



Plano Municipal de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis **2022 - 2030**



**Secretaria da
Saúde**



SALVADOR
PREFEITURA

PRIMEIRA CAPITAL DO BRASIL

PREFEITO
Bruno Soares Reis

VICE-PREFEITA
Ana Paula Andrade Matos Moreira

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
Leonardo Silva Prates (de 09 de julho de 2019 até 29 de março de 2022)
Décio Martins Mendes Filho (de 26 de abril de 2022 até o presente)

SUBSECRETARIA DE SAÚDE
Décio Martins Mendes Filho (de 07 de janeiro de 2021 até 26 de abril de 2022)
Edriene Barros Teixeira (de 26 de abril de 2022 até o presente)

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR
Everaldo Alves de Oliveira Braga

DIRETORIA ESTRATÉGICA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
Rosa Virgínia Rosemberg Oliveira Fernandes

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA A SAÚDE
Andrea Salvador de Almeida

DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Zaida de Barros Mello Nascimento Santos

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

GERÊNCIA DE INFRAESTRUTURA
Antônio Amaral Amorim

NUCLEO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO
Ariovaldo Nonato Borges Junior

OUVIDORIA
Sara Areas Costa

AUDITORIA
Viviane Nobre de Santana

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO
Lélia Dourado

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão

Alcione Santos da Anunciação

Darlene Silva Souza

Juliana Santos de Oliveira

Maria de Fátima Carvalho de Oliveira

Rodrigo Alves Rodrigues

Sara Cristina Carvalho Cerqueira

Diretoria de Atenção à Saúde

Abdon de Oliveira Brito

Ana Paula Braga das Chagas

Bárbara Sueli Moreira

Bruno Viriato dos Santos

Débora Santa Monica Santos

Felipe Fagundes Soares

Flora Santos Oliveira

Gustavo Vilas Boas

Inamari Souza de Almeida Amorim

Ivan de Mattos Paiva Filho

Ivanlúcia Oliveira da Silva

Jaciara Dias Barreto

Janine Cardoso Soub

Jéssica do Carmo Nunes

Jéssica Lima

Joildes Zacarias Pereira dos Santos

Kênya Lima de Araújo

Leila Marcia Neri Grave

Lília Improta de Andrade

Lívia Maria Valente Rocha Alves

Maria Carolina Cardoso Dantas

Mariana Porto Brandão Maracajá

Marianna Silva dos Santos

Marivone Dias Monteiro

Mavie Eloy Kruschewsky

Mayana Calasans

Patricia Sampaio Malvar

Priscila Grisi

Sulamita Reis de Oliveira Bezerra

Talita Leme da Silva

Vanessa Fonseca Ribeiro

Virgínia Isaura Silva Perrucho

Diretoria de Vigilância em Saúde

Adelly Rosa Orselli Moraes

Ana Claudia Muller Urpia

Andrea de Melo Silva Lucena

Edna Pereira Rezende

Eliene dos Santos de Jesus

Elka Maltez de Miranda Moreira
Itana Sena Barros
Jessidenes Teixeira de Freitas Mendes Leal
Pablo Teixeira de Sousa Leal
Rita de Cassia Nery Cal
Roseane Conceição Ribeiro de Oliveira
Soraya Castro de Novaes Pereira
Priscila Duarte de Pádua

Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação

Bruna de Almeida Silva
Cintia Figueiredo de Almeida
Lilian Barbosa Rosado
Jessica Soares da Silva

Coordenadoria de Gestão de Pessoas

Rosângela Fontes Santos

Ouvidoria

Sara Areas Costa

Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF)

Alexandre Malheiros Pimentel (Residente em Medicina de Família e Comunidade)
Bartira Mota Menezes (Residente Multiprofissional em Saúde da Família – Sanitarista)
Rafael Brito Lopes (Residente FESF/FIOCRUZ)
Weslei Guimarães Santos (Residente FESF/FIOCRUZ)

Instituto de Saúde Coletiva da UFBA

Allana Franklim Felipe do Carmo (Residente de Planejamento e Gestão)
Juliana Lima Ferreira (Residente de Planejamento e Gestão)
Lígia de Gaia Azevedo de Oliveira (Residente de Planejamento e Gestão)
Lorene Rodrigues Ramos (Residente de Planejamento e Gestão)
Mainara Freire Calazans Souza (Graduação Saúde Coletiva)
Thainá Affonso Laert Miranda (Graduação Saúde Coletiva)

Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS)

Juliane Lopes Ferreira dos Santos (Residente em Medicina de Família e Comunidade)

REVISÃO FINAL

Darlene Silva Souza
Juliana Santos de Oliveira
Maria de Fatima Carvalho de Oliveira
Rodrigo Alves Rodrigues
Sara Cristina Carvalho Cerqueira

CAPA E SEPARATRIZES

Silvia Leticia Souza de Castro (ASCOM)

2022 – Secretaria Municipal da Saúde do Salvador

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

1ª edição

Publicação digitalizada (2022)

Ficha Catalográfica

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

Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022. 217 p.

1.Sistema Único de Saúde (SUS). 2.Planejamento em Saúde. 3.Doenças e Agravos Crônicos Não Transmissíveis. I. Salvador. II. Secretaria de Saúde

Secretaria Municipal da Saúde do Salvador
Rua da Grécia, nº 03, Edifício Caramuru, Comércio.
Salvador/Ba – Cep:40.010-010
Tel.: (71) 3202-1024 /1096/1031/1093
Site: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/>

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASIS - Análise de Situação em Saúde
ADRT – Agravos e Doenças Relacionados ao Trabalho
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana
APA - Áreas de Proteção Ambiental
ASIS – Análise da Situação de Saúde
BNH - Banco Nacional de Habitação
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEDS - Comissão Executiva do Distrito Sanitário
CEMOL - Centro Municipal Odontológico da Liberdade
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CHOPM-1 - Cooperativa Habitacional dos Oficiais da Polícia Militar
CID – Classificação Internacional de Doenças
CONAMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente
CSU – Centro Social Urbano
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
DAS – Diretoria de Atenção à Saúde
DEPG – Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão
DF – Doença Falciforme
DIP - Doenças Infecto Parasitárias
DS – Distrito Sanitário
DSB - Distrito Sanitário Brotas
DSBR – Distrito Sanitário Boca do Rio
DSBRV – Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho
DSC – Distrito Sanitário Cajazeiras
DSCB – Distrito Sanitário Cabula/Beiru
DSCH – Distrito Sanitário Centro Histórico
DSI – Distrito Sanitário Itapagipe
DSITA – Distrito Sanitário Itapuã
DSL - Distrito Sanitário Liberdade
DSPL – Distrito Sanitário Pau da Lima
DSSCV – Distrito Sanitário São Caetano Valéria
DSSFV – Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário
DVIS – Diretoria de Vigilância à Saúde
EEPI - Escola de Educação Percussiva Integral
EMBASA - Empresa Baiana de Águas e Saneamento
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
MPT – Ministério Público do Trabalho
NASF – Núcleo de Apoio/Ampliado de Saúde da Família
NHS - National Health Service
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PA – Pronto Atendimento
PCCV – Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PDDU - Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano
PIA - População com Idade Ativa
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SECIS - Secretaria Municipal de Sustentabilidade, Inovação e Resiliência
SESAB - Secretaria Estadual de Saúde
SILOS - Sistemas Locais de saúde
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUIS – Subcoordenadoria de Informação em Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNEB - Universidade do Estado da Bahia
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USF – Unidade de Saúde da Família
USL - Unidades Sanitárias Locais
VISA – Vigilância Sanitária
VISAMB – Vigilância em Saúde Ambiental

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Documentos institucionais que dialogam com o Plano de DANT

LISTA DE MAPAS

Mapa 01. População residente em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, 2010 e 2020

Mapa 02. Densidade demográfica em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, 2010 e 2020

Mapa 03. População residente em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, na faixa etária 30 a 69 anos, 2020

Mapa 04. Densidade demográfica em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, na faixa etária de 30 a 69 anos, 2020

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Pirâmide Etária segundo sexo e raça/cor, Salvador-BA, 2000, 2010 e 2020

Gráfico 02. Índice de envelhecimento da população de Salvador, 2000 e 2020

Gráfico 03. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), por componentes, Salvador, Bahia, Fortaleza e Belo Horizonte, 2010

Gráfico 04. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), segundo sexo, Salvador-BA, 2010

Gráfico 05. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), segundo raça/cor, Salvador-BA, 2010

Gráfico 06. Distribuição percentual da população economicamente ativa (PEA) por sexo e raça/cor, 2010

Gráfico 07. Distribuição percentual da população ocupada (PEAO) por sexo e raça/cor, Brasil, Bahia, Salvador e Fortaleza, 2010

Gráfico 08. Distribuição percentual da população ocupada por setores de atividade, 2010

Gráfico 09. Distribuição percentual da população ocupada por nível de instrução, Salvador-BA, 2010

Gráfico 10. Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, Salvador, Bahia, Nordeste, Brasil - 2016 a 2019

Gráfico 11: Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, por sexo, Salvador - BA, Vigitel 2010-2020

Gráfico 12: Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes passivos no domicílio, Salvador -BA, VIGITEL 2010-2020

Gráfico 13: Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes passivos no local de trabalho, Salvador -BA, VIGITEL 2010-2020

Gráfico 14. Percentual de escolares frequentando o 9º do ensino fundamental que experimentaram cigarro, por sexo. Salvador - BA, 2009, 2012 e 2015

Gráfico 15. Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), por sexo, Salvador - BA, VIGITEL 2010-2020

Gráfico 16. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva, por sexo, Salvador - BA, Vigitel 2010-2020

Gráfico 17. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conduzir veículos motorizados após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica, por sexo, Salvador - BA, Vigitel 2010-2020

Gráfico 18. Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram álcool, por sexo. Salvador-BA, 2009, 2012 e 2015

Gráfico 19. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre, por sexo, Salvador – BA, Vigitel 2010-2020

Gráfico 20. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem regularmente frutas e hortaliças, por sexo, Salvador-BA, VIGITEL 2010-2020

Gráfico 21. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem feijão em cinco ou mais dias na semana, por sexo, Salvador - BA. Vigitel, 2010-2020

Gráfico 22. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem refrigerantes em cinco ou mais dias na semana, por sexo, Salvador – BA, VIGITEL, 2010-2020

Gráfico 23. Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, segundo frequência de consumo de frutas, guloseimas e refrigerantes, cinco ou mais dias na semana em Salvador- BA, PeNSE, 2009-2015

Gráfico 24. Taxa bruta de mortalidade no Brasil, Salvador, Fortaleza e Recife, 2010 a 2020

Gráfico 25. Taxa de mortalidade segundo causa Capítulos (CID10 CAP) em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020

Gráfico 26. Número de Óbitos pelas principais DCNT, de acordo com a variável raça/cor, em Salvador-BA, no período 2015-2020

Gráfico 27. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), em residentes de Salvador - BA, 2010 a 2020

Gráfico 28. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças do Aparelho Circulatório, segundo causas determinantes, em residentes de Salvador - BA, 2010 a 2020

Gráfico 29. Percentual de Óbitos por doenças do aparelho circulatório, em Salvador, segundo a raça/cor, 2015-2020

Gráfico 30. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças Isquêmicas do Coração (I20-I25) segundo tipo, Salvador-BA, 2010-2019

Gráfico 31. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por AVC (I60-I64) geral e segundo sexo, Salvador-BA, 2010-2019

Gráfico 32. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Neoplasias, segundo causas determinantes, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020

Gráfico 33. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias malignas segundo principais causas, no sexo feminino, Salvador-BA, 2010-2019

Gráfico 34. Mortalidade proporcional por câncer de mama em mulheres, Salvador-BA, 2015-2019

Gráfico 35. Mortalidade proporcional por Câncer do colo do útero, em mulheres, Salvador-BA, 2015-2019

Gráfico 36. Taxa de mortalidade prematura pelas neoplasias malignas segundo principais causas, no sexo masculino, Salvador-BA, 2010-2019

Gráfico 37. Taxa de mortalidade prematura por Asma (J45-J46) e DPOC/Enfisema (J43-J44), Salvador-BA, 2010-2019

Gráfico 38. Taxa de mortalidade prematura por Diabetes Mellitus (E10-E14)), segundo sexo, Salvador-BA, 2010-2019

Gráfico 39. Taxa de mortalidade por causas externas segundo as principais causas determinantes, em Salvador-BA, 2010 -2020

Gráfico 40. Taxa de mortalidade por homicídios segundo sexo, em Salvador-BA, 2010-2020

Gráfico 41. Número de suicídios e de notificações de lesões autoprovocadas de residentes em Salvador. Bahia, 2010-2020

Gráfico 42. Linha de Tendência de Crescimento de Óbitos por Suicídio, residentes em Salvador. Bahia, 2010-2020

Gráfico 43. Número de óbitos e taxa de mortalidade por suicídios em residentes de Salvador – Bahia, 2010 a 2020

Gráfico 44. Mortalidade proporcional por suicídios segundo sexo, em residentes de Salvador – Bahia, 2010 a 2020

Gráfico 45. Mortalidade proporcional pelas principais causas determinantes das causas externas em idosos, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020

Gráfico 46. Taxa de mortalidade por quedas em idosos, segundo sexo, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020

Gráfico 47. Mortalidade proporcional por quedas em idosos, segundo faixa etária, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020

Gráfico 48. Mortalidade proporcional por quedas em idosos, segundo tipo de queda, em residentes de Salvador / Ba, 2010 a 2020

Gráfico 49. Mortalidade proporcional por quedas em idosos, segundo distrito sanitário de residência, Salvador/Ba, 2010 a 2020

Gráfico 50. Taxa de mortalidade por acidente de trânsito, segundo sexo, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020

Gráfico 51. Razão de mortalidade de acidentes de trânsito por 10 mil veículos e percentual de motorização da população, Salvador – Ba, 2010 a 2020

Gráfico 52. Razão de mortalidade de acidentes de trânsito por 10 mil motocicletas e percentual de motorização com motocicletas pela população, Salvador –Ba, 2010 a 2020

Gráfico 53. Mortalidade proporcional por acidentes de trânsito, segundo faixa etária, em residente de Salvador –Ba, 2010 a 2020

Gráfico 54. Mortalidade proporcional por acidentes de trânsito, segundo meios de transporte, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020

Gráfico 55. Taxa de Mortalidade por Acidente de Trabalho. Salvador e Bahia, 2010 a 2020

Gráfico 56. Percentual de Preenchimento Ignorado no campo Acidente de Trabalho dos óbitos por Causas Externas. Salvador e Bahia, 2010 a 2020

Gráfico 57. Taxa de mortalidade por doença falciforme, segundo residentes de capitais do Nordeste e Belo Horizonte, 2010 a 2019

Gráfico 58. Taxa de mortalidade de indivíduos com doença falciforme na população geral e segundo sexo, Salvador-BA, 2010 a 2020

Gráfico 59. Mortalidade proporcional por doença falciforme, segundo faixa etária. Salvador-BA, 2010 a 2020

Gráfico 60. Média das taxas de mortalidade por Doença Falciforme, segundo distrito sanitário de residência, Salvador-BA, 2010 a 2020

Gráfico 61. Número de notificações e de unidades notificantes da violência interpessoal e autoprovocada de residentes em Salvador. BA, 2010-2020

Gráfico 62. Taxa de internação hospitalar por Neoplasia malignas segundo principais causas, na população de 30 a 69 anos do sexo feminino, Salvador-BA, 2010-2020

Gráfico 63. Taxa de internação hospitalar por Neoplasia malignas segundo principais causas, na população de 30 a 69 anos do sexo masculino, Salvador-BA, 2010-2020

Gráfico 64. Taxa de internação hospitalar por Doenças hipertensivas (I10-I15) e Hipertensão essencial primária (I10) na população de 30 a 69 anos, residente em Salvador-BA, 2010-2020

Gráfico 65. Taxa de internação hospitalar por Doenças isquêmicas do coração (I20-I25) e Infarto do miocárdio (I21-I22) na população de 30-69 anos, Salvador-BA, 2010-2020

Gráfico 66. Taxa de internação hospitalar por Doenças cerebrovasculares (I60-I69) e AVC (I60-I64) na população de 30 a 69 anos, residente em Salvador-BA, 2010-2020

Gráfico 67. Taxa de internação hospitalar por Aterosclerose (I70), Embolia e trombose arteriais (I74) e Outras Doenças vasculares periféricas (I73) na população de 30 a 69 anos, residentes de Salvador-BA, 2010-2020

Gráfico 68. Taxa de internação hospitalar por Diabetes mellitus (E10-E14) na população de 30 a 69 anos, residentes de Salvador-BA, 2010-2020

Gráfico 69. Número de internações de pacientes diabéticos (CID Cat E10-E14) com realização de procedimentos de amputações/desarticulações de MMII, de pé e tarso e de dedos e realização de procedimento de tratamento de pé diabético complicado, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 70. Taxa de internação hospitalar por Insuficiência Renal (N17-N19) na população de 30 a 69 anos, residentes de Salvador-BA, 2010-2020

Gráfico 71. Número de óbitos e taxa de morbidade hospitalar pelo SUS por quedas em idosos, residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020*

Gráfico 72. Morbidade proporcional de internações pelo SUS por quedas em idosos segundo sexo, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020*

Gráfico 73. Taxa de internação hospitalar por acidentes de trânsito na população geral e segundo sexo, Salvador- Ba, 2010 a 2020*

Gráfico 74. Morbidade proporcional por acidentes de trânsito segundo faixa etária, Salvador-Ba, 2010 a 2020*

Gráfico 75. Percentual de internações hospitalares pelo SUS por acidentes de trânsito, segundo condição de mobilidade da vítima, Salvador- Ba, 2010 a 2020*

Gráfico 76. Taxa de internação hospitalar por Bronquite, Enfisema e DPOC (J40-J44) e Asma (J45-J46) na população de 20 anos ou mais, residentes de Salvador-BA, 2010-2020

Gráfico 77. Número de internamentos hospitalares pelo SUS por Doença Falciforme, na população geral e segundo sexo, Salvador-BA, 2010 a 2020*

Gráfico 78. Taxas de morbidade hospitalar pelo SUS por Doença Falciforme, segundo faixa etária. Salvador-BA, 2010 a 2020*

Gráfico 79. Taxa de internação hospitalar por Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99) e Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F10) na população geral, Salvador-BA, 2010-2020

Gráfico 80. Número de Internações por grupo de Doenças Crônicas nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021

Gráfico 81. Número de Internações por Doenças Hipertensivas (I10-I15) e Hipertensão essencial (I10) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021

Gráfico 82. Número de Internações por Infarto do Miocárdio (I20-I21), Doenças Isquêmicas do Coração (I20-I25) e Insuficiência Cardíaca (I50) e Dor Torácica (R07) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021

Gráfico 83. Número de Internações por Acidente Vascular Cerebral (I60-I64), Doenças Cerebrovasculares (I60-I69) e Ataque Isquêmico Transitório (G45) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021

Gráfico 84. Número de Internações por Asma (J45-J46), DPOC/Enfisema (J43-J44), COVID-19 (B34.2) e Outras Infecções Agudas de Vias Aéreas (J00-J22) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021

Gráfico 85. Número de Internações por Neoplasias Malignas (C00-C97 e D46.9), Câncer de Mama (C50), Câncer de Colo do Útero (C53) e Câncer de Próstata (C61) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021

Gráfico 86. Número de Internações por Diabetes Mellitus (I10-I14) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021

Gráfico 87. Número de Internações por Causas Externas nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021

Gráfico 88. Número de Internações por Anemia Falciforme e Transtornos Falciformes (D57) e Anemia não especificada (D64.9) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021

Gráfico 89. Número de Internações por Insuficiência Renal Aguda ou Crônica (N17-N19) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021

Gráfico 90. Número de Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99), por Transtornos Mentais e Comportamentais relacionado ao uso de Álcool (F10) e relacionado ao uso de Outras substâncias psicoativas (F11-F19) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021

Gráfico 91. Consolidado de número de equipes e tipologias, e unidades de saúde da rede de atenção primária à saúde, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 92. Percentual de pessoas com diagnóstico médico autorreferido de Doenças Cardíacas segundo capitais brasileiras, 2013 e 2019

Gráfico 93. Comparativo da população estimada portadora de Doença cardíaca, população estimada portadora de Doença cardíaca potencialmente coberta pela APS 2019 e quantitativo de pacientes com diagnóstico autorreferido de Doenças Cardíacas 2021, Salvador-BA

Gráfico 94. Estimativa da população hipertensa, estimativa da população hipertensa coberta pela APS e população hipertensa referida no cadastrado do Portal MAS**, Salvador-BA, 2019-2020

Gráfico 95. Número de consultas (médica e multiprofissional) realizadas nas unidades básicas de saúde em que a condição Hipertensão Arterial foi avaliada, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 96. Comparativo entre estimativa de consultas médicas necessárias para hipertensos e quantitativo de atendimentos médicos em que a condição HA foi avaliada, Salvador-BA, 2019-2020

Gráfico 97. Comparativo entre estimativa de consultas de enfermagem necessárias para hipertensos e quantitativo de atendimentos de enfermagem em que a condição HA foi avaliada, Salvador-BA, 2019-2020

Gráfico 98. Visitas domiciliares de acompanhamento de pacientes hipertensos pelos ACS, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 99. Estimativa da população diabética, estimativa da população diabética coberta pela APS e a população diabética referida no cadastrado do Portal MAS**, Salvador, 2019-2020

Gráfico 100. Consultas (médica e multiprofissional) realizadas (por mês) nas unidades básicas de saúde em que a condição Diabetes Mellitus foi avaliada, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 101. Comparativo de consultas médicas necessárias para diabéticos e quantitativo de atendimentos médicos em que a condição DM foi avaliada na APS, Salvador-BA, 2019-2020

Gráfico 102. Comparativo de consultas de enfermagem necessárias para diabéticos e quantitativo de atendimentos de enfermagem em que a condição DM foi avaliada na APS, Salvador-BA, 2019-2020

Gráfico 103. Visitas Domiciliares de Acompanhamento de Pacientes Diabéticos pelos ACS - Salvador 2015-2020

Gráfico 104. Quantitativo de exames dos pés realizados em usuários (as) diabéticos (as), Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 105. Comparativo entre população estimada com doença renal e população cadastrada na APS com diagnóstico autorreferido de doença renal, Salvador-Ba, 2020-2021

Gráfico 106. Número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres residentes de 25 a 64 anos e razão, Salvador -BA, 2015-2020

Gráfico 107. Percentual de neoplasia maligna do colo do útero, segundo tempo de início de tratamento, conforme Lei 12.732/12, Salvador- BA, 2015-2020.

Gráfico 108. Número de exames de mamografia realizados em mulheres residentes de 50 a 69 anos e razão, Salvador -BA, 2015-2020

Gráfico 109. Percentual de casos de neoplasia maligna de mama, segundo tempo de início de tratamento, conforme Lei 12.732/12. Salvador -BA, 2015-2020

Gráfico 110. Estimativa populacional de portadores de Asma, estimativa de portadores de Asma na população coberta pela APS e número de pacientes com diagnóstico autorreferido de Asma cadastrado na APS, Salvador-Ba, 2019 e 2021

Gráfico 111. Consultas médica e multiprofissional realizadas em que a condição Asma foi avaliada na APS, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 112. Consultas (médica e multiprofissional) realizadas na APS em que a condição DPOC foi avaliada, Salvador-Ba, 2015-2020

Gráfico 113. Número de notificações de doença falciforme, Salvador-BA, 2010-2020

Gráfico 114. Percentual de casos notificados de Doença Falciforme, segundo raça/cor, Salvador-BA, 2010-2020

Gráfico 115. Comparativo entre consultas médicas necessárias estimadas e consultas agendadas em 2019, Salvador-BA.

Gráfico 116. Número de Exames Cardiológicos Agendados, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 117. Comparativo entre necessidade estimada e exames agendados de eletrocardiograma, ecocardiograma transtorácico e raio-x de tórax, Salvador-BA, 2019.

Gráfico 118. Comparativo entre necessidade estimada e exames agendados de cateterismo cardíaco, teste ergométrico, holter de 24h e cintilografia miocárdica em situação de estresse, Salvador-BA, 2019.

Gráfico 119. Percentual de Abstenção (Faltosos e Não Confirmados) de Exames Cardiológicos em relação ao total de agendamentos, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 120. Lista de espera de exames cardiovasculares, Salvador-BA, 2018-2020.

Gráfico 121. Número de Ultrassonografias Doppler de Vasos Agendadas, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 122. Número de Tomografias de Crânio Agendadas, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 123. Número de Exames Oftalmológicos Agendados, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 124. Comparativo entre necessidade estimada e exames agendados de mapeamento de retina, fundoscopia e retinografia colorida binocular, Salvador-BA, 2019.

Gráfico 125. Número de Exames de Espirometria Agendados, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 126. Comparativo entre necessidade estimada e exames agendados de espirometria com prova broncodilatadora, Salvador-BA, 2019.

Gráfico 127. Número de Exames de Mama Agendados, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 128. Percentual de Abstenção (Faltosos e Não Confirmados) de Exames de Mama em relação ao total de agendamentos, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 129. Número de Exames Ginecológicos Agendados, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 130. Percentual de Abstenção (Faltosos e Não Confirmados) de Exames Ginecológicos em relação ao total de agendamentos, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 131. Lista de espera de exames mamários e ginecológicos, Salvador-BA, 2018-2020.

Gráfico 132. Número de Exames de Colonoscopia Agendados, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 133. Número de procedimentos realizados em UPA e PA, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 134. Percentual de Atendimento nas UPA conforme Classificação de Risco, Salvador-BA, 2016-2020

Gráfico 135. Percentual de Atendimento nos PA conforme Classificação de Risco, Salvador-BA, 2016-2020

Gráfico 136. Total de atendimento ao Infarto Agudo do Miocárdio pelo SAMU 192 e com administração do trombolítico, Salvador-BA, 2016-2020

Gráfico 137. Número de transferências interunidades realizadas pelo SAMU 192, Salvador-BA, 2016-2020

Gráfico 138. Número de atendimentos realizados pelo Serviço de Atenção Domiciliar, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 139. Quantidade de unidades de medicamentos dispensados nas farmácias da rede municipal de saúde, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 140. Média aritmética dos 10 medicamentos mais dispensados nas farmácias da rede municipal de saúde, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 141. Quantidade de Insulinas dispensadas para tratamento de Diabetes Mellitus, no período de 2015-2020

Gráfico 142. Manifestações na Ouvidoria da Saúde com reclamações de dificuldade de acesso ou solicitações de acesso aos serviços ofertados nas USF e a visitas domiciliares – Salvador

Gráfico 143. Manifestações na Ouvidoria da Saúde com reclamações de dificuldade de acesso ou solicitações de acesso a consultas, por especialidade, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 144. Manifestações na Ouvidoria da Saúde relacionadas à dificuldade de acesso ou solicitações de acesso a exames, por exame do aparelho cardiovascular, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 145. Manifestações na Ouvidoria da Saúde relacionadas à dificuldade de acesso ou solicitações de acesso a exames, por exame ocular, Salvador-BA, 2015-2020

Gráfico 146. Manifestações na Ouvidoria da Saúde com reclamações de dificuldade de acesso ou solicitações de acesso ao exame de TC de Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral, Salvador-BA, 2015-2020

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. População economicamente ativa (16 ou mais anos de idade) e população economicamente ativa ocupada, 2010

Tabela 02. Distribuição percentual da população ocupada por posição na ocupação, Salvador - BA, 2010

Tabela 03. Número de adultos acompanhados no SISVAN segundo origem dos dados (e-SUS e PBF) no período de 2018 a 2020. Salvador-BA

Tabela 04. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC) de adultos, Salvador-BA, 2015 a 2020

Tabela 05. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC) de idoso. Salvador-BA, 2015 a 2020

Tabela 06. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC) de gestante, Salvador-BA 2015 a 2020

Tabela 07. Variação da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratória crônica), segundo distrito sanitário de residência, Salvador - Ba, 2010 a 2019

Tabela 08. Razão das taxas de mortalidade por quedas em idosos, segundo sexo, em residentes de Salvador - BA, 2010 a 2020.

Tabela 09. Taxa de mortalidade por acidente de trânsito e variação das taxas, residentes de capitais do Nordeste e Belo Horizonte, 2010 a 2019.

Tabela 10. Razão das taxas de mortalidade por acidentes de trânsito, segundo sexo, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020

Tabela 11. Mortalidade proporcional por acidentes de trânsito segundo Distrito Sanitário em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020

Tabela 12. Dias e média de dias de permanência hospitalar pelo SUS por acidentes de trânsito, Salvador- Ba, 2010 a 2020

Tabela 13. Número de Internações por Capítulo da CID-10 nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021

Tabela 14. Usuários (as) hipertensos (as) cadastrados (as) no Portal MAS segundo Distritos Sanitários

Tabela 15. Número de atendimentos de profissionais médicos (as) e enfermeiros (as) em que a condição Hipertensão Arterial foi registrada por CID/CIAP, Salvador, 2015-2020

Tabela 16. Usuários (as) diabéticos (as) cadastrados (as) no Portal MAS por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2021

Tabela 17. Quantidade de atendimentos de profissionais médicos (as) e enfermeiros (as) em que a condição Diabetes Mellitus foi considerada (registros por CID/CIAP), Salvador-BA, 2021

Tabela 18. Número de solicitações de consultas segundo especialidade, Salvador-BA, 2015-2020

Tabela 19. Número de agendamentos de consultas segundo especialidade, Salvador-BA, 2015-2020

Tabela 20. Percentual de abstenção (faltosos e não confirmados) das consultas agendadas, Salvador-BA, 2015-2020

Tabela 21. Percentual de abstenção (faltosos e não confirmados) de Exames Agendados, Salvador-BA, 2015-2020

Tabela 22. Número de leitos das UPA/PA, por tipo, Salvador-BA, 2015-2020

Tabela 23. Produção das unidades fixas da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Salvador-BA, 2015-2020

Tabela 24. Regiões de referência para UNACON e CACON situados em Salvador, BA

Tabela 25. Parâmetros definidos para as Unidades e Centro de Alta Complexidade em Oncologia, conforme portarias de habilitação

Tabela 26. Parâmetro mínimo consolidado e quantitativo de produção para as UNACON e CACON sob gestão municipal de Salvador-BA, 2015-2020

Tabela 27. Quantitativo de Tireoidectomias com CID de câncer realizadas pela gestão municipal entre 2015 e 2020

Tabela 28. Quantitativo dos SADT da rede complementar e rede própria, por distrito sanitário Salvador-BA, 2020

Tabela 29. Necessidade e número de equipamentos de diagnose, Salvador-BA, 2020

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Número de óbitos segundo causas Capítulo da CID-10 de residentes em Salvador-BA, 2010-2020

Quadro 02. Ranking dos principais grupos de causas de óbito dentre as causas externas, segundo faixa etária, Salvador, 2010-2020

Quadro 03. Taxa de mortalidade por homicídios por 100 mil habitantes, segundo faixa etária, em Salvador-BA, 2010-2020

Quadro 04. Número e percentual de óbitos por homicídios, segundo raça/cor e Distrito Sanitário de residência em Salvador/BA, 2015 - 2020

Quadro 05. Taxas de mortalidade por homicídios segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador- BA, 2010 a 2020

Quadro 06. Número de notificações da violência interpessoal e autoprovocada, segundo o tipo de residentes em Salvador 2010-2020

Quadro 07. Número de notificações da violência interpessoal e autoprovocada de residentes em Salvador segundo o autor da agressão. Bahia, 2010-2020

Quadro 08. Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador, Bahia. 2010-2020*

Quadro 09. Taxa de casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador, Bahia. 2010-2020*

Quadro 10. Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada segundo a idade gestacional de residentes em Salvador, Bahia. 2010-2020*

Quadro 11. Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2020, com peso e parâmetro

Quadro 12. Incidência e Prevalência de Insuficiência Cardíaca e Doença Arterial Coronariana (DAC) na população

Quadro 13. Incidência e Prevalência de Insuficiência Cardíaca e Doença Arterial Coronariana (DAC) na população

Quadro 14. Periodicidade de consultas necessárias para acompanhamento dos pacientes hipertensos na APS (por estratificação de risco pelo Escore de Framingham¹)

Quadro 15. Estimativa de hipertensos segundo estratificação do risco cardiovascular, Salvador, 2019

Quadro 16. Estimativa do quantitativo de consultas médicas necessárias para população hipertensa considerando a estratificação de risco, Salvador, 2019

Quadro 17. Estimativa do quantitativo de consultas de enfermagem necessárias para população hipertensa considerando a estratificação de risco, Salvador, 2019

Quadro 18. Estimativa de diabéticos segundo estratificação, Salvador-BA, 2019

Quadro 19. Periodicidade de consultas necessárias para acompanhamento dos pacientes diabéticos segundo estratificação de risco na APS

Quadro 20. Estimativa do quantitativo de consultas médicas necessárias para pacientes diabéticos segundo estratificação de risco, Salvador, 2019

Quadro 21. Estimativa do quantitativo de consultas de enfermagem necessárias para pacientes diabéticos segundo estratificação de risco, Salvador, 2019

Quadro 22. Parâmetros de prevalência da DRC na população de 20 anos ou mais

Quadro 23. Estimativa de pacientes portadores de DRC na população residente em Salvador-BA, 2020

Quadro 24. Meta anual de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres residentes de 25 a 64 anos e percentual da meta alcançada, Salvador -BA, 2015-2020

¹ O escore de Framingham é uma ferramenta que permite classificar os indivíduos, a partir de critérios para os quais são atribuídos pontos, em diferentes graus de risco cardiovascular, auxiliando na definição de condutas (BRASIL, 2014).

Quadro 25. Meta anual de exames de mamografia em mulheres residentes de 50 a 69 anos e percentual da meta alcançada, Salvador -BA, 2015-2020

Quadro 26. Prevalência de DPOC na população geral

Quadro 27. Estimativa de pessoas com DPOC em Salvador-Ba, 2020

Quadro 28. Distribuição de Farmácias e proporção de população por farmácia por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2020

Quadro 29. Quantidade de medicamentos (em unidades) dispensados para tratamento de Diabetes Mellitus, nas farmácias da rede municipal de saúde, Salvador-BA, 2015-2020

Quadro 30. Quantidade de medicamentos (em unidades) dispensados para tratamento de Hipertensão Arterial, no período de 2015-2020

SUMÁRIO

Apresentação

1. Introdução

2. Análise da Situação de Saúde

2.1. Transição demográfica

2.2. Condições de Vida

2.2.1. Índice de Desenvolvimento Humano

2.2.2. População Economicamente Ativa (PEA) e População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO)

2.2.3. Educação

2.3. Perfil Epidemiológico das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis

2.3.1. Fatores de Risco e Proteção

2.3.1.1. Tabagismo

2.3.1.2. Excesso de peso e obesidade

2.3.1.3. Consumo de bebidas alcóolicas

2.3.1.4. Atividade física

2.3.1.5. Alimentação saudável

2.3.2. Perfil de Mortalidade

2.3.2.1. Mortalidade Geral

2.3.2.2. Mortalidade Prematura pelas Principais Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

A. Doenças do aparelho circulatório

B. Neoplasias

C. Doenças do aparelho respiratório

D. Diabetes mellitus

E. Causas externas

a) *Homicídios*

b) *Suicídios*

c) *Quedas*

d) *Acidentes de trânsito*

e) *Acidentes de trabalho*

F. Doença falciforme

2.3.3. Perfil de Morbidade

2.3.3.1. Violência interpessoal e autoprovocada

2.3.3.2. Internações Hospitalares

A. Neoplasias

B. Doenças do aparelho circulatório

C. Diabetes mellitus

D. Insuficiência renal

E. Causas externas

- F. Doenças do aparelho respiratório
- G. Doença falciforme
- H. Transtornos mentais e comportamentais e uso de substâncias psicoativas

2.3.3.3. Internações nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

- A. Doenças do aparelho circulatório
- B. Doenças do aparelho respiratório
- C. Neoplasias
- D. Diabetes mellitus
- E. Causas externas
- F. Doença falciforme
- G. Doenças renais
- H. Transtornos mentais e comportamentais e uso de substâncias psicoativas

2.4. Caracterização da Rede de Serviços de Saúde de Salvador

2.4.1. Atenção Primária à Saúde

2.4.1.1. Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis

- A. Doenças cardíacas
- B. Hipertensão arterial
- C. Doença renal crônica
- D. Neoplasias de colo do útero e de mama
- E. Asma
- F. Doença pulmonar obstrutiva crônica
- G. Doença falciforme

2.4.2. Atenção de Média e Alta Complexidade

2.4.2.1. Laboratório Central

2.4.2.2. Multicentros de Saúde

2.4.2.3. Marcação e Regulação de Consultas e Exames

2.4.2.4. Atenção às Urgências e Emergências

A. SAMU

2.4.2.5. Atenção Domiciliar Especializada

2.4.2.6. Rede de Oncologia

2.4.3. Assistência Farmacêutica

2.4.4. Ouvidoria da Saúde

3. Fluxograma Situacional

4. Módulos Operacionais

4.1. Promoção da Saúde

4.2. Vigilância à Saúde

4.3. Atenção à Saúde

5. Monitoramento e Avaliação

6. Referências bibliográficas



Apresentação



APRESENTAÇÃO

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) constituem-se em um desafio atual para a saúde pública no que diz respeito ao seu enfrentamento, uma vez que abrange dois importantes grupos de eventos: as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) e as causas externas (acidentes e violências) (MALTA e SILVA, 2018). O Plano de Enfrentamento das DCNT 2017 a 2021 do município de Salvador aponta para situações que ainda precisam ser superadas no que tange ao cenário epidemiológico das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) bem como a necessidade de reestruturação de ações, servindo de subsídio para elaboração de um novo Plano Municipal de Enfrentamento das Doenças e Agravos Crônicos Não Transmissíveis (PMDANT) para o período de 2022-2030.

O documento foi sistematizado em cinco capítulos. A introdução apresenta o compromisso assumido pela gestão municipal ao elaborar o PMDANT 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 transição demográfica, condições de vida e perfil epidemiológico, além da caracterização da rede de serviços de saúde de Salvador. Uma novidade neste plano é a construção do fluxograma situacional das principais DANT apresentado no capítulo 3. O capítulo 4 é composto pelos 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, seguido das referências bibliográficas, dos apêndices e anexos.

O Plano Municipal de Enfrentamento das DANT constituir-se-á em um instrumento de apoio à gestão em saúde e orientador na execução das ações de promoção e prevenção das DANT no município. Cabe ressaltar, que o PMDANT está em consonância com a Agenda 2030 para alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e com as recomendações nacionais no que diz respeito a organização dos serviços de saúde para intervenção frente ao cenário. Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador reafirma o seu compromisso em cuidar da saúde da população, por meio das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde.



Décio Martins Mendes Filho
Secretário Municipal de Saúde



Introdução



1. INTRODUÇÃO

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) são responsáveis por mais da metade das mortes no Brasil, sendo identificadas, em 2019, 54,7% de mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e 11,5% de mortes por agravos, violências e acidentes (BRASIL, 2020). Não obstante, em Salvador, as DANT despontam como as principais causas de morbimortalidade, sendo responsáveis por mais de 60% das mortes no município nos últimos quatro anos.

Para superação deste problema, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador elaborou o Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (PMDANT) 2022-2030². Para tanto, foi constituída no mês de março de 2021 uma comissão integrada por representantes das Diretorias/Coordenadorias da SMS, sob coordenação da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVIS), representadas pelo Setor de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT/VIEP) e Subcoordenadoria de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde (MAV), e orientação da Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG).

Para a elaboração deste documento, foram estruturados seis momentos:, a saber: I - Revisão documental e definição da metodologia de elaboração do Plano; II – Avaliação do Plano das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2017-2022; III - Construção da Análise da Situação de Saúde, com recorte para as Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no período de 2010 a 2020; IV– Elaboração das ações para o enfrentamento das DANT; V – Elaboração da proposta de monitoramento e avaliação e VI – Finalização do Plano (consulta pública e revisão final). Vale ressaltar, que esta metodologia foi validada no âmbito da comissão responsável por sua elaboração.

No processo de revisão documental, foram considerados documentos da gestão municipal (Plano Municipal de Saúde 2018-2021, o Plano Municipal de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2017-2022, os Relatórios de Gestão do período de 2013-2020, o Planejamento Estratégico de Gestão 2017-2020) e estadual (Plano Estadual de Saúde 2020-2023), além da consulta de outros documentos de âmbito nacional (Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis 2021-2030, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas) que orientam a construção de políticas para enfrentamento das DANT, entre outros documentos relacionados ao tema (Figura 1).

A avaliação do Plano das DCNT 2017-2022 foi realizada no intuito de apresentar uma análise dos resultados alcançados a partir das metas propostas e orientar o planejamento de novas ações. O Plano de Enfrentamento está estruturado em três eixos estratégicos que abrange os quatro grupos das DCNT de maior impacto mundial (doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes) e contempla 8 metas de monitoramento relacionadas aos fatores de risco e proteção.

A análise aponta que a maioria das metas não foram atingidas, portanto permanecem desafios a serem enfrentados pelo município tendo em vista a complexidade que envolve as ações de promoção, prevenção e tratamento das DCNT.

² A proposta de elaboração do PMDANT 2022-2030 foi discutida na 75ª reunião do Grupo de Trabalho de Planejamento e Avaliação da SMS Salvador, realizada no dia 03 de março de 2020, e integra o movimento institucional de construção do Plano Estratégico de Gestão, do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 e do Plano Municipal de Saúde da Infância e da Adolescência.

Nesse sentido, é imprescindível garantir a continuidade da agenda de enfrentamento dessas doenças e agravos em Salvador.

Figura 1: Documentos institucionais que dialogam com o Plano de DANT



Fonte: I Fórum de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, 09 e 10 de fevereiro de 2021.

A construção da Análise da Situação de Saúde apresenta a caracterização sócio demográfica e as informações epidemiológicas de Salvador referentes aos principais grupos de DCNT. A análise contempla um conjunto de dados disponíveis nos atuais Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e outras fontes tais como IBGE, PNAD, PNS, Vigitel, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) entre outras, referente ao período de 2010-2020. O recorte geográfico contempla o município de Salvador e, a depender da abordagem, o espaço do Distrito Sanitário.

Como resposta as principais DCNT, a elaboração das ações para o enfrentamento das DANT é o ponto crucial deste Plano onde se alicerçam as principais atividades e procedimentos a serem executados tendo em vista a reversão da situação encontrada e melhoria dos indicadores de saúde. Nesta perspectiva a proposição das ações buscam coerência com os demais instrumentos de planejamento da PMS e da SMS, e pertinência com as políticas e programas relativos ao tema. A perspectiva é que esse Plano seja incorporado na agenda da saúde nos próximos dez anos, em sintonia com a Agenda 2020-2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

Ademais, este Plano conta com indicadores e metas para monitoramento e avaliação quanto ao alcance dos objetivos. Busca identificar as dificuldades e/ou facilidades a sua implantação, bem como obter as informações necessárias para, em tempo oportuno, mitigar os nós críticos e redirecionar as ações para o alcance das metas. O PMDANT é o documento que define e apresenta as propostas de enfrentamento das DANT, portanto constitui-se em um importante instrumento de apoio à gestão em saúde contendo as intenções e os resultados a serem buscados no seu período de vigência, expressos em objetivos e metas a serem alcançados, possibilitando a definição de prioridades para investimento e execução.



Análise de Situação de Saúde

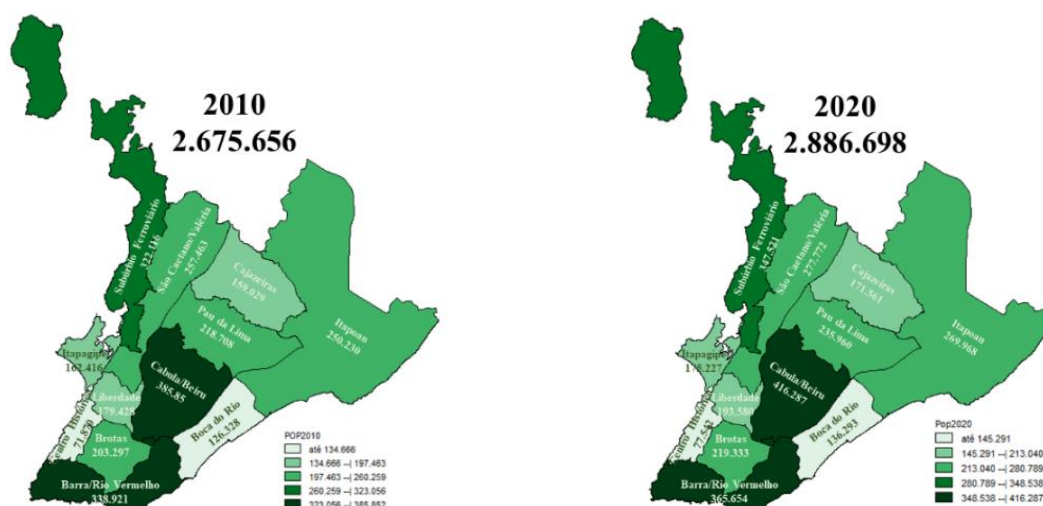
2. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

2.1. Transição Demográfica

O município de Salvador, capital do estado da Bahia, está situado no litoral nordestino e possui a quarta maior população entre os municípios do Brasil e a maior da região Nordeste (IBGE, 2021), registrando, para o ano de 2021, uma população estimada de 2.886.698 habitantes (IBGE/TABNET-Salvador, 2021). A extensão territorial do município é de 693,4 km² apresentando, desse modo, uma densidade demográfica estimada de 4.162,8 hab/km² (IBGE, 2021).

Quanto à população, é possível observar um aumento de 8% entres os anos de 2010 e 2020, com uma maior concentração de pessoas na capital baiana em comparação aos demais municípios do estado, seguindo sua tendência histórica de ocupação (CARVALHO; PEREIRA, 2014). Maior proporção da população (58%) está concentrada nos DS Cabula/Beiru, Barra/Rio Vermelho, Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria e Itapuã (Mapa 01).

Mapa 01. População residente em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, 2010 e 2020*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE. Dados processados em 18/05/2021

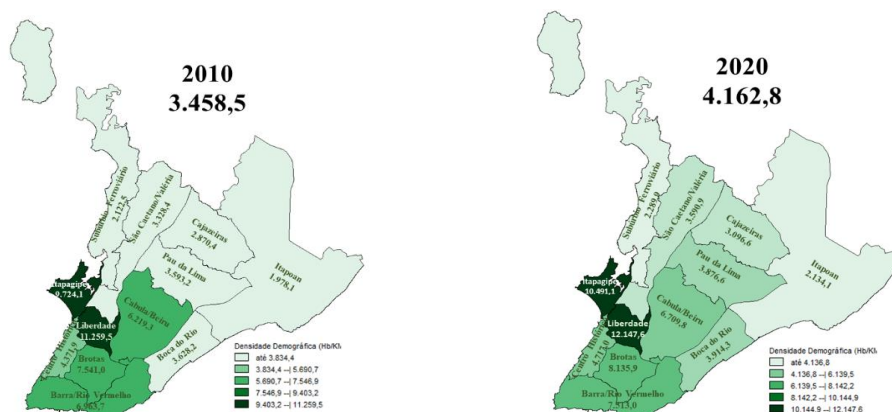
*Dados estimados.

Ao verificar a distribuição populacional e as áreas onde concentram-se a maior parte dos habitantes do município, a densidade demográfica³ (ou população relativa) de Salvador revela os traços de desigualdade presentes no território. É possível observar

³ Os termos densidade demográfica e população relativa são sinônimos, que estão se referindo a quantidade de população que habita determinado local, em relação ao tamanho do local, no caso, a área. A importância desse dado demográfico é para analisar a ocupação humana [...], compreender as áreas com maiores contingentes populacionais e entender os motivos dessas aglomerações, principalmente que ocorrem nos centros urbanizados, onde há melhor qualidade de vida, ofertas de emprego, ou onde há grande crescimento populacional (SILVA, 2014).

que as maiores densidades localizam-se nos vetores da urbanização do município⁴, nos quais, para o vetor Subúrbio Ferroviário, tem-se os DS Liberdade e Itapagipe, para a Área Urbana Consolidada, os DS Brotas, Barra/ Rio Vermelho e Centro Histórico e para vetor Miolo, o DS Cabula/ Beiru (Mapa 02).

Mapa 02. Densidade demográfica em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, 2010 e 2020*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE. Dados processados em 01/07/2021

*Dados estimados

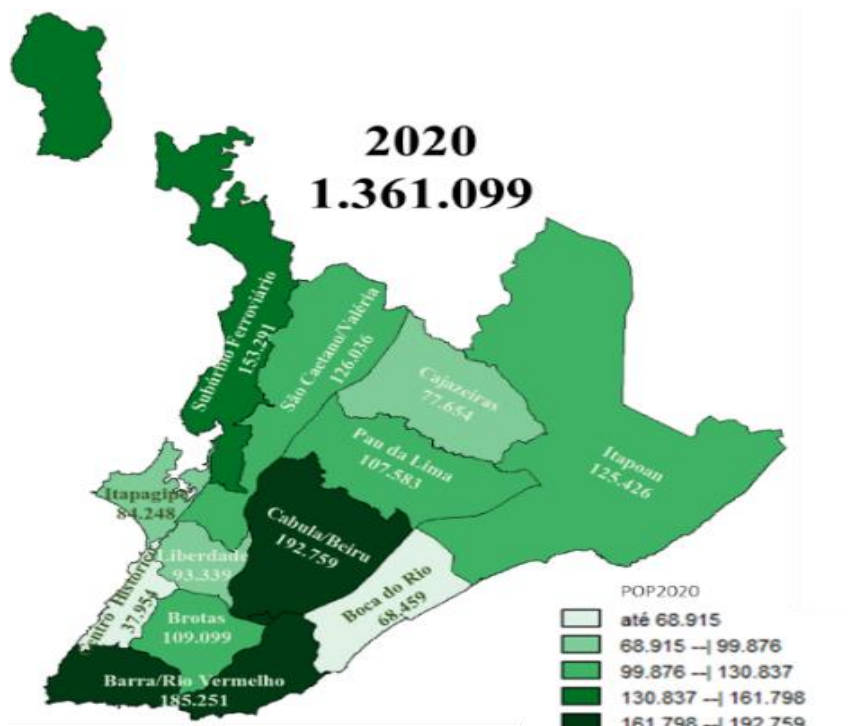
O Mapa 03 apresenta a população residente de Salvador no ano de 2020 segundo Distrito Sanitário, na faixa etária dos 30 aos 69 anos, intervalo de idade adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para análise das DCNT. Desse modo, percebe-se uma concentração dos indivíduos desse grupo populacional nos DS Cabula/Beiru, Barra/Rio Vermelho e Subúrbio Ferroviário.

A distribuição da densidade demográfica, na faixa etária 30 a 69 anos, também apresenta os traços de desigualdade presentes no território soteropolitano. A população relativa para essa faixa etária concentra-se nos DS Liberdade, DS Itapagipe. Entretanto, os DS Brotas e DS Cabula/Beiru destacam-se para o grupo populacional em análise (Mapa 04).

Vale destacar que os distritos que integram os vetores Subúrbio Ferroviário e o Miolo (parte central da cidade) são áreas caracterizadas por habitações populares, marcadas por um crescimento populacional desordenado com inúmeras invasões das áreas urbanas e habitações precárias (SEMOB, 2017). Segundo Porto *et al* (2015), esses espaços urbanos são marcados pela falta de saneamento básico, poluição, consumo abusivo de drogas, mortes por acidentes, violência urbana e precarização das demais condições de vida, resultando em desigualdades socioespaciais, vulnerabilidade, segregação social e processos de vulnerabilização socioambiental.

⁴ Salvador está dividida em quatro diferentes vetores da urbanização da cidade (Área Urbana Consolidada, Miolo, Orla Atlântica e Subúrbio Ferroviário) que carregam em si aspectos muito específicos de sua ocupação. Estas áreas, apesar de conterem alguns traços de semelhança entre si, num panorama geral, são elementos distintos de um sistema urbano pouco integrado.

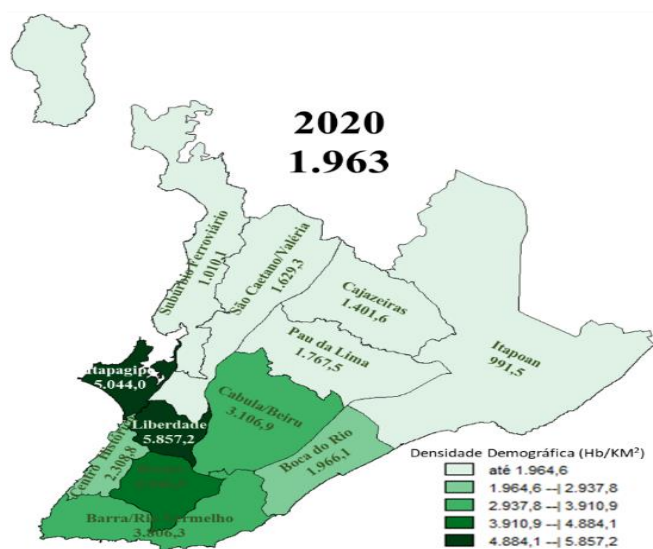
Mapa 03. População residente em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, na faixa etária 30 a 69 anos, 2020*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE. Dados processados em 23/07/2021

*Dados estimados

Mapa 04. Densidade demográfica em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, na faixa etária de 30 a 69 anos, 2020*



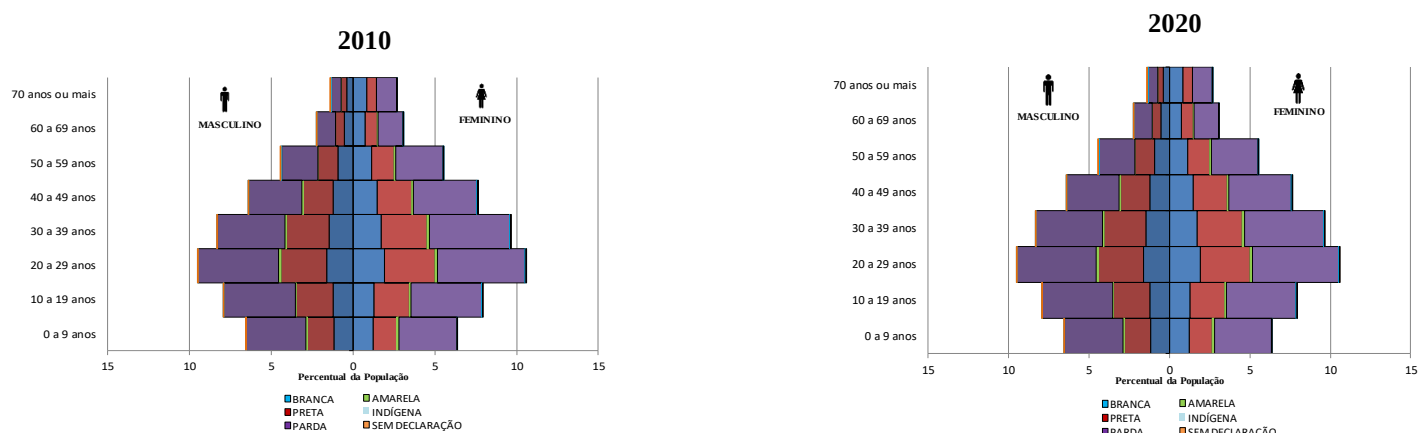
Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE. Dados processados em 27/07/2021

*Dados estimados

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que a população soteropolitana é, em sua maior parte, feminina (53%), negra (soma da população preta e parda - 79%) e jovem (20 a 39 anos - 38%) (IBGE, 2021). A pirâmide etária do município (Gráfico 01) expressa um aumento de 62% no envelhecimento da

população soteropolitana (pessoas acima de 60 anos) nos últimos dez anos, saltando de 165.031 idosos em 2000 para 267.531 em 2020.

Gráfico 01. Pirâmide Etária segundo sexo e raça/cor, Salvador-BA, 2000, 2010 e 2020⁵



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE. Dados processados em 17/06/2021

Nota: A comparação dessas pirâmides pode representar uma interpretação incorreta do comportamento populacional nos anos analisados. Isso se dá pela ausência do censo 2020. Não é aconselhável realizar inferências populacionais comparando um ano censitário com um que representa apenas uma projeção dos últimos anos. Isso pode trazer um viés de dimensões inestimáveis, dada a ausência de percepção dos movimentos migratórios realizados no município, dentre outros fatores.

Também se observa uma redução de 10% nos grupos etários presentes na base da pirâmide (0 a 9 anos e 10 a 19 anos). Essa redução reflete a queda nas taxas de natalidade, tendência mundial percebida desde o fim do século XX. Em relação aos adolescentes pode estar relacionada ao aumento nos índices de violência urbana.

O envelhecimento populacional, no Brasil, é um processo uniforme e particularmente feminino, no qual as mulheres apresentam maior expectativa de vida em comparação aos homens. No município de Salvador, a série histórica demonstra um crescimento do número de mulheres com o avançar da idade, evidenciando o processo denominado de feminização da velhice (SANTOS; MOTA, 2015). Destaca-se o aumento na faixa etária 80 anos e mais em relação as demais faixas etárias a partir dos 25 anos.

Ao considerar o processo de envelhecimento, em especial das mulheres, faz-se necessário identificar as assimetrias do poder associadas ao gênero assim como à idade/geração, raça/etnia, classe, a fim de compreender a heterogeneidade do que venha a ser a pessoa idosa e guiar de forma equânime a formulação de políticas públicas de saúde no município (SANTOS; MOTA, 2015).

Ao considerar a faixa etária de 30 a 69 anos em 2020 é possível observar o mesmo padrão sociodemográfico seguido na pirâmide etária da população geral soteropolitana para o período. Há predominância feminina (55%) e negra (79%), sendo a maioria da

⁵ A pirâmide etária 2020 representa uma projeção com base no censo 2010.

população pertencente a faixa etária de 30 a 39 anos. Vale ressaltar que ao comparar as faixas etárias 50 a 59 anos e 60 a 69 anos, o quantitativo populacional apresenta redução de aproximadamente 50%. Entre outras causas, este fato pode estar relacionado à pandemia de Coronavírus e grupos de risco para agravamento da COVID-19, ao tempo cumulativo de exposição aos fatores de risco para doenças e agravos, à visão acerca das condições de saúde autorreferida, à busca pelos serviços de saúde e à sua oferta na rede de atenção, em especial para os indivíduos de 50 a 69 anos.

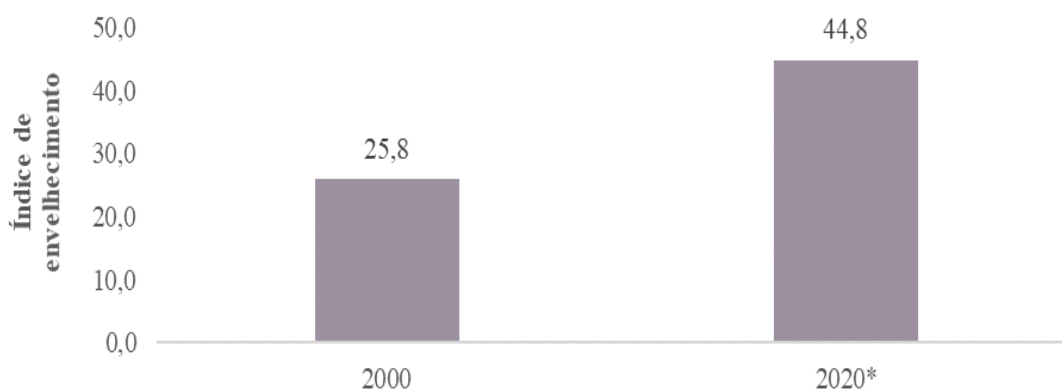
Com o aumento da população idosa é possível observar um aumento da participação desse grupo nas diversas instâncias e serviços da sociedade, com repercussões inclusive, para a Previdência Social (IBGE, 2021; SEI Demografia, 2015).

No município de Salvador, em 2020, estima-se que havia 267.174 pessoas idosas (9,2% da população geral), das quais 61,4% mulheres e 38,6% homens. O envelhecimento da população é um fenômeno global amplamente discutido na literatura. Além do processo de feminização e heterogeneidade, que envolve o envelhecimento das populações em todo o mundo, em Salvador o envelhecimento da população ocorre com peculiaridades epidemiológicas, sociais, econômicas e culturais que lhe são próprias, e que por vezes variam dentro de um mesmo Distrito Sanitário.

Além do aumento do número de idosos na população, estão ocorrendo mudanças significativas no panorama epidemiológico. Existe atualmente a predominância das DCNT em detrimento às doenças infecciosas, que ainda subsistem, somando-se às questões relacionadas às causas externas por violência.

A transição demográfica acarreta a transição do perfil epidemiológico, marcado pelo aumento da ocorrência das DCNT, o que leva à maior busca por consultas médicas e das demais categorias de saúde, ao aumento do consumo de medicamentos e a realização de exames com maior frequência pelas (os) idosas (os). Observa-se também maior taxa de utilização de unidades de terapia intensiva, de hemodinâmica e métodos dialíticos. Consequentemente, há o aumento das despesas com a saúde e a necessidade de planejar as ações e serviços direcionados a este público (NASRI, 2008).

Gráfico 02. Índice de envelhecimento da população de Salvador, 2000 e 2020*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE. Dados processados em 01/06/2021 *Dados estimados

2.2. Condições de vida

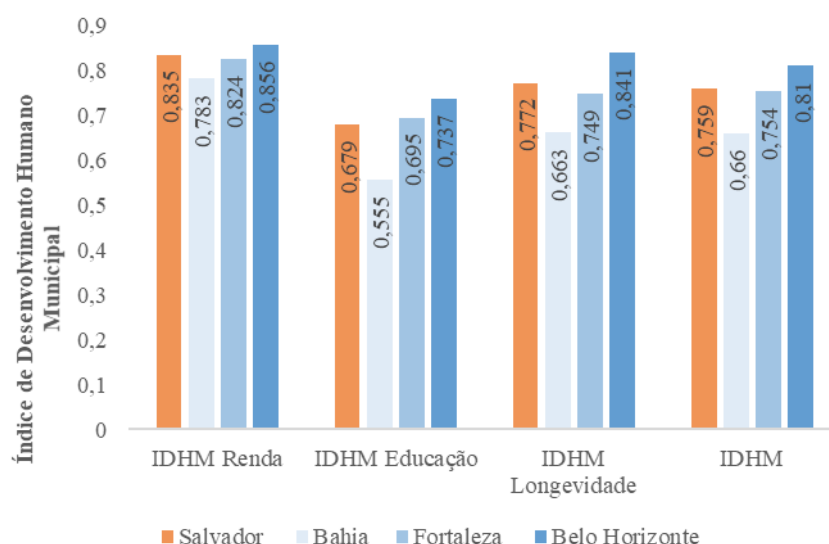
2.2.1. Índice de Desenvolvimento Humano

A compreensão do desenvolvimento humano implica no levantamento minucioso de aspectos importantes para a obtenção de melhores condições de vida por uma população. Esses aspectos vão além dos dados referentes ao desempenho econômico social (Produto Interno Bruto/PIB per capita), abrangendo as áreas da saúde e da educação. Desta forma, criou-se o IDH que avalia os níveis e o progresso populacional de forma mais ampla.

Segundo o Censo 2010, das 27 Unidades Federativas (26 estados e o Distrito Federal), a Bahia registrou a 22ª posição entre os índices observados nos demais estados brasileiros, situação pouco agradável que representa médio desenvolvimento humano (0,600 – 0,699), para o quinto maior território do país e quarto em contingente populacional. Já Salvador registrou a 18ª posição entre as capitais brasileiras e 6ª posição entre as capitais nordestinas, apresentando alto desenvolvimento humano (0,700 – 0,799), mas que carece de melhoria para elevar o padrão de desenvolvimento da sua população e reduzir à desigualdade entre as cidades do país.

Conforme percebido no Gráfico 03, o Censo retrata ainda que Salvador apresenta um IDHM Educação inferior à outras capitais que possuem um quantitativo populacional similar a ela, como Fortaleza (CE) e Belo Horizonte (MG). Em 2010, Salvador figurava como a 21ª capital em IDHM Educação do país, enquanto que Fortaleza está em 18º e Belo Horizonte em 8º. Importante reforçar que todas essas cidades tiveram uma queda no ranking das capitais com maior IDHM Educação do país, entre os anos 2000 e 2010, sendo que Salvador caiu 5 posições, Fortaleza e Belo Horizonte caíram 4 posições.

Gráfico 03. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), por componentes, Salvador, Bahia, Fortaleza e Belo Horizonte, 2010



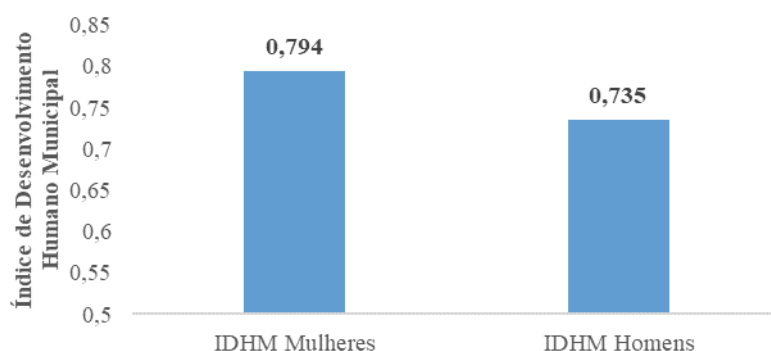
Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE. Dados processados em 21/06/2021

O IDHM segundo sexo no município de Salvador releva uma situação de iniquidade (vinculada às desigualdades de gênero). Sabendo que o Desenvolvimento Humano implica necessariamente no levantamento de aspectos que sejam importantes

para a garantia de melhores condições de vida para a população, ainda que mantendo um índice muito alto, os dados reforçam que tais condições estão mais desfavoráveis junto aos homens, uma vez que o IDHM Homens (0,735) vai aparecer menor que o IDHM Mulher (0,794), conforme Gráfico 04. Nesse aspecto diversas questões devem ser levadas em consideração como, a renda, a educação e longevidade, que são os critérios adotados para mensurar o IDH.

O IDHM das mulheres superior ao dos homens pode estar relacionado à razão que analisa o quantitativo da população com 60 anos ou mais segundo sexo, resultando no quantitativo de 62 homens para 100 mulheres vivas após essa faixa etária. Sobre a renda, as mulheres seguem com renda média mensal (R\$ 1.271,00) inferior à dos homens (R\$ 1.693,00), conforme estudos de Carvalho e Borges (2014).

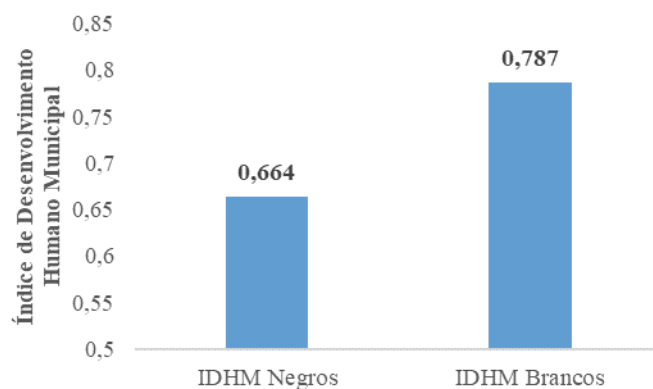
Gráfico 04. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), segundo sexo, Salvador-BA, 2010



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE. Dados processados em 17/06/2021

O IDHM segundo raça/cor, com índice de 0,664 para negros e 0,787 para brancos, reforça a permanência da desigualdade racial ainda presente nesse município, conforme o Gráfico 05.

Gráfico 05. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), segundo raça/cor, Salvador-BA, 2010



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE. Dados processados em 17/06/2021

O IDHM por raça/cor foi trazido pela primeira vez a partir de 2010, não sendo possível, a partir dessa medida realizar um comparativo histórico com o ano de 2020, contudo, considerando o rendimento médio mensal (que é um dos indicadores que compõem essa medida), será possível verificar a permanência da desigualdade nas análises dos censos demográficos anteriores.

Essa constatação é afirmada também nos estudos de Carvalho e Borges (2014), quando demonstram que, o rendimento médio em 2010, segundo atributos dos ocupados, apesar de razoáveis mudanças, persistem as desigualdades históricas, ainda que um pouco atenuadas. Além disso, o rendimento médio dos pretos e pardos em 2010, equivaliam a respectivamente 33,4% e 44,5% do rendimento médio dos brancos.

Em relação às desigualdades raciais observadas no âmbito populacional do município, destaca-se o racismo como estruturante das relações sociais, colocando os negros em situação de vulnerabilidade, tornando-os mais suscetíveis à diversos problemas sociais e de saúde, como as DANT. De acordo com Werneck (2010), o conceito de saúde da população negra está ancorado em três aspectos importantes: a política, a ciência e a cultura afro-brasileira.

Além disso, destacam-se três aspectos dos processos de saúde e doença desta população: o racismo (que influencia direta e indiretamente as condições de vida e saúde; incluindo o racismo institucional); vulnerabilidade diferenciada a determinados agravos ou doenças e o aprendizado e vivência das culturas e tradições afro-brasileiras. As doenças e agravos que mais acometem a população negra inserem-se em quatro grandes grupos nosológicos:

- a) Doenças com condições geneticamente determinadas (Anemia falciforme, Hipertensão arterial, Diabetes mellitus, deficiência de glicose-6-fosfato hidrogenase);
- b) Doenças por condições adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis (Alcoolismo, Toxicomania, Desnutrição, Abortos sépticos, DST/AIDS, Doenças do trabalho, Doenças Mentais, violência);
- c) Doenças cuja evolução é agravada ou o tratamento é dificultado pelas condições ambientais e pela falta de acesso aos serviços de saúde (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Miomas, Parto, coronariopatias, insuficiência renal crônica);
- d) Doenças por condições fisiológicas que sofrem interferência das condições ambientais e socioeconômicas (Crescimento e Desenvolvimento, Gravidez, Envelhecimento).

Ressalta-se que as patologias citadas acima, embora não sejam específicas da população negra, são prevalentes e apresentam morbimortalidade acentuada nessa população. O racismo e a desigualdade social afetam a saúde da população negra pois dificultam o acesso, segregam, marginalizam, diminuem a dignidade, desvalorizam a cultura e a origem, impossibilita relações, inclusive as de cuidado. Essa realidade contribui para menor expectativa de vida e maiores complicações por dificuldade de acesso aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção.

O racismo, assim como outras causas fundamentais, opera sobre a saúde através de múltiplos mecanismos e as vias através das quais essas causas distais impactam a saúde podem mudar com o tempo. Por exemplo, o racismo institucional e cultural pode afetar adversamente a saúde através de estigma, estereótipos, preconceito e discriminação racial. Essas dimensões do racismo podem levar a diferenças no acesso a recursos econômicos e vários outros recursos e oportunidades sociais. Estudos indicam

que o racismo, em suas formas institucional e cultural, tem sido e continua sendo um forte fator determinante do estabelecimento e manutenção de desigualdades raciais em vários tipos de resultados sociais, as quais se combinam para produzir desigualdades em saúde.

Considerando essas peculiaridades, é possível perceber as consequências desse fenômeno inclusive no processo de trabalho na saúde: dificuldade para entendimento e compreensão de como o racismo impacta na saúde pelos profissionais, contribuindo para não priorização da temática; dificuldade para transversalização, o que fragiliza a discussão, tornando-a fragmentada e pulverizada; falta de envolvimento profissional nas atividades relacionadas à temática; dificuldade para acolhimento e vinculação do usuário; falta de planejamento em saúde e análise de dados com recorte racial, de modo a assegurar a equidade; desconhecimento pelos profissionais sobre como conduzir o encontro clínico, centrado na pessoa e família, de modo a promover o cuidado em saúde de modo equânime e culturalmente pertinente às necessidades da população negra.

2.2.2. População Economicamente Ativa (PEA) e População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO)⁶

A análise dos indicadores relacionados a população economicamente ativa (PEA) que representa a capacidade populacional produtiva, o seu potencial de mão de obra, no qual abrange a população ocupada e desocupada, foi de 53,2% da população residente no município de Salvador. Quando se compara ao Brasil, Bahia e Fortaleza verifica-se que o município de Salvador é o que apresentou a maior porcentagem da PEA (Tabela 01).

Tabela 01. População economicamente ativa (16 ou mais anos de idade) e população economicamente ativa ocupada, 2010

	População (a)	População economicamente ativa (b)	b/a (x 100)	População economicamente ativa ocupada (c)	c/b (x 100)
Brasil	190.755.790	91.548.924	48,0	84.755.271	92,6
Bahia	14.016.096	6.362.479	45,4	5.680.279	89,3
Salvador	2.675.655	1.422.504	53,2	1.241.366	87,3
Fortaleza	2.452.185	1.206.965	49,2	1.116.034	92,5

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010. (Acesso em: 25 de maio de 2021)

No entanto, quando se observa a PEA, que é representada pela população produtiva ocupada, essa porcentagem se inverte, o município de Salvador é o que apresentou o menor percentual, com 87,3%, tendo, assim, um índice de 12,7% de pessoas desocupadas, maior do que o Brasil, a Bahia, e Fortaleza (Tabela 01).

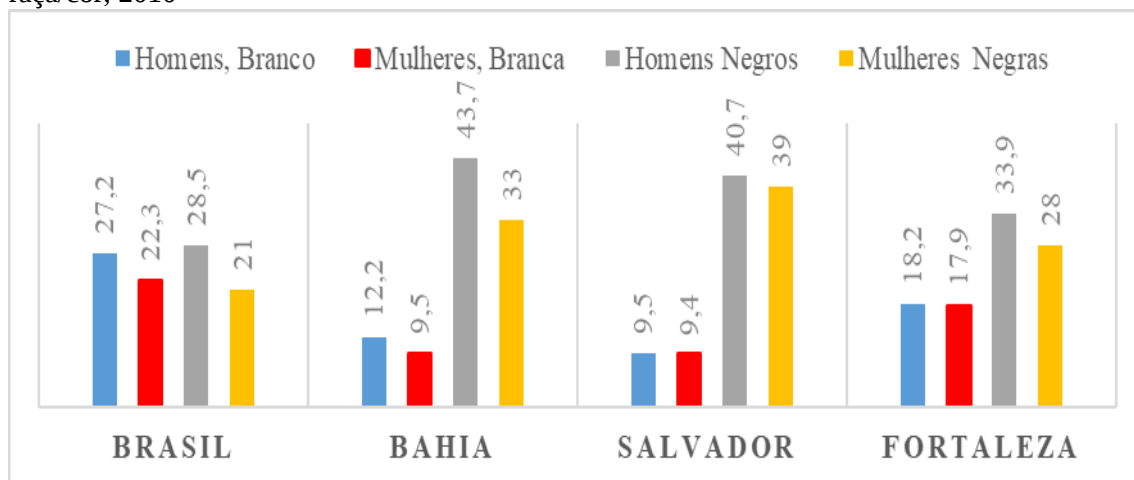
Cabe refletir sobre o desemprego atual, considerando que a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua, realizada pelo IBGE, referente ao 4º trimestre do ano de 2020, demonstra um índice de 13,9% no Brasil e de 17,2% no

⁶ A presente análise refere-se aos dados do último Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, assim, por um distanciamento de mais de 10 anos da coleta das informações e pela pandemia da Covid-19 que assola todo o mundo e o Brasil, esses dados serão comparados com pesquisas e estudos mais recentes para tentar trazer uma análise mais fidedigna do momento atual.

Nordeste. Ressalta-se que a região Nordeste registrou a maior taxa de desocupação entre todas as regiões durante todo o ano de 2020.

A análise da distribuição percentual da PEA por sexo e raça/cor demonstra que há uma predominância da população negra (pretos ou pardos) no município de Salvador. Entre os homens e mulheres o que se destaca são os homens negros, sendo que, o estado da Bahia apresenta o maior percentual (43,7%) na PEA, quando comparado com os dados do Brasil, e dos municípios de Salvador e Fortaleza, Salvador aparece em segundo lugar nesse quesito, com um percentual um pouco abaixo que o do Estado (40,7%) (Gráfico 06).

Gráfico 06. Distribuição percentual da população economicamente ativa (PEA) por sexo e raça/cor, 2010

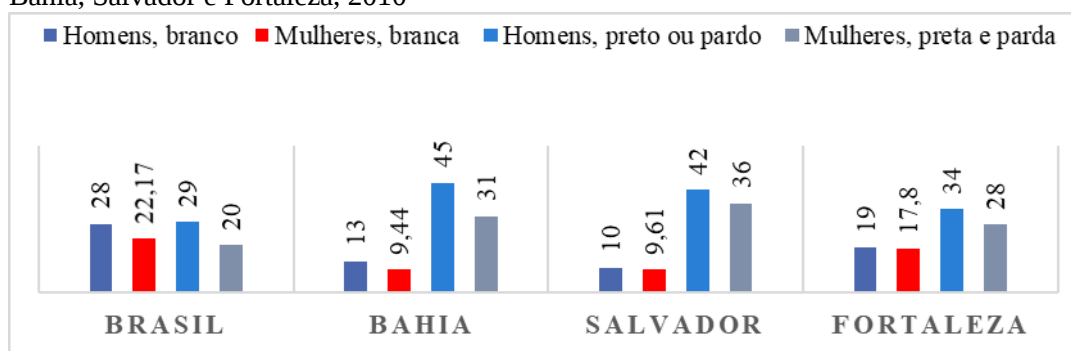


Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010. (Acesso em: 25 de maio de 2021)

Mulheres negras na PEA, no município de Salvador, são mais prevalentes, com um percentual de 38,7%, em relação ao Brasil, Bahia e Fortaleza. A Bahia também apresenta um percentual maior que o Brasil (33%) e que o município de Fortaleza (28,4%) (Gráfico 06). Esse fato é explicado historicamente pelo forte processo de escravização da população negra concentrado no município de Salvador e no estado da Bahia. Homens e mulheres brancas na PEA no município de Salvador, apresentam um percentual de 9,5%, sendo o menor percentual apresentado quando comparado com o Brasil, Bahia e Fortaleza (Gráfico 06).

Com relação a distribuição percentual da população ocupada por sexo e raça/cor observa-se no município de Salvador a mesma tendência da população economicamente ativa, sendo mais representada pela população negra, o que também se repete no estado da Bahia e no município de Fortaleza (Gráfico 07).

Gráfico 07. Distribuição percentual da população ocupada (PEAO) por sexo e raça/cor, Brasil, Bahia, Salvador e Fortaleza, 2010

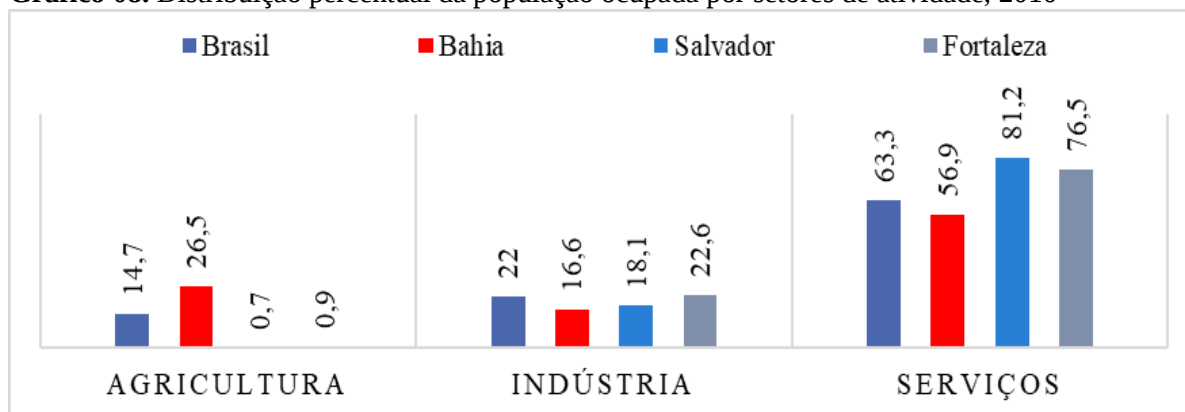


Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010. Acesso em: 25 de maio de 2021.

Nos dados do Brasil, o percentual de mulheres brancas na PEA (22,2%) foi maior do que as mulheres negras (19,5%), já o percentual de homens negros ocupados no estado da Bahia foi de 44,9%, sendo que no município de Salvador foi de 42,0% e ao passo que Fortaleza foi de 34,3%. Essa tendência também se repete com os dados do Brasil, que apresenta o percentual de homens ocupados negros maior do que os homens e mulheres brancos e as mulheres negras (Gráfico 07).

É relevante observar a partir dos Gráficos 07 e 08 que ao comparar a PEA com a PEA, no quesito raça/cor, verifica-se que as mulheres negras foram a única categoria que apresentou uma diminuição na PEA em todos os territórios analisados, ou seja, no Brasil, no estado da Bahia, em Salvador e em Fortaleza. Tal quadro demonstra a desigualdade de gênero e de raça, ponto que deve sempre estar presente nas pautas das políticas públicas.

Gráfico 08. Distribuição percentual da população ocupada por setores de atividade, 2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010. Acesso em: 25 de maio de 2021

Além do exposto, a PNAD Contínua referente ao quarto trimestre de 2020 demonstra que o desemprego foi maior nas mulheres, cerca de 6% a mais em relação aos homens, assim, com a pandemia, as mulheres foram mais afetadas e esse percentual demonstrado da PEA do censo de 2010 por raça/cor se acentuou na desigualdade de gênero.

A análise da distribuição percentual da população ocupada por setores de atividade aponta que entre os ramos de atividades primário (agricultura), secundário

(indústria) e terciário (serviços), o principal ramo de atividade no país é o de serviços (63,3%), assim como em Salvador que apresenta um percentual de 81,2%, seguido do ramo de atividade da indústria (18,1%) (Gráfico 08).

Quanto ao percentual da população ocupada por posição na ocupação, observa-se que, em relação a categoria empregados com carteira assinada, o município de Salvador encontrava-se com maior percentual de 56,5% entre sua população trabalhadora empregada no ano de 2010, seguido de ocupação por conta própria e empregados sem carteira de trabalho assinada, com 18,6% e 17,4% respectivamente (Tabela 02). Ressalta-se que os trabalhadores considerados por conta própria se referem àquelas categorias com vínculo informal, sem proteção social e previdenciária.

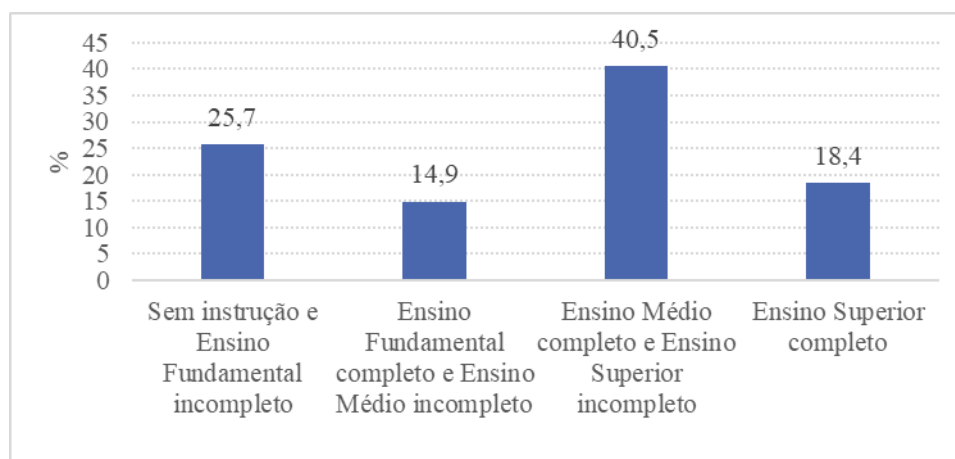
Tabela 02. Distribuição percentual da população ocupada por posição na ocupação, Salvador - BA, 2010

	Salvador
Empregados com carteira de trabalho assinada	56,5
Militares e funcionários públicos estatutários	4,6
Empregados sem carteira de trabalho assinada	17,4
Conta própria	18,6
Empregadores	1,8
Empregado doméstico	9,1

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010. Acesso em: 25 de maio de 2021.

A análise da distribuição percentual da população ocupada por nível de instrução no ano de 2010, revela que o perfil dos trabalhadores em Salvador apresenta predominância dos trabalhadores com ensino médio completo e superior incompleto que corresponde à 40,5%. Quanto aos dados dos trabalhadores com ensino superior completo, o município apresenta um percentual de 18,4% e com ensino fundamental completo e ensino médio incompleto 14,9% (Gráfico 09).

Gráfico 09. Distribuição percentual da população ocupada por nível de instrução, Salvador-BA, 2010



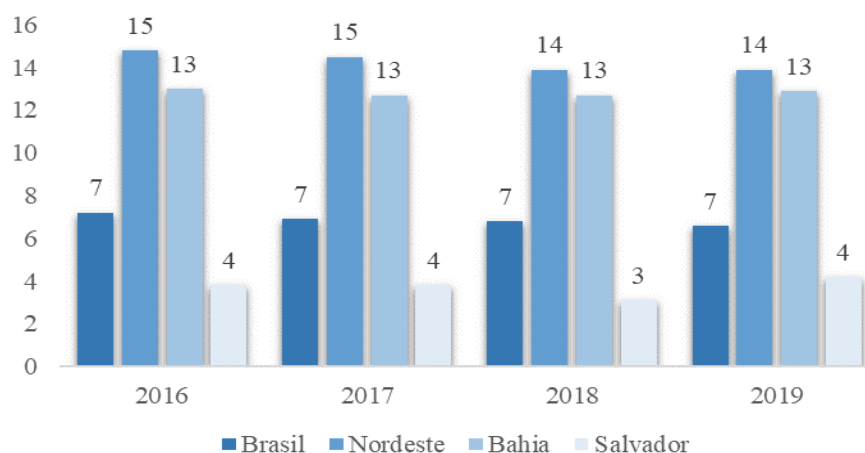
Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010. Acesso em: 25 de maio de 2021.

2.2.3. Educação

O nível educacional de uma população é um fator essencial para a efetividade das ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças e agravos não transmissíveis. Segundo os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual (PNAD Contínua) 2019, aproximadamente 93% da população brasileira com quinze anos ou mais de idade é alfabetizada. Isto é, tem-se um percentual de 7% de não alfabetizados, o que equivale dizer que aproximadamente 11 milhões de brasileiros não sabem ler e escrever (IBGE, 2021).

No nível regional, o Nordeste apresentou a maior taxa de analfabetismo (14%) do país em 2019. O que representa uma taxa aproximadamente, quatro vezes maior do que aquelas estimadas para as regiões Sudeste e Sul, ambas com 3%. Já Salvador apresentou crescimento na taxa de analfabetismo, passando de 3% (2018) para 4% (2019) (Gráfico 10).

Gráfico 10. Taxa de analfabetismo⁷ das pessoas de 15 anos ou mais de idade, Salvador, Bahia, Nordeste, Brasil - 2016 a 2019



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual (PNAD Contínua)⁸ - 2019

Nas PNAD Contínuas 2016-2019, as pessoas do sexo feminino registraram maiores taxas em relação ao sexo masculino, exceção para o ano de 2019 (IBGE, 2021).

O estudo de SOUZA (2012), com uma amostra da população de Salvador, revelou que pessoas com menor escolaridade (ensino fundamental completo ou menos) apresentam maiores prevalências de saúde autorreferida precária (SAR-P). O autor afirma que o grau de escolaridade se relaciona com o estilo de vida e as condutas relativas à saúde, sendo que pessoas com maior tempo de educação formal tendem a ter maior capacidade para o autocuidado, envolvimento em programas de prevenção e na solução de problemas que possam comprometer a saúde.

⁷ A Taxa de analfabetismo é o percentual de pessoas com 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2012).

⁸ A partir de 30 de abril de 2019, as estimativas da PNAD Contínua passaram a ser divulgadas com base na Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação–Revisão 2018. Consequentemente, todas as estimativas da PNAD Contínua, produzidas no período de 2012 a 2019, foram recalculadas.

Ademais, aborda que a baixa escolaridade ou pouco conhecimento sobre o campo saúde, se relaciona com a mortalidade precoce e os comportamentos de risco para a saúde e conclui que o nível de escolaridade atua sobre o modo como os sujeitos compreendem a própria saúde física, mental e social.

Considerando a realidade descrita no Gráfico 10, para o município de Salvador, faz-se necessária a adoção de ações que aumentem a instrução e qualificação dos diferentes grupos etários, especialmente os jovens, desde a educação formal à informal. Os baixos níveis de escolaridade, a precária qualidade do ensino e as taxas de atraso e evasão escolar estão presentes e persistem na capital baiana, entretanto disparidades são observadas de acordo com o território de localização e de abrangência do estabelecimento de ensino em questão, resultando em cenários desfavoráveis para os bairros populares da Área Urbana Consolidada, Miolo, Subúrbio Ferroviário e nos poucos bairros de baixa renda que se localizam na Orla Atlântica.

As diferenças também são encontradas de acordo com o sistema de ensino, ressaltando que o ensino público (que atende às camadas populares e à maioria da população) apresenta maiores frequências de repetência, atraso e evasão escolar. Vale destacar que as escolas de ensino médio presentes no município estão localizadas, em sua maioria, na Área Urbana Consolidada e na Orla Atlântica (CARVALHO; ARANTES, 2020).

2.3. Perfil Epidemiológico das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis

2.3.1. Fatores de Risco e de Proteção

O aumento da carga das principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) está relacionado com os Fatores de Risco (FR) modificáveis, como tabagismo, álcool, obesidade, inatividade física e alimentação inadequada. O conhecimento da distribuição dos fatores de risco é fundamental para atuação sobre o processo saúde-doença, com vistas ao desenvolvimento de políticas públicas específicas para a melhoria da qualidade de vida da população, permitindo ainda o monitoramento dessas ações.

O Brasil passou por uma rápida transição epidemiológica e nutricional, caracterizada pelo aumento da prevalência do sobrepeso e obesidade, e a diminuição da desnutrição, devido a mudanças como industrialização, urbanização, sedentarismo e mudanças de hábitos alimentares (SILVA, 2017). Em 2020, a Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional realizou o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil cujo resultado revela o agravamento da fome no país se comparado a dados do IBGE de 2004 e 2018, convocando as autoridades brasileiras e sociedade civil para o enfrentamento desse cenário.

Este estudo mostrou que no último trimestre de 2019 eram 19 milhões de brasileiros (as) vivendo em situação de fome e esse cenário foi seis vezes maior quando as pessoas estavam desempregadas, e, quatro vezes maior entre aquelas com trabalho informal, quando comparadas com as que contavam com algum tipo de trabalho formal. Logo, ao correlacionar esses achados com os dados já apresentados sobre PEAO em Salvador de quem trabalha por conta própria ou estão empregados sem carteira de trabalho assinada, vê-se que 36% da população soteropolitana economicamente ativa ocupada tende a estar vivendo em situação de insegurança alimentar grave no contexto da pandemia da Covid-19.

A OMS recomenda que a vigilância das DCNT e de seus fatores de risco e proteção seja realizada por meio de inquéritos populacionais. O Ministério da Saúde, a partir de 2006, realiza anualmente, por telefone, o Inquérito Vigitel (Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), na população adulta, nas capitais e no Distrito Federal e recomenda que estados e municípios também utilizem essa fonte de monitoramento anual dos indicadores.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) é um inquérito realizado com escolares adolescentes que compõe a Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção das Doenças Crônicas do Brasil. Foram realizadas três edições da PeNSE (2009, 2012 e 2015), fruto da parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e IBGE, com o apoio do Ministério da Educação (MEC). A população-alvo da pesquisa constituiu-se, a princípio, de estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental; a partir de 2015, foram incluídos estudantes do 6º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio, com o intuito de tornar a pesquisa representativa de escolares na idade de 13 a 17 anos.

Uma outra fonte de dados sobre estilos de vida é a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), ocorrida em âmbito nacional em 2013 e 2019, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com IBGE.

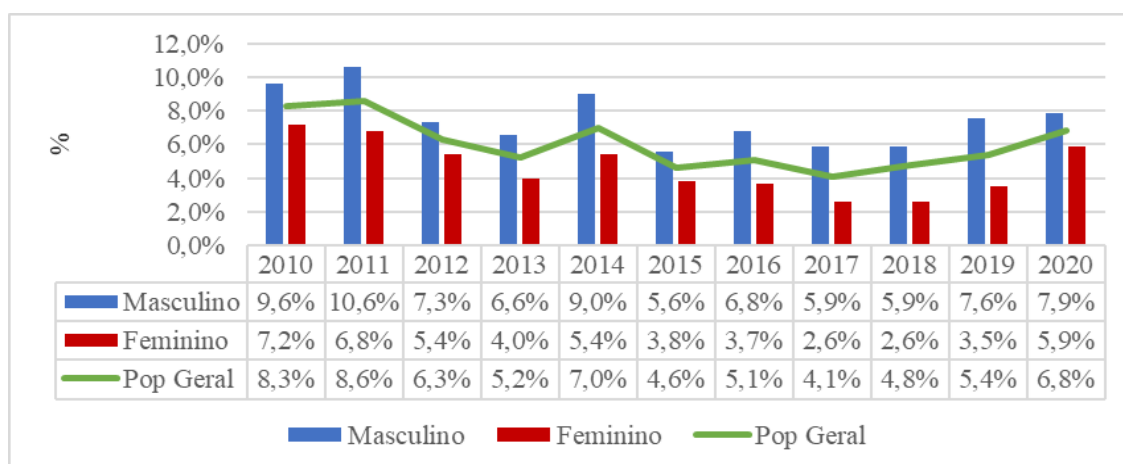
2.3.1.1. Tabagismo

O tabagismo é um fator de risco importante para as DCNT, relacionado ao desenvolvimento de vários tipos de câncer, doenças do aparelho respiratório, doenças cardiovasculares, entre outras doenças. O consumo de tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública, sendo responsável por mais de 8 milhões de mortes por ano no mundo, das quais cerca de 1,2 milhões são decorrentes do fumo passivo.

De acordo com o Vigitel (2020), a frequência de tabagismo na população geral teve uma redução de 18,1%, passando de 8,3% em 2010 para 6,8% em 2020. Entretanto, observa-se em 2020 um aumento da frequência de 25,9% em relação à 2019. Os dados da PNS mostram um aumento de 5,97% entre 2013 e 2019 no percentual de adultos que fumam cigarros em Salvador.

A frequência de fumantes em 2020 foi maior entre homens (7,9%) do que mulheres (5,9%). Quando comparado a 2019, observou-se um aumento da frequência de tabagismo entre as mulheres de 68,6%, passando de 3,5% (2019) para 5,9% (2020). Já entre os homens o aumento foi de 3,9%, passando de 7,6% (2019) para 7,9% (2020) (Gráfico 11). Salvador teve a menor frequência de fumantes entre 2015 e 2018 em comparação as outras capitais brasileiras, passando para o 10º lugar em 2020.

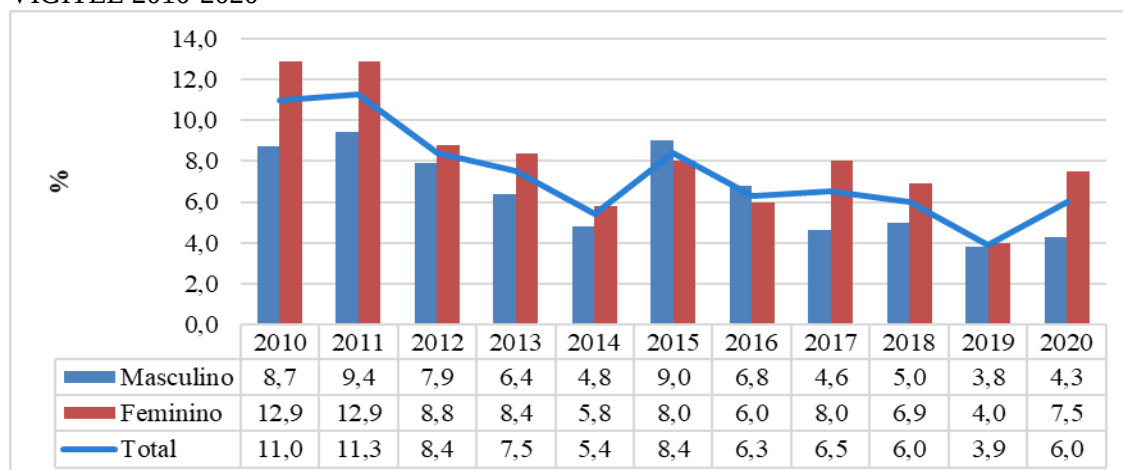
Gráfico 11: Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, por sexo, Salvador - BA, Vigitel 2010-2020



Fonte: VIGITEL 2010-2020.

Em 2020, a frequência de fumantes passivos no domicílio foi de 6,0%, sendo observado uma redução de 45,4% em relação ao ano de 2010. No entanto, quando comparado a 2019, observa-se um aumento no fumo passivo no domicílio entre as mulheres passando de 4% (2019) para 7,5% (2020), assim como um aumento de 13,1% entre os homens (Gráfico 12). Os dados da PNS apontam um aumento de 21,53% de fumantes passivos no domicílio entre 2013 (6,5%) e 2019 (7,9%).

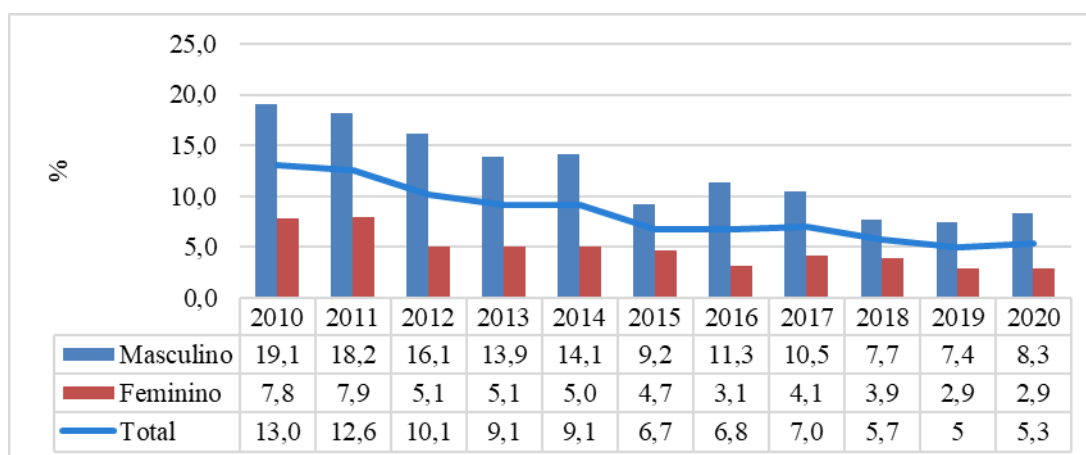
Gráfico 12: Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes passivos no domicílio, Salvador -BA, VIGITEL 2010-2020



Fonte: VIGITEL 2010-2020

Considerando o fumante passivo no trabalho, entre 2010 e 2020 houve uma redução de 61,5%. Quando comparado à 2019, observa-se um aumento no fumo passivo no trabalho entre os homens alcançando 8,3% em 2020 (Gráfico 13).

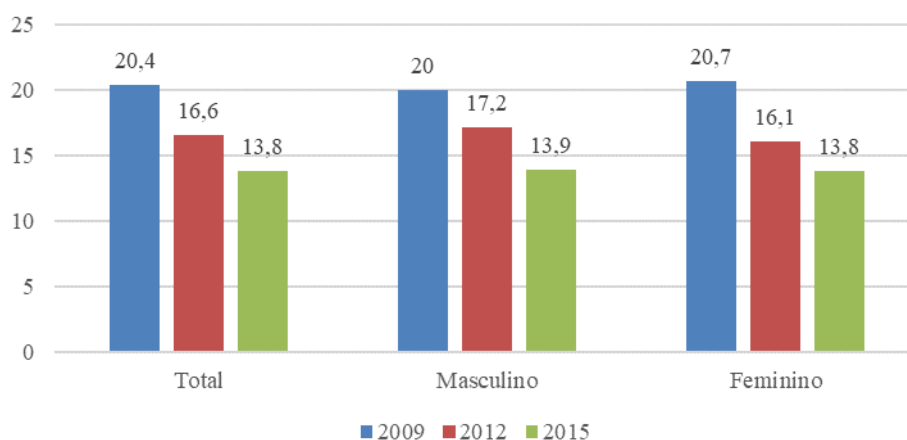
Gráfico 13: Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes passivos no local de trabalho, Salvador -BA, VIGITEL 2010-2020



Fonte: VIGITEL 2010-2020

Os resultados da PeNSE, realizada com os estudantes do 9º ano do ensino fundamental, mostraram que houve uma redução de 32% na experimentação do cigarro entre 2009 (20,4%) e 2015 (13,8%) (Gráfico 14).

Gráfico 14. Percentual de escolares frequentando o 9º do ensino fundamental que experimentaram cigarro, por sexo. Salvador - BA, 2009, 2012 e 2015



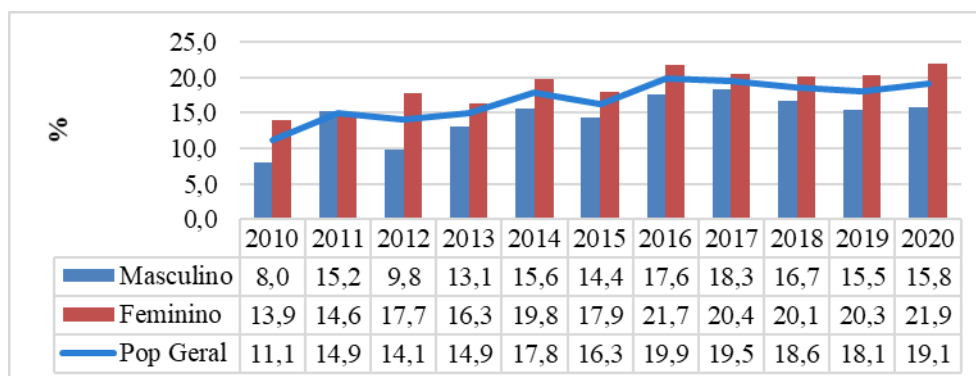
Fonte: PeNSE 2009-2015

2.3.1.2. Excesso de Peso e Obesidade

De acordo com a OMS, quase 2 bilhões de adultos em todo o mundo estão com excesso de peso, e destes, 13% estão obesos (WHO, 2020). O Ministério da Saúde, através do VIGITEL evidenciou que mais da metade da população adulta do país (55,4%) está com excesso de peso, sendo esta prevalência maior entre os homens (57,1%) em comparação com as mulheres (53,9%) (BRASIL, 2020).

Em Salvador, a frequência de obesidade ($IMC \geq 30\text{kg/m}^2$) cresceu 72,1%, passando de 11,1% em 2010 para 19,1% em 2020, com um incremento maior entre os homens (97,5%) em comparação com as mulheres (57,6%) (Gráfico 15).

Gráfico 15. Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), por sexo, Salvador - BA, VIGITEL 2010-2020



Fonte: VIGITEL 2010-2020

Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)⁹ apontam que no período de 2015 a 2020, houve um aumento no número de adultos acompanhados no município, com redução acentuada no ano de 2020, provavelmente decorrente da flexibilização das regras de monitoramento do programa em virtude da pandemia de COVID-19 (Tabelas 03 e 04).

Com relação à quantidade de indivíduos adultos acompanhados no SISVAN no período de 2018 a 2020, segundo a origem dos dados, observa-se que em 2018, 91,52% dos dados foram oriundos do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (PBF) e apenas 8,48% dos dados vieram do e-SUS (SISAB), os quais são registrados no município através do Sistema Vida+ e migram para o SISAB. O mesmo ocorreu em 2019 e 2020, com 93,03% dos dados oriundos do PBF e 6,97% do e-SUS e 88,68% do PBF e 11,32% do e-SUS, respectivamente. Dessa forma, identifica-se que a maior parte dos dados do SISVAN nesse período foram oriundos do Sistema de Gerenciamento do PBF, conforme consta na Tabela 03.

Tabela 03. Número de adultos acompanhados no SISVAN segundo origem dos dados (e-SUS e PBF) no período de 2018 a 2020. Salvador-BA

ANO	2018		2019		2020	
Origem	e-SUS	PBF	e-SUS	PBF	e-SUS	PBF
Quantidade de indivíduos	7.624	82.242	5.146	68.714	3.954	30.981
Total	89.866		73.860		34.935	

Fonte: SISVAN/MS, 10/03/21

Considerando o estado nutricional desses adultos, observa-se uma redução de 8,02% na prevalência de eutrofia (peso adequado), passando de 30,66% em 2015 para 28,20% em 2020 (Tabela 04), percentual abaixo da prevalência de adultos eutróficos em 2019 na região Nordeste, que foi de 36,9% (BRASIL, 2020b).

⁹ O SISVAN é um sistema de informação que visa descrever e prever de maneira contínua, tendências das condições de nutrição e alimentação de uma população, e seus fatores determinantes, com fins ao planejamento e avaliação dos efeitos de políticas, programas e intervenções (OPAS, 1990).

Tabela 04. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC) de adultos, Salvador-BA, 2015 a 2020

Período	Baixo peso		Adequado		Sobrepeso		Obesidade grau I		Obesidade grau II		Obesidade grau III		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	1.939	2,69	22.116	30,66	25.073	34,76	14.734	20,43	5.642	7,82	2.618	3,63	72.122
2016	2.014	2,75	21.612	29,49	25.111	34,27	15.617	21,31	6.046	8,25	2.882	3,93	73.282
2017	2.161	2,40	26.934	29,86	31.620	35,05	18.996	21,06	7.116	7,89	3.382	3,75	90.209
2018	2.279	2,57	25.453	28,75	30.270	34,19	19.073	21,54	7.725	8,73	3.738	4,22	88.538
2019	2.103	2,89	20.774	28,52	24.337	33,41	15.807	21,70	6.489	8,91	3.334	4,58	72.844
2020	784	2,71	8.174	28,20	9.745	33,62	6.427	22,18	2.585	8,92	1.267	4,37	28.982

Fonte: SISVAN/MS, 04/03/21

Em se tratando dos graus de obesidade no adulto, ocorreu um pequeno incremento em todos no período de 2015 a 2020, tendo a prevalência total de obesidade aumentado de 31,88% em 2015 para 35,46% em 2020. Em 2019, a obesidade foi observada em 35,18% da população adulta acompanhada na APS em Salvador, percentual acima da prevalência nacional de 28,5% e da prevalência da região nordeste de 25,0% em 2019 (BRASIL, 2020b). A prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) apresentou aumento de 2,44%, passando de 66,65% em 2015 para 69,09% em 2020.

Evidências indicam que a incidência de várias doenças crônicas, principalmente de doenças cardiovasculares e diabetes, aumenta significativamente com o IMC ≥ 25 kg/m² (BRASIL, 2019). Além disso, a interação entre insegurança alimentar e nutricional e o sobrepeso e a obesidade, que passa pela impossibilidade de acesso a alimentos mais nutritivos e diversificados, por serem mais caros do que os alimentos industrializados e com alta densidade energética e baixo valor nutricional, é um desafio na promoção das práticas alimentares saudáveis, sendo necessário uma atuação intersetorial e o fortalecimento de políticas econômicas, de geração de emprego, renda e educação (FAO, 2018; PAIM et al, 2020).

Em relação ao estado nutricional dos idosos, observa-se (Tabela 05) uma redução de 9,32% no sobrepeso, passando de 51,18% em 2015 para 46,41% em 2020, e um aumento na prevalência de eutrofia (peso adequado) de 10,02%, passando de 34,80% em 2015 para 38,29% em 2020. No entanto, no mesmo período ocorreu um aumento de 9,12% de baixo peso, passando de 14,02% em 2015 para 15,30% em 2020.

Tabela 05. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC) de idoso. Salvador-BA, 2015 a 2020

Período	Baixo peso		Adequado		Sobrepeso		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	687	14,02	1.705	34,80	2.508	51,18	4.900
2016	379	13,63	933	33,55	1.469	52,82	2.781
2017	404	13,12	1.095	35,55	1.581	51,33	3.080
2018	507	13,68	1.323	35,69	1.877	50,63	3.707
2019	435	15,10	1.041	36,13	1.405	48,77	2.881
2020	247	15,30	618	38,29	749	46,41	1.614

Fonte: SISVAN/MS, 04/03/21

O estado nutricional da gestante influencia na evolução da sua gravidez, na saúde materna e fetal (CUNHA et al., 2016). Entre 2015 e 2020, a frequência de gestantes com obesidade aumentou, com crescimento de 37,66%, passando de 22,41% em 2015 para 30,85% em 2020, conforme descrição na Tabela 06. A obesidade gestacional contribui para intercorrências que podem afetar a gestante, como pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes, cesariana e complicações que podem afetar o bebê como macrosomia, hipoglicemia neonatal ou malformação fetal (BRANDÃO et al, 2019).

Tabela 06. Distribuição total e percentual do estado nutricional (IMC) de gestante, Salvador-BA 2015 a 2020

Período	Baixo peso		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	331	14,86	739	33,18	658	29,55	499	22,41	2.227
2016	572	15,54	1.212	32,93	1.073	29,15	824	22,39	3.681
2017	622	14,53	1.340	31,30	1.229	28,71	1.090	25,46	4.281
2018	565	14,53	1.106	28,45	1.160	29,84	1.057	27,19	3.888
2019	347	12,62	769	27,96	841	30,58	793	28,84	2.750
2020	164	12,74	362	28,13	364	28,28	397	30,85	1.287

Fonte: SISVAN/MS, 04/03/21

Nesse mesmo período, ocorreu uma redução na prevalência de gestantes com peso adequado (eutrofia), passando de 33,18% em 2015 para 28,13% em 2020, constituindo-se como fator de risco, uma vez que é consenso na literatura científica que o ganho de peso adequado na gestação contribui para saúde da criança e da gestante.

No Brasil, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) propõe a adoção de estratégias para a promoção da saúde e prevenção de agravos, além de promover e assegurar o Direito Humano à Alimentação e à Nutrição Adequadas e, com isso, reduzir os riscos de adoecimento relacionados aos determinantes e condicionantes do estado de saúde e alimentação da população. Para isso, orienta que a atenção nutricional no SUS seja ordenada pela atenção básica e esteja pautada na vigilância alimentar e nutricional, com a adoção de práticas alimentares saudáveis e ações de promoção, prevenção e cuidado relacionados ao âmbito da alimentação e nutrição.

No âmbito do enfrentamento às DANT, em consonância com a diretriz “Participação e Controle Social” da PNAN, a equipe da SMS participa do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA¹⁰), órgão colegiado que tem a finalidade de formular diretrizes para políticas e ações na área da segurança alimentar e nutricional.

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) proposta na PNAN permite realizar o diagnóstico e monitoramento do estado nutricional da população. No entanto, em

¹⁰O COMSEA foi criado em 14 de janeiro de 2004 e está subordinado a Coordenadoria de Segurança Alimentar e Nutricional (COSAN) da Secretaria Municipal de Promoção Social, Combate à Pobreza, Esportes e Lazer – SEMPRE e ao Comitê Municipal de Aleitamento Materno (COAMAS) - órgão criado pela Portaria 348 de 04 de dezembro de 2009, que tem como objetivo apoiar as ações de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno (AM) no município, assim como avaliar a implementação das políticas nesse segmento.

Salvador, o envolvimento ainda predominante da categoria de nutrição no que toca a VAN, em detrimento de outras categorias profissionais, limita as ações relacionadas ao SISVAN nas unidades básicas de saúde do município.

Nesse sentido, destaca-se a importância da implementação do SISVAN para viabilizar o conhecimento do risco nutricional da população por ciclo de vida e sexo, possibilitando a elaboração de estratégias de atuação específica e enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais, potencializando a efetividade das ações de gestão e assistência à saúde ofertadas no município.

Assim, é importante destacar que há fragilidade na alimentação do SISVAN pelo município, sendo os dados de antropometria oriundos, prioritariamente, da migração de dados do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família, e, em percentual mínimo, de migração do e-SUS, não sendo o SISVAN em Salvador um sistema de informação com alimentação direta. Logo, dados relacionados ao estado nutricional e ao consumo alimentar da população são migrados a partir da interoperabilidade de sistemas (SISAB e Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família).

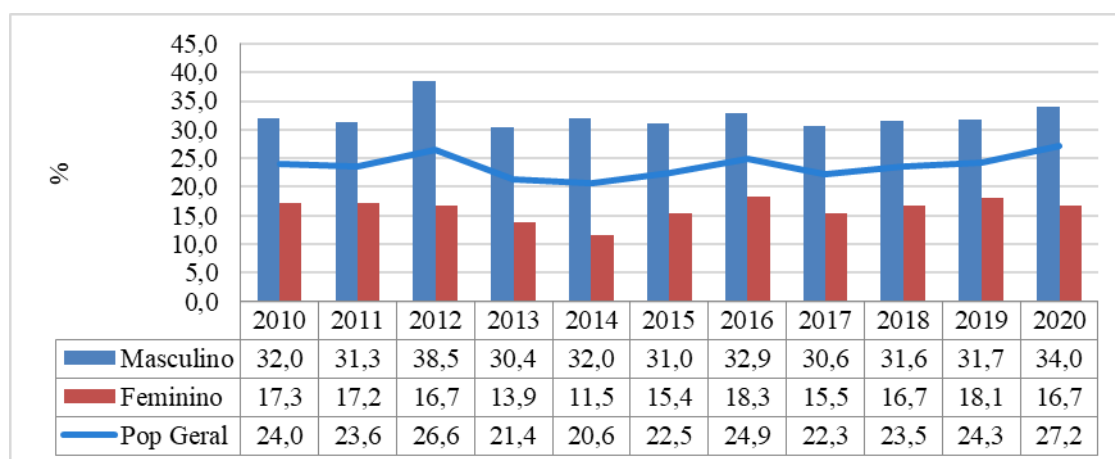
2.3.1.3. Consumo de bebidas alcoólicas

O consumo do álcool é também um dos principais fatores de risco para a saúde da população mundial. O avanço no conhecimento sobre o impacto do uso abusivo para a saúde dos indivíduos vem evidenciando a associação da substância com a mortalidade e a ocorrência de uma ampla variedade de doenças não transmissíveis, como neoplasias, doenças cardiovasculares, doenças do fígado entre outras.

De acordo com estimativas do Global Burden Disease (GBD), em 2017, aproximadamente 6,2% de todos os óbitos ocorridos no Brasil estavam relacionados ao uso do álcool. Além disso, quando observado os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY's - Disability Adjusted Life Years), o uso de álcool foi o terceiro e o quarto principal fator de risco comportamental para carga de doença, no Brasil e no mundo, respectivamente.

A frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião (em relação aos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa) apresentou aumento nos últimos quatro anos, atingindo 27,2% no ano de 2020. Entre os homens observa-se um aumento de 6,3%, passando de 32% em 2010 para 34% em 2020. Por outro lado, a frequência entre as mulheres apresentou uma redução de 3,5% considerando o mesmo período (Gráfico 16).

Gráfico 16. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva, por sexo, Salvador - BA, Vigitel 2010-2020

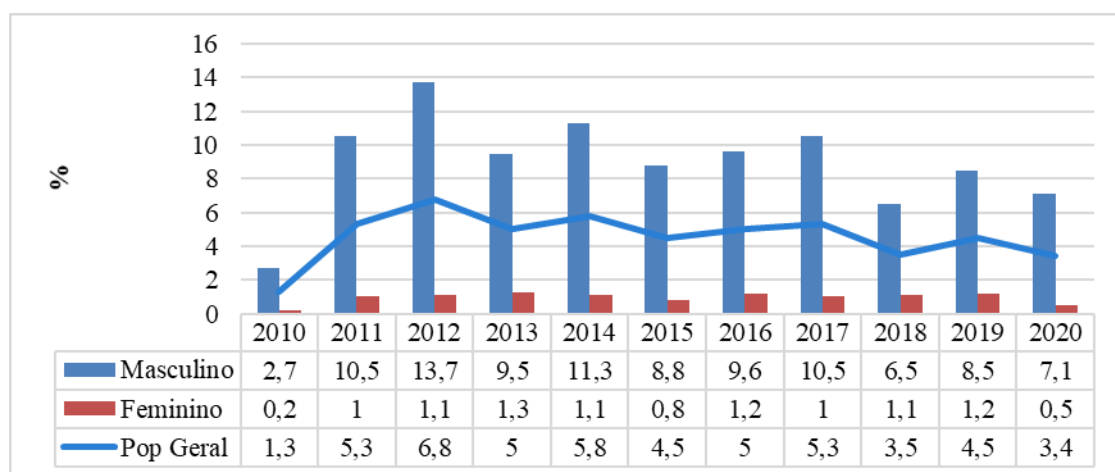


Fonte: VIGITEL 2010-2020

Acompanhando a implementação nacional da Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008 e a nova “Lei Seca” (Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012), que visa coibir a condução de veículo motorizado após o consumo de bebidas alcoólicas, o Vigitel passou a estimar a frequência de indivíduos que referiram conduzir veículo motorizado após o consumo de bebida alcoólica, independentemente da quantidade de bebida consumida e da periodicidade dessa prática.

A frequência de adultos em Salvador que referiram conduzir veículos motorizados após o consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica apresentou um aumento de 161,5% passando de 1,3% (2010) para 3,4% (2020). As maiores frequências foram observadas entre homens em todos os anos da série histórica (Gráfico 17).

Gráfico 17. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conduzir veículos motorizados após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica, por sexo, Salvador - BA, Vigitel 2010-2020

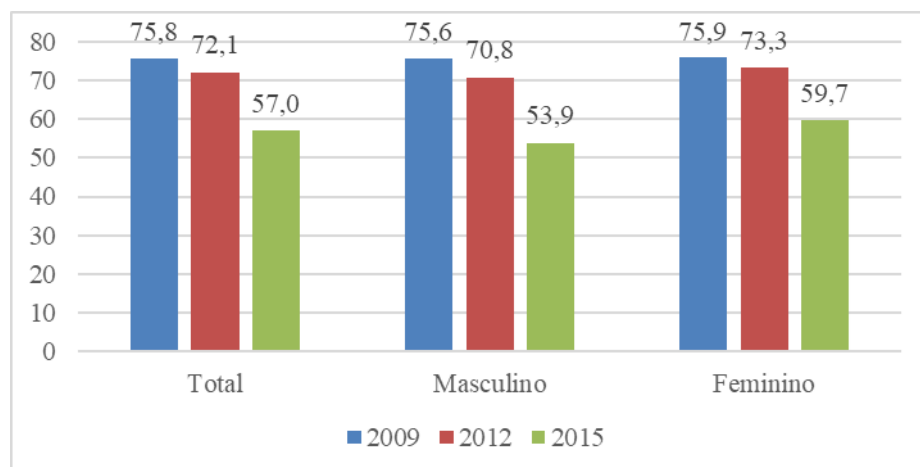


Fonte: VIGITEL 2010-2020

Dados da PNS mostram que o consumo de álcool em Salvador cresceu 25%, entre 2013 e 2019 passando de 22,4% em 2013 para 28% em 2019. Em relação à PeNSE, os

resultados mostram uma redução de 24,8% na experimentação do álcool entre os estudantes do 9º ano do ensino fundamental, passando de 75,8% (2009) para 57% (2015) (Gráfico 18).

Gráfico 18. Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram álcool, por sexo. Salvador-BA, 2009, 2012 e 2015



Fonte: PeNSE 2009-2015

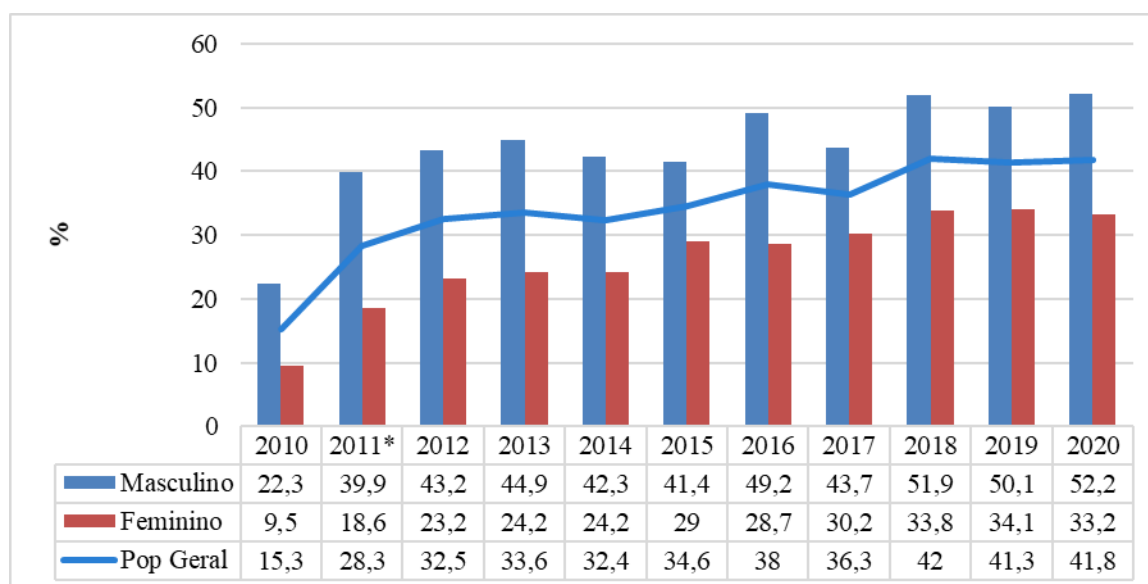
2.3.1.4. Atividade Física

A prática regular de atividade física é um comportamento saudável que geralmente acompanha hábitos saudáveis de alimentação. Em contrapartida, o tabagismo e o consumo de álcool estão associados a uma alimentação menos saudável. Para a redução de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes, câncer, obesidade, entre outras, e em última instância para redução da mortalidade por DCNT é bem estabelecido e reconhecido os benefícios da atividade física.

De acordo com o VIGITEL¹¹, a frequência de adultos que praticam atividade física no tempo livre aumentou 47,7% na população geral, passando de 28,3% em 2011 para 41,8% em 2020. Embora a frequência tenha se apresentado maior nos homens em todos os anos da série histórica, o aumento percentual neste período foi maior no sexo feminino (78,5%) quando comparado ao sexo masculino (30,8%) (Gráfico 19). Dados semelhantes foram encontrados na PNS, com um aumento de 48,3% na frequência de adultos que praticam atividade física no tempo livre, passando de 26,7% em 2013 para 39,6% em 2019.

¹¹ A partir de 2011, o sistema utilizou como indicador aqueles que praticam pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa.

Gráfico 19. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre, por sexo, Salvador – BA, Vigitel 2010-2020



Fonte: VIGITEL 2010-2020

*O VIGITEL considerava ativo fisicamente todos os indivíduos que praticam pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana ou pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana. A partir de 2011, utilizou como indicador aqueles que praticam pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa.

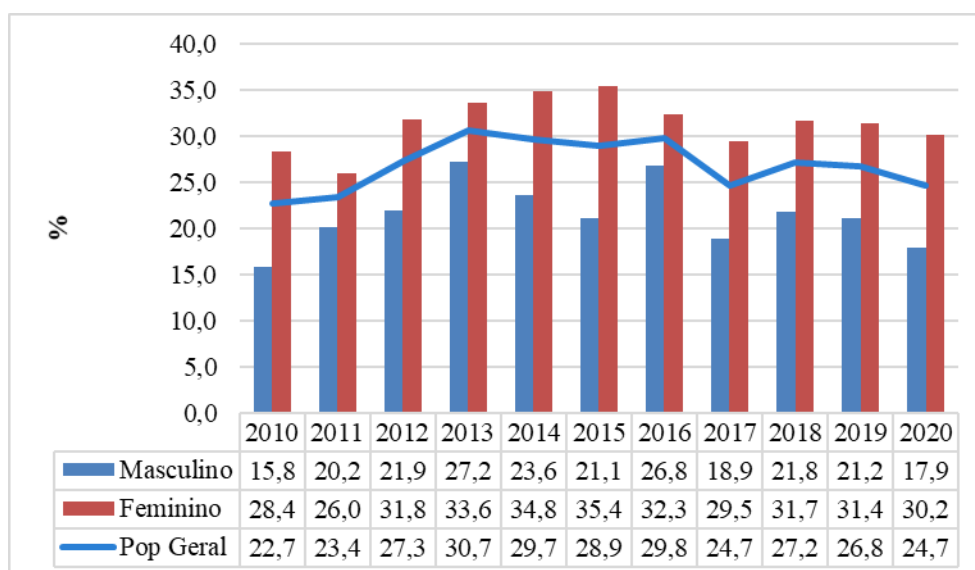
2.3.1.5. Alimentação Saudável

A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico, e está relacionada à melhoria da saúde, menor risco de doenças não transmissíveis e longevidade (WHO, [s.d.]). O efeito benéfico sobre a prevenção de doenças advém do alimento em si e das combinações de nutrientes e outros compostos químicos que fazem parte da matriz do alimento, mais do que de nutrientes isolados.

O consumo regular de frutas, legumes e verduras é apontado pela OMS como um importante fator de proteção e de prevenção das DCNT. Estudos recentes na literatura evidenciam importante associação entre o consumo adequado desses alimentos e menor risco de mortalidade por doença cardiovascular e neoplasias. A OMS recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças, o que equivale, aproximadamente, ao consumo diário de cinco porções desses alimentos.

A pesquisa Vigitel considerou consumo regular o consumo de frutas e hortaliças quando ambos os alimentos eram consumidos em cinco ou mais dias da semana. Ao analisar o ano de 2010 e 2020, observa-se um aumento de 8,8% no consumo. Contudo, ressalta-se que Salvador ainda se encontra entre as quatro capitais brasileiras com menor consumo de frutas e hortaliças (24,7%). Destaca-se que em todo período, o consumo de frutas e hortaliças foi maior no sexo feminino (Gráfico 20). A comparação da PNS realizada nos anos de 2013 e 2019 mostra que o consumo regular de frutas e hortaliças aumentou 12,9% em Salvador, passando de 25,6% para 28,9%. Por outro lado, houve redução do consumo regular de feijão (- 12,9%) e de refrigerante (-43,8%).

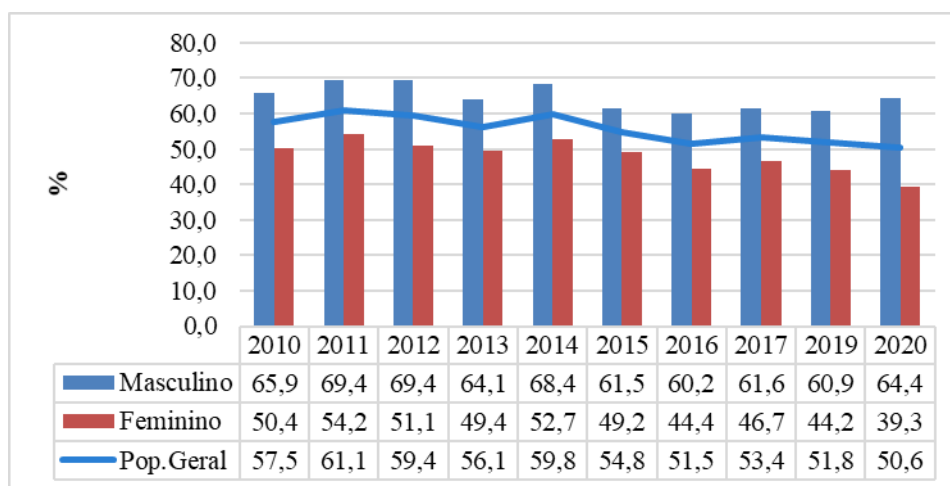
Gráfico 20. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem regularmente frutas e hortaliças, por sexo, Salvador-BA, VIGITEL 2010-2020



Fonte: VIGITEL 2010-2020

O consumo regular de feijão¹² na população geral do município apresentou uma redução de 12% entre 2010 e 2020. Ao longo da série histórica, esse consumo foi maior no sexo masculino. No período, observa-se uma redução do consumo de 2,3% para os homens e de 22% para as mulheres (Gráfico 21).

Gráfico 21. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem feijão em cinco ou mais dias na semana, por sexo, Salvador - BA. Vigitel, 2010-2020

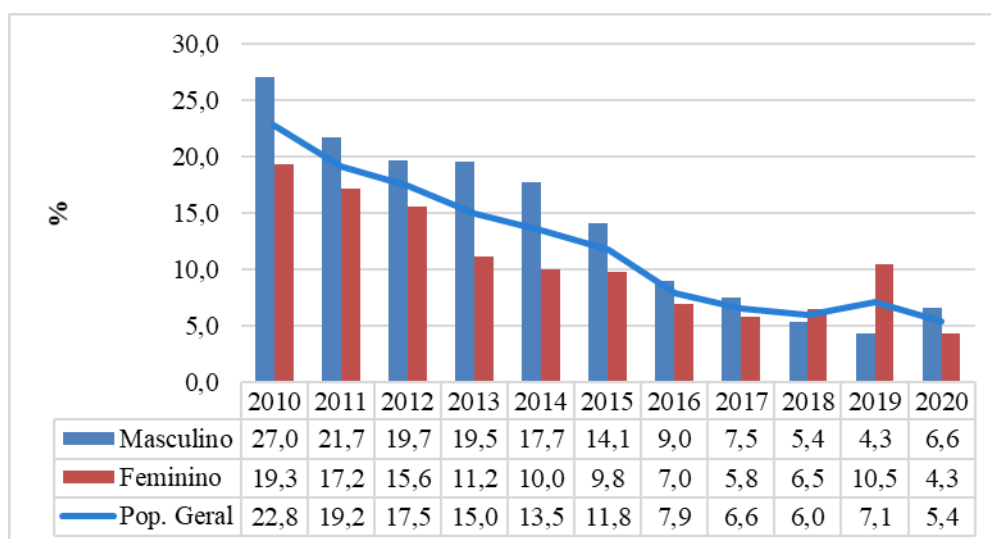


Fonte: VIGITEL 2010-2020

Em relação ao consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias na semana, a população de Salvador apresentou redução de 76,3% no consumo desta bebida ao longo da série histórica. Em 2020, Salvador (5,4%) ficou na terceira posição entre as capitais com o menor consumo de refrigerantes, atrás, apenas de Natal (3,8%) e São Luís (4,5%) (Gráfico 22).

¹² Ressalta-se que em 2018, este indicador não fez parte da pesquisa do Vigitel.

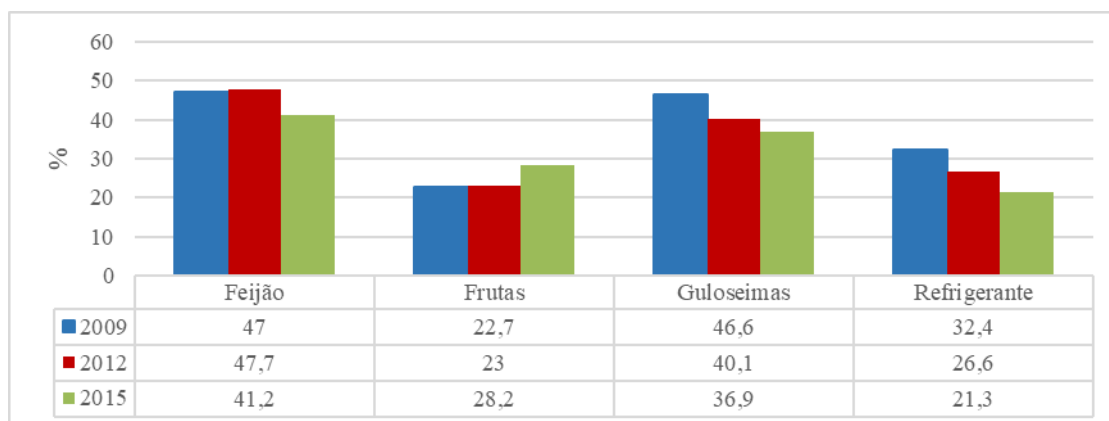
Gráfico 22. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem refrigerantes em cinco ou mais dias na semana, por sexo, Salvador – BA, VIGITEL, 2010-2020



Fonte: VIGITEL 2010-2020

Segundo dados da PeNSE, o consumo de frutas, feijão, guloseimas, e refrigerantes por escolares do 9º do ensino fundamental de Salvador, apresentou de 2009 a 2015 aumento de 24,2% para frutas, associado a redução de 12,3% para o consumo de feijão, 20,8% para guloseimas e 34,3% para refrigerantes (Gráfico 23).

Gráfico 23. Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, segundo frequência de consumo de frutas, guloseimas e refrigerantes, cinco ou mais dias na semana em Salvador- BA, PeNSE, 2009-2015



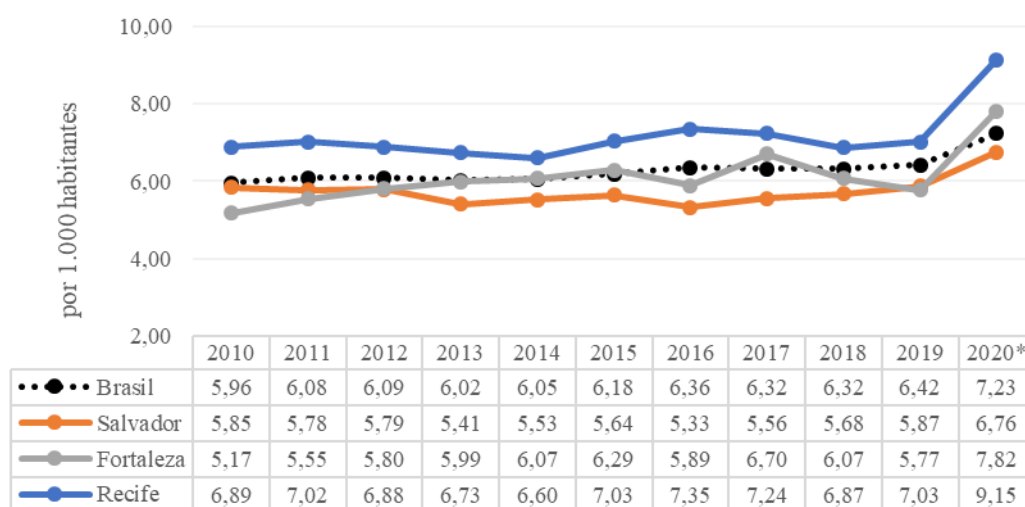
Fonte: PeNSE 2009-2015

2.3.2. Perfil de Mortalidade

2.3.2.1. Mortalidade Geral

A taxa bruta de mortalidade em Salvador apresentava-se em decréscimo desde 2010, voltando a crescer a partir de 2016. Apresenta tendência de elevação, mas se posiciona abaixo da taxa nacional e de outras capitais com mesmo perfil populacional, como Fortaleza e Recife (Gráfico 24).

Gráfico 24. Taxa bruta de mortalidade no Brasil, Salvador, Fortaleza e Recife, 2010 a 2020*



Fonte: DATASUS/SIM (Abril/2021); IBGE.

Ainda com dados preliminares, 2020 se apresentou como o ano com maior mortalidade de pessoas no Brasil, com crescimento de 12,6% da taxa bruta de mortalidade em relação à 2019. A variação é cerca de quinze vezes maior do que a média de 0,84% observada na série histórica (2010-2019). Dentre as capitais mais populosas do Nordeste, de 2019 para 2020, Salvador apresentou 15,6% de crescimento dessa taxa, menor que Fortaleza e Recife que obtiveram taxas equivalentes a 35,6% e 30,2% respectivamente.

As Doenças do aparelho circulatório, Neoplasias e Causas externas são responsáveis por mais de 50% dos óbitos registrados em Salvador de 2010 a 2020. Embora, historicamente, as Doenças do aparelho circulatório se apresentem como a primeira causa de morte em residentes de Salvador, vale destacar o incremento de 13,74% das Neoplasias no período analisado. As causas externas se apresentam como a segunda causa de morte entre 2010 e 2012, e no período de 2013 a 2019 foram ultrapassadas pelas neoplasias ocupando o terceiro lugar no ranking de óbitos na população geral.

O aumento da mortalidade em 2020 foi atribuído principalmente às Doenças parasitárias e infecciosas, grupo que compreende a COVID-19, com um crescimento de 489% na taxa de mortalidade em relação a 2019, superando as Causas externas (Quadro 01). Ademais, houve um aumento de 22,8% por Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e de 6,1% por Causas externas (Gráfico 25).

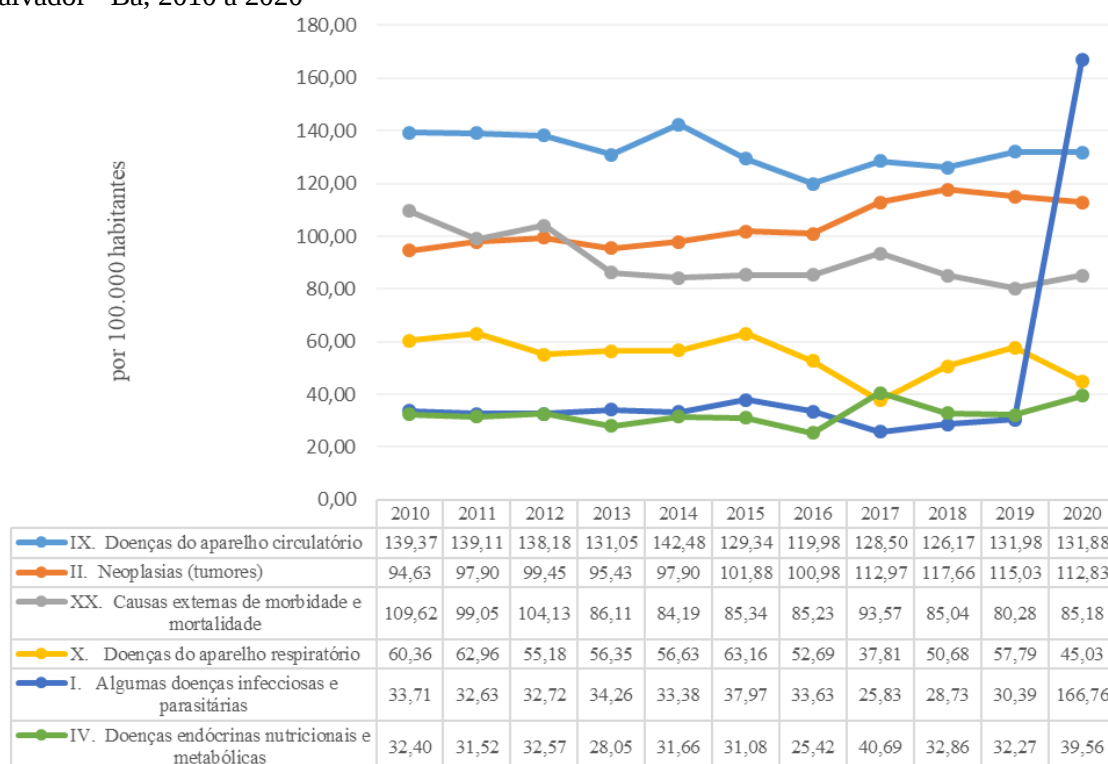
Quadro 01. Número de óbitos segundo causas Capítulo da CID-10 de residentes em Salvador-BA, 2010-2020*

CAUSAS CAPÍTULO DA CID 10/ANO DO ÓBITO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	4578	4623	4601	4614	5092	4738	4341	4722	4349	4769	4683	51110
II. Neoplasias (tumores)	3894	4123	4077	4226	4449	4582	4692	5039	5018	5224	5104	50428
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4334	4071	4460	3902	3998	3796	3936	4284	3667	3496	3607	43551
X. Doenças do aparelho respiratório	1986	2086	1846	2031	1990	2205	1920	1331	1771	2036	1706	20908
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1209	1160	1190	1274	1276	1397	1252	980	1062	1135	6684	18619
XI. Doenças do aparelho digestivo	1258	1243	1200	1187	1207	1228	1177	1329	1244	1306	1196	13575
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1337	1295	1316	1327	1242	1258	1148	1188	1156	996	1017	13280
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1038	1005	1062	969	1079	1055	895	1416	1095	1125	1352	12091
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	493	599	794	708	575	783	817	1070	1084	1057	1714	9694
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	404	446	444	515	457	577	586	691	634	735	695	6184
VI. Doenças do sistema nervoso	417	425	426	444	513	491	558	647	620	746	719	6006
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	334	359	372	363	396	392	389	370	408	389	380	4152
V. Transtornos mentais e comportamentais	169	216	94	180	155	194	121	160	156	231	242	1918
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	283	191	204	152	134	151	153	113	89	117	128	1715
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	189	166	130	145	137	145	142	168	140	153	155	1670
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	99	87	97	105	118	128	123	182	176	203	206	1524
XV. Gravidez parto e puerpério	57	40	52	50	58	45	51	47	33	35	59	527
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	3	1	2	4	0	0	0	5	1	16
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0	6
Total	22079	22135	22370	22194	22879	23170	22302	23737	22702	23758	29648	256974

Fonte: SMS/SUIS/Sistema de Informação de mortalidade - SIM

*Dados acessados em 20/07/2021, sujeitos à alteração

Gráfico 25. Taxa de mortalidade segundo causa Capítulos (CID10 CAP) em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020*

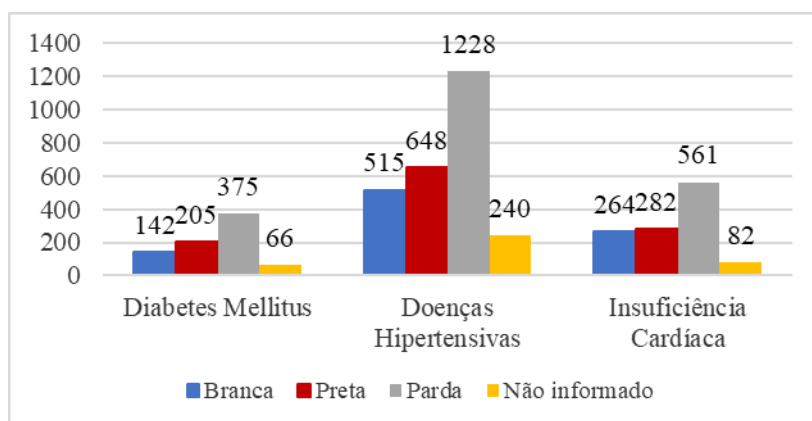


Fonte: SMS/SUIS-SIM (15.06.21) *Dados preliminares

Os dados de 2010 a 2020, revelam que indivíduos do sexo masculino apresentam uma taxa de mortalidade cerca de 37% mais elevada que o sexo feminino. Considerando o quesito raça/cor, 68,66% dos óbitos ocorreram em indivíduos da raça negra (pretos e pardos), 20,44% entre brancos e menores proporções para amarelos (0,18%) e indígenas (0,06%), enquanto 10,66% não apresentam registro deste quesito (DATASUS/SIM, 2020).

Ao considerar as Doenças Hipertensivas, Insuficiência Cardíaca e Diabetes Mellitus) mostra que, nos três grupos de doenças, a mortalidade foi maior na população parda, seguida da preta e branca (Gráfico 26).

Gráfico 26. Número de Óbitos pelas principais DCNT, de acordo com a variável raça/cor, em Salvador-BA, no período 2015-2020*



Fonte: SMS/SUIS – SIM, 2021.

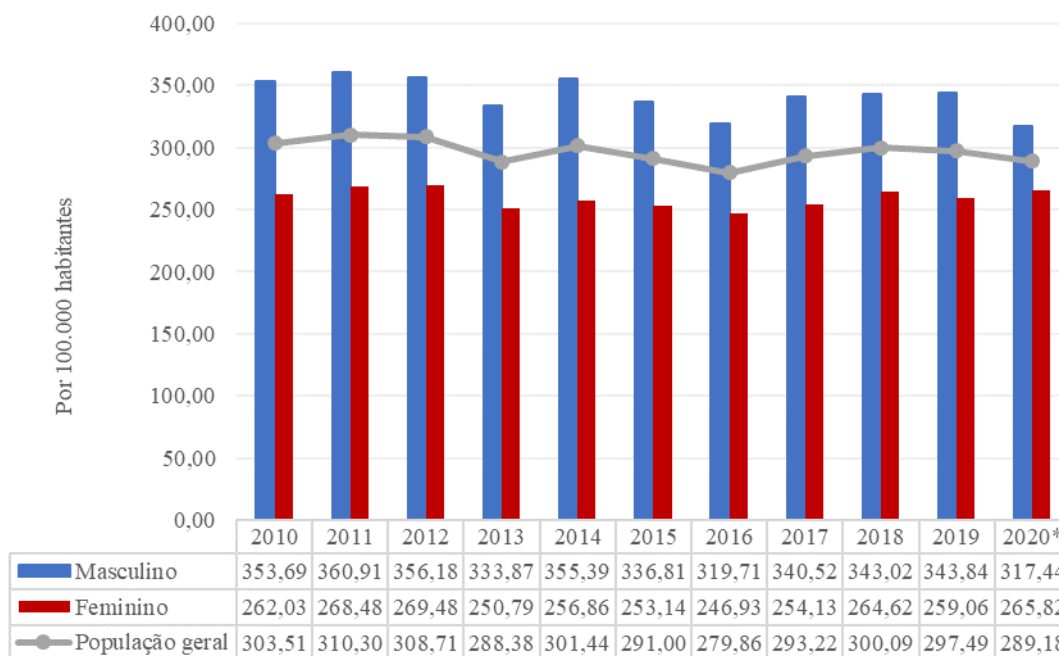
Quando estratificado por faixa etária, as causas externas têm impacto maior na mortalidade entre os jovens de 15 a 29 anos de idade, principalmente do sexo masculino. A partir da terceira década de vida, aumentam as mortes por DCNT atribuídas a aspectos relativos às mudanças sociais, econômicas e demográficas, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável.

2.3.2.2. Mortalidade Prematura pelas principais DCNT

A taxa de mortalidade prematura (população de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratória crônica) é um importante indicador para avaliar o impacto das políticas públicas de prevenção e controle dessas doenças e seus fatores de risco. Embora importante, este indicador sofre restrições em caso de elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas e, também, com a estimativa populacional utilizada para seu cálculo.

Em Salvador, de 2010 a 2020, verifica-se um discreto decréscimo dessa taxa, contudo a redução média é inferior ao 1% pactuado como meta do Plano Municipal de Enfrentamento das DCNT 2017-2022. Nesse período, a população masculina apresentou risco médio 32% maior que a feminina (Gráfico 27).

Gráfico 27. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), em residentes de Salvador - BA, 2010 a 2020*



Fonte: SMS/SUIS-SIM (17.06.21) *Dados preliminares

Considerando o último ano do banco de mortalidade (2019), em relação a variação da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das principais DCNT por Distrito Sanitário, observa-se maiores crescimentos nos DS Itapuã (38,71%), Centro

Histórico (18,98%) e Cajazeiras (11,35%); e reduções nos DS São Caetano/Valeria (-13,46%) e Barra/Rio Vermelho/Pituba (-12,38%) (Tabela 07).

Tabela 07. Variação da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratória crônica), segundo distrito sanitário de residência, Salvador - Ba, 2010 a 2019

Distrito Sanitário	2010	2019	Variação (%)
Centro Histórico	287,11	341,60	18,98
Itapagipe	311,19	301,80	-3,02
São Caetano/Valeria	422,02	365,21	-13,46
Liberdade	339,83	321,95	-5,26
Brotas	260,08	266,22	2,36
Barra/Rio Vermelho	284,20	249,01	-12,38
Boca do Rio	241,12	220,20	-8,68
Itapuã	196,98	273,23	38,71
Cabula/Beiru	257,46	267,47	3,89
Pau da Lima	296,84	291,46	-1,81
Subúrbio Ferroviário	294,89	316,66	7,38
Cajazeiras	298,72	332,62	11,35

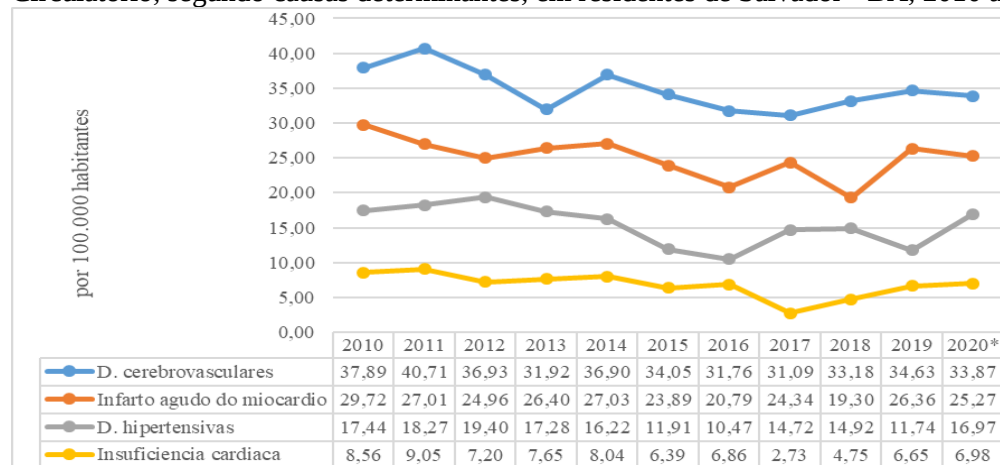
Fonte: SMS/SUIS-SIM (17.06.21)

Considerando a necessidade e a especificidade da temática, a mortalidade por causas externas será analisada em um tópico separado das demais DCNT.

A. Doenças do aparelho circulatório

Entre 2010 e 2020, as maiores taxas de mortalidade prematuras por Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) são atribuídas às Doenças Cerebrovasculares, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Doenças Hipertensivas e Insuficiência Cardíaca (Gráfico 28). Embora com dados preliminares para 2020, a taxa de mortalidade prematura por Doenças Hipertensivas está 44,6% superior em relação ao ano anterior, assim como a de insuficiência cardíaca (5%). Destaca-se o aumento de 155,6% da taxa de mortalidade prematura por Insuficiência Cardíaca e 8,94% por Doenças Cerebrovasculares, entre os anos de 2017 e 2020.

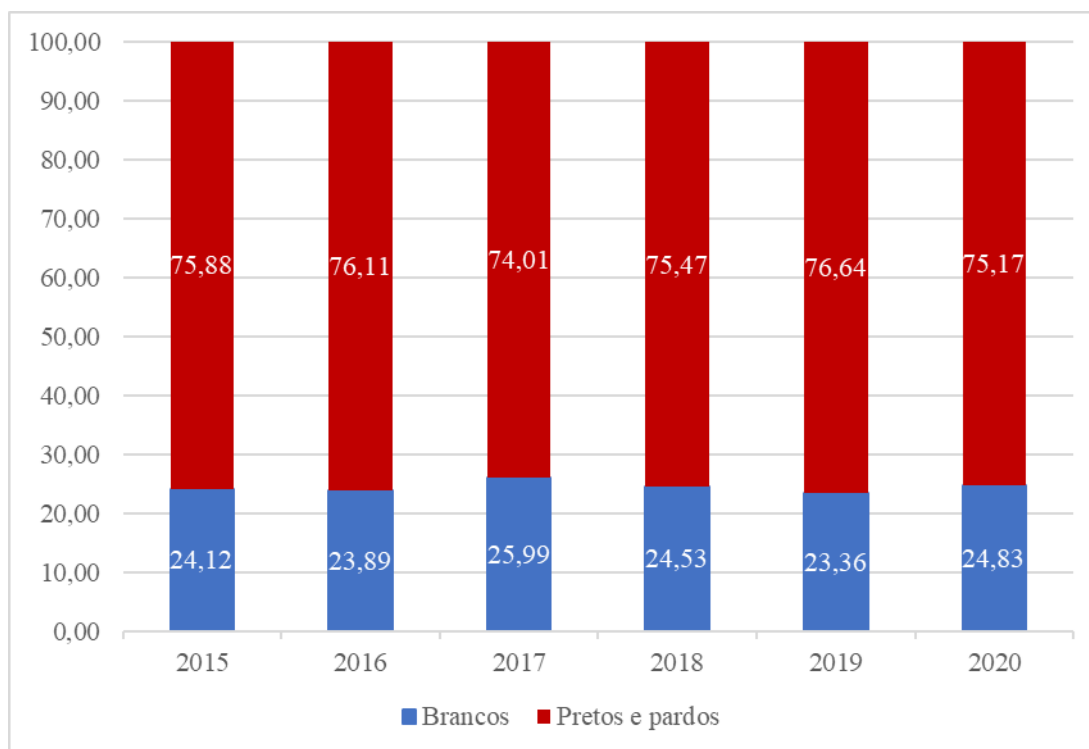
Gráfico 28. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças do Aparelho Circulatório, segundo causas determinantes, em residentes de Salvador - BA, 2010 a 2020*



Fonte: SMS/SUIS-SIM (15.06.21). *Dados preliminares

Considerando os óbitos na População Geral por Doenças do aparelho circulatório, segundo critério raça/cor, entre 2015 e 2020, mostra que no período a população negra representou cerca de 75% dos indivíduos acometidos por este grupo de doenças (Gráfico 29).

Gráfico 29. Percentual de Óbitos por doenças do aparelho circulatório, em Salvador, segundo a raça/cor, 2015-2020

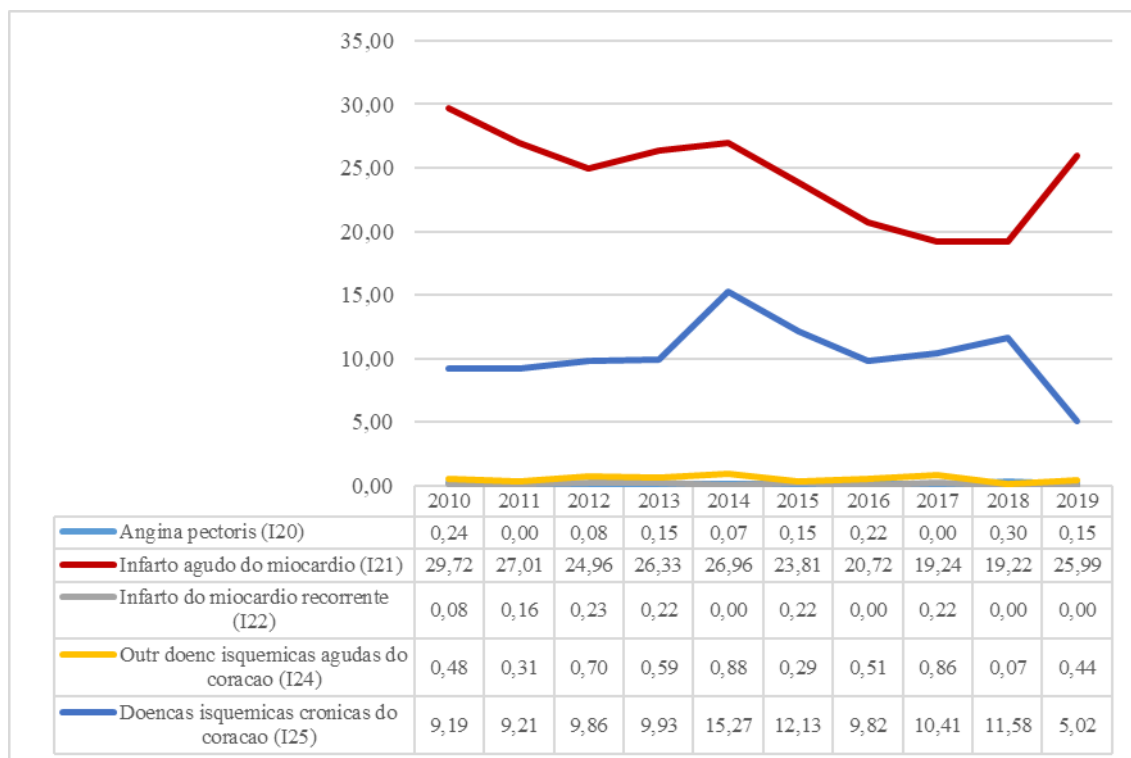


Fonte: SMS/SUIS – SIM, 2021.

Analisando a mortalidade prematura por Doenças isquêmicas do coração (CID I20-I25), destaca-se o IAM e as Doenças isquêmicas crônicas do coração, como responsáveis por aproximadamente 69% e 29% da mortalidade por esse grupo de causas entre 2010 e 2019. Apesar da contribuição do IAM, nota-se uma redução de -12,6% na taxa de mortalidade por essa causa ao longo da série histórica, com tendência de crescimento a partir de 2019.

Quando se trata das Doenças isquêmicas crônicas do coração, observa-se maior taxa de mortalidade em 2014 (15,27/100 mil hab), apesar da redução de -45,4% em todo o período (Gráfico 30). Esses dados podem apontar uma melhoria do diagnóstico oportuno e tratamento dessas doenças, com repercussão na evitabilidade dos óbitos.

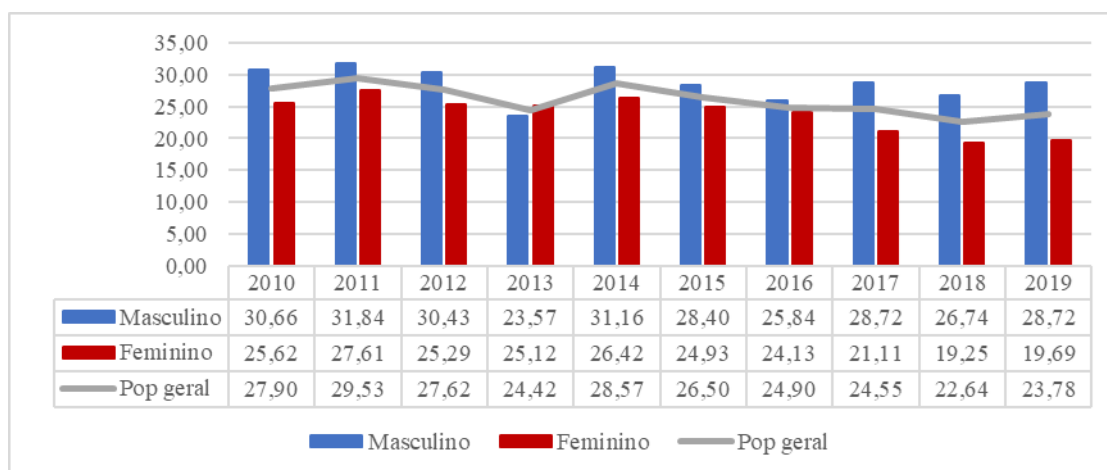
Gráfico 30. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças Isquêmicas do Coração (I20-I25) segundo tipo, Salvador-BA, 2010-2019



Fonte: SIM/Tabnet Salvador. Dados tabulados em: 11/01/2022.

Em relação aos óbitos por Doenças cerebrovasculares (CID I60-I69) no período de 2010 a 2019, 74,51% tiveram como causa o Acidente Vascular Cerebral (AVC), demonstrando sua magnitude e importância do diagnóstico. Os anos de 2011 e 2014 foram os que apresentaram as maiores taxas de mortalidade por AVC, com 29,53 e 28,57 óbitos por 100 mil hab., respectivamente. Observa-se na série histórica uma redução de -14,79% na mortalidade por essa causa, sendo a população feminina a que apresenta uma maior redução da mortalidade, equivalendo a -23,16% no período (Gráfico 31).

Gráfico 31. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por AVC (I60-I64) geral e segundo sexo, Salvador-BA, 2010-2019

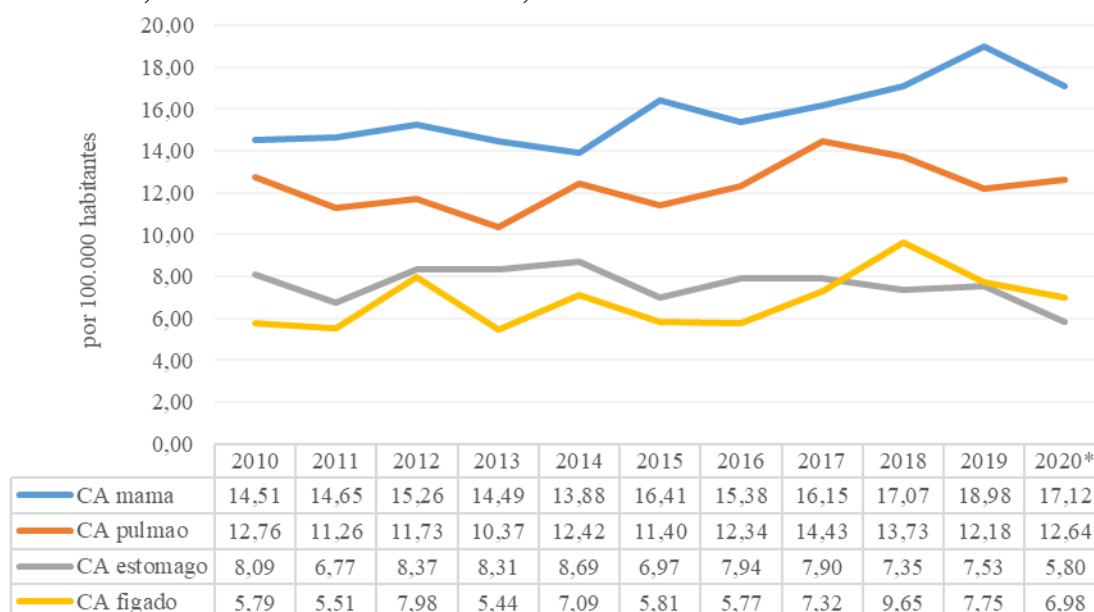


Fonte: SIM/Tabnet Salvador. Dados tabulados em: 11/01/2022

B. Neoplasias

Em relação as Neoplasias, as maiores taxas de mortalidade prematura são atribuídas ao Câncer de mama, pulmão, estômago e fígado (Gráfico 32). Destaca-se o aumento de 30,8% nas mortes prematuras por Câncer de mama, de 2010 para 2019, e 34% por Câncer de fígado. Observa-se, ainda com dados preliminares para 2020, que a taxa de mortalidade prematura por Câncer de pulmão está 3,7% superior ao ano anterior.

Gráfico 32. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Neoplasias, segundo causas determinantes, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020*



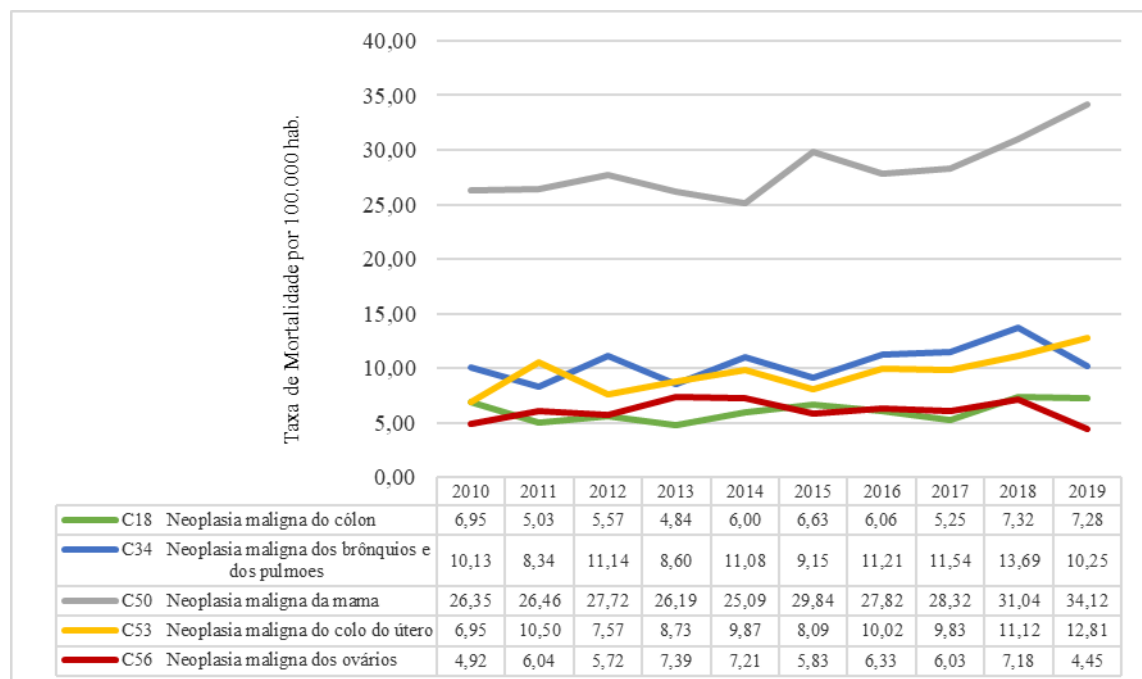
Fonte: SMS/SUIS-SIM (15.06.21) *Dados preliminares

A variação da taxa de mortalidade por Câncer de 2010 para 2019 pelas principais causas para o sexo masculino, revelam crescimento importante por câncer de próstata e fígado; para o sexo feminino, crescimento por câncer de mama e colo de útero.

Em relação a taxa de mortalidade por neoplasias no sexo feminino em 2019, observa-se como principais causas as neoplasias malignas da mama (34,12/100 mil hab), do colo do útero (12,81/100 mil hab) e dos brônquios e dos pulmões (10,25/100 mil hab). Entre os anos de 2010 e 2019 observa-se um crescimento na mortalidade por todas as causas analisadas, exceto pelas neoplasias do ovário, que apresentou redução de -9,6%. Chama a atenção a elevação da taxa de mortalidade por neoplasias do colo do útero, que apresentou um incremento de 84,4% em todo o período em análise, necessitando de intervenções para o rastreamento e diagnóstico oportuno.

Além disso, a mortalidade por neoplasias de mama chega a ser até 3 vezes maior do que pelas outras causas, com tendência de crescimento (Gráfico 33). Destaca-se ainda, que do total de óbitos por neoplasias de mama 54,94% acontecem em mulheres de raça/cor parda, 20,17% nas pretas e 19,35% nas brancas.

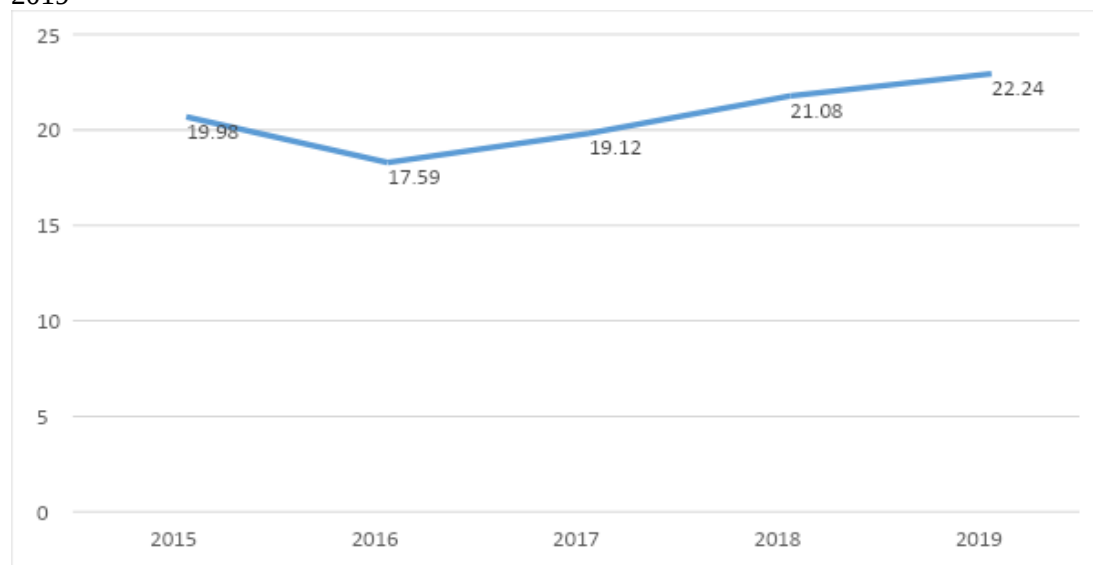
Gráfico 33. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias malignas segundo principais causas, no sexo feminino, Salvador-BA, 2010-2019



Fonte: SIM/Tabnet Salvador. Dados tabulados em: 11/01/2022.

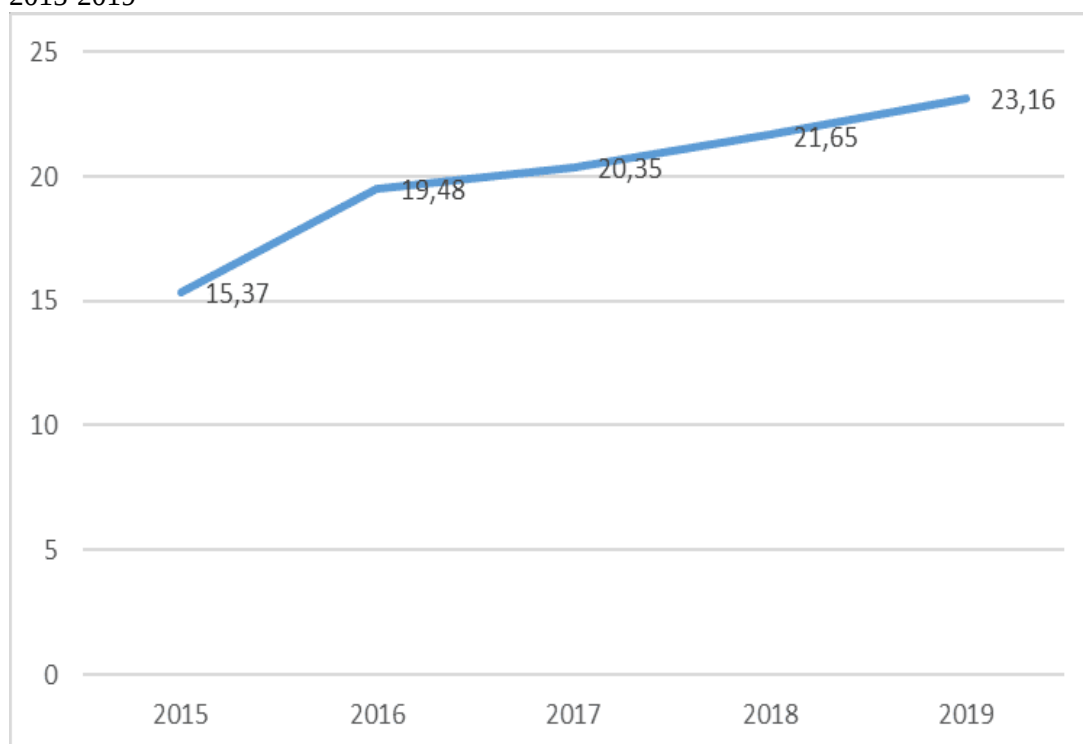
Em relação à mortalidade proporcional por câncer de mama, observa-se um percentual crescente desde 2016, atingindo 22,24% em 2019, o que pode estar relacionado ao prolongado tempo para o diagnóstico e início do tratamento (Gráfico 34). No que se refere à mortalidade por câncer de colo de útero, o percentual tem se elevado desde 2015, atingindo valor máximo em 2019 com 23,16% (Gráfico 35).

Gráfico 34. Mortalidade proporcional por câncer de mama em mulheres, Salvador-BA, 2015-2019



Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

Gráfico 35. Mortalidade proporcional por Câncer do colo do útero, em mulheres, Salvador-BA, 2015-2019

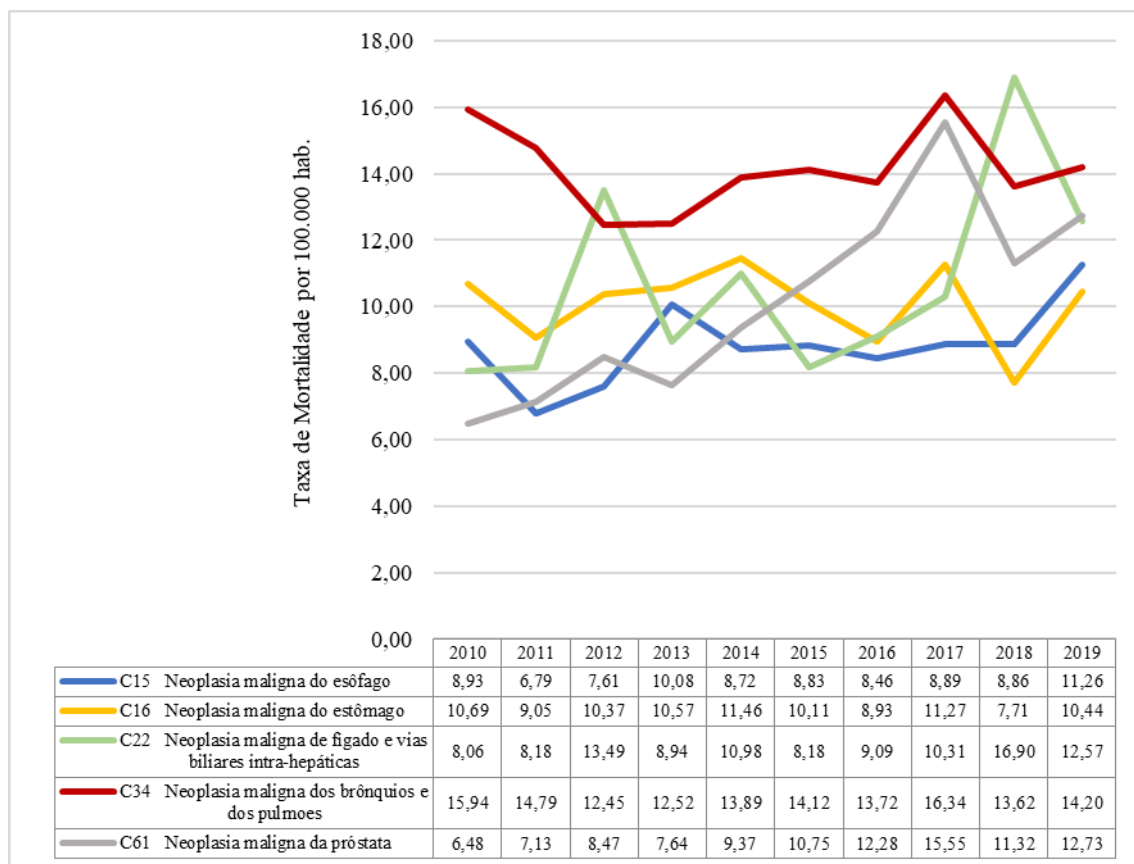


Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

Os óbitos segundo os principais tipos de Neoplasias nos homens em Salvador mostram que entre 2010 e 2019, as neoplasias dos brônquios e pulmões foram a primeira causa de mortalidade, exceto nos anos de 2012 e 2018, quando foi superada pelas neoplasias de fígado e vias biliares intra-hepáticas.

Entretanto, observa-se nesse período uma redução de -10,9% nos óbitos pelas neoplasias de brônquios e pulmões, e um crescimento de 96,4% na mortalidade por neoplasias de próstata, de 55,9% por neoplasias de fígado e de 26% por neoplasias do esôfago. Em 2019 nota-se tendência de aumento na taxa de mortalidade por todas as causas analisadas, exceto pelas neoplasias de fígado, que apresentou uma leve diminuição (Gráfico 36). Com o aumento da idade, observa-se a elevação no número de óbitos por essas causas, entretanto na faixa etária de 30-49 anos é aquela na qual ocorre o maior número de óbitos.

Gráfico 36. Taxa de mortalidade prematura pelas neoplasias malignas segundo principais causas, no sexo masculino, Salvador-BA, 2010-2019



Fonte: SIM/Tabnet Salvador. Dados tabulados em: 11/01/2022.

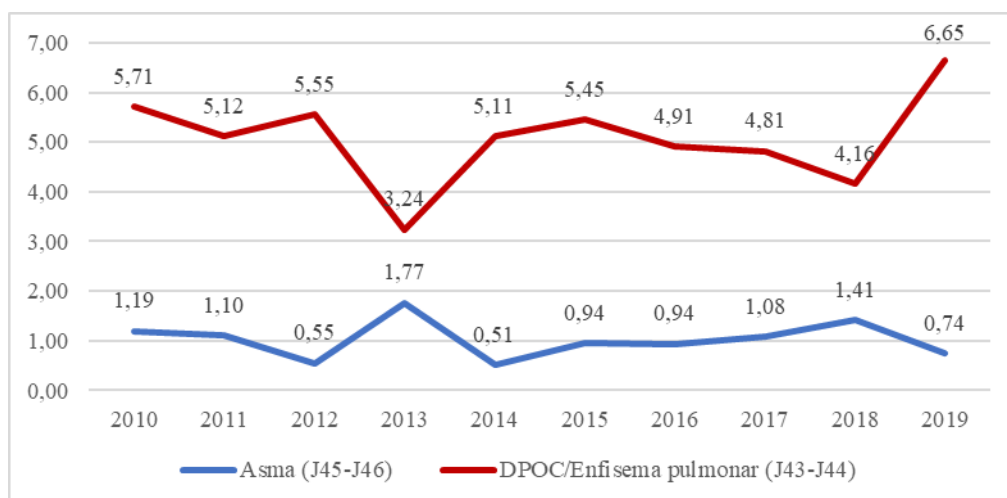
C. Doenças do aparelho respiratório

Em relação aos óbitos por Doenças respiratórias crônicas, as mortes prematuras por bronquite, enfisema e asma, acometeram principalmente as faixas etárias de 60-69 anos (36,4%) e de 50-59 anos (24,8%), sendo 56,2% na população de sexo masculino e 43,8% na de sexo feminino. Cabe ressaltar que a asma é mais prevalente nas crianças e adolescentes, conforme detalhado no Plano Municipal de Saúde para a Infância e a Adolescência (PMSIA 2022-2030).

Considerando o total de óbitos prematuros por Doenças respiratórias crônicas (J30-J98) entre 2010 e 2019, as principais causas nesse grupo foram Outros transtornos respiratórios (J98), Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (J44) e Edema pulmonar não especificado de outras formas (J81), correspondendo a 40,20%, 19,23% e 16,23%, respectivamente.

Em se tratando dos óbitos prematuros causados especificamente por Asma (J45-J46) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)/Enfisema, houveram nesse período um total de 137 e 678 óbitos, respectivamente. Em relação a causa Asma, 2013 foi o ano que apresentou a menor taxa, equivalendo a 3,24 óbitos por 100 mil hab, e a maior taxa foi em 2019 (6,65 óbitos por 100 mil hab). Entre 2010 e 2019 houve uma redução de -37,90% da mortalidade prematura por essa causa, ao passo que nota-se um aumento de 16,44% na mortalidade por DPOC/Enfisema (Gráfico 37).

Gráfico 37. Taxa de mortalidade prematura por Asma (J45-J46) e DPOC/Enfisema (J43-J44), Salvador-BA, 2010-2019



Fonte: SIM/Tabnet Salvador. Dados tabulados em: 11/01/2022.

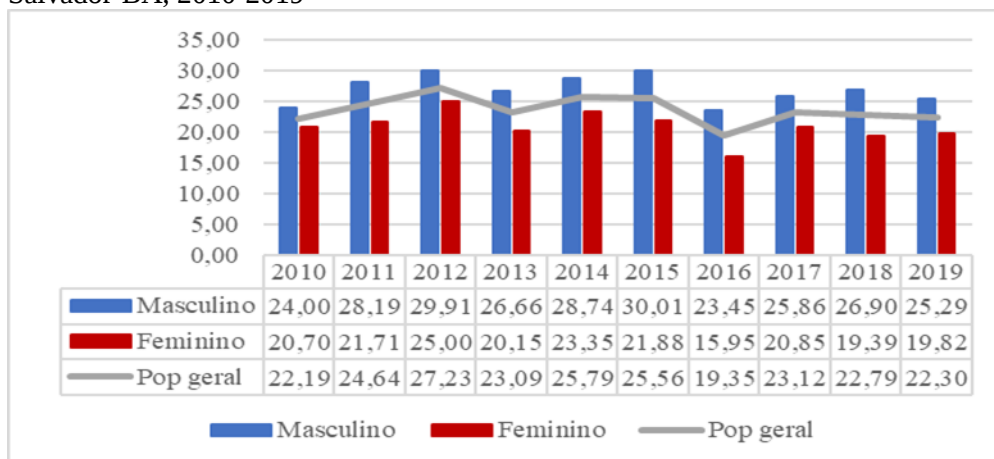
A maioria dos óbitos (59,9%) por Asma no período ocorreu no sexo feminino, ao contrário do que se verifica em relação aos óbitos por DPOC/Enfisema pulmonar, quando 61,2% foram no sexo masculino.

D. Diabetes Mellitus

Das mortes prematuras por diabetes entre 2010 e 2019, observa-se que 51,6% foram na população de sexo masculino e 48,4% do feminino, acometendo principalmente a faixa etária de 60-69 anos (55,8%) e de 50-59 anos (30,9%).

Observa-se na série histórica uma redução de -4,24% da mortalidade no sexo feminino ao passo que no sexo masculino houve um aumento de 5,39%. A taxa de mortalidade por Diabetes na população total de 30 a 69 anos apresenta oscilação ao longo dos anos, sendo o ano de 2016 o que apresentou o menor valor (19,35 óbitos por 100 mil hab).

Gráfico 38. Taxa de mortalidade prematura por Diabetes Mellitus (E10-E14)), segundo sexo, Salvador-BA, 2010-2019



Fonte: SIM/Tabnet Salvador. Dados tabulados em: 11/01/2022.

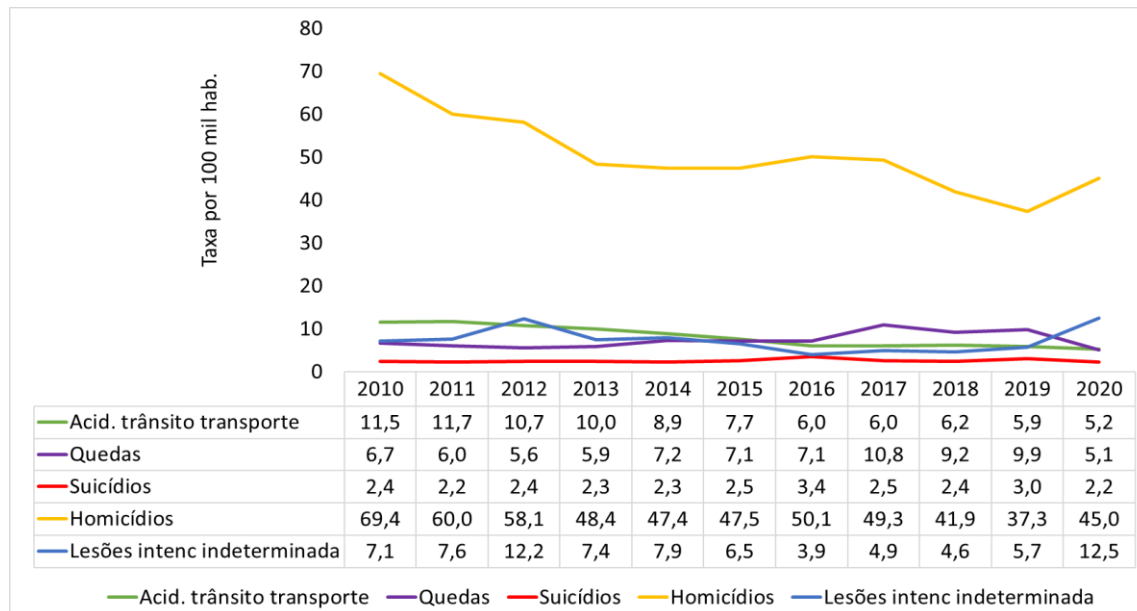
E. Causas externas

As Causas Externas são constituídas pelos acidentes e violências, agravos que em sua maioria são previsíveis e preveníveis. Representam um problema de saúde pública na atualidade, com elevada morbimortalidade, atingindo faixas etárias jovens, gerando grandes gastos para o setor público e com reflexo em várias áreas. O enfrentamento do problema na saúde inclui a promoção da saúde e da cultura da paz, a prevenção da violência e dos acidentes, a assistência às vítimas, para a qual é necessária a organização das redes de atenção (contemplando os serviços de emergência fixos e móveis, os hospitais, centros especializados, atenção psicossocial, serviços de reabilitação), e a proteção às vítimas e seus familiares.

Em alguns estados do Brasil as violências chegam a ocupar o primeiro lugar em número de óbitos. Este cenário é agravado pelas desigualdades sociais, com importante recorte para a cor da pele. De forma geral, mulheres e homens negros morrem mais que os brancos (BRASIL, 2020).

Quanto às taxas de mortalidade por Causas externas em Salvador no período de 2010 a 2020, os homicídios representam a maior taxa, com redução entre 2010 a 2014 e em 2016 e 2019, voltando a crescer em 2020, sendo esse ano ainda com dados preliminares. Os Acidentes de transportes terrestres, denominados como sinistros de trânsito, corresponderam a segunda maior taxa entre 2010 e 2015, e as Quedas a segunda maior taxa entre 2016 e 2019 (Gráfico 39).

Gráfico 39. Taxa de mortalidade por causas externas segundo as principais causas determinantes, em Salvador-BA, 2010 -2020*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

População por sexo estimada com base no censo 2010 *Dados preliminares, acessados em 06.07.2021

Ao analisar os dados, por faixa etária, as maiores vítimas da violência em Salvador são os adultos jovens (20 a 29 anos), com a maior proporção (45,18%) de homicídios nessa faixa etária (7.065 homicídios) (Quadro 02). Destaca-se, no período de 2010 a 2020, os acidentes de transporte terrestres como a primeira causa de mortes (29,85%) na faixa dos 5 aos 9 anos (20 óbitos), e como a segunda causa das mortes (16,53%) registradas nos indivíduos dos 30 aos 59 anos (1.379 óbitos).

Quadro 02. Ranking dos principais grupos de causas de óbito dentre as causas externas, segundo faixa etária, Salvador, 2010-2020*

Ranking	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos e +
1ª	Outros Acidentes (45)	Outros Acidentes (35)	Acidentes de Transportes (20)	Homicídio (181)	Homicídio (3.132)	Homicídio (7.065)	Homicídio (3.315)	Homicídio (1.168)	Homicídio (506)	Queda (1.528)
2ª	Eventos cuja intenção é indeterminada (09)	Homicídio (18)	Homicídio (14)	Acidentes de Transportes (28)	Demais causas externas (607)	Demais causas externas (1.072)	Acidentes de Transportes (568)	Acidentes de Transportes (414)	Acidentes de Transportes (397)	Outros Acidentes (1.177)
3ª	Homicídio (06)	Afogamento (15)	Outros Acidentes (12)	Afogamento (28)	Eventos cuja intenção é indeterminada (139)	Acidentes de Transportes (544)	Eventos cuja intenção é indeterminada (279)	Eventos cuja intenção é indeterminada (254)	Queda (309)	Eventos cuja intenção é indeterminada (964)
4ª	Queda (05)	Acidentes de Transportes (13)	Afogamento (08)	Eventos cuja intenção é indeterminada (20)	Acidentes de Transportes (97)	Eventos cuja intenção é indeterminada (405)	Suicídio (185)	Queda (225)	Eventos cuja intenção é indeterminada (233)	Acidentes de Transportes (494)
5ª	Queimadura (03)	Queda (12)	Queda (08)	Outros Acidentes (15)	Afogamento (80)	Suicídio (122)	Demais causas externas (182)	Suicídio (149)	Outros Acidentes (184)	Homicídio (232)
6ª	Demais causas externas (03)	Eventos cuja intenção é indeterminada (06)	Queimadura (05)	Queda (12)	Suicídio (33)	Afogamento (87)	Outros Acidentes (122)	Outros Acidentes (119)	Suicídio (126)	Demais causas externas (213)

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

*Dados sujeitos à alteração acessados em 20/07/2021, última atualização em 14/07/2021.

a) *Homicídios*

Os homicídios são a principal causa de morte de jovens entre 15 a 29 anos no Brasil e atingem especialmente jovens negros, do sexo masculino, moradores das periferias e áreas metropolitanas dos centros urbanos. Em 2018, corresponderam a 41,2% dos óbitos de jovens de 15 a 29 anos (n= 29.250) (BRASIL, 2020). Os óbitos por causa violenta contribuem para a sobrecarga dos serviços de saúde, sistema judiciário e aparelhos sociais, revelando falhas existentes nos mecanismos de políticas públicas frente à intensificação desse processo (OMS, 2014).

Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), apontam que mais da metade dos 56.337 mortos por homicídios em 2012 no Brasil eram jovens (27.471, equivalente a 52,63%), dos quais 77% eram negros (pretos e pardos) e 93,30% do sexo masculino. A Bahia é o segundo estado que apresenta a maior taxa de crescimento de homicídios na população negra, segundo o Mapa da violência, e tem a menor taxa de encarceramento de jovens (BRASIL, 2015).

Em Salvador observa-se maiores médias da taxa de mortalidade por homicídios em adultos jovens (20 a 29 anos) com 113,1/100.000 hab, seguido por adolescentes (10 a 19 anos) com 67,2/100.000 hab e adultos de 30 a 39 anos com 59,1/100.000 hab (Quadro 03).

Quadro 03. Taxa de mortalidade por homicídios por 100 mil habitantes, segundo faixa etária, em Salvador-BA, 2010-2020*

Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Média das Taxas
<10a	0,6	0,6	0,9	1,1	1,3	1,3	0,0	1,3	1,1	1,1	1,1	0,9
10-19a	108,8	85,4	86,3	69,6	66,7	55,5	58,6	64,7	54,4	40,9	48,1	67,2
20-29a	163,6	137,2	126,0	108,6	107,7	105,7	111,3	103,3	91,8	80,4	108,8	113,1
30-39a	69,3	68,8	67,1	55,0	53,5	59,3	60,6	62,7	49,9	50,2	54,0	59,1
40-49a	27,7	27,0	30,8	23,5	19,4	30,0	31,8	30,7	24,5	23,3	24,2	26,6
50-59a	18,5	10,8	18,6	15,4	19,4	15,2	19,2	16,4	15,2	12,6	17,5	16,2
60 e +	9,3	10,8	6,0	6,7	7,4	9,2	11,0	9,9	8,3	3,4	6,0	8,0

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

População por faixa etária estimada com base no censo 2010 *Dados preliminares, acessados em 06.07.2021

Em relação à ocorrência de óbitos por homicídios segundo raça/cor e distrito sanitário de residência, no período 2015-2020, os distritos São Caetano/Valéria (17,89%), Subúrbio Ferroviário (15,59%), Cabula-Beirú (12,56%) apresentam as maiores ocorrências de mortalidade, sendo também considerados como distritos que concentram maior percentual de população negra na capital. Destaca-se a maior proporção de mortes por homicídios em pretos e pardos no Distrito da Liberdade (92,18%), quando comparado aos demais distritos (Quadro 04).

Quadro 04. Número e percentual de óbitos por homicídios, segundo raça/cor e Distrito Sanitário de residência em Salvador/BA, 2015 - 2020

Distrito Sanitário Residência	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Ignorado	Total	%
Centro Histórico	22	28	121	0	1	1	173	2,31
Boca do Rio	25	36	122	0	0	1	184	2,46
Brotas	44	87	272	1	1	6	411	5,49
Itapagipe	40	85	317	0	0	4	446	5,95
Barra/Rio Vermelho/Pituba	40	109	302	1	1	3	456	6,09
Itapoã	57	85	360	1	1	3	507	6,77
Cajazeiras	50	123	397	1	0	2	573	7,65
Pau da Lima	53	124	443	1	0	6	627	8,37
Liberdade	49	132	481	0	0	3	665	8,88
Cabula/Beiru	79	203	653	0	0	6	941	12,56
Subúrbio Ferroviário	81	235	841	1	0	10	1168	15,59
São Caetano/Valéria	106	281	942	4	0	7	1340	17,89
Total	646	1528	5251	10	4	52	7491	100,00

Fonte: SMS/SUIS – SIM, 2021.

Estudo de Jesus e colaboradores (2016) revelou que, em Salvador, 72% das mortes por homicídio e intervenção legal entre 2005 e 2012, foram de jovens negros na faixa etária de 15 a 29 anos, residentes nos DS Cabula/Beiru, Subúrbio Ferroviário e São Caetano/Valéria, retratando a que grupo e qual território a violência urbana tem tido mais expressão.

Quanto às taxas de mortalidade por homicídios por Distrito Sanitário, no período 2010 a 2020, o DS São Caetano/Valéria apresenta a maior média das taxas de 80,7/100.000 habitantes, seguido do DS Liberdade com 62,6/100.000 habitantes. Observa-se redução em todos os Distritos, sendo os maiores declínios no DS Barra Rio Vermelho com redução de 61,5% e Boca do Rio com redução de 53,0% (Quadro 05).

Quadro 05. Taxas de mortalidade por homicídios segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador- BA, 2010 a 2020*

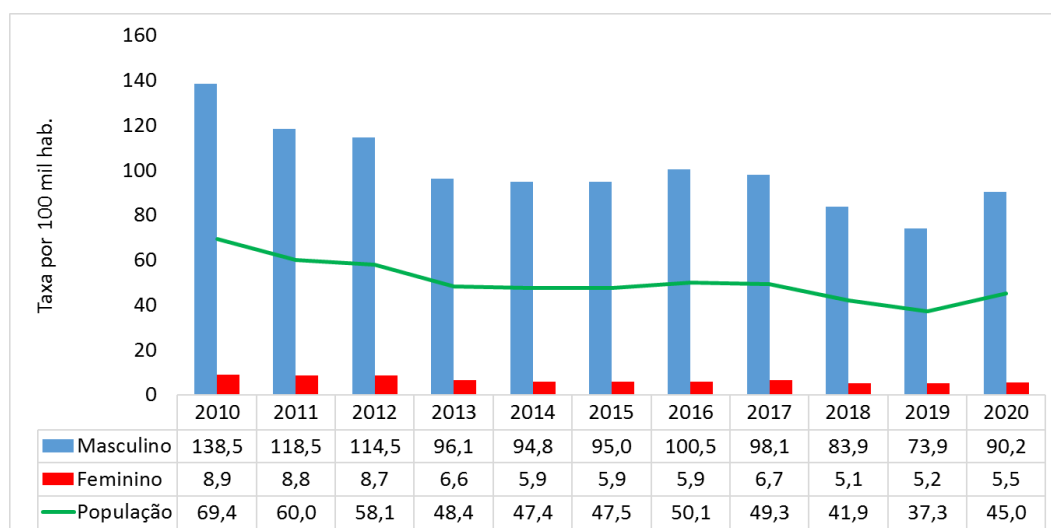
DISTRITO SANITÁRIO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Média das taxas	Varição no Período
Centro Historico	50,09	35,93	48,06	47,77	32,06	47,16	32,94	34,03	36,48	32,40	37,40	39,48	-25,30
Itapagipe	58,49	37,92	51,05	53,13	48,24	52,45	53,83	40,15	38,63	28,10	39,38	45,58	-32,7
São Caetano/Valéria	103,70	71,38	83,95	74,60	75,18	88,94	91,26	81,62	66,20	69,11	81,72	80,70	-21,2
Liberdade	82,48	59,24	75,91	68,26	60,61	63,30	65,98	54,02	56,89	44,65	56,31	62,51	-31,7
Brotas	47,71	33,71	41,75	33,77	39,90	34,69	40,76	37,43	22,57	23,37	26,90	34,78	-43,6
Barra/Rio Vermelho	53,99	29,60	30,58	24,37	22,84	20,54	22,03	23,25	19,62	17,59	20,78	25,93	-61,5
Boca do Rio	53,04	25,16	32,81	20,57	17,51	17,40	24,51	19,36	27,43	20,65	24,95	25,76	-53,0
Itapoan	48,76	33,74	44,18	32,63	34,62	34,04	32,39	31,85	29,94	24,20	34,08	34,58	-30,1
Cabula/Beiru	69,20	49,94	58,32	46,65	43,71	37,03	42,96	34,04	35,68	31,87	43,00	44,76	-37,9
Pau da Lima	65,84	52,69	54,15	40,73	42,57	49,00	42,89	53,84	43,25	33,22	41,53	47,25	-36,9
Subúrbio Ferroviário	85,99	58,28	65,57	61,07	60,09	57,44	61,63	62,14	49,13	48,01	55,25	60,42	-35,8
Cajazeiras	68,54	53,09	74,48	53,68	53,90	52,42	63,56	72,90	50,64	36,90	54,79	57,72	-20,1
TOTAL	69,40	60,00	58,10	48,40	47,40	47,50	50,10	49,30	41,90	37,30	45,00	50,40	-35,2

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

População por sexo estimada com base no censo 2010 *Dados preliminares, acessados em 06.07.2021

A desagregação da taxa de mortalidade por homicídios, segundo o sexo, demonstra que em todos os anos do período 2010-2020 as pessoas do sexo masculino apresentaram taxas bem superiores às do sexo feminino (Gráfico 40). O risco de morrer por esta causa na população masculina foi de 13,14 (2012) a 16,93 (2016) vezes maior que na população feminina. Os dados preliminares de 2020 mantém a tendência, com razão da taxa de mortalidade entre a população masculina e feminina de 16,33.

Gráfico 40. Taxa de mortalidade por homicídios segundo sexo, em Salvador-BA, 2010-2020*



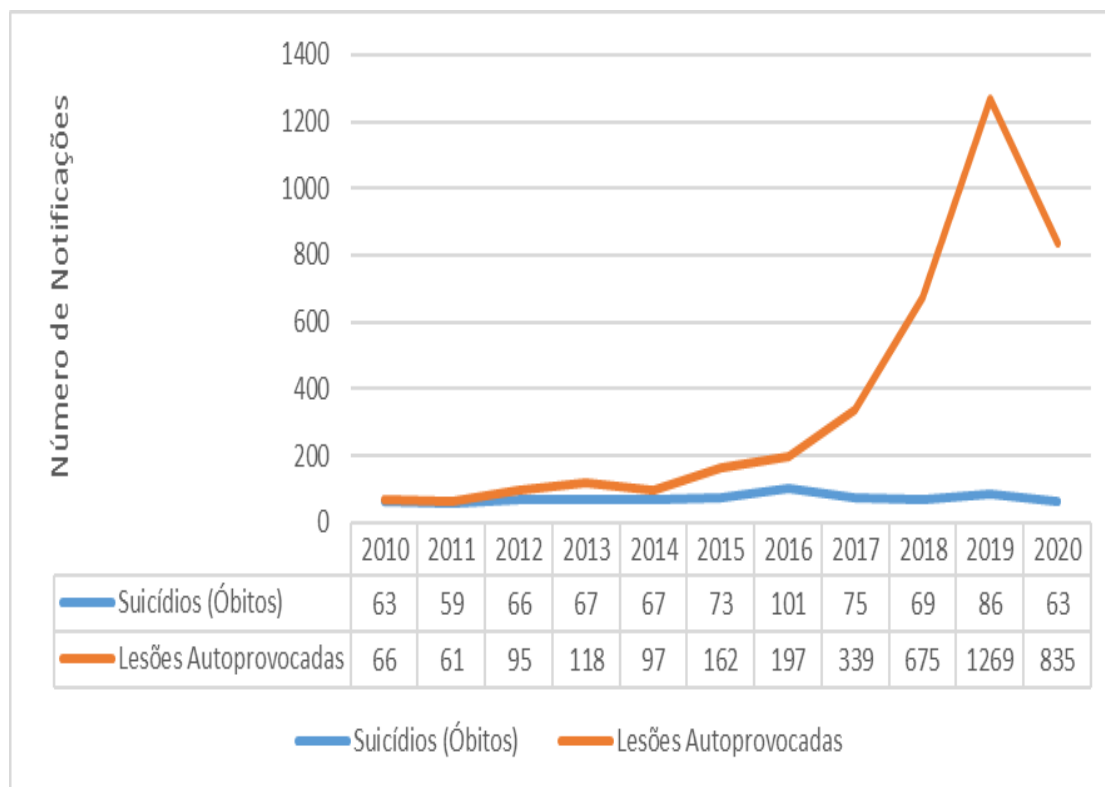
Fonte: SMS/DVIS/SUIS –SIM. População por sexo estimada com base no censo 2010. *Dados preliminares, acessados em 06.07.2021

b) Suicídios

O suicídio é um importante problema de saúde pública no mundo, e no Brasil, na Bahia e em Salvador não é diferente. Segundo dados da OMS estima-se que quase 800 mil pessoas morram todos os anos, vítimas de suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos no mundo. No Brasil, em 2018, o suicídio foi a quarta causa de morte, na faixa etária de 15 a 29 anos (n=3.396; 4,8%) (BRASIL, 2020).

Em Salvador, no período de 2010 a 2020, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 3.914 casos de lesão autoprovocadas (autoagressões e tentativas de suicídio). Observa-se a partir de 2014, um crescimento constante do número dessas notificações, com aumento de 1822,7% entre os anos de 2010 e 2019 (Gráfico 41). Isso pode representar melhor qualificação na captação de dados de notificação, uma vez que a Portaria MS/GM nº 1.271/2014 tornou a “Tentativa de Suicídio” de notificação obrigatória municipal, sendo publicado em 2015 o instrutivo da ficha de “Violência interpessoal/autoprovocada (CID Y09)”.

Gráfico 41. Número de suicídios e de notificações de lesões autoprovocadas de residentes em Salvador. Bahia, 2010-2020*

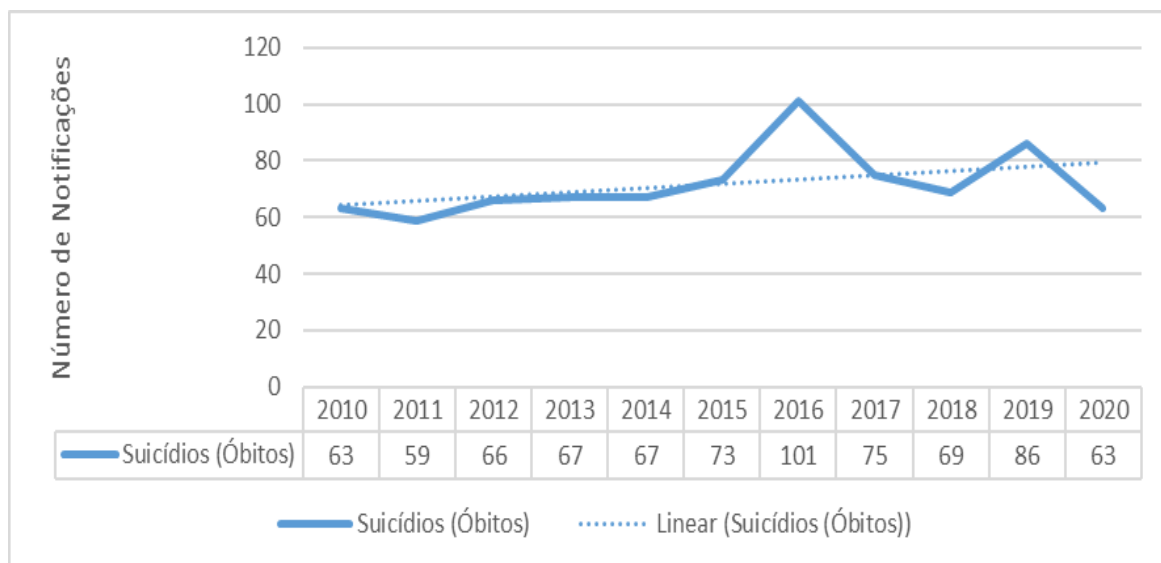


Fonte: SMS/DVIS/SUIS/SIM e SMS/SUIS/TABNET/SINAN

População estimada com base no censo 2010 *Dados preliminares, acessados em 06.07.2021

No entanto, os dados do SIM demonstram que os suicídios (CID-10: X60-X84 e Y87.0) resultaram em 789 mortes. Os dados de óbitos por suicídios apresentaram um aumento equivalente a 36,5% entre 2010 e 2019, porém com uma taxa média de crescimento de 1,85% ao ano, entre 2010 e 2020, destacando-se o maior número de óbito no anos de 2016 (101) e 2019 (86) (Gráficos 41, 42 e 43).

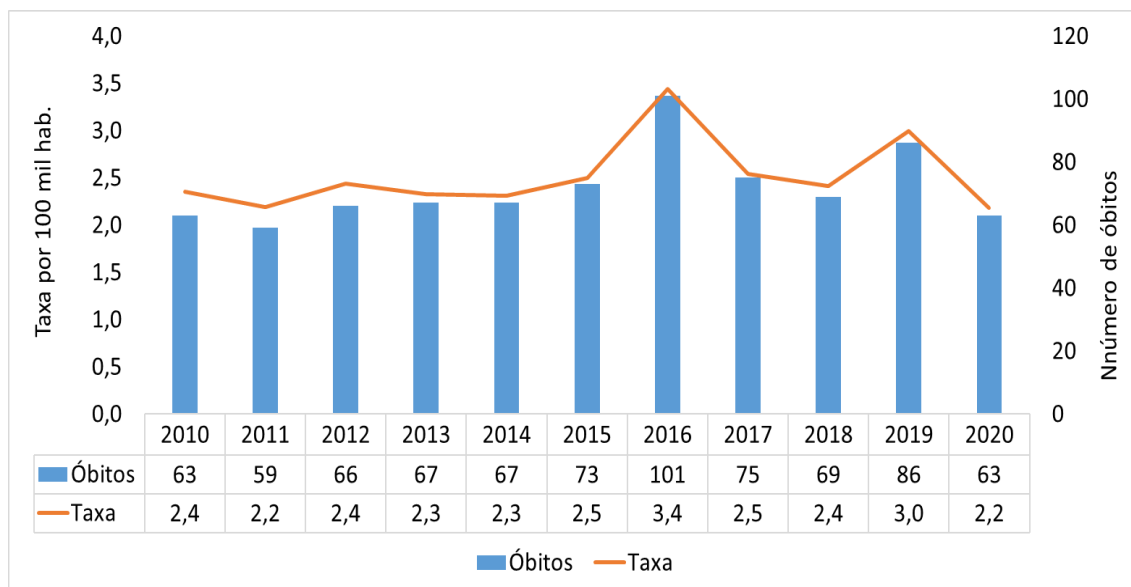
Gráfico 42. Linha de Tendência de Crescimento de Óbitos por Suicídio, residentes em Salvador. Bahia, 2010-2020*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS/SIM e SMS/SUIS/TABNET/SINAN

População estimada com base no censo 2010 *Dados preliminares, acessados em 06.07.2021

Gráfico 43. Número de óbitos e taxa de mortalidade por suicídios em residentes de Salvador – Bahia, 2010 a 2020*

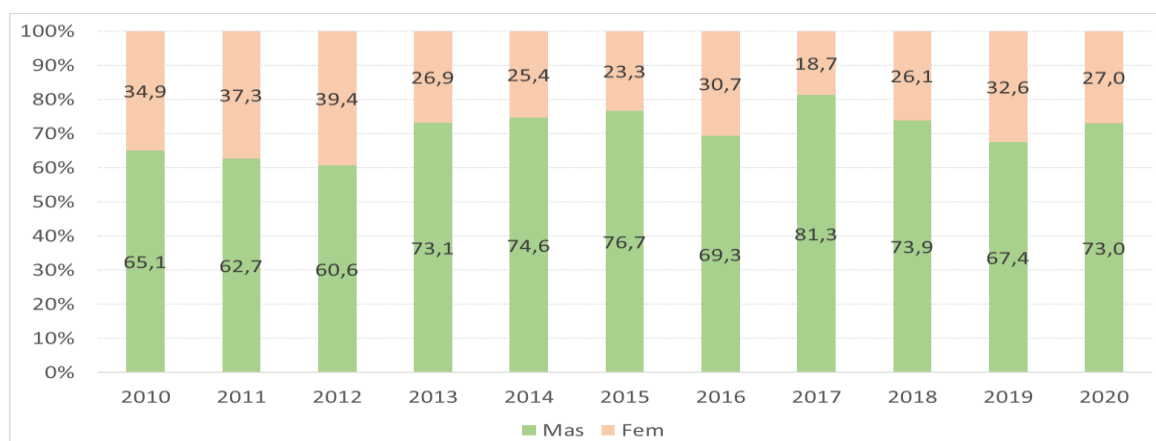


Fonte: SMS/DVIS/SUIS – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

População estimada com base no censo 2010 *Dados preliminares, acessados em 06.07.2021

A maior proporção de suicídios foi na população masculina variando de 60,6 % a 81,3% nos anos analisados (Gráfico 44). Os dados encontrados corroboram com a literatura, que evidenciam serem as tentativas de suicídio (total de lesões autoprovocadas) em maior número nas pessoas do sexo feminino e os óbitos por suicídio em maior número no sexo masculino (BARROS, 2003).

Gráfico 44. Mortalidade proporcional por suicídios segundo sexo, em residentes de Salvador – Bahia, 2010 a 2020*



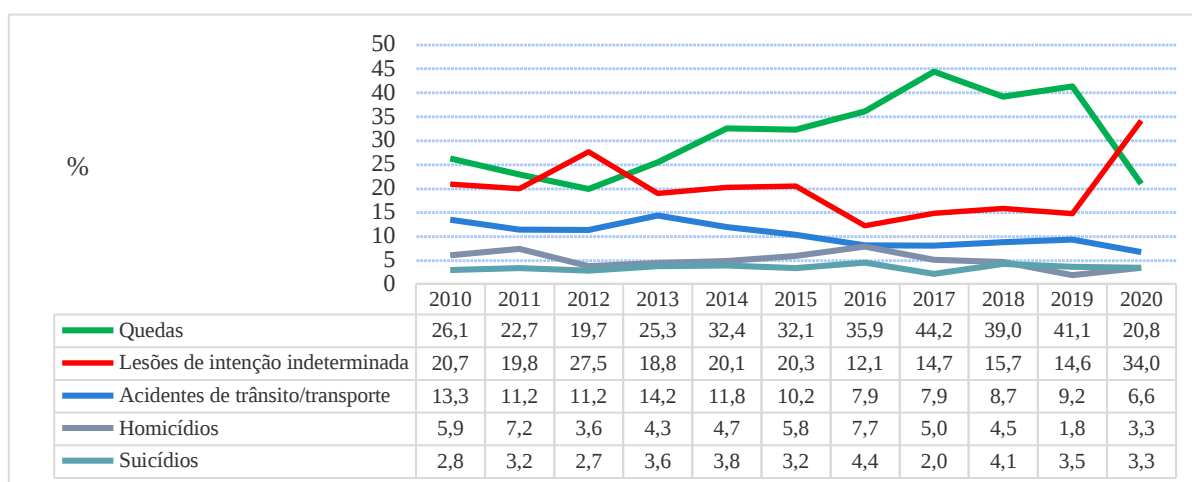
Fonte: SMS/DVIS/SUIS – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
População por sexo estimada com base no censo 2010 *Dados preliminares, acessados em 06.07.2021

c) Quedas

Entre as causas externas na população idosa, as quedas são a principal causa de morte e tomam relevância frente ao processo de envelhecimento da população e ao consequente aumento da proporção de idosos (BRASIL, 2020). As quedas na população idosa são eventos que apresentam custos econômicos, sociais e gastos em saúde; além de danos psicológicos para o paciente e familiares.

Dentre a mortalidade por causas externas em Salvador, no período de 2010 a 2020, as quedas correspondem a primeira causa de morte em idosos (33,15%), com maior mortalidade proporcional entre os anos de 2013 a 2019. As lesões de origem indeterminada ocupam a segunda posição, com 25,5% do total de óbitos por causas externas em idosos, no mesmo período (Gráfico 45).

Gráfico 45. Mortalidade proporcional pelas principais causas determinantes das causas externas em idosos, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020*

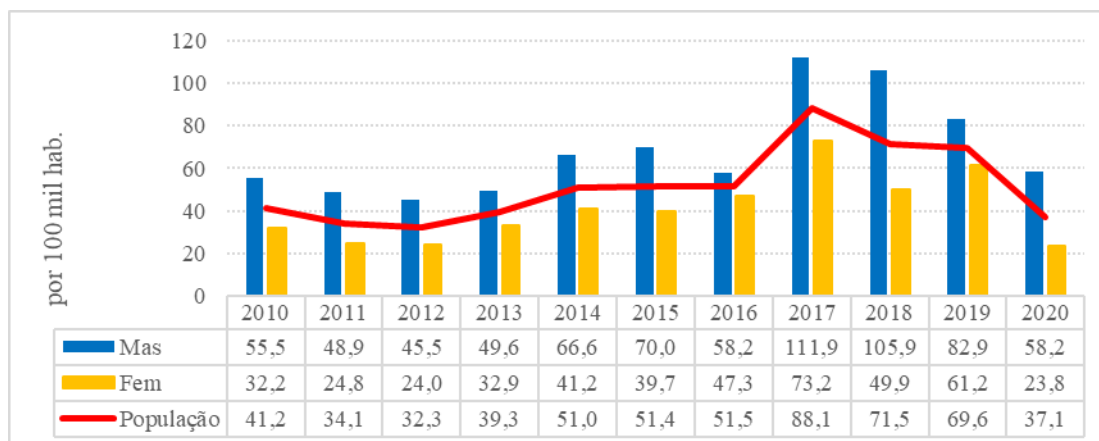


Fonte: SMS/DVIS/SUIS –SIM (acesso em 29/06/21). População estimada com base no censo 2010.

*Dados preliminares

Em Salvador, as taxas de mortalidade por quedas na população idosa apresentam variação no período de 2010 a 2020, com pico em 2017 quando chega a taxa de 88,1 óbitos por 100 mil habitantes idosos (Gráfico 46). Ao analisar a razão das taxas por sexo, observa-se que a população masculina apresenta maior risco de morte por acidentes com queda, corresponde ao risco 74,5% maior que à feminina (Tabela 08).

Gráfico 46. Taxa de mortalidade por quedas em idosos, segundo sexo, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020*.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS –SIM (acesso em 05.05.21). População por sexo estimada com base no censo 2010 *Dados preliminares

Tabela 08. Razão das taxas de mortalidade por quedas em idosos, segundo sexo, em residentes de Salvador - BA, 2010 a 2020

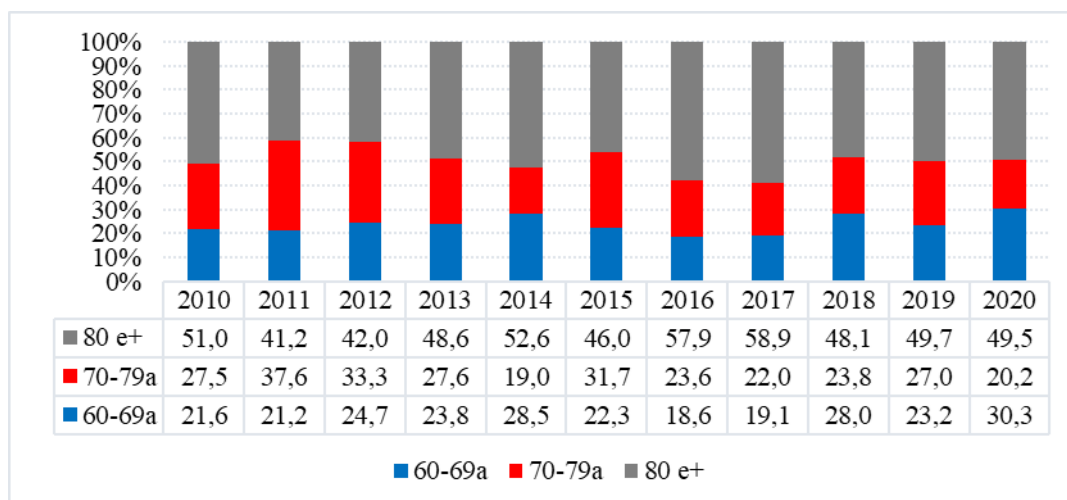
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razão M/F	1,7	2,0	1,9	1,5	1,6	1,8	1,2	1,5	2,1	1,4	2,5

Fonte: SMS/DVIS/SUIS –SIM (acesso em 05.05.21). População por sexo estimada com base no censo 2010*Dados preliminares

As quedas impactam na mortalidade da população idosa geral, contudo a maior concentração encontra-se entre a faixa de 80 e/ou mais anos, equivalente em 2019 e 2020 por aproximadamente 50% das mortes por quedas (Gráfico 47).

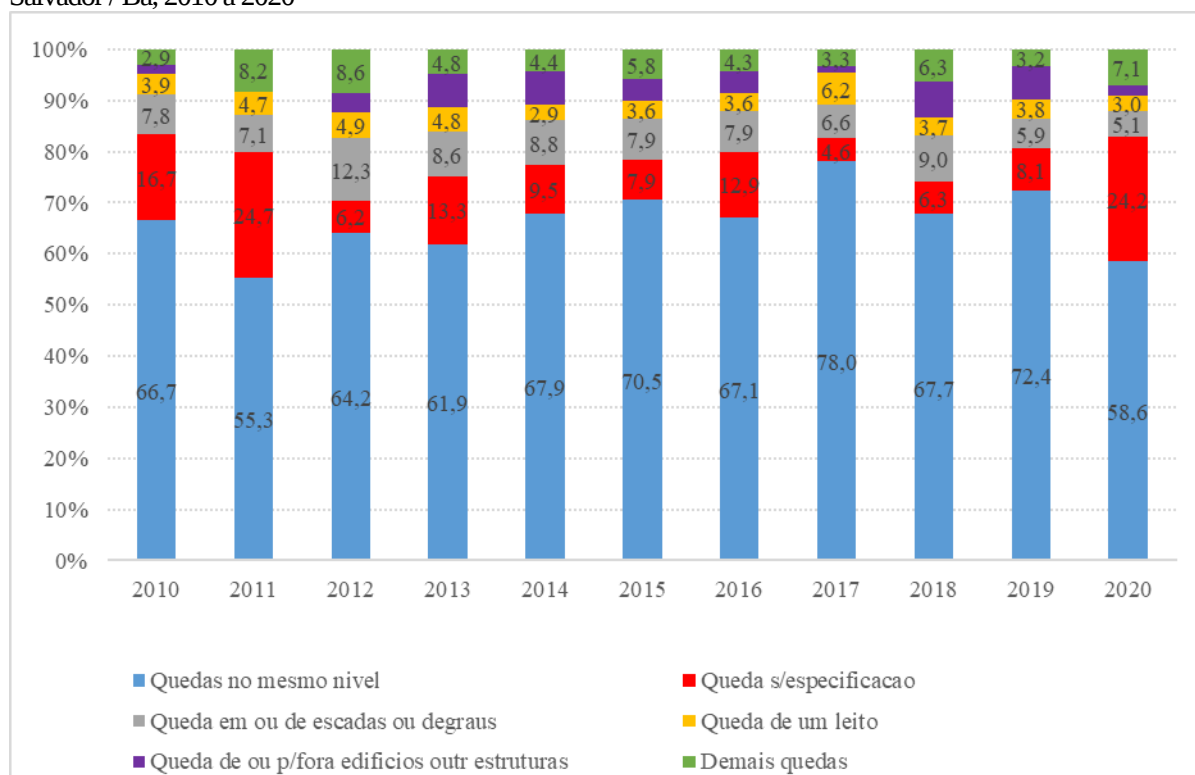
No que se refere ao tipo de queda, as que ocorrerem no mesmo nível são responsáveis por uma média de 66% das mortes entre 2010 e 2020, seguidas das que não estão especificadas e das quedas de escada ou degraus, com uma média de 12% e 8%, respectivamente (Gráfico 48).

Gráfico 47. Mortalidade proporcional por quedas em idosos, segundo faixa etária, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS –SIM (acesso em 05.05.21). População estimada com base no censo 2010.
* Dados preliminares de 2020.

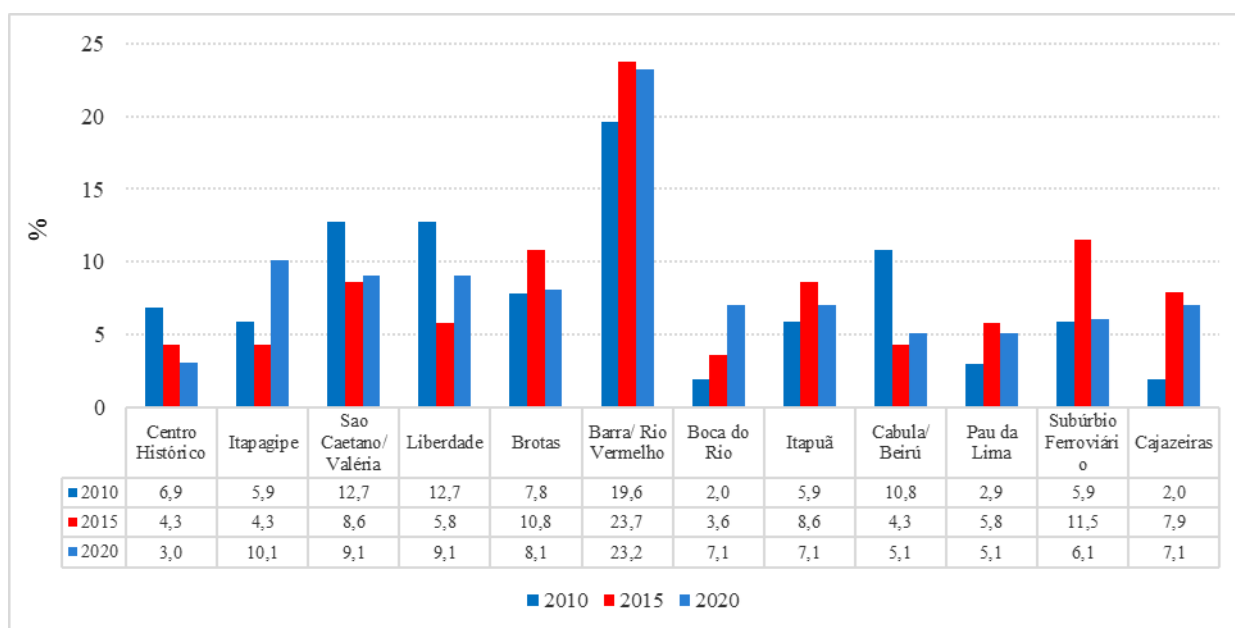
Gráfico 48. Mortalidade proporcional por quedas em idosos, segundo tipo de queda, em residentes de Salvador / Ba, 2010 a 2020*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS –SIM (acesso em 05.05.21). População estimada com base no censo 2010*Dados preliminares

Em relação ao local de residência, o maior número de óbitos por quedas encontra-se no distrito Barra/Rio Vermelho (Gráfico 49), o qual concentra 20% da população idosa do município de Salvador.

Gráfico 49. Mortalidade proporcional por quedas em idosos, segundo distrito sanitário de residência, Salvador/Ba, 2010 a 2020*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS –SIM (05.05.21).

População estimada com base no censo 2010 *Dados preliminares

d) Acidentes de Trânsito

A morbimortalidade por acidentes de trânsito constitui-se como problema de saúde pública, e seu enfrentamento envolve ações de responsabilidade multissetorial. Mundialmente vêm sendo discutidas medidas para prevenção de acidentes de trânsito, com vistas a salvar vidas. Em 2011 foi lançado pela Organização das Nações Unidas (ONU) a “Década de Ação para Segurança no Trânsito 2011-2020”, quando houve o compromisso de governos de todo mundo para tomar medidas preventivas e apresenta como desafio a redução de 50% das mortes no período.

Por conseguinte, o Brasil apresenta o PVT – Programa Vida no Trânsito, coordenado pelo Ministério da Saúde, voltado para a vigilância e prevenção de lesões, mortes no trânsito e promoção da saúde, com o financiamento da Fundação Bloomberg e coordenação global da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), nas Américas.

Diante desse desafio, a redução de óbitos no trânsito no Brasil neste mesmo período foi de 32,4%, não atingindo o desafio de redução proposto pela ONU. Quando se compara o alcance das metas entre capitais do Nordeste (Salvador, Fortaleza, Recife) e do Sudeste (Belo Horizonte), percebe-se que todas apresentaram tendência expressiva de queda, atingido mais de 50% de redução entre 2010 a 2019 (Tabela 09).

Tabela 09. Taxa de mortalidade por acidente de trânsito e variação das taxas, residentes de capitais do Nordeste e Belo Horizonte, 2010 a 2019.

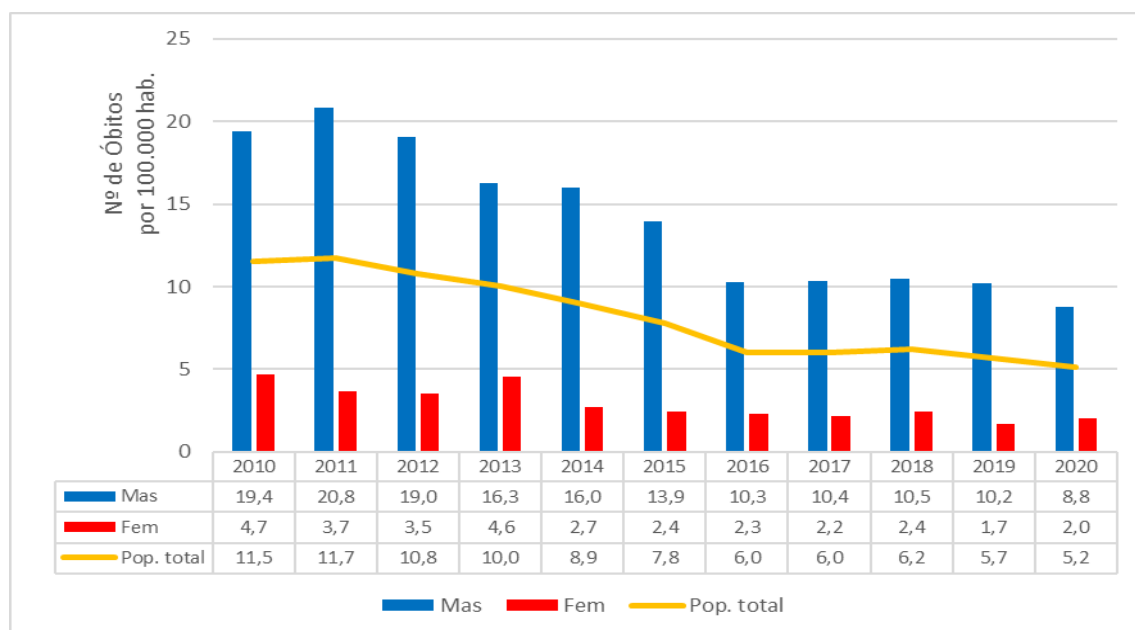
Capitais	Taxa por 100mil hab.		Variação das taxas
	2010	2019	
Salvador	11,5	5,2	-54,8
Fortaleza	16,6	5,7	-65,7
Recife	16,5	6,9	-58,2
Belo Horizonte	19,3	8,4	-56,5
Brasil	22,5	15,2	-32,4

Fonte: DATASUS (Acesso 06.05.21). *Dados preliminares

Em Salvador, o PVT foi implantado em 2013 com a instituição do Comitê Gestor, em caráter técnico e intersetorial, envolvendo a articulação entre o setor saúde e órgãos envolvidos com o trânsito. A taxa de mortalidade por acidente de trânsito na última década apresentou redução 55,5%, passando de 11,7 por 100 mil habitantes em 2011 para 5,2 por 100 mil habitantes em 2020, cumprindo assim com o desafio de redução de 50% da “Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2011-2020” (Gráfico 50). Entretanto, os acidentes de trânsito ainda são responsáveis por dezenas de vidas perdidas a cada ano, principalmente de homens jovens em plena capacidade para o trabalho.

As taxas de mortalidade por acidentes de trânsito, segundo sexo, demonstram que a população masculina apresenta risco de morte aproximadamente 05 (cinco) vezes maior do que a feminina em todo o período (Tabela 10). Os dados revelam uma maior exposição ao risco entre os homens, que podem sugerir condutas de risco no trânsito.

Gráfico 50. Taxa de mortalidade por acidente de trânsito, segundo sexo, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM (05.05.21). População por sexo estimada com base no censo 2010.

*Dados preliminares

Tabela 10. Razão das taxas de mortalidade por acidentes de trânsito, segundo sexo, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razão M/F	4,1	5,6	5,4	3,6	5,9	5,7	4,5	4,8	4,3	6,0	4,3

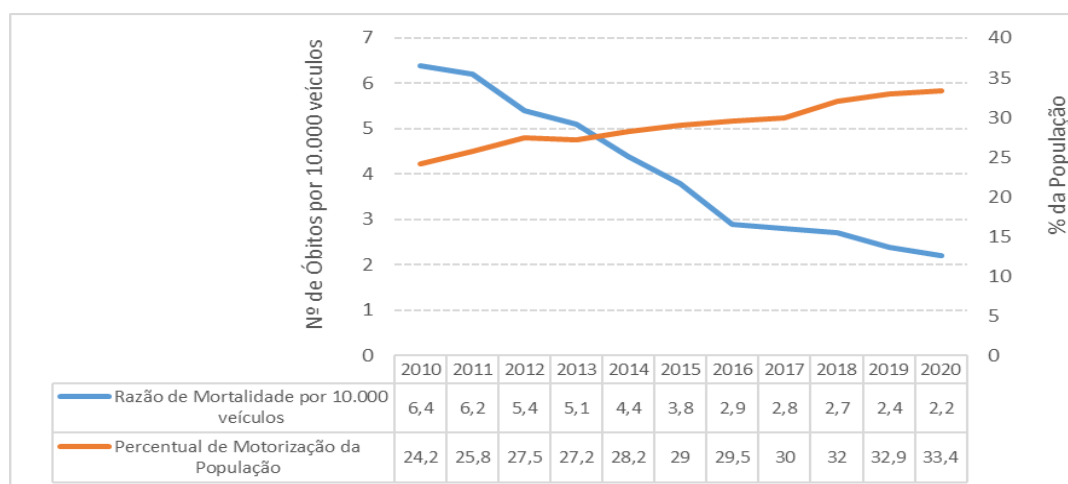
Fonte: SMS/DVIS/SUIS –SIM (05.05.21). População por sexo estimada com base no censo 2010

*Dados preliminares

“Quanto menor o número de veículos por habitante, maior o grau de violência no trânsito medido pelo número de óbitos por veículo”. A análise da taxa de mortalidade específica por acidentes de trânsito isoladamente pode nos induzir à conclusão de que as regiões mais desenvolvidas e com maior número de veículos apresentam maior grau de violência no trânsito. Entretanto, a utilização do indicador número de óbitos por 10.000 veículos permite isolar da violência no trânsito o efeito do elevado grau de desenvolvimento dos transportes por veículos a motor nas regiões mais desenvolvidas, (KILSZTAJN S., et al, 2001).

Neste sentido, ressalta-se o rápido e significativo crescimento da motorização da população de Salvador, que apresentou um incremento de 38% entre 2010 a 2020, e a queda de 66% da razão de mortalidade por 10.000 veículos. Estes dados sugerem a efetividade das ações de segurança viária no município, uma vez que a redução do número de óbitos por veículo é acompanhada pela redução da taxa de mortalidade por acidentes de trânsito, indicando que a redução do número de óbitos por veículo foi maior que a elevação do número de veículos por habitante no mesmo período (Gráfico 51). Entretanto, faz-se necessário o incremento de políticas públicas voltadas à mobilidade urbana, assim como para ações de prevenção dos sinistros no trânsito com vistas a reduzir cada vez mais a morbimortalidade, considerando a sua evitabilidade.

Gráfico 51. Razão de mortalidade de acidentes de trânsito por 10 mil veículos e percentual de motorização da população, Salvador – Ba, 2010 a 2020*

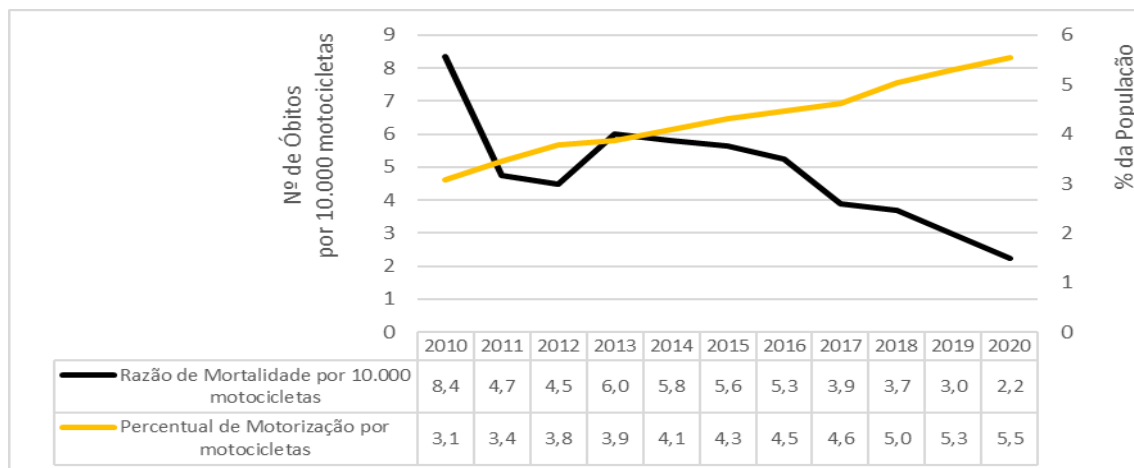


Fonte: SMS/DVIS/SUIS –SIM (05.05.21) /DENATRAN. *Dados preliminares

Outro dado que corrobora com a efetividade das ações de prevenção dos acidentes, é a crescente motorização da população por motociclistas no município que apresenta aumento de 79,9%, entre 2010 e 2020, em contraste com a queda de 73,1% da razão de mortalidade por 10 mil motocicletas, passando de 8,4 em 2010 para 2,2 em

2020 (Gráfico 52). Contudo, vale salientar que as lesões de trânsito envolvendo motociclistas ainda são significativas; e apresentam custos elevados para a previdência social e para o setor saúde, com internamentos e serviços de reabilitação, além de sequelas permanentes para as vítimas.

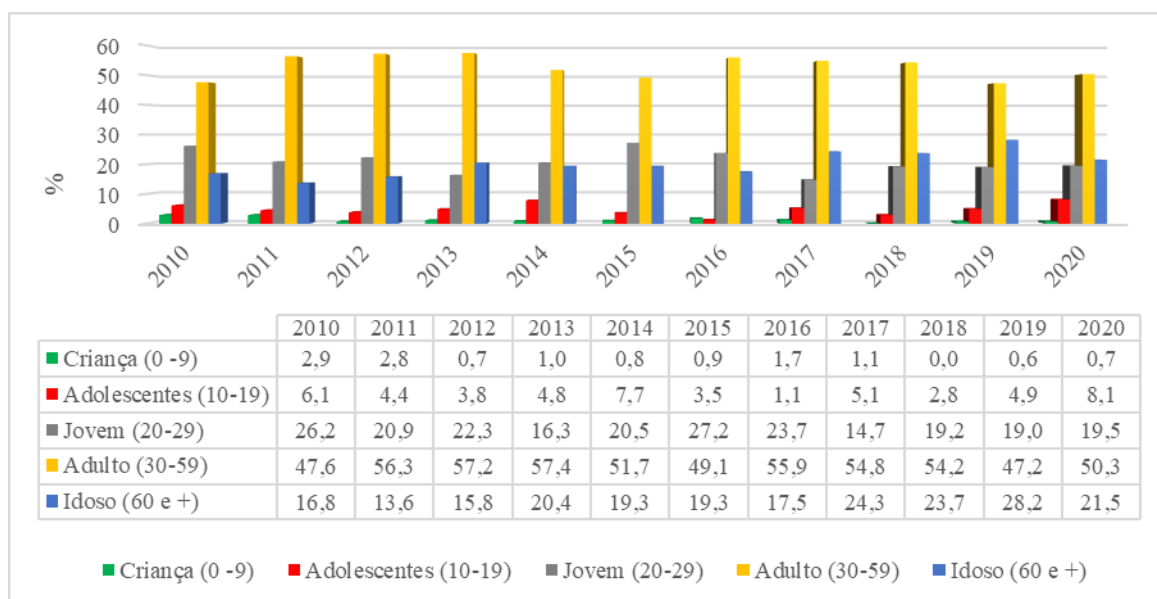
Gráfico 52. Razão de mortalidade de acidentes de trânsito por 10 mil motocicletas e percentual de motorização com motocicletas pela população, Salvador –Ba, 2010 a 2020*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS –SIM (05.05.21) /DENATRAN. *Dados preliminares

Os acidentes de trânsito impacta na mortalidade da população geral, entretanto considerando as faixas etárias, os adultos (30 a 59 anos) são mais afetados e correspondem a uma média de 53% das mortes em todos os anos, seguido dos jovens de 20 a 29 anos com a média de 21% (Gráfico 53). Cabe ressaltar, que os idosos (60 anos ou mais) apresentaram a segunda maior mortalidade proporcional por acidentes de trânsito no ano de 2013 e no período de 2017 a 2020.

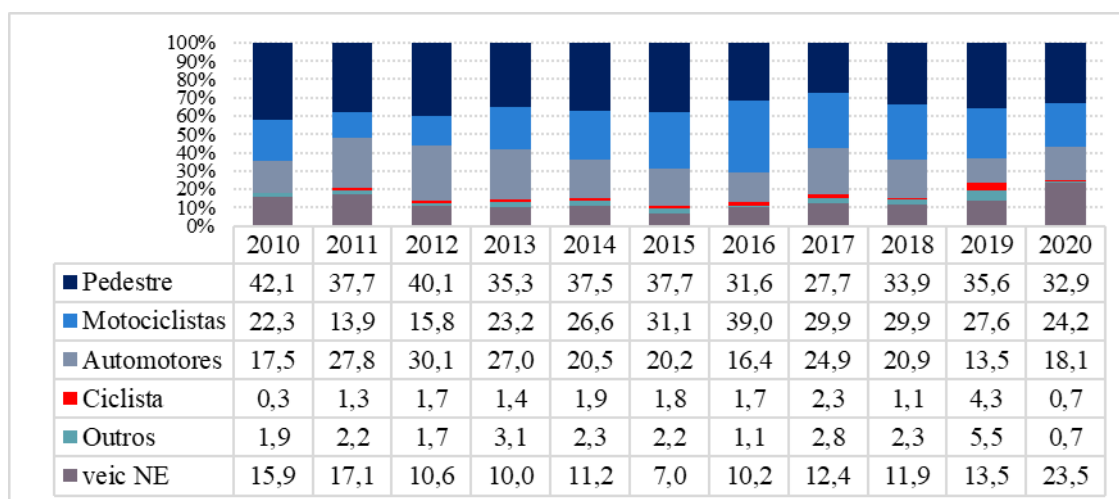
Gráfico 53. Mortalidade proporcional por acidentes de trânsito, segundo faixa etária, em residente de Salvador –Ba, 2010 a 2020*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS –SIM (05.05.21). *Dados preliminares

Quanto à mortalidade proporcional segundo o meio de transporte, observa-se concentração das mortes entre os pedestres e motociclistas, que são responsáveis por uma média de 35,6% e 25,8% respectivamente no período (Gráfico 54). Cerca de 70% das mortes ocorreram na população parda, 14% na preta e 13% na branca. Considerando a situação de vulnerabilidade, cabe priorizar o desenvolvimento de ações voltada para estes grupos.

Gráfico 54. Mortalidade proporcional por acidentes de trânsito, segundo meios de transporte, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS –SIM (05.05.21) *Dados preliminares

No que se refere ao distrito sanitário de residência das vítimas que foram a óbito em decorrência dos acidentes no trânsito, as maiores médias de mortalidade proporcional encontram-se no DS Subúrbio Ferroviário, seguido de São Caetano/Valéria e Cabula/Beiru (Tabela 11).

Tabela 11. Mortalidade proporcional por acidentes de trânsito segundo Distrito Sanitário em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020*

Distrito Sanitário	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Centro Histórico	1,9	1,3	3,1	3,5	2,7	3,1	2,3	2,3	2,3	4,3	1,3
Itapagipe	4,5	2,2	5,8	5,2	5,0	5,3	2,8	4,5	2,3	4,9	4,0
São Caetano/Valéria	12,3	7,6	12,0	11,1	12,7	11,8	12,4	12,4	8,5	10,4	8,7
Liberdade	6,5	4,4	6,5	5,2	6,9	5,7	5,1	2,3	5,6	10,4	10,7
Brotas	6,8	4,4	4,8	5,9	5,8	3,9	6,2	6,2	2,8	4,9	7,4
Barra/Rio Vermelho	7,8	6,6	7,2	7,3	5,0	7,9	10,2	12,4	6,2	11,0	11,4
Boca do Rio	4,9	1,3	2,7	2,4	3,1	1,8	3,4	3,4	3,4	2,5	2,7
Itapuã	9,1	8,9	10,6	6,6	12,4	14,5	6,2	5,6	10,2	8,6	7,4
Cabula/Beiru	9,7	7,9	8,6	12,5	13,1	11,8	7,3	12,4	11,3	10,4	9,4
Pau da Lima	8,1	7,3	7,9	5,5	5,8	5,7	6,8	9,6	7,3	4,9	4,0
Subúrbio Ferroviário	12,0	8,2	11,0	14,9	9,3	15,4	16,9	6,8	8,5	8,0	14,1
Cajazeiras	6,1	4,4	6,2	5,2	5,8	5,7	9,6	4,0	11,3	8,0	2,7
Ignorado	10,4	35,4	13,7	14,9	12,4	7,5	10,7	18,1	20,3	11,7	16,1

Fonte: SMS/DVIS/SUIS –SIM (Dados extraídos em 05.05.21).

*Dados preliminares

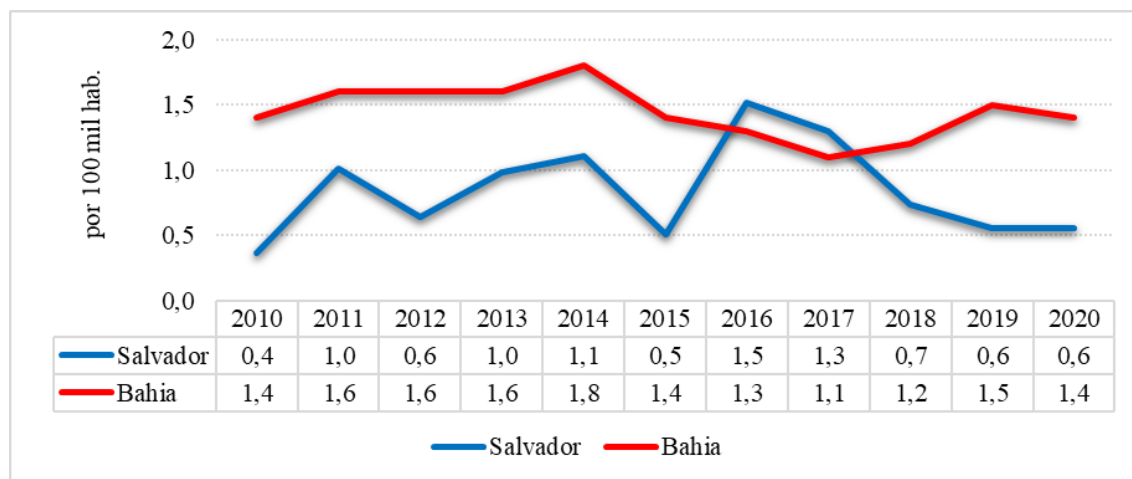
Em relação a ocorrência de óbitos por acidente de trânsito, observa-se concentração com vítimas fatais no final da tarde entre às 16:00 e 19:59, com maiores registros entre às 18:00 às 19:59, assim como nos horários de 22:00 às 23:59 e 02:00 às 03:59 da madrugada. No horário da madrugada os registros concentram-se no sábado, domingo e na segunda. Destacam-se que os maiores registros ocorreram nas avenidas Afrânio Peixoto (Suburbana), Luís Viana (Paralela), na BR 324 e na Avenida Antônio Carlos Magalhães.

Segundo dados do Programa Vida no Trânsito (05.05.21), a Avenida Afrânio Peixoto apresentou tendência expressiva de queda no período de 2015 a 2019, quando passou de 18 registros para 05. Em 2020 apresentou elevação de 180%, saindo dos 05 óbitos em 2019 para 14 em 2020. Tal situação demonstra a necessidade de planejamento de ações de prevenção de acidentes fatais, fiscalização e educação com base nas faixas de horários e local de maior de ocorrência de sinistros.

e) Acidentes de Trabalho

Os dados referentes à taxa de mortalidade por Acidente de Trabalho no município de Salvador e no estado da Bahia encontram-se comprometidos pelo baixo preenchimento do campo específico que relaciona o óbito por causas externas ao acidente de trabalho. Este campo na Declaração de Óbito por Causas Externas, é em sua maioria, ignorado tanto no município como no estado da Bahia. Contudo, a maior taxa registrada no município foi em 2016 com 1,5 óbitos por 100 mil habitantes e no estado, em 2014, com 1,8 por 100 mil habitantes (Gráfico 55).

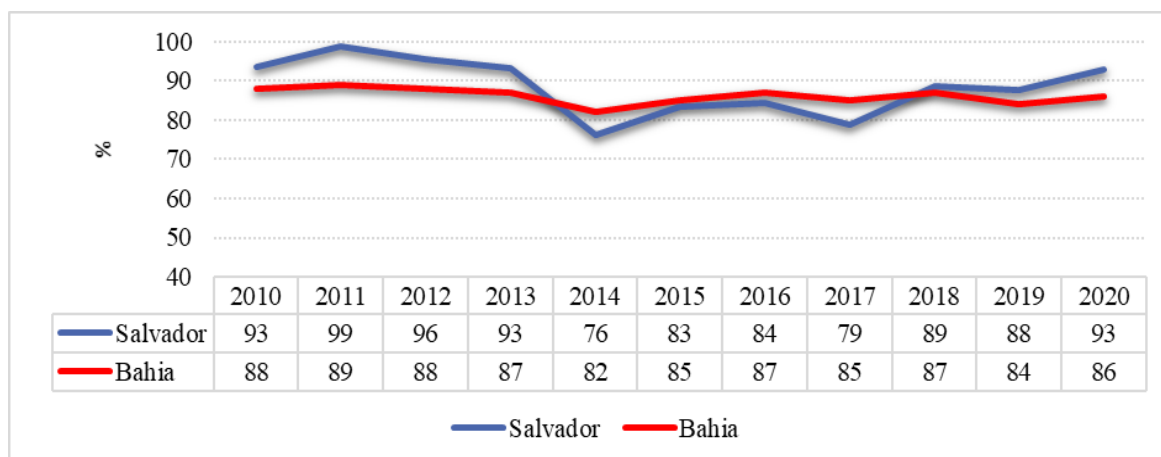
Gráfico 55. Taxa de Mortalidade por Acidente de Trabalho. Salvador e Bahia, 2010 a 2020



Fonte: SESAB/VIEP/SIM. Acesso em: 20 de maio de 2021.

O ano que apresentou o menor percentual de ignorados foi em 2014, mesmo assim, com índices de 76% e 82% de incompletudes no município e no estado, respectivamente (Gráfico 56).

Gráfico 56. Percentual de Preenchimento Ignorado no campo Acidente de Trabalho dos óbitos por Causas Externas. Salvador e Bahia, 2010 a 2020



Fonte: SESAB/VIEP/SIM. Acesso em: 20 de maio de 2021.

Ressalta-se que o município realiza algumas ações para qualificação da informação, como a investigação epidemiológica dos óbitos por causas externas potencialmente relacionados ao trabalho e a qualificação das Declarações de Óbito (DO).

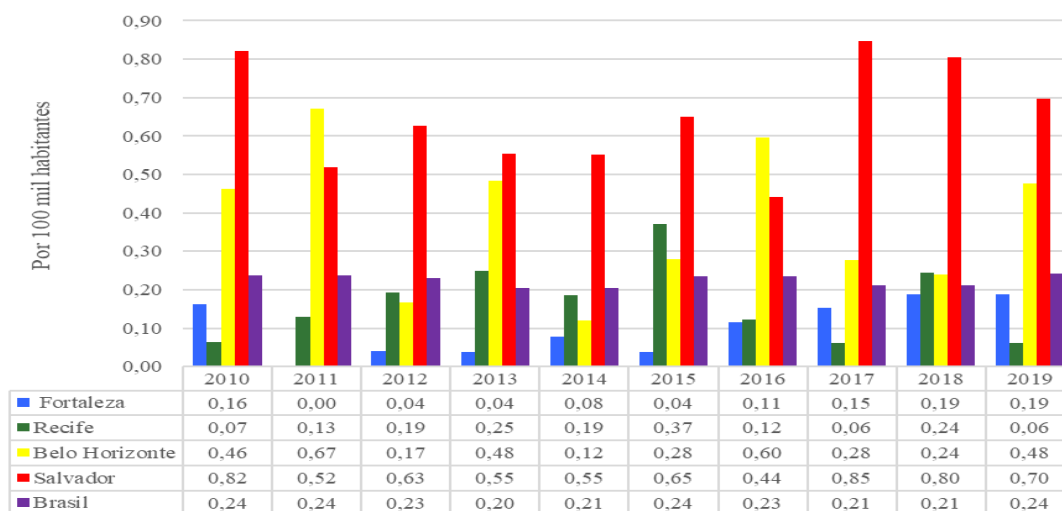
F. Doença falciforme

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, ainda são muito escassos os estudos sobre a mortalidade e letalidade da Doença Falciforme (DF), devido a “falta de dados nas declarações de óbito, ausência de cadastros informatizados nos centros de referência e hemocentros, além da existência de uma parcela da população sem diagnóstico, dentre outros” (BRASIL, 2015, p.7). Um estudo de delineamento transversal, com 151 pacientes no Brasil, demonstrou uma expectativa de vida da pessoa com DF menor do que 45 anos e que as complicações estiveram presentes na maioria dos casos (MARTINS, MORAES E SILVEIRA, 2010).

A análise das taxas de mortalidade entre três capitais do Nordeste e de Belo Horizonte revelou que Salvador apresenta as maiores taxas de mortalidade por doença falciforme, com exceção apenas dos anos de 2011 e 2016 (Gráfico 57).

No entanto, a comparação entre essas taxas encontra limitação, sendo necessário padronizar por características da população no que se refere à raça/cor, à condição socioeconômica e aos genótipos dos indivíduos que evoluíram para óbito, pois é sabido que o genótipo HbSS apresenta maior gravidade no curso da vida e os piores prognósticos.

Gráfico 57. Taxa de mortalidade por doença falciforme, segundo residentes de capitais do Nordeste e Belo Horizonte, 2010 a 2019*.

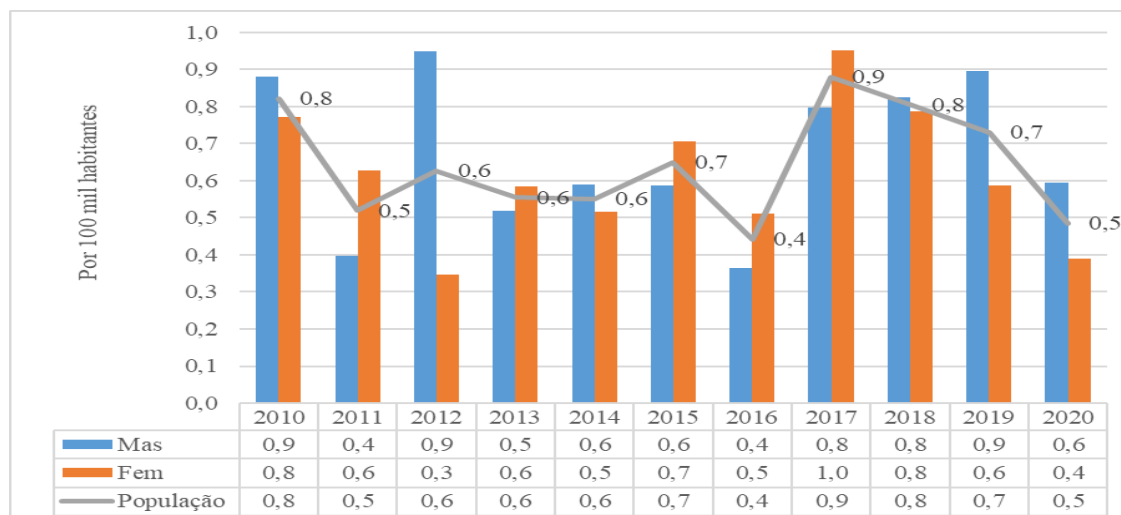


Fonte: SINAN. Acesso 10 de maio de 2021.

*Excluídas notificações com raça/cor ignoradas. *Dados disponíveis até o ano de 2019.

Quanto à taxa de mortalidade por DF, observa-se um crescimento médio de 6,41% ao ano, entre 2010 e 2019. Entre os anos de 2011 e 2014 houve pouca variação, com menor taxa representada pelo ano de 2016 e a maior pelo ano de 2017, com 0,4 e 0,9 por 100 mil habitantes, respectivamente. Em relação ao sexo, a taxa de mortalidade não apresentou diferenças significativas com média de 0,61 para o sexo feminino e 0,67 para o sexo masculino (Gráfico 58).

Gráfico 58. Taxa de mortalidade de indivíduos com doença falciforme na população geral e segundo sexo, Salvador-BA, 2010 a 2020*.



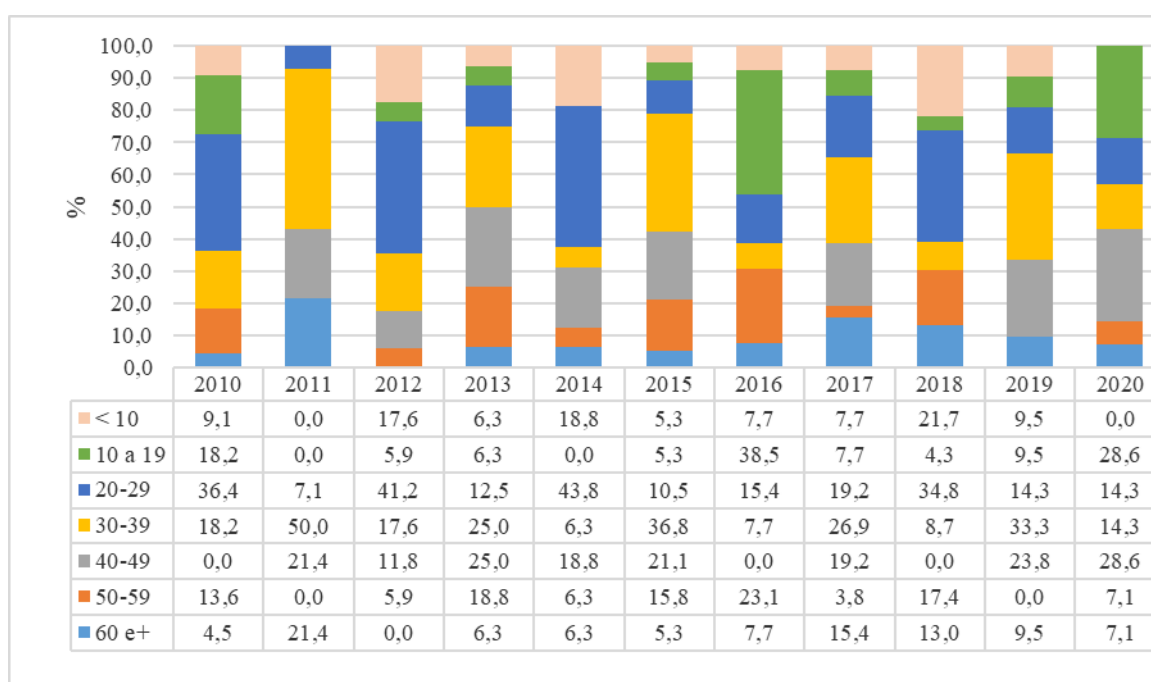
Fonte: SMS/SUIS-SIM. Acesso 26 de abril de 2021. * Dados preliminares.

Estudos consultados não apontam relação direta da mortalidade com o sexo biológico, mas há de se considerar as diferenças no estilo de vida, na percepção da importância do acompanhamento sistemático da saúde, na adesão às medidas preventivas e na busca pelos serviços de saúde quando a condição clínica apresenta-se

com maior gravidade. Nesse sentido a implementação de ações direcionadas à população masculina adulta são essenciais na redução dessa mortalidade.

No período analisado foram registrados 201 óbitos em Salvador cuja causa básica foi DF. Ao desagregar por faixa etária, observa-se o predomínio na faixa de 20 a 29 anos (n=47; 23,4%), seguida da 30 a 39 anos (n=45; 22,4%), que juntos perfazem 45,8% (92) do total de óbitos acumulados na série histórica (Gráfico 59). O ano de 2011, não apresentou nenhuma morte de crianças e adolescentes. Alguns estudos apontam que entre as crianças menores de cinco a mortalidade proporcional está em torno de 25 a 30% e decorrem na sua maioria de infecções fatais, sequestro esplênico e crises aplásticas (INÍGUEZ, 2003 apud DI NUZZO e FONSECA, 2004).

Gráfico 59. Mortalidade proporcional por doença falciforme, segundo faixa etária. Salvador-BA, 2010 a 2020*

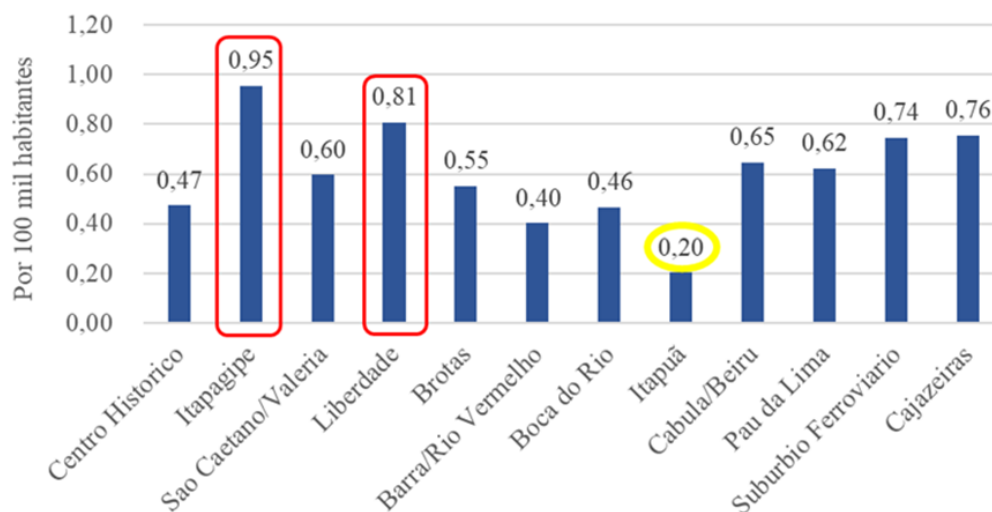


Fonte: SMS/SUIS-SIM. Acesso 26 de abril de 2021. *Dados preliminares.

Em relação à raça/cor, houve predomínio de óbitos na raça negra (pretos e pardos) com 87,1% dos óbitos (excluído 17 casos ignorados). A redução da morbimortalidade e por conseguinte, o aumento da expectativa de vida das pessoas são os maiores desafios, em especial para pessoas da raça negra, considerando a perpetuação de importantes diferenças socioeconômicas e do contexto desfavorável de vida dessa população.

Os territórios que apresentaram os maiores números de óbitos no período de 2010 a 2020 foram os Distritos Sanitários Cabula/Beiru (N=29), Subúrbio Ferroviário (N=28), seguidos por São Caetano/Valéria e Itapagipe, ambos com 18 óbitos. Quanto à taxa de mortalidade, os DS Itapagipe e Liberdade apresentaram as maiores médias das taxas, com 0,95 e 0,81 por 100 mil habitantes respectivamente, sendo a menor média no DS de Itapuã com 0,20 por 100 mil habitantes (Gráfico 60).

Gráfico 60. Média das taxas de mortalidade por Doença Falciforme, segundo distrito sanitário de residência, Salvador-BA, 2010 a 2020*



Fonte: SMS/SUIS-SIM. Acesso 26 de abril de 2021. Excluído do cálculo um caso de óbito.

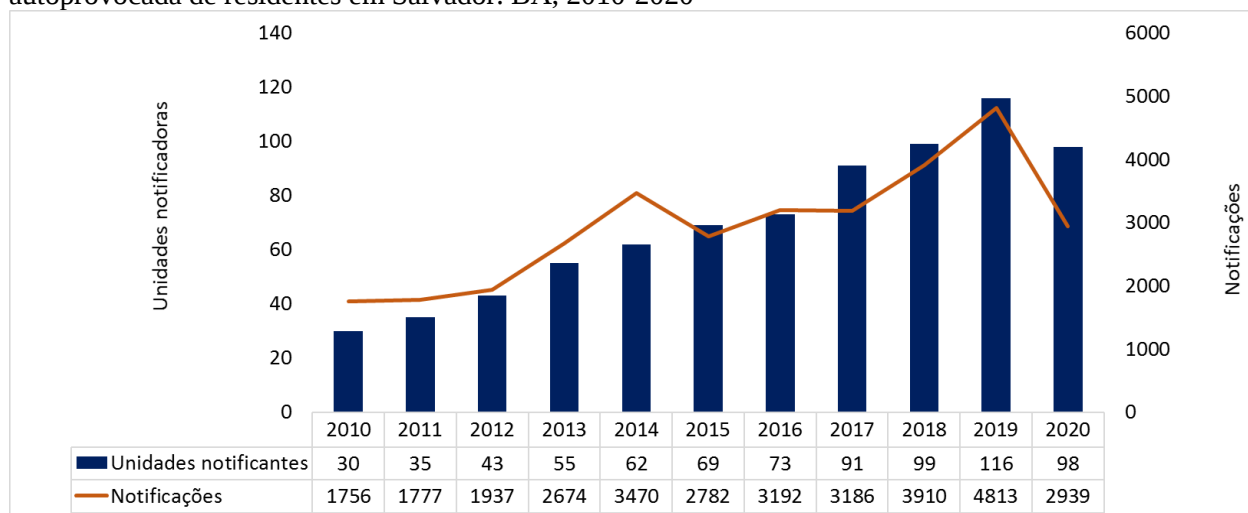
*Dados preliminares

2.3.3. Perfil de Morbidade

2.3.3.1. Violência interpessoal e autoprovocada

Em Salvador no período entre 2010 e 2020 foram notificados 32.436 casos de violência interpessoal e autoprovocada por 249 unidades distribuídas nos 12 Distritos Sanitários, neste período observou-se a tendência de crescimento tanto das notificações com incremento de 67,4% (de 1.756/2010 para 2.939/2020) quanto das unidades notificadoras com aumento de 266,6% (de 30/2010 para 98/2020), (Gráfico 61).

Gráfico 61. Número de notificações e de unidades notificantes da violência interpessoal e autoprovocada de residentes em Salvador. BA, 2010-2020



Fonte: SMS/SUIS/TABNET/SINAN. Dados acessados em 05/05/2021, sujeitos à alteração.

No SINAN constam 1.058 unidades de saúde que podem ser notificadoras do agravo no município, mas, na análise realizada observou-se um elevado percentual 76,4% (809) de unidades sem registros de violência o que pode significar a existência de unidades silenciosas e subnotificação de casos. Alia-se a essa questão a não notificação por parte dos profissionais, os quais citam como razões principais para tal: o receio de retaliação por parte do agressor, principalmente quando a unidade de saúde está situada em área dominada pelo tráfico de drogas; o desconhecimento da ficha de notificação e de como notificar, das diferenças entre notificação e denúncia; o medo da quebra do sigilo profissional e da perda e ou falta de confiança nas autoridades e serviços de proteção (GARBIN *et al.*, 2015; PEDROSA; ZANELLO, 2016). A ampliação do número de unidades de saúde notificantes de violência, bem como o fortalecimento da rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violência são estratégias fundamentais no enfrentamento do agravo.

Quanto ao tipo da violência os maiores registros foram da violência física com 31.209, a psicológica moral com 4.352, a lesão autoprovocada (autoagressões e tentativas de suicídio) com 3.914 e a sexual 3.770, ressalta-se dessa última que 85,0% (3.195) foram estupros (Quadro 06).

Quadro 06. Número de notificações da violência interpessoal e autoprovocada, segundo o tipo de residentes em Salvador 2010-2020

TIPO DE VIOLÊNCIA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Física	2.103	1.982	2.099	2.802	3.350	2.583	3.020	2.946	3.531	4.157	2.636	31.209
Psicológica/moral	99	122	109	177	245	311	492	598	693	983	523	4352
Lesão autoprovocada	66	61	95	118	97	162	197	339	675	1.269	835	3914
Sexual	34	64	150	311	512	488	467	417	466	536	325	3770
Negligência/abandono	26	51	48	54	70	83	80	94	114	94	49	763
Tortura	5	10	21	25	25	44	68	100	72	126	65	561
Econômica financeira	6	7	7	17	16	23	56	42	77	99	37	387
Trabalho infantil	0	1	3	3	2	3	49	24	18	12	4	119
Intervenção legal	0	2	3	1	1	8	25	21	26	13	3	103
Tráfico de seres humanos	0	1	2	0	0	1	1	4	8	3	6	26

Fonte: SMS/SUIS/TABNET/SINAN

O maior percentual das vítimas acometidas foi do sexo feminino 67% (21.645) contra 33% (10.791) do sexo masculino e a faixa dos 15 aos 39 anos respondeu por 68,0% (21.949) das notificações. Estas características correspondem às encontradas em outros municípios e na Bahia como um todo.

O percentual de ignorados/brancos nas notificações sobre a variável raça/cor no período de 2010 a 2020 foi de 62% (20.545) e o da escolaridade 71% (26.631), reforçando a necessidade de qualificação da informação.

Para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades das populações lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) e considerando que os marcadores de gênero e de diversidade sexual fazem parte dos determinantes sociais do processo de saúde, o MS instituiu, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSILGBT), uma ação fruto também de parcerias com os movimentos sociais no combate à AIDS.

Os campos nome social, orientação sexual e identidade de gênero foram inseridos na ficha de notificação do agravo em outubro de 2014, representando um avanço e servindo como referência para outras iniciativas similares em sistemas de

informação em saúde (BRASIL, 2016a). Tanto a orientação sexual quanto a identidade de gênero apresentaram percentuais elevados de ignorados e em branco 76% e 77% respectivamente.

Do total de notificações (32.436) o campo autor da agressão foi preenchido em 39,0% (12.606). Os agressores foram na sua maioria 30,0% (9.703) pessoas de convívio próximo à vítima, destaca-se aí o cônjuge com 27,5% (2.665) (Quadro 07).

Quadro 07. Número de notificações da violência interpessoal e autoprovocada de residentes em Salvador segundo o autor da agressão. Bahia, 2010-2020

AUTOR DA AGRESSÃO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Ignorado/Branco	1.574	1.666	1.727	2.065	2.690	1.761	2.029	1.600	1.651	1.786	1.281	19.830
Pai	30	34	33	66	97	103	86	103	111	83	62	808
Mãe	31	55	49	67	70	86	80	116	161	105	64	884
Padrasto	8	15	8	47	43	62	37	42	53	49	12	376
Madrasta	4	2	1	1	1	19	10	9	23	8	1	79
Cônjuge	107	119	86	203	175	168	279	287	434	516	291	2665
Ex-cônjuge	24	25	24	42	46	62	91	110	141	128	74	767
Namorado	14	20	13	52	53	71	61	71	105	113	62	635
Ex-namorado	6	5	10	16	19	27	42	34	55	50	28	292
Filho (a)	6	13	4	16	8	33	60	42	51	53	27	313
Irmão (ã)	35	26	21	46	28	52	54	73	86	81	45	547
Amigo(a)	144	119	137	269	283	224	237	226	257	291	150	2337
Desconhecido	160	101	143	310	328	252	277	288	369	412	237	2877
Cuidador(a)	1	0	3	6	1	19	11	8	25	9	9	92
Patrão/chefe	0	1	0	1	0	16	11	10	22	8	2	71
Pessoa com relação instituc	4	13	6	15	10	20	50	17	33	53	9	230
Policial agente da lei	16	6	8	20	33	60	66	50	78	73	20	430
Própria pessoa	82	76	68	111	68	122	191	228	566	1.187	815	3514
Outros vínculos	43	70	127	156	168	135	131	117	186	259	111	1503

Fonte: SMS/SUIS/TABNET/SINAN. Dados acessados em: 05/05/2021, sujeitos à alteração.

Os DS com maiores números de casos notificados segundo a residência das vítimas foram o Cabula-Beiru (5.010), Barra/Rio Vermelho (3.945) e Subúrbio Ferroviário (3.932), mas, considerando as taxas observa-se que os maiores coeficientes foram nos DS Centro Histórico (20,1/10.000), Subúrbio Ferroviário (12,2/10.000) e São Caetano Valéria (12,1/10.000) (Quadros 08 e 09).

Quadro 08. Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador, Bahia. 2010-2020*

DISTRITO DE RESIDÊNCIA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Centro Historico	105	86	80	102	102	130	132	121	178	240	156	1432
Itapagipe	95	86	85	99	215	234	172	148	181	219	183	1717
Sao Caetano/Valeria	182	187	177	243	403	269	290	345	366	407	335	3204
Liberdade	64	71	80	236	582	327	315	280	315	337	184	2791
Brotas	204	199	257	215	250	193	202	232	236	296	159	2443
Barra/Rio Vermelho/Pitub	355	367	359	375	423	309	297	300	395	482	283	3945
Boca do Rio	43	55	65	69	49	51	70	90	165	223	117	997
Itapoan	109	116	133	157	167	156	242	282	295	363	280	2300
Cabula/Beiru	184	245	264	426	422	368	486	563	721	921	410	5010
Pau da Lima	86	80	94	151	177	187	173	181	378	438	221	2166
Suburbio Ferroviario	140	120	132	322	392	357	400	437	528	680	424	3932
Cajazeiras	54	59	50	84	87	70	105	103	107	149	88	956
Ignorado	135	106	162	178	202	132	310	105	51	60	102	1543
Total	1756	1777	1938	2657	3471	2783	3194	3187	3916	4815	2942	32436

Fonte: SMS/SUIS/TABNET/SINAN. Dados acessados em: 05/05/2021, sujeitos à alteração.

Quadro 09. Taxa de casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador, Bahia. 2010-2020*

Distrito Sanitário	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Centro Histórico	14,6	11,9	11,0	13,2	13,1	16,6	16,7	15,2	23,2	31,1	20,1
Itapagipe	5,8	5,3	5,2	5,7	12,2	13,2	9,6	8,3	10,4	12,6	10,4
São Caetano/Valéria	7,1	7,2	6,8	8,8	14,4	9,6	10,3	12,1	13,3	14,7	12,1
Liberdade	3,6	3,9	4,4	12,2	29,9	16,7	16,0	14,1	16,4	17,5	9,5
Brotas	10,0	9,7	12,5	9,8	11,3	8,7	9,0	10,3	10,9	13,6	7,2
Barra/Rio Vermelho	10,5	10,8	10,5	10,3	11,5	8,4	8,0	8,0	10,9	13,2	7,7
Boca do Rio	3,4	4,3	5,1	5,1	3,6	3,7	5,0	6,5	12,2	16,4	8,6
Itapoan	4,4	4,6	5,2	5,8	6,2	5,7	8,8	10,2	11,0	13,5	10,4
Cabula/Beiru	4,8	6,3	6,8	10,2	10,1	8,7	11,5	13,2	17,5	22,2	9,8
Pau da Lima	3,9	3,6	4,2	6,4	7,5	7,8	7,2	7,5	16,2	18,7	9,4
Subúrbio Ferroviário	4,3	3,7	4,0	9,3	11,2	10,2	11,3	12,3	15,3	19,7	12,2
Cajazeiras	3,4	3,7	3,1	4,9	5,0	4,0	6,0	5,9	6,3	8,7	5,1
Total	6,6	6,6	7,1	9,3	12,0	9,5	10,9	10,8	13,7	16,8	10,2

Fonte: SMS/SUIS/TABNET/SINAN

A agressão perpetrada contra gestante constitui-se em dupla violência afetando a mulher e o feto, favorecendo os riscos de complicações, abortos e partos prematuros. É de fundamental importância que durante o acompanhamento pré-natal a equipe de saúde esteja atenta aos sinais sugestivos de que a gestante possa estar em situação de violência.

No período de 2010 a 2020 foram notificados 1.108 casos de violência contra gestantes, destas o maior percentual 41,0% (452) foram daquelas que estavam no primeiro trimestre da gestação. Os DS com maiores registros de agressões contra grávidas foram o Subúrbio Ferroviário e o Cabula Beiru com 144 e 142 notificações respectivamente (Quadro 10).

Quadro 10. Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada segundo a idade gestacional de residentes em Salvador, Bahia. 2010-2020*

Gestante	Centro Histórico	Itapagipe	São Caetano/Valéria	Liberdade	Brotas	Barra/Rio Vermelho	Boca do Rio	Itapoan	Cabula/Beiru	Pau da Lima	Suburbio Ferroviário	Cajazeiras	Ignorado	Total
1º Trimestre	29	19	39	22	30	34	27	37	56	16	53	14	76	452
2º Trimestre	18	14	23	22	21	29	10	36	43	20	44	6	66	352
3º Trimestre	12	10	10	9	7	14	1	10	24	14	29	2	41	183
Idade gestacional Ignorada	9	3	11	6	7	6	3	11	19	11	18	0	17	121
Total	68	46	83	59	65	83	41	94	142	61	144	22	200	1108

Fonte: SMS/SUIS/TABNET/SINAN

2.3.3.2. Internações Hospitalares

Em Salvador entre 2010 e 2020 as principais causas de internação hospitalar segundo capítulo do CID 10 foram aquelas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, seguidas das neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo e lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

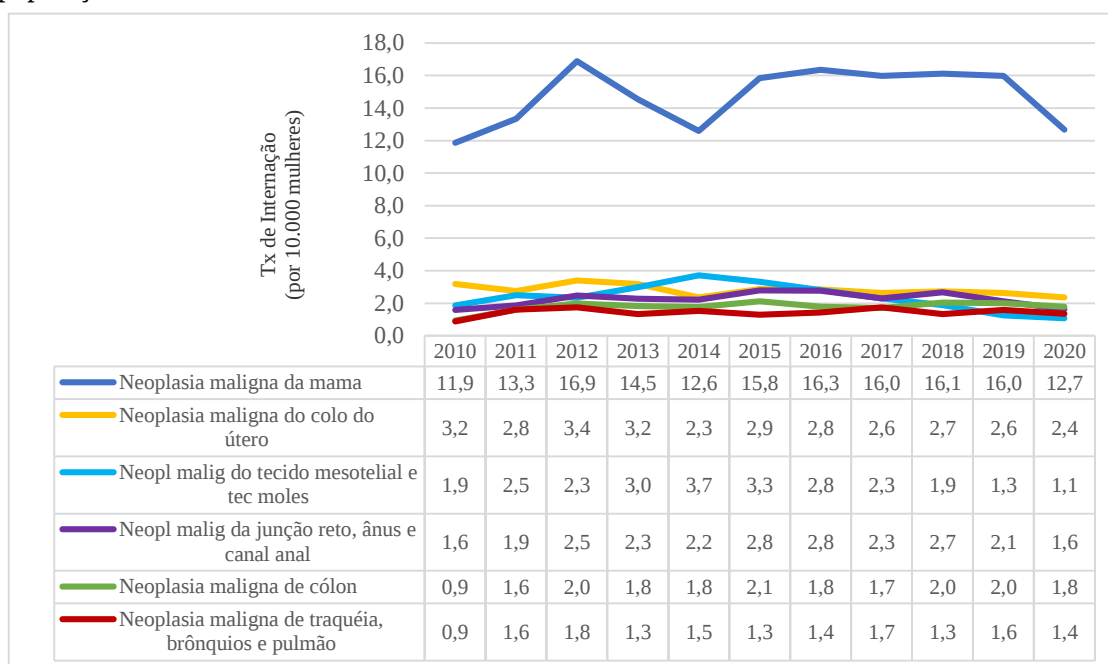
A. Neoplasias

No período de 2010 a 2020 ocorreram 133.791 internações hospitalares por Neoplasias (C00-D48) na população geral de Salvador. Desse total, 52,8% (70.678 internações hospitalares) ocorreram na faixa etária de 30 a 69 anos em Salvador. Destaca-se que 17% das internações nessa faixa etária foram por neoplasia maligna da mama e 6,9% por neoplasia maligna da próstata.

Analisando a taxa de internação hospitalar no sexo feminino, a neoplasia maligna da mama é a primeira causa na faixa etária de 30 a 69 anos, com um aumento de 6,7% entre 2010 e 2020 e tendência de crescimento. A taxa média de internação por essa causa é de 14,7/10 mil hab. Em relação a taxa de internação por neoplasia do colo do útero observa-se uma redução de -25,8% entre 2010 e 2020, com a taxa variando entre 2,3 e 3,4/10 mil hab (Gráfico 62).

Destaca-se o aumento da taxa de internação por neoplasia maligna do cólon, de traquéia, brônquios e pulmões, e de reto; com incremento de 89,7%, 53,5% e 2,8%, respectivamente, entre 2010 e 2020.

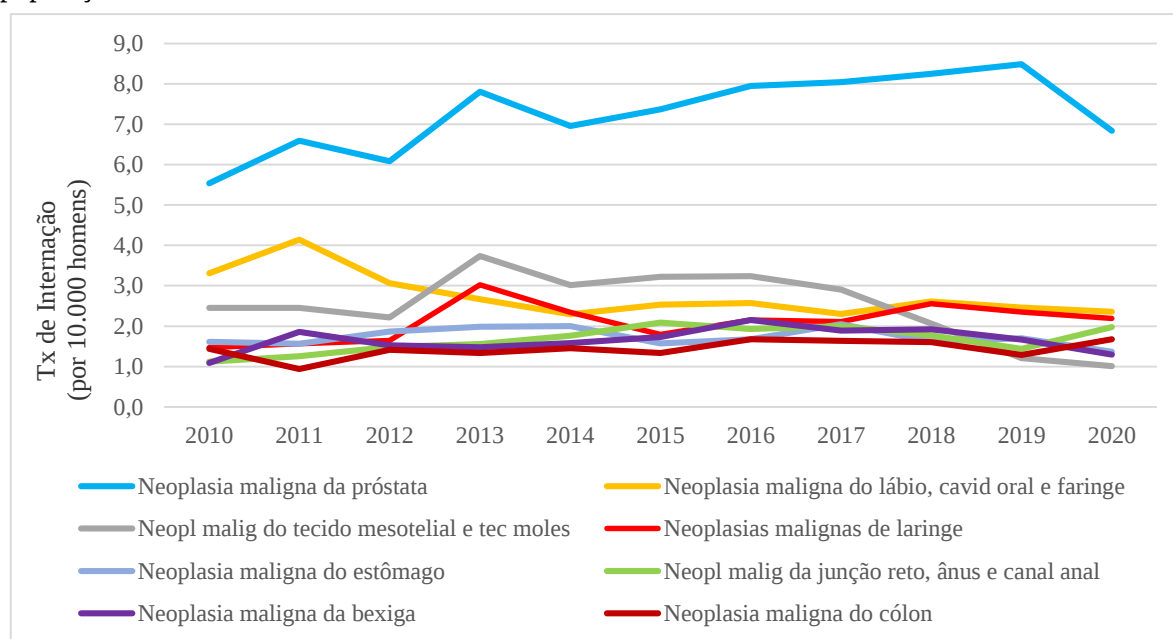
Gráfico 62. Taxa de internação hospitalar por Neoplasia malignas segundo principais causas, na população de 30 a 69 anos do sexo feminino, Salvador-BA, 2010-2020



Fonte: SIH/SUS

Na população do sexo masculino na faixa etária de 30 a 69 anos, do total de internações hospitalares que ocorreram, o maior percentual (18,6%) teve como causa a neoplasia maligna de próstata. A taxa de internação por essa causa teve um aumento de 23,5% no período de 2010 a 2020, com tendência de crescimento. A taxa média de internação é de 7,3/10 mil hab. Destaca-se o aumento da taxa de internação por neoplasia maligna de laringe, de reto, de bexiga, e de cólon; com incremento de 49%, 76,7%, 19,6% e 16,4%, respectivamente, entre 2010 e 2020 (Gráfico 63).

Gráfico 63. Taxa de internação hospitalar por Neoplasia malignas segundo principais causas, na população de 30 a 69 anos do sexo masculino, Salvador-BA, 2010-2020



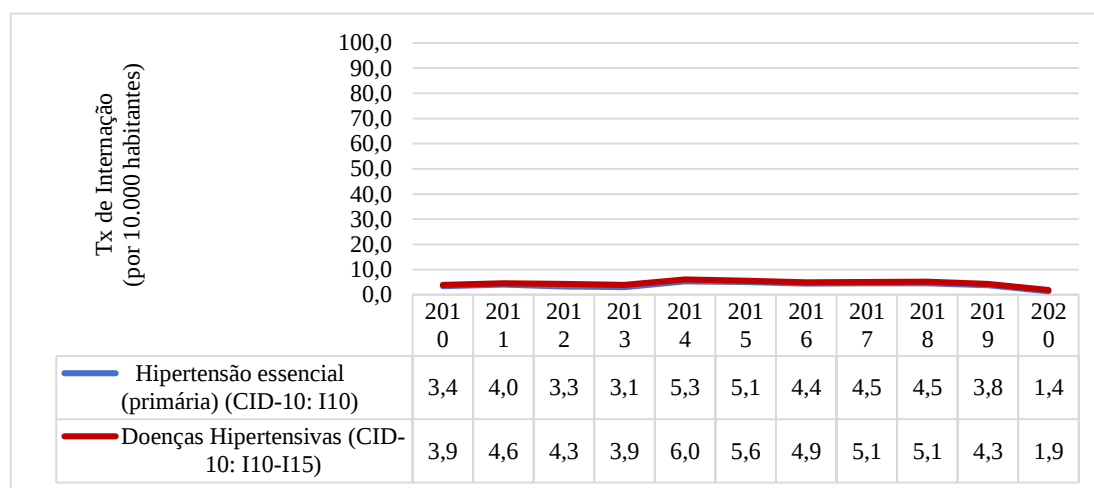
Fonte: SIH/SUS

B. Doenças do aparelho circulatório

Em relação ao total de internações por Doenças Hipertensivas (I10-I15), 43,2% ocorreram na faixa etária de 30 a 69 anos. A taxa de internação hospitalar por Doenças hipertensivas (I10-I15) nessa faixa etária variou de 1,9 a 6,0/10 mil hab, no período de 2010 a 2020. Desse grupo de causas, a Hipertensão essencial (primária – I10) corresponde a 86,3% das internações, demonstrando a sua magnitude (Gráfico 64).

A taxa de internação por Hipertensão essencial na faixa etária de 30 a 69 anos vem apresentando redução desde 2015. No período de 2010 a 2020 essa redução correspondeu a 58,8%, sendo 2020 o ano com a menor taxa 1,4/10 mil hab e 2014 o ano que apresentou o maior valor, o equivalente a 5,3/10 mil hab.

Gráfico 64. Taxa de internação hospitalar por Doenças hipertensivas (I10-I15) e Hipertensão essencial primária (I10) na população de 30 a 69 anos, residente em Salvador-BA, 2010-2020

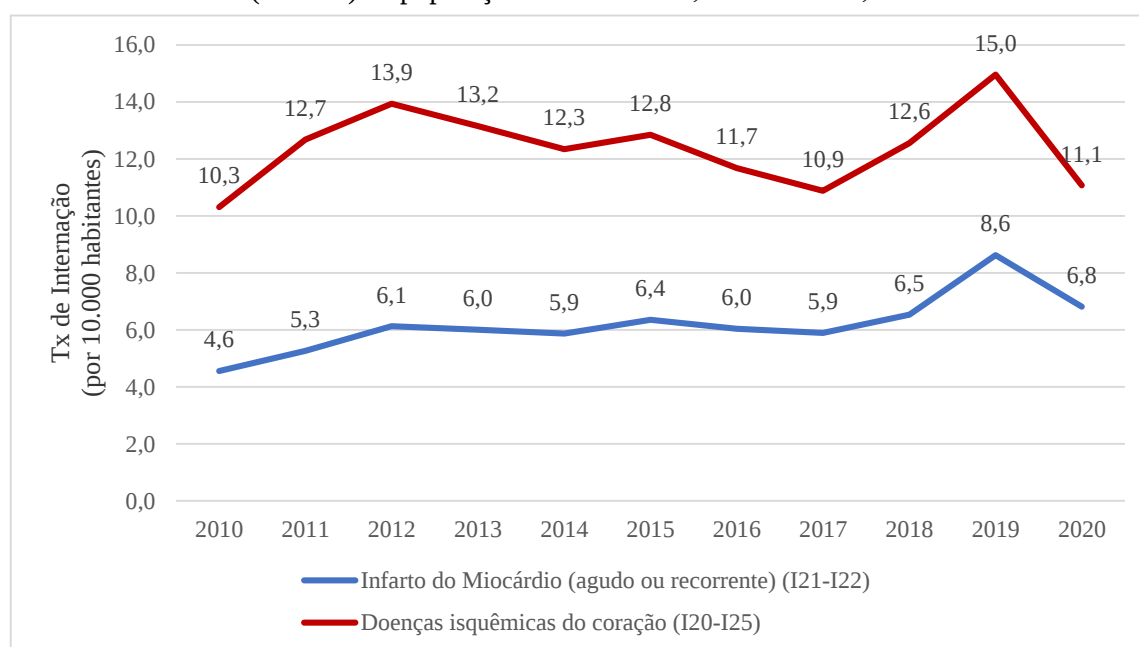


Fonte: SIH/SUS

Em relação ao total de internações hospitalares por doenças isquêmicas do coração, aproximadamente 72% ocorreram na faixa etária de 30-69 anos. Nesse grupo de causas, observa-se uma variação ao longo dos anos, mantendo uma média de 12,4/10 mil hab. O ano de 2019 foi o que apresentou a maior taxa de internação, correspondendo a 15,0/10 mil hab. Ressalta-se que 50% das internações hospitalares por doenças isquêmicas do coração tiveram como causa o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), demonstrando sua contribuição e a importância do seu diagnóstico.

Quanto ao infarto, nota-se uma tendência de crescimento das internações ao longo dos anos, com média de crescimento de 7,93% ao ano (considerando o período de 2010 a 2019), exceto em 2020, quando ocorre uma leve queda, cenário esse que pode ter sido alterado em decorrência da reorganização da rede assistencial em função da pandemia da COVID-19. A média da taxa de internação por essa causa foi de 6,2/10 mil hab e a linha de tendência de crescimento das internações por IAM é mais acentuada, ao se comparar com a do total de internações por doenças isquêmicas (Gráfico 65).

Gráfico 65. Taxa de internação hospitalar por Doenças isquêmicas do coração (I20-I25) e Infarto do miocárdio (I21-I22) na população de 30-69 anos, Salvador-BA, 2010-2020



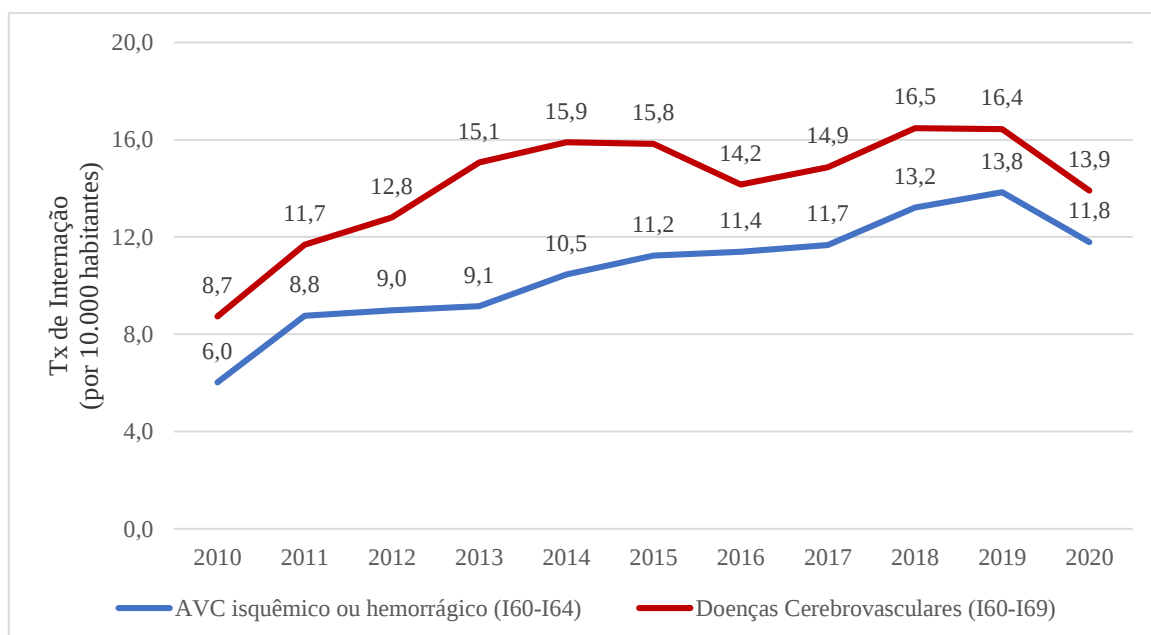
Fonte: SIH/SUS.

Analisando as internações hospitalares por Doenças cerebrovasculares (I60-I69) da população residente em Salvador, 65,5% ocorreram na faixa etária de 30 a 69 anos. Observa-se que, nessa faixa etária, o Acidente Vascular Cerebral isquêmico ou hemorrágico (AVC) (I60-I64) é responsável por 74,8% das internações, considerando o período de 2010 a 2020.

Quanto a taxa de internação por AVC nessa faixa etária, o Gráfico 66 aponta para um crescimento de 95,7% no período em análise, com média de 10,37% de crescimento ao ano (entre 2010 e 2019), considerando a redução das internações em 2020, fato este que pode ser atribuído as repercussões da pandemia da COVID-19. A taxa média da internação por AVC fica em torno de 10,6/10 mil hab.

Há de considerar que, esse aumento no número de internações pode representar um aumento real do quantitativo de casos ou indicar uma melhoria do sistema de saúde para diagnóstico desses casos em tempo oportuno, para tratamento adequado.

Gráfico 66. Taxa de internação hospitalar por Doenças cerebrovasculares (I60-I69) e AVC (I60-I64) na população de 30 a 69 anos, residente em Salvador-BA, 2010-2020



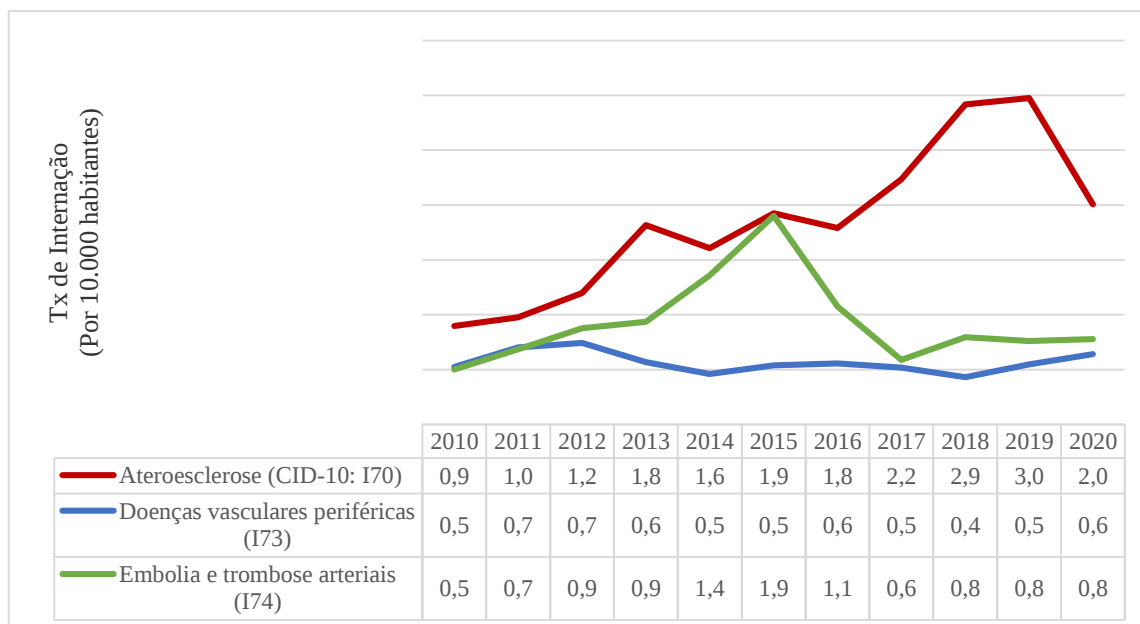
Fonte: SIH/SUS.

Entre as internações por Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares (I70-I79), 59,3% ocorreram na faixa etária de 30 a 69 anos. Deste conjunto, destaca-se como principais causas de internação hospitalar a Aterosclerose (I70), a Embolia e trombose arterial (I74) e as Outras doenças vasculares periféricas (I73), responsáveis por 37,5%, 18,9% e 11,3% respectivamente, na faixa etária de 30 a 69 anos no período de 2010 a 2020.

Observa-se uma tendência crescente da taxa de internação hospitalar por Aterosclerose (I70), com crescimento de 123% entre 2010 e 2019 e uma redução de 32,6% no ano de 2020, o que pode ter relação com a pandemia da COVID-19. Em relação a embolia e trombose arterial (I74), nota-se um pico no ano de 2015, atingindo 1,9/10 mil hab e um crescimento de 56% na taxa de internação entre 2010 e 2020. As Outras doenças vasculares periféricas (I73) apresenta uma taxa média de internação de 0,6/10 mil hab (Gráfico 67).

É importante destacar que a aterosclerose é uma doença sistêmica com formação de placas de gordura (ateromas), de cálcio e outros elementos nas paredes arteriais, levando ao estreitamento ou à obstrução de vasos dos membros superiores e inferiores (Doença Arterial Obstrutiva Periférica - DAOP), do coração e de outras partes do corpo. Apesar de 70 a 80% dos pacientes com DAOP serem assintomáticos, é importante monitorar essa comorbidade para que intervenções precoces na atenção primária sejam implementadas, prevenindo a trombose e oclusão arterial dos membros, bem como suas complicações. No entanto, há poucos dados disponíveis que permitam o monitoramento da DAOP em âmbito municipal.

Gráfico 67. Taxa de internação hospitalar por Aterosclerose (I70), Embolia e trombose arteriais (I74) e Outras Doenças vasculares periféricas (I73) na população de 30 a 69 anos, residentes de Salvador-BA, 2010-2020

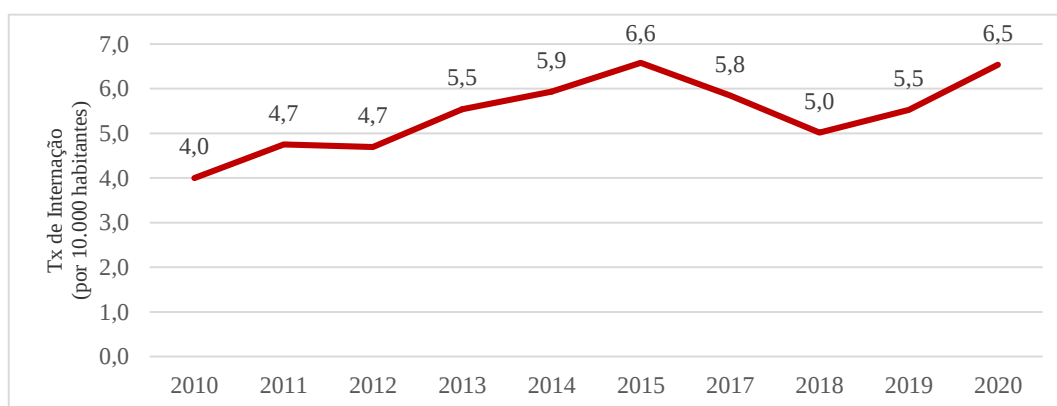


Fonte: SIH/SUS.

C. Diabetes mellitus

Quanto às internações por Diabetes Mellitus (DM), 64,1% ocorreram na população de 30 a 69 anos, e observa-se uma tendência de crescimento de 63,7% na taxa de internação por DM nessa faixa etária, entre 2010 e 2020. O ano de 2015 foi o que apresentou a maior taxa de internação (6,6/10 mil hab), e 2010 apresentou a menor taxa (4,0/10 mil hab). A média da taxa de internação foi de 5,5/10 mil hab (Gráfico 68). O aumento dessas internações pode ser reflexo tanto do aumento da prevalência de DM no município como também da falta de controle dessa doença, o que gera complicações e maior possibilidade de internações hospitalares para tratamento.

Gráfico 68. Taxa de internação hospitalar por Diabetes mellitus (E10-E14) na população de 30 a 69 anos, residentes de Salvador-BA, 2010-2020



Fonte: SIH/SUS.

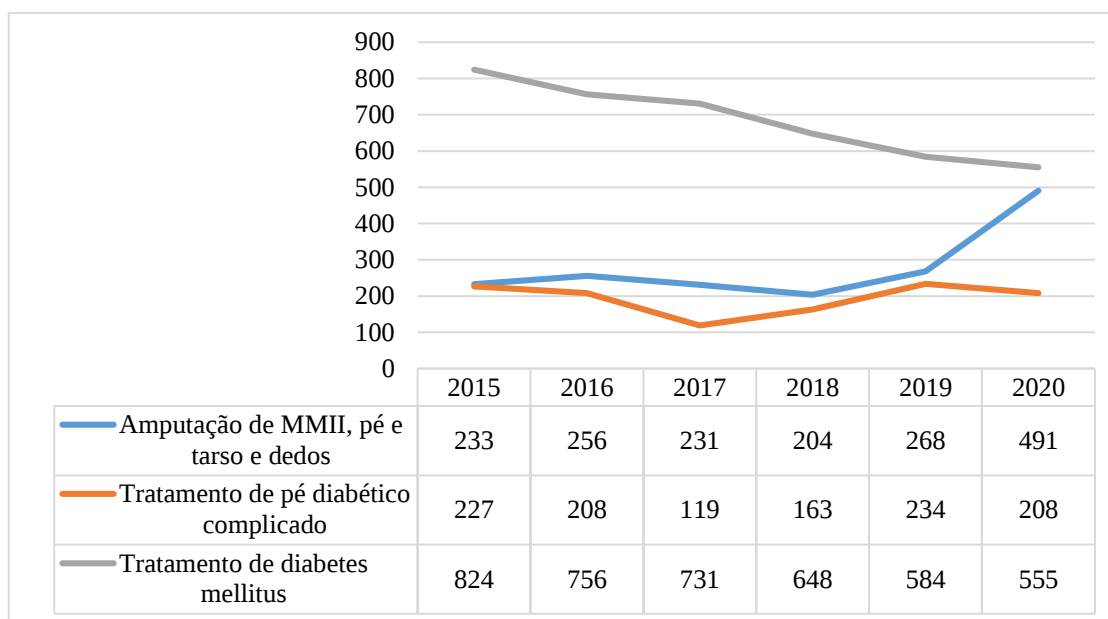
a) Internações por complicações do Pé Diabético

Cerca de 85% das amputações de Membros Inferiores (MMII) em pessoas com DM são precedidas de úlceras e 20% das internações de indivíduos com DM são decorrentes de lesões de MMII (BRASIL, 2016b).

Em contraposição ao aumento das internações por DM, nota-se uma diminuição de internações em que foi realizado o procedimento de tratamento de diabetes mellitus, no período de 2015-2020, e um aumento de 96,6% das internações em que foi realizado o tratamento de pé diabético complicado (Gráfico 69). Isso evidencia uma maior proporção de internações por complicações de neuropatia diabética, deformidades nos pés, traumatismos e infecções secundárias dos MMII nesse período. Os dados de insuficiência de realização de exame físico do pé diabético corroboram com o aumento de amputações.

Em 2020, houve uma estabilidade de internações de pé diabético complicado, provavelmente relacionada a diminuição de acesso de pacientes diabéticos aos serviços de saúde em virtude da pandemia da COVID-19. Nota-se um aumento de 83,2% de amputações de MMII, pé e tarso e dedos em pacientes com diabetes entre 2019 e 2020, e de 140,7% entre os anos de 2018 e 2020, corroborando com essa hipótese.

Gráfico 69. Número de internações de pacientes diabéticos (CID Cat E10-E14) com realização de procedimentos de amputações/desarticulações de MMII, de pé e tarso e de dedos e realização de procedimento de tratamento de pé diabético complicado, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: TABNET-Salvador. Tabulado em 17/11/2021.

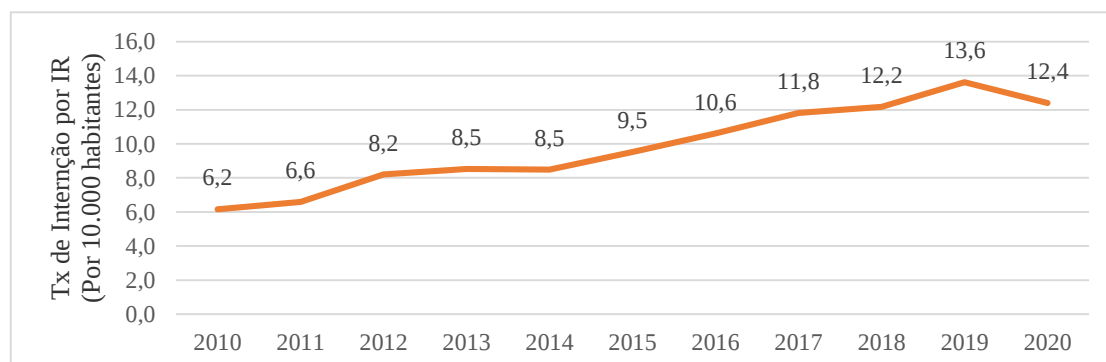
D. Insuficiência Renal

Considerando as internações por Insuficiência renal¹³ (N17-N19), 72,4% ocorreram na população de 30 a 69 anos, e nessa faixa etária nota-se uma elevação de 100,9% nas internações hospitalares no período de 2010-2020. A taxa média anual de

¹³ Essa tabulação inclui todas as internações por Insuficiência renal (N17-N19), incluindo tanto a aguda como a crônica. Não foi possível obter esse dado de forma estratificada.

internação hospitalar foi de 9,8/10 mil hab, com uma variação entre 6,2 a 13,6/10 mil hab nos anos analisados (Gráfico 70).

Gráfico 70. Taxa de internação hospitalar por Insuficiência Renal (N17-N19) na população de 30 a 69 anos, residentes de Salvador-BA, 2010-2020



Fonte: SIH/SUS

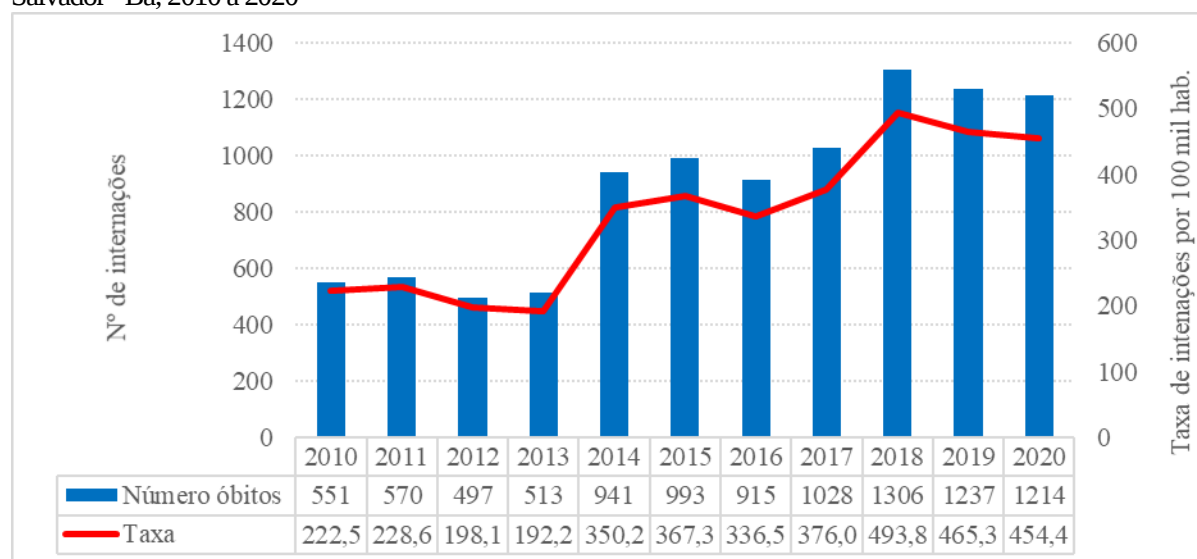
É importante salientar que a insuficiência renal tem como principais causas a HAS e o DM, logo o diagnóstico tardio e o descontrole dessas doenças podem gerar complicações renais, podendo refletir no aumento da taxa de internação por essa causa específica.

E. Causas Externas

a) Quedas

Em consonância com o aumento da taxa de mortalidade por quedas em idosos, as taxas de morbidade hospitalar por quedas nessa população demonstram tendência crescente nos últimos anos, passando de 222,5 por 100 mil idosos em 2010, para 454,4 por 100 mil idosos em 2020, com variação percentual de 104% no período (Gráfico 71).

Gráfico 71. Número de óbitos e taxa de morbidade hospitalar pelo SUS por quedas em idosos, residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020*

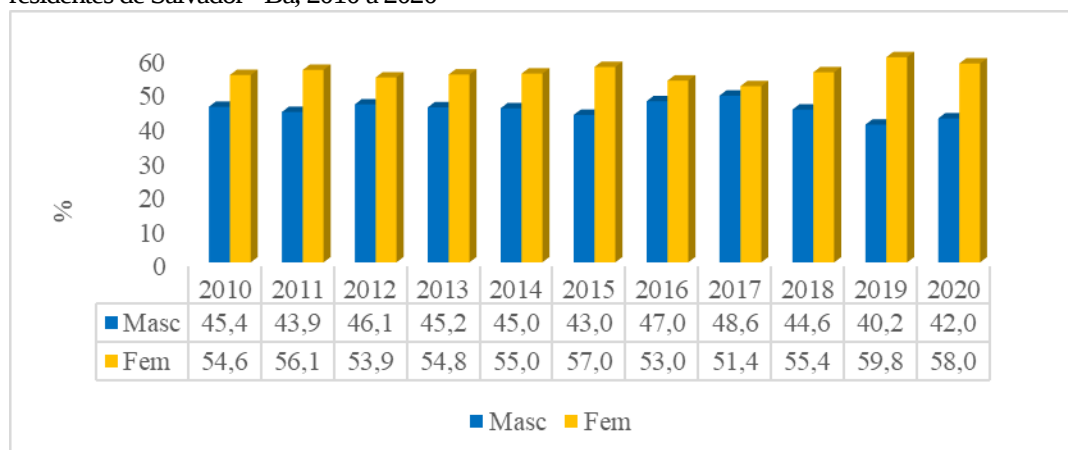


Fonte: DATASUS/SIH/ SMS/DVIS/SUIS (acesso em 05.05.21). População estimada com base no censo 2010 *Dados preliminares

Com relação ao sexo, a população feminina apresenta mais de 50% das internações por queda em idosos no município de Salvador (Gráfico 72).

Diante dos dados e considerando o envelhecimento populacional com o aumento da proporção de idosos, a incidência de quedas tende a aumentar assim como as lesões e mortes decorrentes delas. Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de ações de prevenção das quedas na população idosa, considerando os fatores de risco intrínsecos como perda da massa muscular e óssea, comprometimento do equilíbrio, comprometimento da visão, além dos fatores de risco ambientais.

Gráfico 72. Morbidade proporcional de internações pelo SUS por quedas em idosos segundo sexo, em residentes de Salvador - Ba, 2010 a 2020*



Fonte: DATASUS/SIH (acesso em 05.05.2021). População por sexo estimada com base no censo 2010.

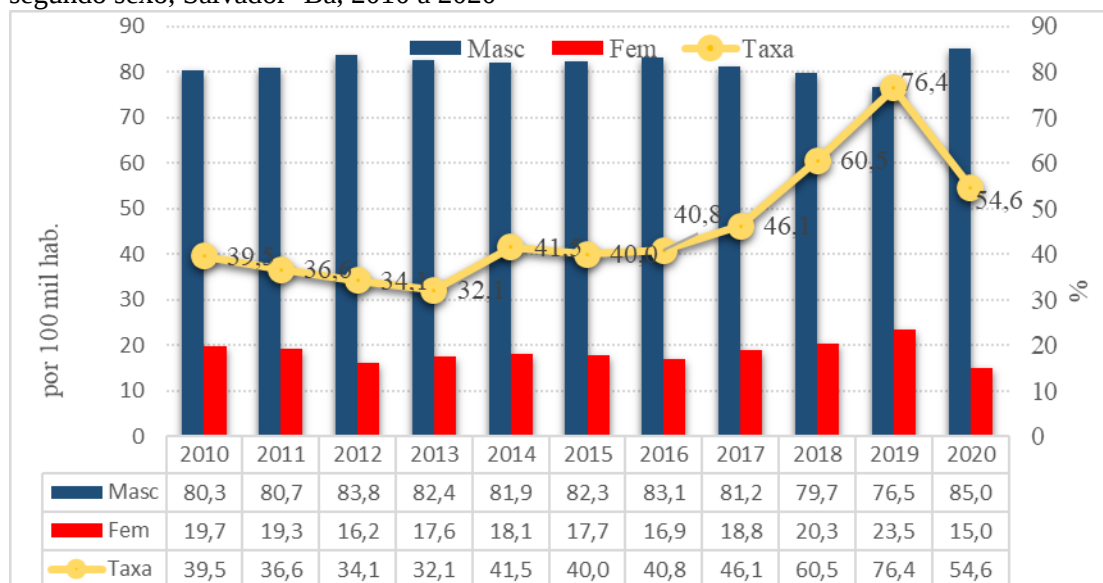
*Dados preliminares

b) Acidentes de Trânsito

Ao observar as taxas de internação hospitalar por acidentes de trânsito (Gráfico 73), percebe-se tendência crescente a partir de 2017, com aumento de 93,4% no período de 2010 a 2019, sendo esse último o que apresentou a maior taxa (76,4/100 mil hab). Esse resultado demonstra que, apesar da queda nas taxas de mortalidade no mesmo período, ainda ocorrem muitos acidentes graves que demandam ações mais eficazes de prevenção destes acidentes.

Percebe-se ainda uma queda de 28,5% das internações por acidentes no trânsito em 2020 (em relação ao ano de 2019), justificado pelas medidas preventivas da Covid-19, como isolamento social, fechamento de comércio, redução de fluxo de veículos nas vias.

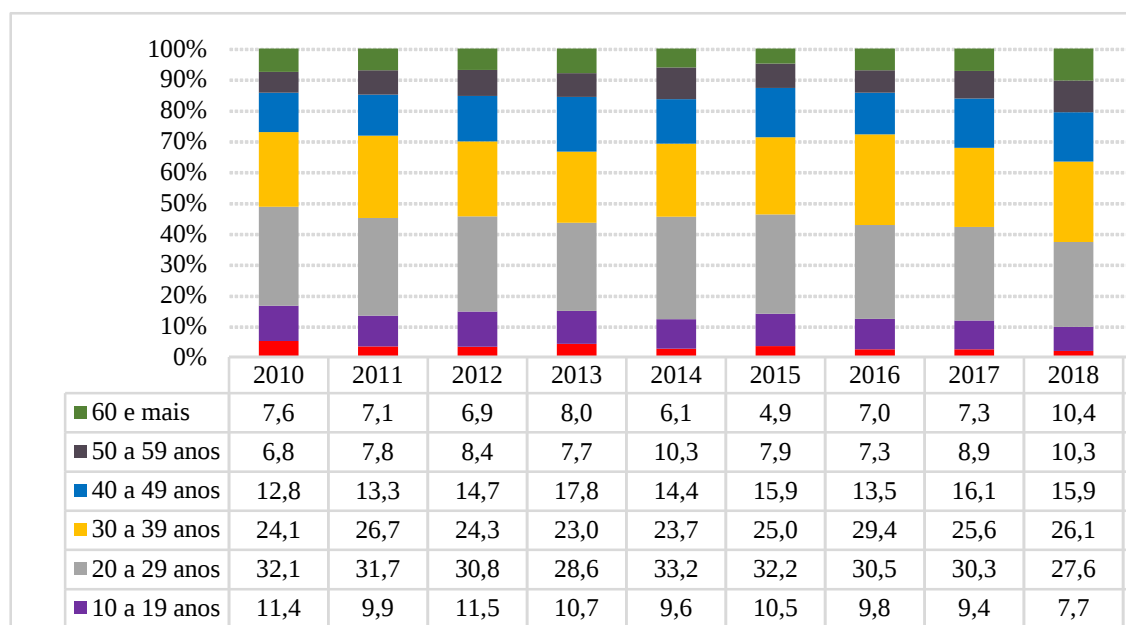
Gráfico 73. Taxa de internação hospitalar por acidentes de trânsito na população geral e segundo sexo, Salvador- Ba, 2010 a 2020*



Fonte: DATASUS/SIH (05.05.2021). *Dados preliminares em 2020.

Em relação a faixa etária, a maior concentração encontra-se nos adultos jovens de 20 a 39 anos que representam mais de 50% do total de internações no período (Gráfico 74).

Gráfico 74. Morbidade proporcional por acidentes de trânsito segundo faixa etária, Salvador-Ba, 2010 a 2020*

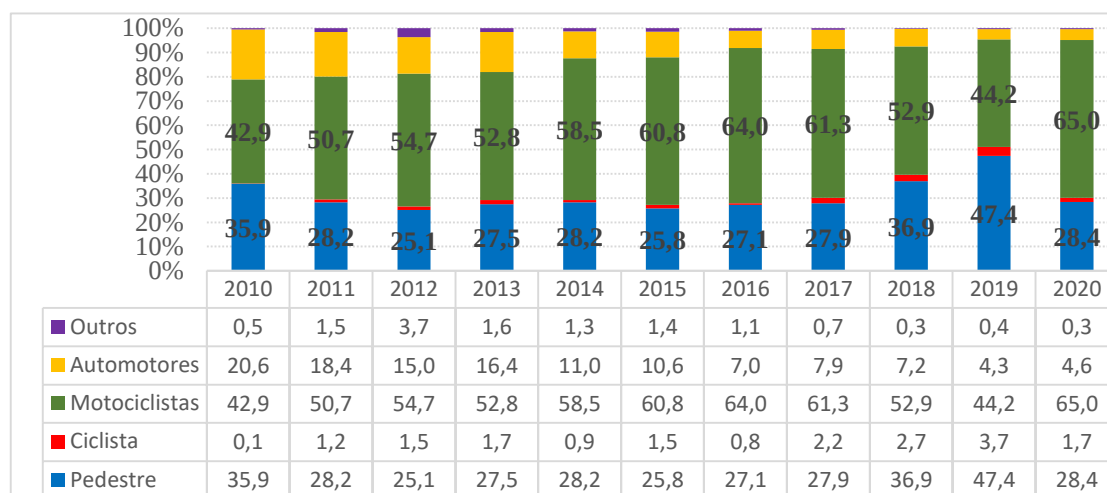


Fonte: DATASUS/SIH (05.05.2021). *Dados preliminares

No que se refere a condição de mobilidade da vítima no momento do acidente, os maiores percentuais de internamento ocorreram entre os motociclistas, que apresentaram uma média de 55% de todas as internações por acidentes no trânsito no período de 2010 a 2020, seguido dos pedestres com 30% (Gráfico 75).

Ressalta-se que em virtude do aumento de entregas por *delivery* durante a pandemia, houve aumento perceptível do fluxo de motocicletas no trânsito, gerando maior exposição desta categoria, que além da vulnerabilidade devido ao tipo de veículo, apresenta mais comportamentos de risco. Desta forma, torna-se imprescindível a prioridade de ações voltadas para este público.

Gráfico 75. Percentual de internações hospitalares pelo SUS por acidentes de trânsito, segundo condição de mobilidade da vítima, Salvador- Ba, 2010 a 2020*



Fonte: DATASUS/SIH (05.05.2021) *Dados preliminares

Em relação aos dias de permanência no hospital, percebe-se uma média de 6,6 dias por internação em vítimas do trânsito. Só em 2019 foram registrados 14.216 dias de internamento e ocupação de leito decorrentes de sinistros no trânsito, que em sua maioria poderiam ser evitados (Tabela 12).

Tabela 12. Dias e média de dias de permanência hospitalar pelo SUS por acidentes de trânsito, Salvador- Ba, 2010 a 2020*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dias de permanência	6.004	5.813	5.674	5.873	7.605	7.170	9.617	11.297	13.223	14.216	9.452
Média de dias de permanência	5,7	5,9	6,1	6,3	6,3	6,1	8,0	8,3	7,6	6,5	6,0

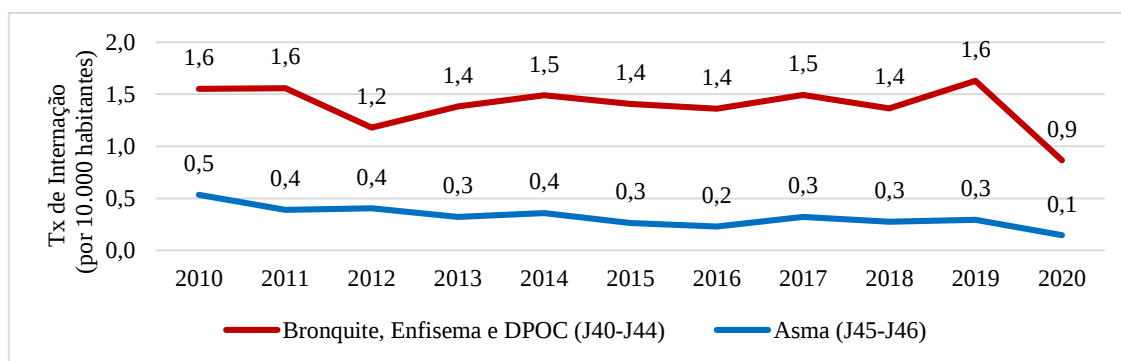
Fonte: DATASUS/SIH (05.05.2021) *Dados preliminares

Diante da necessidade de reduzir ainda mais os acidentes e as mortes no trânsito, destaca-se que na 3ª Conferencia Global da ONU realizada em Estocolmo, em fevereiro de 2020, foi definida a “Segunda Década de Ação pela Segurança no Trânsito de 2021 a 2030” que apresenta como meta a redução de, pelo menos, 50% das mortes no trânsito no até 2030. Essa Segunda Década traz como principais recomendações a redução dos limites de velocidade, especialmente para as áreas com grandes concentrações de usuários vulneráveis. Diante deste novo desafio, faz-se necessário a continuidade das ações intersetoriais e a implementação das ações de prevenção, educação, assistência aos vitimados, além de estudos das vias para medidas cabíveis e outras ações que levem a redução dessas internações.

F. Doenças do aparelho respiratório

Em relação as doenças do aparelho respiratório, destaca-se as causas Bronquite, Enfisema e DPOC (J40-J44) que apresentaram um aumento de 4,8% na taxa de internação hospitalar e a Asma (J45-J46) com uma redução de 45,2% na taxa de internação hospitalar, considerando a população de 20 anos ou mais, no período de 2010 a 2019 (Gráfico 76). A média da taxa de internações hospitalares por bronquite, enfisema e DPOC foi de 1,4/10 mil hab e a de Asma de 0,3/10 mil hab, na população de 20 anos ou mais, nesse período.

Gráfico 76. Taxa de internação hospitalar por Bronquite, Enfisema e DPOC (J40-J44) e Asma (J45-J46) na população de 20 anos ou mais, residentes de Salvador-BA, 2010-2020



Fonte: SIH/SUS.

Cabe ressaltar que a taxa de internação por Bronquite, Enfisema e DPOC (J40-J44) é 9,5 vezes maior na faixa etária de 70 anos ou mais, em relação à população geral, com tendência crescente e aumento de 6,56% da taxa de internação hospitalar no mesmo período. A Asma é uma doença que se desenvolve mais frequentemente na infância, com aumento de 21,16% da taxa de internação hospitalar na faixa etária até 19 anos, entre 2010 e 2019; ao contrário do Enfisema e DPOC, que atingem mais a população adulta.

A COVID-19 produz uma reação inflamatória no parênquima pulmonar, que pode levar a descompensações de quadros crônicos de Asma, Enfisema/DPOC e outras doenças pulmonares crônicas. A partir de março de 2020, devido à pandemia da COVID-19, grande parte dos casos de asma e enfisema/DPOC, por apresentarem sintomas semelhantes, foram notificados com CID principal de COVID-19. Nota-se que o aumento substancial de internações por COVID-19 ocorreu concomitante à queda das internações por doenças pulmonares crônicas nos anos de 2020 e 2021, e portanto, esta redução de internações não representa a realidade.

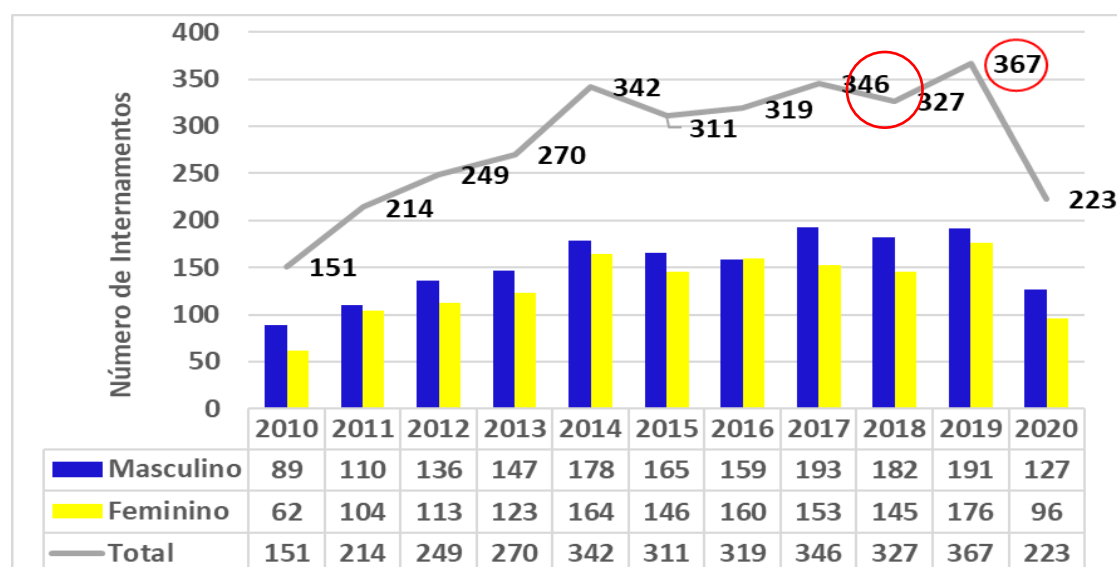
G. Doença Falciforme

Considerando a morbidade hospitalar, segundo dados do Sistema de Informações de Hospitalares (SIH), Salvador teve 3.125 internamentos com CID D57 informados, destes 1.677 foi do sexo masculino, 1.442 do sexo feminino e 06 não informados (Gráfico 77).

As taxas de internações revelaram tendência de crescimento entre os anos de 2010 e 2014, a partir desse ano houve pouca variação, quando volta a elevar-se no ano de

2019 com 12,8 por 100 mil habitantes em sua maior taxa. O ano de 2020 apresentou redução de 37,9 % em relação ao ano anterior, no entanto, os dados sobre internamentos devem ser analisados à luz do novo cenário epidemiológico com a emergência da COVID-19, não sendo possível avaliar se essa redução traduz impactos positivos das ações de cuidado dirigidas a essa população.

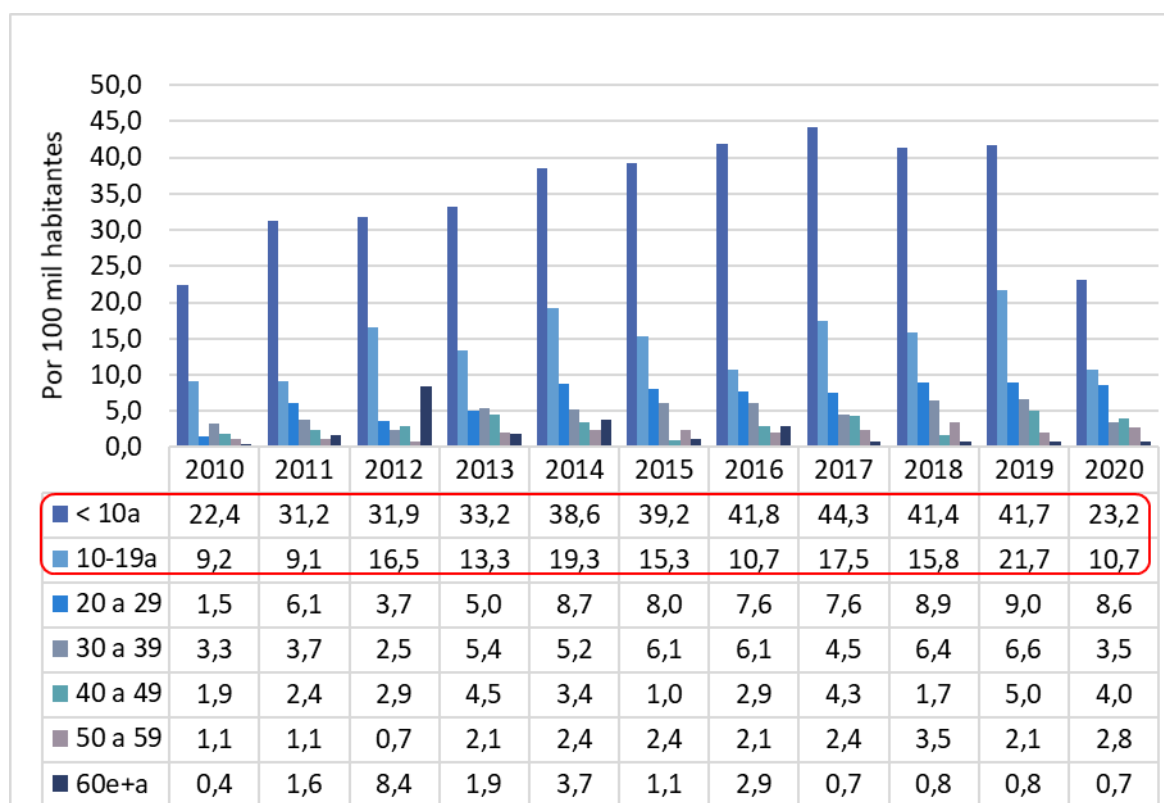
Gráfico 77. Número de internamentos hospitalares pelo SUS por Doença Falciforme, na população geral e segundo sexo, Salvador-BA, 2010 a 2020*



Fonte: SMS/SIH. Acesso 25 de maio de 2021. Para o ano de 2020 foram excluídos 6 casos cujo sexo não foi informado *Dados preliminares

A análise por faixa etária mostrou predomínio em menores de 10 anos em todos os anos da série histórica, seguido pelos adolescentes com taxas médias de 35,3 e 14,5 por 100 mil habitantes, respectivamente (Gráfico 78). Ao desagregarmos os menores de 10 anos, as crianças de 01 a 04 anos apresentaram as maiores taxas, com média de 43,7 por 100 mil habitantes. Uma das complicações importantes na primeira infância é a asplenia funcional, o que as torna mais susceptíveis às infecções, que estão entre as maiores causas de internamentos. Crianças menores de cinco anos e com DF tem um risco de 30 a 100 vezes maior de ter infecção por pneumococo do que as crianças não portadoras (LOGGETTO, S.R. et al, 1999).

Gráfico 78. Taxas de morbidade hospitalar pelo SUS por Doença Falciforme, segundo faixa etária. Salvador-BA, 2010 a 2020*



Fonte: SMS/SIH. Acesso 25 de maio de 2021

A doença falciforme por suas características e por estar presente em uma parcela importante da população de Salvador, assume grande relevância no planejamento das ações de saúde. Apesar da mortalidade ser maior na faixa etária de 20 a 39 anos, corroborando com a menor expectativa de vida de portadores de DF em relação a população geral, a presença de maior número de internações nas crianças e adolescentes, sinaliza para a necessidade de intervenções precoces para a redução da morbimortalidade por esse agravo, tais como qualificação do diagnóstico precoce e do seguimento na APS, acesso facilitado a exames laboratoriais e de imagem, acesso prioritário à vacinação de rotina e aos medicamentos (hidroxiureia, ácido fólico e penicilina profilática).

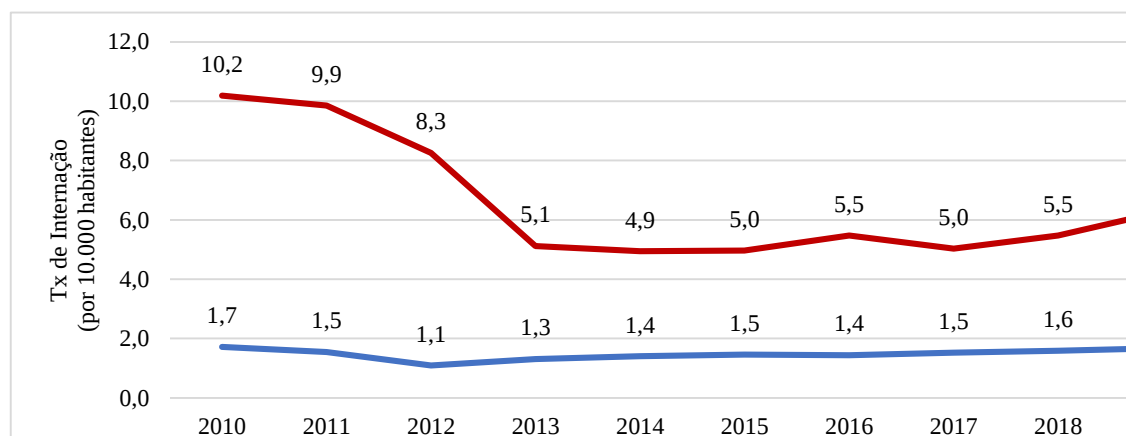
H. Transtornos mentais e comportamentais e uso de substâncias psicoativas

No período de 2010 a 2020, ocorreram 19.702 internações hospitalares por transtornos mentais (F00-F99) na população geral de Salvador, sendo que 26,3% dessas foram por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas (F10-F19).

A taxa de internação hospitalar por transtornos mentais e comportamentais apresentou uma redução de -51,5% entre o ano de 2010 e 2014, voltando a apresentar crescimento a partir de 2015, apresentando um aumento de 26,6% entre 2015 e 2019. Considerando a taxa de internação por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, nota-se uma redução de -36,6% entre 2010 e 2012, com tendência de crescimento desde então, apresentando um aumento de 53,6% quando comparado a 2019 (Gráfico 79). No ano de 2020, houve redução de ambas as taxas, em virtude da

restrição de acesso durante a pandemia da COVID-19, não sendo possível inferir uma redução real das taxas de internação.

Gráfico 79. Taxa de internação hospitalar por Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99) e Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F10) na população geral, Salvador-BA, 2010-2020



Fonte: SIH/SUS

2.3.3.3. Internações nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de Salvador

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) realizam o maior quantitativo de atendimentos de urgência e emergência em Salvador e são a porta de entrada principal de pacientes para internação. Apesar de não emitirem Autorização de Internação Hospitalar (AIH), os pacientes avaliados nas UPAs podem ser internados para regulação para unidades Hospitalares e a referida internação é registrada no Sistema de Regulação e Urgência (SUREM) da Central de Regulação do Estado da Bahia, servindo de base para a análise realizada nesse tópico. Não foi possível calcular as taxas de internação, uma vez que o sistema não diferencia pacientes residentes dos não residentes em Salvador, ficando a análise limitada ao quantitativo de internações por CID, grupo de CID ou patologia.

Entre 2015 e novembro de 2021 foram 141.316 internações nas 10 Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h (UPAs de San Martin, Paripe, Brotas, Valéria, Barris, Hélio Machado, Parque São Cristovão, Bairro da Paz, Santo Antônio e Pirajá-Santo Inácio) e em outras 06 Unidades de Emergência (Adroaldo Albergaria, Boca do Rio, Pernambuco, 16º Centro de Saúde, São Marcos e PA Rodrigo Argolo) sob gestão municipal. A média anual foi de 20.188 internações e a mensal de 1.682 internações. O ano de 2020 apresentou uma redução expressiva de 65,77% do total de internações, em virtude das medidas de isolamento social e da diminuição da procura da população nas UPAs no início da pandemia de COVID-19.

Dentre o total de internações (Tabela 13), as doenças do aparelho respiratório (J00-J99) foram a primeira causa de internação nas UPAs (20,6%), seguido das doenças do aparelho circulatório (I00-I99) (14,1%), das doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99) (13,2%), das consequências de causas externas (S00-T98) (8,8%) e das doenças de pele e tecido subcutâneo (L00-L99) (6,21%). As neoplasias apresentaram queda expressiva de 26,2% em 2019, mantendo-se estável desde então. As doenças infecciosas

e parasitárias ocuparam a primeira posição em 2021, em virtude de pandemia de COVID-19.

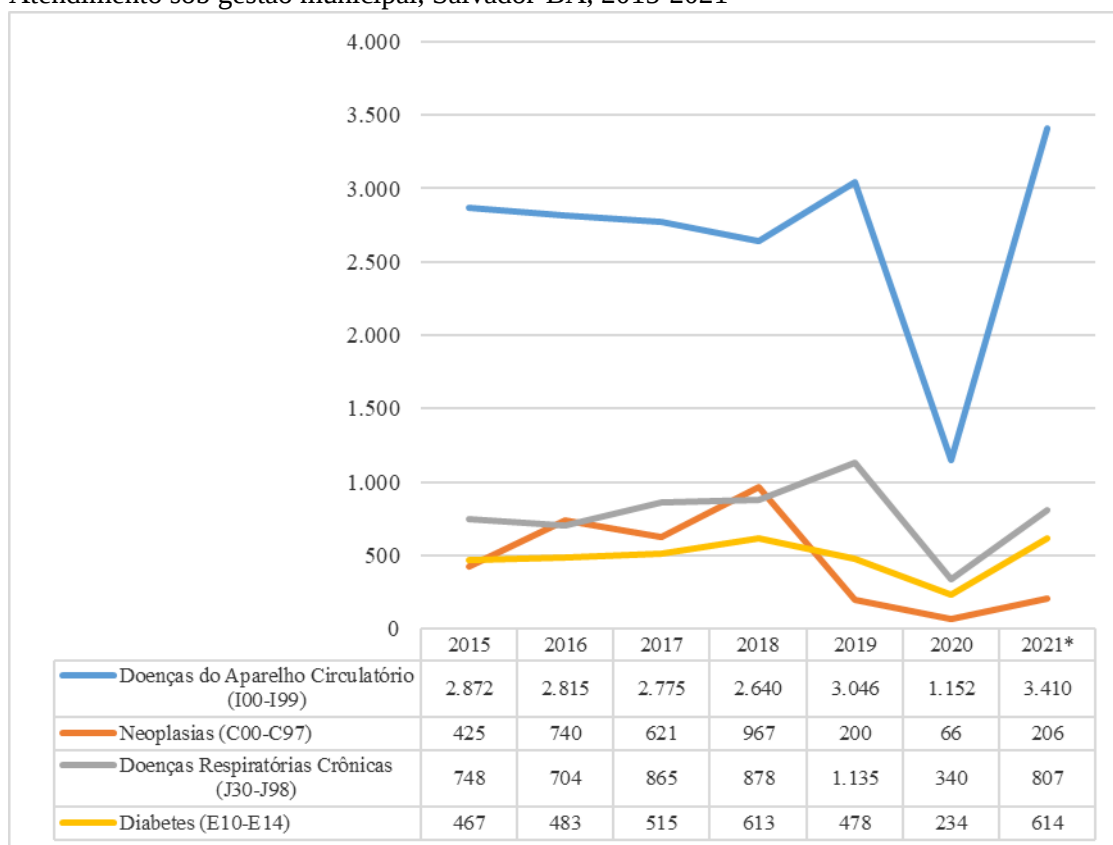
Tabela 13. Número de Internações por Capítulo da CID-10 nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021*

Capítulo da CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	Total	%
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99)	5.912	5.624	5.885	5.538	2.832	916	2.487	29.194	20,66
X. Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	3.066	2.686	3.372	3.220	4.727	1.097	1.793	19.961	14,13
IX. Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	2.872	2.815	2.775	2.640	3.046	1.152	3.410	18.710	13,24
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	1.267	1.096	1.265	1.127	1.968	1.070	5.255	13.048	9,23
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	1.805	1.626	1.947	1.407	2.184	873	2.624	12.466	8,82
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	1.481	1.386	1.670	1.367	1.500	403	971	8.778	6,21
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	1.124	1.259	1.143	1.171	1.289	531	1.806	8.323	5,89
XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	1.028	1.109	1.188	1.029	1.364	488	1.208	7.414	5,25
II. Neoplasias [tumores] (C00-D48)	595	987	872	1.219	319	88	290	4.370	3,09
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	553	594	624	740	681	316	829	4.337	3,07
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	408	437	465	479	557	137	280	2.763	1,96
VI. Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	454	368	461	351	378	136	401	2.549	1,80
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	345	376	412	374	426	136	404	2.473	1,75
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	152	425	238	52	560	136	320	1.883	1,33
V. Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	89	103	110	91	149	32	280	854	0,60
XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	102	88	107	101	129	65	112	704	0,50
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H95)	78	78	112	101	109	25	62	565	0,40
XV. Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	47	41	56	60	73	23	40	340	0,24
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	14	21	24	26	20	7	28	140	0,10
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)	24	12	17	21	32	8	20	134	0,09
VII. Doenças do olho e anexos (H00-H59)	20	8	12	15	22	2	13	92	0,07

Fonte: SUREM (Dados extraídos em 20/12/2021. *Dados até novembro/2021.

É válido ressaltar que 21,81% das internações tiveram como causa principal uma dos quatro principais grupos de doenças crônicas (Gráfico 80), sendo as doenças do aparelho circulatório a principal causa, com aumento de 6,1% entre 2015 e 2019, mantendo tendência de crescimento em 2021. As doenças respiratórias crônicas apresentaram a maior tendência de crescimento, com aumento de 51,7% do total de internações entre 2015 e 2019.

Gráfico 80. Número de Internações por grupo de Doenças Crônicas nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021*



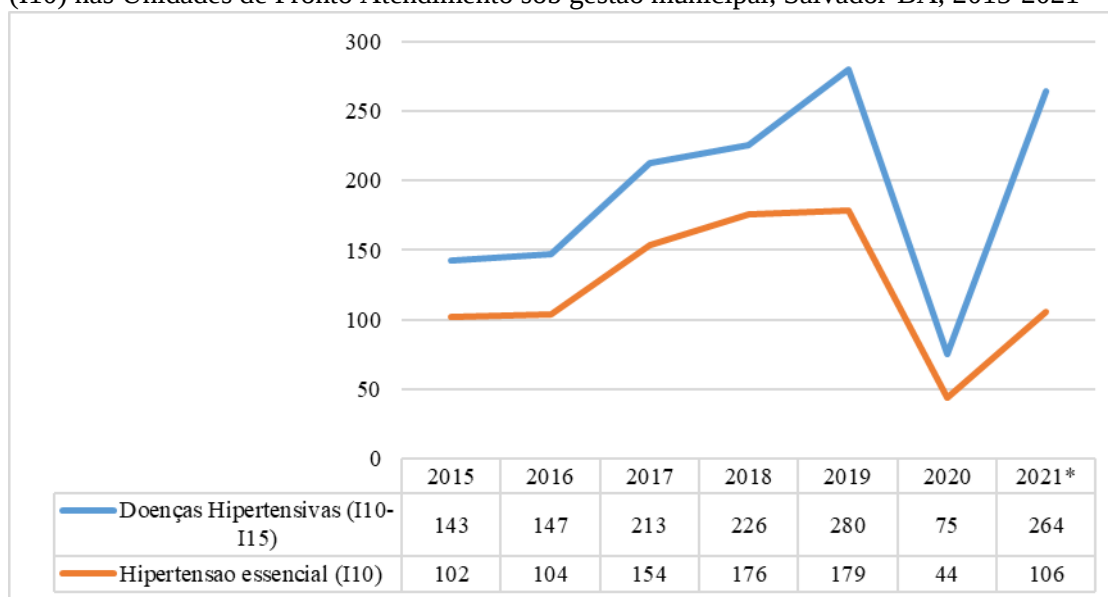
Fonte: SUREM. Dados extraídos em 20/12/2021. *Dados até novembro/2021.

A. Doenças do aparelho circulatório

Nota-se que em contraposição a redução de internações hospitalares, houve um aumento de 95,8% no número de internações por doenças hipertensivas (I10-I15) e de 75,49% nas internações por hipertensão essencial primária (I10) nas UPAs de gestão municipal, no período de 2015 a 2019. Apesar da queda de internações retrada em 2020, no ano de 2021 voltou apresentar tendência de crescimento semelhante (Gráfico 81).

Pode-se inferir uma possível resolutividade das UPAs em sanarem, ainda que temporariamente, as crises hipertensivas; ou que parte dos pacientes podem ser internados e receberam alta antes da regulação efetiva para os hospitais de referência, podendo significar uma dificuldade no acesso a leitos para estas causas. Além disso, esse aumento pode representar também problemas de acesso às unidades de atenção primária para um acompanhamento adequado dessa condição, bem como fragilidade na resolutividade nesse nível de atenção no seguimento desses pacientes hipertensos, acarretando em idas mais frequentes nas UPAs por descompensação clínica do quadro base de hipertensão.

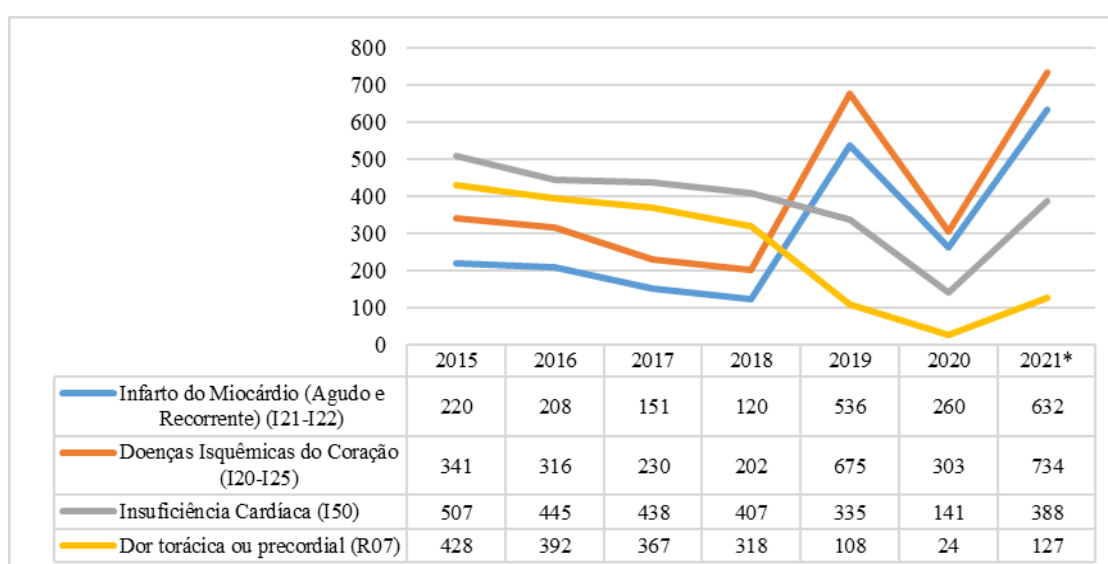
Gráfico 81. Número de Internações por Doenças Hipertensivas (I10-I15) e Hipertensão essencial (I10) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021*



Fonte: SUREM (Dados extraídos em 20/12/2021. *Dados até novembro/2021).

Em relação às doenças isquêmicas do coração (I20-I25), o infarto do miocárdio agudo ou recorrente (I21-I22) representou 75,9% do número total de internações nas UPAs, tendo apresentado queda entre 2015 e 2018, porém com aumento de 347% entre 2018 e 2019. Esses dados são compatíveis com a redução da mortalidade por IAM entre 2010 e 2018 e com a tendência de crescimento a partir de 2019 (Gráfico 82).

Gráfico 82. Número de Internações por Infarto do Miocárdio (I20-I21), Doenças Isquêmicas do Coração (I20-I25) e Insuficiência Cardíaca (I50) e Dor Torácica (R07) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021*



Fonte: SUREM (Dados extraídos em 20/12/2021. *Dados até novembro/2021).

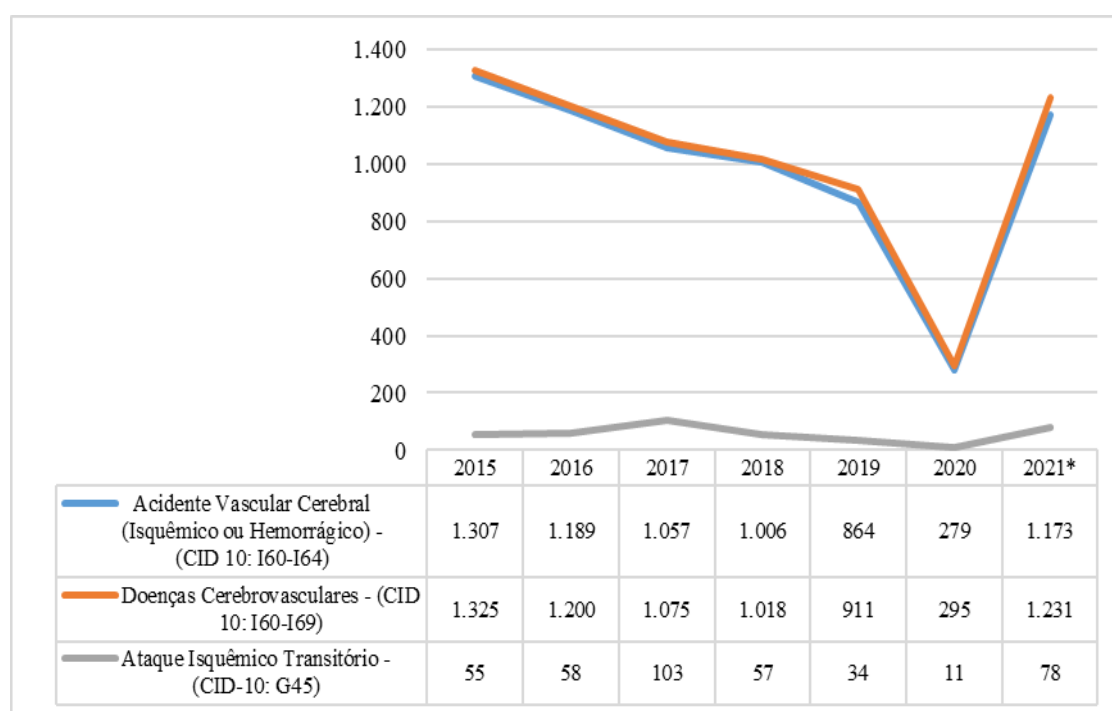
Nota-se que no mesmo período, houve aumento da taxa de internação hospitalar por IAM e queda de -74,8% do número de internações por dor torácica ou precordial nas UPAs, o que pode representar uma melhoria do diagnóstico de IAM no período,

uma vez que reduziram as internações com causa genérica. Essa hipótese é reforçada pelos dados de aumento, principalmente a partir de 2018, da administração de trombolíticos pelo SAMU, e pela implantação em 2016 do Protocolo de atendimento às vítimas acometidas pela Síndrome Coronariana Aguda, especificamente do IAM com supradesnivelamento do segmento ST, e que tem beneficiado, em média, 27% dos pacientes diagnosticados. Cabe ressaltar que houve aumento significativo do número de capacitações de profissionais da rede para o diagnóstico de IAM a partir de 2016, além da introdução de serviço diagnóstico de eletrocardiograma por telemedicina nas UPAs.

Chama atenção a redução de -72,2% do número de internações nas UPAs por insuficiência cardíaca entre 2015 e 2019, em contraposição ao aumento de 155,6% na taxa de mortalidade prematura por insuficiência cardíaca (IC) no período de 2017 e 2020. Isso pode representar o não diagnóstico dessa condição na APS ou das descompensações de IC nas UPAs nesse período.

Observa-se redução de -33,9% do número de internações por AVC isquêmico ou hemorrágico (I60-I64) e -31,2% das internações por doenças cerebrovasculares (I60-69) nas UPAs no período de 2015 a 2019 (Gráfico 83). Esses dados contrapõem o aumento da taxa de internação hospitalar por AVC no mesmo período. Isso pode representar uma busca direta por atendimento nos hospitais ou diagnóstico tardio dos pacientes portadores AVC no hospital.

Gráfico 83. Número de Internações por Acidente Vascular Cerebral (I60-I64), Doenças Cerebrovasculares (I60-I69) e Ataque Isquêmico Transitório (G45) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021*.

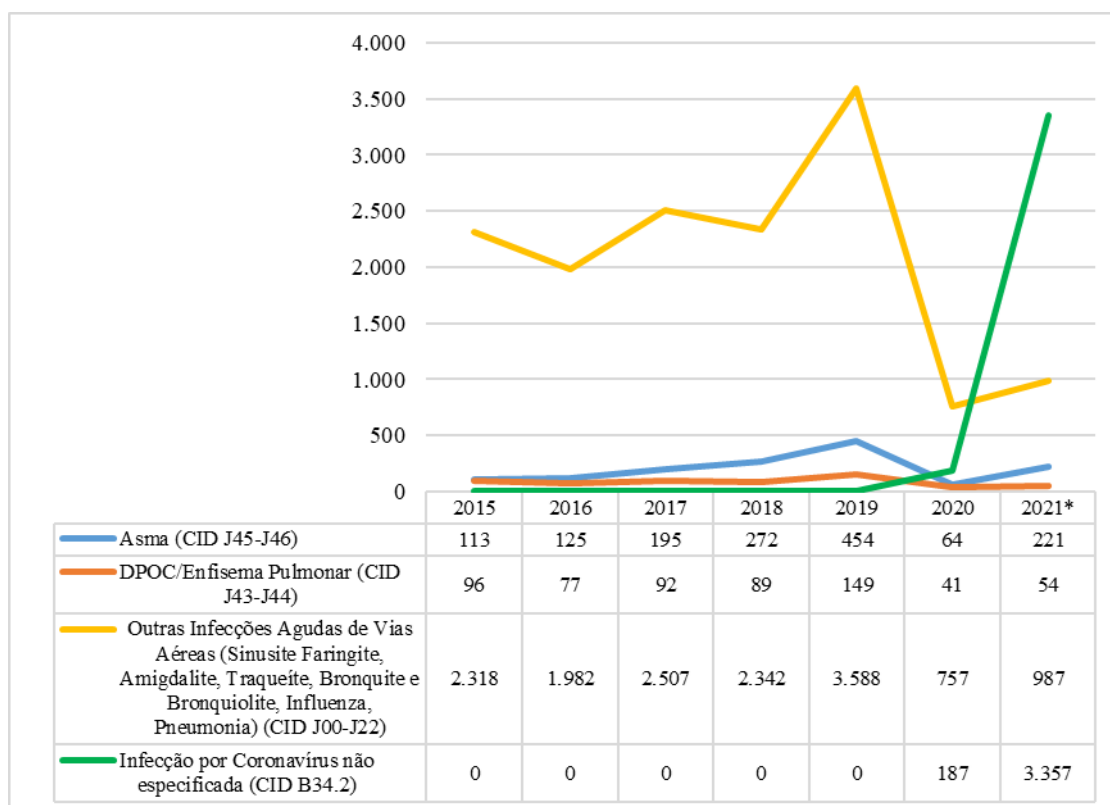


Fonte: SUREM (Dados extraídos em 20/12/2021. *Dados até novembro/2021).

B. Doenças do aparelho respiratório

Observa-se que o maior número de internações nas UPAs são por infecções agudas de vias aéreas (sinusite faringite, amigdalite, traqueíte, bronquite e bronquiolite, influenza, pneumonia) que correspondem a 72,5% do total de internações por doença do aparelho respiratório (Gráfico 84).

Gráfico 84. Número de Internações por Asma (J45-J46), DPOC/Enfisema (J43-J44), COVID-19 (B34.2) e Outras Infecções Agudas de Vias Aéreas (J00-J22) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021*



Fonte: SUREM (Dados extraídos em 20/12/2021. *Dados até novembro/2021).

Vale ressaltar o aumento de 301,8% no número internações nas UPAs por Asma e de 55,2% por DPOC/Enfisema entre 2015 e 2019, são compatíveis com o aumento, no mesmo período, da taxa de internação hospitalar por Bronquite e Enfisema/DPOC na faixa etária de 20 anos ou mais e com o aumento da taxa de internação hospitalar por Asma na faixa etária até 19 anos.

Nota-se, concomitante ao aumento de internações por COVID-19, uma queda do número de internações por infecções agudas (J00-J22) e por Asma e DPOC/Enfisema nos anos de 2020 e 2021, que por apresentarem sintomas semelhantes, não representa uma redução real do número de internações nas UPAs por estas patologias.

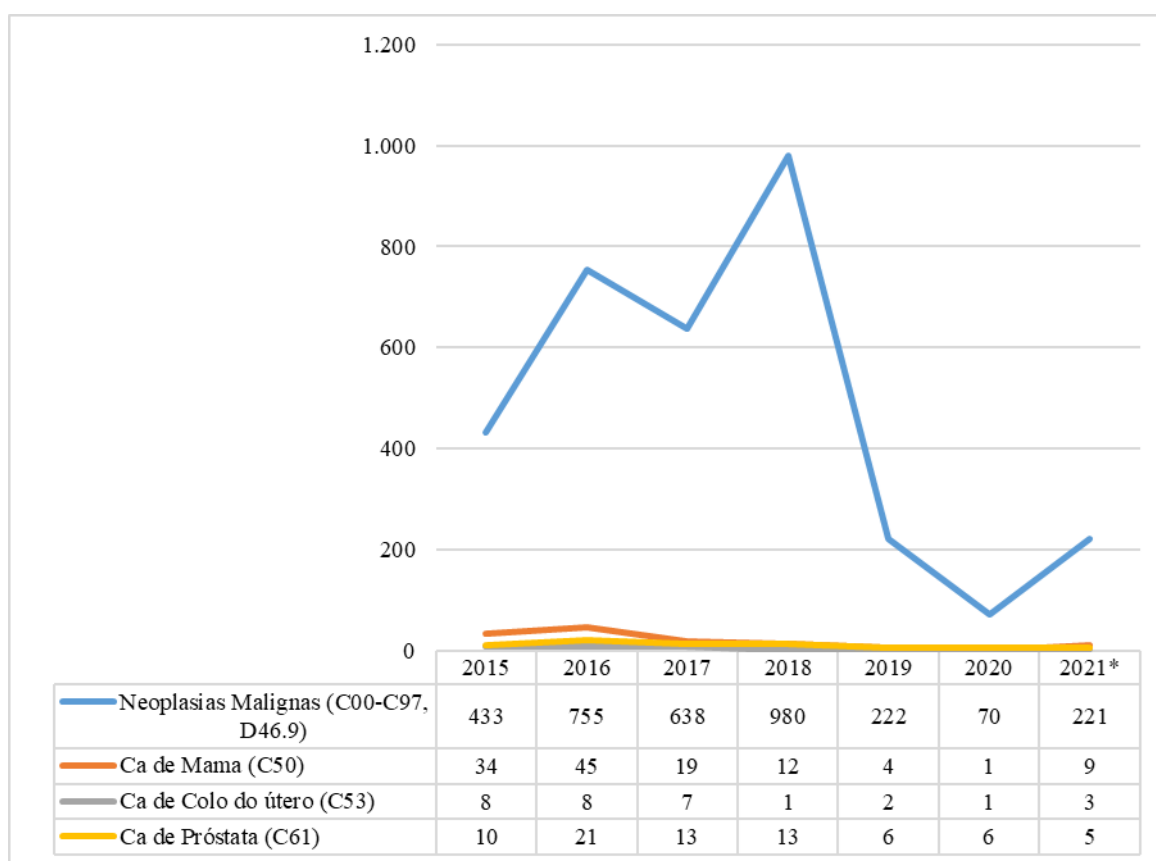
C. Neoplasias

As neoplasias apresentaram queda de 52,9% no número de internações para regulação nas UPAs de gestão municipal entre os anos de 2015 e 2019, em contraposição a aumento de mortalidade e da taxa de internação hospitalar por essa doença no mesmo período.

Nota-se que as neoplasias malignas (C00-C97 e D46.9) apresentaram queda expressiva de -77,35% do número de internações entre 2018 e 2019, mantendo quantitativo semelhante em 2021. As neoplasias de mama, colo de útero e de próstata não apresentaram número de internações expressivas nas UPAs (Gráfico 85).

Logo, é possível inferir que maior parte dos pacientes com Câncer tem sido atendidos diretamente em serviços ambulatoriais ou hospitalares de referência em oncologia ou pode haver um grande quantitativo de pacientes que são internados nas UPAs sem o diagnóstico confirmado ou referido de Neoplasia.

Gráfico 85. Número de Internações por Neoplasias Malignas (C00-C97 e D46.9), Câncer de Mama (C50), Câncer de Colo do Útero (C53) e Câncer de Próstata (C61) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021*

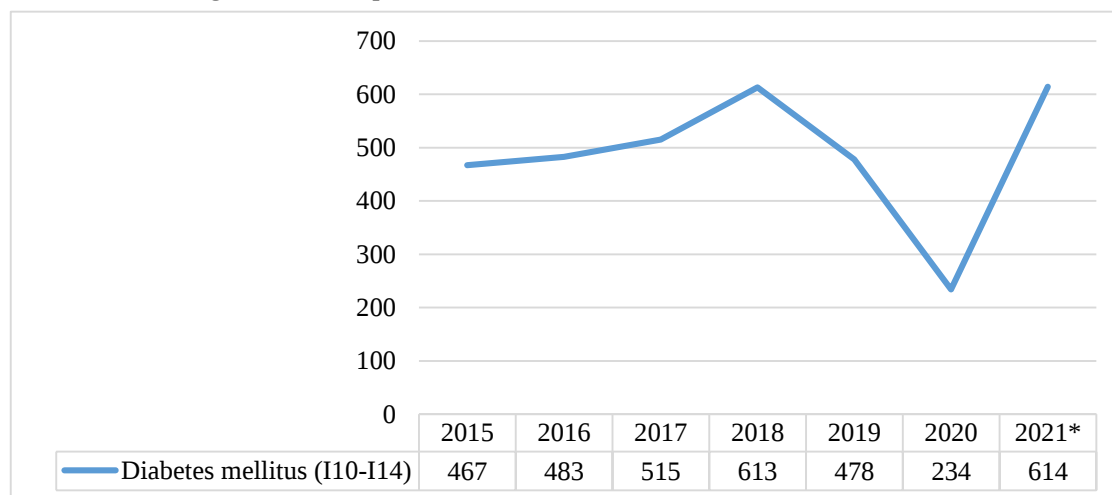


Fonte: SUREM (Dados extraídos em 20/12/2021. *Dados até novembro/2021).

D. Diabetes

O número de internações por DM nas UPAs cresceu 31,2% entre os anos de 2015 e 2018, apresentando queda em 2019 e 2020, voltando a crescer em 2021 (Gráfico 86). Esses dados são compatíveis com aumento da taxa de internação hospitalar por DM entre 2010 e 2020, e aumento de amputações de membros inferiores, pé e tarso e dedos, entre os anos de 2016 e 2019.

Gráfico 86. Número de Internações por Diabetes Mellitus (I10-I14) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021*



Fonte: SUREM (Dados extraídos em 20/12/2021. *Dados até novembro/2021.

E. Causas externas

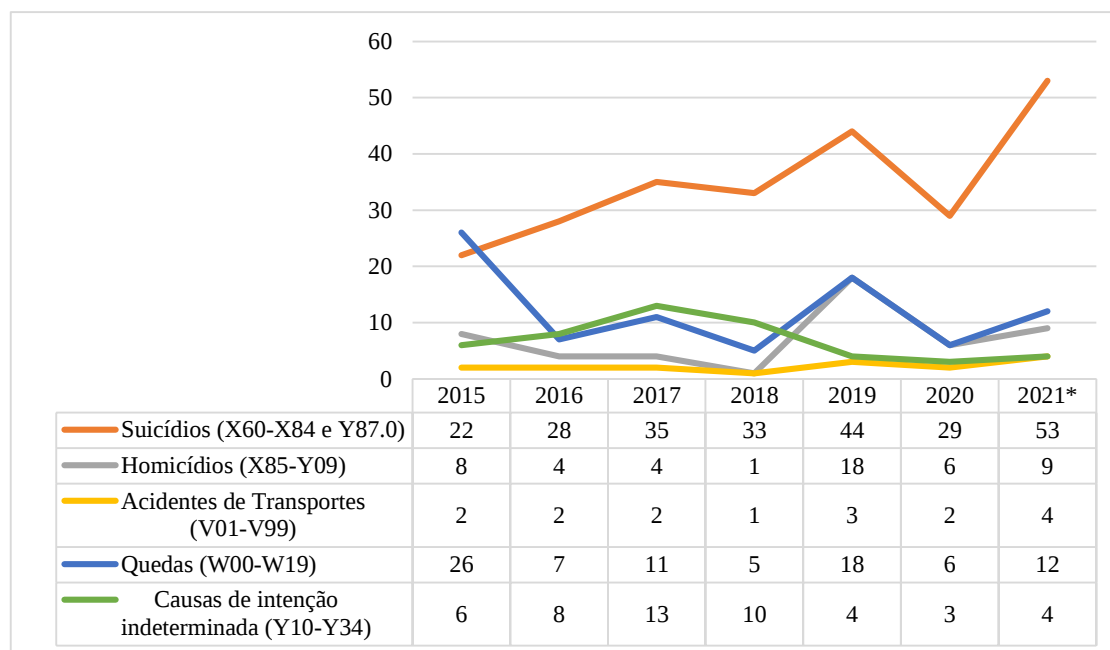
Em contraposição ao observado em relação à taxa de mortalidade e de morbidade hospitalar por causas externas, os suicídios (X60-X84 e Y87.0) representam a principal causa de internação nas UPAs municipais, correspondendo a 34,7% do total de internações por causas externas, apresentando um aumento de 100% entre 2015 e 2019 (Gráfico 87). Parte significativa dos casos de tentativas de suicídio são atendidos nas unidades com pronto atendimento de Psiquiatria. Esses resultados são compatíveis com crescimento da taxa de mortalidade por suicídios e com o aumento de notificações de lesão autoprovocadas entre 2010 e 2019.

Percebe-se que com a pandemia de COVID-19, houve aumento mais de 20% dos casos de internações por tentativas de suicídios entre os anos de 2019 e 2021 (ainda com dados preliminares), reforçando o papel das unidades de pronto atendimento para acolhimento desses casos.

As quedas são responsáveis pelo segundo maior número de internações para regulação por causas externas nas UPAs, ganhando destaque a partir de 2019, sendo esse resultado compatível com o aumento da taxa de internação por queda em idosos entre 2010 e 2020. Destaca-se também o aumento de 17 vezes do número de casos de internações nas UPAs por homicídios no ano de 2019, em relação ao ano anterior.

A baixa taxa de internação nas UPAs por acidentes de transportes são compatíveis com a redução expressiva da razão de mortalidade por veículos nos anos analisados, porém vão na contramão do aumento da taxa de internação hospitalar por sinistros de trânsito. Isso pode significar que os pacientes com necessidade de internação por acidentes de trânsito são admitidos ou encaminhados diretamente para hospitais de referência.

Gráfico 87. Número de Internações por Causas Externas nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021*



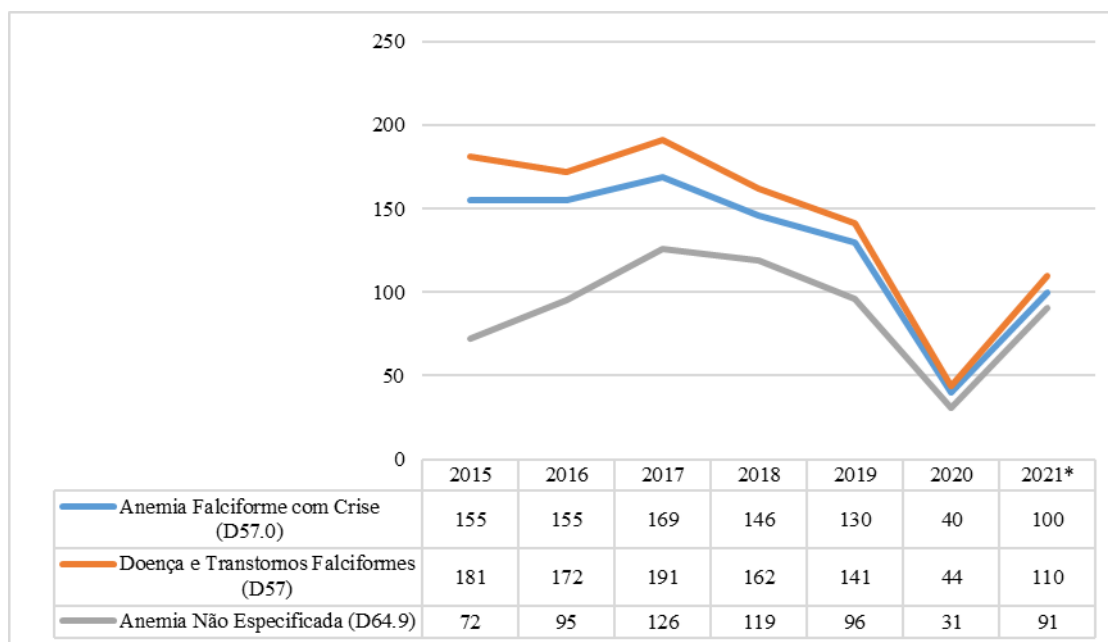
Fonte: SUREM (Dados extraídos em 20/12/2021. *Dados até novembro/2021).

F. Doença Falciforme

O número de internações nas UPAs por doença e transtornos falciformes (D57) apresentou redução de -21,1% entre os anos de 2015 e 2019, com redução mais expressiva do número de casos a partir de 2018. Apesar da redução total de atendimentos nas UPAs em 2020, manteve-se um quantitativo menor de internações por DF até novembro de 2021 em relação ao período anterior à pandemia de COVID-19. O número de internações por anemia não específica (sem causa definida) apresentou curva semelhante de casos (Gráfico 88).

Vale observar que esses resultados vão na contramão do crescimento da taxa de mortalidade e de internações hospitalares por doença falciforme no mesmo período, o que pode representar acesso direito de pacientes com necessidade de internação por doença falciforme na rede hospitalar de referência ou baixa qualidade de diagnóstico ou de registro de doença falciforme nos sistema de regulação das UPAs.

Gráfico 88. Número de Internações por Anemia Falciforme e Transtornos Falciformes (D57) e Anemia não especificada (D64.9) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021*

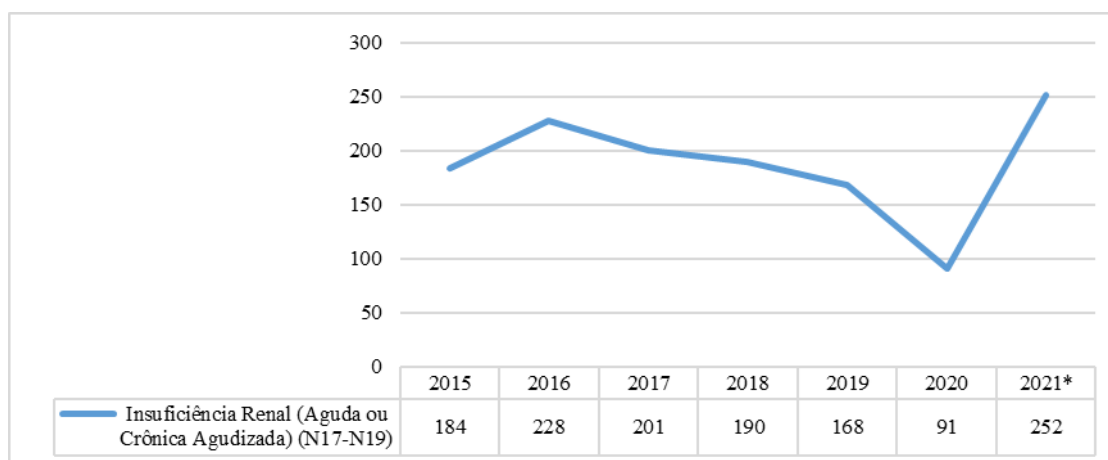


Fonte: SUREM (Dados extraídos em 20/12/2021. *Dados até novembro/2021.

G. Doenças renais

O número de internações nas UPAs por insuficiência renal aguda ou crônica apresentou redução de 8,7% entre os anos de 2015 e 2019, voltando a crescer em 2021. Esses dados são divergentes da elevação de internações hospitalares por insuficiência renal entre o período de 2010 a 2020, o que pode representar acesso direito de pacientes com insuficiência renal na rede hospitalar de referência ou baixa qualidade de diagnóstico ou de registro do quadro de insuficiência renal nos sistema de regulação das UPAs (Gráfico 89).

Gráfico 89. Número de Internações por Insuficiência Renal Aguda ou Crônica (N17-N19) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021*

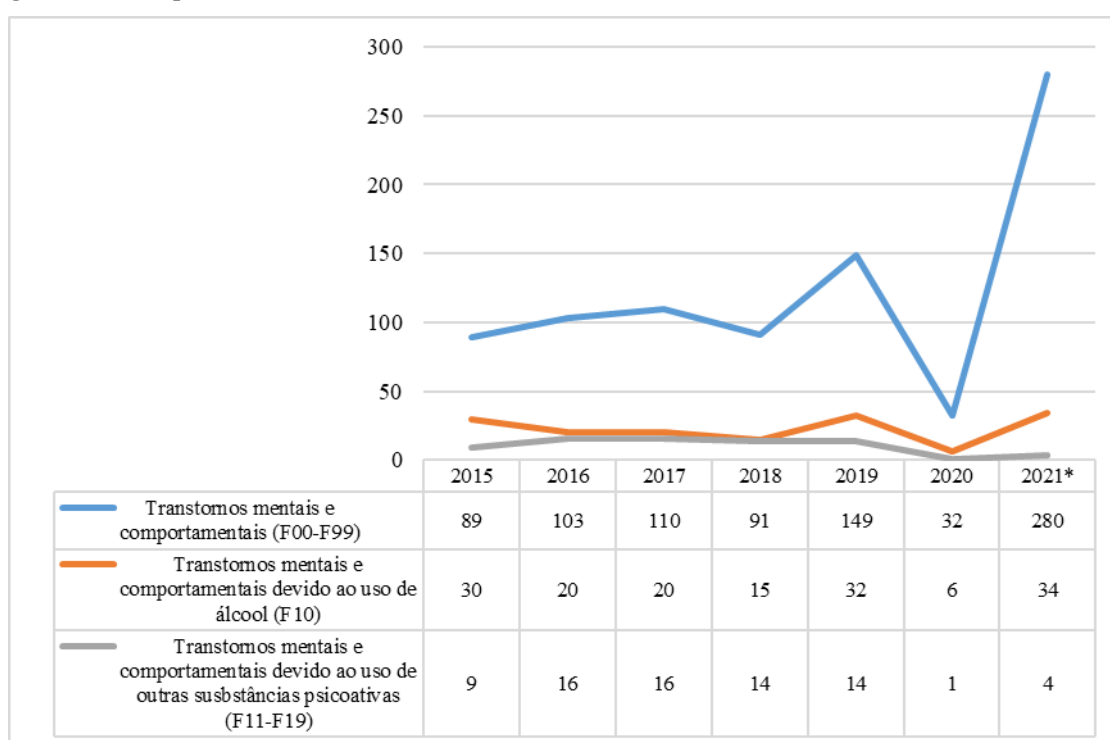


Fonte: SUREM (Dados extraídos em 20/12/2021. *Dados até novembro/2021.

H. Transtornos mentais e comportamentais e uso de substâncias psicoativas

Os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e substâncias psicoativas correspondem a 27% do total de internações por transtornos mentais e comportamentais nas UPAs, cujo aumento foi de 67,4% entre os anos de 2015 e 2019, com aumento expressivo no ano de 2021. Esses dados são compatíveis com o aumento da taxa de internação hospitalar no mesmo período. O aumento das internações em 2021, é provavelmente explicado pelo aumento das demandas de saúde mental em virtude do isolamento social, do luto pela perda de familiares e dos impactos econômicos e sociais decorrente da pandemia de COVID-19 (Gráfico 90).

Gráfico 90. Número de Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99), por Transtornos Mentais e Comportamentais relacionado ao uso de Álcool (F10) e relacionado ao uso de Outras substâncias psicoativas (F11-F19) nas Unidades de Pronto Atendimento sob gestão municipal, Salvador-BA, 2015-2021*



Fonte: SUREM (Dados extraídos em 20/12/2021. *Dados até novembro/2021).

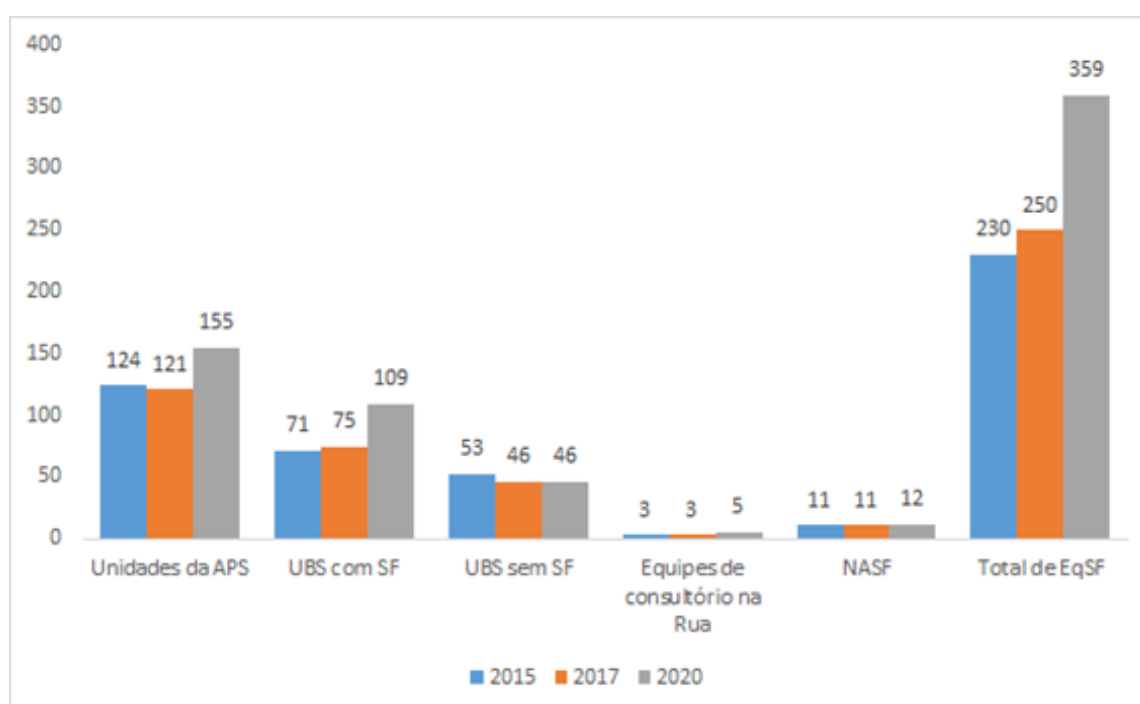
2.4. Caracterização da Rede de Serviços de Saúde de Salvador

A capital baiana integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS). Além disso, Salvador ocupa um lugar de destaque no desenho das redes regionais de saúde da Bahia, sendo referência em especial, para a Macrorregião/Núcleo Regional de Saúde Leste (NRSL) no processo de organização das ações e serviços de média e alta densidade tecnológica da região. A concentração de serviços localizados no município, com fluxos assistenciais estabelecidos para o território, resulta em constante pressão pela utilização dos estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade pertencentes à rede de atenção sob gestão do município e do estado da Bahia.

2.4.1. Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada principal dos usuários na rede de saúde, e sua atenção ocorre próximo ao cenário de vida das pessoas, enfatizando esse nível de atenção como coordenador do cuidado de pacientes com doenças e agravos não transmissíveis e ordenador das ações e serviços da rede de saúde. A rede de APS do município de Salvador dispõe de 155 Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo que 46 são Unidades Básicas sem Saúde da Família e 109 são Unidades Básicas com Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF conta com 359 equipes implantadas, 05 equipes de Consultório na Rua (eCR) e 12 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Gráfico 91).

Gráfico 91. Consolidado de número de equipes e tipologias, e unidades de saúde da rede de atenção primária à saúde, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: E-gestor; CNES; SARGSUS, RAG 2015, 2017, 2020.

Nas UBS sem a Estratégia de Saúde da Família, a composição do quadro de profissionais está vinculada à capacidade instalada da unidade de saúde, sendo constituída pela presença de Médico Clínico ou Generalista, Ginecologista e Pediatra, Enfermeiro, Nutricionista, Assistente Social, Psicólogo, Cirurgião Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal, e eventualmente Agente Comunitário de Saúde – ACS.

As Unidades de Saúde da Família são constituídas por uma equipe multiprofissional, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, composta por Agente comunitário de Saúde (ACS), Médico e Enfermeiro (preferencialmente especialistas em Saúde da Família), Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, e algumas unidades contam com equipe de saúde bucal (Cirurgião Dentista, Técnico e/ou Auxiliar de Saúde Bucal) e Agente de combate às Endemias (ACE).

Atualmente, 56,36% da população total do Salvador é coberta pela APS, porém ainda temos desafios a superar visando a ampliação do cuidado da família e comunidade, sendo necessário o alcance de algumas metas como: desfragmentar

atenção e gestão, promover mudanças no acesso por meio da diminuição de barreiras e aumento da busca ativa dos usuários, investir em promoção a saúde e na qualificação do processo de acolhimento nas unidades, oferta de atendimento de acordo com a equidade, promover um ambiente de trabalho saudável e motivador, explorar a ferramenta da educação permanente para qualificar o processo de trabalho das equipes, além de conscientizar o usuário sobre os seus direitos e promover a participação popular buscando efetivar o controle social, além de atrair investimentos preconizados pelo Programa Previne Brasil.

O Programa Previne Brasil, instituído como novo modelo de financiamento através Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, altera formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em quatro critérios:

- a) Incentivo financeiro per capita pela população estimada pelo IBGE em 2019;
- b) Capitação ponderada: pagamento por pessoa cadastrada sob responsabilidade das equipes da APS, considerando critérios de classificação geográfica do município conforme IBGE (rural/urbano), vulnerabilidade social e perfil demográfico. Este componente considera como limite máximo a população potencial coberta pela APS;
- c) Desempenho de indicadores de saúde): pagamento baseado nos resultados alcançados em 07 indicadores de saúde monitorados periodicamente (Quadro 11);
- d) Incentivo financeiro por adesão do município a ações estratégicas: Programa Saúde na Hora; Equipe de Saúde Bucal (eSB); Unidade Odontológica Móvel (UOM); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); Equipe de Consultório na Rua (eCR); Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde; Programas de apoio à informatização da APS; Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional; outros.

Quadro 11. Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2020, com peso e parâmetro

Ações Estratégicas	Indicador	Parâmetro	Meta	Peso
Pré-natal	% de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.	$\geq 80\%$	60%	1
	% de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	$\geq 95\%$	60%	1
	% de gestantes com atendimento odontológico realizado	$\geq 90\%$	60%	2
Saúde da mulher	Cobertura de exame citopatológico	$\geq 80\%$	40%	1
Saúde da criança	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	$\geq 95\%$	95%	2
Doenças crônicas	% de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	$\geq 90\%$	50%	2
	% de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	$\geq 90\%$	50%	1

Fontes: BRASIL. MS/SAPS/DESF. Nota Técnica Nº 5/2020. Portaria GM/MS Nº 102, de 20 de janeiro de 2022.

Desta forma, a gestão municipal além de pensar em estratégias para aumentar o vínculo com a população e qualificar a oferta de cuidado, deve implementar estratégias para garantir maior cobertura no cadastro da população do território.

A avaliação de desempenho demanda que a APS monitore sistematicamente os indicadores do Programa. O desempenho desses indicadores no município configura um desafio para a APS, tendo em vista a necessidade de aprimoramento do monitoramento dos indicadores pela gestão e de organização da rede de atenção, considerando as normas estabelecidas pelo Programa Previne Brasil, ainda objeto de constantes atualizações pelo MS. Embora esses indicadores encontrem-se aquém da meta de 50%, destaca-se a existência de inconsistências na transferência da informação entre a SMS e o MS.

Nesse sentido, vale pontuar outros desafios impostos ao monitoramento das condições de saúde pela APS relacionados aos sistemas de informação, sendo importante garantir a qualidade e consistência dos dados que alimentam os sistemas nacionais de informação para apoiar esferas de gestão no planejamento e alcance das metas. Adicionalmente, destaca-se também a qualificação dos profissionais de saúde, sobretudo no que diz respeito ao processo de cuidado nos ciclos de vida e à população em situação de vulnerabilidade.

2.4.1.1. Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis

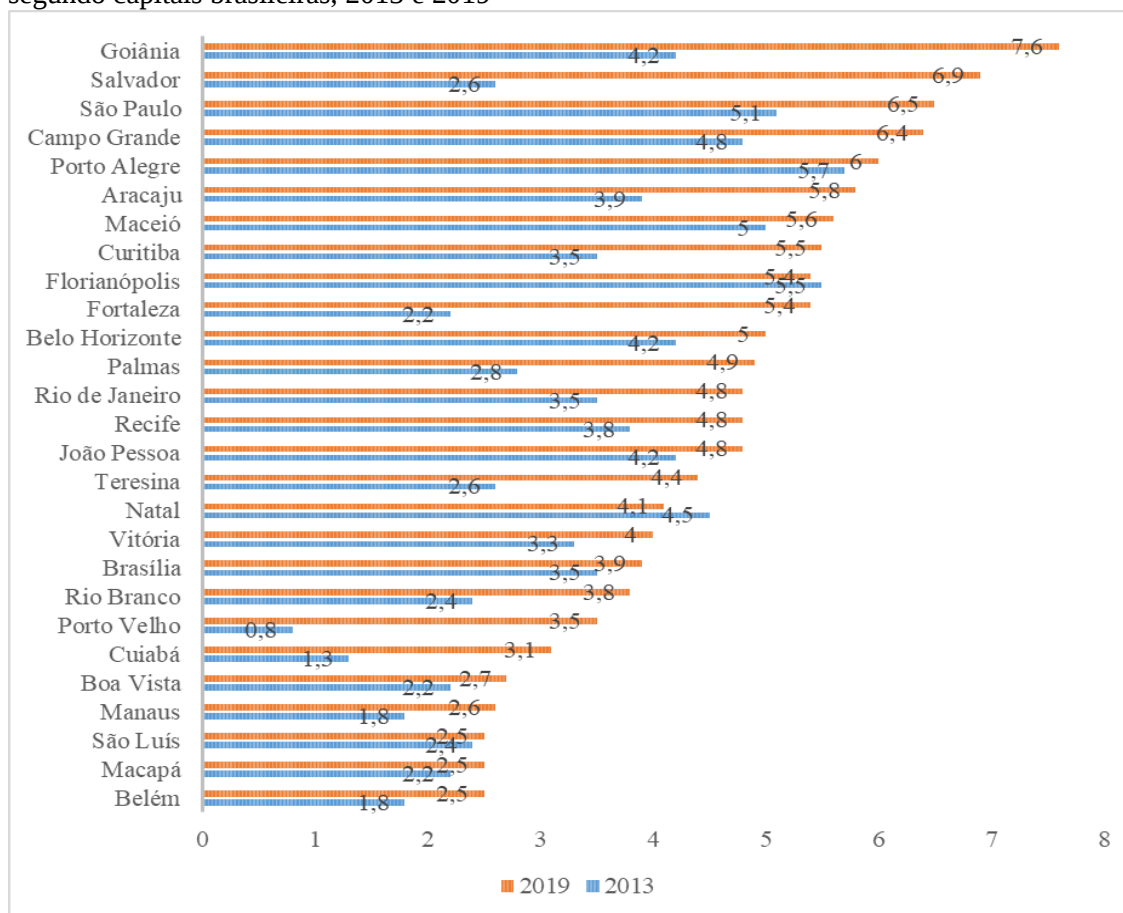
A. Doenças Cardíacas

Em Salvador, as Doenças Cardíacas tiveram um aumento significativo entre os anos de 2013 e 2019. Dados da PNS revelam que a capital baiana apresentava em 2013, um percentual de 2,6% de pessoas que referiram diagnóstico de Doença Cardíaca. Já em 2019, esse percentual era de 6,9%, correspondendo a aproximadamente 198.000 pessoas com alguma doença cardíaca.

A comparação dos dados entre as capitais mostra que houve um crescimento da prevalência na maioria das capitais entre 2013 e 2019, com destaque para Salvador que ocupou o segundo lugar, superada apenas por Goiânia (PNS, 2019) (Gráfico 92).

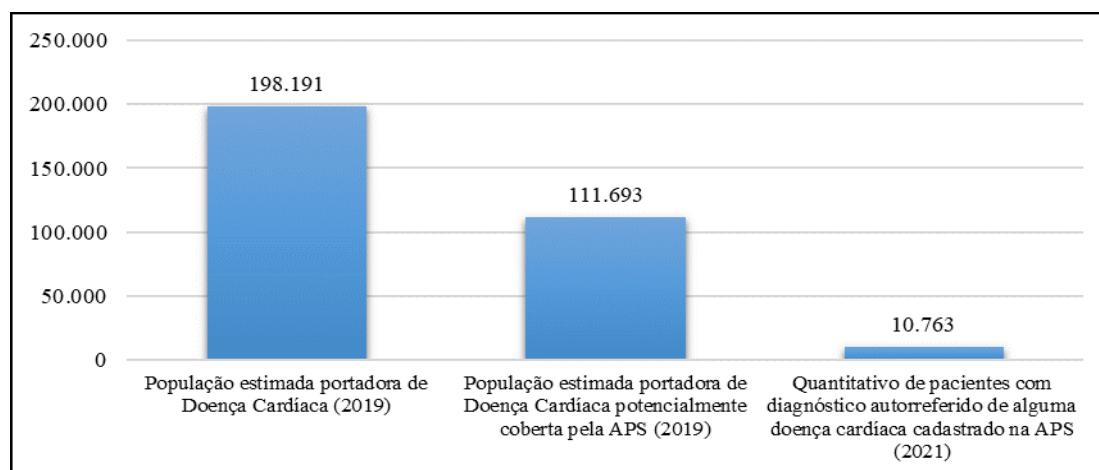
Observa-se que aproximadamente 9,6% do total de pacientes com diagnóstico de alguma doença cardíaca da população potencialmente coberta pela APS estão de fato cadastradas e vinculadas aos serviços de atenção primária (Gráfico 93).

Gráfico 92. Percentual de pessoas com diagnóstico médico autorreferido de Doenças Cardíacas segundo capitais brasileiras, 2013 e 2019*



Fonte: PNS. Acesso aos dados em 06/07/2021. *Dados extraídos da PNS (2019)

Gráfico 93. Comparativo da população estimada portadora de Doença cardíaca, população estimada portadora de Doença cardíaca potencialmente coberta pela APS 2019 e quantitativo de pacientes com diagnóstico autorreferido de Doenças Cardíacas 2021, Salvador-BA



Fonte: PNS/IBGE. Portal MAS. Acesso aos dados em 18/10/2021.

O manual de Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS, de 2017, define os parâmetros de incidência e prevalência para acompanhamento dos pacientes com Insuficiência Cardíaca, conforme quadro 12.

Quadro 12. Incidência e Prevalência de Insuficiência Cardíaca e Doença Arterial Coronariana (DAC) na população

CATEGORIA	PARÂMETROS
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC)	
Casos novos de IC - Incidência	0,87% da população com 55 anos e mais
Prevalência	2,46% da população com 55 anos e mais
DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC)	
Casos novos de DAC - Incidência	0,43% da população com 45 anos e mais
Prevalência	10,99% da população com 45 anos e mais

Aplicando os parâmetros acima considerando a população estratificada de Salvador em 2020 é possível estimar o quantitativo de pacientes portadores de insuficiência cardíaca e doença arterial coronariana na população municipal, conforme apresentado abaixo.

Quadro 13. Incidência e Prevalência de Insuficiência Cardíaca e Doença Arterial Coronariana (DAC) na população

Estimativa de Quantitativo de Portadores de IC	
Na População Municipal	Na População Coberta pela APS
10.737 indivíduos	6.051 indivíduos
Estimativa de Quantitativo de Portadores de DAC	
Na População Municipal	Na População Coberta pela APS
85.847 indivíduos	48.380 indivíduos

Assim, em 2021 há 4.234 pacientes cadastrados na APS que referiram já terem tido Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), no entanto, não há dados disponíveis sobre o quantitativo de pacientes com IC e DAC atendidos ou acompanhados pelas equipes de atenção primária.

B. Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial (HA)¹⁴ é um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo considerado também um importante fator de risco modificável que contribui para o aparecimento de Doenças Cardiovasculares (DCV). Apresenta um impacto importante nos custos médicos e socioeconômicos em função das suas complicações, sendo que no SUS os custos atribuíveis à essa causa superam aqueles relacionados à obesidade e ao diabetes, com um aumento de 32% nos gastos com as hospitalizações entre 2010 e 2019 (MALACHIAS et al., 2016).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, o percentual de pacientes com 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de HA em 2019 correspondeu a 25,1% da população entrevistada em Salvador. Considerando que a população estimada de Salvador com 18 anos ou mais em 2019 foi de 2.024.717 habitantes¹⁵,

¹⁴ Hipertensão Arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (MALACHIAS et al., 2016).

¹⁵ Para estimativa da população com 18 anos ou mais foram utilizados os percentuais de estratificação populacional definidos na programação da assistência às condições crônicas do Manual de Critérios e

estima-se que existiam aproximadamente 508 mil pacientes vivendo com hipertensão arterial nesse ano, dos quais aproximadamente 213 mil estavam cobertos pelos serviços de Atenção Primária¹⁶.

Dados da pesquisa VIGITEL para o ano de 2019, apontam que 25,5% dos adultos de Salvador referiram diagnóstico médico de HA. Entre as capitais brasileiras, Salvador ocupa a terceira posição ao considerar a frequência de HA referida entre as mulheres (30%), superior ao percentual observado entre os homens (19,3%). Quanto ao tratamento medicamentoso nos adultos com HA, o percentual foi de 80% em Salvador, com uma expressão maior entre as mulheres (83,6%) em comparação com os homens (73,4%) (BRASIL, 2019). No entanto, os dados da PNS (2019) apontam que entre as pessoas maiores de 18 anos de Salvador com HA, somente 26% dessas obtiveram no mínimo um medicamento através do Programa Farmácia Popular¹⁷ (IBGE, 2020).

A tabela 14 apresenta o quantitativo de usuários (as) por Distrito Sanitário que referiu possuir hipertensão no momento do cadastramento da atenção primária realizado pelos Agentes Comunitários. Observa-se que o Subúrbio Ferroviário é o distrito com o maior número de pessoas cadastradas com esta condição de saúde, uma vez que apresenta a maior cobertura de APS; seguidos pelos distritos Cabula/Beirú e São Caetano/Valéria, perfil esse que se equipara ao observado para a condição Diabetes Mellitus.

Tabela 14. Usuários (as) hipertensos (as) cadastrados (as) no Portal MAS segundo Distritos Sanitários

Distritos Sanitários	Pacientes Hipertensos cadastrados	
	n	%
Subúrbio Ferroviário	21.307	19,6
Cabula/Beirú	16.131	14,8
São Caetano	14.657	13,5
Barra/Rio Vermelho	14.435	13,3
Cajazeiras	9.624	8,8
Brotas	8.662	8,0
Itapuã	7.583	7,0
Liberdade	5.112	4,7
Pau da Lima	3.905	3,6
Boca do Rio	3.623	3,3
Itapagipe	3.161	2,9
Centro Histórico	688	0,6
TOTAL	108.888	100,0

Fonte: Portal MAS. Acesso aos dados em 06/07/2021.

O gráfico 94, apresenta a estimativa da população hipertensa, tomando como base o percentual de 25,1% da PNS 2019 e a estimativa da população coberta pela APS. Não

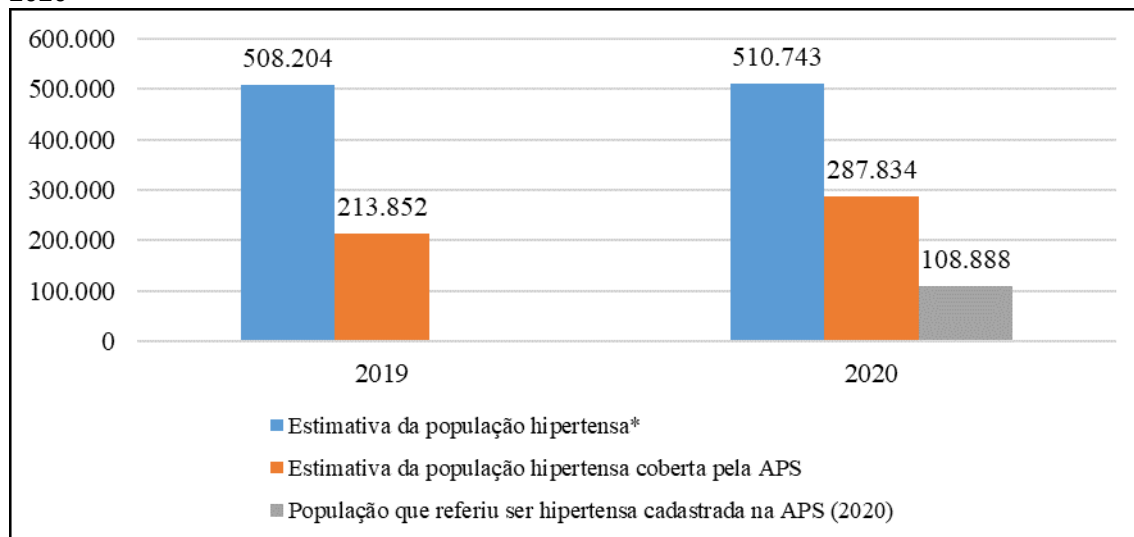
Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS de 2015, correspondente a 70,49% da população total (BRASIL, 2015).

¹⁶ Em dezembro de 2019, a cobertura de atenção básica em Salvador era de 42,08%, conforme dados do e-Gestor AB.

¹⁷ O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado com o objetivo de oferecer à população acesso aos medicamentos essenciais, por meio do credenciamento de farmácias e drogarias comerciais, que fornecem medicamentos gratuitos para hipertensão (pressão alta), diabetes e outras condições (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular/sobre-o-programa>. Acesso em: 09 Nov. 2021).

se observa uma diferença significativa na estimativa da população hipertensa no município entre 2019 e 2020, entretanto o aumento da cobertura de atenção básica impacta diretamente no quantitativo de hipertensos que potencialmente poderiam ser acompanhados nesse nível de atenção.

Gráfico 94. Estimativa da população hipertensa*, estimativa da população hipertensa coberta pela APS e população hipertensa referida no cadastrado do Portal MAS**, Salvador-BA, 2019-2020



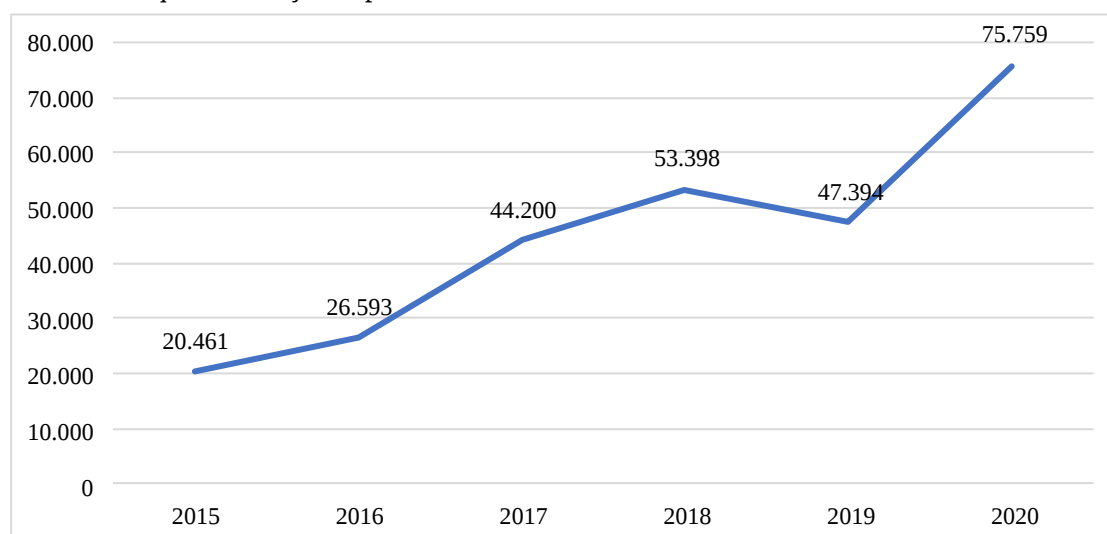
Fonte: PNS 2019, e-Gestor AB. Acesso aos dados em 06/07/2021. *Para estimativa da população hipertensa foi considerado o percentual de 25,1% de acordo com a PNS (2019), último ano disponível. **Não foi possível aferir o quantitativo de pacientes que referiram diagnóstico de HA nos cadastrados do Portal MAS em 2019.

Ao considerar as pessoas que referiram serem hipertensas ao ACS no momento do cadastramento da APS no ano de 2020¹⁸ (Portal MAS, 2020), observa-se que apenas um percentual de 21,4% (108.888 pessoas) do total de pacientes hipertensos estão cadastrados e vinculados aos serviços de atenção primária; e desse percentual, nem todos foram atendidos pelas equipes nas unidades de saúde. Cabe ressaltar, que esses dados não reproduzem o quantitativo de pacientes que tiveram o diagnóstico da doença definido por profissional médico ou de nível superior. Esses resultados são semelhantes ao do diabetes, em que aproximadamente um quinto dos pacientes estão cadastrados na atenção primária.

Quanto ao número de consultas em que a condição HA foi avaliada, nota-se um crescimento acentuado ao longo dos anos, principalmente em 2020, sendo que entre os meses de abril a maio houve uma redução dos atendimentos, provavelmente em função da suspensão dos atendimentos eletivos em virtude da pandemia de COVID-19, correspondendo ao período inicial de adaptação dos serviços da Atenção Primária à Saúde (Gráfico 95).

¹⁸ Os dados referentes aos cadastros do Portal MAS foram informados na ficha de cadastramento individual realizado pelos agentes comunitários.

Gráfico 95. Número de consultas (médica e multiprofissional) realizadas nas unidades básicas de saúde em que a condição Hipertensão Arterial foi avaliada, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: SISAB. Acesso aos dados em 06/07/2021.

A tabela 15 apresenta o número de atendimentos médicos e de enfermeiros agrupados por CIAP/CID-10 referentes à condição Hipertensão Arterial¹⁹ entre 2015 e 2020. É possível observar um aumento significativo no quantitativo desses atendimentos nos anos de 2019 e 2020, especialmente nesse último em relação aos atendimentos realizados pelo profissional médico, ressaltando-se que esses dados podem estar subnotificados por ausência de registros no prontuário eletrônico.

Tabela 15. Número de atendimentos de profissionais médicos (as) e enfermeiros (as) em que a condição Hipertensão Arterial foi registrada por CID/CIAP, Salvador, 2015-2020

Ano	Hipertensão (por CIAP/CID) Atendimento Enfermeiro	Hipertensão (por CIAP/CID) Atendimento Médico
2015	29	1.339
2016	2	853
2017	7	2.195
2018	26	1.833
2019	122	6.019
2020	549	65.296
Total	735	77.535

Fonte: SISAB. Acesso em: 06/07/2021.

Na prática clínica de acompanhamento dos pacientes hipertensos a estratificação de risco é um componente importante da atenção, cujos objetivos são determinar o risco global diretamente relacionado à HAS e quantificar o risco desse hipertenso desenvolver uma doença cardiovascular, em geral nos próximos dez anos (SBC, 2016; SANTA CATARINA, 2019). A depender dessa estratificação de risco cardiovascular, existe a recomendação de frequência de consultas médicas, de enfermagem e com dentistas no âmbito da atenção primária, conforme consta no quadro 14.

¹⁹ Os dados utilizados foram coletados do SISAB através da plataforma e-Gestor.

Quadro 14. Periodicidade de consultas necessárias para acompanhamento dos pacientes hipertensos na APS (por estratificação de risco pelo Escore de Framingham²⁰)

RISCO	Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos	CONSULTAS NECESSÁRIAS		
		Médicos	Enfermagem	Dentistas
Baixo	< 10%	Anual (1x/ano)	Anual (1x/ano)	Anual (1x/ano)
Médio	10-20%	Semestral (2x/ano)	Semestral (2x/ano)	Anual (1x/ano)
Alto	20%	Quadrimestral (3x/ano)	Quadrimestral (3x/ano)	Anual (1x/ano)

Fonte: DAS/SAS/MS (BRASIL, 2013).

Com base nessas informações e adotando-se os percentuais de estratificação populacional definidos na programação da assistência às condições crônicas²¹ foi calculada uma estimativa de hipertensos em Salvador em 2019, considerando os graus de risco (Quadro 15).

Quadro 15. Estimativa de hipertensos segundo estratificação do risco cardiovascular, Salvador, 2019

RISCO	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA (MS 2017) (População de 18 anos ou mais)	Estimativa de Hipertensos (População Municipal)	Estimativa de Hipertensos (População Coberta pela APS)
TOTAL	25,1%	508.204	213.852
Baixo	40%	203.282	85.541
Médio	35%	177.871	74.848
Alto	25%	127.051	53.463

Fonte: PNS 2019; Ministério da Saúde; SISAB. Acesso aos dados em 06/07/2021.

Desse modo, é possível inferir a necessidade de oferta de consultas médicas e de enfermagem (Quadro 16 e 17) na rede de atenção primária para garantia do acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão na população de 18 anos ou mais.

Quadro 16. Estimativa do quantitativo de consultas médicas necessárias para população hipertensa considerando a estratificação de risco, Salvador, 2019

RISCO	Nº de consultas médicas	Estimativa de consultas médicas necessárias para população hipertensa municipal	Estimativa de consultas médicas necessárias para a população hipertensa coberta pela APS
Baixo	1	203.282	85.541
Médio	2	355.743	149.697
Alto	3	381.153	160.389
TOTAL		940.178	395.627

Fonte: PNS 2019; BRASIL, 2017.

²⁰ O escore de Framingham é uma ferramenta que permite classificar os indivíduos, a partir de critérios para os quais são atribuídos pontos, em diferentes graus de risco cardiovascular, auxiliando na definição de condutas (BRASIL, 2014).

²¹ Dados obtidos a partir do Manual de Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS de 2017 (BRASIL, 2017).

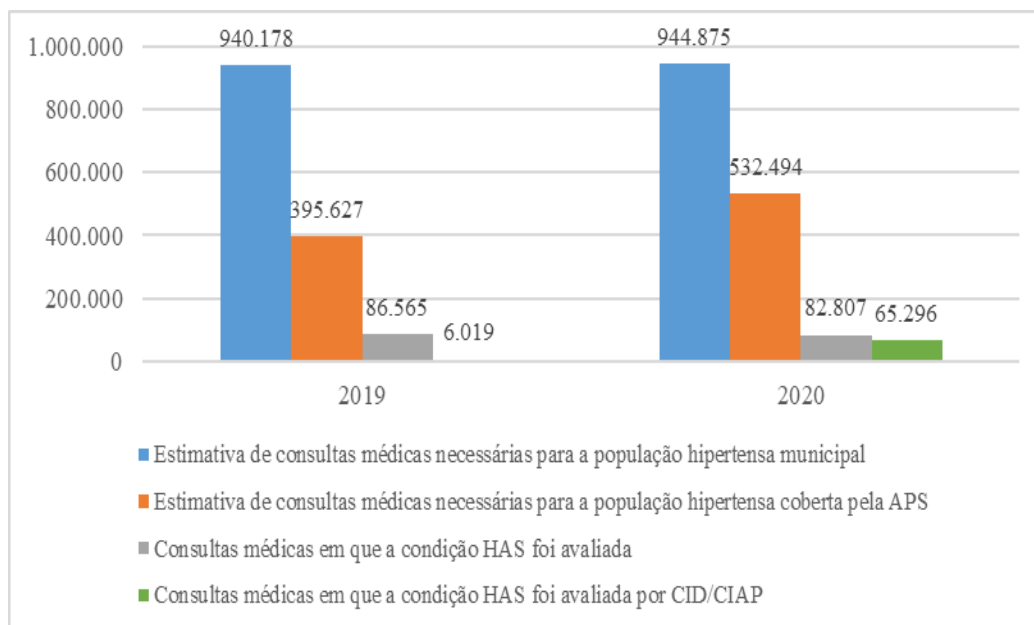
Quadro 17. Estimativa do quantitativo de consultas de enfermagem necessárias para população hipertensa considerando a estratificação de risco, Salvador, 2019.

RISCO	Nº de consultas de enfermagem	Estimativa de consultas de enfermagem necessárias para população hipertensa municipal	Estimativa de consultas de enfermagem necessárias para a população hipertensa coberta pela APS
Baixo	1	203.282	85.541
Médio	2	355.743	149.697
Alto	3	381.153	160.389
TOTAL		940.178	395.627

Fonte: PNS 2019; BRASIL, 2017.

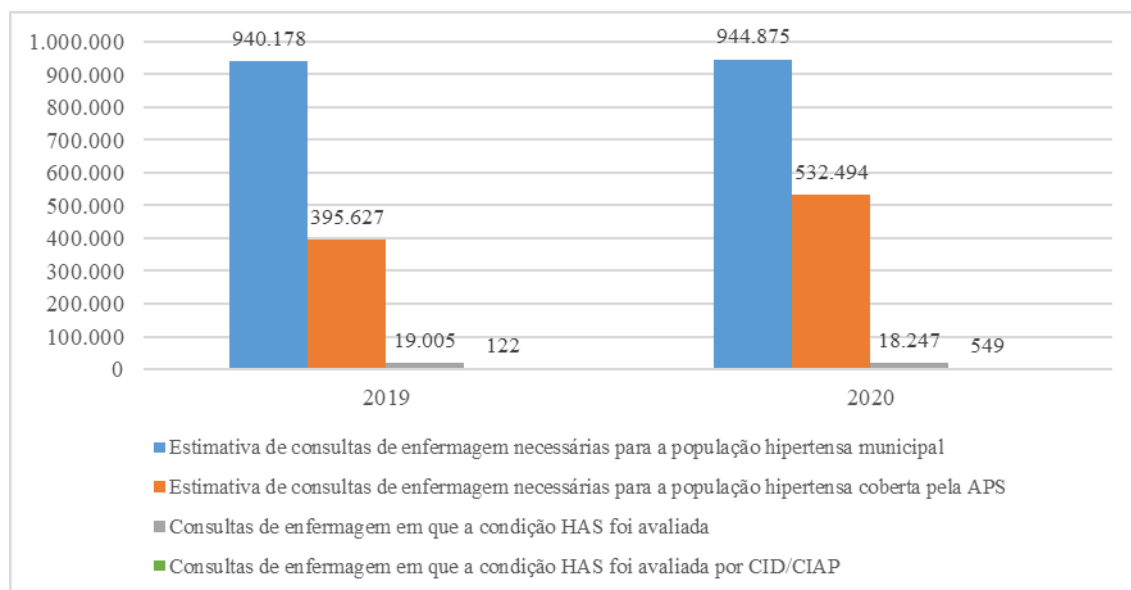
Logo, estima-se que em 2019 seriam necessários pelo menos 940.178 atendimentos médicos e de 940.178 atendimentos de enfermagem anuais para acompanhamento e seguimento dos pacientes hipertensos. Nos gráficos 96 e 97 são realizadas comparações entre a estimativa de atendimentos médicos e de enfermagem necessários para atendimento da população hipertensa em relação ao quantitativo de atendimentos (consultas) em que a condição HAS foi avaliada por meio da marcação de campo rápido em prontuário eletrônico e por meio de preenchimento de CID correspondente.

Gráfico 96. Comparativo entre estimativa de consultas médicas necessárias para hipertensos e quantitativo de atendimentos médicos em que a condição HA foi avaliada, Salvador-BA, 2019-2020



Fonte: PNS 2019; SISAB. Acesso aos dados em 13/10/2021.

Gráfico 97. Comparativo entre estimativa de consultas de enfermagem necessárias para hipertensos e quantitativo de atendimentos de enfermagem em que a condição HA foi avaliada, Salvador-BA, 2019-2020



Fonte: PNS 2019; SISAB. Acesso aos dados em 13/10/2021.

Verifica-se, em 2019, um percentual de aproximadamente 21,8% da oferta de atendimento médico e 4,8% da oferta de atendimento de enfermagem necessários para garantia do acompanhamento individual dos pacientes hipertensos cobertos pela APS, tendo em vista a capacidade de serviço instalada. Cabe ressaltar, que pode haver um quantitativo significativo de dados não registrados de consultas realizadas por médicos e enfermeiros, por falta de transferência da informação ou por falta de capacitação para o adequado preenchimento dos campos em prontuário. Observa-se que houve qualificação do preenchimento de CID de hipertensão entre os médicos no ano de 2020.

Em relação às Visitas Domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a PNAB de 2011 orienta que cada ACS deve “acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade” e que “as visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês”.

A PNAB de 2017 recomenda “número máximo de 750 pessoas por ACS” e que se deve “realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares”; considerando esse quantitativo de pessoas, cada ACS acompanharia aproximadamente 188 famílias e realizaria aproximadamente 2.250 visitas/família/ano.

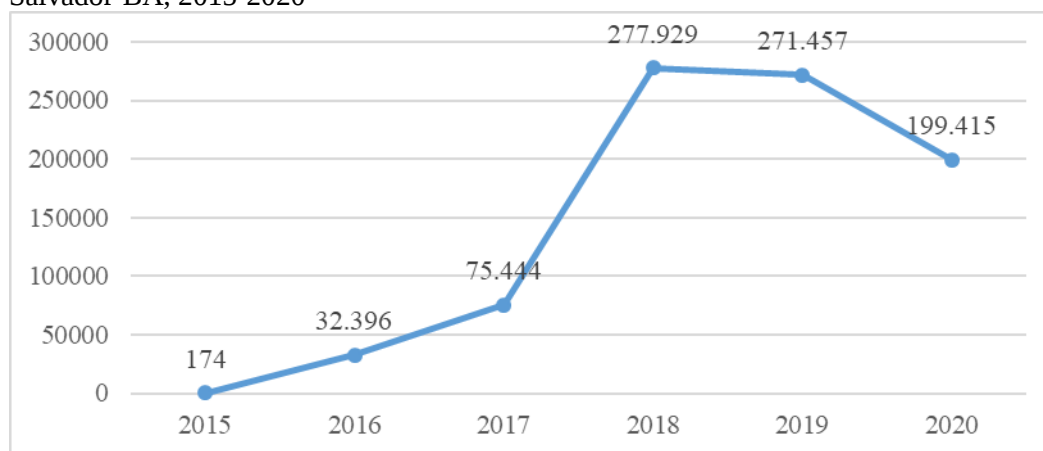
Cabe ressaltar que a “Nota Técnica DAS/APS Nº 04/2021” de Salvador, orienta que cada ACS “deve realizar 04 visitas domiciliares no turno”, o que corresponderia a aproximadamente 1.408 a 1920 visitas/ACS/ano e aproximadamente 02 visitas/paciente/ano de sua microárea de abrangência, considerando a microárea de 750 pessoas e a realização de visitas em 08 a 10 turnos de trabalho.

No ano de 2019, os 1.287 ACS registrados em dezembro de 2019 realizaram 1.661.052 visitas (E-gestor, 2020), correspondendo a 1.290,6 visitas/ACS/ano, ou seja, entre 67% e 91% do potencial geral de visitas, considerando os parâmetros preconizados pela Nota Técnica DAS/APS Nº 04/2021. No ano de 2020, os 1.247 ACS registrados em dezembro de 2020 realizaram 1.263.781 visitas (E-gestor, 2020), correspondendo a 991,8 visitas/ACS/ano, equivalente a 51,6% a 70% do potencial geral de visitas.

Em relação às visitas domiciliares aos pacientes hipertensos, no gráfico 98, observa-se uma tendência de crescimento até o ano de 2018 e uma queda significativa entre 2019 e 2020. Ao comparar o número estimado de 508.204 pacientes hipertensos em Salvador (2019) e 213.852 pacientes hipertensos na população potencialmente coberta pela APS (2019, verifica-se que, em 2019, 63,46% do potencial de visitas a pacientes hipertensos foram realizadas, uma vez que seriam necessárias 427.704 visitas para acompanhamento desses pacientes, considerando a capacidade de recursos humanos e que cada paciente hipertenso recebesse uma média de 02 visitas anuais, conforme cálculo resultante do quantitativo de pacientes a serem visitados por turno, preconizado na Nota Técnica DAS/APS nº 04/2021.

Cabe ressaltar, que esse dado não estima o percentual de hipertensos visitados, uma vez que alguns pacientes podem ter sido visitados mais vezes e outros não terem sido visitados.

Gráfico 98. Visitas domiciliares de acompanhamento de pacientes hipertensos pelos ACS, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: E-gestor. Acesso aos dados em 13/10/2021.

C. Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus (DM)²² apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo, sendo um problema que, em muitos casos, está associado a outras condições de saúde, como a dislipidemia, a hipertensão arterial e a disfunção endotelial (OMS, 1999).

A DM é uma das DCNT mais prevalentes no município de Salvador. A PNS 2019 revelou que, no município, o percentual de indivíduos maiores de 18 anos com diagnóstico médico autorreferido de Diabetes foi de 8,1%. Considerando que a

²² Diabetes Mellitus é um grupo de transtornos metabólicos que são caracterizados por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

população estimada de 18 anos ou mais de Salvador em 2019 foi de 2.024.717 habitantes²³, estima-se que existiam mais de 164 mil pessoas vivendo com diabetes no referido ano. A PNS 2019 aponta ainda que apenas 28% das pessoas com diagnóstico de diabetes realizaram a última consulta em UBS, 31,9% tiveram os pés examinados e 47,2% realizaram exame oftalmológico há menos de 1 ano (IBGE, 2020).

Os dados obtidos no Portal MAS trazem o número de usuários (as) maiores de 18 anos que referem ter diagnóstico de DM no cadastro individual realizado na atenção primária pelos ACS. A tabela 16 apresenta os dados agrupados por Distritos Sanitários, sendo o Subúrbio Ferroviário aquele com o maior número de cadastros, seguidos pelos distritos Cabula/Beiru e São Caetano.

Tabela 16. Usuários (as) diabéticos (as) cadastrados (as) no Portal MAS por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2021

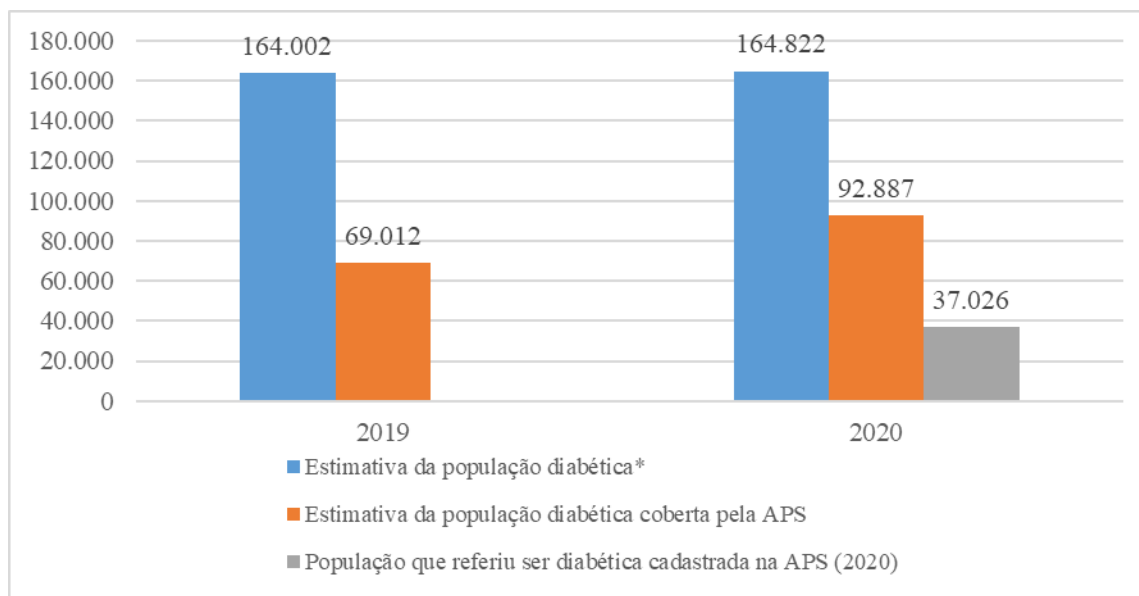
Distritos Sanitários	Pacientes Diabéticos cadastrados	
	N	%
Subúrbio Ferroviário	7.301	19,7
Cabula/Beirú	5.882	15,9
São Caetano	4.915	13,3
Barra/Rio Vermelho	4.637	12,5
Cajazeiras	3.305	8,9
Brotas	2.847	7,7
Itapuã	2.633	7,1
Liberdade	1.631	4,4
Pau da Lima	1.365	3,7
Boca do Rio	1.260	3,4
Itapagipe	1.041	2,8
Centro Histórico	209	0,6
Total	37.026	100,0

Fonte: Portal MAS. Acesso aos dados em 06/07/2021

O gráfico 99 apresenta a correlação entre a estimativa do número de indivíduos diabéticos em Salvador, tomando como base o percentual de 8,1% da PNS 2019, com a estimativa da população vinculada à APS e a população diabética cadastrada na APS (Portal MAS). A partir desses dados observa-se que apenas um percentual de 22,5% do total de pacientes que referiram que tem DM está cadastrado e vinculado à serviços de atenção primária, e desse percentual, nem todos foram atendidos pelas equipes nas unidades de saúde. Cabe ressaltar, que esses dados não reproduzem o quantitativo de pacientes que tiveram o diagnóstico da doença definido por profissional médico ou de nível superior.

²³ Para estimativa da população com 18 anos ou mais foram utilizados os percentuais de estratificação populacional definidos na programação da assistência às condições crônicas do Manual de Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS de 2015, correspondente a 70,49% da população total (BRASIL, 2015).

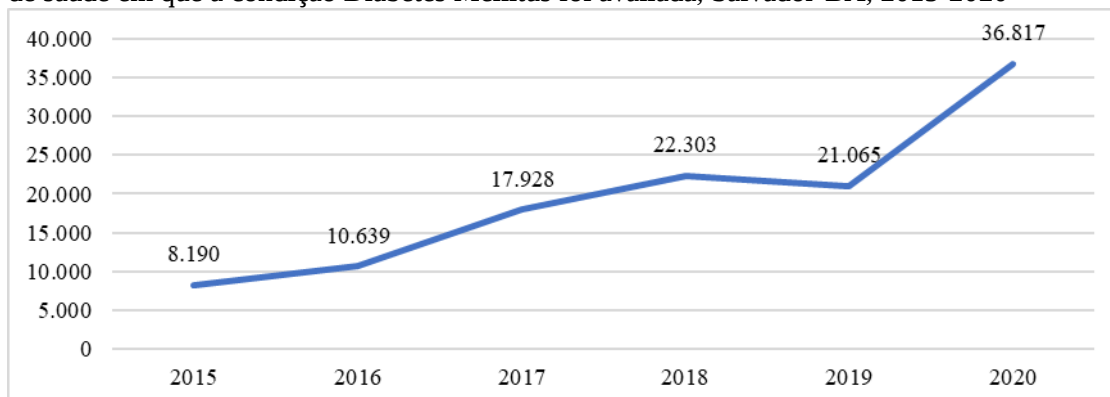
Gráfico 99. Estimativa da população diabética, estimativa da população diabética coberta pela APS e a população diabética referida no cadastrado do Portal MAS**, Salvador, 2019-2020



Fonte: PNS 2019, e-Gestor AB, Portal MAS. Acesso aos dados em 06/07/2021. *Para estimativa da população diabética foi considerado o percentual de 8,1% de acordo com a PNS (2019), último ano disponível. **Não foi possível aferir o quantitativo de pacientes que referiram diagnóstico de DM nos cadastrados do Portal MAS em 2019.

O gráfico 100, demonstra que, ao longo dos anos, houve um crescimento no número de munícipes que foram atendidos pelas equipes da Atenção Primária e tiveram a Diabetes Mellitus como condição clínica avaliada em consultas médica e multiprofissional, especialmente no ano de 2020. Observa-se uma queda do número de atendimentos em que a condição diabetes foi avaliada nos meses de abril a maio de 2020, provavelmente relacionada a suspensão de atendimentos eletivos nas USF em virtude da pandemia da COVID-19. Não foi possível afirmar se o aumento do número de atendimentos entre os anos de 2015 a 2020 deve-se ao maior acesso da população ou à qualificação dos registros de saúde, em virtude do processo de implantação do prontuário eletrônico na atenção primária.

Gráfico 100. Consultas (médica e multiprofissional) realizadas (por mês) nas unidades básicas de saúde em que a condição Diabetes Mellitus foi avaliada, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: SISAB. Acesso aos dados em 05/07/2021.

A tabela 17 apresenta o número de atendimentos médicos e de enfermeiros agrupados por CIAP/CID-10 referentes à Diabetes Mellitus²⁴ entre os anos de 2015 e 2020. Pode-se observar que nos anos de 2019 e 2020 há um aumento significativo dos atendimentos em que a condição DM foi avaliada, entretanto, os dados podem estar subestimados por ausência de registros no prontuário eletrônico (Sistema VIDA).

Tabela 17. Quantidade de atendimentos de profissionais médicos (as) e enfermeiros (as) em que a condição Diabetes Mellitus foi considerada (registros por CID/CIAP), Salvador-BA, 2021

Ano	DIABETES (por CIAP/CID) ATENDIMENTO MÉDICO	DIABETES (por CIAP/CID) ATENDIMENTO ENFERMEIRO
2015	344	1
2016	174	2
2017	793	10
2018	642	4
2019	1.554	61
2020	26.993	344
Total	30.500	422

Fonte: SISAB. Acesso em: 06/07/2021.

Na rotina de acompanhamento do paciente diabético no âmbito da Atenção Primária, conforme consta no Caderno de Atenção Básica “Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Diabetes Mellitus”, preconiza-se que todos os pacientes diabéticos realizem avaliação odontológica, que aqueles pacientes de baixo risco sejam avaliados anualmente, e recomenda-se que a consulta de rastreamento seja realizada pelo enfermeiro da UBS, encaminhando para o médico em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos (BRASIL, 2013).

Para estimar o número de pacientes diabéticos conforme estratificação de risco, foram utilizados os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, apresentado no quadro 18. A base de cálculo utilizada é a população de Salvador em 2019 e o percentual de pacientes que referiram diagnóstico de Diabetes na PNS 2019.

Quadro 18. Estimativa de diabéticos segundo estratificação, Salvador-BA, 2019

RISCO	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA (MS 2017) (População de 18 anos ou mais)	Estimativa de Diabéticos (População Municipal)	Estimativa de Diabéticos (População Coberta pela APS)
TOTAL	8,1%	164.002	69.012
Baixo (pré-diabéticos)	20%	32.800	13.802
Médio	50%	82.001	34.506
Alto	25%	41.001	17.253
Muito alto	5%	8.200	3.451

Fonte: PNS 2019/IBGE.

A partir de consultas a guias de atenção para o Diabetes Mellitus de outras Secretarias de Saúde²⁵, foram adaptadas as orientações de modo a inferir um

²⁴ Os dados utilizados foram coletados do SISAB através da plataforma e-Gestor.

²⁵ O Guia de “Referência Rápida: Diabetes Mellitus” da Superintendência de Atenção Primária do Rio de Janeiro orienta 02 consultas médicas e 01 de enfermagem para diabéticos de médio risco e 03 consultas médicas e 02 de enfermagem para diabéticos de alto e muito alto risco (RIO DE JANEIRO, 2013). As Secretarias de Estado de Saúde do Paraná e de Santa Catarina recomendam consultas médicas anuais e de

quantitativo mínimo de consultas necessárias para garantia da continuidade do cuidado e acompanhamento dos pacientes diabéticos na atenção primária, adotando-se os seguintes parâmetros:

Quadro 19. Periodicidade de consultas necessárias para acompanhamento dos pacientes diabéticos segundo estratificação de risco na APS

RISCO	CONSULTAS NECESSÁRIAS		
	Médicos	Enfermagem	Dentistas
Baixo (pré-diabéticos)	Anual (1x/ano)	Anual (1x/ano)	Anual (1x/ano)
Médio	Semestral (2x/ano)	Anual (1x/ano)	Anual (1x/ano)
Alto	Quadrimestral (3x/ano)	Semestral (2x/ano)	Anual (1x/ano)
Muito alto	Trimestral (4x/ano)	Quadrimestral (3x/ano)	Semestral (2x/ano)

Fontes: BRASIL, 2006; 2013; 2019; RIO DE JANEIRO, 2013; PARANÁ, 2018; SANTA CATARINA, 2018 (Adaptado).

Quadro 20. Estimativa do quantitativo de consultas médicas necessárias para pacientes diabéticos segundo estratificação de risco, Salvador, 2019

RISCO	Nº de consultas médicas	Estimativa de consultas médicas necessárias para população diabética municipal	Estimativa de consultas médicas necessárias para a população diabética coberta pela APS
Baixo (pré-diabéticos)	1	32.800	13.802
Médio	2	164.002	69.012
Alto	3	123.002	51.759
Muito alto	4	32.800	13.802
TOTAL		352.605	148.376

Fontes: BRASIL, 2006; 2013; 2019; RIO DE JANEIRO, 2013; PARANÁ, 2018; SANTA CATARINA, 2018 (Adaptado).

Quadro 21. Estimativa do quantitativo de consultas de enfermagem necessárias para pacientes diabéticos segundo estratificação de risco, Salvador, 2019

RISCO	Nº de consultas de enfermagem	Estimativa de consultas de enfermagem necessárias para população diabética municipal	Estimativa de consultas de enfermagem necessárias para população diabética coberta pela APS
Baixo (pré-diabéticos)	1	32.800	13.802
Médio	1	82.001	34.506
Alto	2	82.001	34.506
Muito alto	3	24.600	10.352
TOTAL		221.403	93.166

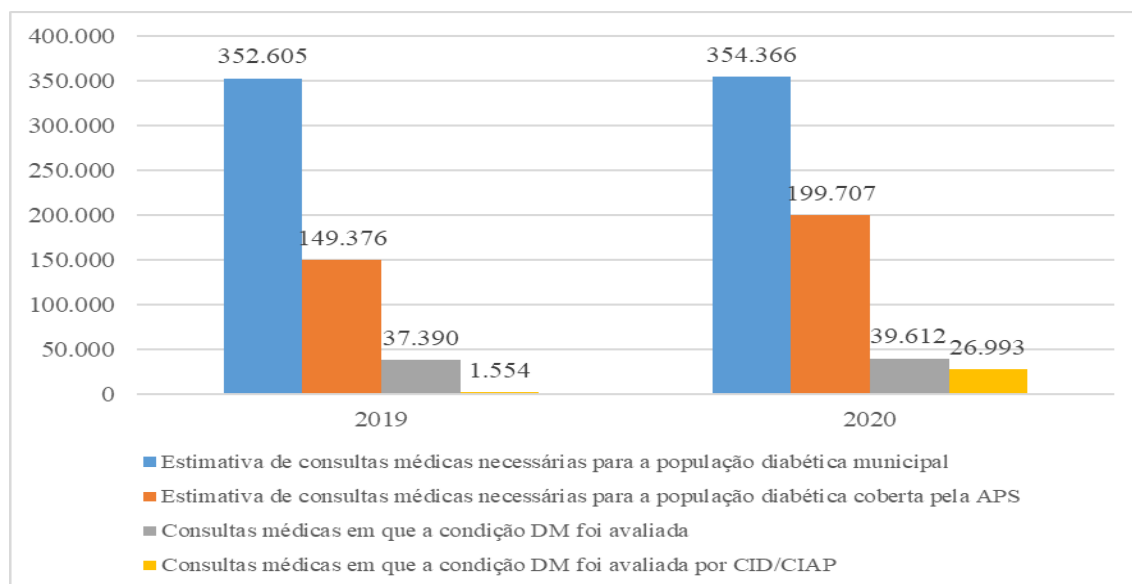
Fonte: BRASIL, 2006; 2013; 2019; RIO DE JANEIRO, 2013; PARANÁ, 2018; SANTA CATARINA, 2018 (Adaptado).

enfermagem semestrais para pacientes de baixo risco, 02 consultas médicos e 03 de enfermagem para pacientes de médio risco, 03 consultas médicos e 04 de enfermagem para pacientes de alto risco, e esta última recomenda ainda 04 consultas médicas para pacientes de muito alto risco, além de acompanhamento mensal pela enfermagem (PARANÁ, 2018; SANTA CATARINA, 2018). O Caderno de Atenção Básica nº 16 (2006) e a Portaria nº 3.222/2019, que institui os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil, orienta a realização de dosagem de hemoglobina glicosilada em todos os pacientes diabéticos pelo menos 01 vez a cada seis meses (BRASIL, 2006, BRASIL, 2019).

Logo, estima-se que em 2019 seriam necessários, pelo menos 352.605 atendimentos médicos, 221.403 atendimentos de enfermagem e 172.202 atendimentos odontológicos anuais para seguimento e acompanhamento dos pacientes diabéticos.

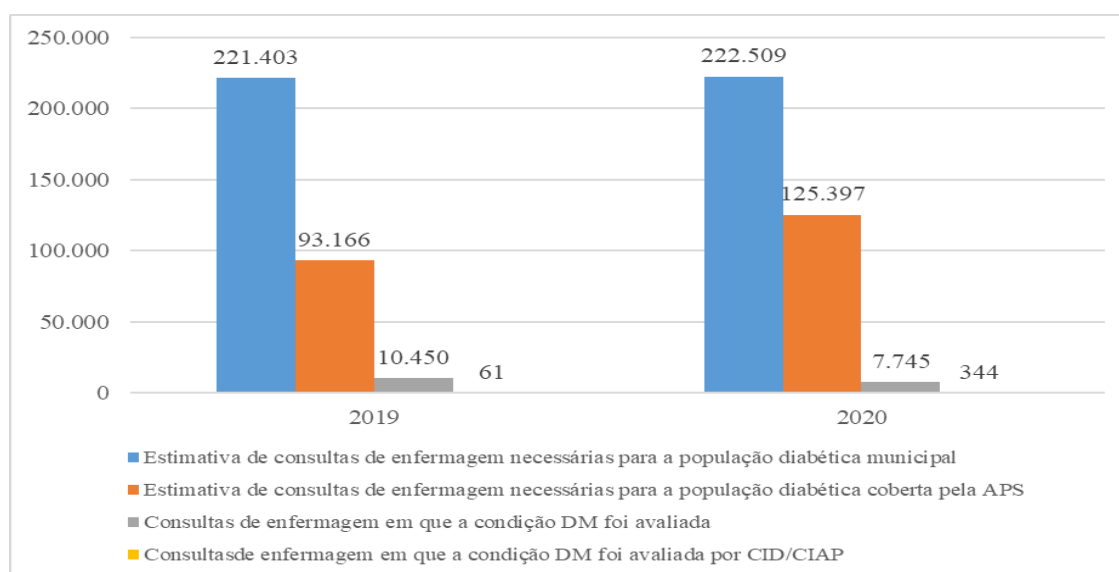
Nos gráficos 101 e 102 são realizadas comparações entre a estimativa de atendimentos médicos e de enfermagem necessários para atendimento da população diabética em relação ao quantitativo de atendimentos (consultas) em que a condição DM foi avaliada.

Gráfico 101. Comparativo de consultas médicas necessárias para diabéticos e quantitativo de atendimentos médicos em que a condição DM foi avaliada na APS, Salvador-BA, 2019-2020



Fonte: PNS 2019. SISAB. Acesso aos dados em 13/10/2021.

Gráfico 102. Comparativo de consultas de enfermagem necessárias para diabéticos e quantitativo de atendimentos de enfermagem em que a condição DM foi avaliada na APS, Salvador-BA, 2019-2020

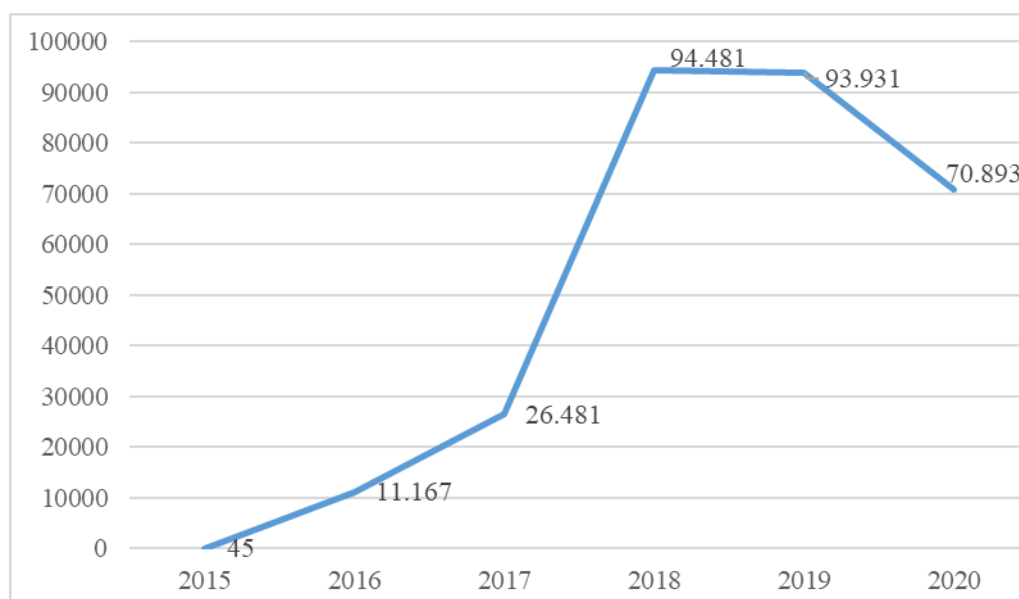


Fonte: PNS 2019; SISAB. Acesso aos dados em 13/10/2021.

Verifica-se, em 2019, um percentual de aproximadamente 25,2% da oferta de atendimento médico e 11,2% da oferta de atendimento de enfermagem necessários para garantia do acompanhamento individual dos pacientes diabéticos cobertos pela APS, tendo em vista a capacidade instalada de serviço. Cabe ressaltar, que pode haver um quantitativo significativo de dados não registrados de consultas realizadas por médicos e enfermeiros, por falta de transferência do dado ou por falta de capacitação para o adequado preenchimento dos campos em prontuário. Observa-se melhor qualificação de preenchimento de CID de diabetes pelos médicos no ano de 2020.

Em relação às visitas domiciliares voltadas ao acompanhamento dos pacientes diabéticos pelos Agentes Comunitários de Saúde, nota-se uma tendência de crescimento até o ano de 2018, estabilizando em 2019 e apresentando queda em 2020 (Gráfico 103). Ao comparar o número estimado de pacientes diabéticos no município com aqueles potencialmente cobertos pela APS em 2019²⁶, verifica-se que 68,05% do potencial de visitas aos diabéticos foram realizadas, uma vez que seriam necessárias 138.024 visitas para acompanhamento desses pacientes, considerando a capacidade de recursos humanos e que cada paciente diabético recebesse uma média de 02 visitas anuais. Cabe ressaltar, que esse dado não estima o percentual de diabéticos visitados, uma vez que alguns pacientes podem ter sido visitados mais vezes e outros não terem sido visitados.

Gráfico 103. Visitas Domiciliares de Acompanhamento de Pacientes Diabéticos pelos ACS - Salvador 2015-2020



Fonte: E-gestor. Acesso aos dados em 13/10/2021.

O Pé diabético²⁷ é uma condição bastante frequente em pacientes com Diabetes e pode levar à internações e amputação, sendo responsável por 40% a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores. O exame dos pés é essencial para

²⁶ Para efeitos de comparação foram utilizados o número estimado de pacientes diabéticos em Salvador (164.002) e o número estimado de pacientes diabéticos potencialmente cobertos pela APS (69.012), considerando o indicador de cobertura da APS para o ano de 2019.

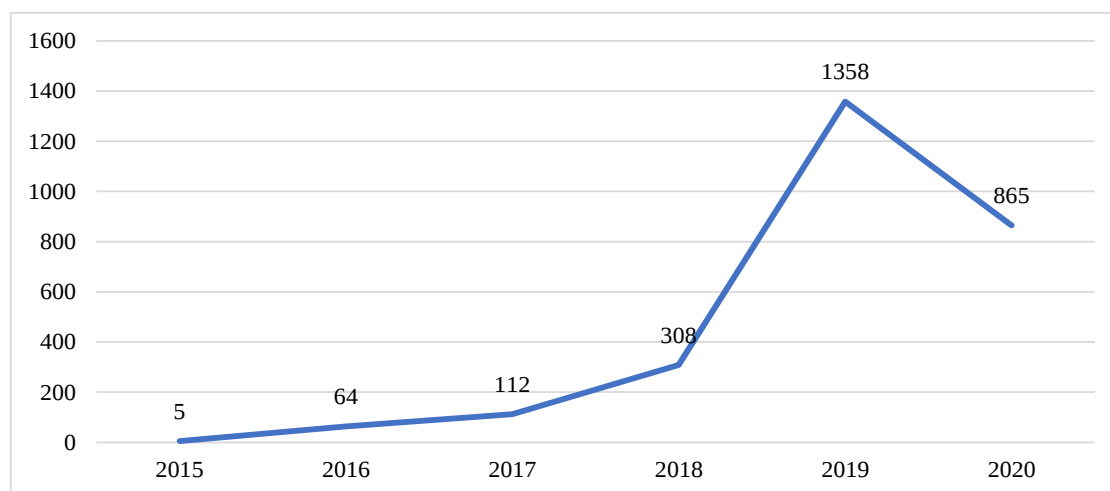
²⁷ O pé diabético é definido como uma infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associadas a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica nos membros inferiores (BRASIL, 2013).

detectar precocemente qualquer alteração que possa evoluir para lesões incapacitantes (Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético, 2001). As pessoas com DM apresentam uma incidência de úlceras nos pés de 2% e um risco de 25% em desenvolvê-las ao longo da vida.

O gráfico 104 apresenta o quantitativo de exames do pé diabético realizados entre os anos de 2015 e 2020. Observa-se um número insignificante de avaliações do pé diabético entre os anos de 2015 a 2017, provavelmente em virtude da baixa implantação do prontuário eletrônico. Houve um crescimento entre os anos de 2018 e 2019, totalizando 1358 avaliações do pé diabético nesse último ano, e uma queda em 2020.

Nota-se ainda que os registros de avaliações do pé diabético no prontuário eletrônico realizados em 2019 correspondem apenas a aproximadamente 2,8% do total de consultas (médicas e de enfermagem) em que a condição DM foi avaliada por marcação de campo rápido (47.840 consultas) no referido ano. Estima-se que haja um percentual significativo de dados subnotificados.

Gráfico 104. Quantitativo de exames dos pés realizados em usuários (as) diabéticos (as), Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: SISAB. Acesso aos dados em 06/07/2021.

Por fim, cabe ressaltar que o município mantém desempenho ruim no indicador de “Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada” do Programa Previne Brasil, por inconsistências de transferência de dados. Cabe ressaltar que o prontuário eletrônico permite o registro da solicitação de hemoglobina glicada, porém não permite o registro da avaliação do seu resultado, impossibilitando a geração e análise de dados do percentual de pacientes que estão ou ficaram com o DM descompensado.

D. Doença Renal Crônica

A Doença Renal Crônica (DRC)²⁸ é uma doença de evolução geralmente assintomática. O diagnóstico é frequentemente tardio e pode levar a insuficiência renal com necessidade de hemodiálise ou transplante renal.

²⁸ A Doença Renal Crônica consiste na perda gradual e progressiva da função renal ocasionada por dano estrutural e irreversível aos néfrons e ao parênquima renal, levando à redução da taxa de filtração

Na programação da assistência às condições crônicas do manual de Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS, de 2017, estão definidos os seguintes parâmetros de prevalência para acompanhamento dos pacientes com DRC (Quadro 22).

Quadro 22. Parâmetros de prevalência da DRC na população de 20 anos ou mais

ESTRATOS	DESCRIÇÃO SIMPLIFICADA	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA (MS 2017) (População de 20 anos ou mais)
Estágio 1	Fase de lesão com função renal normal ou aumentada $TFG \geq 90$	1,7% da pop. ≥ 20 anos
Estágio 2	Fase de insuficiência renal funcional ou leve $60 \geq TFG \geq 89$	2,8% da pop. ≥ 20 anos
Estágios 3a e 3b	Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada: Fase a: $45 \geq TFG \leq 59$ Fase b: $30 \geq TFG \leq 44$	5,6% da pop. ≥ 20 anos
Estágio 4	Fase de insuficiência renal clínica ou severa: $15 \geq TFG \leq 29$	0,2% da pop. ≥ 20 anos
Estágio 5	Fase terminal da insuficiência renal crônica, estando ou não em TRS $TFG < 15$	0,16% da pop. ≥ 20 anos
TOTAL	Prevalência de DRC em Geral	10,46% da pop. ≥ 20 anos

Legenda: TFG: Taxa de Filtração Glomerular; TRS: Terapia Renal Substitutiva.

Ao analisar a estimativa da população em 2020 de “20 anos ou mais”, conforme os percentuais do quadro de estratificação da população apresentado acima (do mesmo manual); e aplicando-se os parâmetros descritos, estima-se os seguintes quantitativos de pacientes portadores de doença renal crônica na população municipal.

Quadro 23. Estimativa de pacientes portadores de DRC na população residente em Salvador-BA, 2020

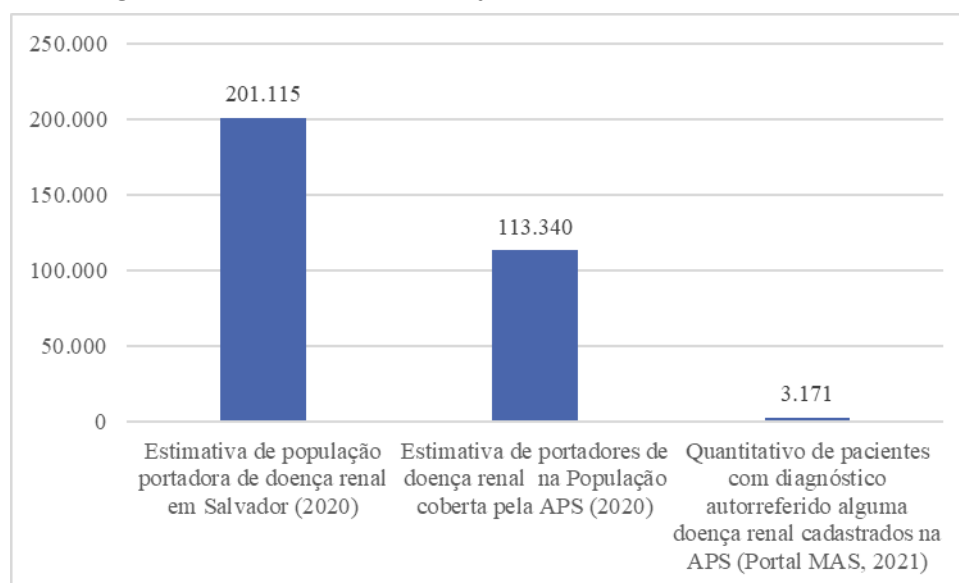
ESTÁGIO	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA (MS 2017) (População de 20 anos ou mais)	Estimativa de DRC por ESF – 4.000 pessoas	Estimativa de DRC na População Municipal	Estimativa de DRC na População Coberta pela APS
TOTAL	10,4%	279	201.115	113.340
Estágio 1	1,70%	46	32.875	18.527
Estágio 2	2,80%	75	54.146	30.515
Estágios 3a e 3b	5,60%	150	108.293	61.029
Estágio 4	0,20%	5	3.868	2.180
Estágio 5 dialíticos e não dialíticos	0,16%	4	3.094	1.744

Fonte: MS 2017. PNS/IBGE 2019.

glomerular e as outras funções parenquimatosas, podendo afetar a produção de hormônios, a excreção de metabólitos, e o controle do equilíbrio hidroeletrolítico ácido-básico e da pressão arterial.

Observa-se que a grande maioria dos pacientes com alguma doença renal não estão cadastrados nos serviços de atenção primária à saúde (Gráfico 105). Não há dados sobre perfil, quantitativo ou percentual de pacientes portadores de DRC que foram atendidos ou são acompanhados na APS.

Gráfico 105. Comparativo entre população estimada com doença renal e população cadastrada na APS com diagnóstico autorreferido de doença renal*, Salvador-Ba, 2020-2021



Fonte: PNS/IBGE 2019. Portal MAS. *A população cadastrada no Portal MAS refere-se ao total acumulado até o ano de 2021. Acesso aos dados em 18/10/2021

Observa-se que grande maioria dos pacientes com alguma doença renal não estão cadastrados nos serviços de atenção primária à saúde. Não há dados sobre perfil, quantitativo ou percentual de pacientes portadores de DRC que foram atendidos ou são acompanhados na APS.

E. Neoplasias do Colo de Útero e de Mama

A incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama reforçam a importância de fortalecer estratégias efetivas para o controle destas doenças, que incluem ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, além do tratamento e cuidados paliativos, quando estes se fazem necessários.

As ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e detecção precoce são desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária, tais como atividades educativas em momentos coletivos (salas de espera e grupos de promoção da saúde) e orientações individuais durante as consultas.

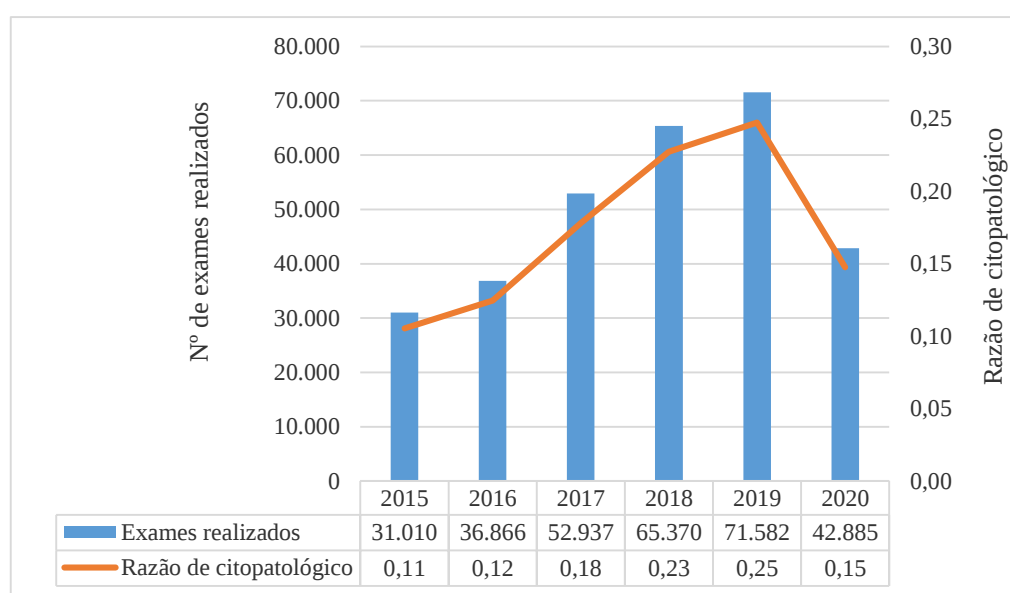
Nos diálogos estabelecidos com as usuárias, assim como nos materiais educativos elaborados, são reforçados os sinais de alerta que podem significar câncer, a necessidade da realização dos exames e a periodicidade dos mesmos. Além dessas ações, é desenvolvido também o rastreamento, ou seja, a realização sistemática de testes ou exames em pessoas saudáveis, assim como o diagnóstico precoce de usuárias que já têm sintomas ou alterações no exame físico.

Das 155 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 141 realizam a coleta de material para exame citopatológico do colo do útero, bem como o encaminhamento para

mamografia de rastreamento nas clínicas contratualizadas pelo município de Salvador. No entanto, o rastreamento ocorre em sua maior parte de forma oportunística, por demanda aberta, pois na maior parte das unidades não foi implantado um fluxo sistematizado de rastreamento programado com retornos agendados, lista de identificação de pacientes com perfil de rastreamento e realização de busca ativa de pacientes identificadas como público-alvo.

Em relação ao número e a razão de exames citopatológicos do colo do útero observa-se uma curva ascendente entre os anos de 2015 a 2019, com uma queda em 2020, provavelmente devido ao cenário da pandemia de Covid-19 que provocou mudanças consideráveis no processo de trabalho das equipes da atenção primária (Gráfico 106).

Gráfico 106. Número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres residentes de 25 a 64 anos e razão, Salvador -BA, 2015-2020



Fonte: TABNET/SISCAN.

Apesar do aumento na realização desses exames entre 2015 e 2019, em nenhum dos anos analisados a meta de realização de exames citopatológicos do colo do útero foi alcançada. O ano de 2019 foi o que apresentou o melhor desempenho, com 82,50% de alcance da meta definida pelo campo temático de Saúde da Mulher da Coordenação de Atenção Primária à Saúde de Salvador (Quadro 24).

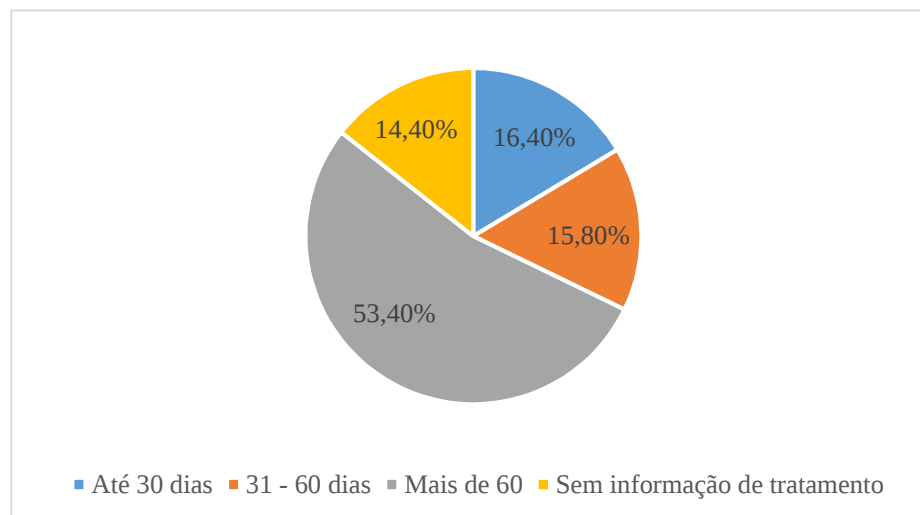
Quadro 24. Meta anual de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres residentes de 25 a 64 anos e percentual da meta alcançada, Salvador -BA, 2015-2020

Ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Meta	88.223	88.737	89.217	86.298	86.751	87.185
Percentual de alcance da meta	35%	41,50%	59,30%	75,70%	82,50%	49%

Considerando o tempo de início do tratamento da neoplasia maligna do colo do útero desde o diagnóstico, percebe-se que a maioria das mulheres de Salvador tem

iniciado seu tratamento com intervalo maior que 60 dias (53,40%), diferente do que está disposto na Lei 12.732/12 - Lei dos 60 dias (Gráfico 107).

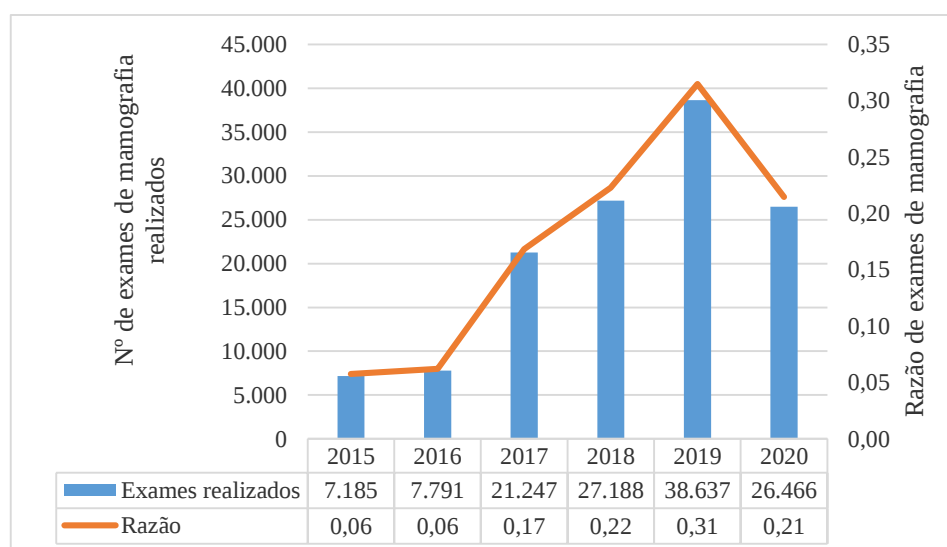
Gráfico 107. Percentual de neoplasia maligna do colo do útero, segundo tempo de início de tratamento, conforme Lei 12.732/12, Salvador- BA, 2015-2020.



Fonte: DATASUS

O exame de mamografia é realizado na rede contratualizada, sendo as vagas disponibilizadas no Sistema VIDA+, com agendamento nas Unidades Básicas de Saúde. Em relação ao número de exames de mamografia realizados em mulheres residentes de 50 a 69 anos e a razão de exames por mulher nessa faixa etária no período de 2015 a 2020, os dados mostram uma tendência crescente, com melhor comportamento em 2019, apresentando discreta queda no ano de 2020, no contexto da pandemia COVID-19 (Gráfico 108).

Gráfico 108. Número de exames de mamografia realizados em mulheres residentes de 50 a 69 anos e razão, Salvador -BA, 2015-2020



Fonte: TABNET/SISCAN.

Apesar do aumento na realização desses exames entre 2015 e 2019, em nenhum dos anos analisados a meta de realização de exame de mamografia foi alcançada. O ano de 2019 também foi o que apresentou o melhor desempenho, com 70% de alcance da meta definida (Quadro 25).

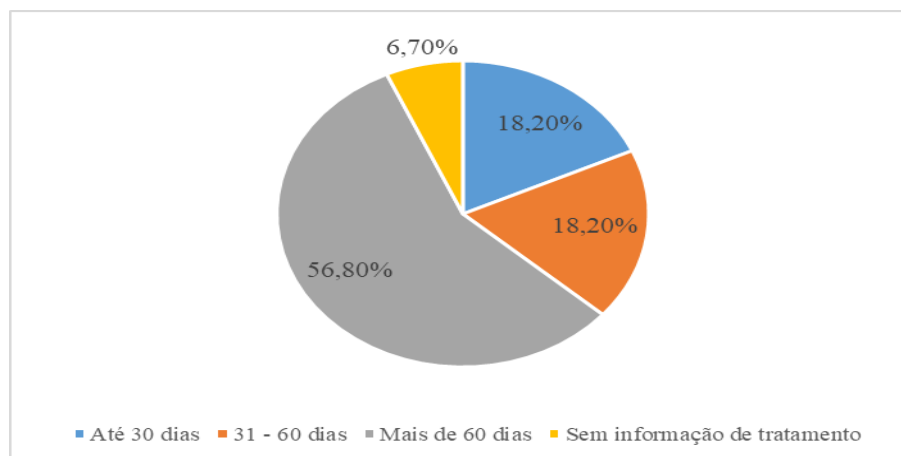
Quadro 25. Meta anual de exames de mamografia em mulheres residentes de 50 a 69 anos e percentual da meta alcançada, Salvador -BA, 2015-2020

Ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Meta	56.151	56.477	56.782	54.924	55.215	55.490
Percentual de alcance da meta	12,70%	13,70%	37,40%	49,50%	70,00%	47,70%

Os dados apresentados sinalizam a necessidade de ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde, com a intensificação da política de rastreamento, por intermédio do fortalecimento e da qualificação da rede de atenção básica, e da ampliação do acesso aos serviços especializados.

Considerando o tempo de início do tratamento da neoplasia maligna de mama desde o diagnóstico, percebe-se que a maioria das mulheres de Salvador tem iniciado seu tratamento com intervalo maior que 60 dias (56,80%), diferente do que está disposto na Lei 12.732/12, Lei dos 60 dias (Gráfico 109).

Gráfico 109. Percentual de casos de neoplasia maligna de mama, segundo tempo de início de tratamento, conforme Lei 12.732/12. Salvador -BA, 2015-2020



Fonte: DATASUS

F. Asma

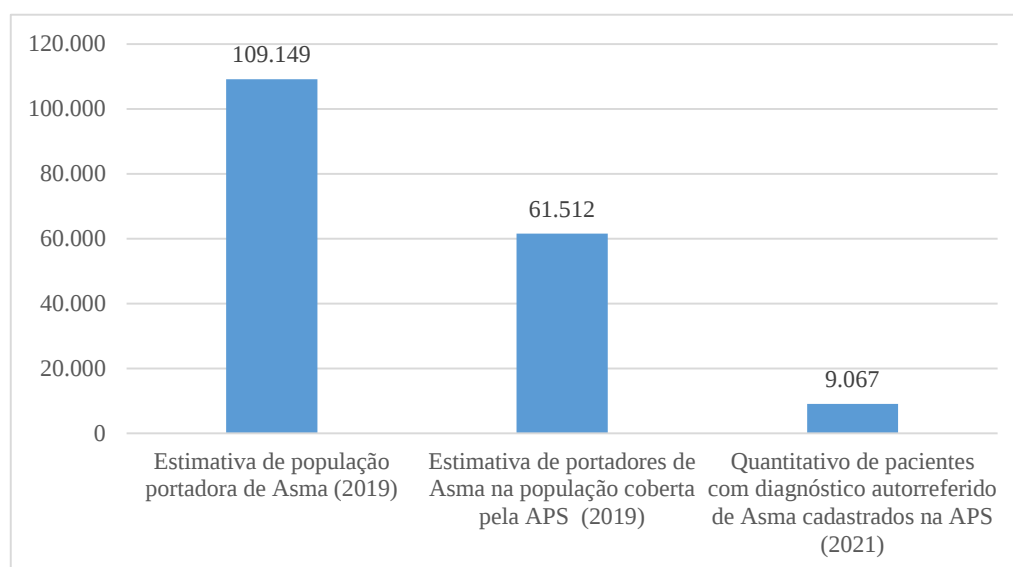
A prevalência de diagnóstico autorreferido de Asma²⁹ em Salvador aumentou de 2,2% em 2013 para 3,8% da população em 2019, o que corresponde a uma estimativa de aproximadamente 109.000 pacientes portadores de asma (PNS, 2019). Não há dados disponíveis sobre o quantitativo de pacientes portadores de asma são atendidos e

²⁹ Asma é uma doença crônica de natureza inflamatória caracterizada por hiperreatividade brônquica das vias aéreas inferiores a vários estímulos, resultando em limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com o tratamento, geralmente com início na infância.

acompanhados na APS.

O gráfico 110 apresenta o comparativo entre a estimativa de pacientes portadores de asma, estimativa de portadores de asma na população coberta pela APS e o quantitativo de pacientes com diagnóstico autorreferido de asma no momento do cadastramento na APS realizado pelos agentes comunitários de saúde. Observa-se que apenas 14,7% dos pacientes com asma estão cadastrados na APS para acompanhamento.

Gráfico 110. Estimativa populacional de portadores de Asma, estimativa de portadores de Asma na população coberta pela APS e número de pacientes com diagnóstico autorreferido de Asma cadastrado na APS*, Salvador-Ba, 2019 e 2021

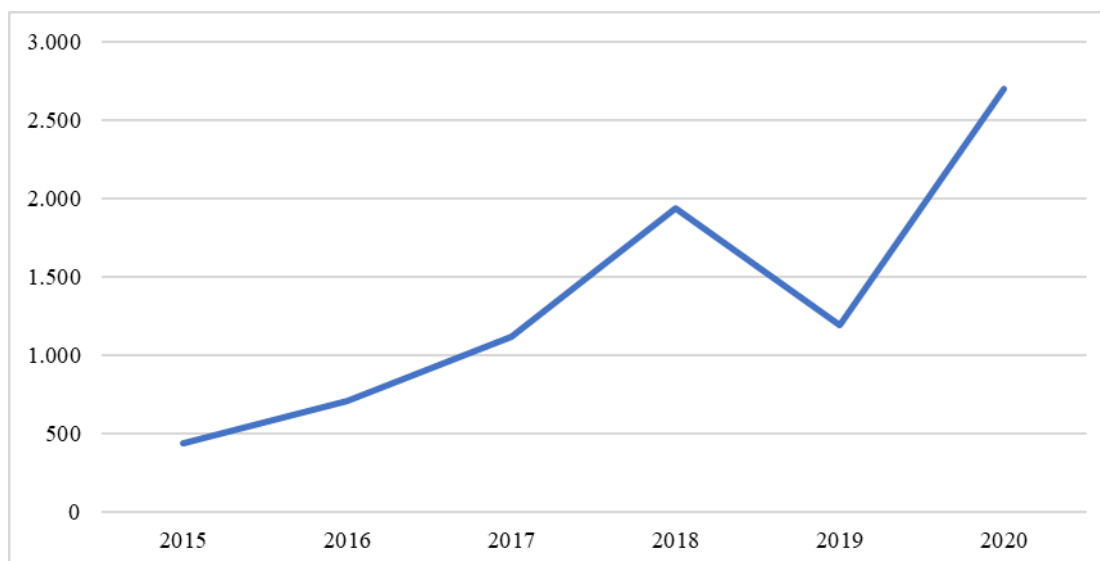


Fonte: PNS/IBGE. Portal MAS. *A população cadastrada no Portal MAS refere-se ao total acumulado até o ano de 2021. Acesso aos dados em 18/10/2021.

Em relação aos atendimentos dos pacientes com asma na APS, nota-se que esta condição de saúde tem sido avaliada de forma inconstante entre 2015 e 2020, com tendência de crescimento no número de avaliações (Gráfico 111). Ao contrário das consultas relacionadas às outras condições de saúde apresentadas, este tipo de atendimento aumentou nos primeiros meses da pandemia de COVID-19.

De forma geral, o ano de 2020 foi o que apresentou um maior número de consultas em que a condição asma foi avaliada na APS, provavelmente em razão da maior atenção dada pelos profissionais de saúde ao manejo dos quadros agudos de síndrome gripal e doenças respiratória, além da reorganização do fluxo de atendimento para pacientes sintomáticos respiratórios nas unidades de saúde como previsto no Programa Salvador Protege.

Gráfico 111. Consultas médica e multiprofissional realizadas em que a condição Asma foi avaliada na APS, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: SISAB. Acesso aos dados em 06/07/2021

G. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)³⁰ é uma doença cujo principal fator de risco é o tabagismo. Além desse, a fumaça e poluição também são fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento da doença.

O manual de critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, de 2017, apresenta os seguintes parâmetros de prevalência para acompanhamento dos pacientes com DPOC (Quadro 26).

Quadro 26. Prevalência de DPOC na população geral

RISCO	Critério GOLD ³¹ VEF ₁ /CVF pós BD < 0,7	PARÂMETROS
Grau I (Leve)	VEF ₁ > 80%	64% da população alvo com DPOC
Grau II (Moderado)	50% ≤ VEF ₁ > 80%	29,7% da população alvo com DPOC
Grau III (Grave)	30% ≤ VEF ₁ > 50%	5,9% da população alvo com DPOC
GRAU IV (Muito Grave)	VEF ₁ < 30%	1,3% da população alvo com DPOC
TOTAL DE PREVALÊNCIA		12,7% da população com 40 anos ou mais

³⁰ A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é definida como uma doença caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação ao fluxo de ar nos pulmões causados por significativa exposição a partículas ou gases nocivos. Ela apresenta como sintomas a falta de ar persistente – e que piora com esforço físico – e a tosse crônica, com ou sem expectoração.

³¹ Os critérios da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) classificam a gravidade da limitação do fluxo aéreo na DPOC, considerando o VEF₁ (volume expiratório forçado em 1 segundo), a CVF (capacidade vital forçada), antes e após a realização da BD (prova broncodilatadora).

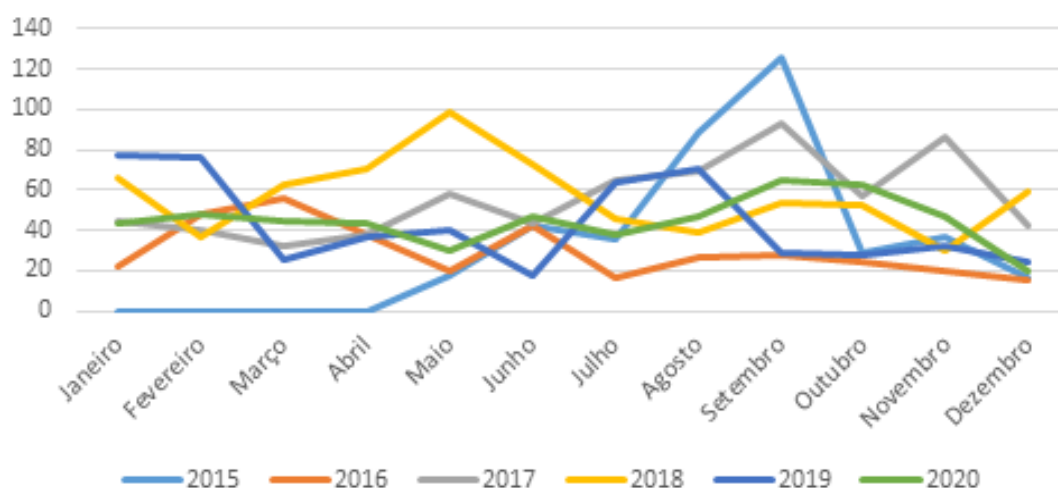
Aplicando esses parâmetros³² na população de Salvador, o número estimado de pessoas com DPOC no município de Salvador é de 121.709 pessoas, conforme consta no quadro 27.

Quadro 27. Estimativa de pessoas com DPOC em Salvador-Ba, 2020

ESTÁGIO	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA (MS 2017) (População de 40 anos ou mais)	Estimativa de Quantitativo de Portadores de DRC (População Municipal)
Total	12,7% da pop. ≥ 40 anos	121.709 pessoas
Grau 1 (Leve)	64,00% da pop. alvo com DPOC	77.894 pessoas
Grau 2 (Moderado)	29,70% da pop. alvo com DPOC	36.148 pessoas
Grau 3 (Grave)	5,90% da pop. alvo com DPOC	7.181 pessoas
Grau 4 (Muito Grave)	1,30% da pop. alvo com DPOC	1.582 pessoas

Em relação as consultas realizadas na APS em que a condição DPOC foi avaliada, observa-se um padrão variável de atendimentos e de forma diferente da asma, não houve aumento dos atendimentos no ano de 2020. No primeiro semestre de 2020 o número de atendimentos foi menor quando comparado ao primeiro semestre de 2018, e menor no segundo semestre de 2020 quando comparado ao mesmo período de 2017 (Gráfico 112). Salienta-se que não há dados disponíveis sobre o quantitativo de pacientes portadores de DPOC que são atendidos e acompanhados na APS.

Gráfico 112. Consultas (médica e multiprofissional) realizadas na APS em que a condição DPOC foi avaliada, Salvador-Ba, 2015-2020



Fonte: SISAB. Acesso aos dados em 06/07/2021

H. Doença Falciforme

A Doença Falciforme (DF), doença genética e hereditária mais comum no Brasil, causada por uma mutação no gene que produz a hemoglobina A originando outra, mutante, denominada hemoglobina S (HbS), de herança recessiva. Existem outras

³² Conforme o TABNET Salvador, a população estimada de 40 anos ou mais em 2020 era de 958.338 mil pessoas.

hemoglobinas mutantes, como, por exemplo, C, D, E etc., que associadas (HbSC, HbSD, HbSE etc.) ou em homozigose (HbSS) constituem-se no grupo denominado de Doença Falciforme. Apesar das particularidades que distinguem as Doenças Falciforme, incluindo graus variados de gravidade, todas essas doenças têm semelhantes manifestações clínicas e hematológicas (BRASIL, 2015; JESUS, 2010).

A Doença Falciforme (DF)³³ apresenta uma distribuição heterogênea no Brasil, com maior prevalência em regiões onde há maior concentração afrodescendentes (pardos e pretos). A prevalência de heterozigotos para a HbS é maior nas regiões norte e nordeste (6% a 10%), enquanto nas regiões sul e sudeste é de 2% a 3%. Dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) estimam que cerca de 3.000 crianças nascem por ano com DF no país (BRASIL, 2015). A Bahia se destaca como o estado de mais alta incidência de acordo com os dados da triagem neonatal, com 01 caso para cada 650 nascidos vivos (CANÇADO; JESUS, 2007; JESUS, 2010). O município do Salvador, a cada 530 nascimentos uma criança possui a doença falciforme (FIGUEIREDO, 2016).

O Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme (PAPDF) instituído em 2005 pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, através da Lei nº 5.395/1998, sendo esta regulamentada por meio do Decreto nº 18.857/2008 (SALVADOR, 2015). A atuação do PAPDF está baseada em três pilares: diagnóstico precoce; assistência integral, descentralizada e de qualidade; e o desenvolvimento de ações educativas, tendo como diretrizes a Política Nacional de Saúde da População Negra (Portaria nº 992/2009) e a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (Portaria nº 1.391/2005). Desde a sua implantação, a Secretaria Municipal de Saúde busca estruturar a rede de atenção em cada nível para atender às necessidades de saúde desta população.

A Doença Falciforme (DF)³⁴ apresenta uma distribuição heterogênea no Brasil, com maior prevalência em regiões onde há maior concentração de pardos e negros. Nas regiões Norte e Nordeste a prevalência é de 6% a 10%, enquanto nas regiões Sul e Sudeste é de 2% a 3% (Brasil, 2015). Dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) estimam que cerca de 3.000 crianças nascem por ano com DF no país. A Bahia se destaca com uma incidência de 1:650 de doença falciforme em nascidos vivos (Brasil, 2015).

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Triagem Neonatal³⁵ em 2001 e a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias³⁶ em 2005. A Doença Falciforme passou a integrar o rol de doenças de notificação compulsória³⁷ no SINAN em Salvador, no ano de 2009, e no Estado da Bahia³⁸ em 2017. Estas e outras medidas conferiram maior visibilidade à doença, que aliado as informações geradas por outros Sistemas de Informação (SIH e SIM) vem possibilitando delinear o perfil epidemiológico da população com DF, subsidiar a organização de serviços e a consolidação da rede de atenção.

³³ A Doença Falciforme (DF) é uma doença hematológica hereditária, de importante relevância para saúde pública, cujo nome faz alusão à palavra inglesa “sickle”, que significa foice.

³⁴ A Doença Falciforme (DF) é uma doença hematológica hereditária, de importante relevância para saúde pública, cujo nome faz alusão à palavra inglesa “sickle”, que significa foice.

³⁵ Portaria GM 822/2001.

³⁶ Portaria GM 1.018/2005.

³⁷ Portaria Municipal Nº. 217/2009, republicada em Portaria Nº. 344/2017, que incluiu todos os genótipos, com retificação em Diário Oficial do Município Ano XXX/ Nº6.907.

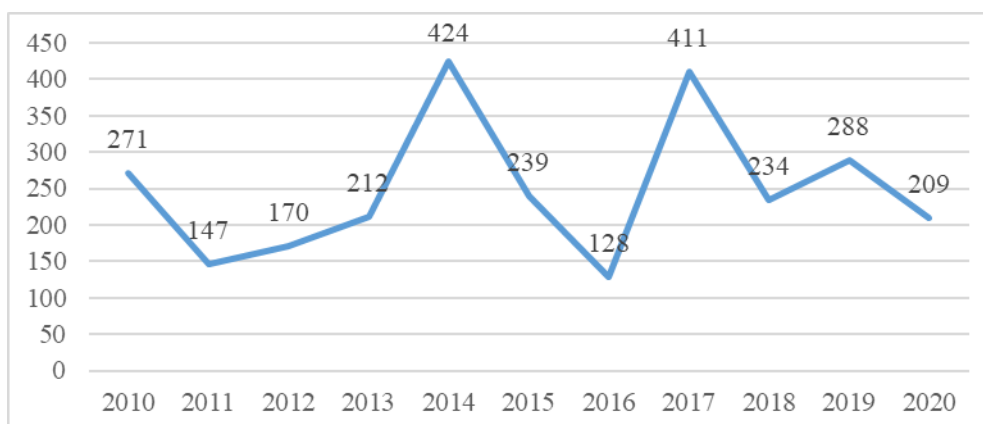
³⁸ Portaria 1.122/2017.

A DF apresenta uma variabilidade de manifestações clínicas resultantes das características próprias da doença, de fatores genéticos e fisiológicos do indivíduo, bem como do seu modo de vida. A condição crônica da doença compromete a qualidade de vida, a capacidade produtiva, o desenvolvimento escolar, a interação social, as relações afetivas/conjugais e pode trazer sofrimento psicológico de grande magnitude.

Tais repercussões são ainda mais significativas para a raça negra, que se apresenta, historicamente, como um grupo com os piores indicadores socioeconômicos e de saúde, conferindo maior grau de vulnerabilidade, e, por conseguinte, maior susceptibilidade a uma evolução clínica e prognóstico desfavoráveis. Nesse sentido todas essas dimensões devem ser consideradas na estruturação da rede de atenção e no planejamento de intervenções de saúde.

No período de 2010 a 2020, foram registradas no SINAN 2.733 casos de pessoas com doença falciforme (Gráfico 113), com os maiores números de notificações nos anos de 2014 e 2017 e o menor em 2016. O aumento de 100% das notificações ocorridas no ano de 2014 coincide com a implantação dos Centros de Referência em Doença Falciforme nos Multicentros Carlos Gomes e Vale das Pedrinhas, que fizeram vinculação de pacientes com diagnóstico recente de DF e de outros que eram acompanhados por outros serviços, o que demonstra a relevância desses serviços no acompanhamento e para produção de dados epidemiológicos.

Gráfico 113. Número de notificações de doença falciforme, Salvador-BA, 2010-2020

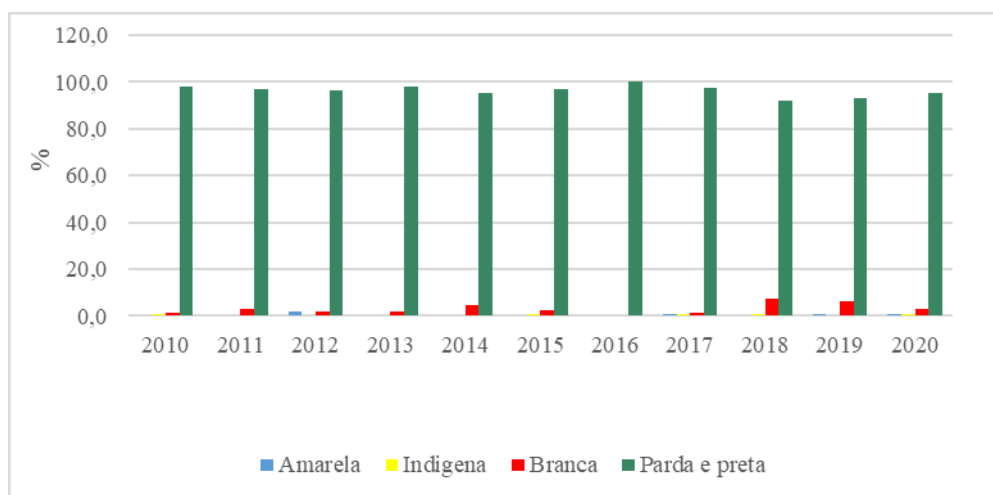


Fonte: SINAN. Acesso 10 de maio de 2021

A redução nas notificações percebida no ano de 2016, pode ser reflexo da diminuição na realização de notificações retroativas de casos diagnosticados em anos anteriores e que foram absorvidos pelos Multicentros, sendo notificados em 2014 e 2015, além do fechamento do Multicentro Carlos Gomes para reforma, com concomitante fragilidade no processo de notificação de casos novos que se vincularam a outros serviços.

Considerando a predominância conhecida da DF em indivíduos da raça negra (pretos e pardos), no acumulado da série histórica esta raça foi referida em 96% (1.506) das notificações (Gráfico 114) cujo quesito foi preenchido com informações válidas. Vale pontuar o número elevado de ignorados para o mesmo período que foi de 42,6% (1.165).

Gráfico 114. Percentual de casos notificados de Doença Falciforme, segundo raça/cor, Salvador-BA, 2010-2020



Fonte: SINAN. Acesso 10 de maio de 2021. *Excluídas notificações com raça/cor ignoradas

O sexo feminino apresentou os maiores percentuais de notificação em todos os anos no período analisado. Essa diferença pode ser explicada para população adulta, em parte, pela melhor captação dos casos como resultado de políticas específicas, a exemplo, da inclusão do diagnóstico da doença falciforme na rotina do pré-natal para todas as gestantes a partir de 2011, e também pelo fato de que as mulheres procuram mais atendimento de saúde de rotina e em situações de adoecimento, favorecendo nesses casos, inclusive o diagnóstico de genótipos que se expressam clinicamente de forma mais branda durante a vida.

2.4.2. Atenção de Média e Alta Complexidade

2.4.2.1. Laboratório Central

O Laboratório Municipal atualmente realiza exames nas áreas de hematologia, microbiologia, bioquímica, uroanálise, dosagens hormonais, imunologia e parasitologia, com o intuito de auxiliar o diagnóstico e o monitoramento dos agravos à saúde pública (HIV, hepatites, sífilis e tuberculose, dentre outros) e das doenças crônicas (diabetes, doença renal, doença falciforme, etc).

O município contava com 60 postos de coleta nas unidades de saúde até o ano de 2016. No período de 2015 a 2020 foram realizadas 905.993 coletas nos 70 postos instalados nas unidades de saúde do município, e executados no Laboratório Central de Salvador um total de 10.843.134 procedimentos laboratoriais. Cabe ressaltar que apenas 45,1% do total de unidades de atenção primária tem postos de coleta de exames laboratoriais.

Em 2020 o número de procedimentos ambulatoriais de patologia clínica realizados diminuiu em 11,8% em razão da pandemia de COVID-19.

2.4.2.2. Atenção Especializada

A. Multicentros de Saúde

O Multicentro de Saúde é uma unidade assistencial de médio porte, com foco em prestar um atendimento especializado ambulatorial oferecendo consultas em diversas especialidades médicas e não médicas de forma multidisciplinar, além de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) em média complexidade, de referência para a população de Salvador.

Em 2014 foram implantados os Multicentros de Saúde Vale das Pedrinhas e Amaralina Dr. Adriano Pondé, ambos localizados no Distrito Sanitário Barra Rio Vermelho e vinculados à Prefeitura-Bairro VI Barra/Pituba. No ano de 2016, foram implantados os Multicentros de Saúde Liberdade e Carlos Gomes, localizados nos DS Liberdade e Centro Histórico, respectivamente. O Multicentro de Saúde Liberdade tem como característica atender uma população mais idosa, portadora de doenças crônicas e residente do território.

A oferta dos serviços dos Multicentros de Saúde Vale das Pedrinhas, Liberdade e Carlos Gomes é disponibilizada para todos os usuários de Salvador e municípios pactuados, considerando a elevada demanda reprimida para atendimento especializado nos demais distritos sanitários. No que se refere ao Multicentro de Saúde Amaralina Dr. Adriano Pondé, este oferece o serviço especializado de referência em cardiologia de média complexidade para crianças e adultos com doença cardiovascular residentes em Salvador e municípios pactuados.

A implantação dos Multicentros de Saúde contribuiu para a ampliação na rede municipal de consultas nas especialidades médicas como: angiologia, cardiologia adulto e pediátrica, dermatologia geral e para albinismo, endocrinologia adulto e pediátrica, gastroenterologia, geriatria, ginecologia clínica e obstétrica, hematologia adulto e pediátrica, hepatologia geral e para hepatites virais, infectologia adulto e pediátrica, mastologia, nefrologia, neurologia adulto e pediátrica, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia adulto e pediátrica, reumatologia e urologia. Para especialidades não médicas inclui: psicologia, nutrição, fonoaudiologia e fisioterapia adulto e infantil, bem como ampliação da oferta de SADT/procedimentos com finalidade diagnóstica como: ultrassonografia, doppler de vasos, raio X, eletrocardiograma, ecocardiograma, teste ergométrico, MAPA, Holter, eletroencefalograma em vigília e sono espontâneo, audiometria tonal, além de outros procedimentos como audiometria e imitanciometria.

B. Marcação e Regulação de Consultas e Exames

As solicitações de consultas médicas especializadas e de exames especializados fornecidas pelos profissionais de saúde da rede pública, sobretudo das unidades de atenção primária à saúde, são realizadas de forma centralizada pelo **Sistema VIDA+ – Módulo Regulação**, por meio do lançamento do pedido pelo paciente na recepção das unidades básicas de saúde.

Os estabelecimentos próprios ou contratualizados disponibilizam suas agendas para marcação descentralizada e/ou para marcação local, conforme especificidade de cada serviço. As consultas e procedimentos “agendados” (Consultas de especialidades, Ultrassonografias – USGs, Mamografia, Ecocardiograma, entre outros), são marcados conforme a disponibilidade de vaga. Em caso de indisponibilidade de vaga, o paciente é

inserido em **Fila de Espera do Sistema Vida +**, e a comunicação com o paciente é realizada por meio de dados de cadastramento com registro de telefone válido.

Os procedimentos ‘regulados’ (Ressonância Nuclear Magnética – RNM, Tomografia Computadorizada – TC, Colonoscopia, Eletroneuromiografia – ENMG, entre outros) e os procedimentos ‘autorizados’ (Programa de Glaucoma, Quimioterapia, Radioterapia, cirurgias oftalmológicas, entre outros) passam por processo autorizativo pela Central Municipal de Regulação. Os procedimentos de “demanda aberta” (Radiografias, Eletrocardiograma, Fundoscopia, Mapeamento de Retina, Espirometria) são realizados por ordem de chegada no dia nos serviços da rede, multicentros ou serviços contratualizados ou por agendamento realizado presencialmente nos próprios serviços de saúde.

A análise acerca das solicitações de consultas especializadas permite identificar as especialidades para as quais existe um maior encaminhamento e consequentemente uma maior demanda. No período de 2015 a 2020, entre 12 (doze) especialidades selecionadas, as especialidades Oftalmologia (42,5%), Cardiologia (16%) e Urologia (9,3%) foram as que apresentaram a maior proporção de solicitações de consultas. Os dados mostram que houve um aumento na variação das solicitações em todas as especialidades nesse período, exceto de Cardiologia, que apresentou redução equivalente a -9,9% (Tabela 18).

Tabela 18. Número de solicitações de consultas segundo especialidade, Salvador-BA, 2015-2020

Especialidade	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	%	Variação 2015-2020
Oftalmologista	174.972	177.508	197.196	210.218	227.365	182.441	1.169.700	42,5%	4,3%
Cardiologista	72.657	67.592	76.113	78.858	79.001	65.457	439.678	16,0%	-9,9%
Urologista	25.592	40.123	48.843	53.491	49.064	38.390	255.503	9,3%	50,0%
Psiquiatra	20.860	31.593	31.259	28.502	30.216	25.414	167.844	6,1%	21,8%
Nefrologista	2.328	3.207	8.185	7.784	40.851	102.919	165.274	6,0%	4320,9%
Endocrinologista e Metabologista	12.989	17.108	24.462	26.653	24.817	19.810	125.839	4,6%	52,5%
Mastologista	7.009	20.560	26.823	22.417	24.541	17.454	118.804	4,3%	149,0%
Neurologista	13.118	11.258	16.909	19.324	26.398	22.889	109.896	4,0%	74,5%
Angiologista ou Cirurgião Vascular	11.521	13.484	19.601	17.653	12.759	24.614	99.632	3,6%	113,6%
Pneumologista	7.762	9.592	15.365	14.616	13.840	8.115	69.290	2,5%	4,5%
Hematologista	799	2.773	4.711	5.895	5.728	5.769	25.675	0,9%	622,0%
Cirurgião Cardiovascular	352	487	359	357	367	550	2.472	0,1%	56,3%
TOTAL	349.959	395.285	469.826	485.768	534.947	513.822	2.749.607	100,0%	46,8%

Fonte: Sistema Vida+/NTI.

Cabe ressaltar que uma importante limitação foi a impossibilidade de avaliar o total real de demanda, uma vez que não foi disponibilizada a lista de espera para consultas especializadas, e o número de solicitações apresentado não representa o quantitativo real de solicitações, uma vez que ficou condicionado o registro da solicitação à disponibilidade de vagas.

Destaca-se ainda o aumento de 4320,9%, 622%, 149% e 113,6% de solicitações de Nefrologia, Hematologia, Mastologia e Angiologia/Cirurgia vascular, respectivamente. Esses dados podem representar um aumento significativo de demanda

por essas especialidades ou qualificação do referenciamento da rede para essas especialidades ou o aumento da disponibilidade de vagas.

O total de agendamentos foi calculado a partir da diferença entre o total de solicitações e o somatório das consultas desmarcadas, indeferidas, pendentes, em lista de espera e as autorizadas não agendadas (Tabela 19). Observa-se um resultado semelhante comparado ao total de solicitações, com maior disponibilidade de vagas de Oftalmologia e Cardiologia e maior aumento de agendamentos de Nefrologia, Hematologia, Angiologia/Cirurgia Vascular e Mastologia.

Tabela 19. Número de agendamentos de consultas segundo especialidade, Salvador-BA, 2015-2020

Especialidade	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	%	Variação 2015-2020
Oftalmologista	167.398	175.939	194.581	206.958	223.903	178.540	1.147.319	42,9%	6,7%
Cardiologista	67.075	64.743	73.147	74.963	74.789	58.143	412.860	15,5%	-13,3%
Urologista	23.672	39.322	47.680	52.343	48.154	36.034	247.205	9,3%	52,2%
Psiquiatra	20.845	31.593	31.243	28.463	30.109	25.305	167.558	6,3%	21,4%
Nefrologista	2.040	3.036	7.894	7.400	40.614	102.287	163.271	6,1%	4914,1%
Endocrinologista e Metabologista	11.896	16.156	23.115	25.549	23.747	18.021	118.484	4,4%	51,5%
Mastologista	6.045	20.305	26.383	22.079	24.041	16.776	115.629	4,3%	177,5%
Neurologista	12.925	11.225	16.757	19.042	25.757	21.902	107.608	4,0%	69,5%
Angiologista Ou Cirurgião Vascular	10.802	13.168	19.082	17.194	12.317	24.038	96.601	3,6%	122,5%
Pneumologista	7.654	9.510	15.096	14.303	13.564	7.835	67.962	2,5%	2,4%
Hematologista	714	2.686	4.615	5.678	5.392	5.284	24.369	0,9%	640,1%
Cirurgião Cardiovascular	350	487	359	356	365	549	2.466	0,1%	56,9%
Total	331.416	388.170	459.952	474.328	522.752	494.714	2.671.332	100,0%	49,3%

Fonte: Sistema Vida+/NTI.

Convém destacar que condições crônicas, como HAS e DM, quando não tratadas adequadamente ou aqueles pacientes estratificados como de alto risco, necessitam de acompanhamento de retaguarda para consultas nas especialidades de Oftalmologia, Cardiologia, Endocrinologia, Nefrologista e Angiologia/Cirurgia vascular, podendo ter interferido no aumento das solicitações nessas áreas, uma vez que o diagnóstico tardio ou com complicações dessas doenças, demandam a atuação de outros especialistas para manejo dos casos. Isso pode explicar a maior demanda para Oftalmologia e Cardiologia e o aumento de demanda para Nefrologia, Angiologia/Cirurgia vascular e Endocrinologia.

Nota-se um percentual de 83,6% de confirmação (realização) do total de consultas agendadas, com maior destaque para Cirurgia cardiovascular (98,1%), Nefrologia (97,4%) e Psiquiatria (93,8%). O percentual de abstenção foi calculado a partir da divisão entre somatório de faltosos e de consultas não confirmadas pelo prestador em relação ao total de agendamentos, tendo as especialidades de Oftalmologia (20,08%), Cardiologia (17,26%), Pneumologia (17,2%) e Endocrinologia (16,42%) apresentado as maiores taxas de abstenção (Tabela 20).

Observa-se ainda o aumento da abstenção de Neurologia, Pneumologia e Endocrinologia em toda série, além de Hematologia a partir de 2016 e Psiquiatria a partir de 2019.

Tabela 20. Percentual de abstenção (faltosos e não confirmados) das consultas agendadas, Salvador-BA, 2015-2020

Especialidade	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Oftalmologista	20,21%	16,84%	17,75%	22,05%	20,57%	22,78%	20,08%
Cardiologista	20,12%	14,96%	14,82%	16,15%	16,21%	22,35%	17,26%
Pneumologista	6,30%	9,95%	16,79%	21,36%	20,81%	23,62%	17,20%
Endocrinologista e Metabologista	15,03%	10,65%	13,06%	17,01%	16,57%	25,81%	16,42%
Urologista	18,98%	13,63%	14,48%	15,41%	15,92%	19,65%	16,01%
Mastologista	25,00%	11,19%	15,74%	15,64%	17,30%	16,39%	15,83%
Angiologista ou Cirurgião Vascular	12,96%	8,16%	14,12%	19,37%	20,32%	10,40%	13,98%
Hematologista	20,17%	8,79%	10,88%	13,17%	12,50%	18,96%	13,57%
Neurologista	5,66%	5,69%	5,92%	8,81%	13,80%	15,68%	10,25%
Psiquiatra	12,89%	1,61%	1,83%	0,80%	11,47%	11,92%	6,24%
Nefrologista	16,47%	13,74%	18,39%	24,16%	4,93%	2,57%	5,28%
Cirurgião Cardiovascular	4,00%	2,46%	1,67%	1,12%	1,10%	1,46%	1,95%
TOTAL	18,38%	13,52%	14,83%	17,80%	17,01%	16,69%	16,38%

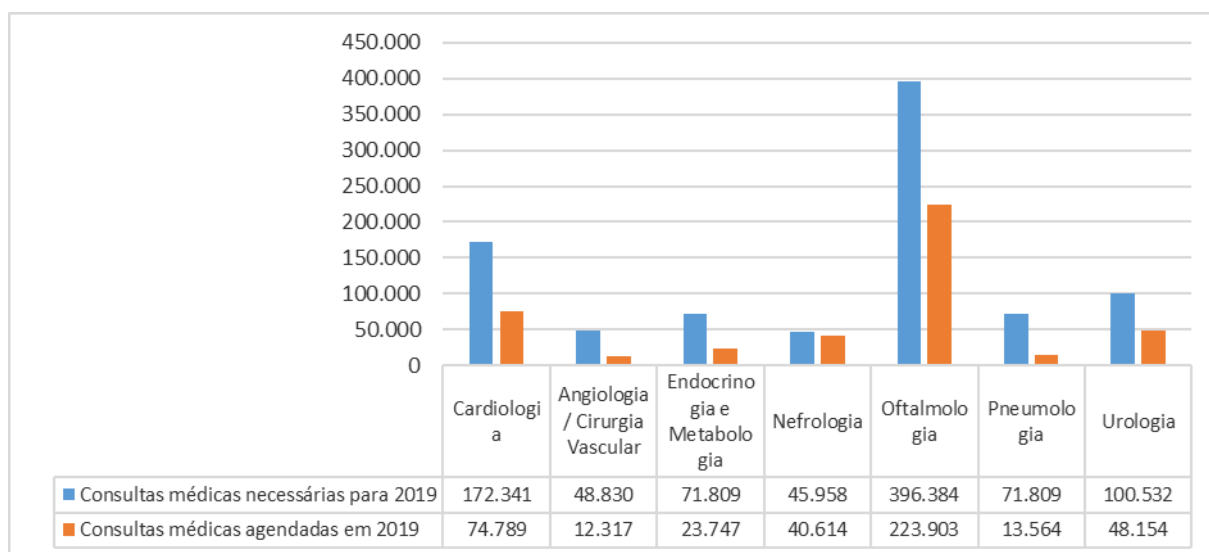
Fonte: Sistema Vida+/NTI.

É relevante destacar o aumento da abstenção nas consultas de Endocrinologia no ano 2020, o que pode representar uma piora na atenção especializada aos diabéticos durante a pandemia, e isso é reforçado pelo aumento do número de amputações nesse período. Considera-se ainda uma queda significativa da abstenção em consultas de Nefrologia a partir de 2018, provavelmente relacionada ao formato de agendamento das consultas, o que pode representar uma qualificação do cuidado de pacientes com doença renal crônica.

Ao comparar, no ano de 2019, o quantitativo de consultas médicas especializadas agendadas e o quantitativo de consultas médicas preconizado por especialidade nos Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS de 2017, com base na metodologia de agregação da RIPSA (Rede Interagencial de Informações para a Saúde), verifica-se uma oferta menor que a necessária em todas as especialidades analisadas, sendo de apenas 18,9% de consultas de Pneumologia, de 25,2% de Angiologia/Cirurgia Vascular, de 33,1% de Endocrinologia, de 43,4% de Cardiologia, de 47,9% de Urologia e de 56,5% de Oftalmologia (Gráfico 115).

A especialidade de Nefrologia apresentou a maior oferta, representando 88,4% do quantitativo preconizado. Vale pontuar que essa análise não distingue as consultas médicas ofertadas na rede de Salvador para pessoas de outros municípios, conforme previsto na Programação Pactuada Integrada (PPI); e isso pode representar um menor percentual de oferta de consultas para a população municipal do que o constatado nessa análise.

Gráfico 115. Comparativo entre consultas médicas necessárias estimadas e consultas agendadas em 2019, Salvador-BA.



Fonte: Sistema Vida+/NTI. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, 2017).

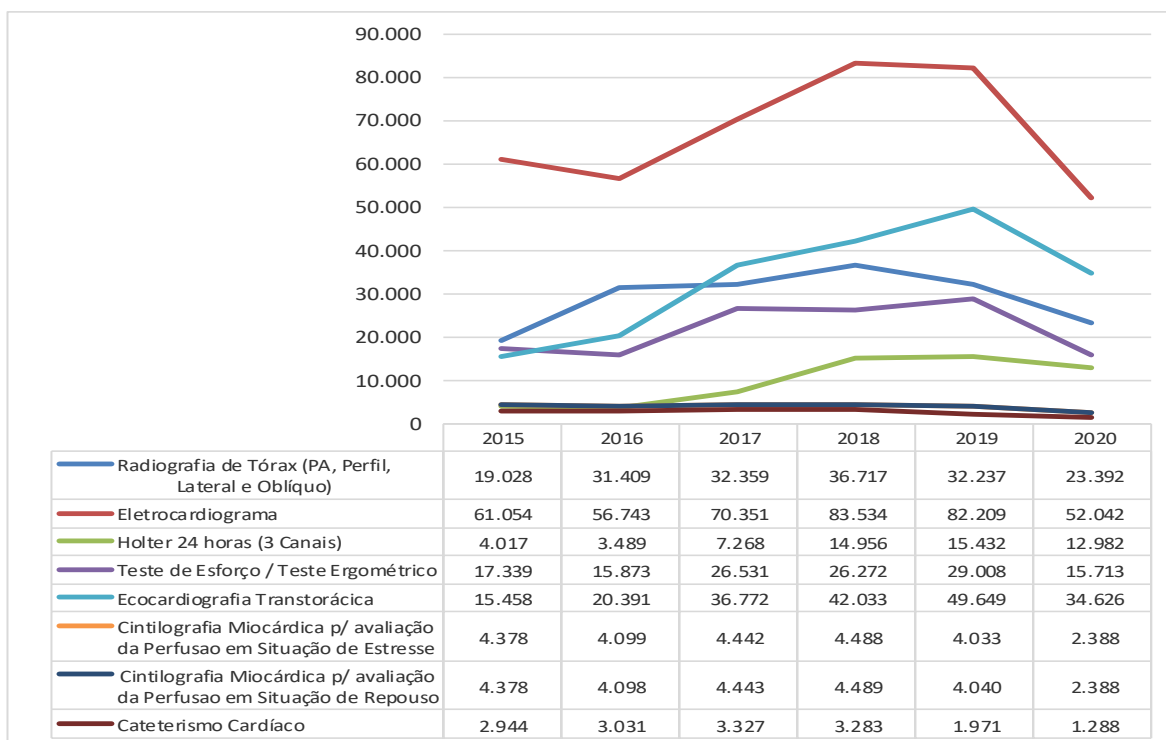
Os exames cardiológicos fazem parte da rotina de avaliação de pacientes diabéticos e hipertensos. Os pacientes diabéticos precisam realizar Eletrocardiograma (ECG) no diagnóstico e habitualmente precisam realizar ECG e Ecocardiograma Transtorácico para seguimento clínico. Os pacientes hipertensos necessitam realizar o Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) para o diagnóstico e para avaliação clínica, principalmente quando não é possível realizar o Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (MRPA).

Além disso, pacientes hipertensos com suspeita de insuficiência cardíaca devem realizar Radiografia de Tórax. O Ecocardiograma pode ser realizado nessa situação e em pacientes hipertensos com alto risco cardiovascular e no seguimento clínico. O ECG e o Holter de 24h é realizado na investigação de arritmias cardíacas ou de pulso e para avaliação de fibrilação atrial persistente ou intermitente.

O teste ergométrico avalia a capacidade funcional, o prognóstico de insuficiência cardíaca, o estudo do comportamento da PA durante o exercício, a investigação de arritmias e síncope relacionadas ao exercício, o diagnóstico de doença arterial coronariana (angina e isquemia cardíaca), entre outras avaliações. A cintilografia miocárdica é indicada para pacientes com dor torácica anginosa para afastar isquemia, para a pesquisa de isquemia silenciosa, avaliação de dispneia de origem cardíaca, e complementação de teste ergométrico com resultado inconclusivo. O cateterismo é solicitado para pacientes com angina estável, em vigência de quadro de IAM, para isquemia pós-revascularização, insuficiência cardíaca sem etiologia definida, dor torácica de etiologia indefinida em que não se pode descartar doença aterosclerótica do coração.

Em relação ao número de exames cardiológicos agendados, o eletrocardiograma representa o maior número, seguido por ecocardiograma, raio-x de tórax e teste ergométrico, sendo essa relação proporcional compatível com as indicações clínicas. Nota-se um aumento significativo do agendamento de ecocardiograma e holter de 24h a partir de 2017 (Gráfico 116). O total de solicitações apresentou resultados semelhantes.

Gráfico 116. Número de Exames Cardiológicos Agendados, Salvador-BA, 2015-2020.



Fonte: Sistema Vida+/NTI.

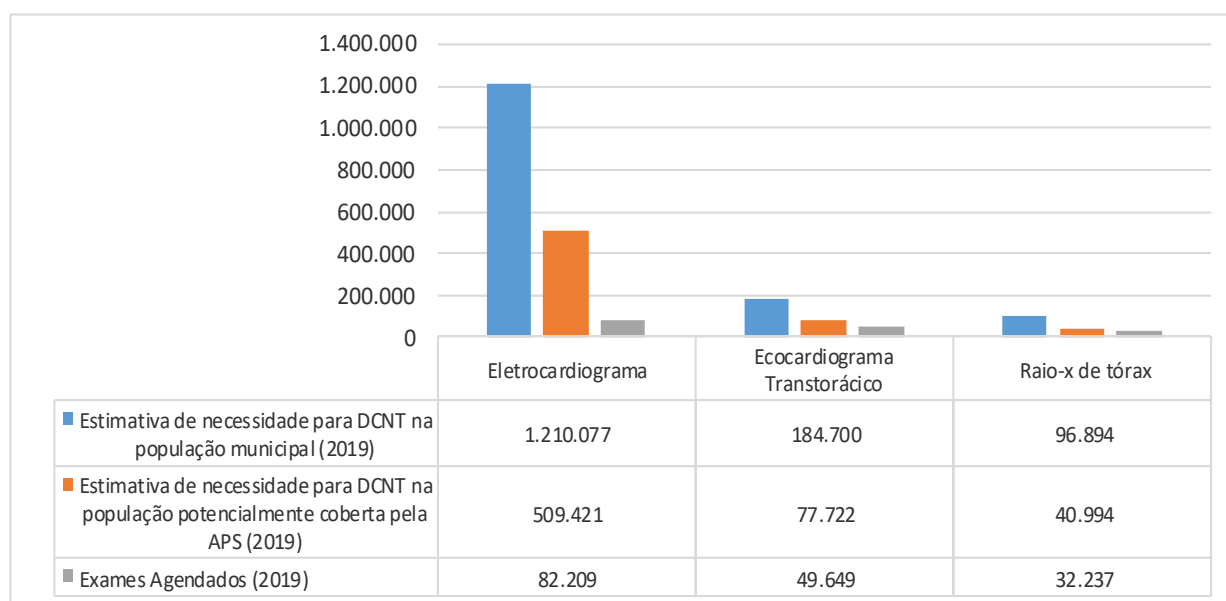
Ao comparar, no ano de 2019, o quantitativo de exames cardiológicos agendados e o quantitativo desses exames preconizados para atendimento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis³⁹ em Salvador, conforme critérios do Ministério da Saúde, verifica-se uma disponibilidade de apenas 6,8%, 22,7%, 26,9% e 33,3% da demanda de exames de eletrocardiograma, cateterismo cardíaco, ecocardiograma transtorácico e raio-x de tórax, respectivamente, necessários para o atendimento qualificado às pessoas com doenças crônicas da cidade. Quando se observa a população potencialmente coberta pelas unidades de atenção primária, há uma oferta de 16,1%, 54%, 63,9%, 78,6% da

³⁹ Os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS de 2017 do Ministério da Saúde orientam a realização de 01 (um) ECG anual para diabéticos de baixo, médio e alto risco e 02 (dois) para diabéticos de muito alto risco. Indicam 01 ECG e 0,1 (um décimo) de ecocardiograma anual por paciente para todos os hipertensos no diagnóstico e no seguimento. Propõem a programação de 01 raio-x de tórax, 01 ECG e 01 ecocardiograma e 0,16 (dezesseis centésimos) de cateterismo cardíaco e de cintilografia do miocárdio anual para diagnóstico de insuficiência cardíaca (considerando a incidência de IC na população de 55 anos ou mais), além de 0,1 (um décimo) de ecocardiograma e holter de 24h anual para acompanhamento de IC (considerando a prevalência de IC na população de 55 anos ou mais). Orientam 01 ECG e 0,34 (trinta e quatro centésimos) anual de ecocardiograma e holter de 24h para atendimento do ataque isquêmico transitório (considerando a incidência de AIT na população de 35 anos ou mais), além de 01 ECG, 01 TC de crânio, e 0,34 de raio-x de tórax e holter de 24h para atendimento de AVE (considerando a incidência de AVE na população de 45 anos ou mais). Sugerem 01 ECG, 0,98 (noventa e oito centésimos) de teste ergométrico, 0,95 (noventa e cinco centésimos) de ecocardiograma e 0,5 (cinco décimos) de cintilografia do miocárdio para diagnóstico e estadiamento de doença arterial coronariana (considerando a incidência de DAC na população de 45 anos ou mais) e 0,1 (um décimo) de ECG, ecocardiograma e cateterismo cardíaco para acompanhamento de DAC (considerando a prevalência na população de 45 anos ou mais). Indicam ainda 01 raio-x de tórax para diagnóstico de DPOC e para seguimento de DPOC estágios II, III e IV e 0,5 de raio-x de tórax para seguimento de DPOC estágio I; além de 01 ecocardiograma para DPOC estágios III e IV e 0,5 de ecocardiograma para DPOC estágios I e II. Por fim, sugerem 01 ECG e 01 raio-x de tórax para portadores de DRC estágio 5 e dialíticos.

demanda de exames de ECG, cateterismo cardíaco, ecocardiograma transtorácico e raio-x de tórax, respectivamente (Gráficos 117 e 118).

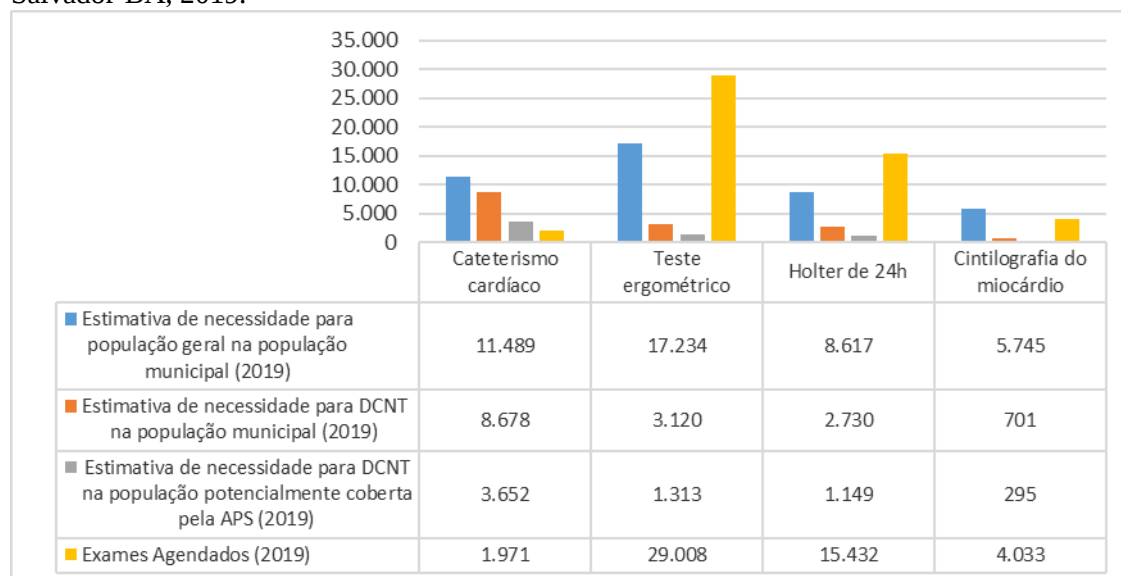
Os exames de holter de 24h, cintilografia do miocárdio e teste ergométrico apresentam disponibilidade de 565,2%, 575,6% e 929,8% em relação à necessidades das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis da população municipal (Gráfico 118). Cabe ressaltar, que essa disponibilidade pode não ser real, pois a análise não considera o percentual desses exames ofertados na rede de Salvador para pessoas de outros municípios, conforme previsto nas pactuações com outros municípios na Programação Pactuada Integrada (PPI).

Gráfico 117. Comparativo entre necessidade estimada e exames agendados de eletrocardiograma, ecocardiograma transtorácico e raio-x de tórax, Salvador-BA, 2019.



Fonte: Sistema Vida+/NTI. Ministério da Saúde (2017).

Gráfico 118. Comparativo entre necessidade estimada e exames agendados de cateterismo cardíaco, teste ergométrico, holter de 24h e cintilografia miocárdica em situação de estresse, Salvador-BA, 2019.

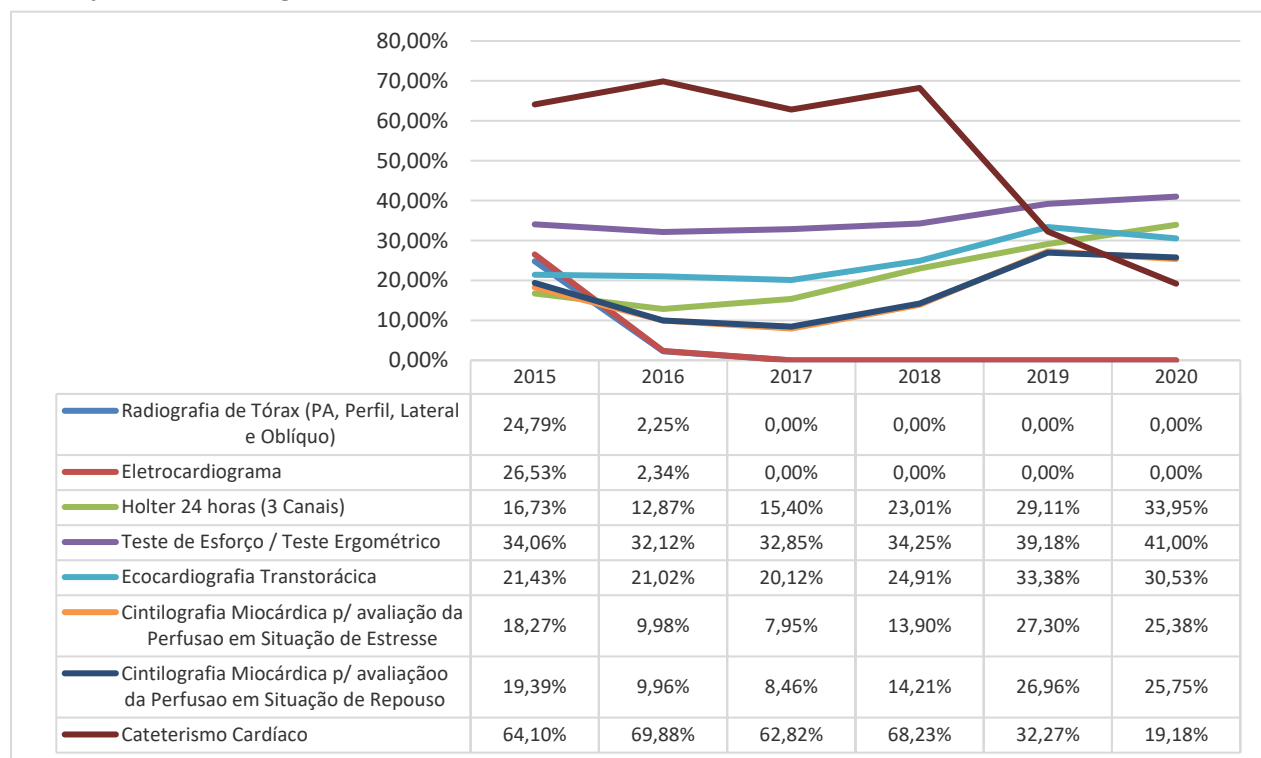


Fonte: Sistema Vida+/NTI. Ministério da Saúde (2017).

É válido ressaltar que quando se considera o quantitativo de exames cardiológicos preconizados, com base na metodologia de agregação da RIPS⁴⁰ há, contraditoriamente, uma disponibilidade de apenas 70,2% de cintilografia miocárdica, e uma disponibilidade maior de ecocardiograma transtorácico (108%) em relação à população geral. Os demais exames apresentam padrão semelhante, com disponibilidade de 17,2% de cateterismo cardíaco e de 168,3% de teste ergométrico e 179,1% de holter de 24h (Gráfico 118).

Os exames de eletrocardiograma e raio-x de tórax, por serem de demanda aberta, não apresentaram abstenção desde 2017. Nota-se, a partir de 2017, um aumento progressivo da abstenção dos exames de teste ergométrico e holter de 24h; e a partir de 2018, um aumento da abstenção de ecocardiograma e cintilografia miocárdica. Verifica-se uma queda significativa da abstenção de cateterismo cardíaco a partir de 2019 (Gráfico 119).

Gráfico 119. Percentual de Abstenção (Faltosos e Não Confirmados) de Exames Cardiológicos em relação ao total de agendamentos, Salvador-BA, 2015-2020



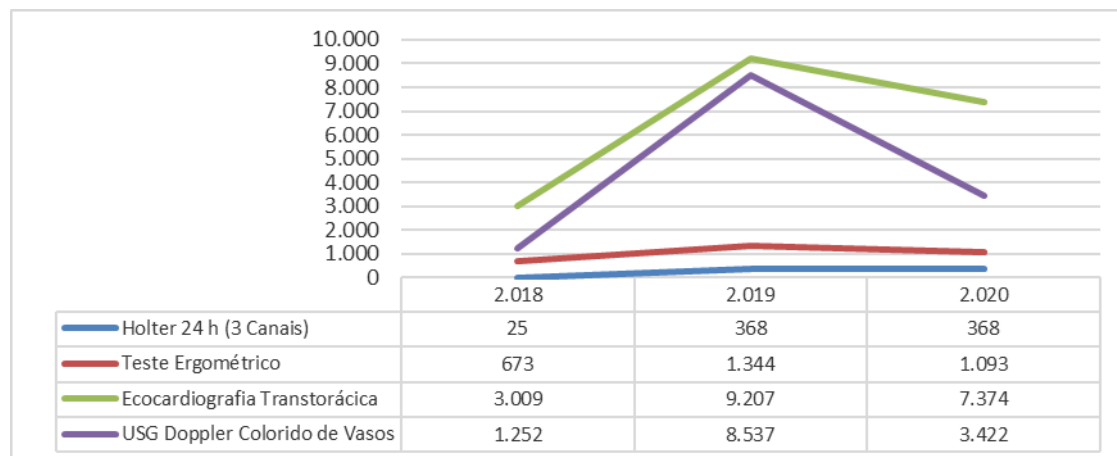
Fonte: Sistema Vida+/NTI.

Os exames de eletrocardiograma e raio-x de tórax, por serem de demanda aberta, não houve registro de lista de espera, apesar da indisponibilidade estimada (Gráfico 120). O aumento da abstenção dos exames holter de 24h e teste ergométrico,

⁴⁰ Os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS de 2017, no item “Seção IV - Atenção Especializada”, prevê quantitativo diferente de exames para cada 100.000 habitantes, com base na metodologia de agregação da RIPS⁴⁰ (Rede Interagencial de Informações para a Saúde), em relação ao quantitativo previsto no mesmo manual para Atenção às Condições Crônicas. São previstos para cada 100.000 habitantes: 300 exames de holter de 24h, 1600 de ecocardiograma transtorácico, 600 de teste ergométrico, 20 ecocardiograma transesofágico, 20 ecocardiograma de estresse, 200 cintilografia miocárdica em situação de estresse e de repouso, 400 cateterismo cardíaco para população adulta.

paralelamente à presença de pacientes na lista de espera, reforçam a hipótese de que, apesar da disponibilidade desses exames em termos quantitativos, há indisponibilidade de acesso da população municipal. O grande quantitativo de pacientes na lista de espera para ecocardiograma transtorácico, a partir de 2018, reforça a existência de indisponibilidade quantitativa do exame para atendimento da população com condições crônicas não transmissíveis (Gráfico 120).

Gráfico 120. Lista de espera de exames cardiovasculares, Salvador-BA, 2018-2020.



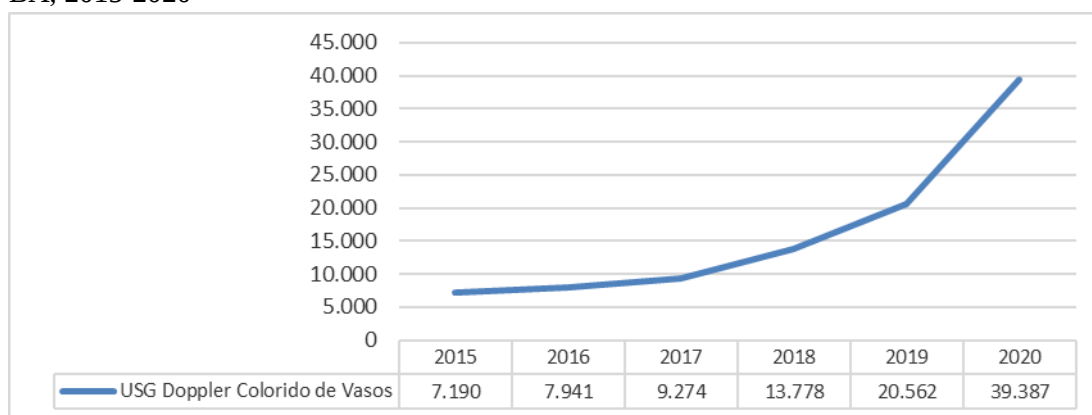
Fonte: Sistema Vida+/NTI.

O exame de Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos é importante para o diagnóstico etiológico de AIT ou AVE (Doppler de carótidas e vertebrais), para a avaliação de causas de hipertensão secundária no diagnóstico inicial e seguimento de pacientes hipertensos (Doppler de artérias renais) e para a localização dos pontos de obstrução parcial ao fluxo arterial para candidatos à revascularização endovascular ou cirúrgica de pacientes diagnosticados com Doença Arterial Obstrutiva Periférica (Doppler arterial de membros inferiores).

Nota-se que apesar do aumento de 447,8% do quantitativo de agendamento desse exame, entre 2015 e 2020 (Gráfico 121), ainda há indisponibilidade de oferta para a população municipal, com uma oferta de 66,9% em relação ao total exames necessários⁴¹ para as pessoas com doenças crônicas da população municipal, no ano de 2019. A existência de um grande quantitativo de pessoas na lista de espera (Gráfico 120) confirma essa indisponibilidade. A média de abstenção foi de 11,08% no período de 2015 a 2020 (Tabela 21).

⁴¹ Os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS de 2017, preconizam a oferta de 900 exames de Duplex Scan para cada 100.000 habitantes (Seção IV – Atenção Especializada) totalizando uma estimativa de 25.851 exames para a população municipal do ano de 2019. Além disso, indicam (Seção II – Atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis) a necessidade de 0,05 (cinco centésimos) de doppler de artérias renais anual por paciente hipertenso, 01 doppler de carótidas para pacientes com AIT (considerando a incidência na população de 35 anos ou mais) e com AVE (considerando a incidência na população de 45 anos ou mais) e 0,7 (sete décimos) de doppler de membros inferiores para pacientes com DAOP (considerando a incidência entre homens de 55 a 74 anos e mulheres de 65 a 74 anos), totalizando 30.731 exames estimados para a população com DCNT do município no ano de 2019.

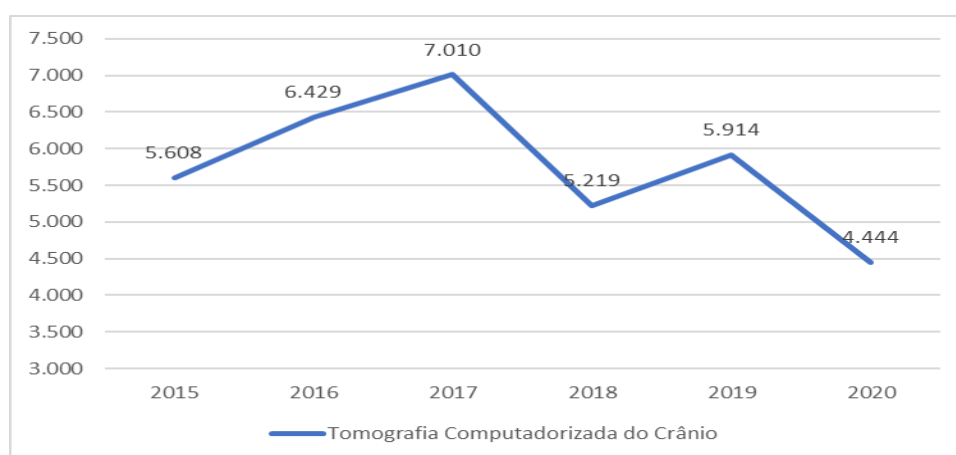
Gráfico 121. Número de Ultrassonografias Doppler Colorido de Vasos Agendadas, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: Sistema Vida+/NTI

A tomografia de crânio é um exame imprescindível para o diagnóstico definitivo de acidente vascular cerebral, principalmente para a definição de etiologia isquêmica ou hemorrágica; além de ser útil para o diagnóstico de neoplasias cerebrais, de outras causas de hemorragia cerebral ou hipertensão intracraniana, e para o seguimento de pacientes com AVC crônico. Destaca-se uma redução de -36,6% do quantitativo de agendamento desse exame, entre os anos de 2017 e 2020 (Gráfico 122). Além disso, há um alto percentual de abstenção, equivalente a uma média 38,56% do total de agendamentos realizados nos anos de 2015 a 2020 (Tabela 21).

Gráfico 122. Número de Tomografias de Crânio Agendadas, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: Sistema Vida+/NTI.

Ao analisar os dados de 2019, verifica-se uma disponibilidade de 113,4% desse exame, considerando o total de exames necessários para os novos casos de AVE ou AIT da cidade e apenas 9,4% para toda a população de Salvador⁴². Vale pontuar que essa análise não considerou o agendamento de exames ofertados em hospitais da rede estadual para a população de Salvador ou por hospitais particulares não contratualizados

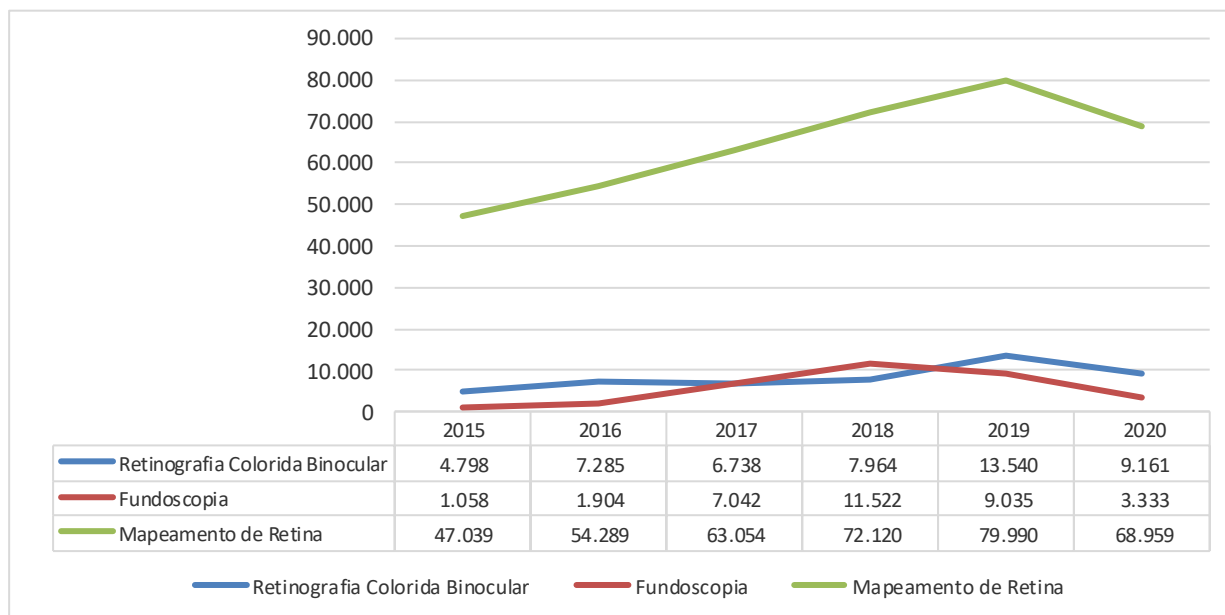
⁴² Os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS de 2017, preconizam a oferta de 2.200 exames de TC de Crânio para cada 100.000 habitantes (Seção IV – Atenção Especializada) totalizando uma estimativa de 63.192 exames para a população municipal do ano de 2019. Além disso, indicam (Seção II – Atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis) a necessidade de 01 exame anual por paciente para pessoas com AIT e com AVE, totalizando uma estimativa de 5.216 exames estimados para essa população-alvo no ano de 2019.

com a Prefeitura Municipal de Salvador. Logo, com esses dados não é possível prever o total real de exames ofertados para pacientes que foram atendidos com sinais e sintomas de AIT ou AVE nos diferentes pontos da rede de saúde da cidade.

Todos os pacientes diabéticos e todos os pacientes hipertensos de alto risco necessitam realizar pelo menos uma avaliação de fundoscopia ou consulta com oftalmologista anualmente, e todos os pacientes hipertensos de baixo risco devem realizar essa avaliação no diagnóstico e a cada 02 anos para seguimento. A retinografia colorida binocular é um exame de alta definição que permite o seguimento fotográfico da retina, do nervo óptico e de todo o fundo de olho, sendo superior ao mapeamento de retina. Como não há disponibilidade de oftalmoscópio em grande parte das unidades básicas de saúde ou treinamento dos profissionais médicos generalistas para realização da fundoscopia, as solicitações de exames de mapeamento de retina e fundoscopia corresponde a uma demanda significativa para a rede.

Observa-se um aumento de 215%, de 46,6% e de 90,9% do quantitativo de agendamentos de fundoscopia, mapeamento de retina e retinografia binocular respectivamente, entre os anos de 2015 e 2020 (Gráfico 123).

Gráfico 123. Número de Exames Oftalmológicos Agendados, Salvador-BA, 2015-2020

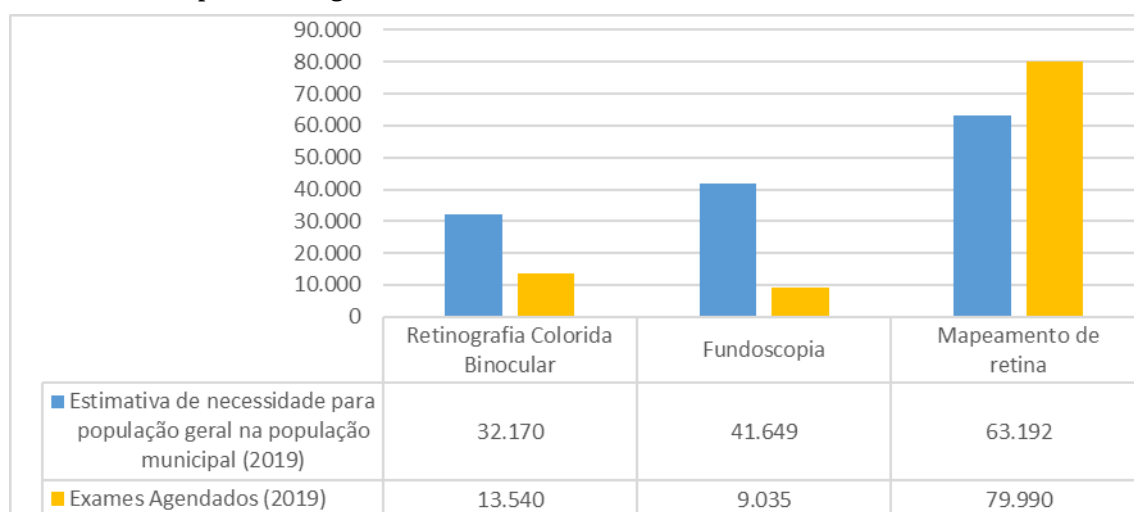


Fonte: Sistema Vida+/NTI.

Ao analisar os dados de 2019, verifica-se uma disponibilidade de 126,6% de mapeamento de retina, de 21,7% de fundoscopia e de 42,1% retinografia colorida binocular, considerando o total exames necessários⁴³ para toda a população de Salvador (Gráfico 124). Os exames de fundoscopia e mapeamento de retina, por serem de demanda aberta, não apresentaram abstenção. O exame de retinografia binocular apresentou abstenção de 18% (Tabela 21).

⁴³ Os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS de 2017, preconizam a oferta de 2.200 exames de Mapeamento de Retina, 1.450 exames de Fundoscopia e 1.120 exames de Retinografia Colorida Binocular para cada 100.000 habitantes por ano (Seção IV – Atenção Especializada). Além disso, indicam (Seção II – Atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis) a necessidade de 01 exame anual de Fundoscopia por paciente para o diagnóstico e seguimento de Hipertensos e 0,6 (seis décimos) de exames de Retinografia Binocular, Mapeamento de Retina e Fundoscopia para seguimento de diabéticos de médio, alto e muito alto risco.

Gráfico 124. Comparativo entre necessidade estimada e exames agendados de mapeamento de retina, fundoscopia e retinografia colorida binocular, Salvador-BA, 2019.

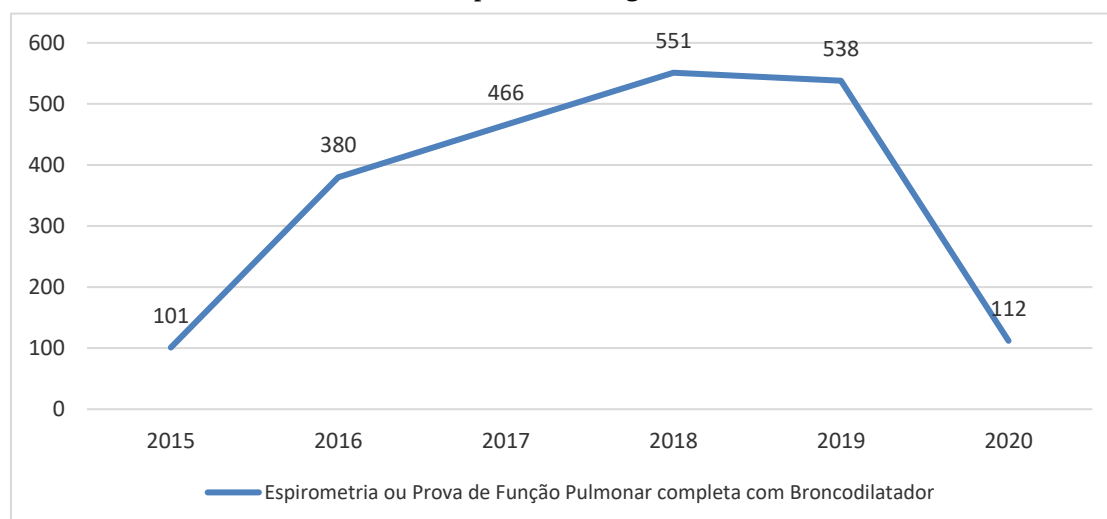


Fonte: Sistema Vida+/NTI. Ministério da Saúde (2017).

A Espirometria é um exame que mede o volume, a capacidade pulmonar e o ar mobilizado na inspiração e expiração, indicado para pacientes com dispneia de etiologia indefinida; avaliação em fumantes ativos e passivos; acompanhamento e tratamento da Asma; avaliação diagnóstica, prognóstica e acompanhamento na DPOC; avaliação de progressão de doenças pulmonares restritivas; avaliação de efeito tóxico de medicamentos; pré-operatório de cirurgia pulmonar, abdominal, cardíaca e de cabeça e pescoço; e pré-transplante de medula óssea. Preconiza-se que a população-alvo não sintomática seja submetida ao teste em um período de 3 a 4 anos.

Nota-se, que apesar do aumento de 432,7% do número de agendamentos de espirometria, entre os anos de 2015 e 2019 (Gráfico 125), ainda há um quantitativo muito pequeno de exames ofertados na rede.

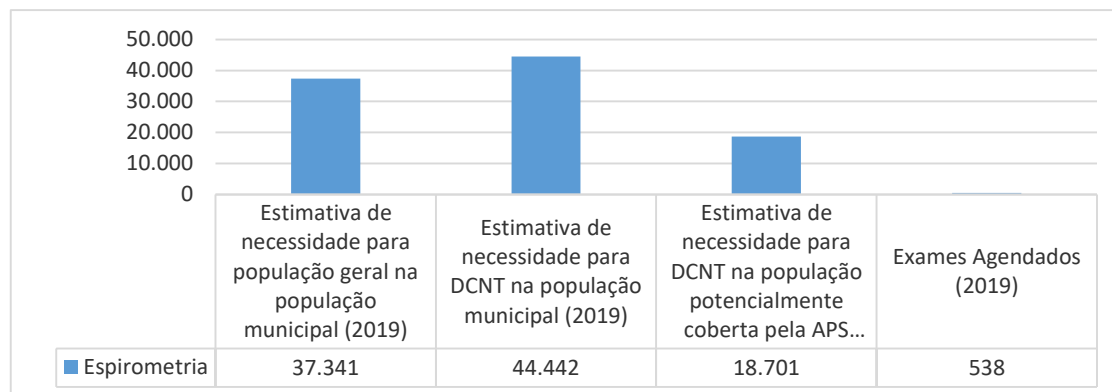
Gráfico 125. Número de Exames de Espirometria Agendados, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: Sistema Vida+/NTI.

Estima-se que, em 2019, a oferta foi equivalente há apenas 1,4% do total de exames necessários para atendimento de toda a população alvo do município⁴⁴ (Gráfico 126). Trata-se de um procedimento de demanda aberta, e não há abstenção (Tabela 21) nem pacientes na lista de espera do sistema, apesar da dificuldade de acesso ao exame.

Gráfico 126. Comparativo entre necessidade estimada e exames agendados de espirometria com prova broncodilatadora, Salvador-BA, 2019.



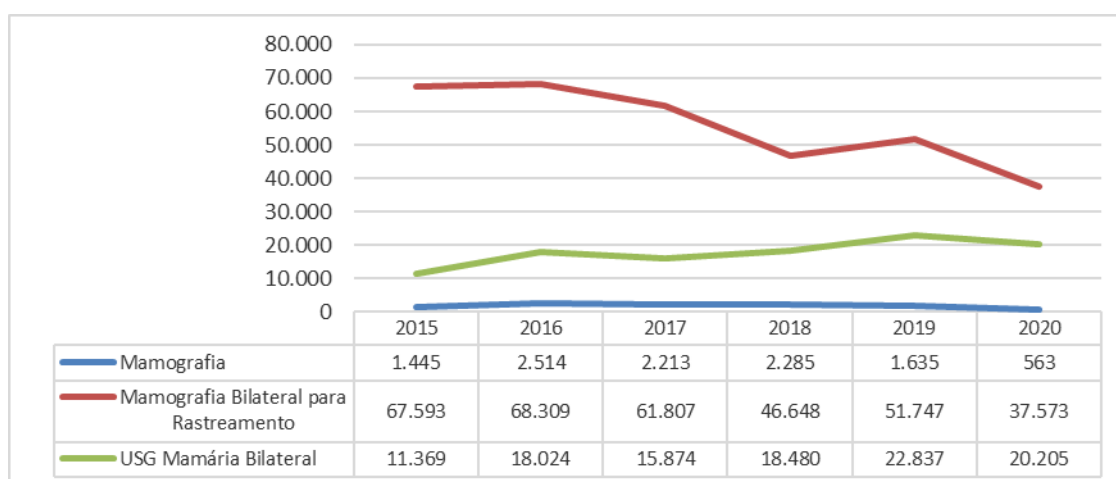
Fonte: Sistema Vida+/NTI. Ministério da Saúde (2017).

A mamografia é uma radiografia mamária capaz de identificar lesões, nódulos e assimetrias nos tecidos mamário, na mamografia bilateral de rastreamento são realizadas imagens com duas incidências em cada mama com o objetivo de rastrear lesões suspeitas de malignidade em mulheres assintomáticas na faixa etária de 50 a 69 anos. Esse exame não é capaz de avaliar a presença dessas lesões em mulheres jovens, devido à presença ao maior volume de tecido adiposo nas mamas. A ultrassonografia de mamas auxilia na detecção de câncer de mama, sobretudo em mulheres jovens, em que há suspeita clínica, além de ser útil para diferenciar cistos benignos e nódulos, verificar o estado de próteses mamárias, e avaliar a estrutura glandular das mamas.

Nota-se que apesar do aumento de 268,4%, entre 2015 e 2020, do quantitativo de exames de mamografia realizados (Gráfico 108) identificadas na base do SISCAN (Sistema de Informações de Câncer), houve uma redução do agendamento e da confirmação de exames de mamografia no sistema de regulação municipal (Gráfico 127). Entre os anos de 2015 e 2017, há um quantitativo médio de 397,2% maior de confirmação de exames no Sistema VIDA em relação ao quantitativo realizado no SISCAN; já entre 2018 e 2020, há um quantitativo médio de 87,8% de confirmação de exames de mamografia no sistema VIDA em relação ao quantitativo realizado no SISCAN.

⁴⁴ Os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS de 2017, preconizam a oferta de 1.300 exames de Espirometria para cada 100.000 habitantes por ano (Seção IV – Atenção Especializada). Além disso, indicam (Seção II – Atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis) a necessidade de 0,25 (vinte e cinco centésimos) de exame Espirometria anual por paciente para o diagnóstico de DPOC, 0,2 (dois décimos) de exame para pacientes com DPOC estágio I, 0,5 (cinco décimos) por paciente para DPOC estágio II e 01 exame anual para pacientes com DPOC estágios III e IV (considerando a incidência e prevalência na população de 40 anos ou mais).

Gráfico 127. Número de Exames de Mama Agendados, Salvador-BA, 2015-2020

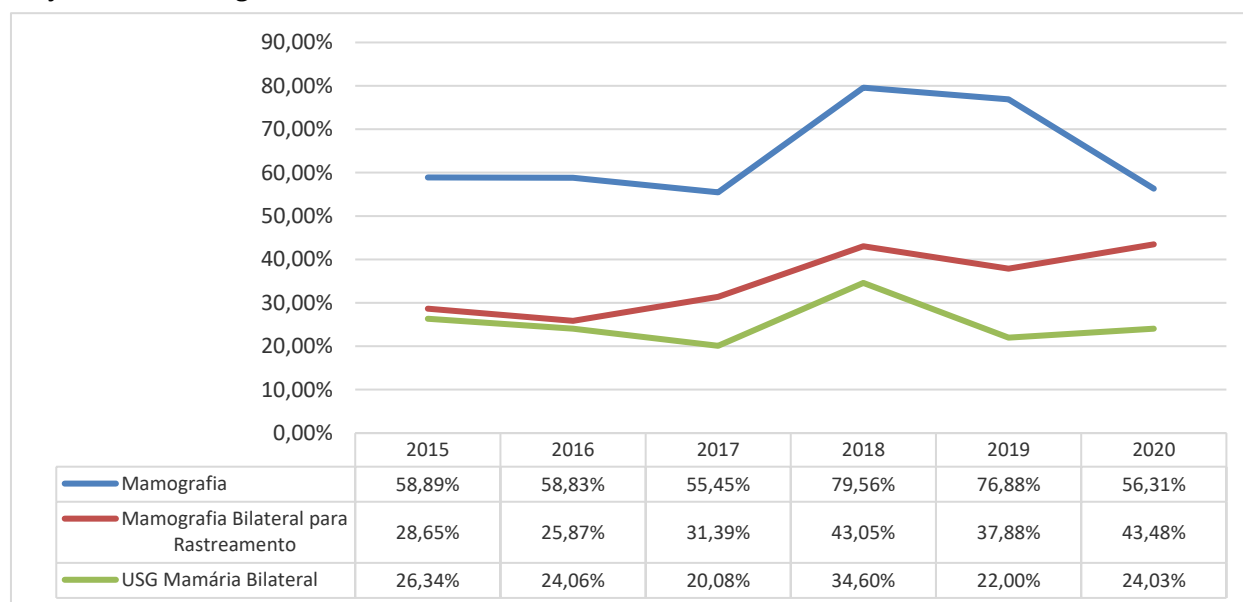


Fonte: Sistema Vida+/NTI.

Verifica-se ainda um aumento 77,7% de agendamento de exames de ultrassonografia de mamas entre os anos de 2015 e 2020 (Gráfico 127) e 83,3% do total de exames de ultrassonografia de mama confirmados.

Observa-se aumento progressivo do percentual de abstenção de exames de mamografia de rastreamento a partir de 2017, além de aumento de abstenção de exames de mamografia nos anos de 2017 e 2018 (Gráfico 128).

Gráfico 128. Percentual de Abstenção (Faltosos e Não Confirmados) de Exames de Mama em relação ao total de agendamentos, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: Sistema Vida+/NTI.

O exame de Papanicolau ou citopatológico cérvico-vaginal envolve a coleta de células do colo do útero com o objetivo de detectar precocemente o câncer de colo do útero, quando há maior chance de cura. A coleta deve ser realizada a partir dos 25 anos, para mulheres que já tiveram atividade sexual, com intervalo anual para os dois primeiros exames e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 03 anos. A coleta periódica deve ser realizada até os 64 anos.

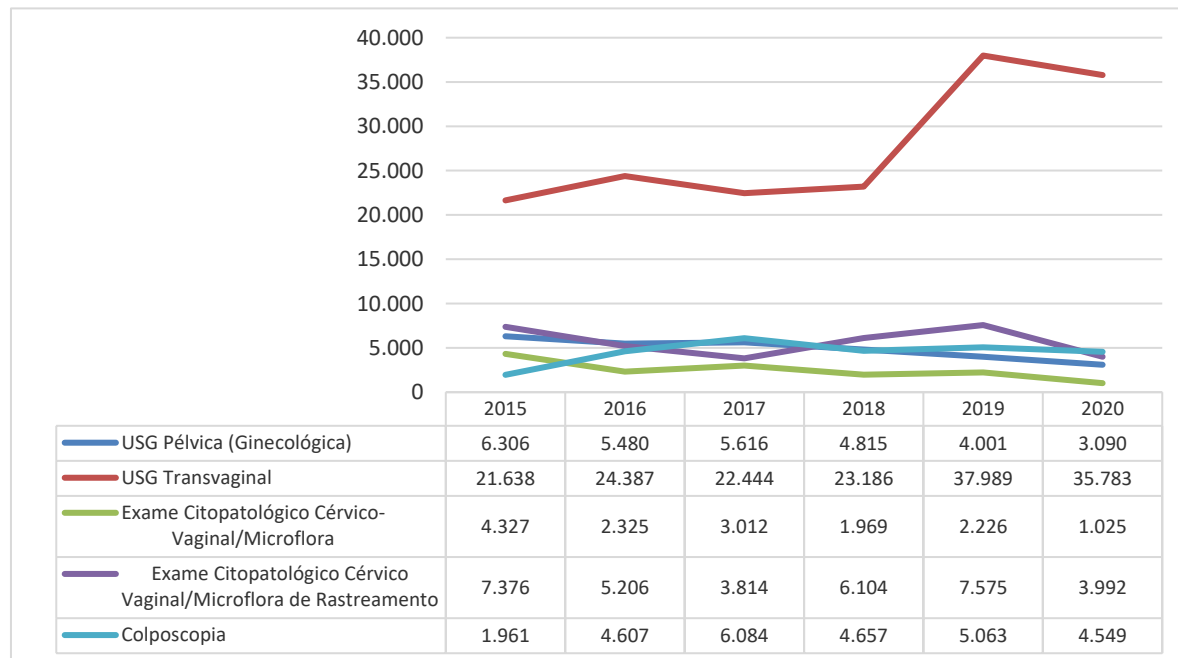
A colposcopia avalia de forma ampliada e detalhada o colo do útero, a vagina e a vulva, por meio da utilização de um colposcópio, ou seja, um aparelho tipo microscópio através da visualização por um binóculo, e permite a realização de biópsia dirigida da lesão suspeita. Está indicado para lesões suspeitas identificadas em exame de Papanicolau, para casos clinicamente suspeitos na observação ginecológica, para vigilância colposcópica de mulheres submetidas a tratamento de neoplasia intra-epitelial ou para mulheres com citologias normais e HPV positivo (tipos 16 e 18).

A ultrassonografia (USG) pélvica e a ultrassonografia (USG) transvaginal serve para avaliar a espessura do colo do útero e identificar o câncer de endométrio, além de úteis na avaliação complementar do útero para o estabelecimento de diagnósticos diferenciais e estadiamento de neoplasias avançadas.

Observa-se que apenas 16% dos exames de papanicolau são realizados na rede secundária por meio de agendamento no sistema VIDA, uma vez que maior parte das coletas são realizadas pelas equipes de atenção primária e informados diretamente no SISCAN. Apesar do aumento de 38,3%, entre os anos de 2015 e 2020, da realização desse exame (Gráfico 106), houve redução de 55% do agendamento na rede secundária no mesmo período (Gráfico 129).

Houve aumento de 132% do agendamento de exames de colposcopia, entre os anos de 2015 e 2020, com aumento do 91,1% do quantitativo de exames realizados. Verifica-se um aumento de 65,4% do agendamento de USG Transvaginal entre os anos de 2015 e 2020, e uma redução de 51% do agendamento da USG pélvica no mesmo período (Gráfico 129).

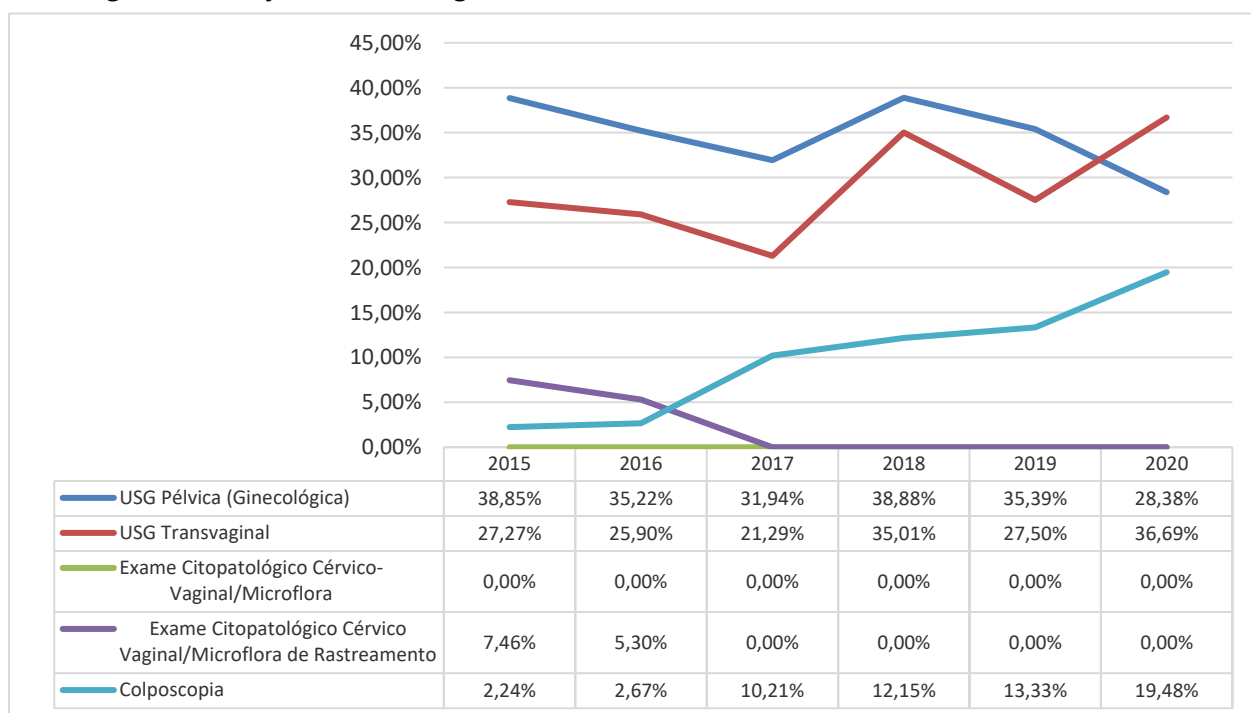
Gráfico 129. Número de Exames Ginecológicos Agendados, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: Sistema Vida+/NTI.

Não há registro de abstenção para exames de Papanicolau identificado no sistema municipal, por serem exames de demanda aberta. Nota-se uma tendência de redução da abstenção de USG pélvica e de aumento de abstenção de USG transvaginal e de colposcopia (Gráfico 130).

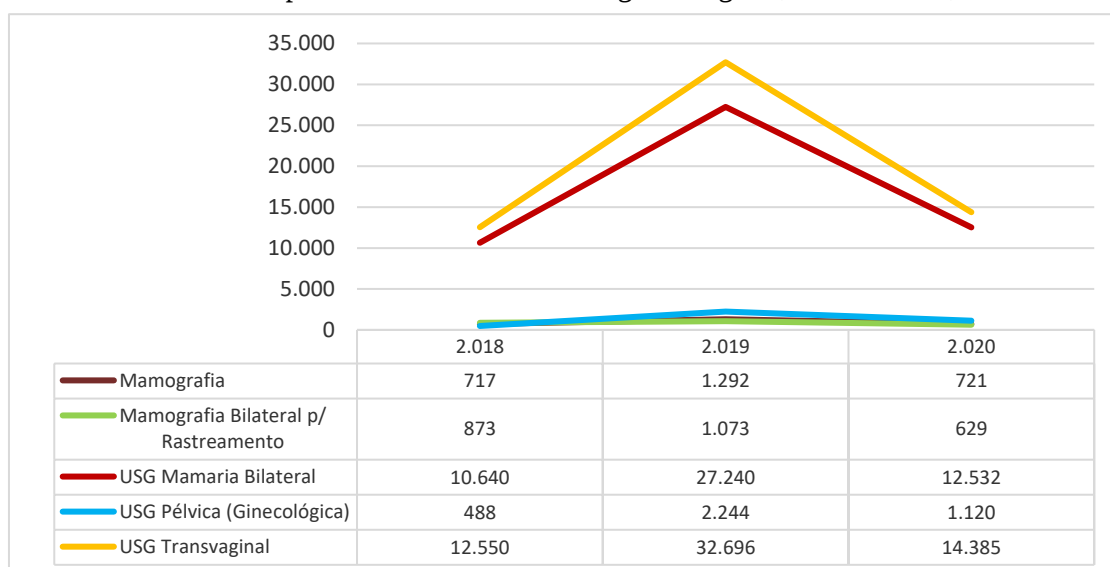
Gráfico 130. Percentual de Abstenção (Faltosos e Não Confirmados) de Exames Ginecológicos em relação ao total de agendamentos, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: Sistema Vida+/NTI.

Na lista de espera de exames mamários e ginecológicos, destacam-se as solicitações de USG mamária e USG Transvaginal, com maior quantitativo de demandas não agendadas a partir de 2018 (Gráfico 131).

Gráfico 131. Lista de espera de exames mamários e ginecológicos, Salvador-BA, 2018-2020.



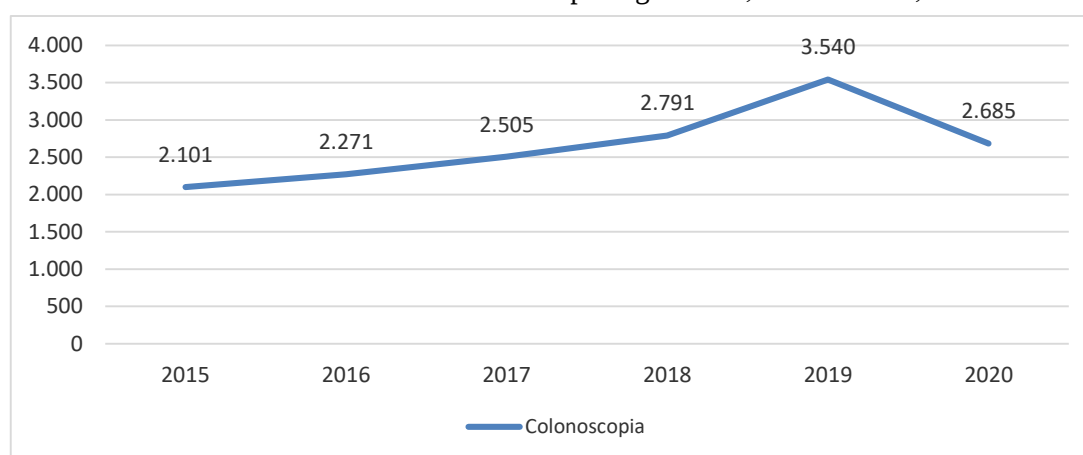
Fonte: Sistema Vida+/NTI.

A colonoscopia é um exame endoscópico que avalia a mucosa do intestino grosso e o íleo terminal, permite avaliar a presença de sangramentos, pólipos, nódulos e tumores, sendo utilizada para o rastreamento e diagnóstico de câncer de cólon e reto.

O Caderno de Atenção Primária nº 29 de Rastreamento recomenda a detecção precoce e o rastreamento para o Câncer e Cólon e Reto, usando a pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia ou retossigmoidoscopia, em adultos entre 50 e 75 anos, e apesar de não considerar viável e custo-efetiva a implantação de programas populacionais de rastreamento para o câncer colorretal no Brasil, recomenda que a estratégia de diagnóstico precoce seja implementada (BRASIL, 2010).

Observa-se um aumento de 68,5% do agendamento de exames de colonoscopia entre os anos de 2015 e 2019, com redução em 2020 (Gráfico 132). Houve aumento de 105,5% do quantitativo de exames realizados (confirmados) no mesmo período. Nota-se redução da abstenção para esse exame entre os anos de 2017 e 2019, voltando a aumentar em 2020, apresentando média alta de abstenção (35,24%) para o período de 2015 a 2020 (Tabela 21).

Gráfico 132. Número de Exames de Colonoscopia Agendados, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: Sistema Vida+/NTI.

Tabela 21. Percentual de abstenção (faltosos e não confirmados) de Exames Agendados, Salvador-BA, 2015-2020

Exame/ Procedimento	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
USG Doppler Colorido de Vasos	17,98%	13,25%	10,84%	19,88%	11,84%	5,96%	11,08%
TC do Crânio	39,98%	39,37%	51,07%	43,59%	27,12%	25,16%	38,56%
Retinografia Colorida Binocular	23,63%	18,79%	20,72%	18,19%	16,50%	15,83%	18,25%
Fundoscopia	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Mapeamento de Retina	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Espirometria	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Colonoscopia	36,41%	45,57%	43,11%	31,10%	22,46%	39,40%	35,24%
USG de Aparelho Urinário	29,77%	27,84%	22,69%	17,68%	17,64%	15,64%	19,95%
USG de Abdomen Total	24,29%	26,46%	22,68%	37,49%	32,32%	26,26%	29,24%

Fonte: Sistema Vida+/NTI.

2.4.2.3. Atenção às Urgências e Emergências

O município de Salvador integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergência (RUE) da Região Metropolitana de Salvador Ampliada, na perspectiva de organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência, de forma resolutiva.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município conta com Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Prontos Atendimentos (PA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) com regulação do acesso dos usuários, Hospitais de Referência⁴⁵ e Atenção Domiciliar.

A UPA é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária que presta atendimento aos usuários acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, estabilização dos casos de natureza cirúrgica e de trauma, e investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento aos serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011). Articula-se com a atenção básica, o SAMU-192, a atenção domiciliar e a atenção hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RUE.

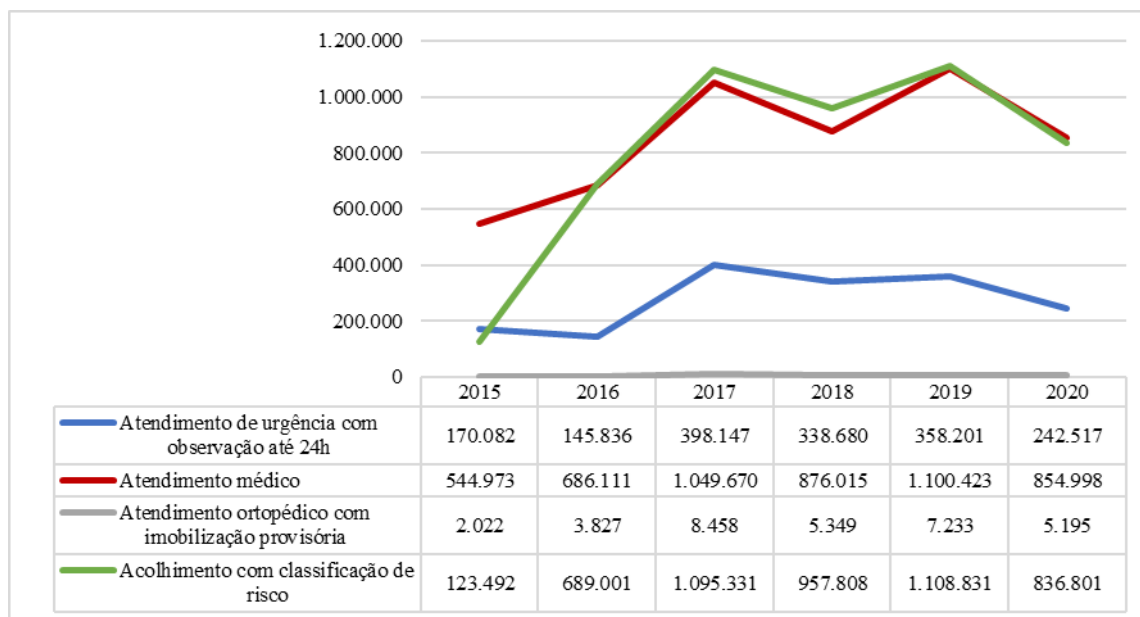
A UPA possui equipes multiprofissionais, funciona ininterruptamente e atua com acolhimento e classificação de riscos, considerando o Protocolo de Manchester e as diretrizes estabelecidas pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 (BRASIL, 2017).

Salvador conta com 10 UPA porte III (com três ou quatro leitos de estabilização cada) e sete Pronto Atendimentos (com 1 a 3 leitos de estabilização cada). O PA é um equipamento municipal de saúde anterior ao estabelecimento das UPA pelo Governo Federal, entretanto não possui características de infraestrutura para ser credenciado como UPA. Espera-se que os PA sejam gradativamente substituídos e requalificados como UPA, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS Nº 10/2017, que garante recursos financeiros para processo de ampliação e readequação dos Pronto Atendimentos (BRASIL, 2017).

No período de 2015 a 2020, a análise da produção demonstra um volume crescente nos atendimentos até o ano de 2019, provavelmente relacionada à abertura de novas UPA. A diminuição do número de procedimentos realizados em 2020 pode estar relacionada à diminuição de procura dos pacientes em virtude do isolamento social ou à expansão da rede, com a implantação de novas unidades voltadas para o atendimento aos usuários com Síndromes Gripais (SG), Gripários, durante a pandemia pela COVID-19. Esta iniciativa contribuiu para diluição dos atendimentos entre outros equipamentos de saúde criados para ampliar e organizar o acesso e o fluxo dos usuários aos serviços de urgência e emergência.

⁴⁵ O Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado da Bahia/Região Metropolitana de Salvador Ampliada encontra-se disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2019/RES_CIB_167_2019.pdf; e https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1723_14_08_2012.html.

Gráfico 133. Número de procedimentos realizados em UPA e PA, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: Relatório da Urgência e Emergência, SMS Salvador.

Ressalta-se que, mesmo com todas unidades supracitadas, a SMS ampliou os serviços de urgência no município durante a pandemia do Novo Coronavírus, com a implantação de 06 Gripários⁴⁶ e 02 Unidades de Suporte Ventilatório⁴⁷ que são estruturas de saúde temporárias voltadas para suprir a alta demanda de atendimento das Síndromes Gripais nas UPAs/PAs. No período de 2015 a 2020, a Secretaria Municipal da Saúde implantou em todas as Unidades da Rede de Urgência Fixa, os protocolos de Infarto Agudo do Miocárdio e de Bloqueio Atrioventricular Total.

Entre 2015 e 2020, nota-se um incremento de 75% no número total de leitos com a abertura de novas UPA, o que representa uma ampliação da oferta desse serviços para os cidadãos de Salvador, demonstrando investimentos por parte do setor público para a implantação de novas unidades de emergência (Tabela 22).

Entre 2015 e 2020 foram realizados um total de 11.609.001 procedimentos nas UPA e PA, sendo 44% dessa produção referente a atendimento médico em UPA e 41,4% correspondente a realização do acolhimento com classificação de risco. Observa-se até 2019 um aumento da execução do acolhimento com classificação de risco, o que tem relação direta com a nítida ampliação de unidades, com a qualificação dos profissionais para a realização desse procedimento e registro sistemático, bem como a incorporação dessa prática nesses serviços (Tabela 23).

⁴⁶ Os seis Gripários estão localizados nos PA 16º CS, UPA Barris, UPA Paripe, UPA Parque São Cristóvão, UPA Pirajá e na Ilha Bom Jesus dos Passos.

⁴⁷ As duas Unidades de Suporte Ventilatório estão localizadas nas UPAs Valéria e Vale dos Barris.

Tabela 22. Número de leitos das UPA/PA, por tipo, Salvador-BA, 2015-2020

Unidades	Leito Adulto		Leito Infantil		Sala Vermelha		Isolamento		Total de Leitos	
	2015	2020	2015	2020	2015	2020	2015	2020	2015	2020
UPA Barris	12	12	5	5	4	4	3	3	24	24
UPA Valéria	14	14	6	6	4	4	3	3	27	27
UPA San Martin	12	12	5	5	4	4	4	3	24	24
UPA Adroaldo Albergaria	10	10	6	6	3	3	2	2	21	21
UPA Hélio Machado	9	9	4	4	3	3	3	3	19	19
UPA São Cristóvão	-	12	-	5	-	4	-	3	-	24
UPA Brotas	-	12	-	5	-	4	-	3	-	24
UPA Paripe	-	12	-	6	-	4	-	3	-	25
UPA Pirajá	-	12	-	6	-	4	-	3	-	25
UPA Santo Antônio	-	14	-	5	-	4	-	3	-	26
PA São Marcos	11	10	6	6	1	3	0	0	18	19
PA Maria Conceição Imbassahy	12	15	6	6	2	3	0	0	20	24
PA Alfredo Bureau	9	9	5	4	2	3	0	1	16	17
PA Edson Teixeira	8	7	5	4	2	2	0	0	15	13
PA Rodrigo Argolo	5	4	3	3	1	2	0	0	9	9
PA Orlando Imbassahy	-	5	-	2	-	1	-	1	-	9
PA Psiquiátrico	-	7	-	0	-	1	-	0	-	8
Total	102	176	51	78	26	53	15	31	193	338

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.

Tabela 23. Produção das unidades fixas da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Salvador-BA, 2015-2020

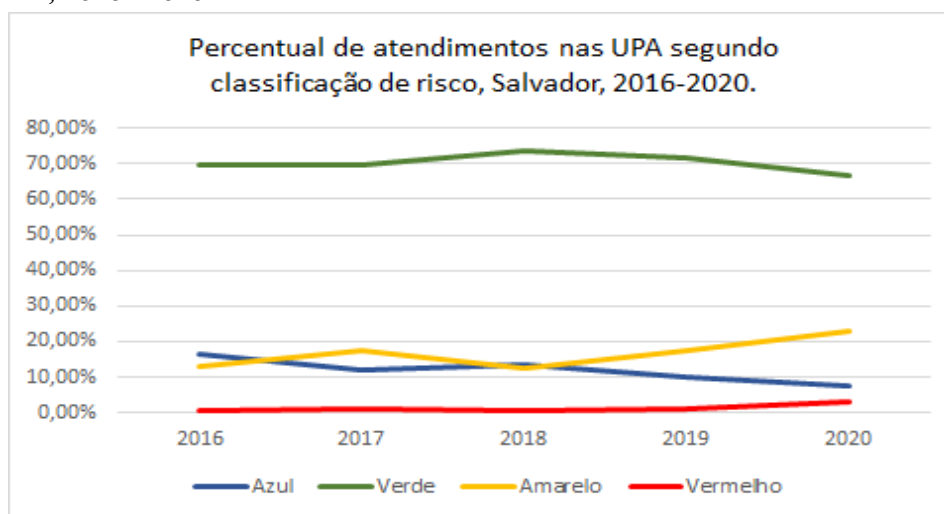
Produção	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
0301060029 Atendimento de urgência c/observação até 24h em atenção especializada	170.082	145.836	398.147	338.680	358.201	242.517	1.653.463	14,2
0301060096 Atendimento médico em Unidade de Pronto Atendimento	544.973	686.111	1.049.670	876.015	1.100.423	854.998	5.112.190	44,0
0301060100 Atendimento ortopédico com imobilização provisória	2.022	3.827	8.458	5.349	7.233	5.195	32.084	0,3
0301060118 Acolhimento com classificação de risco	123.492	689.001	1.095.331	957.808	1.108.831	836.801	4.811.264	41,4
Total	840.569	1.524.775	2.551.606	2.177.852	2.574.688	1.939.511	11.609.001	100,0

Fonte: SIA/Tabwin. Acessado em: 27/04/2021 às 17:53h

Em relação à classificação de risco dos pacientes, segundo o Protocolo de Manchester, observa-se uma predominância de casos mais leves, cores verdes e azuis,

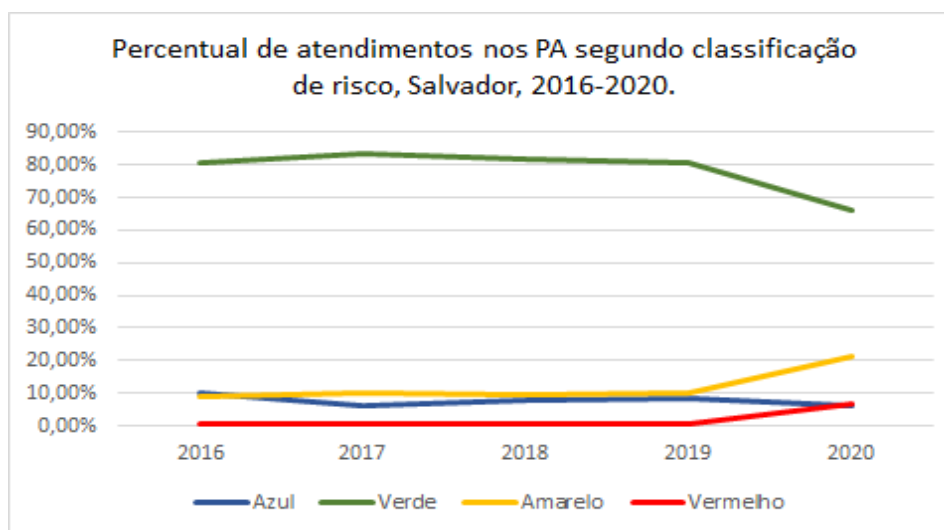
em relação aos amarelos e vermelhos. Pacientes com classificação verde representaram, em média, 70% dos casos acolhidos nas UPA e PA (Gráficos 134 e 135).

Gráfico 134. Percentual de Atendimentos nas UPA conforme Classificação de Risco, Salvador-BA, 2016*-2020



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Relatório da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão. *Os dados da Classificação de Risco (ACCR) por estratificação das cores, foram catalogados após a implantação do Relatório de Informação de Pronto Atendimento (RIPA), no ano 2016.

Gráfico 135. Percentual de Atendimentos nos PA conforme Classificação de Risco, Salvador-BA, 2016*-2020



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. *Os dados da Classificação de Risco (ACCR) por estratificação das cores, foram catalogados após a implantação do Relatório de Informação de Pronto Atendimento (RIPA), no ano 2016.

Frente ao cenário de maior procura por atendimento entre os casos não urgentes, observa-se a importância da adoção de estratégias que direcionem as UPA e PA à sua atribuição na rede municipal de saúde. A literatura relata que, a maior procura de casos leves nessas unidades pode estar relacionada por serem demanda aberta e ofertar maior cartela de serviços que a APS (MARQUES; LIMA, 2007), ou ainda, por a população perceber esses equipamentos de saúde como serviços mais acessíveis e resolutivos (OLIVEIRA; RAMOS; PIAZZA, 2015).

Salvador possui na rede de atenção à saúde, serviços de emergência e urgência que são portas de entrada para os casos de pessoas que tentaram suicídio (hospitais gerais, UPAS, PA psiquiátrico, SAMU etc.) e para seguimento, em casos específicos, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Existe uma dificuldade de vinculação na RAPS para a maioria dos casos em função de prerrogativas de funcionamento e critérios de elegibilidade para vinculação de pacientes que tentaram suicídio.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas concebeu o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como equipamento destinado ao acompanhamento intensivo de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental como equipamento para atenção de pessoas com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada. Assim, e por estes critérios, as pessoas com ideação suicida e ou as que tentaram suicídio, e não tenham um transtorno mental grave, persistente e ou moderado não conseguem se vincular a estes serviços.

A visibilidade da ocorrência deste tipo de violência possibilitou à proposição pelo GT da Saúde para Enfrentamento à Violência e Promoção da Cultura da Paz a implantar um serviço ambulatorial. Com a articulação iniciada em 2019 com as áreas da Vigilância em Saúde através da VIEP/DANT e da Assistência com as Coordenadorias de Saúde Mental, Atenção Especializada e Atenção Primária foi definido que a estratégia a ser adotada é uma linha de cuidado integral que assegure acesso aos serviços atendendo às necessidades dos casos, ampliando a atenção, além da redução de danos físicos.

A. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

O SAMU 192 Salvador, criado através da Lei Municipal nº 6.729 de 10 de maio de 2005, e habilitado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS Nº 1.103 de 05 de julho de 2005, é um serviço regionalizado, cuja Central de Regulação das Urgências (CRU) recebe e regula os chamados dos municípios de Candeias, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Santo Amaro, São Francisco do Conde, Saubara, Simões Filho, Vera Cruz, além de Salvador. Cada município possui suas equipes, veículos e bases pelos quais são responsáveis.

O SAMU 192 Salvador conta com uma Central de Regulação das Urgências, 13 bases⁴⁸, oito Unidades de Suporte Avançado (USA), um Veículo de Intervenção Rápida (VIR), 33 Unidades de Suporte Básico (USB), oito motos e uma lancha.

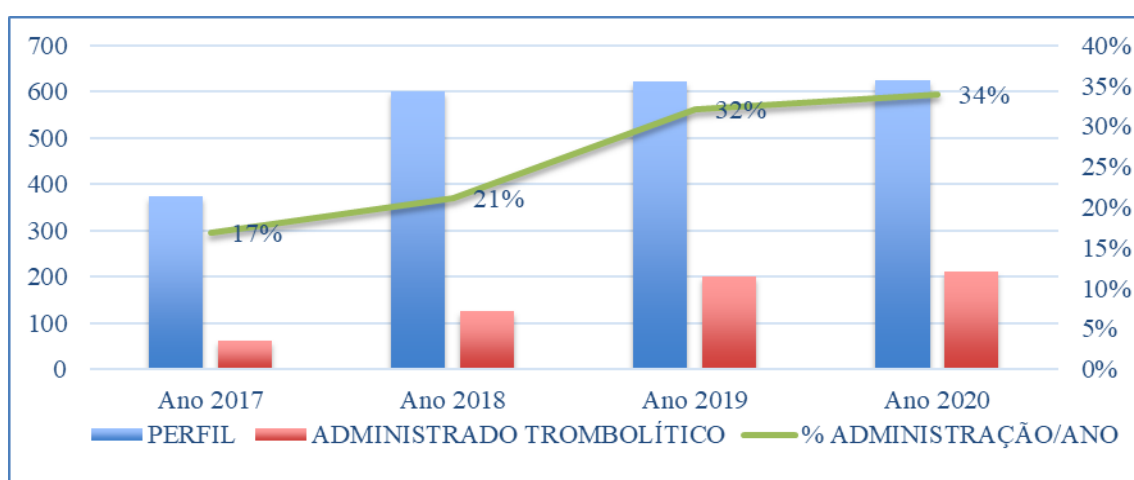
Dentre as linhas de atuação do SAMU no período de 2015 e 2020, destacam-se a implantação do Protocolo de atendimento às vítimas acometidas pela Síndrome

⁴⁸As bases descentralizadas do SAMU 192 são pontos estratégicos onde são alocadas as equipes e ambulâncias para viabilizar um menor tempo de resposta as chamadas. Estão distribuídas nas seguintes localidades: Aeroporto (AR), Cajazeiras (CZ), Centenário (CN), Hélio Machado (HM), Paralela (PR), Pau Miúdo (PM), Periperi (PP), Pituba (PB), Roberto Santos (RS), San Martin (SM), Santo Antônio (SA), São Cristóvão (SC) e Valéria (VL). No período de 2015 a 2020 foram realizadas alterações e readequações nas bases à medida que se identificaram melhores locais para garantia da cobertura do serviço e acomodação da equipe assistencial, da seguinte forma: transferência das bases da Boca do Rio para a Arena Aquática na Pituba e da Dendezeiros para o anexo da UPA Santo Antônio. Construção das bases São Cristóvão, Valéria e San Martin, anexas as respectivas UPA e da base de Cajazeiras anexa ao Hospital Municipal. Instalação da base Aeroporto, em um hangar, para acomodar a equipe da aeronave em substituição a base localizada na FTC.

Coronariana Aguda (Anexo I). A implantação do Protocolo de atendimento às vítimas acometidas pela Síndrome Coronariana Aguda, especificamente Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST tem beneficiado, em média, 27% dos pacientes diagnosticados.

Em relação ao Protocolo do Infarto Agudo do Miocárdio, observa-se uma tendência crescente de pacientes atendidos dentro do perfil, com diagnóstico de infarto com supra de ST ou que possuem indicação de cateterismo de urgência. No entanto, registra-se também alguns atendimentos de pacientes com perfil, porém fora da janela terapêutica, ou seja, sem condições de fazer uso do trombolítico. Nesses casos, os pacientes são encaminhados para realizar a angioplastia primária (Gráfico 136).

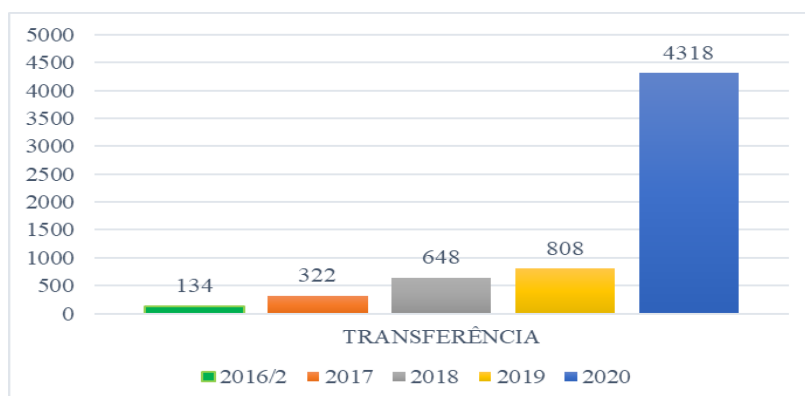
Gráfico 136. Total de atendimento ao Infarto Agudo do Miocárdio pelo SAMU 192 e com administração do trombolítico, Salvador-BA, 2016-2020



Fonte: SMS Salvador.

Uma das funções do SAMU é realizar transferências de pacientes graves entre unidades. No período de 2016 a 2020 observa-se uma tendência crescente com destaque para o ano de 2020, quando se estabeleceu que o SAMU apoiaria as transferências dos pacientes das UPA e gripários para as unidades hospitalares em virtude da pandemia pela Covid-19, o que resultou na realização de duas vezes mais transferências que o somatório de todos os outros anos da série (Gráfico 137).

Gráfico 137. Número de transferências interunidades realizadas pelo SAMU 192, Salvador-BA, 2016-2020



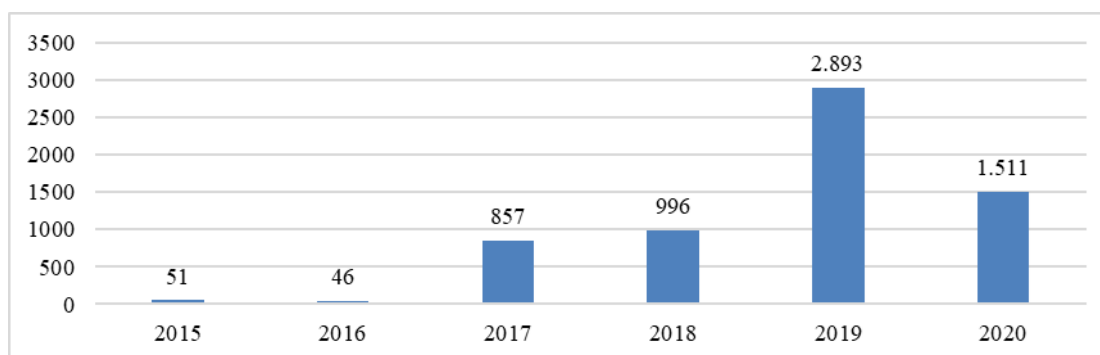
Fonte: SMS Salvador.

2.4.2.4. Atenção Domiciliar Especializada

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)⁴⁹ é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências que deve ser estruturado de forma articulada e integrada a Rede de Atenção à Saúde, possibilitando um atendimento humanizado e integrado ao usuário bem como redução da internação hospitalar.

No período de 2015 a 2020, a Secretaria Municipal da Saúde do Salvador, implantou 05 Equipes de Atenção Domiciliar, vinculadas à UPA Hélio Machado, PA Edson Teixeira e Hospital Municipal de Salvador. Nesse período foram realizados um total de 6.354 atendimentos por essas equipes, com uma elevação nesse número a partir de 2019, quando foram implantadas as equipes de atenção domiciliar no HMS (Gráfico 138).

Gráfico 138. Número de atendimentos realizados pelo Serviço de Atenção Domiciliar, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação ao Programa de Oxigenoterapia⁵⁰ Domiciliar do município de Salvador, este foi iniciado em abril de 2009 em decorrência da Resolução do Comitê Intergestores Bipartite N° 17, de 13 de março de 2007. A referida resolução CIB estabeleceu que os municípios em gestão plena do sistema municipal, passariam a gerir o serviço de oxigenoterapia domiciliar aos usuários residentes em seu território. Portanto, o município do Salvador, habilitado em gestão plena desde o ano de 2006, passou a ser responsável pela prestação do serviço de oxigênio domiciliar para população residente no município.

A insuficiência respiratória crônica é uma condição clínica grave de diversas patologias respiratórias, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fibrose pulmonar, graves deformidades torácicas e bronquiectasias. A oxigenoterapia domiciliar prolongada é o principal tratamento não farmacológico para os portadores de DPOC e hipoxemia crônica, além de ser utilizada no tratamento de portadores de doenças cardíacas e neuromusculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA, 2000).

⁴⁹ O Ministério da Saúde institui o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) através da Portaria nº 963 de Maio de 2013.

⁵⁰ A oxigenoterapia é um tratamento que consiste na administração de O₂ em concentrações superiores que a presente no ar ambiente. A hipoxemia resultante da insuficiência respiratória é a principal indicação para administração de oxigênio. A oxigenoterapia é um tratamento que tem por objetivo corrigir ou minimizar as deficiências de oxigênio, reduzir o esforço respiratório e o estresse cardíaco.

A Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) é definida como o uso de oxigênio por pelo menos 15 horas por dia nas pessoas com hipoxemia crônica. A melhora da sobrevida e qualidade de vida, diminuição das alterações neuropsíquicas decorrentes da hipoxemia e do número de internações hospitalares são benefícios da oxigenoterapia domiciliar prolongada demonstrados em estudos.

Os estudos científicos Nocturnal Oxygen Therapy Trial (NOTT) e o Medical Research Council (MRC), publicados no início dos anos 80, são os dois principais estudos que comprovaram que a oxigenoterapia aumenta a sobrevida dos portadores de DPOC e hipoxemia grave. (British Thoracic Society, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA, 2000).

Portanto, o Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar tem como objetivo o fornecimento de oxigênio medicinal a pacientes dependentes de oxigênio de acordo com os critérios da Sociedade Brasileira de Pneumologia e critérios da SMS. No período de 2015 a 2020 foram assistidos 1.508 pacientes ativos, que fazem uso do concentrador e cilindros de oxigênio.

2.4.2.5. Rede de Oncologia

O cuidado integral às pessoas com câncer envolve ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, em todos os níveis da atenção, desde a atenção básica até a alta complexidade. A prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde têm como objetivo a redução da mortalidade e incapacidade causadas por esta doença e, ainda, a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno, acompanhamento e cuidados paliativos.

O município de Salvador possui em seu território 5 Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), habilitados por meio da Portaria SAS/MS nº 140 de fevereiro de 2014, sendo esta substituída, em dezembro de 2019, pela Portaria SAES/MS nº 1.399, sendo eles:

- a) Hospital Santa Izabel (UNACON com Serviço de Radioterapia, Serviço de Hematologia e Serviço de Pediatria);
- b) Hospital Martagão Gesteira (UNACON Exclusiva de Oncologia Pediátrica);
- c) Hospital Santo Antônio (UNACON com Serviço de Radioterapia);
- d) Hospital Universitário Professor Edgar Santos (UNACON com Serviço de Hematologia);
- e) Hospital Geral Roberto Santos/CICAN (Serviço de oncologia clínica e cirúrgica);
- f) Hospital Aristides Maltez (CACON com Serviço de Pediatria).

O Hospital São Rafael, até o ano de 2018, fazia parte da rede municipal como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), desta forma a produção do respectivo ano foi considerada para fins de análise.

As unidades assistenciais Hospital Santa Izabel (HSI), Martagão Gesteira (HMG) e Aristides Maltez (HAM) compõem a rede municipal de oncologia e estão entre os 14

estabelecimentos de saúde habilitados para contratualização no âmbito do Chamamento Público nº 009/2018. Até o presente momento, o HSI e o HAM estão com os convênios celebrados e o HMG encontra-se em processo de avaliação da proposta para possível contratualização.

O Plano Estadual de Oncologia (2016-2023) caracteriza a atenção às pessoas com câncer no estado da Bahia e revela uma concentração dos serviços de oncologia no município de Salvador. Essa distribuição geográfica gera vazios assistenciais nas macrorregiões Nordeste, Centro-Norte e Oeste, sobrecarrega os serviços da capital, aumenta a demanda reprimida, retarda o diagnóstico e, por conseguinte leva ao diagnóstico em estágio avançado e dificulta o acesso aos meios terapêuticos específicos, eleva os custos da assistência, comprometendo o resultado final do tratamento e a capacidade laborativa do paciente, bem como aumentando os custos sociais da doença.

Nesta perspectiva, as UNACON e CACON existentes no território de Salvador e sob gestão municipal, servem de referência para diversas macrorregiões do estado, obedecendo as pactuações estabelecidas, conforme a seguir:

Tabela 24. Regiões de referência para UNACON e CACON situados em Salvador, BA

UNACON/CACON	Regiões de referência
Hospital Santa Izabel (HSI)	Para o tratamento dos tumores sólidos será referência para a população dos Municípios das Macrorregiões Leste, Oeste, Nordeste e Centro Norte; para o tratamento oncohematológico acrescenta-se a população da Macrorregião Sudoeste; na oncopediatria será referência para as Macrorregiões Leste, Nordeste, Oeste e Norte; e para radioterapia também será referência para a Macrorregião Norte, com acesso regulado através da Comissão de Oncologia da Central Municipal de Regulação de Salvador.
Hospital Martagão Gesteira (HMG)	Pacientes advindos das Macrorregiões Leste, Nordeste, Oeste e Norte.
Hospital Aristides Maltez (HAM)	Referência para tratamento dos cânceres raros para todo o Estado. Referência para tratamento dos cânceres prevalentes da população das Macrorregiões Leste, Nordeste, Oeste e Centro Norte; para o tratamento oncohematológico acrescenta-se a população da Macrorregião Sudoeste; na oncopediatria será referência para as Macrorregiões Leste, Nordeste, Oeste e Norte; e para radioterapia também será referência para a Macrorregião Norte.

Fonte: Plano Estadual de Oncologia (2016-2023), SESAB.

A Rede Assistencial de Oncologia de Salvador está sob regulação, desde 2009, contemplando consulta, cirurgia e tratamento complementar em Quimioterapia, Radioterapia (Radioterapia Geral e Braquiterapia) e Iodoterapia. Destaca-se a publicação da Portaria MS/SAS nº 1.399/2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.

Essa portaria modifica os parâmetros anteriormente definidos pelo MS através da Portaria MS/SAS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. A avaliação ora apresentada, quando iniciada em setembro de 2019, tomou como base também os parâmetros à época vigentes – Portaria nº 140/2014. Dessa forma, os serviços referidos devem seguir os parâmetros a seguir:

Tabela 25. Parâmetros definidos para as Unidades e Centro de Alta Complexidade em Oncologia, conforme portarias de habilitação

PROCEDIMENTO/UNIDADE OU CENTRO	PRT MS/SAS Nº 140/2014		PRT MS/SAS Nº 1.399/2019	
	UNACON/CACON	HAM ¹	UNACON/CACON	HAM ¹
Casos Novos/ano	900	3.600	1.000	4.000
Cirurgia de Câncer	650	2.600	650	2.600
Quimioterapia	5.300	21.200	5.300	21.200
Campos de Radio/procedimento	43.000	172.000	600	2.400
Consultas Especializadas	6000	24.000	3.000	12.000
Ultrassonografia	7680	30.720	1.200	4.800
Endoscopia ²	1920	7680	600	2.400
Colonoscopia e Retossigmoidoscopia ²	2880	11520		
Anatomia Patológica	2400	9600	1.200	4.800

Fonte: Portarias MS/SAS nº 140/2014 e 1.399/2019.

¹Os parâmetros definidos para o Hospital Aristides Maltez (CACON), foram pactuados com o hospital, já que o mesmo possui capacidade instalada para atender a 4 vezes o estabelecido para um UNACON.

²Para os procedimentos do Subgrupo 0209 – Diagnóstico por endoscopia, o parâmetro foi unificado com a PRT. 1.399. Acesso aos dados em: 10/06/2021.

À despeito da PRT nº 140 vigente até a publicação, em 17/12/2019, da PRT nº 1.399, o MS, publicou, em 22/02/2019, a PRT MS/SAS nº 263, com efeitos operacionais e financeiros nos sistemas de informação do SUS a partir da competência de maio/2019, e que altera a forma de cobrança da radioterapia de número de campos para procedimentos, de acordo com a localização da neoplasia. De acordo com a PRT nº 1.399, deverá ser utilizado o parâmetro anual mínimo de 600 procedimentos de radioterapia principais, para atendimento de 600 casos por equipamento de megavoltagem. Ambas as portarias apresentam parâmetros mínimos para procedimentos de média e de alta complexidade.

Os dados aferidos através dos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) e Hospitalar Descentralizado (SIHD), evidenciam que a produção das UNACON e do CACON em análise superam os parâmetros mínimos estabelecidos em 122% na realização das quimioterapias, 28% na realização de radioterapias e 91% nas cirurgias oncológicas, quando observado o ano de 2018. Após publicação da nova PRT nº 1.399, referência para o ano de 2019 e 2020, a superação dos parâmetros mínimos foi ainda maior, visto que o quantitativo mínimo determinado pela portaria diminuiu (Tabela 26).

Tabela 26. Parâmetro mínimo consolidado e quantitativo de produção para as UNACON e CACON sob gestão municipal de Salvador-BA, 2015-2020

Procedimentos	Parâmetro mínimo ³	PRT nº 140/2014				PRT nº 1399/2019		
		Produção ¹				Parâmetro mínimo ³	Produção	
		2015	2016	2017	2018		2019	2020
Cirurgia de Câncer	3.969	8.866	9.310	7.524	7.585	3.330	7.202	7.118
Quimioterapia	32.365	67.646	65.626	69.021	71.706	26.580	64.878	61.497
Campos de Radio/procedimento ²	258.000	286.865	300.666	312.792	329.323	3.080	-	3.408
Endoscopia	11.520	3.920	3.917	3.494	4.342			
Colonoscopia e Retossigmoidoscopia	17.280	2.184	1.791	2.211	2.527	3.160	7.403	3.033
Anatomia Patológica	14.656	37.172	39.664	42.062	42.877	6.080	33.078	26.936

Fonte: Portarias MS/SAS nº 140/2014 e 1.399/2019; SIA/SIHD/SUS/DATASUS/MS

¹ Os quantitativos apresentados até 2018 consideram a produção dos hospitais: HAM, HSI, HMG e HSR. A produção residual do HSR presente em 2019 foi somada a produção de 2018 do hospital, já que a produção pode ser apresentada até 3 meses após a sua realização.

² Considerando a mudança ocorrida para o parâmetro de Radioterapia, foi necessário desconsiderar a produção de 2019, já que neste ano houve a transição no formato de cobrança e registro.

³ O parâmetro mínimo corresponde a soma das metas mínimas anuais estabelecidas para cada estabelecimento e constante nos respectivos termos de compromisso assinados pelo gestor municipal e do estabelecimento.

A produção de cirurgias oncológicas do período de 2015 a 2018 corresponde ao produzido pelos quatro hospitais. O HAM é o único estabelecimento que garante o cumprimento do parâmetro estabelecido, sendo responsável por 80% dessa produção e os demais inferior a 20% do total.

Quanto ao procedimento de quimioterapia, a produção em relação ao parâmetro estabelecido se manteve superior em 100% para todos os anos do período (2015-2018). A redução do parâmetro de produção para os dois últimos anos não trouxe mudança expressiva, visto que a produção se manteve em percentuais de 144% e 130% respectivamente a 2019 e 2020.

A produção de Radioterapia se manteve crescente, sempre superior ao parâmetro para o período 2015 a 2018. Em 2019 houve a mudança na forma de registro, que passou a ser por procedimento, inviabilizando a análise comparativa após a nova portaria, já que em virtude da pandemia do novo coronavírus a produção dos serviços de saúde no ano de 2020 apresentou grande redução, não representando a realidade.

Para os procedimentos do Subgrupo 0209 – Diagnóstico por endoscopia (Endoscopia, Colonoscopia e Retossigmoidoscopia), quando observados os parâmetros da PRT nº 140/2014, nota-se que houve produção estável, com pequena variação, no período 2015 a 2018, contudo, o ano de 2018 apresentou maior produção que corresponde apenas a 38% e 15% respectivamente, do parâmetro mínimo para endoscopia e colonoscopia/retossigmoidoscopia. Com a nova portaria, o parâmetro mínimo reduziu, sendo este unificado para os três procedimentos do Subgrupo 0209, com maior possibilidade de cumprimento do mínimo estabelecido.

Os quantitativos relativos aos procedimentos de Anatomia Patológica mesmo antes da PRT nº 1.399, que culminou na redução do parâmetro mínimo, já eram superiores, em pelo menos 3 vezes, à proposta das portarias para os serviços habilitados; portanto, essa redução do parâmetro ainda não representou impacto expressivo quando comparado ao novo parâmetro, apesar de ter ocorrido uma redução de 23% na produção total entre 2018 e 2019.

Nas portarias supramencionadas existem parâmetros mínimos também para consultas médicas e ultrassonografias, no entanto o parâmetro para as consultas médicas em atenção especializada considera a produção total relacionada ao código 0301010072 - Consulta médica em atenção especializada cuja produção registrada, à exceção do HAM que é exclusivo de oncologia.

Considerando que apenas o HAM é hospital especializado em oncologia e os demais se caracterizam como hospitais gerais, a produção registrada não reflete apenas a habilitação em oncologia, não sendo possível mensurar o que cabe à mesma; apenas o HAM se destaca com um percentual de 367% acima do mínimo estabelecido. A justificativa se aplica também ao parâmetro mínimo para ultrassonografia, visto que se trata de exame diagnóstico amplamente utilizado para diversas especialidades.

Para o tratamento através da iodoterapia não existem parâmetros ministeriais. O HAM realiza esse tipo de tratamento, sendo que entre 2015 (40) e 2020 (87) houve um aumento de 117% no quantitativo de iodoterapia realizada pela gestão municipal. Apesar da ausência de parâmetro para iodoterapia, este procedimento é realizado para o tratamento do câncer de tireoide. Contudo, não são todos os pacientes acometidos por este tipo de câncer que necessitarão de iodoterapia, além do que essa terapia pode ser utilizada para algumas doenças benignas, a exemplo do bócio multinodular e hipertireoidismo de Graves.

Corroborando com a informação supramencionada é possível observar, na tabela 27, que a produção de tireoidectomias total e parcial de pacientes com CID de oncologia é superior à produção de iodoterapia na gestão municipal - aproximadamente 35,56% dos pacientes submetidos às cirurgias foram encaminhados para a iodoterapia.

Tabela 27. Quantitativo de Tireoidectomias com CID de câncer realizadas pela gestão municipal entre 2015 e 2020

Hospital BA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Hospital Aristides Maltez	126	113	165	156	193	201	954
Hospital São Rafael	14	11	7	7	-	-	39
Hospital Santa Izabel	28	44	46	53	17	7	195
Hospital Português	1	2	1	2	-	-	6
Hospital da Sagrada Família	1	-	-	-	-	-	1
Total	170	170	219	218	210	208	1.195

Fonte: SIA/SIHD/SUS/DATASUS/MS. Dados extraídos em 18/10/2021.

Além dos dados epidemiológicos de morbimortalidade referentes às neoplasias em constante crescimento, é possível inferir, com base na análise realizada no Plano Estadual de Oncologia, que os vazios assistenciais do Estado têm ocasionado a superlotação dos serviços localizados em Salvador. Em consonância, estudo técnico realizado pela Subcoordenadoria de Avaliação da Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação (DRCA) da SMS constatou que, do total de internações clínicas e cirúrgicas realizadas no Hospital Aristides Maltez, 20% e 28% respectivamente correspondem a usuários advindos de municípios que não possuem pactuação com Salvador.

Os SADT, modalidade de prestação de serviço ofertado nas unidades de saúde é responsável pela realização de exames complementares das linhas de cuidado da atenção básica e da atenção especializada. Salvador dispõe, atualmente, de 30 serviços, sendo 05 da Rede Própria e 25 da Rede Complementar (Tabela 28).

Tendo em vista a importância do acesso aos procedimentos de diagnose que possibilitam o diagnóstico e tratamento dos cânceres em tempo oportuno, destaca-se que a ocorrência dos Chamamentos Públicos 006 e 007 em 2018, através dos quais foram habilitados e contratados novos estabelecimentos de assistência à saúde, o que possibilitou a ampliação do rol de procedimentos ofertados pela SMS. Considerando os parâmetros estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.631/2015, nota-se que o quantitativo atualmente existente supera os parâmetros de necessidade estabelecidos, conforme Tabela 29.

Tabela 28. Quantitativo dos SADT da rede complementar e rede própria, por distrito sanitário Salvador-BA, 2020

Distrito	Rede Própria	Rede Complementar
Centro Histórico	1	3
Itapagipe	0	2
São Caetano/Valéria	0	0
Liberdade	1	1
Brotas	0	2
Barra/Rio Vermelho	3	12
Cabula/Beiru	0	0
Boca do Rio	0	3
Itapuã	0	0
Pau da Lima	0	2
Subúrbio Ferroviário	0	0
Cajazeiras	0	0
Total	5	25

Fonte: SCNES/DATASUS/MS

Tabela 29. Necessidade e número de equipamentos de diagnose, Salvador-BA, 2020

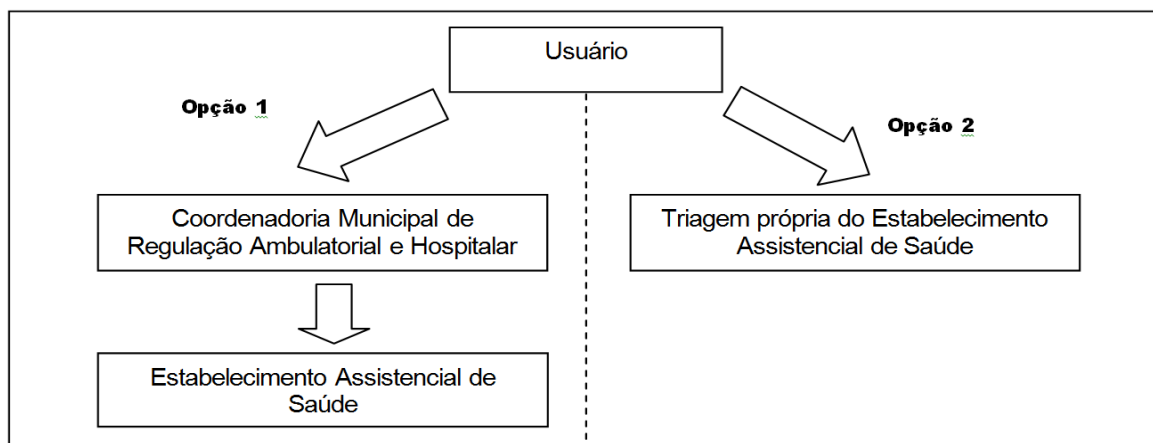
Equipamentos	Necessidade	Número Existente	%
Ultrassom convencional	143	188	131
Mamógrafo	20	92	460
Ressonância Magnética	17	58	341
Tomógrafo	29	61	210
Pet scan	2	2	100

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.631/2015; MS/DATASUS/CNES

No que se refere à regulação do acesso aos procedimentos de Média e Alta Complexidade de pacientes com perfil oncológico, a DRCA, através do Núcleo de Comissões de Especialidades da Gerência Executiva de Regulação (GER), desenvolve acolhimento diferenciado desses usuários com o objetivo de garantir acesso oportuno, universal e integral em consonância com as Políticas Nacional de Oncologia e de Regulação. Assim, é de responsabilidade desse Núcleo a triagem e agendamento de usuários, da população própria e referenciada, para encaminhamento oncológico.

O acesso dos pacientes oncológicos dá-se por duas portas de entrada:

Figura 2. Fluxo regulatório de usuários dos serviços de oncologia sob gestão municipal



Fonte: Protocolo de Regulação do Acesso DRCA/SMS.

No caso do acesso via “Opção 1”, o Núcleo de Comissões de Especialidades é responsável pelo atendimento ao usuário ou seu representante, com diagnóstico comprovado (adultos) ou suspeita (crianças) de neoplasia maligna, residente em Salvador ou municípios pactuados, sendo que, para os últimos, aceita-se o envio da documentação por e-mail. É realizado o encaminhamento para consulta com oncologista, consulta com radioterapia (geral e braquiterapia) e consulta com medicina nuclear/iodoterapia.

O fluxo que orienta e ordena o tratamento necessário de acordo com o perfil da grade assistencial, segue descrito abaixo:

- **Hospital Santa Izabel:** usuários encaminhados através da GER para consulta em Oncologia e Radioterapia. Atende a todas as especialidades, exceto tumor cerebral e mama em pediatria;
- **Hospital Martagão Gesteira:** pacientes encaminhados através da GER, postos de saúde através do sistema VIDA+, e também realiza triagem própria. Não atende câncer de mama, nem de cabeça e pescoço;
- **Hospital Aristides Maltez:** além dos pacientes encaminhados através da GER, realiza triagem própria para consulta com Oncologia e Radioterapia (Radioterapia Geral e Braquiterapia) e Iodoterapia. A consulta com radioterapia geral e braquiterapia contempla todas as idades e não atende tumor cerebral em pediatria;
- **Hospital Universitário Prof. Edgard Santos - HUPES:** usuários encaminhados através da GER para consulta com Oncologia, exclusivamente, em hematologia;
- **Hospital Santo Antônio:** além dos pacientes encaminhados através da GER, realiza triagem própria para consulta com Oncologia e Radioterapia e não atende tumor cerebral e hematologia;
- **CICAN/HGRS** - realiza triagem própria para consulta com Oncologia e não atende tumor cerebral e hematologia.

Destaca-se que, após a vinculação do paciente à unidade executante, esta fica responsável em solicitar, através da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), o tratamento necessário, seja quimioterapia ou radioterapia, e encaminhar à GER para análise e liberação em até 72 horas.

O usuário, uma vez direcionado para uma unidade hospitalar, passa a ter esse local como referência para o tratamento, com atendimento integral⁵¹, conforme estabelece a Portaria GM/MS Nº. 874 de 16 de maio de 2013⁵².

Observa-se que, no ano de 2020, foram disponibilizadas 28.299 vagas para consultas em oncologia no Sistema Vida+, das quais, aproximadamente, 19.084 foram

⁵¹ Porém, se for da vontade do usuário ou do seu responsável mudar a unidade de referência, ele deverá comparecer à CMR com um relatório médico do hospital de origem com a devida informação de exclusão para que seja disponibilizada a transferência desejada.

⁵² O Art. 3º da Portaria GM/MS Nº. 874 de 16 de maio de 2013, estabelece: “A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer está organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

efetivamente agendadas, representando 67,44% de aproveitamento do ofertado no HAM, HMG, HSI, HSA e HUPES. No que concerne à Radioterapia (Adulto e Pediatria), foram agendados 11.709 pacientes, sendo 88,22% agendamentos para HAM e 11,78% para o HSI, o que representa um aproveitamento de 62,61% das vagas ofertadas. Para a Iodoterapia, 1.407 pacientes tiveram consultas agendadas no HAM entre as vagas destinadas à primeira consulta e consultas de retorno, o que representa 60,10% do ofertado. Acrescenta-se ainda que em julho de 2021, de acordo com a Comissão de Especialidades, não houve registros de fila de espera para clínico oncologista e para consulta com cirurgião oncológico, existindo, 130 usuários aguardando consulta com médico onco-hematologista.

Para que o fluxo de encaminhamento para 1ª consulta seja efetivo, é necessária a interlocução e ação conjunta entre os componentes da Rede de Atenção. Ao componente Atenção Básica cabe o papel de realizar ações de rastreamento de acordo com os protocolos e diretrizes baseados em evidências científicas e na realidade locorregional, bem como implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação, e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção (BRASIL, 2013).

O paciente em tratamento oncológico em Salvador terá acesso à medicação indicada por seu profissional médico, no próprio local onde é cadastrado para o tratamento. Os municípios que não possuem estas unidades habilitadas na Alta Complexidade devem direcionar os pacientes, através da sua Central de Regulação, para as UNACON ou CACON do município de referência, conforme pactuação.

Os pacientes oncológicos que iniciam o tratamento em Salvador têm acesso garantido à sua continuidade, independente da sua cidade de origem ou direcionamento de pactuação. Esse acesso é garantido através dos registros do Sistema Vida+ para solicitação de exames de média e alta complexidade identificados com o grupo de CID “C00-C97”, que especifica neoplasia maligna, e são aceitos independente das pactuações realizadas entre as cidades.

2.4.3. Assistência Farmacêutica⁵³

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), menos de 60% dos pacientes com diabetes e menos de 40% dos pacientes hipertensos seguem as prescrições (CFF, 2020). Dados da população brasileira apontam que o acesso aos medicamentos para tratamento da hipertensão e do diabetes (exceto insulina e seus análogos) pode ser considerado elevado e grande parte desses medicamentos é obtida gratuitamente, porém apontam a adesão medicamentosa como o principal problema para a efetivação do cuidado (MENGUE et al, 2016; MEINERS et al, 2017).

A OMS recomenda a existência de 01 farmácia para cada 8.000 habitantes. O Brasil apresenta uma média geral de farmácias por habitantes semelhante à média mundial, e entre as farmácias públicas e privadas, há um total de 01 farmácia para 2.700

⁵³ Assistência Farmacêutica (AF) é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional (BRASIL, 2004), configurando-se como uma área transversal no processo de cuidado, que permeia os diferentes níveis de atenção e serviços da rede municipal.

habitantes. No entanto, segundo o Conselho Federal de Farmácia, o brasileiro consome em média US\$ 82 ao ano em medicamentos de prescrição, muito abaixo da média canadense (US\$ 500) e estadunidense (US\$ 1.000), e em estados do Nordeste, a população chega a ter menos de R\$12/mês para compra de remédios. Isso reforça a importância das farmácias públicas para o acesso aos medicamentos (CFF, 2020).

Ao longo dos anos, foi observada na rede de Salvador a expansão do número de farmácias em paralelo à expansão da cobertura da atenção básica, com a inauguração de novas Unidades de Saúde da Família (USF). No levantamento realizado em 2020, foram identificadas 222 farmácias, destas 188 estão sob gestão própria e há 34 farmácias parceiras.

As farmácias da rede própria estão distribuídas nos 12 Distritos Sanitários, entre os diversos níveis de atenção à saúde: 43 em Unidades Básicas de Saúde (UBS), 104 em Unidade de Saúde da Família (USF), 06 farmácias nas prefeitura-bairro, 03 nos Centros de Saúde Mental, 16 em CAPS Adulto, 01 em CAPS infantil, 01 em CAPS Álcool e Drogas, 04 em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de gestão própria, 01 no PA Psiquiátrico, 02 nos Serviços de Atenção Especializada (SAE) São Francisco e Marymar Novais, 01 no Serviço Municipal de Assistência Especializada (SEMAE) e 01 Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais (UDM), e outras unidades conveniadas (ADAB, CEDAP, CEMOL, Central Médica Penitenciária, Lar Harmonia, HCT e Abrigo Salvador).

Quadro 28 - Distribuição de Farmácias e proporção de população por farmácia por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2020

Distrito Sanitário	Farmácias	População	População
			Farmácia
Barra/Rio Vermelho	15	77.542	5.170
Subúrbio Ferroviário	32	171.561	5.361
Cabula/Beirú	23	193.580	8.417
Itapuã	21	269.968	12.856
Itapagipe	10	136.293	13.629
Pau Da Lima	17	235.960	13.880
Cajazeiras	14	219.333	15.667
São Caetano/Valéria	20	347.521	17.376
Boca Do Rio	08	175.227	21.903
Centro Histórico	11	365.654	33.241
Brotas	08	277.772	34.722
Liberdade	09	416.287	46.254
Total	188	2.886.698	15.355

Fonte: SMS. Planilha Interna de Recursos Humanos, 2020.

Nota-se que na rede municipal há uma proporção de 01 farmácia pública para cada 15.355 habitantes, tendo o Distrito Barra/Rio Vermelho a maior proporção de farmácias públicas da rede própria quando comparado ao quantitativo populacional, e os Distritos Centro Histórico, Brotas e Liberdade com as maiores proporções populacionais por farmácia pública.

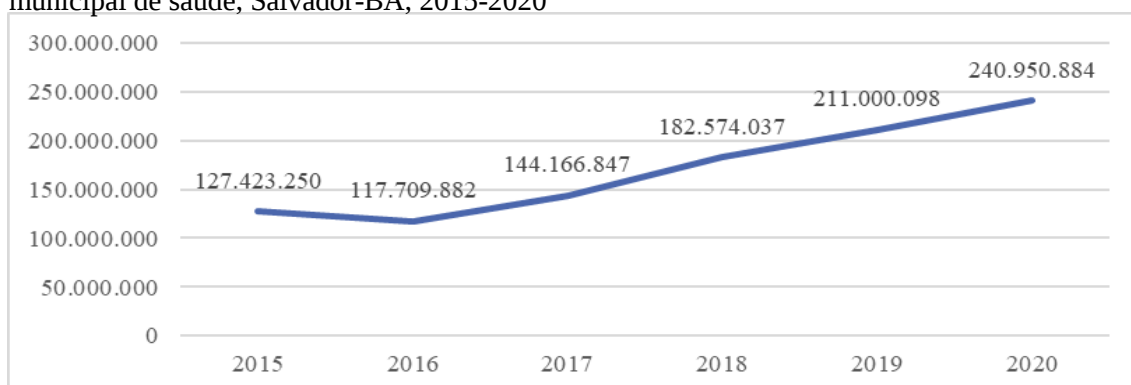
Ao se avaliar o total de farmácias que dispensa medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos de forma gratuita, a relação de população por farmácia da rede própria (7.657 habitantes/farmácia) está compatível com o quantitativo preconizado pela OMS

apenas nos DS Barra Rio Vermelho e Subúrbio Ferroviário. Os demais apresentaram quantitativo distante da meta da OMS, o que evidencia disparidade no acesso aos medicamentos entre os DS.

Em 2019 foi disponibilizado 72,8% dos medicamentos para Hipertensão e Diabetes previstos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para as Farmácias Básicas. Em 2020, esse número foi de 74,03%, e em alguns meses do ano houve desabastecimento de medicamentos para tratamento de hipertensão e doenças cardiovasculares, como Amiodarona 200 mg, Atenolol 50 mg, Isossorbida 10mg e Carvedilol 25 mg, uma vez que, devido a pandemia da COVID-19 parte dos recursos foram redirecionados para a compra de medicamentos de uso restrito em ambiente hospitalar para suporte ao tratamento da COVID-19, e que apresentavam preços elevados no mercado.

De acordo com o gráfico 139, no período de 2015 a 2020 houve um aumento significativo no quantitativo de medicamentos dispensados nas farmácias da rede municipal. Entre os possíveis fatores que contribuíram para esse aumento estão a ampliação da cobertura da APS, a inclusão de novos medicamentos na REMUME, o envelhecimento populacional e o difícil controle de agravos e doenças crônicas ocasionando o acréscimo de mais prescrições.

Gráfico 139. Quantidade de unidades de medicamentos dispensados nas farmácias da rede municipal de saúde, Salvador-BA, 2015-2020

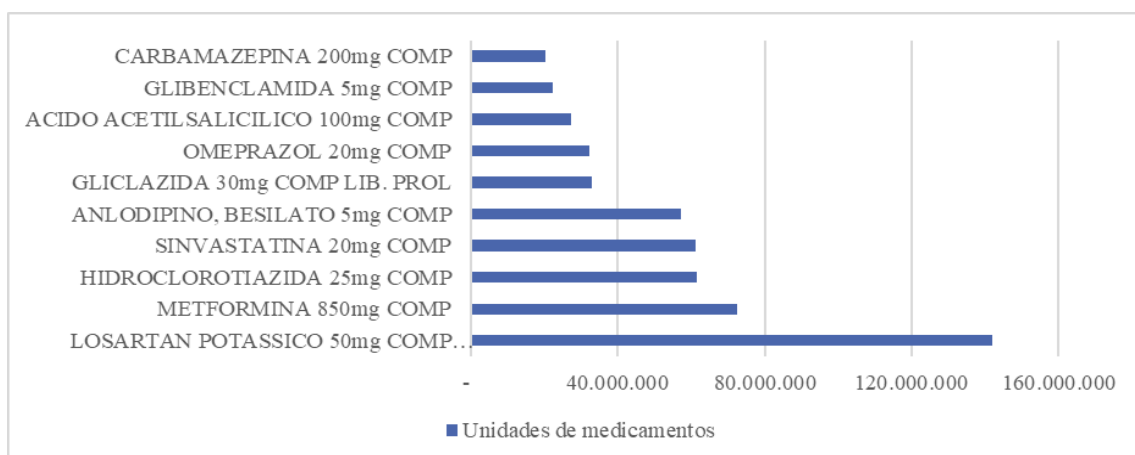


Fonte: Banco de Dados NTI, Módulo Farmácia (2021)

Quando se analisa a média aritmética de consumo por medicamento no mesmo período em análise, verifica-se que, entre os 10 medicamentos mais utilizados pela população, 09 estão relacionados diretamente ao tratamento de doenças crônicas e agravos não transmissíveis.

Entre estes estão os anti-hipertensivos (Losartana 50mg, Hidroclorotiazida 25 mg, Anlodipino 5mg), antidiabéticos orais (Glicazida 30 e 60 mg, Glibenclamida 5mg, Metformina 850 mg), hipolipemiante (Sinvastatina 20 mg) e antiagregante plaquetário (Ácido Acetilsalicílico 100mg) utilizados na prevenção primária ou secundária de doença cardiovascular, além de anticonvulsivante (Carbamazepina 200mg) para doenças neurológicas ou psiquiátricas, e do inibidor de bomba de prótons (Omeprazol 20mg) utilizado no tratamento de gastrite esofágico e na doença do refluxo gastroesofágico.

Gráfico 140. Média aritmética dos 10 medicamentos mais dispensados nas farmácias da rede municipal de saúde, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: Banco de Dados NTI, Módulo Farmácia (2021)

O maior consumo desses medicamentos reflete o perfil populacional, em que há predominância de doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Cabe ressaltar que não há dados disponíveis de registros de solicitações de medicamentos, inviabilizando a estimativa ou aferição de dados de demanda reprimida de acesso aos medicamentos.

Observa-se nos anos de 2019 e 2020, dentre os medicamentos dispensados para diabetes mellitus, houve um aumento expressivo de Metformina 500 mg e 850mg, Glicazida 30mg e Glibenclamida 5mg. Entre os possíveis fatores para esse aumento estão o aumento da oferta de medicamentos na rede própria e conveniada, melhor identificação ou diagnóstico de portadores de DM ou em função de mudanças na prescrição médica para o controle de quadro clínico.

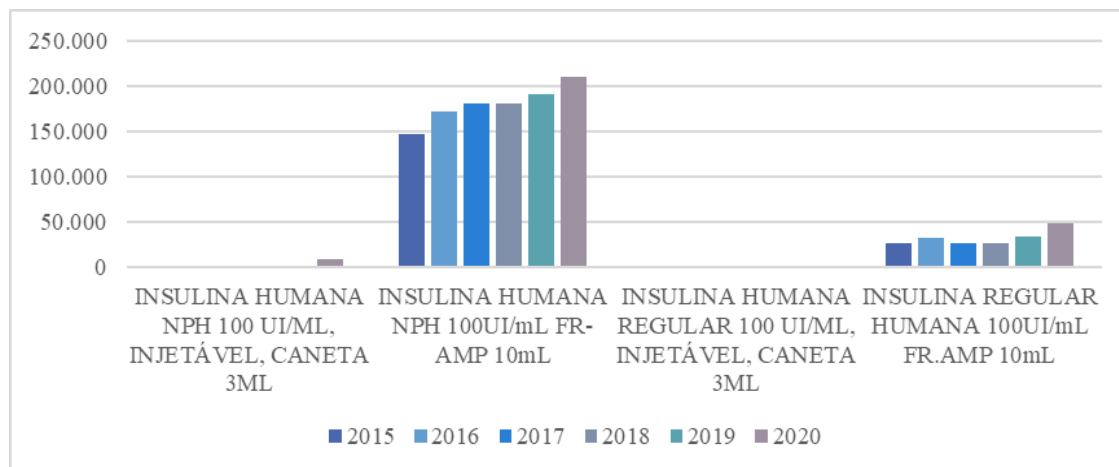
Quadro 29. Quantidade de medicamentos (em unidades) dispensados para tratamento de Diabetes Mellitus, nas farmácias da rede municipal de saúde, Salvador-BA, 2015-2020

MEDICAMENTOS	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Acarbose 50mg, Comp.	3.030.129	217.785	501.829	501.829	1.316.126	1.390.809
Glibenclamida 5mg, Comp.	5.089.211	5.014.542	3.922.844	3.922.844	3.749.655	4.028.456
Gliclazida 30mg, Comp. Lib. Prol.	3.309.019	2.975.611	35.854	35.854	7.170.540	9.523.999
Gliclazida 60 mg, Comp. Lib. Prol.	401.083	521.603	6.666.587	6.666.587	1.380.095	2.201.200
Glimepirida 2mg, Comp.	48.010	31.452	39.930	39.930	-	-
Insulina Humana NPH, 100 UI/ML, injetável, Caneta 3ML	-	-	-	-	199	8.847
Insulina Humana NPH, 100UI/mL FR-Amp. 10mL	147.409	172.779	180.785	180.785	191.200	209.804
Insulina Humana Regular, 100 UI/ML, injetável, Caneta 3ML	-	-	-	-	100	2.298
Insulina Humana Regular, 100UI/mL, FR.Amp. 10mL	27.202	33.229	26.226	26.226	33.926	49.507
Metformina 500mg, Comp.	447.697	11.915	399.750	399.750	830.674	1.221.954
Metformina 850mg, Comp.	8.990.224	12.720.009	13.227.740	13.227.740	16.631.301	20.212.522

Fonte: Banco de Dados NTI, Módulo Farmácia (2021)

Para as insulinas NPH frasco-ampola e REGULAR frasco-ampola foi observado aumento de dispensações no ano de 2020, em relação aos demais anos da série histórica. No que se refere à dispensação das canetas aplicadoras de insulina, os dados disponíveis limitam-se aos anos de 2019 e 2020, pois o Ministério da Saúde só passou a disponibilizá-las no final de 2019 para os pacientes com Diabetes Mellitus 1 e 2 na faixa etária menor ou igual a 19 anos e para pacientes com Diabetes Mellitus 1 e 2 na faixa etária maior ou igual a 50 anos.

Gráfico 141. Quantidade de Insulinas dispensadas para tratamento de Diabetes Mellitus, no período de 2015-2020



Fonte: Banco de Dados NTI, Módulo Farmácia (2021)

No período 2015 a 2020, dos 13 medicamentos disponíveis na REMUME para tratamento da Hipertensão Arterial os mais dispensados na série histórica foram: Losartana Potássica 50 mg, Hidroclorotiazida 25 mg e Anlodipino Besilato 5mg. Observa-se também aumento progressivo da dispensação destes medicamentos, além de Espironolactona 25mg, Enalapril 20mg, Furosemida 40mg e Hidralazina 25 ou 50mg (Quadro 30).

Cabe ressaltar que o medicamento Ácido acetilsalicílico 100mg (AAS) também teve grande número de dispensações; no entanto, também é utilizado para prevenção secundária de doenças cardiovasculares e no tratamento de outras condições não associadas à hipertensão; e o medicamento Metildopa 25mg tem sua prescrição mais restrita ao tratamento de hipertensão gestacional.

Um perfil de utilização de medicamentos para tratamento da hipertensão muito similar foi encontrado no resultado do Projeto Piloto de Cuidados Farmacêuticos em Curitiba, em que, dos 20 medicamentos de uso mais comum listados, foram encontradas frequências de utilização similar com os medicamentos AAS, Anlodipino, Atenolol, Enalapril, Hidroclorotiazida, Espironolactona, Furosemida e Losartana (BRASIL, 2015).

Para o tratamento da hipertensão arterial, os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), como Enalapril, e os bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (BRA II), como Losartana, são as primeiras opções de tratamento para pessoas menores de 55 anos com HAS estágio 1. Para indivíduos com mais de 55 anos ou negros de origem africana ou caribenha os Bloqueadores de Canal de Cálcio (BCC), como o Anlodipino são a primeira opção de tratamento. Observa-se que apesar de

Salvador apresentar 85% da população de negros e pardos, o Anlodipino Besilato não foi a medicação mais dispensada.

Quadro 30. Quantidade de medicamentos (em unidades) dispensados para tratamento de Hipertensão Arterial, no período de 2015-2020

MEDICAMENTOS	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Acido Acetilsalicílico 100 mg, Comp.	3.418.424	4.671.070	4.090.699	7.780.043	6.753.838	8.331.375
Anlodipino, Besilato 5 mg, Comp.	7.157.832	10.989.517	9.169.726	12.168.429	13.425.303	16.421.727
Atenolol 50 mg, Comp.	2.333.498	3.261.667	3.684.370	3.173.835	4.493.491	3.108.253
Clonidina 0,1 mg, Comp.	1.277.735,00	1.564.479	1.383.811	1.809.691	513.924	3.740.333
Enalapril 20 mg, Comp.	2.303.647	3.008.656	3.143.516	3.691.537	3.667.356	4.204.248
Enalapril 5 mg, Comp.	1.876.712	939.514	1.747.519	230.632	1.454.157	2.922.146
Espironolactona 25 mg, Comp.	759.343	784.335	1.091.182	1.512.855	1.735.079	2.082.362
Furosemida 40 mg, Comp.	1.793.903	2.130.337	2.332.670	2.467.624	2.764.817	3.221.738
Cloridrato de Hidralazina 25 mg, Dráguea	664.896	780.558	981.106	1.110.690	1.885.203	3.141.010
Hidroclorotiazida 25 mg, Comp.	9.110.072	11.169.438	11.788.570	12.342.826	14.070.134	15.243.256
Losartan Potássico 50 mg, Comp. Revestido	16.023.311	24.529.336	25.823.290	27.419.019	33.609.962	41.969.689
Metildopa 250 mg, Comp.	576.106	547.332	298.218	505.503	204.258	765.648
Tartarato de Metoprolol 100 mg, Comp.	72.457	132.737	89.529	14.503	113.523	157.785

Fonte: Banco de Dados NTI, Módulo Farmácia.

Além disso, observa-se um percentual bem maior de dispensação de Losartana em relação ao Enalapril; no entanto, os IECA geralmente têm mais baixo custo, são indicados preferencialmente para o tratamento de hipertensos diabéticos e para a população negra, e a Losartana, 50 mg está mais indicada para pacientes que apresentarem tosse seca após utilização de Captopril ou Enalapril, sem que haja outra causa definida. A proporção de dispensação de diurético tiazídico (Hidroclorotiazida 25mg) é compatível com sua indicação clínica em 1ª linha de tratamento, associada a outros anti-hipertensivos e em substituição em pacientes que apresentarem edema ou intolerância ao BCC (RIO DE JANEIRO, 2013; NICE, 2016).

Existe contraindicação formal ao uso concomitante de IECA e BRA; no entanto, não há ferramentas no Sistema VIDA que garanta a segurança da terapia medicamentosa, desde a prescrição até a dispensação. Observa-se no mesmo período, aumento da dispensação de Clonidina, sobretudo em 2020. Esse medicamento é utilizado para o tratamento de crise hipertensiva, logo esse dado pode estar relacionado ao aumento da disponibilidade do medicamento nas unidades básicas ou ao aumento de pacientes hipertensos descompensados.

No município de Salvador, não há protocolo de enfermagem de prescrição de medicamentos antidiabéticos e anti-hipertensivos, como ocorre em outros municípios e estados, nem protocolo multiprofissional de acolhimento e rastreamento de doenças crônicas, o que limita o diagnóstico precoce, o rastreamento de complicações e acompanhamento longitudinal desses pacientes.

A educação do paciente pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro, além de levar a maior interação entre os profissionais de saúde (em especial o médico, o farmacêutico e o enfermeiro), podendo reduzir diversos problemas medicamentosos, da prescrição à administração, colaborando na redução de custos do sistema de saúde (LYRA-JÚNIOR et al, 2008).

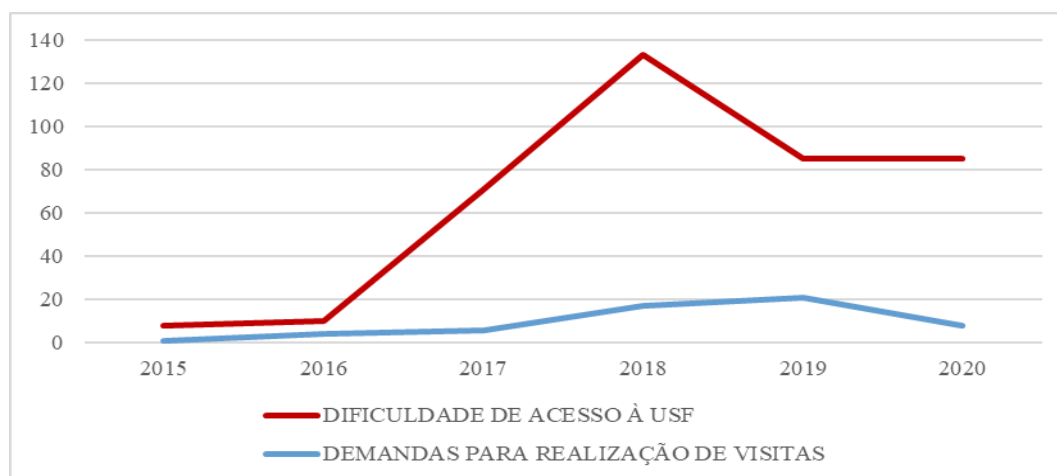
Além disso, a implantação de práticas de cuidado farmacêutico na atenção básica é uma estratégia efetiva para o controle e prevenção das doenças crônicas para qualificar a adesão terapêutica, pois envolve o acompanhamento e o monitoramento farmacoterapêuticos, e ainda estimula mudanças de hábitos e estilo de vida que são essenciais para a promoção de Saúde e para o uso racional de medicamentos (LYRA-JÚNIOR et al, 2008).

2.4.4. Ouvidoria da Saúde

Desde que foi implantado em 2010, o Sistema Ouvidor-SUS recebeu 57.823 manifestações, sendo que 34,8% delas representam manifestações relacionadas a dificuldade de acesso a exames, procedimentos e consultas vinculados à Central de Regulação, Controle e Avaliação municipal. Outras 19,6% das manifestações representam demandas vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, referentes a dificuldade de acesso ao atendimento na rede de saúde, sendo destaque em 2020 e 2021 o acesso a testagem para SARS-COV-2 e imunização contra a COVID-19, em virtude da pandemia.

No período de 2015 a 2020, destaca-se um aumento de manifestações relacionadas à dificuldade de acesso às Unidades de Saúde da Família (USF) e às visitas domiciliares por equipes de atenção primária, contrastando-se com o aumento de cobertura de saúde da família no mesmo período (Gráfico 142). Pode-se inferir que o aumento da cobertura isoladamente não garante o acesso da população sem mudanças nos processos de trabalho das equipes e das unidades de saúde, que facilitem o acolhimento das demandas dos usuários.

Gráfico 142. Manifestações na Ouvidoria da Saúde com reclamações de dificuldade de acesso ou solicitações de acesso aos serviços ofertados nas USF e a visitas domiciliares – Salvador 2015-2020



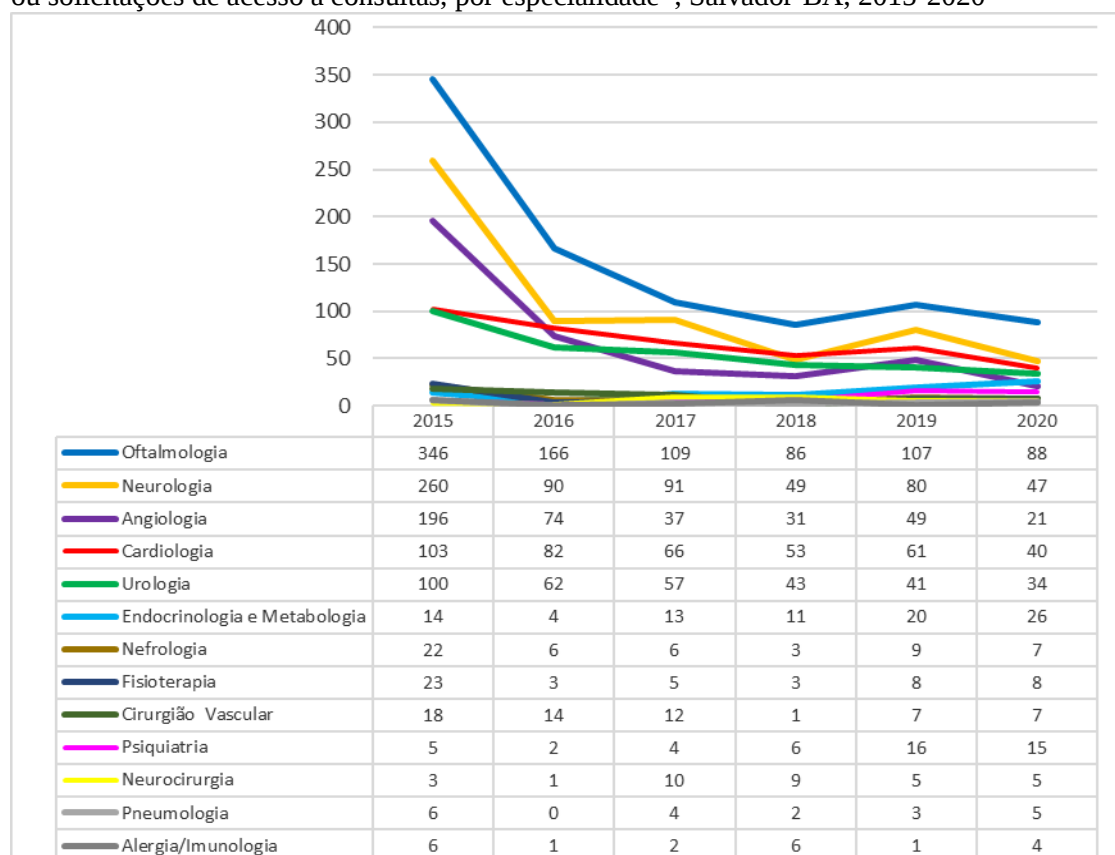
Fonte: OUVIDOR SUS. Banco de Dados da Ouvidoria da Saúde.

Os pacientes diabéticos devem realizar a avaliação dos pés para identificação de alterações neurológicas, vasculares e osteoarticulares, e o pé diabético deve ser classificado em categorias de risco, considerando a presença de alterações de sensibilidade protetora, deformidades, presença de doença arterial periférica e úlceras para evitar amputações. Nesse contexto, o Protocolo de Feridas municipal (2018) orienta a realização de consulta com angiologista ou cirurgião vascular de todos os pacientes diabéticos categoria C (presença de úlcera isquêmica ou neuroisquêmica) ou com presença de úlcera sem resposta ao tratamento após 04 semanas ou úlcera com necrose ou gangrena; além disso, orienta que todos os pacientes com pé diabético com deformidades ósseas (Artropatia de Charcot) devem realizar avaliação com ortopedista.

Os pacientes com hipertensão resistente (uso regular de 3 medicações anti-hipertensivos ou mais), e com outras alterações como arritmias cardíacas ou insuficiência cardíaca descompensadas ou com hipotensão postural (queda de 20 mmHg ou mais quando a pessoa fica em pé) com persistência de sintomas, habitualmente prescindem de avaliação com cardiologista; e os pacientes com sequelas de AVC isquêmico ou hemorrágico habitualmente necessitam de avaliação com neurologista.

No período de 2010 a 2020, entre o total de manifestações de dificuldade de acesso a consultas especializadas, ganharam destaque as manifestações relacionadas a Oftalmologia (14,9%), Neurologia (10,6%), Ortopedia e Traumatologia (9,0%), Angiologia (8,2%) e Cardiologia (7%). Nota-se uma queda ao longo dos anos do total de manifestações (Gráfico 143).

Gráfico 143. Manifestações na Ouvidoria da Saúde com reclamações de dificuldade de acesso ou solicitações de acesso a consultas, por especialidade*, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: OUVIDOR SUS. Banco de Dados da Ouvidoria da Saúde.

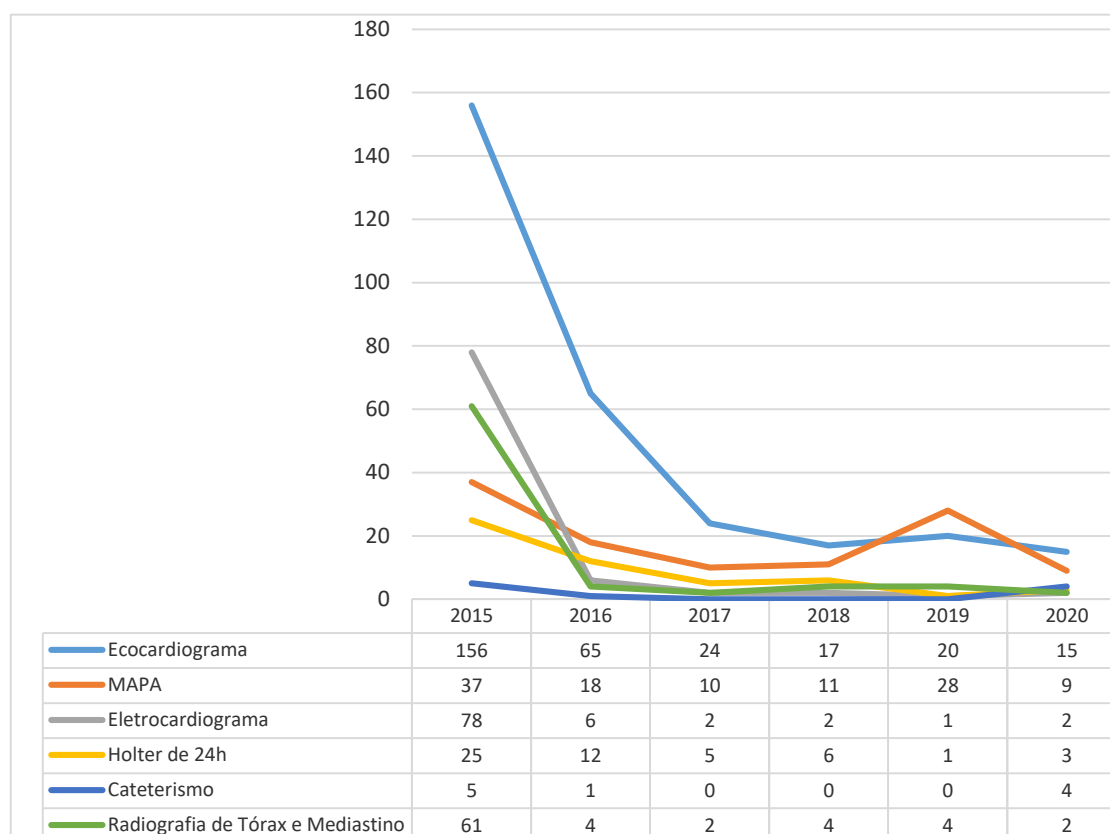
*A especialidade Ortopedia e Traumatologia apresentou 9,0% do total de solicitações, apesar de não constar no gráfico, por não ter sido apresentado dados estratificados por ano.

Sendo assim, apesar de as manifestações na Ouvidoria não representarem as solicitações apenas de pacientes portadores de hipertensão e diabetes e suas complicações, nota-se uma possível correlação entre o acesso a consultas de especialidades requerido à Ouvidoria Municipal e à demanda de pacientes portadores de DCNT. Essa hipótese é reforçada ao se analisar os agendamentos de especialidades médicas relacionadas às DCNT no período de 2015 a 2020, em que há uma menor oferta de consultas para oftalmologia, cardiologia e angiologia/cirurgia vascular em relação ao preconizado, além de maiores taxas de abstenção de oftalmologia e cardiologia e aumento da variação de procura por neurologia.

No período de 2015 a 2020, nota-se uma queda significativa de manifestações relacionadas aos exames cardiológicos (85,1% em 2019 e 90,3% em 2020, em relação ao quantitativo de manifestações requerido em 2015), sobretudo de Raio-x de Tórax, Eletrocardiograma e Holter de 24h, principalmente a partir do ano de 2016 (Gráfico 144).

No entanto, verifica-se maior número de manifestações relacionadas ao Ecocardiograma e ao MAPA, este último tendo apresentado aumento de manifestações em 2019, com uma queda de manifestações (24,3% em relação a 2015) bem inferior à verificada nos demais exames cardiológicos (Gráfico 144).

Gráfico 144. Manifestações na Ouvidoria da Saúde relacionadas à dificuldade de acesso ou solicitações de acesso a exames, por exame do aparelho cardiovascular, Salvador-BA, 2015-2020



Fonte: Ouvidor SUS. Banco de Dados da Ouvidoria da Saúde.

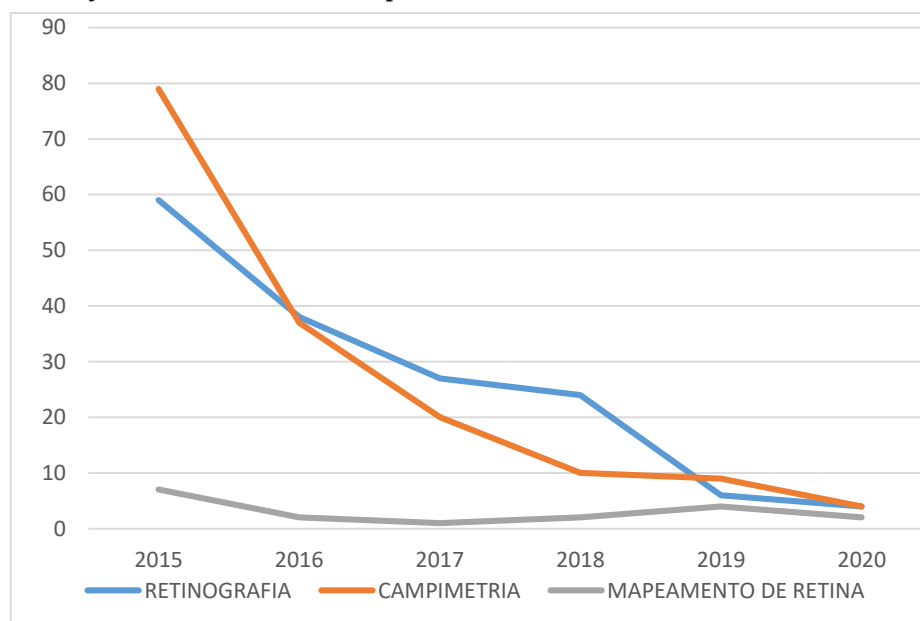
Ao comparar com os dados de agendamento dos exames cardiológicos no mesmo período, observa-se que a queda de manifestações relacionadas à dificuldade de acesso ao eletrocardiograma e ao raio-x de tórax foi concomitante à disponibilização desses

exames por demanda espontânea. Além disso, o ECG e raio-x apresentam o maior número de exames ofertados, apesar de manter uma menor disponibilidade em relação ao preconizado para atendimento de toda a população.

A queda de manifestações relacionadas ao acesso ao Holter foi concomitante à sua maior disponibilidade na rede e ao aumento do agendamento a partir de 2017, apesar do aumento da abstenção no mesmo período. O maior número de reclamações de dificuldade de acesso ao ecocardiograma foi compatível com sua menor disponibilidade em relação ao preconizado para atendimento à população com DCNT, ao aumento da abstenção entre 2015 e 2020 e ao aumento da lista de espera nos de 2018 e 2019.

No período de 2015 a 2020, verifica-se uma queda significativa de reclamações relacionadas a dificuldades de acesso aos exames de retinografia digital, campimetria e mapeamento de retina, apesar da alta demanda verificada para consultas com oftalmologia (Gráfico 145). Essa queda de manifestações foi concomitante à maior disponibilidade de mapeamento de retina e ao aumento do agendamento de fundoscopia, mapeamento de retina e retinografia binocular digital. Isso pode representar qualificação do acesso a exames especializados em oftalmologia, mas persistência de dificuldades de acesso à avaliação geral em oftalmologia.

Gráfico 145. Manifestações na Ouvidoria da Saúde relacionadas à dificuldade de acesso ou solicitações de acesso a exames, por exame ocular, Salvador-BA, 2015-2020



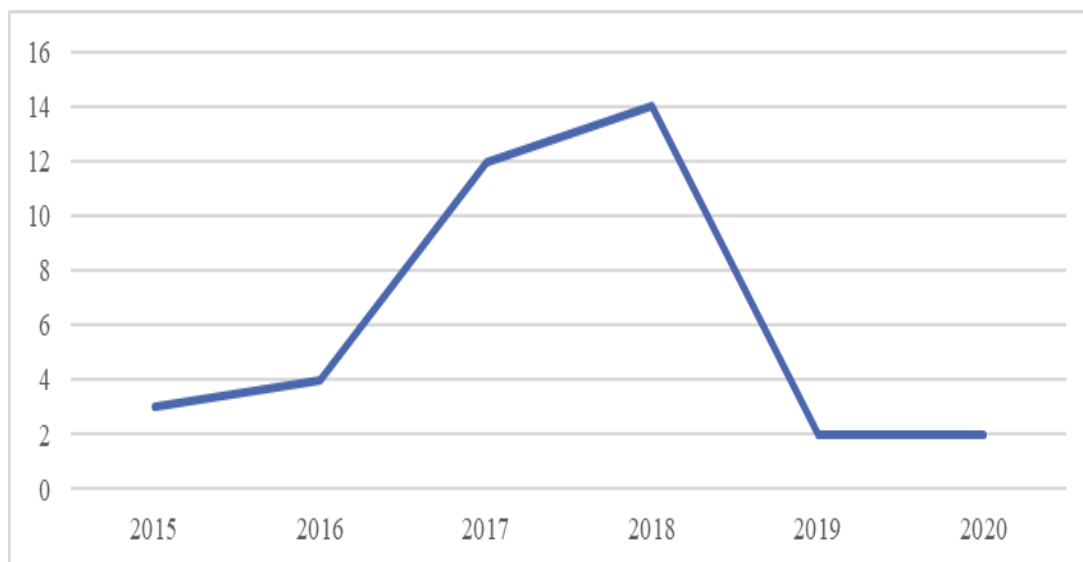
Fonte: Ouvidor SUS. Banco de Dados da Ouvidoria da Saúde.

Nota-se, entre os anos de 2015 e 2018, um aumento nas manifestações relacionadas à dificuldade de acesso à tomografia de crânio, cabeça e coluna vertebral (Gráfico 146).

Esse aumento de manifestações foi concomitante à redução de agendamento do exame, à sua baixa disponibilidade em relação ao preconizado para toda a população de Salvador e ao alto percentual de abstenção no mesmo período. Isso pode ter relação com a dificuldade de acesso à TC de crânio em pacientes com AVC agudo ou com sequelas de AVC, mas não é possível confirmar essa afirmativa, uma vez que há outras

causas que demandam a realização desses exames, como a investigação de tumores intracranianos e outras doenças neurológicas.

Gráfico 146. Manifestações na Ouvidoria da Saúde com reclamações de dificuldade de acesso ou solicitações de acesso ao exame de TC de Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral, Salvador-BA, 2015-2020



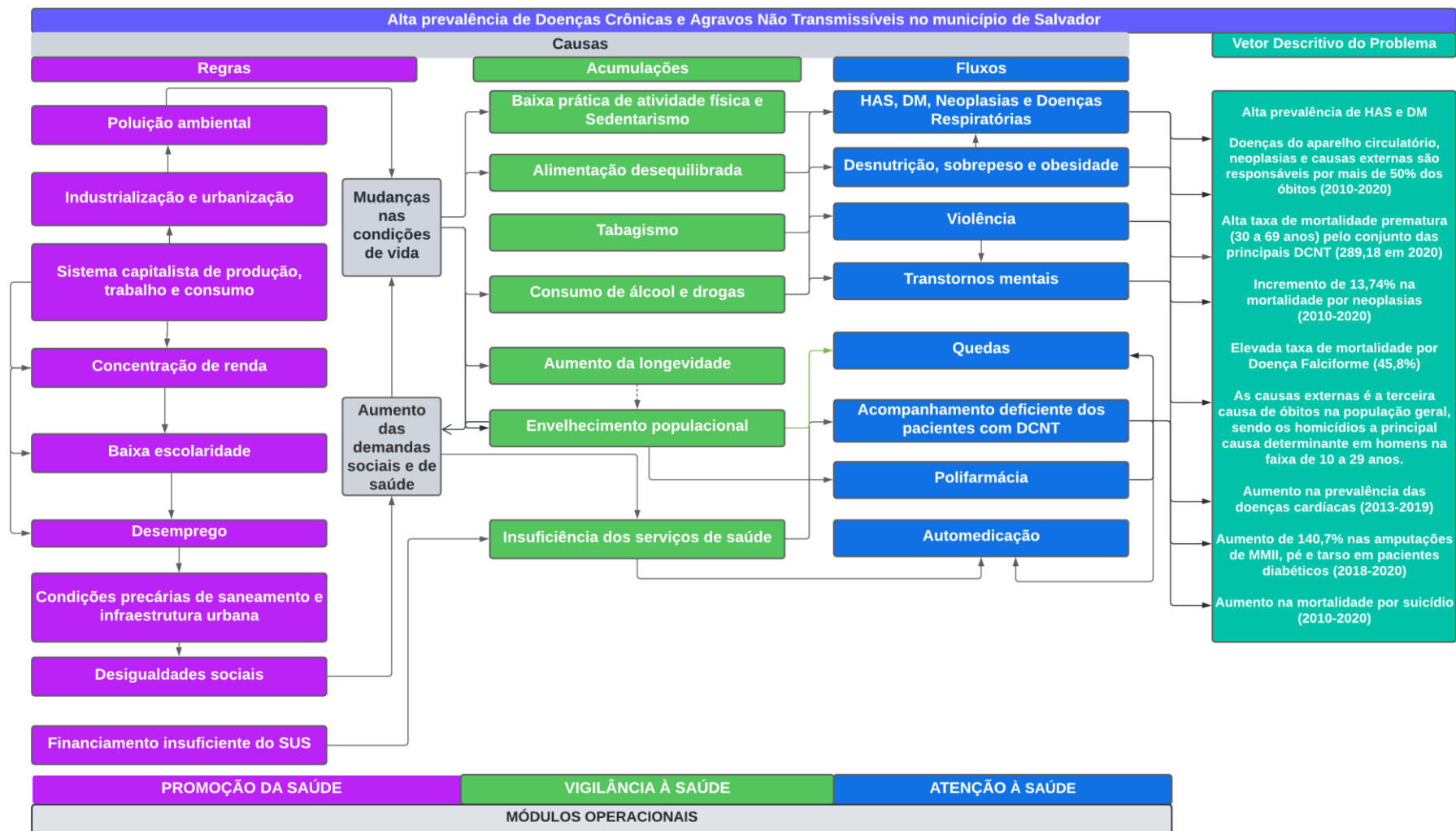
Fonte: Ouvidor SUS. Banco de Dados da Ouvidoria da Saúde.



Fluxograma Situacional



3. FLUXOGRAMA SITUACIONAL



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021; CESSE, 2007.



Módulos Operacionais



4.MÓDULOS OPERACIONAIS

A opção pela estrutura modular do Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis 2022-2030 deve-se ao conceito de momento que é próprio de um processo contínuo e encadeado sistematicamente, em oposição ao conceito de “etapa” do planejamento normativo, que indica uma sequência linear e direcionada, iniciada com o diagnóstico, passando pelo desenho e aprovação do plano-livro e finalizando nas instâncias de execução, avaliação e controle (BAHIA, 2021).

O PMDANT encontra-se estruturado em três módulos operacionais – Promoção da Saúde, Vigilância à Saúde e Atenção Integral à Saúde – mantendo assim correspondência com o Plano Municipal de Saúde 2022-2025 e com o Plano Municipal de Saúde para Infância e Adolescência 2022-2030.

3.1. Promoção da Saúde

A Promoção da Saúde, segundo a Carta de Ottawa, contempla cinco amplos campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde (BRASIL, 2002).

3.2. Vigilância à Saúde

A Vigilância à Saúde constitui-se de ações de promoção e proteção da saúde da população, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo a vigilância ambiental, sanitária, epidemiológica, do trabalhador e laboratorial (BRASIL, 2006).

3.3. Atenção Integral à Saúde

A Atenção Integral à Saúde envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo ações de proteção, prevenção, recuperação e tratamento de doenças e de promoção da saúde. Engloba a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os níveis de atenção do SUS e em todos os níveis de governo. Na assistência, as ações são dirigidas aos indivíduos ou à coletividade e prestadas no âmbito ambulatorial ou hospitalar, bem como em outros espaços, incluindo o domiciliar (BRASIL, 2013).

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: Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção das DANT					
Diretriz 1: Promoção da saúde e prevenção das DANT					
Objetivo Específico 1: Fomentar iniciativas intersectoriais visando ações articuladas que promovam e estimulem a adoção de comportamento e estilo de vida saudáveis					
Metas/Indicadores:	Linha de base 2019	2022	2025	2027	2030
75% de UBS realizando pelo menos 03 atividades coletivas ao ano acerca do tema autocuidado de pessoas com doenças crônicas	46%	46%	56%	66%	75%
100% das UBS com registro de pelo menos 03 atividades coletivas ao ano desenvolvidas sobre o tabaco, álcool e outras drogas para o público-alvo	39%	39%	59%	79%	100%
100% das escolas municipais com adesão ao PSE com pelo menos 01 ação ao ano de cada uma das seguintes temáticas: promoção da alimentação adequada e saudável, prática corporais/atividade física e dependência química/tabaco e outras drogas	31%	40%	50%	75%	100%
Ampliar 05 Unidades Básicas de Saúde por ano com o Programa de Controle do Tabagismo em funcionamento	63	68	83	93	108
Manutenção do percentual de tabagismo em adultos igual a 5,4%	5,4%	5,4%	5,4%	5,4%	5,4%
Reduzir em 10% o percentual de consumo nocivo de álcool	24,3%	23,6%	23,0%	22,5%	21,9%
Aumentar em 1,0% ao ano o percentual de atividade física no tempo livre	41,3%	42,6%	43,8%	44,7%	46,1%
Aumentar em 0,2% ao ano o consumo regular de frutas para a população de 02 anos ou mais acompanhadas pela APS	66,4%	66,4%	70,4%	73,3%	77,8%
Aumentar em 0,2% ao ano o consumo regular de verduras e legumes para a população de 02 anos ou mais acompanhadas pela APS	57,2%	57,2%	60,7%	63,2%	67,0%
Manutenção da Prevalência de obesidade em adultos atendidos na APS igual a 35,18%	35,18%	35,18%	35,18%	35,18%	35,18%

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
1. Articulação entre saúde (Programa Saúde na Escola) e educação (Programa Nacional de Alimentação Escolar) para o desenvolvimento de atividades relacionadas aos fatores de risco e proteção para enfrentamento das DANT nas escolas da rede pública municipal em Salvador	DAS/APS	10.301.0014.232300
2. Desenvolvimento de ações de comunicação e educação em saúde voltadas à prevenção de fatores de risco relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (PMS/PEG)	DAS/DVIS	10.131.0002.202504
3. Implementação das ações de saúde do Programa Vida no Trânsito (PMS 2022-2025)	DVIS/VIEP/ CEREST	10.305.0002.215400
4. Desenvolvimento de ações no âmbito do Programa de Controle do Tabagismo que englobam estratégias de comunicação, produção de materiais e capacitações com ênfase nos fatores de risco e de proteção	DAS/APS	10.301.0014.232300
5. Ações integradas com a assistência farmacêutica no cuidado das pessoas tabagistas, com vistas a garantir e ampliar o acesso ao programa de cessação do tabagismo, insumos estratégicos e medicamentos	DAS/APS/ CAF	10.303.0002.215700
6. Articulação intra e intersetorial para o desenvolvimento de ações de promoção da cultura da paz e prevenção das violências (PMS 2022-2025)	DAS/APS DVIS	10.301.0014.232300 10.305.0002.215400
7. Desenvolvimento de ações de promoção à adoção de hábitos alimentares saudáveis e estímulo à redução do consumo de sal, açúcar, gordura e alimentos processados (PMS 2022-2025)	DAS/DVIS	10.301.0014.232300
8. Implementação de estratégias de promoção do envelhecimento ativo e saudável	DAS	10.301.0014.232300

MÓDULO OPERACIONAL II – VIGILÂNCIA À SAÚDE					
Objetivo do Desenvolvimento Sustentável: Assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todos, em todas as idades					
Objetivo Geral: Fortalecer a vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e seus fatores de risco e de proteção no município					
Diretriz 2: Vigilância das doenças e agravos não transmissíveis					
Objetivo Específico 2: Monitorar, analisar e implementar as ações de vigilância e controle das DANT					
Metas/Indicadores:	Linha de base 2019	2022	2025	2027	2030
Reduzir em 1% ao ano a taxa de mortalidade prematura por DCNT	299,2	290,3	281,7	276,1	267,9
Mortalidade proporcional por causa básica de trânsito qualificada	0%	100%	100%	100%	100%
Ampliar em 50% o número de unidades notificantes da violência interpessoal e autoprovocada	116	132	149	160	174
Ampliar 10% ao ano o quantitativo de investigação epidemiológica dos óbitos por causas externas relacionadas ao trabalho	15	20	27	32	42
Redução de 20% mortalidade prematura (30 a 69) por câncer de colo uterino	12,81	12,06	11,35	10,90	10,26
Redução de 10% mortalidade prematura (30 a 69) por câncer de mama na população feminina.	34,12	33,11	32,12	31,48	30,55
Redução de 10% mortalidade prematura (30 a 69) por câncer de próstata	12,73	12,35	11,99	11,75	11,40
Redução de 10% da taxa de internação por AVC na faixa etária de 30 a 69 anos	13,8	13,8	13,4	13,1	12,8
Redução do número de internações hospitalares com amputações/desarticulações de MMII, pé e tarso e dedos em pacientes com diabetes	491 (2020)	491	384	312	204
Redução de 10% da taxa de internação hospitalar por Bronquite, Enfisema e DPOC na faixa etária de 30 a 69 anos	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2
Redução de 20% da taxa de internação hospitalar por transtornos mentais e comportamentais	6,3	6,2	5,7	5,3	5,0

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
1. Produção de informações em saúde sobre as DANT que orientem o desenvolvimento de ações nos territórios distritais	DVIS/VIEP/DANT	10.305.0002.215400
2. Implementar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) com vistas ao diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população assistida pelas equipes da atenção primária à saúde	DAS/APS/CTAN	10.301.0014.232300
3. Implementação da Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (PMS 2022-2025)	DVIS/VIEP/DANT	10.305.0002.215400
4. Implementação da Vigilância da Doença Falciforme (PMS 2022-2025)	DVIS/VIEP/DANT	10.305.0002.215400
5. Implementação da Vigilância da Violência Interpessoal/Autoprovocada (PMS 2022-2025)	DVIS/VIEP/DANT	10.305.0002.215400
6. Implementação da Vigilância das Violências de notificação imediata (sexual/autoprovocada)	DVIS/VIEP/DANT	10.305.0002.215400
7. Implementação da Vigilância de Sinistros de Trânsito	DVIS/VIEP/DANT	10.305.0002.215400
8. Implementação da Vigilância da Intoxicação Exógena por uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e tentativas de suicídio	DVIS/VIEP/DANT	10.305.0002.215400
9. Realização de ações educativas para o setor regulado sobre o consumo de sódio, açúcar e gorduras visando o cumprimento às determinações referentes ao uso de sódio nos alimentos	DVIS/VISA	10.304.0002.215900 10.131.0002.202504
10. Publicação de painel de oncologia com dados de mortalidade, avaliação de tempo entre diagnóstico e tratamento de neoplasias e registro de internamentos	DRCA/DAS/DVIS	10.305.0002.215400 10.122.0002.215200
11. Publicação de catálogo de serviços de saúde para a regulação de consultas e exames	DRCA/DAS	10.131.0002.202504
12. Georreferenciamento de informações e dados de vigilância e atenção às condições crônicas e agravos não transmissíveis como parte da Sala de Situação em Saúde	DEPG/NTI/SUIS/ DVIS	10.122.0002.215200
13. Promoção de atividades de educação permanente em saúde, voltado a realização de vigilância de condições crônicas e agravos não transmissíveis	DAS/DVIS	10.128.0002.215800
14. Implementação da vigilância em saúde bucal com foco no rastreamento de alterações de mucosa	DAS	10.301.0014.232300 10.302.0002.215100

MÓDULO OPERACIONAL III – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE					
Objetivo do Desenvolvimento Sustentável: Assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todos, em todas as idades					
Objetivo Geral: Fortalecer a Atenção Integral às pessoas portadoras de Doenças e Agravos Não Transmissíveis ou de seus fatores de risco					
Diretriz 3: Atenção Integral aos Portadores de DANT ou de seus fatores de risco					
Objetivo Específico 3: Fortalecer a Rede Assistencial de cuidado integrado para prevenção e controle das doenças crônicas e agravos não transmissíveis					
Metas/Indicadores:	Linha de base 2019	2022	2025	2027	2030
100% dos Distritos Sanitários com realização de pelo menos uma ação ao ano sobre qualificação do cuidado a pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção básica	0	20%	50%	70%	100%
Aumentar em 10% ao ano o quantitativo de consultas médicas com condição avaliada de Hipertensão ou Diabetes	247.890	247.890	329.942	399.229	531.374
Aumentar em 15% ao ano o quantitativo de consultas de enfermagem com condição avaliada de Hipertensão ou Diabetes	29.455	29.455	44.797	59.245	90.104
Aumentar em 10% ao ano os registros mensais no SISAB de consultas médicas e de enfermagem com registro de realização do exame do pé diabético	1.155	1.155	1.537	1.860	2.476
Aumentar a razão de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos	0,35	0,2	0,35	0,45	0,5
Ampliar a razão de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos	0,22	0,15	0,30	0,40	0,5
Ampliar em 05% ao ano o número de atendimento das pessoas com Doença Falciforme nos serviços da Atenção Primária	396	396	458	505	585
Ampliar de 73 para 92 unidades básicas de saúde com sala de coleta de exames laboratoriais	73	76	84	88	92
Ações	Responsável		Projeto/Atividade		
1. Implementar estratégias com vistas a multiplicação por pares dos conteúdos do Curso de Qualificação do Cuidado a Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Básica	DAS/APS		10.301.0014.232300 10.128.0002.215800		
2. Desenvolvimento de ações de educação em saúde para a prevenção e controle da obesidade infantil na APS	DAS/APS		10.301.0014.232300 10.128.0002.215800		
3. Implementar os Programas Nacionais de Micronutrientes para a prevenção dos distúrbios nutricionais e de	DAS/APS		10.301.0014.232300		

doenças associadas à alimentação e nutrição		
4. Implantação de novas funcionalidades no sistema VIDA para subsidiar processos de monitoramento de indicadores e estratégias de enfrentamento das DANT	DAS/NTI	10.126.0002.115000
5. Desenvolvimento de estratégias de formação dos profissionais de saúde da APS para a detecção precoce de fatores de risco para as DANT	DAS/CGPS	10.128.0002.215800
6. Qualificar a gestão da informação na APS por meio do aperfeiçoamento e do monitoramento das informações do SISAB	DAS/NTI	10.126.0002.115000
7. Desenvolver painéis e relatórios com tabulação automatizada de indicadores de doenças crônicas não transmissíveis na APS, com base nos dados do prontuário eletrônico	Sala de Situação /NTI	10.122.0002.215200 10.126.0002.115000
8. Desenvolvimento de ações de educação em saúde voltadas à prevenção de quedas em idosos	DAS	10.301.0014.232300 10.128.0002.215800
9. Desenvolvimento de ações de indução da política de atenção psicossocial na Atenção Primária à Saúde, com ênfase nos transtornos mentais mais frequentes, eventos agudos, uso abusivo de álcool e cuidado compartilhado de condições crônicas	DAS	10.302.0002.215300
10. Implantação da Linha de Cuidado para Doenças Crônicas Não Transmissíveis com fortalecimento no diagnóstico precoce (Hipertensão, Diabetes, Neoplasias e DRC) (PMS 2022-2025)	DAS	10.301.0014.232300 10.302.0002.215100
11. Implantação da Linha de Cuidado às Pessoas com Doença Falciforme (PMS 2022-2025)	DAS	10.301.0014.232300 10.302.0002.215100 10.305.0002.215400
12. Implantação de protocolo e fluxos de acolhimento e acompanhamento dos portadores de DCNT na APS	DAS	10.301.0014.232300
13. Ampliação da cobertura na APS de serviços de identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com Diabetes Mellitus (DM) e com dificuldade na acuidade visual	DAS	10.301.0014.232300
14. Desenvolvimento de ações de educação em saúde voltadas para cuidados preventivos com os pés para pessoas com Diabetes	DAS	10.301.0014.232300
15. Atenção odontológica aos usuários com Diabetes mellitus	DAS	10.301.0014.232300 10.302.0002.215100
16. Ampliação da cobertura na APS de serviços de identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com Hipertensão Arterial, Dislipidemia e com dificuldade na acuidade visual na APS	DAS	10.301.0014.232300
17. Qualificação do rastreamento do câncer de mama e evolução do modelo oportunístico para o modelo organizado, com controle de qualidade da mamografia, confirmação diagnóstica e encaminhamento dos	DAS/DRCA	10.301.0014.232300 10.302.0002.215100

casos confirmados de câncer para o nível terciário		
18. Implementação de estratégias de formação dos profissionais de saúde da APS para rastreamento ou diagnóstico precoce de neoplasias (câncer de mama, colo do útero, pele, boca, próstata e colorretal)	DAS	10.128.0002.215800
19. Implantação da Linha de Cuidado à Pessoa em Risco de Suicídio	DAS	10.301.0014.232300 10.302.0002.215100
20. Expansão do diagnóstico e da assistência oncológica na rede SUS municipal	DAS/DRCA	10.302.0002.215100
21. Publicação de Manual Operacional da Atenção Primária à Saúde (Salvador)	DAS	10.301.0014.232300
22. Qualificação dos profissionais do atendimento pré-hospitalar, de urgência e de emergência para identificação do Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	DAS	10.128.0002.215800
23. Realização de ações de educação em saúde para a população sobre identificação precoce do IAM e AVE	DAS/CGPS	10.131.0002.202504 10.128.0002.215800
24. Promoção de ações de educação permanente para a construção de habilidades, competências e cuidado interdisciplinar dos profissionais da APS na prevenção e no manejo de doenças crônicas respiratórias mais prevalentes: asma, DPOC, nódulos pulmonares	DAS/CGPS	10.128.0002.215800
25. Implantação na APS de ações de rastreamento e identificação de risco cardiovascular global (RCVG) visando à realização de escore para estratificação de risco cardiovascular	DAS	10.301.0014.232300
26. Ampliação da oferta dos serviços de reabilitação no município de Salvador	DAS/DRCA	10.302.0002.215100
27. Implantação do protocolo de eventos agudos e escala de dor para pacientes com Doença Falciforme atendidos nas unidades de atendimento pré-hospitalar fixo	DAS	10.302.0002.215600
28. Garantia do acesso aos medicamentos da REMUME utilizados para tratamento das doenças crônicas mais prevalentes no município	DAS	10.303.0002.215700
29. Promoção de ações que visem o Uso Racional de Medicamentos	DAS/Assistência Farmacêutica	10.303.0002.215700
30. Implantação da Sala de Cuidados Farmacêuticos	DAS/Assistência Farmacêutica	10.303.0002.215700
31. Ampliação de oferta e qualificação da regulação do acesso aos exames prioritários utilizados para investigação etiológica e seguimento dos pacientes portadores de DCNTs	DAS/DRCA	10.302.0002.215100



Monitoramento e Avaliação



5.MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A proposta de monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde para enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (PMDANT) 2022 a 2030 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).

O monitoramento do PMDANT 2022-2030 deverá ser realizado pelas Diretorias e Coordenadorias responsáveis pelos diferentes objetivos, metas/indicadores e ações do plano. A coordenação desse processo fica a cargo da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVIS), com o apoio da Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG) da SMS. Salienta-se que a comissão do PMDANT também participará desse momento.

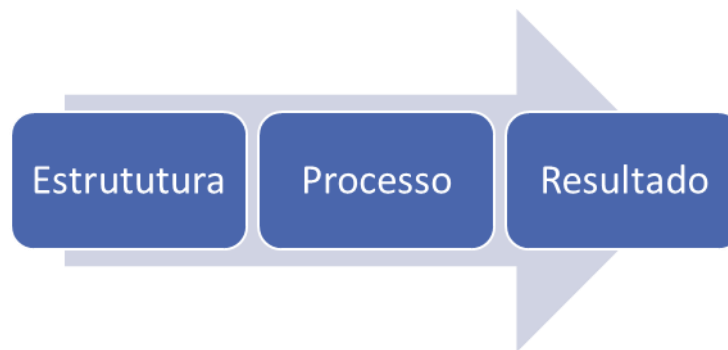
A metodologia adotada para o monitoramento e a avaliação do PMDANT 2022-2030 consiste numa análise quantitativa e qualitativa das ações estratégicas e dos seus respectivos indicadores, com periodicidade quadrimestral (monitoramento no 1º e 2º quadrimestres e avaliação ao final do ano), sendo os resultados compartilhados 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 PMDANT considerará as seguintes categorias:



- a) Estrutura: recursos implementados e organização do sistema;
- b) Processo: serviços ou bens produzidos; e
- c) 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.



Referências Bibliográficas



6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, K.L., PENA, P.G.L., and FREITAS, M.C.S. **Reflexões sobre escolhas alimentares de nutricionistas com obesidade.** In: LIMA, M.A.G., FREITAS, M.C.S., PENA, P.G.L., and TRAD, S., orgs. Estudos de saúde, ambiente e trabalho: aspectos socioculturais [online]. Salvador: EDUFBA, 2017, pp. 109-124. ISBN: 978-85-232-1864-5. <http://doi.org/10.7476/9788523218645.0005>.

BOHRER, Caroline Zimer. **Trabalho noturno: possíveis impactos na vida de profissionais de enfermagem de um hospital do interior do rio grande do sul.** 2020. 52 f. TCC (Bacharel em Enfermagem) – Universidade De Santa Cruz Do Sul - UNISC, Santa Cruz do Sul, 2020. Disponível em:<<https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/2840/1/Caroline%20Zimer%20Bohrer.pdf>. Acesso em 28 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União 20 set 1990; Seção 1:18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.** Diário Oficial União 10 nov 1998; Seção 1:18. [cited 2014 Dec 15]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.htm. Acessado em 17 de Agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 822, de 06 de Junho de 2001. **Instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html. Acesso: 20/05/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Brasília (DF); 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/resolucaocons338/cns.html>. Acessado em 17 de Agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso.** Brasília, DF, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio a saúde da família**. Brasília, DF, 2009. (Série A. Normas e manuais técnicos). (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**– Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7).

BRASIL. Portaria nº 1.601 de 7 de julho de 2011. **Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html . Acesso em: 30/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 874, de 16 de Maio de 2013. **Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**– 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**– Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco – Cadernos de Atenção Básica nº32**. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 19/07/2021. Protocolo Saúde da Mulher - Atenção Básica - Ministério da Saúde –

Brasília, 2016. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 19/07/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 (Cadernos de Atenção Básica, 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS Nº 140**, De 27 de Fevereiro de 2014. Brasília, 2014. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação. **Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 82 p. il. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_diretrizes_basicas_linha_cuidado.pdf. Acesso 16/05/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados / DAET / SAS. **Doença Falciforme: conhecer para cuidar**. 2015. p. 40. Disponível em:
<https://telelab.aids.gov.br/moodle/course/view.php?id=15>. Acesso 19/05/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado farmacêutico na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 4 v.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva:**

instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016a. 92 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**– Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. **Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** 2017. Disponível em: www.bvsms.gov.com.br Acesso em: 30/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAES Nº 1399, de 17 de dezembro de 2019.** Brasília, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/19/PORTARIA-N-1399-DE-17-12-2019-ONCOLOGIA.pdf>.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 05/07/2021.

BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019** [recurso eletrônico]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atlas Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde.** 2020b.

BRASIL. Governo. Secretaria de saúde. **Núcleo de apoio à saúde da família.** Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/nasf/#:~:text=O%20N%C3%BAcleo%20de%20Apoio%20%C3%A0,fam%C3%ADlia%20aos%20problemas%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 27 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão dos Distritos Sanitários de Salvador.** Disponível em : <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/>. Acesso em 26 de Maio.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.** [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 118 p. : il.

BRASIL. Portal Brasil. Saúde. Remédio gratuito. **Programa do Governo Saúde Não Tem Preço**. Disponível em: <https://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/remedio-gratuito>. Acesso em 18 de agosto de 2021.

BRASIL. **Portaria de consolidação Nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html Acesso em: 30/04/2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Informação e gestão da Atenção Básica. **Relatório de cobertura. Cobertura da Atenção Básica 2015-2020**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em: 05 de Maio.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Portaria 2436. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 06 de Maio 2021.

BUTT M, ALI AM, BAKRY MM, MUSTAFA N. **Impact of a pharmacist led diabetes mellitus intervention on HbA1c, medication adherence and quality of life: A randomised controlled study**. Saudi Pharm J. 2016;24(1):40-48. DOI: 10.1016/j.jsps.2015.02.023.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de e PEREIRA, Gilberto Corso. **Estrutura social e organização social do território na Região Metropolitana de Salvador**. Salvador: transformações na ordem urbana - metrópoles: território, coesão social e governança democrática. Letra Capital: Observatório das Metrópoles. Rio de Janeiro, 1. ed., p. 109-140, 2014. Disponível em <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17348/1/Salvador%20-%20Transformac%CC%A7o%CC%83es%20na%20Ordem%20Urbana%20%28Ebook%29.pdf>>. Acesso em 10 jun 2021.

CAVALCANTI, P.C.S.; OLIVEIRA, A.V.N.; SOUSA, M.F. **Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais?** Scielo. Saúde debate 39 (105) Apr-Jun 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002323>. Acesso em: 10 de Jun 2021.

CAZARIM MS, FREITAS O, PENAFORTE TR, ACHCAR A, PEREIRA LRL. **Impact assessment of Pharmaceutical Care in the management of hypertension and coronary risk factors after discharge**. Plos One. 2016;11(6):1-14. DOI: 10.1371/journal.pone.0155204.

CDSS (2010). **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde.

CESSE, Eduarda Ângela Pessoa. **Epidemiologia e Determinantes Sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. Tese de Doutorado. Recife: E.A.P. Cesse, 2007. 296 p.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **A desigualdade no consumo de medicamentos**. Disponível em: <<https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5658&titulo=A+desigualdade+no+consumo+de+medicamentos>>. Acesso em 03 de novembro de 2021.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/pacientes-com-diabetes-tipo-2-ganham-mais-uma-alternativa-de-tratamento-pelo-sus>>. Acesso em 03 de novembro de 2021.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Painel de análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil 2020-2021**. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/>>

DF. Governo do Distrito Federal. Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção Primária à Saúde. **Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde**. Área(s): GCV/DAEAP/COAPS. Portaria SES-DF nº 61 de 21 de fevereiro de 2018. Publicada no DODF nº 37 de 23 de fevereiro de 2018.

DI NUZZO, D. V. P., Fonseca, S. F. **Anemia falciforme e infecções**. *Jornal de Pediatria*, V. 80, n. 5, p. 347- 354, janeiro 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/zRptkT8xVg3d3mzkZ8DKpkh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 28/05/2021.

Diretrizes Brasileiras da Obesidade. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP.

FERRETTI F, Mariani M. **Sugar-sweetened beverage affordability and the prevalence of overweight and obesity in a cross section of countries**. *Global Health*. 2019;15(1):30.

FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/plasau.html>. Acesso em 20 de Maio.2021.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. **Protocolo de Enfermagem – Volume 6: Cuidado à Pessoa com Ferida**. Florianópolis. Julho de 2019. V 1.0.

GARBIN, CAS; DIAS, IA; ROVIDA, TAS; GARBIN, AJI. **Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento**. *Ciência & Saúde Coletiva* 20 (6) • Jun 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>

GOMIDE, MFS; PINTO, IC; FIGUEIREDO, LA de. **Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário**. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. spe2, p. 19-25, 2012.

Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. **Consenso Internacional sobre Pé Diabético**. Tradução de Ana Claudia de Andrade e Hermelinda Cordeiro Pedrosa. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2001.

HOGERZEIL HV, MIRZA Z. **The world medicines situation 2011: access to essential medicines as part of the right to health**. 3.ed. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em : <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18772en/s18772en.pdf>>. Acesso em 19 de Agosto de 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.03782017>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional De Saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INCA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tabagismo. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde,fumantes%20expostos%20ao%20fumo%20passivo>. Acesso em 04 jun. 2021.

JESUS, Eliene dos Santos de e LEAL, Jessidenes Teixeira de Freitas Mendes. **Mortalidade por homicídio de jovens em Salvador (BA): tendências no período de 2005 a 2012**. Bahia anál. dados, Salvador, v. 26, n. 2, p.367-374, jul./dez. 2016. Disponível em <<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/noticias/bahia-analise-dados-saude-na-bahia/>>. Acesso em 21 jun. 2021.

KILSZTAJN, Samuel et al. **Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito e frota de veículos**. Revista de Saúde Pública, v. 35, p. 262-268, 2001.

LOGGETTO S. R., PELLEGRINI-BRAGA J. A., COSTA-CARVALHO BT, SOLÉ D. **Alterações imunológicas em pacientes com anemia falciforme**. Rev Brasileira de Alergia Immunopatologia. São Paulo, V. 22, n. 3, p. 77-82, maio-junho 1999. Disponível em: <http://www.sbai.org.br/revistas/Vol223/anemia.htm>. Acesso: 28/05/2021.

LYRA-JÚNIOR DP, MARCELLINI OS, PELÁ IR. **Effect of pharmaceutical care intervention on blood pressure of elderly outpatients with hypertension**. Rev Bras Ciênc Farm. 2008;44(3):451-457. DOI: 10.1590/S1516- 93322008000300015.

Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.

MALTA DC, LEAL MC, COSTA MFL, MORAIS NETO OL. **Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro**. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(Suplemento 1): 159-67. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/P9KRNmrDxMqVNNLVF53bmRm/?lang=pt&format=pdf> (Acessado em 30 de junho de 2021).

MALTA DC, STOPA SR, SZWARCOWALD CL, GOMES NL, SILVA- -JÚNIOR JB, CHIORO-DOS-REIS AA. **A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Rev Bras Epidemiol. 2015;18(2):3-16. DOI: 10.1590/1980- 5497201500060002.

MALTA, D. C. et al . **Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil 2012.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 23, n. 4, p. 609-622, dez. 2014. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 04 jun. 2021.

MALTA, D.C., ANDRADE, S.S.C.A., OLIVEIRA, T.P., MOURA, L., PRADO, R.R., SOUZA, M.F.M. **Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025.** REV BRAS EPIDEMIOL 2019; 22: E190030.

MALTA, Deborah Carvalho; NETO, Otaliba Libânio de Moraes; JUNIOR, Jarbas Barbosa da Silva. **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 20(4):425-438,out-dez 2011. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002>. Acesso em 26 jul. 2021.

MARIATH B. A. et al. **Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição.** Caderno de Saúde Pública, 23 (4): 897-905, 2007.

MARQUES GQ, LIMA MA. **User's demands to an emergency service and their welcoming in the health system.** Rev Latinoam Enferm. 2007; 15(1):13-9.

MARTINS BPR, AQUINO AT, PROVIN MP, LIMA DM, DEWULF NLS, AMARAL RG. **Pharmaceutical Care for hypertensive patients provided within the Family Health Strategy in Goiânia, Goiás, Brazil.**Braz J Pharm Sci. 2013;49(3):609- 618. DOI: 10.1590/s1984-82502013000300023.

MARTINS P. R. J.; MORAES-SOUZA H, SILVEIRA TB. **Morbimortalidade em doença falciforme.** Rev. Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, Minas Gerais, v. 32, n. 5, p. 378-383, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/yBmHWpGfcLGfrB7VdCLGdTG/?lang=pt&format=pdf> . Acesso 01/06/2021.

MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo et al. **Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, p. 445-459, 2017.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família.** Brasília: OPAS, 2012.

MENGUE, Sotero Serrate et al. **Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil**. Revista de Saúde Pública, v. 50, p. 8s, 2016.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte et al. **A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros**. Trabalho, educação e saúde, v. 15, p. 131-145, 2017.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia e SILVA, Ana Lucia Andrade da. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(3):507-519. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/MT7nmJPPRt9W8vndq8dpzDP/?lang=pt>>. Acesso em 17 jun 2021.

NASRI, Fabio. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein. 2008; 6 (Supl 1): S4-S6. Disponível em <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2021.

NICE. The National Institute for Health and Care Excellence. **Hypertension in adults: diagnosis and management**. Clinical guideline [CG127], Published date: August 2011. Last updated: November 2016.

NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS - Conasems. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf> . Acesso em: 27 de Maio. 2021.

OLIVEIRA EM; SPIRI WC. **Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional**. Revista de Saúde Pública. 2006;40(4):727-733. DOI: 10.1590/s0034- 89102006000500025.

OLIVEIRA SN, RAMOS BJ, PIAZZA M, et al. **Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. Texto contexto** - enferm. 2015;24(1):238-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003390011>.

OLIVEIRA, Max Moura de *et al* . **Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 3, p. 605-616, set. 2017. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300605&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 jun. 2021. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300017>.

OLIVEIRA, Tamires Carneiro; MEDEIROS, Wilton Rodrigues e LIMA, Kenio Costa. **Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015; 18(1):85-94. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/3mqVgMVnD6KftrDDKkXY6yn/abstract/?lang=es>>. Acesso em 29 jun 2021.

OMS. **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>>. Publicado em 09 de dezembro de 2020. Acessado em 18/08/2021.

OMS. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus.** Geneva: WHO, 1999.

OMS. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The top 10 causes of death.** WHO. Geneva: 2020.

PAIM M.B.; KOVALOESKI D. F. **Análise das Diretrizes Brasileiras de Obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofóbica.** Saúde Soc. São Paulo, v.29, n.1, e190227, 2020

PAIVA E SILVA, R. B.; RAMALHO, A. S.; CASSORLA, R. M. S. **A anemia falciforme como problema de Saúde Pública no Brasil.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 54-58, fev. 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/QRjfXSGCW9xMtFXqtyQSKpL/?lang=pt>. Acesso 30/05/2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de diabetes mellitus/SAS** e Ed. Curitiba: SESA, 2018.

PEDROSA, M.E; ZANELLO, V. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental 1 1 Apoio: CNPq . **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online]. 2016, v. 32, n. spe, e32ne214.

PICOLI RM. **Análise de custo efetividade da atenção farmacêutica no tratamento de diabetes mellitus tipo 2.** 2015. 148f. Defesa de mestrado. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Portaria GM/MS Nº 10, de 3 de janeiro de 2017. **Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: www.bvsmms.gov.com.br. Acesso em: 30/04/2021.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza et al. **Saúde e ambiente na favela: reflexões para uma promoção emancipatória da saúde.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 523-543, jul./set. 2015. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/9hdtXtmWYXqmJcTKKCVPG5J/?lang=pt>>. Acesso em 10 jun 2021.

Précoma, D. B. et al. **Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019.** Arq Bras Cardiol. 2019; 113(4):787-891.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida. Diabetes Mellitus.** Versão Profissionais. 1ª Edição. 2013.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida. Hipertensão: Manejo clínico de hipertensão em adultos.** Versão Profissionais. 1ª Edição. 2013.

SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde. 2018-2021. Volume. 1.** Salvador: SMS, 2018.l. 18 p. Disponível em: www.saude.salvador.ba.gov.br . Acesso em: 30/04/2021.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária: Protocolo de Feridas.** Salvador-BA. 2018.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde. **Manual Operacional da Atenção Primária à Saúde.** Salvador-BA. 2018b.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. **Nota Técnica DAS/APS – Novo Coronavírus nº 09**, de 23 de junho de 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde do Santa Catarina. Superintendência de Planejamento e Gestão. Gerência de Atenção Básica. **Linha de Cuidado à pessoa com diabetes mellitus.** 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde do Santa Catarina. Superintendência de Planejamento e Gestão. Gerência de Atenção Básica. **Linha de Cuidado à pessoa com hipertensão arterial sistêmica.** 2019.

SANTA-HELENA ETS, NEMES MIB, ELUF-NETO J. **Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos.** Rev Saúde Públ. 2008;42(4);764-767. DOI: 10.1590/ s0034-89102008000400025.

SANTANA, Leonardo Silvério G. de et al. **Uma análise sobre o crescimento da cidade de Salvador (BA) e os reflexos na segregação socioespacial.** Conj. & Planej., Salvador, n.198, p.61-73, jan./jun. 2020. Disponível em <<https://publicacoes.sei.ba.gov.br/index.php/conjunturaeplanejamento/article/view/254>> . Acesso em 10 jun 2021.

SANTOS, Julianin Araújo e MOTTA, Alda Britto da. **Significados de velhice para mulheres idosas na cidade de Salvador-Bahia, Brasil.** Sexto Congresso Iberoamericano de Psicogerontologia. La Paz, Bolívia. p. 187-197, out. 2015. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Maria-Moreno-Sandoval/publication/326668333_SIGNIFICANTE_Y_MALESTAR_CULTURAL_DE_LA_VEJEZ_UNA_VISION_PSICOANALITICA_VI_congreso_psicogerontologia/links/5b5bff93aca272a2d6707f37/SIGNIFICANTE-Y-MALESTAR-CULTURAL-DE-LA-VEJEZ-UNA-VISION-PSICOANALITICA-VI-congreso-psicogerontologia.pdf#page=185>. Acesso em 29 jun 2021.

SÃO PAULO. **Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.** Apoio Better Hearts, Better Cities, Cuidando do seu coração -- 1. ed. -- São Paulo : 2020.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SEI Demografia. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Envelhecimento da população baiana: desafios acerca da previdência** Salvador: SEI, 2015. 8 p. Disponível em <https://www.sei.ba.gov.br/images/releases_mensais/pdf/demografia/demografia_sei_2015.pdf>. Acesso em 14 jun 2021.

SEMOB, Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana de Salvador. PlanMob Salvador - Plano de Mobilidade Urbana Sustentável. **Relatório Técnico RT06: Diagnóstico da Mobilidade em Salvador.** Salvador, 2017. Disponível em <http://planmob.salvador.ba.gov.br/images/consulte/planmob/PlanMob-Salvador-Relatorio-Tecnico-RT07-_Revisao-11-09--2017-r.pdf>. Acesso em 14 mai. 2021.

SESAB. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Atenção Especializada. **Plano Estadual de Oncologia (2016-2023).** Salvador, 2019.

SICHERI R., SOUZA R.A. **Strategies for obesity prevention in children and adolescents.** Cad Saúde Pública. 2008;24(Suppl 2):S209-23.

SILVA AG Ciênc. Saúde coletiva 26 (4),Abr 2021 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.42322020>.

SILVA, B. L. **As interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: uma problematização necessária.** 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

SILVA, Wellington Souza. **Densidade demográfica.** [S.I.], [2014]. Disponível em <<https://www.infoescola.com/geografia/densidade-demografica/>>. Acesso em 11 jun 2021

SOARES, Caroline Schilling et al. **Debate acerca do novo financiamento da APS: um relato de experiência.** RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, v. 18, n. 2, p. 41-54, 2021.

VILASBOAS, A.L.Q. **Planejamento para gestão municipal em saúde.** Disponível em :<https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/documento/noticias/Folder-planejamento/> . Acesso em: 26 de Maio.2021.

WANG X, OUYANG Y, LIU J, ZHU M, ZHAO G, BAO W, HU FB. **Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies.** BMJ 2014; 349:g4490.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation.** Geneva: WHO; 2003. 2. World Health Organization (WHO). **GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases** 2014. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf;jsessionid=64F496BC5E1D44117598E419BD0FBFBC?sequence=1(Acessado em 30 de junho de 2021).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) World Food Programme, UNICEF. **Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency: multiple vitamin and mineral supplements for pregnant and lactating women, and for children aged 6 to 59 months** [Internet]. Geneva: WHO; 2007. [acesso em 2021]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/WHO_WFP_UNICEFstatement.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 p. 176. 4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 148).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Obesity and overweight**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 26/04/2021.



Apêndices



APÊNDICE A – Problemas identificados na ASIS referente as DCNT

PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA ASIS
Determinantes Sociais
Concentração dos indivíduos na faixa etária de 30 a 69 anos nos DS Cabula/Beiru, Barra/Rio Vermelho e Subúrbio Ferroviário.
Maior densidade demográfica na faixa etária de 30 a 69 anos nos DS Liberdade, DS Itapagipe.
72% das mortes por homicídio e intervenção legal entre 2005 e 2012, de jovens negros na faixa etária de 15 a 29 anos, residentes nos DS Cabula/Beiru, Subúrbio Ferroviário e São Caetano/Valéria.
Redução de população idosa nas faixas etárias de 60 a 69 anos, em relação a faixa etária de 50 a 59 anos.
Identificadas 267.174 pessoas idosas (9,2% da população geral), das quais 61,4% são mulheres.
IDHM Homens (0,735) menor que o IDHM Mulher (0,794).
O IDHM segundo raça/cor, menor para negros (0,664) que para brancos (0,787).
Mulheres negras apresentam maior percentual (38,7%) de PEA, no entanto, apresenta baixas taxas de ocupação (36,5%) na PEA.
Crescimento na taxa de analfabetismo, passando de 3% (2018) para 4% (2019).
Percentual de 25,7% de pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (2010).
Fatores de Risco e de Proteção para DANT
Aumento da frequência de tabagismo de 25,9% em 2020, em relação à 2019 (Vigitel).
Aumento de 5,97% entre 2013 e 2019 no percentual de adultos que fumam cigarros em Salvador (PNS).
Aumento da frequência de tabagismo de 68,6% entre as mulheres, passando de 3,5% (2019) para 5,9% (2020) (Vigitel)
Aumento de 21,53% de fumantes passivos no domicílio entre 2013 (6,5%) e 2019 (7,9%) (PNS).
Aumento no fumo passivo no trabalho entre os homens, passando de 7,4% (2019) para 8,3% (2020).
Aumento da frequência de obesidade (IMC $\geq$ 30kg/m ²) de 72,1%, passando de 11,1% (2010) para 19,1% (2020), com um incremento de 97,5% em homens.
Aumento da prevalência total de obesidade em pacientes atendidos na APS de 31,88% (2015) para 35,46% (2020) (SISVAN).
Aumento de 9,12% de baixo peso em idosos, passando de 14,02% (2015) para 15,30% (2020).
Fragilidade na coleta de dados de alimentação e nutrição pelo SISVAN e pouca integração com o Sistema Vida.
Aumento da frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas de 22,3% (2017) para 27,2% (2020), com aumento de 32% (2010) para 34% (2020) em homens (Vigitel).
A frequência de adultos que referiram conduzir veículos motorizados após o consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica aumento de 1,3% (2010) para 3,4% (2020) (Vigitel).
Aumento do consumo de álcool cresceu 25%, de 22,4% (2013) para 28% (2019) (PNS).
Aumento de 48,3% na frequência de adultos que praticam atividade física no tempo livre, passando de 26,7% (2013) para 39,6% (2019) (PNS).
Aumento de 47,7% na frequência de adultos que praticam atividade física no tempo livre,

passando de 28,3% (2011) para 41,8% (2020) (Vigitel).
Salvador se encontra entre as quatro capitais brasileiras com menor consumo de frutas e hortaliças (24,7%), sendo menor em homens, apesar do aumento de 8,8% no consumo entre 2010 e 2020 (Vigitel).
Salvador apresenta baixo consumo regular de frutas e hortaliças, passando de 25,6% (2013) para 28,9% (2019) (PNS).
Mortalidade Geral e Prematura
Indivíduos do sexo masculino apresentam taxa de mortalidade geral 37% mais elevada que o sexo feminino.
Aumento de 22,8% de mortalidade por Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.
Aumento de 6,1% mortalidade por Causas externas.
Aumento de 489% mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em 2020.
Maiores crescimentos da taxa de mortalidade prematura nos DS Itapuã (38,71%), Centro Histórico (18,98%) e Cajazeiras (11,35%).
Taxa de mortalidade prematura por doenças hipertensivas com aumento de 44,6% em 2020* (16,97) em relação a 2019 (11,74).
Aumento de 155,6% da taxa de mortalidade prematura por insuficiência cardíaca e 8,94% por doenças cerebrovasculares, entre os anos de 2017 e 2020.
Mortalidade Específica
População negra representou cerca de 75% dos óbitos na população geral por doenças do aparelho circulatório.
IAM responsável por 69% das mortes por doenças isquêmicas do coração na pop de 30 a 69 anos.
AVC responsável por 74,51% de óbitos por doenças cerebrovasculares na pop de 30 a 69 anos
Maior taxa de mortalidade prematura por Câncer de mama, pulmão, estômago e fígado.
Aumento de 30,8% nas mortes prematuras por Câncer de mama, de 2010 para 2019.
Aumento de 34% nas mortes prematuras por Câncer de fígado, de 2010 para 2019.
Mortalidade prematura por Câncer de pulmão 3,7% superior em 2020, em relação a 2019.
Aumento de 84,4% da mortalidade por Ca de Colo do útero em mulheres, de 2010 a 2019.
Aumento progressivo da mortalidade proporcional por Ca de mama em mulheres.
Aumento progressivo da mortalidade proporcional por de colo do útero em mulheres.
Crescimento de 96,4% na mortalidade prematura por neoplasias de próstata em homens, de 2010 a 2019.
Crescimento de 55,9% na mortalidade prematura por neoplasias de fígado, de 2010 a 2019.
Crescimento de 26% na mortalidade prematura por neoplasias do esôfago em homens, de 2010 a 2019.
Crescimento de 16,44% na mortalidade prematura por DPOC/Enfisema, de 2010 a 2019.
61,2% de óbitos prematuros por DPOC/Enfisema pulmonar foram no sexo masculino e 59,9% por Asma no sexo feminino.
Aumento de 5,39% na mortalidade prematura por DM em homens.
Homicídios representam a maior taxa entre as causas externas, com redução entre 2010 a 2014 e em 2016 e 2019, voltando a crescer em 2020.
Maiores médias da taxa de mortalidade por homicídios em adultos jovens (20 a 29 anos) com 113,1/100.000 hab, seguido por adolescentes (10 a 19 anos) com 67,2/100.000 hab.
Maior percentual de óbitos por homicídios nos distritos São Caetano/Valéria (17,89%), Subúrbio Ferroviário (15,59%), Cabula-Beirú (12,56%).
Taxa de mortalidade na população masculina 13,14 (2012) a 16,93 (2016) maior que na população feminina.

Aumento de 1822,7% de notificações de lesão autoprovocadas (autoagressões e tentativas de suicídio), entre 2010 e 2019.
Taxa média de crescimento de 1,85% ao ano de mortalidade por suicídio, entre 2010 e 2020.
Mortalidade proporcional por quedas em idosos de 33,15% entre as causas externas.
População idosa masculina com risco de morte por queda 74,5% maior que a população idosa feminina.
50% de mortes por queda na faixa etária de 80 anos ou mais.
66% de mortes por queda de mesmo nível em idosos.
Maior mortalidade por queda em idosos no distrito Barra/Rio Vermelho.
População masculina apresenta risco de morte por acidente de trânsito 5 vezes maior que feminina.
Adultos jovens (20 a 29 anos) e adultos (30 a 59 anos) correspondem a uma média de 73% das mortes por acidente de trânsito.
Maior concentração com vítimas de trânsito fatais no final da tarde entre às 16:00 e 19:59, e nos horários de 22:00 às 23:59 e 02:00 às 03:59 da madrugada.
Baixo preenchimento do campo específico da DO que relaciona o óbito por causas externas ao acidente de trabalho.
Padrão de tendência de crescimento médio de 6,41% ao ano, entre 2010 e 2019, da taxa de mortalidade por DF.
45,8% de óbitos por DF na faixa de 20 a 39 anos, nos anos de 2010 a 2020.
87,1% dos óbitos por DF em pretos e pardos.
DS Itapagipe e Liberdade com maiores médias de taxas de mortalidade por DF e maior número de óbitos nos DS Cabula/Beirú, Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria e Itapagipe.
Morbidade: Internações Hospitalares
17% das internações de 30 a 69 anos foram por neoplasia maligna da mama e 6,9% por neoplasia maligna da próstata.
Aumento de 6,7% da taxa de internação por neoplasia maligna de mama em mulheres, entre 2010 e 2020, com tendência de crescimento.
Aumento da taxa de internação em mulheres por neoplasia maligna do cólon, de traqueia, brônquios e pulmões e do reto, com incremento de 89,7%, 53,5% e 2,8%, respectivamente, entre 2010 e 2020.
Aumento de 23,5% da taxa de internação por neoplasia de próstata na faixa etária de 30 a 69 anos, no período de 2010 a 2020, com tendência de crescimento.
Hipertensão essencial (primária – I10) corresponde a 86,3% das internações por doença do aparelho circulatório.
Taxa de internação por Hipertensão essencial na faixa etária de 30 a 69 anos apresentou redução desde 2015, tendo reduzido 58,8% no período de 2010 a 2020.
IAM representa 50% das internações por doenças isquêmicas do coração, com tendência de crescimento das internações ao longo dos anos, com média de crescimento de 7,93% ao ano (considerando o período de 2010 a 2019).
AVC é responsável por 74,8% das internações por doenças cerebrovasculares, considerando o período de 2010 a 2020.
Aumento de 95,7% da taxa de internação por AVC na faixa etária prematura, com média de 10,37% de crescimento ao ano (entre 2010 e 2019).
59,3% das Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares (I70-I79) ocorreram na faixa etária de 30 a 69 anos.
Tendência crescente da taxa de internação hospitalar por Aterosclerose (I70), com

crescimento de 231% entre 2010 e 2019.
Crescimento de 56% na taxa de internação por embolia e trombose arterial, entre 2010 e 2020.
Má qualificação do preenchimento e ausência de filtro para monitoramento de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP): Embolia e trombose de artérias dos membros inferiores (I743) e Aterosclerose das artérias das extremidades (I702).
Crescimento de 63,7% na Taxa de Internação por DM na faixa etária de 30 a 69 anos entre 2010 e 2020.
Aumento de 56,5% do total de amputações de membros inferiores, pé e tarso e dedos, entre os anos de 2016 e 2019.
Aumento de 96,6% das internações em que foi realizado o tratamento de pé diabético complicado.
Aumento de 83,2% de amputações de MMII, pé e tarso e dedos em pacientes com diabetes entre 2019 e 2020, e de 140,7% entre os anos de 2018 e 2020.
72,4% das internações por Insuficiência Renal ocorreram na população de 30 a 69 anos, com elevação de 100,9% nas internações hospitalares no período de 2010-2020.
Aumento de 104% da taxa de internação por queda em idosos entre 2010 e 2020.
Aumento de 93,4% das taxas de internação hospitalar por acidentes de trânsito no período de 2010 a 2019.
Motociclistas e pedestres apresentam média de 55% e 30%, respectivamente, de todas as internações por acidentes no trânsito no período de 2010 a 2020.
Bronquite, Enfisema e DPOC (J40-J44) apresentaram aumento de 4,8% da taxa de internação hospitalar na população de 20 anos ou mais.
Taxa de internação por Bronquite, Enfisema e DPOC (J40-J44) é 9,5 vezes maior na faixa etária de 70 anos ou mais, em relação à população geral.
Aumento de 21,16% da taxa de internação hospitalar por Asma na faixa etária até 19 anos, entre 2010 e 2019.
Taxa de internações por doenças falciforme com tendência de crescimento entre os anos de 2010 e 2014, voltando a elevar-se no ano de 2019.
Predomínio de internações por DF em crianças de 01 a 04 anos, menores de 10 anos e adolescentes com taxas médias de 43,7, 35,3 e 14,5 por 100 mil habitantes, respectivamente.
26,3% dessas internações por transtornos mentais e comportamentais são devido ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas (F10-F19).
Aumento de 27,1% entre 2014 e 2019 da taxa de internação hospitalar por transtornos mentais e comportamentais.
Morbidade: Internações nas UPAs
21,81% das internações nas UPAs como causa principal um dos quatro principais grupos de doenças crônicas.
Aumento de 6,1% de internações por doenças circulatórias entre 2015 e 2019, mantendo tendência de crescimento em 2021.
Aumento de 51,7% do total de internações nas UPAs por doenças respiratórias crônicas entre 2015 e 2019.
Aumento de 95,8% no número de internações por doenças hipertensivas (I10-I15) e de 75,49% nas internações por hipertensão essencial primária (I10) nas UPAs de gestão municipal, no período de 2015 a 2019.
Aumento de 31,2% de internações por Diabetes Mellitus entre os anos de 2015 e 2018.
Aumento de 100% de internações por causa externas entre 2015 e 2019.
Aumento de mais de 20% dos casos de internação por tentativa de suicídios entre os anos

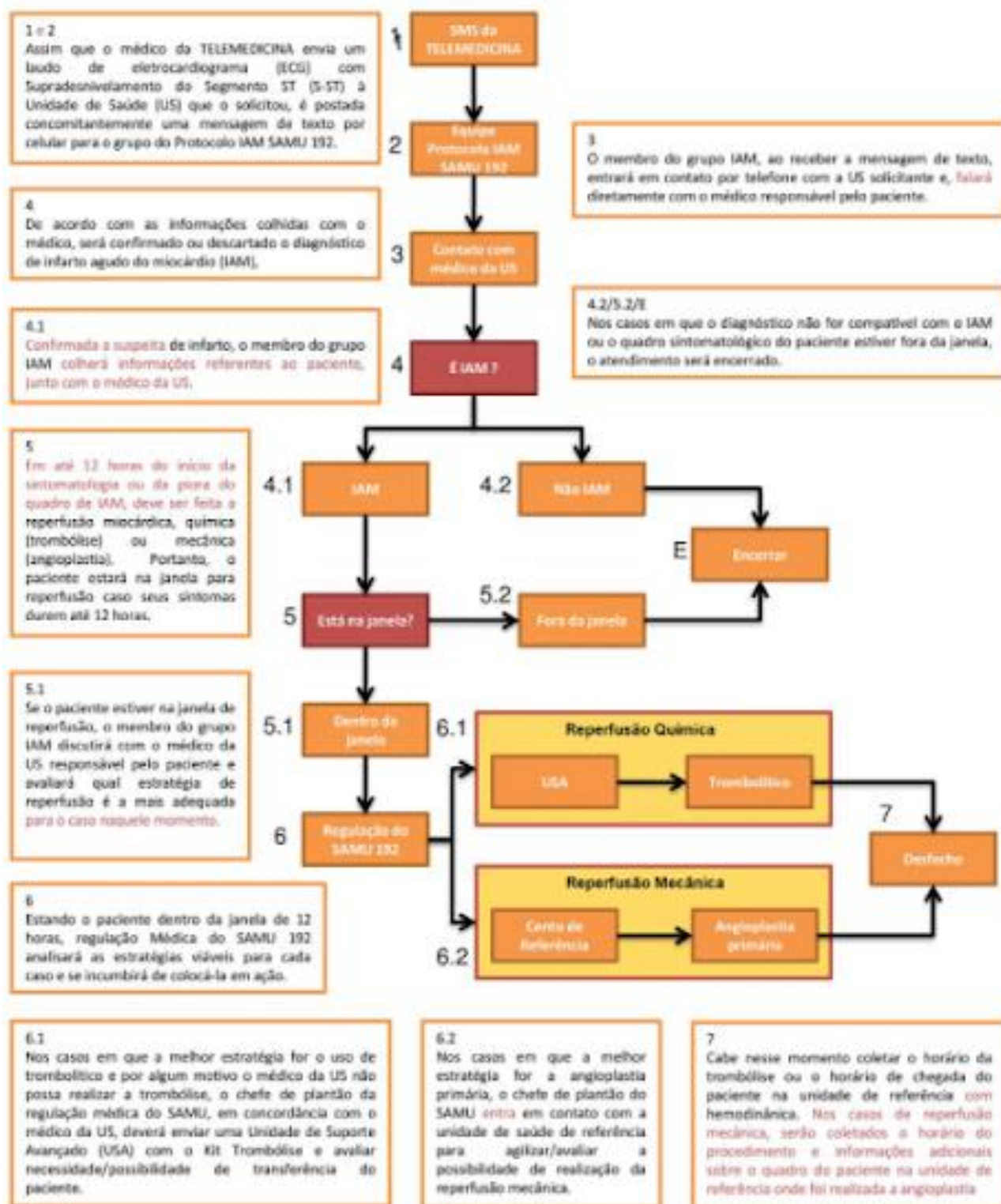
de 2019 e 2021.
Aumento de 17 vezes o número de casos de internações nas UPAs por homicídios no ano de 2019, em relação ao ano anterior.
Aumento de 67,4% de internações por transtornos mentais e comportamentais nas UPAs entre os anos de 2015 e 2019.
Caracterização da Rede de Saúde
Inconsistência na transferência de informações de indicadores de saúde entre a Secretária Municipal de Saúde e Ministério da Saúde.
Indisponibilidade de dados sobre o quantitativo de pacientes com Insuficiência Cardíaca e Doença Arterial Coronariana atendidos e acompanhados pela atenção primária.
Apenas 21,4% do total de pacientes hipertensos estão cadastrados ou vinculados aos serviços de atenção primária em 2020.
Oferta de atendimento médico de apenas 21,8% do necessário para acompanhamento individual dos pacientes hipertensos cobertos pela APS, em 2019, tendo em vista a capacidade instalada de serviço.
Oferta de atendimento de enfermagem de apenas 4,8% do necessário para acompanhamento individual dos pacientes hipertensos cobertos pela APS, em 2019, tendo em vista a capacidade instalada de serviço.
Queda do número de visitas domiciliares aos pacientes hipertensos pelos Agentes Comunitários de Saúde entre 2019 e 2020.
Apenas 22,5% do total de pacientes que referiram que tem Diabetes Mellitus está cadastrado e vinculado a serviços de atenção primária.
Oferta de atendimento médico de aproximadamente 25,2% do necessário para atendimento individual dos pacientes diabéticos cobertos pela APS, em 2019, tendo em vista a capacidade instalada de serviço.
Oferta de atendimento de enfermagem de 11,2% do necessário para atendimento individual dos pacientes diabéticos cobertos pela APS, em 2019, tendo em vista a capacidade instalada de serviço.
Registros de avaliações do pé diabético no prontuário eletrônico realizados em 2019 correspondem apenas a aproximadamente 2,8% do total de consultas médicas e de enfermagem em que a condição DM foi avaliada por marcação de campo rápido, em 2019.
O maior percentual do pacientes com alguma doença renal não estão cadastrados nos serviços de atenção primária à saúde.
Ausência de dados sobre perfil, quantitativo ou percentual de pacientes portadores de Doença Renal Crônica que foram atendidos ou são acompanhados na APS.
Apenas 45,1% do total de unidades de atenção primária tem postos de coleta de exames laboratoriais.
Aumento de 4320,9%, 622%, 149% e 113,6% de solicitações de Nefrologia, Hematologia, Mastologia e Angiologia/Cirurgia vascular, respectivamente, entre os anos de 2015 e 2020.
Aumento da abstenção nas consultas de Endocrinologia no ano de 2020.
Oferta menor que a necessária de consultas médicas em todas especialidades analisadas (Oftalmologista, Cardiologista, Pneumologista, Endocrinologista e Metabologista, Urologista, Mastologista, Angiologista ou Cirurgião Vascular, Hematologista, Neurologista, Psiquiatra, Nefrologista, Cirurgião Cardiovascular), no ano de 2019.
Aumento progressivo de abstenção de exames de teste ergométrico e holter de 24h a partir de 2017.
Aumento da abstenção dos exames de ecocardiograma e cintilografia miocárdica a partir de 2018.
Indisponibilidade de oferta para a população municipal de ultrassonografia Doppler

Colorido de Vasos Agendados, com uma oferta de 66,9% em relação ao total exames necessários para as pessoas com doenças crônicas da população municipal, no ano de 2019
Oferta de exames de espirometria com prova broncodilatadora equivalente apenas a 1,4% do total de exames necessários para atendimento de toda população alvo do município
Aumento progressivo do percentual de abstenção de exames de mamografia de rastreamento a partir de 2017.
Dificuldade de acesso aos medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos de forma gratuita entre os DS por incompatibilidade na proporção de habitantes/farmácia, exceto nos DS Barra Rio Vermelho e Subúrbio Ferroviário.
Desabastecimento de medicamentos para tratamento de hipertensão e doenças cardiovasculares em alguns meses do ano de 2020.
Aumento de manifestações relacionadas à dificuldade de acesso às Unidades de Saúde da Família (USF) e às visitas domiciliares por equipes de atenção primária, no período de 2015 a 2020
Manifestações de dificuldade de acesso a consultas especializadas de Oftalmologia, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, Angiologia e Cardiologia.
Aumento das manifestações de dificuldade de acesso a exames de Ecocardiograma e MAPA, em 2019.
Aumento nas manifestações relacionadas à dificuldade de acesso à tomografia de crânio, cabeça e coluna vertebral, entre os anos de 2015 e 2018.

ANEXO I – PROTOCOLO CLÍNICO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO



FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO IAM SAMU 192 SALVADOR-BA.



ANEXO II – PROTOCOLO CLÍNICO DE BLOQUEIO ATRIOVENTRÍCULAR TOTAL

PROTOCOLO BLOQUEIO ATRIOVENTRÍCULAR TOTAL Rede de Urgência do Município de Salvador



INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS

COMORBIDADES PRÉVIAS:

- HAS, DM, IAM, AVC, IC, DRC, arritmias, doença de Chagas.

USO DE MEDICAMENTOS:

- betabloqueadores, bloqueadores de canal de cálcio, digitálicos, amiodarona e outros antiarrítmicos – dose utilizada e última horário de utilização.

BUSCAR EXAMES ANTIGOS DO PACIENTE:

- Ecocardiograma, ECG, Holter 24h, Teste Ergométrico

MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO

- Manter o paciente monitorizado e fazer a analgesia adequada;
- Instalar as pás adesivas e selecionar modo de estimulação;
- Aumentar a carga até captura do estímulo.

OU

DROGAS VASOATIVAS (DOPAMINA OU ADRENALINA)

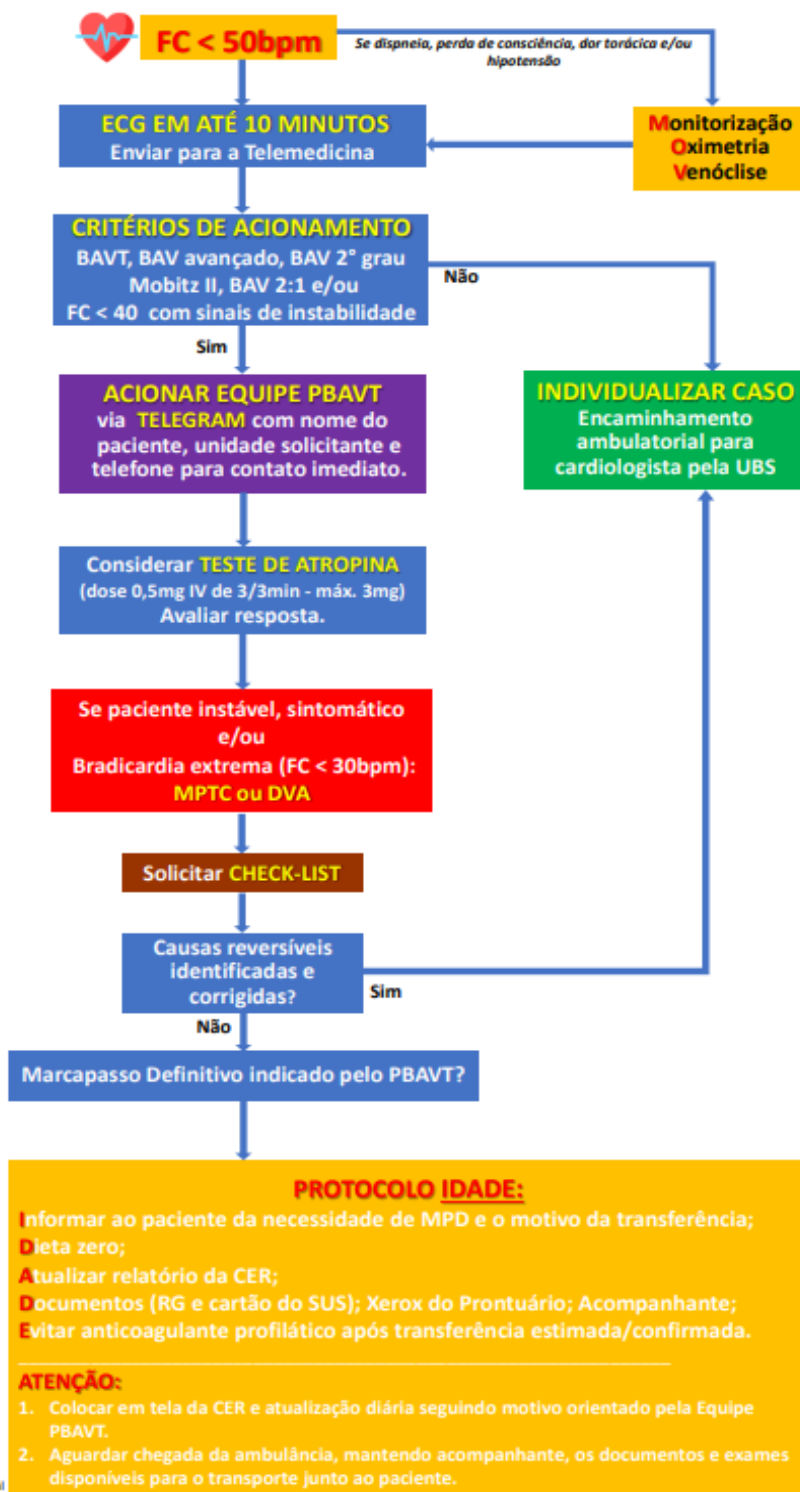
- Dopamina - 2 a 10 mcg/kg/min IV em BIC
5 amp. (250mg) + 200 ml SF -> 1ml = 1.000 mcg / Ex.60kg: -> BIC: 8ml/h = 2mcg/kg/min
- Adrenalina - 2 a 10 mcg/min IV em BIC
2 ampolas (2mg) + 250 ml SF -> 1ml = 8 mcg BIC: 15ml/h = 2mcg/min

CHECK-LIST DE EXAMES

- Troponina, CKMB e CPK
- Hemograma
- Na, K, Mg, HGT
- TP/RNI (se uso de anticoagulante)
- Creatinina e Urela
- Sumário de urina
- Radiografia de tórax

LEGENDA:

AVC = Acidente vascular cerebral	FC = Frequência cardíaca
IAV = Bloqueio átrio ventricular	HAS = Hipertensão arterial sistêmica
BIC = Bomba de infusão contínua	IAM = Infarto agudo do miocárdio
CER = Central Estadual de Regulação	IC = Insuficiência Cardíaca
DRC = Doença renal crônica	MPD = Marcapasso definitivo
DVA = Droga vasoativa	MPTC = Marcapasso transcutâneo
ECG = Eletrocardiograma	SUREM = Sistema de regulação estadual
ECO = Ecocardiograma	





www.saude.salvador.ba.gov.br



@saudesalvador



@smssalvador



@smssalvador

**Secretaria da
Saúde**



SALVADOR
PREFEITURA

PRIMEIRA CAPITAL DO BRASIL