

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

**Plano Estadual de Ações Estratégicas para
o Enfrentamento das Doenças Crônicas
e Agravos Não transmissíveis—
Bahia, 2022 a
2030 (Plano de DANT)**

VERSÃO PRELIMINAR

2023

Governo do Estado da Bahia

Jerônimo Rodrigues

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Roberta Silva de Carvalho Santana

Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado

Rivia Mary de Barros

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Márcia São Pedro Leal Souza

Diretoria de Vigilância Sanitária

Mariza Eduane Costa Pinheiro

Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador

Letícia Coelho da Costa Nobre

Diretoria da Atenção Básica

Marcus Vinicius Bomfim Prates

Diretoria da Gestão do Cuidado

Liliane Mascarenhas Silveira

Diretoria da Atenção Especializada

Maria Alcina Romero Boullosa

Diretoria da Assistência Farmacêutica

Renata Mundim Ferreira Martins

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Adriana Dourado
Ana de Fátima Cardoso Nunes
Edna Pereira Rezende
Eliana Carvalho Bomfim Barqueiro
Graciele Oliveira Menezes
Marcia São Pedro Leal Souza
Michele Alcântara de Almeida da Hora
Moacir de Santana Jorge Filho
Mônica Tereza Carvalho Dantas dos Santos
Renato Queiroz dos Santos Junior
Vânia Rebouças Barbosa Vanden Broucke
Zenaide Calazans Oliveira

Diretoria de Vigilância Sanitária

Luzana A. Carvalho
Mariza Eduane Costa Pinheiro
Tânia Maria O. Cordeiro

Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador

Jesuína do Socorro Mendes Castro
Letícia Coelho da Costa Nobre
Miguel Andino Depallens
Suzana Mendes Almeida

Diretoria da Atenção Básica

Anderson Freitas de Santana
Daiana Cristina Machado Alves
Daniele Machado Pereira Rocha
Lígia de Gaia Azevedo de Oliveira
Marcia Ediméia Costa de Matos
Monica Maria Lemos Pereira

Diretoria da Gestão do Cuidado

Ailana Almeida Campos
Ana Paula Silva Pinheiro
Clarissa Leite Campos
Daiane Monique Lira de França
Evanderson Samuel Quirino Silva
Eveline Arruda de Alencar
Isabella Aira da Silva Lopes
Leila Araújo Fernandes

Liana Figueirêdo Almeida de Souza
Luiz Fernando Santana Alencar
Margareth Hamdan Melo Coelho
Marjory Ellen Lima Costa
Marília Araújo Ferrão
Renildes Cardoso Santos
Suzana Costa Carvalho Neri
Uli Tupiná de Alcantara Leal

Diretoria da Atenção Especializada

Maria Alcina Romero Boullosa
Maria de Fátima Rocha Ribeiro da Silva
Natalia Cardoso dos Santos Vieira
Ticiania Castelo Branco Borges

Diretoria da Assistência Farmacêutica

Claudia Daniela Santos Souza
Franciane Souza Guedes
Luane Rocha da Silva
Renata Mundim Ferreira Martins

REVISÃO FINAL

CAPA E SEPARATRIZES

(ASCOM)

2022 – Secretaria Estadual de Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

1ª edição

Publicação digitalizada (2023)

Ficha Catalográfica

Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Plano Estadual de Ações para o Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis
2022. 168 p.

1.Sistema Único de Saúde (SUS). 2.Secretaria Estadual da Saúde (SES). 3.Vigilância em Saúde (VISAU). 4.Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT)

Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia

4ª Avenida Centro Administrativo da Bahia, 400

Centro Administrativo da Bahia, Salvador - BA, 40301-110

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Plano Diretor de Regionalização/Bahia.

Figura 2. Pirâmides etárias. Bahia, 2010 e 2020.

Figura 3. Pirâmide etária da população indígena. Bahia, 2022.

Figura 4. Percentual dos povos indígenas segundo o ciclo de vida. Bahia, 2022.

Figura 5 Evolução da esperança de vida ao nascer (em anos), segundo sexo. Bahia, 2010 – 2021.

Figura 6. Índice de envelhecimento. Estado da Bahia, 2010 – 2021.

Figura 7. Razão de dependência, por grupo etário. Estado da Bahia, 2010 - 2021

Quadro 1. População economicamente ativa segundo faixa etária (15 anos e +). Bahia, 2010, 2010 e 2021.

Figura 8. Distribuição percentual da população economicamente ativa por sexo e raça/cor. Bahia, 2010.

Figura 9. Distribuição espacial dos municípios de acordo com o índice de desenvolvimento humano (IDH). Bahia, 2010.

Quadro 2. Número de óbitos segundo causas Capítulo da CID-10 de residentes na Bahia, 2010-2020.

Quadro 3. Número de óbitos segundo causas externas desagregadas de residentes na Bahia, 2010-2020*.

Quadro 4. Ranking dos cinco principais grupos de causas de óbito dentre as causas externas, segundo faixa etária. Bahia, 2010-2020.

Figura 10. Número de óbitos e taxa padronizada por homicídios. Bahia, 2010-2020.

Figura 11. Taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2010-2020.

Figura 12. Taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo o sexo. Bahia, 2010-2020.

Quadro 5. Razão da taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo sexo. Bahia, 2010 -2020.

Figura 13. Percentual de homicídios de acordo com a raça/cor da vítima. Bahia, 2010-2020.

Quadro 6. Número de homicídios de acordo com a faixa etária. Bahia, 2010-2020.

Figura 14. Taxa padronizada de mortalidade por suicídio de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2020.

Quadro 7. Número de suicídios de acordo com a faixa etária. Bahia, 2010-2020.

Figura 15. Taxa padronizada de mortalidade por suicídios segundo macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2010-2020.

Figura 16. Sistemas para captação dos óbitos por COVID-19. Bahia, 2020-2021.

Figura 17. Percentual de óbitos por suicídio de pessoas com diagnóstico de COVID-19 de acordo com o sexo. Bahia, 2020-2021*

Figura 18. Percentual de óbitos por suicídio de pessoas com diagnóstico de COVID-19 de acordo com a faixa etária. Bahia, 2020-2021*

Figura 19. Número (15) de pessoas com diagnóstico de COVID -19 de acordo com os dias decorridos entre a notificação da doença e o suicídio. Bahia, 2020-2021*

Figura 20. População de idosos (60 anos e mais) segundo o sexo. Bahia, 2010-2021.

Figura 21. Número de óbitos e taxa padronizada de mortalidade por quedas de acordo com o sexo. Bahia, 2010 – 2021*.

Quadro 8. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2009-2022*.

Figura 22. Número de notificações e de unidades notificadoras da violência interpessoal/autoprovocada. Bahia, 2009-2022*.

Figura 23. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o sexo. Bahia, 2009-2022*.

Figura 24. Percentual de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a faixa etária. Bahia, 2009-2022*.

Figura 25. Percentual de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a raça/cor. Bahia, 2009-2022*.

Figura 26. Percentual de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a escolaridade. Bahia, 2009-2022*.

Quadro 9. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a orientação sexual e a identidade de gênero. Bahia, 2014-2022*

Quadro 10. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o tipo. Bahia, 2010-2022*

Figura 27. Número de casos notificados da violência sexual/estupros e a proporção de estupros. Bahia, 2009-2022

Figura 28. Percentual de casos notificados da violência sexual segundo macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2022*.

Quadro 11. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o provável agressor. Bahia, 2010-2022*.

Figura 29. Número de casos notificados das lesões autoprovocadas e dos suicídios. Bahia, 2010-2020.

Figura 30. Número de óbitos por lesões de trânsito de acordo com o grupo de vítimas. Bahia, 2010-2020.

Figura 31. Percentual de óbitos por lesões de trânsito de acordo com o local de ocorrência. Bahia, 2010 – 2020.

Figura 32. Número de internamentos e custo das internações por lesões de trânsito. Bahia, 2010-2021.

Figura 33 – Evolução da frota de veículos. Bahia, 2010 a 2021.

Figura 34 – Evolução da frota de veículos de acordo com o tipo. Bahia, 2010 a 2021

Tabela 1. Proporção de casos de Acidente de Trabalho notificados no Sinan, segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404).

Tabela 2. Número e proporção de casos de Acidente de Trabalho notificados no Sinan, segundo ano de notificação e variáveis circunstância do acidente, tipo de acidente e evolução do caso. Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404).

Tabela 3. Proporção de casos e óbitos de Acidente de Trabalho notificados no Sinan, segundo principais circunstâncias do acidente (CID). Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404; n=1.080).

Tabela 4. Número e proporção de casos e óbitos por Acidente de Trabalho, segundo ocupação nível 1 e principais ocupações nível 6. Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404/1.080).

Figura 35. Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) e taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Bahia 2010-2020

Figura 36. Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo macrorregião de residência. Bahia 2010-2020

Figura 37. Número de óbitos e taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo o sexo. Bahia 2010-2020

Figura 38. Taxa de mortalidade padronizada pelos quatro principais grupos das doenças crônicas não transmissíveis (DANT) na população total e população de 30 a 69 anos. Bahia, 2010-2020.

Quadro 12. Municípios que aderiam a ação sala de pé diabético/distribuição do kit para prevenção e cuidados segundo a macrorregião. Bahia, 2022.

Quadro 13. Ranking dos óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelas causas 3 dígitos das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo o sexo. Bahia, 2010-2020.

Figura 39. Evolução do número de óbitos do ranking das cinco primeiras neoplasias de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2020

Figura 40. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 segundo o ano. Bahia, 2019-2021*

Quadro 14. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 segundo macrorregião de residência. Bahia, 2019-2021*

Figura 41. Linha de produção do cuidado do câncer de mama. Bahia, 2022.

Figura 42. Número de óbitos por neoplasia maligna de colo de útero. Bahia, 2010-2020.

Figura 43. Cobertura vacinal da HPV de meninas segundo idade (09 aos 13 anos) e dose (1ª/D1 e 2ª/D2). Bahia, 2018-2020.

Quadro 15. Razão de exames citopatológicos do colo do útero de mulheres de 25 a 64 anos segundo macrorregião de residência. Bahia, 2019-2021*.

Quadro 16 - Razão de exames citopatológicos em mulheres indígenas de 25 a 64 anos. Bahia, 2017-2022*

Figura 44. Número e percentual dos cinco principais tipos de cânceres segundo a localização primária do tumor. Bahia, 2017-2020*.

Figura 45. Percentual de casos segundo a localização primária do tumor na faixa etária dos 30 aos 69 anos (prematura). Bahia, 2017-2020*.

Tabela 5. Percentual do intervalo de tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento das neoplasias. Bahia, 2017-2020.

Figura 46. Número de casos de neoplasias segundo o primeiro tratamento recebido. Bahia, 2017-2020*.

Figura 47 Número de casos de neoplasias, segundo razão de não tratar. Bahia, 2017 a 2020.

Figura 48 – Número de caso de câncer, segundo ano de registro. Salvador, Bahia - 2007 a 2017.

Figura 49. Principais atividades, setores e ocupações associadas a exposições classificadas como carcinogênicas ou provavelmente carcinogênicas.

Tabela 6. Número de casos de câncer relacionado ao trabalho segundo a atividade econômica. Bahia, 2007-2021.

Tabela 7. Número de casos de câncer relacionado ao trabalho segundo a ocupação. Bahia, 2007-2021.

Figura 50. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que consomem regularmente frutas e hortaliças segundo o sexo para Salvador e Bahia respectivamente. 2010-2021.

Figura 51. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) fumantes, segundo o sexo para Salvador e Bahia respectivamente. 2010-2021.

Figura 52. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) fumantes passivos no local de trabalho, segundo o sexo para Salvador e Bahia respectivamente. 2010-2021.

Figura 53. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre segundo o sexo para Salvador e Bahia respectivamente. 2010-2021.

Figura 54. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva segundo o sexo para Salvador e Bahia respectivamente. 2010-2021.

Figura 55. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que referiram conduzir veículos motorizados após o consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica segundo o sexo para Salvador e Bahia respectivamente. 2010-2021

Quadro 17. Número de usuários dos povos indígenas com consumo nocivo de bebida alcoólica segundo o polo base. Bahia, 2022*

Quadro 18. Número de polos do Academia da Saúde segundo município. Bahia, 2022*

Quadro 19. Cobertura do SAMU 192 por macrorregião e município. Bahia, 2021*

Quadro 20. Relação da UPAS em funcionamento de acordo com a macrorregião, município, porte e gestão da unidade. Bahia, 2022.

Quadro 21. Matriz do Plano de Contingência para as DANT na ocorrência de desastres naturais.

Planilha 1. Plano Estadual de Enfrentamento das Dant/Planilha de indicadores, metas e ações

Planilha 2. Plano Estadual de Enfrentamento das Dant/Planilha do monitoramento.

Planilha 3. Plano Estadual de Enfrentamento das Dant/Planilha de avaliação dos resultados.

Figura 54. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que referiram conduzir veículos motorizados após o consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica segundo o sexo para Salvador e Bahia respectivamente. 2010-2021

Quadro 17. Número de usuários dos povos indígenas com consumo nocivo de bebida alcoólica segundo o polo base. Bahia, 2022*

Quadro 18. Número de polos do Academia da Saúde segundo município. Bahia, 2022*

Quadro 19. Cobertura do SAMU 192 por macrorregião e município. Bahia, 2021*

Quadro 20. Relação da UPAS em funcionamento de acordo com a macrorregião, município, porte e gestão da unidade. Bahia, 2022.

Quadro 21. Matriz do Plano de Contingência para as DANT na ocorrência de desastres naturais.

LISTA DE ABREVIATURAS

AP – Acolhimento Pedagógico

APS – Atenção Primária à Saúde

ASIS – Análise da Situação de Saúde

ATSSP – Área Técnica da Saúde no Sistema Prisional

CID-10 – 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

CIVEDI - Coordenação de Imunizações e Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis

COASS – Coordenação de Análise da Situação de Saúde

CODANT- Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis

CRU – Central de Regulação de Urgência

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DAB- Diretoria da Atenção Básica

DASF – Diretoria da Assistência Farmacêutica

DCNT- Doenças Crônicas não Transmissíveis

DISEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DIVEP – Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DGC – Diretoria da Gestão do Cuidado

DNC – Doenças de Notificação Compulsória

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MS – Ministério da Saúde

NRS – Núcleos Regionais de Saúde

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização- P

PEA – População Economicamente Ativa

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PES- Plano Estadual de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PPL – Pessoas Privadas de Liberdade

PQA-VS – Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde

RHC – Registro Hospitalar de Câncer

SAIS – Superintendência de Atenção Integral à Saúde

SARS – Síndrome Respiratória Aguda

SEI - Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais

SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SIASI – Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena

SIH – Sistema de Internação Hospitalar

SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUVISA – Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado

UP – Unidades Prisionais

VIVA – Vigilância das Violências e Acidentes

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	15
2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	
2.1 Perfil sociodemográfico	17
2.2 Causas Externas	29
2.2.1 Homicídios	32
2.2.2 Suicídios	36
2.2.3 Quedas	41
2.2.4 Violência Interpessoal e Autoprovocada	44
2.2.5 Lesões de Trânsito	54
2.2.6 Acidentes de Trabalho	59
2.3 Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)	68
2.3.1 Registros de Cânceres	87
2.3.2 Doenças Crônicas não Transmissíveis e Saúde Bucal	94
2.3.3 Doenças Crônicas não Transmissíveis e Pessoas Privadas de Liberdade	95
2.3.4 O câncer relacionado ao trabalho	96
3. FATORES DE RISCO PARA AS DCNT	101
3.1 Alimentação não saudável	102
3.2 Tabagismo	103
3.3 Inatividade física (sedentarismo)	108
3.4 Consumo abusivo de bebidas alcoólicas	108
4. PROMOÇÃO DA SAÚDE	114
4.1 Práticas Integrativas e Complementares (PICS)	114
4.2 Academia da Saúde	115
5. REDE DE URGÊNCIA/ATENÇÃO ESPECIALIZADA	120
5.1 SAMU 192	122
5.2 Unidades de Pronto Atendimento (UPAS)	124
6. PLANO DE CONTINGÊNCIA DANT NA OCORRÊNCIA DE DESASTRES	127
7. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	132
8. INDICADORES, METAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS	137
REFERÊNCIAS	157

ANEXOS

Anexo 1. Relação das unidades que realizam profilaxia pós-exposição (PEP). Bahia, 2022.

Anexo 2. Estrutura da Diretoria de Atenção Básica (DAB).

Anexo 3. Elenco dos medicamentos disponibilizados para o tratamento das DCNT pela DASF.

APRESENTAÇÃO

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) respondem por elevadas taxas de morbimortalidade na população em geral. Destaque-se os óbitos prematuros (30 a 69 anos) causados pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes mellitus) e as mortes por causas externas, principalmente as lesões de trânsito, homicídios e suicídios nas faixas etárias de adolescentes (10 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 40 anos).

Consoante às políticas e recomendações internacionais e nacionais e objetivando fortalecer as ações de enfrentamento das DANT nas esferas estadual, regionais e municipais, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), apresenta o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis, 2022-2030, o qual foi construído de maneira coletiva por representantes das diretorias que compõem a Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde (SUVISA) e Superintendência de Assistência à Saúde (SAIS), Núcleos e Bases Regionais de Saúde (NRS/BRS), pesquisadores e controle social através da consulta pública.

O Plano contempla a análise da situação de saúde das doenças crônicas e agravos das DANT, os indicadores e metas divididos em três grupos: doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), fatores de risco (alimentação não saudável, tabagismo, sedentarismo e consumo abusivo de álcool), as causas externas (violência interpessoal/autoprovoçada, homicídios, suicídios, quedas, lesões de trânsito e acidentes de trabalho) e as ações estratégicas divididas em quatro eixos: promoção da saúde, atenção integral à saúde, vigilância em saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde. Inclui também, a assistência farmacêutica e o plano de contingência para as DANT no contexto dos desastres naturais.

Ressalte-se a importância em fortalecer a articulação e a integração das diversas áreas técnica para a implementação das ações propostas no Plano e o seu monitoramento quanto aos resultados. Por fim que este documento contribua na vigilância e assistência à saúde dos diversos territórios.

Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde lançou em setembro de 2022 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DANT) o qual apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das DANT e promoção da saúde da população com vistas a dirimir as desigualdades em saúde. O Plano aborda os quatro principais grupos das doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus), seus quatro principais fatores comportamentais de risco (tabagismo, sedentarismo, alimentação não saudável e consumo abusivo de álcool) e os agravos não transmissíveis (violência interpessoal e autoprovocada, lesões de trânsito, quedas, homicídios e suicídios).

As mudanças geradas pelas transições epidemiológica, demográfica e nutricional vem alterando, de modo diverso, o perfil de adoecimento e morte da população brasileira, em função das diferenças socioeconômicas, culturais, raciais, processos de interiorização da violência, acesso a bens e serviços, impossibilidade de fazer escolhas favoráveis à saúde, entre outras. Na Bahia o cenário não difere do da maioria dos estados.

A análise da situação de saúde deixa claro que no Estado é elevada a morbimortalidade pelas DANT, representada pelas taxas de hospitalizações e mortes, assim como, a prevalência dos seus principais fatores de risco, configurando-se como grave problema de saúde pública. O processo de saúde e doença tem de ser visto de forma mais ampla considerando os seus determinantes e condicionantes, o que exige da gestão a formulação de políticas públicas voltadas a melhoria da qualidade de vida individual e coletiva, o que inclui assegurar os princípios do SUS.

O Plano constitui-se em instrumento importante para subsidiar a gestão e os profissionais dos diversos pontos de atenção à saúde, na definição de ações estratégicas que impactem favoravelmente na mudança do cenário das DANT, de modo a otimizar os recursos e maximizar os resultados, através da implementação da promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos e assistência integral à população.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

PLANO ESTADUAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS. BAHIA, 2022-2030

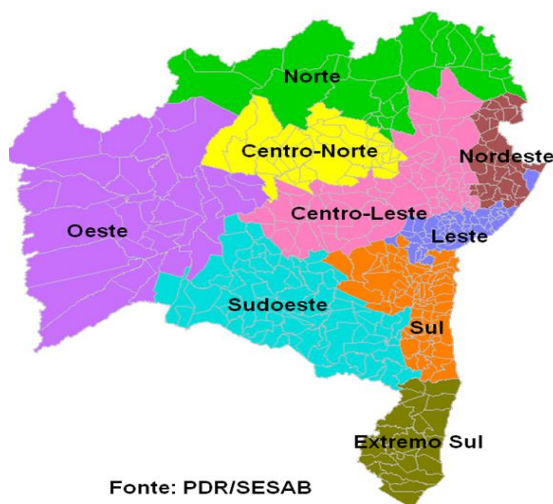
2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

2.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Nas últimas décadas, o cenário epidemiológico brasileiro vem se tornando complexo em decorrência da transição demográfica, da forma polarizada da transição epidemiológica e da transição nutricional, na Bahia não é diferente. Diante desse contexto, as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) tornam-se um desafio para a agenda não só dos gestores da saúde, como também de outros setores governamentais, cujas ações repercutem na ocorrência desses eventos (MALTA et al. 2006).

A Bahia está localizada na região Nordeste do Brasil, sendo o quinto estado em extensão territorial, com 564.722,61 quilômetros quadrados, e ocupando 6,6% da área geográfica do país e 36,3% da região. Com essa extensão territorial, o Estado possui uma densidade demográfica de 26,54 habitantes por quilômetro quadrado. Seu contingente populacional é o quarto maior do país, com uma estimativa de 14.985.284 habitantes (IBGE/2019). Vale ressaltar que houve redução na taxa de crescimento populacional, quando comparado ao período 2016-2021, em razão da metodologia adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Figura 1. Plano Diretor de Regionalização/Bahia.



Consoante ao Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Estado, é constituído por 417 municípios, divididos administrativamente em 28 regiões e 09 macrorregiões de saúde, nessas estão implantados os Núcleos Regionais de Saúde (NRS), sendo a proposta da DIVEP/SUVISA/SESAB trabalhar o monitoramento das ações por macrorregião (Figura 1).

A distribuição da população no estado é bastante heterogênea, com áreas densamente povoadas, como a macrorregião de saúde Leste, onde se concentra quase um terço dos habitantes (32,12%), e com tendência crescente nos últimos anos. Já nas macrorregiões Extremo Sul (5,65%) e Centro-Norte (5,40%) residem menos de 6% da população baiana. Os principais centros urbanos com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2021) são:

a capital Salvador (2.900.319 hab.), Feira de Santana (624.107 hab.), Ilhéus (157.639 hab.), Vitória da Conquista (343.643 hab.) Itabuna (214.123 hab.), Juazeiro (219.544 hab.) e Jequié (156.277 hab.). A população total do sexo feminino (7.704.830) e masculino (7.280.454), correspondem a percentuais de 51,41% e 48,58%, respectivamente (IBGE/DATASUS/MS).

Ao comparar-se a estrutura populacional do Estado nos anos de 2010 e 2021, verificam-se mudanças na pirâmide etária. Em 2010, a pirâmide possuía base mais alargada (predomínio de crianças e adolescentes) e ápice mais estreito (baixa proporção de idosos). Atualmente (2020), a pirâmide encontra-se com a base menos alargada, o que está relacionada à redução na taxa de natalidade, e o ápice um pouco mais largo, demonstrando envelhecimento da população (Figura 2). Importante ressaltar que na faixa etária dos 15 aos 19 anos houve uma redução de 12% para ambos os sexos quando comparados os anos de 2010 e 2021 o que pode estar relacionado às mortes por causas externas.

Figura 2. Pirâmides etárias. Bahia, 2010 e 2020.

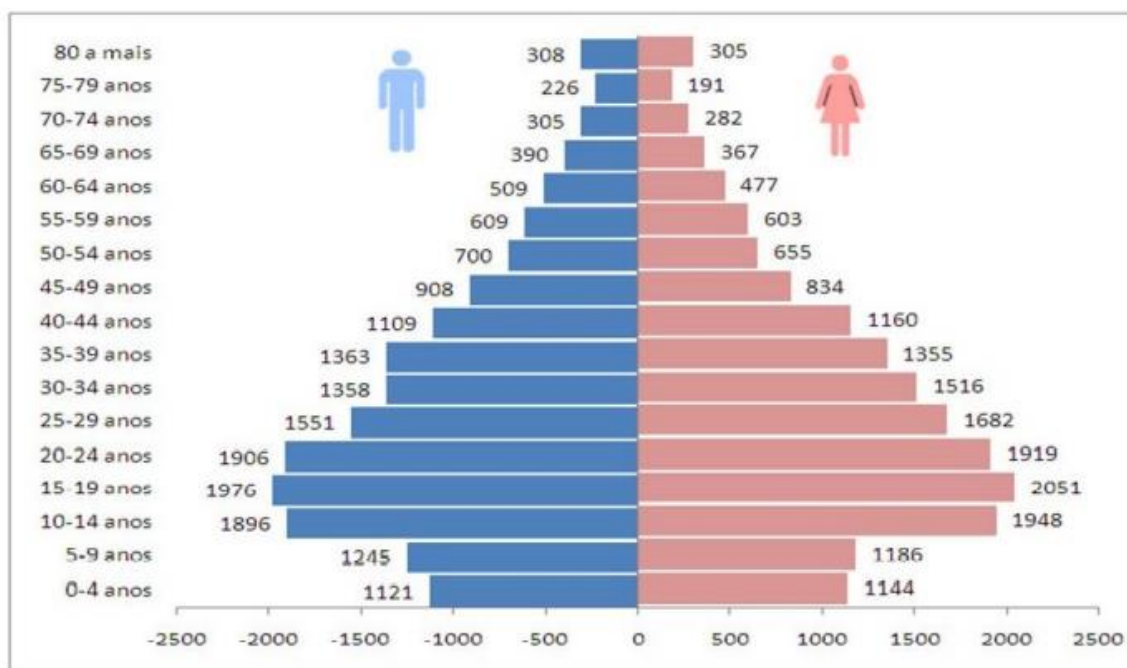


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COASS/Dados demográficos.

Referente ao aumento no percentual de idosos é importante considerar as questões relacionadas às limitações e deficiências decorrentes das DANT e do próprio processo de envelhecimento, os quais requerem a estruturação dos serviços de saúde para o acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis e atenção às vítimas de causas externas, o que perpassa desde a promoção da saúde até a reabilitação.

Quanto as especificidades de grupos populacionais no Estado, é importante destacar que a população indígena aldeada é de 35.155 habitantes (SIASI/fevereiro/2022) distribuídos em 143 aldeias, localizadas em 30 municípios, situados nas macrorregiões de saúde do Sul, Extremo Sul, Norte, Nordeste, Oeste e Centro Leste, esta recebe a assistência à saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI-BA) através das 34 equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI). A dinâmica populacional do DSEI-BA demonstra uma pirâmide de base larga, retratando uma população indígena com maior proporção de adolescentes e adultos jovens. Figura 3.

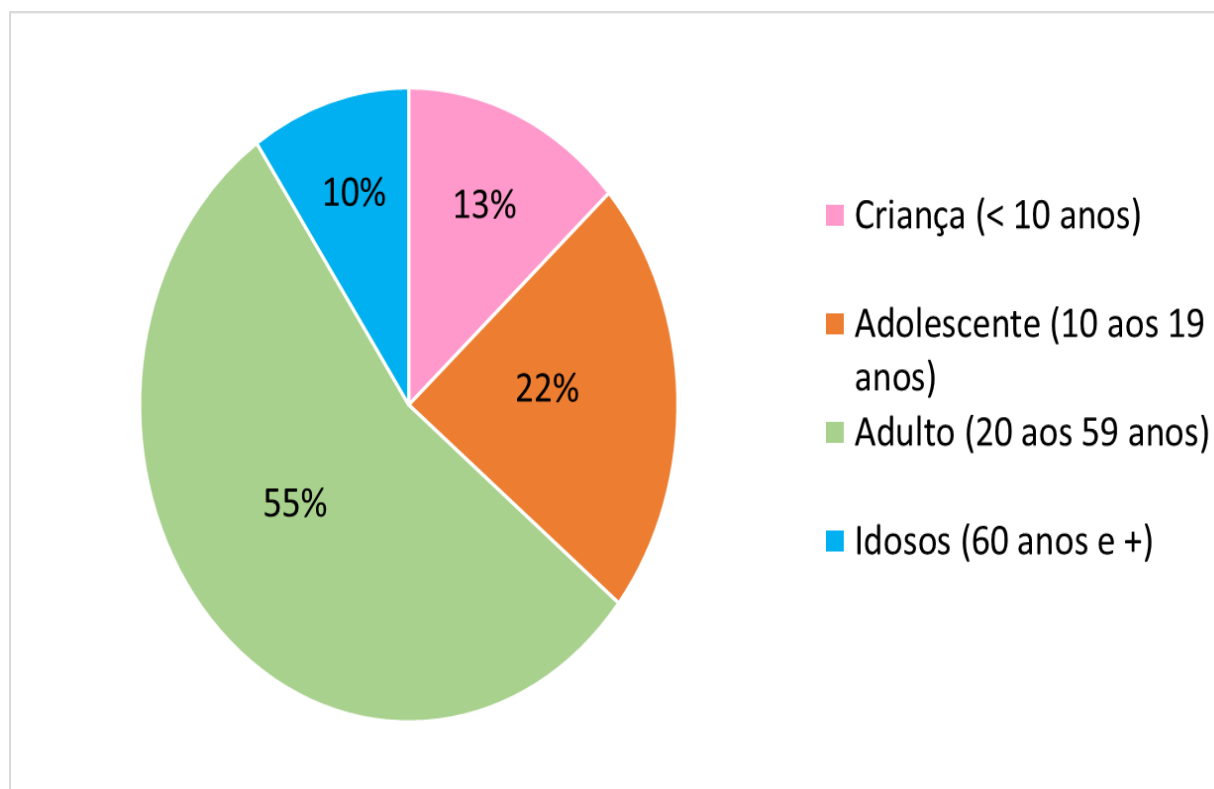
Figura 3. Pirâmide etária dos povos indígenas. Bahia, 2022.



Fonte: DSEI-Bahia/2022

A desagregação dos povos indígenas por ciclo de vida demonstra que os extremos deste apresentam os menores percentuais, para crianças 13,4% (4.696) e para os idosos 9,6% (3.360). Figura 4

Figura 4. Percentual dos povos indígenas segundo o ciclo de vida. Bahia, 2022.

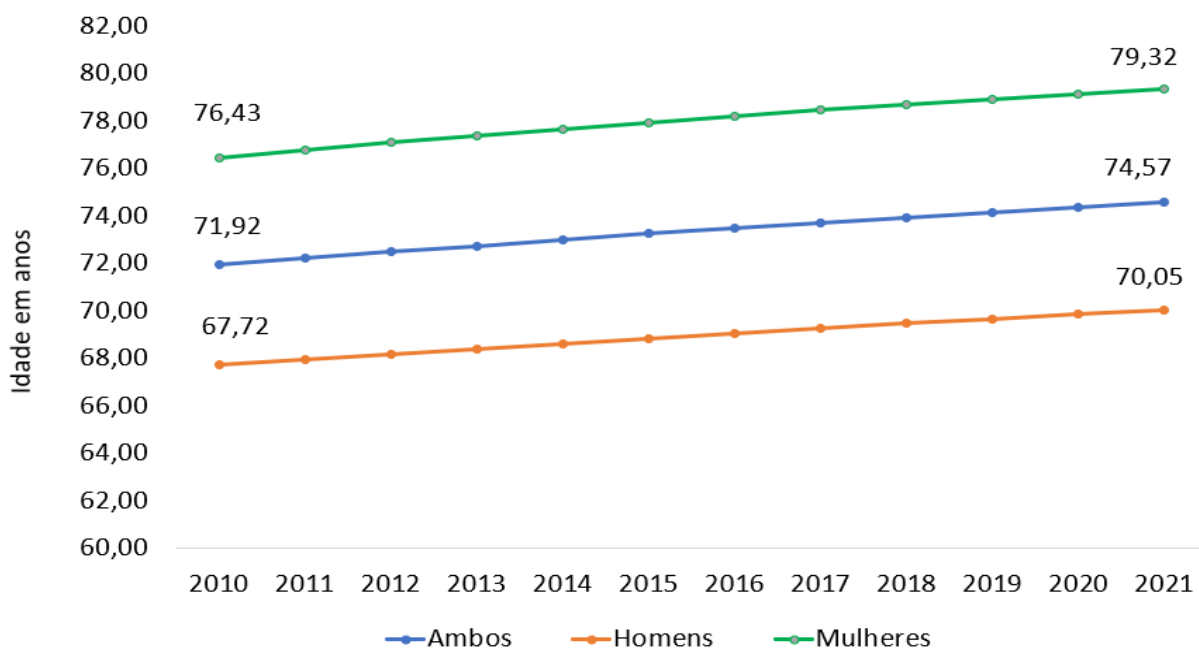


Fonte: DSEI-Bahia/2022

A evolução da esperança de vida ao nascer na Bahia apresenta tendência de crescimento na população geral e em ambos os sexos, em 2021 alcançou 79,32 e 70,05 anos, para o feminino e masculino, respectivamente (Figura 5). Melhorias nas condições de saneamento básico, acesso a serviços de saúde, implementação de meios diagnósticos/tratamentos e imunização são alguns dos fatores que contribuem positivamente para aumento da expectativa de vida.

Ressalte-se ainda, que os homens procuram menos os serviços de saúde, principalmente para prevenção e controle das doenças/agravos e apresentam maior risco de óbitos por causas externas, infere-se que estas questões contribuem para que o sexo masculino apresente uma menor expectativa de vida.

Figura 5. Evolução da esperança de vida ao nascer (em anos), segundo sexo. Bahia, 2010 – 2021.



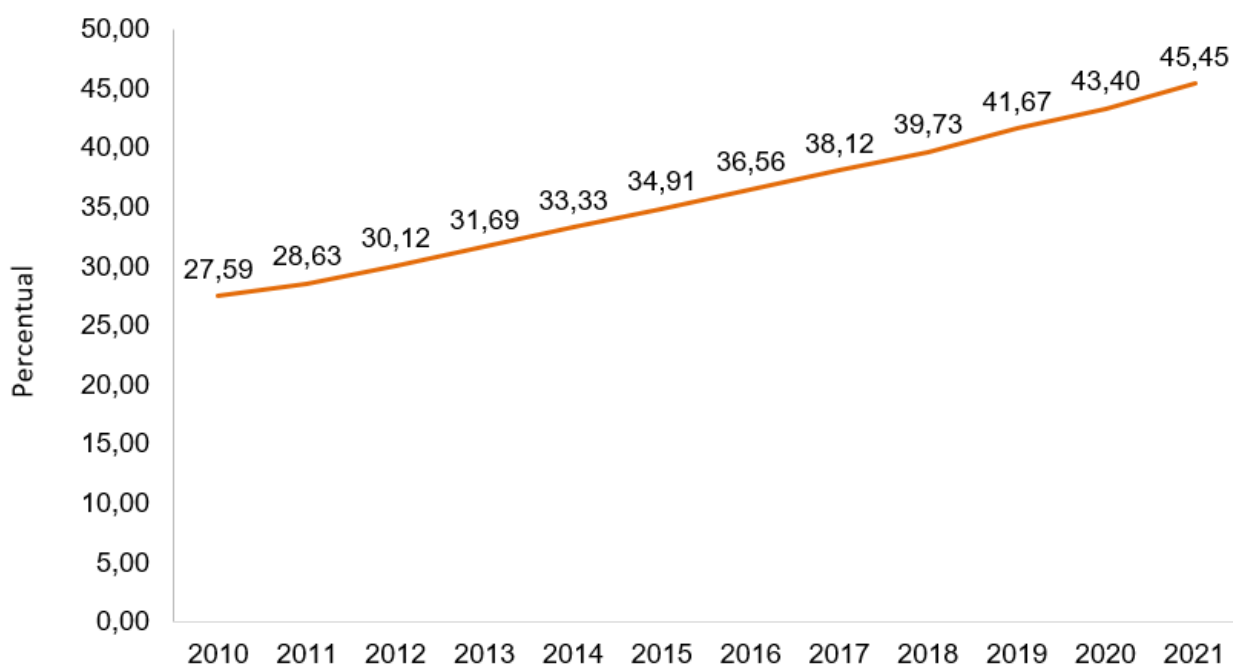
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COASS

IBGE - IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

O envelhecimento populacional é um fenômeno que tem ocorrido em escala global. Ao contrário do que muitos pensam, ele é resultado do aumento da expectativa de vida ao nascer, declínio da taxa de fecundidade e não especificamente por redução da taxa de mortalidade.

O envelhecimento da população pode levar a possibilidade de faltar jovens no mercado de trabalho, aumentando o custo da mão de obra e gerando problemas econômicos, além da elevação nos custos da previdência social e gastos com saúde. Na Bahia, o índice de envelhecimento apresenta tendência crescente e entre 2010 e 2021 o incremento foi de 64,73% passando de 27,59 para 45,45% (Figura 6).

Figura 6. Índice de envelhecimento. Estado da Bahia, 2010 - 2021



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COASS

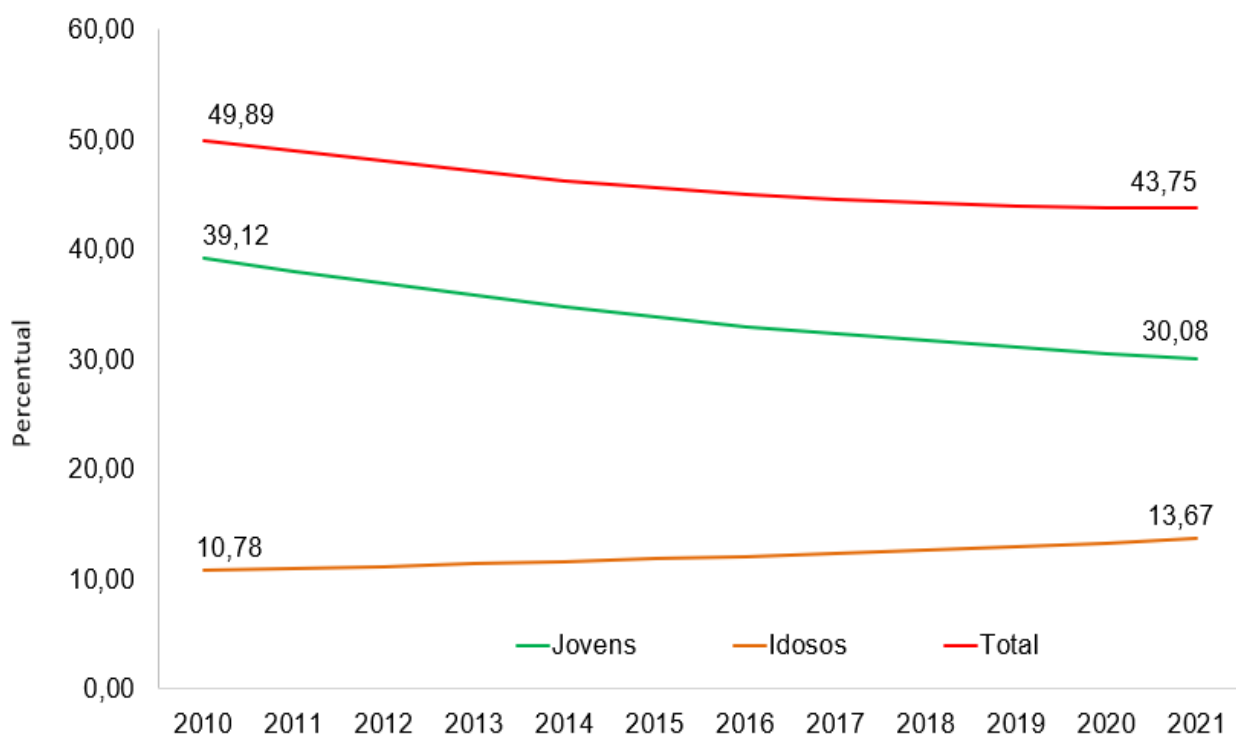
IBGE - IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores
Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

sociais.

A razão de dependência expressa a quantidade de crianças/adolescentes (menores de 14 anos) e idosos (população acima de 65 anos) que existe em determinado espaço geográfico para cada pessoa em idade ativa (entre 15 e 64 anos). Ainda que o envelhecimento populacional represente, de certo modo, uma história de sucesso para a humanidade, ele também traz inúmeros desafios às instituições públicas e aos sistemas de saúde e assistência social, que devem se adaptar a uma estrutura etária em constante mudança. Entre estes, destaca-se o constante aumento da população idosa aposentada em relação a redução da população em idade economicamente ativa.

No Estado a razão de dependência por grupo etário no período de 2010 a 2021 vem apresentando declínio na população de jovens e na população geral e, elevação na população de idosos (Figura 7).

Figura 7. Razão de dependência, por grupo etário. Estado da Bahia, 2010 - 2021



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COAS

IBGE - IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores
Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

sociais.

Demográfica e economicamente falando, existe uma série de termos utilizados para mensurar e estabelecer estatísticas sobre as características socioeconômicas e espaciais de um território. Um dos mais importantes é o conceito de População Economicamente Ativa (PEA). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) define a PEA como a mão de obra com a qual o setor produtivo pode contar, ou seja, é o número de habitantes em idade e condições físicas para exercer algum ofício no mercado de trabalho.

Nessa conceituação, a PEA envolve aquilo que o IBGE classifica como população ocupada e população desocupada. Na Bahia considerando os anos de 2000, 2010 e 2021 registrou-se variação positiva da população economicamente ativa nas faixas etárias de 15 a 64 anos e de 65 anos e +. Quadro 1

Quadro 1. População economicamente ativa segundo faixa etária (15 anos e +). Bahia, 2000,2010 e 2021.

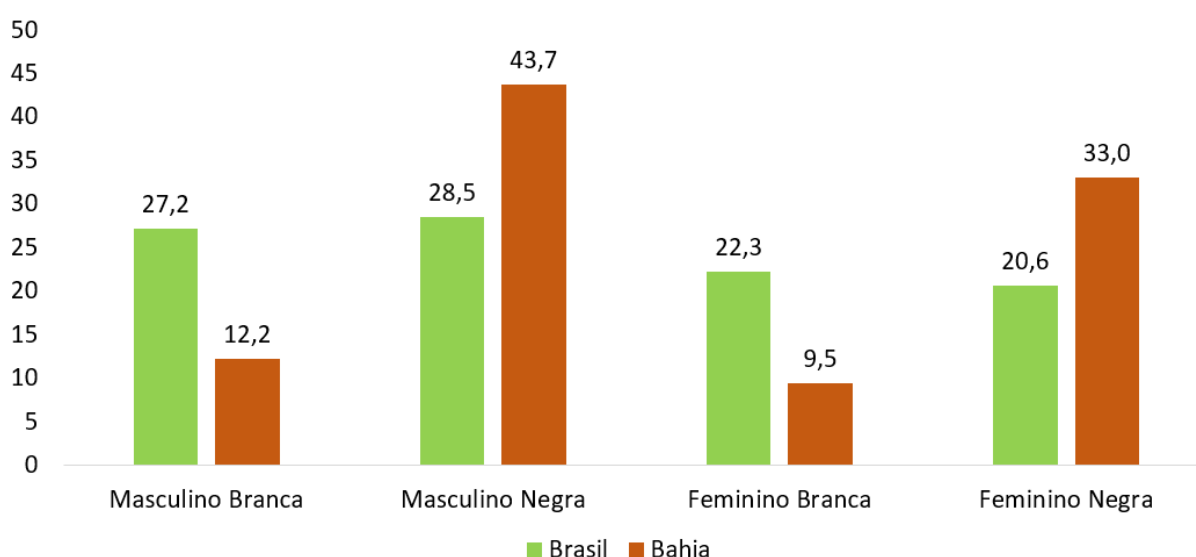
Faixa Etária	2000		2010		2021		Variação % 2000/2021
	nº	%	nº	%	nº	%	
15 a 64	8.141.411	62,3	9.412.334	67,1	10.421.863	69,5	11,7
65 e +	749.867	5,7	1.014.478	7,2	1.382.235	9,2	60,8
Total	13.070.250	100,0	14.016.906	100,0	14.985.284	100,0	-

Fonte: IBGE- Censos Demográficos e estimativas populacional

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua, realizada pelo IBGE, revela que no primeiro trimestre de 2021, o índice desemprego foi de 14,4% no Brasil e que, apesar de haver uma estabilidade na taxa de ocupação, no referido trimestre não houve uma geração significativa de postos de trabalho. Na Bahia, em mesmo período, a taxa de desocupação foi de 21,3%, quebrando o recorde de 2020 e ficando no maior patamar para o estado em nove anos. O contingente de desempregados chegou a 1,386 milhão de pessoas no primeiro trimestre de 2022, o maior desde o início da série da PNAD Contínua Trimestral. O aumento foi de 6,9% em relação ao último trimestre de 2021 (+90 mil desocupados) e 5,7% em relação ao primeiro trimestre de 2020 (+75 mil desocupados). Além disso, é importante destacar que na outra ponta, o mercado volta a repetir a preponderância do trabalho informal.

Segundo o último censo demográfico (IBGE/2010), a análise da distribuição percentual da PEA por sexo e raça/cor demonstra que há uma predominância de negros em ambos os sexos com percentuais 43,7% para o masculino e de 33% para o feminino, estes percentuais foram superiores quando comparados com os dados do Brasil. Figura 8

Figura 8. Distribuição percentual da população economicamente ativa por sexo e raça/cor. Bahia, 2010.

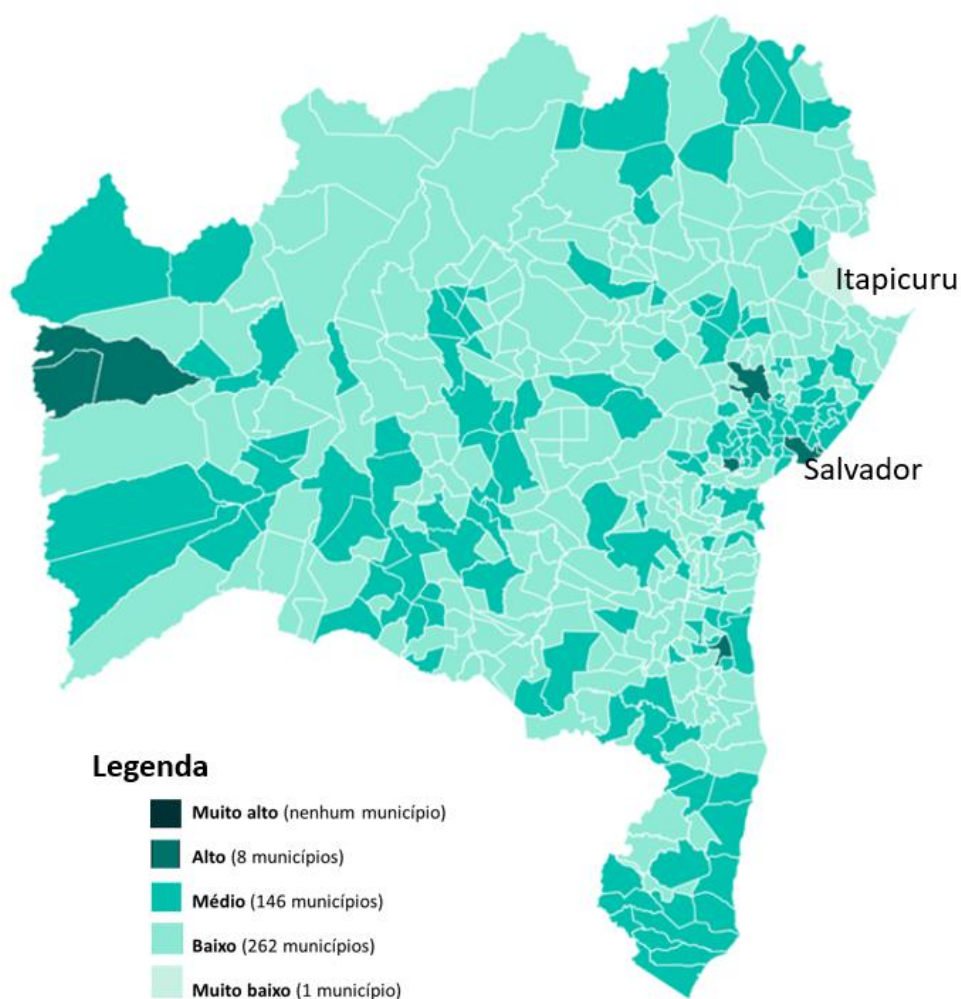


Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. O objetivo da criação do IDH foi o de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2010, a Bahia ocupou a 22ª posição no ranking Nacional do Índice de Desenvolvimento Humano, com o valor de 0,660. Considera-se IDH baixo até 0,500; médio de 0,500 a 0,699; elevado de 0,700 a 0,799; muito elevado a partir de 0,800. A educação foi o componente que mais contribuiu para o aumento do IDH estadual, o qual passou de 0,182 em 1991 para 0,555 em 2010, registrando aumento de 204,9% no período (PNUD, 2010).

De acordo com os dados de 2010, o município com o maior Índice de Desenvolvimento Humano no estado foi Salvador, com um índice de 0,759 (considerado alto), e o município com o menor índice foi Itapicuru, com um índice de 0,486 (considerado muito baixo). De todos os municípios do estado, nenhum município registrou um IDH muito alto, enquanto 8 apresentaram um IDH alto, 146 IDH médio, 262 municípios IDH baixo, e 1 município IDH muito baixo (PNUD, 2010). Figura 9

Figura 9. Distribuição espacial dos municípios de acordo com o índice de desenvolvimento humano (IDH). Bahia, 2010.



Fonte: www.undp.org. Dados acessados em 14/06/2022

O produto interno bruto (PIB) é um importante indicador econômico, traduz a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região em um determinado período. A renda dos indivíduos (per capita), impacta diretamente nos hábitos e estilo de vida e consequentemente no processo saúde doença e no perfil de morbimortalidade da população.

A Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI) divulgou em 2021 os resultados do PIB do estado, estes demonstraram que a atividade econômica registrou crescimento de 3,2% no quarto trimestre de 2021 na comparação com o mesmo período do ano anterior. No ano, a economia baiana apontou crescimento de 4,1%, recuperando as perdas de 2020 decorrentes dos efeitos negativos da pandemia. Já na comparação com o terceiro

trimestre de 2021, quando são eliminadas as influências sazonais – ajuste sazonal – houve retração de 0,7%. No que diz respeito aos grandes setores, a Agropecuária apresentou valor adicionado de R\$ 3,0 bilhões, a indústria R\$ 19,0 bilhões, e os serviços R\$ 50,2 bilhões. O acumulado do ano (2021) totalizou R\$ 347,9 bilhões. (SEI,2021)

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE CAUSAS EXTERNAS

PLANO ESTADUAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS. BAHIA, 2022-2030

2.2 CAUSAS EXTERNAS

As causas externas são constituídas pelos acidentes e violências, agravos esses previsíveis e preveníveis. Representam um problema de saúde pública na atualidade, com elevada morbimortalidade, atingindo faixas etárias jovens, gerando grandes gastos para o setor público e com reflexo em várias áreas. A política nacional para a redução desses agravos apresenta diretrizes intersetoriais. O enfrentamento do problema na saúde inclui a promoção da saúde e da cultura da paz, a prevenção da violência/acidentes e a assistência às vítimas; para tal é necessária organização das redes de atenção (contemplando os serviços de emergência fixos e móveis, os hospitais, centros especializados, atenção psicossocial, serviços de reabilitação) e de proteção às vítimas e seus familiares.

A violência é um fenômeno sócio-histórico que acompanha a espécie humana ao longo da sua existência. Contudo, pelo número de vítimas, principalmente a partir dos anos 80 (BRASIL,2020.), por responder por elevadas taxas de morbimortalidade e pelos custos sociais, previdenciários, hospitalares e emocionais gerados, tornou-se um problema de saúde pública.

Visando o enfrentamento deste grave problema o Ministério da Saúde lançou em 2001, a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência/Portaria MS / GM nº 737, de 16 de maio de 2001, (BRASIL,2001) e como desdobramento desta foi proposta, em 2004, a criação de Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, pela Portaria MS/GM nº 936/2004, e, em 2006, foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356. O Viva é constituído por dois componentes: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência -VIVA Inquérito (BRASIL, 2016).

Como avanço significativo e para dar visibilidade à violência interpessoal e autoprovocada enquanto problema de saúde pública, em 2011, a Portaria MS/GM nº 104, tornou a notificação deste agravo compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados do Brasil. A Portaria MS/GM nº 1.271, de 2014, padronizou os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Também tornou de notificação imediata (em até 24 horas) a lesão autoprovocada e a violência sexual. (BRASIL, 2016).

Na Bahia as causas externas figuraram como a segunda causa de morte no período de 2010 a 2017, em 2018 e 2019 foram ultrapassadas pelas neoplasias ocupando o terceiro lugar no

ranking de óbitos na população geral. Em 2020 foram superadas também pelas doenças infecciosas e parasitárias que em função da SARS CoV – 2 que apresentaram um incremento de 266,57 % passando de 3.976 em 2019 para 14.575 óbitos em 2020. Para 2021 e 2022 os dados são preliminares. Quadro 2

Quadro 2. Número de óbitos segundo causas Capítulo da CID-10 de residentes na Bahia, 2010-2020.

Capítulo CID-10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	19178	19407	19841	20001	20657	21156	20592	22321	22488	23000	24159	232800
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12259	12048	13304	12620	13126	12813	13754	13936	13143	12993	13381	143377
II. Neoplasias (tumores)	9274	9659	10062	10523	10899	11263	11784	12642	13190	13505	13715	126516
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	10053	10488	10275	10121	10790	11269	11748	11385	9798	10401	11888	118216
X. Doenças do aparelho respiratório	5702	6051	6023	6514	6408	7293	7114	6879	7639	8443	7022	75088
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5428	5769	5808	6180	6327	6628	6343	7147	6609	6597	7739	70575
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3616	3498	3717	3907	3803	4175	3981	3745	3706	3976	14575	52699
XI. Doenças do aparelho digestivo	3814	3903	4036	3988	4161	4231	4242	4439	4378	4462	4541	46195
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2499	2371	2325	2251	2120	2046	2037	2057	1933	1817	1713	23169
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1176	1316	1321	1579	1557	1831	1938	2080	2208	2503	2443	19952
VI. Doenças do sistema nervoso	1054	1146	1138	1313	1385	1482	1551	1764	1876	2218	2211	17138
V. Transtornos mentais e comportamentais	835	1000	861	1022	948	1058	928	969	1008	1134	1363	11126
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	739	751	783	709	765	686	754	706	811	819	711	8234
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	567	579	522	578	549	645	639	637	592	633	592	6533
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	234	242	269	309	338	342	429	464	463	523	540	4153
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	427	333	355	307	320	319	359	325	311	378	374	3808
XV. Gravidez parto e puerpério	169	156	164	173	159	145	126	135	119	109	149	1604
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	0	0	0	1	1	1	-	2	9	68	82
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	9	9	8	4	8	8	7	4	8	7	76
VII. Doenças do olho e anexos	2	2	7	2	2	4	2	0	0	0	2	23
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	2	1	1	1	2	0	7
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	77030	78728	80820	82105	84319	87397	88331	91639	90279	93530	107193	961371

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

Quando desagregamos as causas externas por grupo de causas observa-se que no estado do total dos óbitos 143.377 registrados no período 2010-2020, a maior proporção foi de homicídios 46,40% (66.525), seguido dos acidentes de transportes terrestres 19,95% (28.607) e dos eventos de intenção indeterminada com 11,23% (16.104) Quadro 3.

Quadro 3. Número de óbitos segundo causas externas desagregadas de residentes na Bahia, 2010-2020*.

Causas Externas	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Homicídio	5780	5503	5971	5576	5945	5816	6832	6887	6190	5721	6304	66525
Suicídio	439	437	484	496	452	506	543	605	570	698	740	5970
Acidentes de Transportes	2676	2756	3014	2854	2886	2412	2497	2401	2195	2503	2413	28607
Outros Acidentes	686	580	596	632	597	655	650	639	629	683	681	7028
Afogamento	576	473	456	521	532	536	484	470	440	437	505	5430
Queda	537	544	570	635	700	681	698	850	708	817	834	7574
Queimadura	102	99	113	97	85	76	88	65	63	45	50	883
Eventos cuja intenção é indeterminada	1290	1486	1767	1492	1676	1757	1468	1280	1576	1367	945	16104
Demais causas externas	173	170	333	317	253	374	494	739	772	722	909	5256
Total	12259	12048	13304	12620	13126	12813	13754	13936	13143	12993	13381	143377

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

O ranqueamento das cinco principais causas externas segundo faixa etária demonstra que de modo geral as maiores vítimas da violência são os adolescentes e adultos jovens. A maior proporção 41% (29.037) dos homicídios foi na faixa dos adultos jovens (20 a 29 anos); os acidentes de transporte terrestre são a segunda causa das mortes registradas no período 2009 a 2021 nos indivíduos dos 10 aos 49 anos (21.639). Cabe destacar, as quedas enquanto principal causa de mortes em idosos, ressalte-se ainda que o envelhecimento da população e o consequente aumento da proporção de idosos aumenta o risco de lesões graves e mortes por esta causa (BRASIL, 2020). Quadro 4

Quadro 4- Ranking dos cinco principais grupos de causas de óbito dentre as causas externas, segundo faixa etária. Bahia, 2010-2020.

Posição	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos e +
1	Outros Acidentes (252)	Afogamento (357)	Acidentes de Transportes (318)	Homicídio (896)	Homicídio (13.236)	Homicídio (30.287)	Homicídio (16.101)	Homicídio (7.106)	Acidentes de Transportes (4.059)	Queda (5.886)
2	Eventos cuja intenção é indeterminada (114)	Acidentes de transportes (257)	Afogamento (281)	Acidentes de Transportes (518)	Acidentes de Transportes (2.204)	Acidentes de Transportes (7.371)	Acidentes de Transportes (6.911)	Acidentes de Transportes (5.493)	Homicídio (3.359)	Eventos cuja intenção é indeterminada (4.817)
3	Acidentes de Transportes (86)	Outros acidentes (225)	Outros Acidentes (149)	Afogamento (433)	Eventos cuja intenção é indeterminada (91.425)	Eventos cuja intenção é indeterminada (3.784)	Eventos cuja intenção é indeterminada (2.974)	Eventos cuja intenção é indeterminada (2.194)	Eventos cuja intenção é indeterminada (1.569)	Acidentes de Transportes (4.377)
4	Homicídio (57)	Eventos cuja intenção é indeterminada (135)	Eventos cuja intenção é indeterminada (120)	Eventos cuja intenção é indeterminada	Demais causas externas (1.327)	Demais causas externas (2.669)	Suicídio (1.583)	Suicídio (1.334)	Suicídio (1.104)	Outros Acidentes (3.015)
5	Demais causas externas (27)	Homicídio (109)	Homicídio (106)	Outros Acidentes (169)	Afogamento (743)	Suicídio (1.386)	Outros Acidentes (1.069)	Outros Acidentes (961)	Queda (906)	Homicídio (2.318)

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022.

Com relação às pessoas privadas de liberdade (PPL), fazendo-se o recorte das causas externas, estima-se se que anualmente 25% destas pessoas são vítimas de violência, das quais, 5% sofrem algum tipo de violência sexual. No sistema prisional, a violência pode ser classificada como qualquer incidente provocado por conflitos no cárcere, em que um indivíduo é ameaçado, abusado e/ou agredido. Os principais tipos de violência sofrida por essa parcela da população são a violência física, psicológica, sexual e autoprovocada (suicídios, tentativas de suicídio e automutilação) (SILVA; NAZARIO; LIMA, 2014).

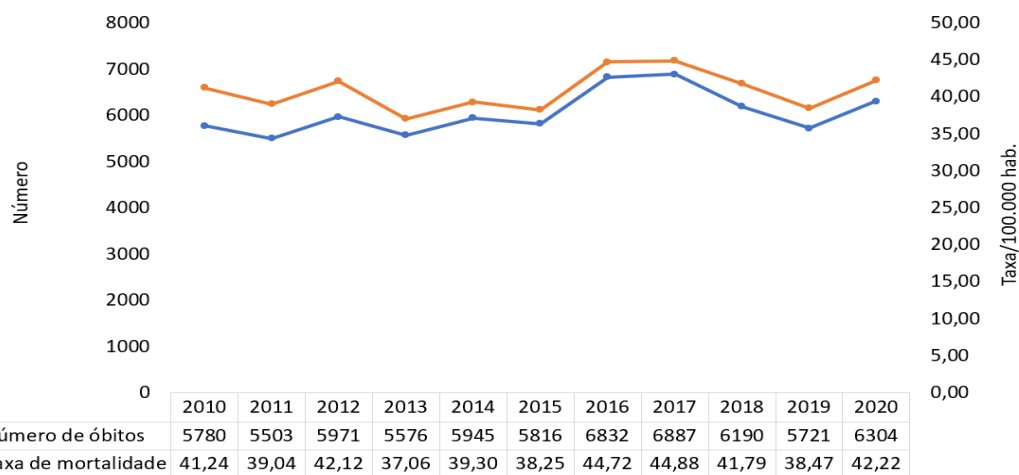
A declaração de óbito (DO) atual não contempla se a vítima é pessoa privada de liberdade, está é um das questões que estão sendo revistas pelo MS, tanto para DO física quanto digital.

2.2.1 HOMICÍDIOS

Os óbitos ocasionados por homicídios sobrecarregam os serviços de saúde, assistência social, sistema judiciário e outros aparelhos do estado. Geram impacto na duração e qualidade de vida das famílias; os traumas decorrentes do medo e insegurança, podem desencadear doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes e suas complicações), transtornos mentais, isolamento social além de problemas financeiros. O homicídio intencional é definido pela Classificação Internacional do Crime para fins estatísticos (ICCS) como a morte ilegal causada a uma pessoa com a intenção de causar morte ou lesão grave. No Brasil, em 2019, as agressões foram a principal causa de morte de jovens de 15 a 29 anos (n= 22.228; 50,6%).

Os dados disponíveis no SIM não possibilitam conhecer intencionalidade, assim, foram considerados como homicídios os óbitos cuja causa básica tenha sido classificada com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10. (Brasil, 2021). Na Bahia no período analisado, foram registrados no SIM 66.525 homicídios, o incremento no número de óbitos por esta causa foi de 9,06% passando de 5.780 em 2010 para 6.304 em 2020, para taxa de mortalidade o incremento foi de 2,4% passando de 41,24/100.000 hab. para 42,22/100.000 hab. em mesmo período. Figura 10

Figura 10. Número de óbitos e taxa padronizada por homicídios. Bahia, 2010-2020.

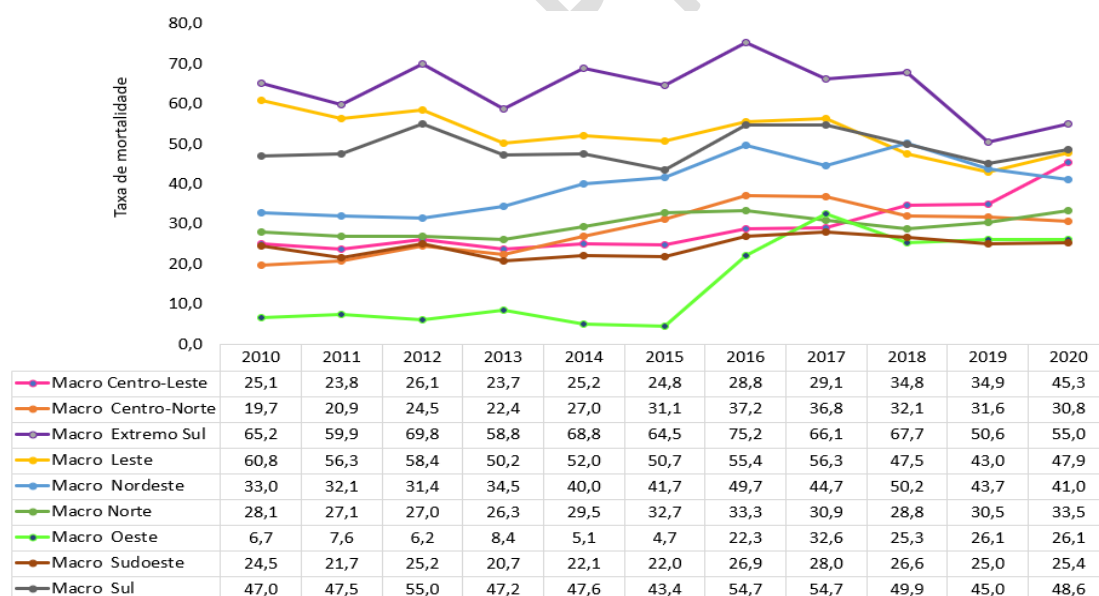


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022

Quando desagregamos as taxas padronizadas de mortalidade por homicídios segundo a macrorregião de saúde de residência, observa-se que no período 2010-2020 a macro Extremo Sul manteve os maiores índices, seguida das Leste e Sul. Destaque-se também, o aumento a partir de 2015 da referida taxa nas macros Oeste e Nordeste; as demais mantiveram comportamento similar com pouca flutuação ao longo da série histórica. Figura 11.

Figura 11. Taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2010-2020.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

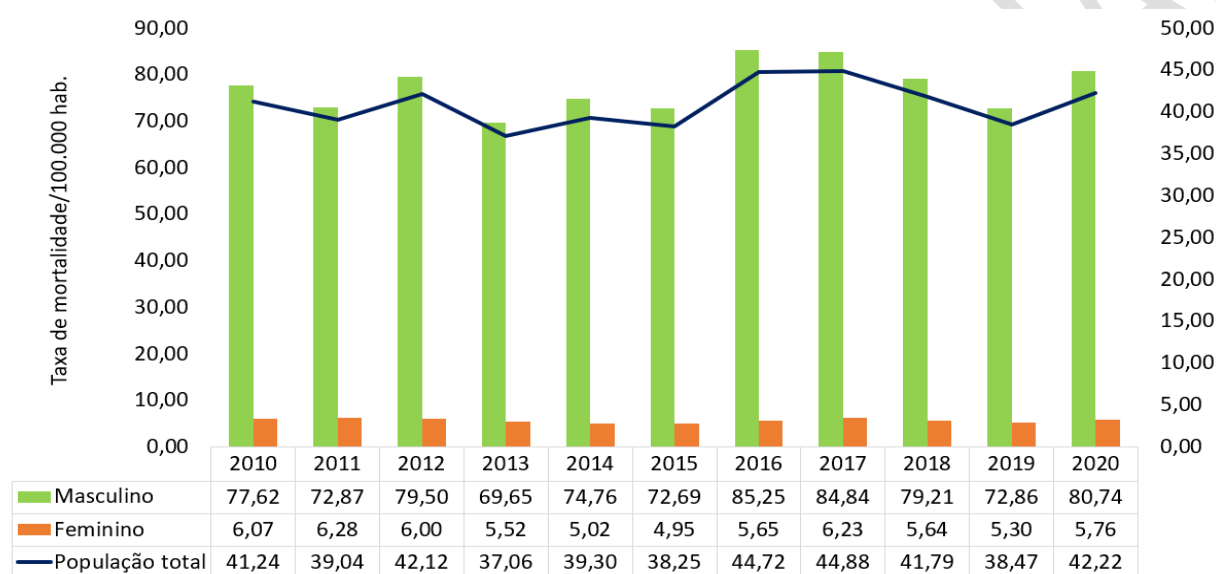
*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022

Os homicídios têm uma ligação direta com as questões relacionadas ao tráfico de drogas, a disputa por áreas dominadas por facções rivais e todo contexto que envolve a violência urbana;

as mortes por esta causa que há alguns anos eram mais frequentes nos grandes centros urbanos vem aumentando em municípios de pequeno porte populacional, mesmo as áreas rurais, vem sendo “ocupadas” por grupos que disputam o poder, é a interiorização das agressões.

Consoante a Figura 12, observa-se que a taxa de mortalidade por homicídios foi maior em toda série histórica analisada (2010-2020) em indivíduos do sexo masculino.

Figura 12. Taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo o sexo. Bahia, 2010-2020.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022

O risco de morrer por esta causa foi maior na população masculina em toda série histórica variando de 11,60 (2011) a 15,08 (2016) e em 2020 manteve a tendência crescente desta razão. Quadro 5

Quadro 5. Razão da taxa padronizada de mortalidade por homicídios segundo sexo. Bahia, 2010 -2020.

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razão da taxa de mortalidade:homicídio masculino/homicídio feminino	12,80	11,60	13,26	12,62	14,88	14,70	15,08	13,62	14,03	13,74	14,02

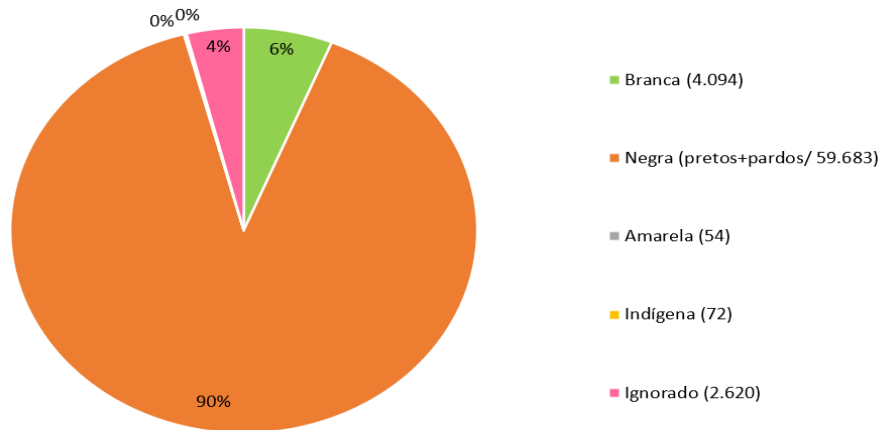
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022

Outra característica importante a ser considerada quando analisamos a questão das mortes por agressões é a raça/cor. Desagregando-se o número de homicídios segundo a raça cor da

vítima, observa-se que 90,0% (59.683) foram de pessoas negras (pretas+pardas/IBGE); em geral residentes em áreas periféricas dos municípios e em situação de vulnerabilidade social. Figura 13

Figura 13. Percentual de homicídios de acordo com a raça/cor da vítima. Bahia, 2010-2020.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022

Quanto a faixa etária, na Bahia os homicídios são a principal causa de morte na população entre 10 e 49 anos nos últimos dez anos. Na faixa dos 15 aos 39 anos foram registrados 53.055 (79,75%) homicídios entre 2010-2020, ou seja na população de adolescentes e adulto jovens em fase produtiva. Quadro 6

Quadro 6. Número de homicídios de acordo com a faixa etária. Bahia, 2010-2020.

Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Menor 1 ano	8	7	5	6	7	2	5	3	5	3	4	55
1 a 4 anos	11	7	3	10	11	12	8	11	9	7	7	96
5 a 9 anos	11	13	11	6	9	12	7	6	4	10	10	99
10 a 14 anos	89	82	92	79	76	72	93	86	64	55	39	827
15 a 19 anos	1058	981	1152	1071	1105	1040	1282	1315	1098	921	992	12015
20 a 29 anos	2445	2195	2352	2146	2345	2335	2776	2705	2539	2315	2631	26784
30 a 39 anos	1142	1168	1235	1155	1322	1250	1429	1521	1353	1275	1406	14256
40 a 49 anos	468	491	554	550	500	541	633	641	589	592	625	6184
50 a 59 anos	223	204	259	252	276	271	321	289	264	297	336	2992
60 a 69 anos	106	87	91	97	126	130	141	143	116	113	122	1272
70 a 79 anos	50	60	39	43	44	48	51	63	63	53	53	567
80 anos e mais	16	32	18	24	17	24	22	26	18	17	20	234
Idade ignorada	153	176	160	137	107	79	64	78	68	63	57	1142
Total	5780	5503	5971	5576	5945	5816	6832	6887	6190	5721	6302	66523

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022

O número de vítimas internadas por agressões também é elevado no estado. No período de 2010 a 2020, segundo dados do Sistema de Internação Hospitalar (SIH) foram hospitalizados

65.024 indivíduos, dos quais 51.933 (80,0%) do sexo masculino. O custo total das internações por esta causa no período analisado foi de R\$ 78.820,482,09 (SIH/DATASUS).

2.2.2 SUICÍDIOS

O suicídio é o resultado de uma convergência de fatores de risco genéticos, psicológicos, sociais e culturais e outros, às vezes combinados com experiências de trauma e perda. Formas de organização do trabalho, gestão autoritária no trabalho, incentivos à competitividade e ou práticas de assédio moral (e sexual), na contemporaneidade têm impactos relevantes na saúde mental, com aumento de casos de depressão e sofrimento psíquico relacionados ao trabalho, podendo levar também ao suicídio. Pessoas que tiram a própria vida representam um grupo heterogêneo, com influências causais únicas, complexas e multifacetadas que precedem seu ato final. Essa heterogeneidade apresenta desafios para os especialistas em prevenção de suicídio. Esses desafios podem ser superados pela adoção de uma abordagem multinível e coesa para a sua prevenção (BRASIL,2022).

Todos os anos, o suicídio aparece entre as 20 principais causas de morte em todo o mundo para pessoas de todas as idades. É responsável por mais de 800.000 mortes, o que equivale a um suicídio a cada 40 segundos. Cada vida perdida representa um parceiro, filho, pai, mãe, amigo ou colega de alguém. Para cada suicídio, aproximadamente 135 pessoas sofrem intenso luto ou são afetadas de outra forma. Isso equivale a 108 milhões de pessoas por ano que são profundamente afetadas pelo comportamento suicida. O comportamento suicida inclui suicídio e também engloba ideação suicida e tentativas de suicídio. Para cada suicídio, 25 pessoas fazem uma tentativa de suicídio e muitas outras têm pensamentos sérios de suicídio. No Brasil, em 2019, dados do SIM demonstraram que suicídios resultaram em 13.523 mortes, com taxa de mortalidade de 6,1 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL,2022).

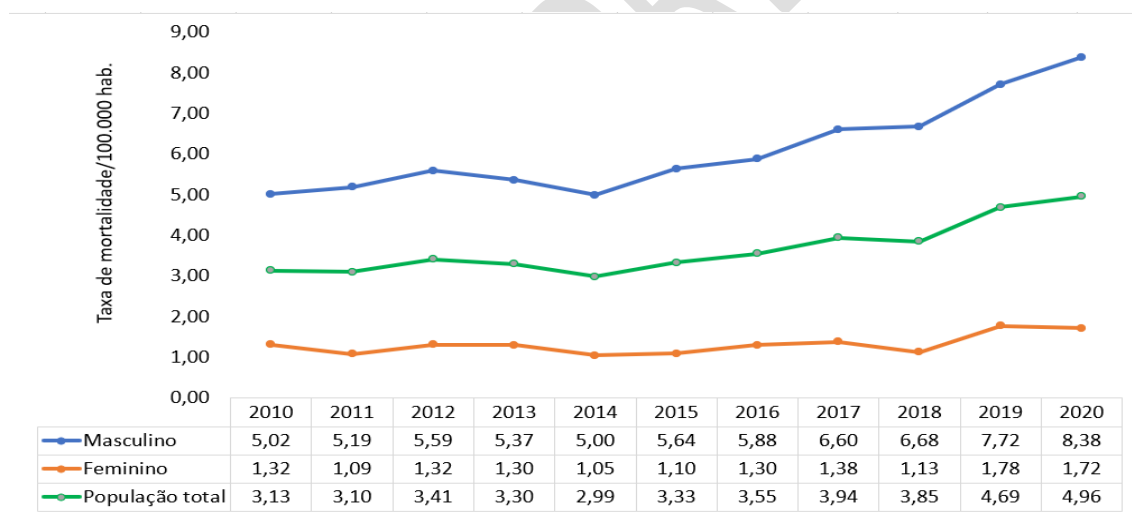
Dados apontam para a existência de uma parcela importante da população com transtornos mentais e sem diagnóstico e tratamento adequado, tornando evidente a necessidade de expandir e democratizar o acesso à saúde mental no Brasil, bem como a importância da identificação precoce de transtornos mentais na atenção primária em saúde, porta de entrada da rede de atenção à saúde e ordenadora do cuidado. O Plano de Ação Nacional possui boas estratégias e linhas de cuidado para o suicídio embora pareça ignorar a luta antimanicomial e

os serviços substitutivos de saúde mental. Em termos práticos, todas essas ações estratégicas não podem ser possíveis sem o fortalecimento dos serviços de cuidado de saúde mental, ou seja, o fortalecimento da RAPS. O acesso ao diagnóstico precoce, acolhimento, escuta

qualificada, tratamento eficaz com apoio de uma equipe preparada para atender as demandas, psicoterapia e combate ao estigma dos transtornos mentais são fundamentais para a prevenção do suicídio, além da conscientização dos profissionais de saúde que não trabalham diretamente com saúde mental através de educação permanente e matriciamento da rede. Como citado acima, existem populações em situações de maior vulnerabilidade para este agravo, necessitando, assim, de políticas de cuidados que pautem essas populações sob um outro olhar, como a população indígena, população negra e população LGBTQIA+, levando em consideração, também, a interseccionalidade das mesmas. Há também um recorte importante de gênero e idade, com uma prevalência maior entre homens jovens no início da vida adulta, sendo importante um olhar voltado para essa população de maior risco nesse ciclo de vida.

Entre 2000 e 2019, verificou-se no país aumento das taxas de suicídio da ordem de 42,6%, variando de 4,3 para 6,1 óbitos por 100 mil habitantes (Brasil, 2021). Na Bahia no período de 2010-2020 foram registrados 5.970 suicídios no SIM, a maior proporção foi de pessoas do sexo masculino. Figura 14

Figura 14. Taxa padronizada de mortalidade por suicídio de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2020.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022

Com relação a faixa etária observou-se que de 2010-2020, o maior percentual 60,80% (3.630) dos suicídios foram de pessoas com idades entre 20 e 49 anos. Quadro 7

Quadro 7. Número de suicídios de acordo com a faixa etária. Bahia, 2010-2020.

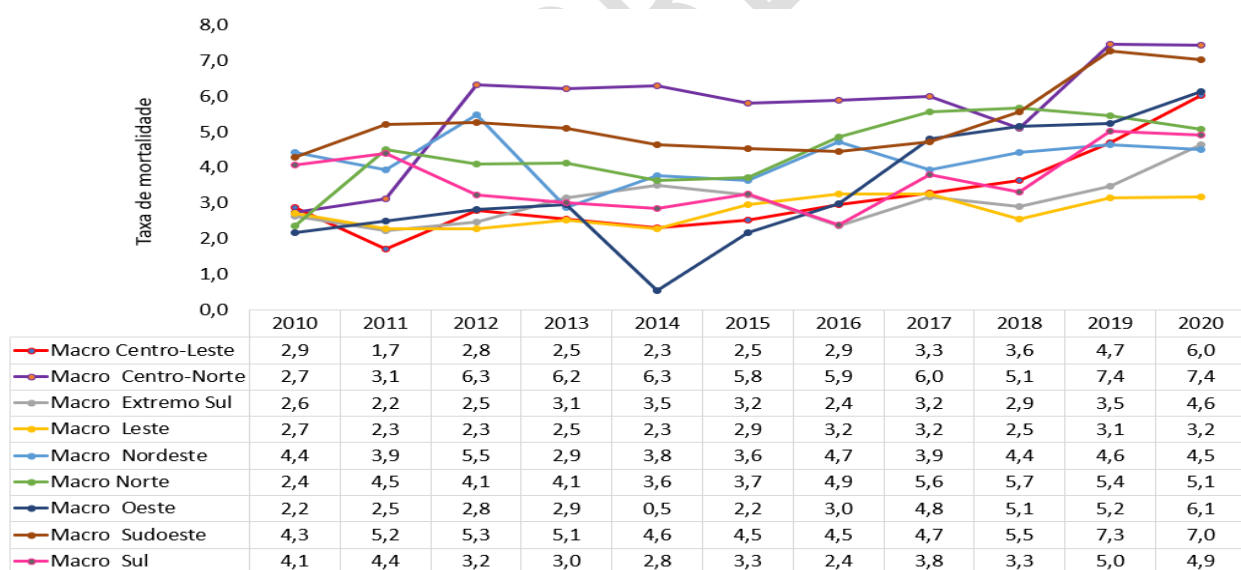
Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
10 a 14 anos	6	4	3	6	2	2	5	9	3	4	7	51
15 a 19 anos	27	22	29	21	29	30	38	41	25	41	59	362
20 a 29 anos	107	109	116	91	71	105	101	109	110	120	135	1174
30 a 39 anos	91	112	122	106	106	105	130	127	137	161	151	1348
40 a 49 anos	84	79	86	95	86	93	98	116	101	125	145	1108
50 a 59 anos	59	50	60	72	75	84	73	94	73	109	113	862
60 a 69 anos	31	27	34	58	45	44	58	62	69	75	76	579
70 a 79 anos	22	23	20	36	24	27	26	35	34	47	40	334
80 anos e mais	11	7	13	10	13	14	11	11	17	16	14	137
Idade ignorada	1	2	1	1	1	1	3	1	1	-	-	12
Total	439	437	484	496	452	506	543	605	570	698	740	5970

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022

Destacam-se com as maiores taxas padronizadas de mortalidade por suicídio as macros Centro-Norte e Sudoeste; também a macro Oeste que passou a apresentar crescimento contínuo a partir de 2014 (Figura 15). É necessário que os territórios se organizem em termos de rede de atenção psicossocial para atender a demanda crescente de pessoas em risco de suicídio.

Figura 15. Taxa padronizada de mortalidade por suicídios segundo macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2010-2020.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

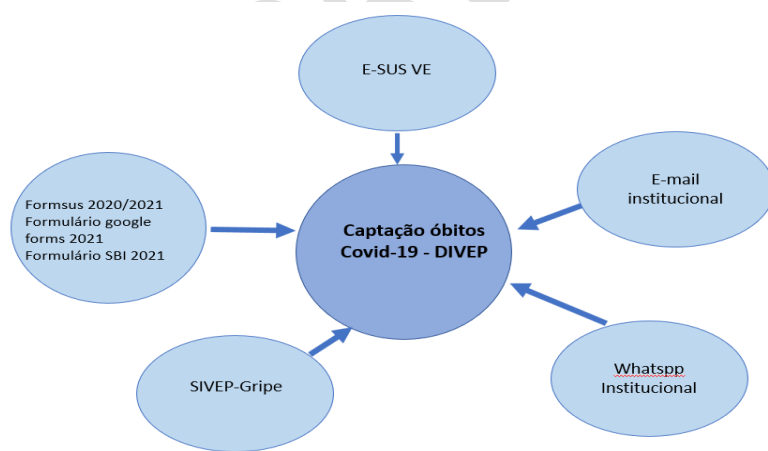
*Dados acessados em 08/06/2022, última atualização em 01/06/2022

Por tentativas de suicídios foram internados 4.871 baianos no período 2010-2020, destes 65,0% (3.164) do sexo masculino, em geral estes usam meios mais letais quando tentam ceifar a própria vida. Os custos com os internamentos por tentativas de suicídio foram de R\$ 1.892.880,14.

No período de março 2020 a junho de 2022, foram registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 1.838 suicídios, destes 778 (42,33%) em 2021. Os três municípios com maiores registros de suicídios foram: Salvador (170), Feira de Santana (61) e Vitória da Conquista (51). Ressalte-se que em função da pandemia da COVID-19 o cenário da saúde mental foi agravado e que os dados ainda são preliminares.

Em mesmo período foram registrados no Estado 1.562.997 casos de COVID-19 e 30.009 óbitos por esta causa. Buscando estabelecer a relação, ainda que preliminar, entre a infecção por COVID – 19 e as mortes por suicídio, foi realizado um levantamento em 2021 quando o número de casos por COVID-19 era de 1.048.576 e os óbitos por suicídio 1.094, fez-se o linkage dos bancos de dados dos óbitos confirmados por SARS-CoV 2 (que inicialmente utilizou para captação o Formsus, e-mail e WhatsApp institucional, posteriormente o google forms, SIVEP-Gripe e o Sistema de Base de dados de Indicadores - SBI), os dos casos confirmados da COVID-19 (banco integrado do SIVEP Gripe, GAL/Lacen e o E-SUS VE) e para os suicídios os dados do SIM. Figura 16.

Figura 16. Sistemas para captação dos óbitos por COVID-19. Bahia, 2020-2021.

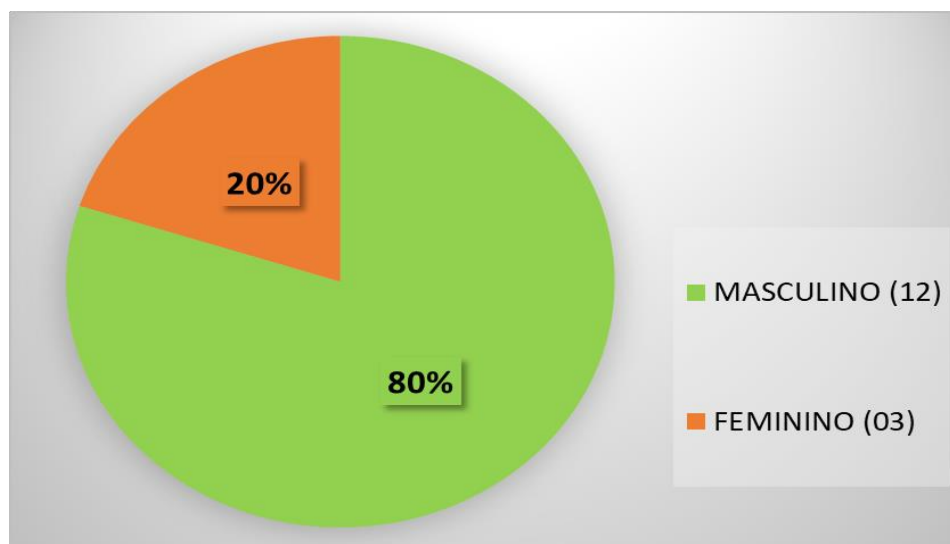


Fonte: Elaboração própria/CODANT/DIVEP.

Para o relacionamento dos bancos foi utilizado o software *Microsoft Access* e definidas como variáveis o nome e data de nascimento do paciente e o nome da mãe. Foram encontrados 15 óbitos por suicídio de pessoas que tiveram diagnóstico prévio de COVID – 19, destas duas residiam em Salvador e as outras treze nos seguintes municípios: Barreiras, Barrocas, Brumado, Canarana, Cícero Dantas, Conceição do Almeida, Eunápolis, Filadélfia, Ilhéus, Itabela, Juazeiro, Lajedinho e Remanso.

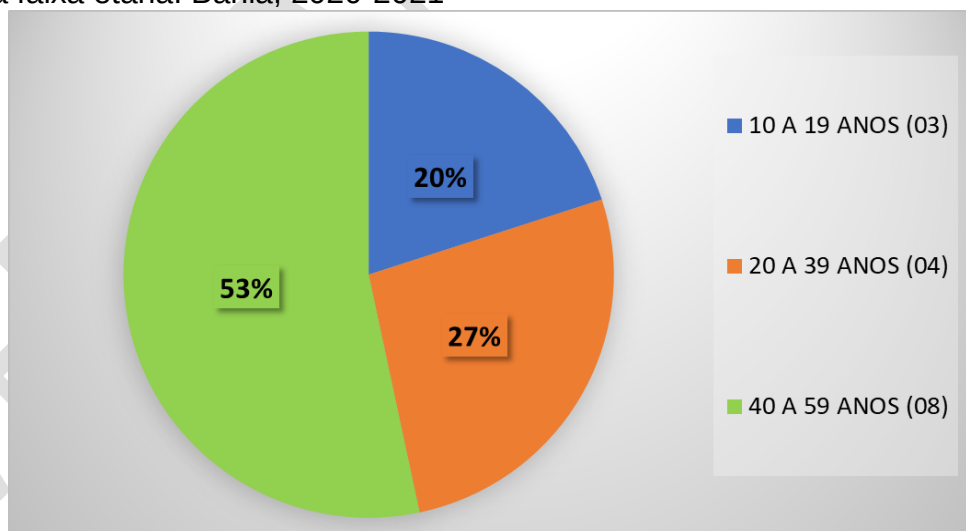
Do total dos suicídios 80% (12) foram de indivíduos do sexo masculino e o maior percentual 53% (08) na faixa etária dos 40 aos 59 anos (Figuras 17 e 18). Ressalte-se que as vítimas mais jovens residiam em Eunápolis e Itabela e tinham respectivamente 13 e 14 anos, ambos utilizaram como meio da agressão o estrangulamento.

Figura 17. Percentual de óbitos por suicídio de pessoas com diagnóstico de COVID-19 de acordo com o sexo. Bahia, 2020-2021*



Fonte: SESAB/DIVEP/Sistema de Informação de Mortalidade
*Dados acessados em 21/09/2021

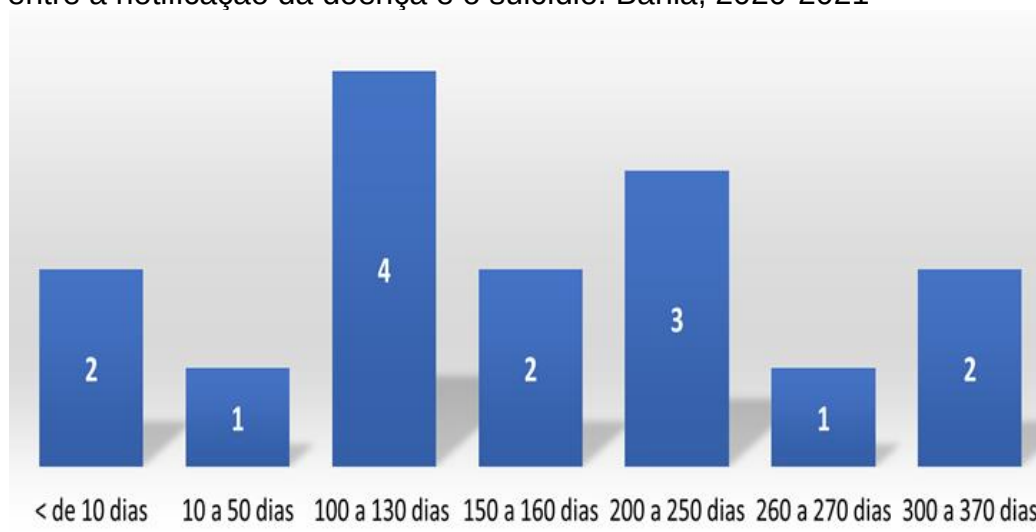
Figura 18. Percentual de óbitos por suicídio de pessoas com diagnóstico de COVID-19 de acordo com a faixa etária. Bahia, 2020-2021*



Fonte: SESAB/DIVEP/Sistema de Informação de Mortalidade
*Dados acessados em 21/09/2021

Considerando o tempo decorrido entre o diagnóstico da COVID-19 e o suicídio, observou-se que variou entre menos de dez dias há um ano e cinco dias. Os dados preliminares e a inexistência de estudos não permitem inferências e ou estabelecer nexo causal. Figura 19.

Figura 19. Número (15) de pessoas com diagnóstico de COVID -19 de acordo com os dias decorridos entre a notificação da doença e o suicídio. Bahia, 2020-2021*



Fonte: SESAB/DIVEP/SIM/SIVEP Gripe, GAL/LACEN e o E-SUS VE Formsus, e-mail e WhatsApp institucional, google forms, SIVEP-Gripe e o Sistema de Base de dados de Indicadores – SBI *Dados acessados em 21/09/2021

Quanto as lesões autoprovocadas (autoagressões e tentativas de suicídio) no período de 2020 a 2021* foram notificadas no SINAN 3.946 casos, 62,2% (2.456) em 2020. No linkage dos bancos de lesão autoprovocada/SINAN, com óbitos por Covid-19, casos confirmados por COVID-19 e óbitos por suicídio observou-se que:

- + 88 indivíduos com diagnóstico de COVID-19 tinham notificação prévia por lesão autoprovocada;
- + 08 dos óbitos por COVID – 19 tinham notificação por lesão autoprovocada;
- + 44 dos óbitos por suicídio tinham notificação por lesão autoprovocada.

Dos 08 óbitos por COVID- 19 com histórico de lesões autoprovocadas 03 (37,5%) eram do sexo feminino e 05 (62,5%) do masculino. Em todos esses óbitos os pacientes estavam na faixa etária dos 33 aos 75 anos.

O GT-Causas externas/CODANT continuará o monitoramento dos casos das lesões autoprovocadas e suicídios e sua relação com os casos da COVID-19.

2.2.3 QUEDAS ACIDENTAIS

A transição demográfica a qual o Brasil tem vivenciado nas últimas décadas, segue a tendência mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a população mundial com mais de

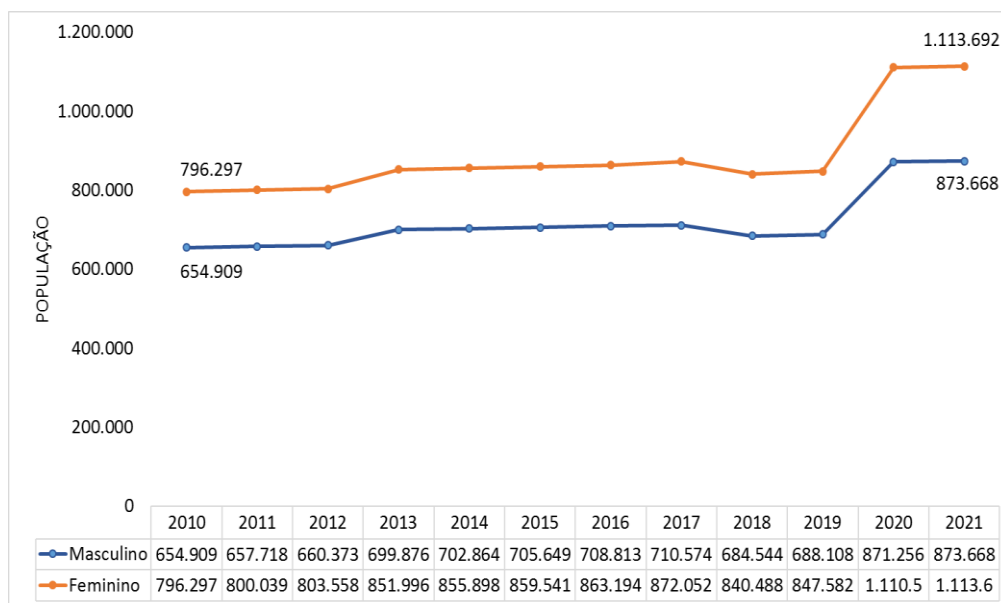
60 anos vai passar dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050. No Brasil, estima-se que a população idosa chegará a 30% em 2050. (Brasil, 2021). As quedas acidentais são uma das principais causas de hospitalizações e mortes de idosos representando quase 50% de todos os atendimentos por trauma, em virtude das consequências físicas e emocionais. Podem gerar incapacidades, limitando a capacidade de realizarem as atividades da vida diária (AVD), receio de novos episódios de quedas afetando a saúde mental, assim, contribuindo para elevar os custos sociais, econômicos para os idosos, seus cuidadores e os serviços de saúde. (Brasil, 2021)

As principais orientações para prevenção de quedas inclui exames oftalmológicos e físicos anualmente; uma ingestão adequada de Cálcio e vitamina D; participar de programas de atividade física que visem o desenvolvimento de agilidade, força, equilíbrio, coordenação e ganho de força do quadríceps e mobilidade do tornozelo; eliminar de casa tudo aquilo que possa provocar escorregões como tapetes, desníveis do piso; quando possível instalar suportes, corrimão, piso antiderrapante e outros acessórios de segurança; manter uma lanterna ou luminária próxima a cama; usar calçados com sola antiderrapante; informar aos médicos efeitos colaterais dos remédios que está tomando; manter o ambiente organizado e o caminho livre de objetos pequenos e fios.

Considerando que a avaliação multidimensional é o eixo estruturante para o cuidado da pessoa idosa, que consta como um procedimento na ficha de E-SUS-AB, com o código de nº 03.01.09.003-3, o seu registro e acompanhamento é de fundamental importância para o monitoramento da atenção ofertada às pessoas idosas na atenção básica.

Na Bahia o número de idosos vem apresentando tendência de aumento, para ambos os sexos. O incremento entre 2010 e 2021 foi de 39,85% e 33,40% para o feminino e masculino respectivamente. Figura 20

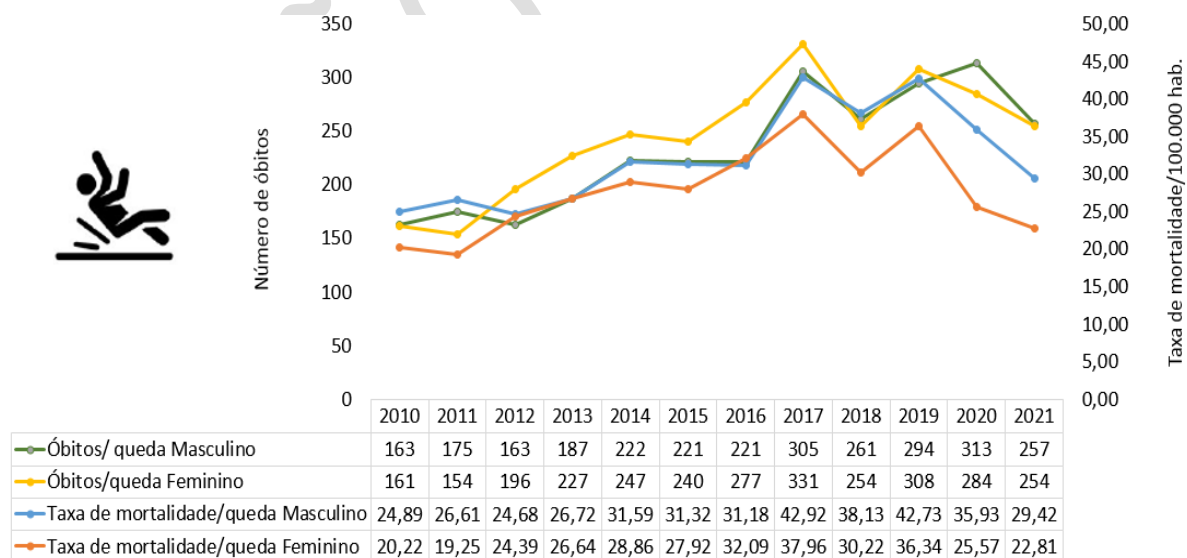
Figura 20. População de idosos (60 anos e mais) segundo o sexo. Bahia, 2010-2021.



Fonte: IBGE/DATASUS
SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação de dados demográficos/TABNET

Observa-se que, embora o número de óbitos por quedas em pessoas do sexo feminino tenha sido maior em quase toda série histórica (2010-2021*) a taxa de mortalidade foi mais elevada nos indivíduos do sexo masculino. Figura 21

Figura 21. Número de óbitos e taxa padronizada de mortalidade por quedas de acordo com o sexo. Bahia, 2010 – 2021*.



Fonte: IBGE/DATASUS
SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

*Dados preliminares sujeitos a alterações.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde/2013, 7,8% dos indivíduos com idade acima de 60 anos relataram a ocorrência de queda nos últimos 12 meses. Entre os que relataram quedas, 8,3% informaram ter apresentado fratura de quadril ou fêmur, destes 44% necessitaram tratamento cirúrgico.

De acordo com os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) são gastos, por ano, mais 51 milhões de reais com tratamentos de fraturas decorrentes de queda em idosos. Isso implica na necessidade de direcionar políticas públicas para essa população e os problemas a que estão expostos, a exemplo da morbimortalidade por quedas acidentais. (Brasil,2021). As quedas podem levar a diferentes necessidades de saúde e demandar assistência e cuidados de reabilitação. Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2012) a reabilitação é essencial para pessoas com deficiência e limitações a fim de torná-las capazes de participar da vida educacional, do mercado de trabalho e da vida civil. O conceito de reabilitação proposto por esse relatório engloba os aspectos que dizem respeito à deficiência, como a melhoria da funcionalidade individual, e a intervenção no ambiente, como a instalação de barra de apoio no banheiro, por exemplo. Portanto a reabilitação envolve a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, a relação entre fatores relevantes do indivíduo e seu ambiente, a definição de metas, o planejamento, implantação de medidas e a avaliação de seus efeitos (OMS, 2012).

2.2.4 VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

Para fins de notificação a violência é definida como: “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (BRASIL, 2016). Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial. A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos, segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias) (Brasil, 2016).

São objetos da notificação todos os casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal e/ou autoprovocada contra crianças e adolescentes, idosos, mulheres, indígenas, portadores de deficiência, pessoas LGBT, bem como homens vítimas de violência doméstica/intrafamiliar,

sexual ou autoprovocada, e casos de tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura e intervenção legal (Brasil, 2016).

Considerando que todas as unidades de saúde são notificadoras, em levantamento realizado na base de dados do SINAN foi observado que 3.669 (59,1%) dos serviços de saúde estão silenciosos quanto à notificação do agravo no período de 2009 a 2022 no estado. Das 2.530 unidades que registraram casos de violência, 32,4% (820) notificaram apenas uma ocorrência, assim, pode-se inferir que a violência interpessoal e autoprovocada é subnotificada.

As macrorregiões de saúde com maiores números de casos notificados são a Leste com 57.450 (41,52%), Centro-Leste 21.503 (15,54%) e a Sudoeste com 14.484 (10,47%) e as com menores registros de casos da violência interpessoal e autoprovocada são a Centro-Norte com 4.352 (3,15%) e a Nordeste com 3.559 (2,57%). Quadro 8

Quadro 8. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2009-2022*.

Macrorregião residência	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Leste	1585	2019	2220	2526	3558	4800	4548	5683	5393	5967	7452	5248	4723	1728	57.450
Centro-Leste	386	534	491	1015	1438	1353	1290	1819	1820	2152	2561	2541	2943	1160	21.503
Sudoeste	34	546	751	588	798	1028	1101	1119	954	1397	1565	1812	2052	739	14.484
Sul	117	518	500	576	727	856	1005	1100	1356	1436	1673	1091	1099	582	12.636
Norte	90	109	303	442	434	600	820	1012	818	1154	1059	1215	1317	262	9.635
Oeste	53	68	180	385	657	1164	630	503	590	883	1523	834	682	237	8.389
Extremo Sul	16	82	218	152	384	459	560	526	580	873	1125	642	545	165	6.327
Centro-Norte	14	25	49	62	117	348	229	270	495	664	609	584	588	298	4.352
Nordeste	25	46	102	79	169	185	127	350	253	305	552	460	688	218	3.559
Ignorado - BA	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	1	6	6	18
Total	2.320	3.947	4.814	5.825	8.285	10.795	10.310	12.382	12.259	14.831	18.119	14.428	14.643	5.395	138.353

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

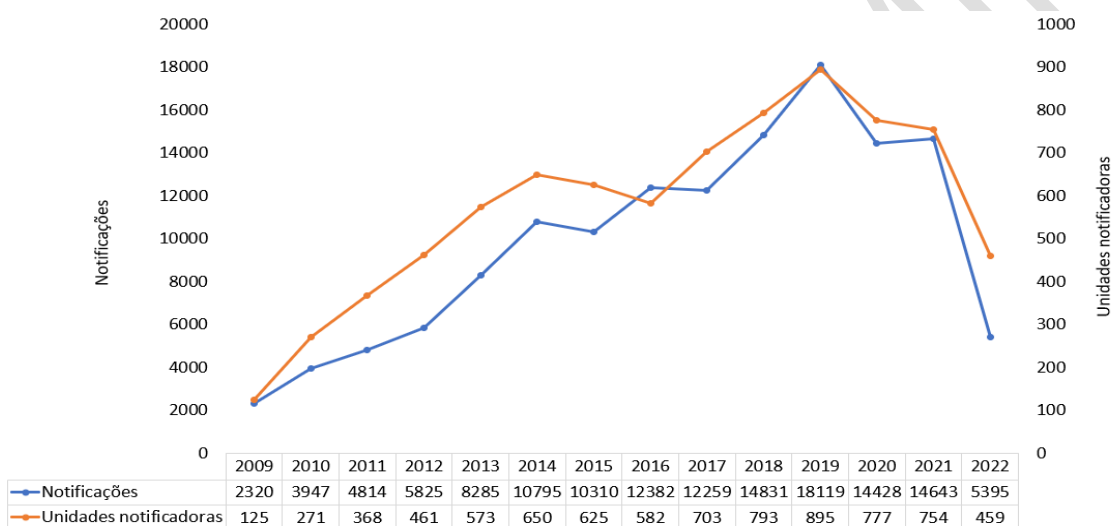
*Dados acessados em 22/06/2022

A Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Ministério da Saúde traz na Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências o Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências que contempla a ampliação do número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua de violência interpessoal/autoprovocada e definiu como indicador de monitoramento o número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência interpessoal/autoprovocada implantado. Esse indicador possibilita o acompanhamento da ampliação da cobertura da Ficha de Notificação para atender a legislação e garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de risco; permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública. Assim, ainda que este tenha sido

retirado do Pacto pela Saúde na esfera federal o estado o manteve enquanto indicador nas suas pactuações com os municípios.

No período de 2009-2019 observa-se o incremento no número de unidades notificadoras e de notificações da violência interpessoal/autoprovocada com poucas flutuações. A melhoria na captação dos casos pelos profissionais de saúde, pode ser atribuída ao trabalho educação permanente com ênfase na importância da notificação enquanto instrumento disparador dos processos de gestão e do cuidado, desenvolvido pelas áreas de vigilância epidemiológica e assistência junto aos mesmos. A partir de 2020 em função do contexto da pandemia observou-se uma redução das notificações e da inserção das mesmas no SINAN. Figura 22

Figura 22. Número de notificações e de unidades notificadoras da violência interpessoal/autoprovocada. Bahia, 2009-2022*.

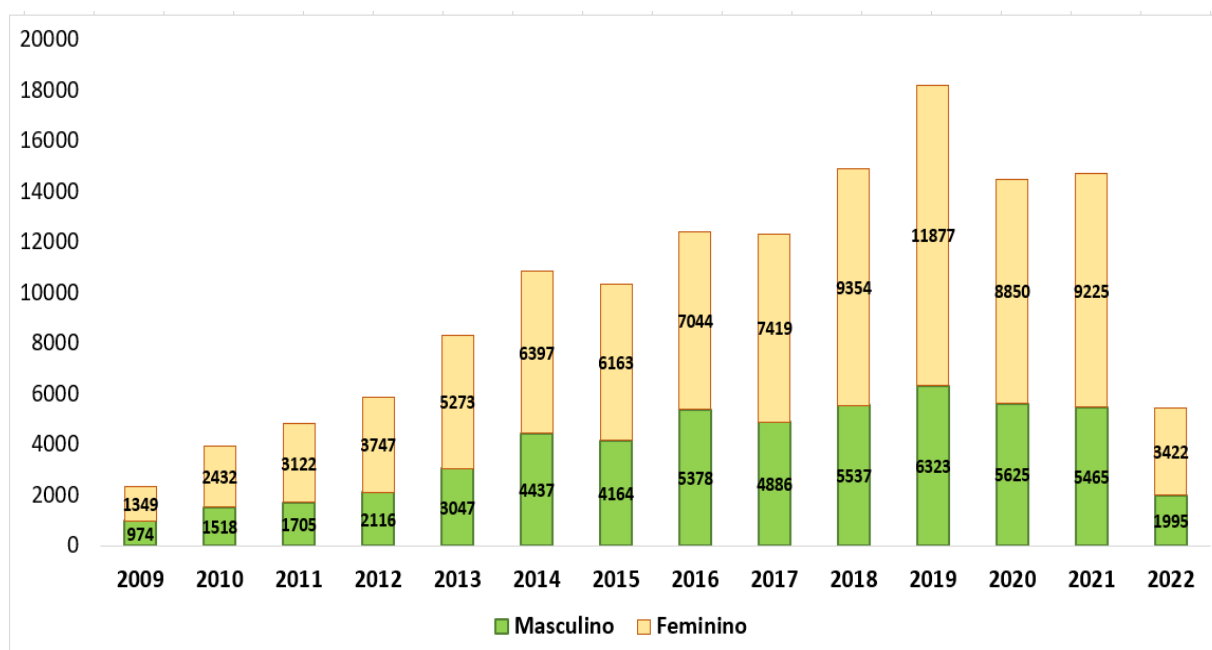


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

*Dados acessados em 22/06/2022

Ao desagregarmos os casos notificados da violência no estado, de acordo com o sexo, observa-se que segue o mesmo padrão dos demais estados e do Brasil; onde o maior número das vítimas são de pessoas do sexo feminino. Na Bahia no período 2009-2022 foram 85.694 (61,7%) mulheres vitimadas. Figura 23

Figura 23. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o sexo. Bahia, 2009-2022*.

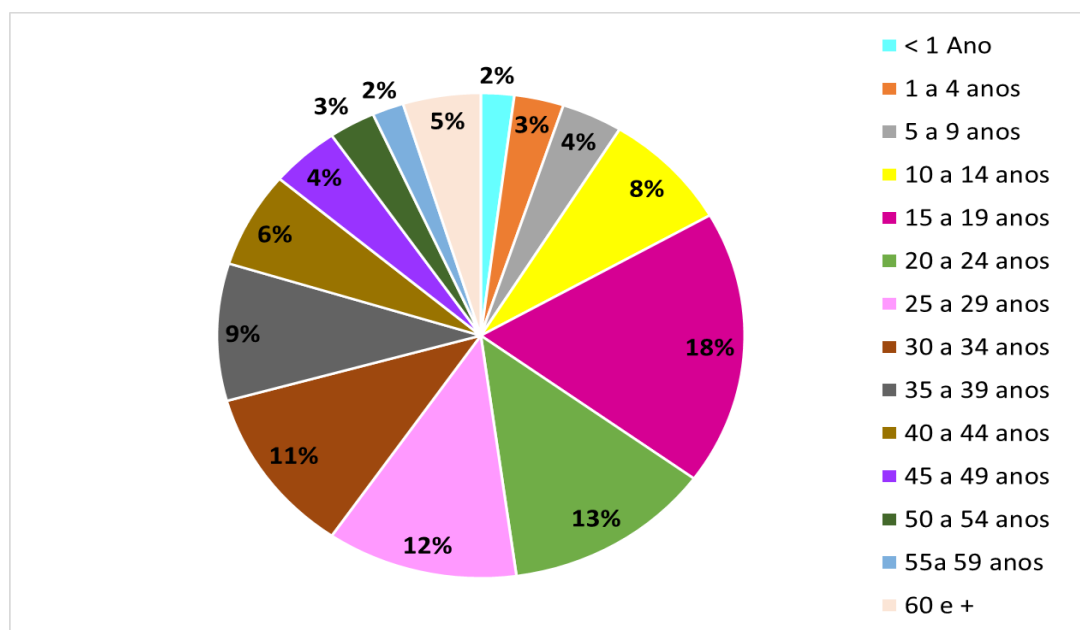


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

*Dados acessados em 22/06/2022

A maior proporção (54%/66.182) de casos notificados da violência foram na faixa dos 15 aos 34 anos (adolescentes e adultos jovens), Figura 24. Ressalte-se que, os casos de violência em que as vítimas são dos extremos do ciclo de vida: crianças (menores de 1 ano aos 09 anos) e idosos (60 anos e mais), são ainda mais subnotificados e os perpetradores são em sua maioria do ambiente familiar e cuidadores. De acordo com a Rede Internacional para Prevenção dos Maus Tratos contra a Pessoa Idosa, a violência para este grupo etário define-se como “ato único ou repetido, ou omissão que lhe cause danos físico ou aflição, e que se reproduz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança” (BRASIL, 2010). A violência contra a pessoa idosa não deve ser naturalizada pela organização domiciliar, imperativos familiares, normas culturais, senilismo característico da idade, desajustes financeiros e inúmeras situações que mascaram a permanência do agravo.

Figura 24. Percentual de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a faixa etária. Bahia, 2009-2022*.

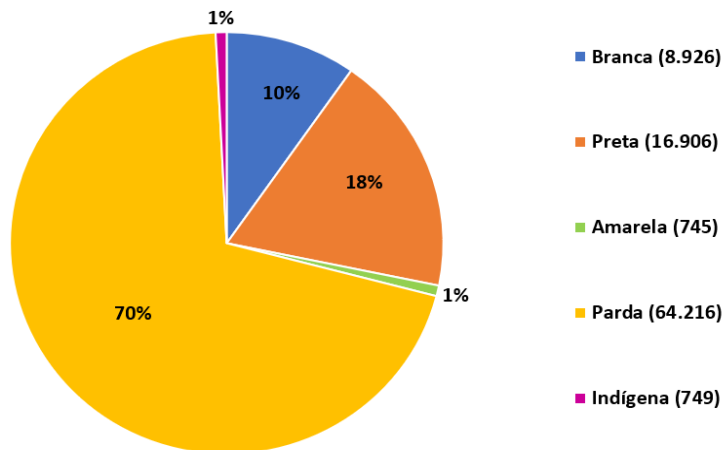


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

*Dados acessados em 22/06/2022

Campos importantes na identificação das desigualdades sociais são pouco preenchidos a exemplo das variáveis raça/cor, escolaridade, ocupação, identidade de gênero e orientação sexual. Ressalte-se que, para a raça/cor existem duas portarias específicas que tornam obrigatório o registro autodeclarado desta variável: Portaria Nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 que dispõe sobre o preenchimento deste quesito nos formulários dos sistemas de informação em saúde e a Portaria/GM/MS 1.320 de 30 de maio de 2018 que revisa os indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). No período 2009-2022* o campo raça/cor não foi preenchido (ignorado/em branco) em 34,0% (47.370) das fichas; quanto ao percentual desta variável com informação válida (especificada a raça/cor da vítima) foi de 66,0% (91.544), não atingindo, pois, a meta do PQA-VS que é de 95% de preenchimento do campo válido. Os negros (pretos+pardos/IBGE) representaram 88,6% (81.122) dos casos notificados com informação válida. Figura 25

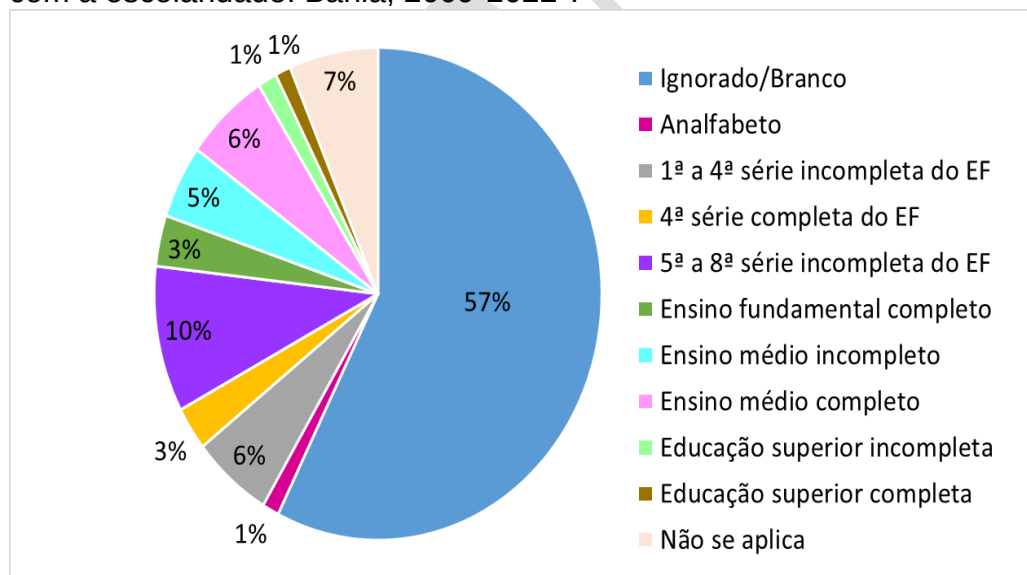
Figura 25. Percentual de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a raça/cor. Bahia, 2009-2022*.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
 *Dados acessados em 22/06/2022

Quanto a escolaridade o percentual de ignorados/em branco correspondeu a mais da metade (57%) das fichas de notificação, o que gera viés na análise desta variável. O ensino fundamental incompleto representou 10,0% (13.295) dos casos. Figura 26

Figura 26. Percentual de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a escolaridade. Bahia, 2009-2022*.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
 *Dados acessados em 22/06/2022

Os campos orientação sexual e identidade de gênero passaram a compor a ficha de notificação da violência a partir de 2014, quando o referido instrumento passou por atualização; também, foram inseridos os campos motivação da violência e nome social.

De 2014 a 2022 o número de notificações constando ignorado/em branco para as variáveis orientação sexual e identidade de gênero foram de 62.551 (55,0%) e 72.992 (64,2%) respectivamente, demonstrando a fragilidade no preenchimento destas e invisibilizando a identificação da população LGBTQI+ em situação de violência.

A classificação “*não se aplica*” é colocada quando a vítima é menor de 10 anos, conforme o instrutivo de orientação para o preenchimento da ficha. Em 1.493 (1,3%) casos notificados foi sinalizado ser a vítima homossexual e em 792 mulher transexual (0,7%). Quadro 9

Quadro 9. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovoada de acordo com a orientação sexual e a identidade de gênero. Bahia, 2014-2022*.

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Orientação Sexual										
Ignorado/Branco	9883	6192	7430	6365	7369	8089	7101	7412	2710	62551
Heterossexual	580	2731	3419	4137	5452	7827	5313	5023	1969	36451
Homossexual (gay/lésbica)	59	151	141	157	199	297	208	197	84	1493
Bissexual	4	15	18	27	36	55	38	55	21	269
Não se aplica	308	1242	1416	1625	1849	1945	1828	2012	639	12864
Total	10834	10331	12424	12311	14905	18213	14488	14699	5423	113628
Identidade gênero										
Ignorado/Branco	10113	7025	8201	7235	8814	10813	8720	8810	3261	72992
Travesti	0	18	16	22	35	39	23	28	14	195
Transexual Mulher	22	74	76	118	110	154	105	84	49	792
Transexual Homem	2	17	30	32	49	46	34	29	10	249
Não se aplica	697	3197	4101	4904	5897	7161	5606	5748	2089	39400
Total	10834	10331	12424	12311	14905	18213	14488	14699	5423	113628

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

*Dados acessados em 22/06/2022

A desagregação dos casos notificados revelou que os maiores registros foram da violência física com 100.618 (72,4%), seguidos da psicológica/moral com 30.037 (21,6%), lesão autoprovoada (autoagressões e tentativas de suicídio) com 15.352 (11,1%) e a sexual 14.233 (10,2%).

Ressalte-se que o sistema permite o registro de mais de um tipo de violência em um mesmo episódio, embora a orientação constante no instrutivo que orienta o preenchimento da ficha informe ser para registrar apenas a violência principal, o que se torna difícil para o profissional. Quadro 10.

Quadro 10. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o tipo. Bahia, 2010-2022*.

Tipo \ Ano	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Física	2110	3082	3501	4362	6237	8184	8095	9683	9085	10478	12799	10145	9215	3642	100.618
Psicológica/moral	265	769	1132	1483	2059	2189	2081	2229	2646	3444	4565	3082	3004	1089	30.037
Lesão autoprovocada	84	158	187	302	426	453	535	617	1023	1828	3311	2551	2704	1173	15.352
Sexual	155	382	507	660	1025	1326	1171	1321	1287	1555	1737	1216	1401	490	14.233
Outras violências	21	90	98	78	130	700	319	525	370	545	955	659	883	379	5.752
Negligência/Abandono	71	252	308	185	249	212	243	329	501	707	610	703	768	235	5.373
Tortura	54	75	92	128	213	260	293	308	421	464	628	486	403	194	4.019
Financeira/econômica	23	113	181	241	232	308	211	281	180	330	463	300	326	94	3.283
Trabalho infantil	5	19	10	15	59	24	33	71	85	59	160	56	46	5	647
Intervenção legal	4	7	14	11	16	18	18	36	40	48	40	23	22	11	308
Tráfico de seres humanos	0	2	6	8	7	6	3	11	7	19	18	17	17	3	124

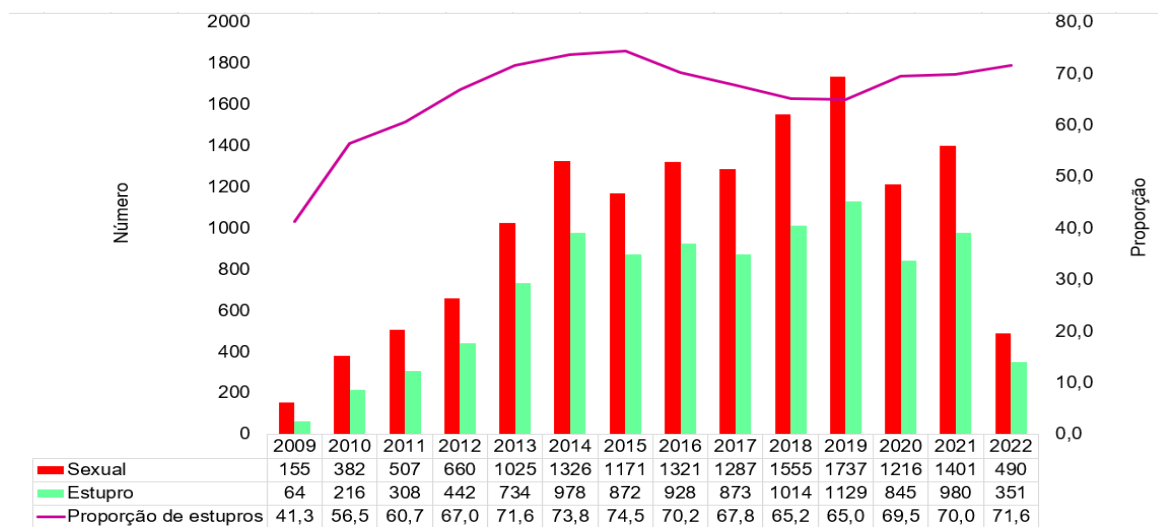
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

*Dados acessados em 22/06/2022

No período 2009-2022 dos 14.233 casos notificados de violência sexual, 9.734 (68,4%) foram estupros; a proporção de estupros variou no período analisado de 41,3% em 2009 a 74,5% em 2015 (Figura 27).

É importante ressaltar que os municípios precisam conhecer a realidade do agravo em seus territórios e estabelecer o fluxo para o atendimento das vítimas quanto a realização da profilaxia pós-exposição (PEP) e o acompanhamento na pós-venção, tanto no que se refere a continuidade da profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis e hepatites quanto para o acompanhamento psicossocial. A Coordenação de Agravos Transmissíveis (COAGRAVOS/DIVEP) disponibiliza a relação atualizada/2022 das unidades que realizam a PEP, segundo município (Anexo 1).

Figura 27. Número de casos notificados da violência sexual/estupros e a proporção de estupros. Bahia, 2009-2022.

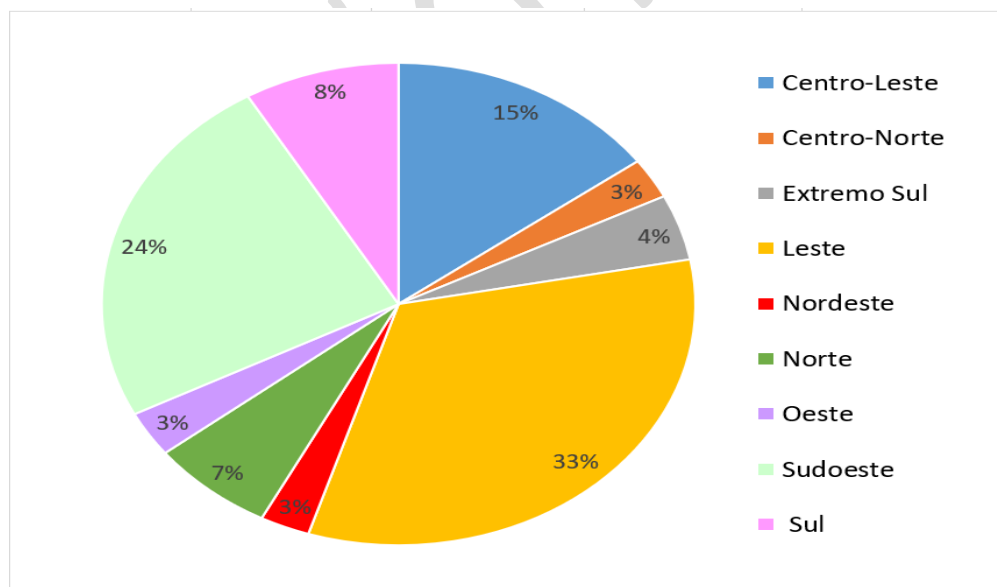


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

*Dados acessados em 22/06/2022

A maior concentração dos casos da violência sexual, de acordo com a residência das vítimas, ocorreu nas macros Leste e Sudoeste, as duas regiões somaram 54,0% (7.685) do total de notificações (14.233) por este tipo violência. Figura 28

Figura 28. Percentual de casos notificados da violência sexual segundo macrorregião de residência da vítima. Bahia, 2022*.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

*Dados acessados em 22/06/2022

Os agressores foram na maioria dos casos pessoas do convívio familiar e ou próximos às vítimas. Para a variável do provável autor da agressão pode-se marcar mais de uma opção por episódio.

Se considerarmos o total de casos notificados (138.353) no período 2009-2022, observa-se que para 54.623 (39,5%) das notificações os agressores foram familiares ou amigos das vítimas: cônjuge, amigos/conhecidos (as), ex-cônjuge, mãe, pai, irmão (ã), namorado (a), filho (a), padrasto, ex-namorado (a), cuidador (a), madrasta (Quadro 11). Esta relação entre agressor e vítima, reforça o contexto da violência doméstica.

Quadro 11. Número de casos notificados da violência interpessoal/autoprovoçada de acordo com o provável agressor. Bahia, 2010-2022*.

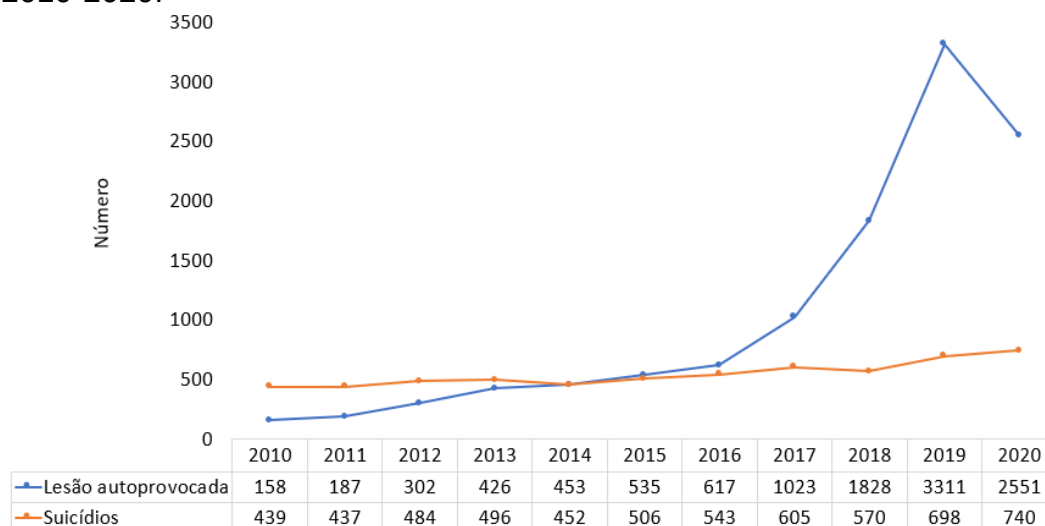
Ano da Notificação	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Cônjuge	137	285	562	670	982	1077	983	1191	1298	1733	2225	1538	1518	557	14756
Desconhecidos	218	341	363	466	943	1180	1231	1518	1424	1564	1758	1288	979	447	13720
Amigos/conhecidos (as)	187	462	427	494	915	1098	1066	1029	1176	1435	1665	1229	1163	496	12842
Própria pessoa	52	159	150	210	286	304	284	350	626	1313	2626	2077	1994	916	11347
Outros_Vínculos	65	195	239	343	480	563	461	543	550	727	974	746	725	264	6875
Ex-cônjuge	48	106	216	376	535	532	497	583	619	758	961	631	709	261	6832
Mãe	67	251	264	223	277	251	284	343	473	700	604	629	653	223	5242
Pai	71	221	222	228	306	338	319	355	372	444	495	349	399	127	4246
Irmão (ã)	29	72	81	108	172	197	179	205	255	316	384	314	279	113	2704
Namorado (a)	29	66	51	55	150	173	186	179	245	331	423	304	354	124	2670
Filho (a)	16	33	75	73	123	105	120	153	142	220	283	176	181	43	1743
Padrasto	30	68	75	67	143	137	142	132	124	199	169	124	163	46	1619
Ex-namorado (a)	17	29	33	51	87	102	96	126	123	145	188	163	169	74	1403
Policial/agente da lei	14	32	28	21	52	84	122	129	121	181	210	100	81	43	1218
Pessoa com relação institucional	20	13	26	21	45	37	53	69	48	62	127	35	33	19	608
Cuidador (a)	7	19	15	12	21	22	40	21	33	40	30	22	28	7	317
Madrasta	3	16	13	9	16	18	30	27	23	38	26	16	8	6	249
Patrão/chefe	0	4	1	4	14	7	28	19	32	26	30	19	19	5	208

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

*Dados acessados em 22/06/2022

Entre 2010 e 2020, foram registrados no SINAN 11.391 casos de lesões autoprovocadas (automutilações e tentativas de suicídio) e 5.970 suicídios, ambos vem apresentando tendência de crescimento, principalmente a partir de 2016; considerando os extremos da série histórica analisada (2010 e 2020), observa-se o incremento de 1.514% para lesões autoprovocadas e de 68,6% para os suicídios (Figura 29). Importante ressaltar que contribuíram para este incremento o agravo ter passado a compulsório para notificação e o trabalho da área técnica nas ações de educação permanente.

Figura 29. Número de casos notificados das lesões autoprovocadas e dos suicídios. Bahia, 2010-2020.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação/ SIM-Sistema de Informação de mortalidade

*Dados acessados em 22/06/2022

Os impactos gerados pela pandemia da COVID-19 no contexto da violência variam a depender dos determinantes e condicionantes sociais de cada território e das respostas das políticas públicas e da sociedade. O isolamento social é uma medida necessária para conter a propagação da COVID-19, constituindo-se fator de proteção para população em geral, no entanto esse isolamento impõe novas formas de se relacionar que pode deflagrar ou agravar a violência.

2.2.5 LESÕES DE TRÂNSITO

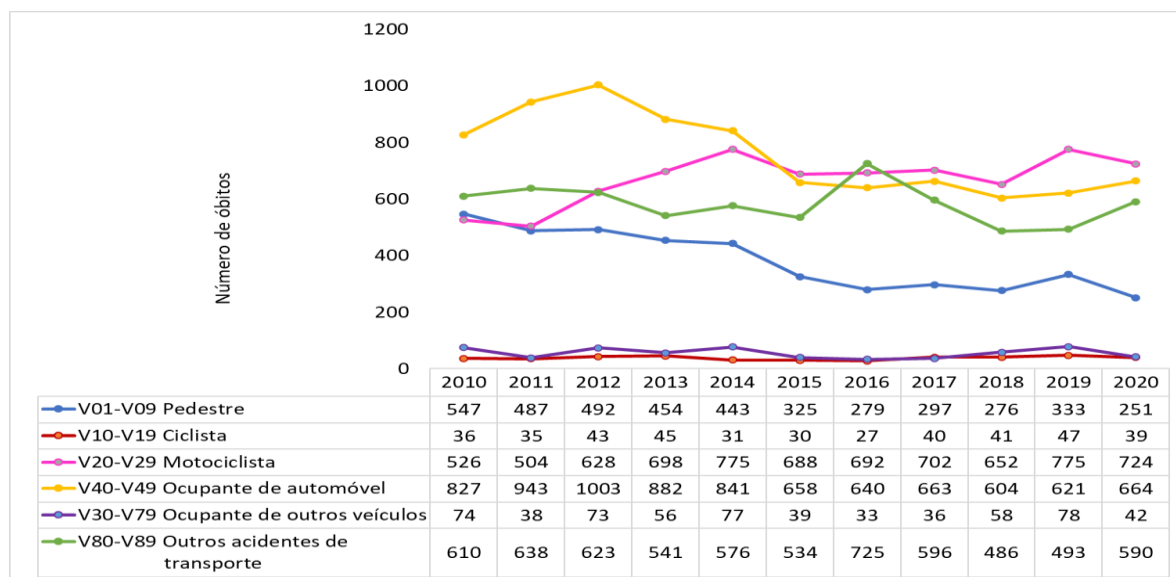
O relatório sobre lesões de trânsito apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2019, apontou progressos alcançados em relação a estas; a taxa de mortalidade por essa causa se estabilizou nos últimos anos, mas, não foi suficiente para compensar uma rápida e crescente motorização em várias partes do mundo. No Brasil, as lesões de trânsito representam a segunda causa de morte entre as causas externas, com maior ocorrência entre jovens e adultos de 15 a 39 anos (Brasil,2021). Na Bahia as lesões de trânsito, entre as causas externas, figuram como a primeira causa de óbitos nas faixas etárias de 05 a 09 anos e na dos 50 a 59 anos e a segunda causa nas faixas de 01 a 04 anos e na de 10 a 49 anos (Quadro 3). As lesões de trânsito são agravos previsíveis e preveníveis, o que reforça a importância de abordagens que enfatizem a promoção e a educação em saúde visando a redução de riscos no trânsito e a implementação de políticas voltadas ao desenvolvimento e ao aprimoramento da mobilidade segura e sustentável, intensificação da fiscalização de caráter contínuo, educação e conscientização da população.

Entre os fatores associados a ocorrência de lesões e mortes no trânsito estão as condições da via; aumento da frota de veículos, principalmente das motocicletas nos últimos anos; o uso do álcool associado a direção veicular; o não uso de equipamentos de segurança (cintos de segurança, capacetes, dispositivo de retenção para crianças, entre outros). Também, o uso do celular pelo condutor (distração ao dirigir), alta velocidade e desrespeito a legislação vigente (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) publicou a revisão da NBR 10697/2018 e redefiniu os termos técnicos usados na preparação e execução de pesquisas relativas ao agravo e na elaboração de relatórios estatísticos e operacionais. A norma corrige a expressão “acidente de trânsito”, substituída por sinistro de trânsito e suprime o entendimento de sinistro não premeditado.

A Bahia possui uma rede rodoviária com extensão de 119.639 km. Desse total, 5.093 são federais, 14.940 são estaduais e 99.606 são municipais. Dentre as principais rodovias do estado podemos destacar as BRs-116, 020, 242, 135, 101, 324 e 407, e as BAs-172, 052 e 093. No estado entre os anos de 2010 e 2020, dos óbitos (143.377) por causas externas 19,95% (28.607) foram decorrentes das lesões de trânsito, ficando atrás apenas dos homicídios, neste mesmo período observa-se a tendência de declínio do número de óbitos de dois dos grupos de vítimas: pedestres e ocupantes de outros veículos, a tendência de aumento para as mortes de outros acidentes de transportes e de ocupantes de automóvel entre 2018-2020; destaca-se ainda o aumento de óbitos de motociclistas entre 2011-2014 e entre 2018-2019 (Figura 30), questões relacionadas ao aumento da frota de motocicletas, velocidade excessiva e ao não uso dos equipamentos de segurança, têm contribuído para o elevado número de óbitos deste grupo. Ressalte-se também a interiorização das mortes de motociclistas. (SOUZA, 2020)

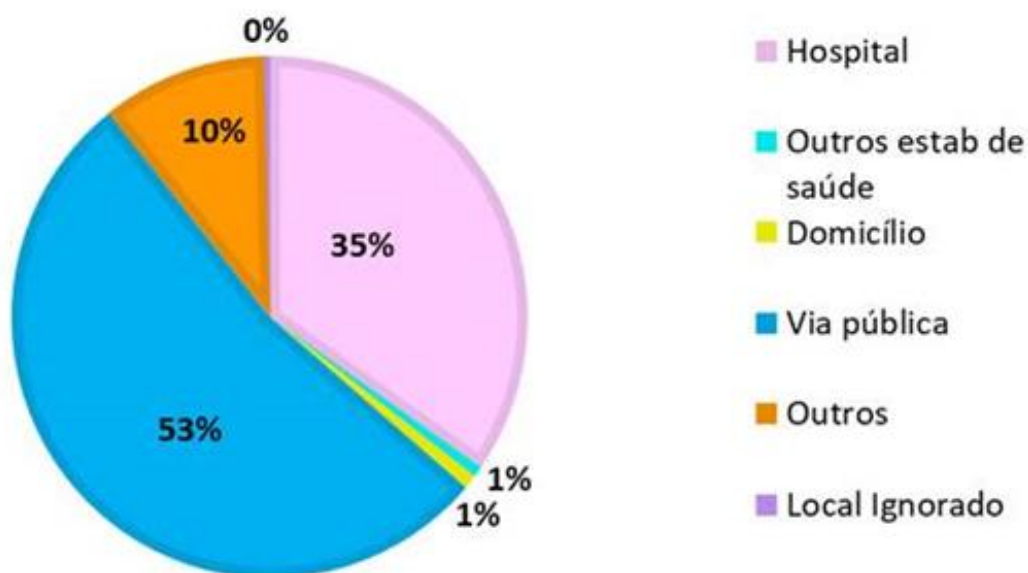
Figura 30. Número de óbitos por lesões de trânsito de acordo com o grupo de vítimas. Bahia, 2010-2020.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

A gravidade das lesões de trânsito pode ser traduzida pelo percentual das vítimas que vão a óbito no local do acidente/sinistro. No período de 2010 a 2020 foram a óbito em via pública 53,0% (15.161) das vítimas. Figura 31

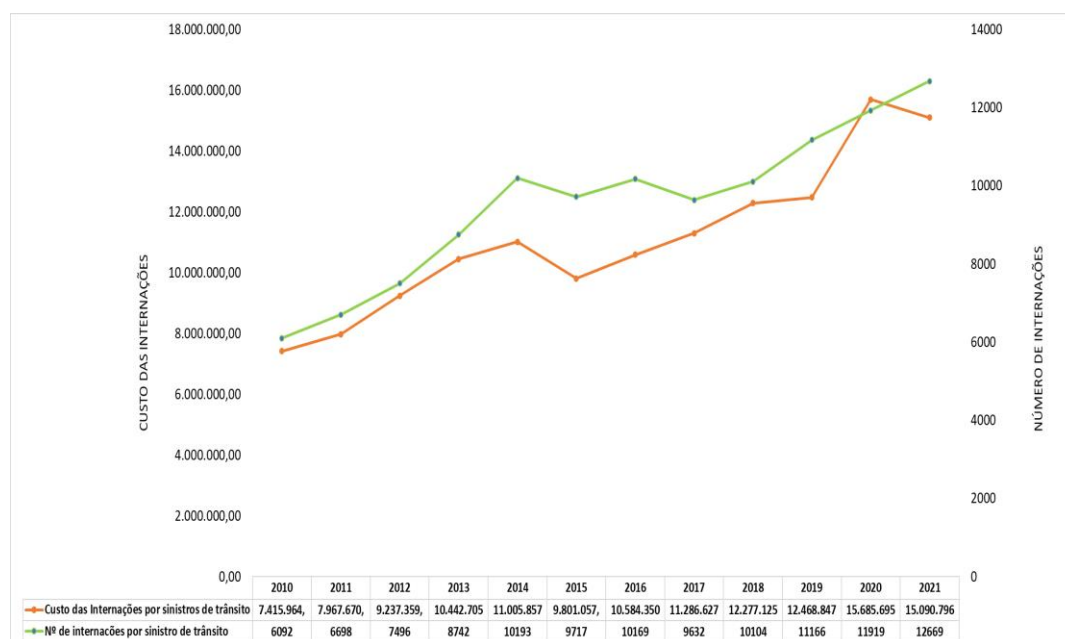
Figura 31. Percentual de óbitos por lesões de trânsito de acordo com o local de ocorrência. Bahia, 2010 – 2020.



Fonte: IBGE/DATASUS
SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

O número de internamentos por lesões de trânsito foi crescente no período de 2010 a 2021 e os custos decorrentes destes chegaram a R\$ 15.685.695 em 2020 (Figura 32). Ressalte-se que o atendimento às vítimas das lesões de trânsito envolve desde o atendimento pré-hospitalar à reabilitação, em geral requerem realização de procedimentos cirúrgicos e leito de UTI, sobrecarregando os sistemas de saúde, principalmente o SUS.

Figura 32. Número de internamentos e custo das internações por lesões de trânsito. Bahia, 2010-2021.



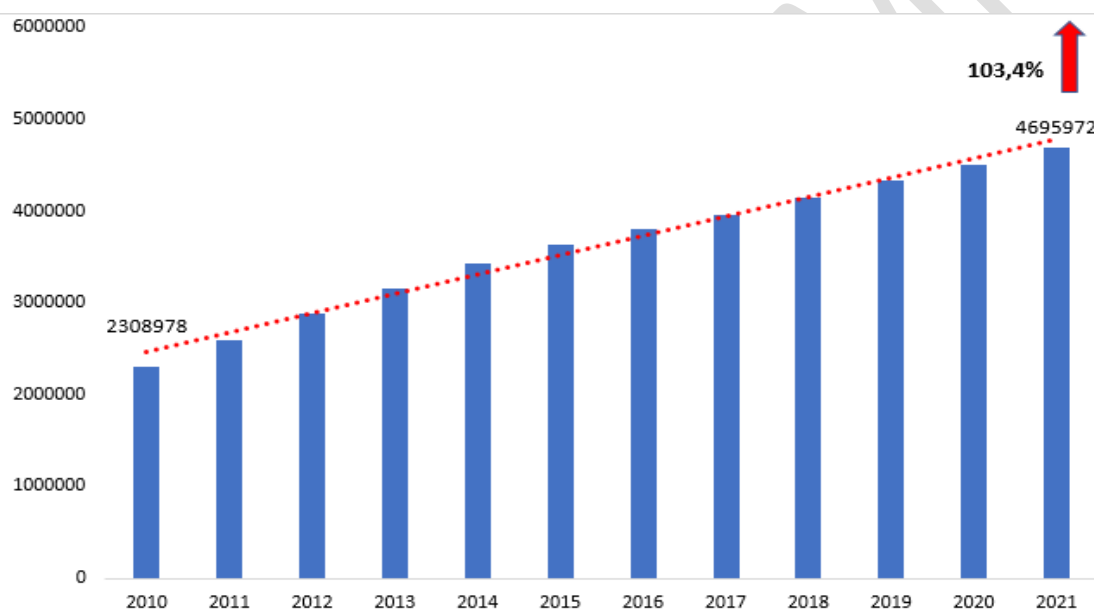
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na Bahia, a portaria 1.290 instituída emergencialmente em 09 de novembro de 2017, a qual atualizou a Lista Estadual de Notificação Compulsória (DNC) de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados incluiu a notificação das lesões de trânsito no estado, e a Nota técnica Nº01/2017- SUVISA/CAEST, orientou a notificação das referidas lesões no sistema de informação de Agravos Não transmissíveis de Notificação – SINAN. Apesar da inclusão das lesões de trânsito na lista DNC, o monitoramento destas é mais eficiente quando trabalhado com o banco do sistema de mortalidade, pois no SINAN, além da portaria atribuir apenas o CID V87 (Acidente de trânsito de tipo especificado, sendo desconhecido o modo de transporte da vítima), a ficha de notificação não atende a vigilância do agravo, pois não permite conhecer o perfil das vítimas e o contexto em que o agravo ocorreu (local e hora de ocorrência, modal envolvido EPIs utilizados, via e situação da mesma, evolução do caso).

Estas informações são fundamentais para qualificação e integração das informações de mortalidade e de lesões graves causadas pelo trânsito, inclusive para subsidiar a implantação de políticas públicas. A área técnica da CODANT já revisou e foi encaminhada através da diretoria da DIVEP para avaliação da Secretária Estadual da Saúde o projeto para implementação da notificação das lesões de trânsito.

Entre 2010 e 2021, observou-se o aumento da frota de veículos na Bahia, com incremento de 103,4%, passando de 2.308.978 em 2010 para 4.695.972 em 2021 (Figura 33). O maior volume de veículos circulando, aumenta o risco de acidentes/sinistros de trânsito, o que reforça a necessidade da implementação de estratégias voltadas a promoção e a educação em saúde, bem como das ações com foco na segurança viária.

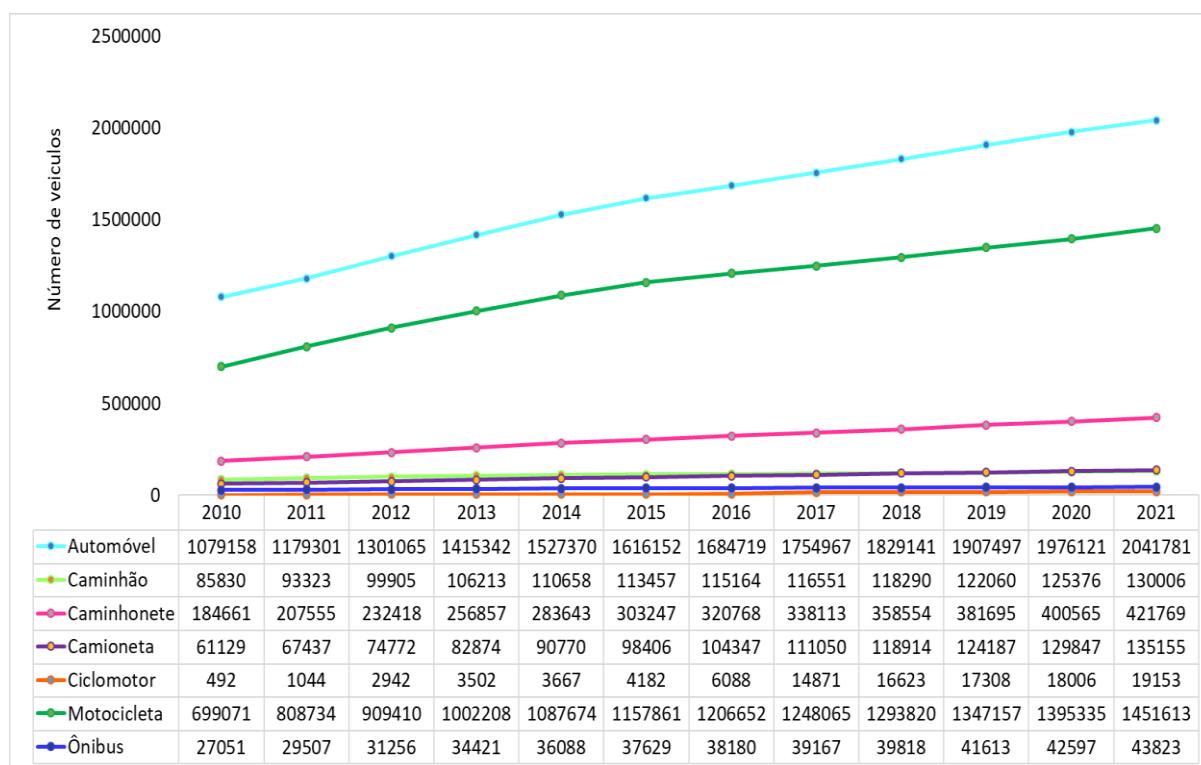
Figura 33 – Evolução da frota de veículos. Bahia, 2010 a 2021.



Fonte: Ministério da Infraestrutura, Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN – 2021. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/BA/pesquisa/22/28120>

Entre os tipos de veículos, o que apresentou maior aumento da frota foram as motocicletas, com 107,6% de incremento, passando de 699.071 em 2010 para 1.451.613 em 2021, para os automóveis em mesmo período o incremento foi de 89,2% passando de 1.079.158 para 2.041.781. Figura 34

Figura 34– Evolução da frota de veículos de acordo com o tipo. Bahia, 2010 a 2021.



Fonte: Ministério da Infraestrutura, Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN – 2021. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/BA/pesquisa/22/28120>

A pandemia da COVID-19 no tocante ao trânsito vem sendo marcada pela alta circulação de motociclistas, sobretudo na atuação dos serviços de entrega, cuja demanda foi ampliada em 2020, diante da necessidade de manter o isolamento social, mas, esta é uma prática que deve perdurar pós pandemia e, precisa de um olhar mais atento para a segurança desses condutores. Assim como, para o crescimento de outra categoria que são os ciclistas, os quais já despontam como nova tendência entre os baianos, seja como atividade física ou oportunidade de trabalho.

2.2.6 - ACIDENTES DE TRABALHO

Entende-se como Acidente de Trabalho (AT) todo evento súbito, inesperado ou não, de causas não naturais (acidentes e violência) que acarreta prejuízos à saúde, podendo levar a lesões corporais ou mesmo a perturbação funcional com perda ou redução da capacidade para o trabalho, de forma permanente ou temporária, ou ainda, em situações de maior gravidade, ao óbito. Podem ser caracterizados como típicos, quando ocorrerem no ambiente de trabalho, e de trajeto quando ocorrem no percurso entre a residência e o trabalho ou vice e versa (BRASIL,

2021).

Para a saúde coletiva, o acidente de trabalho é um fenômeno complexo e socialmente determinado; são eventos potencialmente e/ou majoritariamente previsíveis e preveníveis., dado que os fatores causais encontram-se presentes na situação de trabalho muito tempo antes deste ser desencadeado (ALMEIDA; BINDER 2000; JACOBINA; NOBRE; CONCEIÇÃO, 2002). Todo acidente de trabalho é um alerta sobre as condições de trabalho e indicativo de falhas na gestão da produção, na gestão da segurança e/ou nas medidas de prevenção (BINDER; ALMEIDA, 2003; BRASIL, 2006).

Acidentes de trabalho podem ocorrer com quaisquer trabalhadores(as), independente de seu tipo de vínculo ou inserção no mercado de trabalho ou filiação a regime previdenciário. Podem acontecer em qualquer situação em que o trabalhador ou a trabalhadora esteja a serviço da empresa ou agindo em seu interesse. Também são considerados acidentes de trabalho: agressão ou violência sofrida no ambiente de trabalho, acidentes ou agressões ocorridas no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa (BRASIL, 2006).

Para fins de vigilância, deve ser notificado como acidente de trabalho os eventos de “causas não naturais compreendidas como acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98) que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho, quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto), que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte” (BRASIL, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dados globais registram 1.879.890 mortes por agravos e doenças relacionadas ao trabalho, sendo o acidente de trabalho a terceira causa de morte, com 363.283 (19,3%) ocorrências em 2016. Os acidentes de trabalho respondem também como a primeira causa de afastamento dos trabalhadores das suas atividades ocupacionais (WHO, 2021). No Brasil, em 2017, houve 440.914 acidentes de trabalho entre trabalhadores segurados da Previdência Social, sendo 340.229 típicos e 100.685 de trajeto (BRASIL, 2017).

No período de 2011 a 2020, foram registrados na Bahia 31.404 casos de Acidentes de Trabalho no Sinan, sendo observado um aumento de 221% em 2020 em relação ao primeiro ano de análise. Este resultado pode indicar, entre outros fatores, uma maior capacidade da Rede Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast/BA) na investigação de

acidentes e outras causas externas e identificação de sua relação com o trabalho, principalmente nas Regiões de Saúde que contam com cobertura de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), que têm, como função, entre outras, desenvolver ações de vigilância em saúde do trabalhador e apoio matricial junto aos municípios do território de abrangência (BRASIL, 2012).

A quase totalidade dos casos é de trabalhadores do sexo masculino (86,8%), o que pode estar associado com a maior participação dos homens em atividades que conferem maior risco e, consequentemente, maior probabilidade da ocorrência de óbito, com maior ocorrência para a faixa etária de 30 a 39 anos (29,4%). Em relação à raça/cor, os trabalhadores pardos (45,2%) e pretos (11,7%) representam a maioria dos casos, embora seja expressivo o número de incompletude em relação a essa variável (33,6%). A escolaridade é outra variável socioeconômica com expressiva incompletude, sendo desconhecida a formação educacional para 51,2% dos casos e 26,2% têm até o ensino fundamental completo. Santana e colaboradores (2007) referem que grupos vulneráveis com menor nível de formação escolar são mais susceptíveis para o exercício de atividades que concentram maior risco, além da maior carga de acidentes observada também para a população preta e parda (RODRIGUES; SANTANA, 2019).

Em relação à situação no mercado de trabalho, a maior ocorrência de casos notificados foi entre trabalhadores informais (38,1%), seguido dos trabalhadores formais (29,7%), resultado pode ser consequência do aumento na população informal devido ao desemprego e a crise econômica que se instalou no país, notadamente a partir de 2016. Sabe-se que os trabalhadores informais representam uma importante proporção da População Economicamente Ativa (PEA) no Brasil, notadamente no norte e nordeste, estando submetido a condições precárias de trabalho e sem acesso aos benefícios previdenciários. Tabela 1

Tabela 1. Proporção de casos de Acidente de Trabalho notificados no Sinan, segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404).

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS	N	%
Sexo		
Ignorado	2	0,0
Masculino	27.273	86,8
Feminino	4.129	13,1
Faixa Etária	N	%
< 1 ano	368	1,2
1 a 4 anos	2	0,0
5 a 9 anos	12	0,0
10 a 14 anos	78	0,2
15 a 17 anos	523	1,7
18 a 19 anos	911	2,9
20 a 29 anos	7.758	24,7
30 a 39 anos	9.233	29,4
40 a 49 anos	6.805	21,7
50 a 59 anos	4.124	13,1
60 a 69 anos	1.346	4,3
70 a 79 anos	216	0,7
80 anos e mais	28	0,1
Raça/cor	N	%
Ign/Branco	10.563	33,6
Branca	2.713	8,6
Preta	3.672	11,7
Amarela	203	0,6
Parda	14.186	45,2
Indígena	67	0,2
Escolaridade	N	%
Ign/Branco	16.077	51,2
Analfabeto	569	1,8
1ª a 4ª série incompleta do EF	2.386	7,6
4ª série completa do EF	1.208	3,8
5ª a 8ª série incompleta do EF	2.799	8,9
Ensino fundamental completo	1.290	4,1
Ensino médio incompleto	1.805	5,7
Ensino médio completo	3.921	12,5
Educação superior incompleta	308	1,0
Educação superior completa	653	2,1
Não se aplica	388	1,2
Sit. Merc. Trab.	N	%
Ign/Branco	9290	29,6
Empregado registrado	8180	26,0
Empregado não registrado	3225	10,3
Autônomo	6717	21,4
Serv. Púb. Estatutário	877	2,8
Serv. Púb. Celetista	297	0,9
Aposentado	118	0,4
Desempregado	101	0,3
Trab. temporário	637	2,0
Cooperativado	699	2,2
Trab. avulso	694	2,2
Empregador	93	0,3
Outros	476	1,5

Fonte: Divast/Sesab/Sinan

Em relação à circunstância do Acidente de Trabalho, observa-se que o agrupamento de “outras causas externas de lesões acidentais” da CID 10 é a ocorrência de maior frequência (53,23%), seguida de “fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e mortalidade classificados em outra parte” (22,5%) e dos “acidentes de transporte” (16,35%). Sobre os acidentes de trânsito relacionados ao trabalho, Lacerda e colaboradores (2014) alertam quanto às situações a que estão expostos os trabalhadores devido à precariedade dos meios de transporte ou mesmo a falta de segurança no espaço público.

O expressivo número de registros para o agrupamento “fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e mortalidade classificados em outra parte” da CID-10 indica baixa qualidade do preenchimento do campo “circunstância do acidente” na Ficha do Sinan, com a reprodução do CID que nomeia a ficha neste campo, resultado com tendência crescente no período analisado, o que leva ao subregistro das circunstâncias relacionadas aos AT e indica a necessidade da implementação das ações de Educação Permanente. A maioria dos acidentes foi classificada como típicos (72,61%), ou seja, ocorreram nas instalações do contratante, levando à incapacidade parcial e total para 53,95% dos trabalhadores, sendo que para 3,44% houve desfecho óbito.

Os acidentes típicos, ou seja, relacionados às atividades desempenhadas pelos trabalhadores, sobrepõem-se numericamente à ocorrência dos acidentes de trajeto. Esse resultado em relação à natureza do acidente pode estar associado ao desconhecimento das equipes quanto ao entendimento e notificação do acidente de trajeto como um acidente de trabalho, assim como a pressão dos órgãos de controle, como Ministério Público do Trabalho, para investigação e notificação dos acidentes típicos, o que pode motivar as equipes na seleção dos casos a serem notificados. Tabela 2

Tabela 2. Número e proporção de casos de Acidente de Trabalho notificados no Sinan, segundo ano de notificação e variáveis circunstância do acidente, tipo de acidente e evolução do caso. Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404).

VARIÁVEIS	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Circunstância do Acidente																						
Ign/Branco	6	0,02	22	0,07	13	0,04	16	0,05	23	0,07	12	0,04	35	0,11	32	0,10	24	0,08	256	0,82	427	1,40
Acidentes de Transporte	218	0,69	390	1,24	576	1,83	646	2,06	584	1,86	609	1,94	600	1,91	505	1,61	621	1,98	386	1,23	4526	16,35
Outras Causas Externas de Lesões																						
Acidentais	462	1,47	482	1,53	1120	3,57	1131	3,60	1569	5,00	1556	4,95	2065	6,58	2749	8,75	3031	9,65	2552	8,13	15161	53,23
Lesões autoprovocadas voluntariamente	4	0,01	2	0,01	1	0,00	11	0,04	12	0,04	14	0,04	38	0,12	33	0,11	24	0,08	3	0,01	128	0,45
Agressões	19	0,06	48	0,15	42	0,13	114	0,36	115	0,37	99	0,32	85	0,27	88	0,28	51	0,16	72	0,23	634	2,33
Eventos cuja inten.é indet.	33	0,11	39	0,12	59	0,19	57	0,18	67	0,21	79	0,25	95	0,30	131	0,42	161	0,51	230	0,73	872	3,03
Intervenções legais	0	0,00	0	0,00	2	0,01	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,01
Complicações de assist.med/cirur.	15	0,05	17	0,05	13	0,04	17	0,05	12	0,04	6	0,02	17	0,05	13	0,04	12	0,04	31	0,10	147	0,49
Seque Causas Externas morb/mort	8	0,03	4	0,01	5	0,02	4	0,01	1	0,00	6	0,02	9	0,03	15	0,05	12	0,04	3	0,01	61	0,21
Fatores suple. rel causas morb e mort class outra parte	611	1,95	667	2,12	418	1,33	545	1,74	612	1,95	606	1,93	863	2,75	842	2,68	890	2,83	1011	3,22	6459	22,50
Tipos de Acidente																						
Ign/Branco	116	0,37	248	0,79	192	0,61	321	1,02	457	1,46	386	1,23	439	1,40	605	1,93	500	1,59	808	2,57	4072	12,97
Típico	994	3,17	1021	3,25	1637	5,21	1765	5,62	2024	6,45	2053	6,54	2809	8,94	3350	10,67	3788	12,06	3360	10,70	22801	72,61
Trajetos	266	0,85	402	1,28	420	1,34	455	1,45	514	1,64	548	1,75	559	1,78	453	1,44	537	1,71	377	1,20	4531	14,43
Evolução do Caso																						
Ign/Branco	202	0,64	474	1,51	592	1,89	464	1,48	904	2,88	1013	3,23	511	1,63	650	2,07	887	2,82	825	2,63	6522	20,77
Cura	368	1,17	343	1,09	366	1,17	613	1,95	676	2,15	413	1,32	653	2,08	734	2,34	820	2,61	1305	4,16	6291	20,03
Incapacidade Temporária	643	2,05	634	2,02	942	3,00	966	3,08	913	2,91	821	2,61	1124	3,58	1035	3,30	1205	3,84	992	3,16	9275	29,53
Incapacidade parcial permanente	84	0,27	90	0,29	219	0,70	329	1,05	367	1,17	565	1,80	1357	4,32	1779	5,66	1670	5,32	1208	3,85	7668	24,42
Incapacidade total permanente	10	0,03	19	0,06	25	0,08	30	0,10	16	0,05	17	0,05	24	0,08	33	0,11	25	0,08	14	0,04	213	0,68
Óbito pelo acidente	52	0,17	88	0,28	83	0,26	111	0,35	95	0,30	117	0,37	91	0,29	116	0,37	136	0,43	135	0,43	1024	3,26
Óbito por outras causas	0	0,00	2	0,01	7	0,02	3	0,01	5	0,02	24	0,08	1	0,00	4	0,01	3	0,01	7	0,02	56	0,18
Outra	17	0,05	21	0,07	15	0,05	25	0,08	19	0,06	17	0,05	46	0,15	57	0,18	79	0,25	59	0,19	355	1,13

Fonte: Divast/Sesab/Sinan

Analisando as circunstâncias mais frequentes segundo categorias da CID-10, verifica-se que as maiores ocorrências são para o contato de trabalhadores com máquinas (9,3%), metais quentes (8,6%) e à exposição a forças mecânicas inanimadas (5%). Das circunstâncias relacionadas ao agrupamento dos acidentes de trânsito, as circunstâncias relacionadas ao uso de moto são as mais frequentes, com destaque os “motociclistas traumatizados em outros acidentes de transporte” (6,1%). Observa-se que, para 20,5% dos casos notificados, houve o registro do Y96 que é o CID que nomeia a ficha de Acidente de Trabalho e não detalha as circunstâncias dos acidentes. Para os óbitos, circunstâncias relacionadas aos acidentes de

trânsito (17,4%), seguidas de exposição à corrente elétrica (6,2%) são as principais causas dos acidentes fatais nesse período. Tabela 3

Tabela 3. Proporção de casos e óbitos de Acidente de Trabalho notificados no Sinan, segundo principais circunstâncias do acidente (CID). Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404; n=1.080).

CID DA CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE PARA CASOS	N	%
Y96 acidente de trabalho grave	6351	20,6
W31 contato com outras maquinas e com as não especificadas	2894	9,3
X18 contato com outros metais quentes	2681	8,6
W49 exposição a outras forças mecânicas inanimadas e as não espe	1563	5,0
V29 motociclista traumatizado em outros acidentes de transporte	1051	3,4
W10 queda em ou de escadas ou degraus	825	2,7
W20 impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda	706	2,3
W12 queda em ou de um andaime	679	2,2
W27 contato com ferramentas manuais sem motor	673	2,2
Y98 circunstâncias relativas a condições do modo de vida	558	1,8
CID DA CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE PARA ÓBITOS	N	%
Y96 acidente de trabalho grave	151	14,0
W87 exposição a corrente elétrica não especificada	67	6,2
V49 ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em outro acide	59	5,5
V87 acidente de trânsito de tipo especificado, mas sendo desco.	42	3,9
V89 acidente com um veículo a motor ou não-motorizado, tipo(s) d	35	3,2
W20 impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda	33	3,1
V29 motociclista traumatizado em outros acidentes de transporte	29	2,7
W13 queda de ou para fora de edifícios ou outras estruturas	29	2,7
X95 agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arm	29	2,7
V44 ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em colisão com	24	2,2

Fonte: Divast/Sesab/Sinan

Quanto à ocupação (nível seis de desagregação), trabalhadores do setor secundário da “produção de bens e serviços I e II” (46,5%) são os que mais se acidentam, seguido dos “trabalhadores agropecuários, florestais e da caça” (16,79%) e “trabalhadores de serviços administrativos” (2,53%), mesmo padrão observado para os acidentes fatais, com maior proporção de óbitos para os dois primeiros agrupamentos (46,11% e 17,31%), comparativamente ao número de casos notificados no período. Ainda para esta variável, observa-se que 7,32% dos casos apresentam incompletude. Analisando as ocupações no seu maior nível de desagregação (nível seis), verifica-se que trabalhadores da construção

civil, do setor agropecuário e prestadores de serviço são as maiores frequências de acidentes, sendo as ocupações de maiores frequências de óbitos os motoristas, com destaque para motoristas de caminhão (rotas reg/int) (9,81%), trabalhadores agropecuários em geral (9,72%) e pedreiros (8,7%) Tabela 4.

Tabela 4. Número e proporção de casos e óbitos por Acidente de Trabalho, segundo ocupação nível 1 e principais ocupações nível 6. Bahia, 2011 a 2020 (n=31.404/1.080).

OCUPAÇÃO	Casos		Óbitos	
	N	%	N	%
Ocupação nível 1				
0-Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares	93	0,30	13	1,20
1-Membros superiores do poder público, dirigentes	272	0,87	32	2,96
2-Profissionais das ciências e das artes	787	2,51	34	3,15
3-Técnicos de nível médio	1530	4,87	48	4,44
4-Trabalhadores de serviços administrativos	796	2,53	21	1,94
5-Trabs. dos serviços, vendedores do comércio	4059	12,93	133	12,31
6-Trabs. agropecuários, florestais, da caça	5272	16,79	187	17,31
7-Trabalhadores produção de bens e serviços(I)	12753	40,61	498	46,11
8-Trabalhadores produção de bens e serviços(II)	1866	5,94	30	2,78
9-Trabalhadores de manutenção e reparação	1050	3,34	41	3,80
Ocupações Especiais (estudante)	300	0,96	11	1,02
Ocupações Especiais (dona de casa)	98	0,31	4	0,37
Ocupações Especiais (aposentado/pensionista)	72	0,23	3	0,28
Desempregado crônico	158	0,50	6	0,56
Não informada, não se aplica	2298	7,32	19	1,76
Ocupação nível 6				
	N	%		
Pedreiro	3165	10,08	Motorista de caminhão (rotas reg/int)	106 9,81
Trabalhador agropecuário em geral	2627	8,37	Trabalhador agropecuário em geral	105 9,72
Soldador	2438	7,76	Pedreiro	94 8,7
Ignorada	1926	6,13	Servente de obras	30 2,78
Trabalhador volante da agricultura	1072	3,41	Eletricista de instalações	30 2,78
Mestre (construção civil)	811	2,58	Trabalhador volante da agricultura	28 2,59
Operador de maquinas fixas, em geral	711	2,26	Motociclista transporte doc e pequenos vol	28 2,59
Marceneiro	586	1,87	Motorista de carro de passeio	24 2,22
Técnico de enfermagem	579	1,84	Motorista de taxi	20 1,85
Servente de obras	557	1,77	Comerciante varejista	18 1,67
Motociclista no transporte de documentos e pequenos volumes	546	1,74	Vendedor ambulante	17 1,57
Mecânico manut autom/motoc e veic simil	485	1,54	Mecânico manut autom/motoc veic simil	15 1,39
Motorista de caminhão (rotas regionais e internacionais)	479	1,53	Motorista de furgão ou veículo similar	15 1,39
Carpinteiro	471	1,5	Tratorista agrícola	13 1,2
Cozinheiro geral	413	1,32	Ajudante de motorista	12 1,11

Fonte: Divast/Sesab/Sinan

Fonte: Divast/Sesab/Sinan

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

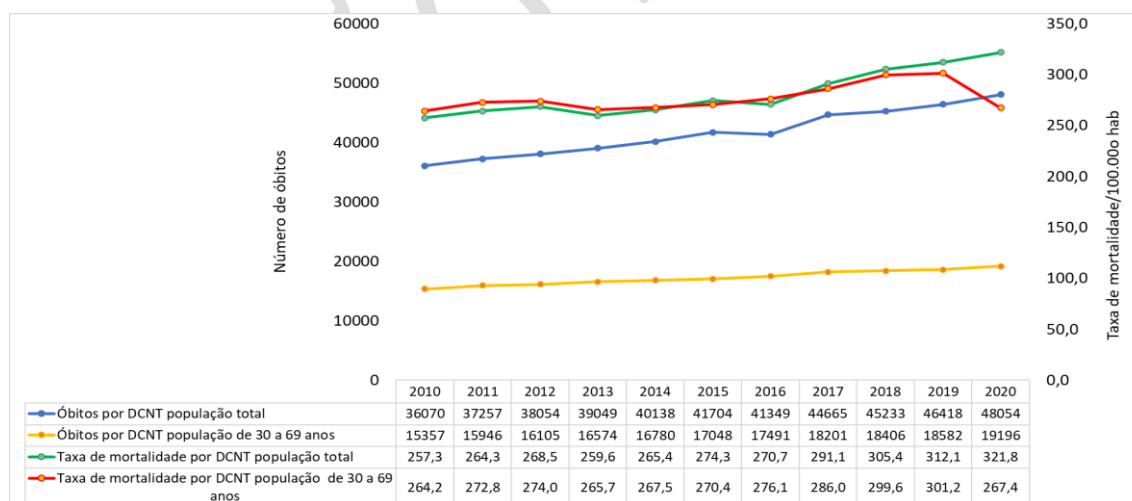
PLANO ESTADUAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS. BAHIA, 2022-2030

2.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

As DCNT constituem o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde (Brasil, 2021). Nas últimas décadas, o cenário epidemiológico brasileiro vem se tornando complexo em decorrência da transição demográfica, da forma polarizada da transição epidemiológica e da transição nutricional, levando ao aumento expressivo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

As DCNT são responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura (OMS, 2011). No Brasil em 2019, foram registrados 738.371 óbitos por DCNT; destes, 41,8% (n=308.511) ocorreram prematuramente, ou seja, entre 30 e 69 anos de idade, perfazendo uma taxa padronizada de mortalidade de 275,5 óbitos prematuros a cada 100 mil habitantes. Na Bahia, no mesmo ano o total de óbitos por DCNT foi de 46.418 destes 40,0% (18.582) na faixa etária dos 30 a 69 anos; e a taxa padronizada da mortalidade prematura neste ano alcançou 301,2/100.000 habitantes, sendo assim superior à registrada no país. Figura 35

Figura 35. Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) e taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Bahia 2010-2020.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

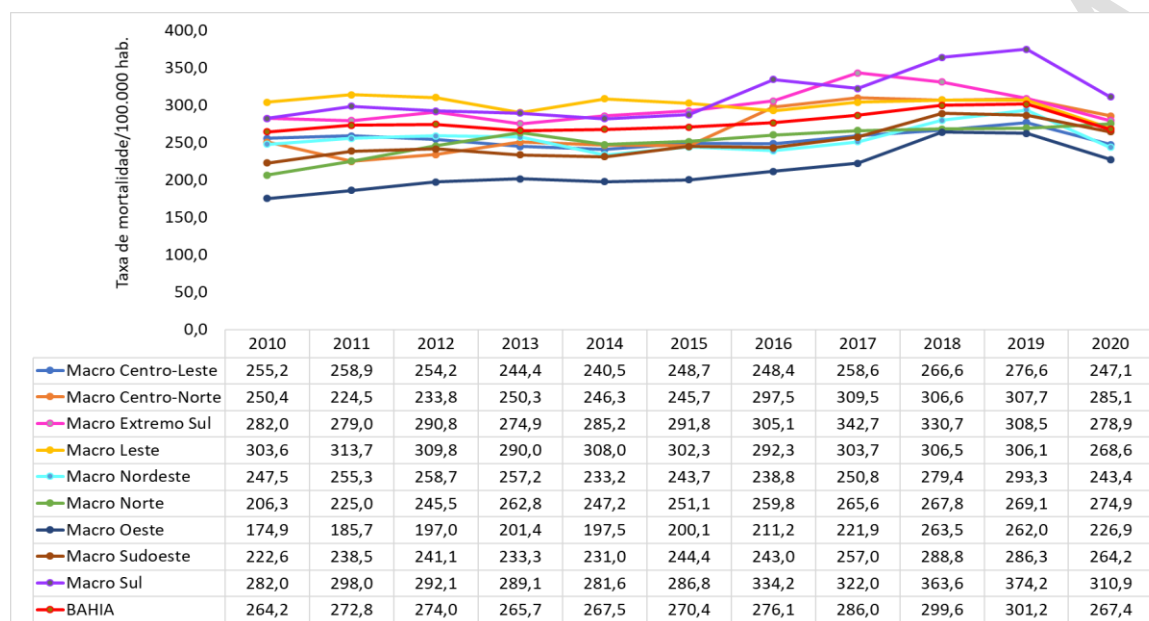
Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022

DCNT (Doenças do aparelho circulatório – I00 a I99, Doenças respiratórias crônicas – J30 a J98 (exceto J36), Diabetes Mellitus E10 a E14, Neoplasias malignas C00 a C97)

A desagregação da taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT padronizada segundo a macrorregião de residência demonstra que no período de 2010 a 2020, as macros

Leste, Extremo Sul e Sul apresentaram taxas superiores à do estado, comportamento também observado na macro Centro Norte a partir de 2015. As menores taxas foram registradas pela macro Oeste, contudo, esta apresentou tendência de aumento durante toda série histórica analisada, com maior incremento entre 2018 e 2019. De modo geral as taxas apresentaram tendência de redução em todas as macros entre 2019 e 2020. Figura 36

Figura 36. Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo macrorregião de residência. Bahia 2010-2020



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

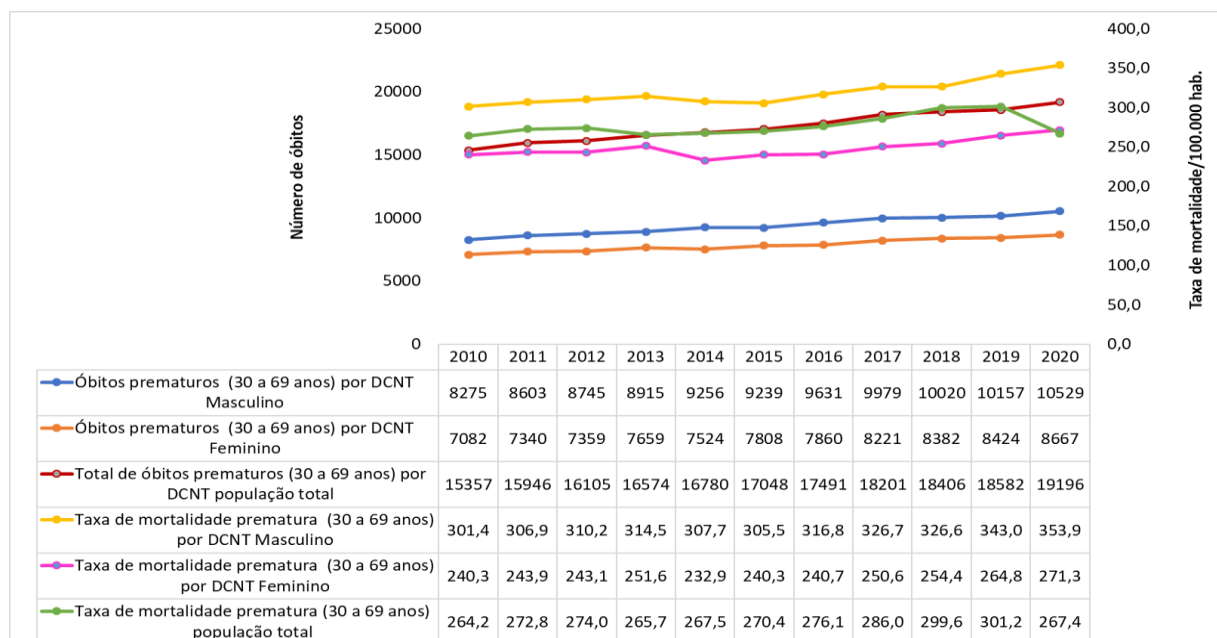
Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022

DCNT (Doenças do aparelho circulatório – I00 a I99, Doenças respiratórias crônicas – J30 a J98 (exceto J36), Diabetes Mellitus E10 a E14, Neoplasias malignas C00 a C97).

Considerando que o indicador de monitoramento das DCNT guarda uma relação com recorte populacional, onde para municípios com população maior ou igual a 100.000 habitantes é calculada a taxa de mortalidade e para os com população menor que 100.000 habitantes é considerado o número de óbitos pelas referidas doenças, é importante conhecer a evolução deste indicador em cada território, considerando as suas divisões e, as desagregações possíveis, de modo a conhecer o perfil epidemiológico que subsidiará a implementação das ações voltadas a promoção da saúde, a prevenção das DCNT e de suas complicações.

Observa-se que na série histórica 2010-2020 o número de óbitos prematuros e a taxa de mortalidade padronizada prematura para as DCNT foram superiores para indivíduos do sexo masculino quando comparada às pessoas do sexo feminino e a população total. Figura 37

Figura 37. Número de óbitos e taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo o sexo. Bahia 2010-2020



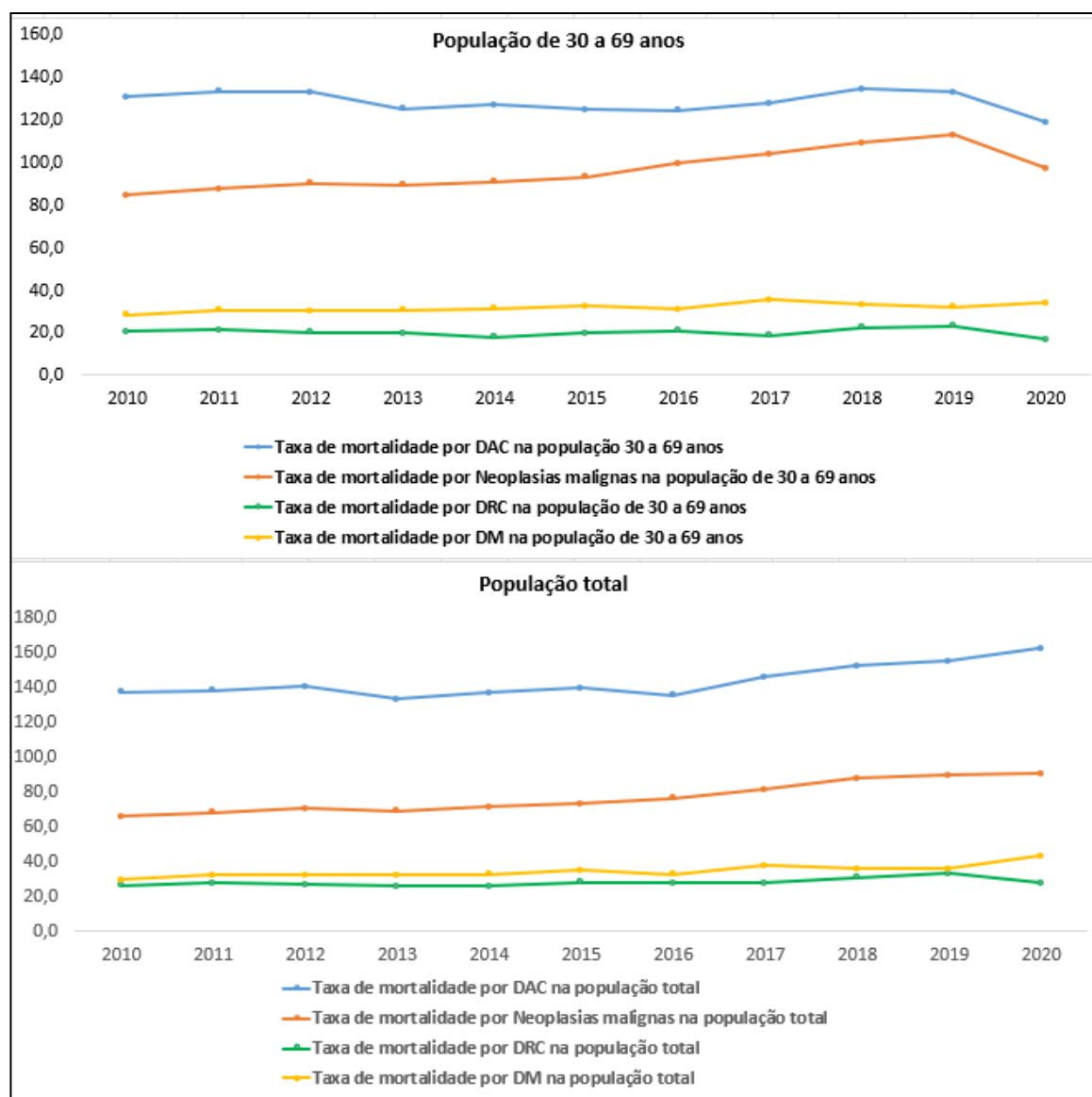
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022

DCNT (Doenças do aparelho circulatório – I00 a I99, Doenças respiratórias crônicas – J30 a J98 (exceto J36), Diabetes Mellitus E10 a E14, Neoplasias malignas C00 a C97)

Ao se analisar o comportamento da mortalidade pelas quatro principais DCNT no estado, de acordo com a população considerada prematura (30 a 69 anos) e com a população total, é possível observar que, em ambos os recortes populacionais as doenças do aparelho circulatório (DAC) e as neoplasias figuram com primeira e segunda causas respectivamente no período 2010-2020, nota-se ainda, a tendência de crescimento sustentado a partir de 2016 das doenças do aparelho circulatório. Segundo dados da OMS a mortalidade por neoplasias tem crescido mundialmente e em muitos países já ocupa o segundo lugar como causa de morte (OMS, 2011). As doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus apresentam comportamentos similares, pouca flutuação ao longo da série histórica, para ambos os grupos. Figura 38

Figura 38. Taxa de mortalidade padronizada pelos quatro principais grupos das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população de 30 a 69 anos e na população total. Bahia, 2010-2020.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022

DCNT (Doenças do aparelho circulatório – I00 a I99, Doenças respiratórias crônicas – J30 a J98 (exceto J36), Diabetes Mellitus E10 a E14, Neoplasias malignas C00 a C97)

Em relação à análise do perfil epidemiológico sobre as DCNT nos povos indígenas dos territórios de abrangência do DSEI-BA, foi realizado um levantamento de acordo com os capítulos da CID 10, sendo registrados 388 óbitos no período de 2017 – 2021 no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

As principais causas de morte nessa população foram as doenças do aparelho circulatório, representando 18,7% do total de óbitos, seguida das causas externas (11,55%), doenças do

aparelho respiratório (10,07%) e neoplasias (7,62%). Cabe destacar que 27,03% dos óbitos no período analisado estão classificados como causa mal definida. Em relação à proporção da ocorrência de óbitos por polo base observa-se que o polo que mais informou os óbitos foi Ilhéus com 18,43%, seguido por Paulo Afonso (17,20%), Porto Seguro (15,72%), Pau Brasil (13,76%) e Ribeira do Pombal (12,04).

Os indivíduos acometidos pela *diabetes mellitus*, uma das DCNT, podem apresentar ao longo do tempo algumas complicações, dentre as mais frequentes está a complicação nos membros inferiores (“pé diabético”), que em algumas situações ocasiona internação e óbito de usuários diabéticos. As internações para amputação do pé/tarso e membros inferiores vem crescendo nos últimos 10 anos, tendo alcançado, em 2021, 9% (SIHSUS/2021) das causas de internação decorrente de complicações de diabetes mellitus. Em resposta a esta situação, a SESAB, por meio das Diretorias de Atenção Básica (DAB) e Atenção Especializada (DAE) e em parceria com outras áreas da Secretaria, vem implementando o Projeto “Sala do pé diabético” que objetiva a formação de profissionais e a incorporação de tecnologias voltadas à prevenção e o controle de “feridas complexas”, consequentemente a redução das amputações por esta causa. O projeto inclui o curso na modalidade EAD: “Prevenção, Manejo, e Reabilitação das Lesões de Pé em Usuários Portadores de Diabetes” e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visam a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado sobre o paciente diabético com foco à inspeção e cuidado do pé.

Aos municípios que concluírem o curso e tiverem aderido à Resolução CIB nº140/2018, são distribuídos o kit composto por: mesa fixa, carro de curativo, esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, monofilamento. Atualmente 193 (46,3%) dos municípios aderiram ao projeto, dos quais 48,0% (93) com população maior que 20 mil habitantes e 52,0% (100) população inferior a 20 mil habitantes. As macrorregiões Sudoeste, Centro Leste e Sul apresentam os maiores números de municípios que aderiram. Quadro 12

Quadro 12. Municípios que aderiam a ação sala de pé diabético/distribuição do kit para prevenção e cuidados segundo a macrorregião. Bahia, 2022.

MACRO	TOTAL MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS COM ADESAO	CURSO CONCLUÍDO E RECEBIMENTO DO KIT EM 2019	CURSO CONCLUÍDO E APTOS PARA KIT EM 2021	NÃO CONCLUÍRAM
CENTRO NORTE	38	18	13	04	01
NORTE	28	15	Sem informação	12	03
OESTE	36	14	Sem informação	06	05
NORDESTE	33	18	16	02	00
EXTREMO SUL	21	04	Sem informação	04	Sem informação
CENTRO LESTE	72	47	Sem informação	36	11
SUL	68	24	01	19	04
SUDOESTE	74	24	01	17	06
LESTE	47	29	26	03	Sem informação
TOTAL	417	193	57	103	30

Fonte: SESAB/SAIS/DAB

A organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) é de fundamental importância para assegurar a atenção integral as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, neste sentido, a DAB, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), vem implementando a Planificação da Atenção Saúde, uma proposta de organização da atenção primária à saúde em rede com a atenção ambulatorial especializada, que fortalece o papel da atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS.

A linha de cuidado priorizada foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), com foco nos seguintes objetivos: reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes; reduzir a prevalência de fatores de risco para doenças do aparelho circulatório e diabetes; alcançar o controle metabólico dos hipertensos e diabéticos, reduzindo as complicações decorrentes do controle inadequado; melhorar a qualidade do

cuidado do usuário com hipertensão e diabetes. Atualmente a Planificação vem acontecendo nas regiões consorciadas de Simões Filho e Valença.

Para qualificar e ampliar o acesso ao cuidado das pessoas com diabetes, obesidade, disfunção tireoidiana e outras endocrinopatias, foi implantado em agosto de 2020 o serviço de teleconsultoria entre a atenção básica e o Centro de Endocrinologia do Estado da Bahia (CEDEBA) “Projeto TeleCEDEBA: O CEDEBA mais perto de você! ”. Através da teleconsultoria solicitada pelo profissional da atenção básica, os especialistas respondem regularmente às demandas e caso sejam confirmados critérios de matrícula, conforme os protocolos clínicos, os pacientes são contatados pela equipe do CEDEBA para agendamento da consulta inicial presencial ou por meio de teleatendimento. Quando não forem evidenciados critérios para o seguimento do paciente no Centro de Referência, os profissionais do CEDEBA podem sugerir condutas e/ou ajustes da terapia aos colegas da APS por meio da plataforma do telessaúde.

No contexto do Estado a desagregação dos óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelas quatro principais DCNT segundo as causas 3 dígitos/CID 10 e o sexo, evidencia-se que não existem diferenças entre o ranking das cinco principais causas de morte entre indivíduos do sexo masculino e feminino para as doenças do aparelho circulatório e o diabetes mellitus. Quanto as neoplasias a primeira e segunda causas no sexo masculino foram os cânceres de brônquios e pulmões e o de estômago respectivamente; para o feminino os cânceres de mama e o de colo de útero ocuparam as referidas posições. Já as doenças respiratórias crônicas a única alteração é na quinta posição do ranking, onde para o sexo masculino foi pneumonite devido a sólidos e líquidos e para o feminino foi asma. Quadro 13.

Quadro 13. Ranking dos óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelas causas 3 dígitos das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo o sexo. Bahia, 2010-2020.

Ranking	Neoplasias malignas	Doenças do aparelho circulatório	Doenças respiratórias crônicas	Diabetes mellitus
Masculino				
1ª	Neoplasia dos brônquios e pulmões	Infarto agudo do miocárdio	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	Diabetes mellitus NE
2ª	Neoplasia do estômago	Acidente vascular cerebral	Outros transtornos respiratórios	Diabetes mellitus não insulino-dependente
3ª	Neoplasia do esôfago	Hipertensão essencial	Insuficiência respiratória	Diabetes mellitus insulino dependente
4ª	Neoplasia da próstata	Insuficiência cardíaca	Edema pulmonar não especificado	Diabetes mellitus relacionada com desnutrição
5ª	Neoplasia de fígado e vias biliares	Hemorragia intracerebral	Pneumonite devido a sólidos e líquidos	Outros tipos espec. de diabetes mellitus
Feminino				
1ª	Neoplasia da mama	Infarto agudo do miocárdio	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	Diabetes mellitus NE
2ª	Neoplasia do colo do útero	Acidente vascular cerebral	Outros transtornos respiratórios	Diabetes mellitus não insulino-dependente
3ª	Neoplasia dos brônquios e pulmões	Hipertensão essencial	Insuficiência respiratória	Diabetes mellitus insulino dependente
4ª	Neoplasia do estômago	Insuficiência cardíaca	Edema pulmonar não especificado	Diabetes mellitus relacionada com desnutrição
5ª	Neoplasia do ovário	Hemorragia intracerebral	Asma	Outros tipos espec. de diabetes mellitus

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022

DCNT (Doenças do aparelho circulatório – I00 a I99, Doenças respiratórias crônicas – J30 a J98 (exceto J36), Diabetes Mellitus E10 a E14, Neoplasias malignas C00 a C97)

A análise da evolução do número de óbitos por neoplasias no período 2010-2020 demonstra que para as pessoas do sexo feminino as mortes por neoplasias de mama foram duas vezes maiores que a do colo do útero e para o masculino as neoplasias de brônquios e pulmões, que figuraram como primeiro lugar no ranking, apresentaram pouca variação em relação as do estômago. As neoplasias de mama tiveram um incremento de 51,0% passando de 484 em 2010 para 731 em 2020, para as neoplasias de brônquios e pulmões no sexo masculino o incremento foi de 31,0% passando de 266 em 2010 para 348 em 2020. Figura 39

Figura 39. Evolução do número de óbitos do ranking das cinco primeiras neoplasias de acordo com o sexo. Bahia, 2010-2020.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
 Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022

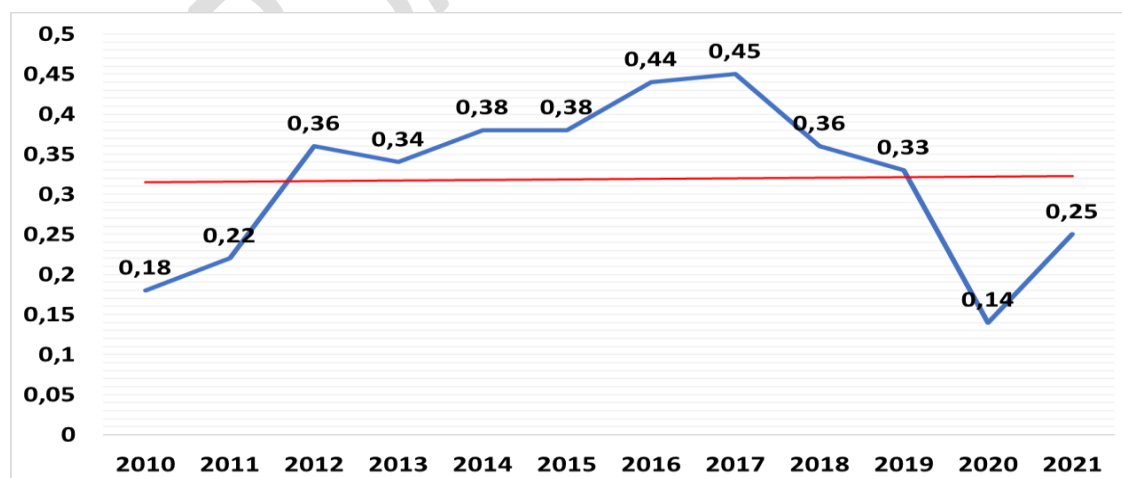
O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 – 2022, definia entre as metas aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. Com a publicação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (Plano DANT) 2021-2030, no qual consta balanço das metas do Plano 2011-2022, foi excluído o monitoramento da meta “Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer”, por não haver dados nacionais disponíveis. Em contrapartida foi definido o monitoramento do aumento da cobertura de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos últimos dois anos para 70% e a meta de reduzir em 10% a mortalidade prematura por câncer de mama.

A razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos é o indicador nº 12 do pacto interfederativo, na Bahia em 2020 a razão foi de 0,14, em cuja análise deve-se considerar o início da pandemia do coronavírus e os impactos negativos na realização de procedimentos eletivos. Em março de 2020, o INCA publicou a Nota Técnica DIDEPRE/CONPREV/INCA, em que era orientado não realizar ações de rastreamento naquele momento, devendo adiar a realização de mamografias de rastreamento, com retorno quando houvesse diminuição das restrições devido a pandemia. Em nova nota técnica emitida em julho o INCA orientou análise criteriosa e individualizada para reinício do rastreamento, além de recomendações para segurança de pacientes e profissionais, no caso de retorno das atividades. Dessa forma, as ações de retorno ao rastreamento obedeceram a realidades individualizadas e por vezes sem linearidade, considerando as variações epidemiológicas locoregionais.

Ao analisar a série histórica do Indicador 12 do SISPACTO - Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina na mesma faixa etária, na Bahia (Figura 40), verifica-se uma ascendência até o ano de 2017, apresentando queda no Indicador a partir de 2018. Entretanto, considerando o início da pandemia do Coronavírus em 2020, os impactos negativos na realização de procedimentos eletivos, a queda desse indicador seria uma consequência esperada.

Já em 2021, a razão do indicador 12 do Estado foi de 0,25, podendo denotar retomada gradual das ações de rastreamento por mamografia para a faixa etária definida.

Figura 40. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 segundo o ano. Bahia, 2019-2021*



Fonte: MS/DATASUS-SIASUS; Sesab/Suvisa/Divep/COASS em 17.03.2022

Ao avaliar comparativamente as razões do indicador 12 por macrorregião de saúde entre 2019, 2020 e 2021 verificamos que houve uma diminuição em 2020, se comparado a 2019, com exceção da macrorregião Nordeste, que apresentou um aumento atípico para o ano de pandemia (passou de 0,16 em 2019 para 0,39 em 2020); as razões em 2021 aumentaram, se comparadas àquelas de 2020, com exceção da macrorregião Nordeste (passou de 0,39 em 2020 para 0,07 em 2021). Considerando que 2020 foi um ano atípico, por conta da pandemia do Coronavírus, na presente análise também se comparou às razões de 2021 com as de 2019, sendo observado que as razões apresentadas em 2019 foram superiores às de 2021 nas Macro Extremo Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul, enquanto nas Macro Centro Leste e Centro Norte a situação é inversa. Quadro 14

Quadro 14. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 segundo macrorregião de residência. Bahia, 2019-2021*

Macrorregião de Saúde	2019	2020	2021
Centro Leste	0,28	0,22	0,47
Centro Norte	0,28	0,22	0,47
Extremo Sul	0,83	0,08	0,10
Leste	0,35	0,15	0,21
Nordeste	0,16	0,39	0,07
Norte	0,45	0,11	0,20
Oeste	0,66	0,07	0,09
Sudoeste	0,20	0,09	0,14
Sul	0,22	0,09	0,16

Fonte: DAE/CRAE/SESAB

Considerando a necessidade promover ações de orientação, detecção e encaminhamento para tratamento precoce do Câncer de Mama, o Estado da Bahia implantou o Programa Estadual de Rastreamento do Câncer de Mama – Estratégia Itinerante, complementar à Rede de Atenção à Saúde, atuando em ciclos de atenção nas Regiões de Saúde do Estado, priorizando mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos.

A programação das ações da Estratégia Itinerante é feita a partir dos dados acompanhados pelo Indicador 12 da pactuação interfederativa (Razão de Mamografia na faixa etária de 50 a 69 anos de idade), juntamente com o monitoramento dos resultados apresentados no último período em que a região recebeu a Estratégia, sendo priorizados os ciclos de atenção.

O programa tem se mostrado relevante na oferta de rastreamento do câncer de mama no Estado, entretanto se faz necessário o entendimento dos gestores locais, de que o Programa é ação complementar, não excluindo a necessidade em se manter a oferta dos exames de rastreamento, assim como dos exames de diagnóstico do câncer de mama, de forma regular e continua observando protocolos, periodicidade e acompanhamento da mulher durante todo o ano.

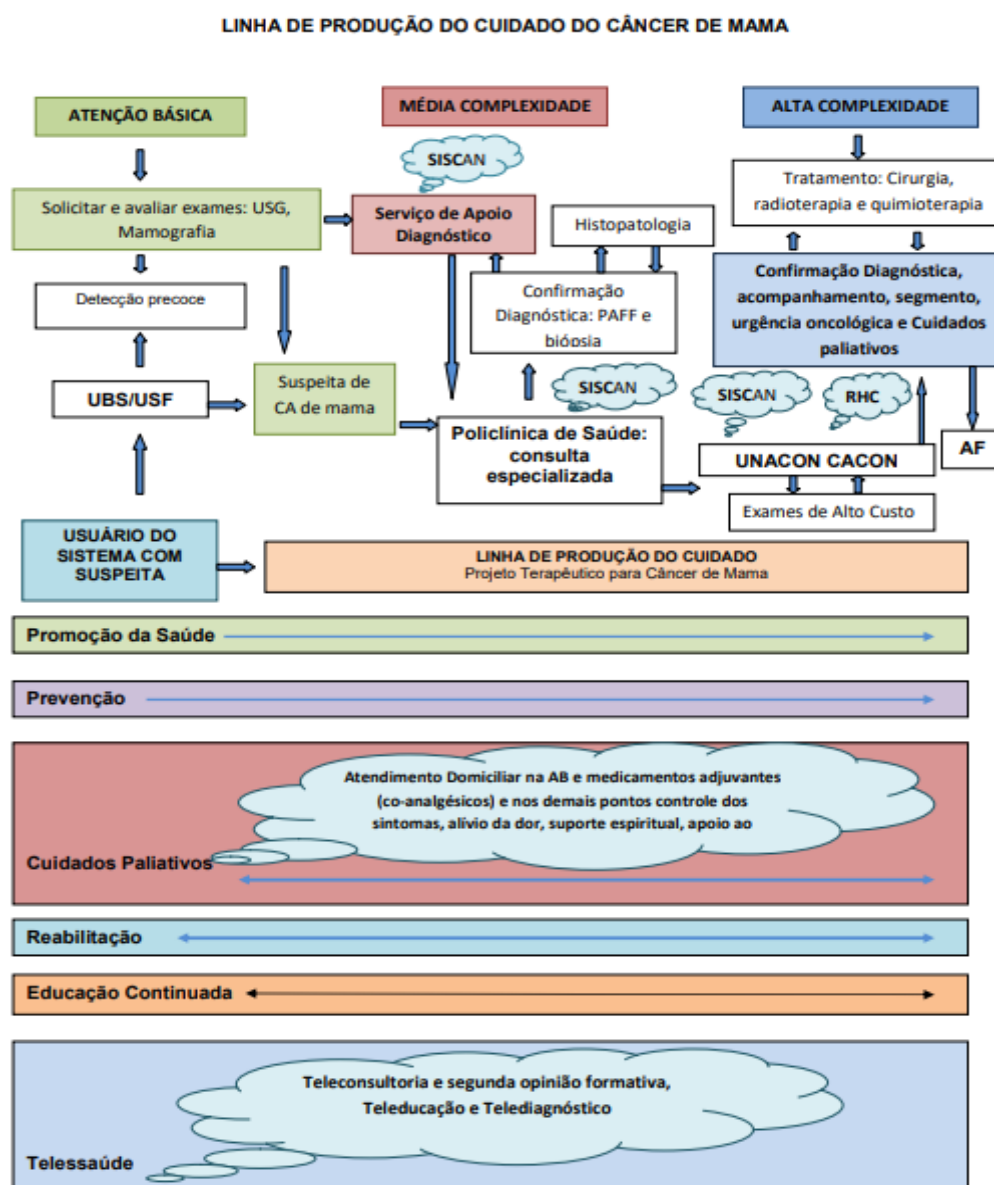
Na análise de dados referente ao Estado da Bahia, salienta-se a relevância que o Programa Estadual de Rastreamento do Câncer de Mama – Estratégia Itinerante, nas ações voltadas à saúde da mulher, sendo importante ressaltar que a programação da Estratégia é feita a partir dos dados apresentados neste relatório, com priorização dos ciclos de atenção. Entretanto, faz-se necessário o entendimento dos gestores locais, de que o Programa é uma estratégia complementar, não excluindo a necessidade em se manter a oferta dos exames de rastreamento, assim como dos exames de diagnóstico do câncer de mama, de forma regular e continua observando-se os protocolos, periodicidade e acompanhamento da mulher durante todo o ano.

A prevenção, a assistência e o monitoramento das neoplasias, assim como as DANT, requer que a assistência e a vigilância em saúde planejem e definam estratégias para o enfrentamento, de forma articulada e integrada. Nesta lógica teríamos:

- Atenção Primária e Atenção Especializada: desenvolvendo ações conjuntas em ensino, pesquisa e incorporação de tecnologias, tendo a referência da alta complexidade o matriciador da atenção básica;
- Vigilância em Saúde: Epidemiologia, Sistemas de Informação e Vigilância Sanitária;
- Gestão de Rede: monitoramento e avaliação;
- Instâncias colegiadas: COSEMS, CIB e CIRs, Conselhos de Saúde;
- Comunicação: Ouvidoria SUS, Assessoria de Comunicação do Estado e dos municípios;
- Judicialização da assistência em oncologia: atuação da gestão quanto à articulação com a justiça referente a informações em saúde.

As linhas de produção de cuidado são ferramentas fundamentais na definição de fluxos e acompanhamento do itinerário terapêutico dos indivíduos que necessitam acessar o sistema de saúde. Consoante a Figura 41, observa-se os procedimentos e encaminhamentos por nível de complexidade da assistência às pessoas com câncer de mama. As estratégias de detecção precoce do câncer visam o diagnóstico em fase inicial, resultando em melhor prognóstico e menor morbidade, e no caso do câncer de mama, a detecção precoce consiste em ações de

diagnóstico precoce e rastreamento. A publicação revisada das Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, de 2015, estabelece a mamografia como método para rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher, para a faixa etária entre 50 a 69 anos, a cada dois anos.

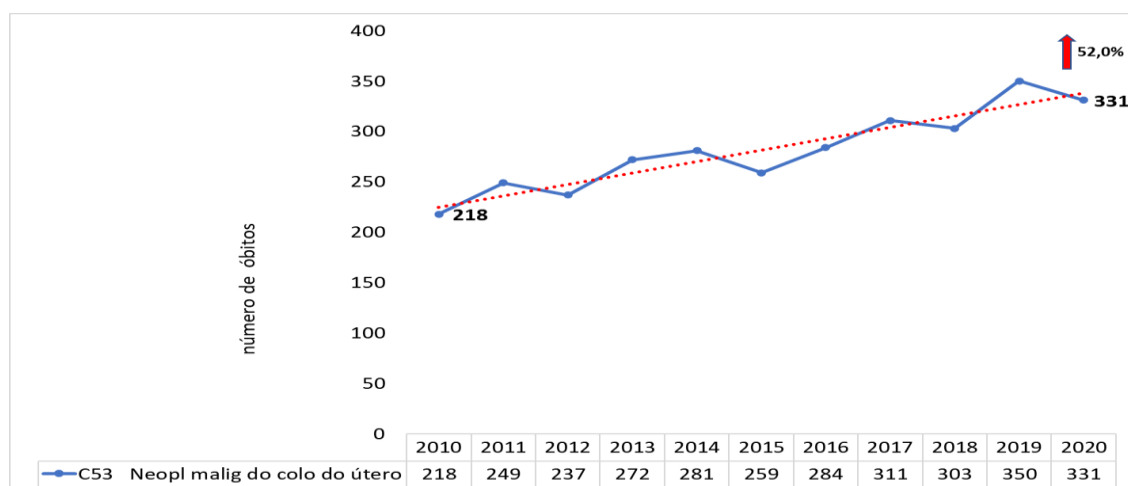


Para as mulheres indígenas a mamografia é realizada em articulação com os municípios. O sistema de informação da atenção à saúde indígena, que agrupa os dados epidemiológicos do DSEI-Ba, não possui o módulo específico de acompanhamento desse dado.

precoce do câncer de mama; qualificar os recursos humanos; elaborar e implementar instrumentos de garantia da qualidade da imagem, do laudo/diagnóstico e da dose de radiação empregada (controle de risco); elaborar critérios para o credenciamento e monitoramento contínuo dos serviços de mamografia públicos ou privados, vinculados ou não ao SUS (Portaria GM/MS 2898/2013); e, elaborar e implementar um sistema automatizado de coleta, processamento e gerenciamento de informações. Contudo, a Bahia não implantou o programa e não realiza o monitoramento de qualidade do filme, bem como o Ministério da Saúde não fornece informações referente ao programa, já que o envio dos filmes mamográficos é feito diretamente das poucas unidades cadastradas, para o INCA. Nessa perspectiva, a gestão estadual não possui dados referentes ao programa quanto à qualidade do filme. Entretanto o controle da qualidade dos equipamentos de mamografia vem sendo realizado pela DIVISA.

Importante ressaltar que a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno são fundamentais para a mudança do cenário da morbimortalidade pelas neoplasias. Na Bahia, quanto à neoplasia maligna do colo do útero, observa-se a tendência de crescimento do número de óbitos na série histórica analisada (2010-2020), permanecendo como a segunda causa de óbito por neoplasias malignas, entre as mulheres, no estado em todo o período, com incremento de 52,0% passando de 218 em 2010 para 331 em 2020. Figura 42

Figura 42. Número de óbitos por neoplasia maligna de colo de útero. Bahia, 2010-2020.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
Dados acessados em 20/06/2022, última atualização em 15/06/2022

O câncer do colo do útero é uma neoplasia com alto potencial de prevenção, seja por meio da vacinação contra o HPV quanto através do rastreamento, cujo êxito está relacionado a fatores como a cobertura adequada da população alvo, seguimento dos casos alterados, qualidade dos exames citopatológicos, da confirmação diagnóstica e do tratamento.

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolau), que deve ser oferecido às mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual (BRASIL, 2016). Isso pode incluir homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer (CONNOLLY, HUGHES, BERNER; 2020; WHO, 2021).

A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (BRASIL, 2016). A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos (WHO, 2007).

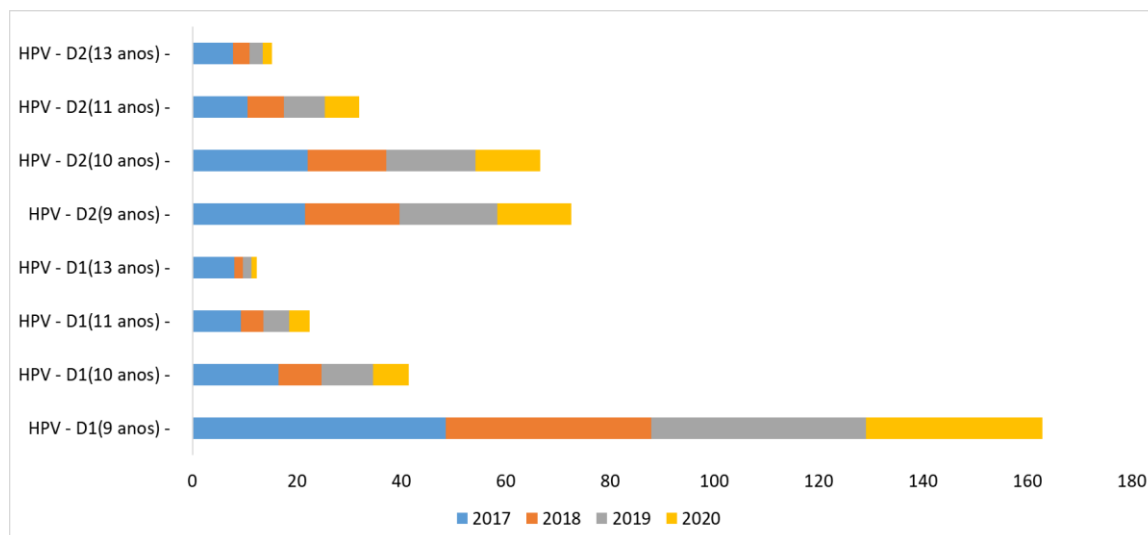
Portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas são exceção a essa regra, devendo realizar o exame anualmente, após dois exames normais consecutivos, realizados com intervalo semestral.

A coleta de material para exame citopatológico do colo do útero é um procedimento realizado na Atenção Básica, não invasiva, que apesar de simples, torna-se complexo por seu detalhamento, devendo serem seguidas as recomendações do Caderno de Atenção Básica nº 13 - Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, a fim de que a qualidade do exame e seu resultado não fiquem comprometidos. É necessário acompanhar o percentual de lâminas classificadas como coleta insatisfatória em relação ao total de coletas realizadas, a fim de planejar ações de educação permanente para melhoria da coleta do exame nas Unidades Básicas de Saúde. Na Bahia, assim como no restante do país, o rastreamento do câncer do colo do útero é predominantemente oportunístico, ou seja, as mulheres realizam o exame citopatológico quando procuram os serviços de saúde por outros motivos, gerando multiplicidade de exames numa mesma mulher e negligenciando outras, quando o ideal é realizar o rastreamento de forma organizada, onde as ações devem ser feitas considerando a periodicidade adequada. Para organização destas ações, a equipe da Atenção Básica deve realizar cadastro sistemático dos usuários da sua área adstrita, a partir do qual poderá identificar as mulheres da faixa etária para rastreamento; cruzar os dados entre as mulheres que devem realizar o exame e as que realizaram, a fim de definir a cobertura, priorizando as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que nunca realizaram o exame.

Uma estratégia importante para prevenção das neoplasias de colo uterino é a vacina contra o papilomavirus humano (recombinante) – HPV quadrivalente – que foi inserida no Calendário Nacional de Vacinação para reforçar as ações de prevenção voltadas a este tipo de câncer. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma abordagem integral para prevenção e controle das neoplasias malignas de colo do útero, apresentando a vacinação como um dos avanços tecnológicos para o enfrentamento dessa doença na população mundial (Brasil, 2021).

No Brasil a vacina está disponível para meninas de 9 a 14 anos; meninos de 11 a 14 anos; e, homens e mulheres imunossuprimidos, de 9 a 45 anos, que vivem com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos. Na Bahia no período de 2018 a 2020, as coberturas vacinais em meninas nas faixas etárias dos 09 aos 13 anos não atingiu a meta preconizada pelo MS que é de 80% desta população; destaque-se também que a adesão foi maior tanto para primeira quanto segunda dose das meninas de 9 e 10 anos. Figura 43

Figura 43. Cobertura vacinal da HPV de meninas segundo idade (09 aos 13 anos) e dose (1ª/D1 e 2ª/D2). Bahia, 2018-2020.



FONTE: SIPNI/GT-Sistema de informação/DIVEP/CIVEDI
Dados acessados em 02/05/2022.

O Plano Nacional de DANT contempla como meta a “Aumentar a cobertura de Papanicolau em mulheres de 25-64 de idade nos últimos três anos para 85%” e reduzir em 20% a mortalidade prematura (30 a 69 aos) por câncer de colo uterino. A razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos é o indicador nº 11 do pacto interfederativo para o monitoramento deste tipo de neoplasia. Na Bahia, a partir de 2013 observa-se importante queda na razão de exames citopatológicos do colo do útero e, desde então vem mantendo razões anuais variando entre (0,32) e (0,36) até o 2019. Em 2020 houve uma queda abrupta do indicador (0,16), devendo-se considerar na análise o impacto negativo da pandemia do novo Coronavírus no que tange aos procedimentos eletivos, incluindo ações de rastreamento. Em 2021, registrou-se o aumento do indicador para 0,27; contudo, não pode ser desconsiderada a vigência da pandemia, ainda que com índices de mortalidade em decréscimo em relação a 2020, o que ainda pode estar provocando receio na população em procurar os serviços para realização de rastreamento.

Ao avaliar o indicador 11 em 2021 por macrorregião de saúde, observa-se que quatro possuem razão abaixo da média estadual: Centro Leste (0,25), Extremo Sul (0,26), Leste (0,20) e Sul (0,25); e as outras cinco: Centro Norte (0,46), Nordeste (0,31), Norte (0,30), Oeste (0,46) e Sudoeste (0,32) estão acima da média estadual. Ao compararmos as razões apresentadas nas macrorregiões de saúde do indicador 11, entre os anos de 2019, 2020 e 2021 observamos os impactos negativos da pandemia na realização de exames citopatológicos na faixa etária de

rastreamento, com queda entre 2019 (ano pré-pandemia) e 2020 (ano auge da pandemia) e o início da retomada do rastreamento em 2021, ainda que com razões abaixo daquelas apresentadas em 2019. Quadro 15

Quadro 15. Razão de exames citopatológicos do colo do útero de mulheres de 25 a 64 anos segundo macrorregião de residência. Bahia, 2019-2021*

Macrorregião de Saúde	2019	2020	2021
Centro Leste	0,34	0,16	0,25
Centro Norte	0,50	0,31	0,44
Extremo Sul	0,38	0,18	0,26
Leste	0,26	0,13	0,20
Nordeste	0,40	0,14	0,31
Norte	0,40	0,18	0,30
Oeste	0,56	0,20	0,46
Sudoeste	0,50	0,20	0,32
Sul	0,26	0,12	0,25

Fonte: MS/DATASUS-SIASUS; Sesab/Suvisa/Divep/COASS em 17.03.2022

Para as mulheres indígenas os exames citopatológicos do colo do útero são oferecidos as e coletados nas unidades indígenas de saúde, sendo analisado através de articulação com município de referência. A realização desses exames têm sido um desafio para as equipes multidisciplinares de saúde indígena devido a barreiras culturais estabelecidas e agravada durante a pandemia de coronavírus.

O quadro 16 apresenta a razão de exames citopatológicos/2017-2022*, em mulheres entre 25 e 64 anos, registrados no sistema de informação de atenção à saúde indígena (SIASI).

Quadro 16 - Razão de exames citopatológicos em mulheres indígenas de 25 a 64 anos. Bahia, 2017-2022*

Ano	Razão de exames citopatológicos
2017	0,09
2018	0,08
2019	0,08
2020	0,04
2021	0,03
2022	0,01

Fonte: SIASI. Dados acessados em julho de 2022

Referente às ações de rastreamento, tanto do câncer de mama, quanto do câncer do colo do útero, em março de 2020, o INCA publicou a Nota Técnica DIDEPRE/CONPREV/INCA, em que era orientado não realizar ações de rastreamento naquele momento, o adiamento da realização de mamografias de rastreamento, assim como remarcação as coletas de exame citopatológico, com retorno quando houvesse diminuição das restrições devido a pandemia.

Em nova nota técnica emitida em julho o INCA orientou análise criteriosa e individualizada para reinício do rastreamento, além de recomendações para segurança de pacientes e profissionais, no caso de retorno das atividades. Dessa forma as ações de retorno ao rastreamento obedeceram a realidades individualizadas e por vezes sem linearidade, considerando as variações epidemiológicas locoregionais.

Importante ressaltar a importância do papel da Atenção Primária à Saúde na ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita, realizando busca ativa dessas mulheres, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade, pois a dificuldade de acesso e acolhimento enfrentado pelas mulheres, seja pela rigidez na agenda das equipes, que nem sempre está aberta à disponibilidade da mulher, ou ainda por não acolher singularidades estão entre as razões que levam a uma baixa cobertura no rastreamento do câncer (BRASIL, 2016).

2.3.1 REGISTROS DE CÂNCERES

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) realiza o monitoramento dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), bem como a qualidade da informação produzida pelos mesmos, possibilitando o conhecimento da assistência prestada nas unidades de saúde com serviço de oncologia e, conseqüentemente, a produção de indicadores fundamentais para subsidiar as políticas públicas da atenção oncológica.

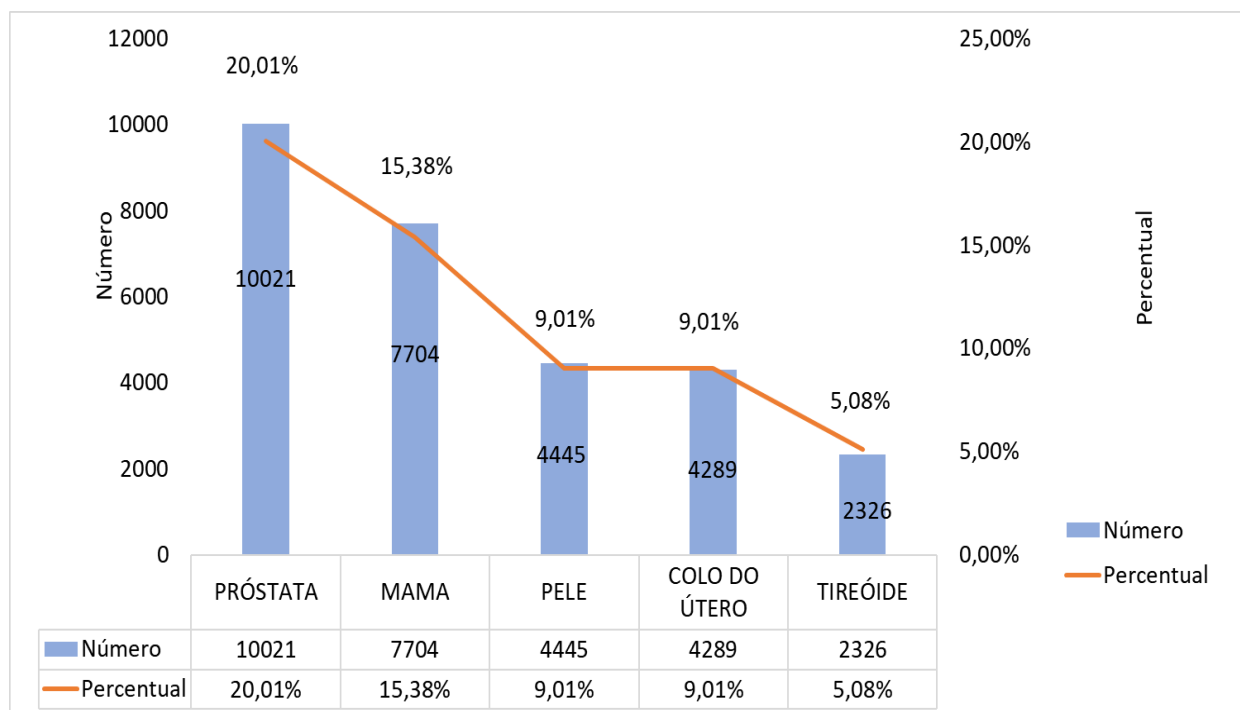
Com o objetivo de padronizar e facilitar o acesso às informações, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998, tornou obrigatória a implantação do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) em centros de atendimentos em oncologia.

O monitoramento é realizado através do banco de dados do Sistema Integrador do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e suas ferramentas operacionais, consolida e possibilita a tabulação das informações sobre os casos de neoplasias dos RHC no Brasil. Ressalta-se que, os dados coletados através do Integrador RHC não se constituem como base para cálculo de incidência, uma vez que, retratam o perfil de atendimentos de uma determinada instituição ou de um grupo destas.

A qualidade e a precisão das informações disponibilizadas podem estar comprometidas à medida que se observam variáveis com preenchimento inadequado ou mesmo sem informações na ficha de registro de tumor. Para tanto, se faz necessário, a qualificação dos registros para uma análise situacional completa das neoplasias.

Considerando a população total do estado, no período 2017-2020, com base no integrador do RHC/Bahia, observou-se que os cinco principais tipos de cânceres segundo a localização primária do tumor foram: próstata, mama, pele, colo de útero e tireóide. Figura 44.

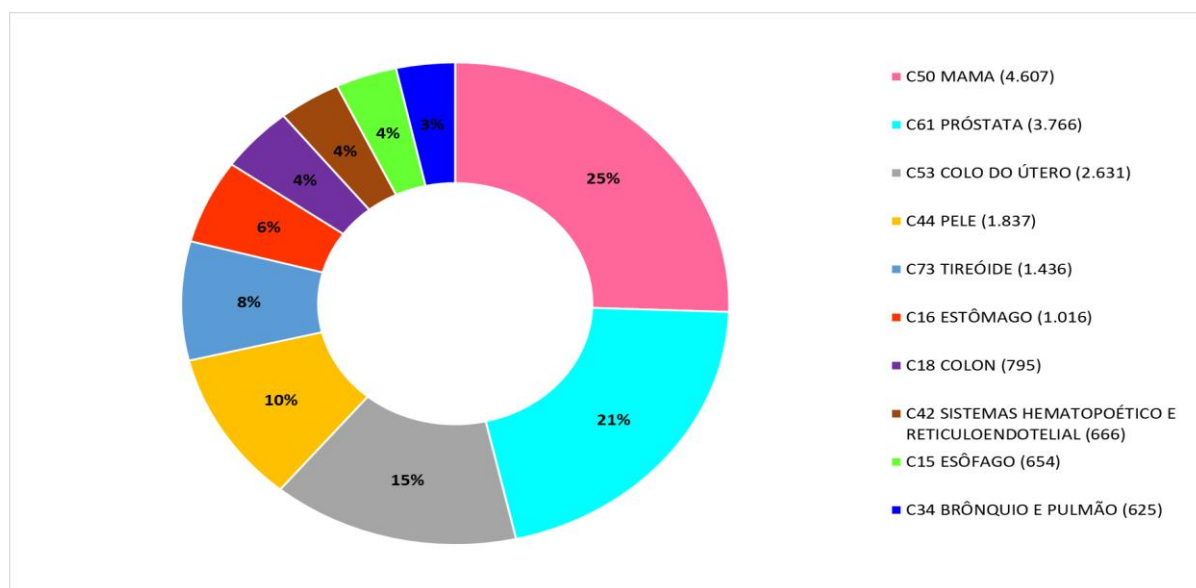
Figura 44. Número e percentual dos cinco principais tipos de cânceres segundo a localização primária do tumor. Bahia, 2017-2020*.



Fonte: INCA / RHC – BAHIA
Dados acessados em 25/04/2022

Os cânceres têm origem multicausal. Há aquelas relacionadas ao ambiente e fatores comportamentais de risco (tabagismo, alimentação rica em alimentos processados, inatividade física) e causas orgânicas (hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas). Contudo, o envelhecimento natural do ser humano traz mudanças nas células, que as tornam mais vulneráveis ao processo cancerígeno (INCA, 2022). Dados segundo a localização primária do tumor e a faixa etária prematura (30 a 69 anos) disponíveis no RHC revelam ser os cânceres de mama, próstata e colo do útero os responsáveis pelo maior número de atendimentos. Figura 45.

Figura 45. Percentual de casos segundo a localização primária do tumor na faixa etária dos 30 aos 69 anos (prematura). Bahia, 2017-2020*.



Fonte: INCA / RHC – BAHIA
Dados acessados em 25/04/2022

O diagnóstico precoce é a primeira etapa para que os bons resultados sejam alcançados no tratamento das neoplasias, e com esta resposta em mãos espera-se que o tratamento seja iniciado em 60 dias, evitando que a doença avance (MELO, 2014). Em vigor desde 2012, a Lei nº 12.732 do Ministério da Saúde estabelece que o primeiro tratamento oncológico no SUS deve ser iniciado no prazo máximo de 60 dias a partir da assinatura do laudo patológico ou em prazo menor, conforme necessidade terapêutica do caso registrada no prontuário do paciente. Contudo, verifica-se que a Bahia, no período 2017-2020 a média de espera para início do tratamento foi superior ao previsto na Lei. Para os pacientes que chegaram aos serviços de saúde sem diagnóstico e sem tratamento os percentuais de mais de 60 dias foram superiores a 34% e para os com diagnóstico e sem tratamento superior a 62%, para 2020 os dados são preliminares, visto que apenas 20% dos RHC ativos no estado enviaram os dados. Para cálculo dos tempos, foram incluídos os registros analíticos, coerentes e validados.

Os casos excluídos, estão relacionados aos registros com datas consideradas inválidas tais como: 99/99/9999 e 88/88/8888, as com formatos diferentes de dd/mm/aaaa e ainda as que o diagnóstico tenha sido anterior ao ano de 1980. Tabela 5.

Tabela 5. Percentual do intervalo de tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento das neoplasias. Bahia, 2017-2020.

Status dos Pacientes	Tempo entre diagnóstico e Tratamento	Ano da primeira consulta			
		2017 %	2018 %	2019 %	*2020 %
Casos que chegaram sem diagnóstico e sem tratamento	0 a 15 dias	27,9	31,3	30,3	45,6
	16 a 30 dias	16,5	14,8	14,6	25,8
	31 a 60 dias	19,1	19,8	18,1	14,7
	> 60 dias	36,6	34,2	40,7	13,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	Nº total de casos	4.652	3.601	3.935	708
Casos que chegaram com diagnóstico e sem tratamento	0 a 15 dias	3,9	4,2	4,2	5,5
	16 a 30 dias	7,7	6,6	6,7	12,5
	31 a 60 dias	20,1	18,2	18,2	29,6
	> 60 dias	68,2	71,8	70,8	52,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	Nº total de casos	6.458	6.252	4.796	1.373

Fonte: INCA / RHC – BAHIA.

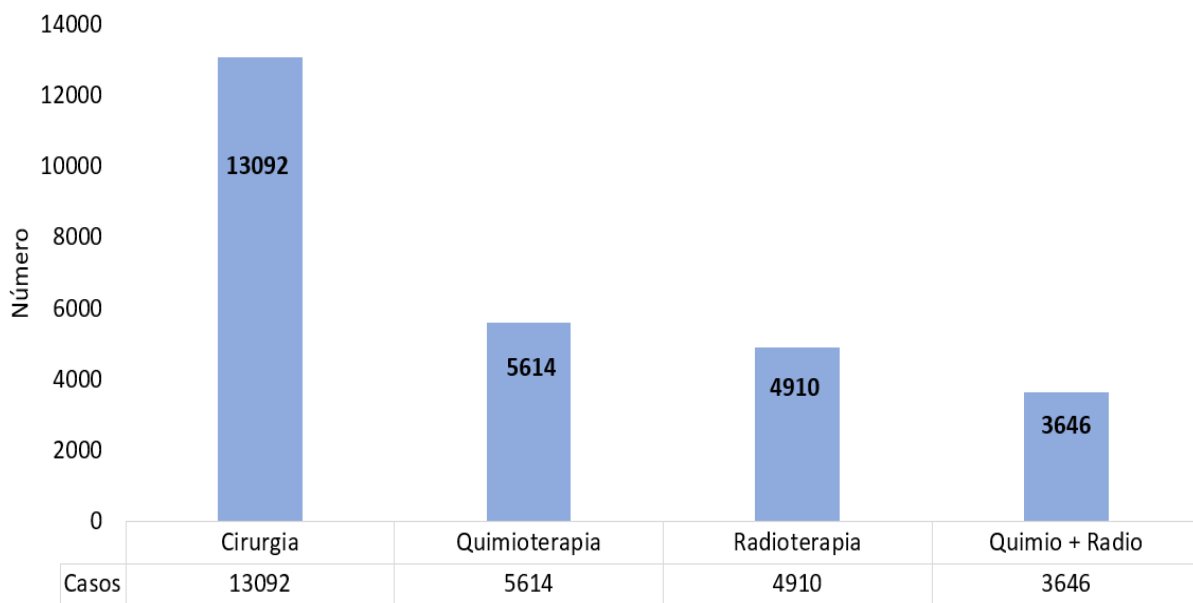
Dados acessados em: 25/04/2022

*Dados preliminares para 2020.

**Número de casos excluídos do cálculo: 7.447 em 2017; 7.165 em 2018; 6.175 em 2019 e 1.916 em 2020.

A cirurgia oncológica é um dos principais métodos utilizados na terapêutica do câncer. No período 2017-2020 os RHC registraram 36.345 casos de neoplasias, para os quais os tratamentos mais utilizados foram isoladamente: a cirurgia em 13.092 (36,0%) dos casos, seguida da quimioterapia com 5.614 (15,4%) e a radioterapia 4.910 (13,5%) dos casos. A combinação de quimioterapia e radioterapia totalizou 3.646 (10,0%) registros. Figura 46

Figura 46. Número de casos de neoplasias segundo o primeiro tratamento recebido. Bahia, 2017-2020*.



Fonte: INCA / RHC – BAHIA.

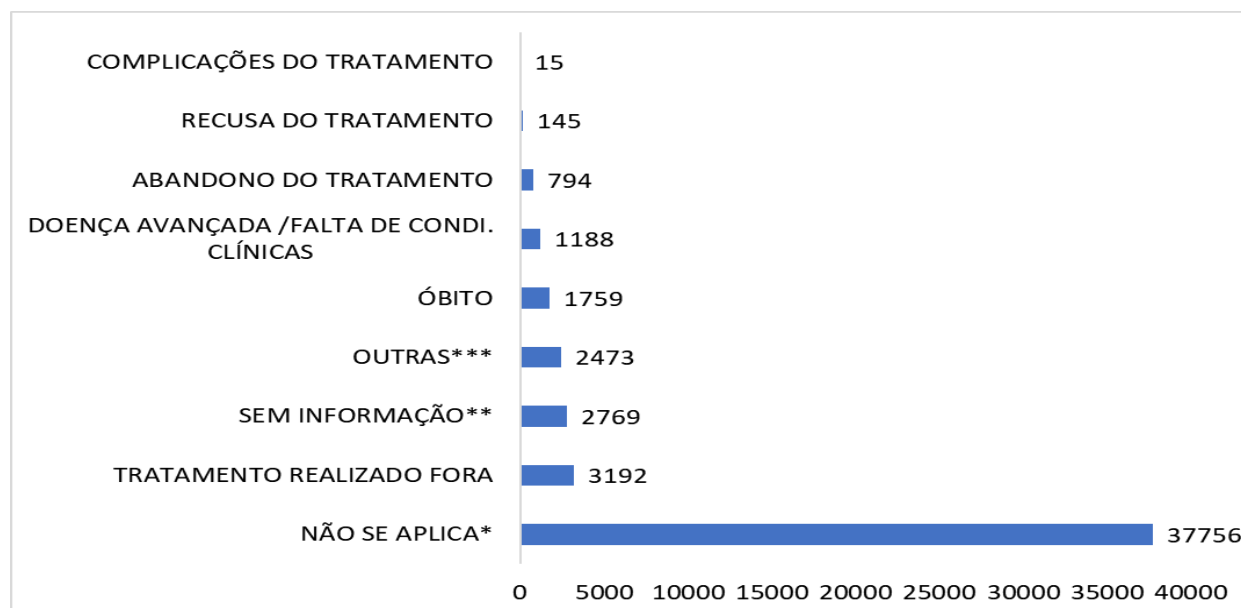
Dados acessados em: 25/04/2022

*Dados preliminares para 2020

Outro aspecto importante a ser considerado para o sucesso do tratamento é a adesão do paciente ao plano terapêutico, bem como, a identificação dos principais obstáculos da rede de atenção à saúde que pode intensificar o abandono da terapia. Define-se como abandono de tratamento como a falha em iniciar ou completar a terapia, para uma doença potencialmente curável ou definitivamente controlada, e/ ou interrupção do tratamento por um período consecutivo de quatro ou mais semanas, sem causa clínica. Em países de baixa e média rendas, o abandono de tratamento é apontado como uma das principais causas de insucesso da terapêutica. (LIMA, *et al*, 2018).

Na Bahia, no período analisado (2017-2020) foi registrado abandono de 794 pacientes, destes, 504 são do sexo masculino e 290 são do sexo feminino. Acredita-se que a configuração familiar, bem como as condições de vulnerabilidade do sujeito colocam em risco a continuidade do tratamento; entre outras razões para não tratar estão a falta de condições clínicas, recusa e complicações do tratamento. Figura 47

Figura 47. Número de casos de neoplasias, segundo razão de não tratar. Bahia, 2017 a 2020.



Fonte: INCA/RHC – BAHIA

Dados acessados em: 28/04/2022, preliminares para 2020.

***Não se aplica:** Quando o paciente realizou integralmente o tratamento proposto.

****Sem informação:** Paciente com tratamento interrompido, sem registro em prontuário, ou ainda quando não há registro de tratamento no prontuário.

*****Outras:** Tratamento interrompido por mudança de residência para outra cidade; realização do tratamento em outra unidade hospitalar ou a não realização em virtude da idade avançada do paciente.

Paralelo as ações do RHC, temos os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), que permitem, determinar o comportamento temporal das neoplasias. Estes dados, facilitam a definição de políticas públicas para o câncer e planejamento das intervenções a serem implementadas no País, de acordo com as necessidades regionais.

Ainda que o agravo câncer não disponha de um indicador formal, as informações produzidas pelos RCBP são capazes de avaliar o impacto deste na população coberta pelo registro, por meio da análise das taxas de incidência.

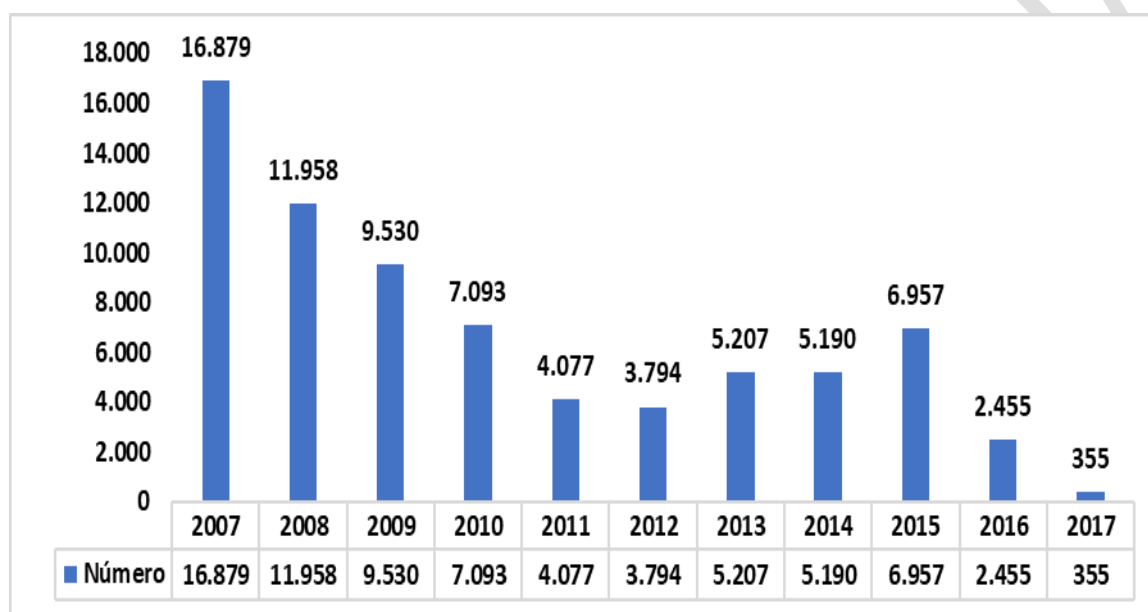
O RCBP-Bahia, encontra-se ativo, constituído como área de cobertura o município de Salvador. Nossas fontes notificadoras são formadas pelos laboratórios de anatomia patológica, registros hospitalares de câncer do município de Salvador e as clínicas especializadas em oncologia.

A coleta de dados teve início em 1996, e o ano de implantação foi em 1997. O registro de informações advém do sistema local (BasepopWeb/INCA). As coletas foram temporariamente interrompidas inicialmente por falta de recursos humanos e depois pelo contexto da COVID-19 e retomadas em maio/2022. Dessa maneira, os últimos registros datam o ano de 2017 e ainda

apresentam incompletude nas informações. Atualmente são 47 fontes ativas e a coleta dos dados vem sendo feita em seis destas (CAM, CLION, NOB, STUDART, IMAGEPAT, NAP).

De acordo com os relatórios produzidos através do RCBP, identificamos o quantitativo de 73.495 registros em sistema no período de (2007 a 2017) no município de Salvador. Observa-se que há uma redução no número de registros de câncer até 2012, a partir de então nota-se o crescimento até 2015, voltando a decrescer em 2016-2017. Figura 48

Figura 48 – Número de caso de câncer, segundo ano de registro. Salvador, Bahia -2007 a 2017.



Fonte: INCA / RCBP - BAHIA
Acesso em: 11/04/2022, às 16:35H

Importante registrar a importância do Instrumento PAINEL-oncologia, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, para monitorar a Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que estabelece o prazo para o início do tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada. As informações do painel se referem ao tempo de início do primeiro tratamento oncológico calculado a partir da informação das datas de diagnóstico e de tratamento registradas no SIA (APAC e BPA-I), SIH e SISCAN.

Segundo o Ministério da Saúde, os registros de procedimentos de diagnóstico e de tratamento realizados pelos serviços de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde (estabelecimentos de saúde públicos ou particulares conveniados ao SUS) são consolidados pelo DATASUS, formando as bases de dados dos procedimentos realizados pelo SUS no Brasil.

Nesse sentido, o painel Oncologia é ferramenta de grande valia no monitoramento das ações de saúde relacionadas ao tratamento integral do câncer, ofertada pelo Estado.

2.3.2 Doenças Crônicas não Transmissíveis e Saúde Bucal

Considerando que a Saúde Bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e que a presença de doenças orais tem o potencial de interferir no desenvolvimento, agravamento e aumento da morbimortalidade por DCNT, sugere-se que sejam inseridas como metas do Plano de Ações para Enfrentamento das DCNT – 2011/2022: Reduzir a prevalência de infecções bucais em adultos com DCNT. A presença de infecções envolvendo os tecidos orais origina quadros de septicemia e endocardite infecciosa, prejudica a cicatrização e desregula a resposta inflamatória, causando alterações no colágeno e provocando lesões vasculares. Consequentemente, o controle glicêmico em diabéticos é afetado negativamente e a presença de microrganismos provenientes da cavidade oral, circulando na corrente sanguínea, promove a formação de coágulos que aumentam o risco de agravamento de doenças cardiovasculares (SANTOS, 2021).

Ressalta-se que no último SB Brasil (2010), os dados relativos às doenças periodontais indicam um crescimento destas situações com o aumento da idade da população, requerendo um olhar direcionado para o controle da doença, prevenindo, consequentemente, o agravamento das DCNT. Reduzir a prevalência de exposição desprotegida à fatores de risco ocupacionais relacionados ao câncer bucal. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou para cada ano do triênio 2020-2022, 14,7 mil novos casos de câncer bucal, 11,2 mil em homens e 3,5 mil em mulheres (INCA, 2020), correspondendo a um risco estimado de 10,70 novos casos a cada 100 mil homens.

O uso do tabaco tem sido proposto como um dos fatores de risco mais importantes para o câncer bucal, todavia ocupações profissionais relacionadas à exposição solar e a substâncias químicas também são apontadas como fatores de risco para neoplasias orais. Nesse contexto, pescadores, agricultores, carteiros, pedreiros, pintores, condutores de veículos a motor, encanadores, trabalhadores da construção civil etc., são profissionais que necessitam de um programa direcionado para prevenção, detecção precoce e educação quanto às medidas de proteção durante prática laboral. Sugere-se também, a inclusão da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, nos Documentos Institucionais com os quais o Plano DANT dialoga. Além disso, para a análise da situação de saúde e desenvolvimento de ações estratégicas para a promoção da saúde, prevenção e cuidado frente ao grupo de DCNT,

considera-se como importantes para o contexto do plano de enfrentamento das DANT: A inserção de um campo no e-SUS que possibilite que o cirurgião dentista registre o atendimento, identificando que o usuário possui alguma DCNT, obtendo-se, dessa forma, um perfil das condições de saúde bucal dos pacientes com doenças crônicas, com o intuito de entender a extensão e monitorar o progresso da doença, aumentar a conscientização e embasar medidas de intervenção. O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) possibilita o monitoramento do usuário no sistema de saúde, desde o diagnóstico do câncer até seu desfecho, contribuindo para o delineamento do perfil dos pacientes diagnosticados, também o painel, de oncologia que utiliza as autorizações de internação hospitalar (AIH) como fonte de dados permite conhecer informações sobre o diagnóstico, modalidade terapêutica, estadiamento do tumor, sexo e faixa etária do paciente; podendo estas serem desagregadas por macro e microrregião de saúde. Considera-se, pois, fundamental desenvolver ações de educação permanente relacionadas a detecção precoce de lesões malignas ou com potencial de malignização, construindo um programa de matriciamento profissional para a realização de biópsias e fortalecer as redes de referenciamento.

2.3.3 Doenças Crônicas não Transmissíveis e pessoas privadas de liberdade (PPL)

Estudos realizados no âmbito prisional estimam que um em cada dois custodiados apresenta uma doença ou agravo não transmissível (DANT), entre os achados frequentes estão a dislipidemia, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). No entanto, são detectadas outras patologias como a asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), cardiopatias isquêmicas, problemas circulatórios e transtornos mentais comuns (TMC), como a ansiedade e depressão (SERRA, 2020). O contexto de vida das pessoas privadas de liberdade (PPL) aponta para uma maior vulnerabilidade, considerando que além da exposição aos fatores de risco, existem determinantes relacionados ao perfil dos custodiados que levam à predisposição de quadros patológicos.

Associa-se ainda o adoecimento das PPL às condições insalubres observadas em diversas Unidades Prisionais (UP), desde a má alimentação, sedentarismo, privação de luz solar por tempo adequado, isolamento social, abuso de tabaco, superlotação e o contato com práticas violentas (SERRA, 2020; SILVA; NAZARIO; LIMA, 2014). Vale ressaltar a dificuldade que as PPL com histórico prévio de DANT enfrentam na continuidade do acompanhamento terapêutico a partir do momento em que é determinada sua reclusão, em razão do déficit histórico no quadro de profissionais que compõem os serviços de saúde prisionais, a precariedade na oferta de medicamentos e o rompimento de vínculos familiares que dificultam a mediação e coleta de informações acerca do estado de saúde desses indivíduos (FRIEDRICH, 2016).

Reitera-se que as PPL por estarem em situação de custódia, se configuram como um grupo que possibilita intervenções direcionadas para identificação de fatores de risco, detecção e tratamento de doenças, que estejam fundamentadas em ações multiprofissionais de Educação em Saúde, sob orientações e aconselhamentos interdisciplinares. Considerando o contexto descrito, é de suma importância que os estudos dos agravos nesta parcela sejam desenvolvidos e visibilizados, tendo em vista, que esta demanda se configura como uma questão de saúde pública.

2.3.4 O Câncer Relacionado ao Trabalho

As concentrações de substâncias cancerígenas, em geral, são maiores nos locais de trabalho do que em outros ambientes extralaborais. Conforme as estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), aproximadamente 440 mil pessoas morreram no mundo em 2005, como consequência da exposição a substâncias perigosas no trabalho, mais de 70%, ou seja, aproximadamente 315 mil pessoas morreram de câncer relacionado ao trabalho e uma proporção significativa desses casos teve como causa a exposição ao amianto (OIT, 2009; EUROGIP, 2010 apud INCA, 2013). Além disso, Hoff (2013 apud BRASIL, 2021) divulga que de 4 a 40% dos casos de câncer podem ser atribuíveis à exposição ocupacional, podendo variar entre os países a depender das condições de trabalho, do perfil produtivo, da capacidade de aplicação e cumprimento das medidas de proteção, do uso de tecnologias menos danosas, da capacidade de fiscalização e controle social dos trabalhadores e suas representações e da capacidade diagnóstica dos serviços de saúde e índices de subregistro. Para fins de notificação, o câncer relacionado ao trabalho “tem entre seus elementos causais a exposição a fatores, agentes e situações de risco presentes no ambiente e processo de trabalho, mesmo após a cessação da exposição” (BRASIL, 2019).

Na figura 49 abaixo, são apresentadas as principais atividades, setores e ocupações associadas a exposições classificadas como carcinogênicas ou provavelmente carcinogênicas relacionadas aos principais cânceres (pulmão, próstata, fígado, esôfago, leucemia, mama e ovário), atividades produtivas de interesse à Vigilância do câncer relacionado ao trabalho (RT).

Figura 49. Principais atividades, setores e ocupações associadas a exposições classificadas como carcinogênicas ou provavelmente carcinogênicas.



Fonte: Divast/Sesab

Em relação aos casos de cânceres relacionados ao trabalho notificados na Bahia, no período de 2007 a 2021, são identificados apenas 35 registros, o que representa uma importante subnotificação, tendo em vista que as neoplasias se constituem uma das três causas mais frequente de mortalidade no Estado. A maioria dos casos é do sexo masculino (71%), destacando algumas atividades econômicas como a fabricação de artefatos de concreto, de resinas e fibras, trabalhadores da agricultura e os que atuam com metal e/ou alumínio (Tabela 6).

Tabela 6. Número de casos de câncer relacionado ao trabalho segundo a atividade econômica. Bahia, 2007-2021.

Casos de câncer relacionado ao trabalho segundo Atividade Econômica, Bahia, 2007-2021

Classe Atividade Econômica	Total
Não informada / não se aplica	19
Fabricação de artefatos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e materiais semelhantes	2
Fabricação de intermediários para resinas e fibras	2
Atividades de serviços relacionados com a agricultura; agricultura e serv. relac.	2
Produção de artefatos estampados de metal, metalurgia do alumínio e suas ligas	2
Atividades de serviços relacionados com a extração de petróleo e gás - exceto a prospecção realizada por terceiros	1
Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos de uso geral	1
Fabricação de fios, cabos e condutores elétricos isolados	1
Comércio a varejo de combustíveis	1
Comércio atacadista especializado em mercadorias não especificadas anteriormente	1
Serviços de arquitetura e engenharia e de assessoramento técnico especializado	1
Seleção, agenciamento e locação de mão-de-obra	1
Administração pública em geral	1
TOTAL	35

Fonte: Tabnet / SINAN Net

Entre as ocupações, destacam-se os agentes comunitários de saúde (23%), tanto pela

exposição múltipla à riscos carcinogênicos quanto pela facilidade de acesso à Rede de Atenção à Saúde, e os trabalhadores agropecuários e da agricultura (11%). Quanto aos estudantes, estes não deveriam fazer parte dessa estatística, uma vez que essa categoria não representa atividade ocupacional, destacando a deficiência na qualidade do preenchimento desses dados pelos profissionais de saúde. (Tabela 7)

Tabela 7. Número de casos de câncer relacionado ao trabalho segundo a ocupação. Bahia, 2007-2021.

Casos de câncer relacionados ao trabalho segundo ocupação, Bahia 2007-2021

Ocupação	Total	Ocupação	Total
Agente comunitário de saúde	8	Pedreiro	1
Estudante	3	Servente de obras	1
Trabalhador agropecuário em geral	2	Caldeireiro (chapas de cobre)	1
Trabalhador volante da agricultura	2	Serralheiro	1
Operador de empilhadeira	2	Operador de processo de tratamento de imagem	1
Técnico mecânico (máquinas)	1	Auxiliar de radiologia (revelação fotográfica)	1
Técnico de produção em refino de petróleo	1	Operador de processos químicos e petroquímicos	1
Auxiliar de enfermagem	1	Técnico de operação (química, petroquímica e afins)	1
Carteiro	1	Mecânico de manutenção de máquinas, em geral	1
Lavadeiro, em geral	1	Mecânico de manutenção de equipamento de mineração	1
Frentista	1	Total	35
Polidor de pedras	1		
Torneiro (lavra de pedra)	1		

Fonte: Tabnet / SINAN Net

Sabe-se que os casos notificados de câncer relacionado ao trabalho são ainda muito escassos no Sinan, não sendo uma realidade exclusiva do estado da Bahia, e entre as possíveis explicações estão: longos períodos de latência do processo de oncogênese e carcinogênese; a coleta da histórica ocupacional é raramente detalhada quando o trabalhador é atendido nos serviços de saúde; os trabalhadores são geralmente expostos à múltiplos riscos ao longo da vida laborativa, envolvendo por exemplo efeitos somatórios ou sinérgicos, dificultando o estabelecimento de nexos entre a neoplasia e uma ocupação ou risco específico; o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre exposições, processos e condições de trabalho; o desconhecimento dos trabalhadores sobre suas exposições e efeitos à saúde; o não-reconhecimento do trabalho como fator importante para o adoecimento, tendo em vista que, em geral, não se identifica a condição de trabalhador(a) no acolhimento aos(as) usuários(as) do SUS e de serviços privados, contratualizados; e a importância da articulação entre ações de assistência e vigilância em saúde.

Neste sentido, ratifica-se que empresas e atividades ocupacionais de risco para o câncer RT

devem ser mapeadas e monitoradas no âmbito do estado, com monitoramento regular da saúde de trabalhadores expostos, para identificação precoce, por meio de acesso facilitado dos trabalhadores/as à rede de atenção à saúde, bem como investigação e notificação adequada dos casos. Para complementar estas estratégias, deve-se organizar as inspeções e intervenções nos processos e ambientes de trabalho, avaliando o impacto destas, assim como desenvolver atividades de educação permanente, comunicação e educação em saúde, na perspectiva de promover ambientes de trabalho seguros.

VERSÃO PRELIMINAR

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE FATORES DE RISCO PARA AS DCNT

PLANO ESTADUAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS. BAHIA, 2022-2030

3. FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis tem em comum quatro fatores comportamentais de risco, a saber: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo abusivo de álcool. Estes fatores também são modificáveis e a implementação de ações que objetivem a adoção de estilo e hábitos de vida e educação em saúde, são estratégias fundamentais para a redução das DCNT e suas complicações. A OPAS reforça que Políticas de saúde que criam ambientes propícios para escolhas saudáveis e acessíveis são essenciais para motivar as pessoas a adotarem e manterem comportamentos saudáveis (OPAS, 2017).

A OMS recomenda que a vigilância das DCNT e de seus fatores de risco e proteção seja realizada por meio de inquéritos populacionais. Desde 2006 o MS, realiza anualmente, por telefone, o Inquérito Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), na população adulta (≥ 18 anos), nas capitais e no Distrito Federal e recomenda que estados e municípios também utilizem essa fonte de monitoramento anual dos indicadores. Na Bahia, o inquérito é feito em Salvador e dada a diversidade e características da população, a desagregação para os demais 416 municípios é complexa, por esta razão optou-se em fazer a inferência utilizando-se os percentuais encontrados na pesquisa para Salvador para o estado.

Outras pesquisas importantes na abordagem dos fatores comportamentais de risco são a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada com escolares adolescentes (13 aos 17 anos); em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e com o apoio do Ministério da Educação (MEC), foram realizadas três edições da PeNSE (2009, 2012 e 2015). A população-alvo da pesquisa constituiu-se, a princípio, de estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental; a partir de 2015, foram incluídos estudantes do 6º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio, com o intuito de tornar a pesquisa representativa de escolares na idade de 13 a 17 anos. Também em parceria com o IBGE o MS passou a realizar a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), ocorrida em âmbito nacional, até então com duas edições 2013 e 2019.

Estas pesquisas e inquérito são fontes importantes para obtenção de dados sobre os quatro fatores de risco que isoladamente ou em conjunto desencadeiam ou complicam as

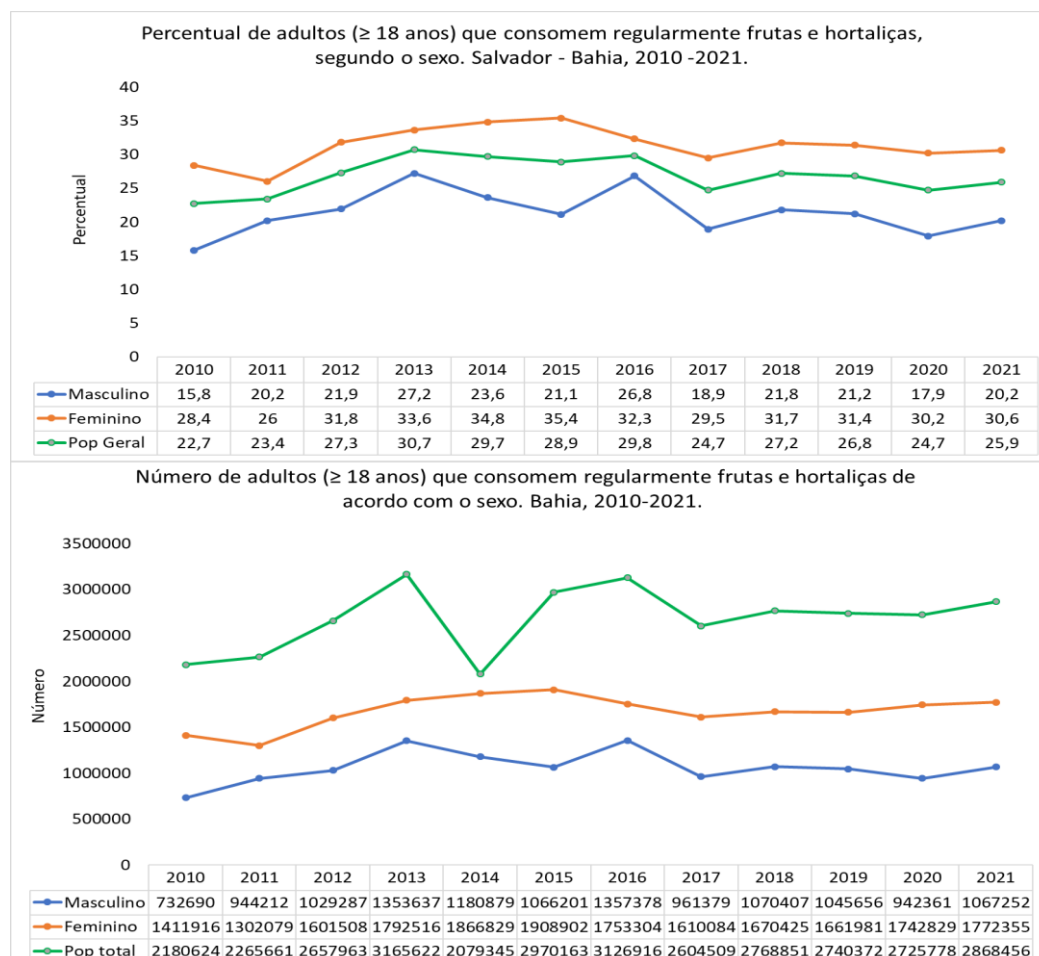
DCNT. Conhecer o comportamento da população, como as pessoas vivem e trabalham, é fundamental para a definição das ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT. Os hábitos não saudáveis impactam diretamente na qualidade e duração da vida dos indivíduos.

Considerando o impacto dos quatro principais fatores comportamentais de risco para as DCNT, utilizou-se os percentuais alcançados por Salvador nos inquéritos no período de 2010 a 2021 para o cálculo da população de adultos (≥ 18 anos) do estado, de maneira a inferir a frequência do comportamento da mesma quanto a alimentação saudável, consumo do tabaco, prática de atividade física e consumo nocivo de álcool. Idealmente os municípios poderiam fazer pesquisas locais, ainda que amostral, utilizando as áreas cobertas pela estratégia de saúde da família, para conhecer a realidade dos seus territórios quanto às DCNT e seus fatores de proteção e risco.

3.1 ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL

A alimentação saudável prioriza os grupos de alimentos que fazem bem para a saúde do ser humano: frutas, verduras, leguminosas, sementes, cereais integrais, proteínas magras, gorduras boas (insaturadas). O consumo regular de frutas, legumes e verduras é apontado pela OMS como um importante fator de proteção e de prevenção das DCNT. Estudos recentes na literatura evidenciam importante associação entre o consumo adequado desses alimentos e menor risco de mortalidade por doença cardiovascular e neoplasias. A recomendação é o consumo diário de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças, o que equivale, aproximadamente, a cinco porções desses alimentos (Brasil, 2021). Na série histórica (2010-2021) do Vigitel observa-se que para o município de Salvador as pessoas do sexo feminino consumiram regularmente frutas e hortaliças em maior percentual que as do sexo masculino e a população geral; para a Bahia considerando os percentuais alcançados por Salvador/ano, manteve-se o maior número de pessoas adultas do sexo feminino. Figura 50.

Figura 50. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que consomem regularmente frutas e hortaliças segundo o sexo para Salvador e Bahia respectivamente. 2010-2021*.



Fonte: CGDANT/SVS/MS/Vigitel 2010-2021

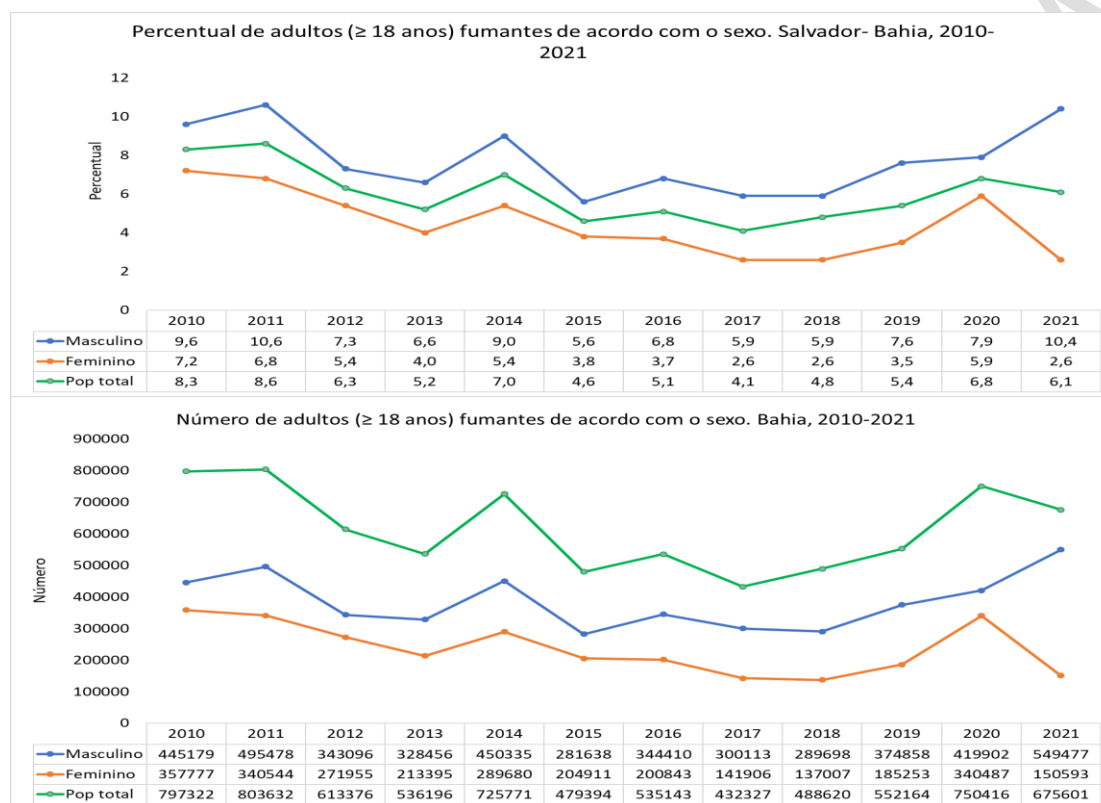
*OBS.: Para o cálculo do Estado, foram aplicados os mesmos percentuais alcançados por Salvador em cada ano da série, como um *proxy*, na impossibilidade de desagregação por município.

3.2 TABAGISMO

O tabagismo é o ato de se consumir produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. Constitui fator de risco importante para as DCNT, relacionado ao desenvolvimento de vários tipos neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças cardiovasculares, entre outras doenças. O consumo de tabaco é uma das maiores ameaças a saúde pública, sendo responsável por mais de 8 milhões de mortes por ano no mundo, das quais cerca de 1,2 milhões são decorrentes do fumo passivo (Brasil, 2021). O percentual de adultos fumantes em Salvador apresentou tendência de declínio de 2011 a 2013 para ambos os sexos, elevação em 2014 e 2016, destaque-se o

incremento de 31,6% no percentual de fumantes do sexo masculino entre 2020 e 2021. Para Bahia, considerando os percentuais do município de Salvador para cada ano, os números demonstram, que os adultos fumantes do sexo masculino apresentaram tendência crescente sustentada a partir de 2015 e superaram sexo feminino em toda série histórica. Figura 51.

Figura 51. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) fumantes, segundo o sexo para Salvador e Bahia respectivamente.2010-2021*.

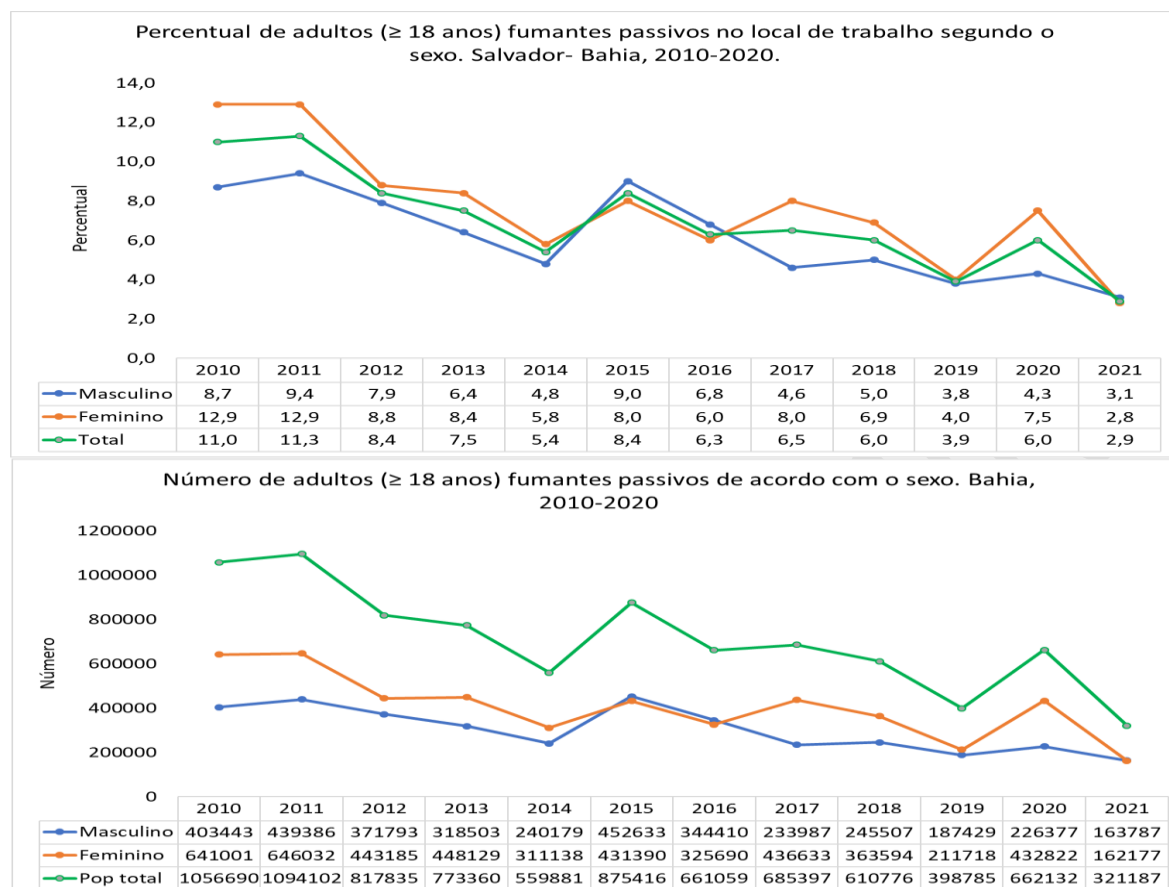


Fonte: CGDANT/SVS/MS/Vigitel 2010-2021

***OBS.:** Para o cálculo do Estado, foram aplicados os mesmos percentuais alcançados por Salvador em cada ano da série, como um *proxy*, na impossibilidade de desagregação por município.

A condição de fumante passivo no domicílio foi atribuída a todo indivíduo não fumante que informou que pelo menos um dos moradores do domicílio tem o hábito de fumar dentro de casa (Vigitel). O fumante passivo inala uma combinação de dois tipos de fumaça: a principal, exalada pela pessoa que está fumando, e a secundária, emitida pela ponta final de um cigarro aceso. Para Salvador o percentual de fumantes passivos do sexo feminino foi superior ao masculino em quase todo período analisado (2010-2021), exceto em 2015 e 2016; no estado esta tendência se repetiu nos números, contudo a diferença entre os sexos foi menor. Figura 52

Figura 52. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) fumantes passivos no local de trabalho, segundo o sexo para Salvador e Bahia respectivamente.2010-2021*.



Fonte: CGDANT/SVS/MS/Vigitel 2010-2021

***OBS.:** Para o cálculo do Estado, foram aplicados os mesmos percentuais alcançados por Salvador em cada ano da série, como um *proxy*, na impossibilidade de desagregação por município.

O Programa de Controle do Tabagismo tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo lógico no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio, a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre crianças, adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco. A Bahia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) - 2019, apresenta prevalência de fumantes de tabaco em 9,8% das pessoas acima de 18 anos, sendo o estado com o segundo menor índice do país. O Programa de Controle do Tabagismo na Bahia (PNCT/BA) é

desenvolvido sob responsabilidade técnica da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) na Secretaria da Saúde no Estado da Bahia (Sesab) desde o ano de 2017. A gestão conta com a colaboração de residentes multiprofissionais em saúde. Para que o cuidado se estenda a todos, é importante que haja capacitação de todos envolvidos no processo de implantação do PNCT nos municípios, dos coordenadores municipais aos profissionais que executam as ações nas unidades de saúde. Por esse motivo, o INCA juntamente com a Diretoria de Gestão do Cuidado realiza qualificações para implantação do Programa nos municípios, com conteúdo voltado para os gestores, e cursos de abordagem para a cessação do tabagismo voltado para profissionais de saúde. Linhas de cuidado para hipertensão, diabetes, neoplasias, doenças respiratórias; ações de promoção da saúde/hábitos saudáveis de vida voltadas aos principais fatores de risco para as DANT (tabagismo, excesso de peso, obesidade, consumo nocivo de bebidas alcoólicas, inatividade física e alimentação não saudável), prevenção de quedas em idosos;

Em parceria com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) a Secretária de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) trabalha anualmente na divulgação do “Curso de Prevenção à Iniciação ao Tabagismo” destinado aos trabalhadores da saúde e Educação. O curso busca ampliar cada vez mais a promoção da saúde e alertar sobre o tabagismo como um problema de saúde pública, para a prevenção da iniciação do uso de produtos do tabaco por crianças, adolescentes e jovens. A divulgação ocorre através do envio de e-mail de inscrições para todos municípios, liberação do link do curso para os mesmos e emissão de certificados para todos participantes.

Com relação à adesão dos municípios ao PNCT-BA, ela ocorre quadrimestralmente seguindo o fluxo de adesão para aqueles municípios que ainda não têm o programa ou adesão e monitoramento para os que estão com o programa em funcionamento. A adesão e monitoramento quadrimestral se justificam devido a necessidade de acompanhamento das ações do programa para melhor planejamento e direcionamento dos insumos, avaliando as estimativas e realidades dos municípios periodicamente, o que possibilita ao município a oportunidade para realizar atualizações de estimativas ou até mesmo aderir ao programa. Para estimular a adesão junto aos municípios, a Coordenação Estadual do Programa de controle do tabagismo realiza oficinas tele-presenciais para os coordenadores municipais e profissionais interessados na gestão do PNCT, contato direto através de ligações telefônicas, e-mail e aplicativo de mensagens junto às Secretarias

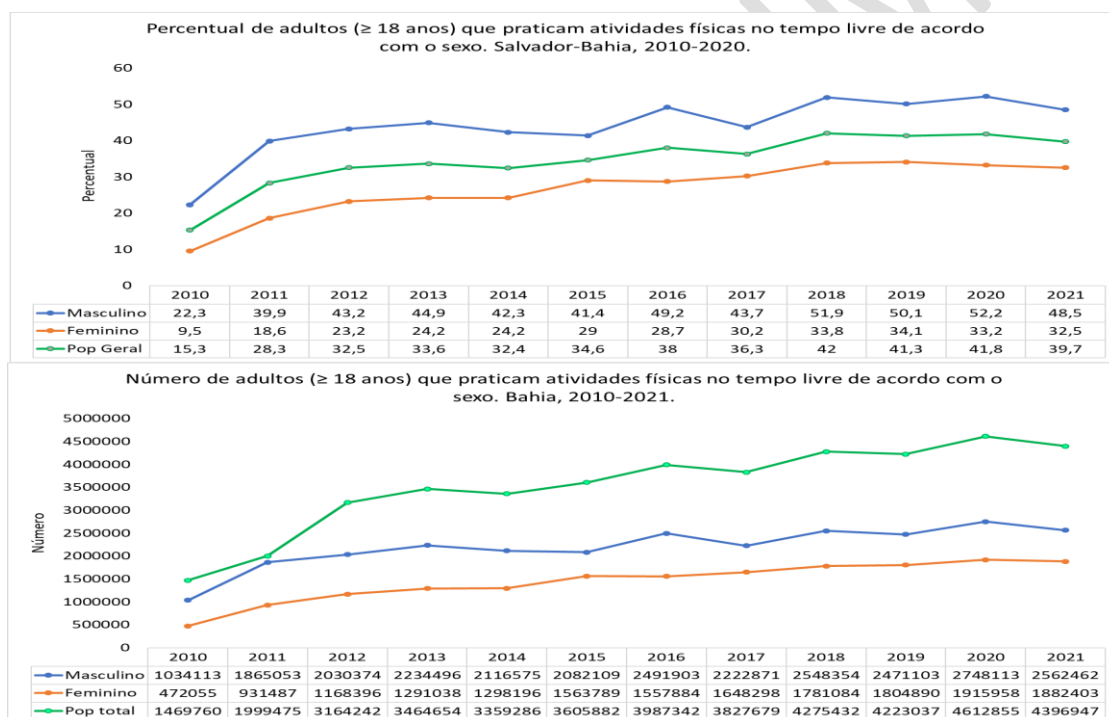
Municipais e/ou coordenadores da atenção básica, no intuito de esclarecer dúvidas e sinalizar os prazos referente a adesão/monitoramento conforme periodicidade citada anteriormente. Faz-se extremamente necessário essas iniciativas para que não haja interrupção no fluxo de envio dos insumos necessários continuem chegando em cada município, os pacientes continuem sendo assistidos e os grupos continuem rodando de acordo com a necessidade de cada unidade. Em 2018, dos 417 municípios que compõem o estado, apenas 196 (47,0%) municípios aderiram ao PNCT, em 2019 foram 124 (29,7%) e em 2020 foram 93 (22,3%). Após observar a queda na adesão ao PNCT, a Diretoria de Gestão do Cuidado em parceria com a Residência Multiprofissional da Fundação Estatal de Saúde da Família, realizou ações de incentivo e qualificação dos gestores municipais para o aumento na adesão ao programa. Assim, em 2021 a Bahia registrou a adesão de 226 (54,2%) municípios no terceiro quadrimestre, com planejamento e desenvolvimento do programa para os meses de janeiro a abril de 2022.

O grande desafio diante do PNCT é que, diferente de outros programas de saúde que possuem monitoramento anual, a periodicidade do preenchimento do formulário de adesão/monitoramento do PNCT deve ocorrer três vezes ao ano e exige da gestão Estadual um constante acompanhamento e apoio aos gestores municipais. A grande rotatividade dos profissionais da gestão e da assistência à saúde torna necessária uma contínua (re) qualificação dos municípios para permanência da adesão e garantia da oferta do tratamento aos usuários tabagistas. Os medicamentos e cartilhas do programa são fornecidos pelo Ministério da Saúde, após análise dos formulários de adesão/monitoramento pelo INCA; a Coordenação Estadual do PNCT informa à Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF a lista dos municípios que realizaram a adesão para o quadrimestre vigente. A solicitação das medicações estratégicas para os usuários do programa ocorre via Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica - SIGAF. A Coordenação municipal solicita, através do Farmacêutico responsável, os insumos necessários para a assistência ao tabagista (incluindo cartilhas e medicamentos). Após a aprovação da Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF, o pedido é enviado à Central de Abastecimento Farmacêutica da Bahia - CEFARBA que envia, de acordo com as condições de estoque, para os municípios. Infelizmente os estados brasileiros vêm sofrendo com o constante desabastecimento dos insumos estratégicos do PNCT.

3.3 INATIVIDADE FÍSICA (SEDENTARISMO)

Foram definidos como fisicamente inativos pelo Vigitel os indivíduos que referem não ter praticado qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos relevantes no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta (perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto ou 20 minutos por dia) e que não participam da limpeza pesada de suas casas. (Vigitel, 2021). A prática regular de atividade física é reconhecidamente um comportamento saudável de vida que impacta no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos e reduzem a morbimortalidade por DCNT. Para Salvador e Bahia a tendência foi de aumento contínuo da prática de atividade física para ambos os sexos em toda série histórica 2010-2021, sendo maior para o masculino. Figura 53.

Figura 53. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre segundo o sexo para Salvador e Bahia respectivamente. 2010-2021.



Fonte: CGDANT/SVS/MS/Vigitel 2010-2021

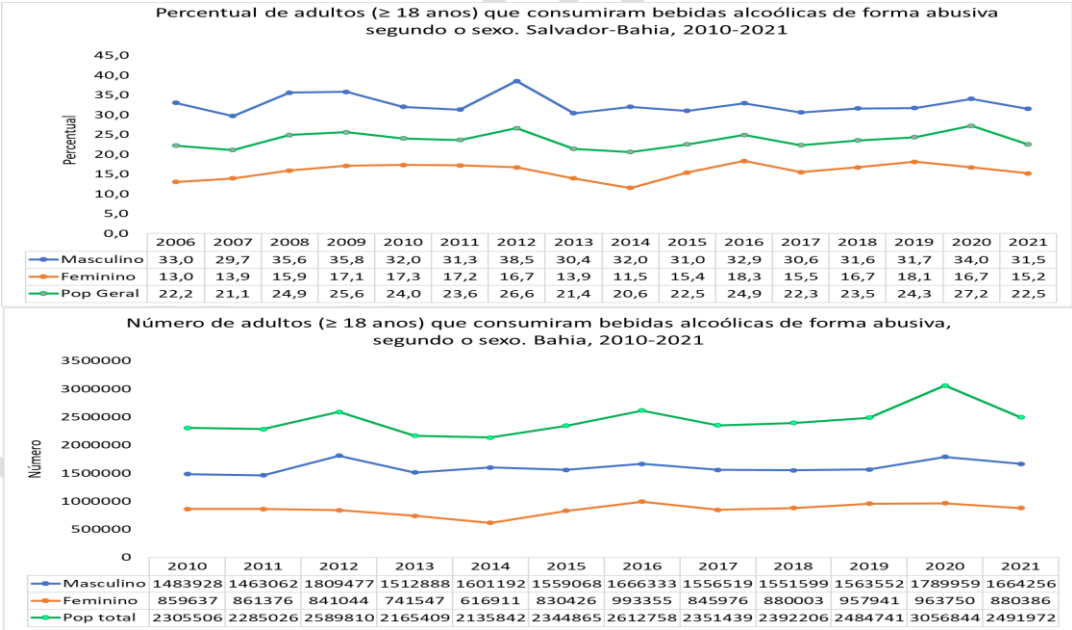
***OBS.:** Para o cálculo do Estado, foram aplicados os mesmos percentuais alcançados por Salvador em cada ano da série, como um *proxy*, na impossibilidade de desagregação por município.

3.4 CONSUMO ABUSIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

O consumo do álcool é um dos principais fatores de risco para a saúde da população mundial, e o avanço no conhecimento sobre o impacto do seu uso abusivo sobre a saúde dos indivíduos e das populações vem evidenciando a associação da substância com a

mortalidade e a ocorrência de uma ampla variedade de doenças crônicas, como neoplasias malignas, doenças cardiovasculares, doenças do fígado, entre outras (OMS, 2018). Para o Vigitel foi considerado consumo abusivo do álcool a ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião, constituindo-se em risco para o desenvolvimento das DCNT, destacando-se as neoplasias malignas, doenças hepáticas e cardiovasculares. Segundo a Global Burden of Disease (GDB) em 2017, aproximadamente 6,2% de todos os óbitos ocorridos no Brasil estavam relacionados ao uso do álcool. Além disso, quando observado os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY's - Disability Adjusted Life Years), o uso de álcool foi o terceiro e o quarto principal fator de risco comportamental para carga de doença, no Brasil e no mundo, respectivamente (Brasil, 2021). Salvador e a Bahia apresentaram a mesma tendência quanto ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas no período de 2010-2020, pouca flutuação ao longo da série histórica, maior percentual e número dos adultos do sexo masculino e aumento do consumo abusivo do álcool na população geral entre 2019 e 2020. Figura 54

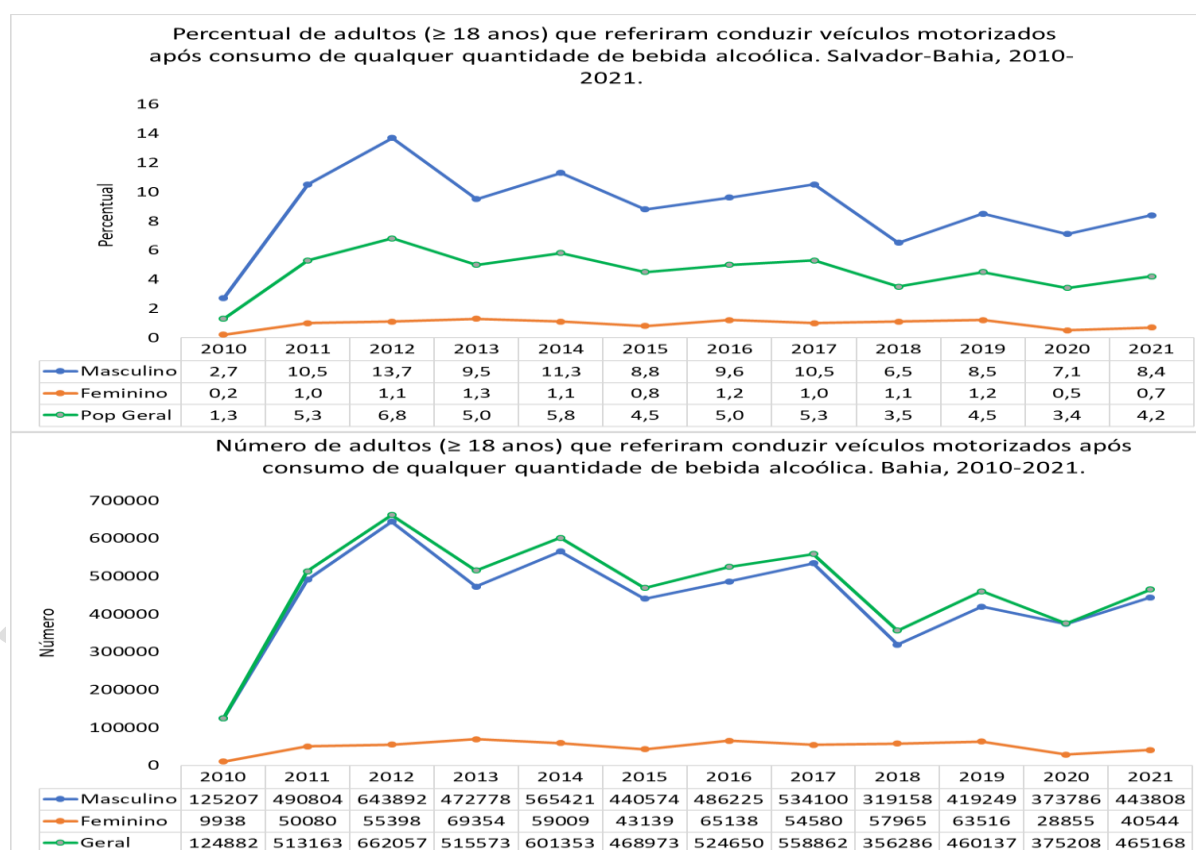
Figura 54. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva segundo o sexo para Salvador e Bahiarepectivamente.2010-2021.



Fonte: CGDANT/SVS/MS/Vigitel 2010-2021
***OBS.:** Para o cálculo do Estado, foram aplicados os mesmos percentuais alcançados por Salvador em cada ano da série, como um proxy, na impossibilidade de desagregação por município.

A embriaguez no volante é um problema sério, que triplica os riscos e coloca muitas vidas em jogo. O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) estabelece limite zero para o consumo de álcool pelos motoristas e impõe penalidades severas para quem infringe a norma. Consoante a Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, e a nova “Lei Seca”, Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012, que visa coibir a condução de veículo motorizado após o consumo de bebidas alcoólicas, o Vigitel passou a estimar a frequência de adultos que referiram conduzir veículo motorizado após o consumo de bebida alcoólica, independentemente da quantidade de bebida consumida e da periodicidade dessa prática. Em Salvador o percentual de adultos do sexo masculino que conduziram veículos após ingerir bebida alcoólica foi superior aos do sexo feminino no período analisado (2010-2021) o mesmo ocorreu com o número de adultos no estado; após a implantação da Lei Seca o declínio é contínuo até 2019 voltando a subir entre 2019-2020. Figura 55

Figura 55. Percentual e número de adultos (≥ 18 anos) que referiram conduzir veículos motorizados após o consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica segundo o sexo para Salvador e Bahia respectivamente. 2010-2021*.



Fonte: CGDANT/SVS/MS/Vigitel 2010-2021

OBS.: Para o cálculo do Estado, foram aplicados os mesmos percentuais alcançados por Salvador em cada ano da série, como um *proxy*, na impossibilidade de desagregação por município.

As mudanças registradas no comportamento dos povos indígenas quanto aos hábitos de vida impactam diretamente no processo de saúde doença nesta população. Os profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) e núcleos de apoio à saúde indígena (NASI) fazem o acompanhamento dos usuários em uso abusivo de bebidas alcoólicas. O quadro 17 abaixo apresenta o levantamento de usuários indígenas em consumo nocivo de bebidas alcoólicas segundo o polo base de residência.

Quadro 17. Número de usuários dos povos indígenas com consumo nocivo de bebida alcoólica segundo o polo base. Bahia, 2022*

Polo Base	Número de usuários com consumo nocivo de bebida alcoólica
Euclides da Cunha	05
Ibotirama	10
Ilhéus	11
Itamaraju	01
Juazeiro	08
Pau Brasil	27
Paulo Afonso	01
Porto Seguro	22
Ribeira do Pombal	05
TOTAL	90

Fonte: Planilha padronizada DIASI, 2022*

A Portaria 3.0088/2012, do Ministério da Saúde, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, ampliou a concepção de cuidado, não centrando em apenas uma unidade, expandindo assim as ofertas de atenção ao apontar novos serviços, distribuídos em sete componentes: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Estes componentes são constituídos por um elenco de pontos de atenção, dentre os quais pode-se destacar como fundamentais, as equipes de atenção básica, os CAPS em todas as suas modalidades e o Serviço Hospitalar de Referência (SHR), garantindo leitos para curta internação em Hospitais Gerais.

Os dispositivos da RAPS e sobre Redução de Danos, são estratégias importantes quando se fala sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas. Vale também mencionar a importância da construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), elencando os desafios e potencialidades de cada sujeito, levando em consideração que cada caso possui suas particularidades e subjetividades. É importante que as estratégias a serem implantadas não torne os sujeitos já em situação de vulnerabilidade e marginalizados em situações de maior risco e exposição. O uso abusivo de álcool é um problema de saúde pública. O cuidado deve ser baseado na coesão e não na coerção, com a garantia dos direitos humanos e dignidade dos sujeitos. O fortalecimento de vínculos, o apoio da família e da comunidade e o sujeito como protagonista no seu próprio PTS é fundamental para um cuidado efetivo.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE PROMOÇÃO DA SAÚDE

PLANO ESTADUAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS. BAHIA, 2022-2030

4. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde compreende a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um. Promover saúde também é aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular, que otimize os recursos disponíveis e garanta sua aplicação em políticas que respondam mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade. É se responsabilizar no nível da legislação e execução com políticas que favoreçam a vida em todas suas dimensões sem que isso implique, necessariamente, no desenvolvimento de ações inéditas, mas no redirecionamento do enfoque das políticas públicas.

A promoção da saúde propõe o desafio de reorientar os serviços de saúde a superar a fragmentação do assistir a doença, e irem em direção a perspectiva da atenção integral às pessoas em suas necessidades, numa relação dialógica do cuidar/ser cuidado, do ensinar/aprender. Traz os serviços a reflexão de que necessitam participar ativamente das soluções dos problemas de saúde levantados conjuntamente com as comunidades. Destacaremos aqui as práticas integrativas e o Programa Academia da Saúde como exemplo de instrumentos e espaços promotores de saúde.

Em relação a cobertura de serviços, a Bahia encontra-se com 76,13% (e-gestor: junho/2022) de cobertura da Atenção Primária à Saúde e possui a Saúde da Família como principal estratégia de reorientação do modelo de atenção, contando com cerca de 4.000 equipes de saúde da família, distribuídas nos 417 municípios.

4.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS)

Dentro desse contexto, salientamos a existência da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde da Bahia (PEPICS/BA), publicada em 2019, com o objetivo de ampliar o acesso às PICS no Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva do cuidado integral em todos os níveis de atenção (promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde) para a população do estado da Bahia. Essa política tem servido de subsídio para fomentar o exercício das PICS, de modo a favorecer a promoção da saúde e prevenção de agravos.

O Consórcio Acadêmico Brasileiro em Saúde Integrativa (CABSIn), em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (Bireme/OPAS/OMS) publicou 12 mapas de evidências científicas das PICS, que apontam a contribuição dessas práticas no tratamento de doenças físicas e mentais. Dentre os achados científicos, destacam-se os efeitos positivos das PICS para problemas físicos e metabólicos, como as dores crônicas, diabetes, hipertensão e a obesidade, para bem-estar e qualidade de vida das pessoas e para problemas de saúde mental, a exemplo da depressão e da ansiedade (CABSIn, 2020).

Além disso, as PICS têm se mostrado vantajosas por se tratar de métodos não medicamentosos, voltados ao autocuidado, que privilegiam a escuta acolhedora e que alcançam a integralidade ao ultrapassar aspectos físicos ao abranger questões socioculturais e emocionais, contemplando, dessa forma, o princípio da integralidade (AGUIAR, 2020)

Voltadas a promoção de uma cultura da paz o DSEI através das equipes do NASI (Assistente Social, Psicólogo, Farmacêutico e Nutricionista), em parceria com as EMSI (Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena) desenvolvem as ações voltadas para sensibilização e conscientização da prevenção da violência interpessoal e autoprovocada dos povos indígenas e monitoram os casos notificados em planilhas consolidadas a partir da ficha de notificação de violência, além da articulação com os setores municipais (CRAS e CREAS), visando incluir a população indígena nas políticas de enfrentamento ao agravo. São realizadas rodas de conversa com a comunidade, caciques e lideranças indígenas, palestras em sala de espera e em instituições educacionais, encontro de saberes de interculturalidade, entre outros.

4.2 ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde (PAS) foi instituído em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS) e atualmente é regulamentado pelas Portarias de Consolidação GM/MS nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017. O Programa possui princípios e diretrizes baseados na Lei Orgânica da Saúde e nas Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (PNPS) e de Atenção Básica (PNAB).

O objetivo do PAS é contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis para a população, por meio de ações como: práticas corporais e atividades físicas; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade. A implementação do PAS nos municípios e no Distrito Federal inicia-se com a construção dos polos, que são estabelecimentos de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), geridos pelas secretarias municipais e distrital de saúde e possuem infraestrutura específica, equipamentos e profissionais qualificados.

O financiamento das obras dos polos é definido no Orçamento Geral da União e está condicionado à disponibilidade orçamentária. Atualmente, os recursos para construção dos polos são oriundos de emendas parlamentares e os valores de repasse são definidos de acordo com a modalidade (básica, intermediária e ampliada) e com a região do país, com atualização anual pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e publicados na Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde.

A manutenção dos polos como estratégia de promoção da saúde, o MS prevê o repasse mensal de recurso de custeio para o financiamento das ações no valor mensal de R\$ 3.000,00 (três mil reais), por polo credenciado e conforme o cumprimento do monitoramento previsto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 e na Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1/2021. O Estado possui atualmente 115 Polos do Academia da Saúde distribuídos em 106 municípios, nos quais são realizadas ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos a saúde. Quadro 18.

Quadro 18. Número de Polos do Academia da Saúde segundo município. Bahia, 2022*.

POLOS DO ACADEMIA DA SAÚDE POR MUNICÍPIO- BAHIA, 2022.		
ABARÉ	GOVERNADOR MANGABEIRA	NOVA FÁTIMA
AMARGOSA	GUANAMBI	NOVA ITARANA
AMÉLIA RODRIGUES	GUARATINGA	NOVA REDENÇÃO
ANDARAÍ	IBIASSUCÉ	NOVA SOURE
ANDARAÍ	IBICARAÍ	NOVO HORIZONTE
APORÁ	IBICOARA	OURIÇANGAS
ARACI	IBOTIRAMA	PAU BRASIL
BANZÃO	IGAPORÁ	PÉ DE SERRA
BARRA DO ROCHA	IGRAPIUNA	PÉ DE SERRA
BOM JESUS DA LAPA	IGUAÍ	PILÃO ARCADE
BREJÕES	IPIAÚ	PINTADAS
BREJOLÂNDIA	ITAJU DO COLÔNIA	PLANALTINO
BRUMADO	ITAMBÉ	PORTO SEGURO
CACHOEIRA	ITANHÉM	PORTO SEGURO
CAÉM	ITARANTIM	QUEIMADAS
CALDEIRÃO GRANDE	ITATIM	QUIXABEIRA
CAMAÇARI	ITIRUCU	REMANSO
CAMPÔ ALEGRE DE LOURDES	JACOBINA	RIBEIRA DO AMPARO
CAMPÔ FORMOSO	JAGUAQUARA	RIO DE CONTAS
CANSANÇÃO	JAGUARARI	SANTA BRÍGIDA
CANUDOS	JAGUARIBE	SANTA TERESINHA
CAPIM GROSSO	JAGUARIBE	SANTO ESTEVÃO
CAPIM GROSSO	JEREMOABO	SÃO DOMINGOS
CARDEAL DA SILVA	JOÃO DOURADO	SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ
CASA NOVA	JUAZEIRO	SÁTIRO DIAS
CATU	JUSSARA	SERRA PRETA
CENTRAL	JUSSARI	SERRINHA
CIPÓ	LAJE	SERROLÂNDIA
CONCEIÇÃO DO COITÉ	LAJEDO DO TABOCAL	SOUTO SOARES
CONCEIÇÃO DO COITÉ	LENÇÓIS	TABOCAS DO BREJO VELHO
CONCEIÇÃO DO COITÉ	LIVRAMENTO DE NOSSA SEN	TANQUINHO
CORIBE	LUÍS EDUARDO MAGALHÃES	UIBAÍ
CRUZ DAS ALMAS	MACAJUBA	VALENÇA
DOM BASÍLIO	MAIRI	VARZEDO
DOM MACEDO COSTA	MANOEL VITORINO	VITÓRIA DA CONQUISTA
ÉRICO CARDOSO	MARAGOGIPE	VITÓRIA DA CONQUISTA
EUNÁPOLIS	MIGUEL CALMON	WANDERLEY
EUNÁPOLIS	NAZARÉ	
FEIRA DA MATA	NORDESTINA	

Fonte: DAB/SESAB, 2022.

De acordo com o Parecer Técnico nº 7/2022-SAPS/NUJUR/SAPS/M, emitido pelo Núcleo Jurídico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, atualmente designado como Coordenação-Geral de Demandas de Órgãos Externos da Atenção Primária (CGOEX/SAPS/MS), não há permissivo legal para que ocorra eventual mudança na finalidade dos polos do PAS. Caso o município ou Distrito Federal compreendam, no exercício de sua autonomia federativa, pela alteração de finalidade, devem restituir os recursos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos são fundamentais para reduzir a progressão das DCNT e de suas complicações, as quais respondem por perda da qualidade de vida das pessoas e elevadas taxas de morbimortalidade, neste sentido, as esferas de gestão do SUS vem envidando esforços para qualificar o cuidado prestado a população com o vistas a reduzir a morbimortalidade pelas DCNT, um destes esforços é o Projeto “Cuida APS”, uma parceria entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, que objetiva qualificar o cuidado às pessoas com condições crônicas, por meio de cursos de especialização para as equipes de saúde da atenção primária e da gestão, além da oferta de: conteúdo/materiais para facilitar a tomada de decisão clínica sobre o cuidado de pessoas com DCNT, instrumentos para apoiar o autocuidado de pessoas com doenças crônicas. Os apoiadores da DAB acompanham os planos de intervenção para qualificar as ações de enfrentamento às DCNT, elaborados pelos profissionais da AB, como produto do Curso desenvolvido pelo Projeto Cuida APS. O projeto está sendo desenvolvido em 27 municípios da macrorregião Norte.

Como estratégia para qualificação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e Atenção Primária, em geral, a DAB elaborou a proposta e vem implementando o Acolhimento Pedagógico (AP), abordando temas estruturantes para o desenvolvimento da Atenção à Saúde da Bahia, tendo a AB como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. A ação da DAB envolve a qualificação de orientadores de território, a formação presencial de facilitadores (profissionais de nível superior indicados pelos municípios) e a qualificação de trabalhadores da atenção básica; assim como, a disponibilização de manual para facilitadores e trabalhadores. O produto final do processo de qualificação do Acolhimento Pedagógico é a construção da territorialização, a análise de situação de saúde e o planejamento de cada uma das equipes formadas. Dos 417 municípios 358 (86,0%) aderiram ao AP e já foram formados mais 400 facilitadores. Está em curso a 3ª oferta de formação de facilitadores em diversas regiões e o trabalho com as equipes de saúde nos territórios já foi iniciado.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE REDE DE URGÊNCIA/ATENÇÃO ESPECIALIZADA

PLANO ESTADUAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS. BAHIA, 2022-2030

5. REDE DE URGÊNCIA/ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A Coordenação de Urgência encontra-se inserida na Diretoria de Atenção Especializada, Superintendência de Atenção Integral à Saúde e dentro do Plano Estadual de Saúde (PES) tem como compromisso de expandir, qualificar e humanizar a Rede de Urgência no Sistema Único de Saúde-Bahia, através da articulação e integração dos equipamentos de urgência.

Concebendo a premissa de ampliação da oferta e cobertura de serviços, conforme necessidade territorial, e que a organização da Rede de Atenção às Urgências é o eixo estruturante para a implementação da Política Estadual de Atenção às Urgências, a Bahia iniciou em 2011, a construção dos Planos Regionais de Atenção às Urgências. Para tanto, criou-se movimento de discussão colegiada com a participação do Grupo Condutor de Redes da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS) e o Ministério da Saúde.

O Estado da Bahia, no ano de 2012, em consonância com o Ministério da Saúde, aprovou as diretrizes, critérios e requisitos para a construção dos Planos Estadual, Regionais e Municipais da Rede de Atenção às Urgências, através da Resolução Comissão Intergestores Bipartite (CIB) n. 044/2012 (BAHIA, 2012). Inicialmente, o documento definiu os hospitais estratégicos para a Rede de Urgência, além da necessidade de organização da rede em tese, considerando os aspectos epidemiológicos, territoriais, capacidade instalada existente e o planejamento de novos pontos de atenção para contemplar uma maior resolutividade aos usuários.

Ainda em 2012, houve um avanço importante no contexto da organização da rede de urgência e emergência, através da aprovação do Plano de Ação da Rede (PAR) de Atenção às Urgências da Macrorregião Leste (Portaria GM/MS nº 1.723/2012), e posteriormente, o PAR da Macrorregião Sul (Portaria GM/MS nº 72/2014). Nesse sentido, o investimento recebido possibilitou uma melhoria da infraestrutura e a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), nas portas de entrada dos hospitais estratégicos, bem como a ampliação da capacidade instalada de leitos de unidade de

terapia intensiva e leitos clínicos na rede hospitalar. Cumpre-nos informar que os referidos planos se encontram em análise para atualização, no Ministério da Saúde.

No ano de 2014, a SESAB publicou o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA, documento técnico que subsidiou a implantação do ACCR em portas de entrada da rede, melhorando a qualidade da atenção e uniformizando a linguagem na rede em tese. A qualificação das portas de entrada foi produto de ação conjunta com a elaboração da Política Estadual de Humanização-BA, que contribuiu para a ampliação do acesso dos usuários, através das ações e estratégias de acolhimento, reestruturação da ambiência das portas de entrada, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Em 2015, a SESAB priorizou a implantação das Linhas de Cuidado Prioritárias cardiovascular, neurovascular e traumatológica. Por se tratar de agravos tempo-dependente, foram criados fluxogramas de atendimentos que otimizassem a utilização dos recursos, oportunizando o acesso à saúde para usuários. No ano de 2016, a SESAB instituiu a Política Estadual para a Redução de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que aprovou a implantação de Salas de Telemedicina (Portaria Estadual nº 1.230/2016).

Neste ensejo, destaca-se o investimento estadual no fortalecimento do componente hospitalar com ampliação do número de hospitais de referência regional. A gestão estadual ainda concentra a maior parte da gestão dos hospitais de alta complexidade, mesmo na capital, com quatro unidades habilitadas em alta complexidade.

Referente à linha do cuidado cardiovascular foi possível constatar que a implantação das salas de telemedicina distribuiu o TeleECG em muitos serviços de urgência e emergência, o que possibilita a identificação e o diagnóstico precoce do IAM em locais de vazios assistenciais, aumentando as chances de sobrevivência dos pacientes e reduzindo o número de óbitos.

Em mapeamento das portas de entrada dos hospitais estratégicos do estado, realizado em 2021, constatamos oferta de atendimento cardiológico em apenas dez hospitais (50%). Os dados mostram-se preocupantes, onde tal carência é percebida na dificuldade de acesso e de regulação das situações de urgência e emergência, na alta complexidade.

Quanto à Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), instituída pela Portaria GM/MS nº 665/2012 que prevê a habilitação dos estabelecimentos hospitalares como centros de atendimento de urgência aos pacientes com AVC no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), houve a implantação e habilitação de 14 leitos de Unidade de Agudos em AVC, no Hospital Geral Roberto Santos. Os hospitais estratégicos do estado ainda apresentam baixa oferta de neurologistas em suas portas de entrada, com apenas seis (30%) funcionando durante 24 h e mais seis (30%) no formato de sobreaviso. O formato de sobreaviso também gera atraso na abordagem inicial ao paciente com AVC, considerado um agravo tempo-dependente. O êxito da implantação das linhas do cuidado cardiovascular e neurovascular dependem de uma maior integração e articulação entre gestores, usuários e serviços para otimizar a utilização dos recursos tecnológicos disponíveis, nos diversos territórios, e a criação de fluxos e protocolos que possibilitem a melhoria do acesso dos usuários no contexto da rede de atenção. Para a linha do cuidado do AVE, considera-se como estratégia de identificação e diagnóstico precoce do AVC-isquêmico a utilização do telediagnóstico, já que muitos hospitais dispõem do tomógrafo, mas não possuem o neurologista.

No que tange à Linha de Cuidado Prioritário ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, esta foi instituída através da Portaria GM/MS nº 1.365/2013. Conforme mapeamento realizado, o serviço de ortopedia se mostrou como uma das especialidades de maior amplitude de oferta, de forma bastante distribuída entre as regiões de saúde, presente em 17 (85%) dos hospitais estratégicos.

5.1 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é o componente pré-hospitalar móvel da rede de atenção às urgências e emergências com objetivo de ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

A SESAB, desde 2002, vem desenvolvendo as ações de acordo com a normatização vigente, no sentido de apoiar o processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 em todo território estadual. Vale ressaltar que com a ampliação do serviço do SAMU no estado, houve incremento de recurso para custeio mensal do serviço. Em dezembro de 2014 o custeio mensal do estado correspondia ao valor de R\$ 3.010.500,00. Atualmente, o custeio mensal corresponde ao valor de R\$ 5.311.939,00, o que representa um aumento mensal no valor de R\$ 2.301.439,00.

Quanto à ampliação da cobertura do SAMU 192 no estado, em janeiro de 2014, existiam 19 Centrais de Regulação Regionais (CRU) e 296 unidades móveis, dentre as quais, 66 correspondiam a Unidade de Suporte Avançado (USA), 230 Unidades de Suporte Básico (USB), 29 motolâncias e 01 ambulância. Estes equipamentos funcionavam sob habilitação do Ministério da Saúde, atendendo ao total de 257 municípios do estado, correspondendo à cobertura de **78,37%** da população, estimada pelo IBGE em 14.175.341 habitantes.

Com a implantação do SAMU Regional de Serrinha em 2020, somam-se o total de 20 CRU localizadas nos municípios de Eunápolis, Teixeira de Freitas, Camaçari, Salvador, Alagoinhas, Juazeiro, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim, Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Brumado, Guanambi, Vitória da Conquista, Jequié, Irecê, Santo Antônio de Jesus, Serrinha, Feira de Santana, Ilhéus e Itabuna. Vale ressaltar que em 2013, o projeto do SAMU Regional Seabra/Itaberaba foi aprovado. Com a finalização da obra da Central de Regulação de Urgência, em 2021 o Ministério da Saúde aprovou a proposta de liberação das ambulâncias para o referido serviço. Ainda no ano de 2020, foi aprovada a expansão do SAMU Regional de Alagoinhas com a inclusão da Região de Saúde de Ribeira do Pombal.

Atualmente a Bahia dispõe de 410 equipamentos móveis, distribuídos entre 67 Unidades de Suporte Avançado, 320 Unidades de Suporte Básico, 21 motolâncias e 2 ambulâncias funcionando sob habilitação do Ministério da Saúde (Quadro 19) e atendendo à **306** municípios, o que corresponde a cobertura de **88%** da população estimada pelo IBGE (2021), equivalente a 13.582.084 habitantes. Do total de municípios cobertos, encontram-se financiados 254 municípios, os quais recebem custeio mensal no valor de R\$ 5.311.939,00.

Quadro 19. Cobertura do SAMU 192 por macrorregião e município. Bahia, 2021*

MACRORREGIÃO	SAMU REGIONAL 192	MUNICÍPIOS REGULADOS	POPULAÇÃO	Central de Regulação de Urgências(CRU)	USA (Unidade de Suporte Avançado)	USB (Unidade de Suporte Básico)	Motolância	Ambulancha
Planilha Municípios Cobertos pelo SAMU 192- BAHIA								
MACRORREGIÃO	SAMU REGIONAL 192	MUNICÍPIOS REGULADOS	POPULAÇÃO	EQUIPAMENTOS				
				Central de Regulação de Urgências(CRU)	USA (Unidade de Suporte Avançado)	USB (Unidade de Suporte Básico)	Motolância	Ambulancha
NORTE	Paulo Afonso	Abaré	20.594			1		
		Chorrochó	11.221		1	1		
		Glória	15.221			1		
		Jeremoabo	40.832			1		
		Macururé	7.752			1		
		Paulo Afonso	119.213	1	1	2		
		Pedro Alexandre	16.698			1		
		Rodelas	9.548			1		
		Santa Brigida	13.917			1		
		9	254.996	1	2	10	0	0
	Senhor do Bonfim	Andorinha	14.416			1		
		Gonçalves	11.955			1		
		Campo Formoso	71.754			2		
		Filadélfia	16.314			1		
		Itiúba	36.140			1		
		Jaguarari	33.915			1		
		Pindobaçu	20.048			1		
		Ponto Novo	14.729			1		
		Senhor do Bonfim	79.813	1	2	1	1	
		9	299.084	1	2	10	1	0
	Juazeiro	Lourdes	28.839			1		
		Canudos	16.832			1		
		Casa Nova	73.092			1		
		Curaçá	35.065			1		
		Juazeiro	219.544	1	2	5	1	
		Pilão Arcado	35.295			1		
		Remanso	41.324		1	1		
		Sento Sé	41.279			1		
		Sobradinho	23.274			1		
		10	538.535	1	3	14	1	0

Fonte: SESAB/DAE/COUR

*Dados atualizados em novembro de 2021. Devido a extensão a planilha completa irá em anexo em formato *Excel*.

5.2 UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24H (UPA)

Atualmente existem **77 UPA 24h** aprovadas para o estado da Bahia, o que corresponde uma cobertura de 45% da população do estado. Destas, **57** unidades encontram-se em funcionamento, o que corresponde a 73% do total das UPA aprovadas. (Quadro 20)

Quanto ao tipo de gestão, quatro (**04**) unidades são de gestão estadual (Cabula, Feira de Santana, Vitória da Conquista e Jequié) e **53** são de gestão municipal (Bom Jesus da Lapa, Luís Eduardo Magalhães, Barreiras, Santa Maria da Vitória, Porto Seguro (Frei Calixto e Arraial da Ajuda), Prado, Teixeira de Freitas, Seabra, Feira de Santana (Mangabeira e Queimadinha), Ipirá, Juazeiro, Sr. do Bonfim, Irecê, Morro do Chapéu, Capim Grosso, Caetité, Itapetinga, Poções, Guanambi, Cruz das Almas, Vera Cruz, Salvador (São Cristóvão, Adroaldo Albergaria, Valéria, San Martin, Hélio Machado, Barris,

Brotas, Santo Inácio, Paripe, Cidade Baixa Santo Antônio), Simões Filho, Camaçari (Gleba A e Arembepe), Dias D'Ávila, Lauro de Freitas, Itaberaba, Jacobina, Maragogipe, Santo Antônio de Jesus, Monte Santo, Livramento de Nossa Senhora, Euclides da Cunha, Araci, Jaguaquara, Itabuna, Macaúbas, Alagoinhas, Rio Real, Esplanada e Ilhéus).

Quadro 20. Relação da UPAS em funcionamento de acordo com a macrorregião, município, porte e gestão da unidade. Bahia, 2022.

MACRO	MUNICÍPIOS COM UPA EM FUNCIONAMENTO	UPA EM FUNCIONAMENTO	PORTE	GESTÃO
Oeste	BOM JESUS DA LAPA	UPA 24h Bom Jesus da Lapa	I	Municipal
	LUÍS EDUARDO MAGALHÃES	UPA Luís Eduardo Magalhães	I	Municipal
	BARREIRAS	UPA de Barreiras	II	Municipal
	SANTA MARIA DA VITÓRIA	UPA Santa Maria da Vitória	I	Municipal
Extremo Sul	PORTO SEGURO	UPA Frei Calixto	II	Municipal
		Arrail da Ajuda	I	Municipal
	TEIXEIRA DE FREITAS	UPA Unidade de Pronto Atendimento	II	Municipal
	PRADO	UPA 24h Prado	I	Municipal
Centro Leste	SEABRA	UPA 24h de Seabra Jorge Alves de Oliveira	I	Municipal
	MONTE SANTO	UPA 24h Monte Santo	I	Municipal
	IPIRÁ	UPA de Ipirá Genário Libório Lima	I	Municipal
	FEIRA DE SANTANA	UPA de Feira Santana (Fros da Mota)	III	Estadual
		UPA da Mangabeira Jairo de Jesus Santos	I	Municipal
		UPA da Queimadinha	II	Municipal
	ITABERABA	UPA Dr. Nelson Ribeiro de Alencar	I	Municipal
	ARACI	UPA de Araci	I	Municipal
Norte	SR. DO BONFIM	UPA de Sr. do Bonfim	I	Municipal
	JUAZEIRO	UPA Dr. João Oliveira	II	Municipal
	IRECÊ	UPA 24h Rosa Maria Oliveira Bastos	I	Municipal
Centro Norte	MORRO DO CHAPÉU	Unidade de Pronto Atendimento Tolentino Oliveira Guimarães	I	Municipal
	JACOBINA	UPA de Josefa Maia da Silva	II	Municipal
	CAPIM GROSSO	UPA Capim Grosso	I	Municipal
	CAETITÉ	UPA 24h de Caetité	III	Municipal
Sudoeste	ITAPETINGA	UPA 24h Itapetinga	I	Municipal
	POÇÕES	UPA 24h Vilibaldo Macedo	I	Municipal
	GUANAMBI	UPA 24h Guanambi	I	Municipal
	LIVRAMENTO DA NOSSA SENHORA	UPA Marilton Tanajura Matias	I	Municipal
	Macaúbas	UPA Luís Eduardo Magalhães	II	Municipal
	VITÓRIA DA CONQUISTA	UPA 24h Vitória da Conquista(estadual)	III	Estadual
	CRUZ DAS ALMAS	UPA 24h UPA I	I	Municipal
	VERA CRUZ	UPA de Vera Cruz	II	Municipal
Leste	SÃO CRISTÓVÃO	UPA 24h São Cristóvão	III	Municipal
	ADROALDO ALBERGARIA	UPA 24h Professor Adroaldo Albergaria	III	Municipal
	BARRIS	UPA 24h Vale dos Barris	III	Municipal
	SANTO INÁCIO /Pirajá	UPA 24h Pirajá/ Stº Inacio	III	Municipal
	PARIPE	UPA de Paripe	III	Municipal
	BROTAS	UPA dos Brotas	III	Municipal
	VALÉRIA	UPA 24h Valéria	III	Municipal
	SAN MARTIN	UPA 24h San Martin	III	Municipal
	CIDADE BAIXA	UPA 24H Cidade Baixa do SANTO ANTONIO	III	Municipal
	HÉLIO MACHADO	UPA 24h Itapõa	III	Municipal
	CABULA	UPA Cabula	III	Estadual
	LAURO DE FREITAS	UPA de Itinga	II	Municipal
	SIMÕES FILHO	UPA Simões Filho	II	Municipal
	DIAS DÁVILA	UPA de Lucas Evangelista	I	Municipal
	CAMAÇARI	UPA 24h Gleba A Gravatá	II	Municipal
		UPA 24h Arembepe	I	Municipal
	SANTO ANTONIO DE JESUS	UPA 24h Antônio Rogério Fernandes dos Santos	II	Municipal
	MARAGOGIPE	UPA de Maragogipe	I	Municipal
Sul	ITABUNA	UPA de Monte Santo	I	Municipal
	JEQUIÉ	UPA de Jaguaquara	I	Municipal
		UPA de Eunice Jesus Leal Almeida	I	Estadual
Nordeste	RIO REAL	UPA 24h Ana Leolpoldina dos Santos	I	Municipal
	ALAGOINHAS	UPA de Alagoinhas	I	Municipal
	ESPLANADA	Upa Palame	I	Municipal
TOTAL				56

Fonte: SESAB/DAE/COUR

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA OCORRÊNCIA DE DESASTRES

PLANO ESTADUAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS. BAHIA, 2022-2030

6.0 PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA AS DANT NA OCORRÊNCIA DE DESASTRES

OBJETIVO: Fortalecer a capacidade de resposta da Vigilância Epidemiológica nos municípios em situação de emergência.

As chuvas intensas ocasionadas por uma conjunção incomum de fatores meteorológicos atingiram as regiões Sul, Extremo Sul e Sudoeste do Estado em dezembro de 2021, causando inúmeros danos, nas estradas, habitações e lavouras, deixando um rastro de destruição, mortes, pessoas desalojadas e desabrigadas. Em 197 cidades foi declarada situação de emergência. Mesmo após semanas de chuva, ainda havia locais isolados, principalmente em zonas rurais, em pontos altos. A região mais afetada possuía muitas serras e morros, tornando ainda mais difícil o acesso.

Entre as estruturas atingidas pelas chuvas estavam unidades de saúde, onde além dos danos à estrutura física, houve a perda de material e medicamentos, impossibilitando o atendimento da população nestes equipamentos. Faz-se, pois, necessário que os municípios se preparem para situações similares de modo a minimizar os impactos gerados pelas chuvas e outros desastres naturais possíveis de ocorrer nos seus territórios. É de fundamental importância o mapeamento de toda área e a distribuição espacial das habitações, escolas, creches, clubes de serviço e unidades de saúde, bem como dos pacientes que estão em tratamento para doenças crônicas, os que fazem tratamento fora do domicílio, os acamados e ou com limitações físicas, de modo a agilizar, se necessário a evacuação de áreas e os encaminhamentos para locais de alojamento/abrigo; o primeiro e principal passo nestas ocorrências é salvar vidas.

Assim propomos a elaboração de uma matriz de intervenção (Quadro 21) contemplando as ações estratégicas, atividades a serem desenvolvidas, recursos necessários, resultados esperados, responsáveis, prazos e indicadores de monitoramento.

- Articular com as áreas da infraestrutura, saúde, educação, assistência social, sociedade civil e outras para monitoramento e definição das ações de resposta integrada.
- Divulgar diariamente através dos meios de comunicação local de boletins sobre a situação e orientações para população.

- Elaborar e publicar dos números de telefones para as emergências em locais públicos e através dos meios de comunicação disponíveis (rádios, serviços de som, blogs...).
- Nas áreas com ACS/ACE e ou com representantes locais, clubes de serviço, instituições religiosas... estabelecer comunicação de risco através de mensagens por SMS/WhatsApp (sistema de alerta de alarme comunitário) com informações sobre mudanças no padrão das chuvas, necessidade de evacuação de áreas, informações sobre vacinação, distribuição do hipoclorito, locais para abrigo e outras informações necessárias.
- Mapeamento de áreas, populações em maior vulnerabilidade e serviços;
- Identificação dos locais de abrigo das vítimas das chuvas (condições sanitárias, número de pessoas/faixa etária, estado de saúde (doenças pré-existent, situação vacinal, sinais e sintomas de doenças transmissíveis).
- Verificar com a assistência social (CRAS e CREAS) a avaliação de vulnerabilidade social e os encaminhamentos para concessão dos benefícios pertinentes com cada caso
- Análise dos sistemas de informação (SINAN, GAL, SIPNI) a fim de conhecer a situação epidemiológica dos municípios;
- Orientar as equipes da atenção primária local quanto à realização de busca ativa e visitas domiciliares aos pacientes, em TFD (principalmente os em terapia renal substitutiva, para avaliação do quadro clínico e encaminhamentos necessários)
- Verificar com a assistência farmacêutica o estoque e como está sendo feita a revalidação de receitas e dispensação de medicamentos para os pacientes de DCNT (doenças respiratórias, cardiovasculares, diabetes, neoplasias e renais), hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, sífilis
- Verificar como estão sendo disponibilizados os testes para sífilis, HIV, COVID-19
- Realização de webreunião com profissionais da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica para fomentar a necessidade de retroalimentação dos sistemas de notificação;
- Divulgação de webpalestras sobre a temática;
- Divulgação de materiais educativos para o reconhecimento dos sinais e sintomas, e manejo das doenças de notificação compulsória

- Reunião com a CIR com apresentação e pactuação da proposta de implantação de vigilância diária de casos suspeitos de doenças de notificação compulsória e surtos e os encaminhamentos necessários;
- Sensibilização dos profissionais para vigilância de doenças e agravos emergentes;
- Implementação de formulário para captação imediata de casos;
- Alimentação regular dos sistemas de informação em saúde;
- Elaboração de fluxo para envio de amostras ao Lacen;
- Mapear a rede de assistência dos municípios:
- Estabelecer o fluxo para o atendimento para os casos de síndromes gripais, DTHA
- Definir municípios/unidades onde serão acondicionados os soros para às vítimas por animais peçonhentos
- Identificação e visita aos abrigos de animais
- Realizar Campanhas de vacinação animal
- Levantar necessidade de Hipoclorito de Sódio a 2,5%;
- Enviar o Hipoclorito de Sódio a 2,5% para as áreas atingidas;
- Distribuição de informes técnicos sobre a utilização correta do hipoclorito de sódio à 2,5%;
- Levantamento das coberturas vacinais dos municípios;
- Envio de imunobiológicos, seringas e agulhas;
- Articulação com os municípios para ampla divulgação;
- Acompanhar a execução das campanhas;
- Avaliação dos resultados das ações;
- Realização de multivacinação prioritária nos abrigos, lar de idosos, desalojados, populações indígenas e ribeirinhas;

Quadro 21. Matriz do Plano de Contingência para as DANT na ocorrência de desastres naturais.

Situação Problema: Emergência de Saúde Pública por desastres naturais						
Objetivo: Fortalecer a capacidade de resposta da Vigilância Epidemiológica nos municípios em situação de emergência pós chuvas						
Ações estratégicas	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos Necessários	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Indicadores para avaliar o alcance dos objetivos
Identificar principais problemas que impactam na saúde da população atingida	· Mapeamento de áreas, populações e serviços com maior vulnerabilidade; · Identificação dos locais de abrigo das vítimas das chuvas (condições sanitárias, número de pessoas/faixa etária, estado de saúde (doenças pré-existent, situação vacinal, sinais e sintomas de doenças transmissíveis). · Verificar com a assistência social (CRAS e CREAS) a avaliação de vulnerabilidade social e os encaminhamentos para concessão dos benefícios pertinentes com cada caso.					
	· Análise dos sistemas de informação (SINAN, GAL, SIPNI) a fim de conhecer a situação epidemiológica dos municípios;					
	· Orientar as equipes da atenção primária local quanto à realização de busca ativa e visitas domiciliares aos pacientes, em TFD (principalmente os em terapia renal substitutiva, para avaliação do quadro clínico e encaminhamentos necessário.					
	· Verificar com a assistência farmacêutica o estoque e como está sendo feita a revalidação de receitas e dispensação de medicamentos para os pacientes de DCNT (doenças respiratórias, cardiovasculares, diabetes, neoplasias e renais), hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, sífilis.					

FONTE: CODANT/DIVEP

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PLANO ESTADUAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS. BAHIA, 2022-2030

7.0 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia (DASF) é composta por duas coordenações responsáveis pela distribuição dos medicamentos e insumos para o Enfrentamento das Doenças e Agravos não Transmissíveis, a saber: a coordenação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (CAFAB) e a coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (COAFE). A coordenação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (CAFAB) é responsável por assessorar os municípios do estado da Bahia na linha da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, avaliando e autorizando a distribuição de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) pactuados na Resolução CIB 49/2015. As normas de financiamento e execução do CBAF são reguladas pela Portaria GM/MS nº 1.555/2013 e as Portarias GM/MS de Consolidação nº 02 e 06 de 2017, sendo que, o financiamento desse Componente é de responsabilidade das três esferas da gestão. A coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (COAFE) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde. O fluxo de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) está baseado na Portaria GM/MS de Consolidação nº 02 de 2017, na qual são necessárias 5 etapas obrigatórias (solicitação, avaliação, autorização, dispensação, e renovação de tratamento) devem ser registradas em sistema informatizado para que o Ministério da Saúde tenha conhecimento do trajeto do medicamento até a sua chegada às mãos do paciente. Na Bahia, o sistema utilizado é o sistema AFsesab, que também dispõe da plataforma de faturamento de APAC (obrigatória para cumprimento das exigências da Portaria do CEAF). O elenco dos medicamentos e como são disponibilizados para o tratamento das DCNT estão descritas nos despachos 00058228723 e 00058294897. As unidades realizam a programação dos pedidos através do Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica (SIGAF) e cada coordenação avalia e autoriza os pedidos de acordo com sua competência.

A Coordenação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (CAFAB), é uma das coordenações da Diretoria da Assistência Farmacêutica (DASF) responsável por assessorar os municípios do estado na linha da Assistência Farmacêutica na Atenção

Básica. Dessa forma, uma das competências desta coordenação é a avaliação e autorização para a distribuição de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), pactuados na Resolução CIB 49/2015. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é regulado pela Portaria GM/MS nº 1.555/2013 e as Portarias GM/MS de Consolidação nº 02 e 06 de 2017, que dispõem sobre as normas de financiamento e execução do CBAF, de modo que o financiamento desse Componente é de responsabilidade das três esferas da gestão. Dentre os medicamentos do CBAF constam OS PARA tratamento de doenças crônicas como Hipertensão (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Doenças Respiratórias Crônicas. Atualmente são disponibilizados os seguintes medicamentos e insumos sob responsabilidade de aquisição estadual: Enalapril 20mg comprimido, Furosemida 40mg comprimido, Glibenclamida 5mg comprimido, Gliclazida 30mg comprimido, Hidroclorotiazida 25mg comprimido, lanceta para punção capilar digital, Losartana 50mg comprimido, Metformina 850mg comprimido, Metildopa 250mg comprimido, tira reagente para determinação de glicemia capilar e para o suporte a doenças respiratórias o Salbutamol 10mg aerossol. Ressaltamos que há na Resolução CIB 49/2015 outros medicamentos no âmbito do CBAF, contudo, a responsabilidade de aquisição é municipal.

Além dos medicamentos e insumos supracitados, há o fornecimento de medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde. As Insulinas Humanas (NPH e Regular) pertencentes ao CBAF, são adquiridas pelo MS e fornecidas mensalmente ao Estado, possibilitando o fornecimento aos municípios. Compete aos municípios a disponibilização dos medicamentos nas unidades de saúde no seu território. Além do apoio ao tratamento da hipertensão e diabetes, esta área técnica também atua no fornecimento de medicamentos para controle do tabagismo os quais são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos pelo Estado. O atendimento aos municípios está condicionado ao preenchimento do levantamento de informações solicitadas pelo INCA/MS, no formulário do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Assim com periodicidade quadrimestral o INCA/MS realiza levantamento dos dados de atendimentos e consumo dos municípios.

Os municípios que manifestaram interesse quanto a adesão ao programa, através do preenchimento do formulário, poderão realizar a solicitação de medicamento a CAFAB, e dessa forma, a avaliação é feita de acordo com as informações contidas no levantamento realizado pelo INCA. As programações dos medicamentos do CBAF e para controle do

tabagismo devem ser realizadas trimestralmente pelos municípios no Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica (SIGAF), considerando a contrapartida estadual prevista, a demanda e estoque existente no município, podendo ser realizada programação complementar, caso o município identifique necessidade e possua saldo de contrapartida para os medicamentos do CBAF, adquiridos pelo Estado, e no caso dos medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde possuam demanda justificada.

A COAFE é a coordenação do DASF/SAFTEC que gerência o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF. O CEAF é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. O fluxo de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) está baseado na Portaria GM/MS de Consolidação no 2 de 2017. Essa portaria do Ministério da Saúde - MS define que para execução do componente são necessárias 5 etapas obrigatórias (solicitação, avaliação, autorização, dispensação, e renovação de tratamento) devem ser registradas em sistema informatizado para que o Ministério da Saúde tenha conhecimento do trajeto do medicamento até a sua chegada às mãos do paciente.

Na Bahia, o sistema utilizado é o sistema AFsesab, que também dispõe da plataforma de faturamento de APAC (obrigatória para cumprimento das exigências da Portaria do CEAF). Em resumo, é necessário que a paciente encaminhe os documentos e exames atualizados em uma das unidades do CEAF; se os critérios clínicos estiverem de acordo com o PCDT do Ministério da Saúde, a solicitação será deferida e posteriormente a paciente receberá a dispensação dos medicamentos. Desta forma, por conta das exigências legais em relação ao componente, é necessário que a dispensação do medicamento ocorra na unidade onde o paciente realizou a solicitação do medicamento. No interior do estado essa solicitação ocorre nas Regionais de Saúde do Estado (as antigas DIRES). Para facilitar o entendimento de pacientes e profissionais de saúde de disponibilizados no site da SESAB de uma página com os principais fluxos para solicitação de medicamentos através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), segue link: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/medicamentos/medicamentos-especializados/fluxos-de->

atendimento-por-patologia/ Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas, que são: Medicamentos do Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e Medicamentos do Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Medicamentos do Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Em relação os três grandes grupos do Plano Estadual de DANT, os medicamentos distribuídos através da COAFE estão sempre correlacionados com os CIDs descritos na tabela SIGTAP. Relação dos medicamentos no Anexo 3.

INDICADORES, METAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS E MONITORAMENTO DOS RESULTADOS

PLANO ESTADUAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS. BAHIA, 2022-2030

8. INDICADORES, METAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS

Planilha 1. PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO DAS DANT/PLANILHA DE INDICADORES, METAS E AÇÕES

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)											
INDICADORES	META	LINHA DE BASE (2019)	PROJEÇÃO								
			2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	Reduzir em 2% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	301,2/ 100.000	295,1/ 100.000	289,2/ 100.000	283,4/ 100.000	277,8/ 100.000	272,2/ 100.000	266,8/ 100.000	261,4/ 100.000	256,2/ 100.000	251,1/ 100.000
Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama	Reduzir em 10% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama na população feminina	24,2/ 100.000	23,9/ 100.000	23,7/ 100.000	23,4/ 100.000	23,2/ 100.000	23,0/ 100.000	22,7/ 100.000	22,5/ 100.000	22,2/ 100.000	21,8/ 100.000
Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero	Reduzir em 10% mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero	10,9/ 100.000	10,8/ 100.000	10,7/ 100.000	10,6/ 100.000	10,5/ 100.000	10,4/ 100.000	10,3/ 100.000	10,2/ 100.000	10,1/ 100.000	9,85/ 100.000
Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo	Reduzir em 10% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de pulmões e brônquios na população masculina	11,6/ 100.000	11,5/ 100.000	11,3/ 100.000	11,2/ 100.000	11,1/ 100.000	11,0/ 100.000	10,9/ 100.000	10,8/ 100.000	10,7/ 100.000	10,4/ 100.000
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	Aumentar para 80% a proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	13,4% (2022Q1)	20%	25%	35%	50%	60%	65%	70%	75%	80%
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	Aumentar para 80% proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	18,2% (2022Q1)	22%	30%	40%	50%	60%	65%	70%	75%	80%
Casos notificados no Sinan de transtornos mentais, pneumoconioses e cânceres relacionados ao trabalho.	Aumentar em 10% ao ano o número de casos de transtornos mentais, pneumoconioses e cânceres relacionados ao trabalho.	218	240	264	290	319	351	386	425	467	514

Eixos	Ações estratégicas	Responsáveis
1.Promoção da saúde	Realizar mobilização no Dia Mundial da Saúde alusiva a adoção de hábitos saudáveis de vida. Realizar mobilizações de orientação a população nas datas temáticas relacionadas às DCNT e seus fatores comportamentais de risco. Monitorar as atividades realizadas pelos Polos do Academia da Saúde e estimular a prática de atividades sociointegrativas, de promoção de comportamentos saudáveis por ciclo de vida e para pessoas em risco de desenvolver DCNT. Promover a prática da alimentação saudável, práticas corporais/atividade física, prevenção do tabagismo, consumo de álcool e drogas. Apoiar institucionalmente os municípios e regionais de saúde na implementação do programa de controle do tabagismo. Realizar ações educativas voltadas à prevenção dos cânceres de colo do útero e mama Desenvolver ações de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, saúde mental e prevenção das DCNT e dos agravos relacionados ao trabalho, incluindo intervenções nos ambientes e processos de trabalho, mudanças nos processos produtivos e nas formas de gestão e organização do trabalho. Estabelecer articulações e práticas intersetoriais que permitam considerar os impactos à saúde dos trabalhadores e da população em geral nos processos decisórios das políticas relativas ao desenvolvimento econômico social, de modo a contribuir para a redução da morbimortalidade relacionada a fatores e situações de risco presentes nos processos produtivos nos territórios. Promover iniciativas intersetoriais que impactem na redução da influência de agentes ambientais e relacionados ao trabalho nas causas e agravamentos das doenças respiratórias crônicas.	DIVEP, DAB, DGC, DIVISA, DIVAST DIVEP, DAB, DGC, DIVISA, DIVAST DAB DAB, DGC DAB, DGC DAB/DGC DIVAST DIVAST DIVAST/DIVISA

	Realizar capacitações para municípios das macrorregiões Oeste, Norte e Sudoeste para implantação de unidades de monitoramento de doenças respiratórias em menores de 5 anos e maiores de 60 anos. Identificar áreas sob risco ambiental Intensificar nos processos formativos junto aos profissionais a notificação de doenças e agravos respiratórios Realizar o monitoramento de agrotóxicos e metais pesados em água para consumo humano de municípios prioritários.	DIVISA DIVISA DIVISA DIVISA
2. Prevenção de Doenças e Agravos à saúde	Desenvolver plano de contingência para acompanhamento dos indivíduos com DCNT na ocorrência de desastres naturais. Realizar capacitações para os profissionais da atenção primária voltadas ao diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Realizar capacitações para os profissionais da atenção primária para coleta do Papanicolau e exame da mama. Realizar ações de educação em saúde referentes aos cuidados de prevenção ao pé diabético Disponibilizar para os municípios e regionais guias, manuais, protocolos sobre as DCNT. Monitorar e apoiar as ações das salas de pé diabético. Realizar o controle da qualidade dos equipamentos de mamografia; Realizar ações educativas voltadas a conscientização da importância da adesão à reabilitação de sequelas relacionadas às DCNT; Realizar ações educativas com objetivo de estimular a prática adaptada de atividades de vida diária (AVD's) e atividades laborais para as pessoas com sequelas relacionadas às DCNT.	CODANT/DIVEP DAB DAB, DGC, DAE DAB DAB, DGC, DAE DAB, DAE DIVISA DGC DGC

3. Vigilância em Saúde	Produzir e divulgar informações sobre as DCNT para instrumentalizar as equipes das regionais e municípios. Promover ações de educação permanente para implementação da vigilância das DCNT. Apoiar institucionalmente os municípios e regionais quanto às informações necessárias sobre as DCNT. Realizar o monitoramento dos registros de cânceres (RHC e RCBP). Realizar o treinamento para os técnicos que atuam nos RHCs. Elaborar o painel de monitoramento com as principais metas e indicadores de acompanhamento do Plano Estadual de Enfrentamento das DANT do Estado. Monitorar e avaliar a redução da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) para o conjunto das quatro principais DCNT (Doenças Cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus) em 2% ao ano, no estado. Ampliar e qualificar ações de Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador (VE-ST) para detecção oportuna, investigação e notificação do Câncer e Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho e das Pneumoconioses nos Sistemas de Informação em Saúde (Sinan, SIM, RCBP, RHC, DataAmianto), e realizar ações de VE-ST de forma complementar e complementar aos municípios. Fortalecer ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho, por meio de inspeções sanitárias em saúde do trabalhador, para controle e prevenção de fatores e situações de risco para cânceres, com destaque para populações expostas ao amianto, benzeno, radiações e agrotóxicos.	CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP, INCA CODANT/DIVEP, INCA CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP DIVAST DIVAST
------------------------	--	---

4.Atenção integral	Apoiar a construção, pelos municípios, da Linha de Cuidado das DCNT com projeto terapêutico adequado e vinculação à equipe de saúde, garantindo a integralidade, continuidade da atenção à saúde. Apoiar os municípios, no processo de trabalho da Rede de Atenção e na definição dos fluxos entre a Atenção Básica, Especializada e Hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado aos portadores de DCNT. Realizar oficinas regionais de educação permanente para os profissionais de saúde, visando qualificar as ações de promoção e atenção às DCNT. Ampliar o acesso das mulheres da população-alvo à mamografia de rastreamento. Utilizar métodos de Telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce e preciso do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e na abordagem do Acidente Vascular Encefálico (AVE). Elaborar documentos técnicos (manuais, orientações, notas técnicas e informativas) para qualificar ações de Atenção à Saúde do Trabalhador, com destaque para os cânceres, doenças respiratórias e transtornos mentais relacionados ao trabalho. Promover ações de Educação Permanente para a construção de habilidades, competências e cuidado interdisciplinar dos profissionais da APS para a identificação de doenças relacionadas ao trabalho, com destaque para os cânceres, transtornos mentais e doenças respiratórias relacionados ao trabalho.	DAB/DGC/DAE DAB/DGC/DAE DAB/DGC/DAE DAE DAE DIVAST DIVAST
--------------------	--	--

FATORES DE RISCO PARA DCNT												
INDICADORES	META	LINHA DE BASE (2019)	PROJEÇÃO									
			2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
Prevalência da prática de atividade física no tempo livre.	Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%,	41,3%	42,4 %	43,6 %	44,8 %	46,1 %	47,4 %	48,7 %	50,1 %	51,5 %	53,7 %	
Consumo recomendado de frutas e de hortaliças.	Aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%.	26,8%	27,5 %	28,3 %	29,1 %	30,0 %	31,0 %	31,8 %	32,7 %	33,6 %	34,8 %	
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas.	Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%,	24,3%	24,0 %	23,8 %	23,5 %	23,3 %	23,1 %	22,8 %	22,6 %	22,4 %	21,8 %	
Prevalência de tabagismo.	Reduzir a prevalência de tabagismo em 20%.	5,4%	5,3%	5,2	5,0%	4,8%	4,7%	4,6%	4,5%	4,4%	4,3%	
Cobertura vacinal contra o HPV	Atingir 80% de D1 e 60% D2 de cobertura vacinal contra o HPV para meninas de 9 a 14 anos	D1 74,8%	68,1 %	81,7	82,0	83,0	84,0	85,0	86,0	87,0	88,0 %	
		D2 50,3%	51,0 %	61,1 %	73,4 %	80,1 %	80,5 %	80,8 %	81,0 %	82,0 %	82,5 %	
Eixos	Ações estratégicas							Responsáveis				
1.Promoção da saúde	Apoiar institucionalmente as ações de promoção da saúde, voltadas para a alimentação saudável, as culturas alimentares locais, práticas corporais, esportivas e atividade física junto às equipes da atenção primária.							DAB, DGC				
	Divulgar os guias alimentares para estimular os municípios na realização de ações voltadas às escolhas alimentares saudáveis, principalmente através da Rede Cegonha, Estratégia Amamenta e Alimenta, Academia da Saúde e Programa Saúde na Escola.							DAB, DGC				
	Apoiar os municípios para a implementação e desenvolvimento do Programa de Controle do Tabagismo monitorando os resultados do VIGITEL sobre a prevalência de tabagismo em adultos ≥ 18 anos na capital do estado.							DGC, DAB				
	Realizar anualmente uma capacitação estadual para professores sobre a temática do controle do tabaco e derivados.							DGC, DAB				
	Implementar e qualificar a vigilância alimentar e nutricional no contexto da Atenção Básica de											

	Saúde por meio da utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) web, em todas as fases do ciclo de vida, a fim de monitorar a prevalência de sobrepeso, obesidade e fatores associados ao consumo de alimentos não saudáveis. Articular com a Vigilância Sanitária dos municípios para a verificação nos estabelecimentos inspecionados, quanto ao cumprimento da legislação que visa garantir os ambientes de uso coletivo livres do tabaco. Articular com os CEREST a implementação das notificações sobre o trabalho infantil. Desenvolver campanhas de mídia sobre uso de álcool e direção, uso de álcool e trabalho e emprego, uso de álcool e violência doméstica e uso de álcool e doenças crônicas e das medidas de proteção e divulgação dos serviços de saúde disponíveis para o apoio à prevenção e cessação do consumo. Promover iniciativas intersetoriais que impactem na redução da influência de agentes ambientais e relacionados ao trabalho nas causas e agravamentos das doenças respiratórias crônicas.	DGC, DAB DIVISA DIVAST DIVAST DIVAST
2. Prevenção de Doenças e Agravos à saúde	Realizar campanha de vacina e disponibilizar na rede básica na rotina dos serviços a vacina contra HPV. Implementar em articulação com os municípios a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Estimular o desenvolvimento de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade e nos serviços de saúde no âmbito do SUS, por meio do incentivo à implementação de "ambientes livres de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco". Construir subsídios para a implementação de programas de incentivo à atividade física e redução do comportamento sedentário no trabalho nos setores público e privado.	DIVEP/DAB DAB/DGC DIVAST DIVAST
3. Vigilância em Saúde	Articular com as demais diretorias o monitoramento do Plano Estadual de DANT para nortear novas ações. Elaborar boletins epidemiológicos sobre fatores de risco com base nos dados do VIGITEL/MS. Realizar seminário sobre Promoção da Saúde para profissionais das regionais e municípios. Monitorar os casos e óbitos por intoxicações exógenas por agrotóxicos, metais pesados,	DIVEP, DAB, DGC, DIVISA, DIVAST DIVEP DIVEP, DAB, DAE, DGC, DIVAST/DIVISA

	produtos de uso domiciliar, produtos químicos, raticidas e produtos veterinários com verificação de relações com as violências autoprovocadas e com o trabalho. Estimular e apoiar ações de vigilância em saúde oportuna, de populações expostas a agentes químicos como agrotóxicos, metais pesados, petróleo e seus derivados, por trabalhadores e populações rurais, ribeirinhas, pescadores, quilombolas outros grupos vulneráveis e realizar ações complementar aos municípios.	DIVAST DIVAST
4.Atenção integral	Ampliar em 10% os municípios com adesão ao programa de tabagismo. Alcançar e manter 40% dos municípios do estado com adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabaco (PNCT). Ofertar ao ano duas qualificações estaduais para tratamento do tabagismo no PNCT, destinadas à profissionais da saúde das categorias profissionais aptas a oferecer o tratamento do tabagismo. Estimular os municípios para o desenvolvimento de ações voltadas à atenção integral para o envelhecimento ativo. Apoiar a ampliação do acesso para o tratamento a usuários e dependentes de álcool e aos seus familiares, com ênfase nas populações vulneráveis, como adolescentes, adultos jovens, baixa escolaridade, baixa renda, população de rua, indígenas e quilombolas.	DAB, DGC DGC/DAB DAB, DGC DAB, DGC DAB, DGC

AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS)

INDICADORES	META	LINHA DE BASE (2019)	PROJEÇÃO								
			2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Taxa de mortalidade por lesões de trânsito.	Reduzir em 50% a taxa de mortalidade por lesões de trânsito.	14,86/ 100. 000	13,81/ 100.000	12,85/ 100.000	11,95/ 100.00 0	11,1 1/ 100. 000	10,3 3/ 100. 000	9,61/ 100. 000	8,94/ 100. 000	8,31/ 100. 000	7,4310 0.000/ 0
Taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos.	Reduzir em 50% a taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos.	4,93/ 100.000	4,58/ 100.000	4,26/ 100.000	3,96/ 100. 000	3,68 100. 000/	3,42/ 100. 000	3,18/ 100. 000	2,96 100. 000/	2,75/ 100. 000	2,46/ 100.00 0
Taxa mortalidade por suicídios.	Deter o crescimento da taxa mortalidade por suicídios.	4,69/ 100.000	4,59/ 100.000	4,50/ 100.000	4,41/ 100.00 0	4,32/ 100. 000	4,23/ 100. 000	4,15/ 100. 000	4,07/ 100. 000	3,99/ 100. 000	3,91/ 100.00 0
Taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais.	Deter o crescimento da mortalidade de idosos por quedas acidentais.	39,2/ 100.000	38,41/ 100.000	37,64/ 100.000	36,89/ 100.00 0	36,1 5/ 100. 000	35,4 3/ 100. 000	34,7 2/ 100. 000	34,0 3/ 100. 000	33,3 4/ 100. 000	32,68/ 100. 000
Percentual de pessoas idosas com avaliação multidimensional realizada na APS	Ampliar o número de pessoas idosas que realizaram avaliação multidimensional em 30%	*	10%	12,5%	15%	17,5 %	20%	22,5 %	27,5 %	29%	30%
Percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan.	Aumentar em 5.5% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan.	395	397	400	402	404	406	409	411	414	417
Percentual de completude do campo "acidente de trabalho" na DO/SIM com informação válida e fidedigna (caso de óbito por causa externa investigado)	Reduzir em 10% ao ano a incompletude do campo "acidente de trabalho" no SIM (informação válida e fidedigna, registrada após investigação epidemiológica do caso de óbito por causa externa)	82,2	74,0	67,4	60,7	54,7	49,3	44,4	40,0	36,0	33,6

Eixos	Ações estratégicas							Responsáveis			
1.Promoção da saúde	Elaborar material educativo voltados à educação no trânsito. Desenvolver ações educativas para profissionais e pacientes sobre a prevenção de quedas em idosos. Desenvolver ações educativas voltadas a cultura da paz. Elaborar em conjunto com Ministério da Saúde e secretarias municipais de saúde, publicações sobre temáticas de suicídio e automutilação, contemplando os ciclos de vida e incluindo os relacionados ao trabalho, com objetivo de combater a desinformação e o estigma em torno dos transtornos mentais e do suicídio. Promover ações de promoção em saúde e segurança dos trabalhadores considerando intervenções nos fatores de risco ocupacionais, priorizando grupos de trabalhadores mais vulneráveis, como os informais, menores de 18 anos, idosos, gestantes, trabalhadores em situação análoga à escravidão, em condições de trabalho precário, entre outros.							CODANT/DIVEP DAB, DGC CODANT/DIVEP, DAS, DGC DIVAST/DIVEP DIVAST			
2. Prevenção de Doenças e Agravos à saúde	Realizar educação permanente para os profissionais das regionais e municípios para o monitoramento das notificações dos sinistros de trânsito. Divulgar a vídeo aula sobre o preenchimento correto da ficha de notificação da violência, disponível no telessaúde como instrumento de educação permanente. Desenvolver campanha de prevenção de acidentes com maior incidência na população incluindo todo o ciclo de vida e observando os tipos de acidentes mais frequentes nas regiões de saúde. Fortalecer ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho, por meio de inspeções sanitárias em saúde do trabalhador, para controle e prevenção dos riscos ocupacionais relacionados aos transtornos mentais e sua relação com o suicídio, com destaque para grupos de trabalhadores sob maior risco.							CODANT/DIVEP DIVEP DIVAST DIVAST			

3. Vigilância em Saúde	Expandir a metodologia o Programa Vida no Trânsito no Estado. Elaborar instrumento para notificação dos casos de sinistros de trânsito que contenha as variáveis necessárias à vigilância do agravo. Realizar ações de educação permanente voltadas à vigilância epidemiológica da violência interpessoal e autoprovocada. Implementar a vigilância das violências de notificação em até 24 horas (sexual e tentativas de suicídio). Implementar a educação permanente sobre preenchimento da ficha de notificação da violência interpessoal através de ações educativas, vídeo-aula e aplicativo NotiVIVA/MS. Produzir e divulgar informações sobre causas externas para subsidiar as equipes dos territórios na implementação de ações de cultura da paz. Apoiar institucionalmente os municípios e regionais quanto às informações necessárias sobre as causas externas nos territórios. Elaborar o painel quadrimestral das causas externas e enviar às regionais de saúde e municípios para subsidiar as ações nos territórios. Ampliar e qualificar ações de Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador (VE-ST) para investigação e notificação dos Acidentes de Trabalho e realizar ações de VE-ST de forma suplementar e complementar aos municípios. Fortalecer ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho, por meio de inspeções sanitárias em saúde do trabalhador, para controle e prevenção dos riscos ocupacionais relacionados aos transtornos mentais e sua relação com o suicídio, com destaque para grupos de trabalhadores sob maior risco.	CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP/DGC/DAB CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP CODANT/DIVEP DIVAST DIVAST
4. Atenção integral	Implementar o protocolo de quedas em idosos. Implementar a atenção às pessoas em situação de violência através das redes inter e intrasetoriais de saúde e proteção às vítimas. Apoiar municípios na implantação de serviços de referência de a atenção a saúde da mulher em situação de violência Apoiar as equipes das regionais e municípios na elaboração dos fluxos para os encaminhamentos das pessoas em situação de violência.	DGC/DAB DGC/DAB DGC/DGGUP DAB/DGC

	Promover a articulação entre a atenção primária e a rede de atenção psicossocial para assistência aos transtornos mentais mais prevalentes. Apoiar ações de Atenção à Saúde do Trabalhador com enfoque nos transtornos mentais relacionados ao trabalho e executar ações de forma suplementar e complementar aos municípios. Aplicar as diretrizes clínicas atualizadas pelo MS e Sesab e apoiar a implementação de linhas de cuidado para pessoas em situação de violência e ideação de suicídio no âmbito da RAS, contemplando os ciclos de vida e os determinantes relacionados ao trabalho.	DAB/DGC DIVAST DIVAST/DIVEP
--	--	--

O monitoramento do Plano Estadual das DANT, dar-se-á através do acompanhamento semestral dos resultados de cada um dos indicadores, os quais serão analisados pelas áreas técnicas e subsidiarão a revisão e inclusão de novas ações estratégicas. A metodologia a ser adotada contempla o cálculo de indicadores e metas, mediante acesso aos bancos de dados dos sistemas de informação do SUS, resultados das pesquisas e inquéritos e reuniões com as áreas técnicas envolvidas para avaliar os resultados alcançados. Será utilizado um score de pontuação e cores de acordo com o percentual alcançado por cada indicador, a saber:

- **Vermelho:** alcance inferior à 25% da meta;
- **Amarelo:** alcance entre 25 e 50% da meta;
- **Azul:** alcance ente 50 e 75% da meta;
- **Verde:** alcance ente 75% a 100% da meta

A análise qualitativa levará em conta as fragilidades/dificuldades e potencialidades no desenvolvimento das ações.

PLANILHA 2. PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO DAS DANT/PLANILHA DO MONITORAMENTO

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)											
INDICADORES	META	LINHA DE BASE (2019)	RESULTADO ALCANÇADO								
			2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	Reduzir em 2% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	301,2/ 100.000	295,1								
Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama	Reduzir em 10% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama na população feminina	24,2/ 100.000	23,9/								
Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero	Reduzir em 10% mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero	10,9/ 100.000	10,8/								
Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo	Reduzir em 10% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de pulmões e brônquios na população masculina	11,6/ 100.000	11,5/								
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	Aumentar para 80% a proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	13,4% (2022Q1)	20%								
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	Aumentar para 80% proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	18,2% (2022Q1)	22%								
Casos notificados no Sinan de transtornos mentais, pneumoconioses e cânceres relacionados ao trabalho.	Aumentar em 10% ao ano o número de casos de transtornos mentais, pneumoconioses e cânceres relacionados ao trabalho.	218	240								

FATORES DE RISCO PARA DCNT											
INDICADORES	META	LINHA DE BASE (2019)	RESULTADO ALCANÇADO								
			2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Prevalência da prática de atividade física no tempo livre.	Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%,	41,3%	42,4 %								
Consumo recomendado de frutas e de hortaliças.	Aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%.	26,8%	27,5 %								
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas.	Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%,	24,3%	24,0 %								
Prevalência de tabagismo.	Reduzir a prevalência de tabagismo em 20%.	5,4%	5,3%								
Cobertura vacinal contra o HPV	Atingir 80% de D1 e 60% de D2 de cobertura vacinal contra o HPV para meninas de 9 a 14 anos	D1 74,8% D2 50,3%	75,3 %								
			51,2 %								

AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS)

INDICADORES	META	LINHA DE BASE (2019)	RESULTADO ALCANÇADO								
			2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Taxa de mortalidade por lesões de trânsito.	Reduzir em 50% a taxa de mortalidade por lesões de trânsito.	14,86/ 100. 000	13,81/ 100.000								
Taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos.	Reduzir em 50% a taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos.	4,93/ 100.000	4,58/ 100.000								
Taxa mortalidade por suicídios.	Deter o crescimento da taxa mortalidade por suicídios.	4,69/ 100.000	4,59/ 100.000								
Taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais.	Deter o crescimento da mortalidade de idosos por quedas acidentais.	39,2/ 100.000	38,41/ 100.000								
Percentual de pessoas idosas com avaliação multidimensional realizada na APS	Ampliar o número de pessoas idosas que realizaram avaliação multidimensional em 30%	_*	10%								
Percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan.	Aumentar em 5.5% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan.	395	397								
Percentual de completude do campo "acidente de trabalho" na DO/SIM com informação válida e fidedigna (caso de óbito por causa externa investigado)	Reduzir em 10% ao ano a incompletude do campo "acidente de trabalho" no SIM (informação válida e fidedigna, registrada após investigação epidemiológica do caso de óbito por causa externa)	82,2	74,0								

*a linha de base será 2022 para este indicador.

PLANILHA 3. PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO DAS DANT/PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)												
INDICADORES	META	LINHA DE BASE (2019)	RESULTADO ALCANÇADO									
			2022	2023 1º sem				2023 2º sem				Anual
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	Reduzir em 2% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	301,2/ 100.000	295,1									
Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama	Reduzir em 10% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama na população feminina	24,2/ 100.000	23,9/									
Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero	Reduzir em 10% mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero	10,9/ 100.000	10,8/									
Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo	Reduzir em 10% a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de pulmões e brônquios na população masculina	11,6/ 100.000	11,5/									
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	Aumentar para 80% a proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	13,4% (2022Q1)	20%									
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	Aumentar para 80% proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	18,2% (2022Q1)	22%									
Casos notificados no Sinan de transtornos mentais, pneumoconioses e cânceres relacionados ao trabalho.	Aumentar em 10% ao ano o número de casos de transtornos mentais, pneumoconioses e cânceres relacionados ao trabalho.	218	240									

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

INDICADORES	META	LINHA DE BASE (2019)	RESULTADO ALCANÇADO									
			2022	2023 1º sem				2023 2º sem				Anual
Prevalência da prática de atividade física no tempo livre.	Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%,	41,3%	42,4%									
Consumo recomendado de frutas e de hortaliças.	Aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%.	26,8%	27,5%									
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas.	Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%,	24,3%	24,0%									
Prevalência de tabagismo.	Reduzir a prevalência de tabagismo em 20%.	5,4%	5,3%									
Cobertura vacinal contra o HPV	Atingir 80% de D1 e 60% de D2 de cobertura vacinal contra o HPV para meninas de 9 a 14 anos	D1 74,8%	D1 75,3%									
		D2 50,3	D2 51,1%									

AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS)

INDICADORES	META	LINHA DE BASE (2019)	RESULTADO ALCANÇADO									
			2022	2023 1º sem				2023 2º sem				Anual
Taxa de mortalidade por lesões de trânsito.	Reduzir em 50% a taxa de mortalidade por lesões de trânsito.	14,86/100.000	13,81/100.000									
Taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos.	Reduzir em 50% a taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos.	4,93/100.000	4,58/100.000									
Taxa mortalidade por suicídios.	Deter o crescimento da taxa mortalidade por suicídios.	4,69/100.000	4,59/100.000									
Taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais.	Deter o crescimento da mortalidade de idosos por quedas acidentais.	39,20/100.000	38,4/100.000									
Percentual de pessoas idosas com avaliação multidimensional realizada na APS	Ampliar o número de pessoas idosas que realizaram avaliação multidimensional em 30%	-	10%									
Percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan.	Aumentar em 5.5% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan.	395	397									
Percentual de completude do campo "acidente de trabalho" na DO/SIM com informação válida e fidedigna (caso de óbito por causa externa investigado)	Reduzir em 10% ao ano a incompletude do campo "acidente de trabalho" no SIM (informação válida e fidedigna, registrada após investigação epidemiológica do caso de óbito por causa externa)	82,2%	74,0%									

REFERÊNCIAS

PLANO ESTADUAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS. BAHIA, 2022-2030

REFERÊNCIAS

BINDER M. C. P.; ALMEIDA, I. M. Acidentes do trabalho: acaso ou descaso. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2003. v.1, p.769-808.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Ficha de Investigação Acidente de Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_Acidente_Trabalho_Grave.pdf

BRASIL. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2017 / Ministério da Fazenda. Instituto Nacional do Seguro Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. – vol. 1 (2009) – . – Brasília : MF, 2017. 996 p. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p. : il.. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf

JACOBINA, A.; NOBRE, L. C. da C.; CONCEIÇÃO, P. S. de A. Vigilância de Acidentes de Trabalho Grave e com Óbitos. In: **Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância da Saúde do Trabalhador**/SESAB/SUVISA/CESAT – Salvador: CESAT/SESAB. 2002. p. 64-88.

RODRIGUES, A.B.; SANTANA, V.S.; Acidentes de Trabalho Fatais em Palmas, Tocantins, Brasil: Oportunidades Perdidas de Informação. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online]. 2019, v. 44 [acessado 12 dezembro 2021], e8. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369000017817>>. Epub 25 Abr 2019. ISSN 2317-6369. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000017817>.

WHO/ILO joint estimates of the work-related burden of disease and injury, 2000-2016: global monitoring report. 2021 Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---lab_admin/documents/publication/wcms_819788.pdf

AGUIAR, J.; KANAN, LILIA A. e M., ANELISE; V.: Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. Saúde em Debate [online]. 2019, v. 43, n. 123 [. Acessado em 4 maio 2022], pp. 1205-1218. Disponível em: Epub 09 Mar 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>

BAHIA- Revista Baiana de Saúde Pública Plano Estadual de Saúde 2020-2023. / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. - v. 44, supl.1, jan. /mar. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.520, de 30 de maio de 2018. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1520_06_06_2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 78, de 18 de janeiro de 2021/Comunicação externa dos casos de violência contra mulher às autoridades policiais. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-78-de-18-de-janeiro-de-2021-299578776>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.241 de 06 de junho de 2014. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Brasil.

BRASIL - Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017. Anexo XII. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: Acesso em: 15 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Trabalhando juntos para prevenir o suicídio”: 10/9 – Dia mundial de prevenção do suicídio. Biblioteca Virtual em Saúde/2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/trabalhando-juntos-para-prevenir-o-suicidio-10-9-dia-mundial-de-prevencao-do-suicidio/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

BRASIL. Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa. Mapas de Evidências das Práticas Integrativas e Complementares. 18 de outubro de 2020. Acessado em 4 de maio de 2022.

FRIEDRICH, E. R. Grupos de promoção à saúde na contribuição da garantia do direito à saúde no sistema prisional. 2016.

INCA. Tratamento do câncer. Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cirurgia>. Acesso em: 11/04/2022.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Estimativa do Câncer 2020. <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20casos%20novos,homens%2C%20ocupando%20a%20quinta%20posi%C3%A7%C3%A3o>.

LIMA, F. F. Set all. Estratégias de intervenção para adesão ao tratamento do câncer infantojuvenil: relato de caso. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro, 2018. Disponível: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1007487/estrategias-de-intervencao-para-adesao-ao-tratamento-do-cancer_U6Gyoxa.pdf. Acesso em: 28/04/2022.

MELO, A. 60 Dias para o câncer e o direito do paciente. Observatório de oncologia. 2014. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/60-dias-para-o-cancer-e-o-direito-do-paciente/>. Acesso em: 25/04/2022

MELEIRO, A. M. A. da S.; CORREA, H. Suicide and Suicidality in Women.

ONU – Nações Unidas no Brasil. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil acesso em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução: Suzana Gontijo. 1. ed. Brasília, DF, 2005.

PEA - <https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/o-conceito-populacao-economicamente-ativa-pea.htm>

RENNÓ JUNIOR, J. et al. (ed.). Women's Mental Health: a clinical and evidencebased guide. Switzerland: Springer Nature, 2020. p. 17-29.

SANTOS, ES, et al. Análise do perfil epidemiológico em saúde Bucal de regiões distintas do Município de Penedo –AL: Estratégia de fortalecimento e redirecionamento da política de saúde bucal. Research, Society and Development, v. 10, n. 6, e42110615368, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15368>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERONTOLOGIA E GERIATRIA.
<https://sbgg.org.br/quedas-de-idosos-representam-um-grave-problema> de-saúde-publica-
alerta-sbgg/

SERRA, R. M. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e perfil sociodemográfico das pessoas privadas de liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP, Brasil. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020. doi: 10.11606/D.17.2020.tde-05102020-114650. Acesso em: 12 de maio de 2022.

SILVA, A. C. L. G.; NAZARIO, N. O.; LIMA, D. C. (2014). Atenção à Saúde do Homem Privado de Liberdade. In: E. B. S. Coelho et al. (orgs.) Curso de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade. Universidade Federal de Santa Catarina. Acesso em: 16 de maio de 2022.

SOUSA, B. M. M. de et al. Óbitos por doenças do aparelho circulatório no Estado do Pará: um estudo ecológico. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 9274-9287, 2021. Acesso em: 16 de maio de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on road safety 2018. Geneva: WHO, 2018. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020138322005046>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>

ANEXOS

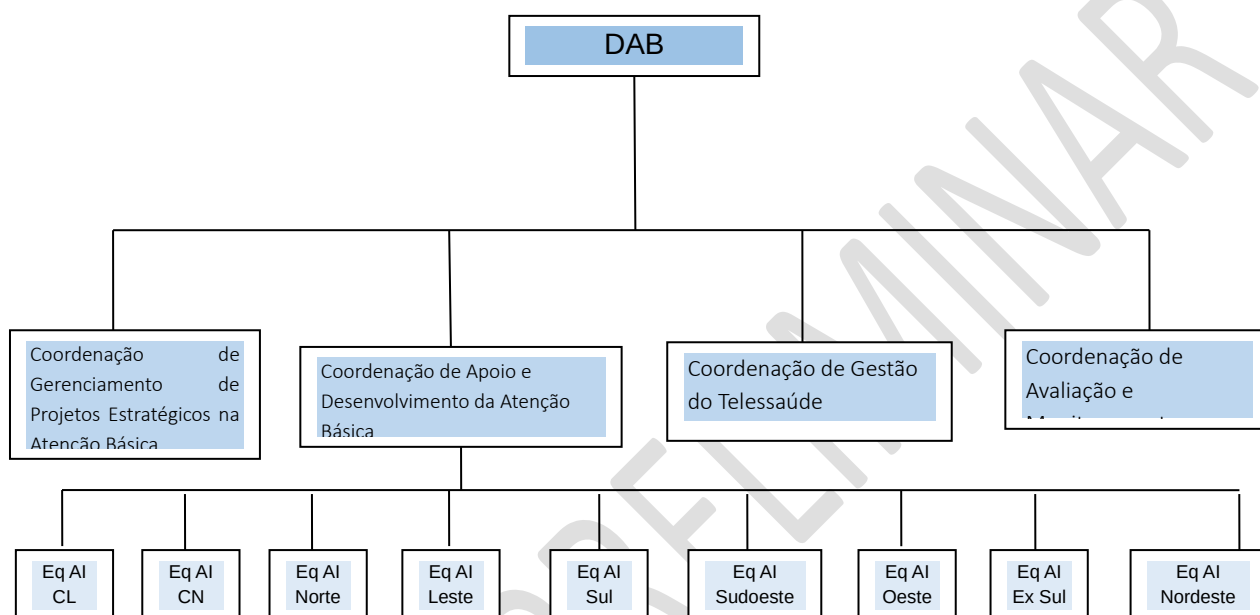
Anexo 1. Relação de unidades que realizam a profilaxia pós-exposição (PEP). Bahia, 2022.

Macrorregião de Saúde/Município	Serviços	LESTE		OESTE		
CENTRO-LESTE		Amargosa	SAE (administrativo)	Barreiras	SAE (administrativo)	
Feira de Santana	Centro de Referência Municipal de DST/Aids (administrativo)	Camaçari	CRES - Centro de Referência e Especialidades em Saúde (administrativo)		Hospital Regional do Oeste da Bahia (24h)	
	Hospital Geral Clériston Andrade (24h)		UPA Pediátrica		Centro de Referência em Saúde Sexual (administrativo)	
	Hospital Estadual da Criança (24h)		UPA Gravata	Hospital Municipal Carmela Dutra (24h)		
	Instituto Médico de Gestão Integrada (UPA Mangabeira – 24 horas)	Cruz das Almas	UPA de Cruz das Almas (24h)	Maternidade Municipal Carmela Dutra (24h)		
	UPA Elizabete Dias Marques – (UPA Queimadinha)		SAE de Cruz das Almas (administrativo)	UPA 24h		
Itaberaba	CTA/SAE (administrativo)	Lauro de Freitas	SAE (administrativo)	Luiz Eduardo Magalhães	CTA/SAE Luiz Eduardo Magalhães	
	UPA Nelson Ribeiro de Alencar (24 horas)		Hospital Menandro de Farias (24h)	Santa Maria da Vitória	26ºDires - Santa Maria da Vitória	
	Hospital Geral de Itaberaba (24h)	Santo Antônio de Jesus	Hospital e Maternidade Luis Argolo (24h)	SUDOESTE		
Ruy Barbosa	Santa Casa de Misericórdia de Ruy Barbosa		CTA/SAE Viva Vida (administrativo)	Vitória da Conquista	Centro de Atenção e Apoio à vida Dr. David Capistrano Filho – CAAV (administrativo)	
Seabra	Base Regional de Saúde		UPA Hélio Machado (24h)		Hospital Municipal Esau Matos (24h)	
	SAE de Seabra (horário administrativo)		UPA Valéria (24h)		Fundação Pública de Saúde de Vitória da Conquista	
Serrinha	Hospital Municipal de Serrinha (24h)	Salvador	UPA Boca do Rio (24h)		Itapetinga	UPA 24h
	Base Regional de Saúde		UPA Adroaldo Albergaria (24h)			CTA/SAE (administrativo)
CENTRO-NORTE			UPA Barris (24h)	Guanambi	CTA/SAE Eivaldo Guimarães Malheiros (administrativo)	
Irecê	Hospital Regional (24h)		SEMAE (administrativo) - seguimento		Hospital Regional (24h)	
	SAE/CTA Irecê (administrativo)				Hospital Couto Maia (24h)	SUL
Jacobina	SAE/CTA Jacobina (administrativo)			Hospital da Mulher	Itabuna	Hospital de Base Luiz Eduardo Magalhães (24h)
EXTREMO SUL				Hospital da Sagrada Família		Centro de Referência em Prevenção, Assistência e Tratamento – CERPAT (administrativo)
Porto Seguro	SAE Ed Aquino		Simões Filho	Hospital Geral Roberto Santos		S.C.M. de Itabuna-Hospital Manoel Novaes
	PA Arraial D'Ajuda (24h)			Hospital Universitário Professor Edgar Santos		Hospital Geral Luis Viana Filho (24h)
	PA Trancoso (24h)		NORDESTE			Hospital Regional Costa do Cacau
	UPA Frei Calisto (24h)	Alagoinhas	SAE (administrativo)	SAE (administrativo)		
	Hospital Municipal Porto Seguro (24h)		Hospital Regional Dantas Bão (24h)	SAE (administrativo)		
Teixeira de Freitas	Hospital Regional Deputado Luiz Eduardo Magalhães (24h)	Ribeira do Pombal	Unidade Hospitalar São Marcelo	Ilhéus	SAE (administrativo)	
	CTA/SAE (administrativo)	NORTE			SAE (administrativo)	
	Hospital Municipal (24h)	Juazeiro	SAE (administrativo)		Jequié	Hospital Geral Prado Valadares (24h)
Hospital Regional (24h)	Maternidade Materno Infantil (24h)		UPA Eunice Jesus Leal Almeida (24 horas)			
SAE (administrativo)	Hospital Regional (24h)		Hospital Geral de Ipiáú			
	CLISE – Clínica Especializada da Mulher					
Itabela	SAE (administrativo)			UPA João Oliveira (24h)	Ipiáú	
	Hospital Municipal Frei Ricardo	Paulo Afonso	CTA/SAE (administrativo)			
Itamaraju	SAE (administrativo)	Remanso	SAE (administrativo)			
		Senhor do Bonfim	SAE (administrativo)			

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COAGRAVOS-2022.

Anexo 2. Estrutura da Diretoria de Atenção Básica (DAB)

Atualmente, a DAB é composta por quatro coordenações, a saber: a Coordenação de Apoio e Desenvolvimento da Atenção Básica, a Coordenação de Avaliação e Monitoramento (COAM), a Coordenação de Gerenciamento de Projetos Estratégicos na Atenção Básica e a Coordenação de Gerenciamento de Projetos Estratégicos na Atenção Básica, conforme disposto na figura abaixo:



Fonte: Elaboração própria DAB/SESAB

Anexo 3. Elenco dos medicamentos disponibilizados pelo Componente de Assistência Farmacêutica Especializada (CEAF/DASF/SAFITEC)

Nome Medicamento	Grupo	Patologia	Código SIGTAP	CID
ABATACEPTE 125 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1A	ARTRITE REUMATOIDE	06.04.32.014-0	M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068
ACETAZOLAMIDA 250 MG (POR COMPRIMIDO)	2	GLAUCOMA	06.04.66.003-0	H401 / H402 / H403 / H404 / H405 / H406 / H408 / Q150
ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 150 MG (POR COMPRIMIDO)	1B	COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA	06.04.63.004-2	K743
ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 300 MG (POR COMPRIMIDO)	1B	COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA	06.04.63.005-0	K743
ÁCIDO ZOLEDRÔNICO 0,05 MG/ML (POR FRASCO DE 100 ML)	2	DOENÇA DE PAGET – OSTEÍTE DEFORMANTE	06.04.16.006-2	M880 / M888
ACITRETINA 10 MG (POR CAPSULA)	1B	ICTIOSES HEREDITÁRIA / PSORÍASE	06.04.60.001-1	L400 / L401 / L404 / L408 / L440 / Q800 / Q801 / Q802 / Q803 / Q808 / Q809 / Q828
ACITRETINA 25 MG (POR CAPSULA)	1B	ICTIOSES HEREDITÁRIA / PSORÍASE	06.04.60.002-0	L400 / L401 / L404 / L408 / L440 / Q800 / Q801 / Q802 / Q803 / Q808 / Q809 / Q828
ADALIMUMABE 40 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1A	ARTRITE REUMATOIDE / ESPONDILITE ANCILOSANTE	06.04.38.001-1	M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M070 / M072 / M073 / M080 / M081 / M082 / M083 / M084 / M088 / M089 / M45 / M468
ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1A	DOENÇA DE CROHN / HIDRADENITE SUPURATIVA / UVEÍTES POSTERIORES- NÃO INFECCIOSAS	06.04.38.006-2	H150 / H201 / H301 / H302 / H308 / K500 / K501 / K508 / L400 / L401 / L404 / L408 / L732
ALFA-ALGLUCOSIDASE 50 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	1A	DOENÇA DE POMPE	06.04.24.010-4	E740
ALFADORNASE 2,5 MG (POR AMPOLA)	1A	FIBROSE CÍSTICA - com Manifestações Pulmonares e Insuficiência Pancreática.	06.04.44.001-4	E840 / E848
ALFAELOSULFASE 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA DE 5 ML)	1A	MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO IV	06.04.24.009-0	E762
ALFAEPOETINA 10.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	1A	ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA - ALFAEPOETINA / HEPATITE C e COINFECCÕES	06.04.47.005-3	B171 / B182 / N180 / N188 / Z948
ALFAEPOETINA 2.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	1A	ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA - ALFAEPOETINA	06.04.47.002-9	N180 / N188 / Z948
ALFAEPOETINA 3.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	1A	ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA - ALFAEPOETINA	06.04.47.003-7	N180 / N188 / Z948
ALFAEPOETINA 4.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	1A	ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA - ALFAEPOETINA	06.04.47.004-5	N180 / N188 / Z948
ALFATALIGLICERASE 200 U INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)	1A	DOENÇA DE GAUCHER	06.04.24.002-3	E752
AMANTADINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	1B	DOENÇA DE PARKINSON	06.04.20.001-3	G20
AMBRISENTANA 10MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	1B	HIPERTENÇÃO ARTERIAL PULMONAR	06.04.75.002-1	I270 / I272 / I278
AMBRISENTANA 5MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	1B	HIPERTENÇÃO ARTERIAL PULMONAR	06.04.75.001-3	I270 / I272 / I278
ATORVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	2	DISLIPIDEMIA PARA A PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITES	06.04.36.001-0	E780 / E781 / E782 / E783 / E784 / E785 / E786 / E788
ATORVASTATINA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	2	DISLIPIDEMIA PARA A PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITES	06.04.36.002-9	E780 / E781 / E782 / E783 / E784 / E785 / E786 / E788
ATORVASTATINA 40 MG (POR COMPRIMIDO)	2	DISLIPIDEMIA PARA A PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITES	06.04.36.003-7	E780 / E781 / E782 / E783 / E784 / E785 / E786 / E788
ATORVASTATINA 80 MG (POR COMPRIMIDO)	2	DISLIPIDEMIA PARA A PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITES	06.04.36.004-5	E780 / E781 / E782 / E783 / E784 / E785 / E786 / E788
AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	2	ARTRITE REUMATOIDE / DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE / DOENÇA DE CROHN / ESCLEROSE MÚLTIPLA / ESCLEROSE SISTÊMICA / HEPATITE AUTOIMUNE / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL / LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO / MIASTENIA GRAVIS / PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA / RETICULITE ULCERATIVA / UVEÍTES POSTERIORES- NÃO INFECCIOSAS / Z - RETIRAR DO AFESAB-TECIDOS TRANSPLANTADOS/HEPÁTICO	06.04.53.001-3	D610 / D693 / G35 / G700 / H150 / H201 / H300 / H301 / H302 / H308 / K500 / K501 / K508 / K510 / K511 / K512 / K513 / K514 / K515 / K518 / K754 / L930 / L931 / M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M080 / M321 / M328 / M330 / M331 / M332 / M340 / M341 / M348 / T861 / T862 / T864 / Z940 / Z941 / Z942 / Z943 / Z944 / Z948

BARICITINIBE 2MG (POR COMPRIMIDO)	-	ARTRITE REUMATOIDE	06.04.32.017-5	M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068
BARICITINIBE 4MG (POR COMPRIMIDO)	1A	ARTRITE REUMATOIDE	06.04.32.018-3	M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068
BETAINTERFERONA 1A 12.000.000 UI (44 MCG) INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1A	ESCLEROSE MÚLTIPLA	06.04.39.010-6	G35
BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22 MCG) INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1A	ESCLEROSE MÚLTIPLA	06.04.39.008-4	G35
BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30 MCG) INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA, SERINGA PREENCHIDA OU CANETA PREENCHIDA)	1A	ESCLEROSE MÚLTIPLA	06.04.39.009-2	G35
BETAINTERFERONA 1B 9.600.000 UI (300MCG) INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	1A	ESCLEROSE MÚLTIPLA	06.04.39.011-4	G35
BEZAFIBRATO 400 MG (POR COMPRIMIDO DE DESINTEGRAÇÃO LENTA)	2	DISLIPIDEMIA PARA A PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITES	06.04.27.002-0	E780 / E781 / E782 / E783 / E784 / E785 / E786 / E788
BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 3 ML)	1A	GLAUCOMA	06.04.65.001-9	H401 / H402 / H403 / H404 / H405 / H406 / H408 / Q150
BIOTINA 2,5 MG CÁPSULA	1A	DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	06.04.63.002-6	E889
BOSENTANA 125MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	1B	HIPERTENÇÃO ARTERIAL PULMONAR	06.04.75.004-8	I270 / I272 / I278
BRIMONIDINA 2,0 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 5 ML)	2	GLAUCOMA	06.04.67.001-0	H401 / H402 / H403 / H404 / H405 / H406 / H408 / Q150
BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO 2,5 MCG + CLORIDRATO DE OLODATEROL 2,5 MCG (SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO ORAL)	1B	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	06.04.85.002-6	J440 / J441 / J448
BROMETO DE UMECLIDÍNIO 62,5 MCG + TRIFENATATO DE VILANTEROL 25 MCG (PÓ INALANTE)	1B	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	06.04.85.001-8	J440 / J441 / J448
BROMOCRIPTINA 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)	1B	DOENÇA DE PARKINSON / HIPERPROLACTINEMIA	06.04.03.001-0	E221 / G20
BUDESONIDA 200 MCG (POR CÁPSULA INALANTE)	2	ASMA / DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	06.04.28.006-8	J440 / J441 / J448 / J450 / J451 / J458
CABERGOLINA 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	ACROMEGALIA / HIPERPROLACTINEMIA	06.04.03.003-7	E220 / E221
CALCIPOTRIOL 50 MCG/G POMADA (POR BISNAGA DE 30 G)	2	PSORÍASE	06.04.70.001-6	L400 / L401 / L404 / L408
CALCITONINA 200 UI/DOSE SPRAY NASAL (POR FRASCO)	2	DOENÇA DE PAGET - OSTEÍTE DEFORMANTE / OSTEOPOROSE	06.04.57.003-1	M800 / M801 / M802 / M803 / M804 / M805 / M808 / M810 / M811 / M812 / M813 / M814 / M815 / M816 / M818 / M820 / M821 / M828 / M880 / M888
CALCITRIOL 0,25 MCG (POR CÁPSULA)	2	DISTÚRBO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA / HIPOPARATIREOIDISMO / OSTEOPOROSE / Z - RETIRAR DO AFSESAB - OSTEODISTROFIA RENAL	06.04.62.003-9	E200 / E201 / E208 / E550 / E559 / E643 / E833 / E892 / M800 / M801 / M802 / M803 / M804 / M805 / M808 / M810 / M811 / M812 / M813 / M814 / M815 / M816 / M818 / M820 / M821 / M828 / M830 / M831 / M832 / M833 / M838 / N180 / N250
CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1A	ARTRITE REUMATOIDE / DOENÇA DE CROHN / ESPONDILITE ANCILOSANTE	06.04.38.007-0	K500 / K501 / K508 / M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M070 / M072 / M073 / M45 / M468
CICLOFOSFAMIDA 50 MG (POR DRAGEA)	2	ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE / APLASIA PURA ADQUIRIDA CRÔNICA DA SÉRIE VERMELHA / ARTRITE REUMATOIDE / ESCLEROSE SISTÊMICA / LÚPUS ERMETATOSO SISTÊMICO / PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA / SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES / Z - SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS	06.04.09.001-3	D590 / D591 / D600 / D693 / L930 / L931 / M321 / M328 / M340 / M341 / M348 / N040 / N041 / N042 / N043 / N044 / N045 / N046 / N047 / N048 / N049
CICLOSPORINA 100 MG (POR CÁPSULA)	2	ANEMIA APLÁSTICA, MIELODISPLASIA E NEUTROPENIAS CONSTITUCIONAIS / ANEMIA APLÁSTICA ADQUIRIDA / ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE / APLASIA PURA ADQUIRIDA CRÔNICA DA SÉRIE VERMELHA / ARTRITE PSORIÁICA /	06.04.34.004-4	D590 / D591 / D600 / D610 / D611 / D612 / D613 / D618 / G700 / H150 / H201 / H300 / H301 / H302 / H308 / K510 / K511 / K512 / K513 / K514 / K515 / K518 / L400 / L401 / L404 / L408 / L930 / L931 / M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M070 / M072 / M073 / M080 / M081 / M082 / M083 / M084 / M088 / M089 /
		ARTRITE REUMATOIDE / DERMATOMIOSE E POLIMIOSE / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL / LÚPUS ERMETATOSO SISTÊMICO / MIASTENIA GRAVIS / PSORÍASE / RETOCOLITE ULCERATIVA / SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES / UVEÍTES POSTERIORES- NÃO INFECCIOSAS / Z - RETIRAR DO AFSESAB-TECIDOS TRANSPLANTADOS/HEPÁTICO / Z - SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS		M321 / M328 / M330 / M331 / M332 / N040 / N041 / N042 / N043 / N044 / N045 / N046 / N047 / N048 / N049 / T861 / T862 / T864 / Z940 / Z941 / Z942 / Z943 / Z944 / Z948
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)	2	ANEMIA APLÁSTICA, MIELODISPLASIA E NEUTROPENIAS CONSTITUCIONAIS / ANEMIA APLÁSTICA ADQUIRIDA / ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE / APLASIA PURA ADQUIRIDA CRÔNICA DA SÉRIE VERMELHA / ARTRITE PSORIÁICA / ARTRITE REUMATOIDE / DERMATOMIOSE E POLIMIOSE / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL / LÚPUS ERMETATOSO SISTÊMICO / MIASTENIA GRAVIS / PSORÍASE / RETOCOLITE ULCERATIVA / SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES / UVEÍTES POSTERIORES- NÃO INFECCIOSAS / Z - RETIRAR DO AFSESAB-TECIDOS TRANSPLANTADOS/HEPÁTICO / Z - SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS	06.04.34.005-2	D590 / D591 / D600 / D610 / D611 / D612 / D613 / D618 / G700 / H150 / H201 / H300 / H301 / H302 / H308 / K510 / K511 / K512 / K513 / K514 / K515 / K518 / L400 / L401 / L404 / L408 / L930 / L931 / M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M070 / M072 / M073 / M080 / M081 / M082 / M083 / M084 / M088 / M089 / M321 / M328 / M330 / M331 / M332 / N040 / N041 / N042 / N043 / N044 / N045 / N046 / N047 / N048 / T861 / T862 / T864 / Z940 / Z941 / Z942 / Z943 / Z944 / Z948
CICLOSPORINA 25 MG (POR CÁPSULA)	2	ANEMIA APLÁSTICA, MIELODISPLASIA E NEUTROPENIAS CONSTITUCIONAIS / ANEMIA APLÁSTICA ADQUIRIDA / ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE / APLASIA PURA ADQUIRIDA CRÔNICA DA SÉRIE VERMELHA / ARTRITE PSORIÁICA / ARTRITE REUMATOIDE / DERMATOMIOSE E POLIMIOSE / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL / LÚPUS ERMETATOSO SISTÊMICO / MIASTENIA GRAVIS / PSORÍASE / RETOCOLITE ULCERATIVA / SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES / UVEÍTES POSTERIORES- NÃO INFECCIOSAS / Z - RETIRAR DO AFSESAB-TECIDOS TRANSPLANTADOS/HEPÁTICO / Z - SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS	06.04.34.002-8	D590 / D591 / D600 / D610 / D611 / D612 / D613 / D618 / G700 / H150 / H201 / H300 / H301 / H302 / H308 / K510 / K511 / K512 / K513 / K514 / K515 / K518 / L400 / L401 / L404 / L408 / L930 / L931 / M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M070 / M072 / M073 / M080 / M081 / M082 / M083 / M084 / M088 / M089 / M321 / M328 / M330 / M331 / M332 / N040 / N041 / N042 / N043 / N044 / N045 / N046 / N047 / N048 / T861 / T862 / T864 / Z940 / Z941 / Z942 / Z943 / Z944 / Z948
CICLOSPORINA 50 MG (POR CÁPSULA)	2	ANEMIA APLÁSTICA, MIELODISPLASIA E NEUTROPENIAS CONSTITUCIONAIS / ANEMIA APLÁSTICA ADQUIRIDA / ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE / APLASIA PURA ADQUIRIDA CRÔNICA DA SÉRIE VERMELHA / ARTRITE PSORIÁICA / ARTRITE REUMATOIDE / DERMATOMIOSE E POLIMIOSE / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL / LÚPUS ERMETATOSO SISTÊMICO / MIASTENIA GRAVIS / PSORÍASE / RETOCOLITE ULCERATIVA / SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES / UVEÍTES POSTERIORES- NÃO INFECCIOSAS / Z - RETIRAR DO AFSESAB-TECIDOS TRANSPLANTADOS/HEPÁTICO / Z - SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS	06.04.34.003-6	D590 / D591 / D600 / D610 / D611 / D612 / D613 / D618 / G700 / H150 / H201 / H300 / H301 / H302 / H308 / K510 / K511 / K512 / K513 / K514 / K515 / K518 / L400 / L401 / L404 / L408 / L930 / L931 / M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M070 / M072 / M073 / M080 / M081 / M082 / M083 / M084 / M088 / M089 / M321 / M328 / M330 / M331 / M332 / N040 / N041 / N042 / N043 /

		POLIMIOSITE / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL / LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO / MIASTENIA GRAVIS / PSORÍASE / RETOCOLITE ULCERATIVA / SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES / UVEÍTES POSTERIORES- NÃO INFECCIOSAS / Z - RETIRAR DO AFSESAB-TECIDOS TRANSPLANTADOS/HEPÁTICO / Z - SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS		N044 / N045 / N046 / N047 / N048 / N049 / T861 / T862 / T864 / Z940 / Z941 / Z942 / Z943 / Z944 / Z948
CINACALCETE 30 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	DISTÚRPIO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA / Z - RETIRAR DO AFSESAB - OSTEODISTROFIA RENAL	06.04.77.001-4	E833 / N180 / N250
CINACALCETE 60 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	DISTÚRPIO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA / Z - RETIRAR DO AFSESAB - OSTEODISTROFIA RENAL	06.04.77.002-2	E833 / N180 / N250
CIPROTERONA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	1B	PUBERDADE PRECOCE CENTRAL / SÍNDROME DE OVÁRIO POLICÍSTICO	06.04.12.001-0	E228 / E250 / E280 / E282 / L680
CLOBAZAM 10 MG (POR COMPRIMIDO)	2	EPILEPSIA	06.04.18.001-2	G400 / G401 / G402 / G403 / G404 / G405 / G406 / G407 / G408
CLOBETASOL 0,5 MG/G CREME (POR BISNAGA DE 30 G)	2	PSORÍASE	06.04.71.001-1	L400 / L401 / L404 / L408
CLOPIDOGREL 75 MG (POR COMPRIMIDO)	2	SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS	06.04.33.002-2	I200 / I201 / I210 / I211 / I212 / I213 / I214 / I219 / I220 / I221 / I228 / I229 / I230 / I231 / I232 / I233 / I234 / I235 / I236 / I238 / I240 / I248 / I249
CLOZAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	ESQUIZOFRENIA / TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I / TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	06.04.23.008-7	F200 / F201 / F202 / F203 / F204 / F205 / F206 / F208 / F250 / F251 / F252 / F311 / F312 / F313 / F314 / F315 / F316 / F317 / G20
CLOZAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	DOENÇA DE PARKINSON / ESQUIZOFRENIA / TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I / TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	06.04.23.007-9	F200 / F201 / F202 / F203 / F204 / F205 / F206 / F208 / F250 / F251 / F252 / F311 / F312 / F313 / F314 / F315 / F316 / F317 / G20
CODEINA 30 MG (POR COMPRIMIDO)	2	DOR CRÔNICA	06.04.05.003-8	R521 / R522
CODEINA 60 MG (POR COMPRIMIDO)	2	DOR CRÔNICA	06.04.05.004-6	R521 / R522
COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONÚRICO MAIOR DE 1 ANO - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA (POR GRAMA)	2	FENILCETONÚRIA	06.04.06.002-5	E700 / E701
COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONÚRICO MENOR DE 1 ANO - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA (POR GRAMA)	2	FENILCETONÚRIA	06.04.06.001-7	E700 / E701
DANAZOL 100 MG (POR CAPSULA)	1B	ANGIOEDEMA ASSOCIADO À DEFICIÊNCIA DE C1 ESTERASE (C1-INH) / ENDOMETRIOSE / LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO / PURPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA	06.04.14.002-9	D693 / D841 / L930 / L931 / M321 / M328 / N800 / N801 / N802 / N803 / N804 / N805 / N808
DEFERASIROX 125 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	SOBRECARGA DE FERRO	06.04.02.001-5	E831 / T454
DEFERASIROX 250 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	SOBRECARGA DE FERRO	06.04.02.002-3	E831 / T454
DEFERASIROX 500 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	SOBRECARGA DE FERRO	06.04.02.003-1	E831 / T454
DESFERROXAMINA 500 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	1B	DISTÚRPIO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA / SOBRECARGA DE FERRO / Z - RETIRAR DO AFSESAB - OSTEODISTROFIA RENAL	06.04.02.005-8	E831 / E833 / N180 / N250 / T454
DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML APLICACAO NASAL (POR FRASCO DE 2,5 ML)	1A	DIABETES INSÍPIDO	06.04.10.001-9	E232
DONEPEZILA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	DOENÇA DE ALZHEIMER	06.04.13.002-3	F000 / F001 / F002 / G300 / G301 / G308
DONEPEZILA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	DOENÇA DE ALZHEIMER	06.04.13.001-5	F000 / F001 / F002 / G300 / G301 / G308
DORZOLAMIDA 20 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 5 ML)	2	GLAUCOMA	06.04.66.002-2	H401 / H402 / H403 / H404 / H405 / H406 / H408 / Q150
ECULIZUMABE 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (FRASCO COM 30 ML)	-	Hemoglobinúria paroxística noturna	06.04.32.021-3	D595
ELTROMBOPAGUE OLAMINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	1B	PURPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA	06.04.25.003-7	D693
ELTROMBOPAGUE OLAMINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	1B	PURPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA	06.04.25.004-5	D693
ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4 ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1A	TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA	06.04.80.001-0	D688 / I820 / I821 / I822 / I823 / I828 / O223 / O225
ENTACAPONA 200 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	DOENÇA DE PARKINSON	06.04.49.001-1	G20
ETANERCEPTO 25 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)	1A	ARTRITE PSORIÁICA / ARTRITE REUMATOIDE / ESPONDILITE ANCILOSANTE	06.04.38.002-0	L400 / L401 / L404 / L408 / M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M070 / M072 / M073 / M080 / M081 / M082 / M083 / M084 / M088 / M089 / M45 / M468
ETANERCEPTO 50MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)(ORIGINADOR)	1A	ARTRITE PSORIÁICA / ARTRITE REUMATOIDE / ESPONDILITE ANCILOSANTE	06.04.38.003-8	L400 / L401 / L404 / L408 / M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M070 / M072 / M073 / M080 / M081 / M082 / M083 / M084 / M088 / M089 / M45 / M468
ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML (FRASCO DE 120 ML)	2	EPILEPSIA	06.04.22.001-4	G400 / G401 / G402 / G403 / G404 / G405 / G406 / G407 / G408
EVEROLIMO 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL / Z - RETIRAR DO AFSESAB-TECIDOS TRANSPLANTADOS/HEPÁTICO	06.04.32.001-9	T861 / T862 / T864 / Z940 / Z941 / Z944
EVEROLIMO 0,75 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL / Z - RETIRAR DO AFSESAB-TECIDOS TRANSPLANTADOS/HEPÁTICO	06.04.32.002-7	T861 / T862 / T864 / Z940 / Z941 / Z944
EVEROLIMO 1 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL / Z - RETIRAR DO AFSESAB-TECIDOS TRANSPLANTADOS/HEPÁTICO	06.04.32.003-5	T861 / T862 / T864 / Z940 / Z941 / Z944
FILGRASTIM 300 MCG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)	1A	ANEMIA APLÁSTICA, MIELODISPLASIA E NEUTROPENIAS CONSTITUCIONAIS / HEPATITE C e COINFECÇÕES / MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES/ MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS	06.04.25.001-0	B171 / B182 / B200 / B201 / B202 / B203 / B204 / B205 / B206 / B207 / B208 / B209 / B220 / B221 / B222 / B227 / B230 / B231 / B232 / B238 / B24 / D460 / D461 / D467 / D610 / D611 / D612 / D613 / D618 / D70 / Z948
FINGOLIMODE 0,5 MG (POR CÁPSULA)	1A	ESCLEROSE MÚLTIPLA	06.04.32.013-2	G35
FLUDROCORTISONA 0,1 MG (POR COMPRIMIDO)	2	HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA / INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA- DOENÇA DE ADDISON	06.04.42.001-3	E230 / E233 / E250 / E271 / E272 / E273 / E274
FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	2	ASMA / DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	06.04.04.004-0	J440 / J441 / J448 / J450 / J451 / J458
FORMOTEROL 6 MCG + BUDESONIDA 200 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)	2	ASMA / DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	06.04.04.006-7	J440 / J441 / J448 / J450 / J451 / J458
FUMARATO DE DIMETILA 120 MG (POR CÁPSULA)	1A	ESCLEROSE MÚLTIPLA	06.04.54.002-7	G35
FUMARATO DE DIMETILA 240 MG (POR CÁPSULA)	1A	ESCLEROSE MÚLTIPLA	06.04.54.003-5	G35
GABAPENTINA 300 MG (POR CAPSULA)	2	DOR CRÔNICA / EPILEPSIA	06.04.50.001-7	G400 / G401 / G402 / G403 / G404 / G405 / G406 / G407 / G408 / R521 / R522
GALANTAMINA 16 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	1A	DOENÇA DE ALZHEIMER	06.04.13.004-0	F000 / F001 / F002 / G300 / G301 / G308
GALANTAMINA 24 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	1A	DOENÇA DE ALZHEIMER	06.04.13.005-8	F000 / F001 / F002 / G300 / G301 / G308

GALANTAMINA 8 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	1A	DOENÇA DE ALZHEIMER	06.04.13.003-1	F000 / F001 / F002 / G300 / G301 / G308
GALSULFASE 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA DE 5 ML)	1A	MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO VI (síndrome de Maroteaux-Lamy)	06.04.24.008-2	E762
GLATIRÂMERO 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1A	ESCLEROSE MÚLTIPLA	06.04.52.002-6	G35
GOLIMUMABE 50 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1A	ARTRITE PSORIACA / ARTRITE REUMATOIDE / ESPONDILITE ANCILOSANTE	06.04.38.008-9	M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M070 / M072 / M073 / M45 / M468
GOSSERELINA 10,80 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1B	ENDOMETRIOSE / LEIOMIOMA DE ÚTERO / PUBERDADE PRECOCE CENTRAL	06.04.11.002-2	D250 / D251 / D252 / E228 / N800 / N801 / N802 / N803 / N804 / N805 / N808
GOSSERELINA 3,60 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1B	ENDOMETRIOSE / LEIOMIOMA DE ÚTERO / PUBERDADE PRECOCE CENTRAL	06.04.11.001-4	D250 / D251 / D252 / E228 / N800 / N801 / N802 / N803 / N804 / N805 / N808
HIDROXICLOROQUINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)	2	ARTRITE REUMATOIDE / DERMATOMIOSITE E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO	06.04.08.002-6	L930 / L931 / M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M080 / M321 / M328 / M330 / M331
HIDROXIUREIA 500 MG (POR CAPSULA)	1B	DOENÇA FALCIFORME	06.04.48.001-6	D570 / D571 / D572
IDURSULFASE ALFA 2 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (FRASCO DE 3 ML)	1A	MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO II	06.04.24.007-4	E761
ILOPROSTA 10 MCG/ML SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO (AMPOLA DE 1 ML)	1B	HIPERTENÇÃO ARTERIAL PULMONAR	06.04.33.001-4	I270 / I272 / I278
IMIGLUCERASE 400 U INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	1A	DOENÇA DE GAUCHER	06.04.24.003-1	E752
INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)	1A	ARTRITE REUMATOIDE	06.04.38.004-6	M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M080 / M081 / M082 / M083 / M084 / M088 / M089
INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)	1A	ARTRITE PSORIACA / DOENÇA DE CROHN / ESPONDILITE ANCILOSANTE	06.04.38.005-4	K500 / K501 / K508 / K510 / K512 / K513 / K515 / K518 / M070 / M072 / M073 / M45 / M468
ISOTRETINOINA 20 MG (POR CAPSULA)	2	ISOTRETINOINA NO TRATAMENTO DA ACNE GRAVE	06.04.59.002-4	L700 / L701 / L708
LAMOTRIGINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	2	EPILEPSIA / TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I	06.04.50.005-0	F311 / F312 / F313 / F314 / F315 / F316 / F317 / G400 / G401 / G402 / G403 / G404 / G405 / G406 / G407 / G408
LAMOTRIGINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	2	EPILEPSIA / TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I	06.04.50.003-3	F311 / F312 / F313 / F314 / F315 / F316 / F317 / G400 / G401 / G402 / G403 / G404 / G405 / G406 / G407 / G408
LAMOTRIGINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	2	EPILEPSIA / TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I	06.04.50.004-1	F311 / F312 / F313 / F314 / F315 / F316 / F317 / G400 / G401 / G402 / G403 / G404 / G405 / G406 / G407 / G408
LANREOTIDA 60 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1A	ACROMEGALIA	06.04.29.006-3	E220
LANREOTIDA 90 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1A	ACROMEGALIA	06.04.29.007-1	E220
LARONIDASE 0,58 MG SOLUÇÃO INJETÁVEL (FRASCO DE 5 ML)	1A	MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO I	06.04.24.006-6	E760
LATANOPROSTA 0,05 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 2,5 ML)	1A	GLAUCOMA	06.04.65.002-7	H401 / H402 / H403 / H404 / H405 / H406 / H408 / Q150
LEFLUNOMIDA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	ARTRITE PSORIACA / ARTRITE REUMATOIDE	06.04.32.004-3	M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M070 / M072 / M073 / M080 / M081 / M082 / M083 / M084 / M088 / M089
LEUPRORRELINA 11,25 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	1B	ENDOMETRIOSE / LEIOMIOMA DE ÚTERO / PUBERDADE PRECOCE CENTRAL	06.04.11.004-9	D250 / D251 / D252 / E228 / N800 / N801 / N802 / N803 / N804 / N805 / N808
LEUPRORRELINA 3,75 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	1B	ENDOMETRIOSE / LEIOMIOMA DE ÚTERO / PUBERDADE PRECOCE CENTRAL	06.04.11.003-0	D250 / D251 / D252 / E228 / N800 / N801 / N802 / N803 / N804 / N805 / N808
LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 100 ML)	1A	EPILEPSIA	06.04.50.012-2	G400 / G401 / G402 / G403 / G404 / G405 / G406 / G407 / G408
LEVETIRACETAM 250 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	EPILEPSIA	06.04.50.010-6	G400 / G401 / G402 / G403 / G404 / G405 / G406 / G407 / G408
LEVETIRACETAM 750 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	EPILEPSIA	06.04.50.011-4	G400 / G401 / G402 / G403 / G404 / G405 / G406 / G407 / G408
MEMANTINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	DOENÇA DE ALZHEIMER	06.04.54.007-8	F000 / F001 / F002 / G300 / G301 / G308
MEPOLIZUMABE 100 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	1B	ASMA	06.04.84.002-0	J450 / J451 / J458
MESALAZINA 250 MG (POR SUPOSITÓRIO)	2	RETICOLITE ULCERATIVA	06.04.01.004-4	K510 / K511 / K512 / K513 / K514 / K515 / K518
MESALAZINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)	2	DOENÇA DE CROHN / RETICOLITE ULCERATIVA	06.04.01.001-0	K500 / K501 / K508 / K510 / K511 / K512 / K513 / K514 / K515 / K518
MESALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	2	DOENÇA DE CROHN / RETICOLITE ULCERATIVA	06.04.01.002-8	K500 / K501 / K508 / K510 / K511 / K512 / K513 / K514 / K515 / K518
MESALAZINA 800 MG - POR COMPRIMIDO	2	DOENÇA DE CROHN / RETICOLITE ULCERATIVA	06.04.01.003-6	K500 / K501 / K508 / K510 / K511 / K512 / K513 / K514 / K515 / K518
METADONA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	2	DOR CRÔNICA	06.04.41.002-6	R521 / R522
METADONA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	2	DOR CRÔNICA	06.04.41.001-8	R521 / R522
METOTREXATO 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	ARTRITE PSORIACA / ARTRITE REUMATOIDE / DERMATOMIOSITE E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO / PSORÍASE	06.04.53.002-1	L400 / L401 / L404 / L408 / L930 / L931 / M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M070 / M072 / M073 / M080 / M081 / M082 / M083 / M084 / M088 / M089 / M321 / M328 / M330 / M331 / M332 / M340 / M341 / M348 / M45 / M468
METOTREXATO 25 MG/ML INJETÁVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)	1A	ARTRITE PSORIACA / DERMATOMIOSITE E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO / PSORÍASE	06.04.53.003-0	K500 / K501 / K508 / L400 / L401 / L404 / L408 / L930 / L931 / M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068 / M070 / M072 / M073 / M080 / M081 / M082 / M083 / M084 / M088 / M089 / M321 / M328 / M330 / M331 / M332 / M340 / M341 / M348 / M45 / M468
MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL / Z - RETIRAR DO AFESAB-TECIDOS TRANSPLANTADOS/HEPÁTICO	06.04.32.005-1	T861 / T862 / T864 / Z940 / Z941 / Z944
MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL / Z - RETIRAR DO AFESAB-TECIDOS TRANSPLANTADOS/HEPÁTICO	06.04.32.006-0	T861 / T862 / T864 / Z940 / Z941 / Z944
MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO / IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL / Z - RETIRAR DO AFESAB-TECIDOS TRANSPLANTADOS/HEPÁTICO	06.04.32.007-8	T861 / T862 / T864 / Z940 / Z941 / Z944
MIGLUSTATE 100 MG (POR CAPSULA)	1A	DOENÇA DE GAUCHER	06.04.63.001-8	E752
NATALIZUMABE 300MG (POR FRASCO-AMPOLA)	1A	ESCLEROSE MÚLTIPLA	06.04.32.011-6	G35
NUSINERSENA 2,4MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA DE 5 ML)	-	ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL - AME	06.04.79.001-5	G120 / G121
OCTEOTIDA 0,1 MG/ML INJETÁVEL (POR AMPOLA)	1B	ACROMEGALIA	06.04.29.004-7	E220
OCTEOTIDA LAR 20 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	1A	ACROMEGALIA	06.04.29.002-0	E220
OCTEOTIDA LAR 30 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	1A	ACROMEGALIA	06.04.29.003-9	E220
OLANZAPINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	ESQUIZOFRENIA / TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	06.04.23.002-8	F200 / F201 / F202 / F203 / F204 / F205 / F206 / F208 / F250 / F251 / F252 / F311 / F312 / F313 / F314 / F315 / F316 / F317
OLANZAPINA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	ESQUIZOFRENIA / TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	06.04.23.001-0	F200 / F201 / F202 / F203 / F204 / F205 / F206 / F208 / F250 / F251 / F252 / F311 / F312 / F313 / F314 / F315 / F316 / F317
OMALIZUMABE 150MG (POR FRASCO AMPOLA DE 2ML)	1B	ASMA	06.04.84.001-2	J450 / J458
PAMIDRONATO 60 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	-	OSTEOPOROSE	06.04.16.002-0	M800 / M801 / M802 / M803 / M804 / M805 / M808 / M810 / M811 / M812 / M813 / M814 / M815 / M816 / M818 / M820 / M821 / M828
PANCREATINA 10.000 UI (POR CAPSULA)	1B	FIBROSE CÍSTICA - com Manifestações Pulmonares e Insuficiência Pancreática. / INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA	06.04.58.001-0	E841 / E848 / K860 / K861 / K903
PANCREATINA 25000 UI (POR CAPSULA)	1B	FIBROSE CÍSTICA - com Manifestações Pulmonares e Insuficiência Pancreática. / INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA	06.04.58.002-9	E841 / E848 / K860 / K861 / K903
PARICALCITOL 5,0 MCG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA COM 1 ML)	1A	DISTÚRBO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA / Z - RETIRAR DO AFESAB - OSTEODISTROFIA RENAL	06.04.77.003-0	E833 / N180 / N250
PENICILAMINA 250 MG (POR CAPSULA)	1B	DOENÇA DE WILSON	06.04.56.001-0	E830

PIRIDOSTIGMINA 60 MG (POR COMPRIMIDO)	2	MIASTENIA GRAVIS	06.04.13.011-2	G700
PRAMIPEXOL 0,125 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	DOENÇA DE PARKINSON	06.04.03.004-5	G20
PRAMIPEXOL 0,25 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	DOENÇA DE PARKINSON	06.04.03.005-3	G20
PRAMIPEXOL 1 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	DOENÇA DE PARKINSON	06.04.03.006-1	G20
QUETIAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	ESQUIZOFRENIA / TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I / TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	06.04.23.004-4	F200 / F201 / F202 / F203 / F204 / F205 / F206 / F208 / F250 / F251 / F252 / F311 / F312 / F313 / F314 / F315 / F316 / F317
QUETIAPINA 200 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	ESQUIZOFRENIA / TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I / TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	06.04.23.005-2	F200 / F201 / F202 / F203 / F204 / F205 / F206 / F208 / F250 / F251 / F252 / F311 / F312 / F313 / F314 / F315 / F316 / F317
QUETIAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	ESQUIZOFRENIA / TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I / TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	06.04.23.003-6	F200 / F201 / F202 / F203 / F204 / F205 / F206 / F208 / F250 / F251 / F252 / F311 / F312 / F313 / F314 / F315 / F316 / F317
RALOXIFENO 60 MG (POR COMPRIMIDO)	2	OSTEOPOROSE	06.04.43.001-9	M800 / M801 / M802 / M803 / M804 / M805 / M808 / M810 / M811 / M812 / M813 / M814 / M815 / M816 / M818 / M820 / M821 / M828
RASAGILINA 1 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	DOENÇA DE PARKINSON	06.04.37.003-2	G20
RILUZOL 50 MG (POR COMPRIMIDO)	1A	ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA	06.04.54.001-9	G122
RISANQUIZUMABE 75 MG/0,83ML -SOLUÇÃO INJETÁVEL	1A	PSORÍASE	06.04.69.004-5	L400 / L401 / L404 / L408
RISEDRONATO 35 MG (POR COMPRIMIDO)	2	OSTEOPOROSE	06.04.16.005-4	M800 / M801 / M802 / M803 / M804 / M805 / M808 / M810 / M811 / M812 / M813 / M814 / M815 / M816 / M818 / M820 / M821 / M828 / M880 / M888
RISPERIDONA 1 MG (POR COMPRIMIDO)	1B	COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO / ESQUIZOFRENIA / TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I / TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	06.04.51.001-2	F200 / F201 / F202 / F203 / F204 / F205 / F206 / F208 / F250 / F251 / F252 / F311 / F312 / F313 / F314 / F315 / F316 / F317 / F840 / F841 / F843 / F845 / F848
RISPERIDONA 1,0 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 30 ML)	1B	COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO	06.04.51.004-7	F840 / F841 / F843 / F845 / F848
RISPERIDONA 3 MG (POR COMPRIMIDO)	1B	COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO / ESQUIZOFRENIA / TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I / TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	06.04.51.003-9	F200 / F201 / F202 / F203 / F204 / F205 / F206 / F208 / F250 / F251 / F252 / F311 / F312 / F313 / F314 / F315 / F316 / F317 / F840 / F841 / F843 / F845 / F848
RITUXIMABE 500 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA DE 50 ML) (ORIGINADOR)	-	ARTRITE REUMATOIDE	06.04.68.002-3	M050 / M051 / M052 / M053 / M058 / M060 / M068
RIVASTIGMINA 1,5 MG (POR CAPSULA)	1A	DOENÇA DE ALZHEIMER	06.04.13.006-6	F000 / F001 / F002 / G300 / G301 / G308
RIVASTIGMINA 18 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO	1A	DOENÇA DE ALZHEIMER	06.04.13.013-9	F000 / F001 / F002 / G300 / G301 / G308
RIVASTIGMINA 2,0 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 120 ML)	1B	DOENÇA DE ALZHEIMER	06.04.13.007-4	F000 / F001 / F002 / G300 / G301 / G308
RIVASTIGMINA 3 MG (POR CAPSULA)	1A	DOENÇA DE ALZHEIMER	06.04.13.008-2	F000 / F001 / F002 / G300 / G301 / G308
RIVASTIGMINA 4,5 MG (POR CAPSULA)	1A	DOENÇA DE ALZHEIMER	06.04.13.009-0	F000 / F001 / F002 / G300 / G301 / G308
RIVASTIGMINA 6 MG (POR CAPSULA)	1A	DOENÇA DE ALZHEIMER	06.04.13.010-4	F000 / F001 / F002 / G300 / G301 / G308
RIVASTIGMINA 9 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO	1A	DOENÇA DE ALZHEIMER	06.04.13.012-0	F000 / F001 / F002 / G300 / G301 / G308
SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 100 MG INJETAVEL (POR FRASCO DE 5 ML)	1B	ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – REPOSIÇÃO DE FERRO / ANEMIA POR DEFICIÊNCIA POR FERRO	06.04.26.001-6	N180 / N188
SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	1B	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	06.04.83.002-5	I500 / I501 / I509

TOPIRAMATO 100 MG (POR COMPRIMIDO)	2	ÉPILEPSIA	06.04.50.008-4	G400 / G401 / G402 / G403 / G404 / G405 / G406 / G407 / G408
TOPIRAMATO 25 MG (POR COMPRIMIDO)	2	ÉPILEPSIA	06.04.50.006-8	G400 / G401 / G402 / G403 / G404 / G405 / G406 / G407 / G408
TOPIRAMATO 50 MG (POR COMPRIMIDO)	2	ÉPILEPSIA	06.04.50.007-6	G400 / G401 / G402 / G403 / G404 / G405 / G406 / G407 / G408
TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	1A	DISTONIA FOCAL E ESPASMO HEMIFACIAL / ESPASTICIDADE	06.04.55.001-4	G041 / G243 / G244 / G245 / G248 / G513 / G518 / G800 / G801 / G802 / G811 / G821 / G824 / I690 / I691 / I692 / I693 / I694 / I698 / T905 / T908
TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	1A	DISTONIA FOCAL E ESPASMO HEMIFACIAL / ESPASTICIDADE	06.04.55.002-2	G041 / G243 / G244 / G245 / G248 / G513 / G518 / G800 / G801 / G802 / G811 / G821 / G824 / I690 / I691 / I692 / I693 / I694 / I698 / T905 / T908
TRAVOPROSTA 0,04 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 2,5 ML)	1A	GLAUCOMA	06.04.65.003-5	H401 / H402 / H403 / H404 / H405 / H406 / H408 / Q150
USTEQUINUMABE 45 MG/0,5ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	1A	PSORÍASE	06.04.69.003-7	L400 / L401 / L404 / L408
VIGABATRINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	2	ÉPILEPSIA	06.04.19.001-8	G400 / G401 / G402 / G403 / G404 / G405 / G406 / G407 / G408
ZIPRASIDONA 40 MG (POR CAPSULA)	1A	ESQUIZOFRENIA / TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	06.04.21.001-9	F200 / F201 / F202 / F203 / F204 / F205 / F206 / F208 / F250 / F251 / F252
ZIPRASIDONA 80 MG (POR CAPSULA)	1A	ESQUIZOFRENIA / TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	06.04.21.002-7	F200 / F201 / F202 / F203 / F204 / F205 / F206 / F208 / F250 / F251 / F252

2.Diabetes mellitus E10-e14;

Nome Medicamento	Grupo	Patologia	Código SIGTAP	CID
DAPAGLIFLOZINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	2	DIABETES MELLITUS TIPO 2	06.04.82.001-1	E112 / E113 / E114 / E115 / E116 / E117 / E118 / E119
INSULINA ANALÓGICA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UJ/ML (TUBETES DE 3ML)	1A	DIABETES MELLITUS TIPO 1	06.04.78.001-0	E100 / E101 / E102 / E103 / E104 / E105 / E106 / E107 / E108 / E109

3.Neoplasias: Os medicamentos de oncologia não fazem parte da Assistência farmacêutica, portanto não fazem parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, no entanto, o Ministério da Saúde encaminha medicamentos 09 medicamentos para atendimento de UNACONs e CACONs:

Medicamento (Programação 1º tri 2023)
Dasatinibe 100 mg
Dasatinibe 20 mg
Mesilato de Imatinibe 100 mg
Mesilato de Imatinibe 400 mg
Nilotinibe 200 mg
Pertuzumabe 420 mg
Rituximabe 100 mg
Rituximabe 500 mg (Frasco Ampola) - Oncologia
Trastuzumabe 150 mg