Conselheira Leonídia Laranjeira Fernandes (suplente) – SINTSEF – Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal do Estado da Bahia

4. Conselheiro Josivaldo de Jesus Gonçalves (titular) - SINDIACS – Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Sul da Bahia.
Conselheiro Roque Onorato Santos (suplente) - FEBACS – Federação Baiana das Associações dos Agentes Comunitários de Saúde.

III – TRABALHADORES EM SAÚDE

QUATRO REPRESENTANTES DE CONSELHOS DE CLASSE E DEMAIS ASSOCIAÇÕES PROFISSIONAIS:

1. CREMEB – Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia
Conselheiro José Abelardo Garcia de Meneses (titular)
Conselheiro Jecé Freitas Brandão (suplente)

2. CROBA – Conselho Regional de Odontologia da Bahia.
Conselheiro Marcel Lautenschlager Arriaga (titular)
Conselheiro Edgar João dos Santos Neto (suplente)

3. CRF - Conselho Regional de Farmácia do Estado a Bahia.

Conselheira Eliane Araújo Simões (titular)
Conselheiro Altamiro José dos Santos (suplente)

4. SINDACS - Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Contendores de Doenças Endêmicas e Epidemiológicas do Estado da Bahia.
Conselheiro Edson Moraes de Oliveira (titular)
Conselheiro Aldenilson Viana Rangel (suplente)

IV – USUÁRIOS

QUATRO REPRESENTANTES DO FÓRUM DE ENTIDADES DE PATOLOGIAS:

1. Conselheiro Fernando Antônio Duarte Dantas (titular) - CEAPLER Centro de Estudo, Prevenção e Apoio aos Portadores de LER/DORT.
Conselheira Kátia Medrado dos Santos Baldini (suplente) - NASPEC – Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer.

2. Conselheira Camila dos Santos Pimentel (titular) - GAPPA – Grupo de Apoio à Prevenção à Aids.
Conselheiro Josuéilton de Jesus Santos (suplente) - AMEA – Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Sistema Mental do Estado da Bahia.

3. Conselheiro Joselito Pereira da Luz (titular) - APALBA - Associação de Pessoas com Albinismo na Bahia.
Conselheiro Jair Alves dos Santos (suplente) - MORHAN – Núcleo Salvador Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase.

4. Conselheiro Moysés Toniolo Longuinho (titular) - RNPBA - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids.
Conselheiro Rômulo José Valença Corrêa (suplente) - GVW – Grupo Vontade de Viver.

IV – USUÁRIOS

TRÊS REPRESENTANTES DE ENTIDADES CONGREGADAS EM CENTRAIS E FEDERAÇÕES DE TRABALHADORES URBANOS E RURAIS, EXCETO ENTIDADES DA ÁREA DA SAÚDE:

1. CTB - Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Bahia.
Conselheiro Francisco José Sousa e Silva (titular)
Conselheira Josefa Rita da Silva (suplente)

2. CUT - Central Única dos Trabalhadores
Conselheiro Antônio César de Oliveira Santos (titular)
Conselheiro Ricardo Luiz Dias Mendonça (suplente)

3. UGT - União Geral dos Trabalhadores
Conselheiro Mário José da Conceição (titular)
Conselheiro Jorge Geraldo de Jesus Rosário (suplente)

DOIS REPRESENTANTES DO FÓRUM DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS:

1. ARCCA - Arte Comunicação Cultura e Acessibilidade de Pessoa com Deficiência

Conselheira Isadora Oliveira Maia (titular)
Conselheiro José Ednilson Almeida do Sacramento
(suplente)

2. ABADEF - Associação Baiana de Deficientes Físicos
Conselheira Maria Luíza Costa Câmara (titular)
Conselheira Silvanete Brandão Figueiredo (suplente)

UM REPRESENTANTE DE ENTIDADES CONGREGADAS
EM FEDERAÇÕES E ASSOCIAÇÕES PATRONAIS
URBANAS E/OU RURAIS, EXCETO ENTIDADES
PATRONAIS DA ÁREA DA SAÚDE:

FIEB - Federação das Indústrias do Estado da Bahia.
Conselheiro Eduardo Catharino Gordilho (Titular)
Conselheiro Edson Diogo Moniz Pinto (suplente)

UM REPRESENTANTE DO FÓRUM DE ENTIDADES
RELIGIOSAS:
CNBB - Confederação Nacional de Bispos do Brasil
Regional Nordeste - Bahia e Sergipe.
Conselheira Beatrix Kunz (titular)
Conselheira Maria Helena Ramos Belo (suplente)

UM REPRESENTANTE DO FÓRUM DE MULHERES
ORGANIZADAS EM SAÚDE:
Conselheira Joilda Gomes Rua Cardoso (titular)
Conselheira Maria de Fátima Gomes Almeida (suplente)

UM REPRESENTANTE DO FÓRUM DE ENTIDADES DE
APOSENTADOS E/OU PENSIONISTAS:
ASAPREV - Associação dos Pensionistas e Aposentados da
Previdência Social da Bahia
Conselheiro Marcos Barroso de Oliveira (titular)
Conselheira Gislene Villas Boas Torres da Silva (suplente)

UM REPRESENTANTE DO FÓRUM DE COMBATE À
VIOLÊNCIA:
Conselheiro José Silvino Gonçalves dos Santos (titular) -
ASA - Ação Social Arquidiocesana Pastoral Carcerária
Conselheiro Antônio Fernando Santos Conceição
(suplente) - Associação de Moradores do Nordeste de
Amaralina

UM REPRESENTANTE DO FÓRUM DE ENTIDADES DO
MOVIMENTO ANTIRRACISTA:
Instituto Kutala Nleeke
Conselheiro Marcos Antônio Almeida Sampaio (titular)
Conselheiro Antônio Carlos Lima de Santana (suplente)

UM REPRESENTANTE DE POPULAÇÕES INDÍGENAS
OU QUILOMBOLAS:
Associação Indígena Tupinambá de Olivença
Conselheiro Walney Magno de Souza (titular)
Conselheiro Flávio de Jesus Dias (suplente)

EQUIPE COPE/GASEC:
Chaider Gonçalves Andrade; Danielle Oliveira Brito; Denise
Nogueira Cruz; Flávia Vasconcelos Souza; Gabriel Brasil Gil;
Jandiracira Silva do Nascimento; Luciana Torres Peixoto;
Luis André Souza Ferreira; Maria Ângela A.D. de Carvalho;
Maria de Fátima Valverde Dreyer; Olivenilson Rodrigues dos
Santos; Washington Luiz Abreu de Jesus; Wilker Invenção
Azevedo de Oliveira; Gladys Reis de Oliveira (FESF/SUS).

APOIADORES INSTITUCIONAIS – OPAS/OMS-BRASIL
Adriana Costa Ramos; Anne Moraes de Carvalho; Ianna
Patrícia Reis da Silva; Madalena Castro Passos; Marco
Aurélio Sepúlveda; Sisse Figueiredo de Santana; Tásio de
Souza Lessa; Thaise Souza Oliveira; Zannis Benevides de
Andrade.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISIONAL
Aline Oliveira Martins Cavalcanti Cunha (UNEB);
Talita Aquira dos Santos Lima (UNEB).

GRUPO TÉCNICO DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO
DA SESAB

Ana Cláudia Oliveira Almeida; Ana Paula Chancharulo;
Ana Paula Pires; Bruno Guimarães de Almeida; Celurdes
Carvalho; Chaider Gonçalves Andrade; Danielle de
Oliveira Brito; Denise Nogueira Cruz; Denise Pestana
de Castro; Durival Santos Pereira Neto; Fábíia Maria de
Lima Pimentel; Franciane Souza Guedes; Francisco Felix;
Giovana Santana Queiroz; Jamile David de Andrade;
Joana Angélica Simão Demarchi; Jucenilda Marques
Santos; Juliana Lantyer Oliveira Esquivel; Julio Cezar
Araújo; Leila Fraga; Luis André Souza Ferreira; Maiara
Santos Gomes; Márcio Lemos Coutinho; Maridete Simões
de Castro Cunha; Marlene Tavares; Maria das Graças
Ávila; Maria de Fátima Valverde; Maria do Carmo Galvão
e Oliveira; Maria Lea Rocha Fagundes; Nanci Nunes
Sampaio Salles; Patrícia Conceição Santos Ferreira; Rita
de Cássia Magalhães Pinheiro; Robério Santos Barros;
Sara Cristina Cerqueira; Silvana Moura Rodrigues; Taís
da Cunha Ferreira; Vincenza Lorusso; Vera Lúcia Oliveira
Carvalho; Washington Luiz Abreu de Jesus; Wiliam
Jackson Abreu de Jesus

GRADUANDOS DA UFBA – SAÚDE COLETIVA E
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Cíntia Clara Guimarães da Silva; David Ramos da Silva
Rios; Dinailson Martins dos Santos Montes; João Marcos
dos Santos Santana; Paloma Simas; Poliana Rebouças;
Renata Cabral Ventura.

REVISÃO FINAL
Chaider Gonçalves Andrade – COPE/GASEC/SESAB
Luciana Torres Peixoto – COPE/GASEC/SESAB
Luis André Souza Ferreira – COPE/GASEC/SESAB
Washington Luiz Abreu de Jesus – COPE/GASEC/SESAB
Dinailson Martins dos Santos – Graduação em Saúde
Coletiva – ISC/UFBA
Paloma Simas – Graduação em Saúde Coletiva – ISC/
UFBA
Poliana Rebouças – Graduação em Saúde Coletiva – ISC/
UFBA

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Conexões conceituais entre o Plano Plurianual 2012-2015 e o Plano Estadual de Saúde 2012-2015	110
Figura 2.	Concepção do Programa Bahia Saudável no âmbito do setor saúde	112

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Pirâmide Etária do Estado da Bahia – 2000	22
Gráfico 2.	Pirâmide Etária do Estado da Bahia – 2010	23
Gráfico 3.	Proporção de internações de habitantes, segundo principais grupos de causas – Bahia – 2000-2010	29
Gráfico 4.	Mortalidade proporcional, segundo faixa etária (Curva de Nelson de Moraes). Bahia, 1980, 1991 e 2010	35
Gráfico 5.	Proporção de óbitos, segundo principais grupos de causas – Bahia – 2000-2010	36
Gráfico 6.	Proporção de internações, segundo principais grupos de causa – Bahia – 2010	42
Gráfico 7.	Proporção de óbitos, segundo principais grupos de causas – Bahia – 2000-2010	42
Gráfico 8.	Situação de entrega do relatório anual de gestão no Estado da Bahia	48
Gráfico 9.	Limite financeiro global de média e alta complexidade – Bahia – 2003-2010	53
Gráfico 10.	Despesa total em saúde por habitante – Bahia – 2003-2011	54
Gráfico 11.	Recursos Transferidos SUS por habitante – Bahia – 2003-2011	55
Gráfico 12.	Comparativo dos recursos transferidos pelo governo federal para a Bahia por Bloco de Financiamento do SUS – Bahia – 2003-2011	55
Gráfico 13.	Recursos Aplicados em Saúde – Bahia – 2007-2011	56
Gráfico 14.	Resolutividade da CER nos atendimentos realizados por especialidades de internamento – Bahia – 2007-2010	59
Gráfico 15.	Auditorias realizadas pelo componente Estadual da Auditoria do SUS – Bahia – 2007-2010	60
Gráfico 16.	Total de manifestações recebidas pela Ouvidoria SUS-BA – Bahia – 2005-2011	63
Gráfico 17.	Evolução anual das manifestações recebidas pela Ouvidora por classificação – Bahia – 2007-2011	64
Gráfico 18.	Residentes com bolsas concedidas pela Sesab – Bahia – 2006-2011	68
Gráfico 19.	Recursos aplicados pelo estado na Atenção Básica - (valor R\$ 1.000,00). – Bahia – 2003-2010	71
Gráfico 20.	Produção ambulatorial da Atenção Básica – Bahia – 2003-2010	72
Gráfico 21.	Distribuição da produção ambulatorial da Atenção Básica por habitantes, segundo macrorregião – Bahia – 2003-2010	73
Gráfico 22.	Quantidade total de leitos de internação e leitos SUS – Bahia – 2005-2011	77
Gráfico 23.	Quantitativo de CAPS em funcionamento no estado – Bahia – 2003-2011	81
Gráfico 24.	Número de Centros de Especialidade Odontológica (CEO) e de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) em funcionamento – Bahia – 2010	83
Gráfico 25.	Distribuição percentual da produção ambulatorial especializada, segundo esfera administrativa e nível de complexidade – Bahia – 2008-2010	86
Gráfico 26.	Distribuição proporcional dos procedimentos, segundo complexidade e macrorregião de saúde – Bahia – 2010	87
Gráfico 27.	Relação entre a produção ambulatorial de média e alta complexidade e a população, segundo macrorregião – Bahia – 2010	88
Gráfico 28.	Quantitativo da produção especializada ambulatorial e hospitalar da rede pública – Bahia – 2007-2010	88
Gráfico 29.	Recursos aplicados na assistência farmacêutica – Bahia – 2003-2010	90
Gráfico 30.	Recursos aplicados na assistência farmacêutica básica – Bahia – 2006-2011	91
Gráfico 31.	Evolução dos recursos financeiros aplicados na Vigilância em Saúde – Bahia – 2003-2010 (R\$ 1.000,00)	94

Gráfico 32.	Exames de investigação epidemiológica realizados – Bahia – 2008-2011	95
Gráfico 33.	Ações de Vigilância em saúde do trabalhador – Bahia – 2004-2010	98
Gráfico 34.	Quantitativo de produção de insumos e análises laboratoriais processadas. Lacen/BA – Bahia – 2003-2010	100
Gráfico 35.	Distribuição do número de doses de imunobiológicos – Bahia – 2003-2010	101
Gráfico 36.	Coberturas vacinais com esquema básico em crianças menores de 1 ano de idade – Bahia – 2003-2010	102
Gráfico 37.	Distribuição percentual dos recursos orçamentários – Bahia – 2012-2015	139

LISTA DE MAPAS

Mapa 1.	Macrorregiões do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização (PDR)	24
Mapa 2.	Municípios sede de Dires – Bahia – 2012	46
Mapa 3.	Territórios de Identidade – Bahia – 2012	51
Mapa 4.	Distribuição dos hospitais da rede própria da Sesab – Bahia – 2011	76
Mapa 5.	Distribuição dos municípios com hospitais filantrópicos e/ou hospitais de pequeno porte, segundo macrorregião – Bahia – 2011	77
Mapa 6.	Distribuição percentual dos leitos de UTI disponíveis ao SUS – Bahia – 2011	80
Mapa 7.	Rede de atenção à saúde do trabalhador – Bahia – 2011	98
Mapa 8.	Distribuição dos Laboratórios Municipais de Referência Regional, Laboratórios Regionais de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano e Laboratórios Regionais de Vigilância Entomológica nas Diretorias Regionais de Saúde – Bahia – 2010	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Síntese do diagnóstico da situação de saúde da população – Estado da Bahia – 2010	107
Quadro 2.	Síntese do diagnóstico do sistema e dos serviços de saúde – Estado da Bahia – 2010	108
Quadro 3.	Diretrizes e compromissos do Plano Estadual de Saúde da Bahia (PES) 2012-2015	111
Quadro 4.	Unidades hospitalares da capital e do interior com previsão de investimentos em infraestrutura pela Secretaria de Saúde – Estado da Bahia – 2012-2015	145
Quadro 5.	Indicadores para monitoramento e avaliação do PES 2012-2015	150

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	População por macro e microrregiões de saúde – Bahia – 2010	24
Tabela 2.	Comparação entre as principais causas de internação e mortalidade na população – Estado da Bahia – 2010	43
Tabela 3.	Aplicação da Emenda Constitucional (EC 29) pelo governo estadual – Bahia – 2003-2011	53
Tabela 4.	Profissionais de Saúde no Estado da Bahia – 2008	65
Tabela 5.	Número de profissionais qualificados pela EFTS – Bahia – 2007-2011	69
Tabela 6.	Leitos complementares e de internação por habitantes, distribuídos por macrorregião de saúde – Bahia – 2011	78
Tabela 7.	Procedimentos especializados ambulatoriais produzidos de acordo com o grupo do SIA/SUS – Bahia – 2008-2011	85
Tabela 8.	Ações de Vigilância de Sanitária Estadual – Bahia – 2008-2011	96
Tabela 9.	Previsão orçamentária por diretriz do Plano Estadual de Saúde (PES) – Bahia – 2012-2015	140
Tabela 10.	Orçamento relativo ao PPA 2012-2015, segundo compromisso do PES – Bahia – 2012-2015	141
Tabela 11.	Recursos previstos no Plano Plurianual 2012-2015 para investimentos pela Sesab – Bahia – 2012	143

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Controle e Classificação de Risco
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AES	Agenda Estratégica de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Asis	Análise de Situação de Saúde
AT	Acidente de Transporte
AVC	Acidente Vascular Cerebral
Bahiafarma	Fundação Baiana de Pesquisa Científica, Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos
BCG	Bacillus Calmette-Guérin ou vacina contra a tuberculose
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Caps-AD	Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas
Caps-IA	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CDSS	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
Ceadi	Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos
Cedap	Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Central Estadual de Regulação
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
Cesat	Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CGMR	Colegiado de Gestão Microrregional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
Cican	Centro Estadual de Oncologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
Cievs	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
Cimbahia	Centro de Informações sobre Medicamentos da Bahia
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
Conferes	Conferência Estadual de Saúde
Cope	Coordenação de Projetos Especiais
Cosems	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CR	Central de Regulação Médica
Creasi	Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso
Crie	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CSDH	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health)
DAB	Diretoria da Atenção Básica
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DAE	Departamentos de Atenção Especializada
DAR	Doenças do Aparelho Respiratório
DARH	Diretoria de Administração de Recursos Humanos

Dasf	Diretoria de Assistência Farmacêutica
Datusus	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGC	Diretoria de Gestão do Cuidado
DGE	Diretoria Geral
DGETS	Diretoria da Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde
Dgrp	Diretoria de Gestão da Rede Própria
Diconv	Diretoria de Convênios
Diops	Diretoria de Obras e Projetos em Saúde
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
Dipro	Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada
Direg	Diretoria de Regulação
Dires	Diretoria Regional de Saúde
DIS	Diretoria de Informação em Saúde
Divast	Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
Divep	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Divisa	Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DNC	Doenças de Notificação Compulsória
DPI	Desenvolvimento na Primeira Infância
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTP-Hib	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e Haemophilus Influenza Tipo b
EAD	Educação a Distância
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
Ebal	Empresa Baiana de Alimentos S.A.
EBCT	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EESP	Escola Estadual de Saúde Pública
EFTS	Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fesba	Fundo Estadual de Saúde da Bahia
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
Gasec	Gabinete do Secretário
GID	Gratificação de Incentivo ao Desempenho
GM	Gabinete Ministerial
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
GT	Grupo de Trabalho
HAN	Hospital Ana Nery
HECL	Hospital Especializado Carvalho Luz
HEML	Hospital Estadual Mário Leal
Hemoba	Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia
Heom	Hospital Especializado Otávio Mangabeira
HESF	Hospital Geral Ernesto Simões Filho
HGC	Hospital Geral de Camaçari
HGCA	Hospital Geral Cleriston Andrade
HGE	Hospital Geral do Estado
HGMV	Hospital Geral Manuel Vitorino
HGPV	Hospital Geral Prado Valadares

HGRS	Hospital Geral Roberto Santos
HGVC	Hospital Geral de Vitória da Conquista
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMV	Hospital Manoel Vitorino
HOM	Hospital Otávio Mangabeira
HPP	Política Estadual para Contratualização de Hospitais de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
Iperba	Instituto de Perinatologia da Bahia
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
Lacen	Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalo Moniz
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NEU	Núcleos de Educação em Urgências
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
Nugtes	Núcleo de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde
OBS	Oficina Bahia Saudável
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
ParticipaSUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa
PAS	Programação Anual de Saúde
PCCR	Plano de Cargos, Carreiras e Remunerações
PCCV	Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
Pean	Política Estadual de Alimentação e Nutrição
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSP	Programa Nacional de Saúde Prisional
PPA	Plano Plurianual
PPA-P	Plano Plurianual Participativo
PPI	Programação Pactuada Integrada
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação do SUS
Promex	Programa de Medicamentos Excepcionais
PS	Plano de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
Reda	Regime Especial de Direito Administrativo
RELS	Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública

Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
Resme	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
RLI	Receita Líquida de Impostos
RMS	Região Metropolitana de Salvador
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SADT	Serviço de Apoio a Diagnose e Terapia
Saftec	Superintendência de Assistência Farmacêutica e Ciência e Tecnologia em Saúde
Sais	Superintendência da Atenção Integral à Saúde
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS
Seap	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização
SEC	Secretaria de Educação
Seplan	Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia
SES	Sistema Estadual de Saúde
Sesab	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SGD	Sistema de Gestão de Demandas
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Sicof	Sistema de Informações Contábeis e Financeiras
Sigaf	Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
Sinan	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
Sisreg	Sistema de Regulação para as Internações Hospitalares
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria do SUS
Superh	Superintendência de Recursos Humanos
Suregs	Superintendência de Gestão dos Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde
Suremweb	Sistema de Regulação das Urgências/Emergências
SUS	Sistema Único de Saúde
Suvisa	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARM	Técnicos Auxiliares de Regulação Médica
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidado Intermediário
UFBA	Universidade Federal da Bahia
Unasus	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidades de Suporte Avançado
USB	Unidades de Suporte Básico
USF	Unidades de Saúde da Família
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VA	Vigilância Ambiental
VE	Vigilância Epidemiológica
VS	Vigilância Sanitária





S U M Á R I O

APRESENTAÇÃO	17
 <i>CAPÍTULO I – PLANO ESTADUAL DE SAÚDE: TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO</i>	 19
<i>CAPÍTULO II – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA BAHIA</i>	22
<i>CAPÍTULO III – PROGRAMA BAHIA SAUDÁVEL: FUNDAMENTOS, PROBLEMATIZAÇÃO E PRIORIZAÇÃO</i>	106
<i>CAPÍTULO IV – MÓDULOS OPERACIONAIS</i>	114
<i>CAPÍTULO V – PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA</i>	139
<i>CAPÍTULO VI – INVESTIMENTOS NA INFRAESTRUTURA DOS SERVIÇOS NO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE</i>	143
<i>CAPÍTULO VII – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</i>	147
<i>REFERÊNCIAS</i>	153
<i>APÊNDICES</i>	157



A P R E S E N T A Ç Ã O

O Plano Estadual de Saúde do Estado da Bahia (PES) 2012-2015, como instrumento magno da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei Federal n.º 8.080, de setembro de 1990, e regulamentado pelo Decreto Presidencial n.º 7.508/2011 e pela Lei Complementar n.º 141/2012, explicita os compromissos do Governo do Estado para o setor saúde num recorte temporal de quatro anos.

A construção deste documento tomou como referência o *Programa Bahia Saudável*,^a cujos eixos estruturantes são a promoção da saúde, gestão do cuidado e humanização/qualificação das práticas de gestão e do cuidado em saúde, tomou como ponto de partida o projeto de Governo 2011-2014, que foi ainda a base de discussão do Plano Plurianual (PPA) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) 2012. É importante registrar que todas as demandas e necessidades da sociedade advindas das plenárias territoriais do PPA Participativo e das Conferências Municipais de Saúde, bem como as proposições das Conferências Estadual e Nacional de Saúde realizadas em 2011, subsidiaram a definição de diretrizes, compromissos e iniciativas da gestão estadual de saúde para o período de implementação do plano.

Este documento é sistematizado em sete capítulos, em que, inicialmente, são apresentadas a trajetória de construção e a concepção do programa setorial “Programa Bahia Saudável”. Em seguida é apresentado um breve panorama da situação de saúde da população e da organização do sistema estadual de saúde. Também são explicitados os recursos disponíveis e a previsão de investimentos para a expansão e melhoria da infraestrutura da rede SUS, bem como uma síntese do processo de monitoramento e avaliação proposto para seu acompanhamento.

As três diretrizes desenhadas para o plano ganham concretude com os resultados alcançados no cumprimento dos treze compromissos assumidos pelo Governo do Estado na área da saúde, que expressam a decisão política de consolidação do SUS como sistema de saúde capaz de promover a melhoria da qualidade de vida da população baiana, ofertando ações e serviços de reconhecida excelência.

^a Programa setorial da saúde parte do Plano Plurianual da Bahia 2012-2015.



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE: TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO

O marco de referência para a construção de um conceito ampliado de saúde no Brasil ocorreu na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, como a “[...] expressão das formas de organização da vida social”,^{1:4} resultado da discussão sobre saúde da Reforma Sanitária Brasileira.

No Estado, a VII Conferência Estadual de Saúde da Bahia, realizada em 2007, que teve como tema “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”, evidenciou a intenção governamental de resgatar os pressupostos que fundamentam a ideia de se estabelecer políticas com a dimensão conceitual ampliada de saúde incorporada à noção de qualidade de vida, o que ganha concretude com a construção da matriz estratégica do Sistema Único de Saúde (SUS-BA), explicitada no Plano Estadual de Saúde (PES) 2008-2011.

Esta matriz reflete uma preocupação com a promoção da saúde, explicitada em duas das sete linhas de ação para a saúde no Estado da Bahia, *Vigilância de Riscos e Agravos à Saúde Individual e Coletiva e Promoção da Saúde; Intersetorialidade e Proteção da Sociedade*.

Em 2010 o Governo do Estado mostrou seu esforço em ampliar políticas públicas de integração entre órgãos governamentais e a sociedade, para estimular hábitos de vida saudáveis que contribuíssem para uma melhoria da qualidade de vida da população, bem como para a redução do adoecimento e morte por doenças e agravos mais frequentes.

Naquele ano, sob a coordenação da Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia (Seplan), foram realizados diversos debates com a temática “*PENSAR A BAHIA – construindo o nosso futuro*”, em que foram envolvidos governo, sociedade, empresários e especialistas, a fim de promover ampla reflexão sobre as tendências do processo de desenvolvimento da Bahia e construir um plano de desenvolvimento para o Estado num horizonte temporal de 13 anos, ou seja, até o ano de 2023, quando completará dois séculos de independência.

Ainda no ano de 2010, foram realizadas oficinas para a construção do “Plano Bahia 2023”,^a com o propósito de fortalecer a administração pública estadual, estabelecer os fundamentos para a promoção do desenvolvimento sustentável e equilibrado, definir a

^a A construção do Plano Bahia 2023, sob a coordenação da Seplan-BA, contou com o apoio de representantes da Fundação Altadir no Brasil e está estruturado em três eixos, a saber: Eixo I – Inclusão Social e Afirmação de Direitos; Eixo II – Desenvolvimento Sustentável e Infraestrutura e logística; Eixo III – Gestão Democrática do Estado.

direcionalidade estratégica para as áreas de atuação, integrar iniciativas entre os vários setores sociais em torno de um projeto para a Bahia e construir estudos e indicações estratégicas para os eixos logísticos de transporte.

No bojo da discussão do plano, construiu-se o projeto político do Governo do Estado para o período de 2011 a 2014, que aponta intervenções na área de vigilância, atenção básica, urgência e emergência, média e alta complexidade, cuidado por ciclos de vida e gênero, saúde mental e tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, promoção da equidade, humanização da atenção à saúde, gestão do sistema, gestão do trabalho e da educação em saúde, controle social, assistência farmacêutica, ciência e tecnologia.

Nesse contexto, surge o *Programa Bahia Saudável*, cujo direcionamento aponta para a necessidade de fortalecimento da articulação intersetorial entre saúde, educação, desenvolvimento social, justiça e direitos humanos, trabalho, emprego e renda.

Cabe ressaltar que o projeto de governo do Estado da Bahia foi também a base de construção de um documento no âmbito do setor saúde, a *Agenda Estratégica de Saúde (AES) 2023*, que apresentou os principais compromissos para a gestão do SUS-BA e elevou o conceito de saúde para uma dimensão além da prevenção, cura e reabilitação, incorporando em seu escopo a *promoção da saúde* em sua dimensão ampliada.

Posteriormente, a concepção do Programa Bahia Saudável foi aprimorada com a Oficina Bahia Saudável (OBS), realizada em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Universidade Federal da Bahia (UFBA), que trouxe as principais direções para a constituição de uma política estadual de promoção da saúde baseada nas cinco direções da Carta de Ottawa.^b

Mais recentemente, com o resultado das discussões das 26 plenárias territoriais do Plano Plurianual Participativo (PPA-P), realizadas sob a coordenação da Seplan, com o apoio de todas as secretarias de governo, e com a realização de uma série de oficinas internas no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab)^c para a construção

^b Documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Trata-se de uma Carta de Intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal. As cinco direções da carta são: elaboração e implementação de “políticas públicas saudáveis”; criação de “ambientes favoráveis à saúde”; reforço da “ação comunitária”; “desenvolvimento de habilidades pessoais”; “reorientação do sistema de saúde”.

^c As oficinas internas foram realizadas com o apoio do Grupo de Trabalho (GT) de Planejamento, Monitoramento e Avaliação instituído por meio da Portaria Sesab n.º 1.381, de 2 de junho de 2008, redefinido pela Portaria Sesab n.º 1.243, de 5 de agosto de 2010, composto por assessores dos dirigentes dos 13 órgãos/setores estratégicos que compõem o staff da Sesab, com a finalidade de conduzir, de forma descentralizada, os processos de planejamento, monitoramento e avaliação institucional.

do PPA 2012-2015^d e da Lei Orçamentária Anual (LOA) 2012,^e o Programa Bahia Saudável consolidou-se como programa governamental legalmente instituído.

Nesse íterim, a Diretoria de Informação em Saúde (DIS) e a Coordenação de Projetos Especiais (Cope) da Sesab, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) construíram a Análise de Situação de Saúde (Asis), subsidiando a construção dos objetivos do programa. Nesta análise, constaram os principais problemas do estado de saúde da população, as demandas e necessidades da sociedade civil, bem como a capacidade instalada da rede de serviços do SUS-BA.

Além disso, todas as demandas do PPA-P foram sistematizadas para a construção dos objetivos específicos do Programa Bahia Saudável. Considerou-se ainda, na construção do programa, cerca de 7.500 propostas advindas das conferências municipais de saúde, como parte da 8ª Conferência Estadual de Saúde, que apresentou o eixo temático “Acesso e Acolhimento no SUS – Desafios na Construção de uma Política Saudável e Sustentável”.

Em seguida, o Programa Bahia Saudável foi pauta da reunião do Colegiado Ampliado da Sesab, em que dirigentes e técnicos da rede própria, das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) e do nível central puderam aprimorar o seu conteúdo, bem como discutir estratégias de execução para os próximos anos. Ainda nesse momento, apresentou-se a Programação Anual de Saúde 2012 (PAS), explicitando os compromissos e as metas para o exercício 2012.

Por fim, no primeiro trimestre de 2012, foram realizadas oficinas com todas as áreas da Sesab para a finalização do documento PES 2012-2015, visando analisar a coerência entre os objetivos propostos e as ações, definir as metas para quatro anos e construir os indicadores de monitoramento e avaliação do programa.

^d Aprovado pela Assembleia Legislativa do Estado em 29/12/2011, pela Lei n.º 12.504.

^e Aprovada pela Assembleia Legislativa do Estado em 29/12/2011, pela Lei n.º 12.503.

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA BAHIA

PANORAMA SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DO ESTADO DA BAHIA

O Estado da Bahia, o maior da região Nordeste do Brasil, representa o quinto Estado em extensão territorial (564.830,859 km²), ocupando 6,63% da área do país e 36,3% da região. Com um contingente populacional de 14.016.906 habitantes em 2010, constitui o quarto Estado mais populoso da federação, concentrando 7,3% do total de habitantes do país. A taxa de crescimento médio anual da população baiana decresceu de 1,09 entre 1991/2000 para 0,70 no período de 2000/2010. Esta média manteve-se abaixo da nacional (1,17) e regional (1,07) para o período de 2000 a 2010.²

A estrutura etária da população baiana (**Gráficos 1 e 2**) vem se modificando ao longo das décadas em função da queda da fecundidade e da elevação da expectativa de vida. Houve uma elevação do índice de envelhecimento, tendo os indivíduos com 60 anos e mais apresentado um aumento de 78% no período de 2000 a 2010, enquanto a participação dos indivíduos menores de 15 anos teve um decréscimo de 19,9% no mesmo período (**Gráficos 1 e 2**). Este processo de envelhecimento, observado nas últimas décadas, é resultante do aumento da expectativa de vida da população, cuja média de idade passou de 42,5 anos em 1970 para 72,8 anos em 2010, representando um ganho de 30,3 anos na expectativa de vida nesse período.³

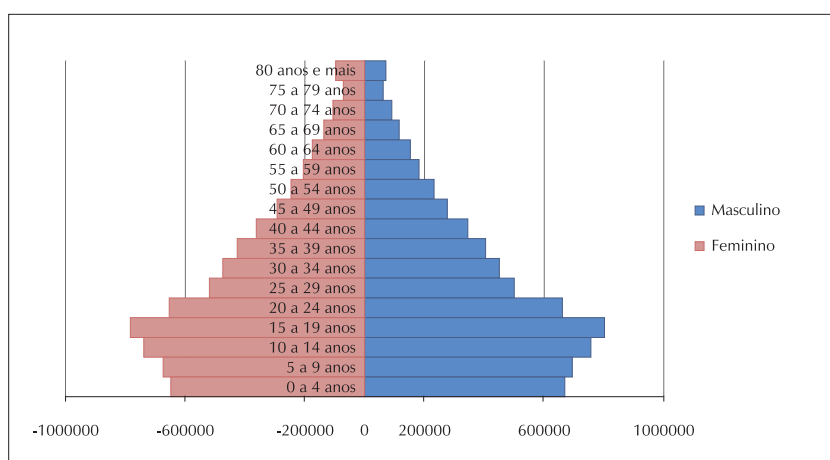


Gráfico 1 – Pirâmide Etária do Estado da Bahia – 2000

Fontes: IBGE – Dados do Censo Demográfico, 2010.

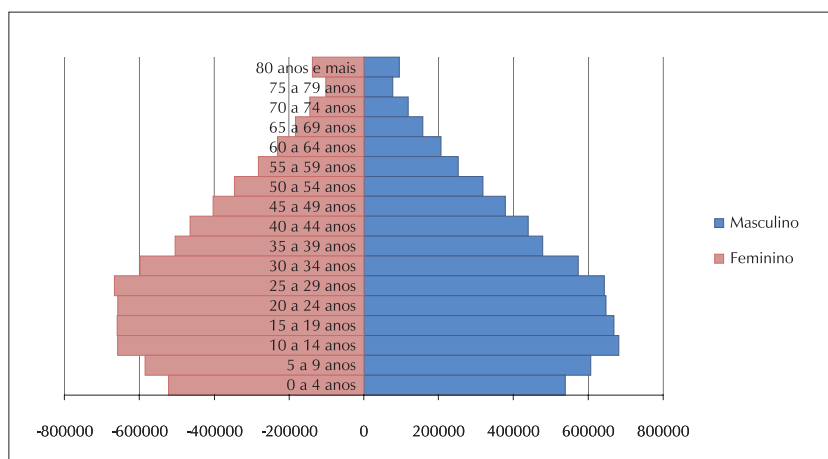


Gráfico 2 – Pirâmide Etária do Estado da Bahia – 2010

Fonte: IBGE – Dados do Censo Demográfico, 2010

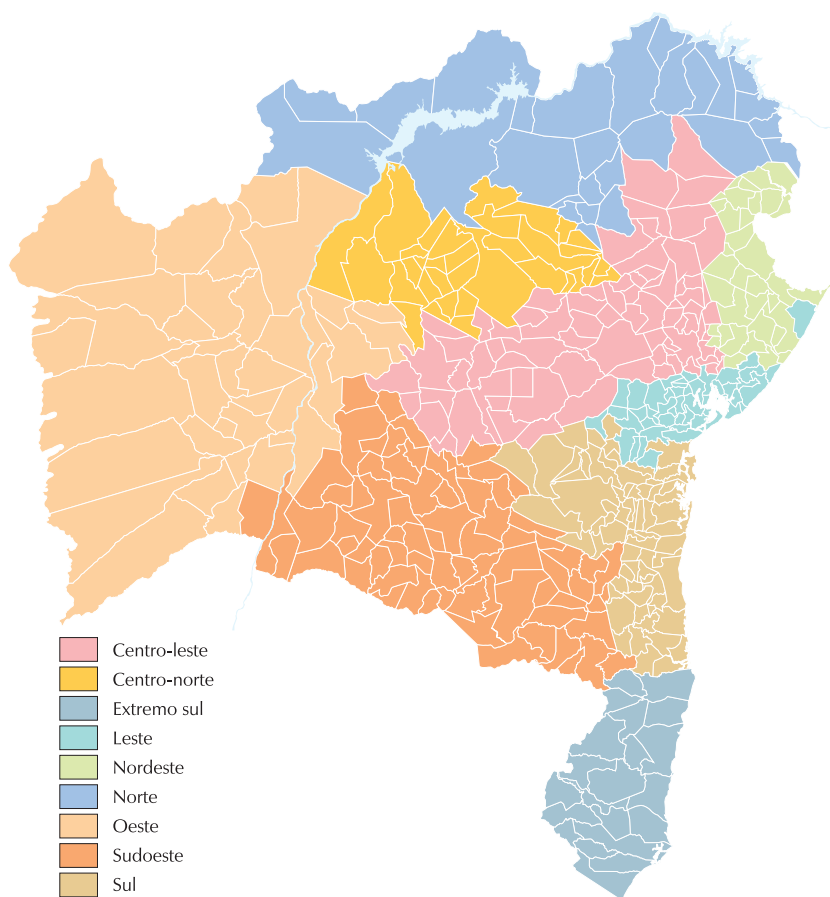
Do total de habitantes, 49,1% são do sexo masculino e 50,9% feminino. Além disso, é válido ressaltar que a maior parte da população declarou-se de cor ou raça parda (59,2%). Contudo, a Bahia foi a unidade da federação onde houve maior número de pessoas que se declararam de cor ou raça preta (17,1%), o que corresponde a cerca de 2,4 milhões de pessoas.²

O contexto socioeconômico estadual aponta para avanços importantes, como a redução da desigualdade social e o aumento do número de domicílios com rede de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo. Há que se destacar ainda que o ano de 2010 apresentou a menor taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais de idade, 15,4%, entre os estados da região Nordeste, cuja taxa é de 17,6%.²

O território baiano encontra-se organizado em 417 Municípios. Quanto ao porte populacional, 59,5% deles são de pequeno porte, ou seja, possuem menos de 20.000 habitantes. Além disso, o Estado vem aumentando sua taxa de urbanização no decorrer dos anos, acompanhando a tendência brasileira, tendo, em 2010, 72,1% da população residente na zona urbana.²

A configuração territorial da saúde encontra-se organizada em 28 microrregiões de saúde, 31 Dires e 9 Macrorregiões, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Sesab,⁴ conforme é possível observar no **Mapa 1**.

Existem diferenças consideráveis, inclusive em termos populacionais, entre as macrorregiões, sendo a Leste a mais populosa, com 4.353.829 habitantes e a Extremo Sul a de menor porte populacional, com 760.206 habitantes (**Tabela 1**).



Mapa 1 – Macrorregiões do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização (PDR)

Fonte: Bahia, 2007.

Tabela 1 – População por macro e microrregiões de saúde – Bahia – 2010

(continua)

Macrorregião	Microrregião	Total de Municípios	População	%*	%**
Centro-Leste	Feira de Santana	28	1.073.837	50,8	15,1
	Itaberaba	14	244.684	11,6	
	Seabra	11	175.795	8,3	
	Serrinha	20	619.818	29,3	
	SUBTOTAL	73	2.114.134	100,0	
Centro-Norte	Irecê	19	393.543	51,0	5,5
	Jacobina	19	377.710	49,0	
	SUBTOTAL	38	771.253	100,0	
Extremo Sul	Porto Seguro	8	343.347	45,2	5,4
	Teixeira de Freitas	13	416.859	54,8	
	SUBTOTAL	21	760.206	100,0	

Tabela 1 – População por macro e microrregiões de saúde – Bahia – 2010

(conclusão)

Macrorregião	Microrregião	Total de Municípios	População	%*	%**
Leste	Camaçari	7	524.326	12,0	31,1
	Cruz das Almas	9	250.565	5,8	
	Salvador	9	3.142.268	72,2	
	Santo Antônio de Jesus	23	436.670	10,0	
	SUBTOTAL	48	4.353.829	100,0	
Nordeste	Alagoinhas	18	506.424	62,3	5,8
	Ribeira do Pombal	15	306.847	37,7	
	SUBTOTAL	33	813.271	100,0	
Norte	Juazeiro	9	478.699	47,8	7,1
	Paulo Afonso	9	236.853	23,7	
	Senhor do Bonfim	9	285.523	28,5	
	SUBTOTAL	27	1.001.075	100,0	
Oeste	Barreiras	15	400.942	45,7	6,3
	Ibotirama	9	184.238	21,0	
	Santa Maria da Vitória	13	291.663	33,3	
	SUBTOTAL	37	876.843	100,0	
Sudoeste	Brumado	21	400.617	23,5	12,2
	Guanambi	21	430.702	25,3	
	Itapetinga	12	240.507	14,1	
	Vitória da Conquista	19	632.708	37,1	
	SUBTOTAL	73	1.704.534	100,0	
Sul	Ilhéus	8	323.213	19,9	11,6
	Itabuna	21	493.001	30,4	
	Jequié	25	492.199	30,3	
	Valença	13	313.348	19,3	
	SUBTOTAL	67	1.621.761	100,0	
BAHIA	TOTAL	417	14.016.906		100,0

Fonte: Brasil, 2010.

* Percentual da distribuição de população das microrregiões em cada respectiva macro.

** Percentual de distribuição de população de cada microrregião pelo total da Bahia.

Vale destacar que, na macrorregião Leste, estão concentrados 31,7% do total de habitantes, sendo a microrregião de Salvador responsável por 72,7% dos habitantes desta macrorregião. É nas macrorregiões Leste, Centro Leste, Sudoeste e Sul (as mais populosas) que se encontram 70% do total de residentes baianos.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Parte da análise das condições de saúde da população do Estado da Bahia apresenta-se, neste documento, de acordo com a perspectiva dos ciclos de vida e gênero, seguindo uma adaptação da linha desenvolvida em estudo sobre as abordagens epidemiológicas do curso de vida.⁵

PERFIL DE MORBIDADE DA POPULAÇÃO

As informações descritas no perfil de morbidade da população foram obtidas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS. Através dos dados obtidos no SIH foram elaborados gráficos com a série histórica das causas de internações nas décadas de 2000 a 2010, além de tabelas contendo as dez principais causas de internação por capítulo da Classificação Internacional das Doenças em sua décima revisão (CID-10), em ordem quantitativa decrescente, nas diversas faixas etárias para o sexo masculino e feminino nos anos 2001 e 2010 (**Apêndices A, B, C e D**).

No período de 2000 a 2010, observa-se uma redução progressiva da taxa de internação de residentes no Estado na rede hospitalar do SUS-BA, passando de 81,4 para 63,7 por 1.000 habitantes neste período,⁶ provável reflexo dos investimentos na extensão de cobertura da atenção básica de saúde, por meio do Programa Saúde da Família (PSF).

Em 2010 foram realizadas 892.796 internações de residentes no Estado, na rede hospitalar integrada ao SUS, o que representou uma taxa de 63,7 internações por 1.000 habitantes. Destas, 62% foram de pacientes do sexo feminino. A maioria dos pacientes internados concentrou-se na faixa de 20 a 29 anos de idade (21,0%), seguida da faixa de 30 a 39 anos (13,5%).⁶

Os menores de 1 ano (199,0 por 1.000 crianças) e as pessoas com mais de 80 anos (191,3 por 1.000 idosos) destacaram-se por apresentarem as maiores taxas de internação, seguida da faixa de 70 a 79 anos (130,9 por 1.000 idosos).⁶

No que se refere às internações na rede SUS em 2010, os dados foram descritos de acordo com ciclo de vida e gênero, considerando-se as diferenças de risco entre os distintos grupos populacionais.

Assim, entre os menores de 1 ano, as doenças do aparelho respiratório (37%), afecções originadas no período perinatal (25,9%) e doenças infecciosas e parasitárias (19,6%) foram as causas mais frequentes de internação. Comparando os anos de 2000 e 2010, os transtornos não especificados relacionados à prematuridade e ao baixo peso ao nascer apresentaram a maior taxa de crescimento (90,4%) nas internações de menores de 1 ano do sexo masculino.³

As **crianças** nas faixas etárias de 1 a 4 e de 5 a 9 anos apresentaram perfil semelhante de morbidade hospitalar em 2010. Nestas faixas etárias, as doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo motivaram a maioria das internações. Entretanto, para os pacientes de 5 a 9 anos, lesões, envenenamentos

e outras consequências de causas externas configuraram importantes causas de internação, sendo responsáveis por um quantitativo semelhante ao das doenças do aparelho digestivo.³

Entre os **adolescentes** (10 a 19 anos) do sexo masculino, as principais causas de internação foram causas externas, doenças infecciosas e parasitárias (DIP) e doenças respiratórias. A análise da taxa de crescimento das causas de internação, entre os anos de 2000 a 2010, evidenciou o destaque das causas externas com um incremento de 22,5% e as DIP com 8,3%. A dengue apresentou-se com a maior elevação das taxas de internação entre os anos de 2000 a 2010, alcançando, em 2010, 3,8% das internações entre homens adolescentes em todo o Estado. Já na população adolescente do sexo feminino, destacaram-se as *internações por gravidez, parto e puerpério*, com uma redução de 6% entre os anos 2000 a 2010.³

Em 2010, 17.813 internações de **homens entre 20 e 39 anos** de idade relacionaram-se ao tratamento de lesões decorrentes de causas externas. Cabe ressaltar que um grande quantitativo de pacientes não é internado, pois falece no próprio local do acidente ou nas emergências devido à gravidade das lesões. Além disso, neste mesmo ano, destaca-se uma redução de 60% nas internações por transtornos mentais e comportamentais em homens entre 20 e 39 anos de idade.³

A observação do comportamento das internações entre as **mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos** mostrou que a maior proporção de causas de internação em 2010 estava relacionada à gravidez, parto e puerpério (65,5%), seguida de doenças do aparelho geniturinário (8,2%), doenças do aparelho digestivo (5,8%), doenças infecciosas e parasitárias (4,7%), doenças do aparelho respiratório (3,5%) e neoplasias (2,6%). A maior taxa de internação observada nesta faixa etária também estava relacionada à gravidez, parto e puerpério (64,3 por 1.000), seguida das doenças do aparelho geniturinário (8,1 por 1.000).³

A análise das internações entre os **homens de 40 a 59 anos** em 2010 tornou patente que o maior quantitativo das internações estava relacionado às doenças do aparelho digestivo (11.127 internações) e doenças do aparelho circulatório (9.815 internações). Ambas as causas apresentaram elevações no decorrer dos anos 2000 a 2010, de 5,3 e 0,5%, respectivamente. Além disso, as internações por causas externas e DIP aumentaram neste mesmo recorte temporal, apresentando uma considerável elevação de 58,9% para causas externas e 67,5% para as DIP, com 8.551 e 8.164 internações em 2010, respectivamente. A hérnia abdominal foi a principal causa de internação entre os homens nesta faixa etária, representando 6,9% das internações entre homens de 40 a 59 anos.³

Entre as **mulheres de 40 a 59 anos**, observou-se que as principais taxas de internações em 2010 relacionavam-se a leiomioma do útero (3,8 internações por 1.000 habitantes), seguida de diarreias infecciosas (3,1 internações por 1.000 habitantes), prolapso genital feminino (2,3 internações por 1.000 habitantes), doença hipertensiva (2,0 internações por 1.000 habitantes), colelitíase (1,9 internações por 1.000 habitantes) e insuficiência cardíaca (1,4 internações por 1.000 habitantes).³

Em 2010, os **homens idosos (60 anos ou mais)** apresentaram 20.176 internações por doenças do aparelho circulatório. Este número reduziu discretamente, quando comparado ao ano 2000, que teve 20.999 internações. Além disso, neste período, o grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas apresentou a considerável elevação de 68,9%. Dentre as principais causas de internação, destacam-se a insuficiência cardíaca (7%) e as pneumonias (9%).³

Em **mulheres do grupo de 60 anos ou mais**, na taxa de internações por grupos de causas predominaram as doenças do aparelho circulatório (33,6 por 1.000), seguidas do aparelho respiratório (20,4 por 1.000), infecciosas parasitárias (18,4 por 1.000), doenças do aparelho digestivo (15,6 por 1.000 habitantes) e doenças endócrinas/metabólicas/nutricionais (11,5 por 1.000 habitantes). Em 2010, as principais causas de internações em mulheres neste grupo foram diarreias infecciosas, insuficiência cardíaca, pneumonias, doenças hipertensivas, acidente vascular cerebral e asma. Além disso, observa-se uma redução em todas as causas no período analisado, com exceção das diarreias infecciosas.³

Ao se comparar os anos 2000 e 2010, encontrou-se que os principais motivos de internação da população residente no Estado da Bahia mantiveram-se na mesma ordem de proporção (**Gráfico 3**), exceto as doenças do aparelho geniturinário, que representaram a quarta principal causa de internação em 2000, caindo para a sexta em 2010, e das doenças do aparelho circulatório (DAC), que passaram da sexta para a quinta causa no mesmo período.

Conforme representado no **Gráfico 3**, desde o início da década de 2000, a gravidez, parto e puerpério (26%), as Doenças do Aparelho Respiratório (DAR) (18,6%) e as DIP (9%) mantiveram-se como as três principais causas de internação de habitantes no Estado da Bahia. Em 2010, a gravidez, parto e puerpério (23,8%) e as DAR (14,6%) apresentaram reduções em sua proporção, entretanto as DIP aumentaram para 13,5%. Nesse sentido, o maior incremento no percentual de internações observado foi em relação às DIP, que representou, neste ano, a principal causa de morbidade hospitalar na faixa etária de 10 a 14 anos.

Conforme referido, as **internações por gravidez, parto e puerpério** mantiveram-se como principal causa de internação ao longo da última década. Quanto ao ciclo de vida, este

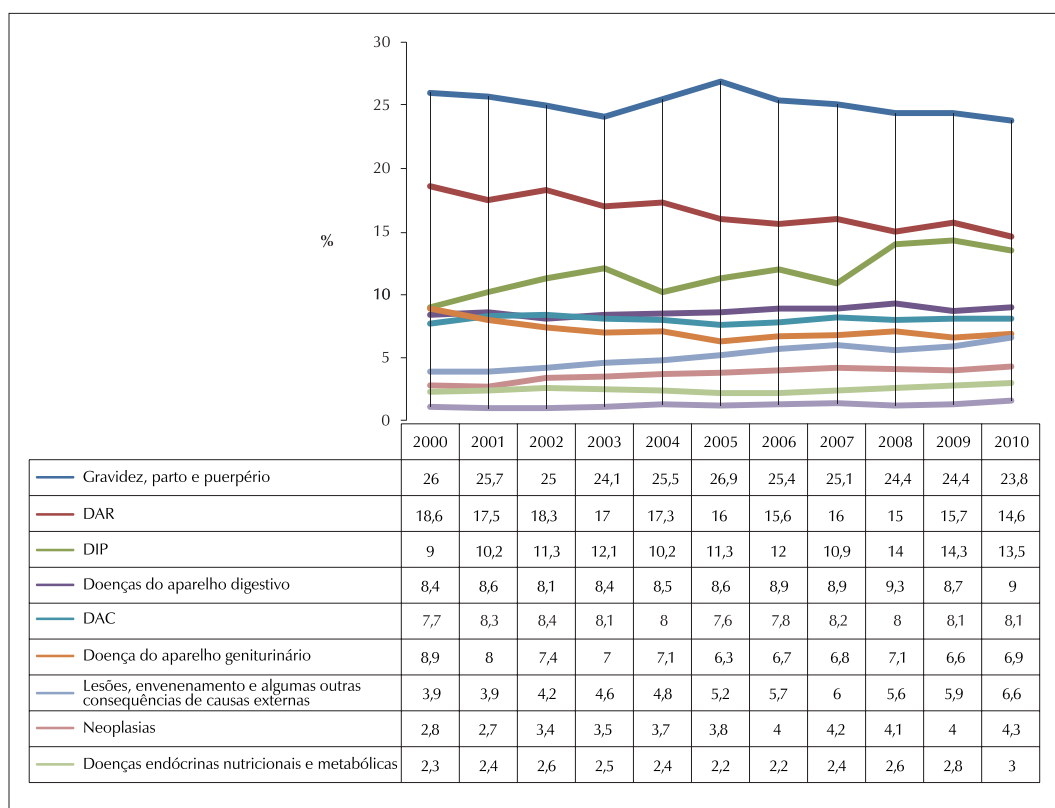


Gráfico 3 – Proporção de internações de habitantes, segundo principais grupos de causas – Bahia – 2000-2010

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2012.

grupo foi a primeira causa de internação em mulheres na faixa etária de 15 a 39 anos em 2001 e 2010 (**Apêndices A e B**), especialmente em função da assistência prestada às mães por motivos ligados ao feto, à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto, aborto espontâneo, parto único espontâneo e outras gravidezes que terminaram em aborto. Assim, evidencia-se a necessidade do cuidado durante o período reprodutivo e a realização de ações preventivas da gravidez na adolescência considerada como fator de risco.

É válido ressaltar que as **afecções perinatais**, em 2010, apresentaram-se como a segunda causa de internação no primeiro ano de vida dos residentes do Estado da Bahia, sobretudo ocasionadas por transtornos relacionados com a gestação de curta duração, peso baixo ao nascer, outras afecções originadas no período perinatal e outros transtornos respiratórios originados no período perinatal.

As **DAR**, desde o início da última década, prevaleceram como segunda causa de internação dos residentes do Estado da Bahia. O mesmo ocorreu com as internações

por esta causa no gênero feminino. Entre os homens, esse grupo de doenças permaneceu como a primeira causa de internamento. A estratificação por curso de vida evidenciou que essas doenças representam a principal causa de internação durante a infância (**Apêndice A**), principalmente devido à pneumonia e à asma. Durante a vida adulta, as DAR decrescem proporcionalmente e aumentam entre os idosos, notadamente devido à pneumonia e à asma, somadas à bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

As internações por **DIP** mantiveram-se como a terceira causa nos anos 2001 a 2010 na população geral. Entre os homens, essas doenças representaram a segunda causa de internação nos dois anos analisados. Nas mulheres, as DIP passaram da quarta para a terceira posição no *ranking* de internações, apresentando o maior número de internações em 2010. Ambos os sexos apresentaram perfis semelhantes dessas internações em 2010, quando analisadas por meio do ciclo de vida, configurando-se como as principais causas desde a infância, atingindo o pico na faixa de 10 a 14 anos, sendo a principal causa de internamento nesta faixa etária. Na idade adulta, essas internações apresentam uma redução e mantêm-se como a terceira causa após os 50 anos (**Apêndices B e D**). No ano de 2010, as principais causas dessas internações estavam relacionadas às doenças bacterianas, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, além das febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais.

Apesar da redução significativa da ocorrência deste grupo de doenças no país, ainda há um impacto importante sobre a morbidade, principalmente por aquelas doenças para as quais não se dispõe de mecanismos eficazes de prevenção e controle.⁷

Cabe ainda destacar, em relação a essas doenças, que a situação na Bahia acompanha o panorama do país e representa um quadro complexo de morbidade que pode ser resumido em três tendências: **declinante, quadro de persistência ou de redução, doenças emergentes e reemergentes**.⁸ Para estas três tendências foram analisadas as doenças que mais se destacaram na última década no Estado da Bahia, o que possibilitou uma avaliação do seu comportamento epidemiológico ao longo do período de 2000 a 2010, de acordo com dados do Sinan.

Entre as **doenças transmissíveis com tendência declinante** que dispõem de instrumentos eficazes de prevenção e controle,² verifica-se uma diminuição da incidência da difteria, com redução de 77,4% no número de casos, no recorte temporal de 2000 a 2010⁹ e da febre tifoide passando de 4,1 a 0,5 por 100.000 habitantes entre 2001 a 2010, correspondendo a uma redução de 87,8%.¹⁰

Entre as **doenças transmissíveis com quadro de persistência ou de redução**, destacam-se a tuberculose, hanseníase, leishmanioses, as hepatites virais e meningites.⁸

Observou-se uma tendência decrescente na incidência da tuberculose nos últimos anos, com taxas que passaram de 54,8 casos por 100.000 habitantes em 2001 para 38,1 casos por 100.000 habitantes em 2010, o que representou um decréscimo de 30,5%.³

O sexo masculino apresentou incidência para tuberculose quase duas vezes superior ao sexo feminino durante o período analisado. Quanto à situação de encerramento, observou-se que, em 2001, dos 7.238 casos notificados, 65% evoluíram para cura, 5% para óbito, 9% para abandono, 9,9% foram transferidos e 12% não tiveram informação. Em 2010, os registros quanto à situação de encerramento apresentaram melhoria em todos esses indicadores.³

Quanto à hanseníase, sua taxa de detecção apresentou discreta elevação, passando de 16,8 a 19,5 por 100.000 habitantes entre os anos de 2001 a 2010, correspondendo a um acréscimo de 16,07%, provável reflexo da implementação das atividades de vigilância com vistas a sua erradicação. Esta tendência de crescimento foi mais acentuada entre 2004 e 2005; a partir de 2009, observou-se uma estabilização dessas taxas.³

O número de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) elevou-se, passando de 2.222 em 2001 para 4.790 em 2010, correspondendo ao acréscimo de 115,6%, quando comparado com o ano de 2001. As taxas de incidência também se elevaram de 16,8 casos por 100.000 habitantes em 2001 para 34,1 casos por 100.000 habitantes em 2010. Analisando-se a evolução das taxas de incidência da LTA, segundo sexo, no período de 2000 a 2010 observou-se que, no sexo masculino, foi superior ao sexo feminino. No sexo masculino e feminino, registraram um acréscimo de 111,1% e 95,6%, respectivamente, representando um aumento no risco de adoecer por este agravo em ambos os sexos.³

O coeficiente de incidência de Leishmaniose Visceral oscilou de 3,4 a 5,0 por 100.000 habitantes entre os anos de 2001 a 2005. No ano de 2007, reduziu para 2,4 e aumentou para 3,5 por 100.000 habitantes em 2010. O sexo masculino apresentou coeficientes de incidência superiores ao feminino durante o período analisado.³

No que diz respeito às hepatites virais, a curva referente à taxa de incidência entre o período de 2001 a 2010 registra um incremento de 40% entre os anos de 2004 e 2005, seguida de um decréscimo de 47,4% até 2010. Apesar do declínio do número total de casos, observou-se uma elevação da proporção de casos de hepatite causados por vírus B (7,8% para 17,1%) e vírus C (2,1% para 19,3%) entre 2001 e 2010. A taxa de incidência de hepatite por vírus B passou de 2,7 casos por 100.000 habitantes em 2001 para 3,1 por 100.000 habitantes em 2010. A taxa de incidência de hepatite por vírus C passou de 0,7 por 100.000 habitantes em 2001 para 3,4 por 100.000 habitantes em 2010. Esta elevação pode refletir melhoria no acesso ao diagnóstico, com realização de exames sorológicos específicos.³

A incidência de meningite por todas as etiologias apresentou um declínio entre os anos de 2001 a 2006, observando-se uma tendência de crescimento a partir de 2008. Em 2001, ocorreram 1.256 casos, elevando-se para 1.660 em 2010, correspondendo a um acréscimo de 32%. A taxa de incidência de meningite na Bahia, no ano de 2010, foi de 11,8 por 100 mil habitantes. Já a doença meningocócica apresentou tendência à elevação nos últimos três anos, atingindo uma incidência de 1,8 por 100.000 habitantes em 2010.³

Entre as doenças emergentes estão as que surgiram, foram identificadas ou assumiram uma nova situação. As **reemergentes** são as que ressurgiram como problema de saúde pública.⁷ Dentre estas doenças, destacam-se, na Bahia, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e a Dengue, conforme análise a seguir.

O número de casos de Aids elevou-se, passando de 546 em 2001 para 852 em 2010, correspondendo ao acréscimo de 56,0%, quando comparado com o ano de 2001. As taxas de incidência também se elevaram de 4,1 casos por 100.000 habitantes em 2001 para 5,9 casos por 100.000 habitantes em 2010. Com relação às taxas de incidência de Aids segundo sexo, observou-se que o sexo masculino vem mantendo taxas superiores ao feminino, ao longo da década.³

As taxas de incidência de dengue apresentaram valores oscilantes entre os anos 2001 a 2010, com taxas bastante elevadas entre 2001 e 2002, quando alcançaram 654,3 casos por 100.000 habitantes. Entretanto, em 2004, esta taxa apresentou um declínio, atingindo 49,3 por 100.000 habitantes, o menor valor registrado em toda a série. Desde então, esta taxa elevou-se e, em 2009, registrou sua maior incidência: 840,9 casos por 100.000 habitantes. Esta flutuação nos níveis de incidência reflete a ocorrência de uma epidemia entre 2001 e 2002 com posterior declínio de casos, e início de outra alça epidêmica a partir de 2008. Esses períodos epidêmicos coincidem com a introdução de novos subtipos virais da doença no país e também no Estado.³

As internações ocasionadas pelas **doenças do aparelho digestivo** caracterizam-se como a quarta causa de internamentos da população residente no Estado da Bahia, no período de 2001 a 2010. Entre as mulheres, este grupo de doenças aumentou da sexta posição em 2001 para a quinta em 2010. Quanto ao ciclo de vida feminino, as doenças do aparelho digestivo mantêm-se como causas importantes de internamento, principalmente dos 50 aos 59 anos (**Apêndice B**), sendo a colelitíase e a colecistite as doenças que mais motivaram essas internações.

No gênero masculino, essas doenças diminuíram proporcionalmente da terceira (2001) para a quarta (2010) posição. Entre os homens, as doenças do aparelho digestivo

também se configuram como uma das principais causas de internação desde a infância, atingindo o pico entre os 40 e 49 anos (**Apêndices C e D**), representando a primeira causa de internação nesta faixa etária, sobretudo devido à hérnia inguinal, outras hérnias, seguida de gastrite e duodenite.

Em relação às **DAC**, mantiveram-se como a quinta causa geral de internações no período analisado (2000-2010) (**Gráfico 3**). Na população feminina, o quantitativo de internação por essas doenças diminuiu da quinta para a sexta posição, enquanto na população masculina houve um decréscimo da quarta para a quinta posição no ranking. Em ambos os sexos verifica-se que as internações relacionadas às DAC configuram-se como uma das principais comparadas às demais internações ocorridas do período da adolescência em diante, aumentando na vida adulta e prevalecendo como primeira causa de internação após os 50 anos (**Apêndices A, B, C e D**). As principais doenças que motivaram essas internações foram a insuficiência cardíaca e o acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico. A hipertensão arterial primária também motivou grande número de internações, principalmente em mulheres acima de 50 anos.

Diante do exposto, evidencia-se a importância da Atenção Primária no que diz respeito à prevenção e ao acompanhamento de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e o Diabetes *Mellitus*, visto que essas doenças estão acometendo adolescentes de forma cada vez mais precoce e ocasionando internações por suas complicações.

As internações por doenças do **aparelho geniturinário** também se mantiveram como a sexta causa de internação na população geral. O mesmo ocorreu com os homens, entre os quais o pico de internações por essas causas, comparadas às demais, ocorreu na faixa de 1 a 4 anos, mantendo-se como uma das principais causas dos 5 aos 29 anos, diminuindo dos 30 aos 59 anos e voltando a aumentar proporcionalmente entre os idosos (**Apêndice D**). A doença que mais motivou as internações desse grupo em homens foi o prepúcio redundante, fimose e parafimose, seguida de outras doenças do aparelho urinário e doenças renais túbulo-intersticiais. Nas mulheres, o grupo de doenças do **aparelho geniturinário** passou da terceira posição em 2001 para a quarta em 2010. Entre elas, chama atenção o aumento percentual das causas de internamento dos 10 aos 39 anos e a diminuição após esta faixa etária (**Apêndice B**), principalmente devido a prolapso genital feminino, outras doenças do aparelho urinário e doenças renais túbulo-intersticiais.

As **lesões por envenenamento e algumas outras consequências das causas externas** destacam-se entre as principais causas de internação hospitalar no período entre 2001 e 2010, mantendo-se como a sétima causa de internação na população geral nesses

anos. Entre as mulheres, observou-se um aumento e a passagem da nona para a oitava causa de internação no período analisado, ocorrendo em maior número na faixa etária de 20 a 39 anos, principalmente devido à “fratura de outros ossos dos membros”.

A faixa etária de 1 a 9 anos foi a que mais se destacou proporcionalmente comparada às outras causas de internação, por capítulo da CID-10, ocupando a quarta posição no *ranking* de morbidade hospitalar em 2010 (**Apêndice B**).

No gênero masculino, as causas de internação relacionadas ao grupo das lesões por envenenamento e algumas outras consequências das causas externas elevou-se da quinta posição em 2001 para a terceira em 2010. Na faixa etária de 15 a 39 anos configurou-se como a principal causa de internação, sendo significativamente importante em todas as idades (**Apêndice D**) e apresentou, como principais causas, fratura de outros ossos dos membros, traumatismo intracraniano e outros traumatismos especificados e não especificados.

As **neoplasias** representaram a oitava causa de internação em 2001 e 2010 na população geral. No gênero masculino, estas doenças não figuraram entre as dez principais causas de internação em 2001, mas ocuparam a sétima posição em 2010. Quanto ao ciclo de vida, no sexo masculino, destaca-se, durante a infância e adolescência, o grande número de internações por leucemia. Na idade adulta, verifica-se um alto número de internações por neoplasia benigna da pele, neoplasia maligna do tecido mesotelial e tecidos moles.

Além disso, depois dos 50 anos começam a aumentar significativamente o número de internações por neoplasia maligna da próstata, mantendo-se como a principal causa de internação em idosos. No gênero feminino, as neoplasias mantiveram-se como a sétima causa nos dois anos analisados. Entre elas, as neoplasias representam uma importante causa de internação desde a infância, aumentando na idade adulta; é a primeira causa de internação na faixa de 40 a 49 anos, voltando a diminuir proporcionalmente depois desta idade (**Apêndice B**).

As **doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas** passaram da décima para a nona causa de internação de 2001 para 2010 na população geral. Entre os homens, também se observou um aumento, ao passar da décima para a oitava maior causa de internação. Nas mulheres, este grupo de doenças diminuiu proporcionalmente no mesmo período, passando da oitava para a nona causa; apresentou, contudo, maior número de internações por essas doenças que os homens. Quanto ao ciclo de vida, verifica-se que, durante a infância, a maior parte dessas internações deve-se à desnutrição e à depleção de volume. Na adolescência, verifica-se um número relevante de internações por *Diabetes Mellitus*, que aumenta entre os adultos e idosos de ambos os sexos.

Perfil de mortalidade da população

Para apresentar o perfil de mortalidade da população neste documento utilizaram-se os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Também foram construídos gráficos com a série histórica das causas de morte na década de 2000 a 2010, bem como tabelas contendo as dez principais causas de morte por capítulo da CID-10, em ordem decrescente, nas diversas faixas etárias para o sexo masculino e feminino nos anos 2001 e 2010 (Apêndices E, F, G e H).

Em 2010 foram registrados 76.390 óbitos no SIM, correspondendo a 83,5% dos óbitos estimados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e um Coeficiente de Mortalidade Geral de 5,4 óbitos por 1.000 habitantes.³

O **Gráfico 4** representa a evolução da mortalidade por idade. Observa-se o decréscimo de 83,4% das mortes entre os menores de um ano, nas últimas três décadas. Entre os indivíduos de 50 anos e mais, ocorre uma elevação de 68% no mesmo período.³ Desta forma, percebe-se que a mortalidade por faixa etária vem apresentando mudanças na sua estrutura ao longo do tempo, refletindo o envelhecimento da população baiana. Este padrão é resultante das melhorias nas condições de vida e de saúde da população, entre outros fatores.³

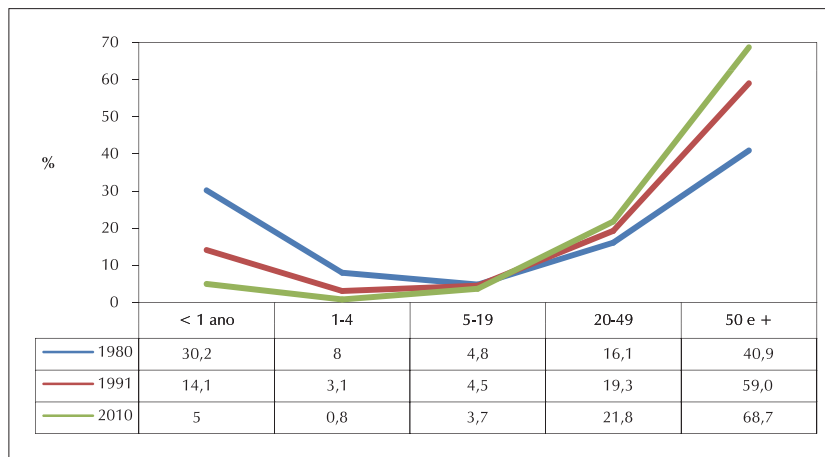


Gráfico 4 – Mortalidade proporcional, segundo faixa etária (Curva de Nelson de Moraes). Bahia, 1980, 1991 e 2010*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS – SIM.

* Dados preliminares.

A mortalidade por causa mostra mudanças na sua estrutura, configurando um quadro denominado de transição epidemiológica, com redução das mortes por Doenças Infecciosas e Parasitárias e crescimento das decorrentes por Doenças Crônicas e Causas Externas.³

Verifica-se que as principais causas de morte observadas no início da década foram mantidas em 2010 (**Gráfico 5**). Contudo, observaram-se alterações na participação percentual e consequentes mudanças na posição em relação ao total. As mudanças nesses valores devem refletir a melhoria da qualidade do registro das causas básicas de morte obtida graças às investigações de óbitos por causas mal definidas que, por sua vez, contribuiu para a redistribuição dos óbitos entre as demais causas.³

Dentre os principais grupos de causas de morte apresentados, as DIP permanecem em histórica tendência decrescente, contribuindo com 4,5% do total dos óbitos em 2010 e apresentando queda de 12,0% em relação a 2000 cujo valor foi de 5,1%. Também para as causas mal definidas, observou-se uma diminuição de 35,7% no seu percentual, passando de 29,7% para 19,1% no mesmo período. Para os demais grupos de causas, observou-se uma elevação nos seus percentuais, sendo as DAC responsáveis por 22,1%, seguida das causas externas (15,5%) e das neoplasias, com 11,3% do total de óbitos (**Gráfico 5**).

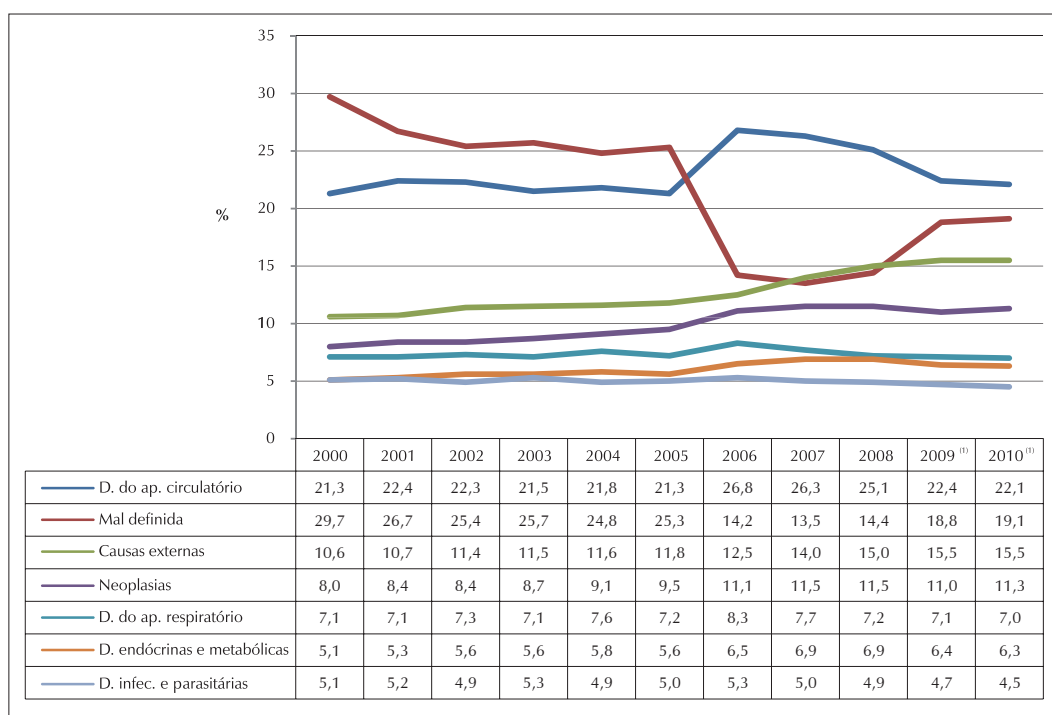


Gráfico 5 – Proporção de óbitos, segundo principais grupos de causas – Bahia – 2000-2010

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS – SIM.

(1) Dados preliminares.

Diante do exposto em relação às principais causas de morte na série estudada, observa-se que, excluídas as causas mal definidas, o padrão de mortalidade por grupo de

causas vem se mantendo até certo ponto uniforme ao longo da última década (2000-2010). Importante ressaltar também os crescimentos percentuais das Causas Externas, das Neoplasias e das DAC. Isto revela a importância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a maior vulnerabilidade social no perfil epidemiológico da população, o que demanda mudanças no modelo de atenção.

Como principais causas de morte em 2010 estão as **DAC**, que eram a segunda causa na população geral no início da década. O mesmo padrão foi observado no gênero feminino. Entre os homens, as DAC mantiveram-se como segunda causa de morte em 2001 e em 2010. Em relação ao curso de vida, percebe-se que as DAC surgiram como uma das principais causas de morte, sobretudo depois dos 10 anos, elevando-se na idade adulta e prevalecendo como primeira causa de morte depois dos 50 anos em ambos os sexos (**Apêndices F e H**).

No grupo das DAC, as doenças cerebrovasculares vêm mantendo uma participação em torno dos 33% dos óbitos, enquanto o infarto agudo do miocárdio, principal representante das doenças isquêmicas do coração, vem aumentando a sua participação, passando de 17,7% em 2000 para 22,2% em 2010.³ O comportamento desta causa de morte, ao longo do curso de vida, evidencia a importância da prevenção deste grupo de doenças, especialmente na adolescência, por meio da Atenção Básica em Saúde.

Em relação às causas de óbito **mal definidas**, referidas na CID-10 como “Sinais, Sintomas e Achados Anormais em Exames Clínicos e Laboratoriais”, houve uma diminuição desde o início da década, passando da primeira causa de mortalidade geral em 2001 para a segunda causa em 2010. Acredita-se que crianças, mulheres e idosos constituem os grupos mais prejudicados pelas causas mal definidas, provavelmente devido à maior vulnerabilidade social a que estão expostos, embora existam políticas específicas, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Lei Maria da Penha e o Estatuto do Idoso.

Apesar da diminuição do número de óbitos por causas mal definidas, esta questão ainda representa um grande desafio, pois há uma dificuldade no uso da informação sobre a causa da morte para determinar sua contribuição na mudança do padrão de mortalidade e o impacto nos diferentes grupos da população.¹¹ Tal fato revela a importância do aperfeiçoamento da qualificação profissional para se melhorar a qualidade das informações registradas nos atestados de óbito, além do aprimoramento do sistema de proteção aos profissionais.

O perfil de mortalidade por **causas externas** manteve um padrão semelhante desde o início da década, prevalecendo como a terceira causa de morte na população geral.

Dessa forma, estratificando-se por gênero, percebe-se que, entre as mulheres, esses agravos representavam a oitava causa de morte em 2001, passando para a sexta posição em 2010. Em relação à faixa etária, permaneceram como primeira causa de morte dos 5 aos 29 anos, decrescendo desta faixa em diante no ano de 2010 (**Apêndice F**). Esse aumento do número de mortes por causas externas em mulheres deve-se, provavelmente, à vulnerabilidade social, em função de sua inserção no mercado de trabalho e à mudança em seu padrão de vida, tendo como consequência maior exposição a fatores de risco.

Na população do sexo masculino era a terceira causa de morte em 2001, passando a ser a primeira no ano de 2010. Ao se verificar o comportamento desses agravos por ciclo de vida, percebe-se que, nos homens, prevalece como primeira causa de morte de 1 aos 49 anos de idade, decrescendo depois dos 50 anos (**Apêndice H**). A maior quantidade de mortes por causas externas em homens deve-se, provavelmente, à sua maior exposição a fatores de risco, tendo como consequência uma expressiva proporção de mortes devidas às agressões.

A taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstância, aponta que os homicídios e os acidentes de transportes são os principais componentes, com 45,5% e 21,4%, respectivamente, das mortes por essas causas em 2010. A análise dos agentes utilizados pelo agressor mostra a predominância das armas de fogo (77,5%), seguidas dos objetos perfurocortantes (15,9%).³

Quanto aos acidentes de transporte (AT), as taxas de mortalidade apresentaram um aumento de 92%, passando de 9,2/100.000 habitantes em 2000, para 17,7/100.000 em 2010. Quando se observa a condição da vítima, os ocupantes de automóvel são os mais frequentes, participando com 31,5% das mortes neste grupo, seguidos dos pedestres (18%) em 2010.³ Tais fatos evidenciam a importância do aprimoramento da Rede de Urgência e Emergência e da implementação de políticas.

Com relação às **neoplasias**, as taxas apresentaram elevação de 84,6%, passando de 35,4 por 100.000 habitantes em 2000, para 65,3 por 100.000 habitantes em 2010. A maior contribuição para esta elevação foi da neoplasia de próstata entre os homens, que representou 19,8%, e as de mama, com 15,5% do total das mortes do grupo. As taxas de mortalidade para as neoplasias de próstata tiveram um crescimento de 127% (6,3 e 14,2 óbitos por 100.000 habitantes), enquanto, para as de mama, o incremento foi de 74,3% (5,2 e 9,0 óbitos/100.000 habitantes) entre 2000 e 2010, respectivamente. Vale ressaltar o crescimento das taxas de mortalidade por neoplasias dos lábios, cavidade oral e da laringe entre os homens (128,6%), cujas taxas passaram de 2,7 em 2000, para 4,7 por 100.000 habitantes no referido período.³

Entre os homens, as neoplasias mantiveram-se como quarta causa de mortalidade tanto em 2001 como em 2010. As neoplasias aparecem como uma das principais causas de morte de 1 a 4 anos de idade, aumentando na adolescência, especialmente em decorrência de casos de leucemia. Depois dos 40 anos, observou-se um aumento relevante, prevalecendo como terceira causa de morte depois dos 50 anos de idade em 2010 (**Apêndice H**), sobretudo em função das neoplasias do lábio, cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, traqueia, brônquios, pulmões e próstata. A maior ocorrência desses tipos de câncer nos homens deve-se, provavelmente, à maior exposição a fatores de risco como o alcoolismo e o tabagismo.

Quanto às mulheres, as neoplasias prevaleceram como terceira causa de morte em 2001 e em 2010, sendo o maior incremento registrado para as neoplasias da traqueia, brônquios e pulmão, a segunda principal causa para este sexo, cujas taxas passaram de 2,1 por 100.000 habitantes, para 4,3 por 100.000 habitantes.³ As neoplasias surgiram como uma das principais causas de morte desde a infância, também devido especialmente às leucemias. Após esta faixa, voltou a aumentar na idade adulta, prevalecendo como primeira causa de morte dos 30 aos 49 anos (**Apêndice F**), sobretudo devido às neoplasias da mama e do colo do útero. Assim, verifica-se a necessidade de prevenção do câncer no sexo feminino desde os 30 anos.

Ambos os sexos estão expostos à vulnerabilidade em relação ao câncer, apresentando padrões semelhantes, em função de causas distintas. Nos homens, provavelmente, ocorre maior vulnerabilidade individual e biológica, enquanto as neoplasias nas mulheres são mais influenciadas pela vulnerabilidade programática e social. Dessa forma, constata-se a importância da implementação da Política de Saúde do Homem e de Saúde da Mulher.

As **DAR** mantiveram-se como a quinta causa de morte em 2001 e em 2010 na população geral. A mesma situação foi observada na população masculina. Entre as mulheres, passaram da quarta maior causa de morte em 2001 para a quinta em 2010. Quanto ao ciclo de vida, verifica-se que as mortes por essas doenças apresentaram maior destaque na infância e adolescência, devido, principalmente, à pneumonia, voltando a ter relevância depois dos 60 anos. Nesta idade, as doenças crônicas das vias aéreas inferiores foram as principais causas. Dessa forma, evidencia-se a importância do acesso aos serviços de saúde, pois se trata de um grupo de doenças que podem levar a óbito se não diagnosticadas precocemente.

As **doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas** também prevaleceram como a sexta causa de morte na população geral em 2001 e em 2010. Em relação ao gênero masculino, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas mantiveram-se entre as dez principais causas de morte no ano 2001, diminuindo no decorrer da década. Entre as mulheres, esse grupo de doenças aumentou da quinta para a quarta principal causa de

morte de 2001 para 2010. Estratificando-se por faixa etária, verifica-se que, desde a infância e adolescência, essas doenças prevaleceram como uma das principais causas de morte em ambos os sexos. Depois dos 30 anos, houve um aumento considerável, mantendo-se como a quarta causa de morte entre mulheres após os 50 anos (**Apêndice F**) e como a quinta causa de morte em idosos do sexo masculino (**Apêndice H**), tendo como principal causa de morte o *Diabetes Mellitus*.

As **afecções perinatais** representavam a sétima causa de morte geral em 2001, decrescendo para a nona posição em 2010. A mesma mudança foi observada no gênero masculino, enquanto no gênero feminino as afecções perinatais diminuíram da sexta para a nona causa, de 2001 a 2010. Em ambos os sexos, as afecções perinatais permaneceram como primeira causa de morte no primeiro ano de vida nos dois anos analisados (**Apêndices E, F, G e H**), destacando-se os transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal, por representarem 42,3% das mortes por essas causas em 2010.

Ademais, as mortes relacionadas à **gravidez, parto e puerpério** configuram-se como importantes causas de morte entre as mulheres de 15 a 39 anos (**Apêndice F**), desde o início da década. Ressalta-se que houve uma elevação no registro de óbitos maternos a partir de 2007, que provavelmente foi resultado da implementação da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil, através da inclusão do óbito materno entre os eventos de notificação compulsória e investigação imediata em todo o Estado. Além disso, a incorporação das Normas de Operacionalização da Vigilância do Óbito Materno e Infantil no Estado da Bahia contribuiu para o real conhecimento do perfil de mortalidade materna e infantil e para a adoção de medidas pertinentes para a sua redução.³ Mesmo diante dessas melhorias, evidencia-se a importância da implementação da Rede Cegonha no Estado.

Apesar da diminuição do percentual de mortes por **DIP**, elas prevaleceram como oitava causa de morte no período analisado. Entre as mulheres, essa causa de morte manteve-se na sétima posição nos dois anos analisados. No gênero masculino, as DIP representavam a sexta causa de morte em 2001, decrescendo para a oitava causa em 2010. Nos dois sexos, essas doenças representaram importante percentual na infância, principalmente devido a doenças infecciosas intestinais, septicemia, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível. Entre as mulheres e homens adultos, de 30 a 49 anos, destaca-se o grande número de mortes ocasionadas por doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Entre os homens também se evidenciou o grande número de mortes por infecções de transmissão predominantemente sexual. Além

disso, verificou-se um considerável número de mortes por tuberculose, principalmente em homens. Dessa forma, percebe-se que as DIP ainda não foram superadas enquanto problema relevante na população baiana, havendo necessidade de maiores investimentos na prevenção dessas doenças.

As **doenças do aparelho digestivo** passaram da nona para a sétima causa de morte na população geral de 2001 para 2010. Entre as mulheres, esse grupo de doenças passou da nona para a oitava posição no mesmo período. Em relação aos homens, as doenças do aparelho digestivo passaram da oitava principal causa de morte em 2001 para a sexta em 2010. Quanto ao gênero, destaca-se o número de mortes por doenças do aparelho digestivo ser praticamente o dobro entre os homens, sendo a maioria delas relacionadas a doenças do fígado, sobretudo depois dos 20 anos de idade, provavelmente devido aos hábitos cotidianos, já referidos anteriormente, aos quais os homens estão mais expostos, por exemplo, o alcoolismo.

Em relação às **doenças do aparelho geniturinário**, verifica-se que prevaleceram como décima causa de morte na população geral e em ambos os sexos tanto em 2001 como em 2010. No gênero feminino, observa-se que esse grupo de doenças configura-se como importante causa de morte, sobretudo após os 40 anos (**Apêndices F e H**), principalmente devido a insuficiência renal. As mortes por esta doença acometeram maior número de homens, sobretudo aqueles acima de 50 anos de idade em 2010.

Diante do exposto, verifica-se que as principais causas de morbidade hospitalar não apresentaram percentuais semelhantes de mortalidade. Entretanto, as maiores semelhanças foram verificadas em relação às causas de menor volume, como as doenças do sistema nervoso, que corresponderam a 1% das internações e 1,2% da mortalidade; os transtornos mentais e comportamentais, com 0,9% das internações e 0,8% da mortalidade, bem como as doenças do sangue, representando 0,6% e 0,7% das causas de internação e mortalidade, respectivamente em 2010 (**Gráficos 6 e 7**).

A maior diferença observada diz respeito à gravidez, parto e puerpério, grupo que ocasionou 23,8% das internações, na medida em que correspondeu a 0,2% da mortalidade em 2010. Esta situação demonstra a importância da ampliação do acesso à população de serviços de atenção ao parto e puerpério, o que justifica a necessidade de implantação de uma rede secundária de atenção materno-infantil. Além disso, é importante salientar a necessidade do fortalecimento do papel da atenção básica no cuidado pré-natal, a fim de minimizar o risco de complicações que demandem cuidados secundários e terciários.

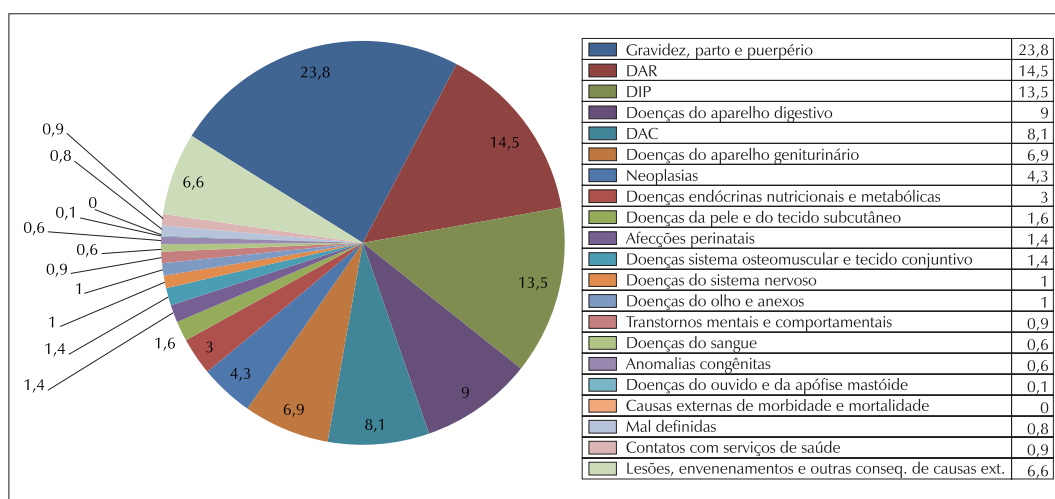


Gráfico 6 – Proporção de internações, segundo principais grupos de causa – Bahia – 2010

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

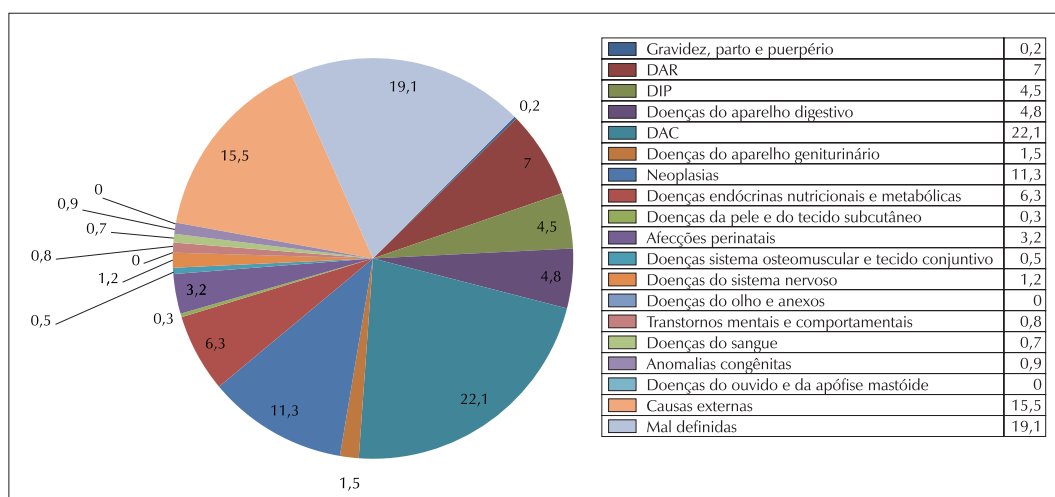


Gráfico 7 – Proporção de óbitos, segundo principais grupos de causas – Bahia – 2000-2010

Fonte: BAHIA. Sesab/Suvisa/DIS – SIM.

Os grupos de doenças de maior destaque foram as DAC e as DAR (**Tabela 2**), pois ambos figuraram entre as cinco principais causas de internação e mortalidade, sendo as DAC as mais importantes, pois apresentaram maior volume de morbidade e mortalidade, o que demonstra a tendência às doenças crônicas que o processo de transição epidemiológica vem produzindo na população em geral. O cuidado a esses grupos de doenças demanda maiores investimentos na construção de um modelo de atenção pautado na integralidade, priorizando a atenção primária em saúde. Outrossim, considerando o padrão de adoecimento

decorrente, é importante também a ampliação dos investimentos na consolidação da atenção às urgências e emergências, bem como de uma rede de serviços secundários e terciários que deem suporte às crises agudas nas diversas regiões de saúde.

Tabela 2 – Comparação entre as principais causas de internação e mortalidade na população – Estado da Bahia – 2010

Causas de internação		%	Causas de morte		%
1ª	Gravidez e puerpério	23,8	DAC		22,1
2ª	DAR	14,5	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais		19,1
3ª	DIP	13,5	Causas externas		15,5
4ª	Aparelho digestivo	9,0	Neoplasias		11,3
5ª	DAC	8,1	DAR		7,0
6ª	Aparelho geniturinário	6,9	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas		6,3
7ª	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	6,6	Aparelho digestivo		4,8
8ª	Neoplasias	4,3	DIP		4,5
9ª	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,0	Afecções perinatais		3,2
10ª	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,6	Aparelho geniturinário		1,5

Fontes: Brasil, Ministério da Saúde/DataSUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); Bahia. Sesab/Suvisa/DIS - SIM. Bahia, 2012.

As DIP figuraram como a terceira causa de internação (13,5%) e representaram a oitava causa de morte (4,5%), demandando investimentos na atenção primária em saúde, principalmente no tocante à integração das práticas da atenção básica e da vigilância em saúde. As doenças do aparelho digestivo também foram importantes do ponto de vista das internações, sendo a quarta causa (9,0%), mas tiveram menor representatividade quanto à mortalidade, sendo a sétima causa, com 4,8%.

PANORAMA DO SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS-BAHIA

GESTÃO DO SUS-BA

O SUS pode ser definido como “[...] o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, dispõe o artigo 4º, caput, da Lei n.º 8.080/90, regulamentada pelo Decreto n.º 7.508/11.¹²

Como principais objetivos do SUS, destacam-se a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde;

a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com ênfase na integração das ações assistenciais e das atividades preventivas.

As ações e serviços públicos de saúde, bem como os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, deverão nortear-se pelas diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal (CF), obedecendo aos princípios: da universalidade; da integralidade da assistência; da preservação da autonomia das pessoas; da igualdade da assistência à saúde; do direito à informação; da divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde; da utilização da epidemiologia; da participação da comunidade; da descentralização político-administrativa; da integralidade das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; e da capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

A direção do sistema é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da CF,¹³ sendo exercida em cada esfera de governo; no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

No contexto de implementação do SUS, várias foram as tentativas de clarificar as questões relacionadas à definição das responsabilidades de cada esfera de governo, desencadeadas principalmente pela publicação das Normas Operacionais do Sistema, na década de 1990 (NOB-SUS 01/91; NOB-SUS 01/93; NOB-SUS 01/96).

A década de 2000 é marcada, sobretudo, pela implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), que adotou a regionalização como macro estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização do Sistema. Desde então, a publicação dessa Norma propõe uma definição clara das responsabilidades de cada esfera de governo. No âmbito estadual, foram definidas duas modalidades de habilitação – a Gestão Plena do Sistema Estadual e a Gestão Avançada do Sistema –, resguardadas as devidas responsabilidades.

Dessa forma, a condição de Gestão Plena, assumida pela Sesab em 2003, permitiu ao gestor estadual maior autonomia para a condução do sistema estadual de saúde e, além disso, de modo particular, alterou a forma de participação do Ministério da Saúde no financiamento do SUS. Nessa direção, os recursos relacionados à assistência de média e alta complexidade sob a gestão da Sesab são automaticamente transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Estadual de Saúde da Bahia (Fesba). Os recursos referentes à Atenção Básica e relativos à assistência de média e alta complexidade sob a gestão dos Municípios baianos em Gestão Plena do Sistema são transferidos do FNS diretamente para os Fundos Municipais de Saúde (FMS).

Com a publicação do Pacto de Saúde no ano de 2006, no componente Pacto de Gestão, que apresentou as responsabilidades de cada ente federado, buscou-se diminuir as competências concorrentes e tornar mais evidente quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.¹⁴ O Pacto de Gestão estabelece as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na *Descentralização, Regionalização, Financiamento, Programação Pactuada e Integrada, Regulação, Participação e Controle Social, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde*.

A Sesab, representante do executivo estadual para a gestão do SUS, criada pela Lei n.º 2.321, de 11 de abril de 1966, modificada pelas Leis n.º 7.435, de 30 de dezembro de 1998, n.º 8.888, de 24 de novembro de 2003 e n.º 9.831, de 1 de dezembro de 2005, teve seu Termo de Compromisso de Gestão (TCG), homologado em outubro de 2007, efetivando sua adesão ao Pacto pela Saúde.

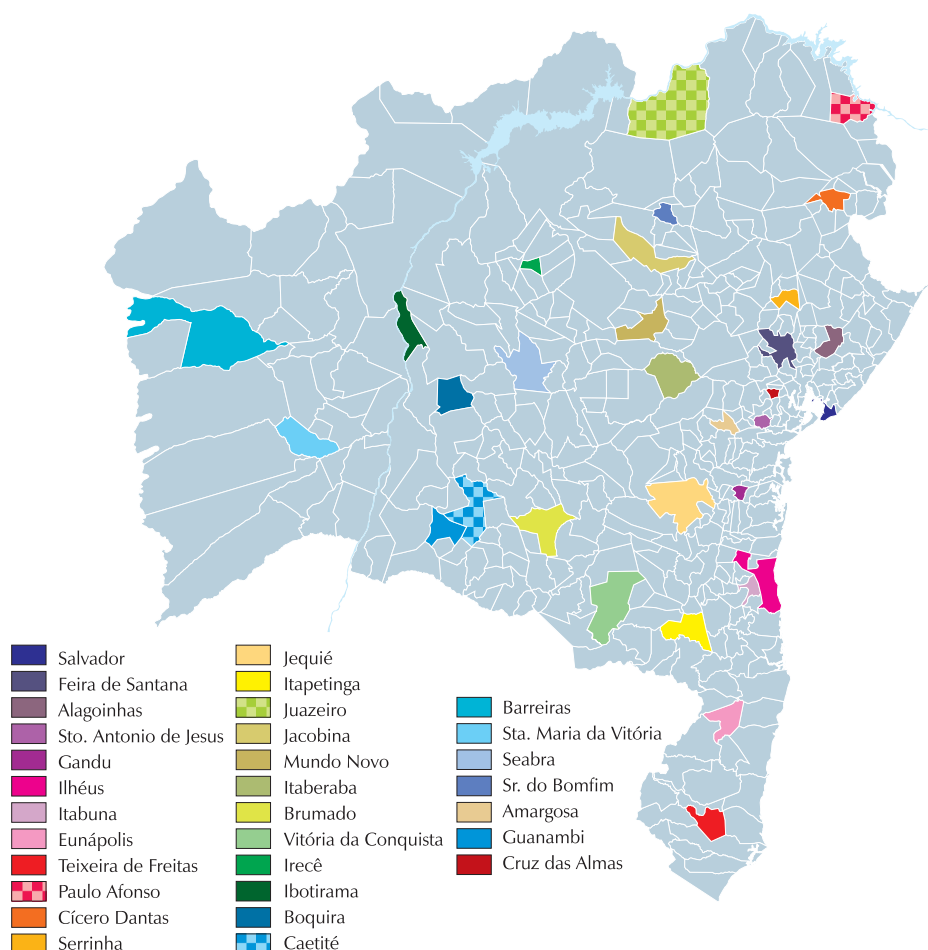
Em relação à condição de gestão dos Municípios no Estado da Bahia, de acordo com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), atualmente, 291 Municípios do Estado aderiram ao Pacto de Gestão (67,87%); deste quantitativo, 78 Municípios (13,67%) assumiram o Comando Único. Dessa forma, os Municípios explicitaram o compromisso com a oferta de ações e serviços de saúde para atender a população residente na sua totalidade.

A Sesab, que atualmente é formada por órgãos da administração direta e indireta e por órgãos colegiados que compreendem o Conselho Estadual de Saúde (CES), a CIB, o Conselho Superior de Recursos e o Comitê Gestor Estratégico, conforme o regimento interno regulamentado pelo Decreto n.º 10.139, de 6 de novembro de 2006, tem por finalidade a formulação da política estadual de saúde, a gestão do sistema estadual de saúde e a execução de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com as disposições da Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o SUS, regulamentada pelo Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011.¹²

Compete à Sesab: implementar atividades de caráter político-estratégico; articular-se com órgãos e entidades da administração pública federal, estadual e municipal e com organizações não governamentais; coordenar a elaboração, execução e avaliação do PES; monitorar e avaliar a situação da saúde no Estado; regular, avaliar e controlar as ações descentralizadas em cada Município; exercer a regulação do Sistema Estadual de Saúde (SES); promover com equidade a distribuição de recursos; definir e executar uma política de educação permanente; desenvolver ações de comunicação; promover a captação de recursos junto às instituições públicas e privadas, nacionais, estrangeiras e internacionais; identificar as necessidades de avanços científicos e tecnológicos; fomentar

a realização de pesquisas; implementar as ações de Auditoria no SUS-BA; e exercer outras atividades correlatas.

O Gabinete do Secretário (Gasec), a Assessoria de Planejamento (atualmente Cope), a Coordenação de Controle Interno, a Assessoria de Comunicação Social, a Ouvidoria do SUS-BA, a Auditoria do SUS-BA, a Diretoria Executiva do Fundo Estadual de Saúde e a Diretoria Geral são representantes dos órgãos da administração direta. Ainda compõem a administração direta as cinco superintendências: Vigilância e Proteção da Saúde (Suvisa), Recursos Humanos da Saúde (Superh), Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde (Suregs), Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde (Saftec); Atenção Integral à Saúde (Sais) com unidades vinculadas técnica e administrativamente, como os Hospitais, as Unidades de Emergência e Especiais de Atenção à Saúde, além das 31 Dires (**Mapa 2**). A administração indireta está representada pela Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (Hemoba).



Mapa 2 – Municípios sedes de Dires – Bahia – 2012

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Desde a publicação da Lei n.º 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto n.º 7.508/2011,¹² são expressas as necessidades de se planejar em saúde nos Municípios, Estados, Distrito Federal e União para a obtenção dos instrumentos de gestão. Nesse sentido, como forma de orientar o planejamento, o Ministério da Saúde (MS), em 1992, apresentou uma proposta para a criação de um Sistema Nacional de Planejamento.

Entretanto, apenas em 2006, o MS regulamentou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), pela Portaria MS n.º 3.085, de 1º de dezembro de 2006, definindo-o como a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Nessa perspectiva, compete à Sesab a coordenação desse sistema no Estado, bem como apoiar tecnicamente os Municípios na implementação das diretrizes, metodologias, processos e instrumentos pactuados.

O PlanejaSUS adota como referências normativas, regulamentadas na Portaria GM n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006, os instrumentos básicos de planejamento: o Plano de Saúde (PS), a PAS e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O PS constrói-se com base na análise situacional, apresentando, por conseguinte, as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, sendo estruturado em objetivos, diretrizes e metas. A PAS operacionaliza as intenções do PS e o RAG, como produto de avaliação parcial, apresenta os resultados alcançados com a execução de uma PAS.¹⁴

Importante destacar que o incentivo financeiro repassado anualmente para o Estado da Bahia pelo FNS ao Fesba, para o PlanejaSUS, instituído pelas Portarias n.º 376, de 16 de fevereiro de 2007; n.º 1.885, de 9 de setembro de 2008; n.º 2.327, de 6 de outubro de 2009; n.º 1.964, de 23 de julho de 2010, correspondeu a um montante de R\$ 3.921 milhões.

Este incentivo financeiro possibilitou a concretização de diversas ações intra e interinstitucional, para o fortalecimento do planejamento no Estado da Bahia. É importante registrar que a aplicação dos recursos financeiros deu-se conforme pactuação na CIB, mediante construção de Planos de Trabalho, em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems).

A Sesab, concebendo o planejamento em saúde como dispositivos tecnológico, rede e pedagógico, instituiu o PlanejaSesab, projeto construído coletivamente com o apoio de diversos órgãos e setores governamentais e não governamentais, como Seplan, MS, Cosems da Bahia, Opas, UFBA, por meio do ISC, bem como Universidades Estaduais que adotaram como referencial o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Com o PlanejaSesab, buscou-se fortalecer e aperfeiçoar a construção dos instrumentos de gestão na esfera estadual, intensificando o apoio técnico e administrativo às Dires e aos Municípios para a elaboração dos instrumentos de gestão do SUS. Para tanto, foi disponibilizado a todos os Municípios um Manual Prático de Apoio à Elaboração de Planos Municipais de Saúde, além de diversos encontros, oficinas e seminários para qualificação dos profissionais que atuam na gestão municipal e estadual.

Neste íterim, há que se destacar o curso de atualização em Planejamento em Saúde para os Municípios do Estado, com a capacitação de 462 representantes de 345 Municípios, o Encontro Baiano de Gestão do SUS, que contou com cerca de 2.000 participantes entre gestores e técnicos das secretarias de saúde, conselheiros de saúde, universidades, além de convidados de âmbito nacional. Além disso, foram firmadas cooperações técnicas com a Opas, a UFBA/ISC e o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) para qualificação dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação da gestão estadual do SUS.

Entretanto, ainda que o Estado tenha investido em diversas ações de apoio técnico aos Municípios para construção dos seus instrumentos de gestão, cerca de 27% desses ainda não entregaram os Planos Municipais de Saúde (PMS) 2010-2013 às Dires e, no ano de 2010, apenas 29,10% entregaram a PAS. Quanto ao RAG, o **Gráfico 8** mostra a situação de entrega desse instrumento no Estado da Bahia referente aos exercícios de 2007 a 2011.

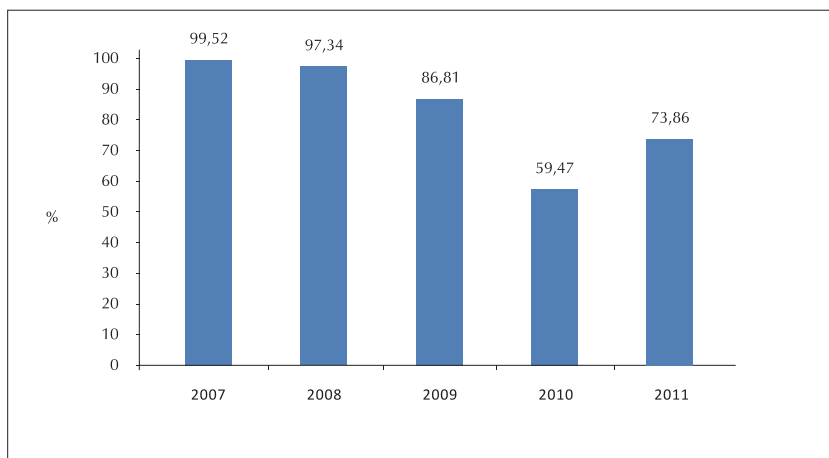


Gráfico 8 – Situação de entrega do relatório anual de gestão no Estado da Bahia – 2007-2011

Fonte: Sesab/SGC/CIB, ago. 2012.

É importante registrar que a gestão estadual, desde 2007, vem apresentando, em audiência pública na Assembleia Legislativa do Estado da Bahia, o relatório de prestação de

contas trimestral e o RAG, tendo sido todos apreciados e aprovados pelo CES. Além disso, a construção do PES 2008-2011 contou com a participação ativa do CES. Desde a década de 1990, a Sesab vem elaborando seus planos de saúde.

Com a edição do Decreto n.º 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica Saúde n.º 8.080/90, o planejamento da saúde apresentou-se como um possível eixo norteador da agenda da gestão, em busca de importantes mudanças, dadas as necessidades de incentivo à cultura do planejamento, de formatação do planejamento integrado em saúde e de reorganização dos instrumentos de gestão atualmente em vigor, dentre outros.¹²

Mais recentemente, a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados pelas distintas esferas, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferência para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas, e vincula a movimentação financeira ao Plano de Saúde. Além disso, define, para fins de apuração dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, que apenas serão consideradas como ações e serviços de saúde aquelas que estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da federação.

Destaca-se também a operacionalização do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão do SUS (SARGSUS) para os Municípios, em caráter não obrigatório, em 2010. Este Sistema é uma ferramenta eletrônica desenvolvida em 2010, pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do MS. O SARGSUS funciona em *Web service*, permitindo a importação de diversos dados dos sistemas de informação do SUS para auxiliar a elaboração do RAG, acrescentando informações sobre sua programação anual, bem como análises qualitativas dos dados disponibilizados pelo sistema.⁶

DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO

Como diretrizes organizativas do SUS, a descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde vêm sendo objeto de normativas do MS desde a década de 1993. Com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas), editadas nos anos de 2001 e 2002, instituiu-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e de Investimentos, enquanto instrumentos de apoio à organização político-administrativa do SUS, por região de saúde.

O PDR na Bahia foi elaborado em 2001, revisado em 2003 e alterado em 2004. Este plano foi revisto em 2007, organizando o Estado da Bahia em 9 macrorregiões e 28 microrregiões de saúde, cada qual com seu Município polo. Entretanto, em 2011, este instrumento passou por uma atualização oficializada pela Resolução da CIB n.º 181, de 24 de agosto de 2011, conformando-se da seguinte maneira:

- **Macrorregião Centro-Leste:** contempla 73 Municípios, com total de 2.190.186 habitantes, e tem como polo Feira de Santana. Abrange cinco Dires, entre elas: a 2ª, com sede em Feira de Santana, a 18ª, com sede em Itaberaba, 17ª, com sede em Mundo Novo, a 27ª, com sede em Seabra, e a 12ª, com sede em Serrinha;
- **Macrorregião Centro-Norte:** contempla 38 Municípios, com total de 803.074 habitantes, e tem como polo Jacobina. Abrange duas Dires: a 16ª, com sede em Jacobina, e a 21ª, com sede em Irecê;
- **Macrorregião Extremo Sul:** contempla 21 Municípios, com total de 746.811 habitantes, e tem como polo Teixeira de Freitas. Abrange duas Dires: a 9ª, com sede em Teixeira de Freitas, e a 8ª, com sede em Eunápolis;
- **Macrorregião Leste:** contempla 48 Municípios, com total de 4.659.442 habitantes, e tem como polo Salvador. Abrange quatro Dires, entre elas: a 1ª, com sede em Salvador, a 29ª, com sede em Amargosa, a 31ª, com sede em Cruz das Almas, e a 4ª, com sede em Santo Antônio de Jesus;
- **Macrorregião Nordeste:** contempla 33 Municípios, com total de 824.349 habitantes, e tem como polo Alagoinhas. Abrange duas Dires: a 3ª, com sede em Alagoinhas, e a 11ª, com sede em Cícero Dantas;
- **Macrorregião Norte** – contempla 27 Municípios, com total de 1.060.398 habitantes, e tem como polo Juazeiro. Abrange três Dires, entre elas: a 15ª Dires, com sede em Juazeiro, a 10ª Dires, com sede em Paulo Afonso, e a 28ª Dires, com sede em Senhor do Bonfim;
- **Macrorregião Oeste:** contempla 37 Municípios com total de 893.740 habitantes e tem como polo Barreiras. Abrange três Dires, entre elas: a 25ª, com sede em Barreiras, a 22ª, com sede em Ibotirama, e a 26ª, com sede em Santa Maria da Vitória;
- **Macrorregião Sudoeste:** contempla 73 Municípios, com total de 1.749.354 habitantes, e tem como polo Vitória da Conquista. Abrange seis Dires, entre elas: a 20ª, com sede em Vitória da Conquista, a 19ª, com sede em Brumado, a 23ª, com sede em Boquira, a 24ª, com sede em Caetité, a 30ª, com sede em Guanambi, e a 14ª, com sede em Itapetinga;
- **Macrorregião Sul:** contempla 67 Municípios, com total de 1.710.010 habitantes, e tem como polo Itabuna. Abrange quatro Dires, entre elas: 7ª,

com sede em Itabuna, a 5ª, com sede em Gandu, a 6ª, com sede em Ilhéus, e a 13ª, com sede em Jequié.

É importante destacar também a divisão territorial proposta pela Seplan, que reconhece a existência de 27 Territórios de Identidade,^f constituídos com base na especificidade de cada região baiana, como evidenciado no **Mapa 3**.



Mapa 3 – Territórios de Identidade – Bahia – 2012

Fonte: Seplan, 2012.

Conforme preconizou a Noas, a efetivação do processo de descentralização está diretamente relacionada com a regionalização da assistência à saúde, exigindo, portanto, maior articulação e pactuação entre os entes federados nas diversas regiões,

^f Sua metodologia desenvolveu-se com base no sentimento de pertencimento, em que as comunidades, por meio de suas representações, foram convidadas a opinar.

para garantir a integralidade da atenção à saúde. Essa norma estabeleceu ainda critérios de habilitação para os entes federados, definindo o escopo de ações e serviços a serem ofertados de acordo com o porte populacional, capacidade instalada e necessidades de saúde da população.

Em 2003, os Municípios baianos, em sua totalidade, já estavam habilitados em alguma forma de gestão da saúde preconizada pela Noas 01/02. Dos 417 Municípios, 314 (75,29%) estavam habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica, 83 (19,90%) na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e apenas 20 (4,79%) estavam habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal.¹⁵

Mais recentemente, em 2006, com o Pacto pela Saúde instituído pela Portaria GM/MS n.º 399/2006 e regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 699/2006, garantir a efetiva descentralização e regionalização da atenção à saúde passou a ser uma das responsabilidades das três esferas de gestão do SUS. Atualmente, 269 Municípios aderiram ao Pacto pela Saúde, dos quais 70 com comando único, ou seja, comprometeram-se com a gestão plena do sistema de saúde no seu território.

Uma das mudanças na gestão propostas no Pacto é a constituição de um espaço permanente de pactuação, por meio de um Colegiado de Gestão Regional, tendo a constituição desse espaço de assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos Municípios que compõem a região e da representação estadual. No Estado da Bahia, foram criados 28 Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR).

Com relação à Programação Pactuada Integrada (PPI), foi revisada em 2010, com base em novos parâmetros, critérios e metodologia de alocação dos recursos de Média e Alta Complexidade (MAC) pactuados na CIB-Bahia. É importante registrar que o Limite Financeiro Global de MAC vem sendo ampliado nos últimos anos, e chegou, em 2011, ao valor de R\$ 2,1 bilhões, 146% se comparado a 2003, e de 101% se comparado a 2006, quando os valores eram de R\$ 853 mil e R\$ 1 milhão, respectivamente (**Gráfico 9**).

Financiamento do SUS-BA

De acordo com a Lei Complementar n.º 141/2012, é de responsabilidade dos três entes (União, Estados e Municípios) a garantia de fontes estáveis de financiamento das ações e serviços de saúde. Para tanto, esta Lei dispõe os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos três entes e pelo Distrito Federal em ações e serviços públicos de saúde, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

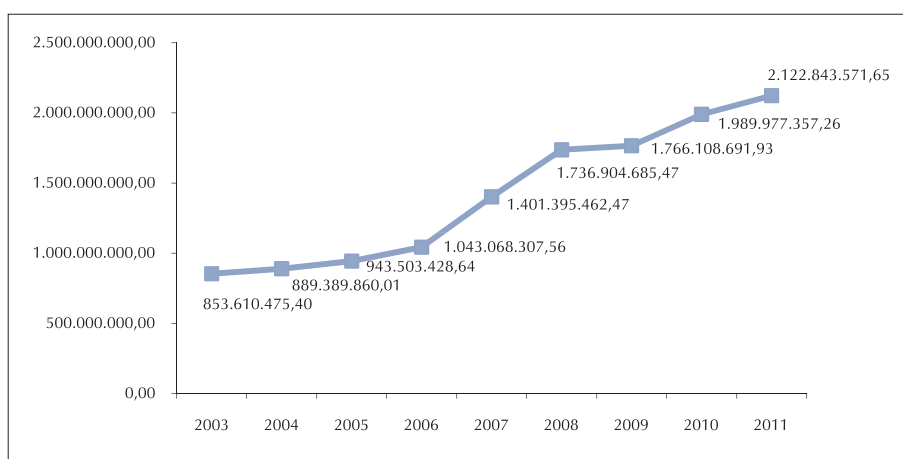


Gráfico 9 – Limite financeiro global de média e alta complexidade – Bahia – 2003-2011

Fonte: SISMAC, 2012.

Segundo esta Lei, o Governo Federal aplicará, anualmente, o montante empenhado no exercício anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto a quantia aplicada pelos Estados e Municípios será calculada com base na Receita Líquida de Impostos (RLI). Os governos estaduais aplicarão 12% dos impostos a que se referem os arts.155, 157 e 159 da CF de 1988, e os Municípios 15% do total arrecadado de impostos a que se referem os arts.156, 158 e o parágrafo terceiro do art.159.

O governo estadual vem cumprindo, anualmente, desde 2004, o percentual mínimo de aplicação dos recursos financeiros em ações e serviços de saúde; desde 2009, o percentual aplicado supera a marca dos 13%, alcançando, em 2011, 13,44% do montante arrecadado, com a aplicação de R\$ 2,1 bilhões (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Aplicação da Emenda Constitucional (EC 29) pelo governo estadual – Bahia – 2003-2011

Ano	Receita Líquida de Imposto - RLI	Aplicação Mínima	%	Recursos Aplicados (R\$1.000,00)	%
2003	6.767.004	676.700	10	723.402	10,69
2004	7.679.842	921.581	12	930.678	12,12
2005	8.531.091	1.023.731	12	1.036.372	12,15
2006	9.694.826	1.163.379	12	1.179.483	12,17
2007	10.642.092	1.277.051	12	1.352.936	12,71
2008	12.247.925	1.469.751	12	1.572.385	12,84
2009	12.155.265	1.458.632	12	1.687.967	13,89
2010	14.024.226	1.682.907	12	1.931.511	13,77
2011	16.026.201	1.923.144	12	2.154.555	13,44

Fonte: Sesab/Fesba/Sicof Gerencial, 2012.

Ainda com relação ao cumprimento do percentual mínimo de aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde, no ano de 2011, apenas três Municípios (Ibirataia, Riachão do Jacuípe e Nova Itarana) não aplicaram 15%, conforme exigido na legislação, enquanto 56 Municípios ainda não alimentaram o Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops).

Conforme **Gráfico 10**, a despesa total em saúde vem crescendo progressivamente na Bahia. No ano de 2011, foram gastos cerca de R\$ 336 por habitante, o que coloca a Bahia, no cenário nacional, como o 7º Estado da Federação que menos gasta com a saúde de cada cidadão, considerando a aplicação de recursos das três esferas de governo. Essa situação é um pouco mais confortável que a observada em 2003, quando foram gastos apenas R\$ 92 por habitante, cujo valor superava apenas aos registrados nos Estados do Acre (R\$ 78) e Amapá (R\$ 82).

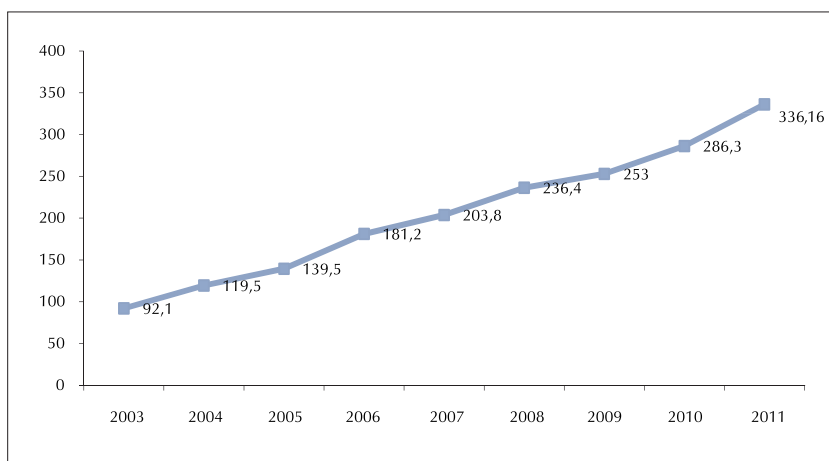


Gráfico 10 – Despesa total em saúde por habitante – Bahia – 2003-2011

Fonte: SIOPS, 2012.

No ano de 2011, foram transferidos do SUS R\$ 178,2 por habitante, um incremento de 324% em relação ao ano de 2003, quando foram transferidos R\$ 42,8 por habitante, conforme demonstrado no **Gráfico 11**. É importante registrar que 83 Municípios tiveram recursos transferidos do SUS por habitante acima do valor apresentado pelo Estado, com destaques para os Municípios de São Félix (R\$ 762,55/hab.), Irecê (R\$ 587,60/hab.), Teodoro Sampaio (R\$ 581,48/hab.), Barreiras (R\$ 494,85/hab.) e Paramirim (R\$ 403,85/hab.).

As transferências regulares e automáticas do Governo Federal para Estados e Municípios ocorrem via FNS, para os respectivos Fundos de Saúde dos demais entes. É importante destacar que, a partir de 2007, com a Portaria GM/MS n.º 204/2007, as transferências dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, são efetuadas por

bloco de financiamento, a saber: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e infraestrutura.

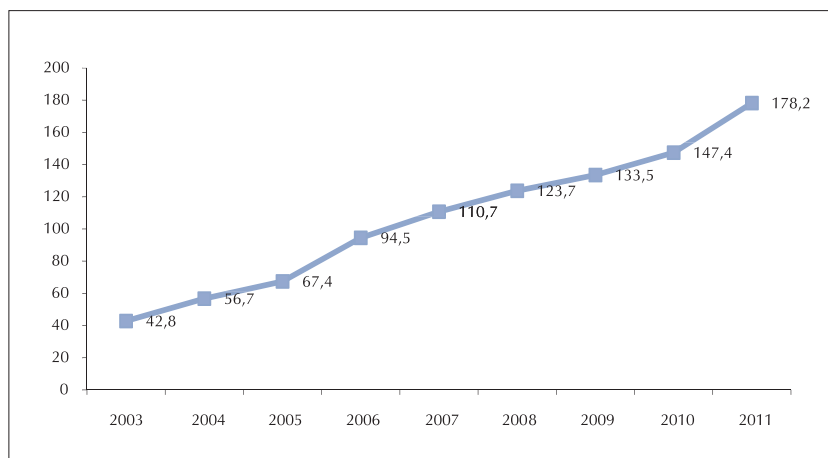


Gráfico 11 – Recursos transferidos SUS por habitante – Bahia – 2003-2011

Fonte: Siops, 2012.

No ano de 2011, foram transferidos do Governo Federal para o Estado da Bahia (Governo Estadual e Municipal) R\$ 3,78 bilhões, um incremento de 506% se comparado com o montante repassado em 2003, que foi de R\$ 624 milhões. Do total transferido em 2011, R\$ 988,8 milhões foram para a Atenção Básica, R\$ 2,5 bilhões para a Média e Alta Complexidade, R\$ 116 milhões para a Vigilância em Saúde, R\$ 127 milhões para a Assistência Farmacêutica (AF), R\$ 10,3 milhões para a gestão e R\$ 31 milhões em investimentos. O **Gráfico 12** mostra o percentual transferido por bloco de financiamento nos anos de 2003 e 2011.

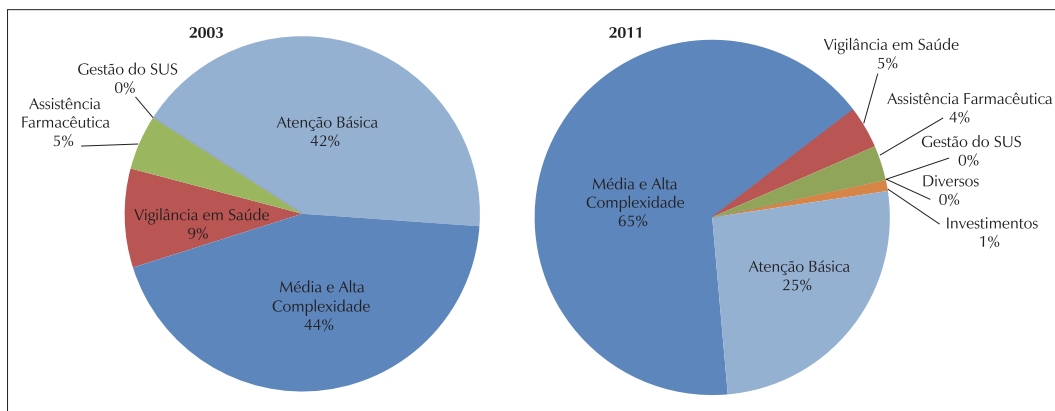


Gráfico 12 – Comparativo dos recursos transferidos pelo governo federal para a Bahia por bloco de financiamento do SUS – Bahia – 2003-2011

Fonte: Brasil/MS, 2012.

Em relação à aplicação de recursos para a saúde realizados pelo Governo Estado, é importante registrar o aumento dos recursos financeiros nos últimos cinco anos. Somente em 2011 foram gastos cerca de R\$ 3,4 bilhões, um incremento de 11,6% em relação ao ano de 2010, quando foram aplicados R\$ 3 bilhões, conforme demonstra o **Gráfico 13**.

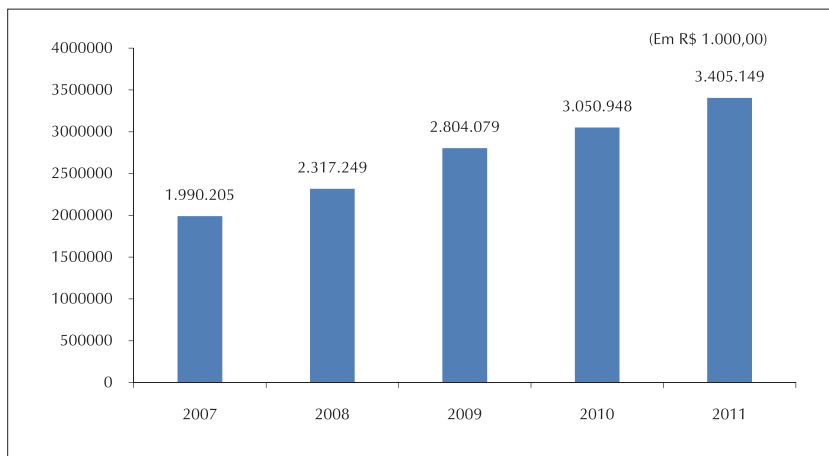


Gráfico 13 – Recursos aplicados em Saúde – Bahia – 2007-2011

Fonte: Sesab/Fesba/Sicof Gerencial, 2012.

Em 2011, merecem destaque os R\$ 1,75 bilhão aplicado na assistência ambulatorial e hospitalar, R\$ 63,27 milhões na Atenção Básica, com destaque para a contrapartida estadual para a Saúde da Família, R\$ 42,7 milhões na qualificação dos profissionais de nível médio e superior, R\$ 21,5 milhões na área de vigilância epidemiológica e sanitária e cerca de R\$ 11 milhões na assistência ao portador de deficiências.

É importante registrar que 64% dos recursos aplicados em saúde pela gestão estadual da saúde na Bahia são próprios. Ou seja, dos R\$ 3,4 bilhões aplicados, apenas R\$ 1,2 bilhão foi de repasses e transferências constitucionais do MS. No entanto, houve um incremento de 14% nos repasses, em relação ao ano de 2010, quando foi transferido R\$ 1,06 bilhão.

REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

A Regulação foi definida pela NOAS/SUS 01/02¹⁶ como “[...] disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada [...]”. A Regulação deve abranger dois níveis – a regulação das referências intermunicipais e a regulação sobre os prestadores de serviços

de saúde –, cabendo ao Estado, no caso dos Municípios que não se encontram em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), a regulação de todos os serviços localizados em seu território. Além disso, a regulação das referências intermunicipais vincula-se ao processo de programação.

A Política Estadual de Regulação do SUS contempla, entre outras coisas, a implantação dos Complexos de Regulação, que se constituem em uma das principais estratégias de regulação assistencial, consistindo na articulação e integração de atenção pré-hospitalar e urgências, internação, marcação de consultas e exames, na elaboração de protocolos assistenciais, bem como na contratação de serviços, no controle assistencial e na avaliação.

Nessa perspectiva, foram investidos pelo Governo Estadual, no período de 2007 a 2009, pelo Projeto Saúde Bahia e em parceria com o MS, cerca de R\$ 4,5 milhões para construções e adequações das Centrais de Regulação de Salvador (macro e micro), Vitória da Conquista, Alagoinhas, Barreiras, Teixeira de Freitas e Feira de Santana, além de aquisição de mobiliários e equipamentos de informática.

A Central Estadual de Regulação (CER), localizada em Salvador, é responsável pela regulação das internações hospitalares de urgência, emergência e eletiva, tendo como principal solicitante e executante a rede do Município de Salvador, representando 76% das solicitações efetuadas a este órgão. Esta Central, mediante sistema informatizado, identifica as demandas de serviços de saúde pelos usuários que procuraram a rede SUS, a disponibilidade das ofertas de serviços na rede própria e complementar, para atender à necessidade do recurso demandado.

Os Municípios que possuem serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar têm seus processos de Regulação realizados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ou em uma Central de Regulação. Os Municípios polo de micro terão Complexo Regulador de abrangência regional, utilizando sistema de informação descentralizado para todos os Municípios de sua abrangência/referência, em comunicação com o sistema estadual.

Atualmente, levando-se em consideração apenas os Municípios polo de microrregião, existem Centrais de Regulação na macrorregião Centro-Leste, em Feira de Santana, Itaberaba e Serrinha; na macrorregião Centro-Norte, em Irecê e Jacobina; na macrorregião Extremo Sul, em Porto Seguro e Teixeira de Freitas; na macrorregião Leste, em Camaçari, Cruz das Almas, Salvador e Santo Antônio de Jesus; na macrorregião Nordeste, em Alagoinhas. O Município de Ribeira do Pombal contempla processos de trabalho na área de regulação; na macrorregião Norte, em Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim; na macrorregião Oeste,

em Barreiras. Os Municípios de Ibotirama e Santa Maria da Vitória contemplam processos de trabalho na área de regulação; na macrorregião Sudoeste, em Brumado, Guanambi, Itapetinga e Vitória da Conquista; e na macrorregião Sul, em Ilhéus, Itabuna, Jequié e Valença.

Atualmente, o Estado da Bahia possui 26.694 leitos (inclusive de UTI), sendo 4.830 (18,09%) regulados pela CER. Para a regulação desses leitos, são utilizados dois sistemas para as internações hospitalares: o Sistema de Regulação para as Internações Hospitalares (SISREG II) – desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus), descentralizado para todos os estabelecimentos de saúde de Salvador para autorização das internações eletivas; e o Sistema de Regulação das Urgências/Emergências (Suremweb) – desenvolvido pela Sesab, para regulação das urgências/emergências, descentralizado para todas as unidades de emergência da capital e em alguns Municípios como Lauro de Freitas, Jequié, Vitória da Conquista, Porto Seguro e Teixeira de Freitas.

Além disso, é importante registrar ainda que as grandes emergências e hospitais especializados da rede própria contam com comissão de regulação fixa, composta de Médico Regulador, Enfermeiro e Assistente Social, com o objetivo de viabilizar a interlocução com a unidade, identificar os usuários para transferência e captar as vagas.

Desde 2007, essas comissões fixas vêm atuando na rede hospitalar do SUS, e atualmente estão implantadas no Hospital Geral do Estado (HGE), no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), no Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HESF), no Hospital Ana Neri (HAN) e no Hospital Geral Manoel Victorino (HGMV). Para a rede complementar, a CER conta com comissão de regulação volante, que, de acordo com a necessidade, realiza supervisão nas unidades consideradas prioritárias pelo chefe de plantão onde são captadas as vagas.

A resolutividade da CER, nos atendimentos realizados por especialidades de internamento, no período de 2007 a 2010, apresentou-se de maneira bastante heterogênea como demonstrado no **Gráfico 14**. Os motivos de solicitações com o maior percentual de resolutividade foram: a ambulância básica (96,06%), os exames do Líquor (92,77%) e a avaliação para cirurgia pediátrica (79%). As solicitações de internamento UTI adulto (16,71%), de avaliação cardiológica (23,07%) e de internamento em UTI pediátrica, apresentaram os menores percentuais de resolutividade em relação às solicitações.

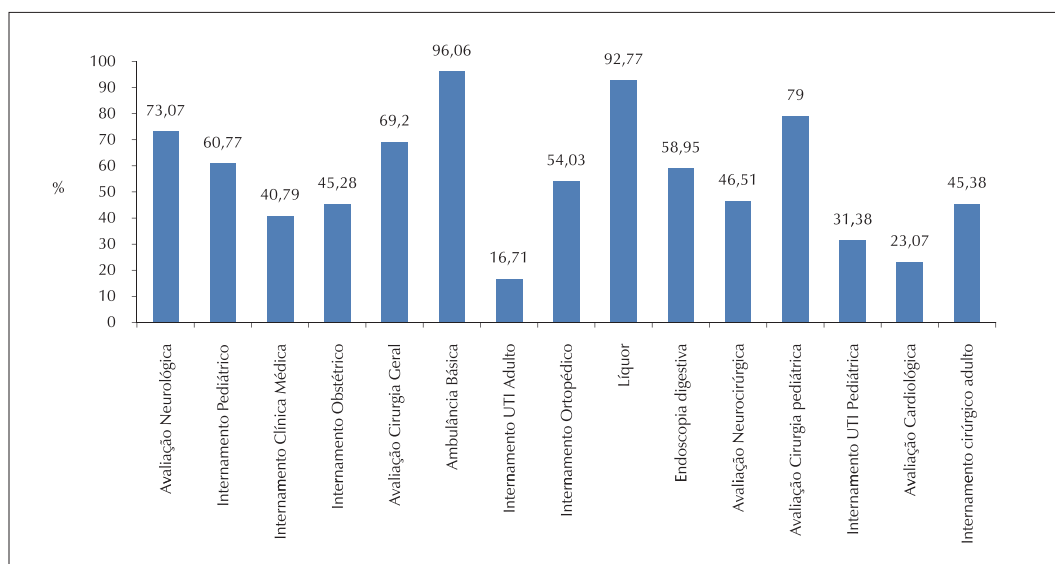


Gráfico 14 – Resolutividade da CER nos atendimentos realizados por especialidades de internamento – Bahia – 2007-2010

Fonte: Surem/CER/Sesab, 2010.

AUDITORIA DO SUS

O Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) foi criado pela Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993, e regulamentado pelo Decreto n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995,¹⁷ para exercer a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, de forma descentralizada e por meio dos seus componentes estaduais, municipais e federal.

Observadas a CF, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos estadual e municipal, a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios; as ações e serviços previstos no plano estadual e municipais de saúde, os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados; os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde; e as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria.

A Auditoria do SUS-BA, criada pela Lei n.º 6.812/95 e regulamentada pelo Decreto Estadual n.º 7.884/2000,¹⁸ constitui parte do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, sendo responsável pela realização das atividades de fiscalização das ações e serviços do SUS no Estado da Bahia, com foco na qualidade das ações e serviços ofertados à população,

bem como na correta aplicação dos recursos. O **Gráfico 15** permite observar as auditorias realizadas pelo componente estadual da Auditoria do SUS no período de 2007 a 2011.

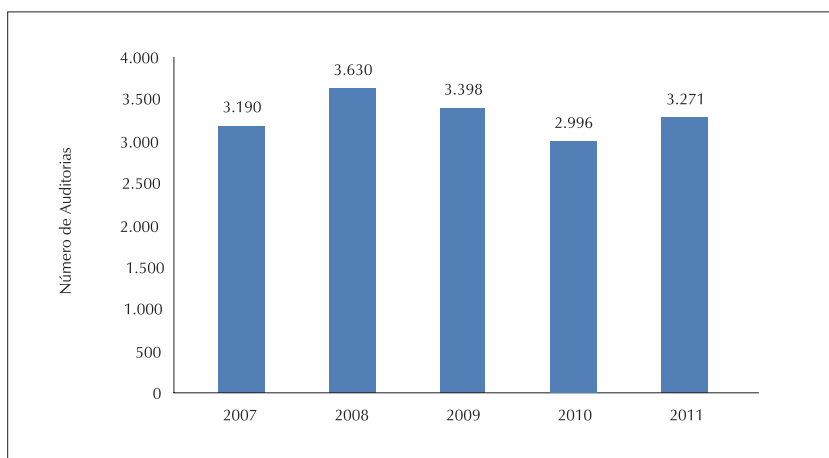


Gráfico 15 – Auditorias realizadas pelo componente estadual da Auditoria do SUS – Bahia – 2007-2011

Fonte: Bahia, 2012.

A Lei Complementar n.º 141/2012,¹⁹ em sua seção IV, que versa sobre a fiscalização da gestão da saúde, atribui ao poder legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, a fiscalização do cumprimento das normas desta Lei, com ênfase na elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias; à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde; às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; à aplicação dos recursos vinculados ao SUS; e à destinação dos fundos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Um dos princípios do SUS, a participação e o controle social, constitui-se como ação social que tem por objetivo primordial qualificar o processo de formulação e implementação das políticas públicas, neste caso particular, as que interferem direta e indiretamente no setor saúde. Para tanto, com a Lei n.º 8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade no SUS, foram criados os Conselhos de Saúde, instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

Embora a Lei n.º 8.142/1990 tenha estabelecido como prerequisite para a transferência de recursos a existência dos Conselhos de Saúde nos entes federados, segundo dados da Escola Nacional de Saúde Pública (Participanet), em 1991, apenas 92 conselhos haviam sido instituídos, ou seja 22%, considerando os 417 Municípios do Estado, sem contar com o CES. É importante registrar ainda que 46 conselhos foram instituídos na última década.

Os dados relativos ao número de conselheiros titulares permite observar-se que 198 conselhos (47%) não observam a paridade com relação às representações, conforme preconiza a Resolução n.º 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS),²⁰ ou seja, 50% dos representantes do segmento dos usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores e/ou prestadores de serviços. Atualmente, 77% dos conselhos contam com 8 a 12 conselheiros titulares. São 27 conselhos com 8 titulares, 11 conselhos com 9 titulares, 131 conselhos com 10 titulares, 18 com 11 titulares e 122 com 12 titulares.

No que se refere aos Conselhos Locais de Saúde (CLSs), 301 Municípios, mais de 70%, não possuem nenhum conselho local implantado. Já com relação à elaboração do PMS, 335 conselhos informaram que participaram do processo, sendo 144 da formulação das diretrizes e 191 da aprovação do plano elaborado pelo executivo. Quanto à disponibilidade de recursos, à coordenação dos trabalhos e ao apoio administrativo, 365 conselhos informaram não possuir dotação orçamentária própria, 245 não possuem mesa diretora e 293 não possuem secretaria executiva. Observou-se ainda que, em 351 conselhos, a presidência é de conselheiros representantes do segmento de gestores.

Com relação ao CES, instalado em 21 de julho de 1993, foi criado pela Lei n.º 6.074, de 22 de maio de 1991, pelo Decreto n.º 684, de 18 de novembro de 1991, e modificado pelo Decreto n.º 1.314, de 1 de julho de 1992, Decreto n.º 7.274, de 8 de abril de 1998, Decreto n.º 7.415, de 18 de agosto de 1998, Decreto n.º 7.546, de 25 de março de 1999, Decreto n.º 8.392, de 12 de dezembro de 2002 e, mais recentemente, pela Lei Estadual n.º 12.053, de 7 de janeiro de 2011. Em 2011, passou a contar com 32 membros titulares e 32 suplentes, representantes de entidades e movimentos sociais e de órgãos e instituições governamentais. Além disso, em 2012, foi eleita a mesa diretora e aprovado o novo regimento do CES da Bahia.

É importante registrar que, desde 2007, o CES da Bahia tem participado ativamente do processo de construção dos instrumentos de gestão, além de realizar periodicamente a avaliação dos relatórios de prestação de contas e de gestão da Sesab. Esta instância tem apoiado ainda, através de suas comissões, os conselhos municipais de saúde, no que se refere à estruturação desses, à realização das conferências municipais de saúde e ao processo de formulação e avaliação das políticas públicas de caráter municipal.

Além disso, foram realizadas três plenárias estaduais de conselheiros e duas Conferências Estaduais de Saúde (Conferes). A primeira, realizada em 2007, teve como tema central “Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento” e contou com a participação de cerca de 1.600 delegados dos 393 Municípios que realizaram a etapa municipal. Já a segunda, realizada em 2011, cujo eixo central de discussão foi “Acesso e o acolhimento com qualidade no SUS”, contou com a participação de 1.961 delegados dos 416 Municípios que realizaram a etapa local que antecede a Estadual. É importante registrar que, com a realização da conferência de saúde do Município de Anagé, 100% dos Municípios da Bahia realizaram suas conferências, ainda que, nesta localidade, tenham sido realizadas, em data posterior, as etapas Estadual e Nacional.

É importante registrar ainda que, no ano de 2003, apenas 189 Municípios realizaram a etapa municipal da 6.^a Conferência Estadual de Saúde, que teve como tema “Saúde, um direito de todos e dever do Estado: a saúde que temos e o SUS que queremos”, da qual participaram 800 delegados. Além disso, o Governo do Estado realizou, nos anos de 2007 e 2011, plenárias territoriais do PPA participativo, quando foram discutidas as temáticas relacionadas com as áreas de atuação governamental, neste particular, a saúde. Em ambas as plenárias, a Sesab participou ativamente com apoio técnico e logístico.

Registra-se ainda que, em consonância com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), instituída pela Portaria GM/MS n.º 3.027/2007, a Sesab implantou, em 2007, o Projeto MobilizaSUS, coordenado internamente no Estado pela Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (DGETS), de fortalecimento do controle social no Estado. Este Projeto foi implantado em parceria com a Secretaria de Educação (SEC) e com o Cosems, que vem trabalhando, intersetorialmente, com a área da educação e com o Ministério Público do Estado para formar redes sociais de fortalecimento e defesa do SUS.

Já participaram do MobilizaSUS mais de 2.300 pessoas. Foram mobilizados 210 movimentos sociais de 355 Municípios em 22 Seminários/Encontros/Oficinas e 2 videoconferências. Além disso, foram formados 142 articuladores regionais que atuam no envolvimento e mobilização de sujeitos coletivos do âmbito municipal para o desenvolvimento e acompanhamento de processos de Educação Permanente para o Controle Social e realizados cursos, a exemplo do Curso de Participação Popular, Direito à Saúde e Movimentos Sociais em parceria com o ISC da UFBA, que contou com a participação de 30 alunos.

Ainda no contexto do ParticipaSUS, foram entregues a 395 Conselhos Municipais de Saúde (CMS), em parceria com o MS, microcomputadores para apoiar o funcionamento das secretarias executivas dos referidos conselhos como parte do Projeto de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde do Governo Federal.

OUVIDORIA DO SUS-BA

A Ouvidoria do SUS-BA, instituída pela Portaria n.º 775, de 2004, vinculada ao gabinete do secretário da Sesab, é constituída atualmente por 23 Ouvidorias, com 59 ouvidores distribuídos nas macrorregiões Leste, com sede em Salvador; Centro-Leste, com sede em Feira de Santana; Nordeste, com sede em Alagoinhas; Sul, com sede em Itabuna; Norte, com sede em Juazeiro; Sudoeste, com sede em Vitória da Conquista; e Oeste, com sede em Barreiras.

A rede estadual da Ouvidoria está presente nas unidades hospitalares de referência: HGE; Hospital Geral Roberto Santos (HGRS); Hospital Geral de Camaçari (HGC); Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba); Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA); Centro Estadual de Oncologia (Cican); Hospital Especializado Otávio Mangabeira (Heom); HESF; Hospital Manoel Vitorino (HMV); Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (Cedap); Hemoba; Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC); e Hospital Geral Prado Valadares (HGPV).

Em relação aos Municípios baianos, apenas as cidades de Salvador, Lauro de Freitas, Camaçari, Feira de Santana, Barreiras, Porto Seguro e Cruz das Almas estão com os seus serviços de Ouvidoria em funcionamento, utilizando o sistema informatizado OuvidorSus.

A produção da rede de Ouvidorias da Sesab, nos anos de 2010 e 2011, foi menor que a registrada no período de 2007 a 2009, por conta da mudança na forma de aferição das manifestações recebidas por demandas para a Ouvidoria. O **Gráfico 16** mostra o número de manifestações e demandas para a rede de Ouvidorias da Sesab.

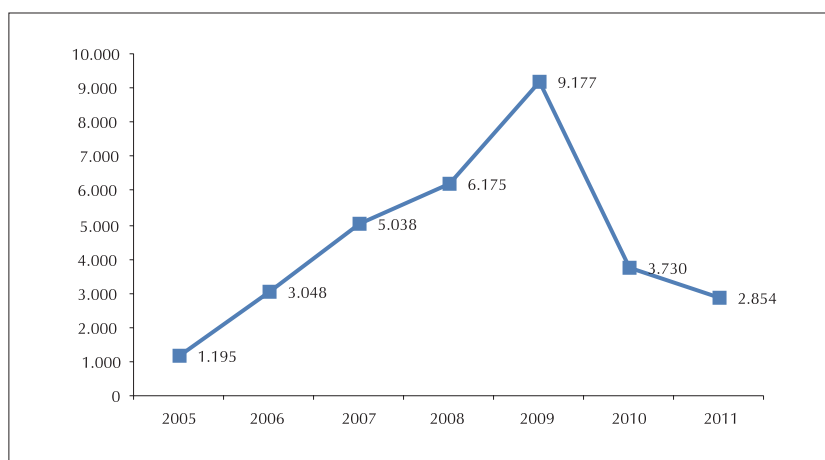


Gráfico 16 – Total de manifestações recebidas pela Ouvidoria SUS-BA – Bahia – 2005-2011*

Fonte: Sesab/Ouvidoria, 2012.

* Os dados informados no período de 2005 a 2009 são referentes às manifestações recebidas, enquanto, a partir de 2010, são contabilizadas demandas de Ouvidoria.

Desde 2007, particularmente com a implantação do ParticipaSUS, a Sesab vem realizando investimentos significativos na Ouvidoria do SUS-BA, com ampliação do quadro de ouvidores, capacitações e investimentos em infraestrutura.

Atinente à evolução anual das manifestações por classificação, a reclamação, solicitação e denúncia alcançam, respectivamente, o 1º, 2º e 3º lugar no *ranking* do quantitativo de manifestações da Ouvidoria, nos anos de 2008 a 2011. Já no ano de 2007, não mantém o padrão dos tipos de manifestações apresentado nos anos precedentes, pois a denúncia abarcou 2.º lugar e a solicitação o 3.º lugar. O **Gráfico 17** apresenta a evolução das Ouvidorias por classificação.

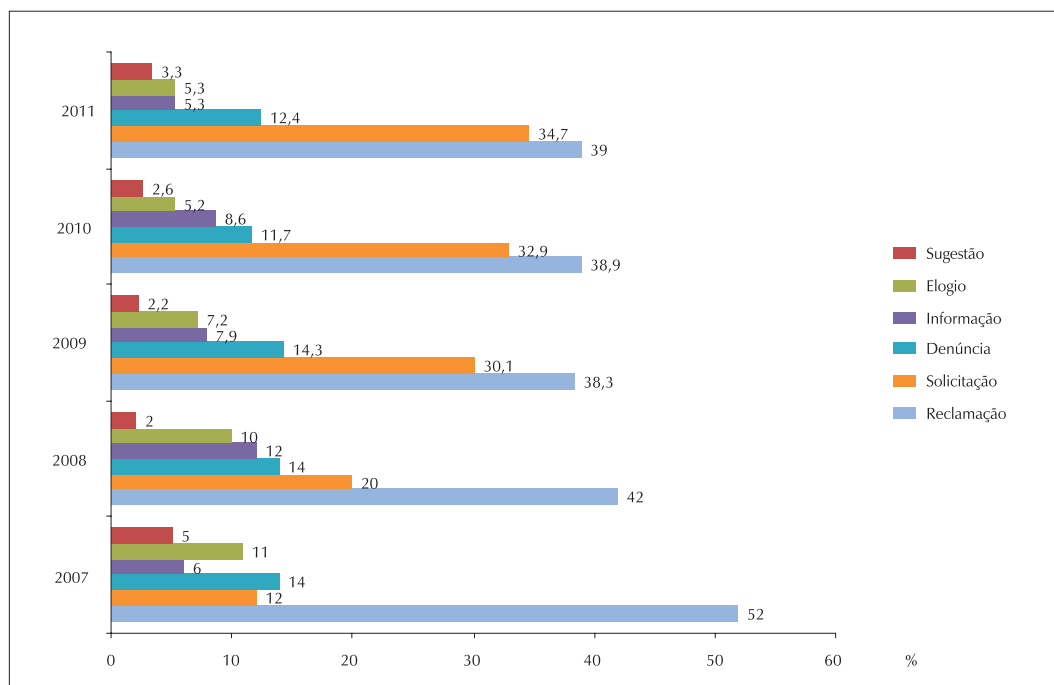


Gráfico 17 – Evolução anual das manifestações recebidas pela Ouvidoria por classificação – Bahia – 2007-2011

Fonte: Sesab/Ouvidoria – SUS/Bahia, 2012.

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Na Bahia, estão cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), quase 24 mil médicos, 35.2 mil profissionais de enfermagem, 11.8 mil profissionais de outras categorias de nível superior (odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e farmacêutico-bioquímico) e 33.4 mil profissionais de nível médio (Visitador Sanitário Auxiliar, Técnico em Patologia Clínica, Técnico em Radiologia e Imagenologia, Agente Comunitário de Saúde e Atendente de Consultório Dentário).

Analisando o número de profissionais por grupo ocupacional, 84% dos profissionais médicos, 94,7% dos profissionais de enfermagem, 98,3% dos profissionais de nível médio de outras categorias profissionais e 71,8% dos outros profissionais de nível superior estão vinculados ao SUS (Tabela 4). Do total desses profissionais, 90,8% estão em atividade no SUS.

Tabela 4 – Profissionais de saúde no estado da Bahia – 2011

Profissionais de Saúde no Estado da Bahia	SUS	Total	%SUS
Profissional Médico			
Médico	11.036	13.286	83.1
Médico Anestesiologista	463	494	93.7
Médico Cirurgião Geral	478	533	89.7
Médico Clínico	3.776	4.167	90.6
Médico Ginecologista	603	878	68.7
Médico de Saúde da Família	1.033	1.034	99.9
Médico Pediatra	1.236	1.455	84.9
Médico em Radiologia e Diagnóstico Imagem	328	455	72.1
Médico Ortopedista e Traumatologista	303	372	81.5
Médico Cardiologista	501	733	68.3
Médico Oftalmologista	404	581	69.5
Subtotal	20.161	23.988	84.0
Profissional Enfermagem			
Enfermeiro	9.617	10.136	94.9
Técnico em Enfermagem	11.519	12.174	94.6
Auxiliar de Enfermagem	12.193	12.873	94.7
Subtotal	33.329	35.183	94.7
Outros profissionais de nível superior			
Odontólogo	1.971	4.072	48.4
Psicólogo	1.007	1.277	78.9
Fisioterapeuta	2.383	2.999	79.5
Farmacêutico Bioquímico	1.746	2.066	84.5
Assistente Social	1.378	1.397	98.6
Subtotal	8.485	11.811	71.8
Profissionais de nível médio			
Visitador Sanitário Auxiliar	2.363	2.367	99.8
Técnico em Patologia Clínica	1.566	1.826	85.8
Técnico em Radiologia e Imagem	1.391	1.569	88.7
Agente Comunitário de Saúde	26.900	26.904	100.
Atendente de consultório dentário	580	718	80.8
Subtotal	32.800	33.384	98.3
Total	94.775	104.366	90.8

Fonte: CNES/MS, 2013.

Contudo, não se pode inferir que 100% dos profissionais de saúde existentes no mercado estão cadastrados na base nacional de ocupações. Desta forma, verifica-se a necessidade de desenvolvimento de mecanismos que permitam avaliar a oferta de profissionais de saúde de forma efetiva e regionalizada.

A Sesab possui 28.812 servidores, dos quais, 26.264 possuem vínculo efetivo, 1.440 apresentam vínculo pelo Regime Especial de Direito Administrativo (Reda), 6 celetistas, 103 estagiários, 40 empregados públicos e um executivo. Nos últimos cinco anos, mais de 7.000 profissionais foram convocados por meio de concurso público.

Com o concurso realizado em 2005, ainda vigente em 2007, foram criadas 1.883 novas vagas além das estabelecidas inicialmente (2.500 vagas), permitindo que 2.451 profissionais aprovados fossem convocados, quantitativo este que superou o número de profissionais convocados até dezembro de 2006 – 1.939 profissionais, dos quais 664 convocados no final de 2006 e efetivamente assumiram a partir de 2007. Já o concurso realizado em 2009 teve o número de vagas (850 inicialmente) ampliadas, permitindo que mais de 4.269 profissionais fossem convocados até 2011.

É importante registrar ainda que o Governo Estadual, com a Lei Estadual n.º 11.373, de 5 de fevereiro de 2009, reestruturou o Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde, criado pela Lei n.º 5.828, de 13 de junho de 1990, e reestruturado pela Lei n.º 8.361, de 23 de setembro de 2002, bem como o seu Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV). Mais recentemente, no ano de 2011, com a implementação do PCCV da Sesab, mas especificamente com o Programa de Avaliação de Desempenho, instituído pelo Decreto Estadual n.º 13.191, de agosto de 2011, mais um importante passo foi dado para a qualificação da gestão do trabalho em saúde no Estado.

O decreto citado regulamenta a avaliação de desempenho individual e institucional e a concessão de variação de Gratificação de Incentivo ao Desempenho (GID). No âmbito da avaliação individual, serão utilizados indicadores de cumprimento da jornada de trabalho, escalas, registro e controle de frequência dos profissionais.

Além disso, com a Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde, instituída em 2009, a Sesab tem investido, dentre outras coisas, para a estruturação do modelo de gestão, o desenvolvimento de estratégias de qualificação e pós-graduação de trabalhadores do SUS e de gestores de sistemas e serviços de saúde, Educação a Distância (EAD/SUS-BA), o desenvolvimento de cursos técnicos e pós-técnicos para trabalhadores do SUS, os cursos de pós-graduação e o ordenamento e ampliação das residências em saúde.

No que se refere à modernização da gestão do trabalho na saúde, a Sesab tem trabalhado para a implantação de um sistema de informação sobre a força do trabalho do SUS na Bahia, de um Programa de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador nas unidades hospitalares sob sua gestão. Além disso, já se encontra em funcionamento o Programa de Inclusão Digital para o pessoal da Sesab, voltado para a qualificação na área de informática, bem como os processos de formação de recepcionistas.

Na esfera municipal, 33 Municípios aderiram ao Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação do SUS (ProgeSUS), o qual tem por objetivo desenvolver ações conjuntas entre os entes federados com vistas à criação e/ou fortalecimento e modernização dos setores de gestão do trabalho e da educação no SUS, visando sua efetiva qualificação.

Qualificação Profissional

Para a qualificação dos profissionais de saúde, a Sesab mantém em funcionamento duas escolas: a Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) e da Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS). Além disso, no ano de 2011, foi implantada a Universidade Aberta do SUS (Unasus), a qual se constitui em uma estratégia político-pedagógica de integração educação-trabalho e desenvolvimento institucional, capaz de potencializar a implementação dessa política.

A EESP, credenciada pelo Ministério da Educação em 2008, vem desenvolvendo, desde 2007, o Projeto Estágio de Vivências no SUS, voltado para estudantes de todas as categorias profissionais que constituem a área da saúde. Esse projeto possibilita aos estudantes maior aproximação com o mundo do trabalho no SUS, buscando, dessa forma, adequar o processo formativo às necessidades do sistema. Até 2011, já participaram 450 estudantes de 30 Municípios.

O programa de residência médica e multiprofissional vem sendo ampliado nos últimos anos. São 16 programas de residências multiprofissionais e 61 especialidades de residências para profissionais médicos. Em 2011, encontravam-se em formação 925 residentes com bolsas de estudo fornecidas pela Sesab, o que significa um aumento de 11% em relação a 2010, quando 833 residentes estavam em formação, conforme o **Gráfico18**.

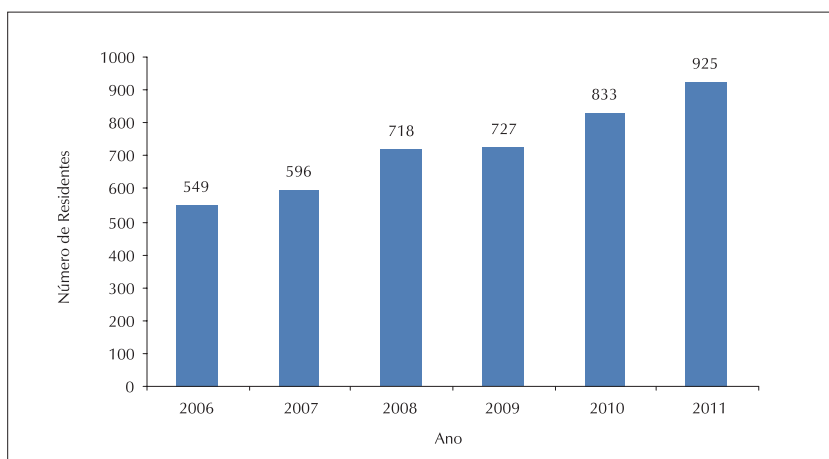


Gráfico 18 – Residentes com bolsas concedidas pela Sesab – Bahia – 2006-2011

Fonte: Sesab/EESP, 2012.

Além disso, no período de 2007 a 2010, foram realizados 21 cursos de atualização, seis cursos de formação e 11 cursos de especialização, no qual foram formados 1.199 especialistas, mais especificamente em Saúde da Família com ênfase na Coordenação e Gerenciamento nos Processos de Trabalho; Gestão Pública Municipal na Área de Saúde; Gestão Hospitalar para o SUS-BA; Educação e Saúde; Gestão Regionalizada; Residência Multiprofissional e Residência Médica.

Em parceria com o Instituto Anísio Teixeira, da SEC, da Companhia de Processamento de Dados e da UFBA, mais especificamente da Escola de Enfermagem, a EESP vem implementando o Projeto Educação à Distância (EAD-SUS), como estratégia de ampliação e democratização do acesso a processos educativos e de comunicação.

Atualmente, estão em funcionamento, com base nesse projeto, os cursos de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, de Gestão de Sistemas de Saúde para Auditores do SUS-BA, de Formação de Mediadores de Educação Permanente em Saúde, de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde, de combate a dengue na Atenção Básica e os cursos de segurança da informação, bem como o módulo de ambientação para formação de mediadores de aprendizagem.

A EFTS, uma escola pública do Estado da Bahia que atua na educação profissional de nível médio em saúde, vem promovendo, desde 2007, a formação tecnopolítica e pedagógica dos profissionais que atuam como docentes nos Municípios. Nos últimos cinco anos, mais 38 mil profissionais foram qualificados pelos diversos cursos ofertados por essa Escola, com destaque para os cursos realizados para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de

Combate a Endemias (ACE). A **Tabela 5** mostra o número de profissionais qualificados pelos cursos ofertados pela EFTS no período de 2007 a 2011.

Tabela 5 – Número de profissionais qualificados pela EFTS – Bahia – 2007-2011

Curso	n
Introdutório da Formação Inicial e Continuada para Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	2.833
Introdutório da Formação Inicial e Continuada para Agentes de Combate à Endemias (ACE)	4.791
Formação Técnica dos Agentes Comunitários de Saúde – MÓDULO I	25.435
Formação de Formadores para dentistas e enfermeiros docentes dos cursos da EFTS – modalidade presencial	3.548
Formação dos técnicos da Vigilância Sanitária Estadual para atuarem como docentes dos cursos da EFTS – modalidade presencial	66
Técnico de Enfermagem e complementação	407
Técnico em Saúde Bucal e complementação	277
Especialização Técnica em Informação e Saúde	28
Especialização Técnica em Registro e Produção de Informações em Saúde	26
Atualização para Técnicos dos Laboratórios de Saúde Pública	50
Formação de Agentes Indígenas	120
Curso de Políticas Públicas para as Escolas Técnicas Privadas e Secretaria Estadual de Educação	37
Curso de Formação de Docentes em Educação Profissional Técnica na Área de Saúde	52
Curso de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar)	785
TOTAL	38.455

Fonte: Sesab/EFTS, 2012.

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) revisada pela Portaria GM/MS n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, a expansão e a consolidação do Programa Saúde da Família (PSF) são imprescindíveis para reorientação do modelo de atenção a saúde. Dessa forma, estrategicamente atuando sob os pilares da promoção da saúde, essa política prima pela garantia do acesso às ações e serviços de saúde e pela resolutividade da maior parte dos problemas e necessidades de saúde da população.

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) orienta-se por princípios como a universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, vínculo, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Ou seja, tem-se a saúde como direito de cidadania, com ações pautadas pelo cuidado humanizado, pela inclusão social, respeito

às diferenças e afirmação de direitos sociais, buscando garantir a equidade, valorizando as necessidades locais/regionais.

Para tanto, a manutenção e o funcionamento da Atenção Básica é de responsabilidade dos três entes federados, resguardadas as devidas competências legais. O Governo Federal, por sua vez, tem por obrigação garantir fonte de recursos para compor o financiamento, prestar apoio institucional aos outros entes, bem como definir estratégias para institucionalização da avaliação e da qualificação da atenção básica e articular com órgãos/setores governamentais a realização de processos de educação permanente em saúde.

No que compete ao Governo Estadual, sua responsabilidade é garantir o financiamento, o apoio institucional, o bom funcionamento dos sistemas de informação em articulação com os Municípios, além de ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais e, assim como o Governo Federal, definir estratégias para institucionalização da avaliação e da qualificação da atenção básica, incluindo os processos de educação permanente em saúde.

Além das responsabilidades no âmbito do financiamento, da qualificação das equipes, do monitoramento e avaliação, da manutenção dos sistemas de informação, compete ao ente municipal organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, ou seja, garantir o pleno funcionamento das equipes.

No que se refere ao financiamento da Atenção Básica, o Governo Federal repassou aos Fundos de Saúde, em 2010, aproximadamente R\$ 263 milhões referentes ao incentivo financeiro para a Saúde da Família, um incremento de 526% em relação ao ano de 2003, quando foram aplicados R\$ 42 milhões.

O Estado da Bahia vem repassando regularmente aos Municípios recursos financeiros para garantir o funcionamento das equipes de Saúde da Família. O valor repassado por equipe foi ampliado, no início de 2007, e os Municípios com mais de 100.000 habitantes, que antes não faziam jus, passaram também a receber esses recursos. Os recursos aplicados pelo Estado na Atenção Básica, através da Sesab, vêm sendo ampliados anualmente. No ano de 2010, foram quase R\$ 54 milhões investidos, dos quais cerca de R\$ 39 milhões foram repassados aos FMS para manutenção das equipes de saúde da família como contrapartida estadual.

O **Gráfico 19** permite observar o montante de recursos aplicados no período de 2003 a 2011, excetuando-se os valores aplicados na assistência farmacêutica básica, nas ações de vigilância em saúde e na qualificação de profissionais.

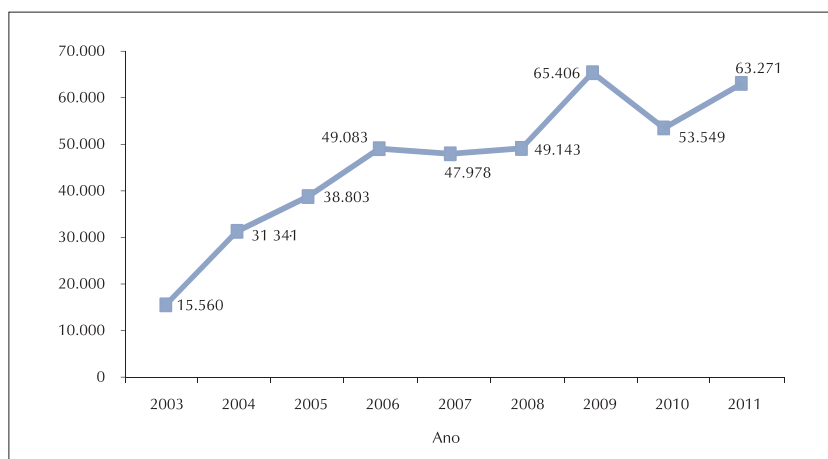


Gráfico 19 – Recursos aplicados pelo estado na Atenção Básica – (valor R\$ 1.000,00). – Bahia – 2003-2011

Fonte: Sesab/Fesba/Sicof Gerencial, 2012.

Além dos incentivos financeiros repassados mensalmente, o Estado vem realizando investimentos para criar uma infraestrutura adequada para o funcionamento da Saúde da Família, com construção de novas unidades de saúde. No período de 2007 a 2010, foram realizados investimentos para a construção de 400 novas unidades de saúde da família.

No âmbito da gestão, destaca-se o apoio institucional prestado aos Municípios pelas Dires e pelos técnicos do nível central da Sesab. O apoio institucional constitui-se em uma importante ferramenta de qualificação da gestão municipal, cuja relação entre os entes é pautada pela produção da autonomia dos sujeitos e das regiões. O apoio institucional desenvolve-se ainda no campo da gestão do trabalho e da educação permanente em saúde, a exemplo do apoio à despreciação do trabalho dos ACS e dos ACE. Em 2010, encontravam-se em atividade 25.733 profissionais em 415 Municípios do Estado, 31% a mais em relação ao ano de 2003, quando existiam 19.630 profissionais atuando em 416 Municípios. Ao final desse ano, 99,7% dos ACS encontravam-se com seus vínculos trabalhistas regularizados. Além disso, nos últimos anos, o Estado adquiriu fardamento para todos os ACS e para todas as equipes do PSF. Foram também distribuídos kits para exame pré-natal a todas as equipes e realizados investimentos na capacitação desses trabalhadores de nível médio e superior.

Em 2010, encontra-se em funcionamento 2.827 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS) – ampliação de 38% em relação a 2005 – e 2.683 equipes de saúde da família, um incremento de 145% se comparado ao ano de 2003, quando existiam 1.093 equipes em atividade. A cobertura populacional das equipes de saúde da família passou de 27% naquele ano para 59% em 2010.

Com relação ao número de Municípios atendidos pela ESF, foram ampliados em, aproximadamente, 70% entre 2003 e 2010, passando de 239 para 406. Vale ressaltar que, nesse mesmo período, o número de Municípios atendidos pela ESF no Brasil teve um crescimento de 18%, dado que destaca o desenvolvimento do Estado da Bahia em relação a atenção básica no país.

Analizando a cobertura populacional nas macrorregiões de saúde, a Extremo Sul apresentou a maior cobertura populacional em 2010; mais de 80% da população é potencialmente coberta pela Saúde da Família desde 2005. Em contrapartida, a macrorregião Leste apresenta uma cobertura próxima a 30%, considerando a baixa cobertura na capital, que concentra 61,4% da população da região e 19% do Estado e, ao longo da década, alcançou o máximo de 17,5% de cobertura. É importante registrar ainda que, ao longo dos últimos anos, as macrorregiões Centro-Norte, Nordeste, Centro-Leste, Sul, Norte e Oeste convergiram para uma cobertura populacional pela ESF entre 55% e 75%.

Com relação à Saúde Bucal, a quantidade de Municípios atendidos aumentou em 184% entre 2003 e 2010, passando de 138 para 392. O número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) foi ampliado em 418% entre 2003 e 2010, passando de 352 para 1.822, atingindo uma cobertura populacional de 41,9% da população do Estado.

A produção ambulatorial da atenção básica vem aumentando gradativamente. No ano de 2011, a produção registrada foi de aproximadamente 124 milhões de procedimentos realizados, um incremento de 42,8% se comparado ao ano de 2003, quando a produção foi de 86,5 milhões de procedimentos (**Gráfico 20**).

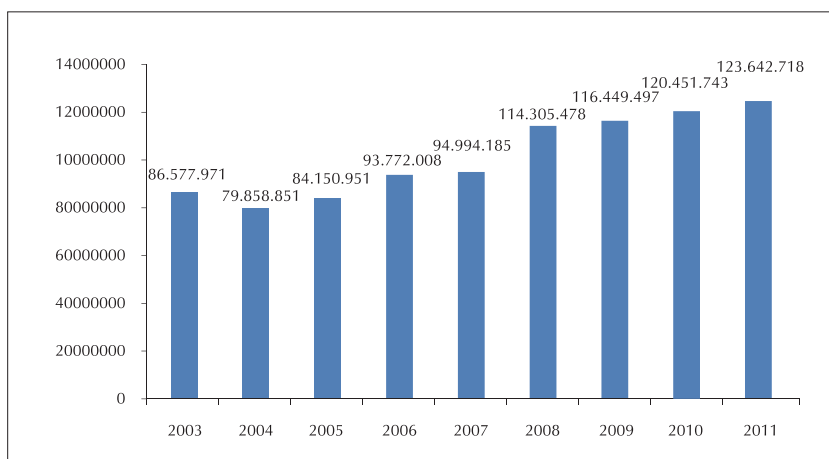


Gráfico 20 – Produção ambulatorial da Atenção Básica – Bahia – 2003-2011

Fonte: Datasus/MS, 2012.

É importante registrar que o crescimento da produção não acompanhou proporcionalmente o aumento da cobertura populacional da Saúde da Família, que foi ampliada em 148% no período.

Analisando a produção por macrorregião, pode-se observar que, proporcionalmente, não houve grandes alterações no período de 2003 a 2010, com exceção da região Leste, cuja redução proporcional foi de cinco pontos percentuais, saindo de 25% do total registrado em 2003 para 20% em 2010. Observa-se ainda que essa região concentra a maior parte da produção ambulatorial da atenção básica em números absolutos, fato que pode ser justificado por concentrar as unidades prestadoras de serviços. No entanto, a região possui a menor cobertura populacional.

Quanto à produção ambulatorial da atenção básica por habitante, pode-se observar, conforme **Gráfico 21**, que a macrorregião Centro Norte teve a maior ampliação, saindo de 7,5 procedimentos por habitante em 2003 para 11,5 procedimentos por habitante em 2011.

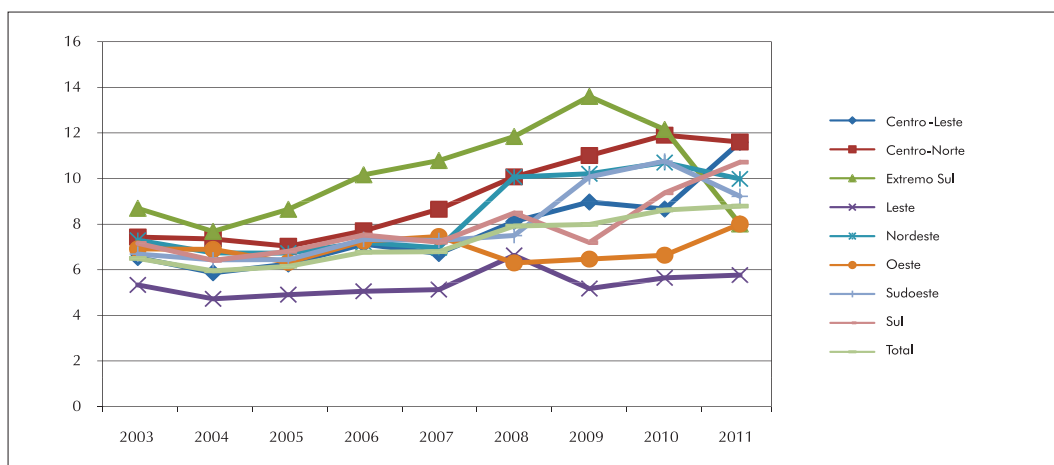


Gráfico 21 – Distribuição da produção ambulatorial da Atenção Básica por habitantes, segundo macrorregião – Bahia – 2003-2011

Fonte: CNES/MS, 2012.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

O Decreto Presidencial n.º 7.508/2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990,¹² define que a atenção ambulatorial especializada e hospitalar, articulada aos serviços de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial e de vigilância em saúde, deve conformar Redes de Atenção à Saúde em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à

saúde. Essas devem estar compreendidas nas Regiões de Saúde, cuja finalidade é integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Atenção Ambulatorial

Atualmente, estão em funcionamento no Estado 2.373 estabelecimentos de saúde classificados como clínica especializada/ambulatório de especialidade, 953 classificados como unidades de apoio diagnose e terapia e 560 Policlínicas.

As clínicas especializadas são unidades destinadas à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência. As unidades de apoio à diagnose são unidades isoladas, nas quais são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação. As Policlínicas são unidades de prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, que podem ainda ofertar outras especialidades não médicas e também Serviços de Apoio a Diagnose e Terapia (SADT) e Pronto Atendimento 24 horas.

A análise dos dados por macrorregião permite observar-se que a Leste concentra a maioria desses serviços, com 1.098 clínicas especializadas/ambulatórios de especialidade em funcionamento, ou seja, 46,3%, enquanto as macrorregiões Centro Norte (2,4%), Nordeste (2,4%), Oeste (4,5%) e Extremo Sul (4,3%) possuem menos de 5% dos estabelecimentos com esta classificação.

Com relação às unidades de apoio a diagnose e terapia, das 953 existentes no Estado, a macrorregião Leste concentra o maior número, com 305 unidades em funcionamento, o que corresponde a 32% desses serviços. Em seguida, pode-se observar a macrorregião Sul, com 127 estabelecimentos, e a macrorregião Sudoeste, com 122 estabelecimentos, ou seja, 13,3% e 12,8% respectivamente.

Atenção Hospitalar

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de hospital é aplicado para todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos.

Essas instituições agregam uma série de funções que as caracterizam como uma das organizações mais complexas do setor Saúde. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração

de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido por esse nível de atenção.

A Política de Atenção Hospitalar do Estado da Bahia, finalizada em 2010, tem por objetivo induzir a reestruturação e reorganização da rede de serviços hospitalares de forma regionalizada, bem como ampliar o acesso e atender às necessidades de saúde da população. Segundo esta Política, os hospitais são classificados segundo o seu papel nas redes locais de atenção à saúde, em: Hospitais de Referência Estadual, Hospitais de Referência Macrorregional, Hospitais de Referência Microrregional, Hospitais Complementares de Microrregião e Hospitais Locais.

Atualmente, a Bahia conta com 467 hospitais com leitos disponíveis ao SUS, dos quais 390 estão classificados como hospitais gerais, 58 hospitais especializados e 19 hospitais dia, que possuem como característica a oferta de serviços de internação parcial.

No Estado, 46% dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) possuem até 30 leitos, em sua grande maioria geram internações inadequadas, pouco resolutivas e/ou desnecessárias e, muitas vezes, geram duplicidade de internação em hospitais de maior porte e competem com as ações da atenção básica. Além disso, 34 Municípios que possuem leitos cadastrados não apresentam produção.

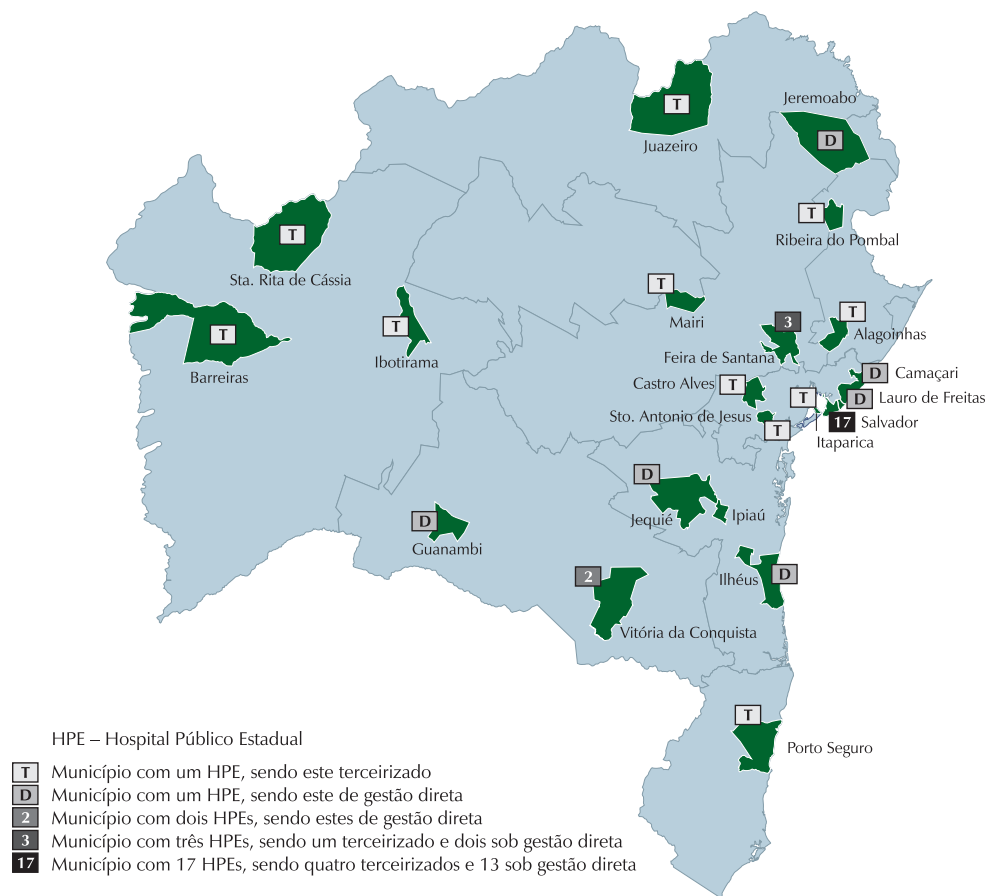
A rede própria hospitalar da Sesab é composta por 40 unidades em 20 Municípios, das quais cinco foram construídas nos últimos quatro anos (Hospital do Subúrbio em Salvador, Hospital da Criança em Feira de Santana, Hospital Regional Mário Dourado Sobrinho em Irecê, Hospital Regional de Juazeiro e Hospital Urcisino Pinto de Queiroz em Santo Antônio de Jesus). São quase 5,5 mil leitos na rede Sesab, sendo 50% deste total localizado em Salvador e Região Metropolitana e os outros 50% no interior do Estado.

Quanto ao gerenciamento das unidades da rede Sesab, 23 encontram-se sob gestão direta e 17 com gestão indireta (Organizações Sociais, Terceirizadas e Parceria Público-Privada), distribuído conforme **Mapa 4**.

Há que se destacar ainda a Portaria n.º 96/2008, de 11 de janeiro de 2008, que cria o programa Estadual de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS-BA e a Resolução CIB n.º 191/2011, que aprova a Política Estadual para Contratualização de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) para o SUS no Estado da Bahia. Encontram-se contratualizados no Estado 38 HPP e 30 Hospitais Filantrópicos (21 contratualizados pelo Governo Federal e 9 pelo Governo do Estado). (**Mapa 5**).

Atualmente, existem 32.021 leitos de internação no Estado, incluindo os leitos complementares, dos quais 26.084 estão disponíveis ao SUS, ou seja, 81,4% do total desses

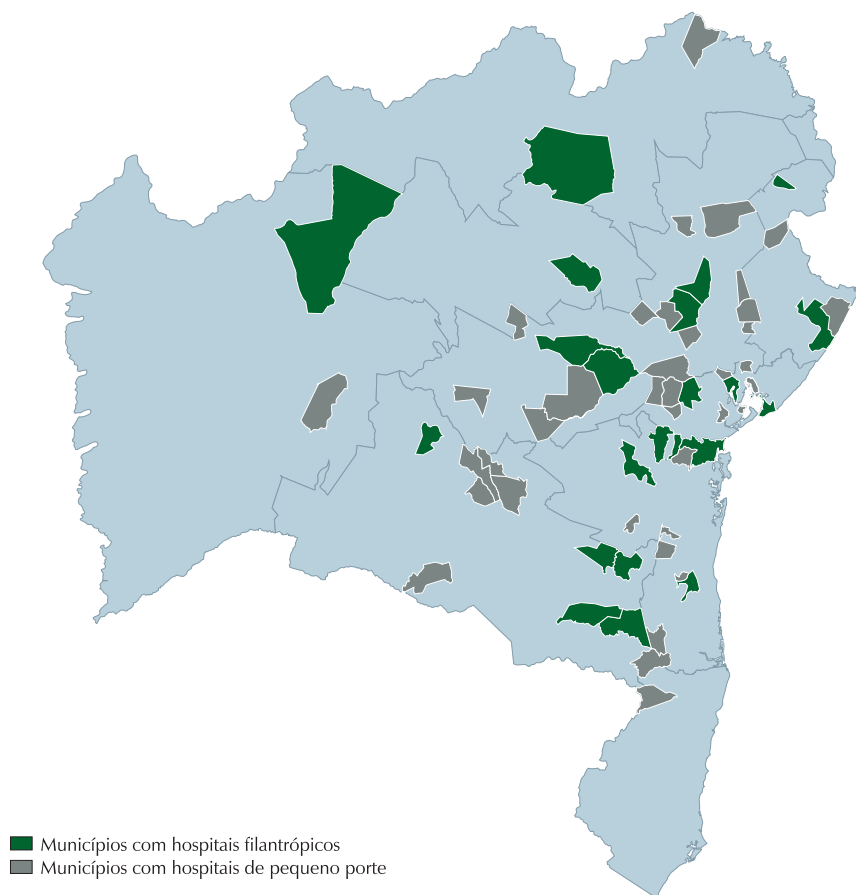
leitos. Não contabilizados os leitos complementares, os leitos de urgência e emergência e os leitos de observação e repouso, dos 29.986 leitos de internação existentes hoje, em todo o Estado, 82,6% (24.798 leitos) estão disponíveis ao SUS. O **Gráfico 22**, apresenta a quantidade de leitos no período 2005 a 2011.



Mapa 4 – Distribuição dos hospitais da rede própria da Sesab – Bahia – 2011

Fonte: SESAB/SAIS/DGRP-DIRPGI-DIRPGD

A análise da distribuição de leitos entre as macrorregiões de saúde permite observar-se que, na macrorregião Leste, estão 37%, que corresponde a 11.859 dos leitos existentes, e 32%, que equivale a 8.402 leitos disponíveis ao SUS no Estado. Em seguida estão as macrorregiões Sul e Centro Leste, com 13,4% e 13,2%, respectivamente, do total de leitos no Estado, mais especificamente com 4.286 e 4.220 leitos existentes. Já as macrorregiões Nordeste, com 1.156 leitos existentes, e a Extremo Sul, com 1.531, possuem proporcionalmente o menor número de leitos, o que corresponde a, respectivamente, 3,6% e 4,8% do total de leitos.



Mapa 5 – Distribuição dos municípios com hospitais filantrópicos e/ou hospitais de pequeno porte, segundo macrorregião – Bahia – 2011

Fonte: Sesab/Suregs, 2012.

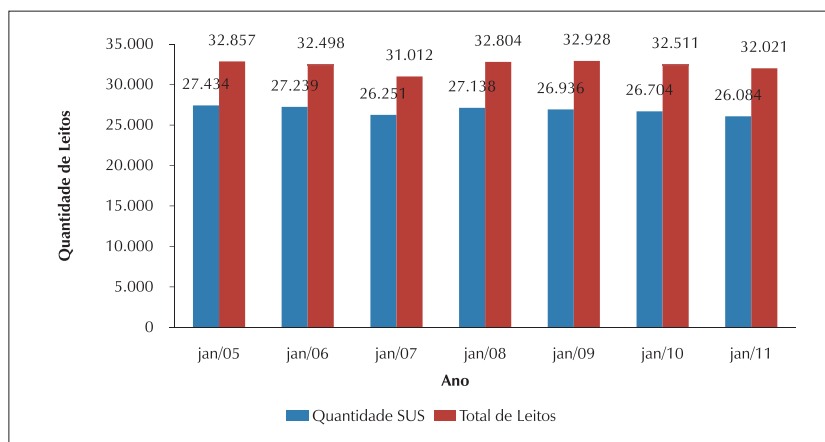


Gráfico 22 – Quantidade total de leitos de internação e leitos SUS – Bahia – 2005-2011

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2012.

O Estado tem um déficit de 5.679 leitos SUS, conforme preconiza a Portaria GM/MS 1.101/2002, sendo a macrorregião Centro-Leste a que apresenta a maior defasagem. Dentre estes, 1.259 leitos de longa permanência e 1.339 leitos de reabilitação, além do déficit de leitos complementares que compreendem os leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto, pediátrica, neonatal e os leitos em Unidades de Cuidado Intermediário (UCI) neonatal.

Por outro lado, 81% dos Municípios do Estado possuem leitos de internação cadastrados, dos quais 55% possuem menos que 50 leitos. Apenas 78 Municípios de pequeno porte não têm unidades de internação. Destaca-se ainda o excedente de leitos Cirúrgicos, Obstétricos e Pediátricos.

A maioria dos leitos existentes na Bahia, 85,7%, destina-se à assistência para as quatro clínicas básicas (cirúrgica, clínica, obstetrícia, pediatria). A maior parte dos leitos existentes por especialidade é cadastrada como leitos SUS (variação de 74,5% a 90%), com menor percentual para leitos cirúrgicos (7.718 leitos existentes e 5.749 leitos SUS) e maior para leitos pediátricos (5.352 leitos existentes e 4.817 leitos SUS).

Ao analisar a relação entre a quantidade de leitos complementares e de internação por habitante, pode-se observar que a Bahia possui 2,3 leitos de internação por 1.000 habitantes. Em conformidade com a Portaria GM/MS n.º 1.101/2002, algumas macrorregiões de saúde, estão dentro do parâmetro estabelecido para leitos de internação (2,5 a 3 leitos/1.000 hab.), a exemplo das macrorregiões Leste (2,7 leitos/1.000 hab.) e Sul (2,6 leitos/1.000 hab.). No entanto, as macrorregiões Oeste, Norte e Nordeste apresentam menos de 2,0 leitos por 1.000 habitantes (**Tabela 6**).

Tabela 6 – Leitos complementares e de internação por habitantes, distribuídos por macrorregião de saúde – Bahia – 2011

MACRO	População	Leito SUS	Leito SUS/Hab.	Leitos existentes	Leitos existentes /Hab.
Centro-Leste	2.114.134	3.711	1.8	4.220	2.0
Centro-Norte	771.253	1.702	2.2	1.850	2.4
Extremo Sul	760.206	1.266	1.7	1.531	2.0
Leste	4.353.829	8.402	1.9	11.859	2.7
Nordeste	813.271	1.042	1.3	1.156	1.4
Norte	1.001.075	1.481	1.5	1.651	1.6
Oeste	876.843	1.488	1.7	1.682	1.9
Sudoeste	1.704.534	3.284	1.9	3.786	2.2
Sul	1.621.761	3.706	2.3	4.286	2.6
TOTAL	14.016.906	26.084	1.9	32.021	2.3

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2012.

Leitos complementares

Com relação aos leitos de UTI adulto, são necessários 1.820 leitos para atender às necessidades do SUS-BA. No entanto, estão disponíveis apenas 471 leitos; as microrregiões de saúde de Jacobina, Serrinha, Seabra, Itaberaba, Itapetinga, Santa Maria da Vitória, Ibotirama, Senhor do Bonfim, Valença, Brumado não possuem leito para esta especialidade.

Com relação aos leitos de UTI pediátrica, atualmente, existem 94 disponíveis ao SUS, menos de 30% do preconizado pelo MS, que é de 357. As macrorregiões de saúde Centro Norte, Sul, Extremo Sul, Nordeste e Norte não possuem leitos de UTI para esta especialidade.

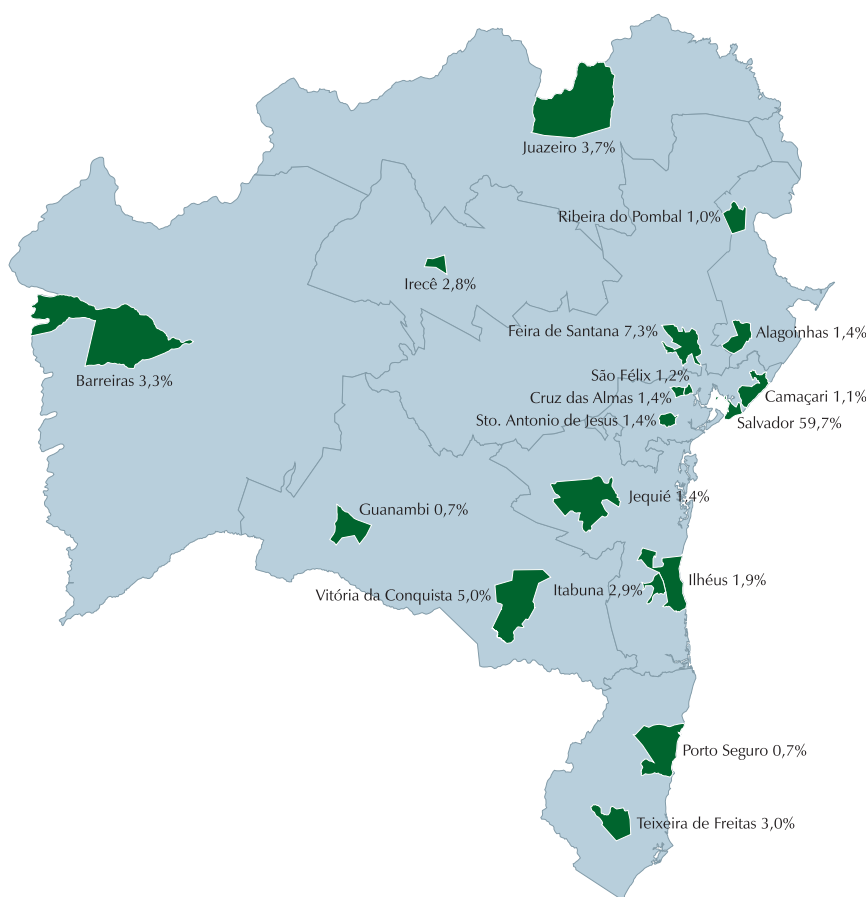
Para atender às necessidades da população quanto aos leitos de UTI e de UCI neonatal, deveriam estar disponíveis ao SUS 350 leitos para cada uma das especialidades. Todavia, o déficit é de 190 e 83 leitos, respectivamente. As macrorregiões Nordeste e Norte não possuem leitos de UTI neonatal, e as microrregiões de Seabra, Serrinha, Cruz das Almas, Ibotirama, Santa Maria da Vitória, Brumado, Itapetinga, Ilhéus, Valença, Senhor do Bonfim não possuem leitos de UCI neonatal.

No entanto, tem-se observado a ampliação do número de leitos de UTI no Estado, especialmente os leitos públicos. No período de 2005 a 2011 houve um incremento de 65% no número total de leitos de UTI existentes. Em 2005, dos 753 leitos existentes naquele ano, 46% (346 leitos) estavam disponíveis ao SUS, enquanto em 2011, dos 1.244 leitos de UTI existentes, 58% (722) estão à disposição do SUS.

Ao analisar os dados referentes às macrorregiões de saúde, percebe-se que há uma grande concentração de leitos SUS na macrorregião Leste, especialmente no Município de Salvador. Esta macrorregião, que concentra 53,2% dos leitos disponíveis ao SUS, conta ainda 70% dos leitos de UTI existentes. O **Mapa 6** mostra a distribuição de leitos de UTI no Estado.

Atenção Psicossocial

A Portaria GM/MS n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011,²¹ que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, estabelece que esta seja constituída pelas unidades de saúde que a compõem: a Atenção Básica em Saúde, a Atenção Psicossocial Especializada, a Atenção de Urgência e Emergência, a Atenção Residencial de Caráter Transitório, a Atenção Hospitalar, a Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial.



Mapa 6 – Distribuição percentual dos leitos de UTI disponíveis ao SUS – Bahia – 2011

Fonte: CNES/MS, 2012

No funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial devem ser observados: o respeito aos direitos humanos, a promoção da equidade, o combate a estigmas e preconceitos, o acesso integral aos serviços com qualidade, a humanização da atenção, a inclusão social, a autonomia dos sujeitos e o exercício da cidadania, a redução de danos, o controle social, a intersetorialidade e a construção do projeto terapêutico singular.

No que se refere à Atenção Psicossocial especializada, há que se destacar os Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Estes, sob gestão municipal, podem ser de diferentes modalidades; são serviços de natureza ambulatorial, regionalizados, com cobertura assistencial para uma população pré-definida, capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial.

Para acompanhar a tendência nacional, o Estado registrou um aumento significativo do quantitativo de Caps nos últimos anos. Em 2011, encontram-se em

funcionamento 183 Caps, distribuídos em 153 Municípios, um incremento de mais de 100% se comparado ao ano de 2006, quando havia 88 serviços em funcionamento (**Gráfico 23**). Hoje a Bahia é o quinto Estado em número de Caps por habitante, 43% acima da média nacional.

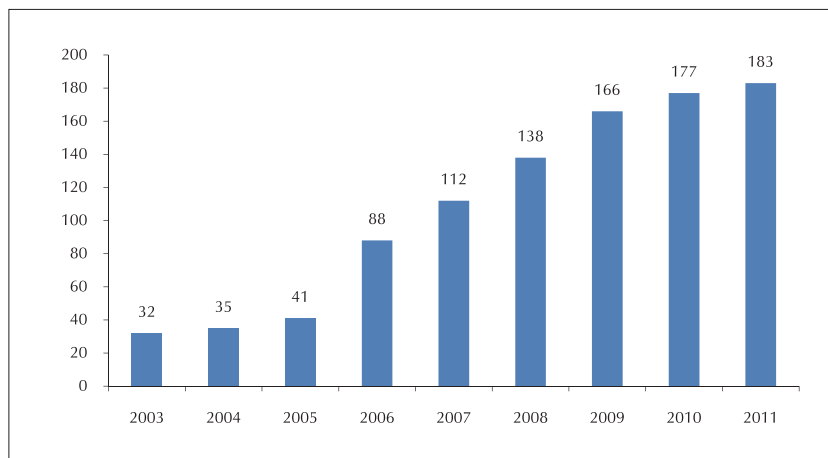


Gráfico 23 – Quantitativo de CAPS em funcionamento no estado – Bahia – 2003-2011

Fonte: Sesab, 2012.

A Sesab apoia tecnicamente os Municípios na implantação e manutenção dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, sobretudo no que se refere à qualificação profissional e ao processo de credenciamento e habilitação desses serviços junto ao MS. É importante registrar ainda que o Governo do Estado instituiu, em 2012, Portaria n.º 275, de 24 de fevereiro de 2012, o incentivo financeiro estadual mensal para o custeio dos Caps nas modalidades Caps III e Caps-AD III.

No que se refere ao financiamento dos Caps, no período de 2008 a 2010, os repasses do Governo Federal, por meio do FNS para os Fundos de Saúde dos Municípios do Estado da Bahia, destinados à ampliação desses serviços, passaram de R\$ 637 mil para R\$ 1.030 milhão.

Os beneficiários do Programa de Volta para Casa, criado em 2003, já somam hoje um total de 115 pessoas que retornaram para o convívio de suas famílias e recebem um benefício financeiro mensal para apoiar seu sustento. Esses beneficiários residem nos Municípios de Barreiras, Brumado, Prado, Feira de Santana e Salvador.

As ações de promoção e acompanhamento especializado da saúde do portador de transtornos mentais refletem em uma redução das internações hospitalares por transtornos mentais ou comportamentais – que passaram de 17.143, em 2001, para 7.898, em 2010 – representando uma redução de 54% em internações psiquiátricas no SUS e do número de leitos de internações SUS para psiquiatria (de 1.886 em 2005 para 1.002 em 2010).

As residências terapêuticas, destinadas a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos com histórico de internações de longa permanência e sem laços familiares possíveis de serem retomados, chegaram a 20 serviços distribuídos em 5 Municípios, com 124 beneficiários.

Atenção à Saúde Bucal

Na Atenção à Saúde Bucal, as ações devem estar orientadas por uma gestão participativa, pela ética, pelo acolhimento, pelo vínculo e pela responsabilização, em que a unidade ou serviço deve comprometer-se com o atendimento às necessidades de cuidado em saúde bucal, garantindo o acesso universal e equânime.

O cuidado em saúde bucal deve ser realizado, individual e coletivamente, tanto na Atenção Básica quanto no nível especializado, com ações de promoção e proteção de saúde, que compreende a educação em saúde, fluoretação das águas, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor, bem como ações de recuperação e reabilitação.

No tocante ao cuidado especializado, há que se destacar a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

Conforme Portaria n.º 599, de 23 de março de 2006, que estabelece critérios, normas e requisitos para o credenciamento desses serviços, o CEO é um estabelecimento de saúde classificado como clínica especializada/ambulatório de especialidade, para realizar diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais. Já o LRPD é uma Unidade de Saúde de SADT para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível.

O tratamento oferecido por esses serviços é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e, no caso dos Municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal.

O número de CEOs implantados no Estado da Bahia passou de 12 unidades em 2005 para 72 unidades no ano de 2011. Com relação aos LRPDs, o aumento foi de 3.900% entre 2005 e 2011, passando de uma unidade para 40 (**Gráfico 24**). Com relação à quantidade de Municípios atendidos, em 2005 eram 11 e passaram a ser 66 em 2011, aumento de 500%.

No que se refere ao financiamento, houve uma ampliação de 441% dos recursos federais transferidos no período de 2005 a 2010, passando de R\$1,4 milhão para R\$ 7,8 milhões. Ampliação essa que pode ser traduzida no aumento quantitativo destes serviços.



Gráfico 24 – Número de Centros de Especialidade Odontológica (CEO) e de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) em funcionamento – BAHIA – 2011

Fonte: Sesab, 2012.

Atenção às Urgências e Emergências

A Rede de Urgências e Emergências tem por objetivo articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Nesse contexto, é papel do Estado desenvolver ações de prevenção de acidentes e violências, das lesões e morte no trânsito, de ampliação da atenção básica, de qualificação das unidades hospitalares de urgência, e de contratualização de leitos de retaguarda, para desafogar as unidades de urgência. Destacam-se, ainda, o fomento e o apoio aos Municípios na implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 h e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192).

O Estado deve ainda repassar regularmente, por meio do Fesba, para os FMS, recursos financeiros para o funcionamento do Samu 192. Em 2011, 74 Municípios habilitados pelo Ministério da Saúde, segundo critérios estabelecidos na CIB, receberam recursos do Governo Estadual. Foram cerca de R\$ 20 milhões aplicados.

No que se refere às UPA 24h, foram aprovadas pelo Ministério da Saúde 49 unidades para a Bahia, das quais já estão em funcionamento nos Municípios de Vera Cruz, Caetitê, Candeias, Bom Jesus da Lapa, Luís Eduardo Magalhães e Salvador no Subúrbio Ferroviário, as demais em diversas fases de implantação. Essas unidades caracterizam-se por serem estabelecimentos de complexidade intermediária entre as UBS/Saúde da Família e a rede hospitalar.

No ano de 2011, o Samu 192 contava com 298 unidades para atendimento pré-hospitalar distribuídas no Estado. Dentre estas, conta-se com 60 Unidades de Suporte Avançado (USA), das quais 46 estão habilitadas pelo MS, e 238 Unidades de Suporte Básico (USB), com 146 já habilitadas. A USA é equipada com material e equipe multiprofissional (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Conductor), preparada para atender aos casos de maior gravidade, enquanto a USB conta com técnico de enfermagem e condutor para atendimento aos demais casos.

O serviço ofertado pelo Samu 192 é regulado por uma Central de Regulação Médica (CR) de Urgências, conta com equipes formadas por profissionais Médicos Reguladores, Enfermeiros e Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM), que são responsáveis pelo acolhimento das demandas pelo serviço de telefonia 192 e encaminhamentos, deslocamento da equipe ao local da ocorrência, até o final do atendimento ao usuário.

Existem 19 CR em funcionamento no Estado, distribuídas nas regiões Barreiras/Ibotirama, Bom Jesus da Lapa, Juazeiro, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim, Vitória da Conquista/Itapetinga, Guanambi, Brumado, Jequié, Eunápolis/Porto Seguro, Teixeira de Freitas, Santo Antônio de Jesus/Cruz das Almas, Camaçari e Metropolitano de Salvador, além dos serviços nos Municípios de Ilhéus, Itabuna e Feira de Santana, abrangendo 243 Municípios contemplados com o Samu 192; o serviço está em funcionamento em 174 municípios.

Produção Ambulatorial e Hospitalar

No ano de 2011, registrou-se no Estado uma produção ambulatorial de média e alta complexidade de aproximadamente 92 milhões de procedimentos, dos quais 69 milhões (74%) referem-se aos de média complexidade, com destaque para aqueles com finalidade diagnóstica (35 milhões) e para os procedimentos clínicos (33 milhões).

Quanto à produção em alta complexidade, dos quase 23 milhões de procedimentos realizados neste ano, 90% estão relacionados a medicamentos, enquanto apenas 6,3% da produção referem-se aos procedimentos clínicos e 0,2% aos procedimentos cirúrgicos.

Analisando a série histórica de 2008 a 2011, pode-se observar um incremento de 15% na produção ambulatorial especializada. Na média complexidade, observou-se um incremento de 11% no período, distinguindo-se as ações de promoção e prevenção e para os transplantes, cuja ampliação foi de 57% e 45%, respectivamente. O incremento na produção de alta complexidade foi de 28%, com destaque para os procedimentos cirúrgicos cuja

produção totalizou 45 mil procedimentos, cerca de 230% maior que o ano de 2008, quando foram realizadas 13,6 mil cirurgias (**Tabela 7**).

Tabela 7 – Procedimentos especializados ambulatoriais produzidos de acordo com o grupo do SIA/SUS – Bahia – 2008-2011

Grupo procedimento	2008	2009	2010	2011	2008 - 2011/ Incremento (%)
MÉDIA COMPLEXIDADE					
Ações de promoção e prevenção em saúde	114.435	88.635	114.016	180.193	57
Procedimentos com finalidade diagnóstica	32.081.847	32.199.924	34.302.232	35.134.890	10
Procedimentos clínicos	26.447.201	27.982.187	30.732.274	33.180.886	25
Procedimentos cirúrgicos	1.126.348	1.160.649	1.204.392	756.363	-33
Transplantes de órgãos, tecidos e células	4.275	4.672	5.944	6.228	46
SUB-TOTAL	59.774.106	61.436.067	66.358.858	69.258.560	16
ALTA COMPLEXIDADE					
Procedimentos com finalidade diagnóstica	280.444	212.239	246.523	304.139	8
Procedimentos clínicos	1.182.815	1.308.968	1.371.776	1.460.128	23
Procedimentos cirúrgicos	13.618	27.412	66.547	44.929	230
Transplantes de órgãos, tecidos e células	16.931	20.078	27.528	23.688	40
Medicamentos	15.352.086	19.315.332	19.933.911	21.000.535	37
SUB-TOTAL	16.845.894	20.884.029	21.646.285	22.833.419	36
TOTAL	76.620.000	82.320.096	88.005.143	92.091.979	20

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2012.

A análise da produção ambulatorial de média complexidade por esfera administrativa, no ano de 2008, permite observar-se que, do total de 59,7 milhões de procedimentos realizados, 51% ocorreram na esfera privada (30,4 milhões de procedimentos) e os outros 49% nas esferas federal (3%), estadual (18%) e municipal (28%). Já no ano de 2011, onde foram produzidos 69,3 milhões de procedimentos, a esfera privada contribuiu com 42,4% da produção registrada, tendo sido realizados 29,3 milhões de procedimentos.

Quanto à alta complexidade, registrou-se, em 2011, uma produção ambulatorial de 22,8 milhões de procedimentos, dos quais 94% foram realizados pelas esferas federal, estadual e municipal. Na esfera federal foram produzidos 81,5 mil procedimentos ambulatoriais, o que corresponde a 0,4% do total registrado, enquanto na esfera estadual foram efetuados 21,2 milhões, ou seja, 92,9%, e na esfera municipal, a produção registrada foi de 203 mil procedimentos, o que corresponde a 0,9%.

Entretanto, excluindo o grupo de procedimentos de medicamentos, verifica-se que a esfera estadual torna-se responsável por 12% da produção total do Estado e a esfera privada passa a representar mais de 73% desse total em 2011. O **Gráfico 25** mostra a distribuição percentual da produção ambulatorial especializada por esfera administrativa e nível de complexidade.

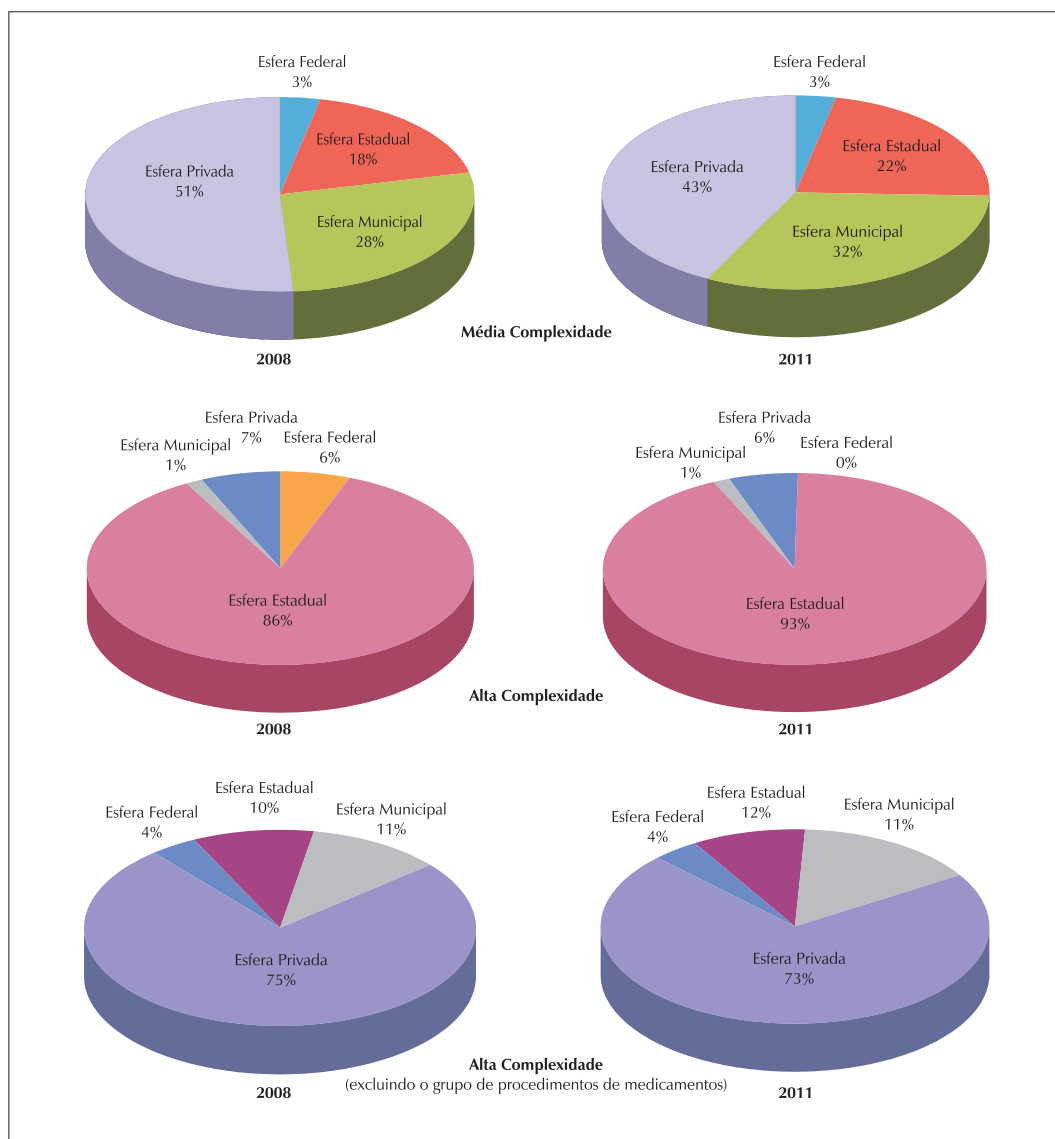


Gráfico 25 – Distribuição percentual da produção ambulatorial especializada, segundo esfera administrativa e nível de complexidade – Bahia – 2008-2011

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS), 2012.

Com relação à distribuição percentual dos procedimentos ambulatoriais nas macrorregiões de saúde do Estado, percebe-se que a Leste é a que concentra os serviços tanto de média como de alta complexidade, com 51% e 94% da produção, respectivamente. O que é justificado pelo fato de esta região possuir o maior parque tecnológico de serviços de saúde nesse nível de atenção (**Gráfico 26**).

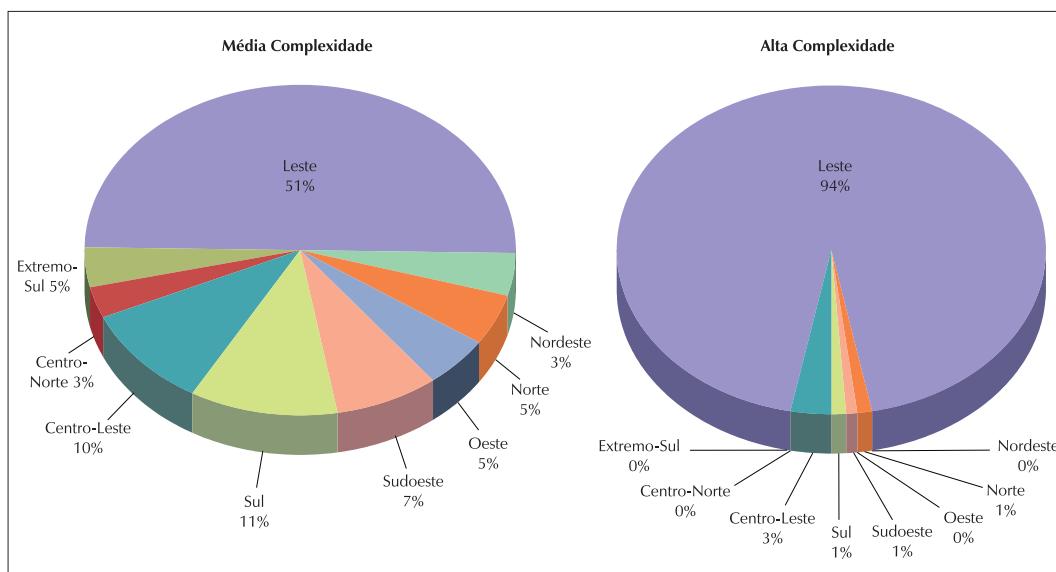


Gráfico 26 – Distribuição proporcional dos procedimentos, segundo complexidade e macrorregião de saúde – Bahia – 2011

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2012.

Ao analisar a relação entre a produção ambulatorial de média e alta complexidade por local de ocorrência e a população das macrorregiões de saúde, percebe-se uma desigual oferta desses serviços pelo Estado. Verifica-se que são realizados entre três e quatro procedimentos de média complexidade por habitante para a maioria das macrorregiões, exceto para a região Leste, na qual são realizados mais de oito procedimentos por habitante.

No que se refere aos serviços ambulatoriais de alta complexidade, constata-se uma concentração ainda maior na região Leste, já que, para cada habitante, são realizados mais de quatro procedimentos, enquanto nas demais macrorregiões esse quantitativo não ultrapassa 0,3 procedimentos (**Gráfico 27**).

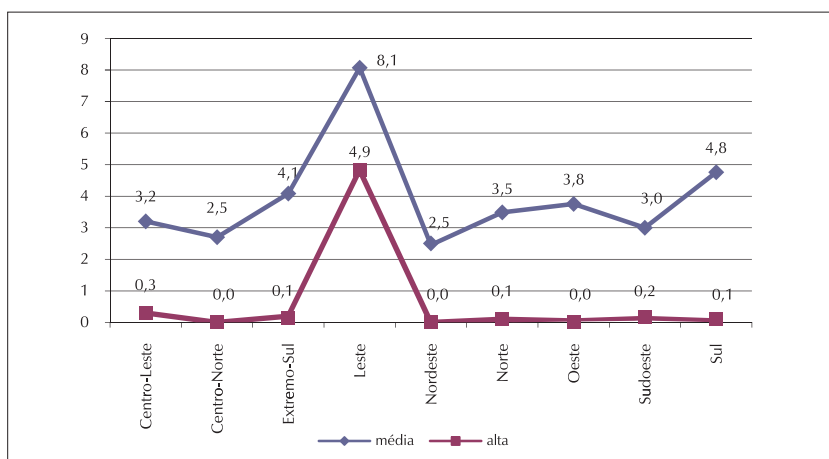


Gráfico 27 – Relação entre a produção ambulatorial de média e alta complexidade e a população, segundo macrorregião – Bahia – 2011

Fonte: SAI/SUS/MS, 2012.

Com relação aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar nas áreas Oncologia, Nefrologia, Neurologia, Cardiologia, Oftalmologia, Transplantes, Traumatologia e Ortopedia, pode-se observar um incremento de 32%, no período de 2007 a 2010, com destaque para os serviços de Traumatologia e Ortopedia cuja ampliação foi de 455,5% nesse período (**Gráfico 28**).

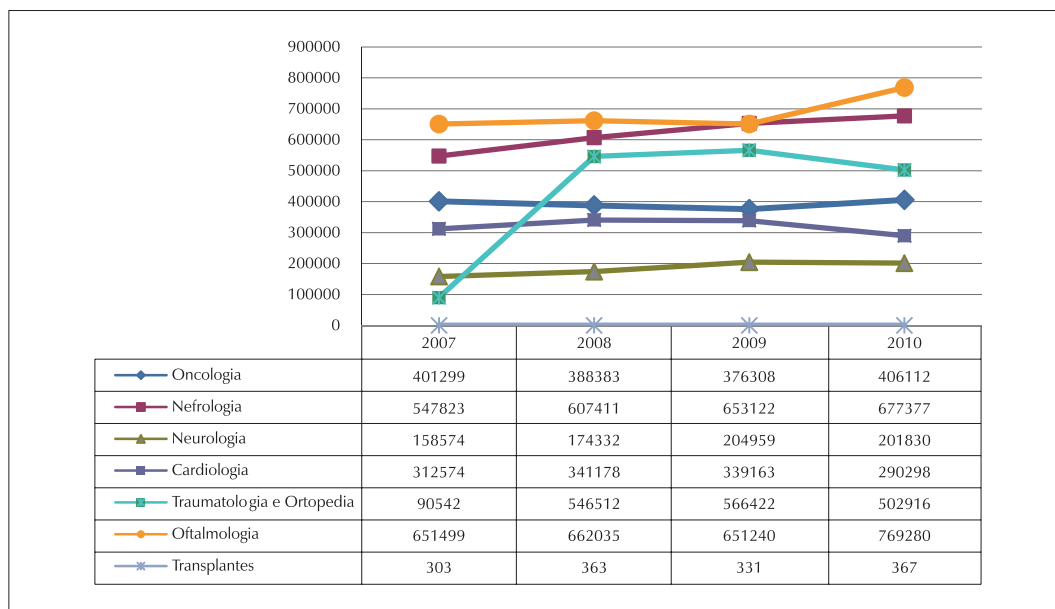


Gráfico 28 – Quantitativo da produção especializada ambulatorial e hospitalar da rede pública – Bahia – 2007-2010

Fonte: Sesab, 2012.

Ainda no que se refere à produção hospitalar, no ano de 2011, foram realizadas 871 mil internações na rede SUS, das quais 258 mil (29,6%) na macrorregião Leste, 124,3 mil (14,3%) na Sul, 117,6 mil (13,5%) na Centro-Leste e 110 mil (12,7%) na Sudoeste.

Comparando o ano de 2003, quando foram realizadas cerca de um milhão de internações, ao ano de 2011, pode-se observar que houve um decréscimo de 16,8% na produção registrada. É importante destacar que 16 Estados da federação apresentaram um decréscimo na produção hospitalar, a exemplo de Sergipe (31%), Rio de Janeiro (25%), Paraíba (21%) e Mato Grosso do Sul (17%). Além disso, a partir do ano de 2008, com a mudança na tabela de procedimentos do SUS, acentuou-se o decréscimo na produção registrada.

Assistência Farmacêutica

A AF reúne um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio do acesso aos medicamentos e uso racional. Tais ações consistem em impulsionar a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Em 2010, instituída pelo Decreto n.º 11.935, de 19 de janeiro de 2010, a Política de Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia aponta para uma mudança de rumo na saúde. Esta política estabelece as diretrizes a serem seguidas, visando garantir à população o acesso a medicamentos essenciais em todos os níveis de atenção à saúde, o atendimento humanizado nos serviços farmacêuticos, o desenvolvimento da cadeia produtiva e a indústria farmacêutica pública local.

Para ampliar o acesso a medicamentos, o Estado vem desenvolvendo ações para implantação da Rede Baiana de Farmácia Popular do Brasil, implantação do Programa Medicamento em Casa, expansão e qualificação da AF na atenção básica e na área de saúde mental e promoção do acesso a medicamentos especiais e nutracêuticos.

Além de garantir o suprimento de medicamentos básicos aos Municípios, o Estado tem papel de indutor na estruturação e organização dos serviços farmacêuticos no âmbito das SMS, disponibilizando instrumentos de gestão e infraestrutura para organização e qualificação desses serviços, a exemplo da Relação de Medicamentos Essenciais (Resme) elaborada pelo Estado. Além disso, tem investido na aquisição de equipamentos de informática e na implantação do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (Sigaf), *software* que integra via *web* toda a assistência farmacêutica municipal e estadual.

No que se refere ao financiamento da assistência farmacêutica, os recursos aplicados pelo Estado vêm sendo ampliados nos últimos anos, principalmente após a sua habilitação na gestão plena do sistema, conforme NOAS/2001. No entanto, o montante de recursos destinado à área foi significativamente ampliado a partir do ano de 2007, quando foram aplicados cerca de R\$ 94 milhões, um incremento de 62% se comparado ao ano de 2006, quando foram investidos R\$ 60 milhões.

No período de 2007 a 2011, foram aplicados R\$ 682,5 milhões na assistência farmacêutica. Somente em 2011, R\$ 157 milhões foram empregados, um incremento próximo de 215% se comparado a 2003, quando foram aplicados cerca de R\$ 43 milhões (Gráfico 29).

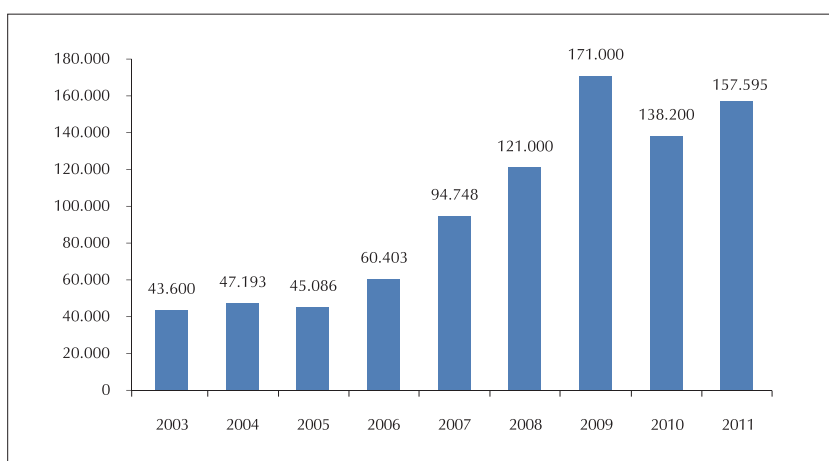


Gráfico 29 – Recursos aplicados na assistência farmacêutica – Bahia – 2003-2011

Fonte: Sesab/Sicof Gerencial, 2012.

Farmácia Básica

O grupo de medicamentos básicos (considerados de importância máxima por conter medicamentos essenciais e indispensáveis) deve ser acessível em doses apropriadas a todos os segmentos da sociedade, em todo o momento em que se fizerem necessários para o usuário. No Estado da Bahia, o acesso a esses medicamentos fundamentais ocorre através da Assistência Farmacêutica Básica (Farmácia Básica), ou seja, nas unidades de saúde da Atenção Básica.

No que se refere à aquisição de medicamentos para a farmácia básica, conforme pactuação na CIB, Resolução n.º 028/2010, a aquisição dos medicamentos dá-se por intermédio da Sesab, devendo a Assistência Farmacêutica municipal encaminhar

trimestralmente a programação dos medicamentos do componente básico, do componente estratégico, referente aos medicamentos Insulina NPH e Regular, e dos insumos destinados aos pacientes insulino-dependentes.

No ano de 2011, a Sesab aplicou, em parceria com o MS, R\$ 51 milhões na assistência farmacêutica básica, o que significa um incremento de 62,7% se comparado ao ano de 2007. O **Gráfico 30** permite a visualização do montante de recursos aplicados no período de 2006 a 2011.

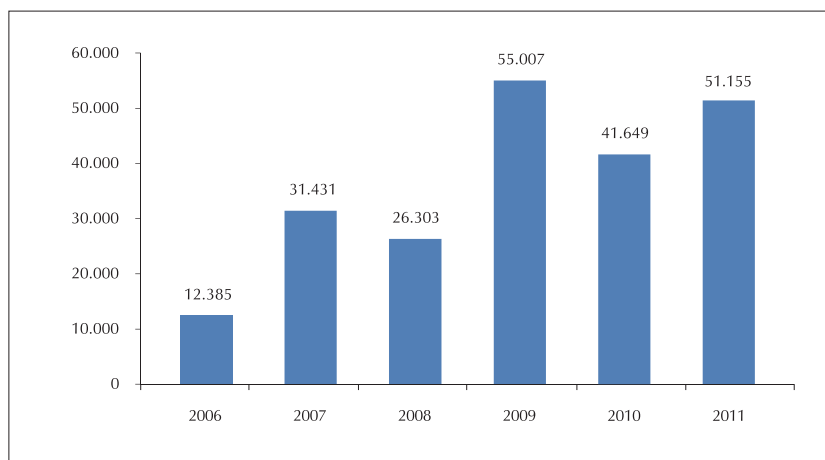


Gráfico 30 – Recursos aplicados na assistência farmacêutica básica – Bahia – 2006-2011

Fonte: Sesab/Fesba, 2012.

Observa-se ainda que a ampliação de recursos teve reflexos na variedade de medicamentos ofertados na Atenção Básica. O elenco Estadual, que possuía 37 itens em 2007, passou para 162 itens em 2010. Foi ampliado também o elenco de referência municipal; de 64 itens em 2007 passou para 326 itens em 2010, representando um aumento de 410% dos itens pactuados.

Programa de Medicamentos Excepcionais (Promex)

Os medicamentos de dispensação excepcional são, geralmente, de uso contínuo e de alto custo. São usados no tratamento de doenças crônicas e raras, e dispensados em farmácias específicas para este fim. O Promex, implantado na Bahia desde 1998, é um serviço de fornecimento de medicamento de dispensação excepcional e faz parte da política nacional de assistência farmacêutica do SUS.

O montante de recursos aplicados para aquisição de medicamentos de dispensação excepcional e nutracêuticos ultrapassou R\$ 93 milhões, um incremento de 179%

se comparado a 2003, quando foram investidos cerca de R\$ 33 milhões, e de 151% em relação ao ano de 2006, que aplicou cerca de R\$ 37 milhões.

Atualmente, 12 unidades da rede própria da Sesab, na capital e no interior do Estado, dispensam medicamentos de alto custo, além das 30 Dires localizadas no interior. A partir de 2007, o processo de descentralização da dispensação para o interior do Estado permitiu a ampliação no número de usuários atendidos. Em 2010, foram atendidos mais de 60 mil usuários, 66% a mais que em 2006, quando 36 mil foram atendidos, e de 500% comparado ao ano de 2003, quando apenas 10 mil usuários foram beneficiados.

Farmácia Popular

A Rede baiana de Farmácias Populares do Brasil tem como objetivo ampliar o acesso a medicamentos essenciais a custo reduzido, com a orientação e supervisão do profissional farmacêutico, visando o uso racional de medicamentos e um atendimento personalizado ao paciente. Sua implantação tem ocorrido mediante parceria firmada entre a Sesab e a Bahiafarma, desde junho de 2011, para gestão dessa Rede.

O número de Farmácias Populares passou de 7 unidades em 2004, para 62 em 2010, principalmente com a implantação de 26 unidades sob gestão estadual, numa parceria firmada entre a Sesab e a Empresa Baiana de Alimentos S.A. (Ebal).

A ampliação da rede sob gestão estadual vem ocorrendo gradualmente. No ano de 2010, apresentou uma produção de 266.542 atendimentos realizados.

Programa Medicamento em Casa

O Programa Medicamento em Casa, implantado em 2008, fornece medicamentos por meio da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT) para os pacientes cadastrados no PSF. A intenção é melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento, facilitar o acesso e diminuir as filas em postos de distribuição. Atualmente, 128 Municípios assinaram o termo de compromisso de adesão ao programa e 26.287 usuários já foram atendidos, dos quais 16.415 iniciaram acompanhamento em 2011.

Bahiafarma

A Fundação Baiana de Pesquisa Científica, Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos (Bahiafarma) foi criada pela Lei Estadual n.º 11.371, de 4 de fevereiro de 2009, e permite a reinserção da Bahia no grupo de estados com tecnologia para produzir medicamentos para o SUS. A Fundação Bahiafarma, unidade

da administração indireta vinculada à Sesab, vai produzir medicamentos e contará com duas unidades produtivas. Os medicamentos produzidos para insuficiência renal serão distribuídos gratuitamente pelo SUS nacional.

Em consonância com as políticas de fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde, a Bahiafarma foi integrada ao grupo de laboratórios oficiais com parcerias para transferência de tecnologia para produção de medicamentos e se insere ao Plano Brasil Maior, do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Esse plano consiste na política industrial do governo que busca alcançar níveis mais elevados de transferência de tecnologia e maior equilíbrio na balança comercial.

Por meio de convênio com o Ministério da Saúde e parceria com o Laboratório Farmacêutico Cristália, iniciou-se, em 2011, a implementação do projeto de transferência de tecnologia de produção dos medicamentos Sevelamer e Cabergolina, os quais serão produzidos para fornecimento gratuito pelo SUS nacional, após a compra centralizada pelo Ministério da Saúde, e proporcionará impulso à economia e ao desenvolvimento regional, beneficiando pacientes com problemas hormonais e com insuficiência renal.

O projeto de implantação da atividade de produção da Fundação também prevê a fabricação de vacinas antiácaros e produtos para a saúde. Esse projeto é apoiado pelo Ministério da Saúde e pelo Comitê Gestor Brasil / Cuba – cooperação Brasil / Cuba de biotecnologia para a saúde.

A atividade de pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico da Fundação terá início após a instituição de parcerias com universidades, outros institutos de pesquisa e parceiros privados por meio da constituição de um laboratório compartilhado a ser instalado no Parque Tecnológico da Bahia.

Vigilância em Saúde

O Sistema Estadual de Vigilância em Saúde constitui-se em uma rede extensiva e descentralizada de equipamentos públicos geradores de informações em saúde responsável pela identificação e pelo controle dos riscos e processos coletivos de adoecimento em todo território estadual; ou seja, tem a finalidade de gerar informações e atuar de forma a desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde.

Conforme preconiza a Resolução CIB n.º 84/2011, o funcionamento desse sistema deve ser orientado pela relação solidária, cooperativa e compartilhada entre as esferas de gestão, com ações na área de Promoção da Saúde, Vigilância Epidemiológica, Sanitária,

Ambiental, Ocupacional, Vigilância Laboratorial e Informações em Saúde, resguardadas as devidas competências jurídico-institucionais.

Nessa perspectiva, segundo a Portaria SVS/MS n.º 3.252, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde, compete ao Governo Federal formular políticas, estabelecer diretrizes, prioridades e gerir os Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária em Âmbito Nacional, enquanto, às Secretarias Estaduais de Saúde, compete implementar as políticas, diretrizes, prioridades e a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais. Cabe aos Municípios, por meio das Secretarias Municipais de Saúde, a responsabilidade pela gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas.

A responsabilidade do financiamento das ações de vigilância em saúde é de todos os três entes federados. Os recursos repassados pelo Governo Federal aos demais entes se dá por meio do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde, que compreende os componentes de Vigilância e Promoção da Saúde e Vigilância Sanitária.

O Governo Estadual, por meio da Sesab, ampliou os investimentos entre 2003 e 2011 em cerca de 160%, passando de R\$ 13.704 milhões para R\$ 35.586 milhões, como demonstra o **Gráfico 31**. É importante registrar que, no ano de 2010, o Governo do Estado, investiu R\$ 73.041 milhões, sendo que cerca de R\$ 40 milhões foram destinados à aquisição de imunobiológicos para o enfrentamento do surto de meningite tipo C.

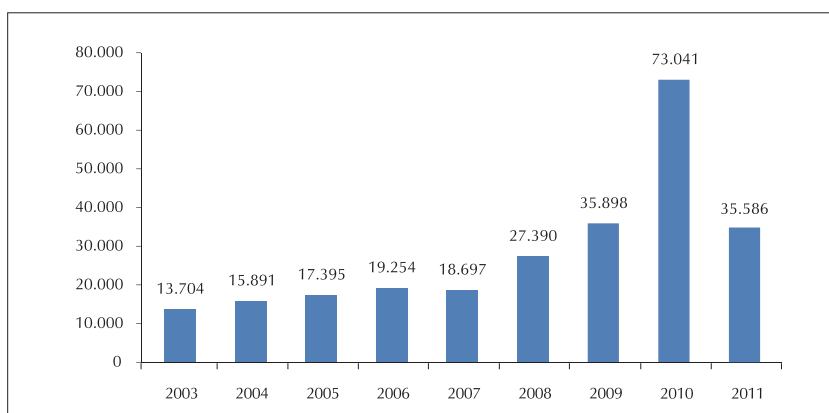


Gráfico 31 – Evolução dos recursos financeiros aplicados na Vigilância em Saúde – Bahia – 2003-2011 (R\$ 1.000,00)

Fonte: RAG 2006-2011.

No que se refere à Vigilância Epidemiológica (VE), concretiza-se por meio de ações que objetivam o acompanhamento e o controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Nessa perspectiva, compete ao Estado, em parceria com os Municípios, notificar as doenças e agravos de notificação compulsória, nascimentos, óbitos, eventos adversos temporalmente associados à vacinação, surtos e agravos inusitados e outras emergências de saúde pública, atendendo ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Aos Municípios, cabe notificar, investigar, realizar diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças de interesse para a Saúde Pública, além da busca ativa de casos de doenças e agravos de notificação compulsória.

O Estado deve ainda realizar atividades de vigilância de eventos sentinela e estruturar o componente estadual da Rede de Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), com o objetivo de investigar, em parceria com os Municípios, os agravos inusitados, doenças que surgem e outras emergências de saúde pública, garantindo resposta rápida às ocorrências e encerramento oportuno.

Nesse contexto, o Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalves Moniz (Lacen), sob gestão da Sesab, vem realizando diagnósticos laboratoriais de interesse para a saúde pública. Em relação à quantidade de exames de investigação epidemiológica realizados (**Gráfico 32**), observou-se um aumento de aproximadamente 140% no período de 2003 a 2011 (passando de 384.432 para 929.627 exames).

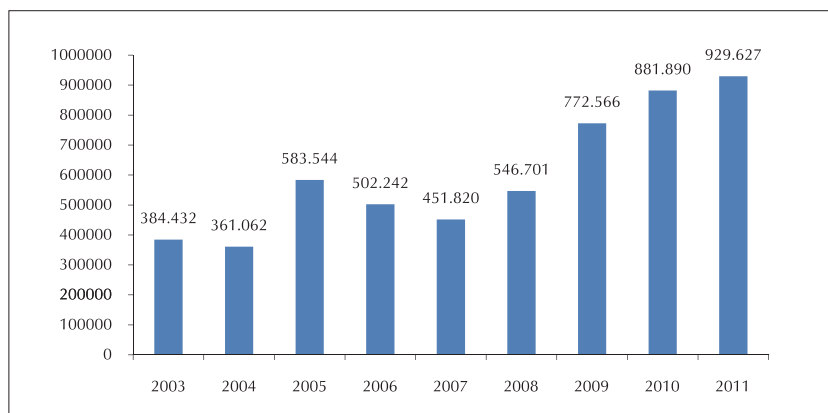


Gráfico 32 – Exames de investigação epidemiológica realizados – Bahia – 2003-2011

Fonte: Sesab/Suvisa, 2012.

Conforme a Resolução CIB n.º 84/2011, a Vigilância Sanitária (VS) constitui-se em um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (Divisa) tem realizado inspeções sanitárias nos estabelecimentos de interesse da saúde pública, prioritariamente aos que apresentam maior risco à população, e também nos serviços de saúde da rede própria, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade e contribuir para a redução das taxas de morbimortalidade e proteção da saúde da população. A **Tabela 8** mostra a produção da Sesab na área de vigilância sanitária no período de 2008 a 2011.

Tabela 8 – Ações de Vigilância de Sanitária Estadual – Bahia – 2008-2011

Ação	2008	2009	2010	2011
Inspeções realizadas	2.070	2.649	2.694	3.500
Estabelecimentos inspecionados	1.778	2.359	2.294	3.280
Licenças sanitárias liberadas	492	722	1.137	1.557
Projetos arquitetônicos analisados	115	243	273	238
Planos de gerenciamento de resíduos analisados	39	43	1	32

Fonte: Sesab/Suvisa, 2012.

A Vigilância Ambiental (VA) compreende um conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

Nessa área, compete ao Estado inspecionar os sistemas e as soluções alternativas de abastecimento de água para consumo humano, investigar surtos e doenças de transmissão hídrica, apoiar a elaboração e implantação do Protocolo de Atenção Integral a Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos, apoiar a elaboração de avaliação de risco à saúde humana e cadastrar e acompanhar a saúde de populações expostas a contaminantes químicos.

Portanto, o Lacen é responsável pelo processamento de amostras de produtos e de água para o consumo humano. A análise da água representou 77% das análises de vigilância sanitária e ambiental em 2011, tendo sido realizadas 6.680 análises, 4,7% menor que a registrada em 2008, quando foram efetuadas 7.006.

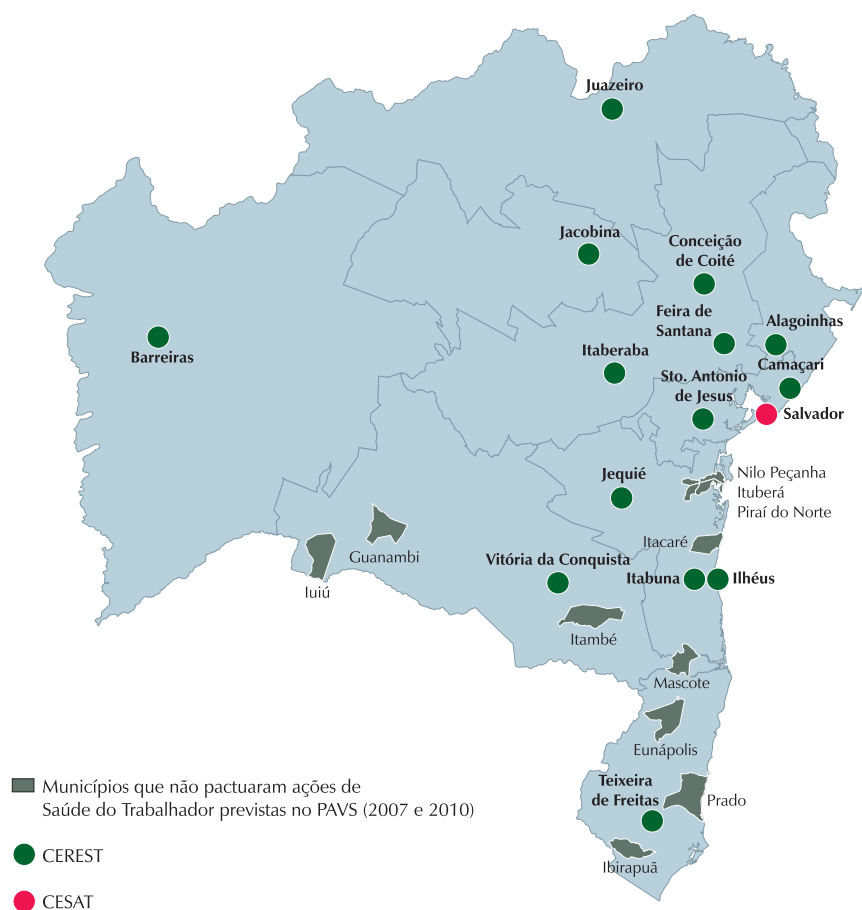
Atenção à Saúde do Trabalhador

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) tem sido reconhecida pelo exercício direto de ações de assistência e diagnóstico de doenças relacionadas ao trabalho e por suas ações de vigilância em ambientes de trabalho. Essa rede tem como principal objetivo integrar os serviços de todas as esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador.

Na esfera estadual, a estrutura político-administrativa responsável por atender as necessidades de assistência e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho é a Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Divast) vinculada à Suvisa. Ao longo desses anos, esta estrutura organizacional tem atuado na gestão da Renast na Bahia e na coordenação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, onde tem discutido novos rumos e diretrizes para fortalecer a saúde do trabalhador no Estado e seu processo de descentralização.

Atualmente, a Renast é composta por um Centro de Referência Estadual, o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (Cesat), 14 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) distribuídos em todas as macrorregiões de saúde do Estado – **Mapa 7** – e 395 unidades sentinelas atuando em 203 Municípios. Além disso, 406 Municípios pactuaram o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador previstas na Programação das Ações de Vigilância em Saúde.

A análise dos dados de produção na área de vigilância em saúde do trabalhador evidenciou uma ampliação de 190% entre 2004 e 2010 (passando de 262 para 761 ações), como demonstra o **Gráfico 33**. Constituem ações de vigilância em saúde do trabalhador o cadastramento de empresas, investigação de acidentes de trabalho graves e com óbito e inspeções em ambientes de trabalho.



Mapa 7 – Rede de atenção à saúde do trabalhador – Bahia – 2011

Fonte: Sesab/Suvisa, 2012.

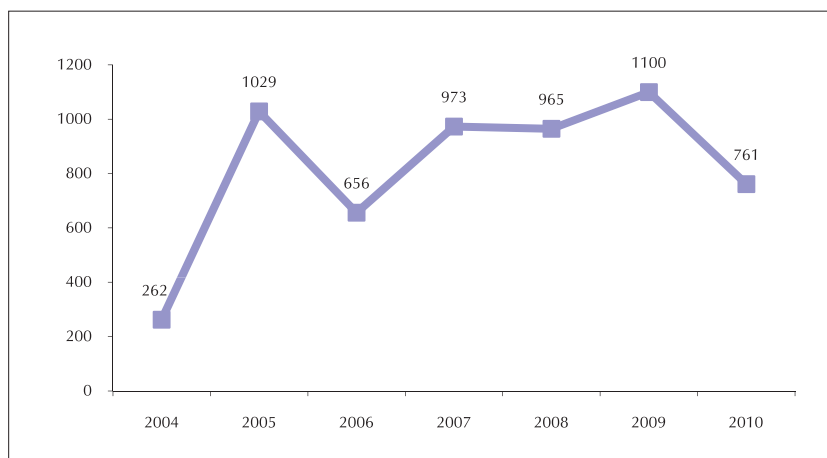


Gráfico 33 – Ações de vigilância em saúde do trabalhador – Bahia – 2004-2010

Fonte: RAG, 2008, 2010.

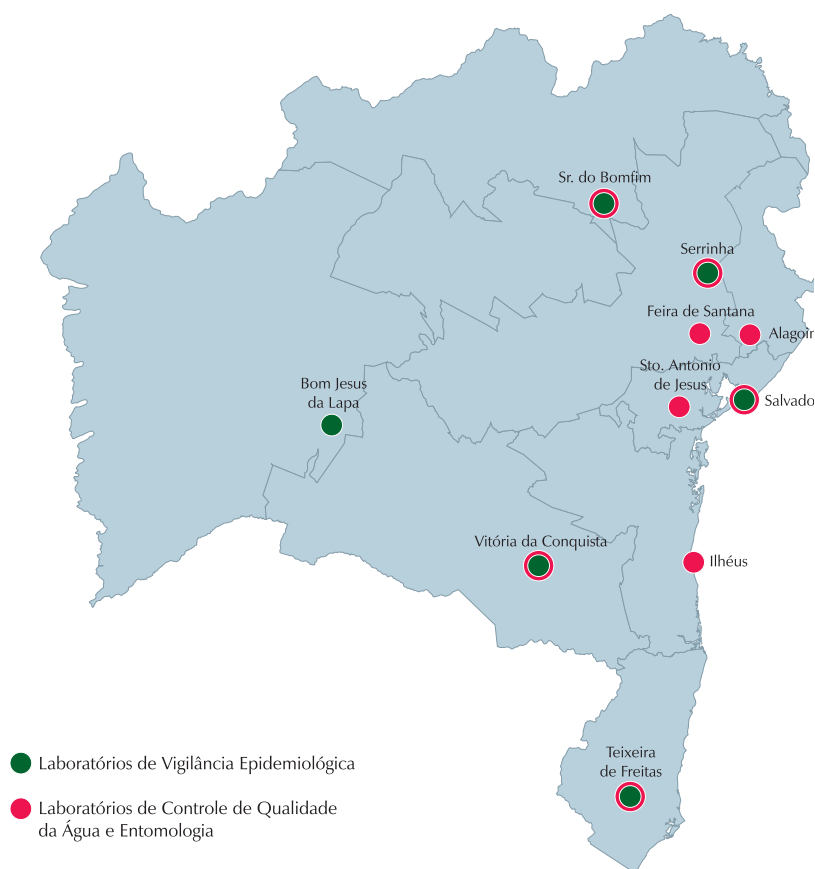
Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública

A Relsp, componente do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, tem como objetivo garantir a descentralização e a regionalização das ações laboratoriais, de forma a contribuir para o desenvolvimento integrado das atividades de promoção, prevenção e controle dos fatores de risco e agravos à saúde individual e coletiva.

A Reslp, aprovada pela CIB em 2008, coordenada pelo Lacen, organiza-se em sub-redes por agravos ou programas, relacionadas à vigilância epidemiológica (Laboratórios Municipais de Referência Regional), Vigilância de Saúde Ambiental (Laboratórios Regionais de Vigilância da Qualidade da Água), Vigilância Entomológica (Laboratórios Regionais de Vigilância Entomológica) e Componente assistencial (Laboratórios de Vigilância Sanitária e Laboratórios da Rede SUS-BA).

A interiorização da rede tem ocorrido conforme o preconizado pelo Plano Diretor de Descentralização e Regionalização das Ações de Vigilância Laboratorial. Nessa perspectiva, em 2010, existiam: seis Laboratórios Municipais de Referência Regional (implantados em Salvador, Senhor do Bonfim, Vitória da Conquista, Teixeira de Freitas, Bom Jesus da Lapa e Serrinha); e nove Laboratórios Regionais de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano e dois Laboratórios Regionais de Vigilância Entomológica nas Diretorias Regionais de Saúde (**Mapa 8**).

Essa rede funciona como um órgão auxiliar e complementar dos programas de saúde em geral, ao determinar as características da natureza e extensão das doenças transmissíveis prevalentes no Estado. Com a ampliação da Relsp, observada nos últimos anos, a produção na área já ultrapassa a marca de um milhão de insumos e análises laboratoriais processados (**Gráfico 34**).



Mapa 8 – Distribuição dos Laboratórios Municipais de Referência Regional, Laboratórios Regionais de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano e Laboratórios Regionais de Vigilância Entomológica nas Diretorias Regionais de Saúde – Bahia – 2010

Fonte: Sesab, 2012.

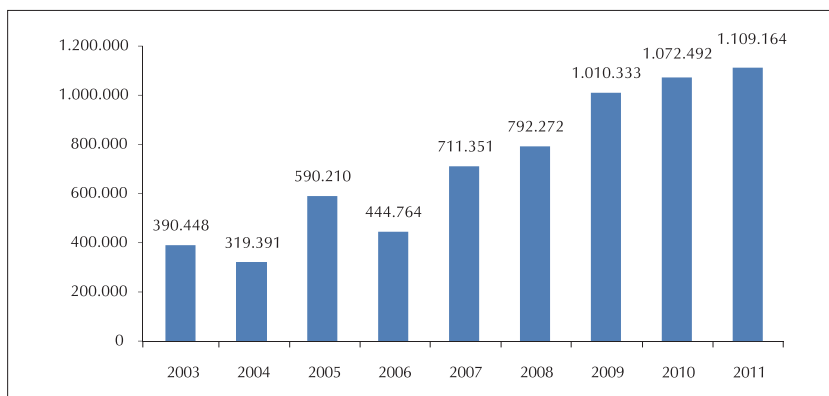


Gráfico 34 – Quantitativo de produção de insumos e análises laboratoriais processadas. Lacen/BA – Bahia – 2003-2011

Fonte: Sesab/Suvisa/Lacen, 2011.

Programa Estadual de Imunização

No que se refere ao Programa de Imunização, compete ao Estado, implantar/ implementar a vigilância das coberturas vacinais, monitorar os serviços de vacinação públicos e privados quanto às boas práticas de vacinação (rede de frio, cumprimento de normas técnicas) e monitorar o armazenamento, controle e distribuição de imunobiológicos.

Nos últimos anos, o Programa de Imunizações foi ampliado com a incorporação de novos grupos populacionais e a incorporação de novos imunobiológicos (Meningite tipo C, Influenza A H1N1 e a Pneumocócica 10 valente), com investimentos na rede descentralizada de conservação, para garantia de sua segurança, com análises de qualidade dos imunobiológicos e vigilância de eventos adversos, pela avaliação de impactos, inclusive econômicos.

O Estado conta, atualmente, com 3.105 salas de vacinas e 3 Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Crie) em funcionamento no Hospital Couto Maia e no Hospital Pediátrico Hosanah de Oliveira e na Coordenação Estadual de Imunizações em Salvador. Este último tem por finalidade oferecer produtos com indicação específica mediante prescrição médica, abrangendo a profilaxia pré e pós-exposição, agentes infecciosos em determinados grupos de risco, a substituição de produtos oferecidos na rede de serviços para pessoas que não podem recebê-los por motivos clínicos e para a vacinação de imunodeprimidos. Somente em 2010, foram distribuídas 107.388 doses de imunobiológicos especiais, 20% a mais que no ano de 2006, quando foram distribuídas 89.684 doses.

O **Gráfico 35** permite observar a ampliação do número de doses de imunobiológicos distribuídos no período de 2003 a 2011.

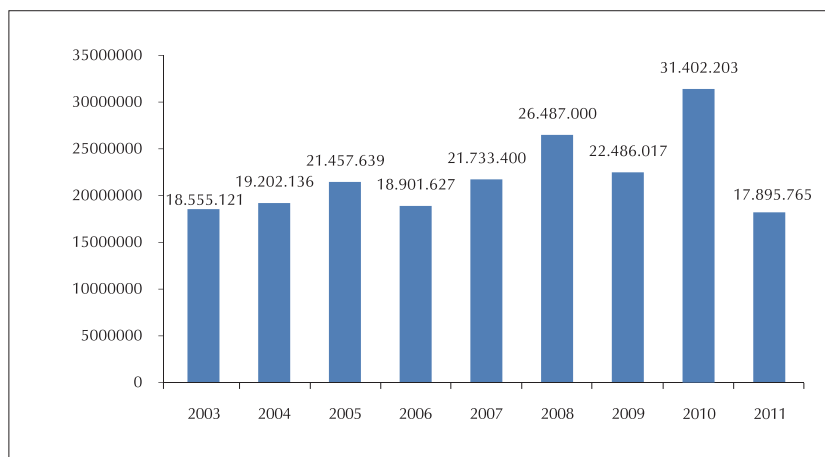


Gráfico 35 – Distribuição do número de doses de imunobiológicos – Bahia – 2003-2011

Fonte: Sesab/Suvisa, 2012.

No que se refere à cobertura vacinal, observou-se, no período de 2003 a 2011 uma evolução em crianças menores de 1 ano de idade. A cobertura vacinal básica no período alcançou a proporção igual ou superior a 92% para poliomielite, tetravalente, hepatite B e a vacina contra a tuberculose (BCG), tendo evoluído a vacina contra o rotavírus humano, implantada em 2006, com aumento expressivo da cobertura (de 41% em 2006 para 78% em 2011). (**Gráfico 36**).

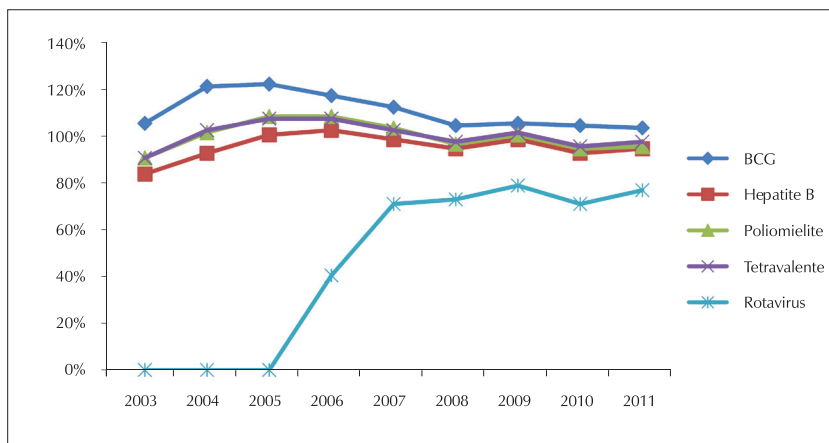


Gráfico 36 – Coberturas vacinais com esquema básico em crianças menores de 1 ano de idade – Bahia – 2003-2011

Fonte: CGPNI/Devep/SVS/MS, 2013.

Com relação à homogeneidade de coberturas no ano de 2010, dados preliminares demonstram que 188 Municípios (45,08%) atingiram uma cobertura vacinal de 95% para a vacina tetravalente. Trata-se de um indicador que baliza as coberturas de outras vacinas, considerando que a tetravalente (DTP + HiB), por ser injetável em três doses, quando apresenta cobertura satisfatória, é indicativo de que as demais vacinas do calendário básico de vacinação de administração simultânea estariam também com resultados adequados (**Gráfico 36**).

Informação em Vigilância da Saúde

Na última década, vem sendo observado o aperfeiçoamento da gestão dos Sistemas de Informações em Saúde, ação cujos avanços na qualidade dos registros e na cobertura dos sistemas de mortalidade, nascidos vivos e notificação de doenças são notórios, em que pese a heterogeneidade nas coberturas e na qualidade da informação entre os Municípios baianos.

Em relação ao Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), verifica-se a evolução de sua cobertura no período de 2000 a 2010, apresentando pequenas variações

nos percentuais de captação de Declarações de Nascidos Vivos. O percentual observado em 2010 (dados preliminares) foi de 77,3% de nascimentos em relação ao número estimado. Este percentual ainda é preliminar, devendo elevar-se até o fechamento definitivo da base de dados nacional pelo MS.

Quanto ao SIM, comparando-se os óbitos captados por esse sistema com as estimativas do IBGE, observa-se, no período entre 2000 e 2010 (dados preliminares), que sua cobertura na Bahia apresentou uma elevação de 18,7%, alcançando 83,3% (76.261) dos 91.497 óbitos estimados para esse último ano.

No que diz respeito ao Sinan, a proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerrados oportunamente é um indicador significativo que aponta para a agilidade da rede de serviços em desencadear as medidas adequadas e concluir/encerrar os casos notificados. O resultado parcial em 2011 é de 64,9%, valor que se aproxima da meta anual de 70%.

Demandas da sociedade por meio das conferências de saúde e do PPA-Participativo

Para levantamento das demandas e necessidades de saúde da população, além da Asis, utilizaram-se bancos de dados construídos com base nas propostas advindas das Conferências Municipais de Saúde (7.500 propostas) e das plenárias territoriais do PPA participativo (350 propostas). Essas propostas, categorizadas em cada diretriz do PES 2012-2015, foram sistematizadas por “compromisso” e subsidiaram o processo de validação e priorização das iniciativas e, conseqüentemente, o delineamento das ações que compõem este plano.

A análise permitiu observar que, na **primeira diretriz**, evidenciaram-se demandas relacionadas à necessidade de ampliação dos investimentos na Estratégia de Saúde da Família, visando a consolidação da Atenção Básica e a organização das ações de vigilância em saúde, bem como a implementação de ações integrais que orientem as intervenções segundo os ciclos de vida e gênero e promovam a equidade, a exemplo da organização da Rede Estadual de Atenção às Pessoas com Deficiência.

Na **segunda diretriz**, explicitou-se a necessidade de ampliação, estruturação e regionalização dos SADT, bem como a organização das Redes de Atenção à saúde com prioridade em Saúde Mental (Rede de Atenção Psicossocial), Saúde Materno Infantil (Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil), hematologia e hemoterapia (Rede Hematológica e Hemoterápica), Rede de Urgência e Emergência, além da ampliação ao acesso a Atenção Hospitalar.

Em relação à **terceira diretriz**, percebe-se uma ênfase nas solicitações para a qualificação dos conselheiros de saúde, fortalecendo o controle social; para o cumprimento das ações pactuadas e implementação da Política de Regulação, objetivando a efetivação da gestão do sistema; e para a regularização da força de trabalho em saúde, além da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), objetivando a melhoria das condições de trabalho e humanização em saúde.

Diretriz 1 – Fortalecer o SUS enquanto política pública, capaz de assegurar, por meio da integração das práticas de Atenção Básica, Vigilância da Saúde e Assistência Farmacêutica, acesso a ações e serviços essenciais para a efetiva melhoria na situação de saúde da população, com enfoque na promoção da saúde, no cuidado integral, equidade e humanização. • Ampliação do incentivo financeiro Estadual para a Saúde da família; • Desenvolvimento das ações de educação permanente para os trabalhadores da Atenção Básica; • Ampliação da disponibilidade de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica; • Implementação das ações de vigilância em saúde ambiental; • Reorganização e ampliação da Renast; • Ampliação e qualificação da rede de laboratórios de Saúde Pública do Estado da Bahia; • Ampliação dos serviços de saúde bucal do Estado; • Implantação de linhas do cuidado para os ciclos de vida e gênero (saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança e saúde do adolescente e jovem); • Implantação da Política Estadual de Saúde do Idoso; • Implementação da Rede Estadual de Atenção às Pessoas com Deficiência (física, auditiva e visual).
Diretriz 2 – Expandir o acesso às ações e serviços de saúde com qualidade em todos os níveis de atenção, com práticas de cuidado pautadas na humanização, assegurando a integralidade, universalidade, equidade e resolutividade. • Implantação da Rede de referência em atenção à gravidez e ao recém-nascido de risco; • Implantação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS-AD); • Ampliação e regionalização do Samu; • Estruturação e ampliação das agências transfusionais nas unidades hospitalares; • Construção de unidades hematológicas e hemoterápicas; • Construção de novos hospitais; • Reparação de unidades de saúde / reforma de unidade de saúde / ampliação de unidade de saúde; • Regulação, controle e avaliação da Rede SUS.
Diretriz 3 – Assegurar uma gestão eficiente e efetiva do sistema de saúde, fortalecendo a descentralização, a regionalização e o controle social, com um planejamento integrado e uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde que reforce o compromisso social e ético dos trabalhadores e gestores da saúde. • Qualificação dos conselheiros estaduais e municipais de saúde; • Ampliação dos canais de diálogo e de comunicação com a sociedade civil; • Revisão, adequação e monitoramento da PPI; • Implantação da Política Estadual de Regulação das ações e serviços de saúde; • Implementação da PNH no Estado; • Ordenamento do processo de formação técnica e qualificação de trabalhadores em saúde.

CAPÍTULO III

PROGRAMA BAHIA SAUDÁVEL: FUNDAMENTOS, PROBLEMATIZAÇÃO E PRIORIZAÇÃO

Considerando a necessidade de continuar avançando para alcançar os objetivos propostos no PES 2008-2011, cujo macro-objetivo era garantir ao cidadão acesso integral, humanizado e de qualidade às ações e serviços de saúde territorialmente articulados de forma igualitária, democrática, solidária e intersetorial, com enfoque sobre necessidades, riscos, determinantes sociais e condições de vida, e o novo cenário socioeconômico e político do Estado, o Programa Bahia Saudável, no período de governo 2012-2015, busca-se ampliar o horizonte de atuação do setor saúde, tomando a concepção de Promoção da Saúde^g como eixo importante do processo de formulação das políticas públicas na área.

A 8.^a Conferência Estadual de Saúde da Bahia, realizada em setembro de 2011, com o tema “Acesso e Acolhimento no SUS – Desafios na Construção de uma Política Saudável e Sustentável” estabeleceu as diretrizes fundamentais para a construção do Plano Estadual de Saúde.

Neste novo cenário, a Asis revelou problemas no estado de saúde da população, bem como no sistema de saúde no âmbito do financiamento, da gestão, da infraestrutura, da organização e da prestação de serviços. Essas informações são apresentadas nos **Quadros 1 e 2**, construídos mediante a conjugação, por meio de análise temática^h da situação de saúde e do sistema de serviços de saúde com as demandas oriundas do PPA Participativo e das conferências municipais de saúde consolidadas na 8^a Conferência Estadual de Saúde.

^g Movimento socioeconômico, político e cultural de diversos países do mundo de intervenção na sociedade para a produção da saúde, concebendo-a como qualidade de vida. É fruto da atuação do Estado e da Sociedade nos determinantes sociais. Para a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) (Commission on Social Determinants of Health) foi criada em 2004 pela Assembleia Mundial da Saúde da OMS e implantada em março de 2005, com o objetivo de “[...] promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas”.^{22:88}

^h A “análise temática” desdobra-se em três etapas: pré-análise, onde se realiza leitura flutuante e se determina a classificação do material segundo categorias previamente estabelecidas; exploração do material, caracterizada pela identificação das “estruturas de relevância” expressas no material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação, quando são analisados os “núcleos de significação temática”, constituídos com base no confronto entre os achados empíricos e o quadro teórico do estudo.²³

SÍNTESE GLOBAL
Contexto Socioeconômico e Demográfico
• Aumento no índice de envelhecimento e decréscimo dos grupos populacionais abaixo dos quinze anos de idade; • Predominância da população de cor parda e de mulheres sobre o total da população; • Aumento da taxa de urbanização e do número de domicílios com rede de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo; • Diminuição do grau de desigualdade e menor taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais de idade da região Nordeste.
Perfil de Morbimortalidade
• Redução progressiva da taxa de internação de residentes no Estado; • Principais causas de internação: Doenças do Aparelho Respiratório; Doenças Infecciosas e Parasitárias; Doenças do Aparelho Digestivo; Doenças do Aparelho Circulatório; • Aumento da taxa de incidência de Aids; • Tendência decrescente da taxa de incidência de tuberculose e de elevação da doença meningocócica; • Variações da taxa de incidência de dengue, com períodos epidêmicos que coincidem com a introdução de novos subtipos virais; • Elevação do número de casos de LTA; • Elevação da proporção de casos de hepatite causados por vírus B e vírus C; • Principais causas de morte: Doenças do Aparelho Circulatório; Causas Externas; Neoplasias; • Tendência decrescente de mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias; • Aumento da razão de mortalidade materna; • Decréscimo da mortalidade infantil, sendo mais rápida a redução nas taxas de mortalidade no período pós-neonatal.
SÍNTESE POR CICLO DE VIDA
Saúde da criança (0 a 9 anos)
• Elevada taxa de incidência de dengue, de hepatites por todas as etiologias em menores de 1 ano e do número de casos de sífilis congênita; • Principais causas de internação: menores de 1 ano – doenças do aparelho respiratório, afecções originadas no período perinatal e doenças infecciosas e parasitárias; 1 a 9 anos – doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo.
Saúde do adolescente (10 a 19 anos)
• Aumento do número de casos de dengue e tendência de estabilização do número de casos de Aids; • Principais causas de internação: sexo masculino – causas externas, doenças infecciosas e parasitárias e doenças respiratórias; sexo feminino – gravidez, parto e puerpério.
Saúde do adulto (20 a 59 anos)
• Elevação do número de transtornos mentais e comportamentais, internações e morte por causas externas em adultos de 20 a 39 anos; • Elevação da taxa de incidência de Aids; • Elevado número de internações em mulheres de 20 a 39 anos devido a: gravidez, parto e puerpério; doenças do aparelho geniturinário; doenças do aparelho digestivo; doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho respiratório e neoplasias; • Maior número de internações entre homens de 40 a 59 anos por doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho circulatório; • Entre mulheres de 40 a 59 anos, as principais taxas de internações foram por leiomioma do útero, diarreias infecciosas, prolapso genital feminino e doença hipertensiva.
Saúde do idoso (60 anos e mais)
• Elevada taxa de detecção de hanseníase; • Tendência à elevação da taxa de incidência de Aids e de declínio da taxa de incidência de tuberculose; • Principais causas de internação: sexo masculino – insuficiência cardíaca e pneumonias; sexo feminino – diarreias infecciosas seguidas de insuficiência cardíaca, pneumonias, doenças hipertensivas, acidente vascular cerebral e asma.

Quadro 1 – Síntese do diagnóstico da situação de saúde da população – Estado da Bahia – 2010

Fonte: Diagnóstico da situação de saúde, 2012.

GESTÃO DO SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
• Vínculos trabalhistas precários; • Formação profissional inadequada às necessidades do SUS e insuficiente processo de capacitação; • Baixa efetividade do controle social; • Gestão deficiente de sistemas de informação.
FINANCIAMENTO DO SUS-BA
• Entre 2008 e 2011, os recursos estaduais aplicados na saúde foram ampliados em 34,5%, mantendo-se acima do estipulado pela EC 29. Contudo, a Bahia ocupa a 23.ª posição entre as unidades federativas quanto ao investimento de recursos próprios em saúde <i>per capita</i>; • Centralização dos recursos financeiros destinados a alta complexidade na capital do Estado e dos recursos da média complexidade nas macrorregiões Leste, Centro-Leste, Sudoeste e Sul.
INFRAESTRUTURA DO SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
• Déficit de profissionais que atendem no SUS (em 2011, a Bahia ocupou a 19.ª posição entre as unidades federativas quanto à relação de profissionais de nível superior que atendem no SUS por habitantes); • Déficit de leitos hospitalares e de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) disponíveis ao SUS; • Baixa capacidade instalada de serviços da rede de atenção materno-infantil.
ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE
• Baixa atuação intersetorial e interinstitucional; • Não conformação de redes de atenção regionalizada e resolutiva; • Incipiente regulação da assistência à saúde.
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE
• Baixa resolutividade e cobertura (nos Municípios de grande porte) da atenção básica/ESF; • Baixa cobertura assistencial dos serviços de média e alta complexidade no interior do Estado; • Ampla cobertura dos serviços de urgência e emergência; • Baixa resolutividade das ações de vigilância à saúde.

Quadro 2 – Síntese do diagnóstico do sistema e dos serviços de saúde – Estado da Bahia – 2010

Fonte: Diagnóstico da situação de saúde, 2012.

Os problemas que apoiaram a construção do Programa Bahia Saudável e sustentam as diretrizes, compromissos e iniciativas do Plano Estadual de Saúde do Estado da Bahia podem ser assim sintetizados:

- a) ausência de políticas públicas efetivamente transversais, necessárias à promoção da saúde, bem-estar e proteção da sociedade;
- b) baixo nível de cobertura assistencial e qualidade do sistema e dos serviços de saúde em todo o Estado, principalmente em virtude da reduzida capacidade de gestão dos sistemas municipais de saúde;
- c) elevada taxa de *mortalidade infantil*, principalmente no período neonatal;
- d) elevados índices de *morbimortalidade materna*;
- e) progressiva elevação da morbimortalidade da população por *condições crônicas, principalmente relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis* (doenças do aparelho circulatório, doenças metabólicas e neoplasias), em

decorrência do envelhecimento e da maior vulnerabilidade da população nos âmbitos individual, social e programático;

- f) elevados índices de morbimortalidade por *condições agudas, principalmente relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis* (dengue, meningites, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids, hepatites, leishmaniose, dentre outros), à *agudização de doenças crônicas ou cronicadas* (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, tuberculose, hanseníase, esquistossomose etc.) e à *elevação da ocorrência de causas externas* (homicídios, agressões, suicídios, acidentes, dentre outros), essencialmente na população de 15 a 39 anos;
- g) progressiva elevação da morbimortalidade da população pelo *consumo excessivo de álcool e uso de drogas ilícitas*, a exemplo da cocaína e do *crack*.

Neste sentido, o Programa Bahia Saudável, no âmbito do setor saúde, traz na sua visão de futuro “Um sistema de saúde capaz de promover a melhoria da qualidade de vida da população baiana, ofertando ações e serviços de reconhecida excelência”. Trata-se, portanto, de um Estado comprometido em transversalizar suas políticas públicas, com ênfase na promoção da saúde, bem-estar e proteção da sociedade; comprometido com a redução e o controle da morbimortalidade da população por doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis; bem como com a organização de um sistema de saúde descentralizado, regionalizado e resolutivo.

Dessa forma, as iniciativas no campo da saúde trazem no bojo da discussão os determinantes sociais, vislumbrando, assim, a construção de práticas de atuação governamental integradas intra e intersetorialmente. É necessário também que esta discussão esteja relacionada à reorientação do sistema de saúde do Estado, com a revisão dos processos organizativos, mediante rearranjos das práticas, consolidando as linhas de cuidado por ciclos de vida e gênero, buscando a integralidade, a universalidade e a equidade da atenção.

Ademais, a humanização, enquanto política pública de caráter transversal, apresenta-se como meio para a qualificação das práticas de saúde; com isso, vislumbra uma possibilidade mais concreta para o alcance do acesso aos serviços, insumos e tecnologias de saúde mais próximo do que a população demande e necessite, bem como um acolhimento mais qualificado, pautado na dignidade e no resgate da cidadania.

As intervenções do Estado, no âmbito do setor saúde, explicitadas no Programa Bahia Saudável, estão orientadas em três grandes diretrizes estratégicas, construídas com base

nas diretrizes populares aprovadasⁱ na 8.^a Conferência Estadual de Saúde da Bahia^j e na 14.^a Conferência Nacional de Saúde. Além disso, procurou-se estabelecer uma conexão entre os compromissos do Plano Plurianual (PPA 2012-2015) e os objetivos do Plano Estadual de Saúde, em consonância com as 14 diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS 2012-2015), apresentadas na **Figura 1** e no **Quadro 3**.

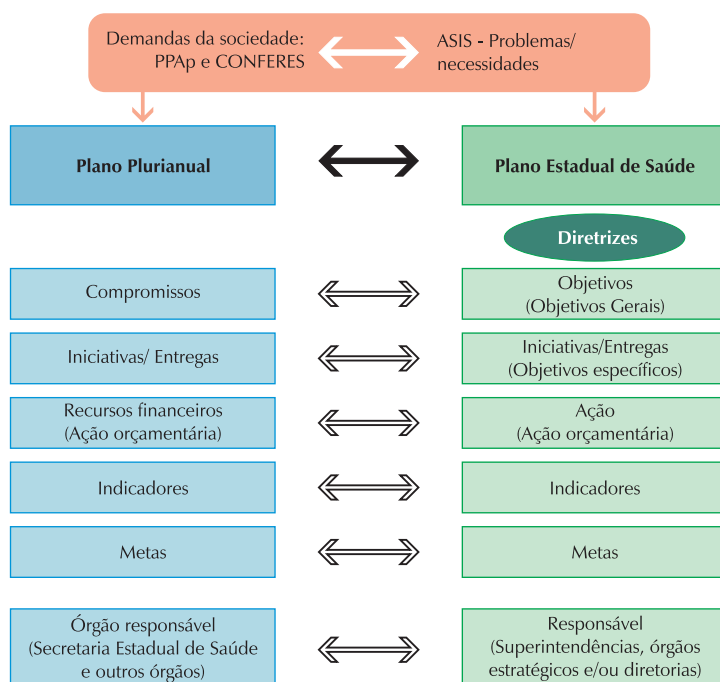


Figura 1 – Conexões conceituais entre o Plano Plurianual 2012-2015 e o Plano Estadual de Saúde 2012-2015

i a) fortalecer o SUS enquanto política pública e componente da seguridade social, capaz de assegurar, por meio da intersetorialidade, a efetiva melhoria da situação de saúde da população em busca de uma sociedade saudável; b) consolidar a participação e o controle social, assegurando o protagonismo da sociedade na condução do SUS, fortalecendo a representatividade dos diferentes segmentos sociais nas conferências e conselhos e construir uma agenda estratégica para a consolidação do SUS; c) garantir o financiamento do SUS com fontes estáveis, de modo a oferecer um padrão elevado de efetividade e qualidade, assegurando a participação proporcional e equânime das três esferas de governo; d) expandir o acesso a serviços de qualidade em todos os níveis de atenção, assegurando uma oferta equânime entre as diferentes regiões e reduzindo paulatinamente a ocorrência da “dupla porta”, que diferencia o acesso de usuários do SUS e do sistema privado; e) assegurar a primazia do interesse público na relação do SUS com a iniciativa privada, reconhecendo seu significativo caráter complementar na oferta de serviços de saúde. Instituir meios eficazes de controle e regulação pelo SUS, reduzindo progressivamente os subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde; f) promover uma gestão eficiente do sistema de saúde, com autonomia e responsabilização de dirigentes e profissionais, fortalecendo a regionalização e o planejamento integrado; g) desenvolver uma Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde que promova a autonomia profissional e fortaleça o compromisso social e ético dos trabalhadores da saúde.

j Participaram da 8.^a Conferência Estadual de Saúde da Bahia mais de 2.500 pessoas, representantes de 416 Municípios da Bahia, tendo como eixo central de discussão o “Acesso e o acolhimento com qualidade no SUS”. Foram 413 propostas analisadas, das quais 23 foram desaprovadas e 35 foram selecionadas para a 14.^a Conferência Nacional de Saúde.

DIRETRIZ ESTRATÉGICA	OBJETIVOS
I - Fortalecer o SUS enquanto política pública, capaz de assegurar, por meio da integração das práticas de Atenção Básica, Vigilância da Saúde e Assistência Farmacêutica, acesso a ações e serviços essenciais para a efetiva melhoria na situação de saúde da população, com enfoque na promoção da saúde, cuidado integral, equidade e humanização.	1 - Ampliar as ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças e agravos no âmbito do SUS.
	2 - Fortalecer a Atenção Básica efetivando a mudança do Modelo de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
	3 - Avançar na Política de Assistência Farmacêutica do SUS, assegurando e qualificando o acesso aos medicamentos.
	4 - Promover o cuidado integral ao ser humano no curso da vida, considerando a implantação de serviços que atendam as necessidades das Políticas Geracionais em Saúde no âmbito do SUS-BA.
	5 - Promover no SUS a equidade e a humanização no cuidado à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas.
II - Expandir o acesso às ações e serviços de saúde com qualidade em todos os níveis de atenção, com práticas de cuidado pautadas na humanização, assegurando a integralidade, universalidade, equidade e resolutividade.	6 - Ampliar o acesso da população às ações e serviços de média e alta complexidade do SUS, com qualidade e resolutividade.
	7 - Implantar a rede de serviços para o cuidado materno-infantil no SUS-BA, contribuindo efetivamente para a melhoria das condições de vida e a redução da morbimortalidade.
	8 - Promover a Atenção Integral às pessoas com transtorno mental e/ou usuário de crack, do álcool e de outras drogas no âmbito do SUS-BA.
	9 - Expandir, Qualificar e Humanizar a Rede de Urgência e Emergência no SUS-BA.
	10 - Consolidar a Rede de Hematologia e Hemoterapia do Estado para atender a demanda do SUS (rede e microrrede).
III - Assegurar uma gestão eficiente e efetiva do sistema de saúde, fortalecendo a descentralização, a regionalização e o controle social, com um planejamento integrado e uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde que reforce o compromisso social e ético dos trabalhadores e gestores da saúde.	11 - Fortalecer o controle social em saúde, com gestão democrática e participativa, e ampliação dos canais de diálogo com a sociedade para a consolidação do SUS-BA.
	12 - Ampliar a qualidade do SUS-BA, modernizando e fortalecendo os mecanismos de gestão e expandindo sua base científica, tecnológica e produtiva.
	13 - Consolidar a política de gestão do trabalho e da educação na saúde, com vistas à qualificação e humanização das práticas de gestão e do cuidado, em atendimento aos princípios e diretrizes do SUS.

Quadro 3 – Diretrizes e compromissos do Plano Estadual de Saúde da Bahia (PES) 2012 – 2015

Fonte: Sesab/Gasec, 2012

A implementação do PES 2012-2015 tem o propósito de fortalecer o SUS enquanto política pública, capaz de assegurar, por meio do incentivo à intersetorialidade, o acesso a bens e serviços essenciais para a efetiva melhoria na situação de saúde da população. Além disso, ampliar a oferta de ações e serviços de saúde com qualidade em todos os níveis de atenção, assegurando a integralidade, universalidade, equidade e resolutividade.

Para tanto, é imprescindível que se tenha um modelo de atenção à saúde cujo eixo orientador esteja pautado na Promoção da Saúde, na Humanização das Práticas e na

Gestão do Cuidado, alimentado também pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade e transversalidade (**Figura 2**).

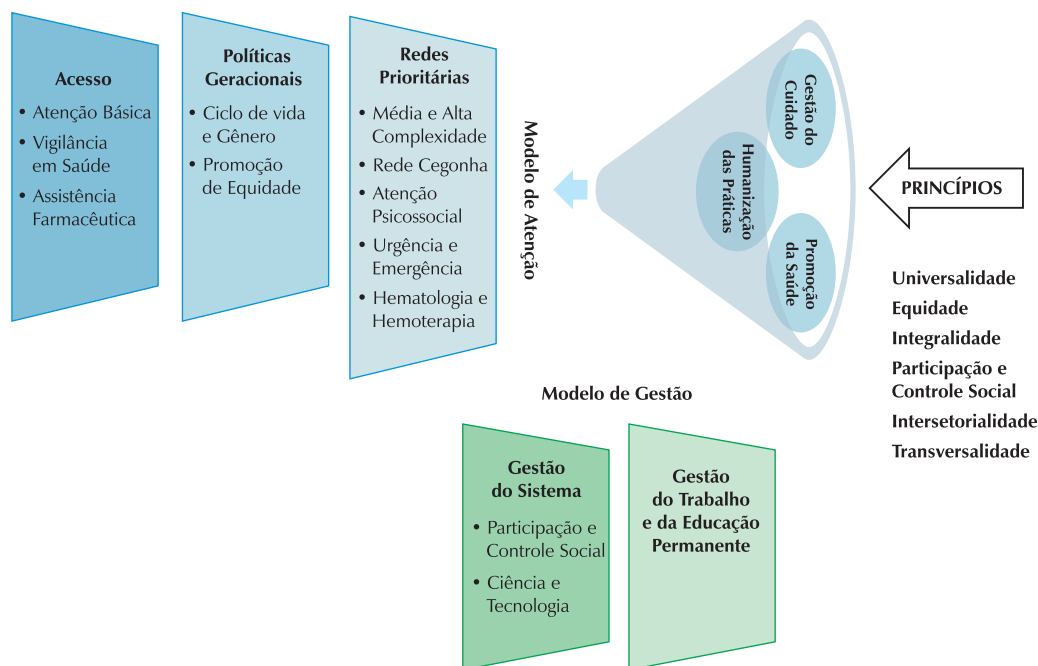


Figura 2 – Concepção do Programa Bahia Saudável no âmbito do setor saúde

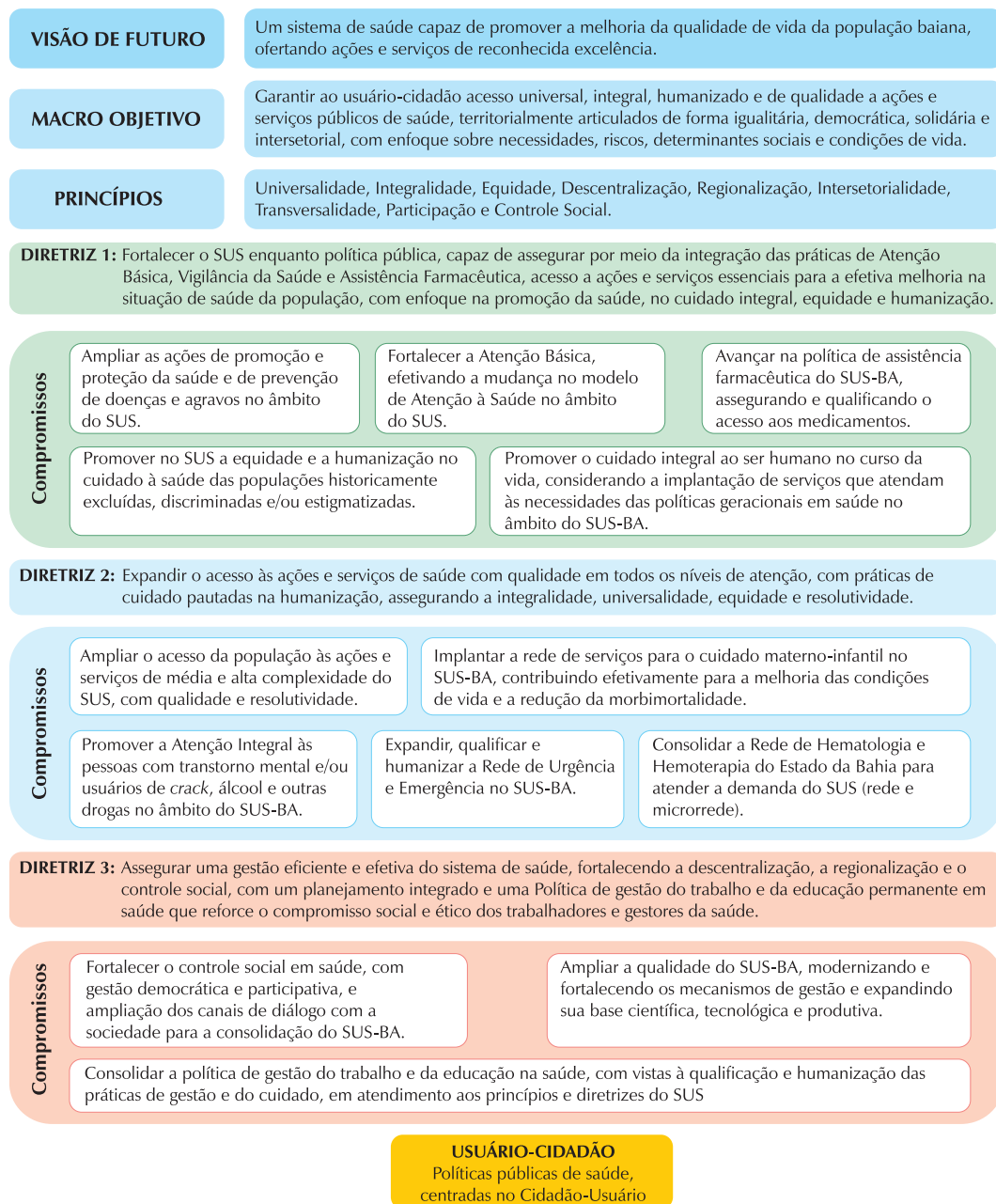
A construção de um modelo de atenção à saúde, ou seja, a forma de organização dos serviços e a relação do sistema com os órgãos e setores governamentais e da sociedade civil, é determinada pelo modelo de gestão adotado. Há que se considerar também que as práticas do campo da gestão são influenciadas pelas diferentes concepções acerca do processo saúde e doença.

As práticas de gestão que se busca consolidar no Programa Bahia Saudável são pautadas pela democracia, pela participação social, por um planejamento integrado e que garanta um sistema de petição e prestação de contas orientado pela transparência e pela fiscalização contínua e efetiva na aplicação dos recursos em saúde. Uma gestão eficiente e efetiva, que prime também pelo fortalecimento da regionalização e assegure fontes estáveis de financiamento, busque o desenvolvimento de uma Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde que garanta autonomia profissional e fortaleça o compromisso social e ético dos trabalhadores da saúde.

As diretrizes que orientam o cumprimento dos compromissos assumidos pelo Governo do Estado no Programa Bahia Saudável dão conta da formação de uma base de

sustentação do sistema de saúde, apoiada nas ações de vigilância em saúde, atenção básica e assistência farmacêutica, além das políticas geracionais e das redes de atenção à saúde. Os modelos de atenção à saúde e de gestão estão sistematizados na Matriz Estratégica do SUS-BA, apresentada a seguir, que se constitui no Programa Direcional para a construção dos módulos operacionais do PES 2012-2015.

MATRIZ ESTRATÉGICA DO SUS-BAHIA



CAPÍTULO IV

MÓDULOS OPERACIONAIS

DIRETRIZ ESTRATÉGICA 1: Fortalecer o SUS enquanto política pública capaz de assegurar, por meio da integração das práticas de Atenção Básica, Vigilância da Saúde e Assistência Farmacêutica, acesso a ações e serviços essenciais que contribuam para a efetiva melhoria na situação de saúde da população, com enfoque na promoção da saúde, cuidado integral, equidade e humanização.

COMPROMISSO 1 – Ampliar as ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças e agravos no âmbito do SUS.

[Programa Bahia Saudável / 100, PPA-2012-2015]

Este compromisso busca o desenvolvimento de políticas públicas integradas com vistas a prevenir, reduzir e controlar a morbimortalidade por doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis – com foco na ação intra e intersetorial para a promoção e proteção da saúde. Para isso, é necessário desenvolver um conjunto de ações orientadas pela permanente análise da situação de saúde da população e destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde, numa abordagem individual e coletiva. Nestas ações estão compreendidas práticas integradas de promoção da saúde, como estratégia norteadora, vigilância da situação de saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, vigilância e atenção à saúde do trabalhador e vigilância laboratorial, pelas quais se busca responder – com efetividade e de modo compartilhado entre as esferas de gestão estadual e municipal – aos problemas, necessidades e expectativas de saúde nos distintos territórios baianos.

Responsável: Suvisa – (Divep-Divisa-Divast-Lacen)		
Metas: 1- Investigar 80% das DNC; 2- Alcançar 80% dos Municípios com cobertura adequada (95%) para vacina tetravalente em menores de 1 ano de idade; 3- Diminuir o sub-registro / subnotificação dos óbitos alcançando a proporção de 90%; 4- Obter 70% de estabelecimentos e serviços de saúde com licença sanitária concedida.		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
1.1 Implementação das ações de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos à Saúde	2494	Ações de Vigilância Epidemiológica de doenças e agravos à saúde implementadas;
		Cievs implantados nos Municípios;
		Serviço Estadual de Verificação de Óbitos implantado em Salvador.
1.2 Implementação das ações do Programa Estadual de Imunizações nos Municípios	2499	Programa Estadual de Imunizações implementado nos Municípios;
		Crie implantados nos Municípios.
1.3 Implementação das ações de Vigilância Sanitária	4850	Vigilância de pós-comercialização implementada nas áreas de fármaco, tecno e hemovigilância;
		Ações de vigilância de produtos e serviços de interesse da saúde implementadas;
		Ações do Programa Estadual de Prevenção e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde implementadas nos Municípios e nos serviços de saúde.
1.4 Implementação das ações de Vigilância em Saúde Ambiental	4852	Ações de Vigilância em Saúde Ambiental implementadas.
1.5 Implementação da Renast	4854	Renast reorganizada e ampliada.
1.6 Implementação da RELSP	4855	RELSP ampliada e qualificada.
1.7 Implementação da Gestão do Sistema Estadual de Vigilância da Saúde	6162	Gestão do Sistema Estadual de Vigilância da Saúde implementada;
		Código Estadual de Saúde atualizado;
		Marco normativo da Política Estadual de Promoção da Saúde construído.
1.8 Ampliação da Cead	7597	Cead reformada e ampliada.

COMPROMISSO 2 – Fortalecer a Atenção Básica, efetivando a mudança do modelo de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

[Programa Bahia Saudável / 100, PPA-2012-2015]

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A expansão

e qualificação da Atenção Básica no Estado da Bahia são determinantes do processo de reorientação do modelo de atenção, garantia da resolubilidade e acesso da população a serviços com qualidade, bem como a produção de informação em saúde, em articulação com a vigilância em saúde, visando a consolidação do SUS de acordo com seus princípios (Universalidade, Integralidade e Equidade) e diretrizes (Descentralização, Regionalização, Participação e Controle Social).

Responsável: Sais – (DAB).		
Metas: 1 - Construir 400 unidades de saúde (Unidades de Saúde da Família/ Unidades Satélites) para atenção básica; 2 - Ampliar em 10% a cobertura de Saúde da Família.		
Ação	Projeto/ atividade	Entregas/iniciativas
2.1 Incentivo financeiro estadual para a Atenção Básica	2740	Incentivo financeiro estadual ampliado para a Saúde da Família;
		Linhas de Cuidado implantadas na Atenção Básica;
		Vínculos dos trabalhadores da atenção básica desprecariados.
2.2 Apoio Institucional, acompanhamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica	2750	Municípios apoiados institucionalmente para qualificação da Atenção Básica;
		Equipes de Consultório de Rua implantadas;
		Academias da Saúde implantadas;
		Política Estadual de Promoção da Saúde implantada;
		Política Estadual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica implantada;
		Política Estadual de Atenção Básica com ênfase na Promoção da Saúde e integração das práticas de vigilância em saúde implementada no território;
		Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf) ampliados.
2.3 Apoio à Construção de Unidades de Saúde	3349	Unidades de saúde (unidades de saúde da família / unidades satélites) construídas para a Atenção Básica.
2.4 Apoio à Recuperação de Unidades de Saúde	3350	Unidades de saúde (unidades de saúde da família / unidades satélites) construídas para a Atenção Básica.
2.5 Educação Permanente para a Atenção Básica	4935	Ações de Educação Permanente desenvolvidas para os trabalhadores da Atenção Básica.
2.6 Informatização da Rede de Atenção Básica	5760	_____

COMPROMISSO 3 – Avançar na Política de Assistência Farmacêutica do SUS-BA, assegurando e qualificando o acesso aos medicamentos.

[Programa Bahia Saudável / 100, PPA-2012-2015]

A Política de Assistência Farmacêutica no Estado é uma condição essencial para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, constituindo-se em uma ação complementar à ampliação da oferta dos serviços de saúde, da melhoria do acesso, da mudança do modelo de atenção à saúde e do respeito à dignidade das pessoas, com atendimento de qualidade.

Além de expandir ainda mais a Rede Baiana de Farmácias Populares do Brasil e o elenco e a cobertura do programa “Medicamento em Casa”, que vem facilitando o acesso aos medicamentos, deve-se, com o programa “Farmácia da Bahia”, ampliar a distribuição gratuita de medicamentos, principalmente onde está sendo mais difícil o acesso. Este programa priorizará os Municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no Estado com toda a infraestrutura necessária à organização de uma assistência farmacêutica básica de qualidade.

Há que se garantir à população baiana o acesso qualificado a medicamentos essenciais em todos os níveis de Atenção à Saúde (Atenção Básica, Especializada, Urgência/Emergência e Saúde Mental), promovendo o seu uso racional e o atendimento humanizado dos serviços farmacêuticos. Para tanto, busca-se estruturar e qualificar a gestão da assistência farmacêutica, com a acreditação dos serviços, mecanismos de planejamento orientado pelas Linhas de Cuidado e baseados nas necessidades de recursos humanos na área. Deve-se também garantir, nos contratos e pactos com os entes municipais, o fortalecimento da participação e do controle social no SUS, bem como a produção de informação para a população.

Responsável: Saftec – (Dasf).		
Metas: 1 - Realizar Incremento anual de 10% dos usuários atendidos no componente especializado da assistência farmacêutica; 2 - Atender 100% dos Municípios, trimestralmente, com o componente básico da assistência farmacêutica.		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
3.1 Implementação da Rede Baiana de Farmácia Popular	2802	Rede Baiana de Farmácia Popular do Brasil expandida.
3.2 Estruturação dos Serviços Farmacêuticos da Sesab	2807	Gestão e infraestrutura da Assistência Farmacêutica estruturada e qualificada;
		Rede Baiana de Farmacovigilância implantada e implementada;
		Resme atualizada;
		Profissionais da Assistência Farmacêutica qualificados;
		Ações de Avaliação, Monitoramento e Acompanhamento ampliadas na assistência farmacêutica;
3.3 Ampliação do acesso e qualificação do componente Básico da Assistência Farmacêutica	2808	Nova central de armazenamento e distribuição de medicamentos construída.
		Disponibilidade de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica ampliada;
		Fitoterapia implantada no SUS-BA;
3.4 Desenvolvimento do Serviço Medicamento em Casa	4487	Programa “Farmácia da Bahia” implantado.
3.5 Ampliação do acesso a Medicamentos dos Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica e Nutracêuticos	4488	Elenco e cobertura do programa “Medicamento em Casa” expandido.
		Programa “Respira Bahia” implantado;
3.6 Dispensação de Medicamentos em Caráter Especial	6063	Disponibilidade de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica ampliada.
3.7 Desenvolvimento do Centro de Informação sobre Medicamentos da Bahia (Cimbahia)	6072	Disponibilidade de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica ampliada.
		Cimbahia implantado e implementado.

COMPROMISSO 4 – Promover o cuidado integral ao ser humano no curso da vida, considerando a implantação de serviços que atendam às necessidades das políticas geracionais em saúde no âmbito do SUS-BA.

Para promover o cuidado integral ao ser humano, no curso da vida, deve-se considerar o quadro da situação de saúde hoje apresentada no Estado. Destaca-se o panorama demográfico da população baiana, que evidencia uma transição da sua estrutura etária,

e o processo de urbanização, que requer uma abordagem transversal dos governos para realçarem os aspectos positivos que possam trazer, ao promoverem a articulação do crescimento e da sustentabilidade urbana à superação dos problemas que afetam, de forma mais acentuada, a população masculina e feminina, principalmente ao longo da infância, juventude, fase adulta e senilidade.

Atuar na direção desta problemática na atualidade requer, mais do que nunca, práticas inovadoras e abrangentes, pautadas em princípios e orientações que sejam norteadores para o cuidado integral à saúde dessas populações.

Com relação à saúde da criança, o Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) chama a atenção para o Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI) que, ao abranger os aspectos físico, social, emocional, linguístico e cognitivo, influi, de forma determinante, nas possibilidades subsequentes de vida e saúde, através do desenvolvimento de conhecimentos, da educação e de oportunidades profissionais, o que afeta diretamente os riscos de obesidade, má nutrição, problemas de saúde mental, doenças cardiovasculares e criminalidade.

Para promover o cuidado integral com vistas ao envelhecimento ativo e saudável, deve-se considerar o quadro da situação de saúde hoje apresentada no Estado, com o panorama demográfico da população baiana evidenciando uma transição da sua estrutura etária. Atuar na direção dessa problemática na atualidade requer mais do que nunca práticas inovadoras e abrangentes, pautadas em princípios e orientações que sejam norteadores para o cuidado integral à saúde, considerando a longevidade como um triunfo da sociedade contemporânea. Para o setor saúde, há um grande desafio a ser alcançado: será preciso agregar qualidade de vida aos anos vividos, levando a um impacto importante na economia e na sociedade, o que induz à necessidade de se estabelecer políticas públicas que possam fazer frente a este fenômeno.

Para tanto, a integralidade da atenção no curso da vida perpassa pelo fortalecimento e consolidação das linhas de cuidado, amplia o acesso nos diversos níveis de complexidade, com base nas necessidades da população, e garante ações de prevenção de doenças e agravos, de promoção da saúde com o desenvolvimento de habilidades pessoais e o autocuidado, cura e reabilitação. As Linhas de Cuidado devem estar pautadas nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, com sua gestão integrada e articulada em todos os níveis de atenção (Atenção Básica, Especializada, Saúde Mental, Urgência e Emergência), operacionalizadas mediante Central de Regulação e avaliadas periodicamente com base nos resultados alcançados e expressos nos indicadores de morbidade e mortalidade.

Objetivo Específico 4.1 – Consolidar a implantação das linhas de cuidado que atendam as necessidades de saúde da população por ciclo de vida e gênero.

[Programa Bahia Saudável / 100, PPA-2012-2015]

Responsável: Sais – (DGC).		
Metas: 1 - Ampliar a oferta de serviços para o cuidado por ciclo de vida e gênero; 2 - Acompanhar pela Atenção Básica 75% das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.		
Ação	Projeto/ atividade	Entregas/iniciativas
4.1.1 Desenvolvimento das Ações Transversais em Saúde	4942	Política de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) implantada;
		Política Estadual de Alimentação e Nutrição (Pean) implantada;
		Rede de Atenção ao Diabetes, Hipertensão e Obesidade organizada;
		Serviços de saúde bucal do Estado ampliados.
4.1.2 Cuidado Integral nos Ciclos de Vida e Gênero	4943	Linhas de Cuidado implantadas para os ciclos de vida e gênero;
		Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Criança implementada;
		Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem implementada;
		Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher implementada;
		Política Estadual da Saúde do Homem implantada;
		Serviços de atenção à gestante adolescente, com foco na prevenção da segunda gestação não planejada implantados;
		Rede de Atenção a Mulheres em Situação de Violência Sexual e/ou Doméstica implantada.

Objetivo Específico 4.2 - Ampliar as ações de cuidado integral ao ser humano no SUS, com vistas a promover o Envelhecimento Ativo e Saudável.

[Programa Envelhecimento Ativo / 110, PPA-2012-2015]

Responsáveis: Sais – (DGC/DGRP).		
Metas: 1- Reduzir para 5,5/10.000 habitantes ano a taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC); 2- Reduzir para 7/10.000 habitantes ano a taxa de internação por diabetes <i>mellitus</i> (DM) e suas complicações na população de 30 anos a 59 anos.		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
4.2.1 Implementação da Política Estadual do Idoso	6092	Política Estadual da Saúde do Idoso implantada;
		Cuidado às doenças mais prevalentes implementado no processo de envelhecimento;
		Promoção e cuidado em saúde implementados para populações em processo de envelhecimento;
		Linha do Cuidado ao Idoso Frágil organizada;
		Trabalhadores da saúde qualificados na Atenção Geriátrica e Gerontológica.
4.2.2 Operação das Ações do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (Creasi)	6312	Promoção e cuidado em saúde implementados para populações em processo de envelhecimento.

COMPROMISSO 5 – Promover no SUS a equidade e a humanização no cuidado à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas.

[Programa Bahia Saudável / 100, PPA-2012-2015]

A promoção da equidade, ou seja, dar mais a quem mais precisa, é um dos princípios fundamentais utilizados na construção das políticas de saúde no Estado, considerando que as desigualdades sociais e econômicas acentuam-se ainda mais nas populações que foram historicamente excluídas – negros, quilombolas, indígenas, assentados, acampados, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT), pessoas com deficiência, populações do sistema prisional –, entre outras.

É preciso continuar avançando na redução das desigualdades, para que todos tenham saúde e uma vida digna e com qualidade; continuar investindo na qualificação dos

profissionais para o atendimento a essas populações, considerando as particularidades de cada pessoa/grupo e os fatores de risco de adoecimento a que estão expostas, reconhecendo os danos psíquicos e os desfechos indesejados à saúde provocados pela discriminação e pelo preconceito.

Nesse contexto, este compromisso busca promover a equidade e a humanização no cuidado integral à saúde de segmentos vulneráveis da sociedade, com ênfase nas dimensões de gênero e raça, prevalecendo os valores de dignidade, qualidade de vida e saúde para a reorientação do sistema de saúde, o desenvolvimento de habilidades pessoais e do autocuidado, com reforço da ação comunitária, bem como a promoção de ambientes favoráveis à saúde dessas populações. Para tanto, deve-se garantir, nos contratos e pactos firmados com os entes municipais, a atenção a essas populações enquanto prioritárias. As ações devem estar pautadas nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, com sua gestão integrada e articulada em todos os níveis de atenção (Atenção Básica, Especializada, Saúde Mental e Urgência e Emergência), operacionalizadas mediante Central de Regulação. É importante ainda garantir o acesso aos medicamentos, com base nas necessidades das populações prioritárias, e a produção de informação em saúde, em articulação com a vigilância em saúde.

Responsáveis:		
Sais – (DGC); Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (Seap).		
Metas: 01 - Implantar nas unidades da rede própria da Sesab o programa de combate ao racismo institucional; 02 - Ampliar a cobertura do Programa Nacional de Saúde Prisional (PNSP) para 80% das unidades prisionais do Estado.		
Ação	Projeto/ atividade	Entregas/iniciativas
5.1 Implementação das Ações de Atenção à Saúde das pessoas com deficiência	2779	Rede Estadual de Atenção às Pessoas com Deficiência (física, auditiva e visual) implementada;
		Atenção ao cuidado descentralizada às pessoas ostomizadas;
		Serviços para Deficiência Intelectual e Transtorno Global do Desenvolvimento implantados.
5.2 Operação dos Serviços de Saúde no Sistema Prisional	2795	Planos Operativos de Saúde implantados nos Municípios com população privada de liberdade.
5.3 Implementação da Atenção Integral às pessoas com doença falciforme	2799	Serviços de Referência em Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme implantados no Estado.
5.4 Assistência ao portador de transtorno mental em conflito com a lei	2983	Planos Operativos de Saúde implantados nos Municípios com população privada de liberdade.

Responsáveis: Sais – (DGC); Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (Seap).		
Metas: 01 - Implantar nas unidades da rede própria da Sesab o programa de combate ao racismo institucional; 02 - Ampliar a cobertura do Programa Nacional de Saúde Prisional (PNSP) para 80% das unidades prisionais do Estado.		
Ação	Projeto/ atividade	Entregas/iniciativas
5.5 Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde no Sistema Penitenciário	2987	Planos Operativos de Saúde implantados nos Municípios com população privada de liberdade.
5.6 Desenvolvimento da Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário	3004	Planos Operativos de Saúde implantados nos Municípios com população privada de liberdade.
5.7 Desenvolvimento da Atenção Integral às populações em situação de maior vulnerabilidade	3058	Equipes da rede de serviços de saúde qualificadas para cuidado das populações com doença falciforme, albinos, indígenas, quilombolas, do campo, cigana, assentados/ acampados, privada de liberdade, LGBT, em situação de rua e pessoas com deficiência;
		Processos educativos que articulem o conhecimento técnico profissional com os saberes e práticas populares na produção do cuidado implantados na saúde;
		Atenção Básica estruturada para as populações do campo, ribeirinhas, quilombolas, assentados e acampados, indígenas e ciganos e organização de fluxo para outros níveis de complexidade;
		Linha de cuidado na atenção integral às pessoas com albinismo (diagnóstico e tratamento com foco na assistência oftalmológica e dermatológica) implantada;
		Diagnóstico sobre a saúde das mulheres indígenas na Bahia e do sistema de serviços de atenção a esta população, visando à implantação de Linhas de Cuidado Materno Infantil realizado;
		Política Estadual de Atenção à Saúde da População Negra implantada;
		Equipes da rede de serviços de saúde qualificadas para abordagem às dimensões do direito sexual, reprodutivo, gênero, raça, religião, etnia e orientação sexual;
		Programa de Combate ao Racismo Institucional implantado na Rede SUS-BA.
5.8 Assistência ao Portador de Transtorno Mental em conflito com a lei – locação de mão de obra	4596	Planos Operativos de Saúde implantados nos Municípios com população privada de liberdade.

DIRETRIZ ESTRATÉGICA 2: Expandir o acesso às ações e serviços de saúde com qualidade em todos os níveis de atenção, com práticas de cuidado pautadas na humanização, assegurando a integralidade, universalidade, equidade e resolutividade

COMPROMISSO 6 – Ampliar o acesso da população às ações e serviços de média e alta complexidade do SUS, com qualidade e resolutividade.

[Programa Bahia Saudável / 100, PPA-2012-2015]

Melhoria da cobertura assistencial e qualidade do sistema e dos serviços de saúde por meio de políticas setoriais de consolidação e fortalecimento do SUS-BA – constituição da Rede Saúde Bahia, tendo o perfil epidemiológico do Estado como orientador para ampliação e regulação da oferta de atenção especializada, na perspectiva da Promoção da Saúde e tendo a Humanização como diretriz fundamental.

As redes de Média e Alta complexidade devem estar articuladas e integradas com toda a rede assistencial (Atenção Básica, Urgência e Emergência e Saúde Mental), pautada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, participando da gestão do cuidado e da regulação dos serviços de referência e contrarreferência, além da produção de informação em saúde, que deve também estar articulada com a vigilância em saúde.

Responsáveis:		
Sais – (DAE/DGRP); Suregs; Saftec – (Diops); Fesba – (Diconv); Diretoria Geral (DGE).		
Metas:		
1 - Obter 100% dos procedimentos de internação MAC autorizados pré-fato; 2 - Regular 60% dos leitos por meio dos Complexos Reguladores Macrorregionais.		
Ação	Projeto/ atividade	Entregas/iniciativas
6.1 Gerenciamento das Unidades Ambulatoriais e Hospitalares sob Administração Indireta	2640	Unidades da rede pública estadual gerenciadas indiretamente.
6.2 Gerenciamento das Unidades Ambulatoriais e Hospitalares sob Administração Direta	2641	Unidades da rede pública estadual gerenciadas diretamente.
6.3 Gerenciamento das Unidades Ambulatoriais e Hospitalares sob Administração Direta – locação de mão de obra	4594	Unidades da rede pública estadual gerenciadas diretamente.
6.4 Implementação do Sistema Estadual de Transplantes	2642	Sistema estadual de Regulação dos Transplantes de Órgãos e Tecidos implementados.

Responsáveis: Sais – (DAE/DGRP); Suregs; Saftec – (Diops); Fesba – (Diconv); Diretoria Geral (DGE).		
Metas: 1 - Obter 100% dos procedimentos de internação MAC autorizados pré-fato; 2 - Regular 60% dos leitos por meio dos Complexos Reguladores Macrorregionais.		
Ação	Projeto/ atividade	Entregas/iniciativas
6.5 Assessoramento dos Municípios na implementação do Sistema de Regulação da Saúde	2676	Complexos reguladores implementados.
6.6 Aparelhamento das Unidades de Saúde	2867	Unidades da rede própria da Sesab reparadas, reformadas e/ou ampliadas; Novos hospitais construídos.
6.7 Rede de Serviços de Saúde Credenciada ao SUS	2875	Unidades credenciadas – SUS em processamento e execução.
6.8 Estruturação dos Processos de Contratualização dos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade	6448	Unidades e serviços de saúde contratualizadas / credenciadas.
6.9 Reparação das Unidades de Saúde	3312	Unidades da rede própria da Sesab reparadas, reformadas e/ou ampliadas.
6.10 Reforma das Unidades de Saúde	3443	Unidades da rede própria da Sesab reparadas, reformadas e/ou ampliadas.
6.11 Ampliação das Unidades de Saúde	3996	Unidades da rede própria da Sesab reparadas, reformadas e/ou ampliadas.
6.12 Apoio ao Equipamento de Unidades de Saúde	3351	—
6.13 Melhoria da Assistência à Saúde	3354	Unidades e serviços de saúde contratualizadas / credenciadas.
6.14 Assistência Complementar para Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade	4139	Programa Saúde em Movimento ampliado.
6.15 Ampliação do acesso da população ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD)	6108	Garantia do acesso à população ao TFD.
6.16 Implementação do Programa de Internação Domiciliar nos Municípios	4378	Atenção Domiciliar organizada.
6.17 Concessão de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e bolsas de ostomias	4382	Órtese, próteses, meios auxiliares de locomoção e bolsas de ostomias concedidos.
6.18 Organização das Redes de Atenção à Saúde	6103	Unidades de atenção especializada em oftalmologia, nefrologia, queimados, traumato-ortopedia, cardiologia, neurologia e oncologia (MAC) implantadas; Plano Estratégico de Atenção Hospitalar implementado.
6.19 Cooperação Técnica com os Municípios em Regulação, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde	6447	Regulação, controle e avaliação da rede SUS.
6.20 Ampliação da Frota de Ambulâncias	6659	Complexos reguladores implementados.
6.21 Construção de Hospitais	7243	Novos hospitais construídos.

COMPROMISSO 7 – Implantar a rede de serviços para o cuidado materno-infantil no SUS-BA, contribuindo efetivamente para a melhoria das condições de vida e a redução da morbimortalidade.

[Programa Bahia Saudável / 100, PPA-2012-2015]

Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde materna e à saúde infantil no SUS-BA constitui-se uma prioridade de Governo. Busca-se, com esse compromisso, em todo o Estado, promover esse cuidado, bem como estruturar a linha de cuidado da atenção materna e infantil, contribuindo efetivamente para a melhoria das condições de vida e a redução da morbimortalidade, considerando a perspectiva de gênero e raça/etnia, bem como as desigualdades sociais e as iniquidades de acesso. Para tanto, deve-se garantir, nos contratos e pactos firmados com os entes municipais, a atenção a essas populações enquanto prioritárias. Essa linha deve estar organizada por toda a rede assistencial (Atenção Básica, Urgência e Emergência, Especializada e Saúde Mental) com base na identificação das necessidades de cuidado, bem como de profissionais para a assistência e pautada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, com mecanismos de regulação dos serviços de referência e contrarreferência, além da produção de informação em saúde, que deve também estar articulada com a vigilância em saúde.

Responsáveis: Sais – (DGC – DGRP); Superh – (EESP/ EFTS); Saftec; Suregs.		
Metas: 1 - Reduzir em 5% a taxa da mortalidade infantil em todo o Estado a cada ano; 2 - Reduzir em 5% a razão da mortalidade materna em todo o Estado a cada ano; 3 - Vincular 100% das unidades básicas à referência para parto.		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
7.1 Gestão e Organização da Rede Materno-Infantil – Rede Cegonha	4954	Número de hospitais na Iniciativa Amigo da Criança ampliado;
		Casas de apoio à gestante e ao recém-nascido implantadas;
		Transporte inter-hospitalar implantado para atenção materno-infantil;
		Bancos de Leite Humano implantados;

Responsáveis: Sais – (DGC – DGRP); Superh – (EESP/ EFTS); Saftec; Suregs.		
Metas: 1 - Reduzir em 5% a taxa da mortalidade infantil em todo o Estado a cada ano; 2 - Reduzir em 5% a razão da mortalidade materna em todo o Estado a cada ano; 3 - Vincular 100% das unidades básicas à referência para parto.		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
7.1 Gestão e Organização da Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha)	4954	Leitos Canguru implantados em hospitais e maternidades da rede de referência do Estado;
		Rede de referência em atenção à gravidez e ao recém-nascido de risco implantada;
		Serviços de referência para Gestação de Alto Risco implantados.
7.2 Qualificação e Humanização da Atenção Materno-Infantil (Rede Cegonha)	4955	Trabalhadores de nível médio qualificados na atenção materna e neonatal (ACS, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, motoristas de ambulância, doulas comunitárias e parteiras);
		Rede de atenção ao pré-natal estruturada e qualificada;
		Atenção integral e humanizada à mulher em situação de abortamento implantada;
		Cursos de formação/qualificação para trabalhadores de nível superior para atuar na atenção materna e neonatal.
7.3 Aparelhamento das Unidades de Saúde da Rede Cegonha	4956	_____
7.4 Ampliação das Unidades da Rede Materno-Infantil	7749	_____
7.5 Estruturação e Gestão da Regulação no Sistema de Saúde Estadual	6146	Regulação para atenção materno-infantil implantada.
7.6 Construção de Unidades de Saúde da Rede Materno-infantil	_____	Leitos de UTI e UCI neonatal implantados.
		Leitos de UTI materno implantados.

COMPROMISSO 8 – Promover a atenção integral às pessoas com transtorno mental e/ou usuário de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS-BA.

[Programa Bahia Saudável / 100, PPA-2012-2015]

Promover a saúde mental da população, cuidar das pessoas que apresentam transtornos mentais e de suas famílias, reintegrá-las à sociedade, enfrentar o estigma e preconceito a essas pessoas, garantindo-lhes seus direitos sociais e o pleno exercício da sua cidadania, é um compromisso inadiável para os próximos anos. Para tanto, é necessário ampliar progressivamente as equipes de saúde mental para apoiar e dar suporte às Equipe de Saúde da Família, por meio dos Nasf e dos Caps, inclusive para o tratamento de crianças e adolescentes, com os Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (Caps-IA), associado à implantação de residências terapêuticas, de serviços para atendimento aos pacientes com transtorno mental grave (Caps III) com atendimento 24 horas, à ampliação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, além de aumentar as parcerias estabelecidas com a sociedade e realizar campanhas educativas que combatam o preconceito e favoreçam sua reinserção social.

O aumento do consumo de álcool e outras drogas, especialmente do *crack*, não é uma questão só de segurança pública, mas também de saúde pública que envolve e afeta toda a sociedade. Devemos, portanto, fortalecer ainda mais a integração dos diversos setores do governo e as diversas parcerias estabelecidas com a sociedade para o enfrentamento do problema. Serão ampliados os Caps-AD – centros especializados no tratamento das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas –, além de qualificar a atenção a essa população nos demais serviços (atenção básica, outros tipos de Caps), para o tratamento dos casos mais graves de dependência. Também serão viabilizados hospitais especializados no tratamento de dependentes químicos ou em serviços especializados na modalidade Caps-AD III.

É preciso, portanto, fortalecer a saúde mental e promover atenção integral e humanizada à saúde desta população e de seus familiares, visando a reorientação dos serviços de saúde, mediante a ampliação da rede de serviços, incremento do acesso à rede de saúde, qualificação da atenção prestada, com identificação das necessidades de cuidado, bem como de profissionais para a assistência e com iniciativas que promovam o desenvolvimento de habilidades pessoais e do autocuidado. A rede de Saúde Mental deve estar articulada e integrada com toda a rede assistencial (Atenção Básica, Especializada e Urgência/Emergência), pautada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e na acreditação para

a qualificação da rede, participando da gestão do cuidado e da regulação dos serviços de referência, além da produção de informação em saúde que deve também estar articulada com a vigilância em saúde.

Responsáveis: Sais – (DGC); Suvisa.		
Metas: 1 - Ampliar em 10% a disponibilidade de Caps, com prioridade para os Caps-AD e Caps III; 2 - Ampliar 10% os leitos hospitalares da rede própria da Sesab destinados ao tratamento de usuários de <i>crack</i> , álcool e outras drogas; 3 - Ampliar em 20% os leitos de atenção integral em saúde mental na rede SUS-BA; 4 - Obter 20% dos Caps desenvolvendo ações de inclusão por meio da Economia Solidária.		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
8.1 Desenvolvimento da Atenção à Saúde Mental	2788	Rede de Atenção à saúde mental organizada segundo diretrizes da Portaria n.º 3.088/11;
		Caps-IA Estadual implantados;
		Atenção Integral em Saúde mental em Hospitais Gerais ampliada;
		Ações de inclusão social por meio da Economia Solidária implantadas;
		Diagnóstico das comunidades terapêuticas do Estado realizado;
		Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para a saúde mental implantadas.
8.2 Desenvolvimento da Atenção aos usuários de <i>crack</i> , álcool e outras drogas	6017	Casas de acolhimento transitório regionais implantadas;
		Caps-AD implantados;
		Serviços Hospitalares de referência implantados para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas;
		Profissionais das áreas de saúde, assistência social e educação qualificados para atenção à saúde mental e aos usuários de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.
8.3. Implementação da Gestão do Sistema Estadual de Vigilância da Saúde	6162	Observatório de Acidentes e Violências implementado.
—	—	Serviços farmacêuticos nos Caps estruturados.

COMPROMISSO 9 – Expandir, qualificar e humanizar a rede de urgência e emergência no SUS-BA.

[Programa Bahia Saudável / 100, PPA-2012-2015]

A ampliação da cobertura da atenção às urgências é de extrema importância para o aumento do acesso da população a serviços de saúde. No Estado da Bahia, ela será viabilizada mediante a expansão da implantação do Samu 192, das UPA, dos serviços hospitalares com porta aberta para urgência e emergência regionalizada em todo o Estado, além da implantação de Núcleos de Educação em Urgências (NEU), tendo o Acolhimento com Classificação de Risco como diretriz para a humanização desta assistência e a acreditação para a qualificação da rede.

A Rede de Urgência e Emergência deve estar articulada e integrada com toda a rede assistencial (Atenção Básica, Especializada e Saúde Mental), pautada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, participando da gestão do cuidado e da regulação dos serviços de referência, além da produção de informação em saúde que deve também estar articulada com a vigilância em saúde.

Responsáveis:		
Sais – (DAE); Suvisa; Superh – (DGETS); Saftec – (Diops).		
Metas: 1 - Ampliar a cobertura do Samu 192 para 100% dos territórios de identidade; 2 - Implantar Acolhimento com Classificação de Risco em 35 unidades da rede própria da Sesab; 3 - Implantar dispositivos da Política de Humanização em 35 unidades da rede própria da Sesab.		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
9.1 Organização da Rede de Atenção às Urgências	1839	Acolhimento com Controle e Classificação de Risco (ACCR) implementado nas unidades de urgência e emergência da rede própria;
		Trabalhadores da urgência e emergência qualificados;
		Rede de urgência e emergência integrada às Linhas de Cuidado;
		Acompanhamento e avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) implantadas.
9.2 Ampliação e Operação da Assistência Pré-Hospitalar Móvel do Samu 192	2631	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) ampliado e regionalizado;
		Transporte seguro de neonatos em situação de risco implantado no Samu 192.

Responsáveis: Sais – (DAE); Suvisa; Superh – (DGETS); Saftec – (Diops).		
Metas: 1 - Ampliar a cobertura do Samu 192 para 100% dos territórios de identidade; 2 - Implantar Acolhimento com Classificação de Risco em 35 unidades da rede própria da Sesab; 3 - Implantar dispositivos da Política de Humanização em 35 unidades da rede própria da Sesab.		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
9.3 Recuperação das Unidades de Emergência Qualisus	3302	Unidades de urgência e emergência da rede própria estadual reformadas e ampliadas.
9.4 Construção das Unidades de Saúde – Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	3997	UPA implantadas.
9.5 Implementação dos dispositivos da Política de Humanização do SUS	4484	Estratégia PermanecerSUS ampliada em maternidades e unidades de urgência e emergência da rede própria estadual.
9.6 Implementação das ações de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos à Saúde	2494	Núcleos de epidemiologia implantados nas unidades de urgência e emergência.

COMPROMISSO 10 – Consolidar a Rede de Hematologia e Hemoterapia do Estado para atender a demanda do SUS (rede e microrrede).

[Programa Bahia Saudável / 100, PPA-2012-2015]

Alinhada à construção de uma Política por uma Bahia Mais Saudável e Sustentável, a Fundação Hemoba disponibilizará, através da sua rede, hemocomponentes para as unidades hospitalares da rede SUS, fator indispensável às ações de média e alta complexidade, que incluem a atenção materno-infantil, a rede de urgência e emergência, o atendimento em traumato-ortopedia, neurocirurgia, cardiologia, oncologia, e o atendimento aos casos de dengue hemorrágica, dentre outros. Além disto, o atendimento às patologias hematológicas benignas (doença falciforme e hemofilias) necessita de descentralização para a rede assistencial.

Responsável: Fundação Hemoba		
Metas: 1- Construir 12 Unidades Hematológicas e Hemoterápicas; 2- Atender 100% da demanda por hemocomponentes da rede SUS pela Fundação Hemoba; 3- Implantar, em hospitais da rede própria da Sesab, assistência a pacientes com patologias hematológicas; 4- Executar a regulação, controle e avaliação de 100% da atividade hemoterápica no Estado; 5- Realizar acreditação da Fundação Hemoba (Hemocentro Coordenador); 6- Adquirir duas novas unidades móveis de coleta (Hemóvel).		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
10.1 Construção das Unidades Hematológicas e Hemoterápicas	1821	Unidades hematológicas e hemoterápicas construídas.
10.2 Modernização da Frota de Veículos da Fundação Hemoba	1837	Novas unidades móveis de coleta (Hemóvel) adquiridas.
10.3 Aparelhamento de Unidades Hemoterápicas e Hematológicas	1851	Unidades Hematológicas e Hemoterápicas modernizadas e aparelhadas.
10.4 Produção de Bolsas de Hemocomponentes	2634	Agências Transfusionais estruturadas e ampliadas nas unidades hospitalares.
10.5 Educação Continuada para Servidores da Rede Hematológica e Hemoterápica	2635	Implementação de ações de educação continuada para servidores da rede hematológica e hemoterápica.
10.6 Assistência Hematológica para Usuários do SUS-BA	2639	Atenção hematológica descentralizada para a rede hospitalar estadual.
10.7 Realização de Concurso Público	5474	Criação do quadro próprio de servidores da Fundação Hemoba, por meio de concurso público.
10.8 Reestruturação da Rede Física das Unidades Hematológica e Hemoterápica	5597	Unidades Hematológicas e Hemoterápicas reestruturadas.
10.9 Disseminação da Cultura de Doação Voluntária de Sangue	4489	_____
10.10 Gerenciamento das unidades da Rede Hematológica e Hemoterápica – locação de mão de obra	4597	_____
10.11 Gerenciamento das unidades da Rede Hematológica e Hemoterápica	4800	Acreditação da Fundação Hemoba (Hemocentro Coordenador – RMS);
		Distribuição de hemoderivados descentralizada para os Hemocentros regionais.

DIRETRIZ ESTRATÉGICA 3: Assegurar uma gestão eficiente e efetiva do sistema de saúde, fortalecendo a descentralização, a regionalização e o controle social, com um planejamento integrado e uma Política de gestão do trabalho e da educação permanente em saúde que reforce o compromisso social e ético dos trabalhadores e gestores da saúde.

COMPROMISSO 11 – Fortalecer o controle social em saúde, com gestão democrática e participativa e ampliação dos canais de diálogo com a sociedade, para a consolidação do SUS-BA.

[Programa Bahia Saudável / 100, PPA-2012-2015]

A consolidação da participação e do controle social no Estado é de fundamental importância para fortalecer a relação com a sociedade por meio dos conselhos de saúde, bem como para a implementação de mecanismos mais eficazes de gestão estratégica e participativa.

A mobilização da sociedade civil inclui atividades de comunicação social e parcerias com organizações, com o objetivo de chamar a atenção de diversos setores da sociedade sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida, e sobre as possibilidades de atuação para diminuir as iniquidades de saúde. Dessa forma, salienta-se a transversalidade desse compromisso e a sua importância para a consolidação do SUS no Estado. Deve-se garantir, nos contratos e pactos com os entes municipais, o fortalecimento da participação e do controle social no SUS, bem como a produção de informação para a população e a formação profissional que responda a essa necessidade, contribuindo para a melhoria da gestão.

Responsáveis: Superh/Dgets; Ouvidoria; CES.		
Metas: 1 - Implantar Ouvidoria em 70% das unidades da rede própria da Sesab; 2 - Obter 100% das Ouvidorias regionais em funcionamento; 3 - Implementar o MobilizaSUS em 100% das regiões de saúde do Estado; 4 - Qualificar 100% dos CMSs.		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
11.1 Mobilização e Participação Social	6068	Estratégias do Projeto MobilizaSUS implementadas;
		Canais de diálogo e de comunicação com a sociedade civil ampliados;
		Redes solidárias formadas para o fortalecimento da participação popular nas políticas de saúde;
		Educação para o fortalecimento da participação popular e controle social do SUS;
		Conselheiros estaduais e municipais de saúde qualificados.
11.2 Gestão do Sistema de Ouvidoria em Saúde	6069	Ouvidorias da rede SUS-BA implementadas e qualificadas.
11.3 Incentivo ao Controle Social nas Ações de Saúde	4492	Controle Social no SUS-BA implementado;
		Plenárias territoriais de conselheiros de saúde realizadas.

COMPROMISSO 12 – Ampliar a qualidade do SUS-BA, modernizando e fortalecendo os mecanismos de gestão e expandindo sua base científica, tecnológica e produtiva.

[Programa Bahia Saudável / 100, PPA-2012-2015]

A qualidade do SUS é determinada pelo modelo de gestão adotado e pela forma com que os gestores articulam os diversos componentes desse sistema. Uma gestão pautada pela eficiência, eficácia e efetividade prescinde de conhecimento técnico-científico e de instrumentos e técnicas de gestão, assim como de mecanismos de regulação do acesso que permitam imprimir maior racionalidade na utilização dos recursos disponíveis, sem perder de vista os princípios e diretrizes que orientam o sistema e a necessidade de se avançar para a sua reorientação na lógica da promoção da saúde, humanização das práticas e gestão do cuidado.

É necessário, portanto, avançar com o fortalecimento da gestão municipal, capacitando os gestores e técnicos dos Municípios e, sob a coordenação do Estado, avançar também no fortalecimento e integração da rede de serviços, garantindo a acreditação e a

qualificação dos estabelecimentos de saúde nos diversos territórios, tendo a região de saúde como espaço de articulação interfederativa.

Responsáveis: Auditoria; DGE; Saftec – (Dasf); Suregs – (Dipro - Direg); Gasec – (Cope).		
Metas: 1 - Obter 100% de Municípios com adesão ao Pacto Pela Saúde ou política substitutiva; 2 – Homologar, na CIB, 100% das deliberações dos espaços de gestão interfederativa.		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
12.1 Auditoria do SUS-BA	2838	Ações de auditoria do SUS intensificadas e qualificadas.
12.2 Modernização da Frota de Veículos	2869	—
12.3 Modernização Gerencial da Sesab	4485	Instrumentos e mecanismos de gestão e controle administrativo da Sesab, modernizados;
		Tecnologia da Informação e Informática implementada na Sesab.
12.4 Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde	4486	Monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde ou Política substitutiva implantada / implementada;
		Plano Diretor Regional adequado ao Plano Diretor de Investimentos (PDI) para atender às demandas do Governo/Sesab/Municípios;
		PPI revisada, adequada e monitorada.
12.5 Implantação da Política Estadual de Gerenciamento de Equipamentos e Produtos Médicos	5926	Política estadual de gerenciamento de equipamentos e produtos médicos implantada.
12.6 Gestão da Economia da Saúde	6112	Centros de custos implantados nos hospitais da rede própria;
		Núcleo de avaliação de tecnologias em saúde implantado.
12.7 Fomento à Pesquisa e Produção de Conhecimento Científico	6145	Fomento à pesquisa e produção de conhecimento em saúde.
12.8 Estruturação e Gestão da Regulação no Sistema de Saúde Estadual	6146	Política estadual de regulação das ações e serviços de saúde implantada.
12.9 Implementação do Sistema Estadual de Planejamento em Saúde	6301	Sistema Estadual de Planejamento em Saúde implementado.
12.10 Qualificação e Monitoramento da Gestão Regional de Saúde	6625	Espaços deliberativos interfederativos / Conselhos de Gestão Microrregional qualificados;
		Gestão Colegiada do SUS-BA implementada;
		Dires reestruturadas na perspectiva da integração das estruturas gerenciais do governo no âmbito regional.
12.11 Recuperação de Unidades Administrativas da Sesab	7607	Edificações públicas conservadas e recuperadas.
12.12 Ampliação de Unidades Administrativas da Sesab	3791	Prédios públicos construídos e ampliados.

Responsáveis: Auditoria; DGE; Saftec – (Dasf); Suregs – (Dipro - Direg); Gasec – (Cope).		
Metas: 1 - Obter 100% de Municípios com adesão ao Pacto Pela Saúde ou política substitutiva; 2 – Homologar, na CIB, 100% das deliberações dos espaços de gestão interfederativa.		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
12.13 Publicidade Institucional – Ações da Sesab	2852	—
—	—	Complexo Produtivo da Saúde implantado.

COMPROMISSO 13 – Consolidar a política de gestão do trabalho e da educação na saúde, com vistas à qualificação e humanização das práticas de gestão e do cuidado, em atendimento aos princípios e diretrizes do SUS.

[Programa Bahia Saudável / 100, PPA-2012-2015]

Investir nos trabalhadores de saúde e envolvê-los num novo projeto para a saúde da Bahia é fundamental e o desafio começa desde a sua formação. Há que se intervir ainda mais em mudanças quantitativas e qualitativas na formação dos profissionais de modo a suprir as necessidades de saúde dos baianos, buscando a melhoria da gestão e do cuidado pautados nos princípios e diretrizes do SUS, por meio da implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, aliada à PNH, para reorientar o sistema e os serviços, segundo a lógica da promoção da saúde.

É preciso garantir, aos trabalhadores, direitos, formação e qualificação que levem em consideração o trabalho como princípio educativo e o conceito ampliado de saúde como eixo orientador, em atendimento às necessidades do SUS, com enfoque na criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais.

Responsáveis: Superh – (DGETS/EESP/EFTS/DARH).		
Metas: 1 - Implantar ações de gestão do trabalho em 100% das regiões; 2 - Qualificar trabalhadores do SUS em 70% dos Municípios; 3 - Avaliar 100% dos trabalhadores da Sesab pelo Programa de Avaliação de Desempenho; 4 - Implantar Núcleos de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (Nugtes) em 100% das unidades da rede própria da Sesab e Dires; 5 - Implementar dispositivos de humanização em 100% das unidades da rede própria.		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
13.1 Qualificação e Pós-Graduação na Área da Saúde	2491	Trabalhadores do SUS formados/qualificados com ênfase na pós-graduação <i>lato e stricto sensu</i> ;
		Programa Universidade Aberta do SUS-BA implementado;
		EAD SUS-BA como estratégia de ampliação e democratização do acesso a processo educativo e de comunicação;
		Observatório Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde implantado.
13.2 Ampliação e ordenação das Residências em Saúde	2560	Programas de Residência ampliados e qualificados em saúde com enfoque nas necessidades do SUS-BA;
		Política Estadual das Residências Médica e Multiprofissional implantada e implementada.
13.3 Desenvolvimento do curso para Formação de Nível Médio e Pós-Médio na área da saúde	2570	Trabalhadores do SUS qualificados com ênfase na formação e especialização técnica.
13.4 Realização do Concurso Público na área da Saúde	3154	Aprovados em concurso público convocados para substituição de vínculos temporários e suprimento de vagas da Sesab.
13.5 Administração de pessoal e encargos do Grupo Ocupacional de Saúde	4341	—
13.6 Implementação da Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde	4381	Modernização administrativa da área de gestão do trabalho da Sesab;
		Nugtes implementados na Sesab;
		Dimensionamento da Força de Trabalho implementado como instrumento gerencial para definição do quadro funcional;
		Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Sesab implantado;
		PCCV implementados para os trabalhadores de saúde da Sesab;
		Mesa de Negociação Permanente do SUS-BA implantada;
		Espaço de valorização do servidor implantado;
		Programa Mais Futuro ampliado na Rede Sesab.

Responsáveis: Superh – (DGETS/EESP/EFTS/DARH).		
Metas: 1 - Implantar ações de gestão do trabalho em 100% das regiões; 2 - Qualificar trabalhadores do SUS em 70% dos Municípios; 3 - Avaliar 100% dos trabalhadores da Sesab pelo Programa de Avaliação de Desempenho; 4 - Implantar Núcleos de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (Nugtes) em 100% das unidades da rede própria da Sesab e Dires; 5 - Implementar dispositivos de humanização em 100% das unidades da rede própria.		
Ação	Projeto/atividade	Entregas/iniciativas
13.7 Reordenamento da formação profissional em saúde	4477	Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde consolidada;
		Processos educativos voltados para o reordenamento da formação graduada em saúde.
13.8 Implementação dos dispositivos da Política de Humanização do SUS	4484	PNH implementada no Estado.
13.9 Construção da Instituição de Educação Permanente em Saúde	5191	Novas sedes das Escolas de Formação Técnica em Saúde e Estadual de Saúde Pública implantadas.

PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

Neste capítulo estão detalhados os recursos financeiros necessários à execução das políticas sociais públicas que representam os objetivos, prioridades e o compromisso da gestão pública com a sociedade e acompanham o fluxo de recursos do Estado.

A previsão orçamentária para execução do PES 2012-2015, com base no PPA 2012-2015, é de aproximadamente R\$ 12,3 bilhões, dos quais R\$ 6,47 bilhões, o que corresponde a 52,5%, são do tesouro estadual e R\$ 5,85 bilhões de outras fontes, isto é, 47,5% do orçado inicial (**Gráfico 37**).

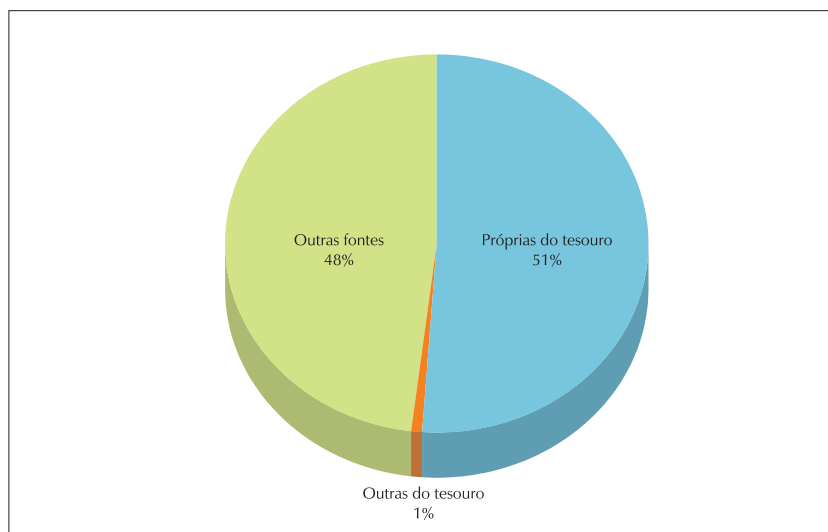


Gráfico 37 – Distribuição percentual dos recursos orçamentários – Bahia – 2012-2015

Fonte: PPA 2012-2015.

Considerando a alocação de recursos por diretriz, o maior volume de recursos está direcionado para o desenvolvimento das ações de expansão do acesso às ações e serviços de saúde, na perspectiva de construção das redes de atenção na Diretriz II, com aproximadamente R\$ 6,6 bilhões previstos, ou seja, 54,3% do total. Para a Diretriz III, que trata da gestão do sistema, incluindo a área de gestão do trabalho e da educação permanente em saúde, está prevista a aplicação de R\$ 4,1 bilhões. Na Diretriz I, será aplicado cerca de R\$ 1,47 bilhão, que equivale a 12% do total de recursos previstos (**Tabela 9**).

Tabela 9 – Previsão orçamentária por diretriz do Plano Estadual de Saúde (PES) – Bahia – 2012-2015

Diretriz	Recurso (R\$1,00)	%
I - Fortalecer o SUS enquanto política pública capaz de assegurar, por meio da integração das práticas de Atenção Básica, Vigilância da Saúde e Assistência Farmacêutica, o acesso a bens e serviços essenciais para a efetiva melhoria na situação de saúde da população, com enfoque na promoção da saúde, no cuidado integral, equidade e humanização.	1.468.903.783,00	11,9
II - Expandir o acesso às ações e serviços de saúde com qualidade em todos os níveis de atenção, com práticas de cuidado pautadas pela humanização, assegurando a integralidade, universalidade, equidade e resolutividade.	6.677.176.587,00	54,3
III - Assegurar uma gestão eficiente e efetiva do sistema de saúde, fortalecendo a descentralização, a regionalização e o controle social, com fontes estáveis de financiamento, um planejamento integrado e uma Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde que garanta a autonomia profissional e o fortalecimento do compromisso social e ético dos trabalhadores da saúde.	4.156.269.000,00	33,8
Total	12.302.349.370,00	100,0

Fonte: PPA 2012 -2015. Sesab.

Na Diretriz I, cerca de 50% dos recursos previstos, R\$ 758,5 milhões, são para a execução das ações concernentes ao Compromisso 3, que trata da Assistência Farmacêutica no SUS.

Na Diretriz II, que se refere à ampliação do acesso aos serviços de média e alta complexidade e da conformação das redes prioritárias (Saúde Materno-Infantil, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial), 95,5%, cerca de R\$ 6,38 bilhões estão previstos para a implementação das ações do Compromisso 6, o qual concentra ações de gerenciamento das unidades da rede própria estadual, da aplicação de recursos para operação da rede credenciada ao SUS e para a execução de programas como Internação Domiciliar e Saúde em Movimento. Desse total, foram destinados ao gerenciamento das unidades ambulatoriais e hospitalares sob administração direta e indireta, respectivamente, R\$ 1,7 e R\$ 1,9 bilhão. Além disso, está previsto o investimento de R\$ 2 bilhões para a operação da rede de serviços de saúde credenciada ao SUS.

Na Diretriz III, que trata da gestão do sistema, incluindo a participação e o controle social e a gestão do trabalho e da educação permanente em saúde, dos mais de R\$ 4,1 bilhões a ela destinados quase 98% estão destinados ao cumprimento do Compromisso 13 “Consolidar a política de gestão do trabalho e da educação na saúde, com vistas à qualificação e humanização das práticas de gestão e do cuidado, em atendimento aos princípios e diretrizes do SUS”.

Neste compromisso, estão incluídas as despesas com a folha de pagamento do grupo ocupacional saúde, ou seja, o quadro de pessoal da Sesab. Os recursos previstos para

administração de pessoal e encargos do grupo ocupacional de saúde somam mais de R\$ 3,9 bilhões. Para a ampliação e ordenamento das residências em saúde e o desenvolvimento de curso para a formação de nível médio e pós-médio na área da saúde serão destinados R\$ 126 milhões e R\$ 19,8 milhões, respectivamente (**Tabela 10**).

Tabela 10 – Orçamento relativo ao PPA 2012-2015, segundo compromisso do PES – Bahia – 2012-2015

(continua)

DIRETRIZ I: Fortalecer o SUS enquanto política pública capaz de assegurar, por meio da integração das práticas de Atenção Básica, Vigilância da Saúde e Assistência Farmacêutica, o acesso a ações e serviços essenciais para a efetiva melhoria na situação de saúde da população, com enfoque na promoção da saúde, cuidado integral, equidade e humanização.	
COMPROMISSO:	Todas as Fontes (valores em R\$ 1,00)
C1 - Ampliar as ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças e agravos no âmbito do SUS.	326.678.783,00
C2 - Fortalecer a Atenção Básica efetivando a mudança do Modelo de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.	349.852.000,00
C3 - Avançar na Política de Assistência Farmacêutica do SUS, assegurando e qualificando o acesso aos medicamentos.	758.567.000,00
C4 – Promover o cuidado integral ao ser humano no curso da vida, considerando a implantação de serviços que atendam às necessidades das políticas geracionais em saúde no âmbito do SUS.	7.960.000,00
C5 – Promover a equidade e a humanização no cuidado à saúde no SUS das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas.	25.846.000,00
DIRETRIZ II: Expandir o acesso as ações e serviços de saúde com qualidade em todos os níveis de atenção, com práticas de cuidado pautadas pela humanização, assegurando a integralidade, universalidade, equidade e resolutividade	
COMPROMISSO:	Todas as Fontes (valores em R\$ 1,00)
C6 – Ampliar o acesso da população às ações e serviços de média e alta complexidade do SUS, com qualidade e resolutividade.	6.381.902.587,00
C7 – Implantar a rede de serviços para o cuidado materno-infantil no SUS-BA, contribuindo efetivamente para a melhoria das condições de vida e a redução da morbi-mortalidade.	97.944.000,00
C8 - Promover a atenção integral às pessoas com transtorno mental e/ou usuário de crack, álcool e de outras drogas no âmbito do SUS-BA.	2.990.000,00
C9 - Expandir, qualificar e humanizar a rede de urgência e emergência no SUS-BA.	118.541.000,00
C10 - Consolidar a rede de hematologia e hemoterapia do Estado da Bahia para atender à demanda do SUS.	75.799.000,00
DIRETRIZ III: Assegurar uma gestão eficiente e efetiva do sistema de saúde, fortalecendo a descentralização, a regionalização e o controle social, com fontes estáveis de financiamento, um planejamento integrado e uma Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde que garanta a autonomia profissional e o fortalecimento do compromisso social e ético dos trabalhadores da saúde	
COMPROMISSO:	Todas as Fontes (valores em R\$ 1,00)
C11 - Fortalecer o controle social em saúde, com gestão democrática e participativa e ampliação dos canais de diálogo com a sociedade, para a consolidação do SUS-BA.	2.686.000,00

Tabela 10 – Orçamento relativo ao PPA 2012-2015, segundo compromisso do PES – Bahia – 2012-2015

(conclusão)

DIRETRIZ III: Assegurar uma gestão eficiente e efetiva do sistema de saúde, fortalecendo a descentralização, a regionalização e o controle social, com fontes estáveis de financiamento, um planejamento integrado e uma Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde que garanta a autonomia profissional e o fortalecimento do compromisso social e ético dos trabalhadores da saúde	
COMPROMISSO:	Todas as Fontes (valores em R\$ 1,00)
C12 - Ampliar a qualidade do SUS-BA, modernizando e fortalecendo os mecanismos de gestão e expandindo sua base científica, tecnológica e produtiva.	59.117.000,00
C13 - Consolidar a política de gestão do trabalho e da educação na saúde, com vistas à qualificação e humanização das práticas de gestão e do cuidado, em atendimento aos princípios e diretrizes do SUS.	4.094.466.000,00
Total	12.302.349.370,00

Fonte: PPA 2012-2015 – Bahia.

**INVESTIMENTOS NA INFRAESTRUTURA DOS SERVIÇOS NO SISTEMA ESTADUAL
DE SAÚDE**

Estão previstos investimentos da ordem de R\$ 467 milhões em reformas, recuperações e construções na Atenção Básica, na Assistência Farmacêutica, na Média e Alta Complexidade, na rede de saúde materno-infantil, urgência e emergência, hematologia e hemoterapia, e para a qualificação da gestão do SUS, com a modernização gerencial da Sesab, além da renovação da frota de veículos e aquisição de ambulâncias para os Municípios.

A **Tabela 11** apresenta o montante de recursos previstos para investimentos por Compromisso do Plano Estadual 2012-2015.

Tabela 11 – Recursos previstos no Plano Plurianual 2012-2015 para investimentos pela Sesab – Bahia – 2012

(continua)

Compromisso	PPA 2012-2015	Orçado inicial
Fortalecer a Atenção Básica, efetivando a mudança do Modelo de Atenção à Saúde	Apoio à Construção de Unidades de Saúde	49.200.000,00
	Apoio à Recuperação de Unidades de Saúde	8.000.000,00
	Informatização da Rede de Atenção Básica	5.952.000,00
Sub-total		63.152.000,00
Avançar na política de assistência farmacêutica do SUS-BA, assegurando e qualificando o acesso aos medicamentos	Estruturação dos Serviços Farmacêuticos	12.500.000,00
Sub-total		12.500.000,00
Ampliar o acesso da população às ações e serviços de média e alta complexidade do SUS, com qualidade e resolutividade	Aparelhamento de Unidades de Saúde	58.000.000,00
	Reparação de Unidades de Saúde	8.000.000,00
	Apoio ao equipamento de unidades de saúde	9.600.000,00
	Reforma de Unidades de Saúde	31.900.000,00
	Ampliação de Unidades de Saúde	81.930.000,00
	Ampliação da Frota de Ambulâncias	4.000.000,00
	Construção de Hospitais	68.600.000,00
Sub-total		262.030.000,00
Implantar a rede de serviços para o cuidado materno-infantil no SUS-BA, contribuindo efetivamente para a melhoria das condições de vida e a redução da morbi-mortalidade (Rede Cegonha)	Aparelhamento de Unidades de Saúde da Rede Cegonha	38.934.000,00
	Ampliação de Unidades da Rede Materno-Infantil	24.270.000,00
Sub-total		63.204.000,00
Expandir, Qualificar e Humanizar a Rede de Urgência e Emergência no SUS-BA	Recuperação de Unidades de Emergência	16.020.000,00
	Construção de Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	9.768.000,00
Sub-total		25.788.000,00

Tabela 11 – Recursos previstos no Plano Plurianual 2012-2015 para investimentos pela Sesab – Bahia – 2012

(conclusão)

Compromisso	PPA 2012-2015	Orçado inicial
Consolidar a rede de hematologia e hemoterapia do Estado da Bahia para atender a demanda do SUS	Construção de Unidades Hematológicas e Hemoterápicas	11.535.000,00
	Modernização da Frota de Veículos - Hemoba	1.400.000,00
	Aparelhamento de Unidades Hemoterápicas	4.159.000,00
	Reestruturação da rede física das unidades hematológicas e hemoterápicas	1.250.000,00
Sub-total		18.344.000,00
Ampliar a qualificação do SUS-BA, modernizando e fortalecendo os mecanismos de gestão e financiamento, e expandindo sua base científica, tecnológica e produtiva	Modernização da Frota de Veículos	3.000.000,00
	Modernização Gerencial da Sesab	14.800.000,00
Sub-total		17.800.000,00
Consolidar a política de gestão do trabalho e da educação na saúde, com vistas à qualificação e humanização das práticas de gestão e do cuidado, em atendimento aos princípios e diretrizes do SUS	Construção de Instituição de Educação Permanente	4.500.000,00
Sub-total		4.500.000,00
TOTAL		467.318.000,00

Fonte: Bahia, 2012.

No que se refere à Atenção Básica, serão investidos cerca de R\$ 63 milhões mediante convênios para a construção de Unidades de Saúde da Família (USF), para a recuperação de unidades de saúde, bem como para a informatização das unidades. Na Assistência Farmacêutica, R\$ 12,5 milhões estarão disponíveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos da Sesab.

Para a Média e Alta complexidade, serão investidos até R\$ 262 milhões na construção de novos hospitais (R\$ 68,6 milhões), a exemplo do Hospital Regional da Chapada, em Seabra, e o Hospital de Oncologia, em Salvador, bem como em reparação e recuperação de unidades (R\$ 40 milhões), em ampliação de unidades de saúde (R\$ 82 milhões), em aquisição de equipamentos (R\$ 67,6 milhões) e de ambulâncias (R\$ 4 milhões).

Na área de urgência e emergência estão previstos R\$ 25,8 milhões para recuperação de unidades de emergência e R\$ 9,8 milhões para a construção de Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Na Saúde Materno-infantil, serão investidos R\$ 63,2 milhões para ampliação e aparelhamento das unidades de saúde que compõem a Rede Cegonha.

Na assistência hematológica e hemoterápica serão investidos cerca R\$ 18,3 milhões para a construção e reestruturação de unidades hematológicas e hemoterápicas, para a modernização da frota de veículos da Hemoba e aparelhamento das unidades. No campo

da gestão, R\$ 22,3 milhões serão investidos para modernização da frota de veículos da Sesab, bem como para sua modernização gerencial, além da construção da nova sede para a EESP e da EFTS.

O **Quadro 4** apresenta as unidades hospitalares da capital e do interior do Estado com investimentos previstos para o período de implementação deste plano.

(continua)

Unidade hospitalar	Município
Hospital Regional Dantas Bião	Alagoinhas
Maternidade Municipal de Alagoinhas	Alagoinhas
Hospital do Oeste	Barreiras
Hospital Municipal Professor Magalhães Neto	Brumado
Hospital de Camacã	Camacã
Hospital Geral de Camaçari	Camaçari
Hospital Municipal de Campo Formoso	Campo Formoso
Hospital Regional de Castro Alves	Castro Alves
Hospital Municipal de Cruz das Almas	Cruz das Almas
Hospital Geral Clériston Andrade – HGCA	Feira de Santana
Hospital Especializado Lopes Rodrigues	Feira de Santana
Hospital Inácia Pinto dos Santos	Feira de Santana
Hospital Regional de Guanambi	Guanambi
Hospital Regional de Ibotirama	Ibotirama
Hospital Geral Luís Vianna Filho – HGLVF	Ilhéus
Maternidade Santa Helena	Ilhéus
Hospital Regional de Ipiaú	Ipiaú
Hospital Mário Dourado	Irecê
Hospital de Itaberaba	Itaberaba
Hospital Manoel Novaes	Itabuna
Maternidade da Mãe Pobre	Itabuna
Hospital Geral de Itaparica	Itaparica
Hospital Cristo Redentor	Itapetinga
Hospital de Jacobina	Jacobina
Hospital Geral Prado Valadares	Jequié
Santa Casa de Jequié	Jequié
Maternidade Municipal de Juazeiro	Juazeiro
Hospital Regional de Juazeiro	Juazeiro
Hospital Geral Menandro de Faria	Lauro de Freitas
Hospital Regional de Mairi	Mairi
Hospital Maternidade de Morro do Chapéu	Morro do Chapéu
Hospital Nair Alves	Paulo Afonso
Maternidade de Pojuca	Pojuca
Hospital Regional de Porto Seguro	Porto Seguro
Unidade Municipal de Remanso	Remanso
Hospital Regional de Santa Tereza	Ribeira do Pombal
Hospital de Ribeira do Pombal	Ribeira do Pombal

Quadro 4 – Unidades hospitalares da capital e do interior com previsão de investimentos em infraestrutura pela Secretaria de Saúde – Estado da Bahia – 2012-2015

Fonte: Sesab/Saftec/Diops, 2012.

Unidade hospitalar	Município
Hospital Geral Roberto Santos	Salvador
Hospital Especializado Manoel Victorino	Salvador
Hospital São Jorge	Salvador
Hospital João Batista Caribé	Salvador
Sede da Sesab	Salvador
Hospital Especializado Octávio Mangabeira	Salvador
Maternidade Albert Sabin	Salvador
Hospital Especializado Dom Rodrigues de Menezes	Salvador
Unidade de Emergência do Cruzú	Salvador
Hospital Especializado Carvalho Luz – HECL	Salvador
Hospital Especializado Mário Leal – HEML	Salvador
Maternidade de Referência J. M. Magalhães	Salvador
Maternidade Albert Sabin	Salvador
Hospital João Batista Caribé	Salvador
Hospital Geral Roberto Santos	Salvador
Hospital Couto Maia	Salvador
Hospital Geral Roberto Santos	Salvador
Maternidade Climério de Oliveira	Salvador
Maternidade Tsylla Balbino	Salvador
Instituto de Perinatologia da Bahia – IPERBA	Salvador
Hospital Especializado Eládio Lasserre	Salvador
Hospital São Jorge	Salvador
Hospital Geral do Estado	Salvador
Hospital Geral Ernesto Simões Filho – HGESF	Salvador
Hospital Municipal de Santa Maria da Vitória	Santa Maria da Vitória
Hospital Regional Eurídice Santana	Santa Rita de Cássia
Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus	Santo Antônio de Jesus
Hospital Maternidade Municipal de Santo Antônio de Jesus	Santo Antônio de Jesus
Hospital Regional da Chapada Diamantina	Seabra
Hospital Municipal de Senhor do Bonfim	Senhor do Bonfim
Hospital Municipal de Serrinha	Serrinha
Hospital Municipal de Teixeira de Freitas	Teixeira de Freitas
Hospital de Valença	Valença
Hospital Geral de Vitória da Conquista – HGVC	Vitória da Conquista
Hospital Especializado Afrânio Peixoto	Vitória da Conquista
Hospital Esaú Matos de Vitória da Conquista	Vitória da Conquista
Hospital Municipal de Xique-Xique	Xique-Xique

(conclusão)

Quadro 4 – Unidades hospitalares da capital e do interior com previsão de investimentos em infraestrutura pela Secretaria de Saúde – Estado da Bahia – 2012-2015

Fonte: Sesab/Saftec/Diops, 2012.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano de Saúde é um instrumento plurianual (quatro anos) que norteia todas as medidas empreendidas pelo SUS na Bahia e explicita a Política de Saúde, sendo elaborado mediante uma análise situacional da população, determinantes e condicionantes da saúde, bem como da gestão, apresentando as intenções e os resultados a serem buscados em seu período de vigência, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

O PES 2012-2015 contempla ainda dados referentes à capacidade dos serviços de saúde aliado às demandas do PPA participativo, as propostas emanadas das conferências de saúde, bem como da Política Nacional de Saúde.

O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 é um dos principais instrumentos do processo de planejamento e gestão da Sesab, com o objetivo de deixar transparentes as intenções do gestor estadual e os resultados a serem buscados, no âmbito da saúde, expressando a política e os compromissos assumidos pela gestão na esfera estadual, sendo documento referencial para discussões e reflexões sobre o planejamento, operacionalização, execução, monitoramento, avaliação e avanço do SUS na Bahia durante a gestão.

Sua elaboração, realizada de forma participativa e ascendente, obedecendo ao requisito legal, assegura os princípios de unicidade do SUS e de participação social. Teve como foco o macro objetivo construído pela gestão atual para o sistema de saúde de promover a redução e o controle da morbimortalidade da população por doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, com a implementação de políticas públicas transversais cujo foco seja a promoção da saúde, bem-estar e proteção da sociedade e com a consolidação de um sistema de saúde descentralizado, regionalizado e resolutivo.

Os resultados ou impactos são objeto de acompanhamento da Sesab, de modo a assegurar a dinamicidade e continuidade do processo, ofertando informações periódicas acerca do andamento da implementação do PES tanto para orientar os eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários quanto para indicar a necessidade de se ampliar ou inserir outras ações, assim como subsidiar a tomada de decisão.

A prática do processo de avaliação e monitoramento deste instrumento de gestão em saúde estadual é prioridade na Sesab. Vai além da simples averiguação de resultados e torna-se um processo crítico-reflexivo em busca da identificação dos pontos de fragilidade que merecerão a adoção de medidas ou intervenção, visando superar os desafios que impedem o avanço do que está sendo proposto. Sendo assim, avaliação será usada aqui

como um processo que implica julgar, emitir um julgamento de valor com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão, tendo como base uma análise das ações realizadas ou dos resultados obtidos, em um contexto específico, em um dado momento, comparando com um propósito considerado ideal a ser alcançado.

A avaliação é entendida como um processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático, em que distintos mecanismos e procedimentos são utilizados para o aperfeiçoamento das ações e serviços de saúde prestados à população. Parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores e pelas equipes técnicas com o objetivo de proporcionar maior resolubilidade. A avaliação é de grande importância também para a consolidação do Sistema de Planejamento do SUS, por possibilitar a análise consubstanciada do processo geral de desenvolvimento do Plano, assinalando os avanços, as principais dificuldades e os fatores facilitadores detectados, para que novas iniciativas e medidas sejam desencadeadas.

O monitoramento é a parte do processo avaliativo que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados no PES 2012-2015. Permite aos técnicos acompanhar a sua evolução de modo a verificar se estão sendo executados conforme planejado e se estão tendo os resultados esperados sobre a população-alvo em um processo de acompanhamento sistemático sobre algumas das características dos serviços. Por desenvolver estas ações, produz subsídios à realização de avaliações.

Assim, fica evidente que a avaliação e o monitoramento são entendidos como instrumentos interligados e complementares que possibilitam o gerenciamento das ações do PES sendo cabível destacar sua importância no processo de qualificação da gestão, mediante o acompanhamento sistemático das ações desenvolvidas e de seus resultados alcançados. Seu objetivo é acumular informações que subsidiem a tomada de decisão para o alcance satisfatório das metas pactuadas para o final do quadriênio.

O monitoramento da operacionalização do PES deverá ser realizado pelas áreas técnicas responsáveis, em conjunto com a Cope, por meio de um conjunto de indicadores que permitirão aferir se todas as atividades estão sendo realizadas conforme a programação.

A frequência do monitoramento das metas pactuadas deve ser avaliada de acordo com o tipo do Indicador que está sendo monitorado. Assim, os Indicadores de Processo estão relacionados às atividades desenvolvidas para alcance das ações estabelecidas e são comparados a padrões de qualidade previamente acordados nas áreas técnicas, sendo acompanhados trimestralmente.

Será utilizada uma planilha, de alimentação mensal, contendo informações gerais, registro dos resultados que irão traduzir-se em informações necessárias para o monitoramento quadrimestral, demonstrando o grau de cumprimento das ações (com sua respectiva porcentagem), o valor (R\$) utilizado para o cumprimento das ações e identificando se a referida meta consta na LOA.

Os Indicadores de Resultado referem-se à quantificação do alcance da meta. Portanto, seu cumprimento relaciona-se com o resultado alcançado pelos indicadores de processo. O acompanhamento desses resultados ocorrerá a cada seis meses, sendo utilizada uma planilha de indicadores preenchida mensalmente. Para auxiliar o processo, será utilizada escala de cores que represente o grau de desempenho das metas pactuadas. Os valores que indiquem grau de desempenho inferior a 26% serão destacados de vermelho; valores entre 26 e 50% de cumprimento, destacados de amarelo; valores no intervalo de 51 a 75%, sinalizados em laranja; e valores de cumprimento acima de 76%, marcados na cor verde. Este destaque com cores visa, sobretudo, ressaltar as ações que necessitam de atenção especial devido ao seu baixo grau de cumprimento. Além disso, será realizado também o monitoramento da PAS, instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PES.

Trata-se de um instrumento básicos inerente a todo o Sistema de Planejamento do SUS, imprescindível para a implementação do plano, na medida em que permite acompanhar o desenvolvimento das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e das metas. Considera, ainda, a utilização dos recursos previstos, atuando como sinalizador dos obstáculos a serem superados para o cumprimento dos compromissos assumidos, subsidiando a construção da viabilidade de execução do plano.

Nesse contexto, ressalta-se a importância do RAG no processo de avaliação e monitoramento da Sesab, por apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS, o que auxilia na análise do processo geral de desenvolvimento do plano, já que registra os avanços obtidos, os obstáculos que requerem implementação de soluções, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser empreendidas para contornar ou superar os obstáculos existentes.

Os indicadores para monitoramento e avaliação do PES 2012-2015 são apresentados no **Quadro 5**.

COMPROMISSO	INDICADORES
C1-Sesab – Ampliar as ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças e agravos no âmbito do SUS	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (IDSUS);
	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase (IDSUS);
	Percentual de Municípios com cobertura adequada (95%) para vacina tetravalente em menores de 1 ano de idade;
	Percentual dos casos das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) encerrados oportunamente após investigação;
	Proporção de sub-registro/subnotificação dos óbitos no Estado;
	Percentual de estabelecimentos e serviços de saúde com licença sanitária concedida.
C2-Sesab – Fortalecer a Atenção Básica, efetivando a mudança do Modelo de Atenção à Saúde no âmbito do SUS	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (IDSUS);
	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos (IDSUS);
	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal (IDSUS);
	Proporção de internações sensíveis a atenção básica (IDSUS);
	Número de Unidades de Saúde para a Atenção Básica (unidades de saúde da família/ unidades satélites);
	Proporção da cobertura populacional estimada pela ESF (IDSUS);
	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.
C3-Sesab – Avançar na Política de Assistência Farmacêutica do SUS, assegurando e qualificando o acesso aos medicamentos	Percentual de incremento de usuários atendidos no componente especializado da Assistência Farmacêutica;
	Percentual de Municípios atendidos trimestralmente com o componente básico da Assistência Farmacêutica.
C4.1-Sesab – Promover o cuidado integral ao ser humano no curso da vida, considerando a implantação de serviços que atendam às necessidades das políticas geracionais em saúde no âmbito do SUS	Percentual de famílias beneficiárias do programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Básica;
	Ampliar a oferta de serviços para o cuidado por ciclo de vida e gênero.
C4.2 – Ampliar as ações de cuidado integral ao ser humano no SUS, com vistas a promover o Envelhecimento Ativo e Saudável	Taxa de Internação por DM e suas Complicações na População de 30 a 59 anos;
	Taxa de Internações por AVC.
C5-Sesab – Promover a equidade e a humanização no cuidado à saúde no SUS das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas	Percentual de Unidades Prisionais do Estado da Bahia com o Programa Nacional de Saúde Prisional;
	Número de Unidades da rede própria de saúde com o Programa de combate ao racismo institucional implantado.

(continua)

Quadro 5 – Indicadores para monitoramento e avaliação do PES 2012-2015

COMPROMISSO	INDICADORES
C6-Sesab – Ampliar o acesso da população às ações e serviços de média e alta complexidade do SUS, com qualidade e resolutividade	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente (IDSUS);
	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente (IDSUS);
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente (IDSUS);
	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente (IDSUS);
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, por habitante (IDSUS);
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes (IDSUS);
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes (IDSUS);
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes (IDSUS);
	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes (IDSUS);
	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva (IDSUS);
	Percentual dos procedimentos de internação de MAC autorizados pré-fato;
	Percentual dos leitos regulados por meio dos Complexos Reguladores Macrorregionais.
C7-Sesab – Implantar a rede de serviços para o cuidado materno-infantil no SUS-BA, contribuindo efetivamente para a melhoria das condições de vida e a redução da morbimortalidade	Proporção nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal (IDSUS);
	Proporção de parto normal (IDSUS);
	Razão exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população da mesma faixa (IDSUS);
	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária (IDSUS);
	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (IDSUS);
	Taxa de mortalidade Infantil;
	Razão de Mortalidade Materna;
	Percentual de Unidades Básicas vinculadas à referência para parto.

(continua)

Quadro 5 – Indicadores para monitoramento e avaliação do PES 2012-2015

COMPROMISSO	INDICADORES
C8-Sesab – Promover a atenção integral às pessoas com transtorno mental e/ou usuário de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS-BA	Percentual de ampliação da disponibilidade de Caps, com prioridade para os Caps-AD e Caps III;
	Percentual de leitos hospitalares da rede própria estadual destinados ao tratamento de usuários de crack, álcool e outras drogas;
	Percentual de leitos de atenção integral em saúde mental na rede SUS-BA;
	Percentual de Caps do Estado desenvolvendo ações de inclusão por meio da Economia Solidária.
C9-Sesab – Expandir, qualificar e humanizar a rede de urgência e emergência no SUS-BA	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IDSUS);
	Número de Unidades da rede própria estadual com acolhimento por classificação de risco implantado;
	Percentual da População Coberta pelo Samu 192;
	Número de unidades da rede própria estadual com dispositivos da Política de Humanização implantado.
C10-Sesab – Consolidar a rede de hematologia e hemoterapia do Estado da Bahia para atender à demanda do SUS	Percentual da demanda da rede SUS por hemocomponentes atendidas por meio da Fundação Hemoba;
	Número de hospitais da Rede própria com serviço de assistência a pacientes com patologias hematológicas implantado;
	Percentual da atividade hemoterápica no Estado executada sob regulação, controle e avaliação;
	Número de Unidades hematológicas e hemoterápicas construídas;
	Número de unidades móveis de coleta (hemóvel) adquiridos no período;
	Obter a acreditação do Hemocentro Coordenador da Fundação Hemoba.
C11-Sesab – Fortalecer o controle social em saúde, com gestão democrática e participativa e ampliação dos canais de diálogo com a sociedade, para a consolidação do SUS-BA	Percentual das unidades da rede própria com ouvidoria implantada;
	Percentual de ouvidorias regionais em funcionamento no Estado;
	Percentual de regiões de saúde do Estado com o MobilizaSUS implementado;
	Percentual os Conselhos Municipais de Saúde do Estado qualificados.
C12-Sesab – Ampliar a qualidade do SUS-BA, modernizando e fortalecendo os mecanismos de gestão e expandindo sua base científica, tecnológica e produtiva	Percentual de Municípios com adesão ao Pacto Pela Saúde ou política substitutiva;
	Percentual das deliberações dos espaços de gestão interfederativa homologadas na CIB.
C13-Sesab – Consolidar a política de gestão do trabalho e da educação na saúde, com vistas à qualificação e humanização das práticas de gestão e do cuidado, em atendimento aos princípios e diretrizes do SUS	Percentual das regiões com ações de gestão do trabalho implantadas;
	Percentual dos Municípios com trabalhadores do SUS formados/qualificados;
	Percentual dos trabalhadores da Sesab avaliados pelo Programa de Avaliação de Desempenho;
	Percentual de unidades da rede própria de Saúde e das Dires com Nugtes implantados;
	Percentual das unidades da rede própria sob gestão direta da Sesab com dispositivos de humanização implementados.

(conclusão)

Quadro 5 – Indicadores para monitoramento e avaliação do PES 2012-2015

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1986, 17-21 mar. Extraído de [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf], acesso em [4 de maio de 2012].
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro; 2011.
3. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diagnóstico da situação de saúde – 2012. Salvador; 2012.
4. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização – 2007. Salvador; 2007.
5. Almeida Filho N, Barreto ML. Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Brasília; 2010. Extraído de [<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>], acesso em [4 de maio de 2012].
7. Carmo EH, Barreto ML, Silva Junior JB. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. Epidemiol Serv Saúde. 2003 abr/jun;12(2):63-75.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil. Brasília; 2002.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Distribuição da morbimortalidade por grupos etários populacionais, considerando o desenho dos Territórios de Identidade no Estado da Bahia. Produzido por Susan Martins Pereira. Salvador; outubro 2011.
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Documento técnico contendo distribuição dos Agravos Prioritários em Saúde, considerando o desenho dos Territórios de Identidade do Estado da Bahia. Produzido por Sheila Maria Alvim de Matos. Salvador; 2011 out.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Manual para investigação do óbito com causa mal definida. Brasília; 2009.
12. Brasil. Presidência da República. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília; 2011. Extraído de [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm], acesso em [18 de abril de 2012].

13. Brasil. Presidência da República. Constituição da república federativa do Brasil de 1988. Brasília; 1988. Extraído de [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm]. Acesso em [18 de abril de 2012].
14. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS. Uma construção coletiva. Organização e funcionamento. Brasília; 2006.
15. Bahia. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Salvador; 2012. Extraído de [<http://www1.saude.ba.gov.br:8080/SGD/sgd.jsp>], acesso em [28 de março de 2012].
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. Brasília; 2002. Extraído de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html], acesso em [18 de abril de 2012].
17. Brasil. Presidência da República. Decreto n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 1995. Extraído de [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/17_Decreto_1651.pdf], acesso em [18 de abril de 2012].
18. Bahia. Governo do Estado. Decreto n.º 7.884, de 27 de dezembro de 2000. Aprova o Regulamento do Sistema Estadual de Auditoria no âmbito do SUS-BA. Salvador; 2000. Extraído de [http://www.mp.ba.gov.br/atuuacao/cidadania/gesau/auditoria/decreto_7884_2000.pdf], acesso em [5 de maio de 2012].
19. Brasil. Presidência da República. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.ºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília; 2012. Extraído de [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm], acesso em [18 de abril de 2012].
20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília; 2003. Extraído de [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf], acesso em [18 de abril de 2012].
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2011. Extraído de [<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>], acesso em [18 de abril de 2012].

22. Buss PM, Pelegriani Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.
23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

APÊNDICES

Apêndice A – Principais causas de internação hospitalar por faixa etária no sexo feminino – Bahia – 2001

Faixa etária (anos)										
	<1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 +
1ª	Afecções perinatais	DAR	DAR	DAR	Gravidez, parto e puerpério	Gravidez, parto e puerpério	Gravidez, parto e puerpério	Aparelho geniturinário	DAC	DAC
2ª	DIP	DIP	DIP	Gravidez, parto e puerpério	DAR	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário	DAC	DAR	DAR
3ª	DAR	Aparelho digestivo	Aparelho digestivo	DIP	DIP	Aparelho digestivo	DAR	DAR	Aparelho digestivo	DIP
4ª	Aparelho digestivo	Afecções perinatais	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Aparelho digestivo	Aparelho geniturinário	DAR	Aparelho digestivo	Gravidez, parto e puerpério	Aparelho geniturinário	Aparelho digestivo
5ª	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Aparelho geniturinário	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Aparelho digestivo	DIP	Neoplasias	Neoplasias	DIP	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
6ª	Anomalias congênicas	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Aparelho geniturinário	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Neoplasias	DAC	Aparelho digestivo	Neoplasias	Aparelho geniturinário
7ª	Sistema nervoso	Aparelho geniturinário	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	DAC	DIP	DIP	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças do olho e anexos
8ª	Aparelho geniturinário	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Transtornos mentais	Transtornos mentais	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Neoplasias
9ª	Contatos com serviços de saúde	Neoplasias	Contatos com serviços de saúde	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	DAC	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
10ª	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Anomalias congênicas	Causas externas de morbidade e mortalidade	DAC	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Transtornos mentais	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Transtornos mentais	Sistema nervoso

Fonte: BRASIL, MS – SIH/SUS.

DAC: Doenças do aparelho circulatório; DAR: Doenças do aparelho respiratório; DIP: Doenças infecciosas e parasitárias.

Apêndice B – Principais causas de internação hospitalar por faixa etária no sexo feminino – Bahia – 2010

Faixa etária (anos)										
	<1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 +
1ª	Afecções perinatais	DAR	DAR	DIP	Gravidez, parto e puerpério	Gravidez, parto e puerpério	Gravidez, parto e puerpério	Neoplasias	DAC	DAC
2ª	DAR	DIP	DIP	Gravidez, parto e puerpério	DIP	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário	Aparelho digestivo	DAR
3ª	DIP	Aparelho digestivo	Aparelho digestivo	DAR	DAR	Aparelho digestivo	Aparelho digestivo	Aparelho digestivo	DIP	DIP
4ª	Aparelho digestivo	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Aparelho digestivo	Aparelho geniturinário	DIP	DIP	Gravidez, parto e puerpério	DAR	Aparelho digestivo
5ª	Anomalias congênicas	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Aparelho digestivo	DAR	Neoplasias	DAC	Neoplasias	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
6ª	Aparelho geniturinário	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Aparelho geniturinário	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	DAR	DIP	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário
7ª	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	DAC	DAR	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Neoplasias
8ª	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Neoplasias	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Contatos com serviços de saúde	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Causas externas
9ª	Sistema nervoso	Anomalias congênicas	Sistema nervoso	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	DAC	DAC	Contatos com serviços de saúde	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas
10ª	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Sistema nervoso	Doenças do sangue	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Doenças do olho e anexos

Fonte: BRASIL, MS – SIH/SUS.

DAC: Doenças do aparelho circulatório; DAR: Doenças do aparelho respiratório; DIP: Doenças infecciosas e parasitárias.

Apêndice C – Principais causas de internação hospitalar por faixa etária no sexo masculino – Bahia – 2001

Faixa etária (anos)										
	<1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 +
1ª	Afecções perinatais	DAR	DAR	DAR	DAR	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Aparelho digestivo	Aparelho digestivo	DAC	DAC
2ª	DAR	DIP	DIP	DIP	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	DAR	DAR	DAR	Aparelho digestivo	DAR
3ª	DIP	Aparelho digestivo	Aparelho digestivo	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	DIP	Aparelho digestivo	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	DAC	DAR	Aparelho digestivo
4ª	Aparelho digestivo	Afecções perinatais	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Aparelho digestivo	Aparelho digestivo	DIP	DIP	DIP	DIP	Aparelho geniturinário
5ª	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Transtornos mentais	Transtornos mentais	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Aparelho geniturinário	DIP
6ª	Anomalias congênicas	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário	DAC	Transtornos mentais	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
7ª	Sistema nervoso	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Causas externas de morbidade e mortalidade	Causas externas de morbidade e mortalidade	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Neoplasias
8ª	Aparelho geniturinário	Anomalias congênicas	Anomalias congênicas	Contatos com serviços de saúde	Transtornos mentais	DAC	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Transtornos mentais	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas
9ª	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Neoplasias	Causas externas de morbidade e mortalidade	Neoplasias	DAC	Causas externas de morbidade e mortalidade	Causas externas de morbidade e mortalidade	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Sistema nervoso
10ª	Neoplasias	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Neoplasias	DAC	Neoplasias	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Neoplasias	Neoplasias	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo

Fonte: BRASIL, MS – SIH/SUS.

DAC: Doenças do aparelho circulatório; DAR: Doenças do aparelho respiratório; DIP: Doenças infecciosas e parasitárias.

Apêndice D – Principais causas de internação hospitalar por faixa etária no sexo masculino – Bahia – 2010

Faixa etária (anos)										
	<1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 +
1ª	DAR	DAR	DAR	DIP	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Aparelho digestivo	DAC	DAC
2ª	Afecções perinatais	DIP	DIP	DAR	DIP	DIP	Aparelho digestivo	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Aparelho digestivo	DAR
3ª	DIP	Aparelho digestivo	Aparelho digestivo	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	DAR	Aparelho digestivo	DIP	DIP	DIP	DIP
4ª	Aparelho digestivo	Aparelho geniturinário	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Aparelho digestivo	Aparelho digestivo	DAR	DAR	DAC	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Aparelho digestivo
5ª	Anomalias congênitas	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário	DAC	DAR	DAR	Aparelho geniturinário
6ª	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Anomalias congênitas	Neoplasias	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário	Neoplasias	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
7ª	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Anomalias congênitas	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Transtornos mentais	Transtornos mentais	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Aparelho geniturinário	Neoplasias
8ª	Aparelho geniturinário	Neoplasias	Neoplasias	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Neoplasias	DAC	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Neoplasias	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas
9ª	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Anomalia congênita	DAC	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Contatos com serviços de saúde	Transtornos mentais	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Doenças do olho e anexos
10ª	Sistema nervoso	Sistema nervoso	Sistema nervoso	Contatos com serviços de saúde	Contatos com serviços de saúde	Contatos com serviços de saúde	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Doenças da pele e do tecido subcutâneo

Fonte: BRASIL, MS – SIH/SUS.

DAC: Doenças do aparelho circulatório; DAR: Doenças do aparelho respiratório; DIP: Doenças infecciosas e parasitárias.

Apêndice E – Principais causas de morte por faixa etária no sexo feminino – Bahia – 2001

Faixa etária (anos)										
	<1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 +
1ª	Afecções perinatais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	DAC	DAC	DAC	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais
2ª	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	DAR	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	DAC
3ª	DIP	DIP	Neoplasias	DAC	DAC	DAC	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias
4ª	DAR	Causas externas	DIP	Neoplasias	DAR	DIP	Causas externas	Causas externas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
5ª	Anomalias congênicas	Anomalias congênicas	DAR	DAR	DIP	DAR	DIP	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	DAR	DAR
6ª	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Neoplasias	Doenças do sangue	Sistema nervoso	Neoplasias	Neoplasias	DAR	Aparelho Digestivo	DIP	DIP
7ª	Sistema nervoso	Sistema nervoso	DAC	DIP	Gravidez, parto e puerpério	Gravidez, parto e puerpério	Aparelho Digestivo	DAR	Aparelho Digestivo	Aparelho Digestivo
8ª	Causas externas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Aparelho Digestivo	Aparelho Digestivo	Aparelho Digestivo	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Gravidez, parto e puerpério	DIP	Causas externas	Causas externas
9ª	Doenças do sangue	DAC	Sistema nervoso	Doenças do sangue	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Sistema nervoso	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário
10ª	Aparelho Digestivo	Doenças do sangue	Aparelho geniturinário	Anomalias congênicas	Sistema nervoso	Aparelho Digestivo	Aparelho geniturinário	Sistema nervoso	Doenças do sangue	Doenças do sangue

Fonte: BRASIL, MS/SVS/SIM.

DAC: Doenças do aparelho circulatório; DAR: Doenças do aparelho respiratório; DIP: Doenças infecciosas e parasitárias.

Apêndice F – Principais causas de morte por faixa etária no sexo feminino – Bahia – 2010

Faixa etária (anos)										
	<1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 +
1ª	Afecções perinatais	DAR	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Neoplasias	Neoplasias	DAC	DAC
2ª	Anomalias congênicas	Causas externas	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	DAR	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Causas externas	DAC	Neoplasias	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais
3ª	DIP	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	DIP	DIP	DAC	DAC	DAC	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Neoplasias
4ª	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	DIP	Neoplasias	DAC	DIP	Neoplasias	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Causas externas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
5ª	DAR	Anomalia congênita	DAR	Neoplasias	Gravidez, parto e puerpério	DIP	DIP	Aparelho digestivo	Aparelho digestivo	DAR
6ª	Causas externas	Sistema nervoso	Sistema nervoso	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Neoplasias	Gravidez, parto e puerpério	Aparelho digestivo	DIP	DAR	Aparelho digestivo
7ª	Sistema nervoso	Neoplasias	Anomalia congênita	Sistema nervoso	Doenças do sangue	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	DAR	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	DIP	DIP
8ª	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças do sangue	Doenças do sangue	Doenças do sangue	Sistema nervoso	Sistema nervoso	Gravidez, parto e puerpério	DAR	Causas externas	Causas externas
9ª	Aparelho digestivo	DAC	Aparelho digestivo	Anomalia congênita	DAR	Aparelho digestivo	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Aparelho urinário	Aparelho geniturinário	Aparelho geniturinário
10ª	DAC	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas / Aparelho digestivo	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças do sangue	Doenças do sangue	Sistema nervoso	Transtornos mentais	Sistema nervoso

Fonte: BRASIL, MS/SVS/SIM.

DAC: Doenças do aparelho circulatório; DAR: Doenças do aparelho respiratório; DIP: Doenças infecciosas e parasitárias.

Apêndice G – Principais causas de morte por faixa etária no sexo masculino – Bahia – 2001

Faixa etária (anos)										
	<1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 +
1ª	Afecções perinatais	DAR	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	DAC	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais
2ª	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	DAC	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	DAC
3ª	DIP	Causas externas	Neoplasias	DIP	Neoplasias	DIP	DAC	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Neoplasias	Neoplasias
4ª	DAR	DIP	Sistema nervoso	DAC	DAC	DAC	DIP	Aparelho Digestivo	Causas externas	DAR
5ª	Anomalias congênicas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	DIP	DAR	DAR	DAR	Aparelho Digestivo	DIP	Aparelho Digestivo	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
6ª	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Sistema nervoso	DAR	Sistema nervoso	DIP	Aparelho Digestivo	DAR	Neoplasias	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Aparelho Digestivo
7ª	Sistema nervoso	Neoplasias	Aparelho Digestivo	Neoplasias	Sistema nervoso	Neoplasias	Neoplasias	DAR	DIP	DIP
8ª	Doenças do sangue	DAC	Doenças do sangue	Aparelho Digestivo	Aparelho Digestivo	Sistema nervoso	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	DAR	Causas externas
9ª	Aparelho Digestivo	Anomalias congênicas	DAC	Doenças do sangue	Doenças do sangue	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Transtornos mentais	Transtornos mentais	Transtornos mentais	Aparelho geniturinário
10ª	Causas externas	Doenças do sangue	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Aparelho geniturinário	Anomalias congênicas	Doenças do sangue	Sistema nervoso	Sistema nervoso	Aparelho geniturinário	Sistema nervoso

Fonte: BRASIL, MS/SVS/SIM.

DAC: Doenças do aparelho circulatório; DAR: Doenças do aparelho respiratório; DIP: Doenças infecciosas e parasitárias.

Apêndice H – Principais causas de morte por faixa etária no sexo masculino – Bahia – 2010

Faixa etária (anos)										
	<1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 +
1ª	Afecções perinatais	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	DAC	DAC
2ª	Anomalias congênicas	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Neoplasias	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais
3ª	DIP	DAR	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Neoplasias	Neoplasias	DIP	DAC	DAC	Neoplasias	Neoplasias
4ª	DAR	DIP	DIP	DIP	DAC	Neoplasias	DIP	Aparelho digestivo	Causas externas	DAR
5ª	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sistema nervoso	DAR	DAR	Sistema nervoso	Aparelho digestivo	Aparelho digestivo	Neoplasias	Aparelho digestivo	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
6ª	Causas externas	Neoplasias	Sistema nervoso	DAC	DAR	DAC	Neoplasias	DIP	DIP	Aparelho digestivo
7ª	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Anomalia congênita	Anomalia congênita	Sistema nervoso	DIP	DAR	DAR	DAR	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Causas externas
8ª	Aparelho digestivo	Doenças do sangue	Doenças do sangue	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças do sangue	Sistema nervoso	Transtornos mentais	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	DAR	DIP
9ª	Sistema nervoso	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Aparelho digestivo	Transtornos mentais	Doenças do sangue	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Transtornos mentais	Transtornos mentais	Aparelho geniturinário
10ª	Doenças do sangue / DAC	DAC / Aparelho digestivo	Aparelho digestivo / Aparelho geniturinário	Anomalia congênita	Doenças endócrinas / Aparelho digestivo/ Aparelho geniturinário/ Anomalias congênicas	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Sistema nervoso	Sistema nervoso	Aparelho geniturinário	Sistema nervoso

Fonte: BRASIL, MS/SVS/SIM.

DAC: Doenças do aparelho circulatório; DAR: Doenças do aparelho respiratório; DIP: Doenças infecciosas e parasitárias.



PLANO PLURIANUAL DE SAÚDE 2012-2015