

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

2022 A 2030



Secretaria da
Saúde



PRIMEIRA CAPITAL DO BRASIL

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA 2022 A 2030

Secretaria da
Saúde



PREFEITO

Antônio Carlos Peixoto de Magalhães Neto (2013 – 2020)

Bruno Soares Reis (1º de janeiro de 2021 até o presente)

VICE-PREFEITO

Bruno Soares Reis (2017 a 1º de janeiro de 2021)

Ana Paula Andrade Matos Moreira (1º de janeiro de 2021 até o presente)

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Leonardo Silva Prates

SUBSECRETÁRIO DA SAÚDE

Décio Martins Mendes Filho

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR

Everaldo Alves de Oliveira Braga

DIRETORIA ESTRATÉGICA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Rosa Virgínia Rosemberg Oliveira Fernandes

DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Zaida de Barros Mello Nascimento Santos

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

Andrea Salvador de Almeida

DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

Daniela de Jesus Alcântara

COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

Maria do Socorro Tanure Telles

COORDENADORIA ADMINISTRATIVA

Paloma Mendes Mendonça

OUVIDORIA

Sara Areas Costa

AUDITORIA

Viviane Nobre de Santana

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO

Lélia Dourado

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO
Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão

Aline Oliveira Martins Cavalcanti Cunha
Darlene Silva Souza
Juliana Santos de Oliveira

Maria de Fátima Pereira dos Santos
Suzana Mendes Almeida
Sara Cristina Carvalho Cerqueira

Diretoria de Atenção à Saúde

Zaida de Barros Mello Nascimento Santos
Abdon de Oliveira Brito
Ana Carolina da Silva Gonçalves
Ana Kelly Amaral
Anderson Moreira Lima
Adriana Ferreira da Silva
Débora Santa Mônica Santos
Eliene de Assis Campos
Erik Asley Ferreira Abade
Felipe Fagundes Soares
Gilca Oliveira Carrera
Gustavo Vilas Boas
Helena Gomes Ribeiro
Kênya Lima de Araújo
Inamari Souza de Almeida Amorim
Lavínia Lídia Ramos Quireza de Vasconcelos
Leila Márcia Neri Grave

Lília Improta de Andrade
Jenine de Oliveira Mendes
Jéssica do Carmo Nunes
Joildes Zacarias Pereira dos Santos
Márcia de Mattos Vasconcellos
Mariana Porto Brandão Maracajá
Mariangela Naldinho de Matos
Marianna Silva dos Santos
Marianna Luiza Alves Soares Santos
Marivone Dias Monteiro
Mavie Eloy Kruschewsky
Renata Lago de Mello
Rosihelma Holanda Bezerra de Oliveira
Tatiana Franco Batista
Thyena Oneida Carneiro Rios
Vanessa Fonseca Ribeiro

Diretoria de Vigilância à Saúde

Adelly Rosa Orselli Moraes
Alba Regina de Sousa
Aline Gomes da Silva dos Santos
Ana Claudia Muller Urpia
Ana Luísa Mota Itaparica
Andreia Rosa de Siqueira
Barbara Rosemar Nascimento de Araújo
Cristiane W. Cardoso
Daiza Azevedo Pereira
Darlene Lemos Souza
Daniela Cardoso Santos Paixão
Edna Pereira Rezende
Eliene dos Santos de Jesus
Maria Elizângela Ramos Junqueira
Elka Maltez de Miranda Moreira
Eloísa Solange Magalhães Bastos
Ênio Silva Soares
Eva Carneiro Silva Passos
Flavia Santos Guimaraes
Francesca Brito Magalhães

Itana Sena Barros
Jessidenes Teixeira Leal
Joselina Soeiro de Jesus
Joselito Ramos de Andrade
Laís Pires dos Santos
Leila Lima Mello
Marcelo Mário Santos Medrado
Maricélia Moraes Macêdo
Milena Duarte Argolo dos Santos
Mirela Maísa da Silva Souza
Natalia Ferraz Bastos
Pablo Teixeira de Sousa Leal
Priscila Duarte de Pádua
Rita de Cassia Nery Cal
Roseane Conceição Ribeiro de Oliveira
Sofia Campos dos Santos
Soraya Castro
Tiza Trípodi Marchi Mendes
Uina Silva Torres dos Santos
Vanessa do Espirito Santo Almeida

Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação

Kleyse Barbosa Farias

Patrícia Gabriel Santos

Auditoria

Maria de Fátima Martins

Ouvidoria

Sara Areas Costa

Indayara Neri

RESIDENTES EM PLANEJAMENTO E GESTÃO DO INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UFBA

Alesca Prado de Oliveira

Alice Bonfim de Santana

Janilson Matos Teixeira Matos

Lígia de Gaia Azevedo de Oliveira

Lorene Rodrigues Ramos

Luciana Limoeiro Ricarte Cavalcante

Raissa Barros Moreira Santos

Raphael Santos Sande

Cássia Araújo Cerqueira

Tharcia da Purificação Machado dos Santos

REVISÃO FINAL

Aline Oliveira Martins Cavalcante

Darlene Silva de Souza

Juliana Santos de Oliveira

Sara Cristina Carvalho Cerqueira

Suzana Mendes Almeida

CAPA

Silvia Leticia Souza de Castro (ASCOM)

2021 – Secretaria Municipal da Saúde do Salvador.

É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.
1ª edição. Publicação digitalizada (2021).

Ficha Catalográfica

Salvador, Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS-SSA). Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG).

Plano Municipal de Saúde para Infância e Adolescência 2022-2030/Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2021. 228 p.

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Planejamento em Saúde. 3. Infância e Adolescência. I. Salvador. II.

Secretaria Municipal da Saúde do Salvador

Rua da Grécia, nº 03, Ed. Caramuru, Comércio, Salvador-BA – CEP 40010-010.

Tels.: (71) 3202-1024/1096/1031/1093

Site: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/>

Lista de Abreviaturas e Siglas

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA
Conselho Tutelar – CT
Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODS
Plano Municipal da Infância – PIA
Plano Municipal da Infância e Adolescência – PMIA
Plano Municipal de Saúde – PMS
Secretaria Municipal de Políticas para Mulheres, Infância e Juventude – SPMJ
Sistema Único de Saúde – SUS
Taxa de Mortalidade Infantil – TMI
Ministério Público do Trabalho – MPT
Análise de Situação em Saúde – ASIS
Infecção Respiratória Aguda – IRA
Plano Municipal pela Primeira Infância – PMPI
Taxa de Mortalidade Fetal – TMF
Taxa de Mortalidade Perinatal – TMP

Lista de Figuras

Figuras 01 a 02 - Pirâmide Etária por raça/cor, Salvador-BA, 2000 e 2010.	10
Figura 03 - Prevalência de anemia entre crianças de 6 a 59 meses, por faixa etária, para o Brasil e segundo faixa etária e macrorregiões, Enani-2019.	24
Figura 04 - Prevalência de deficiência de vitamina A entre crianças de 6 a 59 meses para o Brasil e macrorregiões em duas pesquisas nacionais.	25
Figura 05 - Prevalência de anemia ferropriva entre crianças de 6 a 59 meses, por faixa etária, para o Brasil e segundo macrorregiões, Enani-2019.	25
Figura 06 - Incidência (por 1.000 nascidos vivos) da Síndrome congênita do Zika Vírus e outras etiologias segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2015.	107
Figura 07 - Incidência (por nascidos vivos) da Síndrome congênita do Zika Vírus e outras etiologias segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2016.	108
Figura 08 - Incidência (por nascidos vivos) da Síndrome congênita do Zika Vírus e outras etiologias segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2017.	108
Figura 09 - Incidência (por nascidos vivos) da Síndrome congênita do Zika Vírus e outras etiologias segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2018.	109
Figura 10 - Incidência (por nascidos vivos) da Síndrome congênita do Zika Vírus e outras etiologias segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2019.	109
Figura 11 - Incidência (por nascidos vivos) da Síndrome congênita do Zika Vírus e outras etiologias segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2020*.	110
Figura 12 - Ações do Programa Crescer Saudável.	128
Figura 13 - Principais problemas e necessidades de saúde dos adolescentes, segundo a percepção dos profissionais da Atenção Básica. Salvador-BA, 2019.	132
Figura 14 - Necessidade de ações e serviços versus produção assistencial para o ciclo gravídico puerperal. Salvador-BA, 2018.	151
Figura 15 - Principais não conformidades identificadas em relação ao diagnóstico/tratamento da sífilis em gestantes. Salvador-BA, 2018.	153

Lista de Gráficos

Gráfico 01 - Índice de Desenvolvimento Humano de Salvador-BA, 1991, 2000 e 2010.	12
Gráfico 02 - Índice de Gini da distribuição do rendimento domiciliar per capita, Salvador-BA, 2012–2019.	13
Gráfico 03 - Taxa de Trabalho Infantil. Salvador-BA, 1991, 2000 e 2010.	15
Gráfico 04 - Números absolutos de crianças e adolescentes por faixa etária ocupados alfabetizados ou não alfabetizadas. Salvador-BA, 2010.	15
Gráfico 05 - Números absolutos de crianças e adolescentes ocupados por seção de atividades econômicas, segundo faixa etária. Salvador-BA, 2010.	16
Gráfico 06 - Números absolutos de aprendizes com contratos no município de Salvador-BA, 2012–2017.	17
Gráfico 07 - Números absolutos de Acidentes de Trabalho e Trabalho Infantil notificados no Sinan em crianças e adolescentes residentes na faixa etária de 10 a 18 anos. Salvador-BA, 2009–2019.	18
Gráfico 08 - Número absoluto das principais ocupações associadas aos acidentes de trabalho em crianças e adolescentes (10 a 18 anos) notificados no Sinan – Salvador-BA, 2009–2019.	20
Gráfico 09 - Número absoluto de acidentes de trabalho de crianças e adolescentes (10 a 18 anos, segundo Distrito Sanitário de residência e de notificação. Salvador-BA, 2009–2019.	20
Gráfico 10 - Taxa de natalidade (bruta) da população residente (por 1000 hab.) – Salvador-BA, 2009–2019.	33
Gráfico 11 - Número de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo Distrito Sanitário de residência - Salvador-BA, 2009–2019*.	33
Gráfico 12 - Número de Nascidos Vivos, segundo grau de escolaridade (anos) e faixa etária materna (10 a 19 anos), por Distrito Sanitário de residência. Salvador-BA, 2009–2019*.	34
Gráfico 13 - Proporção de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo consultas de pré-natal por Distrito Sanitário de residência. Salvador-BA, 2009–2019*.	35
Gráfico 14 - Número de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, por idade gestacional. Salvador-BA, 2009–2019*.	36
Gráfico 15 - Números de nascidos vivos com anomalias, segundo faixa etária (10 a 14 e 15 a 19 anos), Salvador-BA, 2009–2019.	38
Gráfico 16 - Taxa de mortalidade geral segundo sexo na população de 0 a 19 anos residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.	39
Gráfico 17 - Mortalidade proporcional segundo raça/cor** na população de 0 a 19 anos residente de Salvador-BA, do período de 2009–2019*.	39
Gráfico 18 - Taxa de mortalidade por principais grupos de causas (cap. CID-10) na população de 0 a 19 anos residente de Salvador-BA, 2009–2019*.	40
Gráfico 19 - Mortalidade proporcional por causas externas segundo faixa etária na população de 0 a 19 anos residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.	41
Gráfico 20 - Mortalidade proporcional segundo causa determinante dentre as causas externas na população de 0 a 19 anos residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.	42
Gráfico 21 - Taxa de mortalidade e mortalidade proporcional por homicídios em adolescentes de 15 a 19 anos residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.	42
Gráfico 22 - Mortalidade proporcional por causa externas segundo Distrito Sanitário de Residência na população de 0 a 19 anos, Salvador-BA, 2009–2019*.	43
Gráfico 23 - Razão de mortalidade materna, na faixa etária de 10 a 19 anos, em residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.	46
Gráfico 24 - Percentual de óbitos maternos, segundo raça/cor, na faixa etária de 10 a 19 anos, em residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.	46

Gráfico 25 - Taxa de Mortalidade Infantil (< 1 ano) em residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.	47
Gráfico 26 - Percentual de óbitos infantis (< 1ano), por raça/cor, de residentes em Salvador-BA, 2009–2019*.	48
Gráfico 27 - Número de Óbitos Infantis (<1 ano) em relação ao peso ao nascer, de residentes em Salvador-BA, 2009–2019*.	49
Gráfico 28 - Números de óbitos infantis em relação à idade da mãe, Salvador-BA, 2009–2019*.	49
Gráfico 29 - Série histórica das taxas de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal. Salvador-BA, 2009–2019*.	50
Gráfico 30 - Mortalidade infantil proporcional pelas principais causas de morte por capítulo da CID-10, em residentes em Salvador-BA, 2009–2019*.	51
Gráfico 31 - Série Histórica da taxa de mortalidade fetal em Salvador-BA, 2009–2019*.	53
Gráfico 32 - Taxa de mortalidade fetal por Distrito Sanitário - Salvador-BA, 200–2019.	54
Gráfico 33 - Série Histórica da Taxa de Mortalidade Perinatal - Salvador-BA, 2009–2019.	55
Gráfico 34 - Proporção de notificações de residentes em Salvador com doença falciforme na faixa etária de 0 a 19 anos - Salvador-BA, 2009–2019.	56
Gráfico 35 - Notificações de pessoas com doença falciforme na faixa etária 0 a 19 anos segundo sexo. Salvador-BA, 2009–2019.	57
Gráfico 36 - Percentual de notificação de pessoas com doença falciforme na faixa etária 0 a 19 anos segundo raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.	57
Gráfico 37 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada por faixa etária específica (infância e adolescência)* de residentes em Salvador-BA, 2009–2019.	60
Gráfico 38 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada por faixa etária específica (infância e adolescência)* de residentes em Salvador-BA, de acordo com o sexo, 2009–2019.	61
Gráfico 39 - Número de casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada por faixa etária específica (infância e adolescência)* de residentes Salvador-BA, de acordo com a raça/cor, 2009–2019.	62
Gráfico 40 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada de adolescentes grávidas segundo o período gestacional de residentes em Salvador-BA - 2009–2019.	64
Gráfico 41 - Número de casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada segundo faixa etária específica (infância e adolescência)* Distrito Sanitário de residência - Salvador-BA, 2009–2019.	64
Gráfico 42 - Percentual de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada por faixa etária específica (infância e adolescência)* de residentes em Salvador de acordo com o registro de ocorreu outras vezes - 2009–2019.	66
Gráfico 43 - Taxa de detecção anual de casos novos de Hanseníase, na população geral e na população de 0 a 14 anos, por 100.000 habitantes, Salvador-BA, 2010–2020 - Salvador-BA, 2021.	68
Gráfico 44 - Tendência da taxa de detecção e da taxa de grau 2 de incapacidade física de casos novos de hanseníase no momento do diagnóstico, na população de 0 a 14 anos - Salvador-BA, 2009–2019.	70
Gráfico 45 - Proporção de cura e abandono entre os casos novos em menores de 15 anos diagnosticados na coorte 2009 - 2019. Salvador-BA, 2009–2019.	72
Gráfico 46 - Número de Casos Novos e Taxa de Incidência de Tuberculose, todas as formas, em menores de 19 anos, nos anos de 2009–2019 - Salvador-BA.	73
Gráfico 47 - Taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de Tuberculose, todas as formas, por faixa etária, nos anos de 2009–2019, em Salvador-BA.	73

Gráfico 48 - Número de Casos Novos de Tuberculose, todas as formas, na faixa etária até 5 anos de idade, nos anos de 2009–2019, em Salvador-BA.	74
Gráfico 49 - Número de Casos Novos de Tuberculose, formas meningoencefálica ou miliar, na faixa etária até 5 anos de idade, nos anos de 2009–2019, em Salvador-BA.	74
Gráfico 50 - Taxa de incidência de casos de Tuberculose por sexo, todas as formas, na faixa etária menores de 1 ano a 19 anos, em Salvador-BA, 2009–2019.	75
Gráfico 51 - Taxa de detecção (100.000 hab.) de AIDS em crianças (0 a 9 anos) por sexo, Salvador-BA, 2009–2019.	76
Gráfico 52 - Taxa de detecção (100.000 hab.) de AIDS em crianças (0 a 9 anos) por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.	77
Gráfico 53 - Distribuição percentual de AIDS em crianças (0 a 9 anos) por raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.	77
Gráfico 54 - Taxa de detecção (100.000 hab.) de AIDS em adolescentes (10 a 19 anos) por sexo, Salvador-BA, 2009–2019.	78
Gráfico 55 - Taxa de detecção (100.000 hab.) de AIDS em adolescentes (10 a 19 anos) por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.	78
Gráfico 56 - Distribuição percentual de AIDS em adolescentes (10 a 19 anos) por raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.	79
Gráfico 57 - Taxa de incidência de Sífilis Congênita (1000 NV), Salvador-BA, 2010–2019.	80
Gráfico 58 - Comparativo das taxas de incidência de Sífilis Congênita (por 1000 NV) Belo Horizonte, Recife e Salvador-BA, 2019.	81
Gráfico 59 - Percentual dos casos de sífilis congênita por informação de realização do pré-natal, Salvador-BA, 2009–2019.	82
Gráfico 60 - Percentual de casos de sífilis congênita segundo o momento do diagnóstico de Sífilis Materna, Salvador-BA, 2009–2019.	82
Gráfico 61 - Percentual de casos de sífilis congênita por diagnóstico final, Salvador-BA, 2010–2019.	83
Gráfico 62 - Percentual de casos de sífilis congênita por raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.	83
Gráfico 63 - Incidência de Hepatite A por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.	86
Gráfico 64 - Incidência de Hepatite A em crianças, por sexo, Salvador-BA, 2009–2019.	87
Gráfico 65 - Incidência de Hepatite A em adolescentes, por sexo, Salvador-BA, 2009–2019.	87
Gráfico 66 - Distribuição percentual de Hepatite A em crianças, segundo quesito raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.	88
Gráfico 67 - Distribuição percentual de Hepatite A em adolescentes, segundo quesito raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.	88
Gráfico 68 - Taxa de detecção de Hepatite B, por faixa etária, Salvador-BA, 2009– 2019.	89
Gráfico 69 - Taxa de detecção de Hepatite B em crianças, segundo sexo, Salvador-BA, 2009–2019.	90
Gráfico 70 - Taxa de detecção de Hepatite B em adolescentes, segundo sexo, Salvador-BA, 2009–2019.	90
Gráfico 71 - Distribuição percentual de casos de Hepatite B em crianças, segundo raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.	91
Gráfico 72 - Distribuição percentual de casos de Hepatite B em adolescentes, segundo raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.	91
Gráfico 73 - Taxa de detecção de Hepatite C por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.	93
Gráfico 74 - Taxa de detecção de Hepatite C em crianças, segundo sexo, Salvador-BA, 2009–2019.	93

Gráfico 75 - Taxa de detecção de Hepatite C em adolescentes, segundo sexo, Salvador-BA, 2009–2019.	94
Gráfico 76 - Distribuição percentual de crianças, segundo quesito raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.	94
Gráfico 77 - Distribuição percentual de adolescentes, segundo quesito raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.	95
Gráfico 78 - Taxa de detecção de HTLV por faixa etária, Salvador-BA, 2013–2019.	97
Gráfico 79 - Percentual do número de casos de HTLV em crianças, por sexo, Salvador-BA, 2013–2019.	98
Gráfico 80 - Percentual do número de casos de HTLV em adolescentes, por sexo, Salvador-BA, 2013–2019.	98
Gráfico 81 - Percentual do número de casos de HTLV em crianças, pelo quesito raça/cor, Salvador-BA, 2013–2019.	99
Gráfico 82 - Percentual do número de casos de HTLV em adolescentes, pelo quesito raça/cor, Salvador-BA, 2013–2019.	99
Gráfico 83 - Incidência das Meningites por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.	101
Gráfico 84 - Incidência da Doença Meningocócica por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.	101
Gráfico 85 - Critérios de confirmação da doença Meningocócica por faixa etária de < de 1 ano a 19 anos, de 2009–2019, Salvador-BA.	102
Gráfico 86 - Faixa etária das mães de crianças com a SCVZ, Salvador-BA, 2015–2020*.	106
Gráfico 87 - Raça/cor das mães de crianças com a SCVZ, Salvador-BA, 2015–2020*.	106
Gráfico 88 - Distribuição por sexo das crianças com a SCVZ, Salvador-BA, 2015–2020*.	107
Gráfico 89 - Incidência ¹ dos casos confirmados da COVID-19, segundo sexo e faixa etária, 11 de março a trinta de janeiro de 2021.	111
Gráfico 90 - Mortalidade ¹ de casos confirmados para COVID-19, segundo sexo e faixa etária, 11 de março de 2020 a 30 de janeiro de 2021.	111
Gráfico 91 - Principais causas de internação em menores de 1 ano residentes. Salvador-BA, 2009–2019.	112
Gráfico 92 - Proporção de nascidos vivos de mães residentes < 37 semanas e com idade gestacional ignorada, Salvador-BA, 2009–2019.	113
Gráfico 93 - Proporção de gestantes residentes com 7 ou mais consultas estratégia vigilância de pré-natal, Salvador-BA, 2009–2019.	114
Gráfico 94 - Proporção de nascimentos prematuros em residentes, segundo idade materna. Salvador-BA, 2009–2019.	115
Gráfico 95 - Histórico do número de internações por Sífilis Congênita em < 1 ano residentes em Salvador-BA, 2009–2019.	116
Gráfico 96 - Taxa de internação em crianças residentes < 5 anos por Doença Diarreica Aguda. Salvador-BA, 2009–2019.	117
Gráfico 97 - Taxa de internação em crianças residentes < 5 anos (por 1.000 habitantes) por Infecção Respiratória Aguda, Salvador-BA, 2009–2019.	118
Gráfico 98 - Estabelecimentos Assistenciais de Saúde por tipo de gestão no município de Salvador-BA, em 2009–2020.	119
Gráfico 99 - Unidades hospitalares por tipo de gestão no município de Salvador-BA, em 2009 e 2020.	119
Gráfico 100 - Crianças < 24 meses com uso de fórmulas infantis dispensadas pelo Ambulatório Infantil de Alergia Alimentar. Salvador-BA, 2013–2019.	129
Gráfico 101 - Número de atendimentos individuais de adolescentes realizados pelos profissionais enfermeiros e médicos, no âmbito da Atenção Primária, Salvador-BA, 2010–2020.	133

Gráfico 102 - Número de nascidos vivos e proporção de mães nas faixas etárias < 15 de anos e entre 15 a 19 anos por município de residência, Salvador-BA, 2010–2020.	135
Gráfico 103 - Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária, Salvador-BA, nos anos de 2009–2020*.	137
Gráfico 104 - Total de procedimentos odontológicos realizados pela especialidade de Odontopediatra (no CEO) nas faixas etárias de 0 a 5 anos; 06 a 11 anos e 12 a 19 anos no município do Salvador-BA de 2009–2019.	140
Gráfico 105 - Total de procedimentos odontológicos realizados nas redes de urgências e emergências nas faixas etárias 0 a 5 anos; 06 a 11 anos e 12 a 19 anos no município do Salvador-BA, 2009–2019.	140
Gráfico 106 - Distribuição da produção ambulatorial por grupo de procedimentos em crianças e adolescentes até 19 anos, Salvador-BA, 2009–2020.	141
Gráfico 107 - Distribuição da produção hospitalar por grupo de procedimentos em crianças e adolescentes até 19 anos, Salvador-BA, 2009–2020 ¹ .	144
Gráfico 108 - Detalhamento dos tipos de exames registrados na Ouvidoria em Saúde, por faixa etária, no período de 2010 a 2020. Salvador-BA, 2020.	155
Gráfico 109 - Série histórica da cobertura vacinal com a vacina tetravalente e pentavalente em crianças < 1 ano, Salvador-BA – 2009–2019.	181
Gráfico 110 - Distribuição de casos suspeitos de coqueluche na faixa etária < 1 ano a 19 anos, em Salvador-BA, 2009–2019.	182
Gráfico 111 - Distribuição de casos suspeitos de coqueluche, segundo faixa etária, em Salvador-BA, 2009–2019.	183
Gráfico 112 - Distribuição de casos de coqueluche conforme classificação final, em Salvador-BA, 2009–2019.	183
Gráfico 113 - Série histórica da cobertura vacinal com a vacina tríplice viral e tetra viral, em crianças de 1-4 anos, Salvador-BA, 2009–2019.	186
Gráfico 114 - Distribuição de casos suspeitos de doenças exantemáticas, segundo faixa etária, em Salvador-BA, 2009–2019.	187
Gráfico 115 - Distribuição de casos suspeitos de doenças exantemáticas, por faixa etária e ano de notificação.	187
Gráfico 116 - Distribuição de casos suspeitos de doenças exantemáticas, segundo critério de descarte, em Salvador-BA, 2009–2019.	188
Gráfico 117 - Série histórica da cobertura vacinal da vacina da gripe, em crianças, Salvador-BA, 2010–2019.	191
Gráfico 118 - Série histórica dos casos confirmados por influenza, em crianças e adolescentes, nas unidades sentinelas, por ano epidemiológico. Salvador-BA, 2013–2019.	192
Gráfico 119 - Série histórica dos casos confirmados por influenza, em crianças e adolescentes, nas unidades sentinelas, por faixa etária, Salvador-BA, 2013–2019.	193
Gráfico 120 - Distribuição dos casos hospitalizados, confirmados como SRAG por influenza, em crianças e adolescentes, por ano epidemiológico, Salvador-BA, 2009–2019.	194

Lista de Tabelas

Tabela 01 - Distribuição populacional e proporção por sexo e faixa etária, segundo população residente. Salvador-BA, 2020.	9
Tabela 02 - Distribuição populacional por raça/cor, Salvador-BA, 2020.	10
Tabela 03 - Taxa de analfabetismo por ano segundo sexo, em Salvador e Bahia, 2000–2010.	11
Tabela 04 - Taxa de analfabetismo por ano segundo raça/cor em Salvador-BA, 2000– 2010.	11
Tabela 05 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes, Salvador-BA, 2000–2010.	12
Tabela 06 - Números absolutos e relativos de variáveis sociodemográficas dos casos de acidentes de trabalho com crianças e adolescentes (10 a 18 anos) notificados no Sinan - Salvador-BA, 2009–2019.	19
Tabela 07 - Números absolutos e relativos de variáveis sociodemográficas de crianças e adolescentes (0 a 18 anos) em situação de trabalho infantil notificados no Sinan - Salvador-BA, 2009–2019.	21
Tabela 08 - Percentual de escolares com idade de 13 a 17 anos que fumaram cigarro pela primeira vez com 13 anos ou menos, por sexo, dependência administrativa da escola, 2015.	22
Tabela 09 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram cigarro alguma vez, por sexo e dependência administrativa da escola, 2015.	22
Tabela 10 - Proporção de crianças com menos de cinco anos de idade em situação de obesidade, Brasil, Bahia, Salvador-BA, 2009–2019.	23
Tabela 11 - Prevalência do consumo de alimentos ricos em ferro, vitamina A e produtos ultraprocessados em crianças entre 6 e 23 meses.	26
Tabela 12 - Percentual de escolares com idade de 13 a 17 anos, por frequência de consumo de feijão, frutas frescas, guloseimas e refrigerantes, cinco ou mais dias nos 7 dias anteriores à pesquisa, 2015.	27
Tabela 13 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, por frequência de consumo de feijão, frutas frescas, guloseimas e refrigerantes, cinco ou mais dias nos 7 dias anteriores à pesquisa, 2015.	28
Tabela 14 - Percentual de escolares com idade de 13 a 17 anos, que experimentaram bebida alcoólica alguma vez, por sexo, dependência administrativa da escola, Brasil e regiões, 2015.	28
Tabela 15 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram bebida alcoólica alguma vez, por sexo - Salvador-BA, 2009, 2012–2015.	29
Tabela 16 - Percentual de escolares com idade de 13 a 17 anos com 300 minutos ou mais de atividade física acumulada nos 7 dias anteriores à pesquisa, por sexo, dependência administrativa da escola e grupo de idade do escolar, Brasil e regiões, 2015.	30
Tabela 17 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental com 300 minutos ou mais de atividade física acumulada nos 7 dias anteriores à pesquisa, por sexo e dependência administrativa da escola, 2012–2015.	30
Tabela 18 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram drogas ilícitas alguma vez, por sexo e dependência administrativa da escola, Brasil e regiões, 2015.	31
Tabela 19 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram droga ilícita alguma vez, por sexo - Salvador-BA, 2009, 2012 e 2015.	32
Tabela 20 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram drogas ilícitas alguma vez, por sexo e dependência administrativa da escola, Brasil e regiões, 2015.	32
Tabela 21 - Número e proporção de nascidos vivos, segundo grau de escolaridade e faixa etária materna (10-14 e 15-19 anos). Salvador-BA, 2009–2019*.	34

Tabela 22 - Proporção de nascidos vivos nas faixas etárias de mães de 10 a 14 e 15 a 19 anos, por baixo peso, Salvador-BA, 2009–2019*.	35
Tabela 23 - Número de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 14 e 15 a 19 anos, segundo as principais ocupações, Salvador-BA, 2009–2019*.	37
Tabela 24 - Taxa de mortalidade por causas externas segundo Distrito Sanitário de Residência na população de 0 a 19 anos residente de Salvador-BA, 2009–2019*.	41
Tabela 25 - Distribuição dos óbitos maternos pela CID-10, na faixa etária de 10 a 19 anos, residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.	44
Tabela 26 - Óbitos maternos, por Distritos Sanitários, segundo faixa etária de 10 a 19 anos, em residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.	45
Tabela 27 - Taxa de mortalidade infantil e variação das taxas por 1.000 nascidos vivos por Distrito Sanitário de residência, em Salvador-BA, 2009–2019*.	48
Tabela 28 - Taxa de Mortalidade Infantil (< 1ano) e seus componentes por Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2009–2019.	51
Tabela 29 - N° de óbitos infantis (<1 ano) por causas originadas no período perinatal (CAP XVI da CID-10). Salvador-BA, 2009–2019*.	52
Tabela 30 - Número de óbitos infantis (< 1 ano) por causas relacionadas às malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (CAP XVII da CID-10). Salvador-BA, 2009–2019*.	52
Tabela 31 - Número de óbitos infantis analisados (< 1 ano) por critério de Evitabilidade - Salvador-BA, 2009–2019*.	53
Tabela 32 - Número de óbitos fetais por causas determinadas - Salvador-BA, 2009–2009.	54
Tabela 33 - Distribuição das notificações por Distrito Sanitário de Residência. Salvador-BA, 2009–2019.	58
Tabela 34 - Taxa de detecção anual de casos novos de Hanseníase, na população geral, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2010–2020 - Salvador-BA, 2021.	68
Tabela 35 - Taxa de incidência de Tuberculose, de todas as formas, nos Distritos Sanitários de Salvador-BA, 2009–2019.	75
Tabela 36 - Número de Percentual de casos de tuberculose por raça/cor, de todas as formas, na faixa etária menores de 19 anos, em Salvador-BA.	76
Tabela 37 - Taxa de incidência de Sífilis Congênita (1000 NV), por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2009–2019.	81
Tabela 38 - Taxa de Incidência de sífilis congênita por 1000 NV por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.	84
Tabela 39 - Percentual de casos de Sífilis Congênita por sexo, Salvador-BA, 2009–2019.	84
Tabela 40 - Taxa de detecção de Sífilis adquirida* por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.	85
Tabela 41 - Taxa de detecção de Hepatite B em crianças, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2009–2019.	91
Tabela 42 - Taxa de detecção de Hepatite B em adolescentes, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2009–2019.	92
Tabela 43 - Taxa de detecção de Hepatite C em crianças por distrito sanitário, Salvador-BA, 2009–2019.	95
Tabela 44 - Taxa de detecção de Hepatite C em adolescentes por distrito sanitário, Salvador-BA, 2009–2019.	96
Tabela 45 - Taxa de detecção de HTLV em crianças, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2013–2019.	100
Tabela 46 - Taxa de detecção de HTLV em adolescentes, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2013–2019.	100

Tabela 47 - Sorogrupo da doença Meningocócica na faixa etária < de 1 ano a 19 anos – Salvador-BA, 2009–2019.	102
Tabela 48 - Número de casos, incidência, etiologia, sexo, raça/cor das Meningites por faixa etária em Salvador-BA, 2009–2019.	103
Tabela 49 - Distribuição dos casos de SCVZ segundo classificação, anos: 2015–2020*, Salvador-BA.	105
Tabela 50 - Quantidade de unidades cadastradas por nível de complexidade para o SUS no CNE, segundo tipo de gestão no município de Salvador-BA, em 2009–2020.	120
Tabela 51 - Expansão da Cobertura de Atenção Primária nos últimos anos em Salvador-BA.	120
Tabela 52 - Número de Equipes de Saúde/Escolas/Educandos, com adesão ao Programa de Saúde na Escola. Salvador-BA, 2015–2019.	121
Tabela 53 - Distribuição das Maternidades, segundo critério de classificação de risco do pré-natal, Salvador-BA, fevereiro/2021.	126
Tabela 54 - Consultas para Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento para crianças de 0 < 10 anos. Salvador-BA, 2012–2020.	127
Tabela 55 - Quantitativo de Atendimentos Individuais de Adolescentes. Salvador-BA, 2015–2020.	133
Tabela 56 - Quantitativo de atendimento em grupo para adolescentes por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2015–2020.	134
Tabela 57 - Média e prevalência de CEO-D, componente cariado e proporção de CEO-D = 0 na idade de 05 anos no município do Salvador-BA e Brasil.	138
Tabela 58 - Média e prevalência de CPO-D, componente cariado e proporção de CPO-D = 0 na idade de 12 anos no município do Salvador-BA e Brasil.	139
Tabela 59 - Média e prevalência de CPO-D, componente cariado e proporção de CPO-D = 0 na idade de 15 a 19 anos no município do Salvador-BA e Brasil.	139
Tabela 60 - Produção ambulatorial por grupo de procedimentos em crianças e adolescentes até 19 anos, Salvador-BA, 2009–2020 ¹ .	142
Tabela 61 - Distribuição da produção ambulatorial em crianças e adolescentes até 19 anos por complexidade e tipo de gestão, Salvador-BA, 2009–2020 ¹ .	143
Tabela 62 - Produção hospitalar relacionada às crianças e adolescentes até 19 anos por grupo de procedimentos, Salvador-BA, 2009–2020 ¹ .	143
Tabela 63 - Distribuição da produção hospitalar em crianças e adolescentes até 19 anos por complexidade e tipo de gestão, Salvador-BA, 2009–2020 ¹ .	144
Tabela 64 - Fila de Espera para Consultas Médicas em Atenção Especializada, subgrupo Pediatria, Salvador-BA, 2020 ¹ .	145
Tabela 65 - Série histórica da faixa etária elegível e meta da cobertura vacinal da Gripe, em crianças. Salvador-BA, 2010–2019.	191
Tabela 66 - Distribuição dos casos confirmados como SG por influenza, nas unidades sentinelas, em crianças e adolescentes, por faixa etária, por tipo e subtipo.	193

Lista de Quadros

Quadro 01 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada por faixa etária específica (infância e adolescência)* de residentes em Salvador de acordo com a escolaridade, Salvador-BA, 2009-2019.

63

Quadro 02 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada por faixa etária específica (infância e adolescência)* e tipo de violência de residentes em Salvador-BA, 2009-2019.

65

Quadro 03 - Pontos de Atenção Psicossocial.

149

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas	VII
Lista de Figuras	IX
Lista de Gráficos	XI
Lista de Tabelas	XVII
Lista de Quadros	XXI
Apresentação	1
1. Introdução	3
2. Análise de Situação de Saúde da Infância e Adolescência	7
2.1. Perfil Demográfico	9
2.2. Perfil Socioeconômico	10
2.2.1. Índice de Desenvolvimento Humano	12
2.2.2. Crianças e Adolescentes ocupados no município do Salvador	13
2.3. Perfil Epidemiológico	21
2.3.1. Hábitos e Estilo de vida	21
2.3.2. Perfil de Natalidade	32
2.3.3. Perfil de Mortalidade	38
2.3.4. Perfil de Morbidade	56
2.3.5. Morbimortalidade Hospitalar	112
2.4. Caracterização da Rede de Serviços de Saúde de Salvador	118
2.4.1. Atenção Primária à Saúde	120
2.4.2. Atenção à Saúde Bucal	137
2.4.3. Atenção de Média e Alta Complexidade	141
2.4.4. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência	146
2.4.5. Rede de Atenção à Saúde Psicossocial	149
2.5. Gestão do SUS Municipal	151
2.5.1. Auditoria	151
2.5.2. Ouvidoria	154

3. Problemas do Estado de Saúde Relacionados à Infância e à Adolescência nos Planos Municipais de Saúde (1994–2021)	157
4. Módulos Operacionais	165
MÓDULO OPERACIONAL I – PROMOÇÃO DA SAÚDE	167
MÓDULO OPERACIONAL II – ATENÇÃO À SAÚDE	168
MÓDULO OPERACIONAL III – VIGILÂNCIA À SAÚDE	172
5. Monitoramento e Avaliação	175
Apêndice A – Análise das Doenças Imunopreveníveis	179
Coqueluche	181
Sarampo	184
Rubéola	185
Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)	188
Influenza (Gripe)	190
Vacinação contra Influenza	190
Referências Bibliográficas	195

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde de Salvador inova e reafirma sua responsabilidade em formular e executar políticas de saúde ao elaborar um Plano Municipal de Saúde específico para Infância e Adolescência (PMSIA). Este Plano estabelece estratégias locais destinadas a enfrentar ou minimizar problemas prioritários que mais afetam as crianças e os adolescentes que vivem na capital baiana. Buscou-se conectar os objetivos e metas do PMSIA aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) que traz o conceito de sustentabilidade, baseado em Pessoas, Prosperidade, Paz, Parcerias e Planeta, com definição de metas que devem ser alcançadas até 2030 a partir da implementação de políticas locais, principalmente no que tange à educação, saúde e assistência social, as quais os municípios são os maiores responsáveis pela execução das ações.

O Plano Municipal de Saúde para Infância e Adolescência (PMSIA) 2022-2030 é um documento que norteia as ações voltadas para infância e adolescência que serão desenvolvidas no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde nos próximos 9 anos. Para conhecer o impacto dos principais problemas que afetam este grupo populacional no município e dimensionar os desafios existentes, foi realizada uma ampla análise da situação de saúde, identificando os principais problemas do estado de saúde, as deficiências e fragilidades nos serviços públicos essenciais, bem como os indicadores que apontam para condições que colocam as crianças e adolescentes em posição de vulnerabilidade social. A partir dessa análise, foram definidas ações, metas e indicadores direcionados às demandas prioritárias, capazes de modificar e monitorar a realidade, contribuindo para a proteção e o cuidado integral das crianças e adolescentes.

O documento foi sistematizado em cinco capítulos. A introdução apresenta o compromisso assumido pela gestão municipal ao elaborar o PMSIA 2022-2030 e sintetiza o processo de mobilização da instituição para a elaboração do referido documento. Em seguida, é apresentada a análise de situação de saúde, que está subdividida em perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico (morbidade, mortalidade e natalidade), além da caracterização da rede de serviços de saúde de Salvador e da gestão do SUS municipal. Foi realizado o levantamento dos problemas do estado de saúde relacionado à infância e a adolescência explicitados em planos municipais anteriores a partir do ano de 1994 até o vigente (PMS 2018 -2021), que estão sistematizados no capítulo três. No capítulo quatro são apresentados os módulos operacionais, com seus respectivos objetivos, ações, metas e indicadores e sua articulação ao Projeto Atividade do Plano Plurianual (PPA). Por fim, reservou-se um capítulo específico para o monitoramento e a avaliação deste Plano.

Leonardo Silva Prates

Secretário Municipal da Saúde

1. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O Prefeito Municipal do Salvador, em maio de 2017, aderiu ao Programa Prefeito Amigo da Criança, uma iniciativa da Fundação Abrinq para estimular a implementação de políticas públicas que garantam o avanço dos direitos das crianças e adolescentes. Assim, como resultado desse compromisso assumido pela gestão municipal, foi elaborado, em 2019, o Plano Municipal para Infância e Adolescência (PMIA), com a participação de diversas secretarias, sendo a Secretaria Municipal de Políticas para Mulheres, Infância e Juventude (SPMJ) a responsável pela condução desse processo.

A partir da experiência da Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS/SSA) e da observância do princípio da prioridade absoluta ao direito da criança e do adolescente, foi proposto um plano específico para Infância e Adolescência para o período de 2022-2030, definido como meta/produto na Programação Anual de Saúde 2020 (SALVADOR, 2020). Este documento traz a análise da situação de saúde sobre a infância e a adolescência em Salvador, projetando desafios para a década que se inicia, e antecipa o diagnóstico da situação da infância e adolescência para o processo de construção do próximo Plano Municipal de Saúde, previsto para 2021.

Para a elaboração do presente plano, foi instituída uma Comissão com representantes dos setores da SMS/SSA responsáveis pela execução e implementação de política para a infância e adolescência nos seus diversos aspectos do processo de trabalho em saúde para esse campo temático, tendo havido também a colaboração dos residentes de Planejamento e Gestão do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

A metodologia de trabalho foi proposta pela Diretoria Estratégica de Planejamento em Gestão (DEPG), sendo validada coletivamente pelos atores envolvidos no processo. As atividades da comissão de trabalho foram iniciadas em 5 de outubro de 2020 com reuniões semanais, tendo a conclusão dos trabalhos ocorrido em agosto de 2021.

Para a elaboração deste documento, foram estruturados cinco momentos:

- I. Revisão documental e definição da metodologia de elaboração do Plano;
- II. Construção da Análise da Situação de Saúde (ASIS), com recorte para as especificidades da infância e adolescência no município;
- III. Revisão das metas e ações do PMSIA;
- IV. Elaboração da proposta de monitoramento e avaliação;
- V. Finalização do PMSIA (revisão final) e aprovação pelo CMS.

No processo de revisão documental, foram considerados os instrumentos de planejamento disponíveis no âmbito da gestão do município do Salvador – Plano Municipal de Saúde 2018-2021, Relatório de Atividades de Gestão 2013-2020, Planejamento Estratégico

de Gestão 2017-2020, Relatório da Xª Conferência Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente 2019, Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo da Cidade do Salvador 2015-2024, Plano Municipal da Infância e Adolescência 2020-2029, Plano Municipal pela Primeira Infância de Salvador 2021-2030 –, além de consulta a outros documentos nos âmbitos estadual e nacional que orientam a construção de políticas para a infância e a adolescência, a exemplo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, entre outros materiais que guardam relação com a área afim.

Ainda no processo de revisão documental para a construção da ASIS deste instrumento, foram incorporadas também recomendações dos órgãos de controle, como a Recomendação nº 05/2017, emitida pela 5ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude de Salvador, do Ministério Público do Estado da Bahia, por meio do Ofício nº 1031/2017, onde se orienta para a observância de recursos públicos que atendam às políticas sociais básicas e de atenção especial à criança e ao adolescente, assim como as deliberações e proposições do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA) e do Conselho Tutelar, com destaque especial para os seguintes programas sob a responsabilidade do setor de saúde:

- a) Programa de Prevenção e atendimento de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas;
- b) Programa de combate e prevenção ao trabalho infantil, ao abuso sexual e à exploração sexual de crianças e adolescentes;
- c) Implementação e manutenção do serviço de escuta especializada para crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência (Lei nº 13.431/2017).

2. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

2.1. Perfil Demográfico

Salvador possui uma população estimada em 2.886.698 (IBGE, 2020) habitantes, sendo **830.044** (28,8%) de crianças e adolescentes. Crianças com até 4 anos de idade representam 6% (**170.303**) da população total e, para a faixa etária dos 10 aos 19 anos, são contabilizadas **459.038** (15,9%) crianças e adolescentes. Deste grupo etário, **229.430** são do sexo masculino e **229.608** do sexo feminino, o que representa 8% e 7,9% da população por sexo, respectivamente (Tabela 01).

Tabela 01 - Distribuição populacional e proporção por sexo e faixa etária, segundo população residente. Salvador-BA, 2020.

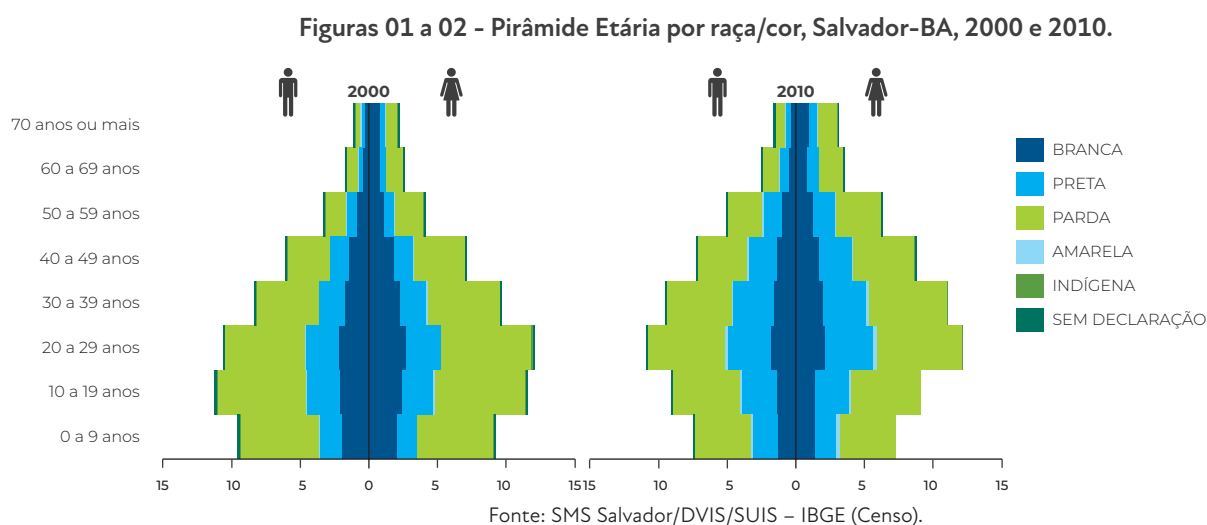
Faixa etária	Masculino	%	Feminino	%	Total
< 1 ANO	17.940	0,6	17.494	0,6	35.434
1 a 4	72.266	2,5	70.603	2,4	142.869
5 a 9	97.720	3,4	94.983	3,3	192.703
10 a 14	114.261	4,0	111.139	3,9	225.400
15 a 19	115.169	4,0	118.469	4,1	233.638
20 a 24	129.687	4,5	141.716	4,9	271.403
25 a 29	145.054	5,0	163.268	5,7	308.322
30 a 34	131.880	4,6	152.084	5,3	283.964
35 a 39	108.285	3,8	126.342	4,4	234.627
40 a 44	98.379	3,4	115.938	4,0	214.317
45 a 49	86.120	3,0	104.250	3,6	190.370
50 a 54	73.000	2,5	89.733	3,1	162.733
55 a 59	54.622	1,9	69.122	2,4	123.744
60 a 64	38.861	1,3	51.117	1,8	89.978
65 a 69	24.711	0,9	36.655	1,3	61.366
70 a 74	17.567	0,6	28.671	1,0	46.238
75 a 79	10.787	0,4	20.585	0,7	31.372
80 e +	11.087	0,4	27.133	0,9	38.220
Total	1.347.396	46,7	1.539.302	53,3	2.886.698

Fonte: SMS Salvador/DVIS/SUIS – IBGE.

Analisando o comportamento das pirâmides etárias, segundo o componente da raça/cor, para os anos de 2000 e 2010 (Figuras 01 a 02), observa-se que a população negra representa aproximadamente 75,2% (1.837.470) desta população em 2010, sendo também observada uma redução no grupo de menores de 10 anos de idade, provavelmente relacionada à queda na taxa de fecundidade que variou de 1,7 (2000) para 1,5 (2010).

É importante registrar a redução de 4% no número de jovens negros (pretos e pardos) de 15 a 29 anos, entre os censos, em particular para o sexo masculino, o que pode estar associado à mortalidade por causas externas, principalmente os homicídios.

Em virtude do quadro de pandemia por COVID-19, o Ministério da Saúde orientou o adiamento do Censo Demográfico de 2020 ao considerar a natureza da coleta de pesquisa presencial e domiciliar em pelo menos 71 milhões de residências e o trabalho de mais de 180 mil recenseadores. Assim, uma nova data será definida para realização do Censo, previsto para 2022 (IBGE, 2021). Isso justifica a utilização de informações referentes ao Censo de 2010.



Para a estimativa populacional em 2020, pardos e pretos representam 79,2% da população soteropolitana, com maior proporção observada para o grupo etário de 10 a 19 anos (82,5%) - (Tabela 02).

Tabela 02 - Distribuição populacional por raça/cor, Salvador-BA, 2020.

	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Sem declaração	Total
População Salvador	545.632	791.089	39.963	1.496.227	8.557	5.230	2.886.698
Raça/cor (%)	18,9	27,4	1,4	51,8	0,3	0,2	100,0
População 10 a 19 anos	71.155	127.558	6.700	250.205	1.467	940	458.024
Raça/cor (%)	15,5	27,9	1,5	54,6	0,3	0,2	100,0

Fonte: SMS Salvador/DVIS/SUIS – IBGE.

2.2. Perfil Socioeconômico

A educação é um direito de todos e dever do Estado, sendo assegurada pela Constituição Federal - CF (BRASIL, 1988) e ratificada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990). Assim, a avaliação da taxa de analfabetismo se apresenta como um importante indicador da situação educacional e das condições sociais de uma população, e mede a proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever.

Segundo dados do IBGE, as taxas de analfabetismo no Brasil foram de 12,8% e 9,4% nos anos de 2000 e 2010, respectivamente. Ao verificar as taxas por região, observou-se que o Nordeste apresentou os piores resultados nos anos de 2000 (24,8%) e 2010 (18,5%). A Bahia apresentou as menores taxas em 2000 (22,0%) e 2010 (16,2%) quando comparado aos demais estados do Nordeste. Observa-se uma tendência de declínio das taxas de analfabetismo no contexto nacional, regional e estadual.

Analisando a situação do analfabetismo por sexo, verifica-se no estado da Bahia maior incidência no sexo masculino enquanto que no município de Salvador as taxas mais elevadas estão na população feminina (Tabela 03).

Tabela 03 - Taxa de analfabetismo por ano segundo sexo, em Salvador e Bahia, 2000 e 2010.

Sexo	2000		2010	
	Salvador	Bahia	Salvador	Bahia
Masculino	4,8	22,4	3,5	16,9
Feminino	6,5	21,6	4,2	15,5
Total	5,7	22	3,9	16,2

Fonte: DATASUS/IBGE - Censos Demográficos.

No que se refere ao quesito raça/cor, houve redução da taxa de analfabetismo em todos os grupos nos anos de 2000 e 2010. No entanto, a raça/cor preta apresenta as maiores taxas em ambos os períodos analisados, 8,4% (2000) e 5,1% (2010), o que sugere que este grupo populacional pode ter problemas de acesso à educação quando comparados aos demais. Outro dado que desperta atenção é o elevado número de pessoas sem declaração de cor/raça no ano de 2010 (Tabela 04).

Tabela 04 - Taxa de analfabetismo por ano segundo raça/cor em Salvador-BA, 2000 e 2010.

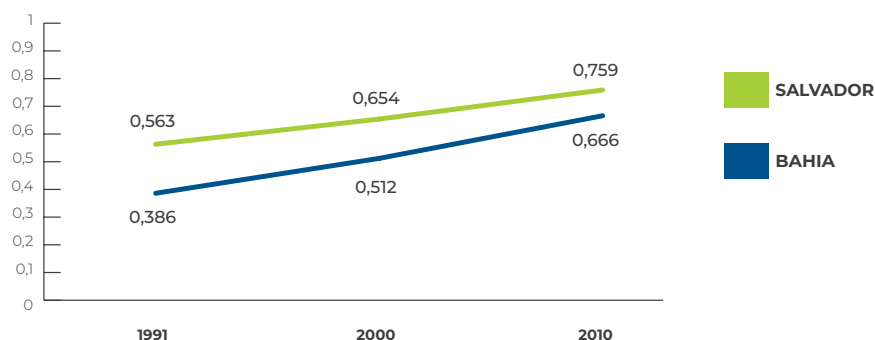
Cor/Raça	2000	2010
T	2,9	1,9
Preta	8,4	5,1
Amarela	6,4	4,2
Parda	5,9	3,7
Indígena	7,0	4,1
Sem declaração	8,3	55,8
Total	5,7	3,9

Fonte: DATASUS/IBGE - Censos Demográficos.

2.2.1. Índice de Desenvolvimento Humano

O gráfico 01 apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano¹ de Salvador e do estado da Bahia nos anos de 1991, 2000 e 2010, demonstrando o comportamento do indicador ao longo das décadas.

Gráfico 01 - Índice de Desenvolvimento Humano de Salvador-BA, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: IBGE.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Salvador foi de 0,759, em 2010 (Gráfico 01), o que o situa na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,835, seguida de Renda, com índice de 0,772, e de Educação, com índice de 0,679 (Atlas Brasil, 2013) - (Tabela 05).

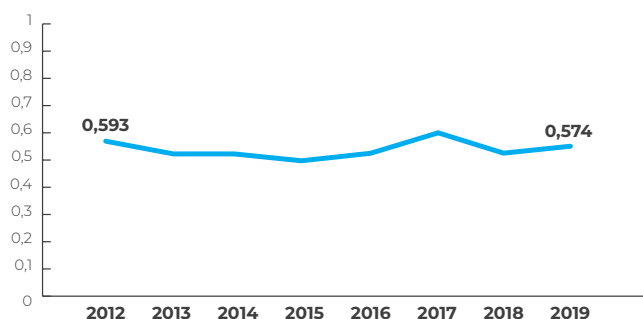
Tabela 05 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes, Salvador-BA, 2000 e 2010.

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

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

1 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso em longo prazo em dimensões como renda, educação e saúde. Sua criação objetivou se contrapor ao Produto Interno Bruto (PIB) per capita, indicador da dimensão econômica do desenvolvimento. O IDH consiste numa escala de 0,000 até 1 (0 a 1) e quanto mais próximo do nº 1, mais desenvolvida é a nação e quanto mais próximo do zero, mais subdesenvolvido. Países com índice superior à 0,800, possuem um IDH alto, entre 0,500 e 0,799 são considerados com IDH mediano, já de 0 até 0,499, o IDH é classificado abaixo da média (IDHMB, 2013).

Gráfico 02 - Índice de Gini da distribuição do rendimento domiciliar per capita, Salvador-BA, 2012-2019.



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2012 a 2019.

Quanto ao Índice de Gini² (Gráfico 02), observa-se que o município do Salvador apresenta uma redução de 3%, comparando-se dados de 2012 e 2019, o que revela um comportamento diferente da região Nordeste, uma vez que foi observado maior crescimento percentual para esse coeficiente no mesmo período, com 2,4% de incremento. Nesse contexto, as capitais na região se destacaram como as mais economicamente desiguais: Recife (0,612), João Pessoa (0,591) e Aracaju (0,581) - (IBGE, 2019).

2.2.2. Crianças e Adolescentes ocupados no município do Salvador

2.2.2.1. Perfil de Crianças e Adolescentes Ocupados

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) proíbe o trabalho noturno, perigoso e insalubre aos menores de 18 anos e qualquer trabalho aos menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos (Brasil, 2006). Entre outros conteúdos disponíveis nos instrumentos legais e marcos regulatórios relevantes para esta análise, estão (Ribeiro, 2020):

- A Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU, que tem, entre seus princípios fundamentais, ações que levam em conta o melhor interesse da criança, direito à vida, à sobrevivência e ao desenvolvimento, documento ratificado pelo Brasil;
- A Convenção 182, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação, documento que o Brasil é signatário;
- O Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008, que regulamenta os Artigos 3, alínea “d”, e 4 da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e aprova a Lista das Piores Formas de Trabalho;

2 O Índice de Gini é uma medida utilizada para avaliar a distribuição de renda familiar e da riqueza dos grupos populacionais a partir do grau de concentração populacional. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar (Atlas Brasil, 2013).

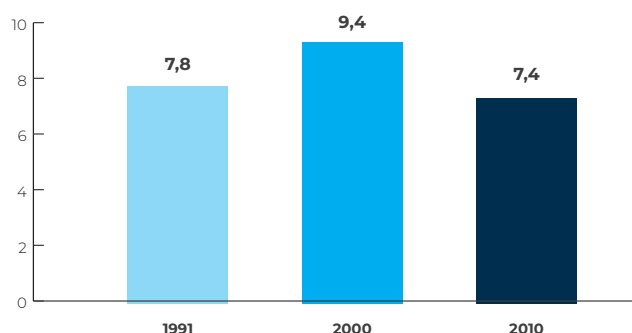
- A declaração pelas Nações Unidas de 2021 como o Ano Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil;
- Entre os compromissos assumidos pelo Brasil dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), até 2025, estão a erradicação do trabalho em condições análogas às de escravo, o tráfico de pessoas e o trabalho infantil, principalmente nas suas piores formas.

O trabalho é um fator determinante no processo saúde-doença e, em crianças e adolescentes, pode causar sérios danos à saúde com implicações que podem repercutir em toda a vida adulta, com consequências físicas e psíquicas, e até a ocorrência de situações graves ou fatais, como amputações ou óbitos decorrentes da exposição aos riscos associados às atividades laborais. No Brasil, há vários movimentos da sociedade civil organizada, órgãos governamentais, programas e ações intersetoriais para a erradicação do Trabalho Infantil, e a Secretaria Municipal da Saúde do Salvador conta com um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) de abrangência regional que coordena as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) e, incluso nestas ações, o controle e a erradicação do trabalho infantil e a proteção do trabalhador adolescente.

O município do Salvador, por meio do Cerest, tem participado ativamente dos fóruns de discussão sobre o Trabalho Infantil, como o Fórum Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e de Proteção ao Trabalhador Adolescente da Bahia (FETIPA), Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPET), Rede Estadual de Proteção ao Trabalho de Crianças e Adolescentes e Comitê (PETI), este último coordenado pela Sempre Municipal, na perspectiva de agregar saberes e práticas, por meio da articulação com o Sistema de Garantia de Direitos das Crianças e a Adolescentes entre outros atores, como Ministério Público do Trabalho (MPT) e Ministério Público Estadual (MPE), através de representante da Vara da Infância e Adolescência, Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS), Organização Internacional do Trabalho (OIT), representantes de Organizações Sociais, Conselho Tutelar, Instituto Brasileiro Pró-Educação, Trabalho e Desenvolvimento (ISBET), na ações de enfrentamento ao Trabalho Infantil desenvolvidas nos âmbitos do município do Salvador e estado da Bahia.

A taxa de Trabalho Infantil do município do Salvador é de 7,4% (2010), tendo sido registradas 18.573 crianças e adolescentes de 10 a 15 anos ocupados na semana de referência, estando a capital na 64ª posição do ranking em relação aos demais municípios do estado da Bahia (2010) que obteve uma taxa média de 11,9%. Nos censos anteriores, nos anos de 1991 e 2000, foram registradas, respectivamente, as taxas de 9,4% e 7,8% de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil em Salvador (Gráfico 03).

Gráfico 03 - Taxa de Trabalho Infantil. Salvador-BA, 1991, 2000 e 2010.

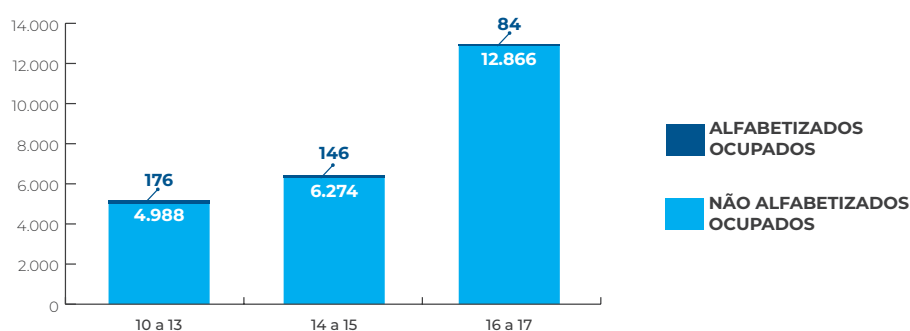


Fonte: MS Datasus – IBGE.

No último Censo (2010), foram identificadas 24.534 (7,3%) crianças e adolescentes (10 a 17 anos) ocupados na semana de referência, sendo 5.164 (3,1%) crianças e adolescentes (10 a 13 anos), ou seja, em situação de trabalho ilegal e que deve ser abolido na estrutura do estado, e 2.090 (0,6%) crianças e adolescentes em condição de trabalho doméstico, atividade que está na Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (Lista TIP)³.

Para a variável alfabetização, 1,7% dos ocupados eram analfabetos, sendo a maior proporção observada nesta condição para a faixa etária de 10 a 15 anos (Gráfico 04).

Gráfico 04 - Números absolutos de crianças e adolescentes por faixa etária ocupados alfabetizados ou não alfabetizados. Salvador-BA, 2010.



Fonte: Sidra/IBGE, 2010. Acesso em: 27 de outubro de 2020.

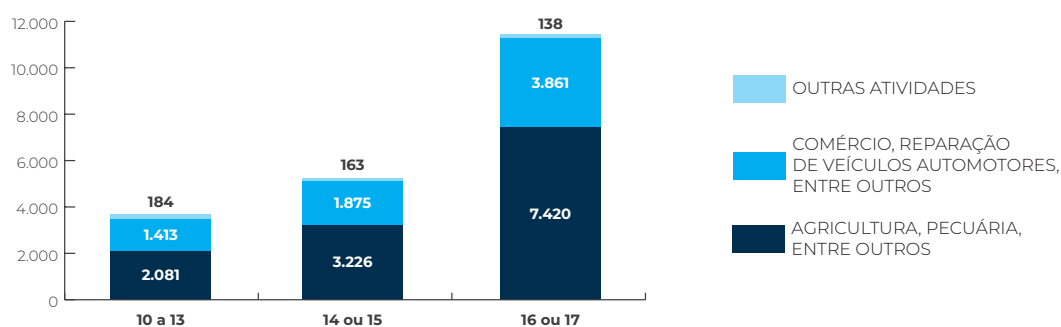
Os adolescentes ocupados representam 12.491 trabalhadores registrados entre 14 a 17 anos, sendo 20,7% na faixa etária de 14 a 15 anos e 48,7% de 16 a 17 anos possuem carteira assinada, respectivamente. Observa-se que os demais não possuem carteira de trabalho assinada.

Por seção de atividades econômicas entre crianças e adolescentes ocupadas, prevalece a categoria “outras atividades econômicas”, representando cerca de 62,5%, seguida da

³ A Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil classifica atividades, locais e trabalhos prejudiciais à saúde, à segurança e à moral de crianças e adolescentes, sendo proibido para menores de 18 anos, conforme Decreto nº 6.481 de 12 de junho de 2008.

categoria “comércio, reparação de automotores” com 35,1%, e por último, e pouco representativo, a “agricultura e pecuárias” com 2,4% de crianças e adolescentes exercendo essa atividade (Gráfico 05).

Gráfico 05 - Números absolutos de crianças e adolescentes ocupados por seção de atividades econômicas, segundo faixa etária. Salvador-BA, 2010.



Fonte: Sidra/IBGE, 2010. Acesso em: 27 de outubro de 2020.

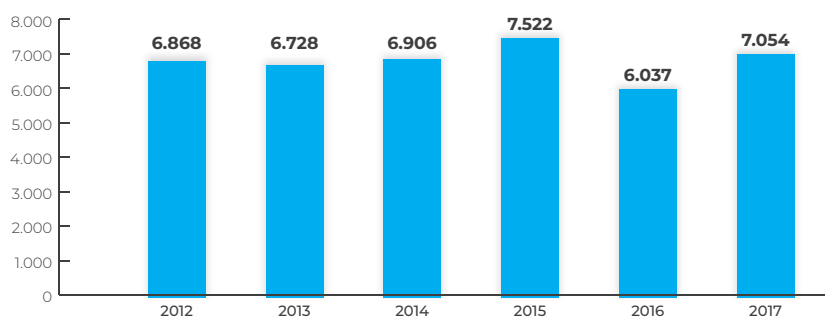
O trabalho escravo ou o trabalho em condições análogas à escravidão é uma condição também preocupante e complexa, que pode inter-relacionar com o Trabalho Infantil, embora o primeiro seja um fenômeno de difícil mensuração devido à escassez de dados estatísticos. Sabe-se que a forma de trabalho escravo pode ocorrer durante a infância na medida em que filhos de trabalhadores em situações análogas ao escravo podem ser explorados, tornando-se vítimas do trabalho infantil. No período de 2003 a 2018, houve o resgate de 48 pessoas em situação de trabalho escravo residentes na capital, nenhuma criança e adolescente natural de Salvador, mas com o registro da ocorrência de um caso em menor de 18 anos (MPT/SmartLab).

Entre os anos 2007 a 2017, ocorreram cerca de 927 fiscalizações de Trabalho Infantil, sendo 36 fiscalizações no ano de 2017 realizadas pelos Auditores e Fiscais do Trabalho do atual Ministério da Economia, da Secretaria do Trabalho, por meio de denúncias de órgãos e sociedade. Essas medidas são alternativas de proteção social com a intenção de represália a este tipo de trabalho, repercutindo no acolhimento das vítimas, medidas de controle e prevenção nos ambientes de trabalhos, interdições de estabelecimentos e empresas e outras ocorrências, contribuindo para diminuição da vulnerabilidade social (Ministério da Economia/SmartLab).

Importante considerar também nesta análise os números de adolescentes em aprendizagem profissional. Essa ação favorece oportunidades aos adolescentes em situação de vulnerabilidade social, associando o conhecimento profissional, relevante instrumento de acesso para a transição escola-trabalho sob observância das normas legais, além de facilitar a inclusão de adolescentes a partir dos 14 anos na inserção sócio produtiva. De acordo com a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e o Cadastro Geral de Empregados

e Desempregados (CAGED), o potencial de contratação de aprendizes no município de Salvador chegou a 13.900 aprendizes no ano de 2019, mas a série histórica de 2012 a 2017 (Gráfico 06) mostra que o número de contratos com aprendizes na cidade de Salvador foi em média 7.100. Cabe esclarecer que algumas Empresas são obrigadas ao cumprimento das cotas.

Gráfico 06 - Números absolutos de aprendizes com contratos no município de Salvador-BA, 2012-2017.



Fonte: RAIS/CAGED, 2012,2013,2014,2015, 2016 e 2017. Acesso em: 27 de outubro de 2020.

O município de Salvador, de acordo com o Cadastro Único para o ano de 2019, possui 64 famílias em situação de trabalho infantil, sendo 51 beneficiárias do Bolsa Família. Importante observar que o fato de alguns municípios não possuírem famílias identificadas com pessoas em situação de trabalho infantil não significa a inexistência de crianças e adolescentes em situação irregular de trabalho (Ministério da Cidadania/SmartLab).

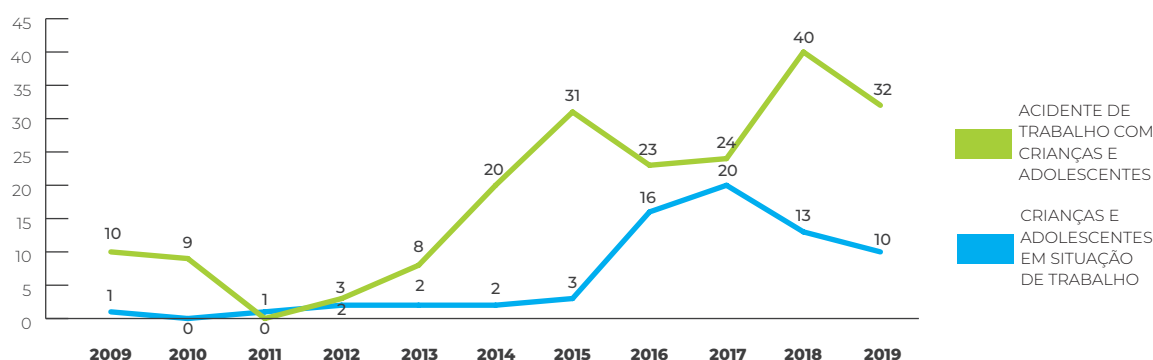
O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação (Inep/MEC) verificou que 3.100 estudantes soteropolitanos de Escolas Públicas trabalham fora de casa. Estes dados foram respondidos por esses alunos, durante a Prova Brasil de 2017⁴, em relação ao trabalho infantil, quando crianças e adolescentes foram inqueridos se trabalhavam fora de casa no período de referência. Verificou-se que 52% (n = 1.943) e 48% (n = 1.805) dos alunos do 5º e 9º ano, respectivamente, trabalham fora de casa (Inep/MEC/SmartLab). Estes dados revelam crianças e adolescentes economicamente ocupadas em uma faixa etária de trabalho que precisa ser abolido (crianças e adolescentes menores de 14 anos), sendo uma oportunidade para o desenvolvimento de ações intra e intersetoriais, na perspectiva do controle e da repressão do trabalho infantil.

4 É uma avaliação censitária, não obrigatória, de alunos do 5º e 9º ano das escolas públicas para avaliação da qualidade do ensino.

2.2.2.2. Perfil dos Acidentes de Trabalho e Trabalho Infantil em Crianças e Adolescentes

No Sinan, no período de 2009 a 2019, foram notificados 270 casos de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil, população residente na faixa etária de 10 a 18 anos, sendo 200 casos de Acidentes de Trabalho (Gráfico 07), sendo o município do Salvador responsável por 20,2% dos casos registrados nesse sistema no âmbito do estado. Em análise comparativa, a Bahia é o quinto estado que mais notifica Trabalho Infantil na ficha de violência interpessoal/autoprovocada, sendo os demais estados São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul e Minas Gerais (Sinan/DATASUS).

Gráfico 07 - Números absolutos de Acidentes de Trabalho e Trabalho Infantil notificados no Sinan em crianças e adolescentes residentes na faixa etária de 10 a 18 anos. Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: SMS/DVIS/Cerest Salvador – Sinan. Acesso em: 14 de janeiro de 2020.

A maioria das notificações foram realizadas pelo Cerest Salvador, a partir das atividades de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) realizadas durante o carnaval. Entretanto, muitos casos de criança e adolescente em situação de trabalho infantil ainda permanecem invisíveis pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo fundamental o fortalecimento do trabalho intersetorial e das equipes de saúde que acompanham as famílias nos territórios.

Em relação às variáveis sociodemográficas dos casos de acidentes de trabalho com crianças e adolescentes (faixa etária de 10 a 18 anos) notificados no Sinan, no período de 2009 a 2019, observa-se que a maioria dos acidentes vitimou crianças e adolescentes do sexo masculino (83%) na faixa etária de 15 a 18 anos (92%). Para a variável raça/cor, 32,5% se autodeclararam como pretos (17,5%) e pardos (15%), sendo que para 64,5% desconhece-se a relação dessa variável com o trabalho devido à incompletude desse campo (Tabela 06).

Tabela 06 - Números absolutos e relativos de variáveis sociodemográficas dos casos de acidentes de trabalho com crianças e adolescentes (10 a 18 anos) notificados no Sinan - Salvador-BA, 2009-2019.

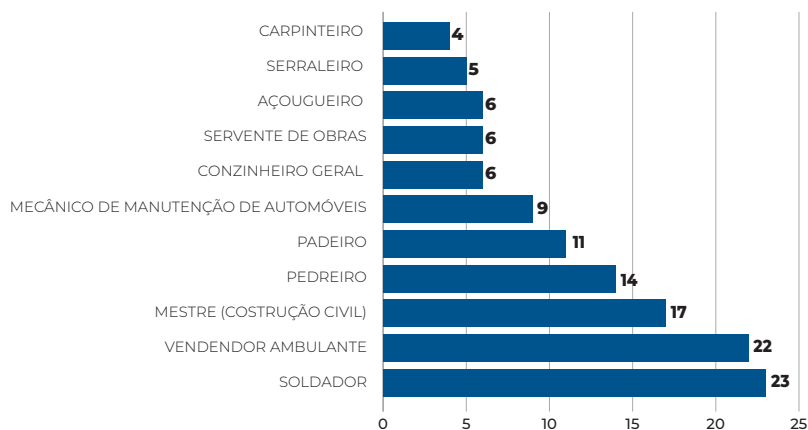
Variável	2009	%	2010	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	Total	%
Sexo																						
Masculino	7	70	4	44,4	3	100,0	7	87,5	16	80	24	77,42	20	86,96	22	91,7	32	80	31	96,9	166	83
Feminino	3	30	5	55,6	0	0,0	1	12,5	4	20	7	22,58	3	13,04	2	8,3	8	20	1	3,1	34	17
Faixa Etária																						
10 a 14	2	20	3	33,3	1	33,3	0	0	2	10	3	9,68	3	13,04	1	4,2	0	0	1	3,1	16	8
15 a 19	8	80	6	66,7	2	66,7	8	100	18	90	28	90,32	20	86,96	23	95,8	40	100	31	96,9	184	92
Raça																						
Ign./Bran.	0	0	2	22,2	2	66,7	2	25	16	80	20	64,52	18	78,26	15	62,5	28	70	26	81,3	129	64,5
Branca	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	3	9,68	1	4,35	2	8,3	0	0	0	0,0	6	3
Preta	7	70	4	44,4	0	0,0	5	62,5	1	5	4	12,90	2	8,70	3	12,5	5	12,5	4	12,5	35	17,5
Parda	3	30	3	33,3	1	33,3	1	12,5	3	15	4	12,90	2	8,70	4	16,7	7	17,5	2	6,3	30	15

Fonte: Suvisa/Divast/Sesab - Sinan Tabnet. Acesso em: 14 de janeiro de 2020.

Sobre a legalização desses vínculos, não é possível fazer um aprofundamento nesta análise, uma vez que o campo referente à situação no mercado de trabalho está como ignorado/em branco para 51,5% dos casos. Dos 48,5% restantes, 6,5% têm carteira de trabalho assinada e 22,5% são autônomos. Assim, considerando o subregistro dos dados de algumas variáveis, os resultados apontam para uma maior vulnerabilidade de adolescentes pretos com inserção precoce no mundo do trabalho em um padrão de informalidade e trabalho precário.

No tocante às ocupações dos acidentes de trabalho ocorridos com crianças e adolescentes (10 a 18 anos) e notificados no Sinan (Gráfico 08), 11,5% (n = 23) trabalhavam como “soldadores”, seguida de “vendedores ambulantes” (n = 22; 11%). As ocupações “mestre de obra” (n = 17; 8,5%), “pedreiro” (n = 11; 5,5%) e “servente de obras” (n = 6; 3%), referentes ao processo de trabalho na construção civil, correspondem juntas a 18,5% dos casos registrados. No total, foram identificadas 51 ocupações diferentes, sendo que o Gráfico 8 representa 61,5% dos registros no período analisado.

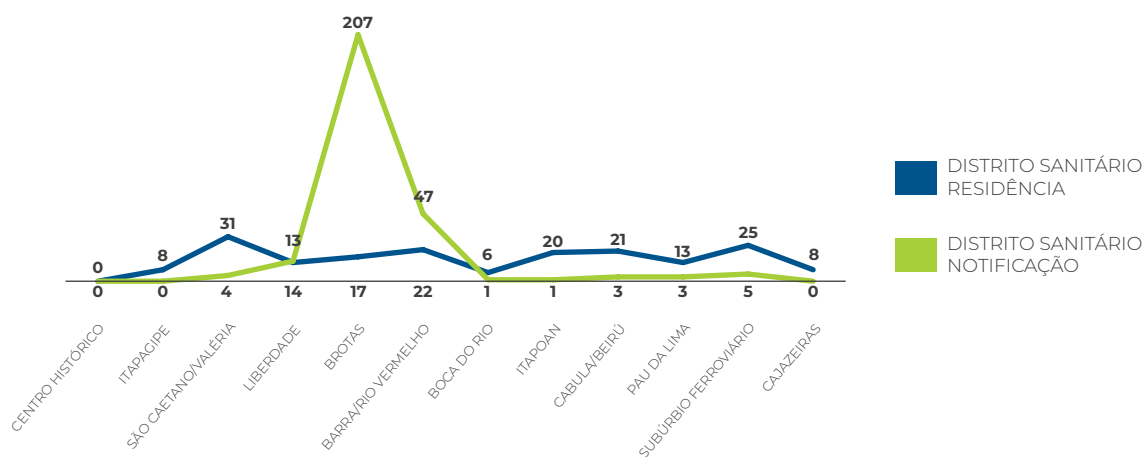
Gráfico 08 - Número absoluto das principais ocupações associadas aos acidentes de trabalho em crianças e adolescentes (10 a 18 anos) notificados no Sinan - Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Suvisa/Divast/Sesab – Sinan Tabnet. Nota: foram suprimidas as categorias não classificadas como ocupações na CBO. Acesso em: 14 de dezembro de 2020.

Para a distribuição dos acidentes de trabalho com criança e adolescente segundo Distrito Sanitário (DS) de notificação, verifica-se maior concentração de casos no DS de Brotas (n = 207; 72,6%) devido às notificações realizadas pelo Hospital Geral do Estado (HGE) que é referência em trauma no estado da Bahia, seguido do DS Barra/Rio Vermelho (n = 47; 16,5%) com as notificações realizadas pelo Cerest e do DS Liberdade (n = 14; 4,9%), tendo três Distritos Sanitários (25%) silenciosos para esse agravo (Cajazeiras, Itapagipe e Centro Histórico). Para os casos notificados segundo DS de residência, as maiores frequências observadas são para o DS São Caetano/Valéria (n = 31; 16,6%), seguido do Subúrbio Ferroviário (n = 25; 13,4%) e Barra/Rio Vermelho (n = 22; 11,8%) - (Gráfico 09).

Gráfico 09 - Número absoluto de acidentes de trabalho de crianças e adolescentes (10 a 18 anos, segundo Distrito Sanitário de residência e de notificação. Salvador-BA, 2009 – 2019.



Fonte: SMS/DVIS/Cerest Salvador - Sinan. Nota: foram suprimidos os Distritos Sanitários de residência ignorados. Acesso em: 14 de dezembro de 2020.

Na análise das variáveis sociodemográficas de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil registradas no Sinan, não foram observadas diferenças em relação ao sexo, e, em relação à faixa etária, 51% dos casos de trabalho infantil notificados são referentes aos adolescentes de 15 a 18 anos, seguido das faixas etárias de 10 a 14 anos (n = 18; 26%), 5 a 9 anos (n = 9; 13%) e de 0 a 4 anos (n = 7; 10%). Para este último grupo, registra-se que essas crianças, normalmente, estão acompanhando os pais em atividades de trabalho, o que ocorre frequentemente durante o carnaval (Tabela 07).

Para o campo raça/cor, 34% (n = 24) dos casos são declarados como de cor parda, seguido da cor preta (n = 15; 21%) e branca (n = 1; 1%), e para 43% (n = 30) dos casos está como ignorado ou em branco.

Tabela 07 - Números absolutos e relativos de variáveis sociodemográficas de crianças e adolescentes (0 a 18 anos) em situação de trabalho infantil notificados no Sinan - Salvador-BA, 2009-2019.

Variável	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo																						
Masculino	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50	1	33	14	88	8	40	7	54	3	30
Feminino	1	100	0	0	1	100	2	100	1	50	1	50	2	67	2	13	12	60	6	46	7	70
Faixa Etária																						
<1 ano	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	1	6	1	5	2	15	0	0
01 - 04 anos	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
05 - 09 anos	0	0	0	0	0	0	0	50	0	0	0	0	1	33	0	0	4	20	1	8	2	20
10 - 14 anos	0	0	0	0	1	100	1	50	1	50	0	0	0	0	5	31	6	30	1	8	3	30
15 - 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	67	10	63	9	45	9	69	4	40
Raça																						
Ign./Branco	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	56	19	95	0	0	1	10
Branca	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Preta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	69	6	60
Parda	0	0	0	0	1	100	1	50	2	100	2	100	3	100	7	44	1	5	4	31	3	30

Fonte: SMS/DVIS/Cerest Salvador – Sinan. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

2.3. Perfil Epidemiológico

2.3.1. Hábitos e Estilo de vida

2.3.1.1. Tabagismo

O hábito de fumar é um importante fator de risco comportamental que pode aumentar a incidência de doenças crônicas não transmissíveis como câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares. O Brasil é o país da América Latina que apresenta a mais baixa prevalência de experimentação de cigarros (MACHADO NETO *et al.*, 2010).

De acordo com dados da Pesquisa de Saúde do Escolar, no Brasil 12,4% de escolares com idade de 13 a 17 anos fumaram cigarro pela primeira vez com 13 anos ou menos. Ao realizar o recorte por sexo, observou-se que o grupo masculino apresentou maior frequência (13,1%) no uso precoce do cigarro em comparação com sexo feminino (11,7%). Além disso, independente do sexo ou região aqueles que estudavam em escolas públicas apresentaram maior frequência em comparação com aqueles que estudavam em escolas privadas (Tabela 08).

Tabela 08 - Percentual de escolares com idade de 13 a 17 anos que fumaram cigarro pela primeira vez com 13 anos ou menos, por sexo, dependência administrativa da escola, 2015.

	Masculino			Feminino			Total		
	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total
Brasil	13,7	9,1	13,1	12,3	7,3	11,7	13	8,2	12,4
Norte	13,7	3,9	12,7	10,5	4,5	9,7	12,2	4,2	11,3
Nordeste	10,8	6,7	10,4	9,9	7,3	9,6	10,4	7	10
Sudeste	14,8	10,2	14,1	11,4	8,1	10,9	13,1	9,1	12,5
Sul	14,9	7,8	14,1	19,6	4,5	17,9	17,2	6,1	16
Centro-Oeste	17,8	14,7	17,3	15,4	9,7	14,5	16,6	12,1	15,9

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Analisando os escolares que estão frequentando o 9º ano do ensino fundamental, observou-se que em Salvador 13,8% dos estudantes já experimentaram cigarro pelo menos uma vez. E, ao verificar os dados segundo dependência administrativa da escola, aqueles que estudavam em escola pública apresentaram maior frequência (17,1%) quando comparados com os estudantes da rede privada (7,3 %) - (Tabela 09).

Tabela 09 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram cigarro alguma vez, por sexo e dependência administrativa da escola, 2015.

		Masculino	Feminino	Total
Brasil	Total	19,4	17,4	18,4
	Pública	20,4	18,4	19,4
	Privada	13,7	11,6	12,6
Nordeste	Total	16,3	12,4	14,2
	Pública	17,4	13,2	15,1
	Privada	10,7	8,0	9,3
Bahia	Total	17,8	12,0	14,6
	Pública	19,3	12,9	15,6
	Privada	9,7	6,5	8,0
Salvador	Total	13,9	13,8	13,8
	Pública	17,7	16,5	17,1
	Privada	5,9	8,4	7,3

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Estudo realizado por Machado *et al* (2010) com escolares do município de Salvador matriculados no ensino fundamental e médio descreve 13,9 anos como a média de idade para uso experimental do cigarro, e 11,8% dos estudantes da amostra experimentou cigarro aos 11 anos de idade. Os principais motivos assinalados pelos adolescentes do estudo para consumo experimental do cigarro foram: curiosidade (60,4%), influência de amigos (17,6%), prazer (13,8%), relaxamento (9,2%), entre outros. Contudo, 15,2% informaram não ter tido nenhum tipo de influência. Outro achado é que estudar em uma instituição privada parece reduzir a chance de experimentação de cigarros.

2.3.1.2. Excesso de peso e Obesidade

O aumento na prevalência do sobrepeso e da obesidade em populações cada vez mais jovens como crianças e adolescentes se apresenta como um problema de saúde que pode estar relacionado ao desenvolvimento precoce de Diabetes Mellitus e doenças cardiovasculares como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) em adultos jovens (OPAS/OMS, 2017).

O acompanhamento do estado nutricional da população de Salvador revelou variação na proporção de crianças menores de cinco anos em situação de obesidade, apresentando média de 9,2%, superior às médias de 7,8 e 7,5 do Brasil e da Bahia, respectivamente (Tabela 10). Estudo realizado em 2018 com 162 crianças de 7 a 10 anos que frequentavam escolas públicas do Distrito Sanitário do Cabula Beiru demonstrou que 23,5% apresentou excesso de peso que se mostrou estatisticamente associado à presença de pressão arterial elevada, ressaltando a necessidade de atenção para ocorrência de doenças silenciosas como dislipidemias, diabetes e a síndrome de resistência à insulina (SOARES *et al.*, 2018).

Tabela 10 - Proporção de crianças com menos de cinco anos de idade em situação de obesidade, Brasil, Bahia, Salvador-BA, 2009–2019.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Brasil	7,9	8,1	8,1	7,7	8,6	8,9	7,6	8,1	7,1	6,9	6,9
Bahia	7,0	7,4	7,6	7,2	8,0	8,5	7,0	8,2	7,3	6,9	6,9
Salvador	7,2	7,9	9,1	10,2	11,0	12,2	9,3	10,5	7,9	8,5	7,6

Fonte: (<https://observatoriocrianca.org.br> - Ministério da Saúde (MS)/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasis)/Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan).

2.3.1.3. Consumo alimentar

Os hábitos alimentares envolvem questões socioeconômicas e culturais sendo transmitidos ao longo da vida pelas gerações familiares, e aqueles que são incorporados na primeira infância tendem a ser mantidos na idade adulta. A adoção de um consumo alimentar voltado para alimentos saudáveis, com preferência aos que são *in natura* ou minimamente processados, e a inclusão de frutas e verduras contribuem para um peso saudável e diminuem o risco para o desenvolvimento de doenças crônicas (BRASIL, 2014).

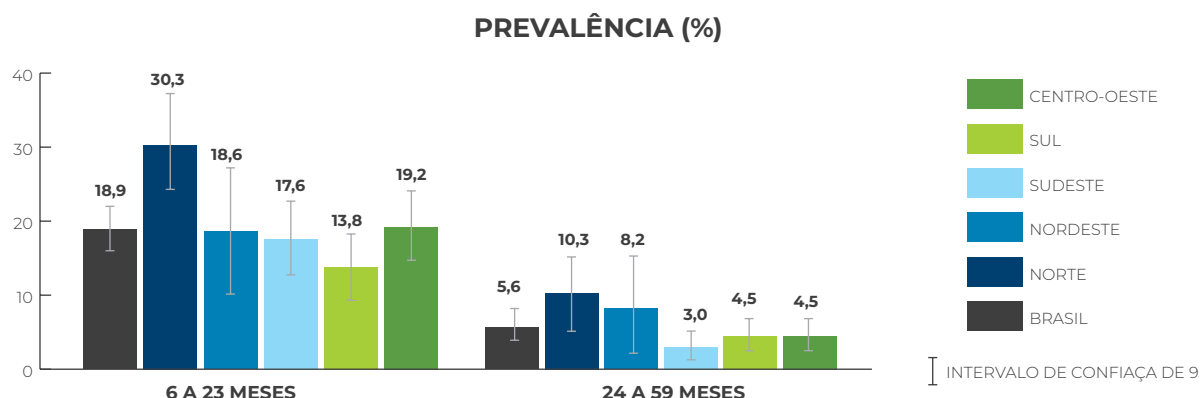
As crianças tendem a ser as mais prejudicadas em decorrência de um padrão alimentar inadequado, seja por insuficiência, pelo excesso ou pela qualidade de consumo de alimentos, visto que nesta fase da vida as necessidades nutricionais estão aumentadas, podendo colocar em risco o seu crescimento e desenvolvimento (MATOS *et al.*, 2014).

Dentre as consequências de um padrão alimentar inadequado, estão as deficiências de micronutrientes, especialmente de ferro e vitamina A, sendo as crianças menores de cinco anos o grupo de maior risco para estas deficiências. As principais consequências do déficit de ferro e vitamina A são: anemia, déficit de crescimento, baixo desempenho cognitivo, comprometimento do sistema imunológico e cegueira noturna (Maranhão, *et al.*).

No período de fevereiro de 2019 a março de 2020 foi realizado o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani) que avaliou as práticas de aleitamento materno, alimentação complementar e consumo alimentar individual, e o estado nutricional antropométrico, bem como avaliou as prevalências de deficiências de micronutrientes: ferro, vitaminas A, D, E, B1, B6 e B12, folato, zinco e selênio.

No relatório parcial sobre as deficiências de ferro e vitamina A, pode-se ver que a prevalência de anemia foi de 10,0% no Brasil. A maior prevalência foi observada na região Norte (17,0%) e a menor, na região Sul (7,6%). A prevalência de anemia foi maior nas crianças entre 6 e 23 meses (18,9%) quando comparada àquelas entre 24 e 59 meses (5,6%) para o Brasil e nas regiões Norte, Sudeste, Sul e Centro-Oeste (diferenças estatisticamente significativas). A mesma tendência foi observada para a região Nordeste (18,6% de 6 a 23 vs. 8,2% de 24 a 59 meses), mas sem significância estatística (Figura 3) - Enani-2019.

Figura 03 - Prevalência de anemia entre crianças de 6 a 59 meses, por faixa etária, para o Brasil e segundo faixa etária e macrorregiões, Enani-2019.



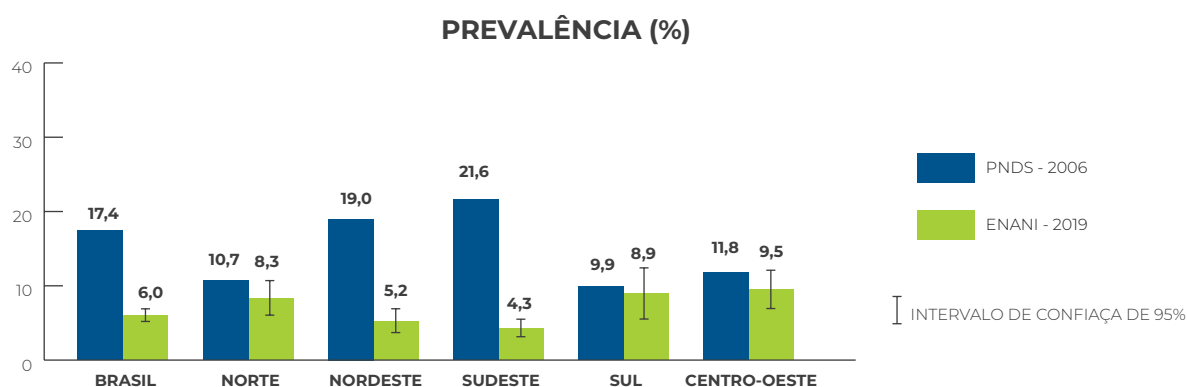
Fonte: Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani-2019).

Nota: Anemia: hemoglobina < 11 g/dL¹¹.

Foi observada redução na estimativa pontual de prevalência de deficiência de vitamina A para todas as macrorregiões entre os períodos avaliados. As maiores reduções foram observadas nas regiões Sudeste (redução absoluta de 17,3%) e Nordeste (redução

absoluta de 13,8%) e a menor, na região Sul (redução absoluta de 1,0%). (Figura 04) - (Enani-2019).

Figura 04 - Prevalência de deficiência de vitamina A entre crianças de 6 a 59 meses para o Brasil e macrorregiões em duas pesquisas nacionais.

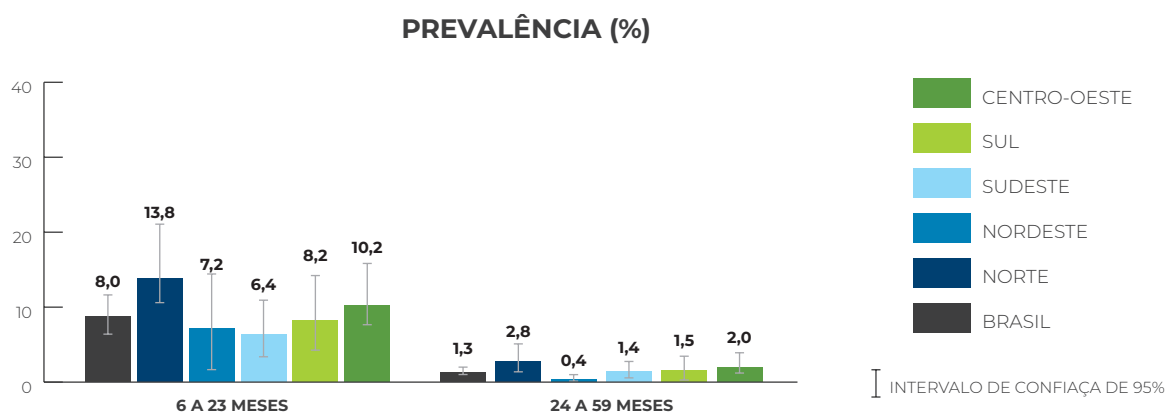


Fontes: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS-2006) e Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani-2019).

Nota: Deficiência de Vitamina A < 0,7 $\mu\text{mol/L}^{13}$.

A prevalência de anemia ferropriva foi de 3,6% no Brasil. (Figura 05) Entre as macrorregiões, a maior prevalência foi observada na região Norte (6,5%) e as menores, nas regiões Nordeste (2,7%) e Sudeste (3,1%). A prevalência de anemia ferropriva foi maior entre as crianças entre 6 e 23 meses (8,0%), quando comparada àquelas entre 24 e 59 meses de idade (1,3%) para o Brasil e todas as macrorregiões (diferenças estatisticamente significativas) - (Enani-2019).

Figura 05 - Prevalência de anemia ferropriva entre crianças de 6 a 59 meses, por faixa etária, para o Brasil e segundo macrorregiões, Enani-2019.



Fonte: Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani-2019).

Nota: Anemia: hemoglobina < 11 g/dL¹¹ e Ferratina < 12 $\mu\text{g/L}$ (se PCR \leq 5mg/L) ou Ferratina < 30 (se PCR > 5mg/L)¹².

Em relação aos indicadores da deficiência de ferro e vitamina A (Enani-2019), não temos dados consistentes que possibilitem conhecer a prevalência na rede municipal do Salvador, pois a amostra foi pouco representativa (n = 268 crianças). O público infantil constitui um grupo vulnerável à deficiência de ferro devido a demanda aumentada desse mineral em função da intensa velocidade de crescimento. Além disso, alguns fatores negativos da alimentação na infância podem aumentar essa vulnerabilidade, como por exemplo, consumo insuficiente de alimentos fontes de ferro (carne de boi, fígado, frango, peixe e vegetais verdes escuros) e ingestão de leite de vaca e cabra antes dos primeiros seis meses de vida, que além dos baixos teores de ferro, podem ocasionar sangramento gastrointestinal e gerar perda de sangue nas fezes (ANDRÉ *et al.*, 2016).

A ingestão inadequada de fontes alimentares de vitamina A para atender às necessidades fisiológicas dos indivíduos destaca-se como principal causa da deficiência de vitamina A, porém outras variáveis têm sido associadas à essa deficiência, como condições sociais, econômicas e ambientais, características maternas, estado nutricional, processos infecciosos e idade das crianças (LIMA *et al.*, 2017).

Foram coletados dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), a fim de avaliar o consumo de alimentos fontes de vitamina A, ferro e de alimentos ultra-processados em crianças da faixa etária entre 6 e 23 meses, faixa etária que o estudo do Enani evidenciou maior ocorrência de anemia e deficiência de micronutrientes. Os dados seguem representados na tabela 11.

Tabela 11 - Prevalência do consumo de alimentos ricos em ferro, vitamina A e produtos ultraprocessados em crianças entre 6 e 23 meses.

ANO	Consumo alimentos ricos em vitamina A			Consumo de alimentos ricos em ferro			Consumo de alimentos processados		
	Total acompanhado	Total ingestão	%	Total acompanhado	Total ingestão	%	Total acompanhado	Total ingestão	%
2015	43	23	53,49	43	7	16,28	43	20	46,51
2016	148	99	66,89	148	17	11,49	-	-	-
2017	143	89	66,24	143	18	12,59	143	78	54,55

Fonte: SISVAN, 2021.

Ressalta-se que não dispomos de uma fonte de informação que nos forneça um reflexo confiável situacional acerca das informações avaliadas, pois o número de pacientes acompanhados demonstrado no sistema é muito pequeno perto da realidade populacional. Outro problema enfrentado é a fragilidade de conexão do servidor, que nem sempre se encontra acessível para a busca dos dados, por isso faltam dados do ano de 2016, 2018 e 2019.

Analisando os dados da tabela 11, é possível compreender o resultado do Enani, que traz uma maior prevalência de anemia em crianças entre 6 e 23 meses. Na tabela, os dados

apontam consumo de alimentos ricos em ferro e produtos ultraprocessados nos anos de 2015 e 2017, mesmo que com uma amostra pequena. Em ambos os anos, o consumo de produtos ultraprocessados (46,51% e 54,55%) é bem maior que o consumo de alimentos ricos em ferro (16,28% e 12,59%).

Estudo realizado por Innocenzo (2011) com crianças de 4 a 11 anos residentes em Salvador revelou que o padrão alimentar infantil é influenciado por condições socioeconômicas, de tal forma que quanto maior o nível socioeconômico, maior o consumo de alimentos variados e mais saudáveis (frutas, verduras, leguminosas, cereais, pescados, leites e derivados, aves); e menor ingestão de frituras, doces, refrigerantes/sucos artificiais e salgadinhos. Aspectos como acesso ao alimento, escolhas alimentares, mudanças no padrão de consumo alimentar, relações sociais e a implicação da alimentação na saúde devem ser analisados. Assim, desde a obtenção do alimento até o preparo e consumo sofre interferência familiar e social (INNOCENZO, 2011).

Dados apresentados pela Pesquisa de Saúde do Escolar em 2015, descrevem que menos da metade da população do Nordeste apresentou uma frequência adequada de consumo de alimentos considerados como marcadores para um hábito alimentar saudável. Cerca de 49,2% dos escolares com idade de 13 a 17 anos haviam consumido feijão e apenas 27,7% consumiu frutas com uma frequência adequada (Tabela 12).

Tabela 12 - Percentual de escolares com idade de 13 a 17 anos, por frequência de consumo de feijão, frutas frescas, guloseimas e refrigerantes, cinco ou mais dias nos 7 dias anteriores à pesquisa, 2015.

	Alimento marcador de hábito saudável		Alimento marcador de hábito não saudável	
	Feijão	Frutas	Guloseimas	Refrigerantes
Brasil	57,3	30,9	40,6	27,2
Norte	42,4	30,5	34,4	26,4
Nordeste	49,2	27,7	36,3	23,6
Sudeste	68,4	32,1	45,2	29,3
Sul	44,8	32,6	37,2	26,1
Centro-Oeste	68,9	34,5	44,8	32,7

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Em relação aos escolares de Salvador do 9º ano do ensino fundamental, observou-se um baixo consumo de feijão (41,2%) e frutas (28,2%). Já o consumo de alimentos definidos como marcadores de hábitos não saudáveis ficou em torno de 36,9% para as guloseimas e 21,3% de refrigerantes, valores semelhantes foram encontrados na região Nordeste (Tabela 13).

Tabela 13 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, por frequência de consumo de feijão, frutas frescas, guloseimas e refrigerantes, cinco ou mais dias nos 7 dias anteriores à pesquisa, 2015.

	Alimento marcador de hábito saudável		Alimento marcador de hábito não saudável	
	Feijão	Frutas	Guloseimas	Refrigerantes
Brasil	60,7	32,7	41,6	26,7
Nordeste	56,9	31,3	37,8	21,7
Bahia	64,8	33,3	41,0	19,3
Salvador	41,2	28,2	36,9	21,3

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

2.3.1.4. Consumo de bebidas alcoólicas

As bebidas alcoólicas se constituem como um grupo de drogas psicotrópicas de venda legal. No entanto, sua comercialização é proibida para crianças e adolescentes. Contraditoriamente, esta é a substância psicoativa mais utilizada por adolescentes e está associada ao aumento do comportamento de risco (SBP, 2017). A exposição precoce, muitas vezes na infância, pode estar associada a prejuízos no desenvolvimento cognitivo com repercussões para a vida adulta, inclusive, levando ao desenvolvimento de abuso ou dependência de álcool (VIEIRA *et al.*, 2019).

A prevalência da experimentação do álcool entres escolares no Brasil no ano de 2015 foi de 61,4% de acordo com o levantamento da PeNSE. Chama atenção o fato da região Nordeste apresentar uma prevalência inferior ao Brasil e as demais regiões, alcançando 52,5%. Apesar disso, este valor ainda é considerado elevado (Tabela 14). Outras pesquisas também apontam para as diferenças da prevalência da experimentação do álcool entre as regiões, trazendo a região Sul e a Nordeste como extremos, tendo a maior e menor prevalência, respectivamente (CARLINI *et al.*, 2010).

Tabela 14 - Percentual de escolares com idade de 13 a 17 anos, que experimentaram bebida alcoólica alguma vez, por sexo, dependência administrativa da escola, Brasil e regiões, 2015.

	Total			Masculino			Feminino		
	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada
Brasil	61,4	61,2	62,6	60	59,8	61	62,9	62,7	64,1
Norte	53,8	53,8	53,4	54,2	54,2	54,1	53,3	53,3	52,8
Nordeste	52,5	50,8	68	52,3	50,7	67,4	52,8	50,8	68,5
Sudeste	65,5	66,4	60,7	63,1	64,3	56,7	67,8	68,4	64,6
Sul	72,1	72,5	68,3	69,9	69,7	71	74,3	75,4	65,7
Centro-Oeste	63,3	63,8	60,4	61,9	61,9	62,1	64,6	65,6	58,8

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Vieira *et al* (2019) descreveram uma prevalência ainda menor no município de Aracaju, em torno de 40%, havendo maior predominância na faixa etária maior ou igual a 16 anos, que moram com os pais e que havia tido reprovação escolar. Encontrou também associação significativa entre a baixa escolaridade da mãe e a experimentação do álcool, sobretudo entre os estudantes que a mãe nunca estudou, aumentando duas vezes mais a probabilidade de experimentação.

De acordo com o PeNSE, o percentual de escolares de Salvador que em 2009 referiu ter experimentado bebidas alcoólicas foi 75,8%, passando para 57% em 2015, uma queda de 25% (Tabela 15).

Tabela 15 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram bebida alcoólica alguma vez, por sexo - Salvador-BA, 2009, 2012 e 2015.

	Total			Masculino			Feminino		
	2009	2012	2015	2009	2012	2015	2009	2012	2015
Experimentação de álcool	75,8	72,1	57,0	75,6	70,8	53,9	75,9	73,3	59,7

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009/2012/2015.

Já o VI Levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) em 2010, revelou que o município de Salvador apresentou uma prevalência de 62,9% referente ao uso de álcool pelo menos uma vez na vida, conforme pesquisa realizada com 2.901 escolares. Não houve diferenças significativas entre os gêneros e entre escolares da rede pública e privada. No entanto, observou-se que quanto maior a idade mais prevalente a experimentação do álcool.

Quando analisado o consumo do álcool em Salvador nos últimos doze meses anteriores ao VI Levantamento, a prevalência fica em torno de 44,1%. Entre os anos de 2004 e 2010, foi observada redução no número de estudantes que relataram consumo de bebidas alcoólicas no ano, passando de 62,1 para 44,1% (CARLINI *et al.*, 2010).

2.3.1.5. Atividade Física

A atividade física se constitui como um importante fator de proteção para o surgimento de doenças crônicas. Estimular esta prática em crianças e adolescentes é importante para uma vida adulta mais ativa e saudável. Entretanto, o nível de atividade física de crianças e adolescentes pode sofrer interferência de fatores socioeconômicos, do grau de violência no território, da utilização de jogos eletrônicos e telas de modo geral, como televisão e smartphones. De acordo com a OMS o tempo de atividade física ideal indicado para o combate ao sedentarismo é de no mínimo 300 minutos semanais. Para o grupo de crianças e adolescentes, recomenda-se uma média de 60 minutos de atividade física de nível moderado a alto por dia (OMS, 2010).

Estudo recente com mais de 100 países mostrou que apenas 20,0% dos adolescentes de 13 a 15 anos de idade realizam atividade física diária com duração de uma hora ou mais, sendo este percentual maior entre os meninos (CURRIE *et al.*, 2008a; HALLAL *et al.*, 2010). De acordo com os dados da PeNSE (2015), no Brasil menos de um terço dos escolares com idade de 13 a 17 anos (31,6%) foram considerados suficientemente ativos. E, ao comparar as regiões, os escolares do Nordeste se apresentaram mais sedentários, com apenas 28,7% praticando 300 minutos ou mais de atividade física por semana. De modo geral, a população feminina apresentou-se menos ativa que a masculina no Brasil e por regiões (Tabela 16).

Tabela 16 - Percentual de escolares com idade de 13 a 17 anos com 300 minutos ou mais de atividade física acumulada nos 7 dias anteriores à pesquisa, por sexo, dependência administrativa da escola e grupo de idade do escolar, Brasil e regiões, 2015.

	Masculino			Feminino			Total		
	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada
Brasil	41,1	40,7	43,5	22,1	21,7	24,2	31,6	31,3	33,6
Norte	38,1	38,5	34,2	25,3	25,5	23,6	32,0	32,4	28,5
Nordeste	37,4	36,9	42,3	19,7	20,3	15	28,7	28,8	27,7
Sudeste	42,7	42,1	46,1	22,1	20,9	28,6	32,3	31,4	37,2
Sul	43,5	44	39,9	21,3	20,6	27,1	32,5	32,3	33,5
Centro-Oeste	46,4	46,6	45,1	28,3	29,6	21	37,2	38	32,7

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Ainda segundo recorte nacional, ao verificar aqueles que estavam frequentando o 9º ano do ensino fundamental, observou-se que houve um aumento do número de escolares ativos quando comparado com 2012 (30,1%) e 2015 (34,4%). Analisando segundo a dependência administrativa da escola, no ano de 2012, os estudantes de escolas privadas eram suficientemente mais ativos do que os de escolas públicas, 34,7% e 29,1% respectivamente. No ano de 2015 não houve diferença (Tabela 17).

Tabela 17 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental com 300 minutos ou mais de atividade física acumulada nos 7 dias anteriores à pesquisa, por sexo e dependência administrativa da escola, 2012 e 2015.

		2012			2015		
		Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Brasil	Total	39,1	21,8	30,1	43,9	25,4	34,4
	Pública	37,8	21,3	29,1	43,8	25,5	34,4
	Privada	45,4	24,3	34,7	44,6	24,6	34,4
Nordeste	Total	33,4	18,6	25,2	38,2	22,2	29,6
	Pública	32,0	18,0	24,1	37,7	22,3	29,4
	Privada	40,2	22,0	30,8	40,7	21,8	31,0
Bahia	Total	-	-	-	38,8	23,2	30,0
	Pública	-	-	-	38,7	23,2	29,8
	Privada	-	-	-	39,1	23,7	30,8

		2012			2015		
		Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Salvador	Total	36,4	22,1	28,9	42,9	24	32,7
	Pública	35,0	23,4	28,8	44,5	26	34,7
	Privada	40,3	17,5	29,1	39,5	20,1	28,8

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

Salvador acompanhou a tendência nacional de crescimento da prática de atividade física considerada suficientemente ativa entre os escolares, passando de 28,9% para 32,7% nos anos de 2012 e 2015, respectivamente, e, o sexo masculino se apresentou mais ativo (Tabela 17).

Outro estudo realizado em Salvador no ano de 2012, com 298 escolares na faixa etária de 10 a 14 anos, descreveu uma prevalência de inatividade física de 49,6%, sendo as adolescentes as mais inativas (ALVES *et al.*, 2012).

2.3.1.6. Drogas ilícitas

O consumo de drogas ilícitas (maconha, cocaína, ecstasy, crack, cola, lança-perfume, loló, etc) entre crianças e adolescentes pode acarretar uma série de problemas, como comprometimento cognitivo, baixo desempenho escolar, violência, entre outros. Dados da PeNSE (2015) identificou que a experimentação de drogas ilícitas no Brasil entre escolares foi de 9,0%, sendo mais prevalente entre o sexo masculino e os estudantes de instituições públicas. A região Nordeste apresentou o menor percentual (Tabela 18).

Tabela 18 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram drogas ilícitas alguma vez, por sexo e dependência administrativa da escola, Brasil e regiões, 2015.

	Total	Sexo		Dependência Administrativa	
		Masculino	Feminino	Pública	Privada
Brasil	9,0	9,5	8,5	9,3	6,8
Norte	6,8	8,2	5,5	7,0	5,4
Nordeste	5,2	6,1	4,4	5,3	4,2
Sudeste	10,6	10,4	10,8	11,2	7,6
Sul	12,6	13,4	11,9	13,0	9,4
Centro-Oeste	10,8	11,3	10,3	11,0	9,5

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

No que se refere ao município de Salvador, a prevalência do uso na vida de droga ilícitas em 2015 foi de 6,1%, havendo maior predominância do sexo masculino e de estudantes da rede pública de educação. Observa-se pouca variação entre os anos de 2009, 2012 e 2015 (PeNSE, 2015) - (Tabelas 19 e 20).

Um levantamento realizado pelo Cebrid em 2010 com 2.091 estudantes de Salvador aponta que as drogas mais consumidas foram bebidas alcoólicas e tabaco. Em relação às demais, foram: inalantes, ansiolíticos, maconha, cocaína e anfetamínicos.

Tabela 19 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram droga ilícita alguma vez, por sexo - Salvador-BA, 2009, 2012 e 2015.

Total			Masculino			Feminino		
2009	2012	2015	2009	2012	2015	2009	2012	2015
6,3	6,4	6,1	8,8	7,4	6,7	4,4	5,6	5,6

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009/2012/2015.

Tabela 20 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram drogas ilícitas alguma vez, por sexo e dependência administrativa da escola, Brasil e regiões, 2015.

		Masculino	Feminino	Total
Brasil	Total	9,5	8,5	9
	Pública	9,8	8,9	9,3
	Privada	7,5	6,1	6,8
Nordeste	Total	6,1	4,4	5,2
	Pública	6,3	4,5	5,3
	Privada	4,8	3,7	4,2
Bahia	Total	6,7	4,2	5,3
	Pública	7,4	4,5	5,7
	Privada	3,3	2,2	2,7
Salvador	Total	6,7	5,6	6,1
	Pública	9,1	6,8	7,9
	Privada	1,8	3,3	2,6

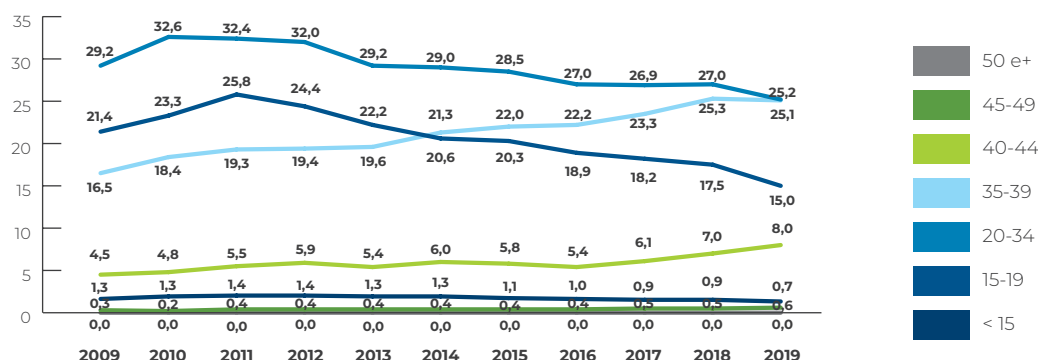
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.

2.3.2. Perfil de Natalidade

A Taxa de Natalidade (bruta), que expressa a frequência anual de nascidos vivos em um determinado território, apresenta tendência de queda para residentes em Salvador, no período de 2009 a 2019, na quase totalidade das faixas etárias analisadas, exceção para os intervalos de 35 a 39 anos e 40 a 44 anos, o que pode indicar adiamento da maternidade, fenômeno também observado no país devido à maior escolarização e inserção de mulheres no mercado de trabalho (ALDRIGHI, *et al* 2016). Para o grupo etário de adolescentes e jovens, destaca-se queda significativa da natalidade na faixa dos 15 a 19 anos, passando de 21,4 para 15,0 por 1000 hab., no período analisado (Gráfico 10).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), a idade materna está entre os fatores de risco gestacionais relacionados às condições individuais, sendo o risco habitual referido para a faixa etária entre 16 a 34 anos e o risco intermediário para os extremos da vida fértil, idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos. Para o alto risco, têm-se fatores que podem ocorrer em qualquer idade materna.

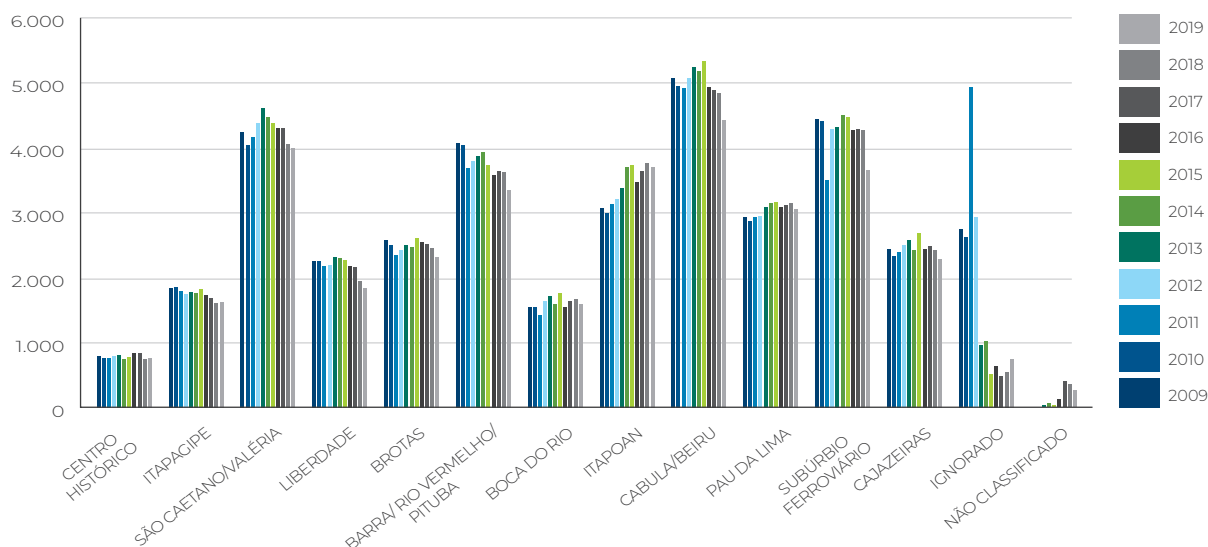
Gráfico 10 - Taxa de natalidade (bruta) da população residente (por 1000 hab.) – Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: SUIS/DVIS/SMS – IBGE.

A tendência de queda observada para a ocorrência de gravidez entre adolescentes e jovens em Salvador, no período de 2009 a 2019, é observada em 9 dos 12 Distritos Sanitários, exceção apenas para os DS Itapuã, Pau da Lima e Centro Histórico. As maiores frequências de nascimentos para as faixas etárias analisadas são observadas para os DS de Cabula/Beiru, São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário, áreas também densamente populosas (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Número de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo Distrito Sanitário de residência - Salvador-BA, 2009–2019*.



Fonte: SUIS/DVIS/SMS Salvador – Sinasc. *Dados parciais – 2019.

Em relação à escolaridade, outro determinante social para o risco gestacional, observamos nenhuma ou baixa escolaridade (< 7 anos de estudo) para 43,2% do grupo etário de 15 a 19 anos, no período de 2009 a 2019 (Tabela 21). Registra-se que a permanência de crianças e adolescentes nas escolas é fator proteção para a maternidade precoce e a gravidez na adolescência fator de risco para evasão escolar (SOUSA *et al* 2018).

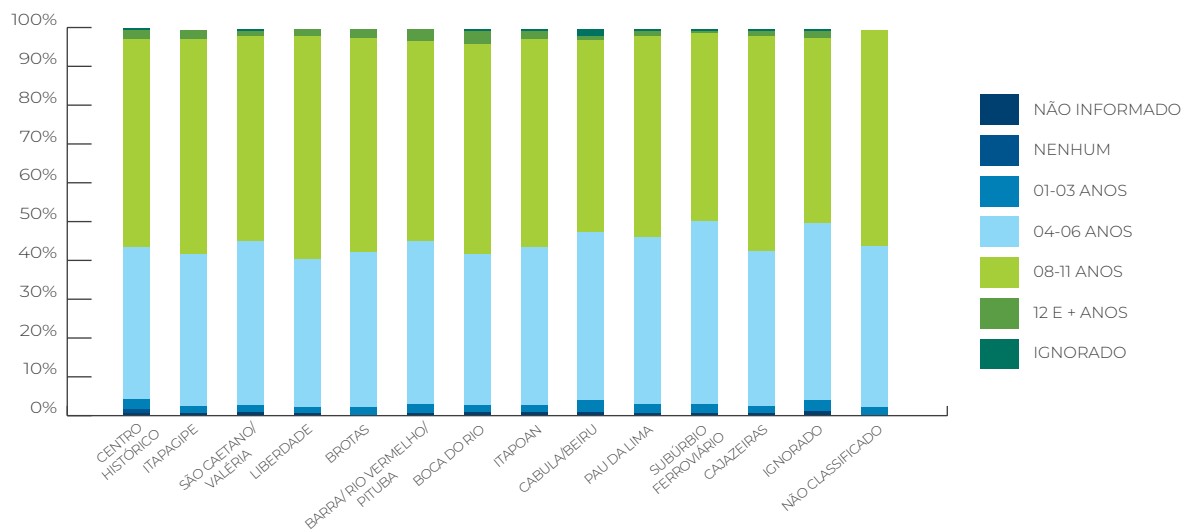
Tabela 21 - Número e proporção de nascidos vivos, segundo grau de escolaridade e faixa etária materna (10-14 e 15-19 anos). Salvador-BA, 2009-2019*.

Escolaridade materna (em anos de estudos)		2009-2019*				
		10 a 14	%	15 a 19	%	TOTAL
Salvador/ Bahia	Nenhuma	4	6,2	61	93,8	65
	01-03	128	9,4	1.239	90,6	1.367
	04-07	2.136	9,1	21.459	90,9	23.595
	08-11	455	1,6	28.619	98,4	29.074
	12 e +	5	0,6	798	99,4	803
	Ignorada	21	7,8	247	92,2	268
TOTAL		2.756	5,0	52.649	95,0	55.405

Fonte: SUIIS/DVIS/SMS Salvador – Sinasc. *Dados parciais – 2019.

Analisando os dados por DS de residência e anos de estudo da mãe, os menores anos de escolaridade ou sem escolaridade são observados para os DS Cabula/Beiru, Centro Histórico e Pau da Lima (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Número de Nascidos Vivos, segundo grau de escolaridade (anos) e faixa etária materna (10 a 19 anos), por Distrito Sanitário de residência. Salvador-BA, 2009-2019*.

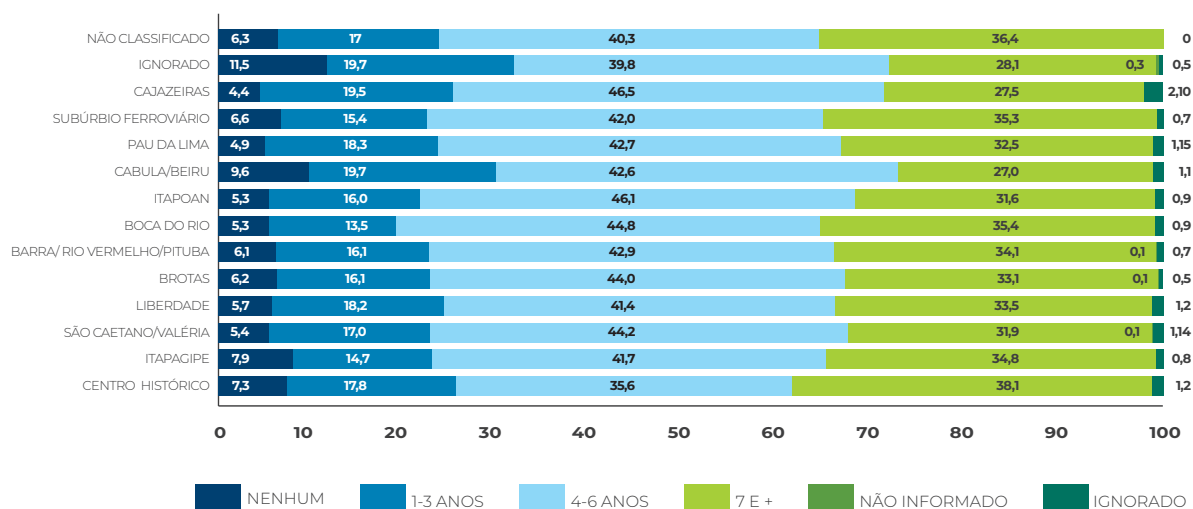


Fonte: SUIIS/DVIS/SMS Salvador – Sinasc. *Dados parciais – 2019.

O precário acesso aos serviços de saúde é outro fator determinante para o aumento do risco gestacional, podendo refletir na não realização de consultas de pré-natal ou na realização em número insuficiente, ou seja, abaixo da quantidade mínima necessária, sendo o

menor número de consultas observado para mulheres mais jovens, com menor nível sócio econômico e baixa escolarização (TOMASI *et al* 2017). Para a faixa etária de 10 a 19 anos, as mais baixas coberturas de consultas do pré-natal (até três consultas) são observadas para os DS Cabula/Beiru (29,3%), Centro Histórico (25,1%) e Liberdade (23,9%) - (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Proporção de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo consultas de pré-natal por Distrito Sanitário de residência. Salvador-BA, 2009-2019*.



Fonte: SUIS/DVIS/SMS Salvador – Sinasc. *Dados parciais – 2019.

A gravidez na adolescência está associada a maior probabilidade de incidência de complicações na gestação, parto e puerpério, podendo apresentar como consequências, entre outras, o baixo peso e a prematuridade. A ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer em partos anteriores classifica a mulher como de alto risco gestacional para gestações futuras (BRASIL, 2019). Em relação ao município do Salvador, as maiores proporções de crianças com baixo peso ao nascer são observadas para os Distritos Cabula/Beiru (14,8%), São Caetano/Valéria (14,1%) e Subúrbio Ferroviário (14,1%) nas faixas etárias de 10 a 19 anos (Tabela 22).

Tabela 22 - Proporção de nascidos vivos nas faixas etárias de mães de 10 a 14 e 15 a 19 anos, por baixo peso, Salvador-BA, 2009-2019*.

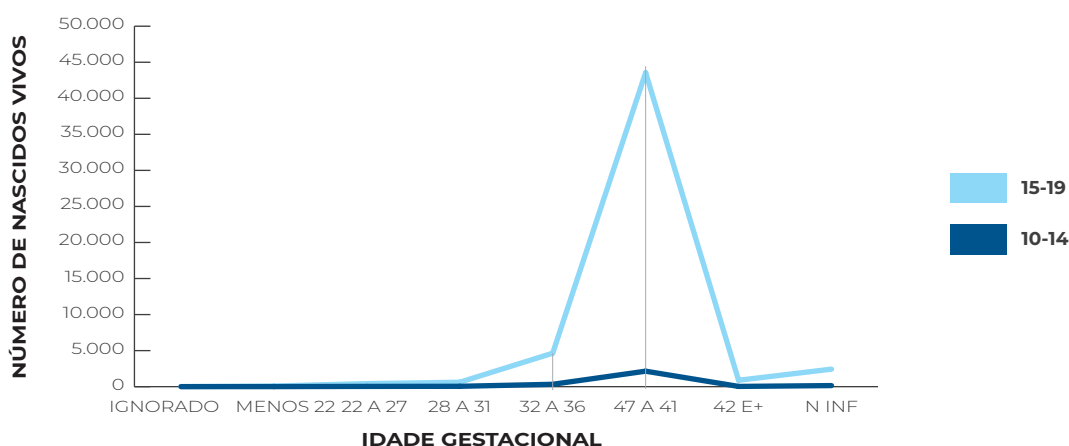
Distrito Sanitário de Residência	10-14	%	15-19	%
Centro Histórico	15	0,2	122	1,8
Itapagipe	22	0,3	301	4,4
São Caetano/Valéria	57	0,8	901	13,3
Liberdade	25	0,4	420	6,2
Brotas	25	0,4	336	5,0
Barra/Rio Vermelho/Pituba	40	0,6	440	6,5
Boca do Rio	9	0,1	149	2,2

Distrito Sanitário de Residência	10-14	%	15-19	%
Itapoan	46	0,7	472	7,0
Cabula/Beiru	71	1,0	934	13,8
Pau da Lima	46	0,7	545	8,0
Subúrbio Ferroviário	63	0,9	893	13,2
Cajazeiras	40	0,6	455	6,7
Ignorado	24	0,4	315	4,6
Não classificados	0	0,0	16	0,2
TOTAL	483	7,1	6.299	92,9

Fonte: SUIS/DVIS/SMS Salvador – Sinasc. *Dados parciais – 2019.

O parto pré-termo também é um importante marcador de morbimortalidade neonatal e infantil, sendo as maiores incidências observadas entre as gestantes adolescentes em relação às demais faixas etárias (Pretto *et al.*, 2016). A maioria dos nascimentos, para a faixa etária de mães residentes em Salvador de 10 a 19 anos, no período analisado, está para a idade gestacional de 37 a 41 semanas (82,5%), enquanto a proporção de partos prematuros foi de 11,2% e, para 4,7% dos nascimentos, é desconhecida essa condição devido à incompletude desse campo, situação que vem sendo trabalhada pela SMS Salvador junto às maternidades (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Número de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, por idade gestacional. Salvador-BA, 2009–2019*.



Faixa Etária	Ignorado	Menos 22	22 a 27	28 a 31	32 a 36	34 a 41	42 e +	Não Informado
10-14	2	7	35	50	329	2.148	35	150
15-19	15	88	419	614	4.643	43.552	886	2.432

Fonte: SUIS/DVIS/SMS Salvador – Sinasc. *Dados parciais – 2019.

As condições de trabalho desfavoráveis trazem prejuízos à saúde materna, alguns exemplos são esforço físico excessivo; carga horária extensa; rotatividade de horário; exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos e níveis altos de estresse (BRASIL, 2019). Na

tabela 23 observa-se as ocupações declaradas pelas mães nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos, estando a maior parte desses adolescentes e jovens na condição de estudante. Chama a atenção a proporção de declarações como “dona de casa”, o que pode indicar histórico de evasão escolar e baixa escolaridade, e ocupações classificadas como piores formas de trabalho infantil como “empregada doméstica/diarista”, atividade proibida aos menores de 18 anos.

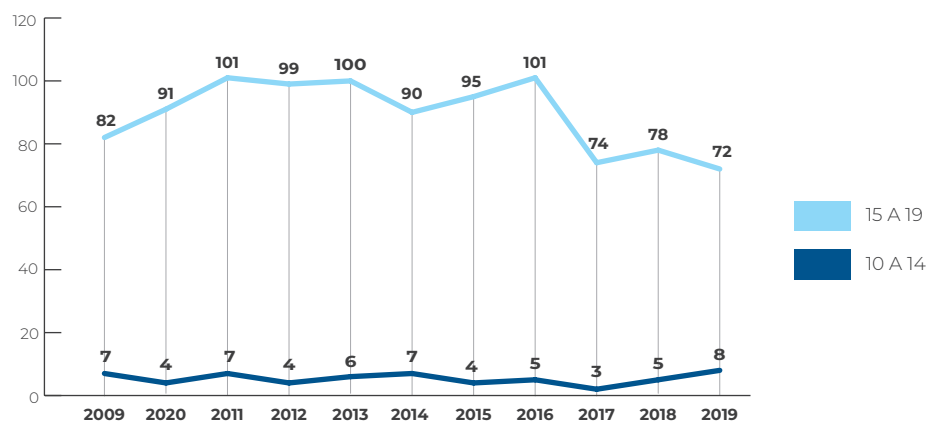
Tabela 23 - Número de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 14 e 15 a 19 anos, segundo as principais ocupações, Salvador-BA, 2009–2019*.

Ocupação	2009-2019				
	10-14	%	15-19	%	Total
Dona de Casa	888	32,2	25.000	47,5	25.888
Estudante	1.639	59,5	18.863	35,8	20.502
Não informada	151	5,5	3.922	7,5	4.073
Empregado doméstico nos serviços gerais	46	1,7	1.102	2,1	1.148
Manicure	2	0,1	734	1,4	736
Representante comercial autônomo	1	0,0	295	0,6	296
Desempregado crônico ou cuja habitação habitual	8	0,3	242	0,5	250
Vendedor de comércio varejista	0	0,0	204	0,4	204
Assistente administrativo	1	0,0	197	0,4	198
Vendedor ambulante	1	0,0	171	0,3	172
Operador de caixa	0	0,0	170	0,3	170
Cabeleireiro	3	0,1	161	0,3	164
Babá	1	0,0	144	0,3	145
Empregado doméstico diarista	3	0,1	108	0,2	111
Subtotal	2.744	99,6	51.313	97,5	54.057
Demais ocupações	11	0,4	1.330	2,5	1.341
Total	2.755	100	52.643	100	55.398

Fonte: SUIIS/DVIS/SMS Salvador – Sinasc. *Dados parciais – 2019.

Além de fatores genéticos e ambientais, algumas variáveis maternas, como número de consultas de pré-natal, idade e escolaridade, parecem aumentar a probabilidade da ocorrência de Malformação Congênita - MC (Fountoura; CARDOSO, 2014). O maior registro de nascimentos de crianças com MC é observado em mães na faixa etária de 15 a 19, devido a maior frequência de nascimentos nesse subgrupo, com 983 casos acumulados nesse período, e 60 casos na faixa etária de mães de 10 a 14 anos (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Números de nascidos vivos com anomalias, segundo faixa etária (10 a 14 e 15 a 19 anos), Salvador-BA, 2009–2019.



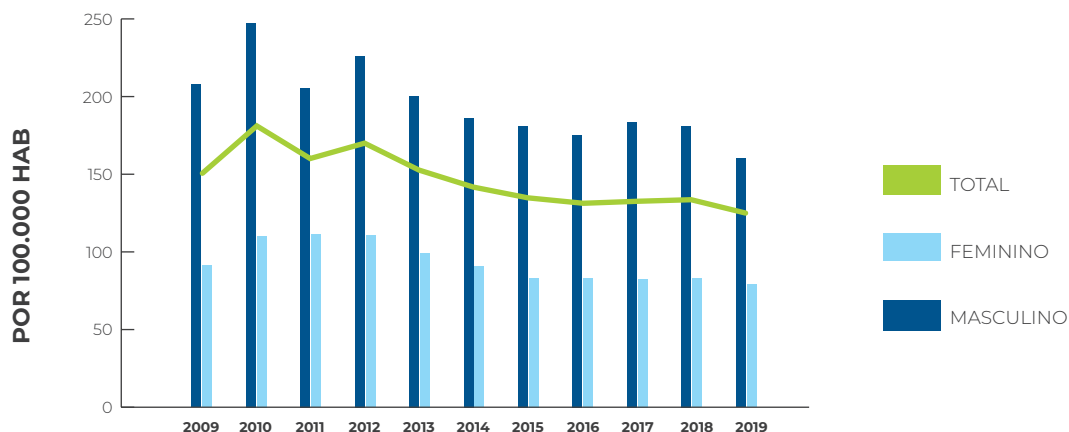
Fonte: SUIIS/DVIS/SMS Salvador – Sinasc. *Dados parciais – 2019.

2.3.3. Perfil de Mortalidade

2.3.3.1. Mortalidade Geral em Crianças e Adolescentes

Em Salvador, no período de 2009 a 2019, a taxa de mortalidade em crianças e adolescentes apresentou redução de 19,4%, passando de 150,6 por 100 mil habitantes em 2009 para 121,3 por 100 mil habitantes em 2019. Apesar dessa redução, essa taxa ainda se mantém elevada, constituindo-se em um grave problema de saúde pública a ser enfrentado e um grande desafio para os gestores públicos. Apenas em 2019, encontra-se registrado um número de 1.002 mortes de crianças e adolescentes, sendo que entre os anos de 2009 a 2019 foram registrados 13.278 óbitos. O período em análise mostra que as maiores taxas de mortalidade ocorreram na população do sexo masculino, a qual apresenta um risco de morte duas vezes maior do que a do sexo feminino (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Taxa de mortalidade geral segundo sexo na população de 0 a 19 anos residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.

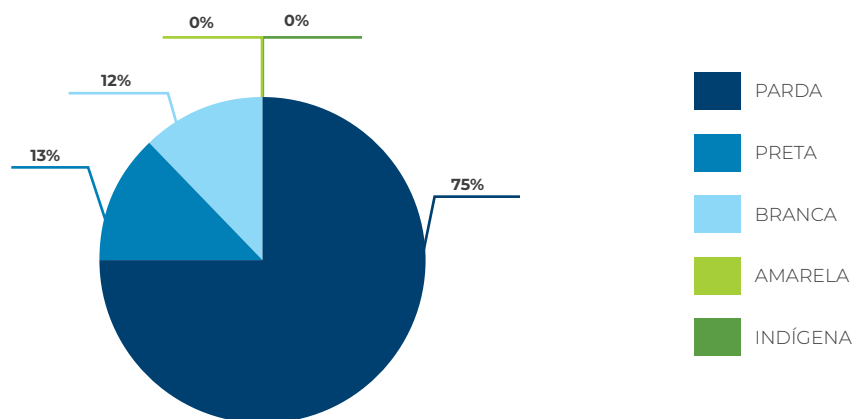


Sexo	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Masculino	207,7	247,4	205,4	226,1	200,3	186,1	181,1	175,4	183,6	181,1	160,1
Feminino	91,1	110,1	111,1	110,4	99,2	90,6	83,1	83,3	82,6	83,0	79,1
Total	150,6	180,7	159,2	170,0	151,4	139,4	132,6	131,3	134,8	133,6	121,3

Fonte: SMS/SIM/IBGE. Acesso em: 16 de outubro de 20. *Dados preliminares.

Em relação à raça/cor, 75% das mortes em crianças e adolescentes ocorreram na população parda, seguida da preta com 13% (Gráfico 17).

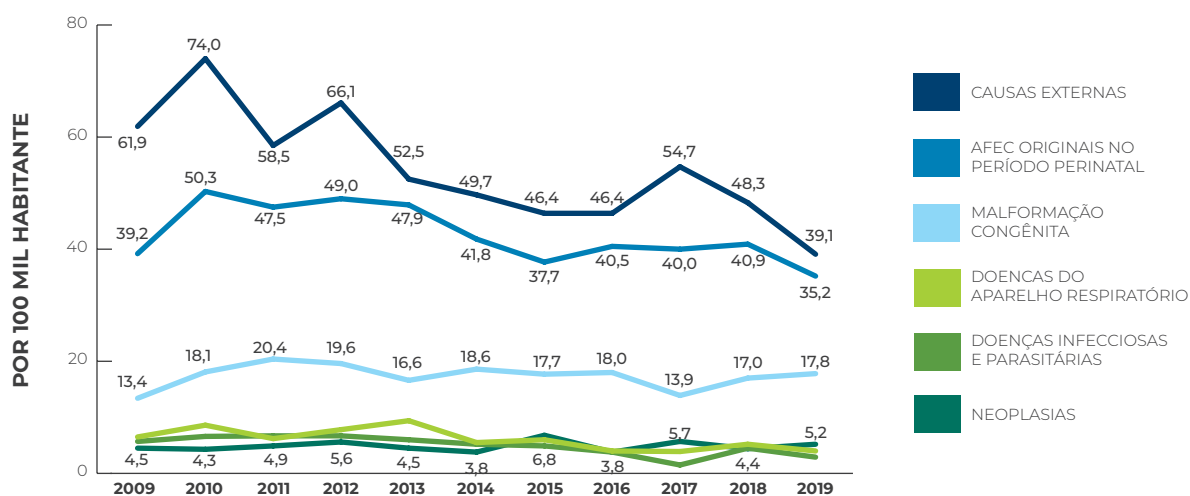
Gráfico 17 - Mortalidade proporcional segundo raça/cor na população de 0 a 19 anos residente de Salvador-BA, do período de 2009–2019*.**



Fonte: SMS/SIM. Acesso em: 16 de outubro de 2020. *Dados preliminares. **Foram suprimidos os dados para variável raça/cor classificados como ignorados.

Ao analisar os dados pelos principais grupos de causas, percebe-se que as causas externas são responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade desta população, seguida das afecções originadas do período perinatal e malformação congênita (Gráfico 18). Esta realidade demonstra a magnitude da violência no segmento infantojuvenil, assim como a necessidade de melhoria da atenção à mulher na gestação e parto bem como ao recém-nascido.

Gráfico 18 - Taxa de mortalidade por principais grupos de causas (cap. CID-10) na população de 0 a 19 anos residente de Salvador-BA, 2009–2019*.



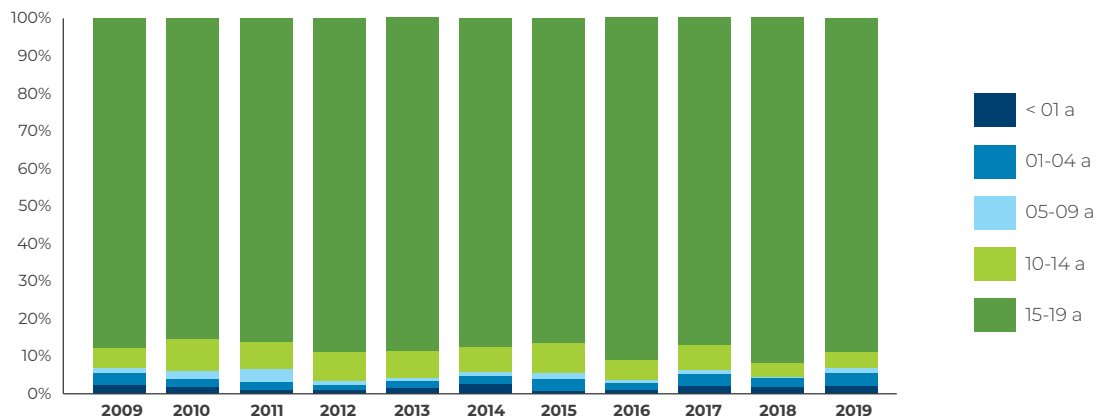
Fonte: SMS/SIM/IBGE. Acesso em: 16 de outubro de 2020. *Dados preliminares.

2.3.3.2. Mortalidade por Causas Externas em Crianças e Adolescentes

As causas externas (acidentes e violências) são decorrentes de fatores multicausais, que envolvem questões sociais, psicológicas, culturais, econômicas e políticas. Para seu enfrentamento faz-se necessário a integração de setores da saúde, assistência social, segurança, transporte, justiça e sociedade civil.

As causas externas têm sido responsáveis por, em média, 37% das mortes de crianças e adolescentes no município nos últimos 11 anos (Salvador, 2020). Quando estratificado por faixa etária, observa-se que a concentração dos óbitos por causas externas encontra-se na faixa de 15 a 19 anos de idade, sendo responsáveis por em torno de 395 óbitos/ano e 88% de todas as mortes por causas externas na população infantojuvenil em 2019 (Gráfico 19).

Gráfico 19 - Mortalidade proporcional por causas externas segundo faixa etária na população de 0 a 19 anos residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
15-19 a	87,7	85,4	86,1	88,9	88,7	87,5	86,4	91,1	87,1	91,9	88,9
10-14 a	5,4	8,6	7,3	7,8	7,1	6,7	8,2	5,1	6,5	3,5	4,3
05-09 a	1,5	2,1	3,5	1,0	0,9	1,2	1,5	1,0	1,3	0,5	1,2
01-04 a	3,0	2,1	2,2	1,4	1,6	1,9	3,1	1,8	3,0	2,3	3,7
<01 a	2,4	1,8	0,9	1,0	1,6	2,7	0,8	1,0	2,2	1,8	1,9

Fonte: SMS/SIM. Acesso em: 16 de outubro de 2020. *Dados preliminares.

Considerando as taxas de mortalidade por Distrito Sanitário de Residência, observa-se que o DS São Caetano/Valéria apresentou predominantemente ao longo dos anos em análise as maiores taxas de mortalidade por causas externas, uma média de 82,5 óbitos por 100 mil habitantes, seguido pelos DS Liberdade (61,7 por 100 mil hab.), Cajazeiras (60,7 por 100 mil hab.) e Subúrbio Ferroviário (60,2 por 100 mil hab.) - (Tabela 24).

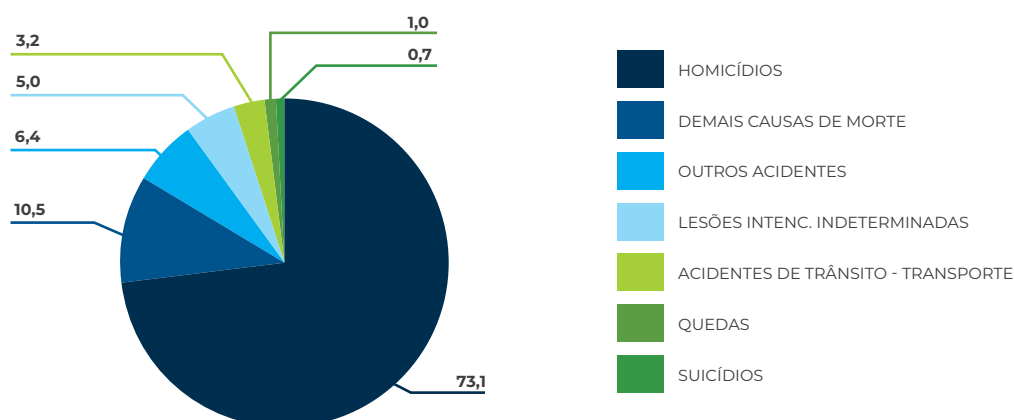
Tabela 24 - Taxa de mortalidade por causas externas segundo Distrito Sanitário de Residência na população de 0 a 19 anos residente de Salvador-BA, 2009–2019*.

DISTRITO SANITÁRIO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centro Histórico	36,6	12,6	31,4	68,5	52,7	40,7	40,5	34,5	28,6	47,3	17,6
Itapagipe	67,6	70,7	32,9	52,3	36,9	30,6	30,4	30,2	30,0	39,3	22,6
São Caetano/Valéria	97,1	103,6	65,4	98,6	82,5	55,0	93,8	86,6	93,8	57,1	73,8
Liberdade	85,2	85,2	38,3	68,1	56,5	57,9	50,2	64,6	53,3	81,7	37,8
Brotas	30,4	48,4	36,5	55,4	34,1	44,6	51,4	51,1	63,1	32,6	25,2
Barra/Rio Vermelho	55,3	72,3	37,9	48,0	35,4	35,2	26,5	22,8	29,8	30,8	24,5
Boca do Rio	40,0	47,9	44,4	50,4	17,8	29,4	20,5	20,4	23,1	50,9	32,7
Itapuã	48,2	50,0	28,8	53,2	37,8	44,9	20,5	21,6	23,8	27,1	17,2
Cabula/Beiru	59,1	71,8	41,2	64,0	46,5	52,6	39,6	43,3	45,4	46,1	33,8
Pau da Lima	35,3	74,7	42,2	56,4	38,1	40,5	44,3	40,0	65,0	39,8	24,6
Subúrbio Ferroviário	79,8	81,9	50,5	61,3	62,9	52,0	55,2	48,9	61,4	50,2	57,9
Cajazeiras	76,3	63,8	57,6	72,5	59,2	69,5	42,5	56,3	59,5	65,1	45,0

Fonte: SMS/SIM/IBGE. Acesso em: 16 de outubro de 2020. *Dados preliminares.

Dos óbitos por causas externas, os homicídios foram responsáveis por 73,1% das mortes em crianças e adolescentes entre os anos de 2009 a 2019 (Gráfico 20), somando um total de 3.618 óbitos no período e uma média de 329 mortes por ano (SALVADOR, 2020).

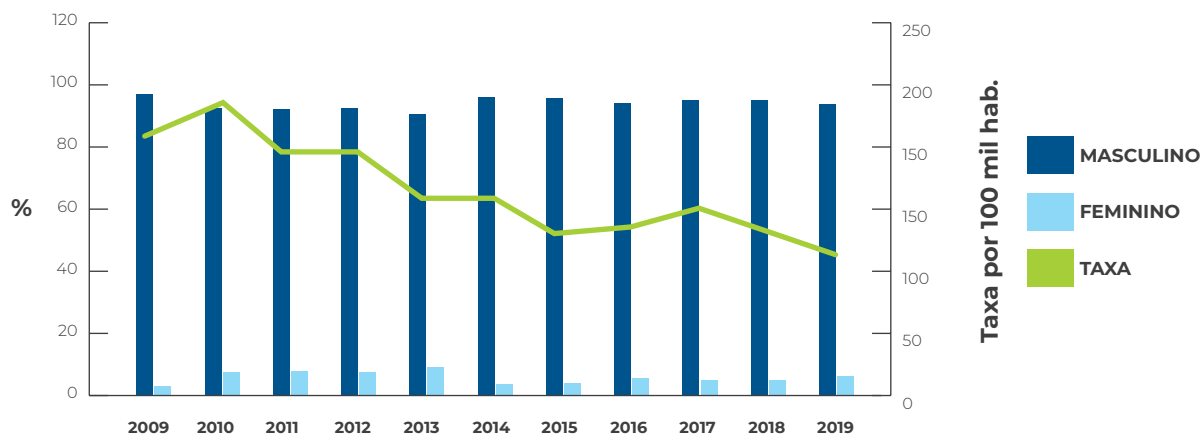
Gráfico 20 - Mortalidade proporcional segundo causa determinante dentre as causas externas na população de 0 a 19 anos residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.



Fonte: SMS/SIM. Acesso em: 16 de outubro de 2020. *Dados preliminares.

Ao analisar a ocorrência dos homicídios entre os adolescentes de 15 a 19 anos, evidencia-se elevadas taxas de mortalidade, apesar da redução de 48,6% entre os anos de 2009 e 2019, quando passaram de 172,3 por 100 mil habitantes em 2009 para 88,6 por 100 mil habitantes em 2019. Demonstra, ainda, a concentração no sexo masculino que somam mais de 94% dos óbitos em todo o período (Gráfico 21).

Gráfico 21 - Taxa de mortalidade e mortalidade proporcional por homicídios em adolescentes de 15 a 19 anos residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.

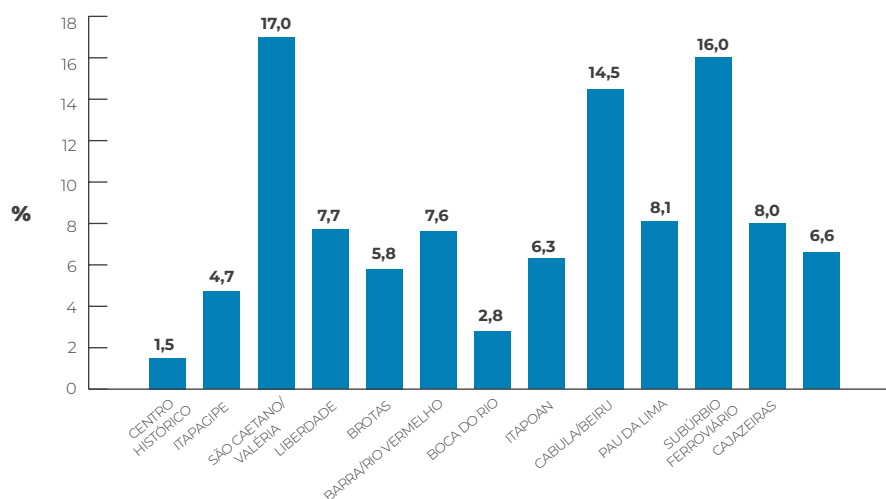


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Masculino	97,0	92,5	92,1	92,5	90,7	96,2	95,9	94,3	95,1	95,0	93,7
Feminino	3,0	7,5	7,9	7,5	9,3	3,8	4,1	5,7	4,9	5,0	6,3
Taxa	172,3	198,1	157,3	158,1	129,0	124,7	102,4	109,8	120,0	102,9	88,6

Fonte: SMS/SIM. Acesso em: 27 de outubro de 2020.* Dados preliminares.

Dentre os Distritos Sanitários de Residência, o São Caetano/Valéria (17%; n = 787 casos) registrou o maior número de óbitos por causas externas no período em análise, seguido do Subúrbio Ferroviário 16% (n = 744) e Cabula/Beiru 14,5% (n = 673) - (Gráfico 22).

Gráfico 22 - Mortalidade proporcional por causa externas segundo Distrito Sanitário de Residência na população de 0 a 19 anos, Salvador-BA, 2009–2019*.



Fonte: SMS/SIM. Acesso em: 27 de outubro de 2020. *Dados preliminares.

O entendimento que a violência ocorre em decorrência de um conjunto de fatores socioeconômicos, políticos e culturais que se articulam e interagem de forma dinâmica é essencial para o seu enfrentamento e prevenção.

2.3.3.3. Mortalidade Materna

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), são categorizados como morte materna os óbitos de mulheres devido às doenças obstétricas ou doenças preexistentes e que ocorrem “durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais” (BRASIL, 2009 a, p.52).

Considera-se morte materna de causa obstétrica direta aquela que ocorre por complicações de patologias específicas do ciclo gravídico puerperal, assim como hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, atonia uterina com hemorragia, abortamento infectado. Já a morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças pré-existentes à gestação ou agravadas durante esse período pelos efeitos fisiológicos da gravidez (Brasil, 2009 a).

A mortalidade materna está diretamente relacionada aos fatores sociais que impactam na qualidade de vida da população feminina de uma dada região, tais como idade, raça/etnia, escolaridade, condições socioeconômicas, dentre outros. Quanto mais vulnerável se encontra essa população, maiores os riscos de morte durante o período gravídico-puerperal.

No período de 2009 a 2019, ocorreram um total de 252 mortes maternas de causas diretas e indiretas, em mulheres com idade fértil residentes no município de Salvador. As causas obstétricas indiretas perfazem a maioria dos casos (n = 134), seguido de causa obstétrica direta (n = 92) e abortamentos (n = 26). Do total de óbitos maternos, 6,7% ocorreram na faixa etária infantojuvenil, sendo a maioria (82,3%) entre adolescentes de 16 a 18 anos.

Na adolescência, a gravidez pode ocorrer por desconhecimento do risco de uma gestação precoce, pela baixa escolaridade ou pela inexperiência para conseguir trabalho, o que pode favorecer à união precoce, seja por desejo ou por pressão familiar. Estes fatores, juntos ou isolados, culminam na gravidez em fase de desenvolvimento corporal, associada a complicações próprias da primeira gestação, como as doenças hipertensivas e à menor adesão ao pré-natal (SAYEM, 2011). Vale a pena registrar que a relação sexual com menores de 14 anos é considerada estupro de vulnerável, conforme Lei nº 13.718/18.

A ocorrência de óbitos maternos na adolescência tem apresentado uma média de 1,7 óbito/ano considerando o período de 2009-2019, sendo o ano de 2010 o mais significativo para o aumento do índice com o registro de 4 óbitos. As causas obstétricas diretas respondem pela maioria dos óbitos maternos nessa faixa etária, sendo 4 infecções, 2 abortamentos, 2 hipertensões gestacionais, 1 hemorragia e 1 embolia. Nas causas indiretas predominam as doenças do aparelho circulatório complicando gravidez, parto e puerpério (n = 2). Ressalta-se na série histórica analisada o registro de 2 óbitos com causas mal definidas (Tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição dos óbitos maternos pela CID-10, na faixa etária de 10 a 19 anos, residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.

CID	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
O02.1 Aborto retido	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
O06.0 Incompl. Complic. Inf. trato genit. org. pélvicos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
O14.1 Pré-eclâmpsia grave	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
O14.9 Pré-eclâmpsia NE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
O23.0 Infecção do rim na gravidez	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
O45.9 Descolamento prematuro da placenta NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
O86.0 Infecção da incisão cirúrgica orig. obstétrica	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
O86.4 Febre orig. desconhecida subsequente ao parto	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
O86.8 Outras Infecções Puerperais espec.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
O88.2 Embolia obstétrica p/coágulo de sangue	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
O98.0 Tuberc. Complic. gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
O98.8 Outras doen. Inf. Paras. Mat. Comp. Grav. parto puerpério	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
O99.0 Anemia complic. gravidez parto puerpério	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
O99.3 Trans. Ment. Doen. Sis. Nerv. Comp. grav. Part. Puer.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
O99.4 Doenc. Ap. circulat. Compl. gravidez parto puerp.	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
O99.8 Outras doenc. Afec. Espec. compl. grav. parto puerp.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	2	4	2	1	1	2	1	1	1	2	17

Fonte: SMS/SIM. Acesso em: 29 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

A distribuição dos óbitos maternos na faixa etária infantojuvenil (10 - 19 anos), como se observa na Tabela 26, aponta para o DS São Caetano/Valéria como o que apresenta o maior quantitativo de casos no período, perfazendo um total de 5 óbitos. Alerta-se para o elevado número de óbitos neste distrito, sugerindo a necessidade de conhecer melhor os determinantes e condicionantes relacionados à gestação precoce e aos óbitos maternos nesse território.

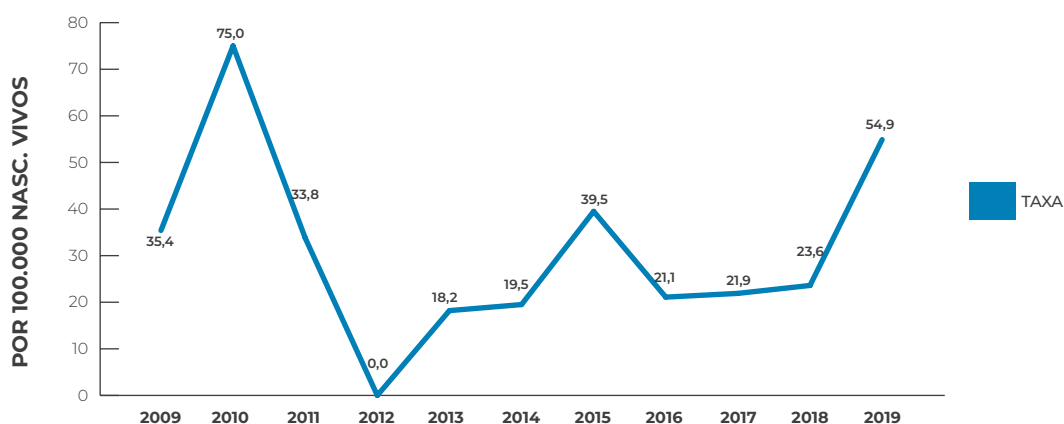
Tabela 26 - Óbitos maternos, por Distritos Sanitários, segundo faixa etária de 10 a 19 anos, em residentes de Salvador-BA, 2009-2019*.

Distritos Sanitários	13 anos	16 anos	17 anos	18 anos	19 anos	Total
Centro Histórico	0	1	1	0	0	2
São Caetano/Valéria	1	1	0	3	0	5
Liberdade	0	0	1	0	0	1
Brotas	0	0	0	0	1	1
Barra/Rio Vermelho	0	0	1	0	0	1
Itapoan	0	0	1	1	0	2
Pau da Lima	0	0	0	1	1	2
Subúrbio Ferroviário	0	1	0	1	0	2
Ignorado	0	1	0	0	0	1
Total	1	4	4	6	2	17

Fonte: SMS/SIM. Acesso em: 28 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

A razão de mortalidade materna para Salvador na faixa etária de 10 a 19 anos, no período de 2009 a 2019, teve maior registro em 2010 com 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos, já em 2013 alcançou seu menor resultado (18,2 óbitos). É válido ressaltar que, no ano de 2012, não houve registro de morte materna para a faixa etária analisada, porém, nos anos subsequentes, é possível observar uma ascendência. Por um lado, valores elevados podem retratar os esforços realizados nas diferentes esferas de atenção à saúde para melhorar a qualidade dos registros, notificação e, por conseguinte, a informação sobre o evento analisado. Por outro lado, ainda refere uma necessidade de ampliar a melhoria das condições de assistência e acesso à saúde (Gráfico 23).

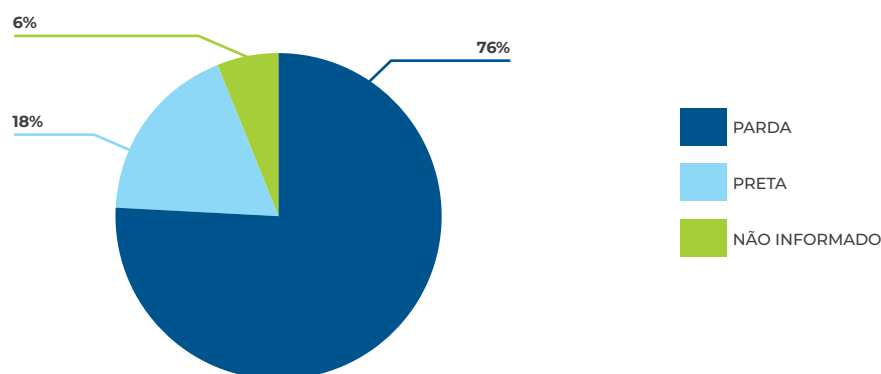
Gráfico 23 - Razão de mortalidade materna, na faixa etária de 10 a 19 anos, em residentes de Salvador – Ba, 2009–2019*.



Fonte: SMS/SUIS-SIM. Acesso em: 29 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

Do total de óbitos maternos investigados, entre os anos de 2009 e 2019, na faixa etária de 10 a 19 anos, a cor parda é maioria com 13 óbitos (76%), seguido da cor preta (n = 3; 18,7%). Assim, as mortes de mulheres pardas e pretas carecem de um olhar mais aprofundado, pois compõem um grupo de risco, de relevância demográfica de suma importância no território em análise (Gráfico 24).

Gráfico 24 - Percentual de óbitos maternos, segundo raça/cor, na faixa etária de 10 a 19 anos, em residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.



Fonte: SMS/SUIS-SIM. Acesso em: 29 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

As condições aqui exploradas indicam o desamparo social às mulheres menos favorecidas, culminando com a ocorrência de óbito materno, determinados por múltiplos fatores, fortemente relacionados às condições de vida. A melhora dos indicadores de ocorrência de gravidez na adolescência, deve vir no bojo da compreensão dos Direitos Sexuais e Reprodutivos para nossa juventude. Condutas que visam a melhoria nas condições de vida das gestantes/puérperas devem ter maior ênfase, visando minimizar os índices de morte materna, considerando o ocorrido não apenas como um problema de saúde de difícil resolução, mas avaliando indicadores socioeconômicos e rastreando grupos de vulnerabilidade

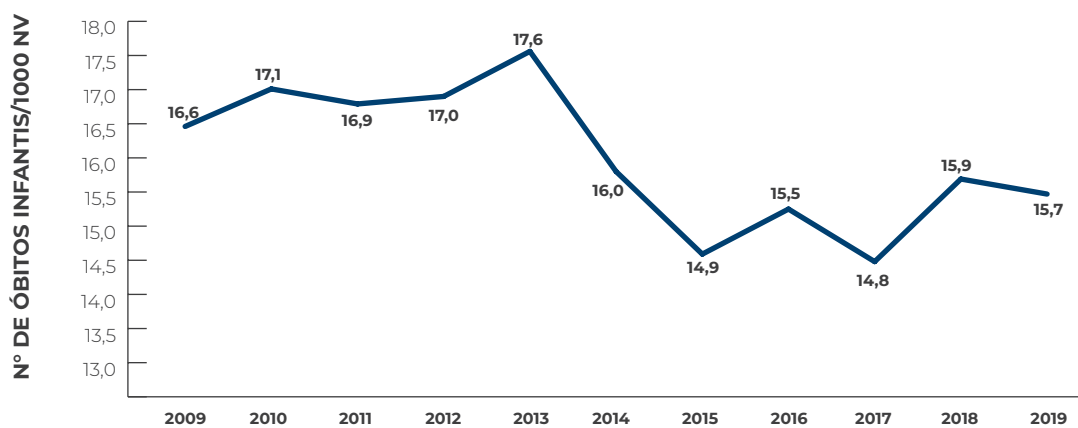
social. A qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério tem papel importante para a redução desses índices.

2.3.3.4. Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil (menor de 1 ano) é um indicador de saúde de ampla relevância para apontar as condições socioeconômicas de um território, assim como a qualidade da assistência materno-infantil ofertada à população (PAIM *et al.*, 1987). Apesar dos organismos internacionais revelarem uma redução significativa de sua taxa ao longo das últimas décadas, a prevenção destes óbitos permanece como um grande desafio para a gestão pública, para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo (BRASIL, 2009). As medidas de mortalidade são utilizadas internacionalmente como um instrumento para análise da situação de saúde, como evidenciado pela inclusão de taxas de mortalidade neonatal, infantil e materna dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (OPAS, 2017).

Na cidade de Salvador, entre os anos de 2009 e 2019, ocorreram 6.398 óbitos infantis de mães residentes, sendo a taxa média de mortalidade infantil de 16,2 óbitos por 1000 Nascidos Vivos (NV). Nesse período, houve uma redução de 5,5% na taxa e o maior declínio entre os anos de 2013 a 2015 (Gráfico 25). Apesar da redução da taxa de mortalidade, observa-se uma tendência de crescimento a partir de 2015.

Gráfico 25 - Taxa de Mortalidade Infantil (< 1 ano) em residentes de Salvador-BA, 2009–2019*.



Fonte: SMS/SIM/SINASC. Acesso em: 22 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

Considerando os Distritos Sanitários de residência, percebe-se que, no período de análise, o DS Centro Histórico apresentou redução de 61,4% na taxa de mortalidade infantil, passando de 33,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2009 para 13 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2019, seguido dos DS Itapagipe e Liberdade, que tiveram redução de 44,7% e 17% respectivamente. Por outro lado, o DS Boca do Rio teve um aumento de 35,3% na sua taxa de mortalidade infantil, passando de 11,8 óbitos por 1.000 nascido vivos em 2009

para 16 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2019, assim como o DS Cajazeiras que apresentou aumento de 23,5%, Barra/Rio Vermelho de 16,2% e Pau da Lima de 13,2% (Tabela 27).

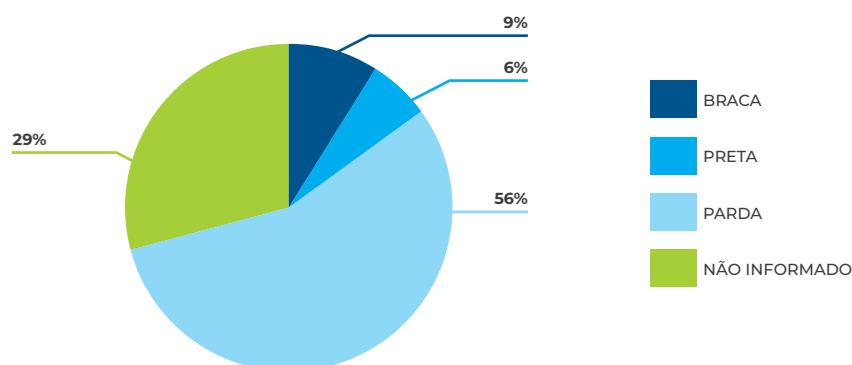
Tabela 27 - Taxa de mortalidade infantil e variação das taxas por 1.000 nascidos vivos por Distrito Sanitário de residência, em Salvador-BA, 2009–2019*:

Distrito Sanitário	2009	2019	Varição das taxas
Centro Histórico	33,6	13,0	-61,4
Itapagipe	25,7	14,2	-44,7
São Caetano/Valéria	18,3	17,4	-5,2
Liberdade	19,9	16,5	-17,0
Brotas	17,0	14,6	-14,2
Barra/Rio Vermelho	12,1	14,0	16,2
Boca do Rio	11,8	16,0	35,3
Itapuã	15,3	15,7	3,0
Cabula/Beiru	17,2	15,0	-12,8
Pau da Lima	13,6	15,4	13,2
Subúrbio Ferroviário	18,7	18,8	0,6
Cajazeiras	13,8	17,1	23,5
Total	16,6	15,7	-5,5

Fonte: SIM/SINASC. Acesso em: 22 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

Em relação ao campo raça/cor, a maioria dos óbitos infantis ocorreu em indivíduos da raça/cor parda (56%; n = 3549), sendo alta proporção do não preenchimento desse campo (29%; n = 1856), o que compromete a realização de uma análise mais precisa e a visibilidade de dados referentes aos direitos e à dignidade para determinadas camadas da população (Gráfico 26).

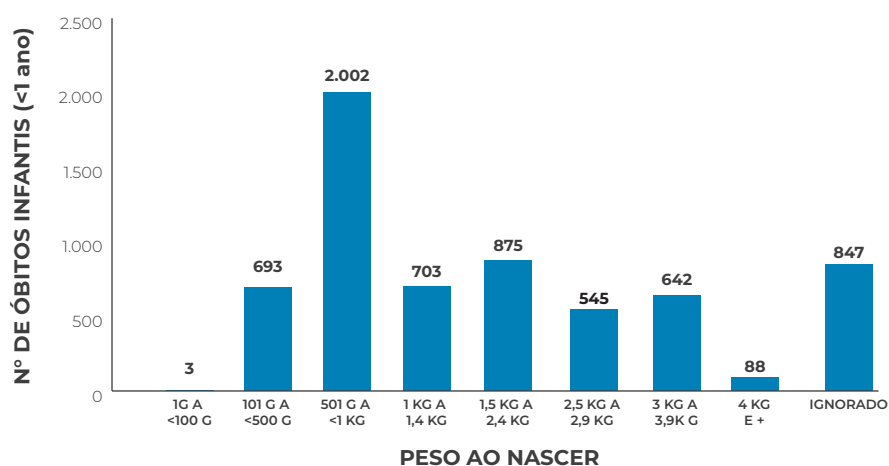
Gráfico 26 - Percentual de óbitos infantis (< 1ano), por raça/cor, de residentes em Salvador-BA, 2009–2019*:



Fonte: SMS/SIM. Acesso em: 23 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

Considerando o peso ao nascer dentre os óbitos infantis analisados, a maior parte deles ocorreu em nativos de 501g a < 1 kg (31,3%; n = 2002), geralmente relacionados a um alto índice de prematuridade, sendo esta umas das principais causas de óbitos infantis em Salvador (Gráfico 27).

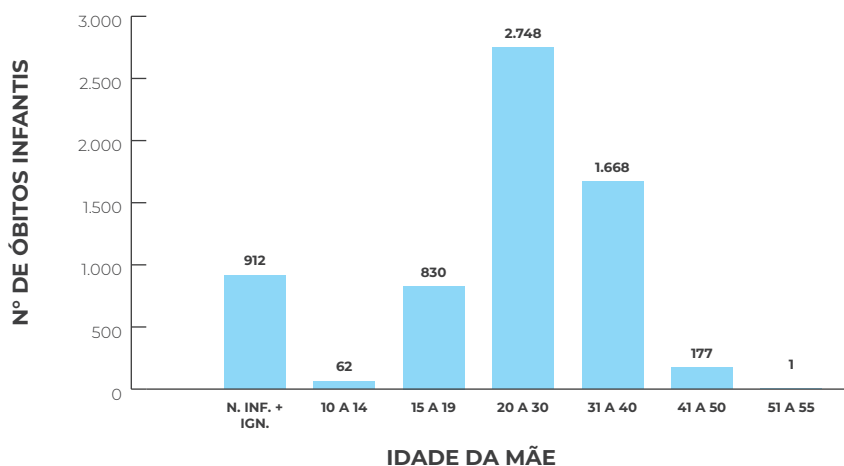
Gráfico 27 - Número de Óbitos Infantis (<1 ano) em relação ao peso ao nascer, de residentes em Salvador-BA, 2009–2019*.



Fonte: SMS/SIM/SINASC. Acesso em: 22 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

Em relação à idade da mãe, 14% (n = 892) dos óbitos infantis ocorreram entre mães adolescentes e 29% (n = 1.846) deles entre mães com mais de 31 anos (Gráfico 28).

Gráfico 28 - Números de óbitos infantis em relação à idade da mãe, Salvador-BA, 2009–2019*.



Fonte: SMS/SIM. Acesso em: 28 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

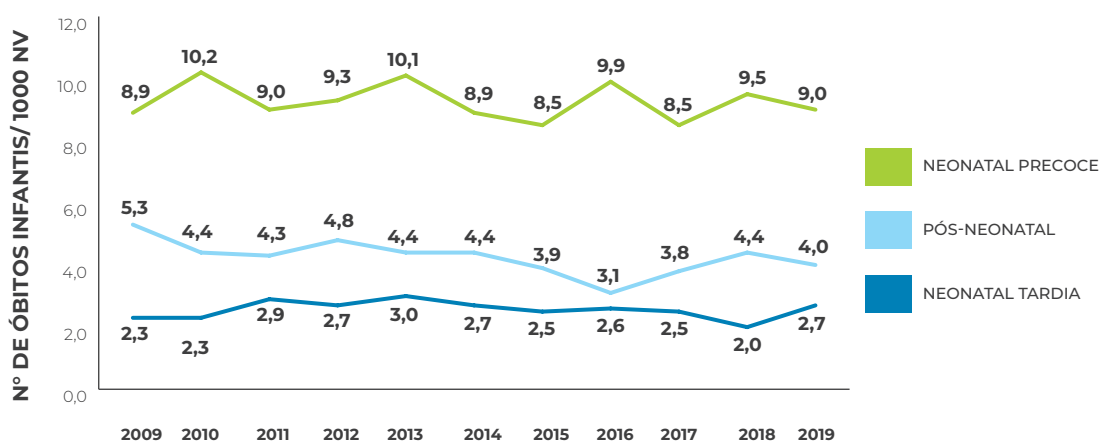
Gonçalves *et al.* (2015), ao discutirem a mortalidade neonatal em Salvador, abordam a tendência de redução de nascidos vivos de mães adolescentes e o aumento de nascimentos de crianças prematuras de mães com idade igual ou superior a 35 anos e de partos cesáreos.

A mortalidade neonatal, óbitos que ocorrem no período de 0 a 27 dias de vida, representa atualmente, em diversas regiões do mundo, a maior parcela dentre os óbitos infantis. No Brasil, a partir de 1987, a mortalidade neonatal ultrapassou a pós-neonatal (óbitos de 28 dias a menores de 1 ano) na maior parte das capitais do país (COSTA *et al.*, 2003).

Conforme já analisado em estudos anteriores (NASCIMENTO *et al.*, 2012), o risco da mortalidade neonatal está associado à várias características maternas, do recém-nascido e principalmente a qualidade assistencial do pré-natal e parto. Já no caso da mortalidade pós-neonatal, fatores socioeconômicos, saneamento básico e acesso aos serviços de saúde possuem uma maior influência na ocorrência dos óbitos.

Em Salvador, a taxa de mortalidade neonatal, entre os anos de 2009 e 2019, foi de 11,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos, enquanto que a mortalidade pós neonatal foi de 4,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos. A taxa de mortalidade pós-neonatal foi a que apresentou maior tendência de queda no período analisado, sendo também observado um discreto aumento da taxa de mortalidade neonatal tardia. (Gráfico 29).

Gráfico 29 - Série histórica das taxas de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal. Salvador-BA, 2009–2019*.



Fonte. SMS/SIM/SINASC. Acesso em: 23 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

No comparativo entre os DS, o DS Liberdade apresentou a maior taxa de mortalidade dentre todos os distritos no componente neonatal precoce (12/1000 NV), enquanto o Distrito de Itapagipe obteve o maior valor na mortalidade neonatal tardia (3,6/1000 NV). Ao se tratar do período pós-neonatal, o Distrito de São Caetano/Valéria foi aquele que apresentou a maior taxa na média da série histórica (5/1000 NV) - (Tabela 28).

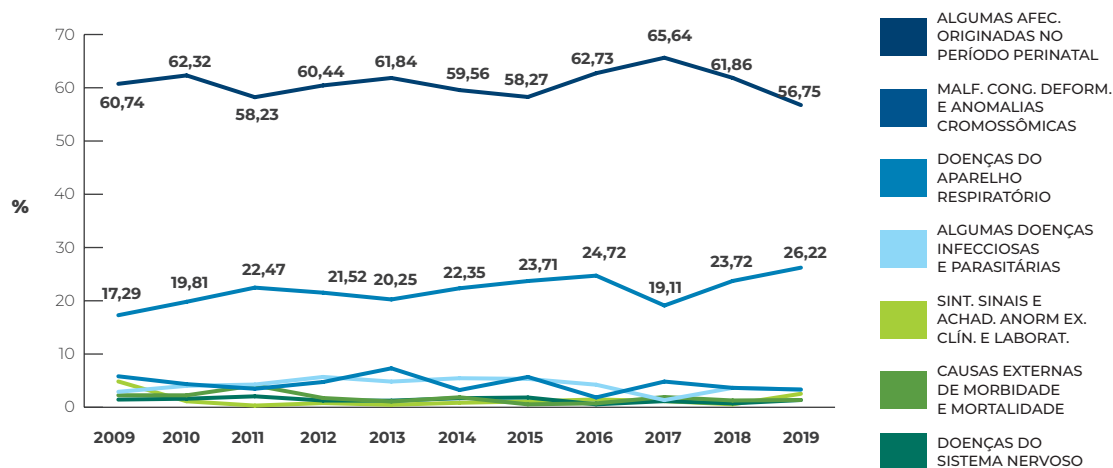
Tabela 28 - Taxa de Mortalidade Infantil (< 1ano) e seus componentes por Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2009-2019.

Distrito Sanitário	Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 NV)			
	Neonatal precoce	Neonatal tardia	Pós-neonatal	TMI
SALVADOR	9,2	2,6	4,3	16,2
Centro Histórico	8	2,3	4,6	15,1
Itapagipe	9,2	3,6	4,8	17,6
São Caetano/Valéria	10	2,8	5,0	17,8
Liberdade	12,0	2,6	4,7	19,3
Brotas	9,4	2,4	3,6	15,4
Barra/Rio Vermelho	7,9	2,1	3,0	13,0
Boca do Rio	5,8	1,9	3,3	11,0
Itapuã	7,4	2,0	3,8	13,2
Cabula/Beiru	9,5	2,5	4,2	16,2
Pau da Lima	7,7	2,5	4,7	14,9
Subúrbio Ferroviário	11,6	2,6	4,5	18,7
Cajazeiras	7,9	3,4	4,7	16,0
Ignorado	12,3	3,5	5,5	23,4

Fonte: SIM/SINASC. Acesso em: 23 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

O Gráfico 30 demonstra que, dentre os óbitos de até 1 ano de idade, as causas com os maiores números de óbitos foram aquelas descritas nos capítulos XVI (algumas afecções originadas no período perinatal) e XVII (malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas). O predomínio de mortes infantis relativas às afecções originadas no período perinatal (Capítulo XVI) encontra situação similar em diversos países do mundo e também em outros municípios do Brasil (Unicef, 2013). Esta realidade demonstra a necessidade da melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Gráfico 30 - Mortalidade infantil proporcional pelas principais causas de morte por capítulo da CID-10, em residentes em Salvador-BA, 2009-2019*.



Fonte: SIM. Acesso em: 28 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

Um olhar mais cuidadoso sobre esses capítulos, revela que a prematuridade, infecções específicas no período perinatal e anomalias congênitas do coração e circulação estão entre as causas específicas responsáveis pelo maior número de óbitos infantis. Destaca-se ainda, que os agravos relacionados à hipóxia/anóxia intrauterina, à doença da membrana hialina e afecções respiratórias do recém-nascido também apresentaram altos valores de mortalidade nessa faixa etária (Tabelas 29 e 30).

Tabela 29 - N° de óbitos infantis (<1 ano) por causas originadas no período perinatal (CAP XVI da CID-10). Salvador-BA, 2009–2019*.

Causas Determinantes (CAP. XVI)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Prematuridade	89	91	72	92	82	77	65	77	60	70	47	822
Hipóxia intrauterina/asfixia nascer	39	40	38	25	38	23	19	30	26	24	19	321
D. membrana hialina	37	38	34	33	32	27	22	19	31	25	18	316
Afec. respiratórias RN	28	37	28	45	38	30	28	27	31	41	37	370
Infecções espec. período perinatal	71	62	67	57	59	59	50	50	61	38	44	618
Demais causas perinatais	112	119	129	130	148	133	133	138	131	138	126	1437
Total	376	387	368	382	397	349	317	341	340	336	291	3884

Fonte: SMS/SIM. Acesso em: 28 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

Tabela 30 - Número de óbitos infantis (< 1 ano) por causas relacionadas às malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas (CAP XVII da CID-10). Salvador-BA, 2009–2019*.

Causas Determinantes (CAP. XVII)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Anomalias congênicas do sistema nervoso	23	18	23	11	15	17	17	18	15	10	8	175
Anomalia congênicas do coração e circulação	48	45	58	59	52	49	54	56	40	56	58	575
Anomalias congênicas do aparelho digestivo	5	6	3	13	7	13	8	3	2	4	10	74
Demais anomalias congênicas	31	54	58	53	56	52	50	56	42	59	57	568
Total	107	123	142	136	130	131	129	133	99	129	133	1392

Fonte: SMS/SIM. Acesso em: 28 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

Analisando as maiores frequências de óbitos dos componentes Neonatal Precoce, Neonatal Tardio e Pós-neonatal, observa-se que as afecções geradas no período perinatal (n = 2.983) são as principais causas de mortalidade do período neonatal precoce. No neonatal tardio, a principal causa de mortalidade são as septicemias bacterianas (n = 236) e, no período pós-neonatal, são pneumonia por microorganismo não especificado (n = 140) e outras septicemias (n = 128).

Dentre os casos investigados e analisados pela vigilância do óbito (n = 1026), 70,7% foram considerados evitáveis, 20,2% foram definidos como não evitáveis e 9,1% foram avaliados como inconclusivos (Tabela 31).

Tabela 31 – Número de óbitos infantis analisados (< 1 ano) por critério de Evitabilidade - Salvador-BA, 2009–2019*.

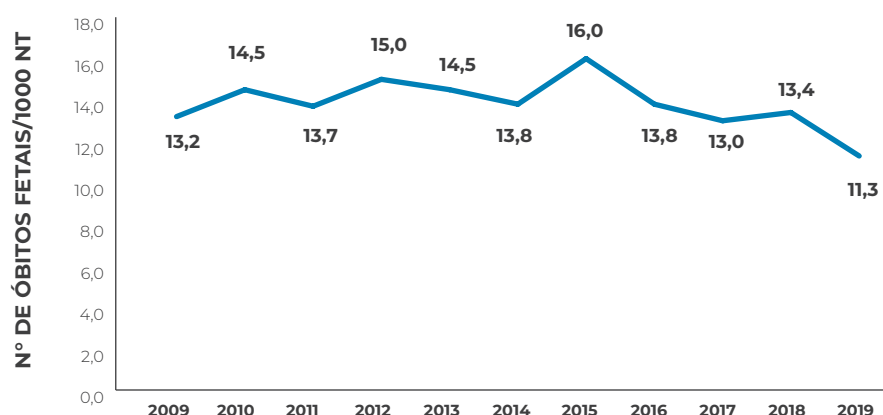
EVITABILIDADE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Evitáveis	9	49	65	52	87	65	51	56	89	101	101	725
Não evitáveis	7	8	1	2	11	26	33	34	25	31	30	208
Inconclusivo	1	2	2	7	8	14	6	12	12	13	16	93

Fonte: SMS/SIM. Dados acessados em: 28 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

Um dos indicadores de qualidade da assistência prestada à gestante e ao parto é a Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) representada pelo número de óbitos fetais ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação ou 154 dias, com fetos com peso igual ou superior a 500 g ou estatura a partir de 25 cm por mil nascimentos totais na população residente em um determinado espaço geográfico e ano (BRASIL, 2009). Em 2014, foi lançado o Plano de Ação para Recém-Nascidos, sendo projetada uma TMF de 12 ou menos óbitos fetais por 1.000 nascimentos em todos os países até 2030 (BARROS, AQUINO E SOUZA, 2019).

A mortalidade fetal ainda é objeto de poucos estudos no país, sendo, muitas vezes, invisível na construção de análises mais abrangentes para compreensão desse evento. O fato de não compor o objetivo 3.2 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável acaba por reforçar ainda mais essa tendência. Em Salvador, a taxa de mortalidade fetal entre os anos de 2009 e 2019 foi de 13,9 óbitos fetais por 1000 nascimentos totais (NT). O ano de 2015 foi o que apresentou uma maior taxa de mortalidade e 2019 o menor valor, porém cabe ressaltar que os dados de 2019 ainda estão sujeitos às correções no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) após investigações locais (Gráfico 31).

Gráfico 31 - Série Histórica da taxa de mortalidade fetal em Salvador-BA, 2009–2019*.

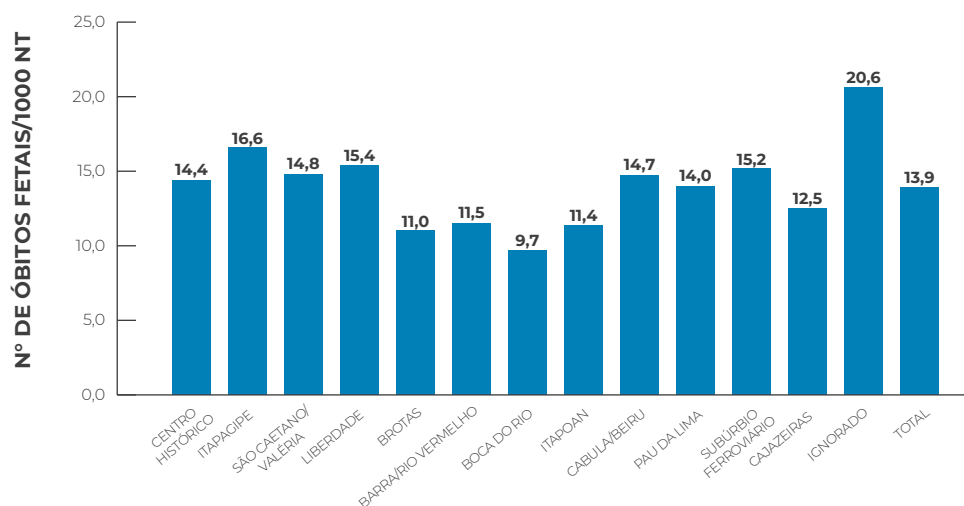


Fonte: SMS/SIM/SINASC. Acesso em: 23 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

Ao comparar as taxas entre os Distritos, o DS Boca do Rio apresentou a menor taxa de óbitos fetais, mesmo comportamento observado em relação às taxas de mortalidade infantil. Entretanto, os DS de Itapagipe (16,6/1000 NT), Liberdade (15,4/1000 NT) e Subúrbio

Ferroviário (15,2/1000 NT) foram os que apresentaram as maiores taxas para o período analisado (Gráfico 32).

Gráfico 32 - Taxa de mortalidade fetal por Distrito Sanitário - Salvador-BA, 2009-2019.



Fonte: SMS/SIM/SINASC. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

Em relação às causas de mortalidade fetal, as mais frequentes observadas foram: hipóxia intrauterina (2388) e demais causas perinatais como afecções maternas não obrigatoriamente relacionadas à gravidez (997) e complicações de placenta, cordão umbilical ou membranas (875) - (Tabela 32).

Tabela 32 – Número de óbitos fetais por causas determinadas - Salvador-BA, 2009-2009.

Causas Determinantes	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Prematuridade	1	3	4	9	2	6	5	8	9	6	4	57
Hipóxia intrauterina/asfixia nascer	221	233	231	266	241	205	255	212	202	181	141	2388
Afec. respiratórias RN	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
Infecções espec. período perinatal	1	1	8	1	2	0	0	2	1	1	2	19
Demais causas perinatais	262	277	264	269	273	262	281	225	211	243	199	2766
Anom congênicas sist. nervoso	3	8	1	6	4	3	6	10	4	5	0	50
Anom congênicas coração e circ.	0	4	1	4	1	5	7	3	2	3	6	36
Demais anomalias congênicas	7	9	10	11	10	24	25	12	20	20	18	166
Mal definidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Demais causas de morte	0	0	0	0	1	7	17	17	9	9	3	63
Total	497	535	519	566	534	512	596	489	459	468	374	5549

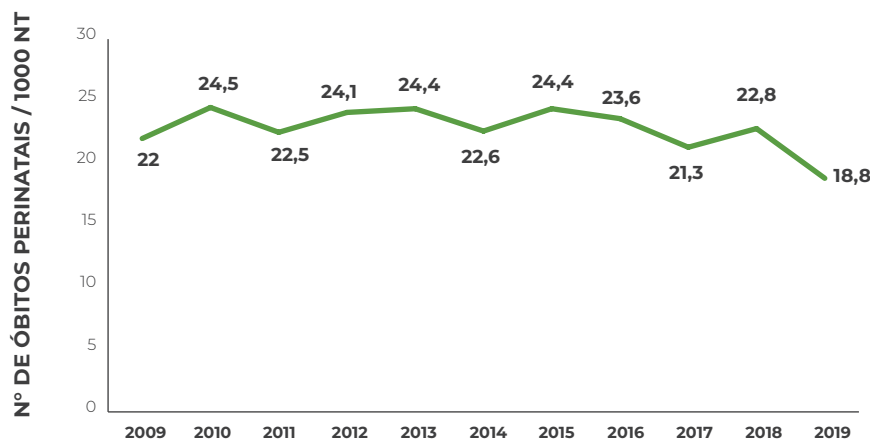
Fonte: SMS/SIM. Acesso em: 28 de outubro de 2020. *Dados Preliminares.

A Taxa de Mortalidade Perinatal⁵ (TMP) em Salvador entre os anos de 2009 e 2019 foi de 23 óbitos perinatais por 1000 nascimentos totais. Assim como em todo o mundo,

⁵ O período perinatal se inicia em 22 semanas gestacionais completas e termina aos sete dias após o nascimento. A taxa de mortalidade é calculada a partir do número de óbitos ocorridos neste período por mil nascimentos totais (nascidos vivos mais óbitos fetais).

o componente fetal predomina sobre o neonatal precoce, sendo que ambos partilham de causas vulneráveis às ações de prevenção no planejamento reprodutivo, atenção ao pré-natal e assistência ao parto.

Gráfico 33 - Série Histórica da Taxa de Mortalidade Perinatal - Salvador-BA, 2009-2019.



Fonte: SMS/SIM/SINASC. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

A série histórica (Gráfico 33) evidencia TMP oscilando entre 18,8 e 24,5 óbitos perinatais por 1000 nascimentos totais. Assim, como já descrito quanto aos óbitos fetais, o ano de 2019 ainda expressa dados sujeitos a correções posteriores.

A análise da mortalidade infantil, fetal e perinatal demonstrou que os óbitos fetais e neonatais se destacam em nível de magnitude de mortalidade, sendo estes estreitamente associados à fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto. O fortalecimento do cuidado integral na rede de atenção perinatal abrange desde a captação precoce para primeira consulta e capacitação dos profissionais para avaliação por classificação de risco no pré-natal, até a assistência hospitalar adequada para o parto, cuidados especiais ao prematuro e reanimação neonatal.

O componente pós-neonatal, apesar de apresentar valores menos expressivos quando comparados aos neonatais, revela as iniquidades territoriais vivenciadas na cidade e distribuídas nos distintos distritos sanitários. A elevada incompletude na variável de raça/cor e escolaridade da mãe merece maior atenção por parte dos profissionais e gestores de serviços de saúde, já que essas são variáveis fundamentais para o estudo das desigualdades sociais em saúde.

Assim sendo, é essencial reafirmar a importância das políticas públicas sociais e de saúde voltadas para a melhoria das condições de vida e maior qualificação dos serviços de atenção à saúde materno-infantil com intuito prevenir os óbitos potencialmente evitáveis e intensificar o declínio das taxas de mortalidade infantil e fetal.

2.3.4. Perfil de Morbidade

2.3.4.1. Doenças e agravos não transmissíveis

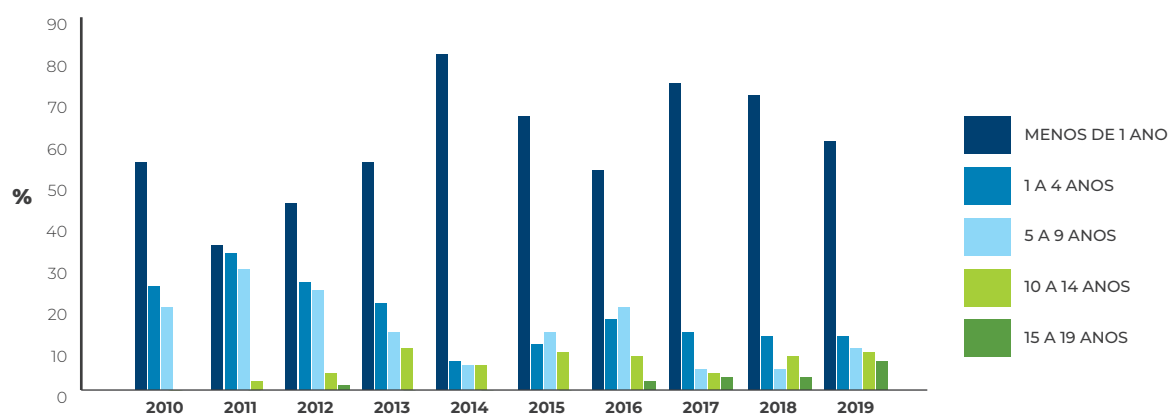
2.3.4.1.1. Doença Falciforme

A Doença Falciforme (DF) é genética e hereditária, caracterizada pela presença da hemoglobina S em homozigose HbSS, em heterozigose HbSC, HbSD e HbSE e em interação com a talassemia beta. (BRASIL, 2017) De acordo com a literatura, a hemoglobina S serve como uma barreira natural para a infecção das hemácias pelo Plasmodium spp., protozoário causador da malária. Estima-se que nasçam cerca de 500 mil crianças com a DF por ano no continente africano. (BRASIL, 2015)

No Brasil, é possível identificar pessoas com a doença DF através da triagem neonatal (teste do pezinho) desde 2001. Em Salvador, a DF entrou no elenco das doenças de notificação compulsória em 2009 e o estado da Bahia fez esta inserção em 2017. No período de 2009 a 2019, foram notificadas 1.235 pessoas com doença falciforme residente em Salvador, na faixa etária de 0 a 19 anos.

Destaca-se o maior percentual de registros, para faixa etária menor que 1 ano, em dez anos da série histórica, e nos anos de 2014 (81%), 2017 (74%) e 2018 (71%), o percentual desta faixa etária, foi maior que 70% (Gráfico 34). O diagnóstico realizado durante a triagem neonatal é o ideal, pois possibilita o cuidado precoce à saúde, permitindo melhor qualidade de vida às pessoas com DF. Entretanto, observa-se um diagnóstico tardio, com registros de notificações em outras faixas etárias.

Gráfico 34 - Proporção de notificações de residentes em Salvador com doença falciforme na faixa etária de 0 a 19 anos - Salvador-BA, 2009–2019.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Menor de 1 ano	25	55	35	45	55	81	66	53	74	71	60
1 a 4 anos	40	25	33	26	21	7	11	17	14	13	13
5 a 9 anos	35	20	29	24	14	6	14	20	5	5	10
10 a 14 anos	0	0	2	4	10	6	9	8	4	8	9
15 a 19 anos	0	0	0	1	0	0	0	2	3	3	7

Fonte: Sinan. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

Estratificando por sexo, observa-se que os maiores registros de notificação de pessoas residentes em Salvador com DF, ocorreram para o sexo masculino, com exceção dos anos 2013 e 2015 (Gráfico 35).

Gráfico 35 - Notificações de pessoas com doença falciforme na faixa etária 0 a 19 anos segundo sexo. Salvador-BA, 2009 a 2019.

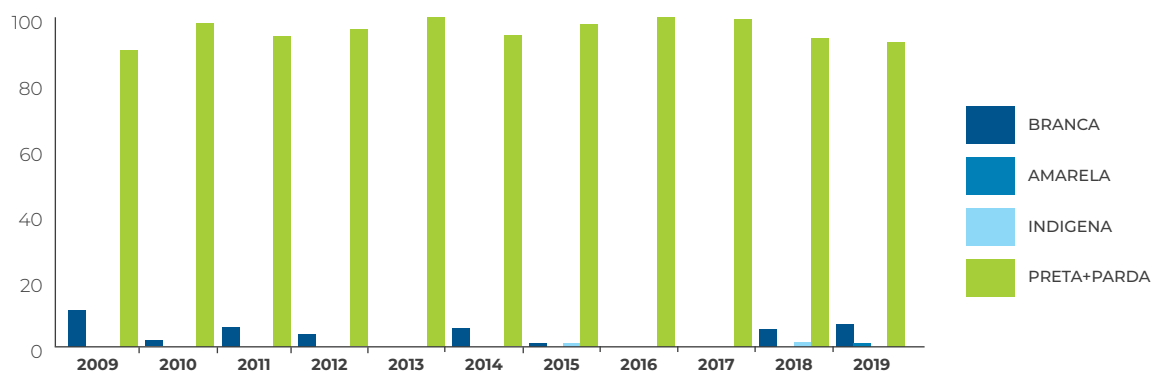


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Masculino	13	60	27	38	39	134	49	35	105	69	90
Feminino	6	53	21	36	41	97	72	24	75	63	84

Fonte: Sinan. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

A doença falciforme apresenta maior prevalência para a população negra (BRASIL, 2017-a), esta segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é a junção da raça/cor preta e parda. (BRASIL, 2017-b). Em todos os anos, mais de 90% das notificações que apresentaram este campo preenchido (excluindo ignorado e branco), foram referidas à população negra (Gráfico 36).

Gráfico 36 - Percentual de notificação de pessoas com doença falciforme na faixa etária 0 a 19 anos segundo raça/cor, Salvador-BA, 2009-2019.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Branca	11,1	1,8	5,9	3,8	0	5,6	1,1	0	0	5,3	6,9
Amarela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Indígena	0	0	0	0	0	0	1,1	0	0	1,3	0
Preta + Parda	90,0	98,2	94,1	96,2	100	94,4	97,8	100	99,3	93,5	92,3

Fonte: Sinan. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

Ao avaliar a distribuição das notificações de pessoas com DF por Distrito Sanitário (DS) de residência, o DS Subúrbio Ferroviário apresentou o maior percentual de notificação em 2011 (25%), 2013 (17,9%), 2014 (20,9%), 2015 (18,3%), 2016 (17,5%) e 2018 (20%), sendo o DS com o maior número de registros de notificação ao longo da série histórica (Tabela 33).

Tabela 33 - Distribuição das notificações por Distrito Sanitário de Residência. Salvador-BA, 2009-2019.

Distrito Sanitário de Residência	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centro Histórico	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	1,4	1	1,3	1	0,4	5	4,2	2	3,5	8	4,6	3	2,3	3	1,7
Itapagipe	0	0,0	5	4,3	2	4,2	3	4,2	4	5,1	14	6,1	7	5,8	5	8,8	7	4,0	10	7,7	12	7,0
São Caetano	4	21,1	3	2,6	1	2,1	6	8,5	6	7,7	24	10,4	14	11,7	3	5,3	9	5,1	7	5,4	12	7,0
Liberdade	0	0,0	10	8,6	1	2,1	6	8,5	8	10,3	19	8,3	3	2,5	6	10,5	13	7,4	5	3,8	2	1,2
Brotas	0	0,0	7	6,0	3	6,3	3	4,2	9	11,5	10	4,3	7	5,8	2	3,5	8	4,6	10	7,7	12	7,0
Barra	4	21,1	9	7,8	3	6,3	4	5,6	5	6,4	15	6,5	7	5,8	3	5,3	31	17,7	7	5,4	18	10,5
Boca do Rio	4	21,1	6	5,2	6	12,5	3	4,2	3	3,8	10	4,3	7	5,8	6	10,5	13	7,4	8	6,2	9	5,2
Itapoan	2	10,5	5	4,3	4	8,3	5	7,0	8	10,3	9	3,9	13	10,8	8	14,0	19	10,9	10	7,7	17	9,9
Cabula	3	15,0	16	13,8	12	25,0	19	26,8	8	10,3	34	14,8	16	13,3	10	17,5	24	13,7	21	16,2	31	18,0
Pau da Lima	1	5,3	32	27,6	0	0,0	9	12,7	8	10,3	27	11,7	11	9,2	2	3,5	16	9,1	20	15,4	20	11,6
Subúrbio Ferroviário	0	0,0	14	12,1	12	25,0	7	9,9	14	17,9	48	20,9	22	18,3	10	17,5	22	12,6	26	20,0	26	15,1
Cajazeiras	1	5,3	2	1,7	0	0,0	3	4,2	3	3,9	15	6,5	8	6,7	2	3,5	10	5,7	5	3,8	10	5,8
TOTAL	19		110		44		69		77		226		120		59		180		132		172	

Fonte: Sinan. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

Para garantir a atenção integral às pessoas com falciforme, a Secretaria Municipal de Saúde implantou, em 2013, o primeiro Ambulatório Municipal Especializado de Hepatites Virais e Doença Falciforme, que funciona no Multicentro Carlos Gomes, localizado no Distrito Sanitário Centro Histórico. Em 2014 foi inaugurado o segundo Ambulatório Especializado em Doença Falciforme, que funciona no Multicentro Vale das Pedrinhas (DS Barra/Rio Vermelho). Os dois ambulatórios possuem equipe multiprofissional, composta por médico hematologista adulto e pediátrico, enfermeira, assistente social, nutricionista e psicóloga.

No período de 2014-2019 foram realizados 3.620 atendimentos médicos com hematologista adulto e pediátrico, no Multicentro Carlos Gomes, destes 2.442 foram apenas do atendimento pediátrico. Já no Multicentro Vale das Pedrinhas, foram realizados 4.710

atendimentos com hematologista, destes 2.121 foram pediátricos. No entanto, não é possível especificar se os mesmos foram exclusivamente em decorrência da Doença Falciforme. A SMS realiza a contratação de serviços de Doppler Transcraniano⁶ a fim de garantir o atendimento das crianças e adolescentes referenciadas pelos Ambulatórios Especializados. No ano de 2020, o município realizou 203 exames de Ecodoppler Transcraniano e, em 2019, 290 exames.

Além dos Ambulatórios Especializados em Doença Falciforme, as Unidades de Pronto Atendimento são acessadas com frequência pelas crianças e adolescentes, bem como demais portadores da Doença Falciforme. A Doença Falciforme desencadeia crises algícas nos usuários, ocasionando a necessidade de atendimento em serviço de urgência com regularidade que depende de cada indivíduo e, quando necessário, encaminhamento para internação hospitalar. A utilização da escala de dor nos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (UPA/PA) é um dos projetos essenciais para o alcance do atendimento humanizado, a partir de uma classificação adequada nas situações de crise algíca. A dor exige dos profissionais um olhar multidimensional, levando-se em conta aspectos emocionais, espirituais, físicos e sociais. Aplicada a uma modalidade de atendimento, tal perspectiva pressupõe que estejam abertos a compreender o fenômeno doloroso para além dos aspectos físicos, se não houver melhora da dor após essa abordagem inicial, o usuário deve ser internado para intensificação do tratamento.

O diagnóstico da doença falciforme ocorre na APS, seja o diagnóstico precoce que é fundamental, através da Triagem Neonatal, como o diagnóstico tardio pelo exame de Eletroforese de Hemoglobina realizado nas unidades com coleta de laboratório. Infelizmente, a realização do Teste do Pezinho fora do período preconizado pode atrasar o diagnóstico da DF e desencadear nas crianças crises com consequências graves. Desde 2014, o Programa de Atenção à Pessoa com Doença Falciforme (PAPDF) realiza capacitações para os profissionais da APS, em parceria com os Distritos Sanitários, para que todas as unidades de saúde estejam habilitadas para o atendimento das pessoas com a DF. Atualmente, 11 Distritos Sanitários foram capacitados, e apenas o DS Subúrbio Ferroviário permanece com atendimento centralizado.

O objetivo da descentralização do atendimento é que as pessoas com a doença tenham acesso aos serviços mais próximos da sua residência. Aproximadamente, 80% dos usuários com DF podem ter um acompanhamento efetivo na APS, mantendo sempre a relação consistente com o serviço da Atenção Especializada, onde receberão atenção do hematologista e outros especialistas necessários (BRASIL, 2015). As crianças e adolescentes podem ser acompanhados dentro da rotina da APS, considerando as especificidades de cada período do desenvolvimento. No nível da Atenção Primária também é prestado

6 A Portaria nº 473 de 26 de abril de 2013 e o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas da Doença Falciforme (2018) recomendam a realização do Doppler Transcraniano (DTC) como prevenção primária ao acidente vascular encefálico (AVE) em pessoas com DF em idade entre 2 e 16 anos de idade.

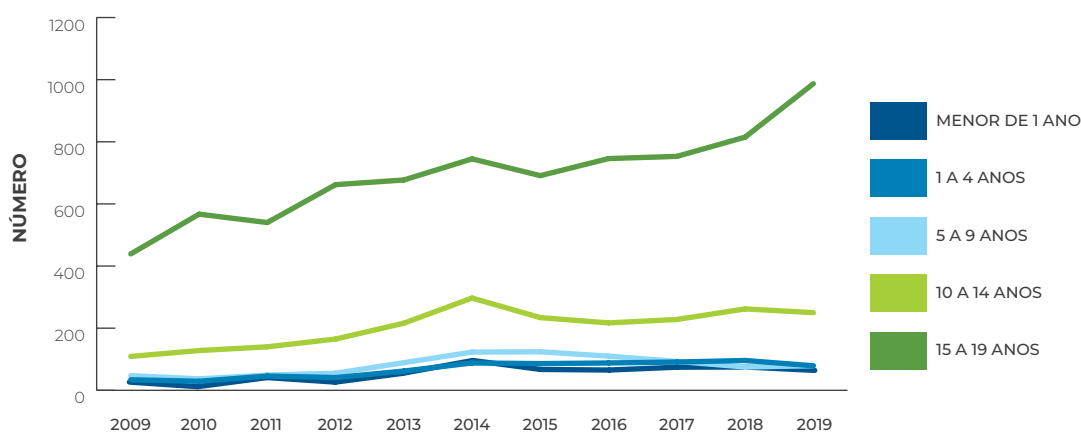
apoio às famílias e instruído sobre a importância do autocuidado que será decisivo na prevenção das intercorrências e na promoção da saúde.

2.3.4.1.2. Violência Física e/ou Psicológica

A violência é reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos. O cenário ainda é mais perverso para crianças e adolescentes, sobretudo para os primeiros cujas capacidade de defesa, de identificação e de expressão dos atos violentos estão limitadas em função de sua idade. A Organização Mundial da Saúde (OMS), para fins de notificação, define violência 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” (OMS, 2002). A notificação da violência e sua análise permite que os casos de violência saiam da invisibilidade revelando sua gravidade, magnitude, perfil da vítima e do agressor, tipologia da violência, dentro outros aspectos. Considerando as características dos eventos violentos e suas determinações o seu enfrentamento só será possível com o envolvimento de diversos setores, como educação, assistência social, segurança pública e justiça.

No período em análise (2009-2019) foram notificados 12.110 casos de Violência Interpessoal e Autoprovocada contra crianças (2.242) e adolescentes (9.868). Observa-se uma tendência de crescimento em todas as faixas etárias específicas até o ano de 2014, a partir deste ano houve pouca variação, a exceção da faixa etária de 10 a 14 anos que volta a se elevar em 2018 e a de jovens de 15 a 19 anos que mantém a tendência de elevação. Houve incremento de 93,1% nas notificações de crianças, passando de 116 em 2009 para 224 em 2019 e nos adolescentes, o incremento foi de 125,7% passando de 548 para 1.237 no mesmo período (Gráfico 37).

Gráfico 37 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada por faixa etária específica (infância e adolescência)* de residentes em Salvador-BA, 2009–2019.

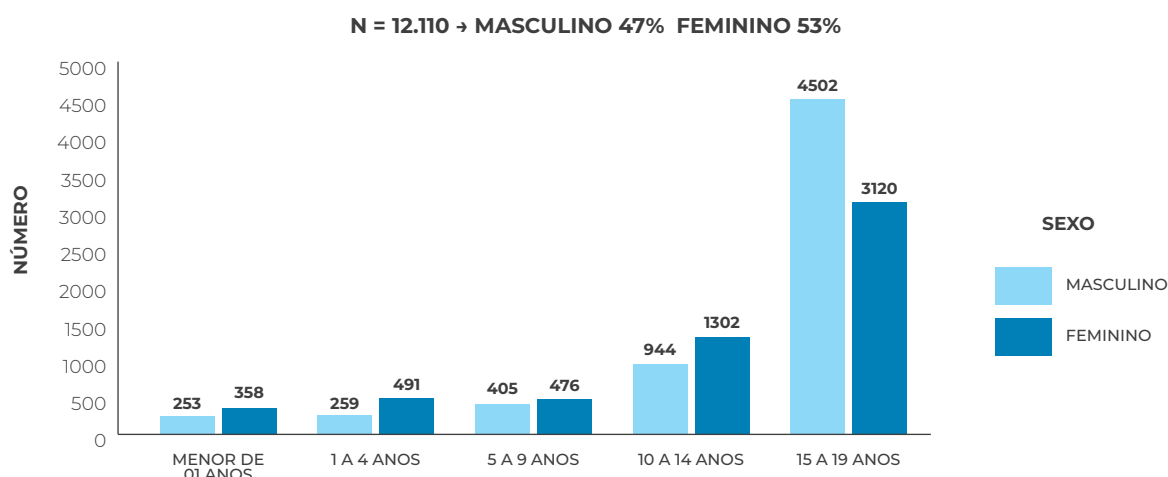


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Menor de 1 ano	35	18	48	32	53	95	76	56	62	70	66
1 a 4 anos	34	29	46	41	62	88	96	88	91	96	79
5 a 9 anos	47	37	49	55	89	123	124	110	93	75	79
10 a 14 anos	109	128	140	165	216	297	234	217	228	262	250
15 a 19 anos	439	567	540	662	677	745	691	746	753	815	987

Fonte: SinanNet/SUIS/SMS.*Infância (menores de 1 ano aos 9 anos); adolescência (10 a 19 anos). Acesso em: 20 de outubro de 2020.

Em relação ao sexo, os eventos violentos foram mais frequentes entre crianças e adolescentes do sexo feminino com 53% do total de casos (12.110). A análise por faixa etária específica demonstra que dos 15 a 19 anos há uma inversão, com o sexo masculino aparecendo em maior número com 4.502 (Gráfico 38).

Gráfico 38 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada por faixa etária específica (infância e adolescência)* de residentes em Salvador-BA, de acordo com o sexo, 2009–2019.



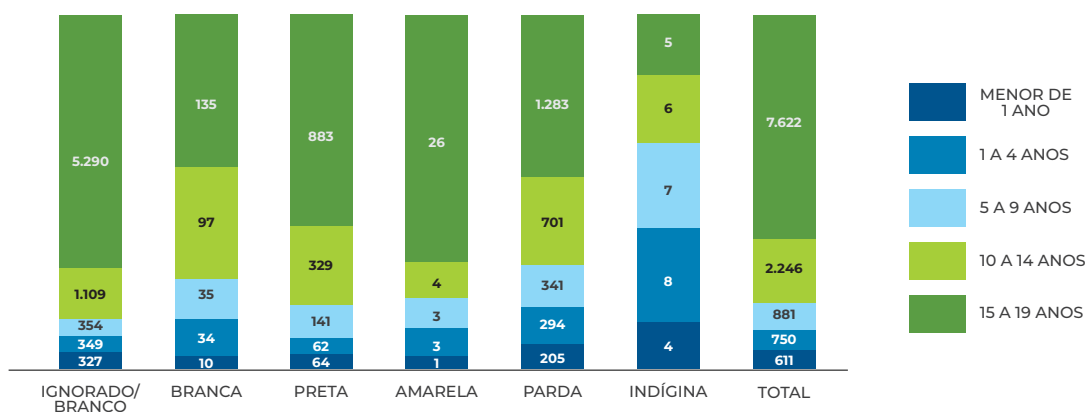
Fonte: SinanNet/SUIS/SMS.*Infância (menores de 1 ano a 09 anos); adolescência (10 a 19 anos). Acesso em: 20 de outubro de 2020.

A relação da dimensão raça/cor é considerada central quando se discute violência e saúde da população de Salvador. A informação desta variável na ficha de notificação de violência e sua correlação com outras variáveis ajuda a revelar diversas desigualdades que se traduzem em diferenças na expectativa de vida, no acesso oportuno à saúde e informação, na educação, dentre outros, dando argumentos e embasamento para a construção de políticas públicas de enfrentamento deste agravo e para o cuidado das vítimas, em especial das que estão em condição de maior vulnerabilidade.

Considerando ambos os sexos, identifica-se que, para todas as faixas etárias, a maior proporção das notificações (excluídos brancos e ignorados) corresponde à raça parda com 60,3% (2.824), seguida da preta com 31,5% (1.479), branca 6,6% (311) enquanto as

categorias amarela e indígena representam 0,5% (67) das notificações. A raça negra (preta e parda/IBGE) representa 92% (4.303) do total de notificações de violência (Gráfico 39).

Gráfico 39 - Número de casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada por faixa etária específica (infância e adolescência)* de residentes Salvador-BA, de acordo com a raça/cor, 2009–2019.



Fonte: SinanNet/SUIS/SMS. *Infância (menores de 1 ano a 9 anos), adolescência (10 a 19 anos). Acesso em: 20 de outubro de 2020.

Cabe pontuar o número de casos com informações não válidas (ignorados e brancos) constituiu 61,3%, (7.429) do total (12.110), condição que exige esforços para melhorar o preenchimento deste quesito e consequentemente possibilitar a análise mais representativa da violência segundo a raça/cor, também, responder de forma positiva às Portarias do Ministério da Saúde nº 344 de 01/02/2017 que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde e a de nº 1.320 de 30/05/2018 que revisa o indicador do Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde (PQAVS).

Considerando a escolaridade de crianças constatou-se que para faixa etária específica de 5 a 9 anos a maioria das vítimas, excluídos os não se aplica (315) e ignorados (316), tinham uma escolaridade entre 1ª a 4ª séries incompletas do ensino fundamental (198), seguidas das de 4ª série completa do ensino fundamental e 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental (EF) ambas com 23 notificações. Quanto aos adolescentes a escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta do EF apareceu em maioria com 1.099, seguido do ensino médio incompleto com 587. O analfabetismo esteve presente entre os adolescentes em 17 casos. Atenção deve ser dada ao número de casos com escolaridade ignorada para adolescentes que chegou a 7.370 o que correspondeu a 63,4% nessa faixa etária (Quadro 01).

Quadro 01 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada por faixa etária específica (infância e adolescência)* de residentes em Salvador de acordo com a escolaridade, Salvador-BA - 2009–2019.

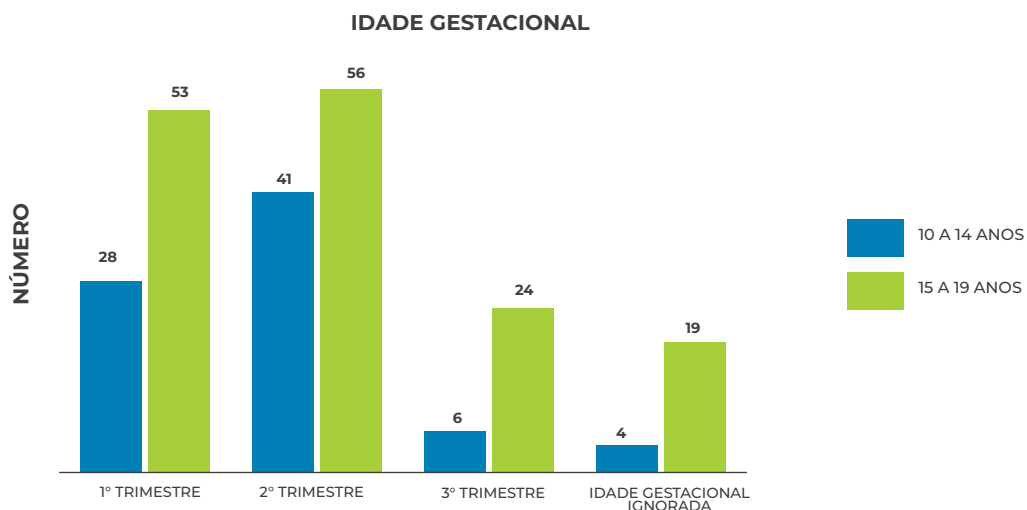
Escolaridade	Faixa etária específica (criança e adolescente)				
	menor de 01 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos
Ignorado/Branco	1	7	316	1.369	6.001
Analfabeto	0	0	6	4	13
1ª a 4ª série incompleta do EF	0	0	198	131	91
4ª série completa do EF	0	0	23	64	114
5ª a 8ª série incompleta do EF	0	0	23	541	558
Ensino Fundamental Completo	0	0	0	49	160
Ensino Médio Incompleto	0	0	0	76	511
Ensino Médio Completo	0	0	0	11	132
Educação Superior Incompleta	0	0	0	0	34
Educação Superior Completa	0	0	0	1	5
Não se aplica	610	743	315	0	3
TOTAL	611	750	881	2.246	7.622

Fonte: SinanNet/SUIS/SMS. *Infância (menores de 1 ano a 9 anos), adolescência (10 a 19 anos). Acesso em: 20 de outubro de 2020.

A violência em gestantes deve ser analisada considerando duas vítimas, a gestante e o feto. O evento violento, seja ele crônico ou não, se constitui fator de risco para a saúde do binômio gestante e feto, podendo comprometer a procura e o acompanhamento ao pré-natal, o tratamento de doenças, o desenvolvimento do feto, levar a partos prematuros, entre outros.

Do total de 10.364 vítimas adolescentes 2,2% (231) estavam grávidas, destas a maior parte (152) pertencia a faixa etária específica de 15 a 19 anos. Quanto ao trimestre da gravidez, a maior proporção 42% (97) das vítimas estavam no segundo trimestre de gestação para ambas as faixas etárias específicas, seguida pelas de primeiro e terceiro semestre com 35% (81) e 13% (30) respectivamente (Gráfico 43). É importante pontuar de notificações com preenchimento deste campo com a informação de gestação ignorada, perfazendo 22% e 25% para as faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos respectivamente, o que compromete a análise (Gráfico 40).

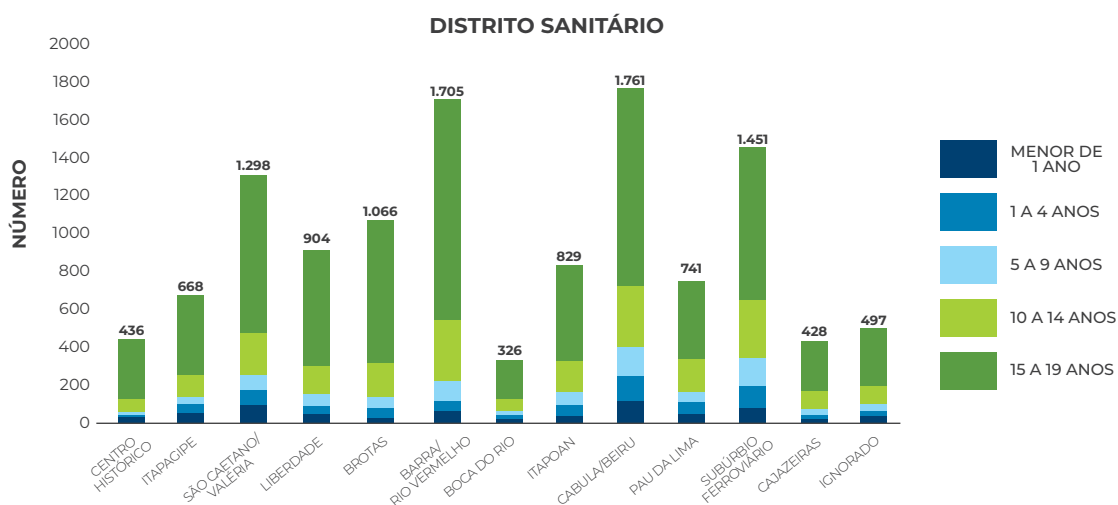
Gráfico 40 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada de adolescentes grávidas segundo o período gestacional de residentes em Salvador-BA - 2009-2019.



Fonte: SinanNet/SUIS/SMS. *Infância (menores de 1 ano a 09 anos), adolescência (10 a 19 anos). Acesso em: 20 de outubro de 2020.

Quanto às notificações de violência por Distrito Sanitário (DS) de residência, considerando a soma de todas as faixas etárias, quatro DS apresentaram os maiores números, DS Cabula/Beiru, Barra/Rio Vermelho, Subúrbio Ferroviário e São Caetano/Valéria e representaram 51,3% (6.215) das notificações. O DS Boca do Rio registrou o menor número de notificações (326). Os outros sete DS somados perfizeram 42% (5.072) - (Gráfico 41).

Gráfico 41 - Número de casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada segundo faixa etária específica (infância e adolescência)* Distrito Sanitário de residência - Salvador-BA, 2009-2019.



Fonte: SinaNet/SUIS/SMS. *Infância (menores de 1 ano a 09 anos), adolescência (10 a 19 anos). Acesso em: 20 de outubro de 2020. **Excluídos os ignorados.

Ao analisar os tipos de violência por faixas etárias constatou-se que o tipo de violência mais frequente foi a violência física ocupando os primeiros lugares nos jovens de 15 a 19 anos (7.284), seguido dos de 10 a 14 anos (1.630), 5 a 9 anos (466) e em menor de um ano (391). A violência sexual apresentou-se como primeiro tipo de violência na faixa etária de 01 a 04 anos com 314 casos e, o segundo lugar para as faixas de 05 a 09 anos (361) e de 10 a 14 anos (665), para os menores de um ano foram 54 casos sendo o terceiro tipo de violência para esta faixa.

Quando desagregamos a violência sexual, o estupro aparece em mais de 50% dos casos notificados, para as faixas etárias analisadas, chegando a alcançar 84,3% e 88,4% em adolescentes entre 10 a 14 anos e 15 a 19 anos respectivamente (Quadro 02). A lesão autoprovocada (tentativa de suicídio e autoagressão) aparece em segundo lugar com 699 dos casos na faixa etária de 15 a 19 anos. Considerando a condição de dependência da criança, a relação com o agressor, sua imaturidade para identificar, discernir e relatar atos de violência, somada ao constrangimento e a intimidação sofrida, tem se configurado em importante limitador da notificação da violência, resultando em subnotificação e em informações que não refletem a realidade dessa população.

Vale pontuar que em função da superposição de tipos de violências praticadas em um único ato violento e registrados nas notificações, o total por tipo sempre vai se apresentar em quantitativo maior quando comparada ao total de casos notificados.

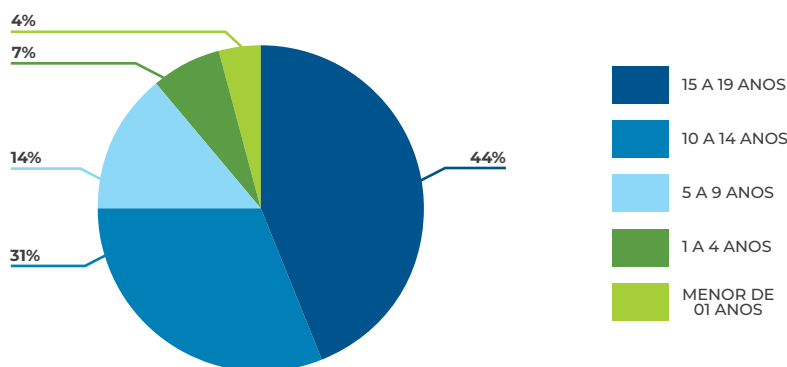
Quadro 02 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada por faixa etária específica (infância e adolescência)* e tipo de violência de residentes em Salvador-BA, 2009–2019.

Ordem do tipo da violência segundo a faixa etária	Faixa etária específica (criança e adolescente)				
	Menor de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos
1ª	Física (391)	Sexual (314) → 176 estupros	Física (466)	Física (1.630)	Física (7.284)
2ª	Negligência/abandono (170)	Física (253)	Sexual (361) → 278 estupros	Sexual (665) → 561 estupros	Lesão autoprovocada (699)
3ª	Sexual (54) → 33 estupros	Negligência/abandono (197)	Psicológica/moral (124)	Psicológica/moral (307)	Psicológica/moral (553)
4ª	Psicológica/moral (38)	Psicológica/moral (63)	Negligência/abandono (84)	Lesão autoprovocada (201)	Sexual (440) → 389 estupros
5ª	Lesão autoprovocada (21)	Lesão autoprovocada (27)	Tortura (11)	Negligência/abandono (50)	Tortura (67)
6ª	Tortura (11)	Tortura (9)	Lesão autoprovocada (10)	Tortura (41)	Trabalho Infantil (37)
7ª	Financeira/econômica (5)	Financeira/econômica (2)	Trabalho Infantil (9)	Trabalho Infantil (18)	Negligência/abandono (24)
8ª	Trabalho Infantil (5)	Trabalho Infantil (2)	Financeira/econômica (3)	Financeira/econômica (8)	Financeira/econômica (23)
9ª	Intervenção legal (3)	Intervenção legal (2)	Tráfico de seres humanos (1)	Intervenção legal (7)	Intervenção legal (23)
10ª	Tráfico de seres humanos (2)	Tráfico de seres humanos (0)	Intervenção legal (1)	Tráfico de seres humanos (4)	Tráfico de seres humanos (3)

Fonte: SinanNet/SUIS/SMS. *Infância (menores de 1 ano a 09 anos), adolescência (10 a 19 anos). Acesso em: 20 de outubro de 2020.

A violência de repetição caracteriza-se pela ocorrência de vários episódios de agressão contra uma mesma vítima, podendo ser cometida pelo mesmo ou diferentes agressores, demonstrando o caráter crônico da violência, cujo ciclo deve ser interrompido. Esta violência tende a tornar-se mais grave a cada episódio. A forma crônica da violência está presente, em maior proporção na faixa etária dos 5 aos 9 anos com 14%, seguida da de 1 a 4 anos com 7%. Quanto aos adolescentes, em ambas as faixas etárias, essa violência está presente em mais 30% dos casos (Gráfico 42).

Gráfico 42 - Percentual de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada por faixa etária específica (infância e adolescência)* de residentes em Salvador de acordo com o registro de ocorreu outras vezes - 2009-2019.



Fonte: SINANNET/SUIS/SMS *Infância (menores de 1 ano a 9 anos), adolescência (10 a 19 anos). Acesso em: 20 de outubro de 2020.

Diante do cenário vivenciado é de fundamental importância ações para implementação da notificação da violência interpessoal e autoprovocada de modo a identificarmos as principais vítimas, seus agressores e todo o contexto que a ficha específica do agravo permite captar, de modo a subsidiar a gestão na implantação de políticas públicas de prevenção da violência, formação das redes de atenção/cuidados e proteção às vítimas e seus familiares.

2.3.4.2. Doenças transmissíveis

2.3.4.2.1. Hanseníase

A Hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*. É transmitida através do contato contínuo e prolongado de um doente bacilífero com uma pessoa suscetível. A hanseníase ainda permanece como um problema de saúde pública devido a sua magnitude, estigma e alto potencial de causar lesões neurais e incapacidades (BRASIL, 2018).

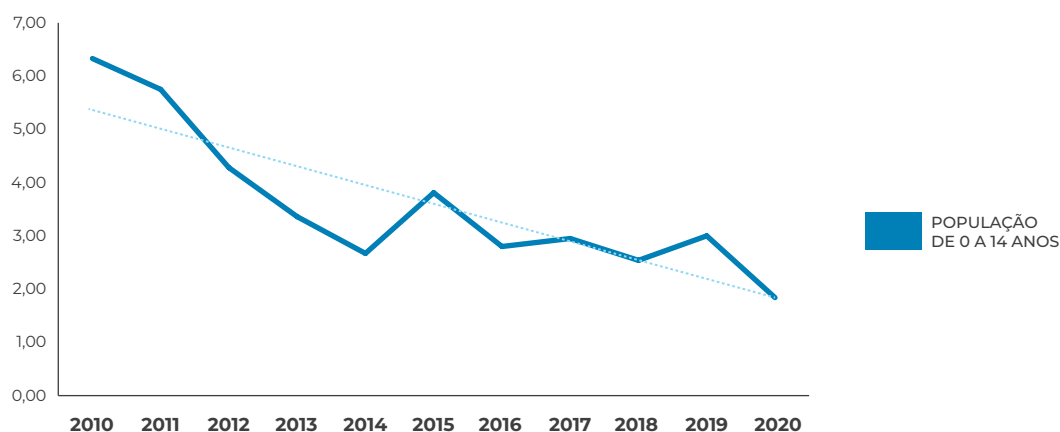
A hanseníase está inserida na agenda global de objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) tendo como compromisso

no objetivo 3: saúde e bem-estar, assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Tem como meta até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis (ONU, 2017). Diante do desafio do controle da doença, em 2019, teve início a elaboração da Estratégia de Enfrentamento da Hanseníase no município de Salvador 2019-2022, em consonância com o Plano Global e o Nacional, que visa intensificar as ações de enfrentamento e controle da hanseníase, buscando a prestação de atenção integral à saúde e o fortalecimento das ações de vigilância da doença no município.

A taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase em crianças menores de 15 anos é um importante indicador de focos ativos de transmissão da doença na população, mensurando sua presença e força de transmissão recente. Além disso, considerando o elevado tempo de incubação da doença, o registro de casos novos de hanseníase em crianças sinaliza a precocidade de exposição ao bacilo, presença de casos índices não identificados e não assistidos pelo sistema de saúde, além da fragilidade na vigilância dos contatos (BRASIL, 2020). Uma vez que a infância é o período de crescimento e desenvolvimento, e devido a possibilidade de determinar deformidades, a hanseníase quando ocorre nesta fase, pode interferir na qualidade de vida e no percurso escolar, em decorrência da discriminação e o estigma associados a doença, podendo vir a ocasionar baixa autoestima nessas crianças. (FREITAS *et al.*, 2017).

De 2010 a 2020, Salvador registrou 226 casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos, correspondendo a uma média de 21 casos/ano e 6,9% do total de casos da população geral. Apesar da taxa de detecção de casos novos nos menores de 15 anos apresentar tendência de redução, o município manteve-se neste período entre os parâmetros “muito alto” (5,00 a 9,99 casos/100 mil hab.), a “alto” (2,50 a 4,99 casos/100 mil hab.) para esta faixa etária. Em 2010 a taxa apresentou o valor máximo de 6,33 casos novos por 100 mil habitantes, com pequenas variações nos anos subsequentes. O menor valor foi observado em 2020, com 1,84 casos novos por 100 mil habitantes (Gráfico 43). As menores taxas de detecção observadas em 2020 possivelmente são decorrentes da emergência sanitária advinda da pandemia da COVID-19 e o desabastecimento dos medicamentos para o tratamento da hanseníase no Brasil ocorrida durante o referido ano.

Gráfico 43 - Taxa de detecção anual de casos novos de Hanseníase, na população geral e na população de 0 a 14 anos, por 100.000 habitantes, Salvador-BA, 2010 a 2020 - Salvador-BA, 2021.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
População de 0 a 14 anos	6,33	5,75	4,28	3,36	2,67	3,81	2,80	2,95	2,54	3,00	1,84

Fonte: SMS/Sinan. Acesso em: outubro de 2020. Parâmetros de referência: Baixo: < 0,50/100.000 hab; Médio: 0,50 a 2,49/100.000 hab.; Alto: 2,50 a 4,99/100.000 hab.; Muito alto: 5,00 a 9,99/100.000; Hiperendêmico: ≥10,00/100.000 hab.

No intervalo de 2010 a 2020, casos novos de hanseníase ocorreram em todos os Distritos Sanitários (DS). Observa-se que os distritos Subúrbio Ferroviário, Itapuã, São Caetano/Valéria e Cajazeiras foram os que apresentaram as maiores taxas de detecção em todo o período, cujos parâmetros apontam para “muito alta” e “alta” endemia quanto a população geral, e para “hiperendemia” e “muito alta endemia” para a população de 0 a 14 anos. Estes distritos têm concentrado historicamente os registros mais elevados de casos novos de hanseníase na população geral e infantil de Salvador, evidenciando forte presença de fontes ativas da doença e dificuldade na sua eliminação. Na situação oposta encontram-se os distritos Boca do Rio, Brotas e Barra/Rio Vermelho, que têm apresentado os menores valores (Tabela 34).

Tabela 34 - Taxa de detecção anual de casos novos de Hanseníase, na população geral, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2010 a 2020 – Salvador-BA, 2021.

Distrito Residência	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Centro Histórico	8,35	2,76	6,87	5,16	5,13	3,82	7,6	3,78	5,21	6,48	9,03
Itapagipe	13,55	18,35	20,05	17,71	15,32	15,23	9,53	15,06	9,22	6,88	8,56
São Caetano/ Valéria	19,03	17,75	21,47	12,97	23,27	13,87	14,15	16,18	9,46	14,83	7,92
Liberdade	6,13	7,75	7,7	5,17	9,76	5,1	4,57	6,56	4,18	9,86	2,58
Brotas	7,38	9,77	1,46	3,19	4,53	3,15	3,58	2,67	2,76	3,67	1,82
Barra/Rio Vermelho	5,31	9,09	7,28	3,29	4,35	5,14	4,84	3,74	5,53	3,02	1,91
Boca do Rio	2,37	8,65	7,03	2,94	3,65	6,53	5,05	5,02	3,71	5,16	2,2

Distrito Residência	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Itapuã	23,58	19,45	19,33	12,98	19,52	16,11	20,38	18,1	16,47	19,73	10,37
Cabula/Beiru	12,44	9,53	9,72	7,21	7,41	10,92	7,08	8,69	9,22	6,52	6,49
Pau da Lima	6,4	6,81	10,83	10,61	8,01	7,54	7,5	4,56	5,14	6,39	3,39
Subúrbio Ferrov.	28,56	21,89	14,71	15,84	22,61	18,48	20,36	16,59	16,86	10,12	7,77
Cajazeiras	26,41	23,74	13,65	7,0	15,07	12,67	12,03	10,25	18,84	9,96	9,33
Salvador	14,54	13,66	12,25	9,40	12,64	10,72	10,69	9,99	9,34	8,98	6,10

Fonte: SMS/Sinan. Acesso em: fevereiro de 2021.

Em relação à classificação operacional, entre 2010 a 2020, a classificação multibacilar prevaleceu em todos os anos em Salvador e em todos distritos sanitários, apresentando 61,5% de casos novos diagnosticados no município no período. Verifica-se tendência simultânea de redução de casos novos diagnosticados como paucibacilar, e de aumento de casos multibacilares na cidade. Apesar da maior proporção de casos paucibacilares na série histórica, a proporção elevada de casos multibacilares sugere o diagnóstico tardio. As formas paucibacilares representam a fase inicial da hanseníase, que é desejável para a conclusão do tratamento, uma vez que a carga bacilar é baixa e o potencial para atuar como fonte de infecção é reduzido, sendo relevante para o controle endêmico. Já as formas multibacilares são caracterizadas pela carga bacilar elevada e risco de transmissibilidade alto, sugerindo falha dos serviços de saúde (FREITAS *et al.*, 2017).

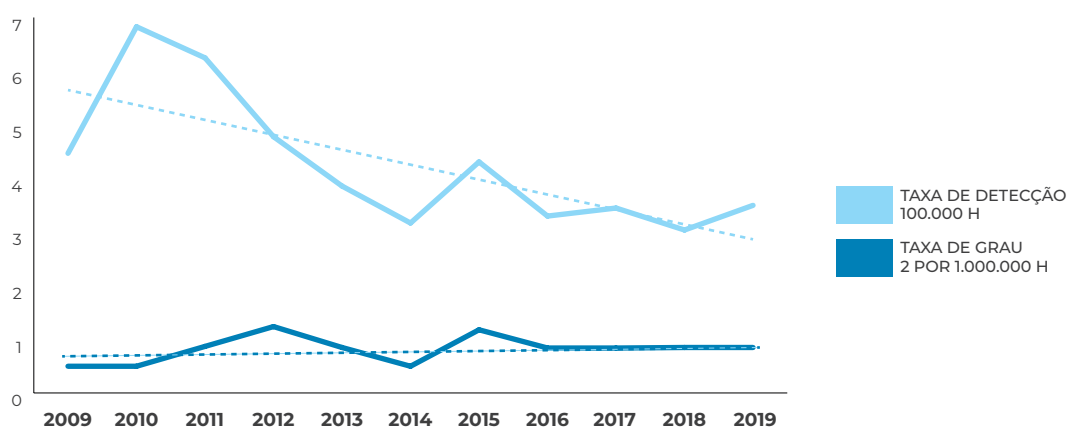
A taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico é um sinalizador da dificuldade do acesso da população aos serviços de saúde. Classifica-se o caso de hanseníase como incapacidade grau 2, quando há deformidade visível nas mãos e/ou pés e/ou olhos. Casos notificados com grau 2 de incapacidade física entre menores de 15 anos, apontam diagnóstico tardio e apresentam maior grau de comprometimento físico. Apesar de não ser comum a ocorrência de incapacidades severas em crianças, a ocorrência desse evento sugere fragilidades na efetividade das ações para a suspeição e detecção precoce de casos, na qualidade do atendimento nos serviços de saúde e na baixa conscientização da comunidade. Entre outros prejuízos, as incapacidades físicas podem ocasionar problemas de ordem psicossocial, sendo também responsáveis pelo estigma e preconceito (BRASIL, 2020).

Frente ao problema, a Estratégia Global de Hanseníase 2016-2020, proposta pela OMS, e a Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022, adotaram como um dos indicadores de monitoramento da diminuição da carga da doença a redução de casos em menores de 15 anos com grau 2 de incapacidade física. Em 2018, o Ministério da Saúde iniciou o monitoramento desse indicador, com o objetivo de investigar as circunstâncias determinantes do evento e implementar ações de prevenção e redução do diagnóstico tardio (BRASIL, 2020).

No que se refere a taxa de detecção anual dos casos novos com GIF 2 em menores de 15 anos no período de 2009-2019, Salvador apresenta uma flutuação desse indicador, com

tendência de aumento. A análise conjunta das taxas de detecção e do grau 2 de incapacidade física é utilizada para o monitoramento da tendência de detecção oportuna dos casos novos de hanseníase. Desse modo, para o intervalo de 2009 a 2019, o declínio da taxa de detecção de casos novos entre os menores de 15 anos, associado à tendência crescente da taxa de grau 2 de incapacidade física no diagnóstico (Gráfico 44), sugere transmissão ativa do bacilo e o diagnóstico tardio no município.

Gráfico 44 - Tendência da taxa de detecção e da taxa de grau 2 de incapacidade física de casos novos de hanseníase no momento do diagnóstico, na população de 0 a 14 anos - Salvador-BA, 2009–2019.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Taxa de Grau 2 por 1.000.000 h	0	0	0,37	0,74	0,35	0	0,68	0,34	0,34	0,35	0,35
Taxa de detecção por 100.000 h	3,97	6,33	5,75	4,28	3,36	2,67	3,81	2,8	2,95	2,54	3

Fonte: SMS/Sinan. Acesso em: fevereiro de 2021.

Entre 2009 e 2019, considerando a proporção de casos novos na população de zero a 14 anos segundo raça/cor, 62,5% dos casos corresponderam à raça/cor parda; 19,2% à preta; 16,7% à branca e 0,8% à amarela, com variações nessas proporções entre os distritos sanitários. Considerando a população negra, constata-se uma detecção mais elevada da doença (81,7% dos casos novos) entre os menores de 15 anos em comparação aos outros grupos. Tal situação se assemelha ao cenário brasileiro para a população geral.

Esse predomínio reproduz o contexto histórico da população negra no Brasil, pois, além de representar a maioria da população, é a que mais padece com as desigualdades em diversos aspectos da vida socioeconômica, inclusive aos serviços de saúde no país (BRASIL, 2018). Adicionalmente, estudos indicam que a hanseníase é uma enfermidade associada fortemente às condições sociais e higiênico-sanitárias desfavoráveis e/ou maior vulnerabilidade social das populações afetadas, o que se expressa na distribuição espacial em países subdesenvolvidos (CASTRO SANTOS *et al.*, 2008; LOPES; RANGEL, 2014).

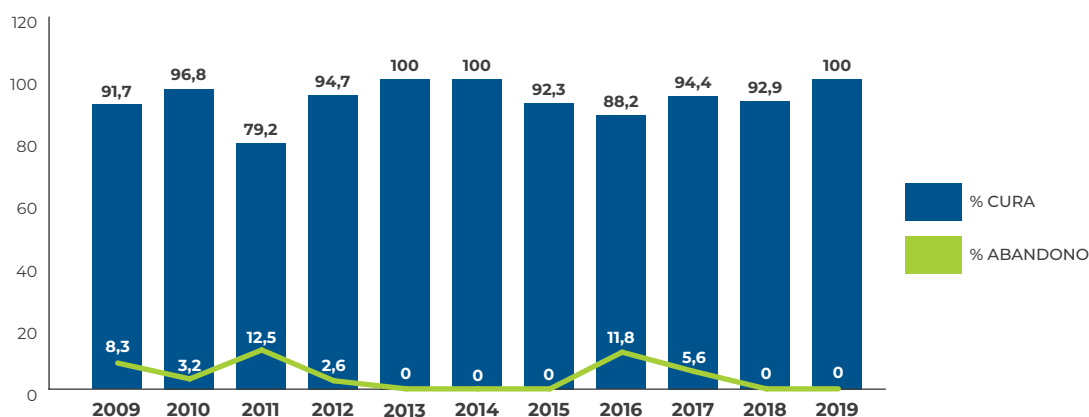
A hanseníase em adultos é mais frequente no sexo masculino e o risco de exposição é determinante para essa diferença. No entanto, em relação às crianças, não há diferenças de acordo o sexo (IMBIRIBA *et al.*, 2008). Do total de casos novos diagnosticados entre 2009 e 2020 (n = 240) em menores de 15 anos, observou-se um percentual um pouco maior no sexo feminino (52,9%).

A proporção de cura entre os casos novos de hanseníase avalia a qualidade da assistência e a efetividade dos esquemas de tratamento. Entre os casos novos de hanseníase em menores de 15 anos diagnosticados, nas coortes entre 2009 a 2019, o município de Salvador-BA apresentou na maioria dos anos um parâmetro bom de cura (acima de 90%), com exceção dos anos 2011 e 2016 que atingiu o parâmetro regular (≥ 75 a 89,9%), segundo critérios do Ministério da Saúde.

O indicador proporção de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados, avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos até a completude do tratamento. No período de 2009 a 2019 a proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento, em menores de 15 anos, entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes obteve na série histórica parâmetro Bom⁶³, exceto nos anos 2011 e 2017 que atingiu o parâmetro considerado regular (10 a 24,9%) segundo critérios do Ministério da Saúde, conforme Gráfico 45.

Ao analisar a proporção de cura e abandono entre os casos novos de hanseníase em menores de 15 anos diagnosticados nas coortes 2009-2019, identifica-se que em 2011 e 2016 houve diminuição do indicador de cura e aumento do abandono. A partir desta análise verifica-se a necessidade de ações destinadas a fortalecer as abordagens assistenciais direcionadas ao segmento dos casos pela atenção primária, além de destacar a importância da constante atualização do fluxo de informações em hanseníase na unidade de saúde (UBS ou ambulatório de referência) que deve ser construído segundo lógica do envio sistemático mensal dos dados e atualização permanente do sistema de informação, desde o nível municipal até a esfera federal.

Gráfico 45 - Proporção de cura e abandono entre os casos novos em menores de 15 anos diagnosticados na coorte 2009–2019. Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: SMS/Sinan. Acesso em: agosto de 2021.

2.3.4.2.2. Tuberculose

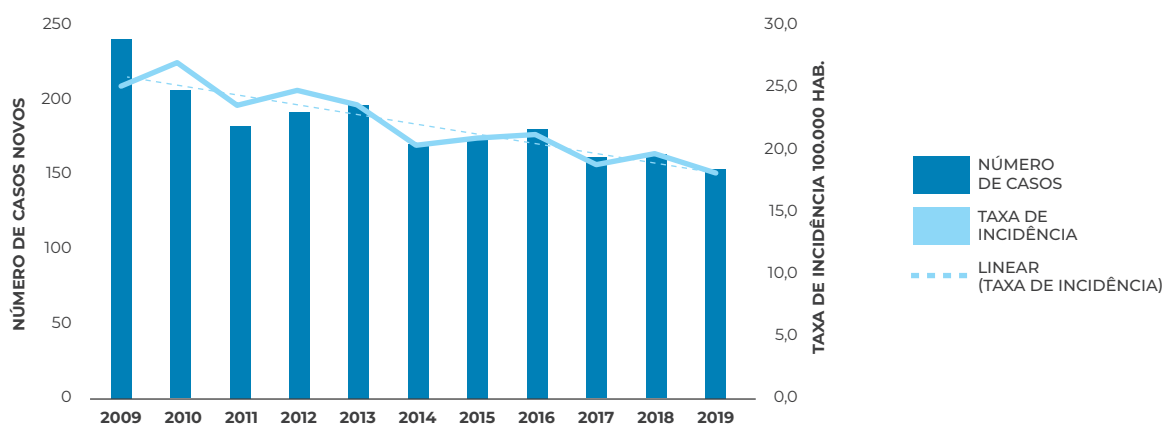
A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa, com transmissão de pessoa com tuberculose pulmonar ou laringea a outra pessoa pela exalação de aerossóis através da tosse, fala e espirros. Acomete principalmente os pulmões, os quais são a porta de entrada, mas pode atingir vários órgãos. O risco de adoecimento pela tuberculose está relacionado à competência do sistema imunológico e a carga de exposição bacilar. Outros fatores associados a maior risco de infecção são idade menor que dois anos ou maior que 60 anos e presença de doenças ou tratamentos imunossupressores como infecção pelo HIV e uso de TNF α ou corticosteroides, respectivamente. Estima-se que 10% das pessoas que foram infectadas evoluem para doença ativa nos primeiros dois anos após o contato e 5% ao longo da vida, caso não sejam adequadamente diagnosticadas e tratadas para infecção latente.

A infância e adolescência é uma fase importante da vida para o diagnóstico e tratamento da tuberculose, uma vez que a ocorrência de casos nessa faixa etária reflete a transmissibilidade da doença. Quando há uma criança doente em um ambiente comunitário, isto significa que algum familiar ou contato próximo está bacilífero, sendo necessário a realização de uma investigação epidemiológica para identificação do caso fonte. Na população menor de 5 anos, havendo boa cobertura de vacinação BCG, espera-se baixa ou nenhuma ocorrência de formas graves da Tuberculose, como a meningite por tuberculose e tuberculose miliar.

A análise dos dados obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos Notificação, permite demonstrar que a tuberculose, ainda que apresentando uma tendência de decréscimo, deve ser considerada uma das doenças endêmicas entre crianças e adolescentes, ocorrendo em média 169 casos novos nos últimos 11 anos, com taxa de incidência variando entre 17,1 e 25,0 por 100.000 (Gráfico 46) habitantes, o que demanda a realização de ações de

prevenção e tratamento. A meta ministerial para 2035 é reduzir a ocorrência da tuberculose na população geral para menos de 10 casos novos para cada 100.000 habitantes.

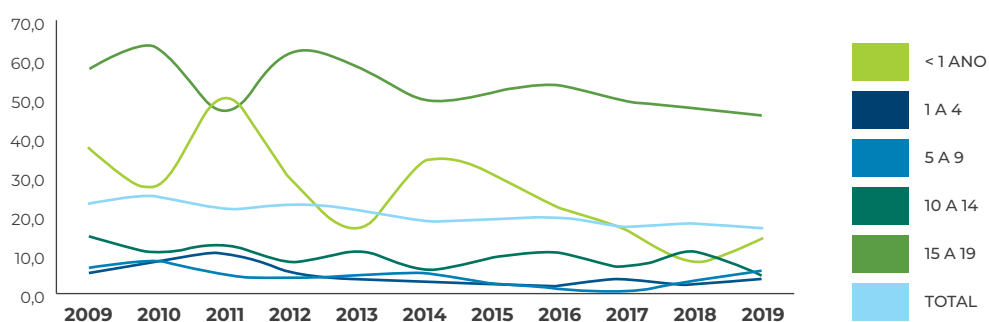
Gráfico 46 - Número de Casos Novos e Taxa de Incidência de Tuberculose, todas as formas, em menores de 19 anos, nos anos de 2009–2019 – Salvador-BA.



Fonte: SMS/Sinan. Acesso em: 05 de novembro de 2020.

A distribuição das taxas de incidência de tuberculose entre as faixas etárias de crianças e adolescentes evidencia maiores riscos nas idades de 15 a 19 anos (Gráfico 47), assemelhando-se às taxas da população geral (53,8/100.000 hab.).

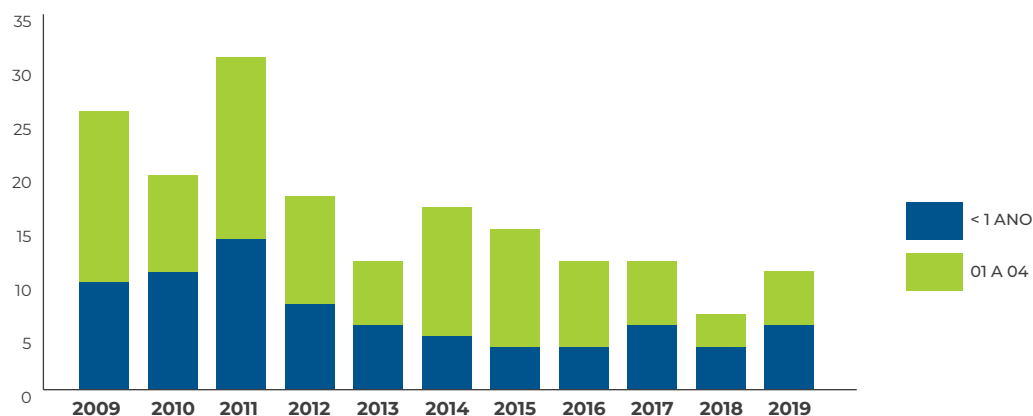
Gráfico 47 - Taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de Tuberculose, todas as formas, por faixa etária, nos anos de 2009–2019, em Salvador-BA.



Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020. (Dados sujeitos a alterações).

Observa-se a ocorrência de casos de tuberculose entre menores de 1 ano e crianças entre 1 e 5 anos incompletos (Gráfico 48), mantendo a tendência de decréscimo na série histórica. Apesar de um número menor de casos na faixa etária menor que 5 anos (Gráfico 48), salienta-se que a ocorrência de casos graves (miliar e meningoencefálica) nessa faixa etária deve ser um alerta para monitoramento do histórico vacinal para BCG.

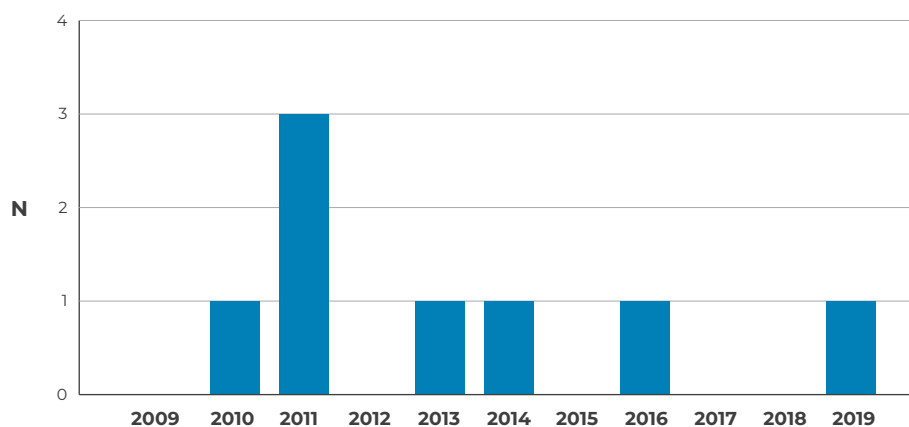
Gráfico 48 - Número de Casos Novos de Tuberculose, todas as formas, na faixa etária até 5 anos de idade, nos anos de 2009–2019, em Salvador-BA.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
01 a 04	10	11	14	8	6	5	4	4	6	4	6
< 1 Ano	16	9	17	10	6	12	11	8	6	3	5

Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020. (Dados sujeitos a alterações).

Gráfico 49 - Número de Casos Novos de Tuberculose, formas meningoencefálica ou miliar, na faixa etária até 5 anos de idade, nos anos de 2009–2019, em Salvador-BA.



Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020. (Dados sujeitos a alterações).

Os Distritos Sanitários com maior taxa de incidência de tuberculose são Centro Histórico, São Caetano, Valéria e Itapagipe (Tabela 35), semelhante às características de distribuição da taxa de incidência geral de tuberculose.

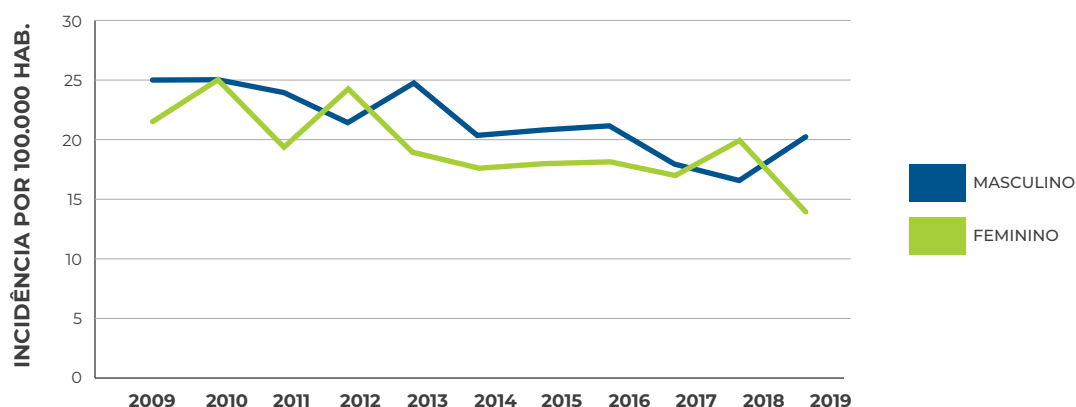
Tabela 35 - Taxa de incidência de Tuberculose, de todas as formas, nos Distritos Sanitários de Salvador-BA, 2009–2019.

Distrito de Residência	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centro Histórico	22,9	69,4	25,1	31,2	23,4	46,5	11,6	28,7	22,9	23,6	0,0
Itapagipe	14,6	30,9	32,9	24,0	16,4	30,6	34,4	20,1	18,0	35,2	16,5
São Caetano/Valéria	42,6	30,5	41,2	31,3	27,1	24,7	27,9	24,4	27,6	20,5	22,7
Liberdade	42,6	34,5	32,2	28,0	33,9	13,1	24,2	16,6	23,9	15,2	13,2
Brotas	17,5	17,4	11,5	5,7	18,0	19,6	10,6	17,6	8,8	18,1	10,8
Barra/Rio Vermelho/Pituba	13,0	19,7	13,1	23,4	30,5	14,5	16,9	21,6	19,1	7,4	22,1
Boca do Rio	14,1	16,0	15,9	12,6	20,7	2,9	5,9	5,8	20,3	17,9	17,9
Itapoan	21,3	14,5	15,7	13,0	11,0	14,6	6,0	9,6	8,3	16,0	14,7
Cabula/Beiru	30,6	31,1	17,2	23,0	14,4	18,3	23,0	18,9	17,2	25,1	13,7
Pau da Lima	23,5	24,9	13,1	26,0	24,5	16,2	22,8	25,4	13,3	11,0	23,2
Subúrbio Ferroviário	20,6	21,6	29,9	26,9	21,0	19,1	18,1	25,7	17,9	22,0	18,4
Cajazeiras	11,4	17,4	9,6	22,9	25,1	16,0	12,4	15,8	12,3	3,6	12,6

Fonte: Sinan. Acesso em: 5 de novembro de 2020.

Em relação ao sexo, 52,9% (n = 988) dos casos de tuberculose ocorreram no sexo masculino e 47,1% (n = 880) no sexo feminino, considerando a faixa etária em análise. Observa-se maior risco de adoecimento para o sexo masculino, exceto nos anos 2010, 2012 e 2018 (Gráfico 50). Quanto à raça/cor, os maiores percentuais estão concentrados na raça/cor parda e preta (Tabela 36).

Gráfico 50 - Taxa de incidência de casos de Tuberculose por sexo, todas as formas, na faixa etária menores de 1 ano a 19 anos, em Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020. (Dados sujeitos a alterações).

Tabela 36 - Número de Percentual de casos de tuberculose por raça/cor, de todas as formas, na faixa etária menores de 19 anos, em Salvador-BA.

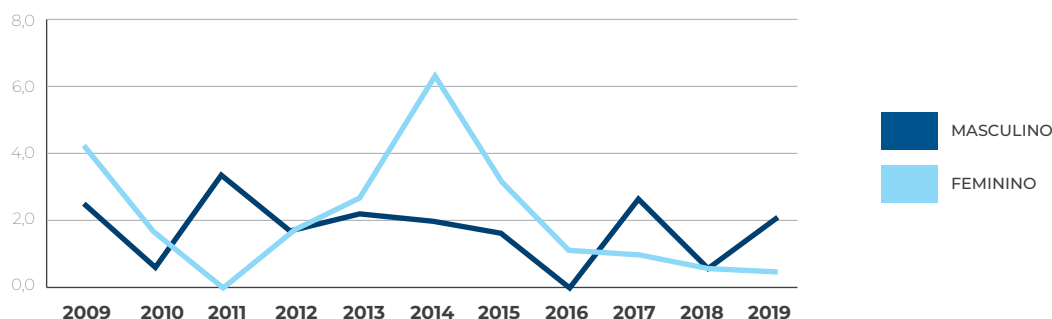
Ano Diagnóstico	Ign./Branco		Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		T
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2009	39	17,5	16	7,2	47	21,1	5	2,2	111	49,8	5	2,2	223
2010	17	8,9	21	10,9	47	24,5	6	3,1	99	51,6	2	1,0	192
2011	23	13,6	12	7,1	42	24,9	3	1,8	87	51,5	2	1,2	169
2012	32	18,0	9	5,1	36	20,2	4	2,2	97	54,5	0	0,0	178
2013	17	9,4	12	6,6	49	27,1	0	0,0	103	56,9	0	0,0	181
2014	24	15,2	18	11,4	26	16,5	1	0,6	89	56,3	0	0,0	158
2015	36	22,1	8	4,9	34	20,9	0	0,0	83	50,9	2	1,2	163
2016	29	17,5	11	6,6	42	25,3	2	1,2	82	49,4	0	0,0	166
2017	24	16,2	7	4,7	28	18,9	1	0,7	88	59,5	0	0,0	148
2018	16	10,7	6	4,0	34	22,8	0	0,0	93	62,4	0	0,0	149
2019	7	5,0	10	7,1	41	29,1	1	0,7	81	57,4	1	0,7	141

Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020. (Dados sujeitos a alterações).

2.3.4.2.3. AIDS

Para o período de 2009 a 2019 foram diagnosticados 82 casos de AIDS em crianças de 0 a 9 anos de idade e 159 em adolescentes de 10 a 19 anos, residentes do município de Salvador. Dentre as crianças verifica-se que não há um padrão por sexo, contudo ocorre discreto predomínio do sexo feminino à exceção dos anos 2011, 2017 e 2019. Em relação ao sexo masculino verifica-se uma tendência à discreta estabilização (Gráfico 51). Essa inversão se observa também a nível de Brasil (BRASIL, 2019).

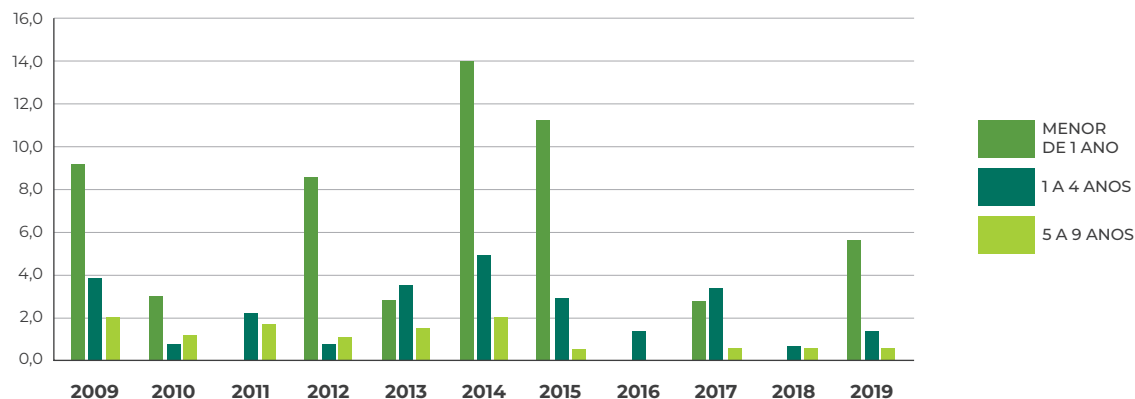
Gráfico 51 - Taxa de detecção (100.000 hab.) de AIDS em crianças (0 a 9 anos) por sexo, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020. (Dados sujeitos a alterações).

Observa-se quanto a faixa etária que as crianças menores de 1 ano apresentaram as maiores taxas de detecção ao longo dos anos, refletindo a transmissão vertical (Gráfico 52).

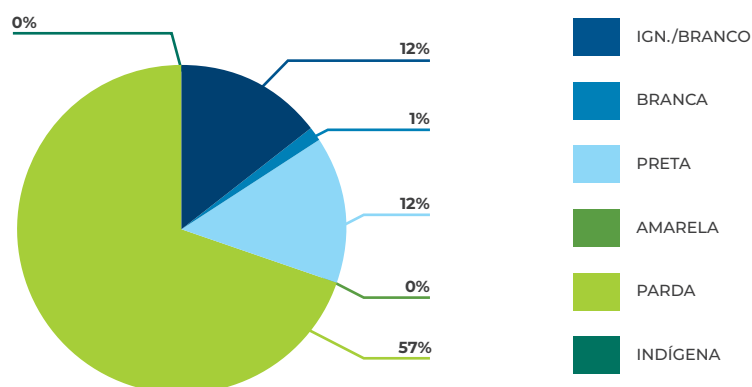
Gráfico 52 - Taxa de detecção (100.000 hab.) de AIDS em crianças (0 a 9 anos) por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020.
(Dados sujeitos a alterações).

Em relação ao quesito raça/cor a análise fica comprometida devido ao número de casos com raça/cor ignorada (16%). Todavia, o maior número de casos ocorreu entre os declarados como parda (n = 57; 69,5%) e preta (n = 12; 14,7%), correspondendo a 84,1% de todos os casos diagnosticados, refletindo as desigualdades em saúde nesses segmentos (Gráfico 53).

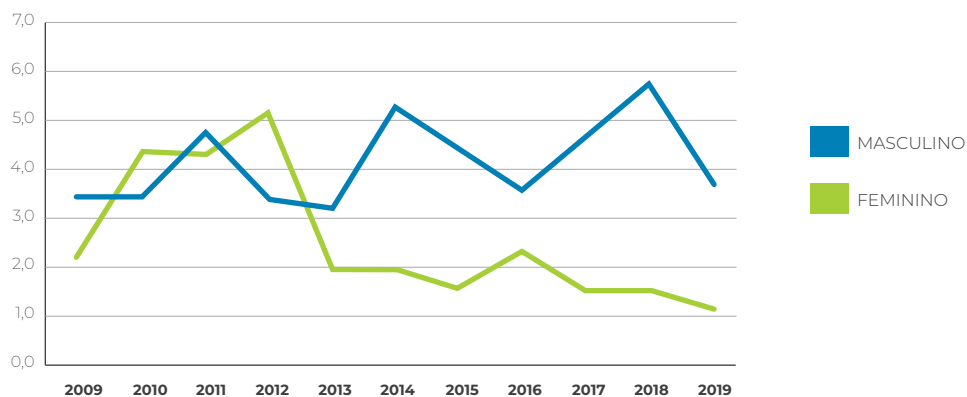
Gráfico 53 - Distribuição percentual de AIDS em crianças (0 a 9 anos) por raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020.
(Dados sujeitos a alterações).

Em relação aos adolescentes, verifica-se o predomínio de casos de AIDS para aqueles do sexo masculino, com tendência de aumento a partir de 2013, diferentemente do sexo feminino que apresenta tendência ao decréscimo após o ano de 2012 (Gráfico 54).

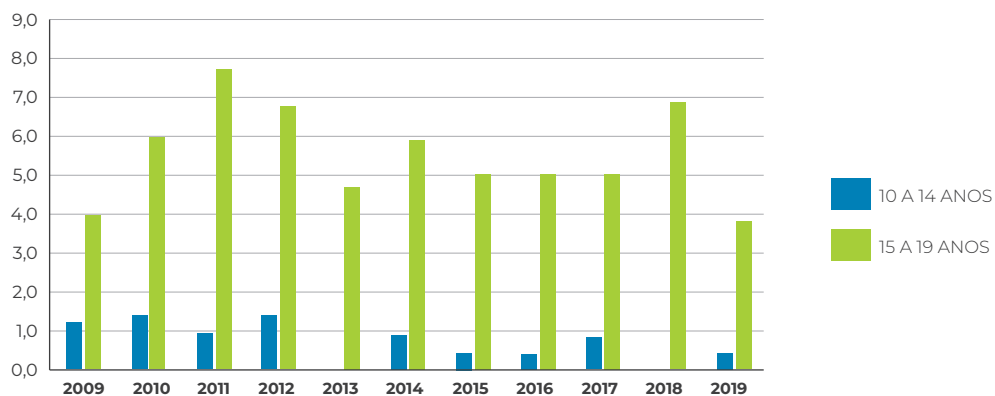
Gráfico 54 - Taxa de detecção (100.000 hab.) de AIDS em adolescentes (10 a 19 anos) por sexo, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020.
(Dados sujeitos a alterações).

Observa-se que à medida em que o adolescente vai atingindo a idade mais avançada, a exposição aumenta, elevando as taxas de detecção, o que pode estar relacionado à iniciação da vida sexual de forma não protegida (Gráfico 55).

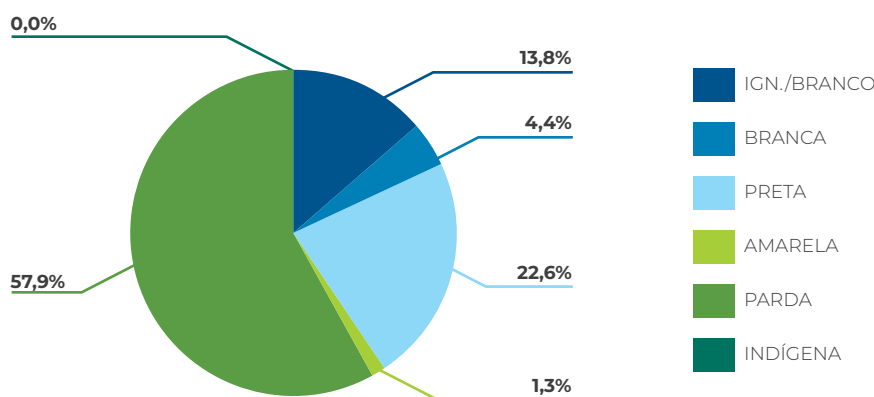
Gráfico 55 - Taxa de detecção (100.000 hab.) de AIDS em adolescentes (10 a 19 anos) por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020.
(Dados sujeitos a alterações).

Constata-se que os adolescentes declarados como pardos e pretos, também aparecem como os mais acometidos, revelando desigualdades em saúde em relação a esse segmento (Gráfico 56). Sinaliza-se que se trata de uma variável que tem um percentual de 14,8% sem registro.

Gráfico 56 - Distribuição percentual de AIDS em adolescentes (10 a 19 anos) por raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. (Dados sujeitos a alterações).

Em relação à distribuição espacial dos casos tanto de crianças como de adolescentes, para a maioria dos Distritos Sanitários não é possível a análise de tendência devido ao grande período sem registro ao longo da série.

2.3.4.2.4. Sífilis

A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), causada pelo *Treponema pallidum*, com impactos na saúde sexual e reprodutiva das pessoas, incluindo as crianças e adolescentes. É um problema de saúde pública mundial que necessita de controle (BRASIL, 2017). Desde 1986 a notificação compulsória da sífilis congênita, um dos tipos de sífilis, foi instituída em todo o território nacional foi instituída através da Portaria nº 542/1986 (BRASIL, 1986).

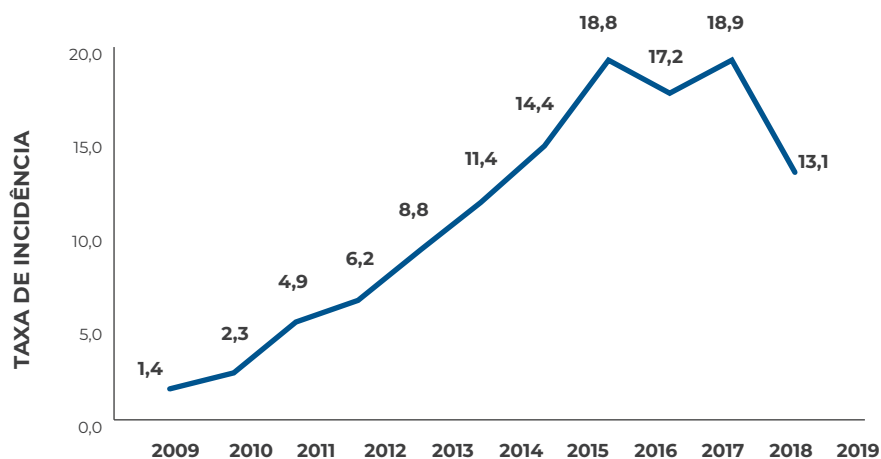
Durante o período gestacional, a sífilis pode provocar mortes fetais e neonatais, além de aumentar o risco de morte prematura em crianças. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a sífilis congênita é a segunda principal causa de morte fetal evitável em todo o mundo, precedida apenas pela malária. Estima-se que no período gestacional, a sífilis seja responsável por mais de 300.000 mortes fetais e neonatais por ano no mundo, além de aumentar o risco de morte prematura em outras 215.000 crianças (BRASIL, 2016). A sífilis congênita pode ser prevenida e tratada facilmente, desde que o diagnóstico, o tratamento e o seguimento sejam oferecidos às gestantes de forma oportuna durante o pré-natal.

A eliminação da sífilis congênita é multidimensional, sendo assim, exige políticas públicas que garantam a qualidade da atenção à gestante e suas parcerias sexuais durante o pré-natal, e nas relações de gênero. Em gestantes não tratadas, as chances de transmissão vertical variam entre 70% e 100% dos casos (BRASIL, 2016). Neste sentido, a prevenção da transmissão vertical e a eliminação da sífilis congênita dependem do esforço conjunto de gestores, organismos internacionais, profissionais de saúde e sociedade civil na garantia do cuidado à gestante e suas parcerias sexuais durante o pré-natal.

Dados do Ministério da Saúde apontam que em 2019 foram notificados 24.130 casos de sífilis congênita, sendo que a maioria (44,6%) desses residiam no Sudeste, seguido pela região Nordeste (26,3%), Sul (13,7%), Norte (9,2%) e Centro-Oeste (6,1%). Entre 2018 e 2019 houve redução de 8,7% no número de notificações no Brasil, com uma maior redução na região Nordeste (19,1%), seguida das regiões Sul (6,4%) e Sudeste (5,3%). No mesmo período, a taxa de incidência de sífilis congênita na Bahia (5,8/1000NV) ficou abaixo das taxas do Brasil (8,2/1000 NV), do Nordeste (7,6 casos/1.000 nascidos vivos), de Pernambuco (12,7/1000 NV) e Minas Gerais (8,7/1000 NV) - (BRASIL, 2020).

Em Salvador, entre 2009 e 2019 foram notificados 5.234 casos de sífilis congênita, sendo que 551 casos foram notificados apenas em 2019, correspondendo a uma taxa de incidência de 13,1/1000 NV (Gráfico 57). É uma taxa considerada alta, no entanto, em relação a 2018 (18,9/1000 NV), verifica-se redução de 30,7%. A diminuição dos casos pode estar relacionada à intensificação das ações de vigilância epidemiológica, como a identificação dos casos de criança exposta e criança com sífilis congênita, conforme os critérios de definição de caso definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) e indica a importância dos esforços, em todos os níveis do sistema de saúde para a redução e eliminação da sífilis congênita.

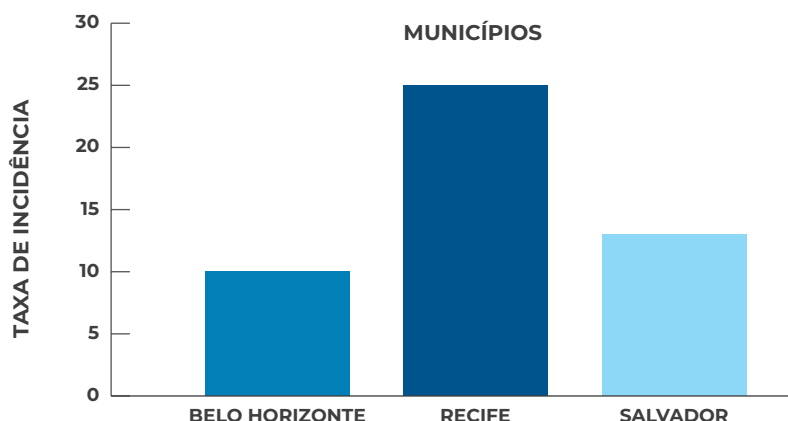
Gráfico 57 - Taxa de incidência de Sífilis Congênita (1000 NV), Salvador-BA, 2010-2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020.

Ao comparar Salvador com municípios com perfil e densidade populacional equivalentes, observa-se que a taxa de incidência de sífilis congênita para o ano 2019 ficou abaixo da capital Recife (25,6/1000 NV), porém superou Belo Horizonte (9,3/1000 NV), conforme dados do Ministério da Saúde (Gráfico 58) (BRASIL, 2020).

Gráfico 58 - Comparativo das taxas de incidência de Sífilis Congênita (por 1000 NV) Belo Horizonte, Recife e Salvador-BA, 2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020.

Em relação aos distritos sanitários, as maiores taxas de incidência em 2019 foram encontradas em São Caetano/Valéria (33,5/1000 NV - aumento de 15,5% em relação a 2018), Itapagipe (31,5/1000 NV) e Subúrbio Ferroviário (28,3/1000 NV) - (Tabela 37).

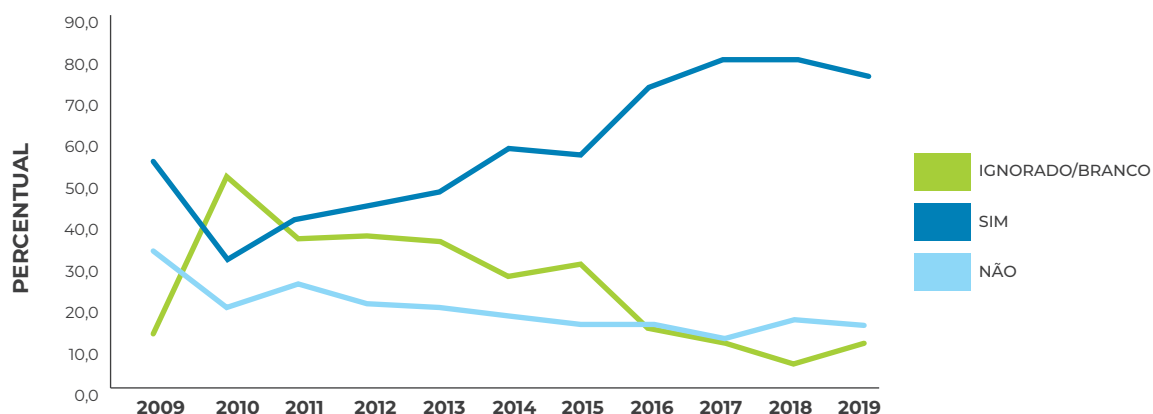
Tabela 37 - Taxa de incidência de Sífilis Congênita (1000 NV), por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2009–2019.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centro Histórico	9	14,4	5,2	14,1	18,5	20,1	22,1	46,9	49,6	20	16,8
Itapagipe	1,6	2,7	10,1	14,4	7,4	16,1	21,1	32,7	20,9	33,2	31,5
São Caetano/Valéria	2,2	4,3	9,5	11	14,6	18,5	28,5	26,6	23,3	29	33,5
Liberdade	0,5	5	5,1	8,4	16,2	17,7	19,8	35,1	26,5	32,9	7,7
Brotas	5,5	4,1	6,5	4,6	14,3	12,3	16	24,4	21,9	23,3	5,3
Barra/Rio Vermelho	1,8	1,8	5,8	6,8	9,5	15,6	17,8	28,5	29,8	22,8	5,8
Boca do Rio	0,7	2	6,4	2,5	9,6	13,9	8,6	17,1	21,6	17,6	8,3
Itapuã	0,7	1	2,9	3,2	5,2	7,7	14	13,8	12,4	14,9	14,1
Cabula/Beiru	1	1,7	5	6,9	6,8	12,4	14	21,1	19,3	23	13,8
Pau da Lima	1,4	1,4	5,2	8,6	8,3	12,9	22,7	17,5	16,9	19,8	16,7
Subúrbio Ferroviário	1,8	3,5	13,8	10,1	18,7	17,2	17,6	24,7	27,9	29,2	28,3
Cajazeiras	0	1,3	5,2	4,9	5,1	6,7	16,3	15,9	12,4	18,8	13,5

Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020

Em relação ao acesso ao pré-natal (Gráfico 59), observa-se que no período de 2009 a 2019 houve um aumento de 39% das mães de crianças com sífilis congênita que realizaram o pré-natal e uma redução de 56,4% daquelas que não o fizeram, demonstrando a ampliação da oferta do pré-natal no município. Apesar do acesso a esse tipo de serviço, os dados sugerem possíveis falhas que podem ter ocorrido, uma vez que a identificação de sífilis ainda durante o período gestacional é capaz de reduzir a possibilidade de transmissão para o bebê, e, conseqüentemente, os casos de sífilis congênita.

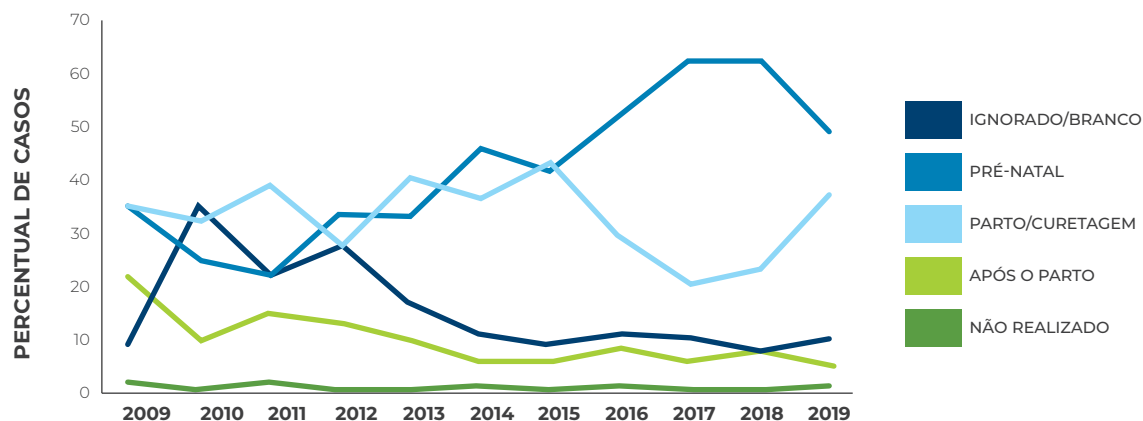
Gráfico 59 - Percentual dos casos de sífilis congênita por informação de realização do pré-natal, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020.

Considerando o mesmo período, em relação ao percentual de casos cujo diagnóstico da sífilis materna ocorreu durante o pré-natal, observa-se um aumento entre 2009 e 2018. Em 2019 (49,5%) houve uma redução de 20,7% em relação a 2018 (62,4%), enquanto que o percentual do diagnóstico da sífilis durante o parto/curetagem teve um aumento de 57,1% (Gráfico 60).

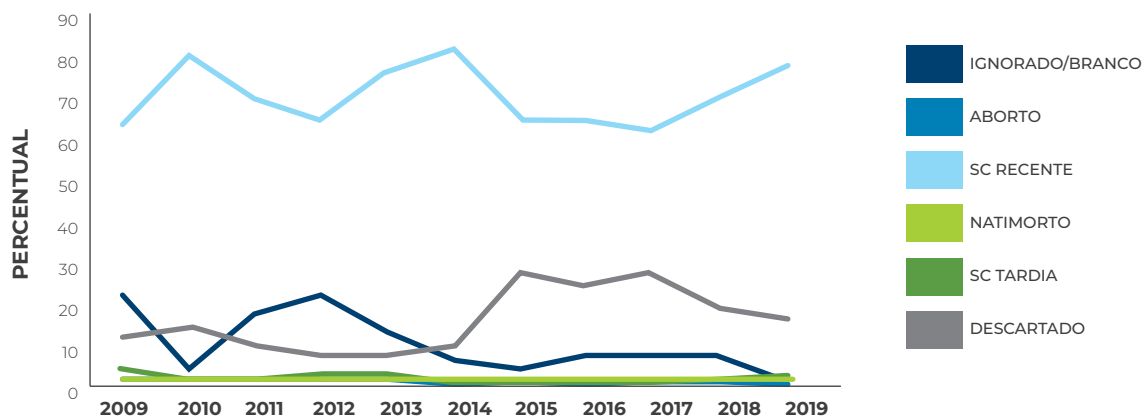
Gráfico 60 - Percentual de casos de sífilis congênita segundo o momento do diagnóstico de Sífilis Materna, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020.

Entre 2009 e 2019, do total de casos notificados como sífilis congênita (Gráfico 61), a maioria desses foram classificados quanto ao diagnóstico final como sífilis congênita recente. Observa-se tendência de queda dos casos com diagnóstico final ignorado/branco. Em 2019, do total de casos notificados 80,6% foram classificados por diagnóstico final como sífilis congênita recente (aumento de 10,8% em relação a 2018); 18,8% descartados (diminuição de 12% em relação a 2018) e 1,6% de ignorados/em branco (diminuição de 77,6% em relação a 2018).

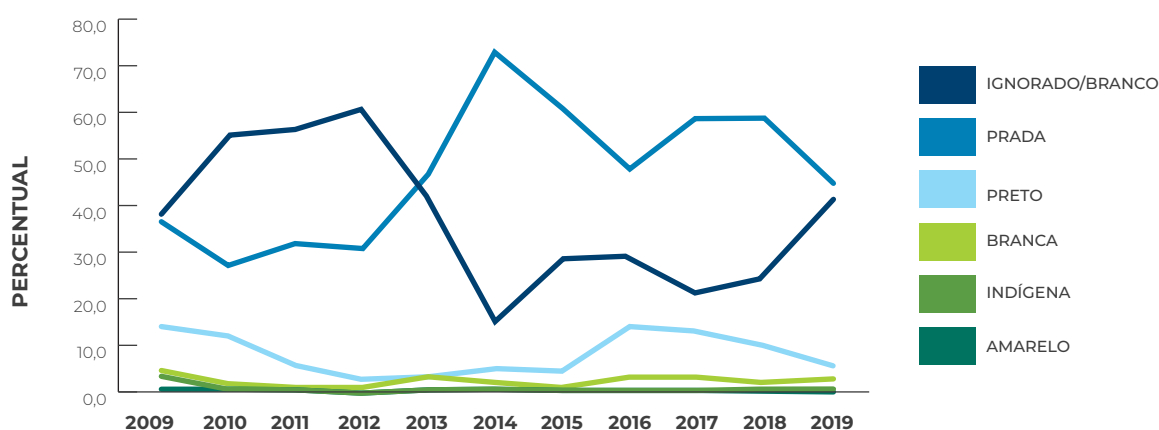
Gráfico 61 - Percentual de casos de sífilis congênita por diagnóstico final, Salvador-BA, 2010–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em 19 de outubro de 2020.

Analisando o critério raça/cor, observa-se que até 2012, o percentual de casos de sífilis congênita era maior naqueles classificados como ignorado/branco, seguido daqueles de cor parda. A partir de 2013, os casos foram mais frequentes naqueles de cor parda. Em 2019, somando os classificados como raça/cor parda e preta correspondem a 54,1%. Os dados ignorados/branco tiveram um aumento de 68,1% em comparação com 2018. Chama atenção os percentuais de ignorados/branco em todos os anos, pois trata-se de uma informação necessária identificação de grupos populacionais mais acometidos e direcionamento de políticas públicas equânimes (Gráfico 62).

Gráfico 62 - Percentual de casos de sífilis congênita por raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020.

Em relação à faixa etária, observa-se uma concentração da incidência de sífilis congênita em menor de 1 ano em todos os anos da série, sendo que entre 2018 e 2019 houve uma redução de 32,8% nessa idade (Tabela 38).

Tabela 38 - Taxa de Incidência de sífilis congênita por 1000 NV por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.

Ano da Notificação	<1 Ano	1-4	5-9	10-14
2009	1,4	0,0	0,0	0,0
2010	3,1	0,0	0,0	0,0
2011	6,6	0,0	0,0	0,0
2012	8,1	0,0	0,0	0,0
2013	11,3	0,0	0,0	0,0
2014	14,8	0,0	0,0	0,0
2015	18,7	0,0	0,0	0,0
2016	22,9	0,0	0,0	0,0
2017	21,0	0,0	0,0	0,0
2018	23,2	0,0	0,0	0,0
2019	15,6	0,0	0,0	0,0

Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020.

O percentual de casos de sífilis congênita quanto ao sexo apresenta alternância da predominância ao longo da série histórica (Tabela 39). Em 2019 o percentual de indivíduos do sexo masculino foi de 50,8%, enquanto que do sexo feminino foi de 46,5%. O registro ignorado apresentou redução no período analisado, chegando a 2,7% em 2019.

Tabela 39 - Percentual de casos de Sífilis Congênita por sexo, Salvador-BA, 2009–2019.

Ano da Notificação	Ignorado	Masculino	Feminino
2009	11,5	49,2	39,3
2010	25,5	37,3	37,3
2011	32,7	34,1	33,2
2012	35,0	31,1	33,9
2013	30,5	33,8	35,8
2014	8,9	42,8	48,3
2015	5,1	41,8	53,2
2016	5,2	45,9	48,9
2017	3,4	46,0	50,7
2018	4,4	46,4	49,1
2019	2,7	50,8	46,5

Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020.

Quanto à sífilis adquirida, foram encontrados casos notificados nas faixas etárias de 5-9a, 10-14a e 15-19a. A análise da taxa de detecção de sífilis adquirida por faixa etária, indica que os adolescentes entre 15-19 anos são os mais atingidos pelo agravo, seguido da faixa etária de 10-14 anos. Entre 2010 e 2019 houve um aumento expressivo dessa taxa na idade de 15-19a, com destaque para o ano de 2018 que apresentou a maior taxa (155,2/100.000 hab.) da série histórica (Tabela 40), demandando, portanto, esforços do setor saúde para mudança desse cenário, uma vez que os adolescentes são o público que menos frequentam os serviços de saúde.

Tabela 40 - Taxa de detecção de Sífilis adquirida* por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.

Ano da Notificação	5-9	10-14	15-19
2010	0,0	0,0	0,4
2011	0,0	0,0	3,2
2012	0,0	0,0	4,1
2013	0,5	0,9	22,8
2014	0,0	1,3	26,1
2015	0,0	2,6	56,2
2016	1,0	5,3	86,7
2017	0,5	4,4	95,5
2018	0,5	7,8	155,2
2019	0,5	3,6	132,7

Fonte: Sinan. Acesso em: 19 de outubro de 2020.

*A taxa de incidência de sífilis congênita tem como referência 1000 nascidos vivos.

A taxa de detecção de sífilis adquirida a referência são 100.000 habitantes.

Como ações de enfrentamento, o Ministério da Saúde tem investido em diversas estratégias de abrangência nacional para o controle da sífilis no país, como a compra centralizada e distribuição de insumos de diagnóstico e tratamento (testes rápidos, penicilina benzatina e cristalina), bem como o desenvolvimento de instrumentos de disseminação de informação estratégica aos gestores, auxiliando a tomada de decisão (BRASIL, 2019).

Em Salvador estão sendo realizadas ações de gestão e governança para o fortalecimento do cuidado integrado e da vigilância epidemiológica, além de ações de educação permanente em saúde para qualificação dos profissionais. Dentre essas ações, vale destacar: a apoio institucional do Projeto Sífilis Não (Ministério da Saúde/UFRN); a implantação da Câmara Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, HTLV, Sífilis e Hepatites Virais; a elaboração do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis; ações educativas sobre sífilis, em parceria com a Unicef e o Projeto Sífilis Não; lançamento do Livro de Acompanhamento e Monitoramento dos Casos de Sífilis; implementação da investigação dos casos de sífilis congênita na APS; articulação com as maternidades para implantar a investigação dos casos de sífilis congênita; além da elaboração de proposta para Linha de Cuidado da Sífilis.

2.3.4.2.5. Hepatites

As Hepatites Virais (HV) são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, de distribuição universal, que têm em comum o tropismo pelo fígado. Podem ser transmitidas por via fecal-oral (vírus da hepatite A e E) e parenteral - vírus da hepatite B, C, D (BRASIL 2018, 2020). Segundo a OMS, as HV, principalmente B e C, causaram 1,34 milhão de mortes em 2015, número comparável às mortes causadas por tuberculose e HIV (GLOBAL HEPATITIS REPORT, 2017).

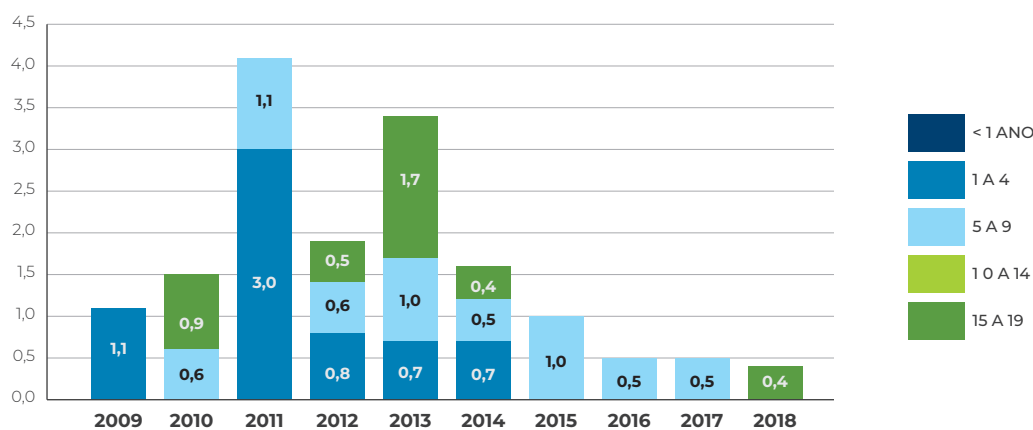
A hepatite A é uma doença comum, com alta prevalência em áreas de precárias condições sanitárias, sendo um problema sério de saúde pública. Há correlação direta com as baixas condições socioeconômicas. A melhoria do saneamento básico e o acesso a água tratada contribuíram para a redução da sua incidência no Brasil ao longo dos anos (BRASIL 2019; BANDEIRA *et al.*, 2018).

Com a melhoria das condições de vida da população não se tem encontrado altas incidências no município. Paradoxalmente, a redução da incidência de hepatite A na faixa etária pediátrica pode elevar o número de casos com mais morbidade e gravidade, por aumentar o número de adolescentes e adultos suscetíveis que deixaram de apresentar a infecção leve e, muitas vezes, subclínica na infância. Esse fato torna a vacina da hepatite A importante e de indicação precisa na faixa etária pediátrica (FERREIRA, 2014).

a) Hepatite A

A incidência de hepatite A por faixa etária no município de Salvador, no período de 2009 a 2019, tem apresentado quedas significativas. Essa tendência é percebida à medida que as condições de vida e saúde da população melhoram (BRASIL 2019; BANDEIRA *et al.*, 2018). Observa-se que o ano de 2011, foi o que apresentou a maior incidência nas faixas etárias de 1 a 4 anos e na de 5 a 9 anos (Gráfico 63).

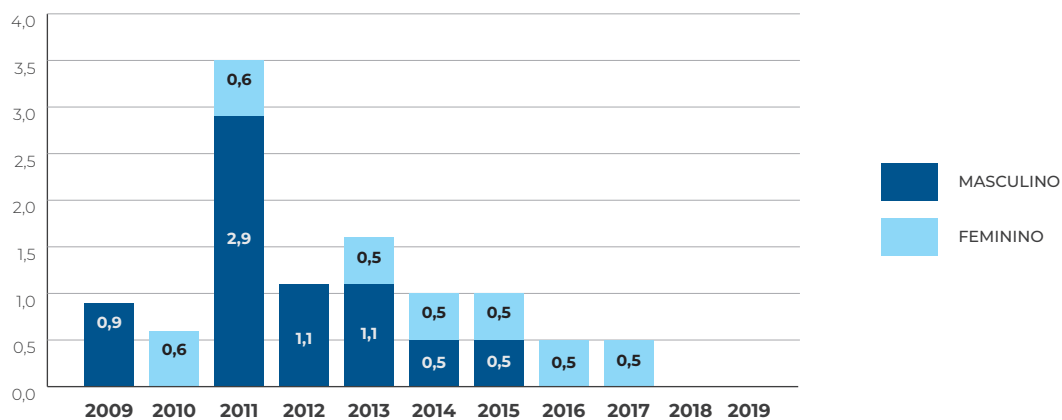
Gráfico 63 - Incidência de Hepatite A por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

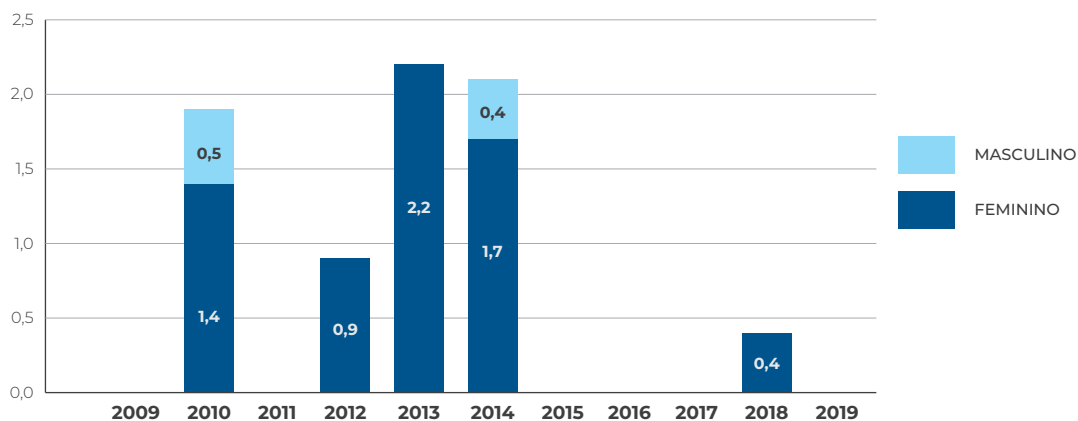
A partir dos gráficos 64 e 65 nota-se que a incidência de hepatite A em crianças e adolescentes no sexo masculino é maior que no sexo feminino, entretanto não foram encontrados dados da literatura a respeito dessa questão.

Gráfico 64 - Incidência de Hepatite A em crianças, por sexo, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

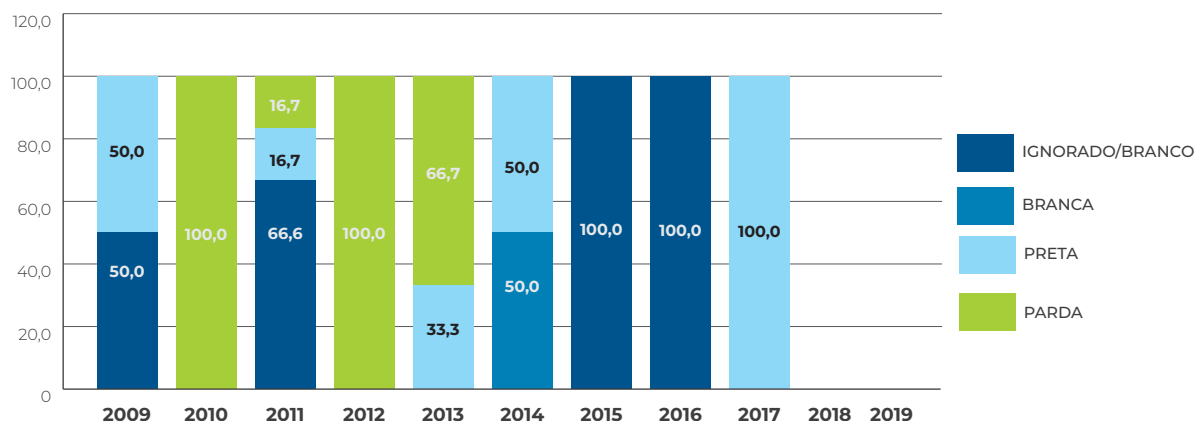
Gráfico 65 - Incidência de Hepatite A em adolescentes, por sexo, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

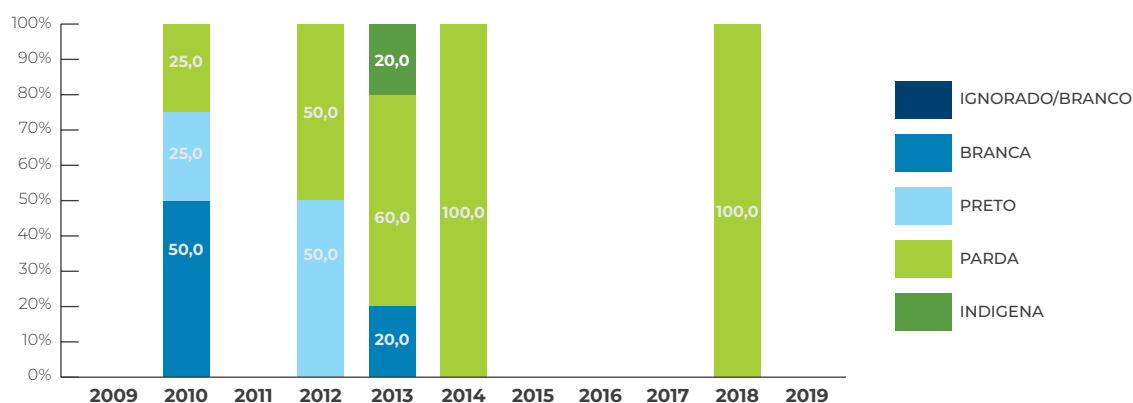
Os gráficos 66 e 67 mostram a distribuição percentual de hepatite A em crianças e adolescentes segundo o quesito raça/cor, onde no início da série histórica percebe-se um número significativo de ignorados/brancos, e que ao longo dos anos estudados, nota-se que as notificações passam a apresentar preenchimento adequado do quesito raça/cor. Nos grupos analisados, verifica-se que a maioria das crianças e adolescentes que adoeceram por Hepatite A são pretas e pardas.

Gráfico 66 - Distribuição percentual de Hepatite A em crianças, segundo quesito raça/cor, Salvador-BA, 2009-2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

Gráfico 67 - Distribuição percentual de Hepatite A em adolescentes, segundo quesito raça/cor, Salvador-BA, 2009-2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

b) Hepatite B

As novas infecções pelo vírus da Hepatite B (HBV) estão diminuindo devido ao aumento da cobertura vacinal entre crianças nas últimas décadas. A transmissão da hepatite B pode ocorrer durante a gestação (casos de gestantes com quadro agudo ou portadora crônica) ou no período perinatal. Dos recém-nascidos infectados no período perinatal, em torno de 70% a 90% evoluem para a forma crônica.

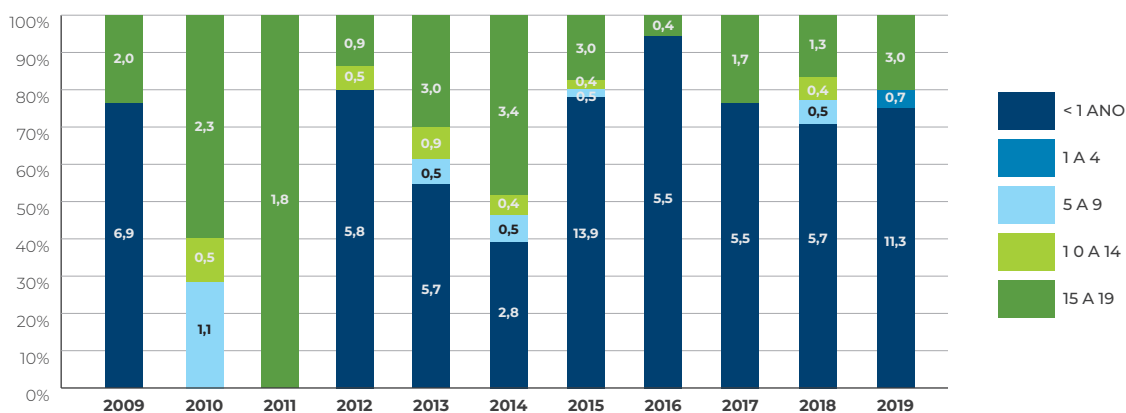
Dados epidemiológicos demonstram que a evolução para forma crônica ocorre em 30% das crianças que adquiriram a hepatite B entre 1 e 5 anos, e em 2% a 6% quando a infecção ocorre na adolescência. O alto percentual de evolução crônica da hepatite B através da transmissão perinatal (90% dos RN infectados) reflete a importância das medidas de prevenção da doença (BRASIL, 2016). Os fatores de risco entre crianças e adolescentes

incluem principalmente exposição perinatal e transmissão horizontal - morar na mesma casa onde há outras pessoas contaminadas (SILVA, 2003).

Em Salvador, as maiores taxas de detecção de Hepatite B estão compreendidas na faixa etária de crianças menores de 1 ano. A transmissão vertical do vírus B é um grave problema de saúde pública e é cada vez mais importante a realização de um pré-natal qualificado, bem como maternidades com vacina e imunoglobulina para Hepatite B, disponível preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento. Garantido esse acesso, o recém-nascido tem cerca de 95% de chances de não ser contaminado pelo vírus B através da transmissão vertical.

Observa-se também que, a faixa etária sexualmente ativa apresenta altas taxas de detecção, devido a importante forma de transmissão do vírus através do sexo desprotegido (Gráfico 68). Vale ressaltar que a vacina para hepatite B está disponível para todas as faixas etárias e o alcance de altos índices de cobertura vacinal interfere na redução das taxas de incidências.

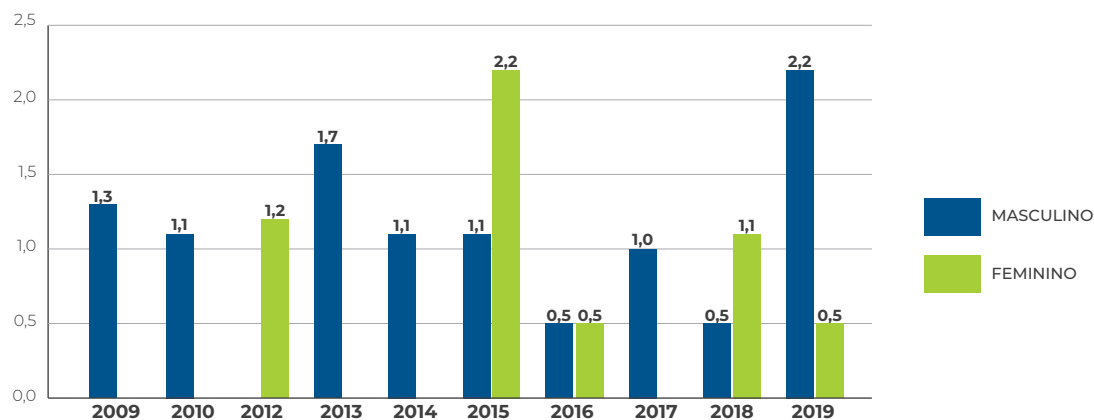
Gráfico 68 - Taxa de detecção de Hepatite B, por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

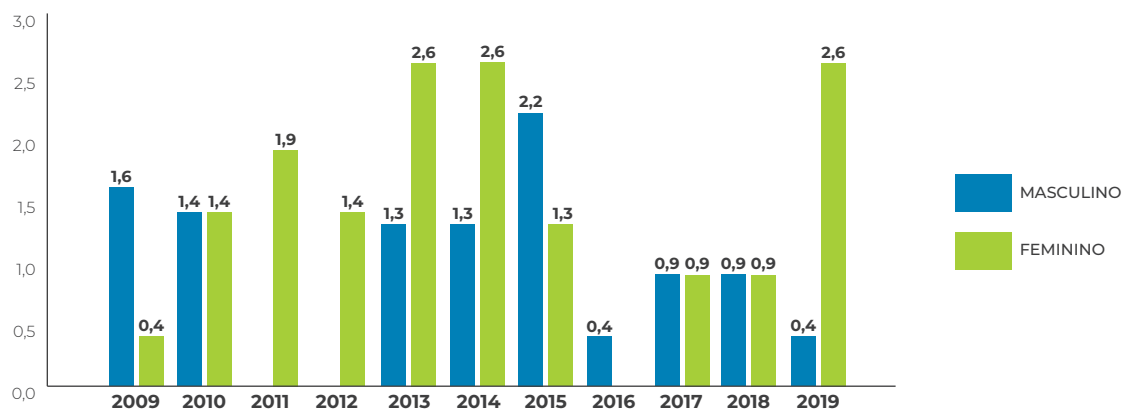
Quanto ao sexo, observa-se que na hepatite B, o sexo feminino apresenta as maiores taxas de detecção tanto em crianças quanto em adolescentes, no intervalo de tempo estudado (Gráficos 69 e 70).

Gráfico 69 - Taxa de detecção de Hepatite B em crianças, segundo sexo, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

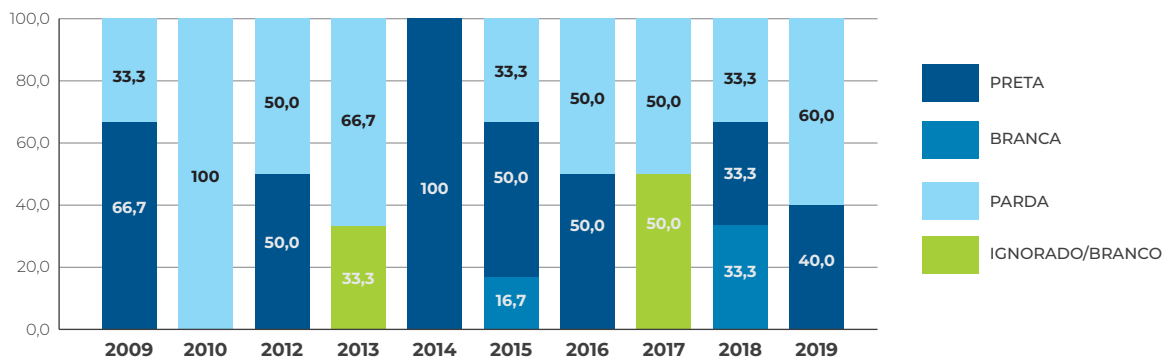
Gráfico 70 - Taxa de detecção de Hepatite B em adolescentes, segundo sexo, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

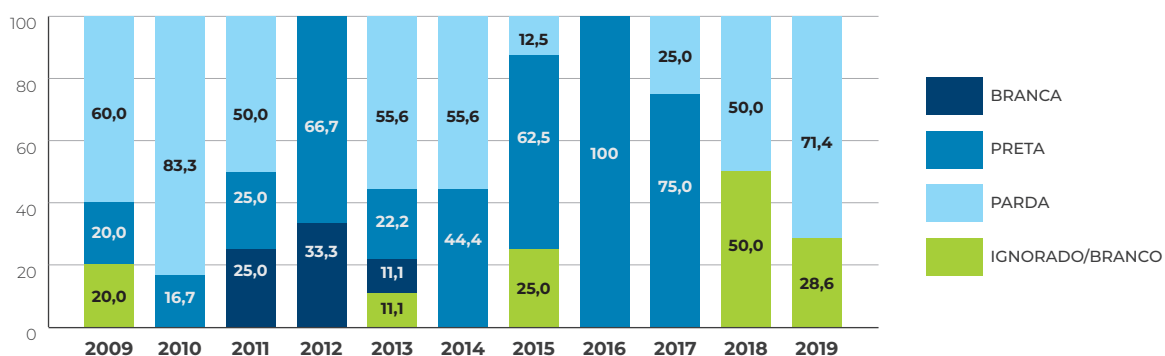
No que se refere ao quesito raça/cor, a distribuição percentual tanto em crianças como em adolescentes das raças parda e preta juntas perfazem mais da metade dos casos notificados. Os casos com o quesito raça/cor ignorado ou em branco apresenta um percentual expressivo, principalmente em adolescentes (Gráficos 71 e 72). Acredita-se que o fato dessa variável ser autodeclarada tenha influência nesses índices.

Gráfico 71 - Distribuição percentual de casos de Hepatite B em crianças, segundo raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

Gráfico 72 - Distribuição percentual de casos de Hepatite B em adolescentes, segundo raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

Ao estratificar a taxa de detecção de Hepatite B por Distrito Sanitário, percebe-se que essas taxas são baixas tanto em crianças como em adolescentes (Tabelas 41 e 42). Em 2019 o distrito de Centro Histórico apresentou uma elevada taxa de detecção de hepatite B na faixa etária de adolescentes. Acredita-se que o distrito concentre uma população elevada de usuários de drogas e profissionais do sexo, o que poderia explicar tal fato.

Tabela 41 - Taxa de detecção de Hepatite B em crianças, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2009–2019.

Distrito Sanitário de Residência	2009	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centro Histórico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Itapagipe	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7	0,0	0,0	4,8
São Caetano/ Valéria	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Liberdade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	4,2	0,0	0,0
Brotas	0,0	0,0	4,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Barra/ Rio Vermelho	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	2,9

Distrito Sanitário de Residência	2009	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Boca do Rio	0,0	0,0	0,0	6,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Itapoan	0,0	2,9	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cabula/Beiru	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,7	0,0	1,8	0,0
Pau da Lima	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Subúrbio Ferroviário	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
Cajazeiras	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Não classificados	0,2	0,3	0,0	0,3	0,5	0,5	0,0	0,3	0,5	0,5
TOTAL	0,6	0,6	0,6	0,9	0,5	1,6	0,5	0,5	0,8	1,4

Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

Tabela 42 - Taxa de detecção de Hepatite B em adolescentes, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2009–2019.

Distrito Sanitário de Residência	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centro Histórico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,7	9,7	0,0	0,0	0,0	19,7
Itapagipe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
São Caetano/ Valéria	0,0	0,0	0,0	2,2	2,1	4,1	4,1	0,0	0,0	2,1	4,1
Liberdade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Brotas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	3,2
Barra/ Rio Vermelho/ Pituba	0,0	2,3	0,0	0,0	2,1	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	2,1
Boca do Rio	0,0	0,0	0,0	5,7	16,1	0,0	0,0	0,0	0,0	5,4	0,0
Itapoan	2,8	2,4	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cabula/Beiru	1,4	0,0	1,6	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0
Pau da Lima	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0
Subúrbio Ferroviário	0,0	0,0	1,7	0,0	1,6	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cajazeiras	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Não classificados	0,4	0,9	0,5	0,0	0,7	0,6	0,6	0,0	0,2	0,4	0,2
TOTAL	1,0	1,4	0,9	0,7	2,0	1,9	1,7	0,2	0,9	0,9	1,5

Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

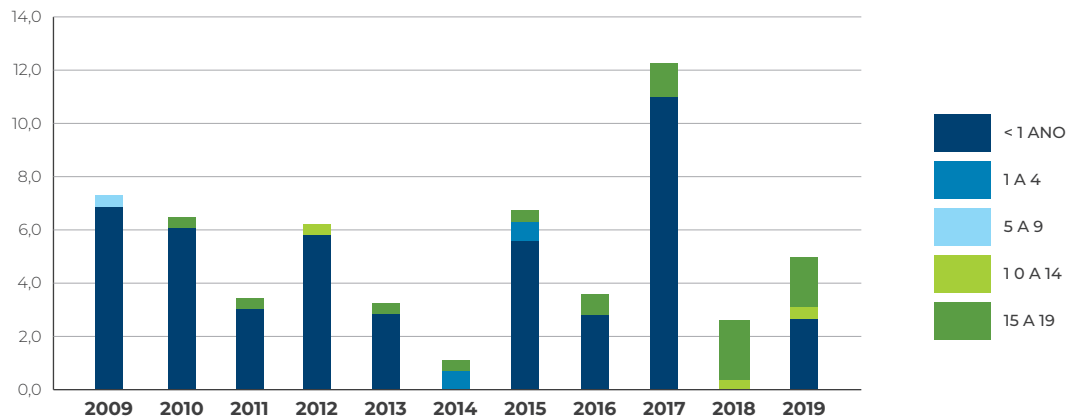
c) Hepatite C

Entre os indivíduos infectados pelo vírus da Hepatite C (HCV), somente uma pequena proporção é constituída de crianças, e há pouca ou nenhuma manifestação dessa infecção durante a infância. Por isso, pouco se sabe sobre a hepatite C em crianças quando se compara ao conhecimento da infecção em adultos. Há diferenças na forma de transmissão, história natural e complicações entre crianças e adultos infectados pelo HCV (BRASIL, 2011).

Em relação a taxa de detecção de hepatite C por faixa etária em Salvador, no período de 2009 a 2019 observa-se sua elevação em menores de 1 ano (Gráfico 73) até 2017, porém a literatura evidencia que a transmissão vertical do vírus C está em torno de 3,5% a 5%. Os anticorpos Anti-HCV transferidos da mãe podem ser detectados na criança até, no máximo, 16 meses de vida extrauterina (FERREIRA, 2014). Por esse motivo, esses casos

precisam ser melhor estudados, pois podem se tratar de anticorpos maternos detectados e não de transmissão vertical.

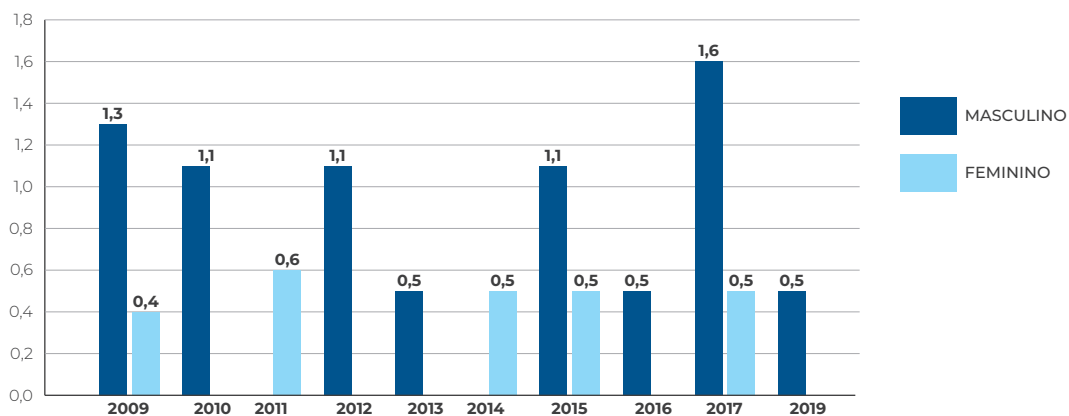
Gráfico 73 - Taxa de detecção de Hepatite C por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

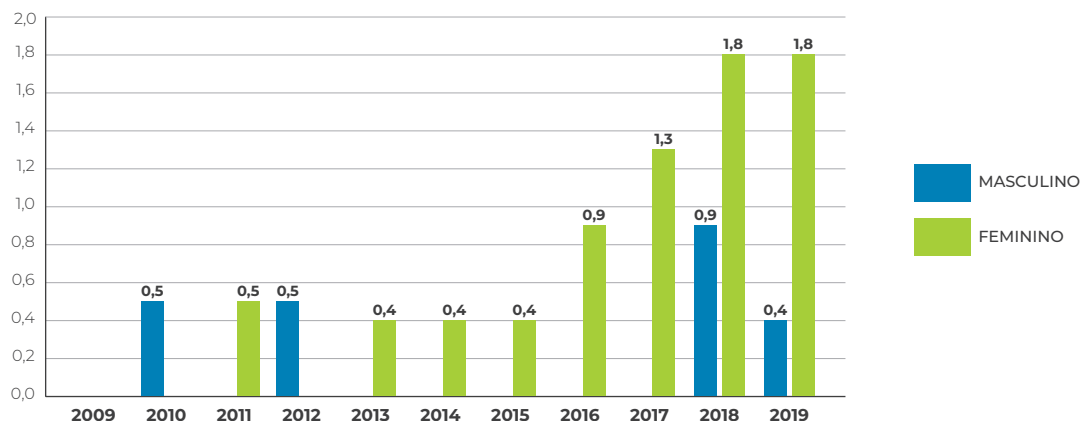
As taxas de detecção de Hepatite C em crianças, estratificadas por sexo, demonstram uma maior notificação de casos no sexo masculino, e em adolescentes uma maior notificação de casos do sexo feminino (Gráficos 74 e 75), porém não há uma explicação científica para esse fenômeno.

Gráfico 74 - Taxa de detecção de Hepatite C em crianças, segundo sexo, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

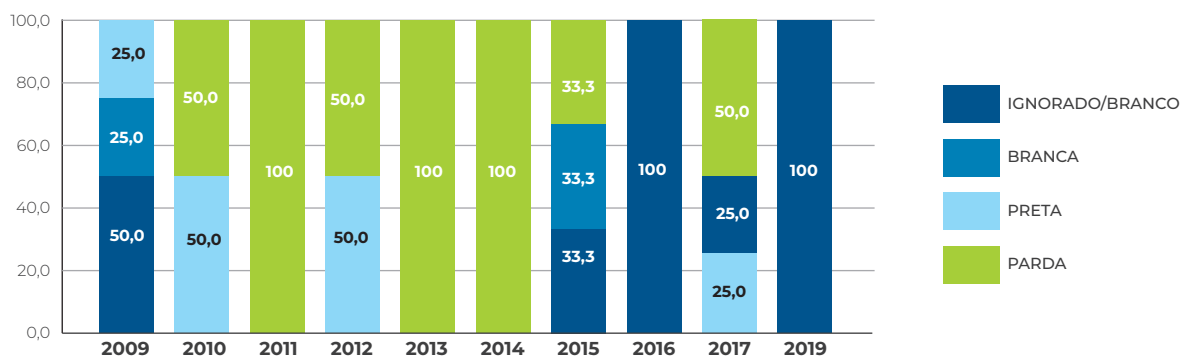
Gráfico 75 - Taxa de detecção de Hepatite C em adolescentes, segundo sexo, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

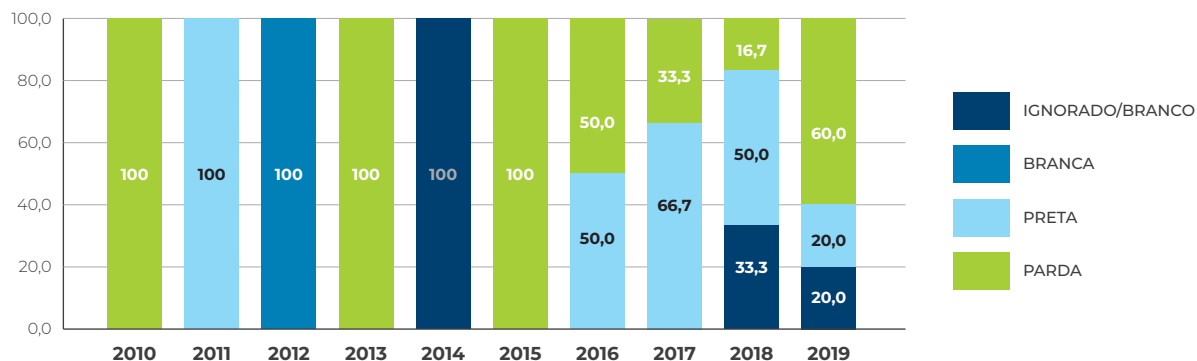
No que se refere a distribuição percentual de crianças e adolescentes segundo quesito raça/cor, nota-se um quantitativo considerável de casos sem preenchimento desse campo (Gráficos 76 e 77). Ao longo da série histórica estudada, encontra-se um percentual importante de casos em crianças e adolescentes de raça/cor pardas e pretas.

Gráfico 76 - Distribuição percentual de crianças, segundo quesito raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

Gráfico 77 - Distribuição percentual de adolescentes, segundo quesito raça/cor, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

A análise das taxas de detecção da Hepatite C, em crianças e adolescentes, segundo distrito de residência (Tabelas 43 e 44), aponta que essas taxas são consideradas baixas, uma vez que existe pouca ou nenhuma manifestação dessa infecção durante a infância (FERREIRA, 2014).

Tabela 43 - Taxa de detecção de Hepatite C em crianças por distrito sanitário, Salvador-BA, 2009–2019.

Distrito Sanitário	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centro Histórico	9,4	0,0	0,0	0,0	0,0	14,5	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0
Itapagipe	3,8	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8
São Caetano/ Valéria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Barra/ Rio Vermelho	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Boca do Rio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,4	0,0	0,0
Itapoan	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	2,6	0,0	2,6	0,0	0,0
Pau da Lima	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Subúrbio Ferroviário	0,0	2,1	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0
Cajazeiras	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0
TOTAL	0,9	0,6	0,3	0,6	0,0	0,3	0,8	0,3	1,1	0,0	0,3

Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

Tabela 44 - Taxa de detecção de Hepatite C em adolescentes por distrito sanitário, Salvador-BA, 2009–2019.

Distrito Sanitário	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centro Histórico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,6	0,0	9,9	0,0
Itapagipe	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
São Caetano/Valéria	0,0	2,2	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0
Liberdade	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0
Barra/Rio Vermelho	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0
Itapoan	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	2,3
Cabula/Beiru	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,4	1,4	0,0	2,9
Subúrbio Ferroviário	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	1,6
Cajazeiras	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	3,3
TOTAL	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,2	0,4	0,6	1,3	1,1

Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

2.3.4.2.6. HTLV

O Vírus T-linfotrófico Humano (HTLV) atinge as células de defesa do organismo, os linfócitos T. O HTLV foi o primeiro retrovírus humano isolado (no início da década de 1980) e é classificado em dois grupos: HTLV-I e HTLV-II. Estima-se que 15 a 20 milhões de pessoas estejam infectadas pelo HTLV-1 no mundo. No Brasil, encontra-se presente em todas as regiões, com menor prevalência nos extremos norte e sul, e maior no Sudeste e no estado da Bahia, sendo Salvador a cidade brasileira com maior prevalência de HTLV I (MOXOTO, 2007). A Bahia inseriu o HTLV como doença de notificação compulsória por meio da Portaria nº 125, em janeiro de 2011.

A transmissão do HTLV ocorre da mãe infectada para o recém-nascido (transmissão vertical), principalmente pelo aleitamento materno. Outras formas de infecção são a via sexual desprotegida (sem camisinha) com uma pessoa infectada e o compartilhamento de seringas e agulhas, alicates de unha ou outros utensílios (BRASIL, 2020).

A transmissão vertical de HTLV-I/II poderia, teoricamente, ocorrer durante o período intrauterino ou durante o parto, mas demonstrou-se que é por meio da amamentação que ocorre a maior parte da transmissão à medida que células infectadas com HTLV entram no corpo da criança por via oral (DAMÁSIO, 2015). A taxa de transmissão vertical pelo aleitamento está diretamente relacionada com o tempo de amamentação, sendo muito alta em crianças que foram amamentadas por mais de três meses comparadas com as que foram amamentadas por tempo menor (BRASIL, 2014).

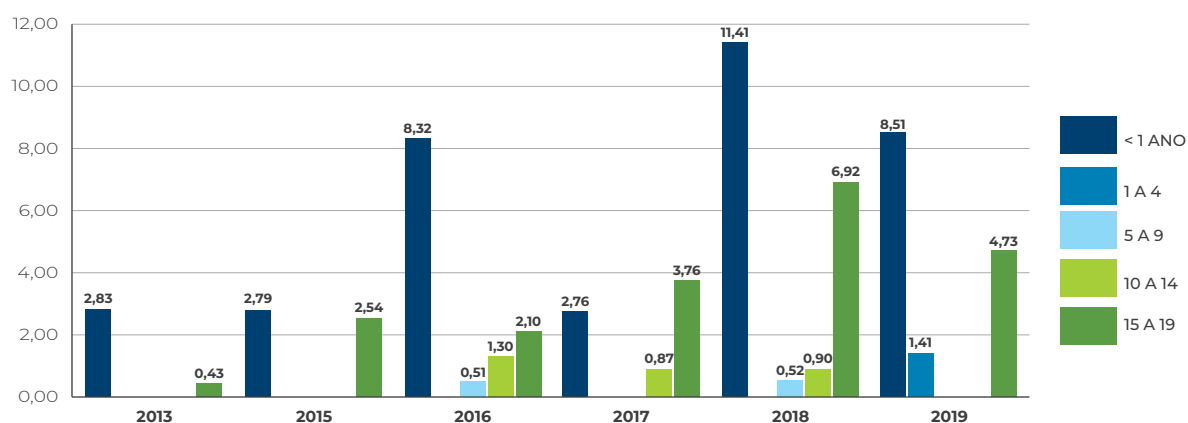
Em crianças, a infecção por HTLV-I está relacionada com quadros de dermatite infecciosa, especialmente naqueles que desenvolve a Leucemia de células T do Adulto (ATL) ou paraparesia espástica tropical (HAM/TSP) na vida adulta, caracterizando um fator de risco para essas complicações. Dessa forma, é importante que o pediatra junto com o obstetra fique atento ao diagnóstico pré-natal da infecção materna (BITTENCOURT, 2015).

O HTLV-I tem ação muito lenta no organismo, e as doenças que causa são, em sua maioria, consideradas como de aparecimento tardio na vida adulta. É importante referir que mais de 90% dos portadores do HTLV-I permanecem assintomáticos (BITTENCOURT, *et al.*, 2006) A partir de 2012, a testagem para o HTLV foi implantada na triagem pré-natal em papel filtro no estado da Bahia, reforçando a ideia da triagem do HTLV no pré-natal como importante instrumento diagnóstico de pessoas infectadas pelo vírus (BAHIA, 2020).

As gestantes que iniciam o pré-natal na atenção primária no município de Salvador realizam a sorologia para o HTLV. Àquelas que confirmam sorologia positiva têm a amamentação contraindicada e o município garante o recebimento da fórmula infantil de partida e seguimento, em substituição ao leite materno, como forma de prevenção da transmissão vertical. Dessa forma, é de importância primordial a qualificação da atenção ao pré-natal.

O Gráfico 78 apresenta a taxa de detecção por faixa etária do período compreendido entre 2009 a 2019, porém não constam casos de HTLV para entre menores de 1 ano a 19 anos entre os anos 2009 a 2012, assim como em 2014, o que pode estar relacionado ao fato da captação de dados uma vez que essa doença só foi incluída na lista de notificação compulsória no estado da Bahia a partir de 2011. Ao longo da série, verifica-se que há um aumento da taxa de incidência de HTLV com o passar dos anos, o que indica um aumento das notificações, e possivelmente dos registros desses casos nos sistemas de informação.

Gráfico 78 - Taxa de detecção de HTLV por faixa etária, Salvador-BA, 2013–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 21 de outubro de 2020. (Dados sujeitos a alterações).

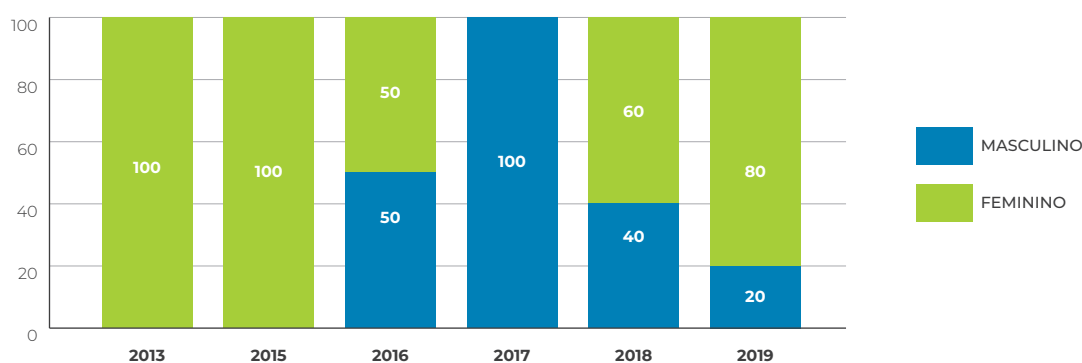
Observa-se uma alta taxa de detecção em menores de 1 ano, entretanto, a literatura destaca que o fato de que um teste positivo, antes de um ano de idade, pode não corresponder a infecção e resultar apenas da passagem de anticorpos maternos através da placenta (BAHIA, 2020). Além disso, na infância a soropositividade para o HTLV-I é muito baixa.

Nota-se o aumento de registros de casos na faixa etária de 15 a 19 anos ao longo dos anos, que apresentam significativas taxas de detecção, fato esse que pode ser justificado por

se tratar de adolescentes que já possuem vida sexual ativa. Dessa forma, além da transmissão vertical há também a possibilidade de exposição a relação sexual desprotegida. Vale destacar que o município de Salvador disponibiliza regularmente preservativos masculinos e femininos em todas as unidades de saúde.

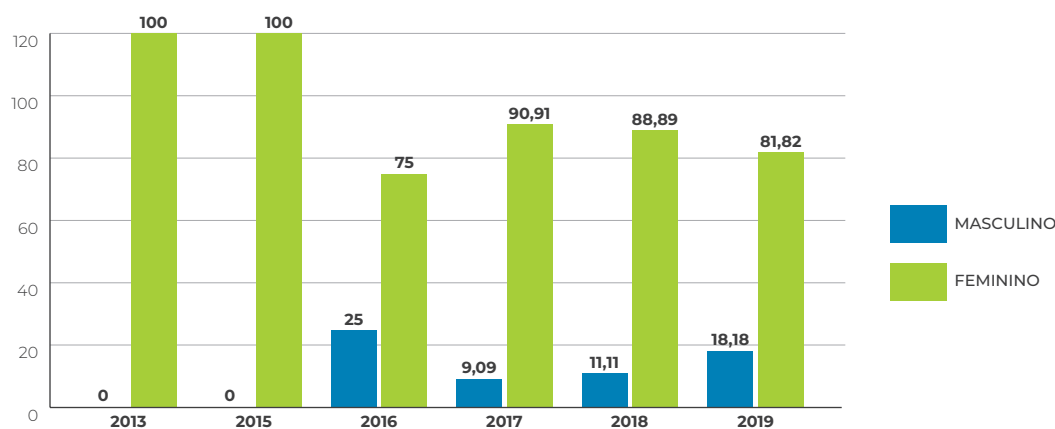
Os Gráficos 78 e 79 demonstram os percentuais dos casos notificados de HTLV nos sexos masculino e feminino, por ano de notificação. Observa-se que no decorrer dos anos o percentual de casos no sexo feminino é maior do que no sexo masculino, tanto para crianças quanto para adolescentes. A literatura também relata que a transmissão por relação sexual é mais frequente do homem para a mulher, de modo que a infecção se revela mais elevada em mulheres por essa via de transmissão (BRASIL, 2014).

Gráfico 79 - Percentual do número de casos de HTLV em crianças, por sexo, Salvador-BA, 2013–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 20 de outubro de 2020. (Dados sujeitos a alterações).

Gráfico 80 - Percentual do número de casos de HTLV em adolescentes, por sexo, Salvador-BA, 2013–2019.

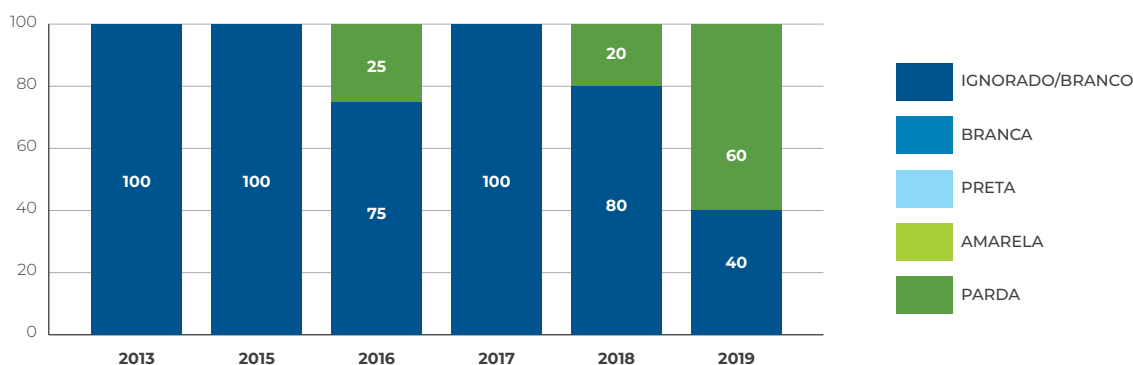


Fonte: Sinan. Acesso em: 20 de outubro de 2020. (Dados sujeitos a alterações).

Os Gráficos 81 e 82 demonstram o percentual de casos notificados de HTLV segundo o quesito raça cor, quando se observa a predominância em pretos e pardos. Esses achados

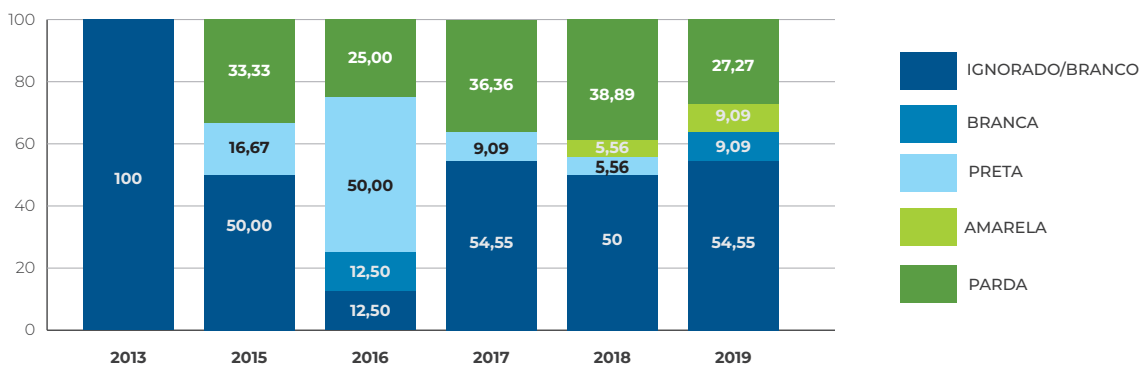
estão em consonância com o que encontrado na literatura, que associa a ocorrência do vírus em populações específicas: subtipo HTLV-I é predominante entre a população de pardos e negras (BAHIA, 2020). Vale ressaltar o elevado percentual de ignorado e branco, o que compromete a completude dos dados e consequentemente as análises.

Gráfico 81 - Percentual do número de casos de HTLV em crianças, pelo quesito raça/cor, Salvador-BA, 2013–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 20 de outubro de 2020. (Dados sujeitos a alterações).

Gráfico 82 - Percentual do número de casos de HTLV em adolescentes, pelo quesito raça/cor, Salvador-BA, 2013–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 20 de outubro de 2020. (Dados sujeitos a alterações).

As Tabelas 45 e 46 mostram a taxa de detecção dos casos de HTLV em crianças e adolescentes por distrito sanitário. Ao longo dos anos, percebe-se um aumento na taxa de detecção, sendo Salvador considerada uma área endêmica para HTLV, com registro de casos de HTLV em quase todos os distritos sanitários. Em alguns distritos sanitários a faixa etária da adolescência apresenta uma taxa de detecção elevada, o que pode estar associado ao início da vida sexual ativa sem uso de preservativo ou outro fator como o uso de drogas ilícitas. De acordo com a literatura, a soropositividade para o HTLV-I aumenta a partir da adolescência e início da idade adulta (BRASIL, 2020).

Tabela 45 - Taxa de detecção de HTLV em crianças, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2013–2019.

Distrito Residência	2013	2015	2016	2017	2018	2019
São Caetano/ Valéria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,52
Liberdade	0,00	4,23	0,00	0,00	0,00	4,31
Brotas	0,00	0,00	4,02	0,00	4,14	4,12
Barra/Rio Vermelho/ Pituba	2,85	0,00	0,00	0,00	0,00	2,86
Itapoan	0,00	0,00	2,62	0,00	5,40	0,00
Cabula/Beiru	0,00	0,00	0,00	0,00	1,79	1,78
Pau da Lima	0,00	0,00	2,91	0,00	0,00	0,00
Subúrbio Ferroviário	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cajazeiras	0,00	0,00	0,00	1,88	3,98	0,00
TOTAL	2,85	4,23	9,55	1,88	15,31	15,59

Fonte: Sinan. Acesso em: 20 de outubro de 2020. (Dados sujeitos a alterações).

Tabela 46 - Taxa de detecção de HTLV em adolescentes, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2013–2019.

Distrito Residência	2013	2015	2016	2017	2018	2019
Centro Histórico	0,00	0,00	0,00	0,00	9,88	29,49
Itapagipe	0,00	0,00	0,00	0,00	3,65	0,00
São Caetano/ Valéria	0,00	0,00	4,04	4,01	4,15	2,06
Liberdade	0,00	3,31	0,00	0,00	3,38	3,37
Brotas	0,00	3,16	3,14	0,00	3,23	0,00
Barra/ Rio Vermelho/ Pituba	0,00	2,11	2,09	2,08	0,00	0,00
Boca do Rio	0,00	0,00	0,00	10,51	0,00	0,00
Itapoan	0,00	0,00	0,00	2,19	4,53	2,26
Cabula/Beiru	0,00	0,00	0,00	2,45	2,96	1,47
Pau da Lima	0,00	7,44	0,00	7,36	15,22	0,00
Subúrbio Ferroviário	1,60	0,00	4,70	1,56	0,00	4,81
Cajazeiras	0,00	0,00	3,23	0,00	3,32	3,30
TOTAL	1,60	16,02	17,20	30,16	50,32	46,76

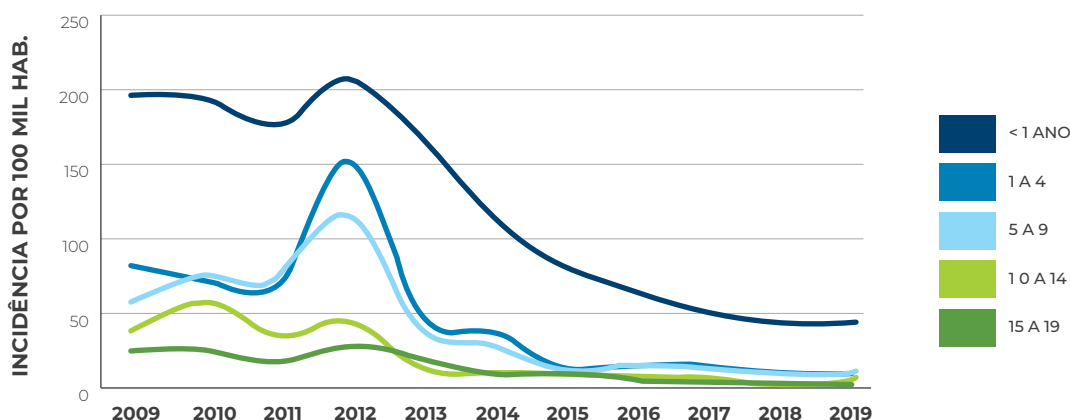
Fonte: Sinan. Acesso em: 20 de outubro de 2020. (Dados sujeitos a alterações).

2.3.4.3. Doenças imunopreveníveis

2.3.4.3.1. Meningite

No período de 2009 a 2019 em Salvador, 58% (n = 3.065) dos casos de Meningite acometeram a população menor de 1 ano a 19 anos, justificando as estratégias adotadas como a imunização em tempo oportuno nessa população. Em virtude da epidemia de meningite meningocócica em 2010, Salvador introduziu a vacina meningocócica C, sendo a única capital do Brasil que vacinou a população de 10-24 anos, resultando num importante controle da doença. Na série histórica, observa-se uma redução de 82,9% da incidência das meningites, com um refeito mais significativo a partir de 2013. As maiores incidências foram verificadas na população menor de 1 ano, sendo essa a faixa etária com maior risco para acometimento da doença (Gráfico 83).

Gráfico 83 - Incidência das Meningites por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.

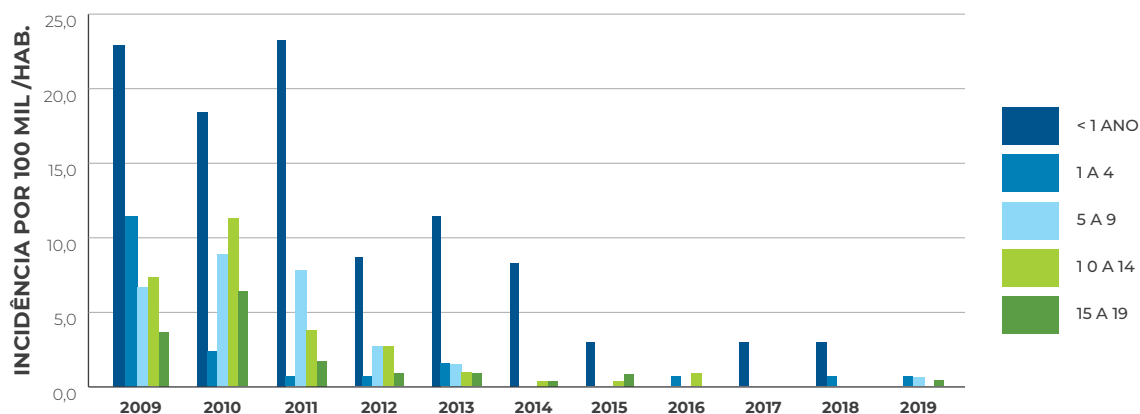


Fonte: SMS/DVIS/Sinan. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

A doença meningocócica no Brasil é uma doença endêmica, sendo essa etiologia dentre as meningites bacterianas a que apresenta maior importância no cenário da Vigilância Epidemiológica, devido sua grande capacidade de causar surtos e da evolução rápida para óbito e sequelas, tanto neurológicas como motoras, se não tratadas de formas precoce (GUEDES, *et al.*, 2018).

A incidência da doença teve predominância na faixa etária de menor de 1 ano, com taxa de 23/100 mil habitantes no ano de 2009, tendo uma oscilação ao longo da série histórica e uma diminuição significativa a partir de 2014 (Inc. 8,42/100 mil habitantes). Em 2016 e 2019 não foi registrado caso da doença nessa faixa etária. Podemos associar esse cenário favorável à introdução da vacina Meningocócica no calendário vacinal a partir de 2010 para menores de 5 anos, e na população de 10 a 14 anos (Gráfico 84).

Gráfico 84 - Incidência da Doença Meningocócica por faixa etária, Salvador-BA, 2009–2019.

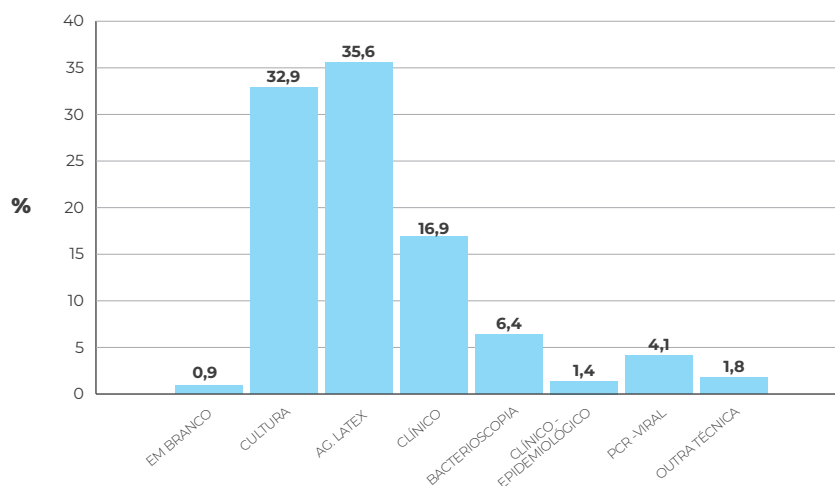


Fonte: SMS/DVIS/VIIEP/Agravos/Sinan. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

Os principais critérios de confirmação dos casos da Doença Meningocócica foram a Aglutinação pelo Látex 36% (n = 78), seguido pela cultura 33% (72) (Gráfico 85).

Vale lembrar que o padrão ouro para diagnóstico é a cultura, que pode ser realizada tanto com amostra de líquido ou sangue, pela sua especificidade para identificação do agente etiológico.

Gráfico 85 - Critérios de confirmação da doença Meningocócica por faixa etária de < de 1 ano a 19 anos, de 2009 a 2019, Salvador-BA.



Fonte: SMS/DVIS/VIIEP/Agravos/Sinan. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

Em relação ao sorogrupo identificado, o C se destaca com 53,4% (117) dos casos identificados. Esse é o mesmo panorama observado no Brasil, desde 2005, e na América Latina de forma geral, mas estudos epidemiológicos demonstram o incremento do sorogrupo W, notado, por exemplo, no estado de Santa Catarina em 2019, quando houve uma elevação de 40% no número de casos ocasionados por este tipo (BRASIL, 2019) - (Tabela 47).

Tabela 47 - Sorogrupo da doença Meningocócica na faixa etária < de 1 ano a 19 anos - Salvador-BA, 2009-2019.

Sorogrupo	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
Ign./Em branco	32	18	7	7	6	2	4	1	0	1	1	79	36,1
A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	3	3	7	1	0	0	0	0	0	0	0	14	6,4
C	38	42	19	7	6	2	0	0	1	1	1	117	53,4
Y	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0,9
W135	0	0	2	2	1	0	0	1	0	0	1	7	3,2
Total	73	63	35	17	13	5	4	3	1	2	3	219	100

Fonte: SMS/DVIS/VIIEP/Agravos/Sinan. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

Diante do exposto pode-se observar o alto percentual de pacientes que não tiveram sorogrupo identificado e registrado em ficha de notificação ao longo dos anos analisados, sendo responsável por 36,1% da amostra total. Esse dado é de grande importância para qualificação do perfil epidemiológico da doença e implementação de medidas de controle.

O sexo masculino é o mais acometido pela doença, com 60,4% (1.853) do registro de casos. Em relação ao quesito raça/cor, ocorre uma predominância da doença na população de < 1 ano a 19 anos da cor parda, com 49% (1.532) dos casos e considerando a definição de população negra como somatório de pretos e pardos, constata-se uma detecção mais elevada da doença nesse segmento em comparação aos outros grupos (Tabela 48).

Tabela 48 - Número de casos, incidência, etiologia, sexo, raça/cor das Meningites por faixa etária em Salvador-BA, 2009-2019.

Faixa Etária (5)	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	N	%
<1 ano	86	197,9	64	194,9	61	177,5	72	208,0	59	166,7	41	115,1	30	83,7	24	66,6	19	52,4	16	45,6	16	45,4	488	15,9
01 - 04 anos	147	81,3	97	73,2	94	71,2	205	154,3	71	49,7	56	39,0	23	15,9	28	19,3	24	16,4	16	11,3	16	11,3	777	25,4
05 - 09 anos	142	58,9	137	76,7	131	72,9	212	117,1	79	41	57	29,4	27	13,8	33	16,8	29	14,7	19	10,0	21	11,0	887	28,9
10 - 14 anos	100	41,6	121	57,9	77	36,6	93	43,9	35	15,5	27	11,9	24	10,5	17	7,4	21	9,1	4	1,8	18	8,0	537	17,5
15 - 19 anos	65	25,7	55	25,4	44	20,2	63	28,7	48	20,6	27	11,5	30	12,7	17	7,1	11	4,6	8	3,5	8	3,4	376	12,3
TOTAL	540	56,3	474	61,6	407	52,5	645	82,7	292	35,2	208	24,9	134	16,0	119	14,1	104	12,2	63	7,7	79	9,6	3.065	100,0

Etiologia	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doença Meningocócica	73,0	13,5	63,0	13,3	35,0	8,6	17,0	2,6	13,0	4,5	5,0	2,4	4,0	3,0	3,0	2,5	1,0	1,0	2,0	3,2	3,0	3,8	219,0	7,1
Meningite Tuberculosa	0,0	0,0	2,0	0,4	2,0	0,5	1,0	0,2	4,0	1,4	2,0	1,0	2,0	1,5	2,0	1,7	2,0	1,9	1,0	1,6	2,0	2,5	20,0	0,7
Meningite outras bactérias	57,0	10,6	40,0	8,4	41,0	10,1	71,0	11,0	35,0	12,0	31,0	14,9	15,0	11,2	15,0	12,6	16,0	15,4	6,0	9,5	12,0	15,2	339,0	11,1
Meningite não especificada	34,0	6,3	31,0	6,5	28,0	6,9	40,0	6,2	23,0	7,9	22,0	10,6	26,0	19,4	18,0	15,1	21,0	20,2	16,0	25,4	26,0	32,9	285,0	9,3
Meningite viral	366,0	67,8	329,0	69,4	294,0	72,2	509,0	78,9	210,0	71,9	145,0	69,7	87,0	64,9	78,0	65,5	61,0	58,7	34,0	54,0	35,0	44,3	2.148,0	70,1
Meningite outras etiologias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,3	4,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0	0,2
Meningite por Haemophilus	0,0	0,0	1,0	0,2	0,0	0,0	2,0	0,3	0,0	0,0	1,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,6	0,0	0,0	5,0	0,2
Meningite por Pneumococo	5,0	0,9	7,0	1,5	7,0	1,7	2,0	0,3	3,0	1,0	1,0	0,5	0,0	0,0	2,0	1,7	1,0	1,0	3,0	4,8	1,0	1,3	32,0	1,0
Não classificados	5,0	0,9	1,0	0,2	0,0	0,0	1,0	0,2	0,0	0,0	1,0	0,5	0,0	0,0	1,0	0,8	2,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	11,0	0,4
TOTAL	540,0	100,0	474,0	99,9	407,0	100,0	645,0	100,0	292,0	100,1	208,0	100,1	134,0	100,0	119,0	99,9	104,0	100,1	63,0	100,1	79,0	100,0	3.065,0	100,1

Sexo	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	321	59,4	291	61,4	234	57,5	404	62,6	191	65,4	134	64,4	75	56,0	63	52,9	59	56,7	36	57,1	45	57,0	1.853	60,5
Feminino	219	40,6	183	38,6	173	42,5	239	37,1	100	34,2	74	35,6	59	44,0	56	47,1	45	43,3	27	42,9	34	43,0	1.209	39,4
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1
TOTAL	540	100,0	474	100,0	407	100,0	645	100,0	292	99,9	208	100,0	134	100,0	119	100,0	104	100,0	63	100,0	79	100,0	3.065	7.229,9

Raça	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ign./Branco	467	86	181	38	76	19	130	20	74	25	48	23	37	28	28	24	27	26	17	27	31	39	1.116	36
Branca	14	3	14	3	19	5	63	10	30	10	13	6	6	4	14	12	12	12	28	3	4	5	191	6
Preta	15	3	11	2	7	2	79	12	39	13	21	10	12	9	9	8	12	12	8	13	5	6	218	7
Amarela	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	0
Parda	44	8	268	57	305	75	368	57	149	51	126	61	78	58	67	56	53	51	36	57	38	48	1.532	50
Indígena	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4	0
TOTAL	540	100	474	100	407	101	645	99	292	99	208	100	134	100	119	101	104	101	89	100	79	99	3.065	99

Distrito Sanitário de Residência	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centro Histórico	7	1,3	13	2,7	14	3,4	12	1,9	3	1,0	5	2,4	5	3,7	1	0,8	2	1,9	1	1,6	2	2,5	65	2,1
Itapagipe	68	12,6	50	10,5	46	11,3	75	11,6	28	9,6	19	9,1	14	10,4	7	5,9	4	3,8	1	1,6	3	3,8	315	10,3
São Caetano/Valéria	80	14,8	61	12,9	51	12,5	96	14,9	38	13,0	22	10,6	14	10,4	17	14,3	9	8,7	5	7,9	6	7,6	399	13,0
Liberdade	39	7,2	45	9,5	22	5,4	28	4,3	17	5,8	21	10,1	15	11,2	8	6,7	6	5,8	3	4,8	2	2,5	206	6,7
Brotas	22	4,1	18	3,8	24	5,9	36	5,6	22	7,5	25	12,0	11	8,2	8	6,7	10	9,6	3	4,8	10	12,7	189	6,2
Barra/Rio Vermelho/Pituba	26	4,8	50	10,5	30	7,4	41	6,4	39	13,4	11	5,3	6	4,5	9	7,6	15	14,4	4	6,3	9	11,4	240	7,8
Boca do Rio	21	3,9	12	2,5	12	2,9	27	4,2	9	3,1	3	1,4	4	3,0	10	8,4	6	5,8	6	9,5	5	6,3	115	3,8

Faixa Etária (5)	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	Casos	Inc.	N	%
Itapoan	65	12,0	41	8,6	38	9,3	28	4,3	13	4,5	18	8,7	12	9,0	13	10,9	17	16,3	7	11,1	10	12,7	262	8,5
Cabula/Beiru	63	11,7	73	15,4	45	11,1	79	12,2	45	15,4	27	13,0	18	13,4	11	9,2	5	4,8	13	20,6	10	12,7	389	12,7
Pau da Lima	42	7,8	35	7,4	33	8,1	60	9,3	15	5,1	19	9,1	13	9,7	8	6,7	13	12,5	6	9,5	10	12,7	254	8,3
Subúrbio Ferroviário	74	13,7	49	10,3	56	13,8	116	18,0	36	12,3	29	13,9	14	10,4	22	18,5	14	13,5	13	20,6	7	8,9	430	14,0
Cajazeiras	18	3,3	25	5,3	28	6,9	30	4,7	23	7,9	3	1,4	4	3,0	4	3,4	3	2,9	1	1,6	4	5,1	143	4,7
Não classificados	15	2,8	2	0,4	8	2,0	17	2,6	4	1,4	6	2,9	4	3,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	1,3	58	1,9
TOTAL	540	100,0	474	99,8	407	100,0	645	100,0	292	100,0	208	99,9	134	99,9	119	99,9	104	100,0	63	99,9	79	100,2	3.065	100,0

Fonte: SMS/DVIS/VIIEP/Agravos/Sinan. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

Quanto a etiologia observa-se predomínio das meningites virais com registro de 70,1% (2.148) dos casos (Tabela 48). Na distribuição por território, o Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário foi responsável pelo maior registro de casos com 14% (430), seguido por São Caetano/Valéria com 13% (399) e Cabula/Beiru com 12,7% (389) - (Tabela 48).

2.3.4.4. Doenças associadas a vetores, artrópodes e roedores de relevância para a saúde pública

2.3.4.4.1. Síndrome congênita do Zika Vírus

Em decorrência da introdução do Zika Vírus (ZIKV), em 2015 no Brasil, um aumento no número de recém-nascidos com alterações no perímetro cefálico (microcefalia) ocorreu no país, sendo declarada emergência em saúde pública de caráter nacional com ampliação da sua importância pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o âmbito internacional. Posteriormente, além da microcefalia, foi observada a ocorrência de alterações neurológicas e malformações congênitas, e em decorrência desse amplo espectro passou a ser denominada Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV).

Diante desse cenário epidemiológico, surgiu a necessidade do monitoramento integrado das malformações congênitas decorrentes de infecções durante a gestação e a ampliação para outras infecções já conhecidas como sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus simples, parvovírus B19 e varicela zoster (STORCH). O acrônimo STORCH define um conjunto de infecções passíveis de causar malformações congênitas similares às observadas na Síndrome Congênita do Zika Vírus e dessa forma, o Zika Vírus foi então acrescentado ao acrônimo STORCH (Zika Vírus (Z) – STORCH+ZIKA), sendo objeto da vigilância e da atenção à saúde, em especial na saúde da mulher e da criança. Neste contexto, o Ministério da Saúde adaptou um sistema de informação em saúde, utilizado anteriormente para captação de outros eventos, denominado Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP), para o registro dos casos iniciais de microcefalia, o que possibilitou a leitura do cenário epidemiológico da SCZV.

O município de Salvador foi um dos epicentros desse evento em saúde pública no Brasil, e nesse sentido, a vigilância em saúde, através do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Salvador (CIEVS SSA) estruturou-se com o objetivo principal

de integrar a rede de notificações e vigilância dos casos e ampliar as ações relacionadas ao monitoramento das alterações no crescimento e no desenvolvimento, que pudessem estar relacionadas às infecções pelo Zika Vírus e outras etiologias infecciosas.

Entre 16 de julho de 2015 e 26 de outubro de 2020, foram notificados 921 casos de SCZV de residentes de Salvador. Destes, 273 (29,6%) foram confirmados, 65 (7%) foram considerados prováveis, 354 (38,4%) foram descartados, 103 (11,2%) inconclusivos, 02 (0,2%) continuam em investigação e 124 (13,5) inativados (Tabela 49).

Tabela 49 - Distribuição dos casos de SCVZ segundo classificação, anos: 2015–2020*, Salvador-BA.

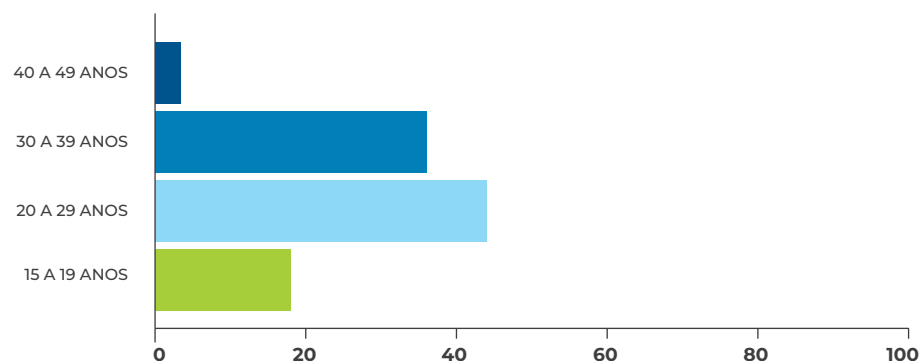
	NOTIFICADOS	CONFIRMADOS	PROVÁVEIS	DESCARTADOS	EM INVESTIGAÇÃO	INCONCLUSIVOS	INATIVADOS
2015	344	147	8	133	0	33	23
2016	448	114	12	194	0	47	81
2017	74	8	18	23	0	10	15
2018	37	3	18	2	0	10	4
2019	7	1	2	0	0	3	1
2020*	11	0	7	2	2	0	0
TOTAL	921	273	65	354	2	103	124

Fonte: RESP/SMS/DVIS/CIEVS-SSA. *Período: de 16 de julho de 2015 a 26 de outubro de 2020.
Dados atualizados em: 26 de outubro de 2020 às 14h.

- 1. Confirmado:** casos investigados e confirmados através de exame de neuroimagem e/ou exames laboratoriais;
- 2. Provável:** casos investigados e confirmados através de exame de neuroimagem e/ou exames laboratoriais (mães sem relato de exantema ou febre durante a gestação e sem resultado laboratorial para STORCH+Zika);
- 3. Descartado:** casos investigados e descartados através de exame de neuroimagem;
- 4. Em investigação:** casos investigados que faltam poucos dados para concluir a classificação;
- 5. Inconclusivo:** casos que não foram investigados por motivo de recusa ou por não ser possível encontrá-lo ou cujos resultados e informações disponíveis não permitam classificá-lo em outra categoria;
- 6. Inativado:** casos descartados por não atenderem critérios de inclusão e/ou não residirem em Salvador-BA.

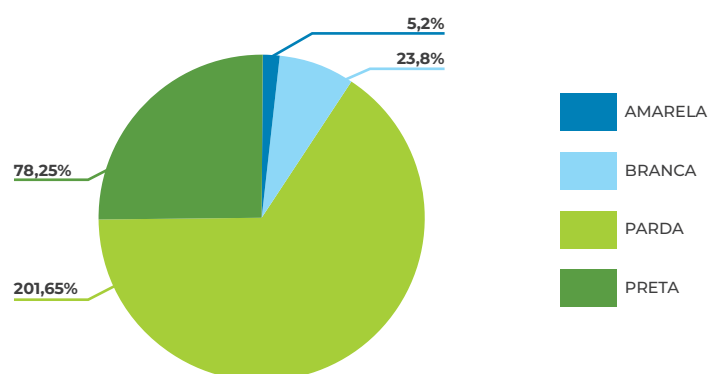
Dentre as 338 (36,6%) crianças confirmadas e prováveis de SCVZ, no período de 2015 a 20/10/2020, a mediana de idade das mães era de 27 (15-45) anos, sendo que 43,8% (148) estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida da faixa etária de 30 a 39 anos (121; 35,8%) (Gráfico 86). A maioria das mães que informaram a raça/cor declarou-se negra (289; 90,9%) (Gráfico 87). Em relação à história gestacional, 268 (79,3%) realizaram pré-natal, sendo que 174 (51,5%) com mais de 06 consultas e a maioria (320; 94,6%) teve gestação única.

Gráfico 86 - Faixa etária das mães de crianças com a SCVZ, Salvador-BA, 2015-2020*.



Fonte: RESP/SMS/DVIS/CIEVS-SSA. *Período: 16 de julho de 2015 a 26 de outubro de 2020. Dados atualizados em: 26 de outubro de 2020 às 14h.

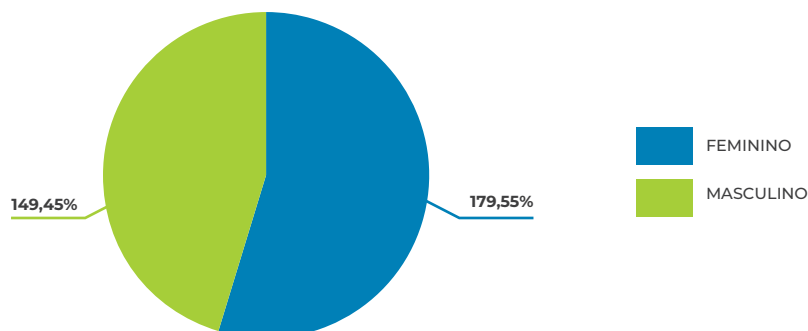
Gráfico 87 - Raça/cor das mães de crianças com a SCVZ, Salvador-BA, 2015-2020*.



Fonte: RESP/SMS/DVIS/CIEVS-SSA. *Período: 16 de julho de 2015 a 26 de outubro de 2020. Dados atualizados em: 26 de outubro de 2020 às 14h.

No que se refere às crianças residentes em Salvador com a SCVZ, é possível observar uma discreta predominância do sexo feminino (179; 55%) - (Gráfico 88).

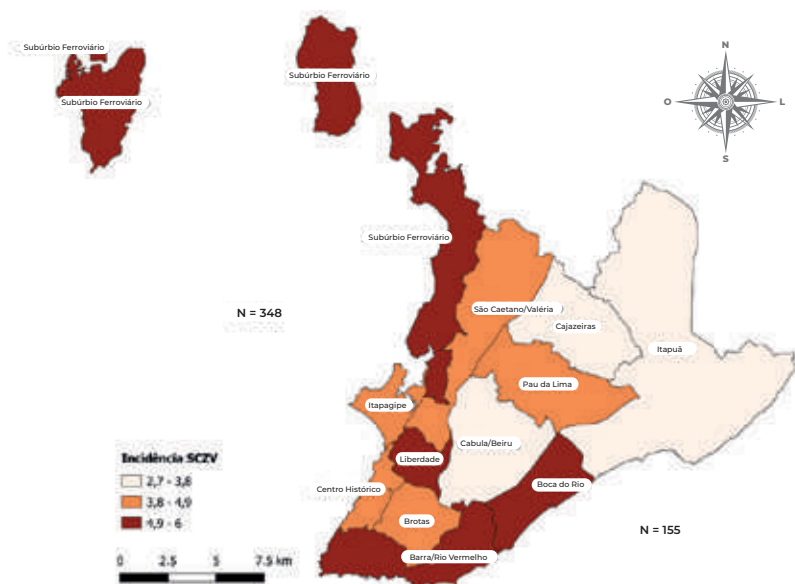
Gráfico 88 - Distribuição por sexo das crianças com a SCZV, Salvador-BA, 2015-2020*.



Fonte: RESP/SMS/DVIS/CIEVS SSA. *Período: 16 de julho de 2015 a 26 de outubro de 2020.
Dados atualizados em: 26 de outubro de 2020 às 14h.

A emergência de saúde pública do Zika Vírus ocorreu nos anos de 2015 e 2016. Em 2015, observa-se que o Distrito Sanitário (DS) Barra/Rio Vermelho, Liberdade, Boca do Rio e Subúrbio Ferroviário apresentaram as maiores incidências por 1.000 nascidos vivos (Figura 06).

Figura 06 - Incidência (por 1.000 nascidos vivos) da Síndrome congênita do Zika Vírus e outras etiologias segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2015.

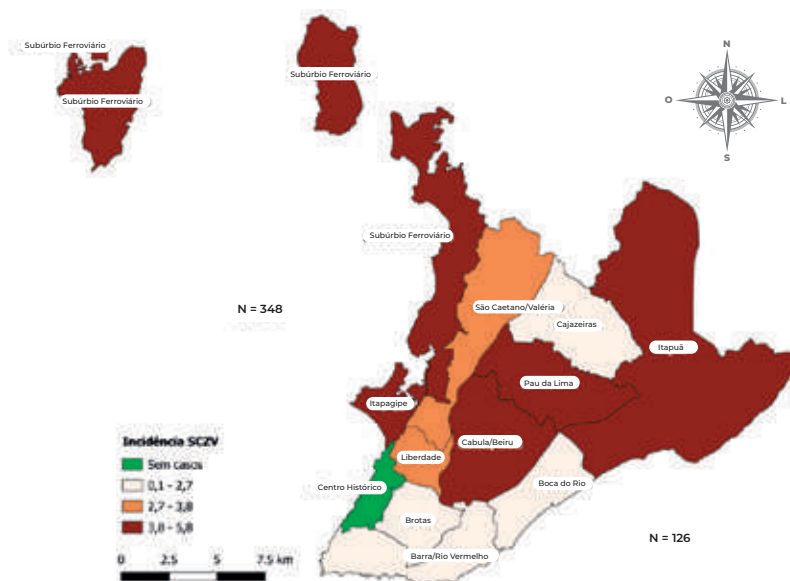


Fonte: RESP/SMS/DVIS/CIEVS-SSA. Dados atualizados em: 26 de outubro de 2020 às 14h.
Incidência por 1.000 nascidos vivos. Total de casos: confirmados + prováveis.

No ano de 2016, os Distritos Sanitários de Itapagipe, Cabula/Beiru, Pau da Lima, Itapuã juntamente com o DS Subúrbio Ferroviário apresentaram a maior incidência de SCZV por 1.000 nascidos vivos. Observa-se que o DS Centro Histórico não registrou casos no ano em análise (Figura 07). Nos anos posteriores ao período da emergência em saúde

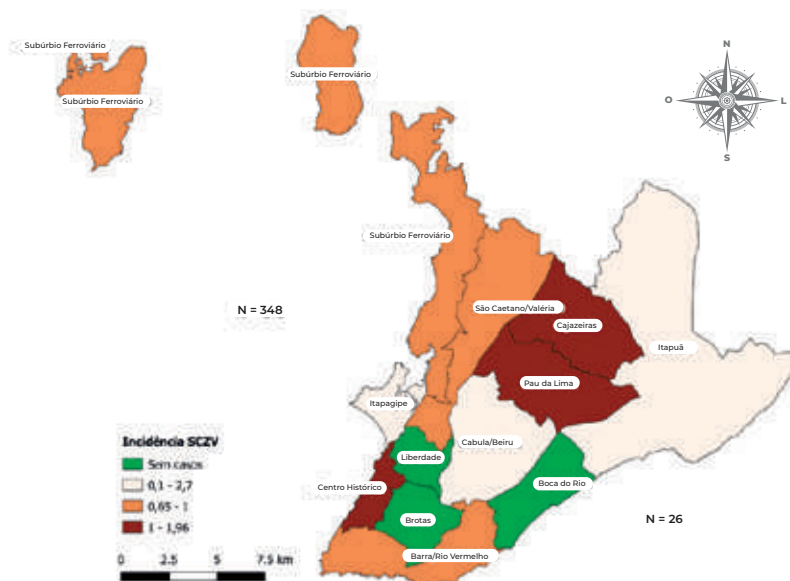
pública do Zika Vírus, ocorreu uma importante redução na incidência em todos os DS. Não houve registro de casos da SCVZ nos DS Brotas, DS Liberdade e DS Boca do Rio no ano de 2017 (Figura 08) e nos DS Barra/Rio Vermelho, DS Centro Histórico, DS Cajazeiras e novamente no DS Brotas no ano de 2018 (Figura 09).

Figura 07 - Incidência (por nascidos vivos) da Síndrome congênita do Zika Vírus e outras etiologias segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2016.



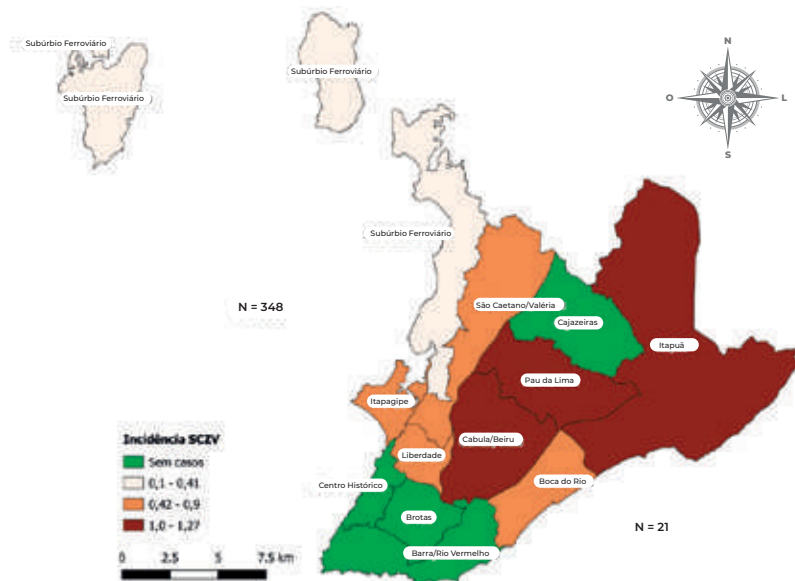
Fonte: RESP/SMS/DVIS/CIEVS SSA. Dados atualizados em: 26 de outubro de 2020 às 14h. Incidência por 1.000 nascidos vivos. Total de casos: confirmados + prováveis.

Figura 08 - Incidência (por nascidos vivos) da Síndrome congênita do Zika Vírus e outras etiologias segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2017.



Fonte: RESP/SMS/DVIS/CIEVS SSA. Dados atualizados em: 26 de outubro de 2020 às 14h. Incidência por 1.000 nascidos vivos. Total de casos: confirmados + prováveis.

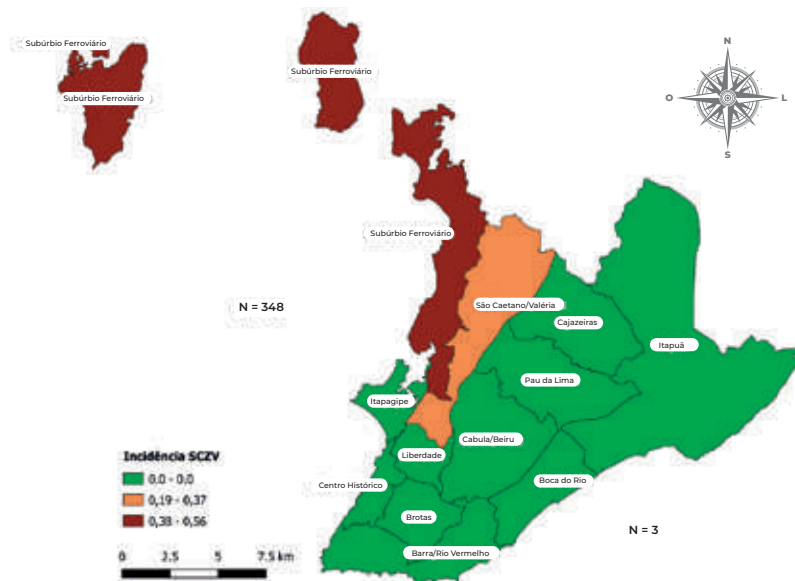
Figura 09 - Incidência (por nascidos vivos) da Síndrome congênita do Zika Vírus e outras etiologias segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2018.



Fonte: RESP/SMS/DVIS/CIEVS SSA. Dados atualizados em: 26 de outubro de 2020 às 14h.
Incidência por 1.000 nascidos vivos. Total de casos: confirmados + prováveis.

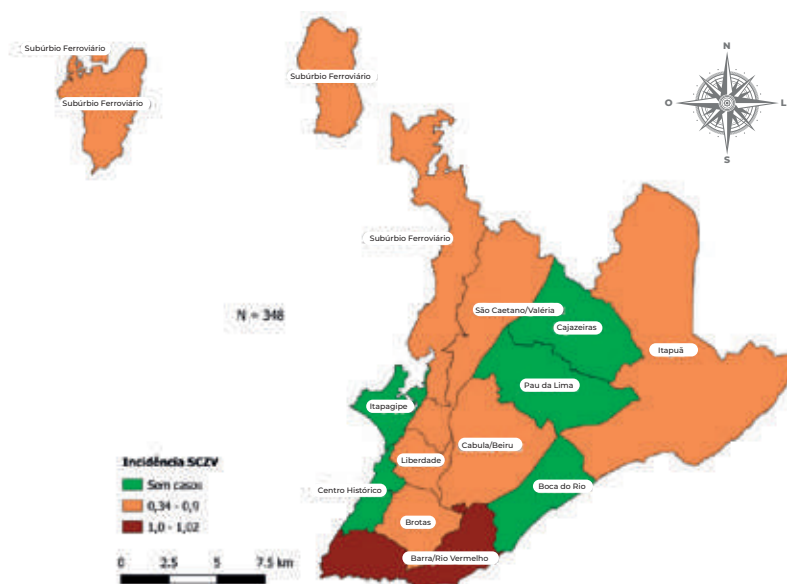
No ano de 2019, houve o registro de apenas 3 casos da SCVZ, sendo 02 no DS Subúrbio Ferroviário e 01 no DS São Caetano Valéria (Figura 10). Até 20 de outubro de 2020, 7 DS de Salvador registraram casos de SCVZ (Figura 11).

Figura 10 - Incidência (por nascidos vivos) da Síndrome congênita do Zika Vírus e outras etiologias segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2019.



Fonte: RESP/SMS/DVIS/CIEVS SSA. Dados atualizados em: 26/10/2020 às 14:00h.
Incidência por 1.000 nascidos vivos. Total de casos: confirmados + prováveis.

Figura 11 - Incidência (por nascidos vivos) da Síndrome congênita do Zika Vírus e outras etiologias segundo Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2020*.



Fonte: RESP/SMS/DVIS/CIEVS SSA. Dados atualizados em: 26 de outubro de 2020 às 14h. Incidência por 1.000 nascidos vivos. Total de casos: confirmados + prováveis. *2020: dados até 20 de outubro de 2020.

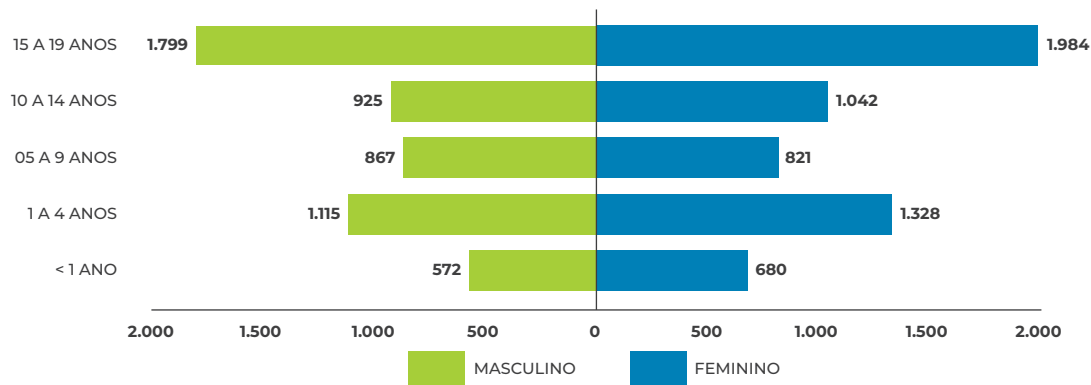
Sabe-se hoje que além da microcefalia congênita, uma série de manifestações como desproporção craniofacial, espasticidade, convulsões, irritabilidade, disfunção do tronco encefálico, déficits auditivos e oculares; e anomalias cerebrais detectadas por neuroimagem têm sido relatadas entre neonatos que foram expostos ao Zika Vírus e STORCH durante a gestação, e que a ocorrência desses casos já não é mais considerada uma emergência em saúde pública.

2.3.4.5 Pandemia da COVID-19 entre crianças e adolescentes

Até a 4ª Semana Epidemiológica (SE) de 2021, foram registrados 10.243 casos confirmados da COVID-19 de residentes de Salvador na faixa etária entre 0 e 19 anos. A mediana de idade correspondeu a 13 anos. Entre as crianças e adolescentes as do feminino apresentaram a maior frequência de casos da COVID-19 (50,9%). No que se refere à raça/cor, a maioria dos indivíduos são da raça/cor preta ou parda (60,8%).

Em relação à taxa de incidência, os indivíduos de 15 a 19 anos e do sexo feminino apresentam maior risco de adoecer (1.984 casos por 100.000 habitantes), seguido dos indivíduos da mesma faixa etária do sexo masculino com uma taxa de incidência de 1.799 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 89). A taxa de incidência nos indivíduos de 0 a 19 anos é de 1.232 casos por 100.000 habitantes.

Gráfico 89 - Incidência¹ dos casos confirmados da COVID-19, segundo sexo e faixa etária, 11 de março a trinta de janeiro de 2021.

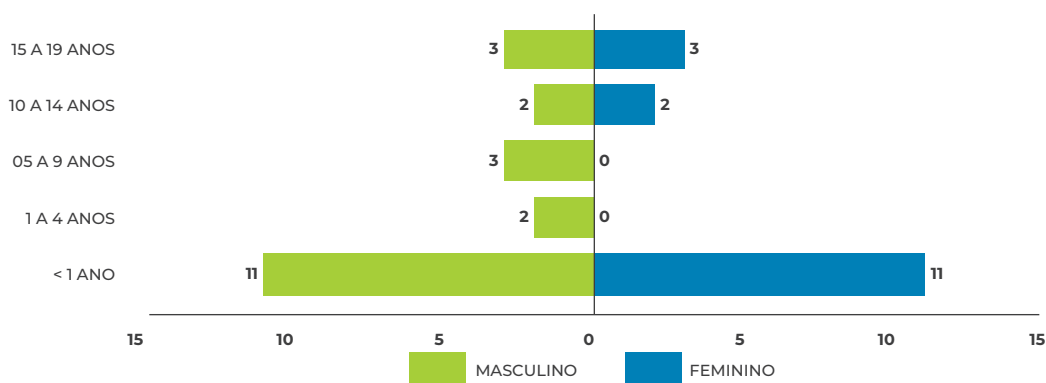


Fonte: SMS/DVIS/CIEVS SSA/e-SUS notifica. Dados preliminares sujeitos a alteração. Dados atualizados até 30 de janeiro de 2021.

¹Taxa calculada por 100.000 habitantes. População estimada: 2.872.347 pessoas (IBGE, 2019).

Até a 4ª SE de 2021, foram registrados 19 óbitos pela COVID-19 de residentes de Salvador entre 0 e 19 anos. A mediana de idade correspondeu a 10 anos. Os óbitos ocorreram em sua maioria em indivíduos do sexo masculino (68,4%). No que se refere à raça/cor, a maioria dos indivíduos são da raça/cor preta ou parda (73,9%). Os indivíduos < 1 ano apresentam maior risco para evoluir a óbito (11 óbitos por 100.000 habitantes) - (Gráfico 90). Não foi registrado óbito por COVID-19 na faixa etária de 1 a 9 anos em indivíduos do sexo feminino. A taxa de mortalidade nos indivíduos de 0 a 19 anos é de 1 caso por 100.000 habitantes. A taxa de letalidade é de 0,2%.

Gráfico 90 - Mortalidade¹ de casos confirmados para COVID-19, segundo sexo e faixa etária, 11 de março de 2020 a 30 de janeiro de 2021.



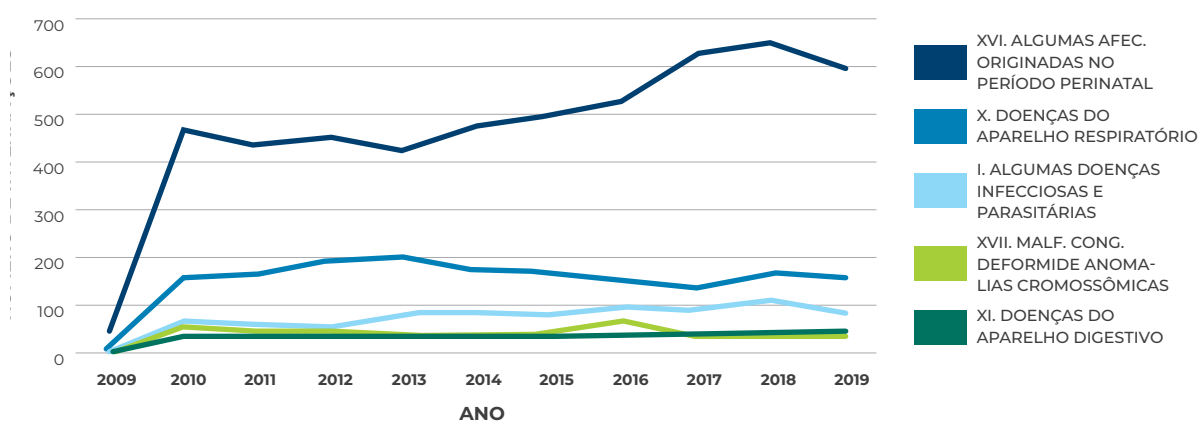
Fonte: SMS/DVIS/CIEVS SSA/e-SUS notifica. Dados preliminares sujeitos a alteração. Dados atualizados até 30/01/2021.

¹Taxa calculada por 100.000 habitantes. População estimada: 2.872.347 pessoas (IBGE, 2019).

2.3.5. Morbimortalidade Hospitalar

Para as crianças menores de 1 ano, no período de 2009 a 2019, entre as principais causas de internação, estão as afecções do período perinatal, seguida das doenças do aparelho respiratório, das doenças infecciosas e parasitárias, das malformações congênitas e, em último lugar, as doenças do aparelho digestivo (Gráfico 91). Dentre as afecções do período perinatal, a principal causa de internação é a prematuridade, seguida de icterícia neonatal, seps neonatal e desconforto respiratório do recém-nascido. Ressalta-se, entretanto, que o recém-nascido pré-termo também apresenta maior incidência para estes três últimos agravos, podendo a prematuridade estar subestimada como umas das causas de internação imediata após o nascimento em Salvador.

Gráfico 91 - Principais causas de internação em menores de 1 ano residentes. Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: SMS/SUIS-SIH. Acesso em: março de 2021.

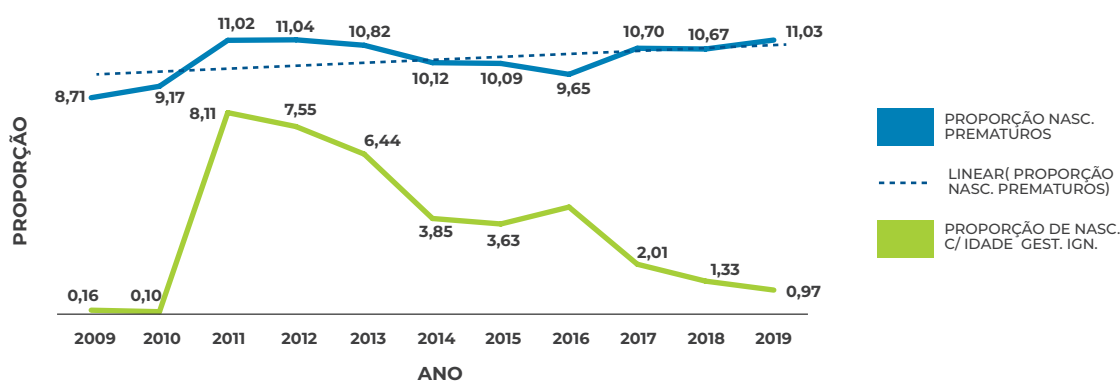
A prematuridade e o baixo peso ao nascer são importantes fatores na determinação da morbimortalidade neonatal e, segundo a OMS (2015), os impactos negativos do nascimento precoce na saúde do indivíduo vão além do período perinatal, sendo uma das principais causas de morbimortalidade nos primeiros 5 anos. Recém-nascidos são classificados com baixo peso quando nascem com menos de 2500 g e esta condição está associada à prematuridade ou ao crescimento intrauterino restrito, podendo estar vinculado às condições sociais maternas desfavoráveis, sendo considerado fator de risco independente para agravos neonatais, mesmo nos bebês nascidos à termo (MCCORMICK *et al.*, 1985). Considere-se como recém-nascido prematuro todo neonato que nasce antes de completar 37 semanas de idade gestacional, quanto mais jovem em idade gestacional maior a imaturidade dos órgãos e sistemas, e maior o risco de evoluir com diversos agravos em saúde imediatos e/ou sequelas ao longo dos anos (PLATT, 2014).

O Brasil situa-se entre os dez países com maiores taxas de partos prematuros, os quais são responsáveis por 60% dos nascimentos pré-termo do mundo. O inquérito “Nascer no Brasil”, coordenado pela Fiocruz, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de

2012, revelou uma proporção de nascimentos prematuros de 11,3% no Brasil. Quando comparados aos dados populacionais da Inglaterra e País de Gales, a proporção brasileira de prematuros foi 55% maior (PEREIRA *et al.*, 2014; LEAL & GAMA, 2014).

Para o período de 2009 e 2019, observa-se tendência crescente de nascimentos prematuros no município do Salvador, tendo sido identificada a proporção de 11,03% de nascimentos pré-termo no último ano. Considerando a proporção de nascimentos com idade gestacional ignorada, o número de partos prematuros pode estar subestimado para o município (Gráfico 92).

Gráfico 92 - Proporção de nascidos vivos de mães residentes < 37 semanas e com idade gestacional ignorada, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: SMS/SUIS-SINASC.

Os recém-nascidos pré-termo são mais susceptíveis a intercorrências no período neonatal que requerem hospitalização, tais como, baixo peso ao nascer, dificuldades com alimentação oral, icterícia, distúrbios metabólicos, apnéia e/ou outras alterações do aparelho cardiopulmonar que necessitam de suporte ventilatório. Os que sobrevivem aos agravos imediatos ao nascimento podem evoluir com risco aumentado de desenvolver condições crônicas como obesidade, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, e ainda, atrasos no desenvolvimento sensorial, motor e cognitivo, bem como, problemas psíquicos (IRVING *et al.*, 2000; FANAROFF *et al.*, 2007; REAM & LEHWALD, 2018; COELLI *et al.*, 2011).

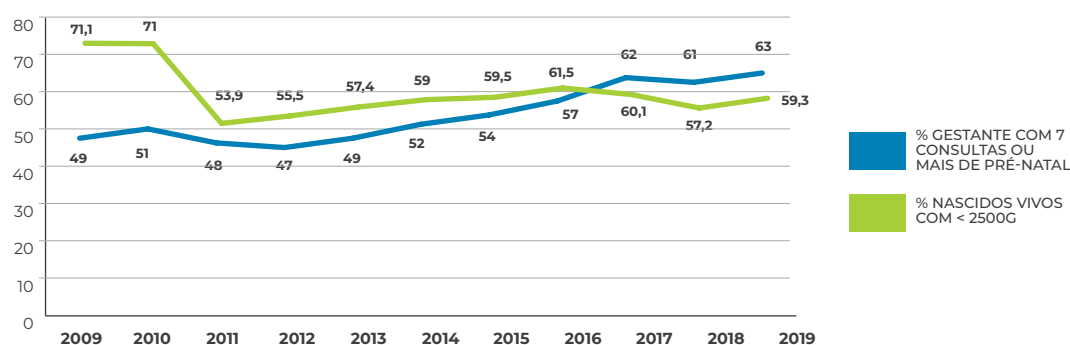
As causas de parto prematuro em muitos casos são desconhecidas, entretanto, na literatura são apontados como fatores de risco associados ao nascimento pré-termo: extremos de idade materna, a decisão pelo parto cesáreo (cesárea eletiva), menos de 5 consultas de pré-natal, gemelaridade, alguma condição clínica prévia como hipertensão prévia, condição obstétrica diagnosticada na gestação atual ou na admissão para o parto, eclâmpsia e pré-eclâmpsia, uso de drogas lícitas ou ilícitas e infecções maternas (KILSZTAJN *et al.*, 2003 & GOLDENBERG *et al.*, 2008).

Pesquisas sobre a assistência pré-natal realizada em São Paulo revela que o aumento do número de consultas no pré-natal e a elevação da acessibilidade das gestantes de risco permitem reduzir a prevalência de retardo do crescimento intrauterino, da prematuridade, do número de nascidos vivos com baixo peso e os óbitos por afecções do período neonatal (KILSZTAJN *et al.*, 2003).

Além do quantitativo de consultas no pré-natal, entende-se que a qualidade desse serviço é de extrema importância para o êxito na prevenção desses agravos. É fundamental a presença de profissionais capacitados para realizar o diagnóstico, manejo e encaminhamento adequados e em tempo oportuno das gestantes de alto risco identificadas, bem como o acesso aos exames diagnósticos e às informações sobre cuidados gerais e nutricionais durante a gestação. A OMS também reconhece que o acesso a métodos contraceptivos pode ajudar a reduzir os números de nascimentos prematuros.

Quanto à proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, observa-se que o município do Salvador, no período de 2009 a 2019, ampliou a proporção desse indicador de 49% para 63%, desempenho que está associado, entre outros fatores, com o aumento da cobertura da Atenção Básica nos últimos anos. Apesar dos investimentos da gestão no componente pré-natal e do desempenho observado nesse período, Salvador apresenta o terceiro pior resultado entre as capitais do Nordeste do país em 2019. Importante observar que, nesse mesmo período, houve uma redução de 19,9% na proporção de nascidos vivos com baixo peso, passando de 71,1% para 59,3% (Gráfico 93).

Gráfico 93 - Proporção de gestantes residentes com 7 ou mais consultas estratégia vigilância de pré-natal, Salvador-BA, 2009–2019.

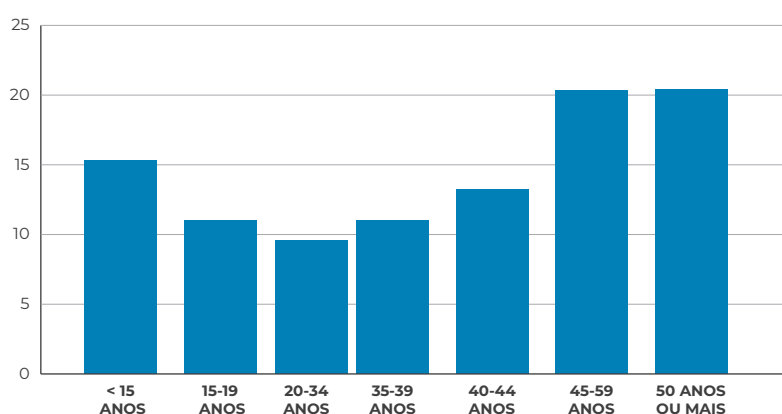


Fonte: SMS/SUIS-SINASC.

A gestação na adolescência aumenta as chances de complicações para a gestante, feto e para o recém-nascido. Entre os agravos associados à gravidez neste período, enumere-se: a interrupção da vida escolar e social; aumento da situação de vulnerabilidade, especialmente em famílias de baixa renda; aumento de intercorrências gestacionais como

eclâmpsia e pré-eclâmpsia, que podem agravar o quadro de prematuridade e baixo peso ao nascer; aumento no número de óbitos perinatais na comparação com recém-nascidos de mães entre 20 e 29 anos. Em Salvador, a taxa de nascimentos prematuros entre nascidos vivos de mães menores de 15 anos, no período de 2009 a 2019, foi de 15,3% (Gráfico 94), o que indica a necessidade de investimento em políticas públicas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, inclusive considerando a estratégia escolas promotoras da saúde.

Gráfico 94 - Proporção de nascimentos prematuros em residentes, segundo idade materna. Salvador-BA, 2009–2019.

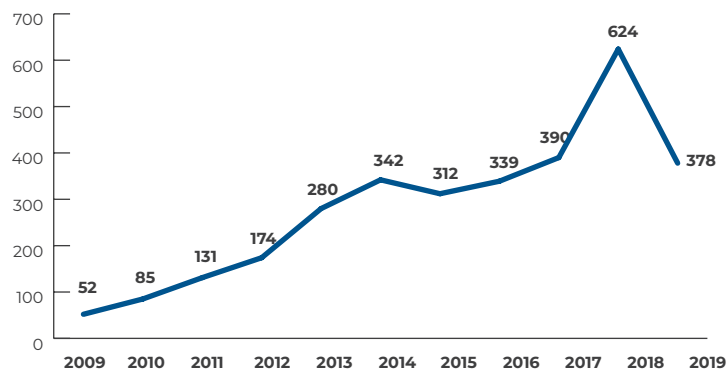


Fonte: SMS/SUIS-SINASC.

Outra causa expressiva em termos de número de internamento entre menores de um ano em Salvador foi a sífilis congênita. Bebês nascidos de gestante que tiveram sífilis na gestação e não realizaram tratamento ou foram inadequadamente tratadas são, muitas vezes, rastreados, em regime de internação hospitalar, logo após o nascimento, mesmo na ausência de sintomas clínicos. Observa-se tendência crescente no número de internações por Sífilis Congênita no período de 2009 a 2019, com aumento expressivo em 2018, situação que pode ter relação com o desabastecimento nacional das penicilinas benzatina, procaína e cristalina, vivenciado pelo Brasil entre 2014 e 2017 (Gráfico 93).

É pertinente lembrar que o Ministério da Saúde considera, para fins de vigilância epidemiológica, quatro critérios como definição de caso de sífilis congênita, sendo um dos critérios: toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia no pré-natal, parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. Anteriormente, o tratamento do parceiro era critério obrigatório para classificar uma gestante como “adequadamente tratada”, porém, a partir de 2009, o tratamento do parceiro deixou de ser critério obrigatório, o que pode justificar, em parte, o baixo número de internações observado em 2009 (Gráfico 95).

Gráfico 95 - Histórico do número de internações por Sífilis Congênita em < 1 ano residentes em Salvador-BA, 2009–2019.

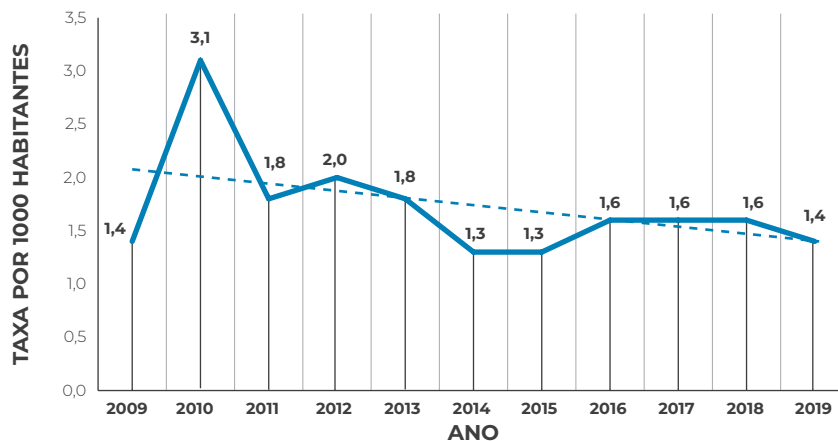


Fonte: SMS/SUIS-SIH.

Entre os agravos à saúde mais comuns na infância estão as doenças respiratórias e diarreicas agudas. Nas últimas duas décadas, ocorreu expressiva redução na mortalidade por diarreias infecciosas no mundo. No Brasil, em 1980, a diarreia era a segunda principal causa de mortalidade infantil com 24,3% dos óbitos, enquanto, em 2005, os óbitos por diarreia passaram a responder por 4,1% dos casos, passando para a quarta posição entre as principais causas. Este grande avanço na saúde pública brasileira é consequência de um conjunto de fatores, entre eles: a melhorias das condições gerais de vida da população, a introdução da vacina contra rotavírus em 2006 no Programa Nacional de Vacinação (PNI), a disseminação entre profissionais da área da saúde e da própria comunidade sobre os cuidados fundamentais do tratamento da diarreia aguda e desidratação, ou seja, terapia de reidratação e cuidados com a alimentação (SBP, 2017).

Apesar dos avanços alcançados, a Doença Diarreica Aguda (DDA) ainda é uma doença de alta incidência, especialmente nos extremos de idade, sendo frequente a procura por assistência nas unidades e, por ser uma causa facilmente prevenível de óbito na infância, requer atenção e vigilância contínua. No período de 2009 a 2019, observa-se tendência de queda dessa taxa, sendo a menor taxa observada para os anos de 2013 e 2014 com 1,3/1000 hab. (Gráfico 96). Determinantes sociais como melhoria na oferta de água potável, tratamento de resíduos, educação e segurança alimentar estão entre as medidas voltadas para a redução da ocorrência de DDA, assim como a adoção do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) por, no mínimo seis meses, e complementado por dois anos ou mais (BRANDT *et al.*, 2015).

Gráfico 96 - Taxa de internação em crianças residentes < 5 anos por Doença Diarreica Aguda. Salvador-BA, 2009–2019.

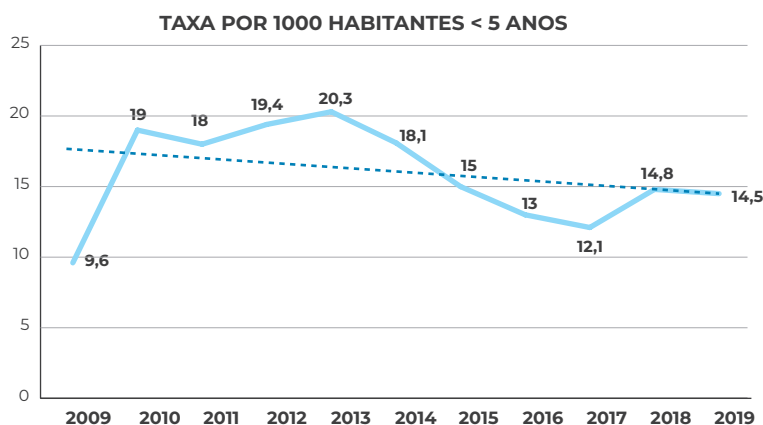


Fonte: SMS/SUIS-SIH/IBGE.

As Infecções Respiratórias Agudas (IRA) estão entre as principais causas de morbimortalidade hospitalar em crianças ao redor do mundo. Dentre os fatores relacionados ao risco de internamento hospitalar por estes agravos estão: condições ambientais impróprias, tais como exposição ativa e passiva ao fumo e poluição; aglomeração familiar; desnutrição; baixo consumo de zinco; baixo peso ao nascer; baixos peso e estatura para a idade; interrupção precoce da amamentação e doenças respiratórias pré-existentes (Unicef/OMS, 2006).

Quanto à qualidade do ar, são registrados na capital do estado da Bahia anualmente milhares de casos de internações e óbitos devido às doenças do aparelho respiratório (BAHIA, 2017). Sabe-se que as crianças são particularmente vulneráveis à poluição do ar, especialmente durante seu desenvolvimento (MANISALIDIS *et al.*, 2020). Em Salvador, a morbidade hospitalar associada às IRA em crianças menores de 5 anos apresentou um recrudescimento a partir do ano de 2010, sendo observada uma taxa de 20,3/1000 hab. neste ano, e 14,5/1000 hab. em 2019, sendo a pneumonia a principal patologia associada ao internamento (Gráfico 97).

Gráfico 97 - Taxa de internação em crianças residentes < 5 anos (por 1.000 habitantes) por Infecção Respiratória Aguda, Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: SMS/SUIS-SIH.

O município de Salvador iniciou, a partir de 2018, a implantação da estratégia de San Martin vigilância sentinela de doenças respiratórias em quatro unidades pré-hospitalares: UPA Brotas, UPA San Martim, UPA Paripe e USF Praia Grande. Esta última unidade, localizada na Ilha Amarela, está destinada a avaliar casos de doenças respiratórias na faixa mais vulnerável da população (crianças de 0 a 5 anos e adultos maiores de 60 anos), mediante articulação da assistência e vigilância.

No período de 2018 a 2020, as Unidades Sentinelas realizaram 1.039 atendimentos, sendo em sua maioria crianças (59,5%). As principais causas de busca pelo atendimento foram irritação respiratória, bronquite, produção de muco e broncoespasmo.

2.4. Caracterização da Rede de Serviços de Saúde de Salvador

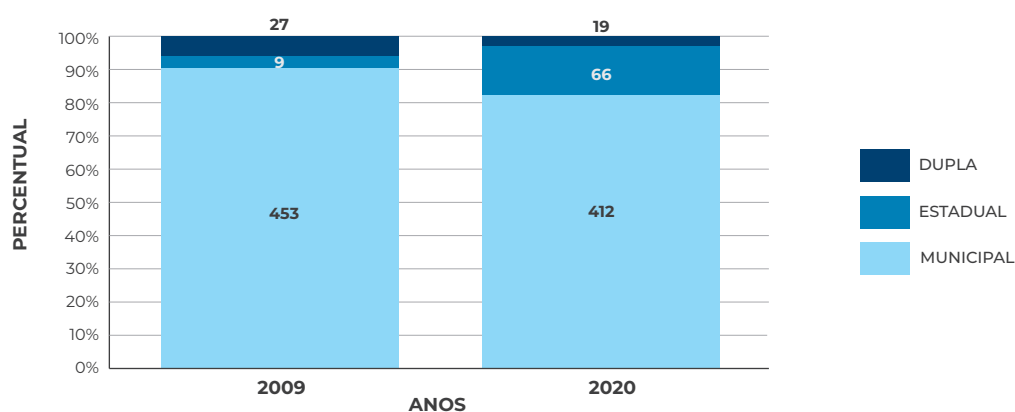
No município de Salvador, a rede de serviços apresenta a modalidade de atendimento ambulatorial e hospitalar, considerando os estabelecimentos que prestam assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Aponta-se que, atualmente, as crianças e adolescentes podem ser atendidas em qualquer estabelecimento da rede de saúde do município, sendo que apenas o Hospital Martagão Gesteira é um equipamento exclusivo para essa faixa etária.

Em 2009, o município contava com 489 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) vinculados ao SUS, dos quais 453 estavam predominantemente sob gestão municipal (453), quando comparados a dupla gestão (27) ou a gestão estadual (9). Em 2020, esse quantitativo foi de 497 EAS, implicando em um crescimento de 1,6% no período. Desse universo, 431 estão sob gestão municipal com composição majoritária de Centros de Saúde/ Unidades Básicas (38%) e Clínicas/Centros de Especialidade (18%). Em 2020, observou-se que houve uma redução do quantitativo das unidades com dupla gestão (19) ou gestão

municipal (412) e aumento dos estabelecimentos de saúde com gestão estadual (66), com base nos dados extraídos do CNES (Gráfico 98).

Essa situação reflete o Termo de Gestão Compartilhada, assinado entre a Secretaria Estadual da Bahia (Sesab) e a Secretaria Municipal da Saúde de Salvador (SMS) em 19 de julho de 2012, o qual formalizou as responsabilidades dos entes frente à gestão dos EAS no SUS municipal no território de Salvador.

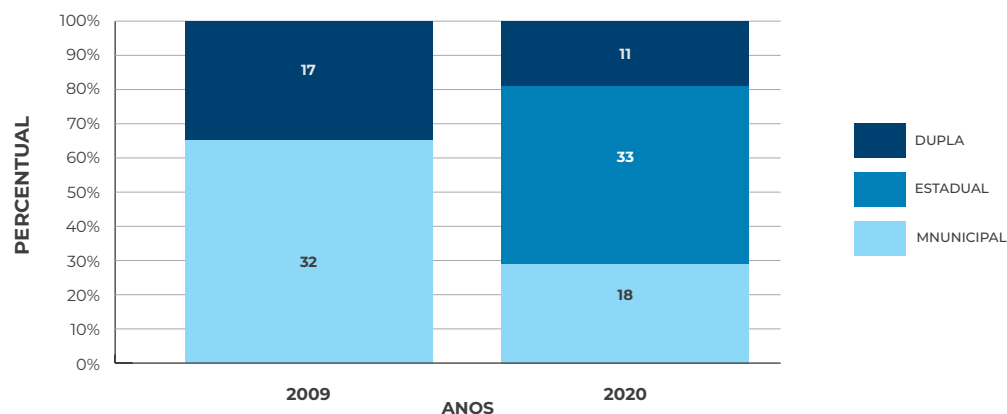
Gráfico 98 - Estabelecimentos Assistenciais de Saúde por tipo de gestão no município de Salvador-BA, em 2009–2020.



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Quanto às unidades hospitalares, percebe-se uma mudança no perfil no que tange ao tipo de gestão, motivadas também pelo Termo de Gestão Compartilhada. Em 2009, as unidades hospitalares do território de Salvador estavam divididas em gestão municipal (32) ou dupla gestão (17). Em 2020, tem-se uma concentração de unidades sob gestão estadual (33), seguidas pela gestão municipal (18) ou dupla gestão (11), conforme demonstra o Gráfico 99.

Gráfico 99 - Unidades hospitalares por tipo de gestão no município de Salvador-BA, em 2009–2020.



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Ao longo desse período, observa-se algumas situações referentes à distribuição dos EAS por tipo de gestão em relação à complexidade. Dentre elas, tem-se à concentração da rede ambulatorial sob gestão municipal, apesar de apresentar uma diminuição no número de EAS cadastrados, exceção apenas para a rede ambulatorial de alta complexidade, que, atualmente, concentra-se sob gestão estadual. Quanto à rede hospitalar, observa-se uma inversão da concentração de EAS, que em 2009 estavam predominantemente sob a gestão municipal e, em 2020, encontram-se sob a gestão estadual, conforme dispõe o Termo de Gestão Compartilhada citado anteriormente (Tabela 50).

Tabela 50 - Quantidade de unidades cadastradas por nível de complexidade para o SUS no CNE, segundo tipo de gestão no município de Salvador-BA, em 2009 e 2020.

Tipo de Gestão Complexidade	DUPLA		ESTADUAL		MUNICIPAL	
	2009	2020	2009	2020	2009	2020
AMB. Atenção Básica	17	3	0	15	218	206
AMB. Média Complexidade	35	34	8	59	420	386
AMB. Alta Complexidade	33	23	1	29	40	24
HOSP. Média Complexidade	22	18	-	32	36	21
HOSP. Alta Complexidade	17	14	-	22	7	9
Total	124	92	9	157	721	646

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

2.4.1. Atenção Primária à Saúde

Constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), com ou sem Saúde da Família, é a porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado. Atualmente, a rede de serviços da Atenção Básica é composta por 359 equipes distribuídas em 109 Unidades de Saúde da Família e 46 Unidades Básicas de Saúde tradicionais. Isso corresponde a uma cobertura total de 57,17% da APS. A ampliação da rede observada ao longo dos anos (Tabela 51) tem se tornado possível devido a inauguração de novas unidades de saúde, requalificação e ampliação da rede de atenção, assim como a recomposição do quadro de profissionais.

Tabela 51 - Expansão da Cobertura de Atenção Primária nos últimos anos em Salvador-BA.

Salvador	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cobertura UBS	35,60%	37%	37,86%	37,54%	37,88%	42,08%	56,36%
Cobertura USF	24,88%	27,22%	27,99%	27,71%	27,80%	31,88%	40,24%
Nº de Equipes de Saúde da Família	208	229	237	236	238	264	335

Fonte: e-Gestor analisou o mês dezembro nos anos de 2014-2020. Acesso em: 18 de março de 2021.

Todas as unidades ofertam consultas de pré-natal de baixo risco, de puericultura, exames e ações de promoção de saúde voltados para a infância e adolescência. Além

disso, o município conta com o Sema, um Serviço de Assistência Especializada a portadores de HIV/DST/AIDS e Hepatites Virais, que realiza pré-natal apenas de gestantes HIV/AIDS e/ou Hepatites Virais positivas e consulta/acompanhamento com infectologista pediátrica para crianças com HIV/AIDS e crianças expostas a sífilis. As gestações classificadas como Alto Risco são encaminhadas para o pré-natal nos Centros de Referência do Estado da Bahia, sendo que durante o pré-natal as gestantes são vinculadas às maternidades para o momento do parto, considerando aspectos territoriais e de classificação de risco gestacional.

A APS é responsável no âmbito municipal por planejar, implementar e operacionalizar programas e ações estratégicas específicas voltadas à saúde da criança e adolescente, como o Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Crescer Saudável, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), dentre outros, descritos a seguir.

2.4.1.1. Programa de Saúde na Escola

O PSE constitui-se em uma estratégia intersetorial para integração e articulação permanente entre as políticas de saúde e de educação, envolvendo ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com a participação da comunidade escolar e das equipes de saúde da atenção primária e da educação básica, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Conforme registrado na tabela 52, observa-se um incremento gradativo de escolas e equipes de saúde com adesão ao programa, bem como o número de educandos acompanhados pelo PSE.

Tabela 52 - Número de Equipes de Saúde/Escolas/Educandos, com adesão ao Programa de Saúde na Escola. Salvador-BA, 2015–2019.

ANO	ESTABELECIMENTOS DE ENSINO	EQUIPES DE SAÚDE	EDUCANDOS
2015	150	123	61.271
2016	150	123	61.271
2017	173	160	74.428 ⁷
2018	173	160	73.713
2019	224	269	89.598

Fonte: Consolidado dos Relatórios Anuais do PSE.

Atualmente, 269 equipes de saúde da família estão vinculadas às unidades escolares, através do PSE, acompanhando 89.598 escolares. Além da adesão ao PSE em 2019, o município também realizou adesão ao Programa Crescer Saudável, cujo objetivo é contribuir com a prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil.

⁷ Houve reclassificação do perfil das escolas prioritárias e não prioritárias além do fechamento de alguns estabelecimentos de ensino com adesão desde 2017, ocasionando a redução do número de educandos. Vale ressaltar que, também, foi utilizada a base do Censo Escolar 2017, enquanto que a base do Censo para adesão de 2017 foi a de 2014.

Nos anos de 2015 e 2016, todas as ações foram orientadas pela pactuação firmada através do Termo de Compromisso entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação. A Portaria nº 1.055 de 25 de abril de 2017 preconiza que todas as ações pactuadas devem ser realizadas, considerando todos os níveis de ensino. Nesse contexto, as equipes saúde/educação vem enfrentando os seguintes desafios: implementação da integração equipe de saúde/escola; fortalecimento do GTI – Local na gestão do Programa; planejamento conjunto das ações; sub-registro das informações no SISAB; indisponibilidade de relatórios específicos do PSE no SISAB, dificultando a avaliação do cumprimento das metas preconizadas.

Em dezembro de 2016 constatou-se que foram realizadas 92,8% das ações preconizadas, a partir da Planilha de Avaliação do PSE, elaborada pela Coordenação APS. No entanto, observa-se que as ações de saúde mental, promoção da cultura de paz e direitos humanos, e prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas apresentaram baixos percentuais de escolas cobertas por estas ações, justificados pela necessidade de formação dos profissionais na área de saúde mental e fortalecimento da articulação desta área com a APS, além da situação de violência dentro das escolas, proibindo a abordagem dos referidos temas em alguns estabelecimentos de ensino.

Em relação à Saúde Ocular, o Projeto Olhar Brasil contemplou educandos de escolas com adesão ao PSE 2013 e preconizou a avaliação da saúde ocular através da triagem ocular, realização de consultas oftalmológicas e fornecimento de óculos. Em Salvador, foram realizadas 715 consultas oftalmológicas e fornecidos 208 óculos. Não foi possível mensurar a amplitude das ações de triagem ocular devido à subnotificação desta atividade no sistema de informação. Em fevereiro de 2016 o referido projeto foi encerrado pelo Ministério da Saúde. Apesar de o Projeto ter sido extinto, o município de Salvador continua com as ações da saúde ocular voltadas a esse mesmo público, incluindo consultas oftalmológicas e dispensação dos óculos, quando necessários.

Em 2017, com base nas orientações preconizadas pela Portaria nº 1.055/2017, o município priorizou a implementação e qualificação dos registros na Ficha de Atividade Coletiva, visando a redução das subnotificações e melhoria da alimentação do SISAB, considerando que a avaliação do desempenho do PSE foi vinculada ao repasse do incentivo financeiro do Programa, com base nas informações alimentadas no referido Sistema de Informação. Utilizando a estratégia do monitoramento da digitação das Fichas de Atividade Coletiva pelos Técnicos de Referência Distrital do PSE, foram obtidas as seguintes análises dos resultados:

- Todas as ações pactuadas para a vigência 2017/2018 foram implantadas no município, ainda que não cobrindo 100% dos educandos;
- Das ações pactuadas, a promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável foi implantada no maior percentual de escolas vinculadas (73,4%) seguida da promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação de flúor (72,8%) e ações sobre direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS (62,4%);

- No geral, os Distritos Sanitários implantaram em média 10 ações pactuadas, correspondendo a 86,8% das ações;
- Em cerca de 15% das Escolas com adesão ao PSE não houve desenvolvimento de nenhuma das ações pactuadas.

Ainda com base na nova Portaria, considerando o período de vigência bienal, o ano de 2018 caracterizou-se como segundo ciclo da adesão 2017/2018, não havendo adesão neste ano. Seguindo com a implementação do monitoramento da alimentação do Sistema Vida - Módulo Atendimento com as Fichas de Atividade Coletiva do E-SUS, pode-se verificar que no 2º ciclo o município apresentou o seguinte cenário: 91,7% dos DS realizaram as 12 ações pactuadas; das ações realizadas, a Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional e da Alimentação Saudável foi realizada em cerca de 86% das escolas, seguida das ações de Avaliação de Saúde Bucal (85%) e ações sobre Direito Sexual e Reprodutivo e Prevenção de IST/AIDS (73%). As informações relacionadas às ações de Combate ao mosquito *Aedes aegypti* estiveram comprometidas em virtude da desatualização da versão da ficha de atividade coletiva no sistema vida. Observou-se que as ações de avaliação e atualização da situação vacinal foram implementadas neste período (43,9%) e, atribui-se que tal situação esteve vinculada à oportunidade gerada pela mobilização para intensificação da vacina contra o HPV realizada no período de setembro a novembro de 2018.

Cenário semelhante foi verificado em relação às ações de identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação, cuja Campanha Nacional de Hanseníase aconteceu no primeiro semestre de 2018. Em 2019, foi realizada uma nova adesão com vigência 2019/2020 em concomitância com a adesão aos Programas Nutrisus e Crescer Saudável. Neste ano, foi priorizada a legitimação do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal - GTI-M através da publicação da Portaria Municipal nº 564/2019.

2.4.1.2. Alimentação e Nutrição da Criança e do Adolescente

As políticas públicas de saúde e intersetoriais relacionadas ao campo da saúde que são preconizadas pelo SUS preveem a adoção de medidas que visem a promoção da saúde individual e coletiva e prevenção de doenças e outros agravos à saúde no intuito de melhorar a qualidade de vida e saúde da população, o que inclui a situação alimentar e nutricional da população brasileira. Neste sentido, a gestão municipal tem por função implantar e implementar os programas e ações previstas nessas políticas, de modo a atender a necessidade da população.

Nesse contexto, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem por objetivo promover e assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável e reduzir os riscos relacionados aos determinantes e condicionantes da situação de saúde e alimentação da população com vistas a garantir a Segurança Alimentar e Nutricional.

No escopo de programas estratégicos para este público alvo está o Programa Bolsa Família (nomeado, a partir de 09/08/2021, Programa Auxílio Brasil) que tem entre seus

objetivos promover a segurança alimentar e nutricional e a intersetorialidade das ações do poder público. As condicionalidades do Programa na área da saúde preveem a garantia do acompanhamento de gestantes e nutrizes (o que inclui vigilância do estado nutricional, estímulo à prática do aleitamento materno e orientações sobre cuidados gerais com a alimentação e saúde da mãe e da criança), acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e o acompanhamento do estado nutricional de mulheres em idade fértil. Estas ações dialogam com a perspectiva de cuidado em saúde ao potencializar a vertente da prevenção das carências nutricionais específicas (a exemplo da hipovitaminose A e déficit de ferro).

Entre as ações previstas pelo Programa Crescer Saudável estão: 1) Avaliação do estado nutricional (peso e altura) das crianças menores de 10 anos; 2) Oferta de atividades coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável para as crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I nas escolas que participam do PSE; 3) Oferta de atividades coletivas de promoção das práticas corporais e atividades físicas para as crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I nas escolas que participam do PSE; 4) Atendimento para as crianças identificadas com obesidade por meio de intervenção e cuidado na rede de atenção primária à saúde.

Com o objetivo de fortalecer as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável no âmbito da Atenção Básica, o município implantou a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM MS nº1.920 em 5 de setembro de 2013, em 15 Unidades de Saúde da Família (USF) por meio de oficinas de formação de tutores e de oficinas de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), atendendo a diretriz Promoção da Alimentação Adequada e Saudável da PNAN.

Nessa esteira, cabe salientar que os Cursos de Manejo em Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, oficinas para formação de tutores da Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil, Oficina de Introdução a Prática de Aconselhamento em Amamentação, oficinas sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira e Marcadores de Consumo Alimentar, Curso 360º da APLV - diagnóstico, tolerância e nutrição, Cursos de Atualização sobre Cuidado Nutricional nos diferentes ciclos de vida que são ferramentas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e vêm a compor o repertório de qualificações ofertadas pelo nível central às equipes básicas de saúde para o fortalecimento do cuidado à população materno-infantil.

Em observância ao que se prevê na diretriz Cooperação e Articulação para Segurança Alimentar e Nutricional, o Campo Temático de Alimentação e Nutrição (CTAN) tem representação no Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA), além de haver em Salvador o Comitê Municipal de Aleitamento Materno (COAMAS),

instituído por esta SMS em 2009. Aqui vale ressaltar que em 2019 o COMSEA promoveu a VI Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, que se constitui em instância de Participação e Controle Social.

De acordo com as atividades correlacionadas à diretriz Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição, o CTAN realiza ações gerenciais que garantem o fornecimento de fórmulas infantis e suplementos nutricionais aos munícipes de Salvador – ação que integra as atividades da rede própria de saúde de modo a intensificar o cuidado nutricional das crianças que possuem necessidades nutricionais especiais.

Nesse sentido, com vistas à melhoria da Organização da Atenção Nutricional, no ano de 2014, a SMS criou o Ambulatório Infantil de Alergia Alimentar (composto por equipe multidisciplinar) para atender a esta crescente demanda de tratamento e dispensação de fórmulas para crianças menores de 02 anos com diagnóstico de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). O referido serviço além da oferta de atendimento à população soteropolitana com esse problema específico de saúde, ampliou as ações de prevenção primária da APLV com orientação à família do lactente sobre manejo do aleitamento materno e identificação das possíveis causas para o desmame precoce, visando estimular a relactação, em atenção à diretriz de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável.

Sobre a dispensação de fórmula infantil para munícipes de Salvador cuja condição de saúde materna contraindica a amamentação (sorologia positiva para HIV e HTLV), são realizadas rotineiramente nas unidades básicas de saúde, por via administrativa, conforme previsto e financiado pelo Ministério da Saúde e em conformidade com a diretriz de Vigilância Alimentar e Nutricional da PNAN.

Há ainda no âmbito da atenção nutricional a crianças, o desenvolvimento de ações de prevenção das carências nutricionais específicas por meio da suplementação de micronutrientes, conforme preconiza os Programas Nacionais de Suplementação de Vitamina A e Ferro, além da implementação da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes (NutriSUS) nas creches e escolas do município.

Vale destacar que em 2019 foi extinto o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), levando a descontinuidade da agenda da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na esfera federal e, conseqüentemente, trazendo implicações para a garantia do Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequadas (DHANA), no que se refere a disponibilidade e acesso aos alimentos pela população brasileira (ZAGO, 2021).

O estado nutricional das crianças é um dos aspectos a serem considerados quando se avalia o crescimento e desenvolvimento, e esse acompanhamento é um direito das crianças previsto no Estatuto da Criança e Adolescente brasileiras. E, de acordo com a Lei 13.257/2016 do MS que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, alimentação e nutrição constitui área prioritária. Sabe-se que a dificuldade de acesso a alimentos em quantidade e qualidade adequadas favorece o desenvolvimento de carências nutricionais que levam à

desnutrição, obesidade e deficiência específica de micronutrientes, tendo como consequência o surgimento de agravos à saúde que comprometem o desenvolvimento humano geral. Assim, o Ministério da Saúde afirma também que é fundamental o acompanhamento de gestantes e crianças pelas equipes de APS (BRASIL, 2016).

2.4.1.3. Atenção à Saúde da Criança

A SMS visando diminuir a morbimortalidade infantil, realiza planejamento de assistência integral à criança, dentro dos princípios do SUS, através do desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Dentre os desafios, está a promoção dos direitos da primeira infância, a redução das mortes evitáveis nos primeiros dias de vida, a redução da taxa de sífilis congênita, o aumento da cobertura vacinal, a promoção do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o sexto mês e complementado até os dois anos ou mais de vida, a redução da desnutrição, além da prevenção da obesidade.

Através da Programa Rede Cegonha, instituído pela Portaria MS GM nº 1.459 de 24 de junho de 2011, a SMS vem intensificando ações para viabilizar o início do pré-natal antes da 12ª semana de gestação, buscando garantir o mínimo de sete consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, a formação de grupos de trabalho para vinculação das gestantes às maternidades e, no pós-parto, a manutenção do acompanhamento do binômio mãe/recém-nascido na Atenção Básica, além da garantia do acesso aos métodos de planejamento familiar. Na Tabela 53, apresenta-se o mapa de vinculação da gestante, segundo grau de risco gestacional, com oito equipamentos de saúde de vinculação para baixo risco, sendo uma Casa de Parto; sete para alto risco, com dois para alto risco tipo 2.

Tabela 53 - Distribuição das Maternidades, segundo critério de classificação de risco do pré-natal, Salvador-BA, fevereiro/2021.

Risco Habitual (RH)	Alto Risco 1	ALTO RISCO 2
<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade Albert Sabin (MAS); • Maternidade Climério de Oliveira (COM); • Maternidade Tsylla Balbino (MTB); • Maternidade Hospital Geral Roberto Santos (Mat. HGRS); • Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA); • Hospital João Batista Caribé (HGBC); • Maternidade de Referência José Maria de Magalhães Neto (MRJMMN); • Casa de Parto Normal Marieta de Souza Pereira (CPN MSP). 	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade Albert Sabin (MAS); • Maternidade Climério de Oliveira (COM); • Maternidade Tsylla Balbino (MTB); • Maternidade Hospital Geral Roberto Santos (Mat. HGRS); • Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA); • Hospital João Batista Caribé (HGBC); • Maternidade de Referência José Maria de Magalhães Neto (MRJMMN). 	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade Hospital Geral Roberto Santos (Mat. HGRS); • Maternidade de Referência José Maria de Magalhães Neto (MRJMMN).

Fonte: DAS/SMS 2021.

Sabe-se que o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança constitui ação central do cuidado infantil, sendo essencial para a articulação de atividades de prevenção e intervenção que objetivam reduzir riscos de morbimortalidade. O Ministério da Saúde, por meio do Caderno da Atenção Básica - CAB nº 33, recomenda que os recém-nascidos sem intercorrências sejam acompanhados pela Atenção Primária

com, no mínimo, 9 consultas de puericultura até a idade de 24 meses - 1º semana de vida, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses e 24 meses.

Considerando que a população residente em Salvador < 1 ano em 2020 era de 35.434 e a cobertura de 56% da APS na capital, a expectativa era de, no mínimo, 138.901 consultas para Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento para essa faixa etária. Entretanto, os dados assistenciais mostram coberturas abaixo dos parâmetros recomendados pelo MS como, por exemplo, o número de consultas para avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de dois anos, que, em 2013, foi de 91.214 consultas, e em 2019 apenas 14.504 procedimentos registrados (Tabela 54). Assim, identifica-se a necessidade da reorganização dos processos de trabalho no âmbito da APS para ampliação da oferta de consultas para Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento, principal linha de cuidado e eixo fundamental para atenção integral à saúde das crianças.

Destaca-se que o registro dos dados de produção da Atenção Básica ocorre por meio da estratégia e-SUS e a falha no preenchimento adequando dos formulários desse sistema somada às dificuldades de interoperabilidade entre o Sistema VIDA+ e o sistema e-SUS têm levado ao sub-registro da produção, o que compromete significativamente o acompanhamento e monitoramento das ações realizadas.

Tabela 54 - Consultas para Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento para crianças de 0 < 10 anos. Salvador-BA, 2012–2020.

Idade	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
0 a 2 anos	46.411	91.214	60.443	60.642	53.205	63.759	49.222	14.504	656
3 anos	2.943	2.922	3.850	3.527	3.447	3.671	2.704	564	-
4 anos	2.528	2.620	3.394	3.109	2.513	2.995	1.867	412	2
5 anos	3.036	3.084	33.457	3.266	2.576	3.087	1.844	335	3
6 anos	1.399	1.435	2.169	2.191	1.765	2.046	1.212	271	-
7 anos	1.120	1.237	2.021	1.868	1.661	1.722	1.237	286	-
8 anos	980	1.124	1.867	1.642	1.404	1.641	992	214	-
9 anos	1.070	1.055	1.829	1.640	1.404	1.456	1.074	205	-
10 anos	1.381	1.377	1.690	2.850	1.515	1.683	1.119	191	-
Total	60.868	106.068	110.720	80.735	69.490	82.060	61.271	16.982	661

Fonte: SIASUS/SMS.

Uma das estratégias desenvolvidas pela SMS Salvador desde 2010 para qualificar a assistência integral à criança é a capacitação de profissionais médicos e enfermeiros na estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) para a faixa etária neonatal, tendo sido capacitados 200 profissionais até dezembro de 2019.

A promoção do Aleitamento Materno é considerada uma intervenção com melhor custo/benefício isolado para promover saúde e prevenir agravos na infância. O leite materno protege contra infecções, como diarreia, pneumonia e otites, e reduz a gravidade destas doenças quando o menor adoece. Também tem impacto em doenças crônicas

reduzindo a incidência de asma, diabetes e obesidade, favorece o desenvolvimento físico, emocional e a inteligência, além dos benefícios do ato de sugar para evitar problemas com a respiração, a mastigação, a fala e o alinhamento dos dentes.

Entre as ações desenvolvidas pelo município para a promoção do Aleitamento Materno (AM), estão a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)⁸ em 15 UBS, o Comitê de Aleitamento Materno do Salvador (COAMAS), instituído pela Portaria SMS no 348 de 4 de dezembro de 2009, e a realização anual do agosto Dourado, mês em que ocorre a intensificação das ações de promoção do AM, e a comemoração da Semana do Bebê.

O município realizou adesão ao Programa NutriSUS, que preconiza a complementação alimentar das crianças em creche com micronutrientes e, a partir de 2019, houve também a inclusão do Programa Crescer Saudável, cujo objetivo é contribuir com a prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil, sendo as ações previstas por esse programa elencadas na Figura 12.

Figura 12 - Ações do Programa Crescer Saudável.

Ações do Programa Crescer Saudável	Avaliação do estado nutricional (peso e altura) das crianças menores de 10 anos.
	Oferta de atividades coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável para as crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I nas escolas que participam do PSE.
	Oferta de atividades coletivas de promoção das práticas corporais e atividades físicas para as crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I nas escolas que participam do PSE.
	Atendimento para crianças identificadas com obesidade por meio de intervenção e cuidado na rede de atenção primária à saúde.

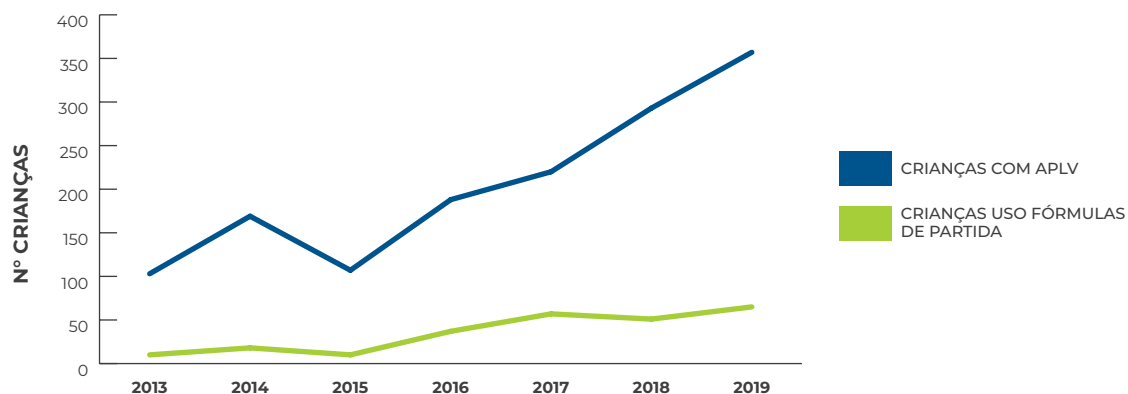
Fonte: DAS, 2021.

O município de Salvador também conta com o acompanhamento e a dispensação das fórmulas infantis, como coadjuvante da atenção nutricional de crianças menores de 2 anos com diagnóstico de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), conforme Nota Técnica nº 02, publicada no DOM em 2 de setembro de 2014.

Desde de 2013, o município realizava a dispensação de fórmulas infantis, mas a maioria das demandas era por meio de ação judicial. A partir da criação do Ambulatório Infantil de Alergia Alimentar, foram diagnosticadas 1.437 crianças com APLV. Nesse mesmo período, houve a identificação da contra-indicação do Aleitamento Materno para 248 crianças, devido às genitoras apresentarem o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou vírus T-linfotrópicos humanos (HTLV I ou II), sendo então dispensadas fórmulas infantis de partida e seguimento, conforme dados apresentados no gráfico 100.

8 A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) foi instituída pela Portaria GM MS nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, e tem como objetivos: qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade; e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades de Saúde.

Gráfico 100 - Crianças < 24 meses com uso de fórmulas infantis dispensadas pelo Ambulatório Infantil de Alergia Alimentar. Salvador-BA, 2013–2019.



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Crianças com APLV	103	169	107	188	220	293	357
Crianças uso Fórmulas de Partida	10	18	10	37	57	51	65

Fonte: Campo Temático de Alimentação e Nutrição/DAS/SMS Salvador.

No estado da Bahia, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Salvador (APAE) iniciou a realização de triagem neonatal para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito no segundo semestre de 1992, através de convênio com o SUS e Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), realizando a ampliação gradativa do escopo de testes para Triagem Neonatal – Teste do Pezinho.

Por meio da Portaria SAS/MS nº 429, de 02 de outubro de 2001, a APAE Salvador foi habilitada como Centro de Referência em Triagem Neonatal, acompanhamento e tratamento de doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, além das patologias acima citadas. Posteriormente foi habilitada para triagem e acompanhamento da fibrose cística (Portaria SAS/MS nº 1.244 de 05/11/2012) e alcançou a fase IV em 2014 (Portaria GM/MS Nº 62, de 28 de janeiro de 2014, com a inclusão da triagem para Hiperplasia Adrenal Congênita e (HAC) e Deficiência de Biotinidase (BIO), Portaria SAS/MS nº 62, de 29 de janeiro de 2014.

O município de Salvador tem 146 Postos de Coletas do Teste do Pezinho⁹ na Atenção Básica, sendo um desafio a ser enfrentado pelo município a coleta em período ideal, ou seja, de 3 a 5 dias de vida, na perspectiva de garantir o tratamento e acompanhamento contínuos para reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Em 2020, o número de nascidos vivos em Salvador foi de 36.267 crianças, tendo a APAE realizado 27.500 triagens pelo SUS, ou seja, 76% dos nascidos vivos na capital. A atenção primária respondeu por cerca 25% destas coletas¹⁰, sendo 31,7% em tempo ideal

9 Dados referentes ao mês de agosto de 2021.

10 Devido à Pandemia de COVID-19, a maior parte dos testes de triagem neonatal em 2020 foi coletada nas maternidades, o que

(3-5 dias de vida) e 82% das amostras encaminhadas para análise até 7 dias após a coleta, o que atende ao critério de padrão ouro do protocolo do programa.

2.4.1.4. Atenção à Saúde do Adolescente

No âmbito da SMS de Salvador, a coordenação das ações voltadas aos adolescentes e jovens é realizada pela Diretoria de Atenção Saúde (DAS), através do Campo Temático Saúde de Adolescentes e Jovens, em articulação com os diversos setores da SMS. Estas ações abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde desta população, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e a ampliação do acesso de adolescentes e jovens aos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde aponta que adolescentes e jovens constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde e preconiza que as iniciativas na atenção à saúde devem incluir a melhoria de condições sanitárias no ambiente físico e a atenção às necessidades nutricionais, biológicas, psicológicas e sociais (BRASIL, 2017). O período da adolescência é um momento particularmente importante para a saúde, porque definirá hábitos que terão impactos na qualidade de vida nas próximas décadas. É nessa época que a inatividade física, a dieta inadequada e o comportamento sexual de risco podem ter início.

A adolescência também é uma fase de mudanças de paradigmas, de enfrentamento às autoridades, de ebulição de desejos, de experimentações de novos comportamentos e de uma busca intensa por novos prazeres. Dentro deste contexto, as drogas aparecem como experiência possível que pode levar ao conhecimento de sensações novas, alívio de emoções desagradáveis, aceitação em grupos de amigos, o questionamento de valores dos pais/adultos responsáveis, bem como elevação da autoestima e demais fatores subjetivos (BRASIL, 2017).

Diante da grande diversidade etária que compõe esse grupo (10 a 19 anos de idade) objeto de política de saúde específica, e da importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como fator de proteção e prevenção de agravos adquiridos por hábitos não saudáveis ou mesmo os ocasionados por fatores externos diversos, são priorizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, segundo as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, os seguintes eixos temáticos para o desenvolvimento das ações para esse grupo: saúde sexual e saúde reprodutiva, incluindo a discussão sobre gravidez na adolescência; saúde bucal; alimentação e nutrição; projeto de vida; uso de álcool e outras drogas; violência e cultura da paz; e racismo. Além disso, também são trabalhados outros temas que envolvem o mundo de adolescentes e jovens.

teve um impacto positivo no número de coletas em tempo ideal.

Entre as estratégias para a Promoção da Saúde desenvolvidas pelo município do Salvador está a implementação do uso da Caderneta de Saúde do Adolescente. Desenvolvido em 2008 pelo MS como instrumento de monitoramento da saúde da população entre 10 e 19 anos, esse instrumento contém subsídios que orientam o atendimento integral dos(as) adolescentes, com linguagem acessível, possibilitando ao adolescente ser o protagonista do seu desenvolvimento. Além disso, a Caderneta de Saúde de Adolescente tem sido utilizada como um material de auxílio nos grupos de intervenção com os jovens e as informações nela disponíveis passaram a nortear a consulta e facilitar a abordagem de assuntos relevantes para esse público.

Embora a implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente tenha sido iniciada há alguns anos em Salvador, somente a partir de 2013, observou-se a implementação sistemática desse instrumento, resultado obtido a partir de capacitações realizadas nos 12 Distritos Sanitários. Em 2019, a SMS publicou o Parecer Técnico DAS nº 01/2019 recomendando a manutenção da utilização da Caderneta de Saúde do Adolescente para a faixa etária de 10 a 19 anos no município.

As ações promovidas para a promoção da saúde dos adolescentes recebem destaque no mês de setembro, quando é desenvolvida a Semana do Adolescente em alusão ao Dia Nacional da Juventude (22 de setembro), estratégia realizada pela SMS desde 2003 em parceria com outras instituições. Outra estratégia também proposta é a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência (Semana que inclui o dia 01 de fevereiro). Instituída no ano de 2019, essa estratégia está em processo de implantação, em razão da Pandemia de COVID-19.

Em 2019, foram realizadas oficinas com os profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as referências distritais da saúde do adolescente e jovem para discutir in loco a atenção à saúde do adolescente no âmbito distrital, considerando as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, através do olhar dos profissionais de saúde que atuam nas UBS com e sem a Estratégia de Saúde da Família. As oficinas tinham o objetivo de realizar um diagnóstico do contexto local onde está inserido o adolescente, de modo a captar as características desse contexto, a visão do profissional de saúde frente a este público, bem como as características do serviço de saúde ofertado e as facilidades e dificuldades observadas na prestação do mesmo.

De acordo com a percepção dos profissionais participantes, a carência de recursos materiais, a falta de acesso a bens e serviços precarizam as condições de vida e expõem as comunidades mais carentes a problemas estruturais. Além disso, a baixa inserção no mundo do trabalho, evasão e abandono escolar são situações que agravam a vulnerabilidade e exposição a riscos. Também foram prevalentes nos diversos territórios a exploração sexual, o uso e abuso de drogas, a exposição aos diversos tipos de violência, automutilação, gravidez na adolescência não planejada e a exposição ao sexo inseguro (Figura 13).

Figura 13 - Principais problemas e necessidades de saúde dos adolescentes, segundo a percepção dos profissionais da Atenção Básica. Salvador-BA, 2019.



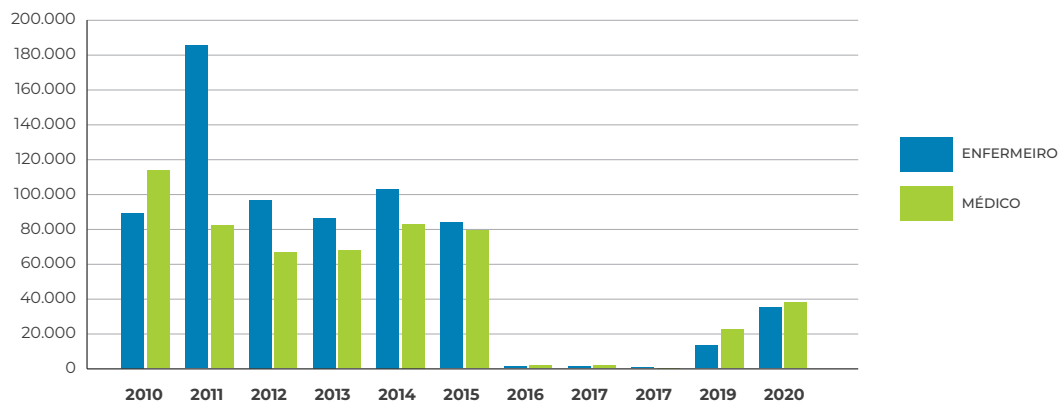
Fonte: Campo Temático da Saúde do Adolescente/DAS/SMS – Salvador.

Para enfrentamento a violência, a Atenção Primária tem desenvolvido ações de prevenção de agravos e promoção à saúde no seu território de atuação, abordando temas relacionados à violência, tais como: o cuidado com a saúde; cultura da paz; projeto de vida; combate ao racismo; uso de drogas e cidadania. Estes mesmos temas são também discutidos nas escolas com adesão ao PSE.

A Secretaria da Saúde orienta os profissionais de saúde para o reconhecimento de adolescentes que fazem um uso problemático de drogas, avaliando as possibilidades e limites no manejo de modo a encaminhá-los adequadamente aos serviços de referência existentes na rede municipal. Nesta perspectiva, busca-se atuar preventivamente junto aos adolescentes, famílias e comunidade de modo sistemático.

No período 2010 a 2020 foram realizados 692.322 atendimentos de enfermagem e 552.677 atendimentos médicos, no âmbito da Atenção Primária, para a faixa etária de 10 a 19 anos. A queda abrupta no número de atendimentos observada a partir de 2016 foi devido à substituição do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) para o Sisab (Gráfico 101).

Gráfico 101 - Número de atendimentos individuais de adolescentes realizados pelos profissionais enfermeiros e médicos, no âmbito da Atenção Primária, Salvador-BA, 2010–2020.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Enfermeiro	88.891	185.066	96.333	86.107	102.269	83.616	763	815	265	13.099	34.670
Médico	113.198	81.685	66.075	67.609	82.667	78.968	1.535	1.503	14	21.985	37.438

Fonte: SIASUS (até 2015) e-SUS AB (a partir de 2015)/Sistema Vida+/SMS Salvador.
Dados tabulados em: 17 de fevereiro de 2021 e sujeitos à retificação posterior.

Observando a tabela 55 verificamos que, num intervalo de cinco anos, contabilizados no período de 2015 a 2020, houve um crescimento progressivo no quantitativo de atendimentos individuais realizados para adolescentes. A expansão da informatização das unidades de saúde potencializada em 2019, pode justificar o incremento dos atendimentos de 2020 (ano atípico por causa da pandemia da COVID-19), em relação ao ano de 2019.

Tabela 55 - Quantitativo de Atendimentos Individuais de Adolescentes. Salvador-BA, 2015–2020.

Ano	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
2015	3306	7848	11.154
2016	5319	13000	18.319
2017	8838	21.635	30.473
2018	10.334	24.904	35.238
2019	12.195	31.201	43.396
2020	12.511	36.223	48.734
Total	52.503	134.811	187.314

Fonte: Dados fornecidos pelo NTI julho/2021. (Fonte: Sistema Vida+/Sisab).

Quanto aos atendimentos realizados em grupo para adolescentes, nos últimos cinco anos houve um crescimento gradual dessa modalidade. É importante salientar que, as atividades grupais demandam a existência de espaços físicos adequados, articulação interdisciplinar, treinamento dos profissionais e o uso de materiais educativos específicos bem como a mobilização constante do público-alvo. Mesmo com as dificuldades operacionais, os profissionais de saúde vêm desenvolvendo atividades grupais, de modo a promoverem

mais cotidianamente essa forma de atendimento em seus territórios, conforme demonstram os números dos últimos cinco anos (Tabela 56). Houve uma redução radical desse tipo de atendimento em 2020 devido à reorganização do processo de trabalho para enfrentamento da pandemia da COVID-19. Tal redução pode ser analisada como consequência dos protocolos de distanciamento social e, conseqüentemente, do fechamento das escolas, e a suspensão de atendimentos grupais.

Tabela 56 - Quantitativo de atendimento em grupo para adolescentes por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2015–2020.

Distrito Sanitário	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Rio Vermelho	153	121	183	81	213	04
Boca do Rio	87	45	53	140	104	07
Brotas	27	47	117	182	101	35
Cabula Beiru	88	35	160	317	219	61
Cajazeiras	218	257	376	243	328	63
Centro Histórico	73	70	96	80	62	26
Itapagipe	57	85	121	83	85	04
Itapuã	236	233	426	345	483	38
Liberdade	69	12	54	90	101	22
Pau da Lima	50	18	197	202	214	107
São Caetano/Valéria	68	49	286	257	357	76
Subúrbio Ferroviário	310	174	479	404	689	65
Total	1.436	1.146	2.548	2.424	3.016	508

Fonte: Dados fornecidos pelo NTI julho/2021 (Fonte: Sistema Vida+/Sisab).

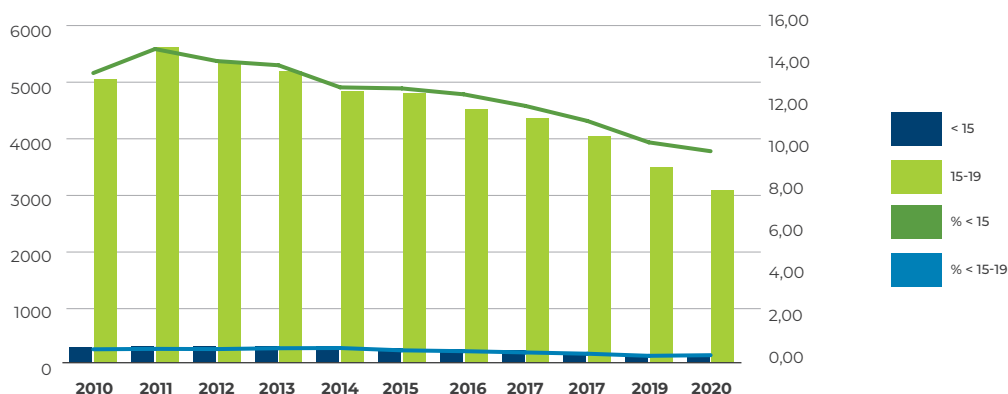
A gravidez na adolescência tem sido um desafio à saúde pública, quando não intencional e/ou indesejada, podendo estar associada ao desconhecimento de métodos anticoncepcionais, seja por questões ligadas ao exercício da sexualidade e da vida reprodutiva nessa faixa etária, condições materiais de vida e às múltiplas relações de desigualdades sociais no Brasil, e ainda pelos riscos relacionados ao despreparo de pais adolescentes, podendo implicar em não realização do pré-natal ou início tardio, e abandono escolar e, conseqüentemente, interferir negativamente no desenvolvimento pessoal e social.

Assim, a análise da gravidez na adolescência não pode ser desvinculada das motivações individuais, nem descontextualizada das condições sociais em que as adolescentes estão inseridas, considerando-se a influência de fatores sociopolíticos, culturais e psicológicos implicados na escolha de ser mãe.

Observa-se tendência decrescente da proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (Gráfico 102), que está relacionada a vários fatores com destaque para a expansão da Atenção Primária à Saúde, como as estratégias de saúde promovidas em prol dos(as) adolescentes, que vem ampliando o acesso aos serviços de saúde, dentre estas as consultas de planejamento reprodutivo, atividades de educação em saúde voltadas para a saúde sexual

e saúde reprodutiva, o que também inclui as ações do PSE, além da ampliação do acesso aos métodos contraceptivos.

Gráfico 102 - Número de nascidos vivos e proporção de mães nas faixas etárias < 15 de anos e entre 15 a 19 anos por município de residência, Salvador-BA, 2010–2020.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
< 15	276	292	286	295	302	261	233	216	193	150	145
15-19	5.054	5.617	5.363	5.190	4.836	4.802	4.503	4.357	4.038	3.488	3.062
% < 15	0,76	0,78	0,77	0,81	0,82	0,71	0,67	0,61	0,55	0,45	0,48
% 15-19	13,87	15,01	14,44	14,24	13,19	13,14	12,86	12,31	11,60	10,58	10,16

Fonte: SMS/SUIS-SINASC. Tabulação realizada em: 15 de agosto de 2021.

O fenômeno da gravidez na adolescência no Brasil é multifatorial. A gravidez pode ocorrer por desconhecimento do risco de uma gestação precoce, por baixa escolaridade ou por inexperiência com a prevenção. Outros fatores de ordem social, como o apelo para independência do núcleo familiar originário, podem favorecer as uniões precoces, seja por desejo ou pressão familiar. Estes fatores, juntos ou isolados, podem culminar em gravidez numa fase de desenvolvimento corporal peculiar que pode vir associada a complicações próprias da primeira gestação, como as doenças hipertensivas e à menor adesão ao pré-natal (SAYEM, 2011).

A gravidez na adolescência está associada a maior probabilidade de incidência de complicações na gestação, parto e puerpério, podendo apresentar como consequências, entre outras, o baixo peso e a prematuridade. A ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer em partos anteriores classifica a mulher como de alto risco gestacional para gestações futuras (BRASIL, 2019).

De acordo com a Agenda Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica (2017) é importante avaliar a “intensidade da vulnerabilidade singular do sujeito em cuidado” (p. 42), de modo a se propor estratégias de enfrentamento desses fatores. Nesse sentido, em 2019, em articulação com o Campo Saúde do Homem, os adolescentes do sexo masculino de 15 a 19 anos também foram incluídos nas ações do Sábado do

Homem como mais uma estratégia de aproximação e acolhimento deste público nas UBS. Os dados dos relatórios do Sábado do Homem evidenciaram um crescimento contínuo da participação deste público, registrando no primeiro quadrimestre a participação de 99 adolescentes, no segundo quadrimestre 152 e no último quadrimestre 176 adolescentes, sugerindo tratar-se de uma boa estratégia para esse público, devendo ser mantida para os próximos anos.

As atividades desenvolvidas para o público adolescente, no cotidiano das unidades de saúde foram sensivelmente alteradas em razão das novas normas impostas ao atendimento durante a Pandemia. As restrições de aglomerações e incentivo ao isolamento social e priorização de ações para grupos que apresentaram maior risco para desenvolver complicações pela COVID-19.

2.4.1.4.1. Atendimento ao Adolescente em Conflito com a Lei

A SMS, por meio do Campo Temático Saúde do Adolescente e Jovem, estabelece parcerias com instituições no âmbito municipal, estadual, federal, a fim de fortalecer as redes de atenção a adolescentes e jovens, inclusive os que se atribuem autoria de ato infracional. Nesta perspectiva e também em conformidade com a Portaria GM MS nº 1.082/2014, que redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), o município do Salvador elaborou o Plano Operativo de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória e de Semiliberdade do Município de Salvador 2018-2021, documento aprovado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) em 2018. Desta forma, a partir da PNAISARI, redefiniram-se as diretrizes e foram estabelecidos novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade (unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade).

Os atendimentos em saúde para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa são realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) referenciadas, de forma complementar aos serviços disponíveis na Comunidades de Atendimento Socioeducativo (CASE). Além das unidades de Atenção Primária à Saúde, considerando a atenção integral à saúde desses adolescentes, os atendimentos nas áreas de Saúde Bucal, Saúde Mental, Urgência/Emergência também são realizados em unidades referenciadas, a partir da atuação da Secretaria Municipal da Saúde do município do Salvador.

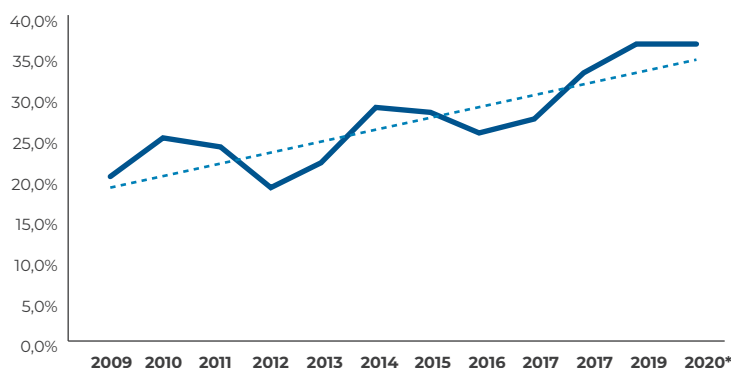
Anualmente, foi elaborado um Plano Operativo com diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporam os componentes da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação provisória e semiliberdade, além de descrever

as atribuições e compromissos entre as esferas municipal e estadual de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados desse público.

2.4.2. Atenção à Saúde Bucal

O município do Salvador dispõe de uma Rede de Atenção em Saúde Bucal que atua, também, na assistência à crianças e adolescentes. Essa rede está conformada na Atenção Primária com 302 Equipes de Saúde Bucal distribuídas em 109 Unidades de Saúde da Família e 36 Unidades Básicas de Saúde, perfazendo uma cobertura de 36,1% (Brasil, 2020). Em 2009, o município do Salvador contava com uma cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária de 19,9%. No período em análise observa-se uma tendência crescente devido à implantação novos consultórios odontológicos espalhados pela cidade além da contratação de profissionais entre Cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal de modo a garantir a resolutividade da assistência, tornando desta maneira o cuidado com a saúde bucal cada vez mais acessível (Gráfico 103).

Gráfico 103 - Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária, Salvador-BA, nos anos de 2009–2020*.



Fonte: E- gestor AB/MS. 2020. *Dados preliminares. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

Na Atenção Secundária em Saúde Bucal, o município dispõe de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Multicentros para os encaminhamentos dos casos que necessitam de tratamentos ambulatoriais de média complexidade. Esses serviços estão implantados em locais estratégicos visando facilitar o acesso de usuários referenciados da Atenção Básica. Dentre as unidades especializadas, o município possui 4 CEOs com a Especialidade de Odontopediatria e 6 CEOs com Núcleo de Apoio à Pacientes Especiais - NAPES. Os pacientes com cardiopatia e os portadores de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) também recebem atendimento pelas equipes dos Multicentros Amaralina e Liberdade.

Na Atenção às Urgências e Emergências, o município conta a Unidade de Atendimento Odontológico (UAO), em regime de 24 horas, prestando um serviço específico de urgência odontológica, e dez Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e 1 Pronto Atendimento (PA). Ao longo da vida o indivíduo passa por variadas mudanças em decorrência do seu crescimento e desenvolvimento. No que tange ao desenvolvimento oral, o ser humano apresenta duas dentições, conhecidas como dentição decídua e dentição permanente, no processo de desenvolvimento existe a fase de transição com a maior parte das transformações na infância e adolescência, quando o indivíduo passa a apresentar uma dentadura mista (SILVA FILHO, 1997).

As ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças bucais são necessárias a fim de reduzir perdas dos elementos dentários, assim como o acompanhamento odontológico que deve estar presente desde o início da vida. Visitas periódicas para prevenção e tratamento precoce tem importância pela diversidade de situações presentes na cavidade oral avaliando o contexto de risco (dieta, comportamento, cooperação, participação dos responsáveis, dentre outras) - (MORAES, 2000). Nesse sentido, a redução do CPO-D (cariados, perdido e obturados na dentição decídua) no Brasil tem sido atribuída à expansão do acesso à água fluoretada, dentifrícios fluoretados e ampliação da cobertura dos serviços odontológicos na atenção primária (NARVAI *et al.*, 1999).

Cárie¹¹, doença periodontal, fluorose dental e problemas oclusais são considerados os principais problemas odontológicos presentes na população brasileira e são objetos de análises na saúde coletiva (SB Brasil 2010). Para conhecer o perfil epidemiológico em Saúde Bucal foram realizados quatro levantamentos epidemiológicos no território nacional nos anos 1986, 1996, 2003 e 2010. Em 2010, Salvador apresentou o índice CEO-D de 1,70 (médio) na faixa etária de 5 anos. O componente cariado do índice, possui uma média de 1,51 (a Média nacional foi de 2,43) apresentando uma prevalência de 88,8% enquanto a prevalência nacional deste componente foi de 80,2%. No entanto, a proporção de indivíduos com CEO-D igual a 0, ou seja, livre de cáries nessa idade foi de 56,5% enquanto a média nacional foi de 46,6% (Tabela 57).

Tabela 57 - Média e prevalência de CEO-D, componente cariado e proporção de CEO-D = 0 na idade de 05 anos no município do Salvador-BA e Brasil.

	n	CEO-D	Cariado		CEO-D = 0	
		Média	Média	%	%	
05 anos	Salvador	228	1,70	1,51	88,8	56,5
	Brasil	7.217	2,43	1,95	80,2	46,6

Fonte: SB Brasil 2010.

11 Na avaliação de cárie, o índice preconizado pela OMS é o CPO-D (Cariados, Perdido e Obturados na dentição permanente) médio e o CEO-D (Cariados, extração indicada e restaurados na dentição decídua) médio (SB Brasil 2010). O valor desse índice expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos e utiliza a idade padrão de 12 anos. De acordo com a recomendação da OMS, o valor deve ser menor que 1,1 e quanto menor for, expressarão melhores condições de saúde bucal (AGNELLI, 2015).

O CPO-D da faixa etária de 12 anos foi de 1,07 (médio). O componente cariado do índice, apresentou uma média de 0,64 (a média nacional foi de 2,07) e uma prevalência de 59,8%. A proporção de indivíduos com CPO-D igual a 0 nesta idade foi de 59,1% em Salvador e a média nacional foi de 43,5% (Tabela 58).

Tabela 58 – Média e prevalência de CPO-D, componente cariado e proporção de CPO-D = 0 na idade de 12 anos no município do Salvador-BA e Brasil.

		n	CPO-D	Cariado		CPO-D = 0
			Média	Média	%	%
12 anos	Salvador	255	1,07	0,64	59,8	59,1
	Brasil	7.247	2,07	1,12	54,1	43,5

Fonte: SB Brasil 2010.

O CPO-D na faixa etária de 15 a 19 anos foi de 2,09 (médio). O componente cariado do índice, apresentou uma média de 1,07 (a média nacional foi de 4,25) e uma prevalência de 51,2%. A proporção de indivíduos com CPO-D igual a 0 nesta idade foi de 41,6% em Salvador e a média nacional foi de 23,9% (Tabela 59).

Tabela 59 – Média e prevalência de CPO-D, componente cariado e proporção de CPO-D = 0 na idade de 15 a 19 anos no município do Salvador-BA e Brasil.

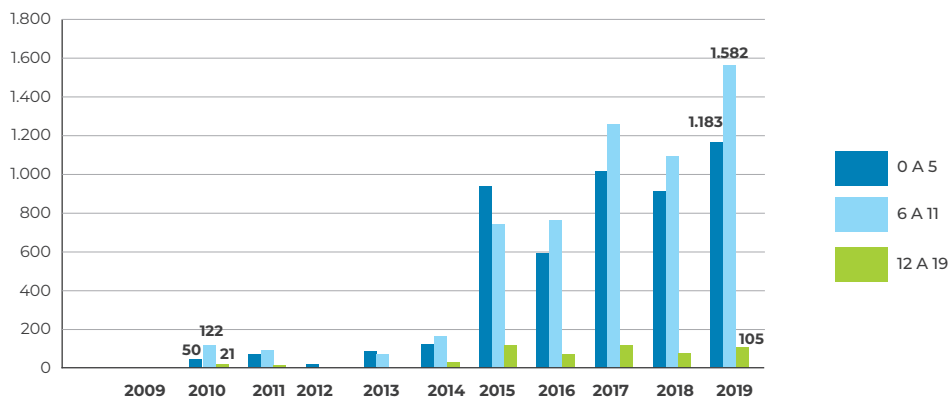
		n	CPO-D	Cariado		CPO-D = 0
			Média	Média	%	%
15 a 19 anos	Salvador	207	2,09	1,07	51,2	41,6
	Brasil	5.367	4,25	1,52	35,8	23,9

Fonte: SB Brasil 2010.

A análise dos dados permite observar que, embora o município apresente uma média do componente cariado inferior à média nacional, Salvador têm uma prevalência elevada do componente cariado, o que exprime um acesso à serviço de saúde bucal ainda escasso, consistindo no reflexo da baixa cobertura de saúde bucal.

Em relação ao quantitativo de procedimentos realizados pela especialidade de Odontopediatria nos CEO, observa-se um crescimento na produção, com exceção da faixa etária de 12 a 19 anos, podendo ser explicado que nessa última faixa etária o indivíduo já se encontra com dentição permanente e muitas vezes não são atendidos pela especialidade de Odontopediatria e as demandas são acolhidas pelo odontólogo da atenção básica. É importante ressaltar que o ano de 2009 não apresenta registro de produção pois a especialidade de Odontopediatria no CEO estava em processo de implantação no município (Gráfico 104).

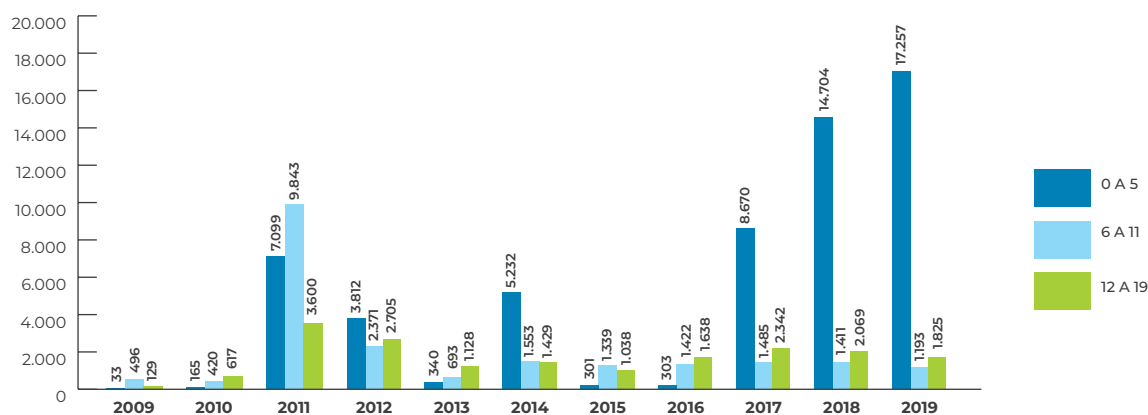
Gráfico 104 - Total de procedimentos odontológicos realizados pela especialidade de Odontopediatra (no CEO) nas faixas etárias de 0 a 5 anos; 06 a 11 anos e 12 a 19 anos no município do Salvador-BA de 2009–2019.



Fonte: MS\DATASUS\SIA/SUS.

Os procedimentos de urgência e emergência realizados pela UAO, UPA e PA estão apresentadas no gráfico 107 que demonstrou um número expressivo de atendimentos em todas as faixas etárias, sendo destaque a faixa etária de 0 a 5 anos que apresentou um quantitativo de procedimentos de 33 em 2009 e 17.257 procedimentos em 2019. No ano de 2019 foram realizados 20.275 procedimentos em todas as faixas etárias estudadas, sendo que os procedimentos realizados na faixa etária de 0 a 5 anos representaram 85% deste total.

Gráfico 105 - Total de procedimentos odontológicos realizados nas redes de urgências e emergências nas faixas etárias 0 a 5 anos; 06 a 11 anos e 12 a 19 anos no município do Salvador-BA, 2009–2019.

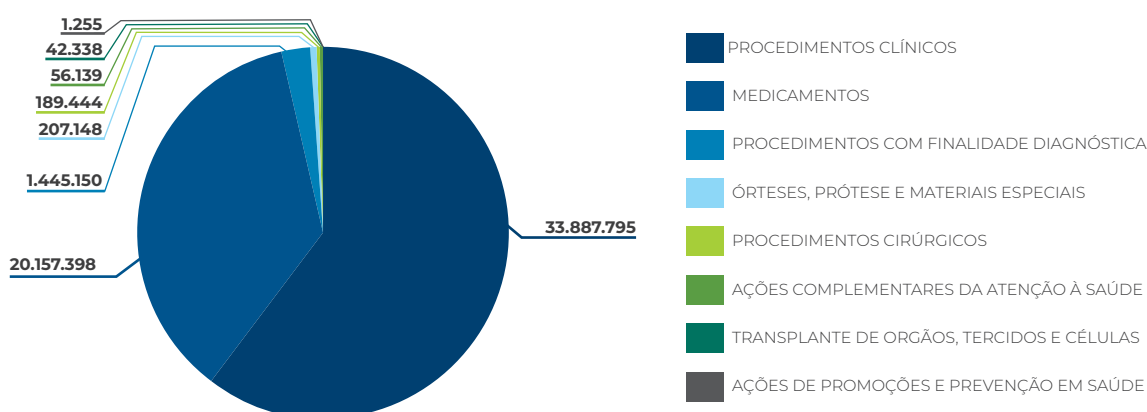


Fonte: MS\DATASUS\SIA.

2.4.3. Atenção de Média e Alta Complexidade

A produção ambulatorial relacionada às crianças e adolescentes até 19 anos, entre 2009 e 2020¹², aponta para uma concentração de procedimentos de média complexidade (47,71%), seguidos da alta complexidade (37,20%) e Atenção Básica (14,62%). Dentre os procedimentos ambulatoriais, predominaram ao longo do período avaliado, os grupos de procedimentos clínicos¹³ (60,53%), medicamentos (36,00%) e procedimentos com finalidade diagnóstica¹⁴ (2,58%) - (Gráfico 106).

Gráfico 106 - Distribuição da produção ambulatorial por grupo de procedimentos em crianças e adolescentes até 19 anos, Salvador-BA, 2009–2020.



Fonte: SIA/SUS/DATASUS/MS – SMS Salvador.

Dados disponíveis até setembro/2020. Dados tabulados em: 4 de dezembro de 2020.

Entre 2009 e setembro de 2020, observa-se que se excetuando o ano de 2020, a maior queda da produção foi observada de 2012 a 2013, chegando a 22%, e que pode estar associada à realização do 1º Chamamento Público, em 2010, cuja homologação ocorreu em 2012, e formalizou a contratação de pessoas jurídicas para prestação de serviços de saúde nas mais diversas especialidades de modo complementar. A partir de 2015, percebe-se que essa produção apresentou uma tendência de crescimento, que se manteve até 2018. Em 2020, observa-se uma redução da produção ambulatorial relacionada às crianças e adolescentes até 19 anos (Tabela 60). Essa situação pode estar relacionada a pandemia da COVID-19, cujo panorama epidemiológico atípico, impactou a dinâmica do acesso a ações

12 A produção ambulatorial de serviços de saúde no âmbito do SUS é processada pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Vale destacar que no formato vigente, esse sistema disponibiliza seus dados a partir de 2008, uma vez que a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS foi instituída pela Portaria GM/MS nº 321 de 08 de fevereiro de 2007 e sua publicação ocorreu através da Portaria GM/MS nº 2.848, de 06 de novembro de 2007. Aponta-se que a avaliação do banco de dados até setembro de 2020, dá-se por ser o período de disponibilidade dos dados, que por ser o sistema de faturamento oficial apresenta um atraso para sua disponibilização.

13 Procedimentos clínicos englobam Consultas/Atendimento/Acompanhamento, Fisioterapia, Tratamentos clínicos em oncologia, nefrologia e outras especialidades, Hemoterapia, Tratamento odontológico, Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas, Terapias especializadas, Parto e nascimento.

14 Procedimentos com finalidade diagnóstica englobam Coleta de Material, Diagnóstico em laboratório clínico, por anatomia patológica e citopatologia, por radiologia, USG, TC, RNM, medicina nuclear in vivo, endoscopia, radiologia intervencionista, Métodos diagnósticos em especialidades, Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia, Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental, Diagnóstico por teste rápido.

e serviços de saúde, principalmente durante a fase de medidas restritivas mais austeras devido a maior criticidade do cenário epidemiológico.

Tabela 60 - Produção ambulatorial por grupo de procedimentos em crianças e adolescentes até 19 anos, Salvador-BA, 2009–2020¹.

Grupo de procedimentos	2009	2010	2011	2012	2013	2014
01 - Ações de promoção e prevenção em saúde;	0	0	0	0	106	238
02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica;	54.873	55.481	130.283	128.506	113.301	136.303
03 - Procedimentos clínicos;	3.258.590	2.539.706	2.747.078	2.713.954	2.835.262	2.647.863
04 - Procedimentos cirúrgicos;	6.615	8.529	34.365	32.401	19.430	14.617
05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células;	1.527	2.294	2.076	1.676	1.858	4.569
06 - Medicamentos;	748.398	1.084.025	2.353.166	2.560.903	1.278.646	1.217.991
07 - Órteses, próteses e materiais especiais;	11.626	11.544	9.667	12.073	11.520	33.765
08 - Ações complementares da atenção à saúde.	0	0	0	0	0	0
Total	4.081.629	3.701.579	5.276.635	5.449.513	4.260.123	4.055.346

Grupo de procedimentos	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
01 - Ações de promoção e prevenção em saúde;	365	176	88	158	90	34	1.255
02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica;	144.617	142.015	155.245	163.037	145.175	76.314	1.445.150
03 - Procedimentos clínicos;	2.386.167	2.348.015	3.065.710	3.663.200	3.672.905	2.009.345	33.887.795
04 - Procedimentos cirúrgicos;	13.479	12.438	13.186	13.951	13.464	6.969	189.444
05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células;	5.081	5.935	5.127	5.177	5.511	1.507	42.338
06 - Medicamentos;	1.650.071	2.364.733	2.392.029	2.326.108	1.258.884	922.444	20.157.398
07 - Órteses, próteses e materiais especiais;	19.702	22.591	20.570	16.887	21.079	16.124	207.148
08 - Ações complementares da atenção à saúde.	0	0	15.707	20.061	14.098	6.273	56.139
Total	4.219.482	4.895.903	5.667.662	6.208.579	5.131.206	3.039.010	55.986.667

Fonte: SIA/SUS/DATASUS/MS – SMS Salvador. ¹Dados disponíveis até setembro/2020. Dados tabulados em 4 de dezembro de 2020.

Quanto à complexidade dos procedimentos ambulatoriais relacionados às crianças e adolescentes até 19 anos, entre 2009 e 2020, aponta-se para uma concentração de procedimentos de média complexidade (47,71%), seguidos da alta complexidade (37,20%) e Atenção Básica (14,62%) (Tabela 61). Além disso, observa-se que, a alta complexidade se concentrou sob à gestão estadual (98,45%), enquanto, a atenção básica (94,24%) e a média complexidade (70,62%) sob gestão municipal.

Tabela 61 - Distribuição da produção ambulatorial em crianças e adolescentes até 19 anos por complexidade e tipo de gestão, Salvador-BA, 2009–2020¹.

Tipo de gestão Complexidade	ESTADO		MUNICÍPIO		TOTAL	
	Quantidade	Percentual	Quantidade	Percentual	Quantidade	Percentual
0 - Não se Aplica	218.000	82,83%	45.194	17,17%	263.194	0,47%
1 - Atenção Básica	471.290	5,76%	7.714.715	94,24%	8.186.005	14,62%
2 - Média Complexidade	7.848.725	29,38%	18.862.281	70,62%	26.711.006	47,71%
3 - Alta Complexidade	20.502.805	98,45%	323.657	1,55%	20.826.462	37,20%
Total	29.040.820	51,87%	26.945.847	48,13%	55.986.667	100,00%

Fonte: SIA/SUS/DATASUS/MS – SMS Salvador. ¹Dados disponíveis até setembro/2020. Dados tabulados em: 4 de dezembro de 2020.

No que tange à produção hospitalar¹⁵, desde 2009, Salvador apresenta uma crescente de internações, exceto no ano de 2016, como se observa na Tabela 62.

Em 2020, percebe-se uma redução da produção hospitalar relacionada às crianças e adolescentes até 19 anos (Tabela 62). Essa situação tem como principal causa a Pandemia da COVID-19, cujo panorama epidemiológico atípico, impactou a dinâmica do acesso a ações e serviços de saúde, com suspensão por tempo determinado das internações eletivas, principalmente durante a fase de maior criticidade do cenário epidemiológico.

Tabela 62 - Produção hospitalar relacionada às crianças e adolescentes até 19 anos por grupo de procedimentos, Salvador-BA, 2009–2020¹.

Grupo de Procedimentos	2009	2010	2011	2012	2013	2014
02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica	903	1.082	1.214	1.290	371	309
03 - Procedimentos clínicos	84.178	95.238	100.031	102.449	106.009	110.458
04 - Procedimentos cirúrgicos	85.558	94.019	98.003	96.083	96.742	98.027
05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células	727	653	696	732	826	737
Total	171.366	190.992	199.944	200.554	203.948	209.531

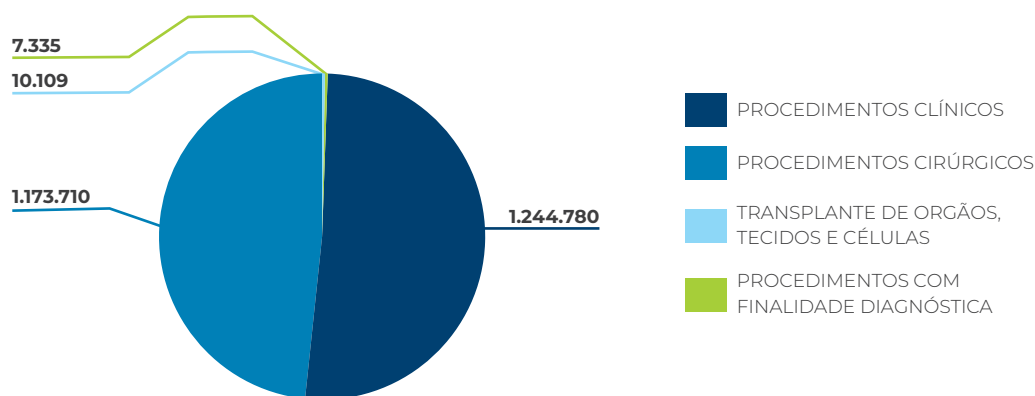
Grupo de Procedimentos	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica	253	280	421	420	490	302	7.335
03 - Procedimentos clínicos	114.862	110.526	110.751	111.874	118.230	80.174	1.244.780
04 - Procedimentos cirúrgicos	95.622	96.180	104.466	113.391	123.956	71.663	1.173.710
05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células	775	936	994	1.143	1.182	708	10.109
Total	211.512	207.922	216.632	226.828	243.858	152.847	2.435.934

Fonte: SIHD/DATASUS/MS – SMS Salvador. ¹Dados disponíveis até setembro/2020. Dados tabulados em 04 de dezembro de 2020.

Os procedimentos hospitalares relacionados às crianças e adolescentes até 19 anos concentraram-se, ao longo do período avaliado, nos grupos de procedimentos clínicos (51,10%) e procedimentos cirúrgicos (48,18%), como pode ser observado no Gráfico 109.

15 Os dados de produção hospitalar são oriundos do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD), cuja série histórica compreende o período entre 2008 e setembro de 2020.

Gráfico 107 - Distribuição da produção hospitalar por grupo de procedimentos em crianças e adolescentes até 19 anos, Salvador-BA, 2009–2020¹.



Fonte: SIHD/DATASUS/MS – SMS Salvador. ¹Dados disponíveis até setembro/2020. Dados tabulados em 04 de dezembro de 2020.

No que se refere à complexidade dos procedimentos relacionados às crianças e adolescentes até 19 anos, observa-se que 87% das internações hospitalares são de média complexidade e 13% são de alta. Além disso, na produção hospitalar observa-se que na Gestão Estadual (63%) concentra-se a produção de média complexidade, enquanto na Gestão Municipal (69%) têm-se o predomínio da alta complexidade, como é demonstrado na Tabela 63.

Ainda quanto à modalidade hospitalar, a maior parte dos procedimentos relacionados às crianças e adolescentes (59%) estão sob a Gestão Estadual, o que é resultado da divisão do comando no campo da saúde, existente nesta capital, na qual a regulação ambulatorial está sob a responsabilidade da Central Municipal de Regulação, enquanto que a regulação hospitalar fica sob responsabilidade do Estado via Central Estadual de Regulação. Essa divisão reflete na redução da governabilidade do acesso dos munícipes de Salvador aos serviços de saúde, inclusive por conta da divisão do teto financeiro.

Tabela 63 - Distribuição da produção hospitalar em crianças e adolescentes até 19 anos por complexidade e tipo de gestão, Salvador-BA, 2009–2020¹.

Complexidade	Tipo de gestão		Gestão Municipal		Total	Percentual
	Gestão Estadual	Percentual	Gestão Municipal	Percentual		
Média complexidade	1.336.758	63%	773.828	37%	2.110.586	87%
Alta complexidade	99.371	31%	225.977	69%	325.348	13%
Total	1.436.129	59%	999.805	41%	2.435.934	100%

Fonte: SIHD/DATASUS/MS – SMS Salvador. ¹Dados disponíveis até setembro/2020. Dados tabulados em: 4 de dezembro de 2020.

2.4.3.1. Demanda reprimida

Enquanto observatório da Rede, a CMR utiliza ferramentas do Sistema Vida+ para dimensionar as demandas reprimidas mais significativas no âmbito da assistência ambulatorial, de Média e Alta Complexidade, no território de Salvador. No que tange às consultas médicas em atenção especializada, a ferramenta Fila de Espera do Sistema Vida+ tem registro de 6.388 pacientes aguardando marcação em variadas especialidades, no subgrupo Pediatria, conforme distribuição apresentada na Tabela 64.

Tabela 64 - Fila de Espera para Consultas Médicas em Atenção Especializada, subgrupo Pediatria, Salvador-BA, 2020¹.

Especialidade (subgrupo Pediatria)	Demanda Reprimida
Oftalmologista	1.350
Otorrinolaringologista	1.202
Neurologista	1.089
Ortopedista e Traumatologista	900
Dermatologista	599
Pneumologista	512
Urologista	323
Infectologista	159
Endocrinologista e Metabologista	145
Nefrologista	109
Total	6.388

Fonte: Sistema Vida+ – SMS Salvador. Dados extraídos do Sistema Vida+ em: 8 de dezembro de 2020.

Para realização de exames, destaca-se a demanda reprimida para realização de Ressonância Nuclear Magnética em pacientes com sedação, procedimento mais comum a esse universo de pacientes. Apesar da oferta do serviço no Hospital Municipal de Salvador, Hospital Santa Izabel e Hospital Aristides Maltez, observa-se um alargado tempo para acesso ao procedimento, podendo atingir até 180 dias de espera.

Demandas administrativas, judiciais e oriundas da ouvidoria municipal são instrumentos relevantes para identificação de gargalos e barreiras de acesso na assistência às crianças e adolescentes. Nesse sentido, a 8ª Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude do Ministério Público do Estado da Bahia, Comarca de Salvador, vem conduzindo reuniões periódicas para discussão dos seguintes temas: acesso à Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, especialmente na temática intelectual; acesso às demandas de saúde dos jovens em cumprimento de medida socioeducativa; Política Estadual de Doenças Raras e acesso às consultas de genética; redes de ortopediatria, cardiopediatria e uropediatria/ cirurgias uropediátricas.

2.4.3.2. Rede de Oncologia

A Rede Assistencial de Oncologia de Salvador está sob regulação, desde 2009, contemplando consulta, cirurgia e o tratamento complementar em Quimioterapia, Radioterapia (Radioterapia Geral e Braquiterapia) e Iodoterapia.

A rede de oncologia voltada à criança e ao adolescente está conformada por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON (Hospital Santa Isabel e Hospital Martagão Gesteira) e por um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON (Hospital Aristides Maltez), de forma a viabilizar o acesso do usuário à assistência integral e em tempo hábil.

No que se refere aos pacientes com perfil oncológico, a CMR promove um acolhimento diferenciado dos usuários e/ou responsáveis com objetivo de garantir acesso oportuno, universal e integral em consonância com a Política Nacional de Oncologia, com o Plano Estadual de Oncologia e com a Política Nacional de Regulação. Nesse sentido, uma equipe técnica da referida Diretoria é responsável pela análise documental dos pacientes e subsequente agendamento de consultas para os serviços de referência para tratamento do câncer.

Sob gestão municipal, a UNACON do Hospital Martagão Gesteira presta atendimento exclusivo a pacientes pediátricos, sendo admitidos pacientes até 19 anos incompletos. Suas vagas são disponibilizadas mensalmente no Sistema Vida+ e o agendamento é realizado pela CMR, através da Comissão de Especialidades – Eixo Oncologia ou no próprio serviço.

2.4.4. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída através da Portaria MS nº 793, 24 de abril de 2012, com objetivos de ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; Intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Visa também à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde, considerando a importância das ações intersetoriais para o seu pleno desenvolvimento.

A atenção à saúde de crianças e adolescentes com deficiência estende-se da atenção primária, incluindo desde ações de promoção à saúde; prevenção de deficiências; acompanhamento preconcepção, pré, peri e pós-natal; seguimento através da puericultura, propiciando diagnóstico e intervenção oportuna, aos cuidados e ações de habilitação/reabilitação quando necessário.

No âmbito da atenção especializada, o território de Salvador conta com três serviços, sob gestão municipal, habilitados pelo Ministério da Saúde como Centros Especializados em Reabilitação tipo II (CER II), nas modalidades Intelectual e Física, a saber: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - Apae, Núcleo de Atendimento à Criança com Paralisia

Cerebral - NACPC e Instituto Baiano de Reabilitação - IBR. Além disso, a SMS tem contrato firmado com outros serviços que, mesmo não sendo habilitados como CER, são classificados como estabelecimentos únicos e prestam assistência no contexto da reabilitação. São estes: Instituto de Organização Neurológica - ION; Instituto de Cegos; Clínica de Reabilitação Física - CLIFIR Canela; Centro de Logopedia e Psicomotricidade - CLPB; Instituto Guanabara; Centro Pestalozzi de Reabilitação; Associação Baiana de Recuperação do Excepcional - ABRE. Estes serviços atendem às diversas faixas etárias, incluindo crianças e adolescentes.

Em sua rede própria e com oferta ao público infantojuvenil, o município possui no Multicentro Carlos Gomes – fisioterapia e fonoaudiologia e no Centro de Saúde Mental e Reabilitação Drº Álvaro Rubim de Pinho reabilitação às doenças de ordem neurológica possuindo serviço de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

A gestão estadual dispõe de equipamentos habilitados em Salvador: Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiências - CEPRED, habilitado como CER III (modalidades física, intelectual e auditiva) e Obras Sociais Irmã Dulce-OSID, habilitado como CER IV (modalidades física, intelectual, auditiva e visual) assistindo também o público infantojuvenil de Salvador.

O fornecimento de órteses e próteses auditivas, físicas e meios auxiliares de locomoção – OPM, ocorre através das instituições CEPRED-CER III e OSID- CER IV e na esfera municipal nos CER II-NACPC, CER II-APAE Coutos e CER II-IBR. O município responsabiliza-se pelo fornecimento de órteses e próteses visuais, através do Instituto de Cegos da Bahia.

Enfrentamos a fragmentação do cuidado e não vinculação da pessoa com deficiência, incluídas crianças e adolescentes, às unidades de saúde básica, muitas vezes agravada pela falta de acessibilidade física das unidades, bem como no seu entorno agravadas pela deficitária acessibilidade atitudinal. Ausência de piso tátil no seu interior e muitas vezes passeios não acessíveis, desníveis e rampas íngremes, portas de largura inadequada, ausência de área adequada para espera, bebedouro em altura inadequada, consultórios em andar superior com acesso de escada, mobiliário que não seguem desenho universal, são exemplos de barreiras de acesso a serem alvo de intervenção. A falta de acessibilidade atitudinal e preparo dos profissionais de saúde ao manejo e acolhimento a criança e adolescente com deficiência impactam nesta não vinculação.

Ações educativas vem sendo desenvolvidas no intuito de munir os profissionais da rede com estas ferramentas, tais como: capacitação em Libras, formação em cuidado e manejo a usuários com Transtorno do Espectro Autista, Síndrome de Down - TEA, estratégias de intervenção oportuna e adaptações de baixo custo, manejo à criança com a Síndrome congênita do Zika Vírus dentre outras. Em 2020, importante passo foi dado para fortalecer as ações no território com foco no cuidado e inclusão ao público com deficiência, através da implantação de um profissional distrital de referência à pessoa com

deficiência em cada distrito sanitário responsável por acompanhar e desenvolver ações inclusivas voltadas ao cuidado integral à pessoa com deficiência em seus territórios, bem como mapear o público e identificar barreiras de acessibilidade locais e nas unidades de saúde vinculadas.

O público com deficiência possui uma tendência importante de crescimento, caracterizado pelo envelhecimento da população, surgimento de novas patologias incapacitantes, aumento da sobrevivência por novas práticas e avanços da saúde, assim como aumento da violência urbana e doméstica, acidentes automobilísticos associados ao desenvolvimento de condições de deficiência. No contexto situacional, a epidemia da Síndrome Congênita Associada ao Zika vírus, em 2015, gerou um incremento súbito e importante no público infantil com deficiência, promovendo uma necessária readequação na rede de cuidados para assistir a demanda, ilustrado pela implantação do CER II APAE Coutos, além de gerar impactos sociais e emocionais importantes às famílias, principalmente considerando seu alto impacto funcional e grau de dependência encontrado na maioria dos casos culminando em deficiência múltipla grave.

Dados da tabela RESP de novembro de 2020, mostram 314 casos de Síndrome Congênita Associada ao Zika vírus em Salvador (245 confirmados; 62 prováveis e 7 em investigação).

O TEA tem se tornado um sério problema de saúde pública com grande impacto econômico, familiar e social. Em Salvador, o crescimento do número de crianças com suspeita diagnóstica ou diagnosticadas com TEA demonstrado pela demanda expressiva por atendimento na rede municipal, vem exigindo ajustes e expansão da rede especializada para ofertar atenção multidisciplinar necessária ao acompanhamento destes casos. O TEA passou de 4 a 5 casos por 10 mil nascimentos na década de 1960 para cerca de 40 a 60 casos a cada 10 mil no ano de 2009 a 2011. Em um estudo desenvolvido com crianças norte-americanas, no ano de 2014, observou-se uma prevalência de 1 para 59 indivíduos. Apesar da criação de um Centro de Referência Estadual ao Autismo, e ampliação da oferta na rede contratualizada municipal, hoje se gerencia na CMR uma alta demanda reprimida para ingresso em serviço de reabilitação.

A CMR estruturou uma Comissão de Especialidades - eixo reabilitação, para regular e monitorar o acesso aos serviços que compõem a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD), mais especificamente aos serviços de reabilitação sob gestão municipal. O intuito da Comissão é estruturar uma fila única e gerenciar o acesso aos serviços considerando critérios de priorização definidos pela SMS, em resposta à grande demanda da rede por serviços de reabilitação.

Salienta-se que o contexto desencadeado pela pandemia da COVID-19 impactou negativamente o acesso de usuários novos aos serviços de reabilitação, uma vez que muitos estabelecimentos não puderam utilizar sua total capacidade operativa frente às

recomendações para evitar a propagação do novo Coronavírus principalmente em pacientes com fator de risco para manifestação mais grave da doença, além de contribuir para uma novo incremento por acarretar déficits funcionais importantes e limitantes aos acometidos, seja de ordem motora-osteomuscular, bem como comprometimento cardiopulmonar que gera a necessidade de reabilitação pneumofuncional/ respiratória.

Está previsto para incremento da rede a implantação de serviço de reabilitação com atenção em fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional no Multicentro - Escada, inauguração prevista para março de 2021 e criação de um CER municipal no distrito de Cajazeiras.

2.4.5. Rede de Atenção à Saúde Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como finalidade criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

A estrutura operacional da RAPS é constituída pelos seguintes componentes: 1. Atenção Básica em Saúde; 2. Atenção Psicossocial Especializada; 3. Atenção de Urgência e Emergência; 4. Atenção Residencial de Caráter Transitório; 5. Atenção Hospitalar; 6. Estratégias de Desinstitucionalização; e 7. Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

O Componente da Rede de Atenção Psicossocial Estratégica/Especializada do município envolve vários pontos de atenção à saúde, distribuídos conforme quadro a seguir:

Quadro 03 – Pontos de Atenção Psicossocial.

Atenção Psicossocial Estratégica/Especializada	<ul style="list-style-type: none"> • 13 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) II; • 1 CAPS I (contratualizado); • 2 CAPS ia II; • 2 CAPS ad II (1 SESAB/UFBA); • 1 CAPS ad III; • 1 CAPS III; • 3 Centros de Saúde Mental (CSM).
------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Em diferentes modalidades, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a RAPS, sendo constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

As atividades no CAPS são realizadas preferencialmente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Os CAPS IA atendem crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de

transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

A assistência prestada nos CAPS IA II incluem: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça; os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

Atualmente existem 2 (dois) CAPS IA no município de Salvador, assistindo 868 (oitocentos e sessenta e oito) usuários em acompanhamento regular pelas equipes multiprofissionais dos serviços, pelo critério de territorialização pactuada tendo como base os Distritos Sanitários. O CAPS IA Liberdade, possui em sua base de dados 6.147 matriculados desde sua implantação em 16/05/2005, já o CAPS IA Prof Luiz Meira Lessa conta com 4.257 jovens desde 15 de fevereiro de 2007.

No componente da Atenção de Caráter Transitório, Salvador contém 01 Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI), que tem como clientela crianças e adolescentes entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos, atendidos em CAPS, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandam acompanhamento terapêutico e protetivo na garantia de seus direitos de moradia, educação e convivência familiar e social.

A UAI disponibiliza 10 (dez) vagas, tendo seu funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, sendo de caráter residencial transitório. As ações a serem desenvolvidas e o tempo de permanência de cada usuário deverão estar previstas no Projeto Terapêutico Singular (PTS), tendo como parâmetro o limite de 6 (seis) meses.

O espaço da UAI deve promover e buscar a rearticulação e/ou potencialização de vínculos e, dessa forma, é importante a presença de ambientes nos quais os usuários, de acordo com suas necessidades e projetos, possam receber visitas de amigos e/ou familiares, ou, ainda, ter ambientes e equipamentos que viabilizem, por exemplo, ações de apoio ao estudo e/ou inclusão digital, no contexto de projetos de inserção na escola (Brasil, 2013).

2.5. Gestão do SUS Municipal

2.5.1. Auditoria

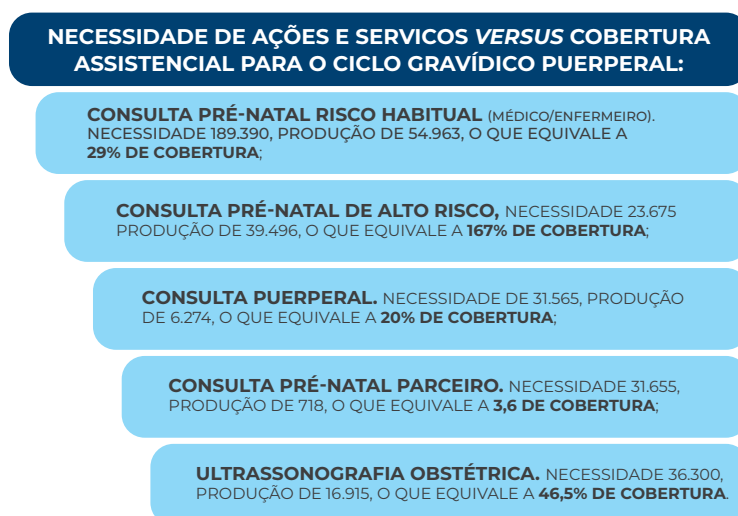
Na perspectiva de contribuir com o processo de construção do Plano Municipal de Saúde para Infância e Adolescência (PMSIA) do Salvador, são incorporados, nesta análise, os principais resultados da auditoria realizada no Componente Assistencial do Pré-natal, Parto e Puerpério, em razão do impacto dessas ações no ciclo gravídico puerperal sobre a mortalidade infantil, a mortalidade materna e a transmissão vertical da sífilis e do HIV, problemas de saúde que são priorizados neste plano.

O setor de Auditoria da SMS auditou, em 2018, as ações de assistência ao pré-natal, parto e puerpério em unidades de saúde selecionadas dos Distritos Sanitários Cabula/Beiru e Liberdade e em um serviço especializado para diagnóstico e acompanhamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sendo as principais categorias das não conformidades identificadas:

- I. Ações/serviços de saúde versus cobertura assistencial;
- II. Processo de trabalho dos profissionais;
- III. Estrutura físico/funcional das Unidades de Saúde;
- IV. Sistema de Informação;
- V. Monitoramento das ações de saúde.

Em relação à baixa cobertura das ações analisadas, dados sumarizados na Figura 14, dentre os fatores de causalidade atribuídos, o de maior destaque foi a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta situação representa uma importante barreira para a assistência ao pré-natal, devido ao número insuficiente de UBS com ESF ou ainda a existência de equipes de Saúde da Família (eSF) incompletas, quantitativo de ACS insuficientes em relação às microáreas estabelecidas. Soma-se a estes problemas, a alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos, o que acarreta prejuízos para vinculação de usuários ao sistema.

Figura 14 - Necessidade de ações e serviços versus produção assistencial para o ciclo gravídico puerperal. Salvador-BA, 2018.



Fonte: Auditoria/SMS Salvador. Nota: para o cálculo utilizou-se os parâmetros da Portaria de Consolidação nº 01/2017 e a estimativa de Nascidos Vivos para o município de Salvador em 2018, bem como dados do IBGE sobre população não usuária de serviços da rede suplementar de saúde. Cobertura assistencial = dados de produção de serviços Tabwim/SUS/Salvador.

Segundo o desenho da Rede Cegonha proposto pela Diretoria de Assistência à Saúde (DAS/SMS), as gestantes de alto risco são referenciadas para realização do acompanhamento de pré-natal (consultas médicas e ultrassonografia obstétrica) nas maternidades, de modo que o quantitativo de 39.496 consultas apresentadas na Figura 08 não deve ser atribuído exclusivamente às gestantes de alto risco municipais de Salvador, visto que estes estabelecimentos atendem outras demandas assistenciais não exclusivas para gestação de alto risco. Análise equivalente deve ser feita para o desempenho da produção de ultrassonografia obstétrica nesses serviços.

Dessa forma, o atual desenho da rede municipal para essas gestantes inviabiliza a real programação de ações de saúde pela SMS frente às necessidades de serviços deste grupo sob maior risco, bem como a avaliação destas ações, visto as maternidades estão sob gestão de outra esfera administrativa (Gestão Estadual), problema que poderia ser equacionado a partir do redirecionamento dessas ações para os Multicentros da rede municipal.

A ausência/insuficiência de profissionais e o processo de trabalho adotado pelas equipes de saúde avaliadas concorrem para as deficiências na assistência ao ciclo gravídico-puerperal identificadas nos trabalhos de auditoria. No que se refere ao processo de trabalho das equipes, evidenciou-se ausência de padronização das ações, inclusive dentro de uma mesma unidade de saúde, e registros em prontuário, sobretudo dos médicos, resumidos ou insuficientes, de modo que não contém elementos que caracterizem uma consulta de pré-natal. Verificou-se também prevalência de consultas de enfermeiro em relação às consultas médicas, contrariando as determinações do Ministério da Saúde (MS) que

preconiza que o acompanhamento de pré-natal deve ser realizado com consultas intercaladas entre médico e enfermeiro.

Embora exista um Plano Municipal para o enfrentamento da Sífilis e do HIV, identificou-se acompanhamento inadequado de gestantes quanto ao diagnóstico/tratamento da sífilis, o que reforça a necessidade de reavaliação do processo de trabalho das equipes de saúde. Em uma amostra de 29 casos de gestantes com sífilis acompanhadas nas unidades de saúde visitadas, houve 17 casos de sífilis congênita, o que corresponde a 58,6% de transmissão vertical, tendo sido sistematizados na Figura 15, os seguintes resultados críticos:

Figura 15 - Principais não conformidades identificadas em relação ao diagnóstico/tratamento da sífilis em gestantes. Salvador-BA, 2018.



Fonte: Auditoria/SMS Salvador-BA.

Dentre as ações estratégicas previstas no Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis e do HIV em Salvador para o seguimento dos casos de sífilis diagnosticados durante a gestação ou no parto, tem-se a orientação de consulta na unidade ou em domicílio na primeira semana pós-parto para 100% das puérperas, tendo sido identificado apenas 34% de consultas puerperais, o que está bem abaixo do preconizado no referido plano, e 16% de busca ativa dos casos elegíveis. Desta forma, registra-se a necessidade de qualificar o cuidado dispensado pelos profissionais no que tange a busca ativa ou a visita domiciliar para captação dessas usuárias, de forma a não comprometer o seu acompanhamento, bem como do recém-nascido nas primeiras semanas após o parto, buscando garantir a saúde do binômio mãe/bebê.

Outra situação refere-se a problemas de acesso aos exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) para o acompanhamento do pré-natal, tendo sido identificada a insuficiência de Postos de Coleta nos DS auditados, tempo médio superior a 30 dias para liberação dos resultados pelo Laboratório Central do Salvador, além da não realização de exames considerados básicos, em algumas situações devido ao desabastecimento de insumos.

Em relação à oferta de outros exames de apoio diagnóstico ao pré-natal, identificou-se baixa oferta de exames de ultrassonografia obstétrica, com cobertura assistencial de 18% da necessidade estimada, com destaque que um dos DS auditados não dispõe em sua base territorial de qualquer unidade que ofereça este serviço pelo SUS.

No que se refere à estrutura física das unidades básicas de saúde, foram identificados problemas de climatização em consultório, salas de vacina, farmácia, restringindo atendimento dos usuários, além de comprometer a estabilidade de insumos (medicamentos/vacinas). Quanto aos equipamentos, destaca-se a insuficiência dos seguintes materiais: estetoscópio, esfigmomanômetro e balança antropométrica.

Quanto aos dados dos Sistemas de Informação, foram identificados problemas de registro dos dados de produção no e-SUS/VIDA e nos prontuários, assim como em relação à consistência dos dados e à disponibilidade de relatórios que viabilizem a avaliação da assistência pré-natal.

Destaca-se, por fim, a incipiência do monitoramento das ações auditadas no âmbito das unidades, Distritos Sanitários e nível central. Além de ascendente, é imperioso que este monitoramento seja sistemático, periódico e estruturado, que perpassa pela verificação de como as ações de saúde estão sendo executadas nas unidades de saúde (ou não estão sendo executadas), de modo a incidir primeiramente sobre as ações de saúde, e em segundo momento sobre o resultado destas ações, traduzidos sob a forma de indicadores.

Assim, na perspectiva de implementar as ações auditadas, orienta-se a priorização para das seguintes ações: ampliar cobertura da Atenção Básica; recompor as Equipe de Saúde da Família e o quadro de Agentes Comunitário de Saúde; rever o processo de trabalho dos profissionais; ampliar oferta de exames de apoio diagnóstico, com destaque para postos de coleta e de exames de Ultrassonografia; implementar monitoramento ascendente, periódico e estruturado das ações de saúde; e implementar Sistema de Informações que atenda às necessidades dos usuários do sistema.

2.5.2. Ouvidoria

A Ouvidoria em Saúde é um canal de participação social, que assegura ao cidadão, usuário do Sistema Único de Saúde, o acolhimento de sua manifestação em relação a gestão pública e em relação aos serviços por ela oferecidos. O acesso à Ouvidoria se dá através do telefone 156, presencialmente ou pela Internet: www.saude.salvador.ba.gov.br/fale-com-a-ouvidoria/.

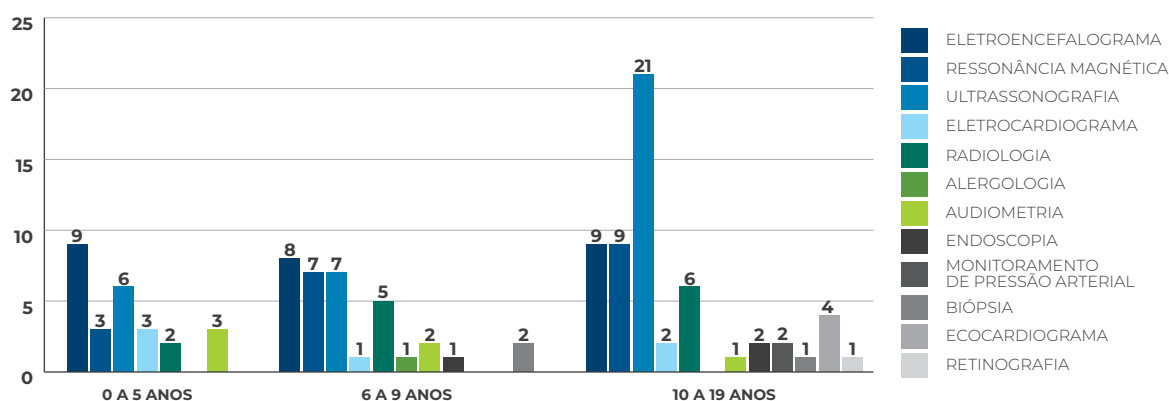
Quando analisado as manifestações na Ouvidoria no período de janeiro de 2010 a outubro de 2020, correspondente à faixa etária de 0 a 19 anos e segundo especificação (especialidade médica, exames e outros), houve um total de 588 registros, com predomínio de solicitação de consulta de neurologista entre 0 e 5 anos de idade, com maior frequência

nos anos 2014, 2015 e 2017. O crescimento a partir de 2015 pode estar associado à ocorrência da Síndrome Congênita do Zika Vírus, responsável por microcefalia e diversas alterações neurológicas e malformações congênitas. Outras especialidades demandadas nesta faixa etária são otorrinolaringologista, oftalmologista e fonoaudiologia.

Na faixa etária de 6 a 9 anos, mantém-se a busca pelas especialidades de neurologia, otorrinolaringologia e oftalmologia. Destaca-se que de 10 a 19 anos, há prevalência das demandas por consultas com oftalmologista e neurologia, além da inclusão de outras especialidades como: ortopedia e traumatologia, ginecologia e obstetrícia, mastologia e psiquiatria.

No que se refere aos exames que compõem os registros na Ouvidoria, tem-se eletroencefalograma, ressonância magnética e ultrassonografia como os mais solicitados de 0 a 19 anos (Gráfico 108). A partir de 2017, a retificação cadastral do Cartão Nacional de Saúde – CNS, o cadastramento do CNS e a solicitação de fraldas descartáveis são identificados com frequência.

Gráfico 108 - Detalhamento dos tipos de exames registrados na Ouvidoria em Saúde, por faixa etária, no período de 2010 a 2020. Salvador-BA, 2020.



Fonte: SMS Salvador/Ouvidoria, 2020.

3. PROBLEMAS DO ESTADO DE SAÚDE RELACIONADOS À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (1994–2021)

PROBLEMAS DO ESTADO DE SAÚDE RELACIONADOS À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (1994–2021)

Como uma das estratégias metodológicas para a construção deste Plano, foi realizado um inventário dos principais problemas de saúde relacionados ao campo da infância e da adolescência referidos nos Planos Municipais de Saúde (PMS) do município do Salvador, no período de 1994 a 2021. A Análise de Situação de Saúde nos PMS, até a gestão do ano de 2005, está restrita aos dados secundários disponíveis nos diversos Sistemas de Informação. Entretanto, a partir do PMS 2006-2009, soma-se a esse diagnóstico a incorporação da análise da percepção dos problemas do estado de saúde e dos serviços de saúde, dados primários obtidos a partir de oficinas de trabalho para a identificação e priorização de problemas, atividade que contou com a participação de diversos atores, entre profissionais de saúde, docentes da Universidade Federal da Bahia, sociedade civil organizada e conselheiros de saúde. Assim, nesta síntese, são considerados esses dois grupos de informações sobre os problemas de saúde.

O **PMS 1994-1997** traz como principais problemas o baixo acesso à educação com 30% das crianças fora da escola, resultando na baixa escolaridade, além da elevada evasão escolar, com apenas 14% das crianças que iniciaram a 1ª série concluindo o ensino fundamental. As doenças infecciosas e parasitárias, com destaque para a cólera e as doenças diarreicas, seguida das doenças do aparelho respiratório, tinham grande expressão na infância. As deficiências nutricionais, como a desnutrição, as afecções do período perinatal e as doenças imunopreveníveis como coqueluche, difteria, sarampo, tétano neonatal e meningites contribuíam para a mortalidade infantil. Outro problema relevante neste plano foram os transtornos mentais, que representavam 10% da faixa etária de 5 a 14 anos, os transtornos orgânicos cerebrais, como a epilepsia, e o retardo mental acometendo, respectivamente, 1% e 2,3% da população infantil.

No **PMS 1998-2001**, a baixa escolaridade permanece como um problema com apenas 47,10% das crianças na faixa etária de 5 a 9 anos alfabetizados. A mortalidade infantil comporta-se de maneira desigual variando de zero nas áreas nobres da cidade até 98,4 por 1.000 nascidos vivos na periferia, com as maiores taxas nos DS do Subúrbio Ferroviário, Pau da Lima e Centro Histórico. As afecções do período perinatal, as doenças infecciosas e parasitárias e as do aparelho respiratório constituem os principais grupos de causas da mortalidade infantil. Na faixa etária de 1 a 4 anos, destacam-se as doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias, e as causas externas.

As causas externas aparecem como principal causa de morte na faixa dos 5 a 14 anos, sendo que na faixa de 5 a 9 anos, elas são seguidas das neoplasias e doenças do aparelho circulatório, e na faixa de 10 a 14 anos, as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório. Apesar da redução das doenças imunopreveníveis, a exemplo da coqueluche e difteria, o tétano neonatal persistia como um problema importante, e aquele PMS traz o registro de um surto de sarampo. Em oficinas com os DS, foram identificados problemas como a desnutrição, agravada pelas doenças diarreicas e as infecções respiratórias agudas, a cárie dental, além da baixa resolutividade da atenção à saúde da criança e a insuficiência na atenção à saúde do adolescente.

O **PMS 2002-2005** apresenta a importância das doenças exantemáticas, particularmente o sarampo, com aumento da incidência nos DS Centro Histórico, Cabula Beiru, Itapuã e Brotas. Uma questão trazida neste plano é a baixa cobertura vacinal, particularmente em relação a DPT. A doença meningocócica tem expressão dos DS São Caetano Valéria e DS Cajazeiras. A sífilis congênita apresentou uma tendência à redução, e existe o registro da transmissão vertical da Aids.

No que diz respeito a mortalidade proporcional por causas na infância, o plano relaciona as afecções originárias no período neonatal (53,2%), seguida das doenças do aparelho respiratório (14,67%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,17%) e as causas externas (9,17%) como causa tanto de mortalidade como morbidade. Quando analisada por faixa etária, o referido plano traz a seguinte situação: em menores de 1 ano, as infecções originadas no período perinatal (71,6%) e as doenças do aparelho respiratório (7,2%); na faixa de 1 a 4 anos, as doenças do aparelho respiratório (25,2%), as doenças infecciosas e parasitárias (15,9%) e causas externas (15,9%); na faixa de 5 a 14 anos, as causas externas (31%) e doenças do aparelho respiratório (11,6%). Chama a atenção neste plano as mortes violentas entre crianças e adolescentes oriundas dos bairros pobres, expressando desta forma a forte desigualdade social em Salvador. Os Distritos Sanitários apontaram, em oficinas, as doenças imunopreveníveis, diarreia, desnutrição, infecção respiratória aguda, meningite, gravidez na adolescência e doenças bucais (cárie dental e doença periodontal).

Na análise de situação de saúde do PMS 2006-2009, a mortalidade infantil apresenta uma tendência de declínio ainda que os DS Liberdade, Subúrbio Ferroviário, Cabula Beiru e Centro Histórico tenham apresentado valores acima da média do município de Salvador. O desmame precoce e a desnutrição foram apontados como fatores que contribuem com a mortalidade infantil. Foi identificada a baixa cobertura vacinal em menores de 5 anos.

As meningites persistem como um problema da infância, sendo identificados outros problemas, a saber: as infecções respiratórias agudas; as doenças parasitárias, dentre elas, a escabiose; cárie e doença periodontal; problemas oftalmológicos; trabalho infantil; abuso e exploração sexual; e uso de drogas e exploração de crianças pelo tráfico de drogas. Em relação aos adolescentes, o PMS 2006-2009 traz como problemas de saúde: a gravidez

precoce e não planejada; o consumo de drogas; a violência e os maus tratos, sendo apontado também o abuso sexual e a prostituição; depressão. Outro elemento registrado neste plano foi a necessidade de identidade, assim como problemas relacionados à sexualidade, com o aumento das doenças sexualmente transmissíveis.

O **PMS 2010-2013** registra a tendência da redução da Mortalidade Infantil (MI), mas os DS Liberdade, Subúrbio Ferroviário e Centro Histórico apresentaram médio risco. Nas principais causas de mortalidade em < de 1 ano, encontram-se as afecções do período perinatal, malformação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas e as doenças do aparelho respiratório. O desmame precoce mais uma vez é identificado com um fator que contribui para a MI. Na população < 5 anos, registra-se a mortalidade por doenças do aparelho digestivo, as doenças do aparelho respiratório, com destaque para as infecções respiratórias agudas, e as doenças infecciosas e parasitárias. A hanseníase apresentou média endemicidade em < de 15 anos.

Pela primeira vez, o PMS registra a doença falciforme como um problema importante na infância, assim como a obesidade, principalmente em crianças de baixa renda. Dificuldade psicomotora, quedas, violência doméstica e familiar, drogadição são outros problemas apontados. Em relação a adolescência, os principais problemas foram tabagismo, violência sexual, drogadição/alcoolismo, gravidez precoce. A baixa acuidade visual assim como o trabalho infantil/adolescente apareceu como problema da infância e da adolescência em Salvador.

A redução da mortalidade infantil permanece como tendência no PMS 2014-2018, com os maiores índices nos DS Liberdade, DS Subúrbio Ferroviário e DS Centro Histórico. O referido plano registra a melhora nos indicadores educacionais com ampliação do acesso à educação das crianças e adolescentes. A doença falciforme permanece como um problema importante, assim como algumas doenças imunopreveníveis, a exemplo da coqueluche, varicela e meningites. A novidade é a referência ao aumento do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes em idade escolar, sendo uma das causas a manutenção do desmame precoce, e como consequências o registro de hipertensão e diabetes. Destaque para as mortes violentas relacionadas ao tráfico de drogas, e a notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho infantil. Os principais problemas dos adolescentes foram a gestação precoce, doenças sexualmente transmissíveis, aborto, uso abusivo de drogas (drogadição), depressão e permanência de doenças infectocontagiosas.

Por último, o PMS 2018-2021, em sua análise da situação de saúde, apresenta a evasão escolar na adolescência como um problema. A mortalidade infantil mantém a tendência de queda (16,1 por 1000 nascidos vivos) com maior redução no componente neonatal precoce, mas apesar disso, sua distribuição no território de Salvador continua desigual com os maiores índices nos DS Liberdade, Subúrbio Ferroviário e Centro Histórico. O desmame precoce, a desnutrição, bem como o aumento das doenças diarreicas e parasitárias

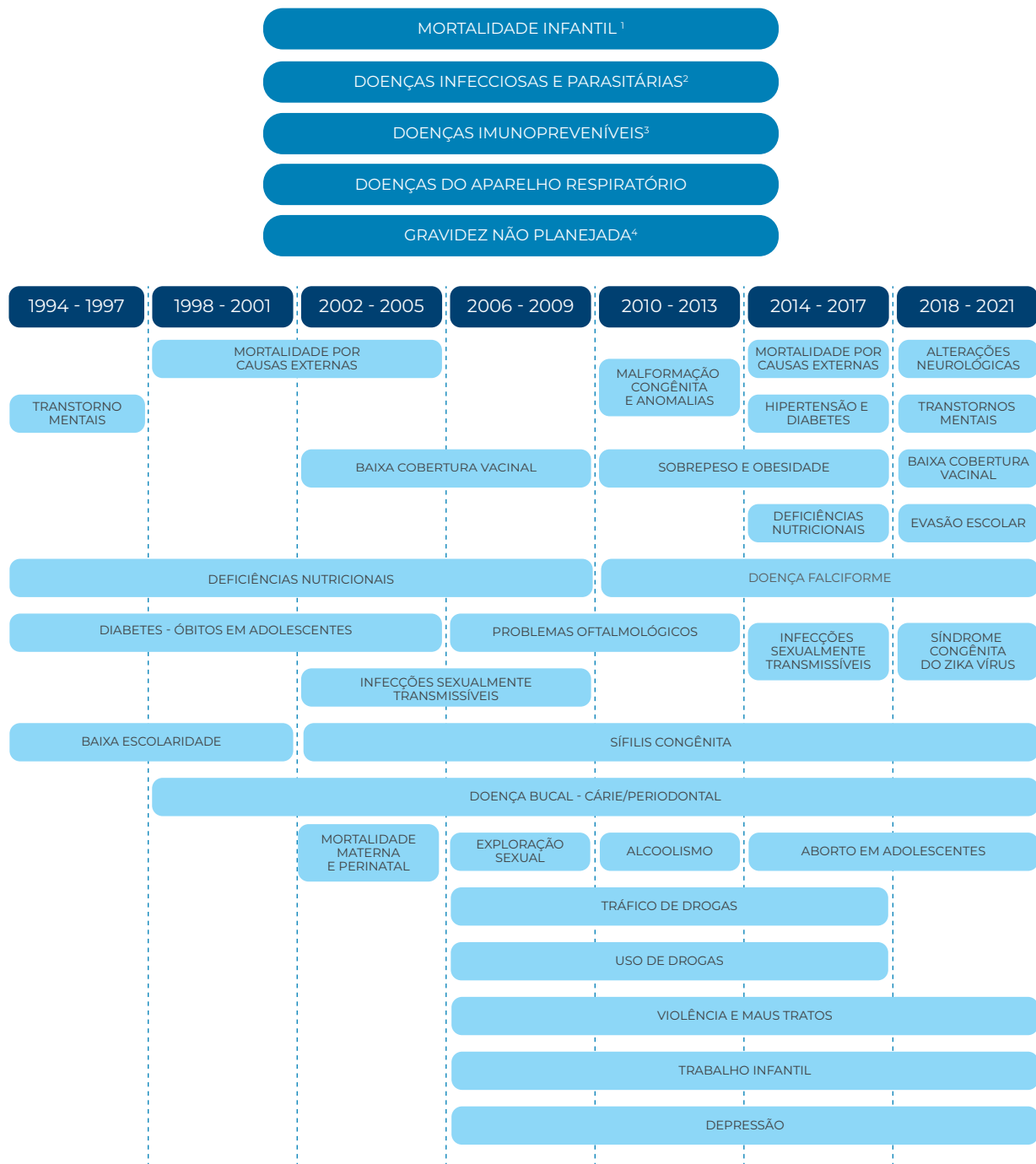
contribuem para a mortalidade infantil. Outros problemas nutricionais como o sobrepeso e a obesidade em crianças e adolescentes, associados à redução da prática de atividade física nessas faixas etárias, foram apontadas na ASIS. Registra-se o aumento das doenças diarreicas e parasitárias. As doenças respiratórias (infecções respiratórias agudas em < 5 anos) são identificadas assim como as alergias em crianças, além da cárie dentária em < 5 anos e doença periodontal (gingivite e periodontite).

Em relação às doenças imunopreveníveis, o plano informa que as meningites ocorreram principalmente em crianças < 1 ano (maior risco), registrando surto de meningite viral na faixa de 5 a 9 anos em 2007 e 2012, e surto de doença meningocócica C na faixa de 10 a 14 anos em 2009/2010. É importante destacar que no ano de 2010 foi incorporada a vacina Meningo C conjugada no calendário nacional de vacinação, e que neste mesmo ano ocorreu uma campanha de vacinação no município de Salvador para as faixas etárias < 5 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. A baixa cobertura vacinal de DPT nos anos de 2008, 2009, 2010, 2013 e 2014 contribuiu para a elevada incidência de coqueluche em crianças < 1 ano em 2014; registrou-se casos de rubéola em 2006-2008 e aumento dos casos de varicela até 2011, com posterior redução após incorporação da vacina tetra viral no calendário do PNI.

Ainda neste PMS, a sífilis congênita apresentou progressivo aumento com destaque aos DS São Caetano, Valéria, Subúrbio Ferroviário, Cabula, Beiru, Pau da Lima e Barra Rio Vermelho, com registro de sífilis em adolescentes. A gravidez e aborto na adolescência aparecem mais uma vez. Cabe destacar, o aumento das internações por doença falciforme em crianças, o que é preocupante, pois os cuidados de saúde nas crianças < 5 anos com anemia falciforme são essenciais para redução da mortalidade. Uma novidade é a síndrome congênita do Zika Vírus, detectado em 2015 no DS Subúrbio Ferroviário, e as alterações neurológicas associadas com o aumento da ocorrência de microcefalia e paralisia cerebral. No componente da percepção dos problemas de saúde da ASIS, aparecem os transtornos mentais em crianças, como uma questão séria no DS São Caetano Valéria, além da depressão e ansiedade em adolescentes. O trabalho infantil e a violência interpessoal em crianças e adolescentes seguem como importante problema no município.

Após a análise geral, os problemas foram organizados em macrocategorias, quais sejam: Mortalidade Infantil, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Doenças Imunopreveníveis, Doenças do Aparelho Respiratório e Gravidez não planejada. Observa-se que alguns problemas de saúde no ciclo de vida infância e adolescência se mantêm em todas as edições dos PMS, a exemplo das altas taxas de Mortalidade Infantil, da alta incidência das infecções do aparelho respiratório, de doenças infecciosas, com destaque para as doenças imunopreveníveis, e da gravidez na adolescência. Entretanto, com o aprimoramento da metodologia da ASIS para a elaboração dos PMS e a ampliação e diversificação dos atores, novos problemas aparecem nessa linha do tempo, a exemplo da Doença Falciforme, dos agravos por Causas Externas, das Doenças Sexualmente Transmissíveis, dos Transtornos comportamentais e psíquicos, como o uso abusivo de substância psicoativas, depressão e ansiedade.

Achados das Percepções dos problemas do estado de saúde elencadas nos Planos Municipais de Saúde de Salvador



1. MORTALIDADE INFANTIL FOI DESTACADA AO CONSIDERAR A JUNÇÃO DE OUTRAS CAUSAS DE ÓBITOS DESCRITAS NOS PMS 1994-1997, 1998-201, 2002-2005, 2014-2017 E 2018-2021 POR FAIXA ETÁRIA, A EXEMPLO DAS AFECÇÕES PERINATAIS.
2. DESTAQUE PARA CÓLERA NO PMS 1994-1997 E 1998-2001.
3. DESTAQUE PARA SARAMPO, TÉTANO, DIFTERIA E COQUELUCHE NO PMS 2002-2005, SARAMPO NO PMS 1998-2001 E 2002-2005, MENINGITE NO PMS 2006-2009.
4. GRAVIDEZ FOI INICIALMENTE DESCRITA COMO GRAVIDEZ PRECOCE NO PMS 1998-2001.

4. MÓDULOS OPERACIONAIS

MÓDULO OPERACIONAL I – PROMOÇÃO DA SAÚDE

- **Objetivo do Desenvolvimento Sustentável:** assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.
- **Objetivo Geral:** Promoção da Saúde das Crianças e Adolescentes.

Diretriz 1: promover ambientes seguros e a melhoria do padrão alimentar e nutricional das crianças e adolescentes.

Objetivo Específico 1: fortalecer o Programa Saúde na Escola (PSE) na cidade do Salvador, através da ampliação da cobertura, qualificação das ações e implementação dos eixos de atuação propostos pelo programa.

Metas/Indicadores:	Linha de base 2019	2022	2025	2028	2030
1.1 Ampliar 1,5% ao ano a cobertura do PSE na rede pública de educação;	224	227	230	233	236
1.2 Ampliar 1,5% ao ano o número de ações do PSE para a prevenção ao uso do álcool tabaco e outras drogas;	235	238	241	244	247
1.3 Ampliar 1,5% ao ano o número de ações do PSE para a Promoção da Cultura da Paz e Direitos Humanos.	246	249	252	255	258

Ações:	Responsável	Projeto/Atividade
Implementar as ações intra e intersetoriais de saúde ocular para crianças e adolescentes da rede pública de educação;	DAS/APS	10.301.0014.232300
Ampliar as ações de Comunicação e Educação em Saúde para a comunidade escolar da rede pública com destaque para Educação Sexual, Cultura de Paz e Não Violência, Saúde Mental, observando a diversidade étnico-racial, sexual e de gênero e inclusão da pessoa com deficiência;	DAS/APS	10.131.0002.202504
Implementar o Programa Crescer Saudável na rede pública de Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Ensino Fundamental I, visando o fortalecimento de ações de vigilância alimentar e nutricional;	DAS/APS	10.301.0014.232300
Promover a articulação intersetorial para a criação de projetos de hortas urbanas com foco na participação social de crianças, adolescentes e comunidade;	DVIS/VISAMB	10.122.0002.215200
Ampliar e qualificar as ações de Educação Permanente para as equipes da APS com destaque para Saúde Mental, Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos, e Prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas.	DAS/APS	10.128.0002.215800

Objetivo Específico 2: promover ações de aleitamento materno e alimentação complementar saudável para crianças de zero a 2 anos na cidade de Salvador.

Metas/Indicadores:	Linha de base 2019	2022	2025	2028	2030
2.1 Alcançar, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, 50% de crianças acompanhadas ≤ 6 meses em Aleitamento Materno Exclusivo;	44,64%	45,71	46,78	48,5	50
2.2 Alcançar, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, 80% de crianças acompanhadas de 6 < 23 meses em Aleitamento Materno continuado;	72,34%	74	76	78	80
2.3 Certificar 25% das Unidades de Saúde da Família na Estratégia Amamenta e Alimenta.	0	5%	10%	15%	25%

Ações:	Responsável	Projeto/Atividade
Implementar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, visando a certificação das unidades pelo MS;	DAS/CTAN CTSC	10.301.0014.232300
Monitorar o estado nutricional das crianças < de 2 anos atendidas na APS, visando a vigilância alimentar e nutricional por meio de marcadores do consumo alimentar para identificação precoce das alterações e intervenções;	DAS/CTAN CTSC	10.301.0014.232300
Implantar estratégia para apoio às nutrizes com dificuldades na prática da amamentação, com destaque para a teleconsulta em UBS com a EAAB implantada;	DAS	10.301.0014.232300
Promover ações intra e intersetoriais de mobilização social em prol do Aleitamento Materno;	DAS/CTAN CTSC/CTSM	10.301.0014.232300
Desenvolver ações intrasetoriais para fortalecimento da Rede de Banco de Leite Humano no município de Salvador;	DAS/CTAN CTSC/CTSM	10.301.0014.232300
Implantar salas de apoio e coleta para “Mulher Trabalhadora que Amamenta” nas diversas Secretarias do Município;	DAS/CTAN CTSC	10.301.0014.232300
Realizar atividades de Educação em Saúde e Educação Permanente para promoção, manejo e monitoramento do aleitamento materno e da alimentação complementar na APS.	DAS/CTAN CTSC	10.301.0014.232300

MÓDULO OPERACIONAL II – ATENÇÃO À SAÚDE

- **Objetivo do Desenvolvimento Sustentável:** assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.
- **Objetivo Geral:** promover uma vida saudável desde a concepção até a fase adulta.

Diretriz 2: atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido.

Objetivo Específico 3: organizar a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil no município de Salvador na perspectiva de ampliar e qualificar o acesso e garantir maior resolutividade das ações para o binômio mãe x bebê.

Metas/Indicadores:	Linha de base 2019	2022	2025	2028	2030
3.1 Reduzir a Taxa de Mortalidade Materna para 30/100 mil nascidos vivos (decréscimo de 4% ano);	52/100.000	46/100.000	40/100.000	34/100.000	30/100.000
3.2 Alcançar 76% das gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal.	62%	65%	70%	73%	76%

Ações:	Responsável	Projeto/Atividade
Implementar ações para a captação precoce da gestante e parceiro para início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação;	DAS	10.301.0014.232300
Implementar o Mapa de Vinculação das Gestantes com a incorporação de 100% das Unidades Básicas que realizam pré-natal;	DAS	10.301.0014.232300
Realização de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais em todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal;	DAS	10.305.0002.215400
Realizar atividades de Educação em Saúde sobre temas relacionados ao pré-natal (assistência, captação precoce, benefícios), incluindo população em situação de rua;	DAS	10.128.0002.215800
Aprimorar a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, incluindo a utilização do Método Canguru na APS;	DAS	10.301.0014.232300
Fortalecer o Programa de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho, Teste da linguinha, Teste do coraçãozinho);	DAS	10.301.0014.232300
Ampliar e qualificar a atenção ao Recém-Nascido com destaque para a estratégia Primeira Semana de Saúde Integral;	DAS	10.301.0014.232300
Implementar a atenção humanizada às gestantes;	DAS	10.301.0014.232300
Facilitar o acesso da gestante e do recém-nascido à rede pública de saúde, através da oferta de transporte público e gratuito às gestantes cadastradas no SUS, para o acesso às consultas de pré-natal, exames, visita de vinculação, e puerpério/recém-nascido, conforme a Lei Municipal nº 9.555/2020 (Programa Mãe Salvador);	DAS	10.301.0014.232300
Implantar a primeira Maternidade Municipal.	DAS	10.301.0002.114800

Diretriz 3: promoção do desenvolvimento e crescimento saudável de crianças e adolescentes.

Objetivo Específico 4: fortalecer as ações de vigilância e atenção em saúde no âmbito da APS para o pleno crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Metas/Indicadores:	Linha de base 2019	2022	2025	2028	2030
4.1 Aumentar em 20% a cada 3 anos o número de atendimentos individuais por médicos e enfermeiros na APS para crianças de 0 a 10 anos;	62.827	75.392	90.470	108.564	130.276
4.2 Reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil para 14,2 por 1000 nascidos vivos;	15,9/1000	15,2/1000	14,9/1000	14,5/1000	14,2/1000
4.3 Ampliar em 50% o número de atendimentos individuais de adolescentes por médicos e enfermeiros na APS.	35.084	39.470	43.855	48.240	52.626

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
Ampliar o acesso e qualificar o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de crianças no âmbito da APS com ênfase na utilização da Caderneta da Criança;	DAS	10.301.0014.232300
Realizar ações de Educação Permanente sobre atenção à criança com destaque para o AIDPI;	DAS	10.128.0002.215800
Ampliar e qualificar o acolhimento e a demanda espontânea com escuta qualificada para adolescentes, oportunizando vinculação desse grupo etário;	DAS	
Ampliar a oferta de Grupos Operativos com pais e cuidadores de crianças de 0 a 10 anos no âmbito da APS;	DAS	10.301.0014.232300
Ampliar a oferta de Grupos Operativos com adolescentes e pais/cuidadores no âmbito da APS, observando as demandas e necessidades de saúde desses usuários, as relações afetivas, o autoconhecimento, autocuidado e o cuidado com o outro;	DAS	10.301.0014.232300
Ampliar as ações de Comunicação e Educação em Saúde com destaque para a comunicação digital e espaços comunitários frequentados por esses usuários;	DAS	10.128.0002.215800
Promover o acesso e a assistência em saúde, sem preconceito e discriminação por orientação sexual e/ou identidade de gênero, para adolescentes LGBT;	DAS	10.301.0014.232300
Qualificar profissionais com base na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e no Programa de Combate ao Racismo Institucional, visando promover assistência em saúde equânime para o adolescente negro.	DAS	14.422.0003.202906

Objetivo Específico 5: ampliar as ações de vigilância alimentar e nutricional, visando a redução da subnutrição, do sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes de Salvador.

Metas/Indicadores:	Linha de base 2019	2022	2025	2028	2030
5.1 Reduzir em 1% ao ano a prevalência de excesso de peso em crianças menores de 10 anos acompanhadas na APS;	10,5%	8,5%	6,5%	4,5%	2,5%
5.2 Reduzir em 1% ao ano a prevalência de magreza acentuada e magreza em crianças menores de 10 anos acompanhadas na APS;	6,70%	4,70%	2,70%	1,70%	0,70%
5.3 Reduzir em 1% ao ano a prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados por crianças e adolescentes.	66,6%	63,6%	60,6%	57,6%	54,6%

Ações:	Responsável	Projeto/Atividade
Monitorar o estado nutricional das crianças e adolescentes atendidos na APS, visando a vigilância alimentar e nutricional por meio de marcadores antropométricos e de consumo alimentar para identificação precoce das alterações;	DAS	10.301.0014.232300
Identificar e acompanhar crianças menores de 7 anos em situação de insegurança alimentar e/ou carências nutricionais, priorizando beneficiários do Programa Bolsa Família;	DAS	10.301.0014.232300
Promover ações de Educação Permanente para equipes multiprofissionais da APS, com destaque para avaliação antropométrica, o cuidado de crianças e adolescentes com transtornos alimentares e a qualificação dos dados de consumo alimentar e antropométricos nos Sistemas de Informação em Saúde;	DAS	10.128.0002.215800
Ampliar e qualificar o acompanhamento de crianças e adolescentes em risco nutricional pelas equipes multiprofissionais da APS;	DAS	10.301.0014.232300
Implementar ações de Comunicação e Educação em Saúde para a promoção da alimentação saudável de crianças e adolescentes.	DAS	10.128.0002.215800

Objetivo Específico 6: reduzir a morbimortalidade por agravos imunopreveníveis em crianças e adolescentes.

Metas/Indicadores:	Linha de base 2019	2022	2025	2028	2030
6.1 Alcançar cobertura igual ou superior a 95% de crianças menores de 2 anos para a Pentavalente;	61,58%	95%	95%	95%	95%
6.2 Alcançar cobertura igual ou superior a 95% de crianças menores de 2 anos para a Pneumocócica 10 Valente;	79,21%	95%	95%	95%	95%
6.3 Alcançar cobertura igual ou superior a 95% de crianças menores de 2 anos para a Tríplíce Viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola);	88,63%	95%	95%	95%	95%
6.4 Alcançar cobertura igual ou superior a 95% de crianças menores de 2 anos para a Poliomielite;	73,61%	95%	95%	95%	95%
6.5 Alcançar a cobertura da vacina meningocócica ACWY em adolescentes de 11 a 12 anos de idade;	0%	90%	90%	90%	90%
6.6 Alcançar a cobertura da vacina de HPV em adolescentes de 09 a 14 anos para meninas; de 11 a 14 anos para meninos.	S/I	80%	80%	80%	80%

Ações:	Responsável	Projeto/Atividade
Aumentar a captação e o acompanhamento da vacinação de rotina de crianças com atenção especial à primeira infância;	DAS/DVIS	10.305.0002.215400
Aumentar a captação e o acompanhamento das ações de imunização de rotina de adolescentes, com destaque para a vacinação contra influenza, pneumococo, meningite ACWY e hepatite B;	DAS/DVIS	10.305.0002.215400
Realizar atividades de Educação em Saúde sobre a importância da imunização como ação de proteção à saúde.	DAS/DVIS	10.305.0002.215400

Objetivo Específico 7: implantar novos equipamentos de saúde, observando a equidade do acesso e a integralidade do cuidado para criança e adolescente do município de Salvador.

Metas/Indicadores:	Linha de base 2019	2022	2025	2028	2030
7.1. Implantar 04 CAPS IA.	02	02	03	03	04

Ações:	Responsável	Projeto/Atividade
Ampliar e qualificar o acesso oportuno das crianças e adolescentes aos serviços de atenção especializada, articulando o cuidado compartilhado com a APS;	DAS	10.301.0002.114700
Realizar ações de Educação Permanente para equipe técnica do nível central voltadas para construção de fluxos, protocolos, linhas de cuidados e instrumentos de organização de rede;	DAS	10.128.0002.215800
Implementar a Rede de Atenção Psicossocial com destaque no aumento da capacidade instalada dos CAPS IA;	DAS	10.302.0002.215300
Realizar ações de Educação Permanente para qualificar a atenção a grupos vulneráveis e estigmatizados (adolescentes em conflito com a lei, crianças e adolescentes com deficiência, com transtorno e sofrimento psíquico, em situação de rua, LGBT, obesos e com Doença Falciforme);	DAS	10.128.0002.215800
Implantar a Política Municipal de Saúde Mental, álcool e outras drogas;	DAS	10.302.0002.215300
Implementar ações de vigilância de crianças e adolescentes notificadas por uso abusivo de agentes tóxicos álcool e/ou outras drogas.	DVIS	10.302.0002.215300

Diretriz 4: atenção integral às crianças e aos adolescentes com agravos agudos e doenças crônicas não transmissíveis prevalentes.

Objetivo Específico 8: organizar a rede de atenção às pessoas com Doença Falciforme, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade das ações para as crianças e adolescentes.

Metas/Indicadores:	Linha de base 2019	2022	2025	2028	2030
8.1. Ampliar 10% ao ano o número de atendimentos de crianças e adolescentes com Doença Falciforme nas Unidades Básicas de Saúde.	750	975	1267	1615	2100

Ações:	Responsável	Projeto/Atividade
Implantar um Grupo de Trabalho para planejamento, monitoramento e avaliação das ações da Linha de Cuidado para pessoas com Doença Falciforme para o grupo etário;	DAS/At. Es.	10.122.0002.215200
Implementar ações para ampliar e qualificar o acesso de crianças e adolescentes aos ambulatórios especializados em Doença Falciforme (consultas multiprofissionais; consultas com hematologista; exames de média e alta complexidade);	DAS/At. Es.	10.301.0002.114700
Ampliar e qualificar o acompanhamento de crianças e adolescentes com Doença Falciforme na APS;	DAS/At. Es.	10.301.0014.232300
Implantar o protocolo de eventos agudos na Doença Falciforme para os serviços Pré-Hospitalar Fixo e Hospital Municipal;	DAS/At. Es.	10.302.0002.215600
Instituir a escala de dor nos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (UPA/PA);	DAS/At. Es.	10.302.0002.215600
Implementar ações de atenção à saúde e vigilância epidemiológica da Doença Falciforme em crianças e adolescentes com destaque para acolhimento e vinculação desses usuários à Atenção Primária;	DVIS	10.305.0002.215400
Implementar ações de vigilância epidemiológica da Doença Falciforme com destaque para as notificações de crianças e adolescentes.	DVIS/MIEP	10.305.0002.215400

MÓDULO OPERACIONAL III – VIGILÂNCIA À SAÚDE

- **Objetivo do Desenvolvimento Sustentável:** assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades.
- **Objetivo Geral:** prevenir doenças e agravos prevalentes, e proteger a saúde das crianças e adolescentes.

Diretriz 5: promover ações de vigilância a saúde das crianças e adolescentes.

Objetivo Específico 9: reduzir a incidência de doenças e agravos prevalentes, desenvolvendo ações de vigilância e atenção à saúde na perspectiva da integralidade do cuidado, com destaque para as doenças infecciosas e violências.

Metas/Indicadores:	Linha de base 2019	2022	2025	2028	2030
9.1 Reduzir a taxa de internação de crianças < 5 anos por Infecção Respiratória Aguda (IRA) de 14,5 para 10 por 1.000 hab.	14,5	13	12	11	10
9.2 Implantar 01 Grupo de Trabalho por região de saúde para fortalecimento da rede de Proteção da Criança e Adolescente;	0	1	2	3	3
9.3 Manter 100% dos casos novos de hanseníase em menores de 15 anos com incapacidade física grau 2 (GIF2) investigados.	100%	100%	100%	100%	100%

Ações:	Responsável	Projeto/Atividade
Intensificar ações de vigilância e controle dos casos diagnosticados de hanseníase em menores de 15 anos, em especial aqueles casos com incapacidade física grau 2 (GIF2), de acordo com o protocolo de incidente crítico proposto pelo Ministério da Saúde;	DAS/DVIS	10.305.0002.215400
Intensificar ações de vigilância e controle dos casos de tuberculose em crianças menores de 5 anos, com especial atenção aos casos graves (meníngea e miliar);	DAS/DVIS	10.305.0002.215400
Implementar ações de vigilância e controle das doenças prevalentes na infância, com destaque para Infecção Respiratória Aguda (IRA);	DAS/DVIS	10.305.0002.215400
Promover ações de Promoção da Cultura de Paz, na perspectiva de reduzir a violência intrafamiliar e interpessoal, com destaque para as ações de educação em saúde que promovam o respeito à diversidade e os direitos humanos;	DAS/DVIS	10.305.0002.215400
Implementar ações da vigilância epidemiológica para toda forma de violência contra crianças e adolescentes;	DAS/DVIS	10.305.0002.215400
Articular ações de enfrentamento da violência sexual, incluindo atenção aos casos de relações sexuais envolvendo adolescentes até 14 anos incompletos.	DAS	10.305.0002.215400

Objetivo Específico 10: reduzir a morbimortalidade por IST em crianças e adolescentes.

Metas/Indicadores:	Linha de base 2019	2022	2025	2028	2030
10.1 Reduzir em 1% ao ano a Taxa de incidência de Sífilis em crianças;	15,6	14,6	13,6	12,6	11,6
10.2 Reduzir em 1% ao ano a Taxa de incidência de Sífilis não especificada em adolescentes;	132,7	131,7	130,7	129,7	128,7
10.3 Reduzir em 0,4% ao ano a Taxa de incidência de Hepatites B em crianças e adolescentes;	0,97	0,57	0,17	0	0
10.4 Reduzir 0,4% ao ano a Taxa de incidência AIDS em crianças;	2,2	1,8	1,4	1,0	0,6
10.5 Reduzir 0,4% ao ano a Taxa de incidência AIDS em adolescentes;	1,74	1,34	0,94	0,54	0,14
10.6 Reduzir 1,0% ao ano a taxa de incidência de HIV em adolescentes.	7,84	6,84	5,84	4,84	3,84

Ações:	Responsável	Projeto/Atividade
Implementar a Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis, com destaque para sífilis, hepatites virais e HIV, em crianças e adolescentes;	DVIS	10.305.0002.215400
Desenvolver ações intra e intersetoriais de Promoção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, inclusive em parceria com organizações da sociedade civil, com ênfase na autonomia dos sujeitos, gerenciamento de riscos e vulnerabilidades e para a prevenção de Infecção Sexualmente Transmissíveis e gravidez não planejada, com a ampliação do acesso aos insumos de prevenção;	DAS/DVIS	10.305.0002.215400
Implementar a oferta de Testes Rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites Virais para o público adolescente;	DAS	10.305.0002.215400
Implementar e qualificar atividades de Comunicação e Educação em Saúde no âmbito da APS na temática saúde sexual e reprodutiva;	DAS	10.128.0002.215800
Implementar a Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis, com destaque para sífilis, hepatites virais e HIV, em crianças e adolescentes.	DVIS	10.305.0002.215400

Diretriz 6: proteção da saúde das crianças e adolescentes quanto aos riscos e danos associados ao trabalho.

Objetivo Específico 11: ampliar e qualificar as ações de atenção e vigilância em saúde para o enfrentamento do trabalho infantil e proteção do adolescente trabalhador.

Metas/Indicadores	Linha de base 2019	2022	2025	2028	2030
11.1 Ampliar a notificação no Sinan dos casos de criança e adolescente em situação de trabalho ilegal e proibido para 20% ao ano;	10	17	30	52	74
11.2 Ampliar a notificação do Sinan dos acidentes de trabalho para 10% ao ano.	18	24	32	42	51

Ações:	Responsável	Projeto/Atividade
Implementar ações de vigilância para a prevenção e controle de crianças e adolescente em situação de trabalho infantil;	CEREST	10.304.0002.215900
Implementar ações de vigilância para prevenção e controle dos Acidentes de Trabalho com crianças e adolescentes;	CEREST	10.304.0002.215900
Promover e participar de ações intersetoriais que contribuam para o fortalecimento das políticas de prevenção e erradicação do trabalho de crianças e adolescentes;	CEREST	10.304.0002.215900
Promover ações de comunicação em saúde com foco na prevenção e erradicação do trabalho infantil e proteção do adolescente trabalhador.	CEREST	10.304.0002.215900

5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Este capítulo é reservado à proposta de monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde para a Infância e a Adolescência 2022 a 2030, e assume monitoramento enquanto acompanhamento sistemático e rotineiro de ações, metas e procedimentos relacionados ao alcance de objetivos, considerada sua temporalidade rotineira. A prática do monitoramento possibilita ajustar as medidas a fim de se aproximar desses objetivos (OLIVEIRA; REIS, 2016).

A avaliação, por sua vez, se diferencia do monitoramento pela complexidade de suas análises, uma vez que requer maior rigor no uso de procedimentos metodológicos, na busca de evidências para se fazer um julgamento da intervenção, de modo a permitir, assim, expandir as medidas e a verificação do monitoramento que determinam valores e méritos de programas e políticas (OLIVEIRA; REIS, 2016, p. 12).

Dessa forma, “os processos de monitoramento e avaliação devem estar intimamente vinculados aos instrumentos de planejamento em saúde, os quais representam a espinha dorsal da gestão em saúde. Portanto, não é correto pensar que a implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação deve ocorrer somente no fim da execução dos planos, mas sim durante o processo” (OLIVEIRA; REIS, 2016, p. 18), daí a importância da construção desta metodologia ainda no momento de elaboração do plano.

Segundo Garcia (2001), “quem monitora, avalia. Quem avalia, confirma ou corrige, de forma a exercer o poder de dirigir consciente e direccionalmente”. Assim, propõe-se a realização do monitoramento do PMSIA 2022 a 2030, de forma sistemática e contínua, visando a obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão na redução dos nós-críticos e correção de rumos. O monitoramento do PMSIA 2022-2030 deverá ser realizado pelas Diretorias e Coordenadorias responsáveis pelos diferentes objetivos e ações do plano, e sugere-se que a coordenação desse processo fique a cargo da Diretoria de Atenção em Saúde (DAS), com apoio da Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG) da SMS.

A metodologia adotada para o monitoramento e a avaliação do PMSIA 2022-2030 consiste numa análise quantitativa e qualitativa das ações estratégicas e dos seus respectivos indicadores, com periodicidade a ser definida, sendo os resultados compartilhados a cada quadrimestre nos Grupos de Trabalho de Planejamento e Avaliação central e distrital, para discussão e encaminhamentos.

A análise quantitativa corresponde ao grau de cumprimento dos indicadores e das ações a partir de uma escala numérica com quatro pontos de cortes, a saber: 0 a 25%, 26% a 50%, 51% a 75% e 76% a 99,9% e 100%. Cada intervalo percentual foi representado por uma cor:

- Vermelho: corresponde ao alcance de no máximo 25% da meta pactuada. Representa uma situação de perigo, de fragilidade da capacidade de gestão, de modo a se analisar as causas do não cumprimento da meta desencadeando novas ações que permitam a superação das dificuldades para cumprimento do objetivo previsto;
- Amarelo: corresponde ao alcance de 26% a 50% da meta pactuada e indica situação de cuidado, apontando que as ações dirigidas ao cumprimento das metas precisam ser intensificadas e aperfeiçoadas;
- Marrom: refere-se ao alcance de 51% a 75% da meta pactuada, demonstra uma situação intermediária na qual as ações previstas precisam ser intensificadas ou aperfeiçoadas;
- Verde: corresponde ao alcance de 76% a 99,9% da meta pactuada e indica uma situação de ótima capacidade de gestão em que as ações foram implementadas para o alcance dos objetivos;
- Azul: corresponde ao alcance de 100% da meta prevista para o período em análise.

A análise qualitativa das ações do PMSIA considerará as seguintes categorias:

- Estrutura: recursos implementados e organização do sistema;
- Processo: serviços ou bens produzidos; e
- Resultado: refletem o estado de saúde dos indivíduos e das populações (Champagne *et al.*, 2011).



Devendo ser identificadas as dificuldades e/ou facilidades que influenciaram no seu desempenho, assim como as estratégias adotadas para o enfrentamento dos nós críticos para alcance das metas/ações. O resultado do monitoramento será sistematizado em “templates”, abordando as informações mais relevantes encontradas na análise.

APÊNDICE A – ANÁLISE DAS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

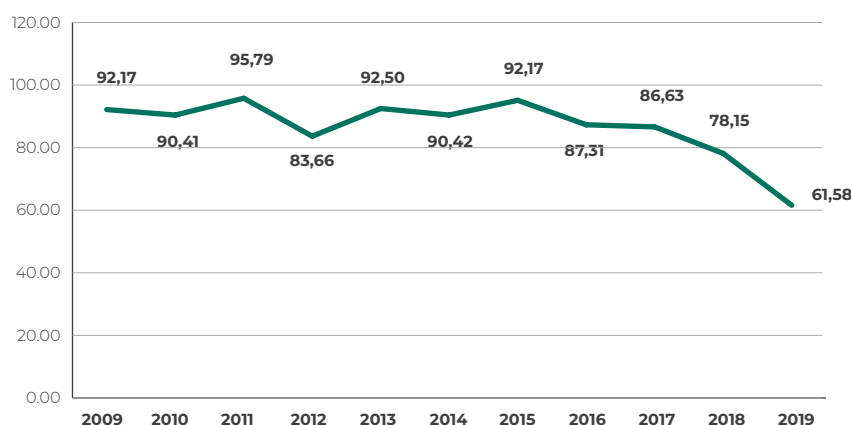
Coqueluche

A Coqueluche é uma doença infecciosa aguda, transmissível, de distribuição universal que compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. Em lactantes ocorrem complicações que podem levar à morte. Seu agente etiológico, *Bordetella pertussis*, é um bacilo gram-negativo, aeróbio, fastidioso, não esporulado, imóvel e pequeno, provido de cápsula (formas patogênicas) e de fímbrias. Os seres humanos são o único reservatório natural de *Bordetella pertussis*, não tendo sido demonstrada a existência de portadores assintomáticos crônicos.

A transmissão ocorre, principalmente, pelo contato direto da pessoa doente com a pessoa suscetível, através de gotículas de secreção da orofaringe eliminadas por tosse, espirro ou ao falar. Também pode ocorrer, com baixa frequência, a transmissão por objetos recentemente contaminados com secreções do doente, pois o agente dificilmente sobrevive fora do hospedeiro.

O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Imunização, preconiza a meta $\geq 95\%$ de cobertura vacinal com a pentavalente, em crianças menores de 1 ano. Observa-se no gráfico 109, que no período de 2009 a 2019 somente em 2011 e 2015 obtivemos o percentual preconizado, esse indicador sinaliza fator de risco para possível ocorrência de surtos no município de Salvador e evidencia a presença de uma população suscetível, considerando ser a vacina a única forma de proteção.

Gráfico 109 - Série histórica da cobertura vacinal com a vacina tetravalente e pentavalente em crianças < 1 ano, Salvador-BA – 2009–2019.



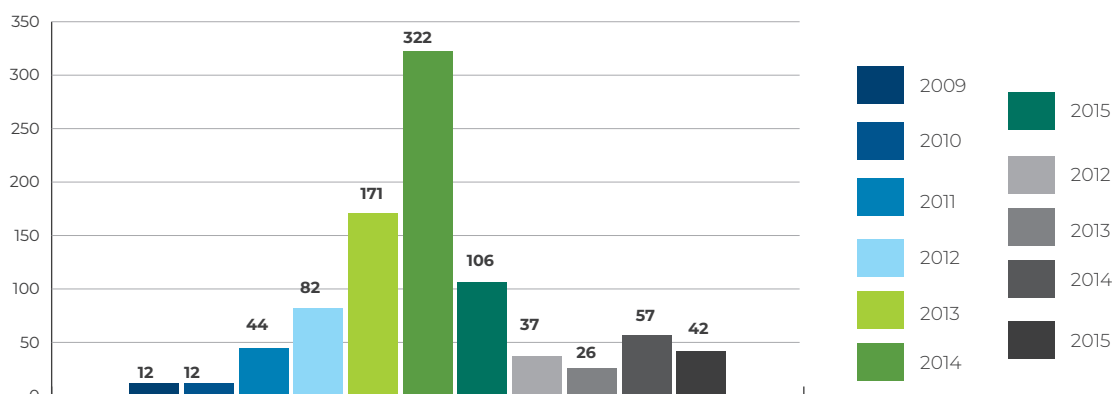
Fonte: SIPNI. Acesso em: 06 de abril de 2021.

No ano de 2019 a vacina pentavalente apresentou cobertura vacinal bem abaixo dos anos anteriores (61,58%), gráfico 109. Sinalizamos que a partir do mês de junho não houve reabastecimento por parte do Ministério da Saúde. Assim, gradativamente o imunobiológico foi faltando nas salas de vacina do município de Salvador.

Entre o ano de 2009 e 2019, foram notificados 911 casos suspeitos em crianças e adolescentes, na faixa etária de 0-19 anos. Em 2014 foi registrado o maior pico de casos de coqueluche no Brasil (8.614) com incidência de 4,2/100.000 hab. Em Salvador, este ano respondeu por 35,3% dos casos notificados no período de 2009 a 2019. Os fatores que contribuíram foram: aumento da sensibilidade da vigilância epidemiológica e da rede assistencial, falhas de proteção imunológica da população, perda da imunidade, bem como a ciclicidade da doença, que ocorre em intervalos de três a cinco anos, elevando assim o número de casos.

Entre 2015 e 2018 observa-se um decréscimo de 78,5% na incidência da coqueluche: a inclusão da Vacina dTpa para gestantes e profissionais de saúde, ampliação da quimioprofilaxia dos contatos dos casos suspeitos e pelo próprio ciclo epidêmico da doença (gráfico 110).

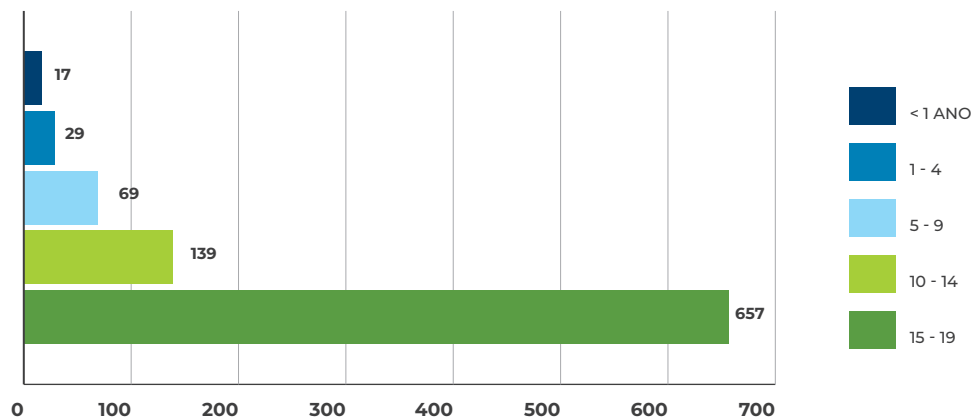
Gráfico 110 - Distribuição de casos suspeitos de coqueluche na faixa etária < 1 ano a 19 anos, em Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: TABWIN/Sinan Net/SMS/DVIS. Acesso em: 13 de abril de 2021.

No que tange a faixa etária dos casos notificados de coqueluche a maior ocorrência é nos menores de 1 ano (657/72,1%), 1-4 anos (139/15,25%), 5-9 anos (69/7,57%), gráfico 111.

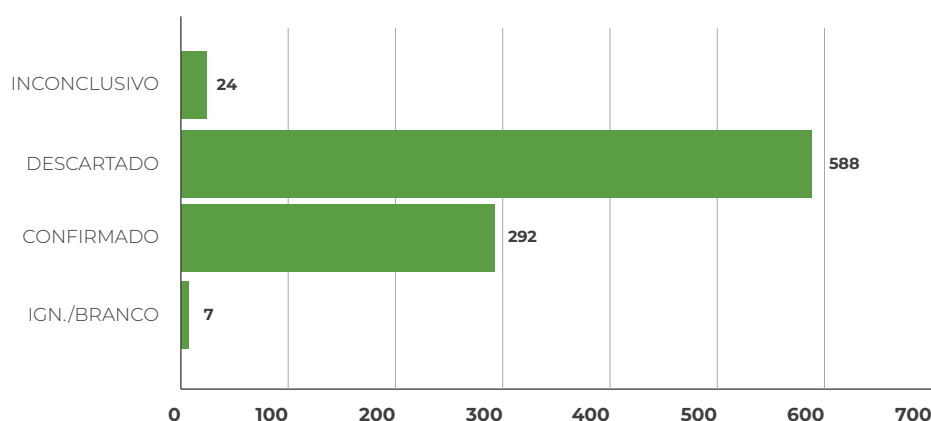
Gráfico 111 - Distribuição de casos suspeitos de coqueluche, segundo faixa etária, em Salvador-BA, 2009–2019.



IS. Acesso em: 13 de abril de 2021.

Em relação a classificação final dos casos de coqueluche, 588 (64,5%) casos foram descartados para o agravo, 292 (32%) confirmados para coqueluche; 24 (2,6%) está registrado no Sinan com inconclusivo e 7 (0,8%) com ignorado ou em branco, dados que impactam de forma negativa na meta de encerramento oportuno de 80% dos casos notificados (gráfico 112). Do total de 292 casos confirmados, 224 (75,7%) estão concentrados na faixa etária dos menores de 1 ano.

Gráfico 112 - Distribuição de casos de coqueluche conforme classificação final, em Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: TABWIN/Sinan Net/SMS/DVIS. Acesso em: 13 de abril de 2021.

Com relação ao sexo dos casos confirmados de coqueluche a maior predominância foi no sexo feminino 165 (56,50%) e masculino 125 (42,8%). No que se refere ao critério raça/cor a maior ocorrência foi na cor parda (151/51,7%) e branca (41/14,1%). Vale ressaltar que 26,8% dos registros no sistema, estão na categoria ignorada. Salientamos que a

obrigatoriedade do registro das informações de raça/cor pelos profissionais de saúde, se deu a partir de 2017, através da Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017.

Sarampo

O Sarampo é uma doença viral, infecciosa aguda, potencialmente grave, transmissível, extremamente contagiosa. A viremia provoca uma vasculite generalizada, responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas. O agente etiológico RNA vírus pertencente ao gênero Morbillivirus, família Paramyxoviridae.

A transmissão ocorre de forma direta, por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar. Daí a elevada contagiosidade da doença. Também tem sido descrito o contágio por dispersão de aerossóis com partículas virais no ar, em ambientes fechados, como escolas, creches e clínicas (BRASIL, 2019).

De um modo geral, todas as pessoas são suscetíveis ao vírus do sarampo. Lactentes, cujas mães já tiveram sarampo ou foram vacinadas, podem ter imunidade passiva conferida por anticorpos transmitidos pela via transplacentária. Essa imunidade é transitória e pode perdurar até o final do 1º ano de vida, razão pela qual pode haver interferência na resposta à vacinação em menores de 12 meses de vida. No Brasil, cerca de 85% das crianças perdem esses anticorpos maternos por volta dos 9 meses de idade (BRASIL, 2019).

O sarampo é uma das principais causas de morbimortalidade entre crianças menores de 5 anos de idade, sobretudo as desnutridas. É uma doença de distribuição universal, com variação sazonal. Nos climas temperados, observa-se o aumento da incidência no período compreendido entre o final do inverno e o início da primavera. Nos climas tropicais, a transmissão parece aumentar depois da estação chuvosa. O comportamento endêmico-epidêmico do sarampo varia de um local para outro, e depende basicamente da relação entre o grau de imunidade e a suscetibilidade da população, bem como da circulação do vírus na área (BRASIL, 2019).

Define-se caso suspeito de sarampo a pessoa que apresentar febre e exantema maculopapular morbiliforme de direção cefalocaudal, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independentemente da idade e situação vacinal; ou indivíduo suspeito com história de viagem para locais com circulação do vírus do sarampo, nos últimos 30 dias, ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou para o local com circulação viral.

No Brasil, o sarampo é uma doença de notificação compulsória desde 1968, deve ser notificada dentro das primeiras 24 horas e registrado no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan).

Rubéola

A Rubéola é uma doença exantemática aguda, de etiologia viral, que apresenta alta contagiosidade. Sua importância epidemiológica está relacionada ao risco de abortos, natimortos e à síndrome da Rubéola Congênita (SRC). O agente etiológico Vírus RNA, do gênero Rubivirus e da família Togaviridae, sendo o homem o reservatório. A transmissão ocorre por meio de contato com secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas. O vírus é disseminado por gotículas ou pelo contato direto com pessoas infectadas. A transmissão indireta, que é pouco frequente, ocorre mediante contato com objetos contaminados com secreções nasofaríngeas, sangue e urina.

A suscetibilidade é geral. A imunidade ativa é adquirida por meio da infecção natural ou pela vacinação. Os filhos de mães imunes podem apresentar imunidade passiva e transitória até os 9 meses de idade (Brasil, 2019). Paciente que apresenta febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular e/ou occipital e/ou cervical, independentemente da idade e da situação vacinal; ou indivíduo suspeito com história de viagem para locais com circulação do vírus da rubéola, nos últimos 30 dias, ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou para o local (com circulação viral).

No Brasil, a rubéola é doença de notificação compulsória desde 1996, e deve ser notificada dentro das primeiras 24 horas, a partir do atendimento, e registrado no Sinan. Em abril de 2015, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) declarou a região das Américas livre da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC).

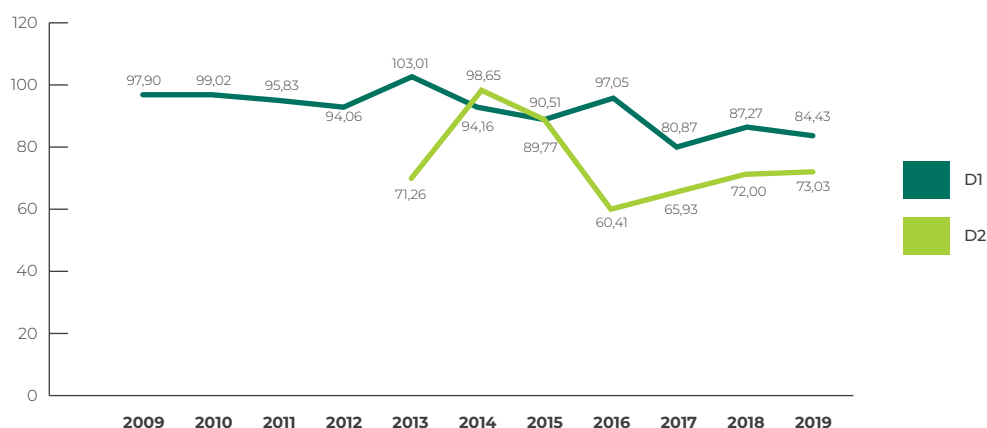
A vacina é a melhor forma de proteção contra as doenças exantemáticas. O Ministério da Saúde por conta de surtos no país, desde agosto de 2019, adotou a estratégia da dose zero de vacinação contra o sarampo para as crianças de todo Brasil, com idade entre seis a onze meses e vinte e nove dias de idade, para evitar casos graves e óbitos por sarampo. Por isso se recomenda que todas as crianças, a partir dos seis meses de idade, sejam vacinadas contra o sarampo. Esta dose não será válida para a rotina de vacinação, devendo-se agendar a dose 1 de tríplice para os 12 meses de idade e a dose de tetra viral para os 15 meses de idade.

Na rotina dos serviços de saúde, a vacinação contra sarampo e rubéola deve ser realizada conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação (Nota Informativa nº 384, atualizada em 19 de fevereiro de 2020). Para indivíduos a partir dos 12 meses até 19 anos de idade, deve ser realizada duas doses de vacina (tríplice viral e ou tetra viral). Aos 12 meses de idade, administrar uma dose da vacina tríplice viral; entre 15 meses e 4 anos (11 meses e 29 dias) de idade, administrar uma dose da vacina tetra viral em crianças já vacinadas com a D1 de tríplice viral; indivíduos de 5 a 19 anos de idade devem receber duas doses da vacina tríplice viral.

O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Imunização, preconiza a meta $\geq 95\%$ de cobertura vacinal com a tríplice viral e a tetra viral, em crianças de 1-4 anos

de idade. Salientamos que a segunda dose com a vacina tetra viral foi introduzida no ano de 2013. Observa-se no gráfico 113, que desde 2017 as coberturas vacinais persistem abaixo da meta, esse indicador sinaliza fator de risco para possível ocorrência de surtos no município de Salvador, em crianças e adolescentes, pois evidencia a presença de uma população suscetível, considerando ser a vacina a única forma de proteção.

Gráfico 113 - Série histórica da cobertura vacinal com a vacina tríplice viral e tetra viral, em crianças de 1- 4 anos, Salvador-BA, 2009–2019.



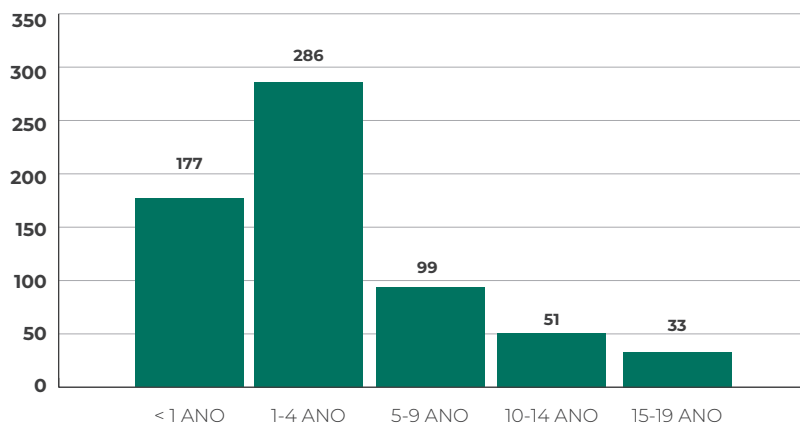
Fonte: SIPNI. Acesso em: 31 de março de 2021.

No que concerne a assistência ao paciente com suspeita de sarampo/rubéola deve ser acolhido em uma sala individualizada, em uso de máscara comum (cirúrgica), sendo esta sala ventilada e mantida sempre fechada. Os profissionais que entrarem em contato com esse paciente, deve utilizar a máscara para proteção individual de acordo com análise de riscos e disponibilidade da unidade, mantendo as medidas de biossegurança e estabelecendo precaução para aerossóis desde o acolhimento na recepção, quando identificados os casos de febre e exantema, assim como durante todo o atendimento ao paciente e na continuidade do diagnóstico e manejo clínico. (SALVADOR, 2019).

Os casos suspeitos de doenças exantemáticas devem ser encerrados no Boletim de Notificação Semanal (BNS) e no Sinan, no prazo de 30 dias a partir da notificação. Caso o encerramento não seja realizado no prazo de 60 dias no Sinan, o sistema encerrará automaticamente, constituindo – se uma falha no sistema de vigilância.

O último caso autóctone de sarampo registrado em Salvador ocorreu no ano de 1999. A notificação das doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) vem sendo monitoradas sistematicamente, assim como as ações de imunização de rotina e campanhas. Entre o ano de 2009 e 2019, foram notificados 646 casos suspeitos em crianças e adolescentes, na faixa etária de 0-19 anos. Não houve caso confirmado nesse período para essa faixa etária.

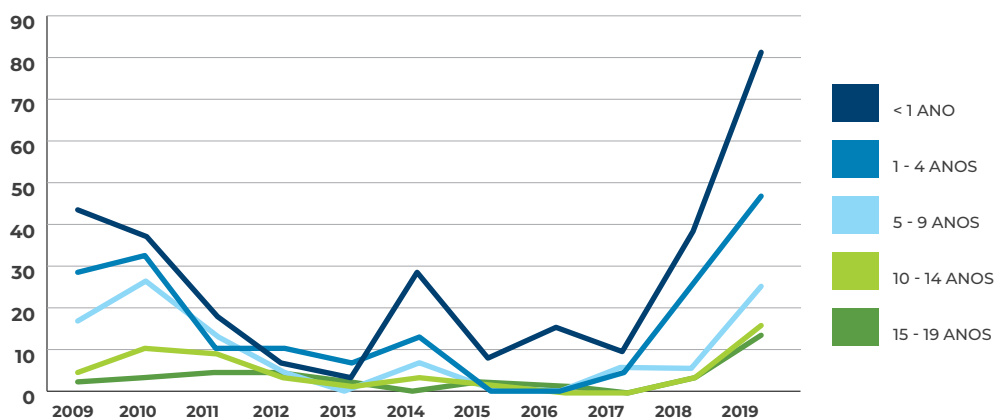
Gráfico 114 - Distribuição de casos suspeitos de doenças exantemáticas, segundo faixa etária, em Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 29 de março de 2021.

No período entre 2009-2019, foram notificados 646 casos suspeitos de doenças exantemáticas, entre crianças e adolescentes. A maior concentração ocorreu na faixa etária de 1-4 anos (286/44,27%), seguido da faixa etária <1 ano (177/27,39%).

Gráfico 115 - Distribuição de casos suspeitos de doenças exantemáticas, por faixa etária e ano de notificação.



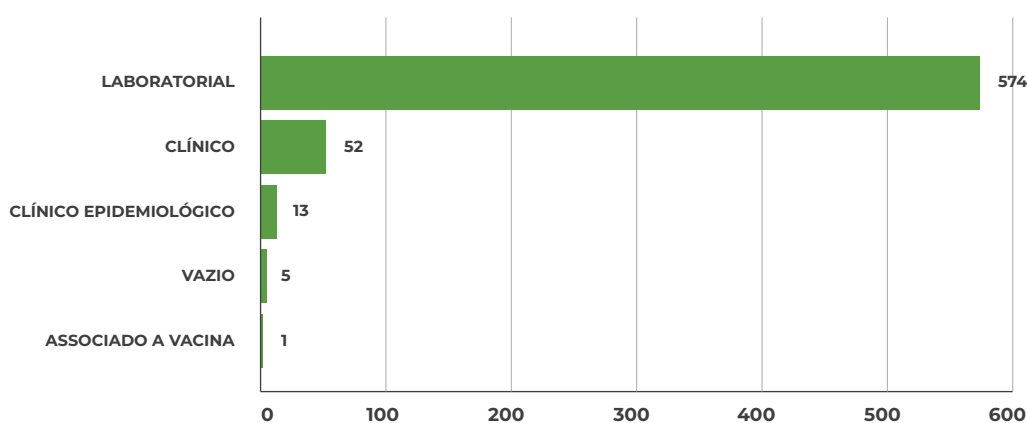
Fonte: Sinan. Acesso em: 29 de março de 2021.

Analisando a distribuição de casos suspeitos de doenças exantemáticas, por faixa etária e ano de notificação, observa-se que o ano de 2019 concentrou o maior número de casos suspeitos nas faixas etárias de <1 ano e 1-4 anos. Salientamos que em 2018 houve capacitação de profissionais na vigilância e controle do sarampo, para prevenção de surtos no município de Salvador, melhorando a sensibilidade do sistema de notificação repercutindo no aumento de notificações de casos suspeitos de doenças exantemáticas em 2019.

Dos casos notificados como suspeitos de sarampo, entre crianças e adolescentes, 55% ocorreu no sexo masculino e 45% no sexo feminino. Em relação à raça cor, 46% concentrou-se na cor parda. Vale ressaltar que 28% dos registros no sistema encontram-se na categoria ignorada. Salienta-se que a obrigatoriedade do registro das informações de raça/cor, pelos profissionais de saúde, se deu a partir de 2017, através da Portaria nº 233.

Dos casos suspeitos de doenças exantemáticas, todos foram descartados, entretanto, apenas 574 (89%), conforme observado no gráfico 89, foi descartado pelo critério laboratorial. Ressalta-se o não cumprimento da meta preconizada pelo Ministério da Saúde cuja meta de encerramento por esse critério deve ser de 100%.

Gráfico 116 - Distribuição de casos suspeitos de doenças exantemáticas, segundo critério de descarte, em Salvador-BA, 2009–2019.



Fonte: Sinan. Acesso em: 29 de março de 2021.

Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)

A síndrome da Rubéola Congênita (SRC) é uma importante complicação da infecção pelo vírus da rubéola durante a gestação, principalmente no primeiro trimestre, podendo comprometer o desenvolvimento do feto, causar aborto, morte fetal e anomalias congênicas de vários tipos a depender da fase em que a viremia se instale. Com isso, as malformações congênicas de grandes órgãos e sistemas podem ser de forma isolada ou conjunta como: catarata, glaucoma, cardiopatia (persistência do canal arterial, estenose aórtica, estenose pulmonar), microftalmia, microcefalia, meningoencefalite, surdez, retardo mental, retinopatia, hepatoesplenomegalia, icterícia, etc. (BRASIL, 2019).

O vírus da rubéola é um vírus RNA, gênero Rubivirus, da família Togaviridae. O homem é o único reservatório conhecido. A SRC é transmitida pela via transplacentária após a viremia materna com infecção da placenta e feto. O vírus ao infectar o feto produz

infecção crônica que pode representar uma importante fonte de disseminação de infecção, por um período superior a um ano. A transmissão do vírus é maior nos primeiros três meses de vida e ocorre por meio de objetos recém-contaminados pelas secreções de nasofaringe, sangue, urina e fezes de recém-nascidos infectados. O vírus pode ser encontrado em 80% as crianças no primeiro mês de vida, 62% do primeiro ao quarto mês, 33% do quinto ao oitavo mês, 11% entre nove e doze meses, e apenas 3% no segundo ano de vida. É suscetível a pessoas que não tenham tido contato com o vírus. A infecção natural pelo vírus da rubéola ou pela imunização confere, em geral, imunidade permanente (BRASIL, 2019).

As principais manifestações clínicas no recém-nascido são: catarata, glaucoma, microftalmia, retinopatia, cardiopatia congênita (persistência do canal arterial, estenose aórtica, estenose pulmonar), surdez, microcefalia e retardo mental. Outras manifestações clínicas podem ocorrer, mas são transitórias, como: hepatoesplenomegalia, hepatite, icterícia, anemia hemolítica, púrpura trombocitopênica, adenopatia, meningoencefalite, miocardite, osteopatia de ossos longos (rarefações lineares nas metáfises) e exantema crônico.

A prematuridade e o baixo peso ao nascer estão, também, associados à rubéola congênita. As crianças com SRC frequentemente apresentam mais de um sinal ou sintoma, mas podem ter apenas uma malformação, sendo a deficiência auditiva a mais comum (BRASIL, 2019).

Não existe tratamento antiviral efetivo. Este será direcionado às malformações congênitas e deficiências observadas. Quanto mais precoce for a detecção e a intervenção seja o tratamento clínico, cirúrgico e de reabilitação, melhor será o prognóstico da criança. A vigilância da SRC tem como objetivos: conhecer a magnitude e avaliar o impacto das estratégias de vacinação; notificar e investigar todos os casos suspeitos de SRC; orientar sobre as medidas de controle adequadas e realizar monitoramento da situação da doença e suas características.

É considerado caso de rubéola congênita o recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito ou confirmado de rubéola; recém-nascido cuja mãe foi contato de caso confirmado de rubéola, durante a gestação; criança de até 12 meses de idade, que apresente sinais clínicos compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, independente da história materna.

No período de 2009 a 2019 foram identificados 5 casos, na faixa etária < 1 ano de idade. Em relação à distribuição por sexo, 20% dos casos está como ignorado. A ausência de registro de informações no Sinan, compromete a avaliação do perfil epidemiológico das doenças. Salientamos que no sistema constam os nomes das genitoras nas notificações, dificultando identificar a referida a análise da informação.

Ao analisar o quesito raça/cor entre os casos suspeitos de síndrome da rubéola congênita, observa-se que 3 (60%), concentra-se na cor parda e 20% na cor branca. Salientamos que 20%, encontra-se como ignorado. Após avaliação médica e diante dos exames

complementares do recém-nascido, tendo sido afastado o diagnóstico de malformações congênitas, dar-se-á continuidade ao seguimento habitual para crianças saudáveis no serviço de Acompanhamento e Crescimento do Desenvolvimento (ACD).

Nas situações de malformações congênitas em que forem afastadas outras etiologias (citomegalovírus, toxoplasmose, sífilis, herpes, zika, genéticos e outros), a criança deverá ser acompanhada por especialistas, dentro da necessidade de cada caso. Os casos devem ser encerrados oportunamente, no Sinan e no Boletim de Notificação Semanal (BNS) no prazo de até 180 dias (SALVADOR, 2019).

Influenza (Gripe)

A Influenza ou gripe é causada pelo vírus influenza ocasionando uma infecção viral aguda que acomete o sistema respiratório. A transmissão deste vírus ocorre pelo contato pessoa a pessoa, através de espirros, tosses ou através da contaminação por objetos infectados com o vírus. Por possuir uma vasta diversidade antigênica, subdivididos em diferentes tipos, dentre eles a Influenza A e B.

Não há um grupo etário de maior suscetibilidade. Todas as faixas etárias podem ser acometidas. Contudo há uma maior incidência da forma mais grave da doença entre as crianças menores de 2 anos e idosos maiores de 60 anos. A apresentação clínica pode ser manifestada por um Síndrome Gripal (SG), forma mais leve, ou por uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). As infecções respiratórias ocorrem, na maioria das vezes, de forma sazonal. No Brasil, país tropical, o aumento da incidência de doenças respiratórias, com ou sem hospitalização, ocorre durante as estações chuvosas.

Vacinação contra Influenza

O Programa Nacional de Imunização (PNI), criado em 18 de setembro de 1973, iniciou a campanha da vacinação contra a influenza, em 1999. Inicialmente, o público alvo para esta campanha era idoso acima de 65 anos. Em 2010, houve uma ampliação dos grupos prioritários, devido a pandemia da influenza A (H1N1) em 2009, alcançando crianças entre 6 meses e 2 anos de idade. Em 2014 essa faixa foi ampliada para crianças de 6 meses e menores de 4 anos.

Entre os anos de 2015 a 2018 a faixa etária de crianças elegíveis para a vacinação era 6 meses a menores de 5 anos. A partir de 2019 houve uma ampliação das faixas, alcançando crianças de 6 meses a menores de 6 anos de idade. A meta da cobertura vacinal da vacina contra influenza também aumentou ao longo do tempo. Até 2016, a meta era atingir 80% do grupo prioritário elegível para a vacinação. A partir de 2017, essa meta aumentou para 90%, conforme a Tabela 65.

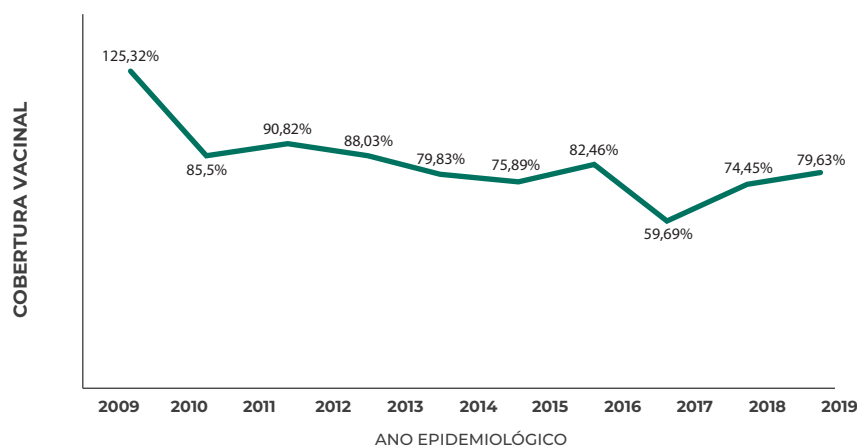
Tabela 65 - Série histórica da faixa etária elegível e meta da cobertura vacinal da Gripe, em crianças. Salvador-BA, 2010–2019.

Ano Epidemiológico	Faixa etária Elegível	Meta
2010	Crianças < 2 anos	80%
2011	Crianças entre 6 meses e < 2 anos	80%
2012	Crianças entre 6 meses e < 2 anos	80%
2013	Crianças entre 6 meses e < 2 anos	80%
2014	Crianças entre 6 meses e < 4 anos	80%
2015	Crianças entre 6 meses e < 5 anos	80%
2016	Crianças entre 6 meses e < 5 anos	80%
2017	Crianças entre 6 meses e < 5 anos	90%
2018	Crianças entre 6 meses e < 5 anos	90%
2019	Crianças entre 6 meses e < 6 anos	90%

Fonte: SI-PNI. Acesso em: 08 de abril de 2021.

Através de relatórios extraídos do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), observa-se que entre os anos que entre os anos 2014 e 2015; 2017 a 2019 não houve o alcance da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde (gráfico 117). Nos demais anos, a cobertura vacinal esteve acima da meta. Em 2009, as crianças não eram grupo prioritário, sendo incorporada à estratégia a partir de 2010.

Gráfico 117 - Série histórica da cobertura vacinal da vacina da gripe, em crianças, Salvador-BA, 2010–2019.

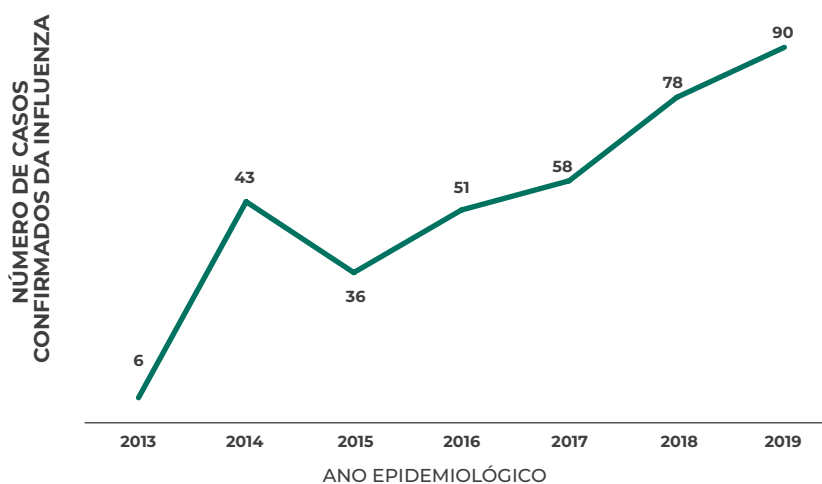


Fonte: SI-PIN. Acesso em: 08 de abril de 2021.

Em 2000, de modo a fortalecer a vigilância epidemiológica dos vírus respiratórios, foi implantando a vigilância sentinela de SG, que busca identificar a circulação dos vírus respiratórios, analisando a patogenicidade, virulência e o surgimento de novos agentes etiológicos; além de adequar a vacina sazonal da gripe alcançando a imunização e freando os casos mais graves. Atualmente contamos com 05 unidades sentinelas na Bahia, todas localizadas em Salvador, que tem como responsabilidade a coleta de 5 (cinco) amostras clínicas de Swabs de Nasofaringe (SNF) dos casos que atendam a definição de caso de SG, com meta semanal de 80% de coleta, digitação oportuna no SIVEP Gripe. E registro de agregado semanal por faixa etária e sexo dos atendimentos de SG, com meta de 90% das Semanas Epidemiológicas, no SIVEP Gripe.

De acordo Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019, caso suspeito de SG é o indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos. Através do monitoramento dos casos de SG, no SIVEP Gripe, entre 2013 e 2019, nas faixas etárias 0-19 anos, o ano de 2019 houve mais casos confirmados para influenza (N = 90), representado no Gráfico 118.

Gráfico 118 - Série histórica dos casos confirmados por influenza, em crianças e adolescentes, nas unidades sentinelas, por ano epidemiológico. Salvador-BA, 2013-2019.



Fonte: SIVEP Gripe. Acesso em: 08 de abril de 2021.

Destes 90 casos confirmados, 45 foram do Influenza tipo A, em que 24 casos, foram confirmados para H1N1; 17, para Influenza A/H3 sazonal e 04, para Influenza A não subtipado. Os demais, 45 casos, foram confirmados para Influenza tipo B, em que a faixa etária de 0-4 anos teve o maior número de casos confirmados (Tabela 66).

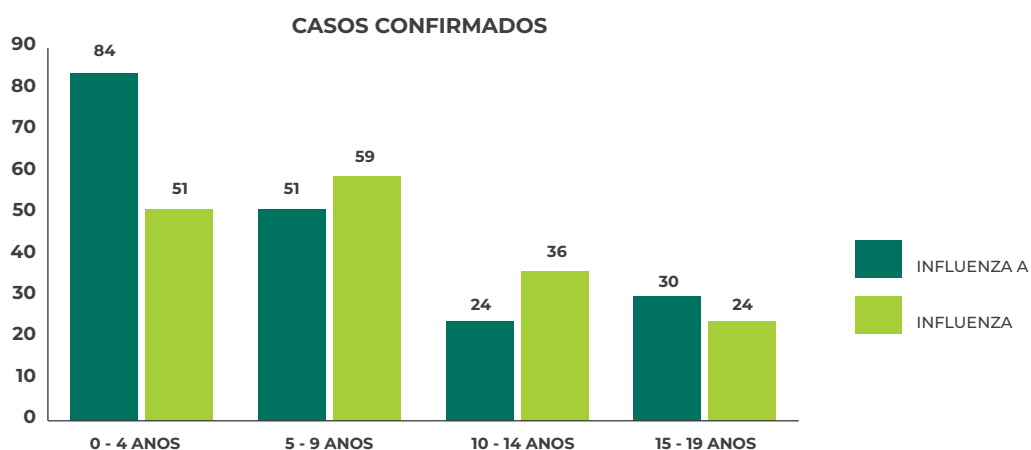
Tabela 66 - Distribuição dos casos confirmados como SG por influenza, nas unidades sentinelas, em crianças e adolescentes, por faixa etária, por tipo e subtipo.

ANO 2019						
Faixa Etária	Suspeitos	Confirmado Influenza	Tipo	Quantidade	Subtipo	Quantidade
0-4 anos	353	44	Influenza A	28	H1N1	11
					Influenza A / H3 Sazonal	14
					Influenza A não subtipado	3
			Influenza B	16		
5-9 anos	151	28	Influenza A	10	H1N1	8
					Influenza A / H3 Sazonal	1
					Influenza A não subtipado	1
			Influenza B	18		
10-14 anos	61	11	Influenza A	4	H1N1	4
			Influenza B	7		
15-19 anos	58	7	Influenza A	3	H1N1	1
					Influenza A / H3 Sazonal	2
			Influenza B	4		

Salvador, Bahia, 2019. Fonte: SIVEP Gripe. Acesso em: 08 de abril de 2021.

Analisando a variável faixa etária, dentre os casos confirmados de SG, entre 2013 e 2019, observa-se que as crianças de 0-4 anos foram as mais expostas ao vírus da influenza (dados absolutos), gráfico 119.

Gráfico 119 - Série histórica dos casos confirmados por influenza, em crianças e adolescentes, nas unidades sentinelas, por faixa etária, Salvador-BA, 2013–2019.

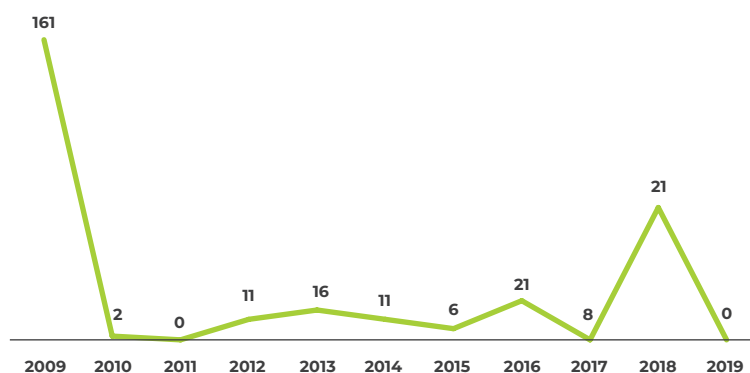


Fonte: SIVEP Gripe. Acesso em: 08 de abril de 2021.

Assim como a vigilância Sentinela de SG, a vigilância universal da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), iniciada em 2009, tem como objetivo monitorar as morbimortalidades, traçando estratégias que servirão de respaldos as autoridades sanitárias, reduzindo a incidência de SRAG e os óbitos decorrentes deste agravo. A Organização

Mundial de Saúde (OMS), em 2009, considerou um ano pandêmico pela circulação da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009. O que corrobora com o gráfico 12, que descreve os casos hospitalizados, confirmados como SRAG por influenza, nas faixas etárias de 0-19 anos.

Gráfico 120 - Distribuição dos casos hospitalizados, confirmados como SRAG por influenza, em crianças e adolescentes, por ano epidemiológico, Salvador-BA, 2009-2019.



Fonte: Sinan Influenza e SIVEP Gripe. Acesso em: 08 de abril de 2021.

Neste ano pandêmico, a faixa etária com maior número de casos confirmados (em números absolutos) foi entre 10 - 14 anos e 15 - 19 anos (gráfico 120), salientando que destes 161 casos confirmados, 147 tiveram como evolução a cura e 14 não tiveram a qualificação deste campo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGNELLI PB. **Varição do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010.** Rev. Bras. Odontol, 72 (1-2), Rio de Janeiro, jan./Jun,2015.

ALDRIGHI, J. D. *et al.* **Vivências de gestantes em idade materna avançada: uma revisão integrativa.** *Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [sl]*, v. 50, n. 3, p.512-521, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000400019>.

ALVES *et al.* **Fatores associados à inatividade física em adolescentes de 10-14 anos de idade, matriculados na rede pública de ensino do município de Salvador, BA.** *Rev. Bras. Epidemiol* 2012; 15(4): 858-70. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2012.v15n4/858-870>. Acesso em: 12 dez 2020.

ANDRÉ PAULINO H *et al.* **Indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados à anemia ferropriva em crianças brasileiras: uma revisão sistemática.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 23 (4): 1159-1167, 2018.

ASSUNÇÃO, Paula L. *et al.* **Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controle.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1078-1090, 2012.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS/Bahia.** Organizado por Eliane Cardoso Sales e Joselita Cássia Lopes Ramos. SESAB/ SUVISA/DIVAST/CESAT - Salvador: DIVAST, 2014.

BARROS, Patrícia de Sá; AQUINO, Érika Carvalho de; SOUZA, Marta Rovey de. **Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil.** *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 53, 12, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100209&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2021.

BECK, S. *et al.* **The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity.** *Bull. World Health Organ.*, Geneve, v. 88, n.1, p.31-38, 2010.

BRANDT, Galeão, K.; ANTUNES, Castro, M.M. SILVA, G. A. P. **Diarreia aguda: manejo baseado em evidências.** *J. Pediatr. (Rio J.) [online]*. 2015, vol.91, n.6, suppl.1, pp.S36-S43. ISSN 1678-4782. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.06.002>.

BRASIL 2020. **Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. E-Gestor Atenção Básica. Histórico da Cobertura de Saúde Bucal.** Acessado em 15 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doença Falciforme: conhecer para cuidar. Secretaria de Vigilância em Saúde.** Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados/DAET/SAS. Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3. ed. Brasília, DF; 2009 a.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Municipal nº 344/2017 publicada em 04 de agosto de 2017 a. 165.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na Atenção Básica**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal – 2. ed. – Brasília, 2009 b**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: SVS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Mulher na gestação, parto e puerpério. Guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.: il.** Disponível em <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>>. Acesso em: nov. 2020.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**.

CARLINI, E.L.A *et al* (supervisão). **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p.**

CHAMPAGNE F, BROUSSELLE A, CONTANDRIOPOULOS AP, HARTZ Z, organizadores. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 pp 166.

COELLI, A.P., NASCIMENTO L.R., MILL, J.G., MOLINA, M.C.B. **Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 (2) : 207-218, fev. 2011.

COMASSETTO MO, Baumgarten A, Kindlein KA, Hilgert JB, Figueiredo MC, Silva DDF. **Acesso à saúde bucal na primeira infância no município de Porto Alegre, Brasil**. Ciênc. Saúde Coletiva, 24 (3), Rio de Janeiro, mar., 2019.

CORTEZ,V.L. **Fatores pré-natais e prematuridade: coorte retrospectiva com análise secundária de dados da pesquisa Nascer no Brasil-Região Sudeste. 2017**. Dissertação-Faculdade Pública da USP, São Paulo, 2017.

DALL'AGNESE, L.E.; GEIB, L.T.C. **Absenteísmo ao Programa de Assistência Pré-Natal: motivos alegados por mães de crianças prematuras**. Bol. Saúde, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 9-20, 2003.

Departamento Científico de Gastroenterologia. **Guia Prático de Atualização. : Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. Sociedade Brasileira de Pediatria Nº 1**. Março/2017.

D'INNOCENZO, S. *et al*. **Condições socioeconômicas e padrões alimentares de crianças de 4 a 11 anos: estudo SCAALA – Salvador/Bahia**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 11 (1): 41-49 jan. / mar., 2011.

FANAROFF, A. A. *et al*. **Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birth weight infants**. Am. J. Obstet. Gynecol., St. Louis, v. 196, n. 2, p.147.e1- e8, 2007.

FISBERG M, LYRA I, WEFFORT V. **Consenso sobre Anemia Ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica!** Sociedade Brasileira de Pediatria, nº 2, junho, 2018.

FONTOURA, F. C. e MOREIRA, M. V. L. L. C. **Associação das malformações congênitas com variáveis neonatais e maternas em unidades neonatais numa cidade do nordeste brasileiro. Texto & Contexto Enfermagem. 2014; 23 (4): 907-914.** [Fecha de Consulta 17 de Noviembre de 2021]. ISSN: 0104-0707. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71433508012>.

GARCIA, R. C. **Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).** Texto para Discussão nº 776, 2001.

GOLDENBERG, R.L, CULHANE J.F., IAMS J.D, ROMERO, R. **Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008 Jan 5; 371(9606):75-84.** doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-.

GURGEL, M>G> L *et al.* **Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. Escola Ana Nery. Revista Enfermagem, v. 12, n.4 p. 799-805,** dez. 2008. Acesso em: 31 jan 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a27.pdf>.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Educa Jovens** – Disponível em uca.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html. Acesso em: 15 fev. 2020.

IBGE – **Estatísticas de trabalho infantil. Salvador, Bahia, 2010.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/pesquisa/23/23226?detalhes=true>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

IBGE – **Salvador, Bahia, 2021.** disponível em: <https://www.ibge.gov.br/novo-portal-destaques/27161-censo-2020-adiado-para-2021.html> 167. Acesso em: 2 set. 2021.

IRVING R.J, BELTON N.R., ELTON R.A, WALKER B.R. **Adult cardiovascular risk factors in premature babies. Lancet, 2000 Jun 17;355(9221):2135-6.** doi: 10.1016/S0140-6736(00)02384-9.

KILSZTAJN, S. *et al.* **Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003.**

LEAL, M.C.; GAMA, S. G. N. **Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014.** Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2021.

LIMA BRAGA D, DAMIANI PETRI L, FUJIMORI E. **Deficiência de vitamina A em crianças brasileiras e variáveis associadas. Revista Paulista de Pediatria, 2018; 36 (2): 176-185.**

MACHADO NETO, A.S. *et al.* **Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA).** J Bras Pneumol. 2010;36(6):674-682.

MATOS, S. M.A. **Padrões alimentares de crianças menores de cinco anos de idade residentes na capital e em municípios da Bahia, Brasil, 1996 e 1999/2000.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 30(1):44-54, jan, 2014.

MCCORMICK M.C., M.D., Sc.D. **The Contribution of Low Birth Weight to Infant Mortality and Childhood Morbidity.** New England Journal of Medicine, 1985; 312:82-90 DOI: 10.1056/NEJM198501103120204.

MORAES ABA, POSSOBON RF, ORTIZ CE. **Motivação e comportamento preventivo de saúde bucal em programa de assistência odontopediátrica na primeira infância.** Pesqui. Odontol. Bras. vol.14 n.3 São Paulo July/Sept. 2000.

NARVAI PC, FRAZÃO P, CASTELLANOS RA. **Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX.** Odont Soc. 1999;1(1/2):25-9.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. São Luís: Edufma, 2016.** 45 p.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour.** 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>. Acesso em: 16 dez. 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Obesidade entre crianças e adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas, revela novo estudo do Imperial College London e da OMS**. Banco de Notícias. 10 out 2017. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5527:obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas-revela-novo-estudo-do-imperial-college-london-e-da-oms&Itemid=820. Acesso em: 16 dez. 2020.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região. 29a Conferência Sanitária Pan-americana**. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-pt-9251&alias=42117-csp29-6-p-117&Itemid=270&lang=pt>. Acesso em: out. 2020.

PLATT, M.J. **Outcomes in preterm infants**. Public Health. 2014 May; 128(5): 399-403. doi: 10.1016/j.puhe.2014.03.010 168.

PEREIRA, A. P. E. *et al.* **Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S59-S70, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2021.

PRETTO ADB, RIBEIRO-MARTINS C, DUTRA GF, SANTOS M, BERGMANN RB, ALBERNAZ EP. **Fatores associados ao baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes**. Adolesc Saude. 2016;13 (Supl.2): 139-149. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v13s2a17.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2020.

REAM M.A., LEHWALD L. **Neurologic Consequences of Preterm Birth**. Curr Neurol Neurosci Rep. 2018 Jun 16; 18 (8): 48. doi: 10.1007/s11910-018-0862-2. Referências (Hansen).

RIBEIRO, B. **Rede Nacional de Combate ao Trabalho Infantil pede divulgação de dados atualizados pelo IBGE**. Rede Peteca, 2020. Disponível em: <<https://www.chegadetrabalho infantil.org.br/noticias/materias/rede-nacional-de-combate-ao-trabalho-infantil-pede-divulgacao-dos-dados-atualizados-pelo-ibge>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

SALVADOR. **Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Tabnet Salvador. Diretoria de Vigilância em Saúde. Subcoordenadoria de Informação em Saúde**. Disponível em: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>. Acesso em: 21 out. 2020.

SANTOS NL, COSTA MC, AMARAL MT, VIEIRA GO, BACELAR EB, ALMEIDA AH. **Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana**. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19 (3): 719-26. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.18352013>.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Adolescência. **Bebidas alcoólicas são prejudiciais à saúde da criança e do adolescente. 2017**.

SILVA FILHO OG. **Oclusão**. In: Cabrera CAG, Cabrera MC. **Ortodontia clínica**. 1 ed. Curitiba: Produções, 1 (2), 1997, 44-47.

SILVEIRA, M.F. *et al.* **Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 957-964, 2008.

SILVEIRA, M.F. *et al.* **Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1267-1275, 2009.

SMARTlab. **Observatório de prevenção e Erradicação do Trabalho infantil – Proteção integrada Guiada dos dados, Smartlab, 2020**. Disponível em: <<https://smartlabbr.org/trabalho infantil/localidade/2927408?dimensao=garantiaDireitos>> Acesso em: 10 nov. 2020.

SOARES, Raoni *et al.* **Fatores de risco cardiovascular associados à hipertensão arterial sistêmica em escolares**. Revista Pesquisa em Fisioterapia, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 478-488, nov. 2018. ISSN 2238-2704. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/2118/2144>>. Acesso em: 16 dez. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v8i4.2118>. 169.

SOUSA, C. R. O *et al.* **Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 160-169, June 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000200160&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 dez. 2020. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800020461>.

TOMASI, Elaine *et al.* **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 dez. 2020. Epub 03-Abr-2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00195815>.

UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados preliminares – Prevalência de anemia e deficiência de vitamina A entre crianças brasileiras de 6 a 59 meses.** UFRJ: Rio de Janeiro, 2020. 28 p. Modo de acesso: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.

UNICEF/WHO, **Pneumonia: The forgotten killer of children, 2006.**

VIEIRA, I.S *et al.* **Fatores associados a experimentação do álcool entre adolescentes escolares.** Revista Psicologia, Saúde & Doenças, 2019, 20(2), 414-423.

WHO. **World Health Organization.** Preterm birth [Internet]. Geneva: WHO, updated Nov 2015 [cited 2015 Dec 12]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>.



SALVADOR
PREFEITURA

PRIMEIRA CAPITAL DO BRASIL