



Prefeitura Municipal de Salvador

Secretaria Municipal de Saúde

# **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**

**Versão Preliminar**

Salvador, 2014



PREFEITO

**Antônio Carlos Peixoto Magalhães Neto**

VICE-PREFEITO

**Célia Sacramento**

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

**José Antônio Rodrigues Alves**

SUBSECRETÁRIA DE SAÚDE

**Maria Lucimar Lira Rocha**

Assessoria de Gabinete  
**Rosa Virgínia Rosemberg Oliveira Fernandes**

Assessoria de Gabinete  
**Silvia Pimentel**

Assessoria de Comunicação  
**Lélia Dourado**

Diretoria Geral de Vigilância da Saúde  
**Érica Luciana Lago de Carvalho**

Diretora Geral de Atenção à Saúde  
**Luciana Peixoto**

Diretoria Geral de Regulação, Controle e Avaliação  
**Marta Rejane Montenegro Batista**

Diretoria Geral de Acompanhamento das Ações  
**Nestor José Maria Neto**

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

Coordenadoria Administrativa  
**Armando Lessa**

Coordenadoria Executiva do Fundo Municipal de Saúde  
**Jerônimo Souza de Cerqueira**

Auditoria  
**Viviane Nobre**

Ouvidoria em Saúde  
**Sara Arêas**

Distrito Sanitário Centro Histórico  
**Raimundo Messias Leal de Carvalho**

Distrito Sanitário Itapagipe  
**Ana Karina Dunham Monteiro**

Distrito Sanitário São Caetano Valéria  
**Jorge Luís de Almeida do Santos**

Distrito Sanitário Liberdade  
**Maria Regina Santos de Oliveira**

Distrito Sanitário Brotas  
**Maomé Siilid Martina Alves**

Distrito Sanitário Barra Rio Vermelho  
**Louricea de Cerqueira Daltro**

Distrito Sanitário Boca do Rio  
**Francisco Souza Filho**

Distrito Sanitário Itapuã  
**Ana Cláudia Santana da Luz**

Distrito Sanitário Cabula Beirú  
**Glaúcia Maria Dultra Deiró Torres**

Distrito Sanitário Pau da Lima  
**Josélia Carmen Bouzon Sande**

Distrito Sanitário Cajazeiras  
**Simone Cruz de Barros**

Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário  
**Adriana Santos de Almeida Santana**



### **Elaboração<sup>1</sup>**

Alcione Santos da anunciação – Assessora Técnica

Ana Carina Dunham Monteiro – Representante dos Distritos Sanitários

Ana Paula Freire Cruz – Representante da Diretoria Geral de Atenção à Saúde

Humberto Costa – Conselheiro Municipal de Saúde

Maria de Fátima Carvalho de Oliveira – Assessora Técnica

Maria do Socorro Farias Chaves – Representante da Diretoria Geral de Vigilância da Saúde

Melícia Maria da Conceição Silva Reis Goes – Representante da Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde

Nestor José Maria Neto – Diretoria Geral de Acompanhamento das Ações

Vanda Maria Anselmo dos Santos Machado – Representante da Diretoria Geral de Regulação, Controle e Avaliação

---

<sup>1</sup> Comissão responsável pela elaboração do PMS 2014-2017, conforme Portaria N° 359/2013 (DOM 07-09/09/2013).

**Equipe Técnica do Planejamento**

Alcione Santos da Anunciação  
Darlene Silva de Souza  
Dulcelina Anjos do Carmo  
Larissa Melo Santiago  
Maria de Fátima Carvalho de Oliveira  
Renata Cabral Ventura  
Rosa Virgínia de Oliveira Fernandes

**Equipe Técnica de elaboração da Análise de Situação de Saúde**

Ana Paula Barbuda  
Enio Soares  
Ivonete Silva Santos  
Larissa Melo Santiago  
Marcela Almeida Muhana  
Rita de Cassia Nery Cal  
Joselina Soeiro  
Marcela Muhana  
Marcio Pires  
Maria de Fátima Santos  
Maria do Socorro Farias

**Equipe Técnica de elaboração da Análise dos Serviços de Saúde**

Adriana Cerqueira de Miranda  
Alcione Santos da Anunciação  
Aline Ribas Florêncio  
Anderson Lima Rôla  
Daniela de Jesus Alcântara  
Daniele Canavarro  
Edlair Maria Cunha Barbosa Costa  
Edsaionara Pinho Martins  
Francesca de Brito  
Maria da Conceição Oliveira de Sousa  
Maria de Fátima Carvalho de Oliveira  
Matheus Pereira de Freitas  
Neuzair Viana  
Tarcísio Oliveira Silva  
Tereza de Paula Costa  
Tiza Mendes  
Vanda Maria Anselmo dos Santos Machado  
Lidice Paraguassu  
Luciene Maria Costa  
Karina Queiroz

**Equipe Técnica de elaboração da Análise de Gestão da Saúde**

Dulcelina Anjos do Carmo  
Jerônimo Souza de Cerqueira  
Humberto Costa  
Maria do Socorro Tanure  
Melícia Maria da Conceição Silva Reis Goes  
Sara Arêas  
Viviane Nobre

**Equipe Técnica de Avaliação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013**

Darlene Silva de Souza  
Gerusa Silva Santos  
Renata Cabral Ventura

## **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **I – Representantes do Governo**

Secretária Municipal de Saúde – SMS  
Conselheiro e Secretário Geral José Antônio Rodrigues Alves  
Conselheiro Nestor José Maria Neto

Secretaria de Promoção Social e combate à Pobreza – SEMPS  
Conselheiro Lidiane Bastos Seixas

Ministério da Saúde – MS  
Conselheira Maria Laura Fontes Silva  
Conselheiro Ednézio Oliveira de Jesus

Secretária da Saúde do Estado da Bahia – SESAB  
Conselheiro André Castro Alonso Filho  
Conselheiro Alan Silva Reis

### **II – Prestadores de Serviços de Saúde**

#### **Prestadores Privados**

Federação Baiana de Saúde – FEBASE  
Conselheiro José Sandoval Leal Santos  
Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado da Bahia - SINDHOSBA  
Conselheira Elza de oliveira Araújo

#### **Prestadores Filantrópicos**

Hospital São Rafael  
Conselheiro André Luís Alonso Cunha  
Pró Saúde  
Conselheiro Carlos Alberto de Lima Pinto

### **III – Profissionais de Saúde**

Associação dos Agentes de Combate as Endemias de Salvador – AACES  
Conselheiro Enádio Nunes Pinto  
Conselheiro Cleber Mascarenhas Bisbo

Associação Municipal de Saúde de Nível Universitário de Salvador – AMSNU  
Conselheiro Humberto Costa  
Conselheira Isolda Souza Cardoso

Conselho Regional de Odontologia da Bahia – CROBA  
Conselheiro Francisco Xavier Paranhos Coelho Simões  
Conselheiro Mateus Araújo Ribeiro Dias

Sindicato dos Servidores da Prefeitura Municipal do Salvador – SINDSEPS  
Conselheiro Everaldo Alves de Oliveira Braga  
Conselheiro Rafael Gomes Ramos

Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia – SINDSAÚDE/BA  
Conselheiro e Vice-presidente Dijalma Bastos Rossi  
Conselheira Tereza Cristina Bonfim de Jesus Deiró

Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia – SINDIMED  
Conselheira Maria do Carmo Ribeiro e Ribeiro  
Conselheira Maria do Socorro M. de Campos

### **IV – Usuários de Serviços de Saúde**

#### **Entidades de Associações de Bairros, Associações Comunitárias e de Moradores**

Núcleo de Apoio ao Desenvolvimento de Pirajá  
Conselheiro Fábio Ferreira de Jesus  
Conselho de Moradores do Alto do Cruzeiro do Bairro de Cosme de Farias – CO-MACCF  
Conselheiro e Presidente Antônio Marcos Almeida Sampaio

**Entidades de Idosos, Aposentados e Pensionistas**

Pastoral do Idoso da Paróquia São Daniel Comboni – SUSSUARANA  
Conselheiro José Silvino Gonçalves dos Santos  
Federação das Associações de Aposentados, Pensionistas e Idosos – FEASAPEB  
Conselheira Guilhermina Maria Souza Oliveira

**Entidades do Movimento Étnico Racial**

Instituto Kutala N'LeekE  
Conselheiro Marcos Antônio Almeida Sampaio  
União de Negros pela Igualdade Racial – UNEGRO  
Conselheiro Adson Bezerra Lima

**Entidades de Portadores de Neuropatologia e Transtornos Mentais**

Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Sistema de Saúde Mental de Estado da Bahia – AMEA  
Conselheiro Josueliton de Jesus Santos  
Conselheiro Célia Silva Pereira

**Entidades de Portadores de Doenças Ocupacionais**

Centro de Estudo, Prevenção e Apoio aos Portadores de LER/DORT  
Conselheira Justina Santana da Silva  
Conselheiro Ilton Reis Fahning

**Entidades de Portadores de Patologias**

Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer – NAS-PEC  
Conselheira Kátia Medrado dos Santos Baldini  
Grupo Vontade de Viver  
Conselheiro Aristótelis Vigas de Almeida

**Entidades Religiosas**

Ação Social Arquidiocesana – ASA  
Conselheiro Pe. José Jorge Brito de Souza  
Pastoral Carcerária da Ação Social Arquidiocesana  
Conselheira Maria José Ferreira da Silva

**Entidades do Movimento de Mulheres**

União Brasileira de Mulheres – UBM  
Conselheira Graça Maria Costa  
Sociedade Beneficente, Recreativa e de Defesa dos Moradores de Castelo Branco e Adjacências  
Conselheira Elsa Costa Pinto

**Entidades de Crianças, Jovens e Adolescentes**

Sociedade 1º de Maio de Novos Alagados  
Conselheiro e Secretário Adjunto Antônio Carlos Lima Santana  
Conselho Comunitário Jovens em Ação  
Conselheiro Edmilson Silva Cruz

**Entidades Congregadas de Sindicatos, Centrais Sindicais, Confederações e Federações de Trabalhadores Urbanos e Rurais**

Central Única dos Trabalhadores – CUT/BA  
Conselheira Alena e Silva de Oliveira  
Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Siderúrgicas, Mecânicas, Automobilísticas e de Autopeças, de Material Elétrico e Eletrônico, de Informática e de Empresas de Serviços de Reparos, Manutenção e Montagem do Estado da Bahia – FETIM/BA  
Conselheiro Manoel Vitor de Jesus

**Entidades do Movimento Estudantil**

Diretório Central de Estudantes da UNIFACS  
Conselheira Lumena Aleluia



## **Agradecimentos**

Aos profissionais e trabalhadores do nível central e distrital que na militância por um Sistema Único de Saúde Municipal não envidaram esforços na construção desse Plano.

Aos coordenadores e subcoordenadores distritais pelo apoio, entusiasmo e mobilização junto à comunidade nos momentos de realização das oficinas distritais.

A professora Carmem Teixeira pelos momentos de orientação e atenção disponibilizada a equipe técnica de planejamento da SMS na elucidação de dúvidas.

Aos colaboradores Ana Emília Oliveira de Andrade, Clarissa Campos, Cristina Melo, Eloísa Bastos, Ênio da Silva Soares, Estevão Toffoli Rodrigues e Maria Cristina Camargo pela disponibilidade, dedicação e contribuição na seleção dos indicadores utilizados na Avaliação do Plano Municipal de Saúde (2010-2013).

Ao Conselho Municipal de Saúde e os diversos representantes da sociedade civil organizada pela participação e defesa por um Sistema Único de Saúde universal, integral e resolutivo.

Ao condutor Hamilton Santos Amparo pela alegria, ajuda e paciência dedicada em todas as oficinas.

A equipe técnica de planejamento da SMS pelo carinho, trabalho, competência e dedicação disponibilizada à construção deste Plano.

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AB – Atenção Básica  
ACE – Agente Comunitário de Endemia  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AF – Assistência Farmacêutica  
APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade  
ASCOM – Assessoria de Comunicação  
ASTEÇ – Assessoria Técnica  
AUDITORIA – Componente Municipal de Auditoria da SMS  
CAD – Coordenadoria Administrativa  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CCZ – Centro de Controle de Zoonoses  
CDRH – Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos  
CDS – Conselho Distrital de Saúde  
CEO – Centro de Especialidade Odontológica  
CER – Centro Especializado em Reabilitação  
CEREST – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador  
CF – Constituição Federal  
CGMR – Colegiado de Gestão Microrregional  
CIES – Comissão de Integração Ensino em Serviço  
CIMS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde  
CLS – Conselho Local de Saúde  
CMR – Central Municipal de Regulação  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CMUE – Coordenadoria Municipal de Urgência e Emergência  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
COAPS – Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde  
COSAM – Coordenadoria de Saúde Ambiental  
CRA – Coordenadoria de Regulação e Avaliação  
DIRES – Diretoria Regional de Saúde  
DNC – Doença de Notificação Compulsória  
DS – Distritos Sanitários  
EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde  
EC – Emenda Constitucional  
ESB – Equipe de Saúde Bucal  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
FMS – Fundo Municipal de Saúde  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
GASEC – Gabinete do Secretário  
GTH – Grupo de Trabalho de Humanização  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MAC – Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NGI – Núcleo de Gestão de Informática  
NOTIFIQUE – Sistema de Notificação  
PAVS – Programação das Ações da Vigilância em Saúde  
PCASP – Plano de Contas Aplicado ao Setor Público  
PDDU – Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano  
PDR – Plano Diretor de Regionalização  
PMS – Plano Municipal de Saúde  
PPA – Plano Plurianual  
PPI – Programação Pactuada Integrada  
PSE – Programa de Saúde na Escola  
RLI – Receita Líquida de Impostos  
RSI – Regulamento Sanitário Internacional  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SEI – Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia  
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SYGNUS – Sistema de Agendamento – Consultas e Exames  
SIH – Sistema de Informação Hospitalar  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos  
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade  
SISAUD – Sistema de Informação de Auditoria  
SISCOLO – Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo do Útero  
SISFARMA – Sistema de Controle de Farmácia  
SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer da Mulher  
SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento  
SISVAN – Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional  
SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde...  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UPAS – Unidades de Pronto Atendimento  
USA – Unidade de Suporte Avançado  
USB – Unidade de Suporte Básico  
USF – Unidade de Saúde da Família  
VIDA+ – Sistema Integrado de Gestão em Saúde  
VIEP – Vigilância Epidemiológica  
VISA – Vigilância Sanitária  
VISAT – Vigilância da Saúde do Trabalhador  
VS – Vigilância em Saúde

**Lista de Gráficos**

**Gráfico 01** – Pirâmide Etária por Sexo de Salvador, 2000.

**Gráfico 02** – Pirâmide Etária e por Sexo. Salvador, 2010.

**Gráfico 03** – Proporção de idosos segundo Distrito Sanitário, 2012.

**Gráfico 04** – Índice de Envelhecimento do município de Salvador, 2003 a 2011.

**Gráfico 05** – Principais doenças e agravos de notificação compulsória em idosos. Salvador, 2001-2010.

**Gráfico 06** – Principais causas de óbitos na população idosa em Salvador, 2001 a 2010.

**Gráfico 07** – Taxa de fecundidade do município de Salvador, 1991, 2000 e 2010.

**Gráfico 08** – Principais causas de óbitos em jovens residentes em Salvador, 2000 a 2010.

**Gráfico 09** – Esperança de Vida ao nascer do município de Salvador, 1991 a 2000 e 2010.

**Gráfico 10** – Índice de Desenvolvimento Humano de Salvador, 1991, 2000 e 2010.

**Gráfico 11** – Produto Interno Bruto de Salvador, 2006- 2010.

**Gráfico 12** – Percentual de participação setorial do Produto Interno Bruto. Salvador, 2006-2010

**Gráfico 13** – Indicadores habitacionais relacionados à água encanada, energia elétrica e coleta de lixo. Salvador , 1991, 2000 e 2010.

**Gráfico 14** – Indicadores Educacionais. Salvador 1991, 2000 e 2010.

**Gráfico 15** – Taxa de Internação Hospitalar por doenças isquêmicas do coração em residentes de Salvador-Ba, 2003-2012.

**Gráfico 16** – Taxa de Internação Hospitalar por causas externas. Salvador, 2003-2012.

**Gráfico 17** – Proporção dos casos notificados de violência doméstica e sexual, segundo a natureza da agressão. Salvador, 2009-2012.

**Gráfico 18** – Taxa de Internação Hospitalar por neoplasias malignas. Salvador, 2003-2012.

**Gráfico 19** – Percentual de fumantes maiores 18 anos, segundo sexo. Salvador, 2006-2012.

**Gráfico 20** – Taxa de Internação Hospitalar por pneumonias. Salvador, 2003-2012.

**Gráfico 21**– Número de casos e coeficiente de incidência da dengue. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Gráfico 22** – Coeficiente de incidência da dengue, por ciclo de vida. Salvador–Ba, 2003-2012.

**Gráfico 23** – Casos notificados e coeficiente de incidência da varicela. Salvador-Ba, 2003 a 2012.

**Gráfico 24** – Coeficiente de Incidência da Varicela por faixa etária. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Gráfico 25** - Coeficiente de Incidência da Doença Meningocócica por faixa etária. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Gráfico 26** – Taxa de incidência de AIDS, sífilis e condiloma acuminado em indivíduos de 26 a 59 anos de idade. Salvador-Ba, 2003- 2012.

**Gráfico 27** – Taxa de Incidência de AIDS, sífilis e condiloma acuminado em indivíduos de 60 anos e mais. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Gráfico 28** – Taxa de detecção de sífilis em Gestantes de 10-25 e 29-59 anos. Salvador-BA, 2007-2012.

**Gráfico 29** – Coeficiente de detecção de HIV em gestantes de 10-25 e 26-59 anos. Salvador-BA, 2007-2012.

**Gráfico 30** – Taxa incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano. Salvador-BA, 2003-2012.

**Gráfico 31** – Taxa Bruta de Mortalidade. Salvador, 2003-2012.

**Gráfico 32** – Taxa de Mortalidade por faixa etária. Salvador, 2003-2012.

**Gráfico 33** – Mortalidade Proporcional por Causas Básicas. Salvador, 2003-2012.

**Gráfico 34** – Taxa de Mortalidade por Acidentes de Trânsito segundo sexo. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Gráfico 35** – Mortalidade Proporcional por Acidentes de Trânsito e Transporte segundo faixa etária. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Gráfico 36** – Série histórica da frota de motos e o percentual de internações decorrentes de acidentes envolvendo motociclistas, dentre as causas externas. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Gráfico 37**- Taxa de Mortalidade Infantil. Salvador, 2003-2012.

**Gráfico 38** – Taxa de Mortalidade Infantil por faixa etária. Salvador, 2003-2012.

**Gráfico 39** – Taxa de Mortalidade de Mulheres em idade fértil. Salvador, 2008-2012.

**Gráfico 40** - Número de Óbitos Maternos. Salvador, 2003-2012.

**Gráfico 41** – Cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários e de Saúde da Família, Salvador, 2002-2013.

**Gráfico 42** - Cobertura de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, Salvador, 2002-2013.

**Gráfico 43** – Produção da rede própria de serviços odontológicos. Salvador, 2008-2012.

**Gráfico 44** – Produção da rede própria de serviços odontológicos por especialidades. Salvador, 2008-2012.

**Gráfico 45** – Percentual de Pessoas com Deficiência em relação à população total de Salvador, 2010.

**Gráfico 46** – Distribuição das deficiências segundo tipo. Salvador, 2010.

**Gráfico 47** – Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde por tipo de prestador. Salvador, 2013.

**Gráfico 48** – Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS por tipo de gestão. Salvador, 2013.

**Gráfico 49** – Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS por tipo de prestador. Salvador, 2013.

**Gráfico 50** – Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde segundo modalidade ambulatorial e hospitalar. Salvador, 2013

**Gráfico 51** – Taxa de incidência de ADRT. Salvador 2007-2012.

**Gráfico 52** – Taxa de incidência de ADRT. Salvador 2006-2011.

**Gráfico 53** – Comparativo dos recursos transferidos do governo federal, por bloco de financiamento do SUS. Salvador, 2008 e 2012.

**Gráfico 54** – Receitas do SUS por bloco de financiamento. Salvador, 2008-2012.

**Gráfico 55** – Despesa total em saúde por habitante. Salvador, 2008-2012.

**Gráfico 56** – Recursos SUS transferidos por habitante. Salvador, 2008-2012.

**Gráfico 57** – Número de auditorias realizadas pelo componente municipal de Salvador, 2010-2013.

**Gráfico 58** – Número de manifestações registradas na Ouvidoria em Saúde. Salvador, 2008-2012.

**Gráfico 59** – Classificação das manifestações registradas na Ouvidoria em Saúde. Salvador, 2008-2012.

### **Lista de Mapas**

**Mapa 01** – Distribuição das Prefeituras Bairros do Município de Salvador, 2013.

**Mapa 02** – Distribuição populacional do Município de Salvador por Distrito Sanitário, 2013.

**Mapa 03** – Densidade Demográfica do município de Salvador por Distrito Sanitário, 2010.

### **Lista de Tabelas**

**Tabela 01** – Proporção de internações hospitalares por diagnóstico e faixa etária. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Tabela 02** – Percentual de adultos que praticam atividade física conforme recomendado por sexo. Salvador, 2006 a 2012.

**Tabela 03** – Percentual de escolares considerados ativos, segundo sexo e dependência administrativa da escola. Salvador-Ba, 2009 e 2012.

**Tabela 04** – Percentual de escolares com consumo alimentar maior ou igual a cinco dias, nos últimos sete dias, por alimento marcador de hábito saudável e não saudável. Salvador-Ba, 2009 e 2012

**Tabela 05** – Percentual de adultos com excesso de peso, segundo sexo. Salvador-Ba, 2006-2012.

**Tabela 06** – Notificações de violência em Salvador-Ba, 2009-2012.

**Tabela 07** – Taxa de incidência de neoplasias malignas. Salvador, 2003-2012.

**Tabela 08** – Número de casos notificados das doenças transmissíveis por ciclo de vida. Salvador, 2003-2012.

**Tabela 09** – Casos de Dengue segundo sexo e raça/cor. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Tabela 10** – Número de casos e Coeficiente de Incidência da Dengue, por Distrito Sanitário, Salvador-Ba, 2003- 2012.

**Tabela 11** – Casos de varicela segundo sexo e raça. Salvador, 2003-2012.

**Tabela 12** – Casos notificados e coeficiente de incidência de Varicela, por Distritos sanitários. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Tabela 13** – Casos confirmados de meningite segundo sexo e raça/cor. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Tabela 14** – Casos confirmados de meningite segundo etiologia. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Tabela 15** – Número de óbitos, coeficiente de letalidade e mortalidade das meningites. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Tabela 16** – Doença Meningocócica segundo forma clínica. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Tabela 17** – Casos de doença meningocócica segundo sorogrupo. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Tabela 18** – Número de casos e coeficiente de incidência da doença meningocócica por distrito sanitário. Salvador-Ba, 2003-2012.

**Tabela 19** – Coeficiente de Incidência de Tuberculose Todas as Formas por Distrito Sanitário. 2003-2012.

**Tabela 20** – Coeficiente de Incidência de Hanseníase por Distrito Sanitário. Salvador, 2003-2012.

**Tabela 21** – Número de casos de esquistossomose por ciclo de vida e Distrito Sanitário. Salvador, 2003-2012.

**Tabela 22** – Taxa de mortalidade bruta geral, por Distrito Sanitário e faixa etária. Salvador, 2003-2012.

**Tabela 23** – Mortalidade proporcional dos capítulos do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas por ciclo de vida. Salvador, 2003-2012.

**Tabela 24** – Mortalidade proporcional por sexo, raça/cor e causas básicas. Salvador, 2003-2012.

**Tabela 25** – Percentual de adultos (>18 anos) que dirigiram veículos motorizados após consumo de bebidas alcoólicas, segundo sexo. Salvador-Ba, 2007-2012.

**Tabela 26** – Percentual de adultos (≥18 anos) com consumo abusivo de bebidas alcoólicas segundo sexo. Salvador-Ba, 2006-2012.

**Tabela 27-** Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que experimentaram cigarro, álcool e drogas ilícitas, segundo sexo e dependência administrativa da escola. Salvador-Ba, 2009 e 2012.

**Tabela 28** – Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental em relação a situações de violência, segundo sexo e dependência administrativa da escola. Salvador-Ba, 2009 e 2012.

**Tabela 29** – Taxa de mortalidade infantil por Distrito Sanitário. Salvador, 2003-2012.

**Tabela 30** – Número de Óbitos Maternos por Distrito Sanitário, raça/cor e causa básica. Salvador, 2013.

**Tabela 31** – Número de leitos hospitalares por tipologia. Salvador, 2013.

**Tabela 32** – Total de leitos hospitalares clínicos por especialidade médica. Salvador, 2013.

**Tabela 33** – Número de leitos hospitalares cirúrgicos por especialidade médica. Salvador, 2013.

**Tabela 34** – Número de leitos complementares por nível de complexidade. Salvador, 2013.

**Tabela 35** – Número de leitos SUS e Não SUS por especialidade. Salvador, 2010 e 2013.

**Tabela 36** – Produção ambulatorial por grupo de procedimentos. Salvador, 2010-2012.

**Tabela 37** – Produção ambulatorial por nível de complexidade do procedimento. Salvador, 2010-2012.

**Tabela 38** – Produção hospitalar por grupo de procedimentos. Salvador, 2010-2012.

**Tabela 39** – Número e percentual das notificações de ADRT. Salvador, 2007-2012.

**Tabela 40** – Número e percentual das notificações de ADRT por Distrito Sanitário. Salvador, 2007-2012.

**Tabela 41** – Número e percentual das notificações de ADRT segundo a CNAE. Salvador, 2007-2012.

**Tabela 42** – Percentual de trabalhadores notificados com ADRT segundo raça/cor. Salvador, 2007-2012.

**Tabela 43** – Percentual de trabalhadores notificados com ADRT segundo escolaridade. Salvador, 2007-2012.

**Tabela 44** – Percentual de trabalhadores de 25 a 59 anos notificados segundo tipo de ADRT. Salvador, 2007-2012.

**Tabela 45** – Percentual de trabalhadores de 10 a 14 anos notificados segundo tipo de ADRT. Salvador, 2007-2012.

**Tabela 46** – Percentual de trabalhadores de 15 a 24 anos notificados segundo tipo de ADRT. Salvador, 2007-2012.

**Tabela 47** – Percentual de trabalhadores com 60 anos ou mais notificados segundo tipo de ADRT. Salvador, 2007-2012.

**Tabela 48** – Número e percentual de trabalhadores da SMS segundo faixa etária. Salvador, 2013.

**Tabela 49** – Percentual de trabalhadores da SMS segundo salário mínimo. Salvador, 2013.

**Tabela 50** – Aplicação da Emenda Constitucional Nº 29 pelo Governo Municipal de Salvador, 2008-2012.

**Tabela 51** – Transferências de Recursos do SUS Salvador, 2008-2012

## Sumário

<b>1. Introdução</b>	17
<b>2. Análise da Situação de Saúde</b>	20
<b>2.1. Perfil Sócio-econômico e demográfico</b>	20
2.1.1. Caracterização do Município	20
2.1.2. Aspecto Demográfico	22
2.1.3. Aspectos Socioeconômicos	26
2.1.4. Aspecto Habitacional	27
2.1.5. Aspecto Educacional	27
<b>2.2. Perfil Epidemiológico</b>	28
<b>2.2.1. Morbidade</b>	28
2.2.1.1. Doenças e Agravos Não Transmissíveis	28
2.2.1.2. Doenças Transmissíveis	33
<b>2.2.2. Mortalidade</b>	40
2.2.2.1. Mortalidade Geral	40
2.2.2.2. Mortalidade Infantil	44
2.2.2.3. Mortalidade Materna	45
<b>2.3. Caracterização da Rede de Serviços de Saúde de Salvador</b>	46
2.3.1. Rede Básica de Saúde	46
2.3.2. Rede de Saúde Bucal	47
2.3.3. Rede de Atenção às Urgências e Emergência	48
2.3.4. Rede Atenção Psicossocial	49
2.3.5. Rede Cegonha	49
2.3.6. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência	50
2.3.7. Assistência Farmacêutica	51
2.3.8. Atenção Especializada	51
2.3.9. Processo Regulatório	56
2.3.10. Vigilância em Saúde	57
2.3.11. Saúde do Trabalhador do Município de Salvador	58
<b>2.4. Gestão do SUS Municipal</b>	61
2.4.1. Gestão de Recursos Humanos da Saúde	61
2.4.2. Financiamento do SUS – Salvador	63
2.4.3. Auditoria	66
2.4.4. O Controle Social no SUS Municipal de Salvador	67
2.4.5. Ouvidoria em Saúde	68
<b>3. Priorização dos Problemas de Saúde</b>	70
<b>4. Módulos Operacionais</b>	73
<b>5. Monitoramento e Avaliação do Plano</b>	89
<b>Apêndices</b>	92



## 1. Introdução

O planejamento é uma importante ferramenta de gestão que visa conferir direcionalidade, otimização e qualificação às ações e serviços de saúde prestados aos cidadãos. O processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde configura-se como uma responsabilidade dos entes públicos, assegurada pelas Leis Orgânicas da Saúde, Nº 8.080/1990 e Nº 8.142/1990, e regulamentada pelo Decreto Nº 7.508/2011.

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador elabora seus Planos Municipais de Saúde desde a década de 90, com a construção do PMS 1994-1997. A partir de então vem trabalhando nessa ferramenta a direção para a missão de “cuidar de forma integral da saúde do cidadão em Salvador, assegurando seus direitos e respeitando as diversidades” em consonância com os princípios do SUS.

Nesse intuito vem envidando esforços para incorporação da prática de planejamento no âmbito da SMS e empoderamento da equipe técnica, a qual conduziu os processos de elaboração dos Planos Municipais de Saúde desde o ano de 2010.

O desenho que orientou a elaboração do PMS 2014-2017 buscou coerência interna entre os seguintes instrumentos de gestão: o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município de Salvador (PDDU, 2006), o Plano Nacional de Saúde (PNS 2012-2015) e o Plano Estadual de Saúde (PES 2012-2015), a Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (2013-2015), o Planejamento Estratégico de Gestão do Município de Salvador 2013-2015, o Plano Plurianual (2014-2017), os Planos de Ações das Redes de Atenção à Saúde, as Políticas transversais, os termos e compromissos assumidos pela gestão municipal e as proposições da XII Conferência Municipal de Saúde.

Esse Plano 2014-2017 adotou, em concordância com PDDU, a concepção de Vigilância da Saúde<sup>2</sup> como modelo<sup>3</sup> para reorientar a atenção à saúde do Município de Salvador, tendo na Atenção Básica, e especialmente na estratégia de Saúde da Família, o eixo orientador e coordenador das práticas de cuidados.

Trabalhando na visão da Vigilância da Saúde, os problemas priorizados neste Plano, a partir da análise da situação e dos serviços de saúde, orientaram a construção dos objetivos, das metas e ações estratégicas.

A análise da situação de saúde<sup>4</sup> foi norteada pela visão social, clínico-epidemiológica e político-gerencial dos problemas de saúde identificados e debatidos junto à população, o controle social, gestores, profissionais de saúde, conselhos e entidade de classe (TEIXEIRA, 2001). Na perspectiva social foram consideradas as condições de vida a partir dos indicadores sócio-demográficos, econômicos, ambientais e habitacionais. Com base nos indicadores de morbi-mortalidade, considerando as variáveis de ciclo de vida, raça/cor, territorialização (Distritos Sanitários), sexo, entre outras foram identificados os principais problemas de saúde dos Soteropolitanos.

O componente político-gerencial subsidiou a análise dos problemas do sistema de serviços de saúde<sup>5</sup>, a qual foi guiada pela avaliação da distribuição, oferta e produção dos serviços, além das questões relacionadas à gestão, infraestrutura, formas de organização e financiamento do Sistema Único de Saúde Municipal.

---

<sup>2</sup> Vigilância da Saúde consiste em uma prática sanitária que contempla além da integração das ações da vigilância e assistência, considera também a dimensão técnico-assistencial e gerencial (Teixeira, 2001).

<sup>3</sup> Modelo de Atenção à Saúde diz respeito às combinações tecnológicas (conhecimento/saberes e equipamentos), dispostas no meio de trabalho para intervir sobre os problemas e necessidades de saúde de uma dada população (PAIM, 2008).

<sup>4</sup> Para análise da situação de saúde foram realizadas 12 oficinas distritais, com participação de diversos atores sociais, entre trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, CMS e representantes de diversos segmentos da sociedade civil. As oficinas objetivaram o levantamento e priorização dos problemas de estado e de serviços de saúde dos territórios, e a proposição de ações estratégicas para o enfrentamento dos mesmos.

A partir dos problemas priorizados pelos DS junto aqueles identificados na análise epidemiológica foram realizados uma oficina de priorização com o Conselho Municipal de Saúde e outra com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde.

<sup>5</sup> Sistema de serviços de saúde entendida como um conjunto de agentes (atores) e agências (instituições), públicas ou privadas, que se relacionam entre si, com interesses distintos e objeto em comum, que é a atenção à saúde individual e coletiva (Paim, 2009).

Corroborou na priorização dos problemas a realização de 12 oficinas distritais cujo propósito foi levantar estratégias para enfrentamento dos problemas do estado e dos serviços saúde identificados e priorizados pelos Distritos Sanitários.

Os objetivos<sup>6</sup> deste Plano foram definidos considerando além dos problemas e necessidades de saúde levantadas, os objetivos traçados no PNS e os compromissos assumidos no PES. As metas foram estabelecidas a partir da relação dos indicadores do Contrato Organizativo de Ação Pública e daqueles pactuados pelo município para o triênio 2013-2015, atentando para os objetivos a ser alcançados no período de vigência do Plano, a avaliação do PMS (2010-2013) e a viabilidade para execução das ações planejadas.

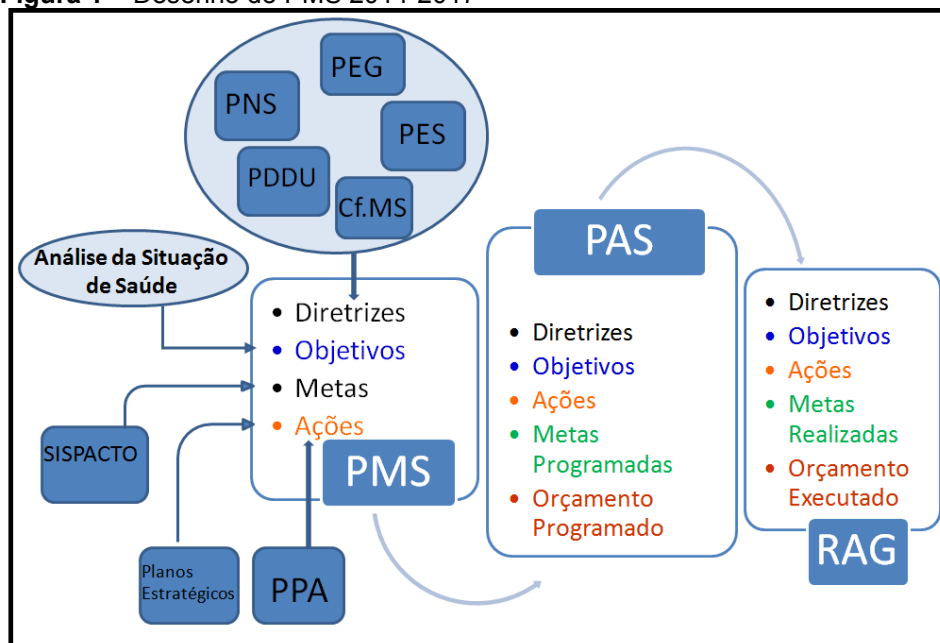
As metas traçadas nesse Plano terão o prazo vigência de 2014 a 2017, concomitante ao período de execução do referido instrumento. Cabe ressaltar que as metas vinculadas aos indicadores pactuados para o triênio 2013-2015 e ao COAP terão seus ajudes discriminados na Programação Anual de Saúde (PAS) referente às atualizações.

O desenho das ações estratégicas contemplou o levantamento das ações definidas nos Planos de Ação das Redes de Atenção à Saúde: Rede Cegonha, de Urgência e Emergência (RAUE), Atenção e Cuidado aos Portadores de Deficiência (RACPD), Psicossocial (RAPS), bem como das áreas estratégicas<sup>7</sup>, das Políticas transversais, dos termos e compromissos assumidos pela gestão municipal, além das proposições emanadas da XII Conferência Municipal de Saúde (Nov/2013).

Os Módulos Operacionais do Plano compreende o agrupamento das diretrizes<sup>8</sup>, dos objetivos, metas e ações estratégicas, orientando a direção a ser seguida pelo sistema municipal de saúde nos próximos quatro anos, articulada com o Plano Plurianual para o quadriênio 2014-2017. As diretrizes traçadas guardaram coerência interna com o PNS, PES e as aspirações do PEG de Salvador.

A PAS além de retratar as diretrizes e os objetivos do PMS, contemplará as ações estratégicas priorizadas a cada ano com discriminação das metas e do orçamento programado para execução das mesmas, as quais terão seus resultados avaliados no Relatório Anual de Gestão (RAG).

**Figura 1 – Desenho do PMS 2014-2017**



Fonte: SMS/ASTEC

<sup>6</sup> Os objetivos foram definidos a partir dos problemas priorizados. Para tanto foi construída uma matriz a qual norteou a elaboração dos objetivos articulados com os demais instrumentos de gestão. Realizada uma oficina para integração e alinhamento das ações comuns às diversas áreas como vigilância e assistência à saúde, controle social, ouvidoria e comunicação em saúde, tendo em vista assegurar a integralidade da atenção à saúde.

<sup>7</sup> Controle da Tuberculose, da Hipertensão, da Diabetes Mellitus, eliminação da Hanseníase, Alimentação e Nutrição, Doença Falciforme, Saúde Bucal, da Criança, do Adolescente e Jovem, do Homem, da Mulher e do Idoso.

<sup>8</sup> As diretrizes são orientações gerais de caráter organizacional ou técnico que expressam os objetivos e as linhas de ações a serem seguidas pelas diferentes partes que compõem o sistema de saúde (PAIM, 2009; Brasil, 2009). Assim sendo, foi realizada oficina de validação das diretrizes junto à equipe técnica da SMS.

Visando consolidar a prática do planejamento no SUS, a SMS vem inovando com a introdução de metodologias de acompanhamento da implantação das ações do Plano desde a elaboração do PMS 2006-2009. Assim sendo, no PMS 2010-2013 foi incorporado um capítulo que descreveu a proposta metodológica de monitoramento do alcance dos objetivos previstos no referido documento.

Para construção deste Plano, a área de planejamento da SMS realizou avaliação<sup>9</sup> do PMS 2010-2013 a partir da análise do grau de cumprimento das metas estabelecidas para cada indicador e discussão dos entraves, das facilidades e estratégias adotadas para o alcance das metas traçadas.

Dando continuidade a prática de monitoramento, o PMS 2014-2017 contemplará um capítulo onde estará descrita a proposta de acompanhamento da implantação e implementação.

Este Plano está organizado em seis capítulos que tratam da análise da situação de saúde, priorização dos problemas de saúde, módulos operacionais e monitoramento e avaliação.

As deliberações e recomendações advindas da XII Conferência Municipal de Saúde constituíram em uma referência política na definição das ações priorizadas neste Plano. Sendo assim, nesse Plano foram compatibilizadas 91 proposições da Conferência, que apresentavam consistência e viabilidade técnica-operacional tendo em vista a capacidade de resposta do Município.

---

<sup>9</sup> A Assessoria Técnica elaborou uma proposta de avaliação quantiquantitativa do PMS 2010-2013. Considerando que o Plano continha 51 objetivos específicos e 142 indicadores fez-se um recorte para selecionar os indicadores que melhor avaliariam o grau de alcance do objetivo. A priorização dos indicadores foi realizada por especialistas na área de epidemiologia ou saúde pública, que atuam na academia ou na gestão municipal ou estadual, considerando os critérios de validade, confiabilidade, representatividade, sensibilidade e especificidade (RIPSA, 2008), utilizando a técnica de consenso.

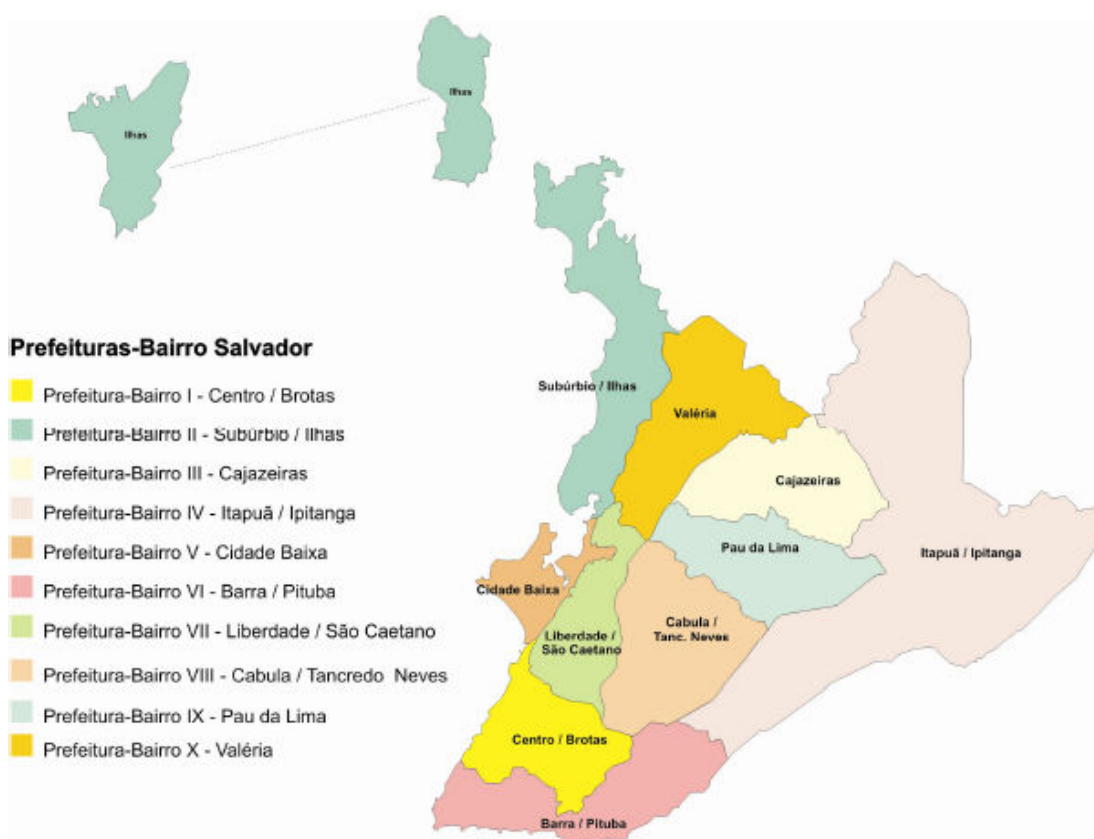
## 2. Análise da Situação de Saúde

### 2.1. Perfil Sócio-econômico e demográfico

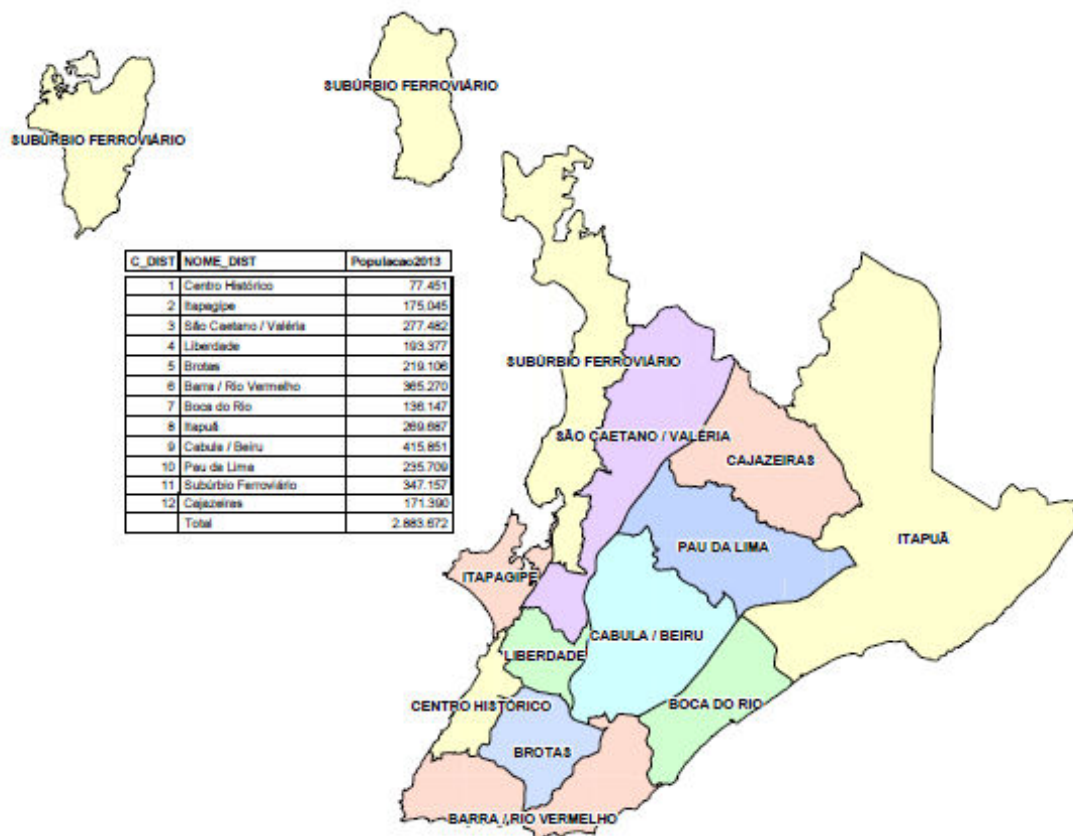
#### 2.1.1. Caracterização do Município

O município de Salvador, capital do estado da Bahia, ocupa uma extensão territorial de 693,3 km<sup>2</sup>. A sua organização político-administrativa compreende 10 Regiões Administrativas denominadas Prefeituras Bairros (Mapa 01) e 12 Distritos Sanitários (DS). Do ponto de vista regional integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS)<sup>10</sup> ao lado dos municípios de Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz. Em relação ao Plano Diretor Regional do Estado da Bahia, pertence à Macrorregião Leste, Microrregião de Salvador e a 1ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES). Sendo referência para macro e microrregião de saúde, além do Estado da Bahia, em relação aos procedimentos (atendimentos) de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

**Mapa 01** – Distribuição das Prefeituras Bairros do Município de Salvador, 2013.



<sup>10</sup> Originalmente, a RMS era composta por oito municípios (Salvador, Camaçari, Candeias, Itaparica, Lauro de Freitas, Simões Filho, São Francisco do Conde e Vera Cruz), mas após a emancipação de Madre de Deus, distrito de Salvador até 1990, e de Dias d'Ávila, passou a ter dez municípios. Em 17 de dezembro de 2007, foi aprovada pela Assembleia Legislativa da Bahia e sancionada pelo governo do estado em 3 de janeiro de 2008 (Lei complementar estadual n° 30) a lei complementar que incluiu Mata de São João e São Sebastião do Passé na RMS. Em 22 de janeiro do ano seguinte, a inclusão de Pojuca foi sancionada pelo governador Jaques Wagner (Lei Complementar Estadual N° 32).

**Mapa 02** – Distribuição populacional do Município de Salvador por Distrito Sanitário, 2013.

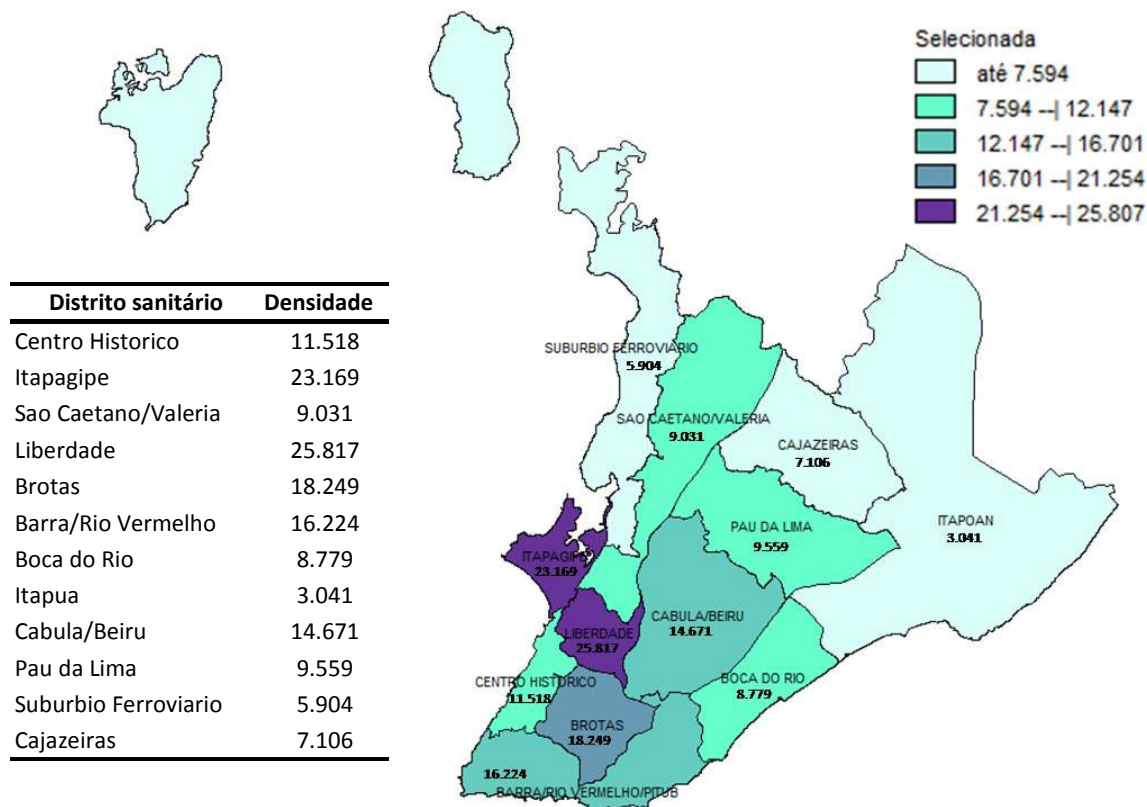
Fonte: SMS/NTI

O Município de Salvador possui uma população em torno de 2.883.672 habitantes, sendo a cidade mais populosa do nordeste e a terceira mais populosa do Brasil (IBGE, 2013)<sup>11</sup>, contudo ocupa o quarto lugar em densidade demográfica, com o equivalente a 3.859,44 hab./km<sup>2</sup>.

Salvador apresenta variações na densidade demográfica quando analisada por Distrito Sanitário. No mapa abaixo se observa que os DS com maior densidade são da Liberdade com 25.817 hab./km<sup>2</sup> e Itapagipe, com 23.169 hab./km<sup>2</sup>. Os Distritos com menor densidade demográfica são Itapua e o Subúrbio Ferroviário.

O estudo de Barreto (2007) evidencia que o ambiente é fator determinante para a ocorrência de doenças, a exemplo da Tuberculose, que apresenta as mais altas incidências devido à alta densidade demográfica, aos bolsões de miséria e ao elevado risco de infecção.

<sup>11</sup> DOU – 31/08/2012

**Mapa 03 – Densidade Demográfica do município de Salvador por Distrito Sanitário, 2010.**

Fonte: IBGE; SMS/DGRCA/SUIS

### 2.1.2. Aspecto Demográfico

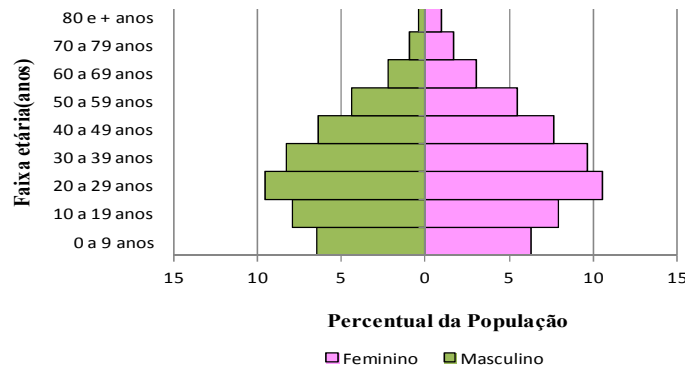
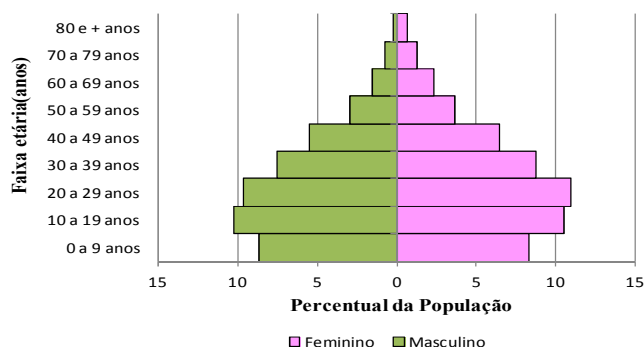
A população estimada de Salvador, no ano de 2013, foi de 2.883.682 habitantes de acordo com o censo demográfico (IBGE, 2010), sendo 47% (1.345.995) do sexo masculino e 53% (1.537.687) do sexo feminino.

Analisando as pirâmides por faixa etária e sexo, a partir dos censos demográficos 2000 e 2010, observa-se que em 2000 (443.107 hab.), a base da pirâmide era larga, indicando um alto número de nascimentos (43.421 NV), principalmente do sexo masculino (22.136 NV), com uma população bastante jovem (de 10 a 24 anos havia 781.183 hab.), e de idosos representando 6,8% da população, com predominância do sexo feminino (Gráfico 01).

No censo 2010, Salvador tinha uma população de 2.675.656 hab. e apresentava um estreitamento da sua base, o que pode denotar uma queda do número de nascimentos (36.446 NV), seguido das faixas de 10 a 49 anos. É importante registrar que houve redução de 4% no número de jovens de 15 a 29 anos, entre um censo e outro, em particular para o sexo masculino. O quantitativo de idosos se apresentou elevado, principalmente para o sexo feminino, representando 9,3% da população. Este Censo mostrou ainda que o percentual de mulheres (53,3%) continua maior em relação aos homens (Gráfico 02).

Assim como o Brasil, Salvador segue a tendência de queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida, fatores que influenciam diretamente no perfil epidemiológico da população.

**Gráfico 01** – Pirâmide Etária por Sexo de Salvador, 2000 **Gráfico 02** – Pirâmide Etária e por Sexo. Salvador, 2010.

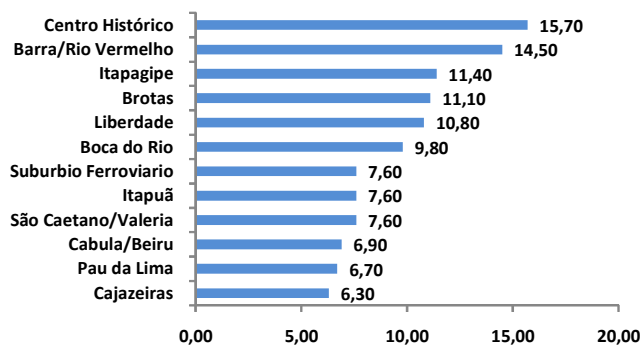


Fonte: IBGE

A estimativa da proporção de idosos por Distrito Sanitário para o ano de 2012, com base nos dados do Censo 2010, apresenta variações relevantes entre si. O DS Centro Histórico possui 15,7% de idosos, enquanto que o DS Cajazeira possui 6,3%, ou seja, menos da metade (Gráfico 03).

**Gráfico 03** – Proporção de idosos segundo Distrito Sanitário, 2012.

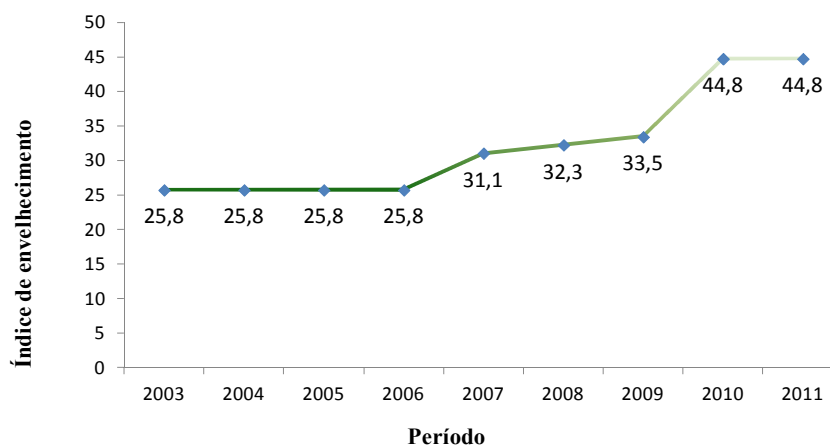
Distrito Sanitário	Masculino	Feminino	Total
Cajazeiras	5,20	7,20	6,30
Pau da Lima	5,70	7,60	6,70
Cabula/Beiru	6,00	7,80	6,90
São Caetano/Valeria	6,30	8,70	7,60
Itapuã	6,80	8,40	7,60
Suburbio Ferroviario	6,50	8,60	7,60
Boca do Rio	8,20	11,20	9,80
Liberdade	8,50	12,80	10,80
Brotas	8,90	13,00	11,10
Itapagipe	9,00	13,30	11,40
Barra/Rio Vermelho	12,10	16,40	14,50
Centro Histórico	12,00	18,80	15,70
Total	7,60	10,70	9,30



Fonte: IBGE; TABNET/SALVADOR

O índice de envelhecimento mede a relação entre o número de idosos para cada conjunto de 100 menores de 15 anos (RIPSA, 2008). Em Salvador este índice quase dobrou em oito anos, o que indica a necessidade de um planejamento voltado para atenção à saúde do idoso, com alocação de recursos adicionais e articulações inter e intra-setoriais, que lhes possibilitem serviços e benefícios condignos (Gráfico 04).

**Gráfico 04** – Índice de Envelhecimento do município de Salvador, 2003 a 2011.

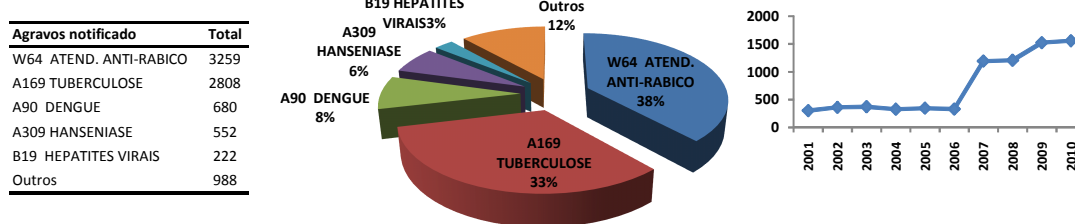


Fonte: IBGE; RIPSA-BA/SMS



Analisando o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), observa-se que os idosos, são mais acometidos por agressões por animais, refletido no elevado número de atendimento anti-rábico humano, e por tuberculose (Gráfico 05).

**Gráfico 05** – Principais doenças e agravos de notificação compulsória em idosos. Salvador, 2001-2010.



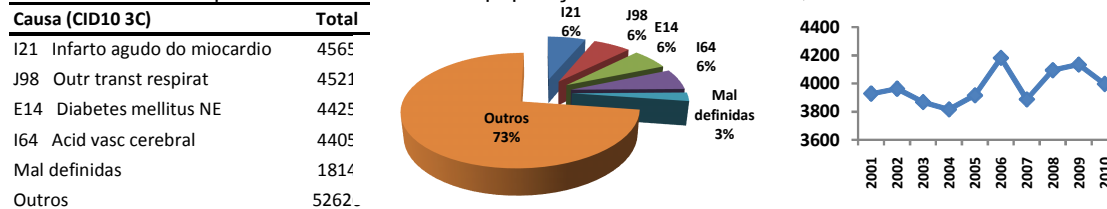
Fonte: SMS/DGRCA/SUIS/SINAN

A Tuberculose, enquanto uma doença infecciosa encontra na população geriátrica suscetibilidade, tanto no que diz respeito a novas infecções quanto à reativação de doenças, ambas relacionadas à diminuição da imunidade celular, afetada pelo envelhecimento imunológico. Por ter sua transmissão preferencial ligada à via aérea, a doença encontra no idoso um sistema respiratório senescente com redução de seus mecanismos de defesa, o que aumenta ainda mais o risco de infecção e de adoecimento a partir de reativação de focos latentes (CAVALCANTI, 2006). É importante considerar esse aspecto no planejamento da atenção básica, especialmente para esse serviço.

No período de 2001 a 2010, as principais causas de morte nos idosos de Salvador foram o Infarto Agudo do Miocárdio, seguido de outros transtornos respiratórios, Diabetes Mellitus e Acidente Vascular Cerebral (Gráfico 06). O Município apresenta as mesmas causas básicas de morte em relação ao Brasil, com diferença somente na ordem de classificação.

As Doenças do Aparelho Circulatório e as Neoplasias Malignas foram as principais causas da mortalidade entre idosos no Brasil em 2010. A doença cérebro vascular e a doença isquêmica do coração foram as causas mais frequentes. Nas Neoplasias destaca-se o câncer de pulmão e brônquios em idosos, e o câncer de mama em idosos. O diabetes representou 80% da mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Brasil, 2011).

**Gráfico 06** – Principais causas de óbitos na população idosa em Salvador, 2001 a 2010.



Fonte: SMS/DGRCA/SUIS/SIM

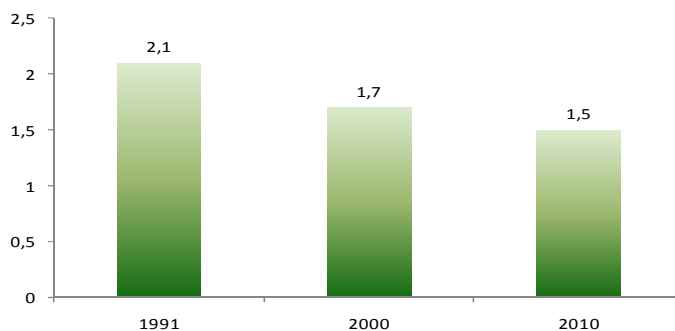
Cabe assinalar o elevado registro de Causas Mal Definida de óbitos nessa faixa etária, visto que, com o aumento da expectativa de vida, tem-se uma população idosa em evolução crescente, sendo necessário se definir bem as causas básicas de mortalidade nesse segmento.

Mello Jorge (2008) chama à atenção que a não definição da causa básica de morte nessa faixa etária pode esta associada à dificuldade em se estabelecer uma causa básica, pois, normalmente, há nesse grupo uma sobreposição de agravos e doenças crônico-degenerativas, que levam a diagnósticos imprecisos quanto à razão que levou a morte, gerando dúvidas aos profissionais médicos, o que reflete no mau preenchimento da declaração de óbito, elevando assim, o número de mortes por causas mal definidas nos idosos.

Outro aspecto que impacta sobre o perfil demográfico da população é a taxa de fecundidade. Segundo a RIPS (2009), há um persistente declínio desta na mulher brasileira, a qual passou de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,0 filhos em 1996. O Município de Salvador também apresenta declínio da taxa de fecundidade, o que vem gerando impacto no padrão demográfico da sua população (Gráfico 07).



**Gráfico 07** – Taxa de fecundidade do município de Salvador, 1991, 2000 e 2010.



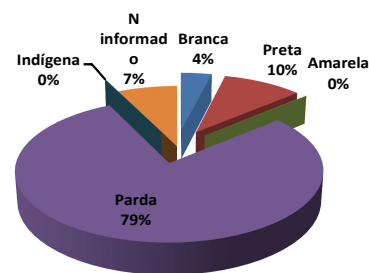
Fonte: PNUD, 2013

O crescimento populacional é verificado através das estatísticas vitais (natalidade e mortalidade) e movimentos migratórios. Como percebido entre os Censos de 2000 e 2010, houve uma redução significativa dos nascimentos e da população jovem (15 a 29 anos).

Com relação à mortalidade, verificando as principais causas de morte na população jovem, constata-se que 89% dos óbitos (por principais causas), ocorridos entre 2000 e 2010 incidiram na raça negra (pretos e pardos) e 82,98% destas principais causas provieram da agressão por arma de fogo ou arma branca.

**Gráfico 08** – Principais causas de óbitos em jovens residentes em Salvador, 2000 a 2010.

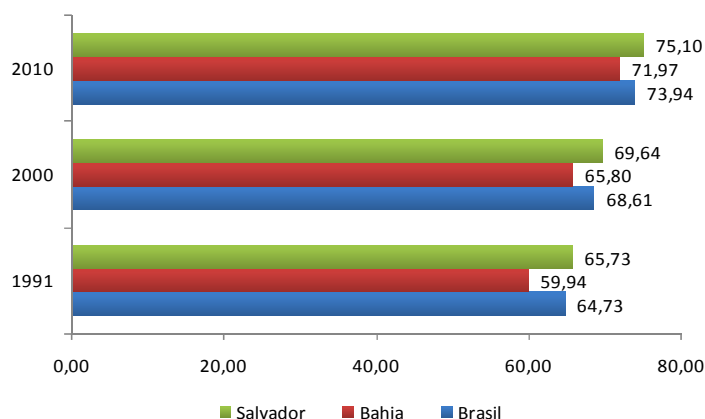
CAUSA	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	N informado	Total	%
X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	252	718	6	5868	2	400	7246	67,11
Y24 Disparo outr arma fogo e NE intenc nao det	27	69	0	985	2	136	1219	11,29
Y34 Fatos ou eventos NE e intenc nao determinada	25	41	0	507	0	48	621	5,75
X99 Agressao objeto cortante ou penetrante	16	44	1	408	0	26	495	4,58
R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	21	41	1	305	0	41	409	3,79
B20 Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	28	76	0	110	0	44	258	2,39
V09 Pedestre traum outr acid transp e NE	4	15	0	149	0	21	189	1,75
J98 Outr transt respirat	30	39	0	87	0	32	188	1,74
J81 Edema pulmonar NE de outr form	4	13	0	137	0	19	173	1,60
Total	407	1056	8	8556	4	767	10798	



Fonte: SMS/DGRCA/SUIS/SIM

A Esperança de Vida ao Nascer ou Expectativa de Vida ao Nascer vem aumentando no Brasil bem como na Bahia e em Salvador, a qual apresentou nos últimos anos valores superior ao nacional (gráfico 09). Ao analisar a mortalidade por sexo, verifica-se que as mulheres têm expectativa de vida mais elevada (Gráfico 01 e 02), devido à sobremortalidade masculina nas diversas idades. Observa-se também redução da esperança de vida ao nascer para os negros, pois 83% das mortes por Causas Externas incidiram nos pretos e pardos (gráfico 08) entre 2000 e 2010.

**Gráfico 09** – Esperança de Vida ao nascer do município de Salvador, 1991 a 2000 e 2010.

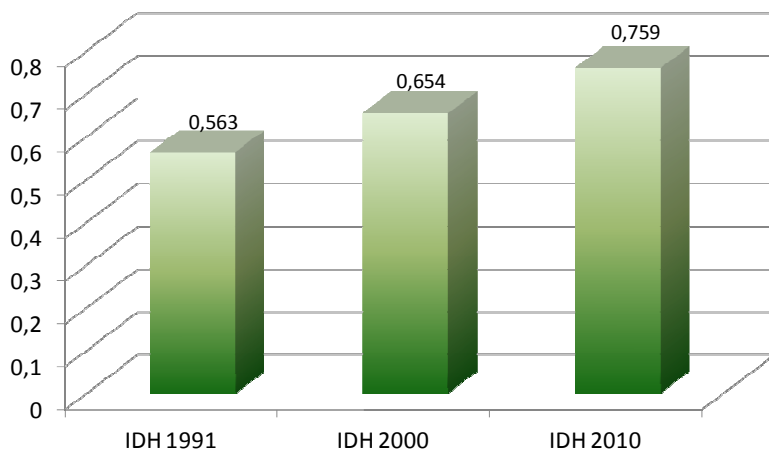


Fonte: IBGE

### 2.1.3. Aspectos Socioeconômicos

No ano de 2010, Salvador se apresentava como um município de médio desenvolvimento, IDH de 0,759, superando o IDH da Bahia (0,660) e do Brasil (0,699). Observando a evolução do Índice é possível identificar uma tendência de crescimento que pode levar o município ao grau de alto desenvolvimento (Gráfico 10).

**Gráfico 10** – Índice de Desenvolvimento Humano de Salvador, 1991, 2000 e 2010.

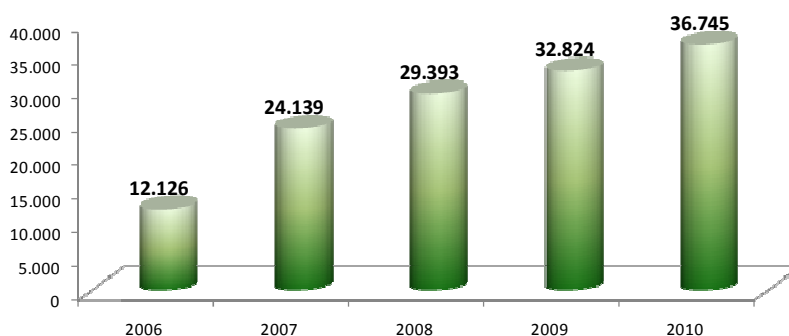


Fonte: IBGE/PNUD

O município de Salvador, capital do estado e principal pólo de serviços, foi responsável em 2010, por 23,81% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual, seguido de Camaçari (8,67%), São Francisco do Conde (6,38%), Feira de Santana (4,82%) e Candeias com 2,72% (SEI, 2010). A cidade se posiciona como a 10ª mais rica do Brasil, com evolução do PIB crescente conforme demonstra o gráfico 11.

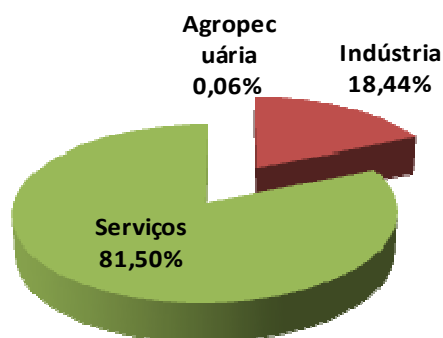
O crescimento da economia baiana em 2010 evidenciou na esfera municipal a continuidade do processo de desconcentração produtiva verificado nos últimos anos. Essa desconcentração vem ocorrendo devido à perda de participação na estrutura econômica de alguns dos principais municípios, Salvador e Camaçari, assim como do território de identidade da Região Metropolitana em detrimento de outras unidades municipais e territórios de identidade, que de acordo com o boletim da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI, 2010), essa desconcentração é o reflexo da política voltada para o crescimento dos 417 municípios baianos.

**Gráfico 11** – Produto Interno Bruto de Salvador, 2006-2010.



Fonte: IBGE; SMS/DGRCA/SUIS

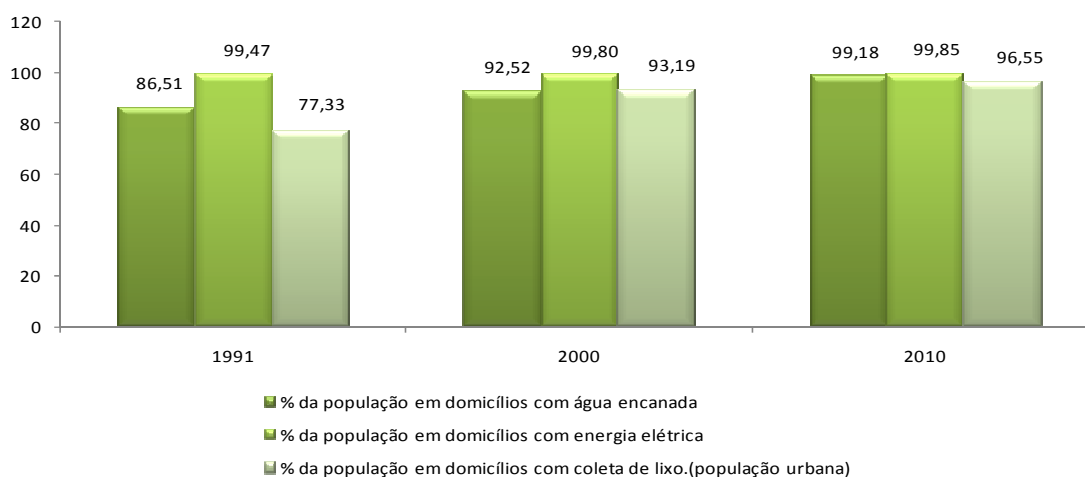
Salvador assume importância também nos segmentos da Indústria, Construção Civil e o de Serviços. O setor Industrial (refino de petróleo e produção de álcool, produção de alimentos e bebidas e metalurgia básica, além dos serviços industriais de utilidade pública - água e energia) é o segundo de maior peso (18,44%), sendo o de Serviços (transportes, alojamento, alimentação) o 1º com (81,50%) e Agropecuária fica em 3º lugar (0,06%).

**Gráfico 12** – Percentual de participação setorial do Produto Interno Bruto. Salvador, 2006-2010.

Fonte: IBGE; SMS/DGRCA/SUIS

#### 2.1.4. Aspecto Habitacional

Com relação à situação do saneamento básico, Salvador vem ampliando o percentual de domicílios com água encanada, energia elétrica e coleta de lixo ao longo dos anos. Esse aumento pode indicar uma melhoria no nível de conforto domiciliar dos moradores metropolitanos. Segundo Da Mata et al (2008), as cidades brasileiras apresentam deficiências de diferentes dimensões e magnitudes, sendo o mais comum os problemas das condições domiciliares.

**Gráfico 13** – Indicadores habitacionais relacionados à água encanada, energia elétrica e coleta de lixo. Salvador, 1991, 2000 e 2010.

Fonte: IBGE; PNUD e IPEA

#### 2.1.5. Aspecto Educacional

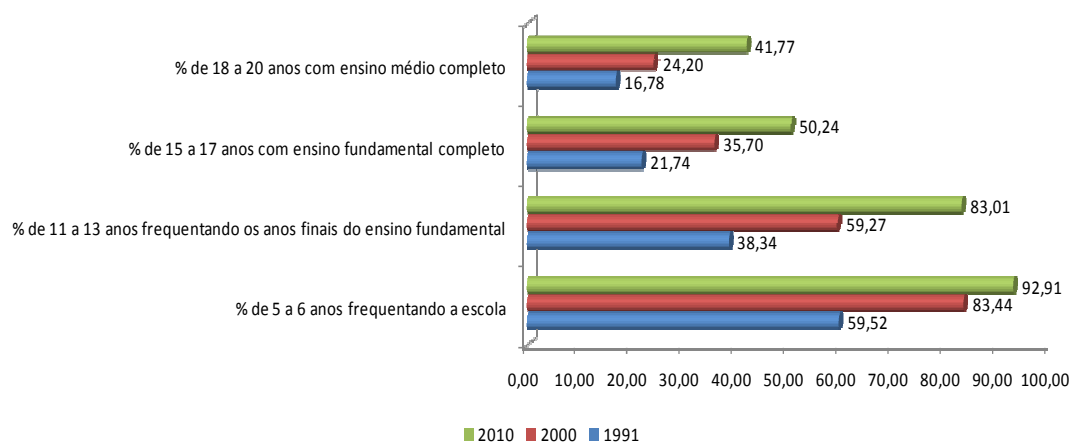
No Brasil, os indicadores de educação, de maneira geral, melhoraram ao longo da década de 1990, havendo nesse período uma queda importante do percentual de pessoas analfabetas e a universalização do ensino fundamental (Da Mata, 2008).

Salvador apresentou aumento nos indicadores educacionais nos últimos anos, com destaque para o percentual de crianças de 5 a 6 anos que freqüentam a escola (creche, pré-escola ou ensino fundamental) e o percentual de crianças de 11 a 13 anos freqüentando o ensino fundamental. O aumento da escolaridade nessas faixas etárias, possivelmente, está associado ao Programa Bolsa Família, que é a unificação de vários programas sociais do governo federal, incluindo o Bolsa Escola, Programa do Ministério do Desenvolvimento Econômico e Social, que condiciona um valor monetário mensal às famílias pobres que mantêm as crianças na escola, demonstrando a importância da educação nas políticas públicas.

Chomitz et AL (2005) e Da Mata et al (2005) apud Da Mata et AL (2008), mostram que no âmbito municipal, os níveis de escolaridade estão fortemente relacionados ao crescimento da renda per

capita dos municípios, da mesma forma, a importância da variável educação esta para o crescimento econômico das aglomerações urbanas.

**Gráfico 14** – Indicadores Educacionais. Salvador, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: IBGE; PNUD e IPEA

## 2.2. Perfil Epidemiológico

### 2.2.1. Morbidade

#### 2.2.1.1. Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) do Ministério da Saúde, nos anos compreendidos entre 2003 e 2012 ocorreram 1.369.032 internações em residentes no município de Salvador. Para efeito de análise, as internações hospitalares referentes à gravidez, parto e puerpério foram excluídas e serão abordadas em momento posterior.

A tabela 39 apresenta a proporção das internações hospitalares por faixa etária, segundo a causa do diagnóstico por Capítulos do Código Internacional de Doenças na sua 10ª revisão (CID-10). Observa-se que as cinco principais causas de internações hospitalares em ordem decrescente foram às doenças do aparelho digestivo (13,9%), seguida do aparelho circulatório (10,9%), das lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (9,7%), das neoplasias (9,6%) e das doenças do aparelho respiratório (9,1%). As causas externas de morbidade e mortalidade apresentaram a menor proporção com registro de 280 internações ao longo do período.

A análise por faixa etária demonstra que a principal causa de internação na população idosa esta relacionada às doenças do aparelho circulatório (24%), ao passo que as lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas lideram as internações em adolescentes. Ademais, as doenças do aparelho respiratório e digestivo têm contribuído para internação na faixa etária de 0 a 9 anos.

**Tabela 01** – Proporção de internações hospitalares por diagnóstico e faixa etária. Salvador-Ba, 2003-2012.

Diagnóstico CID10 (capítulo)	0 a 9 a	10 a 24 a	25 a 59 a	60 e +	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9,8	7,2	5,8	5,4	6,8
II. Neoplasias (tumores)	5,0	7,0	11,8	11,4	9,6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,8	1,1	0,5	0,4	0,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0,7	0,7	1,2	2,0	1,2
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,0	6,5	13,8	2,0	7,1
VI. Doenças do sistema nervoso	1,5	4,6	3,7	4,1	3,3
VII. Doenças do olho e anexos	0,7	2,0	2,9	12,7	4,5
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,3	0,7	0,3	0,0	0,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,8	3,6	11,5	24,1	10,9
X. Doenças do aparelho respiratório	22,7	6,4	3,7	6,3	9,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	20,1	14,5	12,4	9,6	13,9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3,9	3,7	2,0	1,5	2,5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,8	4,2	3,4	4,6	3,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	5,0	7,9	11,2	5,7	8,1

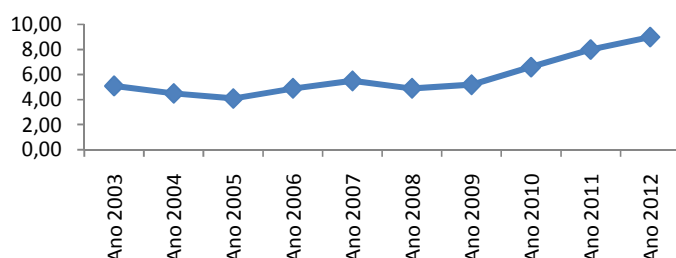
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	17,8	0,1	0,0	0,0	4,3
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4,3	2,5	0,5	0,2	1,6
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,8	1,8	2,1	3,9	2,2
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	4,2	23,1	11,8	5,5	9,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	1,0	2,2	1,3	0,4	1,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: TABWIN/DATASUS

\* excluído Capítulo XV CID 10 – Gravidez, Parto e Puerpério.

Na avaliação das morbidades por doenças do aparelho circulatório, nota-se que as doenças isquêmicas do coração apresentaram no início da série (2003-2005) uma leve tendência de declínio, entretanto, nos anos subsequentes, exceto 2008, ocorreu elevação significativa, bem como o risco de adoecer tornou-se duas vezes maior quando se compara os anos de 2004 e 2012 (Gráfico 15).

**Gráfico 15** – Taxa de Internação Hospitalar por doenças isquêmicas do coração em residentes de Salvador-Ba, 2003-2012.



Fonte: TABWIN/DATASUS.

Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), o percentual de adultos que praticam atividade física, conforme recomendado, foi de 28,3 e 32,5% em 2011 e 2012, respectivamente (Tabela 02). Os resultados demonstram que a maioria dos indivíduos ativos é do sexo masculino.

**Tabela 02** – Percentual de adultos que praticam atividade física conforme recomendado<sup>12</sup> por sexo. Salvador, 2006 a 2012.

Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*
Masculino	18	21,8	18,5	19	22,3	39,9	43,2
Feminino	12	13	11,1	9,4	9,5	18,6	23,2
Total	14,6	17	14,5	13,8	15,3	28,3	32,5

Fonte: VIGITEL/MS

\*Dados não comparáveis com os anos anteriores a 2010 por ajustes no indicador em virtude das mudanças nas recomendações internacionais (WHO).

A análise do indicador de atividade física da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) aponta redução de 23% de escolares considerados ativos, ou seja, que praticam 300 minutos ou mais de atividade física por semana. Essa redução foi maior entre os adolescentes das escolas privadas (39%) do que das públicas, cujo alcance foi de 19,5% (Tabela 03).

**Tabela 03** – Percentual de escolares considerados ativos, segundo sexo e dependência administrativa da escola. Salvador-Ba, 2009 e 2012.

Escolares	2009	2012
Masculino	36,4	52,6
Feminino	22,1	26,3
Privada	47,9	29,1
Pública	35,8	28,8
Total	28,9	37,5

Fonte: PeNSE

Em relação ao hábito alimentar<sup>13</sup>, os dados da PeNSE apontaram que os escolares consomem feijão (47,7%) e frutas (23%) regularmente. O consumo de refrigerantes e guloseimas<sup>14</sup> reduziu em 14 e 18%, respectivamente, quando comparados os anos de 2009 e 2012 (Tabela 04).

<sup>12</sup> A partir de 2011, recomenda-se a prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa (WHO).

**Tabela 04** – Percentual de escolares com consumo alimentar maior ou igual a cinco dias, nos últimos sete dias, por alimento marcador de hábito saudável e não saudável. Salvador–Ba, 2009 e 2012

Alimento	2009	2012
Feijão	47	47,7
Frutas	22,7	23
Guloseimas*	46,6	40,1
Refrigerantes	32,4	26,6

Fonte: PeNSE

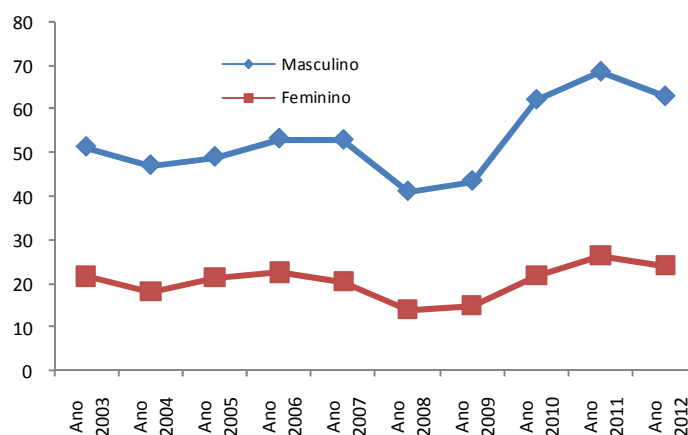
Os riscos de doenças cardiovasculares aumentam com o excesso de peso e obesidade. Em Salvador, a frequência de adultos ( $\geq 18$  anos) com excesso de peso (Índice de Massa Corporal  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) aumentou 20%, quando comparado 2006 a 2012. As maiores frequências foram observadas no sexo masculino. Entretanto, o sexo feminino apresentou tendência crescente, maior que o masculino, com elevação de 31,3% quando comparado com 10,1% do sexo oposto (Tabela 05).

**Tabela 05** – Percentual de adultos com excesso de peso, segundo sexo. Salvador-Ba, 2006-2012.

Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Masculino	41,6	42,4	41,5	47,2	40,1	46,7	45,8
Feminino	37,1	35,1	40,5	43,4	40,4	43	48,7
Total	39,4	38,7	41,0	45,3	40,3	44,8	47,3

Fonte: VIGITEL/MS

As causas externas<sup>15</sup> constituem um importante causa de internação pela sua magnitude, principalmente no sexo masculino que invariavelmente apresentou taxas superiores quando comparado com o sexo feminino ao longo da serie histórica.

**Gráfico 16** – Taxa de Internação Hospitalar por causas externas. Salvador, 2003-2012.

Fonte: SIH/SUS

Na atualidade, em virtude da sua magnitude e transcendência, os eventos relacionados à violência são considerados problemas de saúde pública. Em Salvador, no período de 2009 a 2012, foram registrados no SINAN 6.876 casos de violência, doméstica, sexual e outras violências. Os dados revelam que o maior percentual das agressões ocorreu contra as mulheres, chegando a corresponder a 67,2% dos registros em 2011. A população mais vulnerável foi a de adolescentes e adultos jovens com mais de 50% dos casos (Tabela 06).

<sup>13</sup> A formação do hábito alimentar inicia-se na infância e deve ser incentivada na adolescência, pois se configura como um importante fator para uma vida saudável. Dentre os marcadores de alimentação considerados saudáveis destaca-se o consumo de feijão, hortaliças cruas ou cozidas, frutas e leite. O não saudável engloba frituras, embutidos, biscoitos salgados e doces, salgados fritos, salgados de pacotes, guloseimas e refrigerantes (PeNSE).

<sup>14</sup> Doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulitos

<sup>15</sup> Em 2008 há um menor registro de internações devido à implantação da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Em relação à raça/cor, cabe registrar que o percentual de ignorado/em branco encontra-se elevadíssimo, com mais 83%, dificultando uma análise mais próxima da realidade. Entretanto, registra-se, que a maioria das notificações com registro de raça/cor ocorreu na população parda, seguida da preta (Tabela 06).

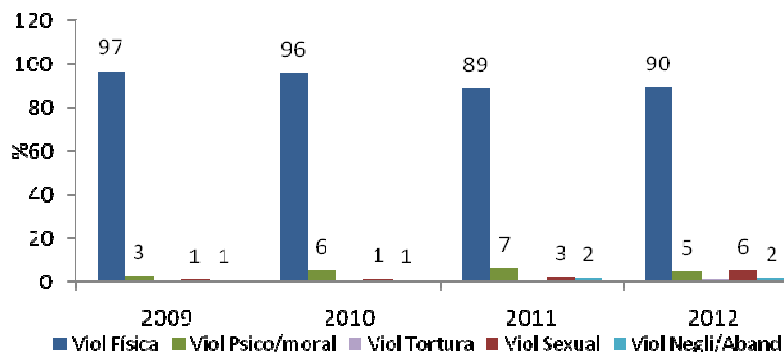
**Tabela 06 –** Notificações de violência em Salvador-Ba, 2009-2012.

Características	2009 (n=1.415)		2010 (n=1.756)		2011 (n=1.779)		2012 (n=1.926)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>								
Masculino	561	39,6	632	36,0	584	32,8	774	40,2
Feminino	854	60,4	1124	64,0	1195	67,2	1152	59,8
<b>Faixa Etária</b>								
0 a 9 anos	115	8,1	84	4,8	143	8,0	127	6,6
10 a 24 anos	737	52,2	881	50,3	877	49,3	997	51,8
25 a 59 anos	486	34,4	712	40,6	686	38,6	724	37,6
60 e mais	74	5,2	76	4,3	73	4,1	76	4,0
<b>Raça/cor</b>								
Ign/Branco	1226	86,6	1512	86,1	1526	85,8	1472	76,4
Branca	28	2,0	25	1,4	20	1,1	37	1,9
Preta	63	4,5	91	5,2	82	4,6	127	6,6
Amarela	1	0,1	1	0,1	2	0,1	1	0,1
Parda	91	6,4	127	7,2	146	8,2	289	15,0
<b>Indígena</b>	<b>06</b>	<b>0,4</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>03</b>	<b>0,2</b>	<b>01</b>	<b>0,1</b>

Fonte: SINANET (Acesso 19.11.2013)

Dentre as agressões, a física esteve presente em mais de 90% dos casos, a violência psicológica/moral em torno de 5% e a sexual em mais de 2% (Gráfico 17).

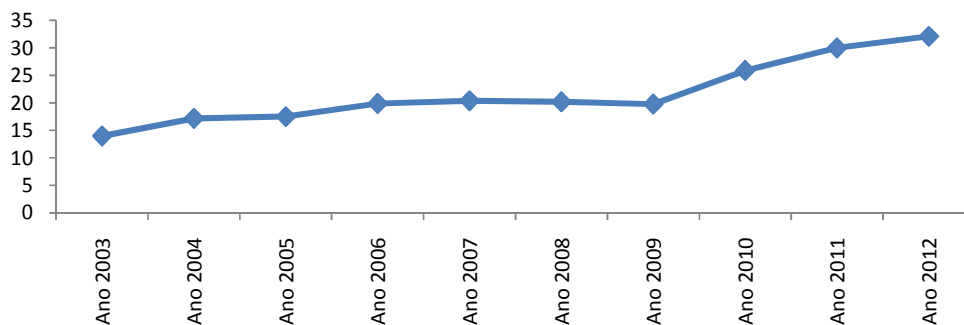
**Gráfico 17 –** Proporção dos casos notificados de violência doméstica e sexual, segundo a natureza da agressão. Salvador, 2009-2012.



Fonte: SINANET (Acesso 19.11.2013)

Quanto ao risco de adoecimento por neoplasias malignas, a série histórica revela tendência crescente no município, evidenciando a necessidade de promover intervenções oportunas para essa patologia. Pode-se observar que a taxa de internação no ano de 2012 é mais do que o dobro quando comparado com o ano de 2003 (Gráfico 18).

**Gráfico 18 –** Taxa de Internação Hospitalar por neoplasias malignas. Salvador, 2003-2012.



Fonte: DATASUS

A tabela 07 apresenta a série histórica das neoplasias mais freqüentes na capital baiana. Para o sexo feminino há um crescente e preocupante risco de adoecer por câncer de mama a partir do ano de 2009. Para o câncer de colo de útero, o ano de 2008 revelou a maior taxa. Quanto ao sexo masculino, percebe-se uma tendência crescente para o câncer de próstata e de pulmão, traquéia e brônquios a partir do ano de 2009.

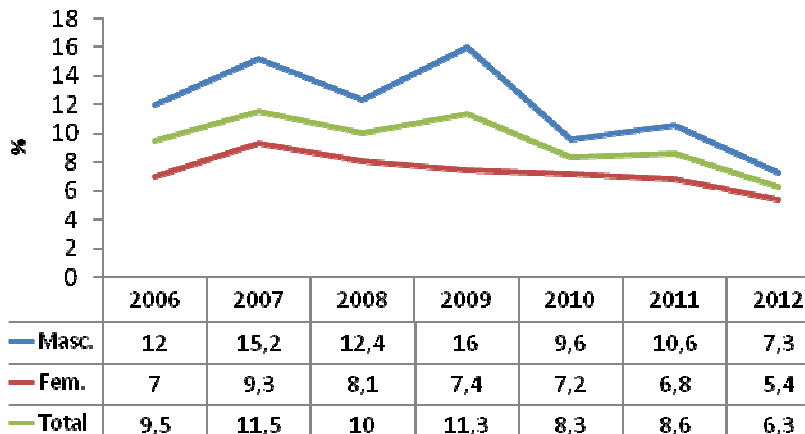
**Tabela 07 – Taxa de incidência de neoplasias malignas. Salvador, 2003-2012.**

Ano	Masculino				Feminino			
	Pulmão, traquéia e brônquios		Próstata		Mama Feminina		Colo do útero	
	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n
2003	6,6	79	23,0	277	60,7	821	12,3	167
2004	7,0	86	26,4	322	55,1	756	16,1	221
2005	8,2	103	27,0	340	53,6	759	10,7	152
2006	7,5	96	26,2	335	59,6	857	16,7	240
2007	6,0	78	33,4	432	55,6	813	13,1	192
2008	6,4	88	34,1	471	52,4	820	34,5	540
2009	7,7	108	36,2	509	53,0	844	15,5	247
2010	8,0	100	44,0	550	70,1	1000	18,8	268
2011	11,2	141	51,5	647	75,9	1090	15,8	227
2012	10,4	132	47,4	600	92,5	1337	18,7	271

Fonte: SIH-SUS/DATASUS

De acordo com os dados do VIGITEL, Salvador foi a capital que apresentou o menor percentual de fumantes em 2012, com redução de 33% na prevalência de fumantes na população adulta quando comparado a 2007. O percentual de homens fumantes é superior ao de mulheres, assim como são os que mais morrem por câncer de pulmão.

**Gráfico 19 – Percentual de fumantes maiores 18 anos, segundo sexo. Salvador, 2006-2012.**

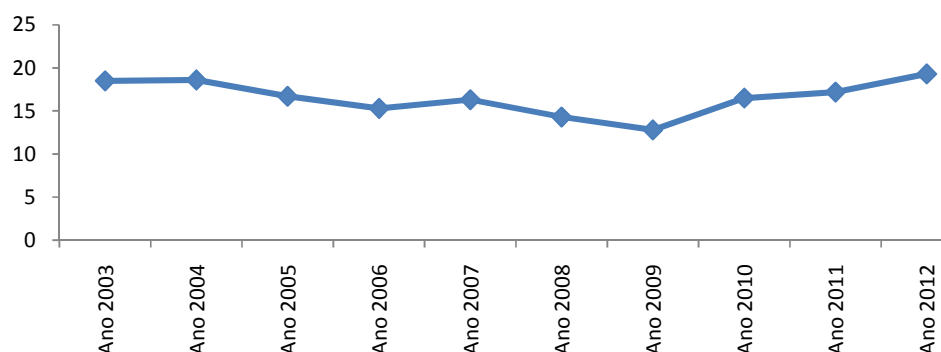


Fonte: VIGITEL/MS

A PeNSE realizada entre os escolares do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e particulares, identificou que, em Salvador, redução de 18,6% de escolares que já fizeram uso do cigarro alguma vez na vida. Quanto ao tipo de escola, os maiores percentuais foram observados nas escolas públicas (Tabela 27).

Para as doenças do aparelho respiratório, as pneumonias merecem destaque pela sua manutenção elevada ao longo do período e por representar uma das maiores causas de internação no município. Os anos de 2004 e 2012 apresentaram as maiores taxas de internação durante a série histórica (Gráfico 20).



**Gráfico 20** – Taxa de Internação Hospitalar por pneumonias. Salvador, 2003-2012.

Fonte: DATASUS

Durante o período de 2003 a 2012, as internações por gravidez, parto e puerpério responderam por 27,7% das internações hospitalares, sendo o parto único espontâneo o principal componente deste grupo, representando 45% de todas as internações (384.169) registradas, seguido do aborto espontâneo.

### 2.2.1.2. Doenças Transmissíveis

A dengue, tuberculose, varicela, meningites e esquistossomose foram as doenças de maior notificação compulsória, no município de Salvador, no período de 2003 a 2012. Na análise por ciclo de vida, destaca-se a varicela na faixa etária de 0 a 9 anos, bem como a dengue e a tuberculose nos demais ciclos de vida (Tabela 08).

**Tabela 08** – Número de casos notificados das doenças transmissíveis por ciclo de vida. Salvador, 2003-2012.

Agravos	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	%
<b>População Total</b>												
Dengue	1011	233	406	652	2151	3859	7365	8733	8883	8406	41699	36,4
Tuberculose	3624	3155	3014	2660	2605	2577	2683	2649	2472	2419	27858	24,3
Varicela	491	1070	1451	1060	2007	1792	914	1465	2606	2173	15029	13,1
Meningite	844	507	579	479	1343	827	1184	1047	934	1202	8946	7,8
Esquistossomose	753	1099	1882	1996	798	15	11	9	5	4	6572	5,7
Hanseníase	348	468	418	400	411	414	416	434	423	377	4109	3,6
Hanseníase	348	468	418	400	411	414	416	434	423	377	4109	3,6
Hepatites Virais	258	204	375	258	333	490	482	465	359	524	3748	3,3
<b>Crianças - 0 a 9 anos</b>												
Varicela	357	744	942	659	1222	986	470	758	1424	1054	8616	36,3
Dengue	70	32	52	76	267	554	1603	2148	1431	931	7164	30,2
Meningite	476	226	265	197	721	352	516	407	394	631	4185	17,6
Doenças Exantemáticas	79	139	325	189	282	101	87	97	47	28	1374	5,8
Tuberculose	99	69	78	76	74	63	58	50	55	36	658	2,8
<b>Adolescentes e adultos jovens - 10 a 24 anos</b>												
Dengue	328	68	116	166	559	1149	2286	3188	3114	2626	13600	44,2
Tuberculose	872	730	600	538	556	487	538	443	374	415	5553	18,1
Varicela	101	265	407	294	594	598	279	517	856	794	4705	15,3
Meningites	209	127	135	136	336	209	341	315	225	268	2301	7,5
Esquistossomose	179	280	496	607	205	1	5	3	0	1	1777	5,8
<b>Adultos - 25 a 59 anos</b>												
Dengue	570	124	215	374	1236	2009	3246	3162	4077	4516	19529	36,3
Tuberculose	2319	2074	2039	1768	1720	1763	1817	1853	1707	1632	18692	34,8
Esquistossomose	508	680	1221	1265	550	12	6	4	4	2	4252	7,9
Hanseníase	188	280	240	238	246	278	260	288	259	244	2521	4,7
Hepatites virais	95	80	179	167	219	327	330	338	261	389	2385	4,4
<b>Idosos - + de 60 anos</b>												
Tuberculose	333	281	296	278	254	264	268	302	336	335	2947	48,4
Dengue	43	9	23	36	88	145	224	225	252	332	1377	22,6
Hanseníase	37	51	63	50	59	56	72	55	77	70	590	9,7
Hepatites virais	19	11	38	30	41	55	65	73	51	63	446	7,3
Esquistossomose	30	47	89	48	27	2	0	0	0	1	244	4,0

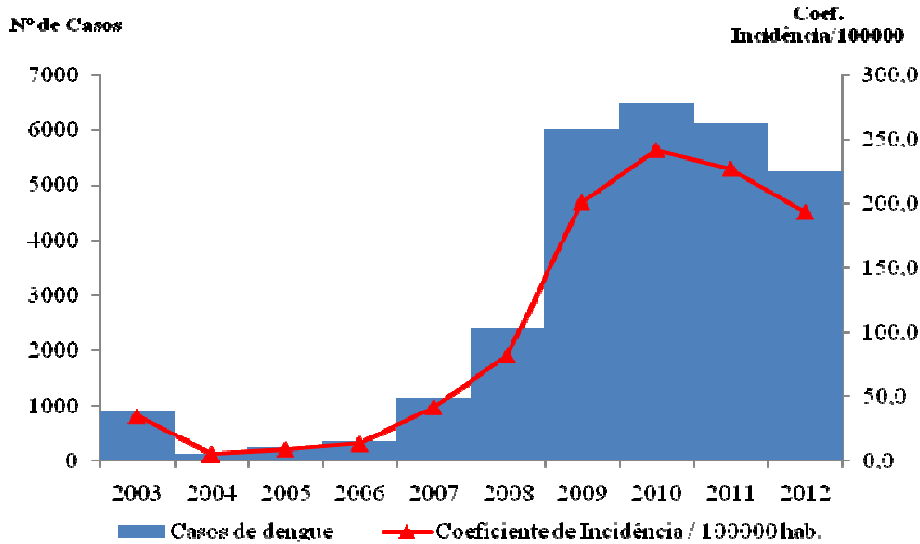
Fonte: SINAN Windows e Net; IBGE

\* Excluído os atendimentos anti-rábico humano, agravos e doenças não transmissíveis e doenças sexualmente transmissíveis

## Dengue

A evolução da doença demonstrou tendência ascendente do número de casos e do risco de adoecer por Dengue até 2010. Nos dois anos posteriores observou-se leve tendência à redução, porém, ainda, com números elevados tanto de incidência quanto de casos, o que pode estar associado além da circulação dos três sorotipos virais, a introdução de um novo sorotipo (DEN 4) no ano de 2011 e o grande número de pessoas susceptíveis ao mesmo (Gráfico 21).

**Gráfico 21**– Número de casos e coeficiente de incidência da dengue. Salvador-Ba, 2003-2012\*.



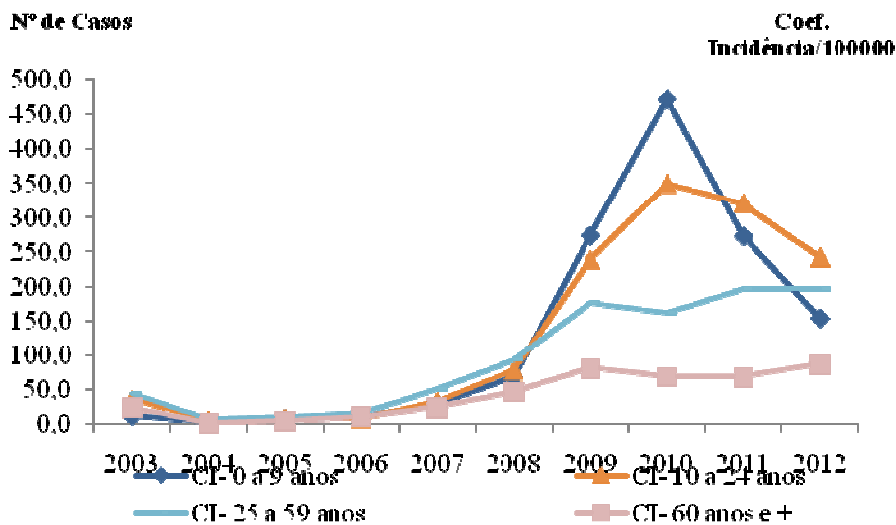
Fonte: SINAN Windows e Net; IBGE

\* Tabulado todos os casos notificados, exceto os descartados

Durante o período analisado, a maior concentração de casos de dengue ocorreu no sexo feminino e na raça parda, com exceção do ano de 2004, onde houve predomínio de casos no sexo masculino. (Apêndice Tabela 09).

Na análise por ciclo de vida, até o ano de 2008, houve predomínio do risco de adoecer entre adultos na faixa etária de 25 a 59 anos, após esse período, as crianças e adolescentes passaram a ser os mais acometidos pela doença (Gráfico 22).

**Gráfico 22** – Coeficiente de incidência da dengue, por ciclo de vida. Salvador–Ba, 2003-2012.



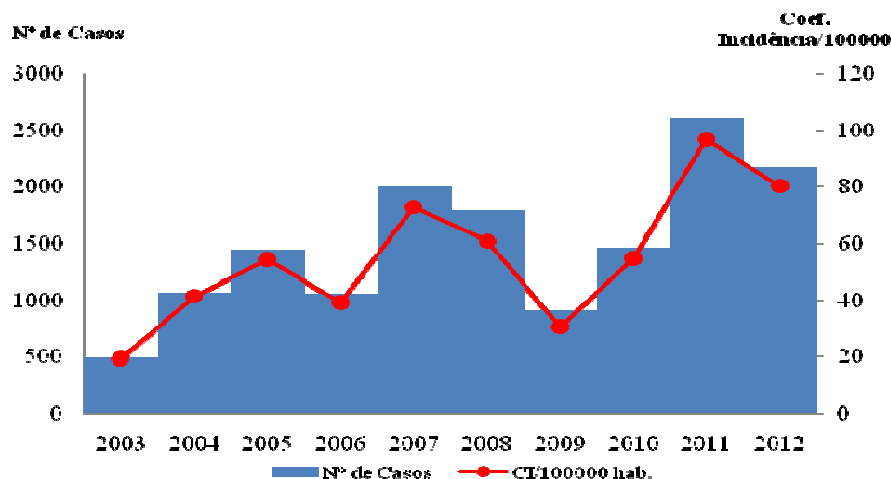
Fonte: SINAN Windows e Net; IBGE

A distribuição da ocorrência da doença por distrito sanitário demonstrou que o Centro Histórico, Itapagipe e Itapoan apresentaram os maiores coeficientes de incidência por Dengue (Apêndice Tabela 10).

### Varicela

Durante esses últimos dez anos, em Salvador foram notificados 15.029 casos de varicela, com predomínio do sexo masculino e da raça parda (Apêndice Tabela 11). Nesse período, a doença apresentou elevados coeficientes de incidência e números de notificações, sendo os maiores valores da série histórica ocorrido nos dois últimos anos, conforme observado no gráfico 23.

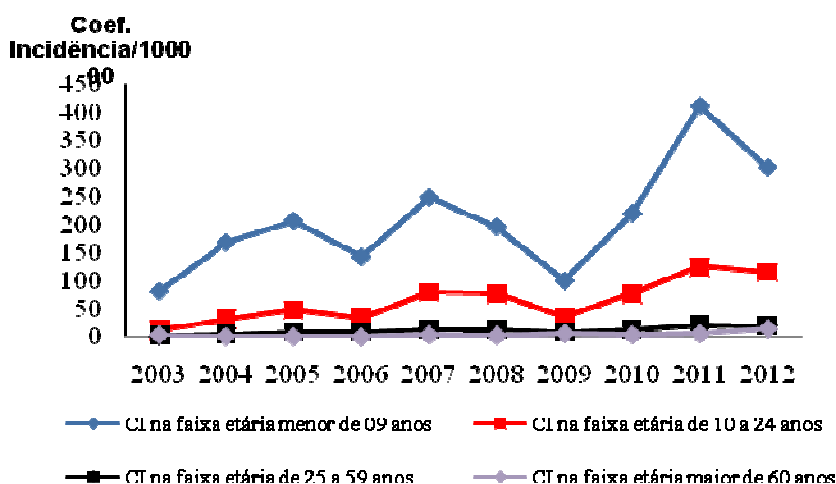
**Gráfico 23** – Casos notificados e coeficiente de incidência da varicela. Salvador-Ba, 2003 a 2012.



Fonte: SINAN Windows e Net; IBGE

Na análise por ciclo de vida, nota-se que as crianças tiveram o maior risco de adoecer pela doença em comparação com as demais faixas etárias. O ano de 2011 apresentou as maiores taxas em todos os ciclos de vida, com exceção dos idosos, cujo pico de 14,3/100.000, ocorreu em 2012 (Gráfico 24).

**Gráfico 24** – Coeficiente de Incidência da Varicela por faixa etária. Salvador-Ba, 2003-2012.



Fonte: SINAN Windows e Net; IBGE

Os distritos sanitários que apresentaram os maiores riscos de adoecer por varicela foram Centro Histórico, Liberdade, Itapoan, Pau da Lima e Brotas (Apêndice Tabela 12).

### Meningites

No período de 2003 a 2012, em Salvador foram notificados 8.946 casos de meningites, sendo 7.156 confirmados. Dos casos confirmados houve predominância do sexo masculino e da raça parda.

Quanto à etiologia sobressaíram as meningites virais seguida das bacterianas (Apêndice Tabelas 13 e 14).

A letalidade foi maior para a meningite tuberculosa seguida pela pneumocócica e doença meningocócica. Esta última, além de apresentar elevada gravidade obteve maior coeficiente de mortalidade, sendo aproximadamente, quatro vezes maior que o risco de morrer por meningite tuberculosa (Tabela 15).

**Tabela 15** – Número de óbitos, coeficiente de letalidade e mortalidade das meningites. Salvador-Ba, 2003-2012.

Etiologia	Número Óbitos	Coeficiente Letalidade	Coeficiente Mortalidade
Doença Meningocócica	138	24,5	5,1
Meningite Tuberculosa	32	40,5	1,2
Meningites Bacterianas	94	9,2	3,4
Meningites não Especificadas	41	8,4	1,5
Meningites Virais	44	0,9	1,6
Meningites por outras Etiologias	15	15,0	0,5
Meningite por <i>H. Influenzae</i>	1	4,3	0,0
Meningite Pneumocócica	60	29,7	2,2
Ign/ em branco	2	14,3	0,1
<b>Total</b>	<b>565</b>	<b>7,9</b>	<b>20,7</b>

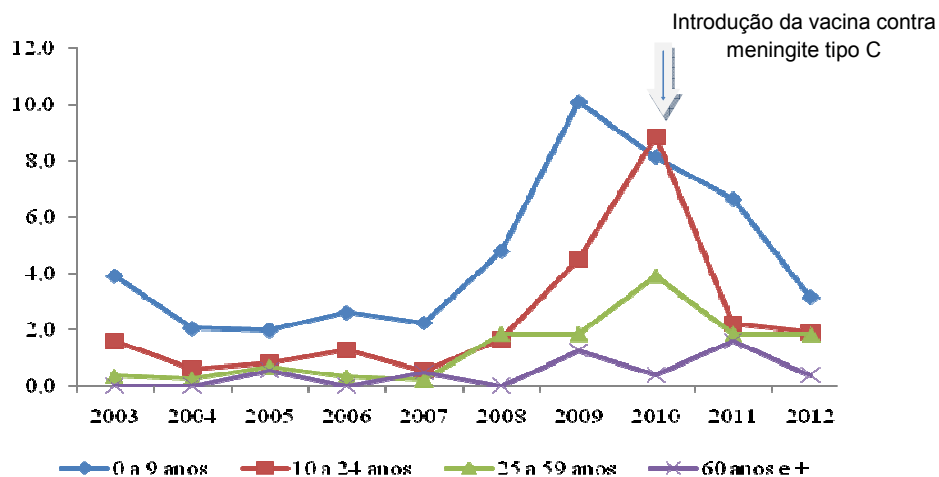
Fonte: SINAN Windows e Net; IBGE

No período analisado ocorreram 563 casos de doença meningocócica, dos quais 144 (25%) concentraram-se no ano de 2010. A forma clínica mais comum foi da meningite meningocócica, seguida pela forma mista (meningite meningocócica + meningococemia) (Apêndice Tabela 16).

No período descrito, o sorogrupo C foi o de maior ocorrência em Salvador, com tendência ascendente até o ano de 2010, ano de introdução da vacina contra meningite C conjugada (MEN C) na rede pública municipal. Após esse período, houve uma redução do número de casos por esse sorogrupo (Apêndice Tabela 17).

O risco de adoecer por doença meningocócica durante toda a década analisada sempre foi maior nas crianças, com exceção do ano de 2010 em que adolescentes e adultos jovens apresentaram o maior coeficiente de incidência. Percebe-se, após a introdução da vacina contra meningite C, redução da incidência em todos os ciclos de vida, com exceção dos idosos, em que houve aumento do risco de adoecer em 2011 (Gráfico 25). Em fevereiro de 2010, a vacina Men C foi introduzida em Salvador para crianças menores de 05 anos e devido à situação epidemiológica da doença meningocócica foram realizadas campanhas de vacinação para a faixa etária de 10-24 anos. No segundo semestre/2010, o Ministério da Saúde introduziu a vacina no Calendário Nacional e atualmente encontra-se disponível para os menores de 02 anos em todas as salas de vacina de Salvador.

**Gráfico 25** - Coeficiente de Incidência da Doença Meningocócica por faixa etária. Salvador-Ba, 2003-2012.



Fonte: SINAN Windows; SINAN Net; IBGE

O risco da doença meningocócica variou muito nos distritos durante o período analisado. O ano de 2010 apresentou os maiores coeficientes de incidência para os DS Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano/Valéria, Brotas, Barra/Rio Vermelho/Pituba, Boca do Rio, Pau da Lima e Subúrbio Ferroviária. O Distrito de São Caetano/Valéria foi o que obteve maior risco de adoecer de toda a série histórica, cujo coeficiente de incidência foi de 11,9/100.000 hab. em 2010 (Apêndice Tabela 18).

### Tuberculose

Segundo o Ministério da Saúde, Salvador é a 3ª capital do país em número de casos de tuberculose e 8ª capital do país em coeficiente de incidência. Nos anos de 2003 a 2012 a média anual de casos novos de Tuberculose foi de 2.065 com coeficiente de incidência em 2012 de 67/100.000/hab. (TBTF) e 44,0/100.000/hab. (TBBK+).

A incidência da tuberculose no município apresentou declínio no período de 2003-2012. Os Distritos Sanitários São Caetano/Valéria, Liberdade, Centro Histórico, Cabula/Beirú, Subúrbio Ferroviário e Itapagipe apresentaram as maiores taxas de incidência em 2012.

**Tabela 19** – Coeficiente de Incidência de Tuberculose Todas as Formas por Distrito Sanitário. 2003-2012.

Distrito Residência	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subúrbio Ferroviário	73,0	80,2	76,6	76,8	69,8	71,6	73,1	82,3	73,4	73,5
Brotas	69,1	72,0	70,0	61,8	52,8	52,8	46,7	62,5	53,7	46,1
Cajazeiras	61,1	70,3	65,0	55,1	46,4	57,4	46,7	64,8	57,5	54,6
Pau da Lima	64,4	54,5	53,8	56,3	46,9	36,0	46,5	68,6	62,2	63,6
Itapopan	61,3	76,0	61,8	46,6	50,3	62,2	58,1	35,6	34,5	48,1
Cabula/Beirú	97,4	104,9	97,8	101,8	85,2	85,1	82,3	85,3	79,3	74,2
Itapagipe	100,3	100,7	98,1	77,1	85,6	79,8	70,6	84,4	82,6	70,5
Boca do Rio	57,4	48,3	66,4	36,8	42,9	39,0	58,6	53,8	46,4	46,9
Centro Histórico	121,9	143,2	124,3	126,1	103,1	105,0	95,0	111,3	99,5	79,6
Barra/Rio Vermelho	74,7	69,7	83,1	68,6	57,5	48,7	49,8	56,1	50,7	56,2
Liberdade	127,1	125,3	109,5	120,4	113,1	112,0	120,3	98,1	94,1	89,7
São Caetano/Valéria	150,6	157,0	136,0	118,3	102,0	100,3	103,0	105,3	94,9	95,8
Salvador	87,3	90,0	85,5	78,4	69,3	67,9	68,1	74,2	67,8	67,0

Fonte: SINAN-NET/TABWIN

### Hanseníase

A incidência da hanseníase no município apresentou perfil similar no período analisado. Os Distritos São Caetano/Valéria, Itapagipe e Itapopan apresentaram as taxas mais elevadas em 2012.

**Tabela 20** – Coeficiente de Incidência de Hanseníase por Distrito Sanitário. Salvador, 2003-2012.

Distrito Residência	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subúrbio Ferroviário	18,1	29,6	21,5	22,6	23,2	21,2	22,1	28,6	22,2	15,0
Brotas	6,7	5,7	4,2	6,8	4,8	4,2	4,1	7,4	9,8	1,9
Cajazeiras	13,1	21,7	17,2	24,0	22,4	21,2	18,2	27,0	23,1	14,3
Pau da Lima	6,8	7,2	4,8	5,3	4,5	7,3	7,5	7,8	8,2	10,8
Itapopan	28,9	29,7	27,3	27,1	28,6	31,5	29,0	24,0	17,9	19,3
Cabula/Beirú	10,9	17,7	12,7	10,9	13,8	11,4	10,3	12,7	9,5	10,0
Itapagipe	11,1	17,8	13,3	9,0	13,6	15,8	16,9	13,5	18,3	20,1
Boca do Rio	10,8	12,3	4,3	7,5	4,7	4,6	3,8	4,0	8,6	7,0
Centro Histórico	8,5	7,2	14,3	5,7	4,4	4,4	11,7	7,0	2,8	6,9
Barra/Rio Vermelho	4,7	5,6	4,6	5,5	8,1	3,6	5,0	6,2	9,4	7,9
Liberdade	9,6	12,0	8,0	6,3	5,3	8,8	8,9	7,2	7,8	8,3
São Caetano/Valéria	24,1	23,4	27,0	18,2	15,1	16,8	16,3	17,9	18,1	21,5
Salvador	12,9	16,5	13,4	12,7	13,0	12,7	12,6	14,5	13,6	12,3

Fonte: SINAN-NET/TABWIN

### Esquistossomose

Os Distritos Sanitários Subúrbio Ferroviário e Cabula/Beirú apresentaram maior prevalência de esquistossomose no período 2003-2012. A faixa etária mais acometida foi de 10-59 anos.

**Tabela 21** – Número de casos de esquistossomose por ciclo de vida e Distrito Sanitário. Salvador, 2003-2012.

Distrito Residência	0-9 anos	10-24 anos	25-59 anos	60 anos e +	Total
Centro Histórico	0	12	26	2	40
Itapagipe	0	11	30	4	45
São Caetano/Valéria	27	246	462	17	752
Liberdade	10	31	101	11	153
Brotas	1	30	51	5	87
Barra/Rio Vermelho	3	53	127	18	201
Boca do Rio	4	10	12	1	27
Itapopan	24	116	359	13	512
Cabula/Beirú	62	482	1.274	48	1.866
Pau da Lima	10	40	124	5	179
Subúrbio Ferroviário	163	681	1.595	119	2.558
Cajazeiras	9	74	113	3	199
Salvador	313	1.786	4.274	246	6.619

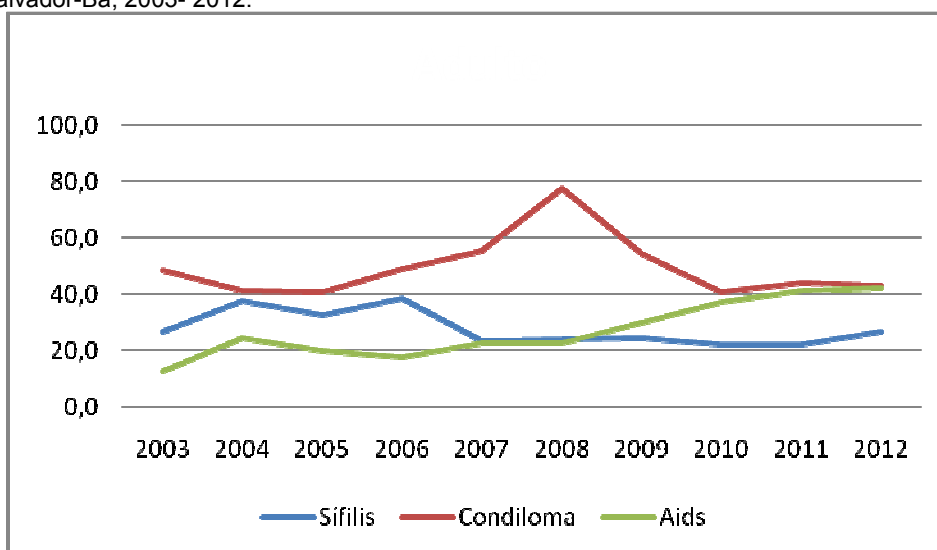
Fonte: SINAN-NET/TABWIN

### Doenças Sexualmente Transmissíveis

Quanto às interações relacionadas às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), os indivíduos adultos constituem o segmento mais atingido, com intensidade similar com que ocorrem. Em relação às AIDS verifica-se tendência de aumento de quase 4 vezes maior, passando 12,6 por 100.000 hab. em 2003 para 42,2 por 100.000 hab. em 2012 (Gráfico 26).

Já para o condiloma acuminado à exceção dos anos de 2007 a 2009 onde ocorreram taxas mais elevadas, verificou-se estabilização das mesmas em torno de 40 por 100.000 hab. Contudo, as taxas foram elevadas nesse segmento. Em se tratando da sífilis até 2006 observou-se aumento das taxas de incidência, passando de 26,9 em 2003 para 38,6 por 100.000 hab. em 2006. A partir de então, manteve-se em patamar próximo a 22 por 100.000 hab. (Gráfico 26).

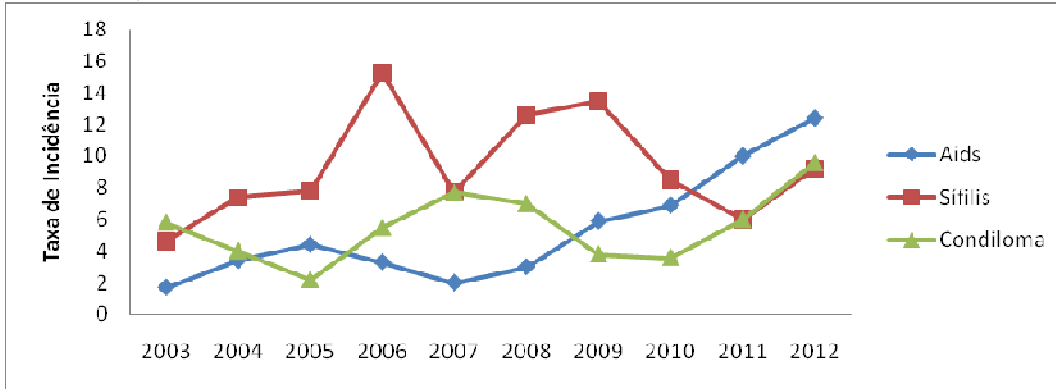
**Gráfico 26** – Taxa de Incidência de AIDS, Sífilis e Condiloma Acuminado em indivíduos de 26 a 59 anos de idade. Salvador-Ba, 2003- 2012.



Fonte: SINAN NET

Na população de idosos as DST se apresentaram em menor intensidade, mas com tendência de aumento, embora sem um padrão regular. O acréscimo mais expressivo ocorreu para a AIDS cujas taxas de incidências passaram de 1,7 para 12,4 por 100.000 hab. nos anos de 2003 e 2012, respectivamente. A sífilis e condiloma acuminado também sofreram aumento, respectivamente, passaram de 4,6 e 5,8 por 100.000 hab. no ano de 2003, para 9,2 e 9,6 por 100.000 hab. em 2012 (Gráfico 27).

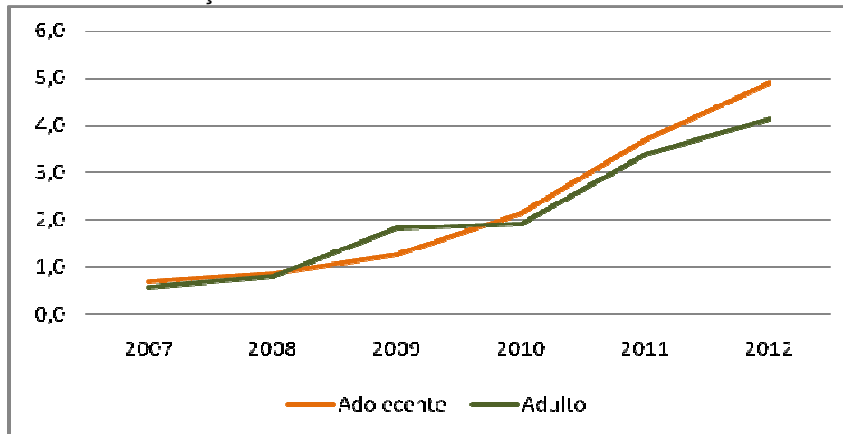
**Gráfico 27** – Taxa de Incidência de AIDS, Sífilis e Condiloma Acuminado em indivíduos de 60 anos e mais. Salvador-Ba, 2003-2012.



Fonte: SINAN NET

Em relação à sífilis e infecção pelo HIV em gestante, em 2005 e 2006, verificou-se tendência de aumento tanto para as mulheres do grupo etário de adolescente como de adulto. Contudo, as taxas de incidências foram maiores para a sífilis, cujo aumento foi 4 vezes maior nos dois grupos de etários, respectivamente, passando de 0,7 e 0,6 por 1.000 NV no ano de 2007, para 4,9 e 4,1 por 1.000 NV em 2012 (Gráficos 28 e 29).

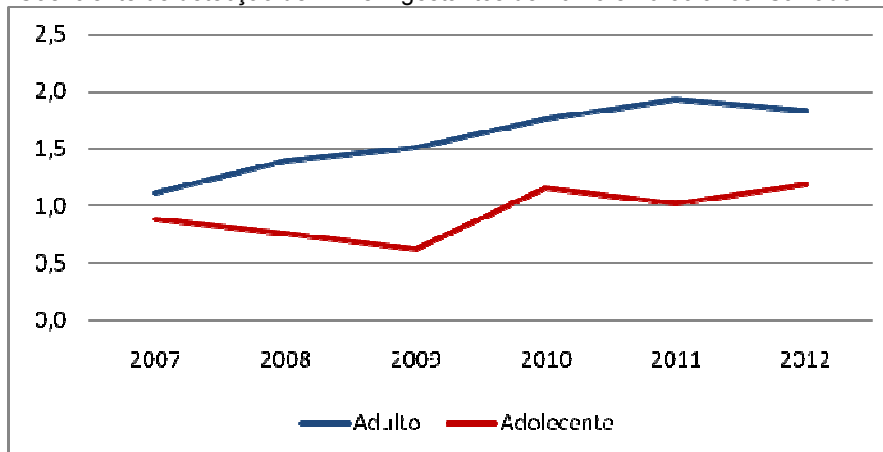
**Gráfico 28** – Taxa de detecção de sífilis em Gestantes de 10-25 e 29-59 anos. Salvador-BA, 2007- 2012.



Fonte: SMS; SINAN NET

No caso de infecção pelo HIV em gestante, encontrou-se aumento menos expressivo, entre as adolescentes, que passou de 0,88 para 1,18 por 1.000 NV nos anos de 2007 e 2012. Já entre as mulheres adultas, o aumento foi quase o dobro, passou de 1,1 para 1,8 por 1.000 NV, em 2007 e 2012, respectivamente (Gráfico 29).

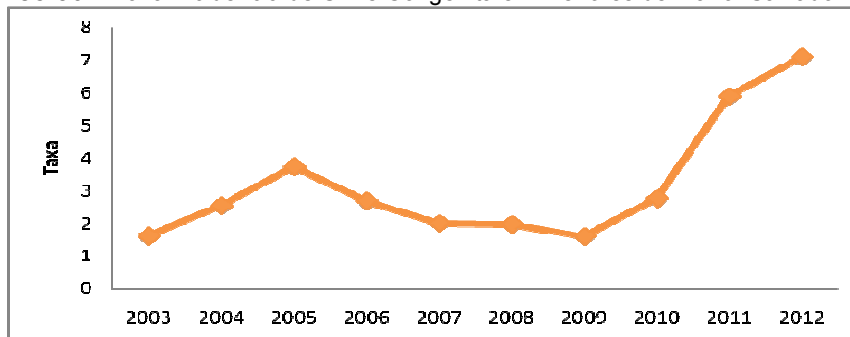
**Gráfico 29** – Coeficiente de detecção de HIV em gestantes de 10-25 e 26-59 anos. Salvador-BA, 2007-2012.



Fonte: SMS; SINAN NET

No gráfico abaixo observa-se que a taxa de incidência da sífilis congênita foi crescente, embora, não tenha seguido um padrão regular de aumento no período de 2003-2012. Verificou-se importante aumento, sobretudo a partir de 2009. Em 2012, correspondeu a 7,1 por 1.000 NV, quase três vezes maior a do ano de 2003.

**Gráfico 30** – Taxa Incidência de Sífilis Congênita em menores de 1 ano. Salvador-BA, 2003-2012.



Fonte: SMS/SINAN NET

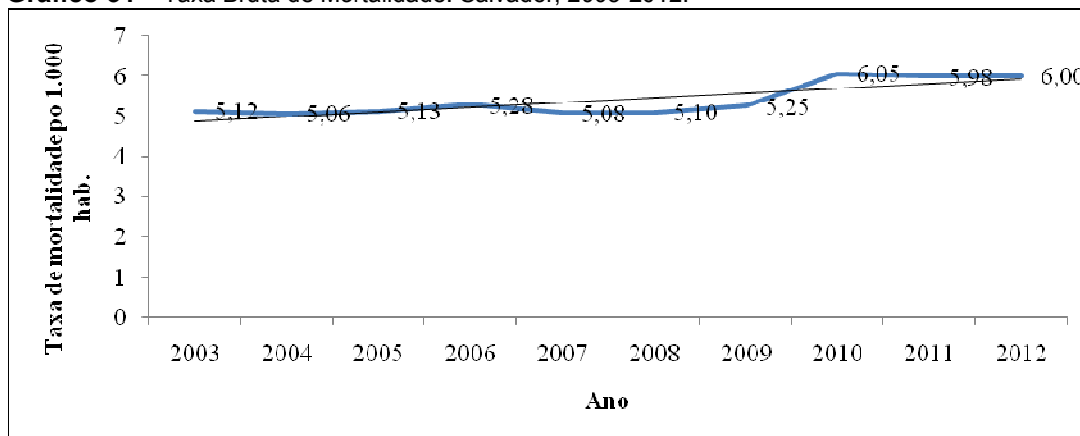
## 2.2.2. Mortalidade

O perfil epidemiológico de morbimortalidade em Salvador demonstra que as Doenças crônicas não Transmissíveis (DCNT) e as causas externas estão entre as principais causas de morte, levando a ocorrência de óbitos precoces, perda da qualidade de vida, perdas econômicas e sociais

### 2.2.2.1. Mortalidade Geral

Durante os anos de 2003 a 2012 observa-se tendência ascendente na taxa bruta de mortalidade do município de Salvador com aumento de 17,1% (Gráfico 31). A maioria dos óbitos ocorreu no sexo masculino, da raça/cor negra (parda e preta).

**Gráfico 31** – Taxa Bruta de Mortalidade. Salvador, 2003-2012.



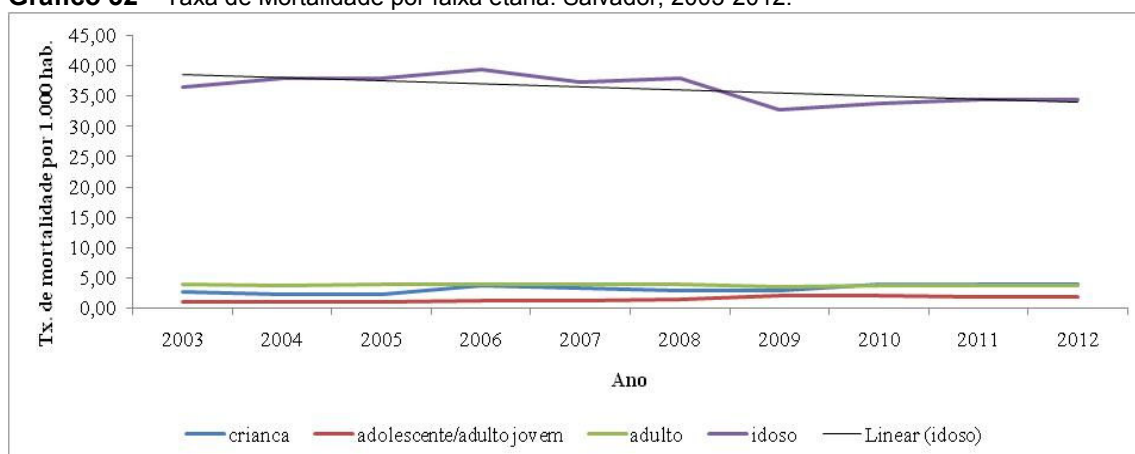
Fonte:SIM

Ao longo dos anos analisados observou-se manutenção das taxas de mortalidade nas faixas etárias de 0-9 e de 10-24 anos. A população idosa apresentou as maiores taxas de mortalidade, embora venha com tendência de redução, provavelmente ocasionada pelos avanços tecnológicos como a inserção de novas vacinas e diagnósticos precoces das doenças, contribuindo para o aumento da expectativa de vida desta população (Gráfico 32).

Os Distritos Sanitários Centro Histórico, Liberdade e São Caetano/Valéria apresentaram as maiores Taxas de Mortalidade Bruta (Apêndice Tabela 22).



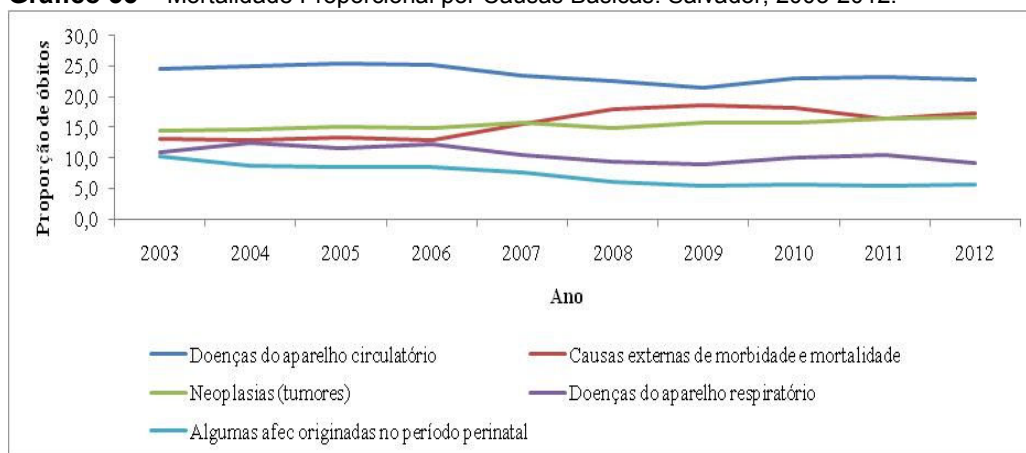
**Gráfico 32** – Taxa de Mortalidade por faixa etária. Salvador, 2003-2012.



Fonte:SIM

A avaliação da mortalidade proporcional por causas básicas demonstrou que as doenças relacionadas ao aparelho circulatório embora tenham ocupado a primeira posição entre as principais causas de morte, ao longo do período observou-se redução de 7,3%.

**Gráfico 33** – Mortalidade Proporcional por Causas Básicas. Salvador, 2003-2012.



Fonte: SIM

As causas externas ocuparam o segundo lugar em termos proporcionais dos óbitos em Salvador, principalmente os eventos de causas indeterminadas, os quais foram predominantes entre as crianças e idosos, enquanto as agressões tiveram maior representatividade na população de adolescentes e adultos.

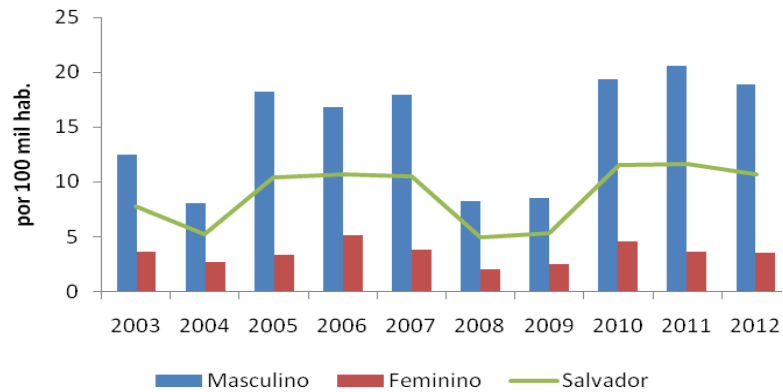
A terceira maior causa de óbito em Salvador esta as neoplasias, as quais vêm apresentando tendência de aumento na série analisada. A análise por faixa etária evidenciou que nas crianças predominaram as neoplasias do sistema nervoso central, nos adolescentes e adultos jovens destacaram-se as leucemias, nos adultos prevaleceram as neoplasias de mama e entre os idosos as neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões (Apêndice Tabela 23).

Analisando a mortalidade proporcional por ciclo de vida, a principal causa de mortalidade nas crianças foram as afecções originadas no período perinatal, nos adolescentes e adultos foram as causas externas e nos idoso as doenças do aparelho circulatório (Apêndice Tabela 24).

Analisando as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito em Salvador, observa-se que houve redução de 35% quando comparado os anos de 2003 e 2004. Contudo estas aumentaram 98,5%, ao passarem de 5,3 para 10,5 por 100 mil hab, entre 2004 e 2007. Em 2008, ano em que foi instituída a lei seca, observa-se nova redução (52,5%), entretanto, em 2010, voltam a subir mantendo-se em torno de 11 por 100 mil hab. até 2012 (Gráfico 34).

Destaca-se que os homens obtiveram as maiores taxas de mortalidade, alcançando risco de 5,6 vezes maior do que as mulheres em 2011 (Gráfico 34).

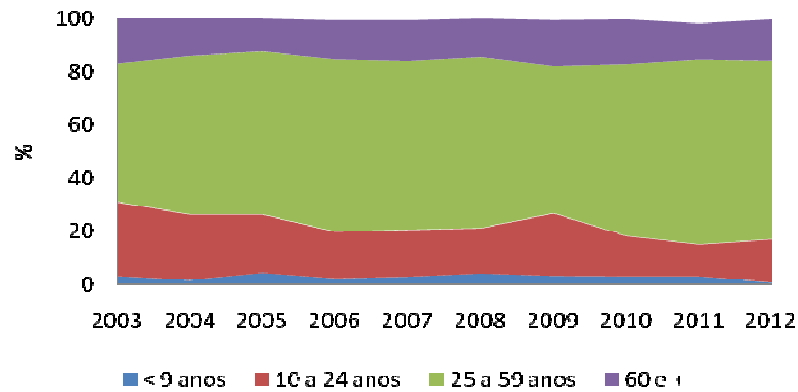
**Gráfico 34** – Taxa de Mortalidade por Acidentes de Trânsito segundo sexo. Salvador-Ba, 2003-2012.



Fonte: SIM

No período analisado, as faixas etárias de 25-59 e 10-24 anos responderam por 60 e 18% dos óbitos por Acidentes de Transporte Terrestre (ATT), respectivamente.

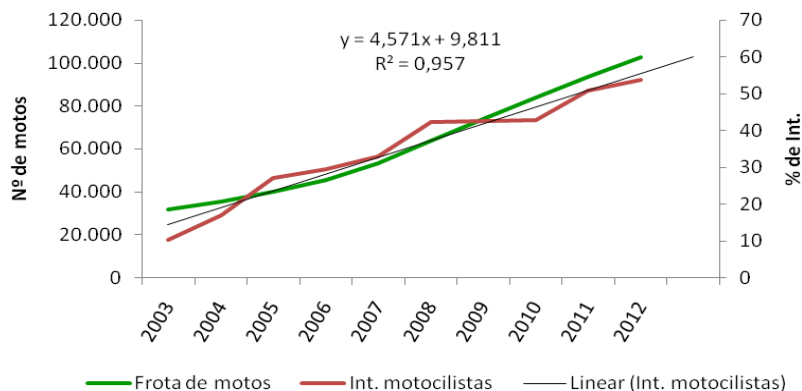
**Gráfico 35** – Mortalidade Proporcional por Acidentes de Trânsito e Transporte segundo faixa etária. Salvador-Ba, 2003-2012.



Fonte: SIM

Observa-se, ainda, que neste período, em Salvador houve aumento de 72,2% da frota de veículos e 220,4% de motocicletas (TRANSALVADOR). Esse crescimento apresentou similaridade com o percentual de internações envolvendo motociclistas, dentre as causas externas, a qual registrou aumento de 418% no período (Gráfico36).

**Gráfico 36** – Série histórica da frota de motos e o percentual de internações decorrentes de acidentes envolvendo motociclistas, dentre as causas externas. Salvador-Ba, 2003-2012.



Fonte: TRANSALVADOR; SIH-SUS

Em virtude do elevado número de mortes por ATT no Brasil, a partir de 2007 foi introduzido o indicador referente à direção após consumo de bebida alcoólica.

Em Salvador, no ano de 2012, os ATT resultaram em 290 mortes, destas 82% ocorreram no sexo masculino. Diversos são os fatores contributivos para a ocorrência de acidentes, tais como: excesso de velocidade, álcool e direção, falta de manutenção nos veículos e em vias, desrespeito as leis de trânsito, dentre outros.

Os dados do VIGITEL<sup>16</sup> demonstram que o percentual de adultos que referiram conduzir veículos motorizados após o consumo de bebida alcoólica, em 2012, foi de 6,8%, sendo essa proporção maior em homens (13,7%) do que em mulheres (1,1%) (Tabela 25).

**Tabela 25** – Percentual de adultos (>18 anos) que dirigiram veículos motorizados após consumo de bebidas alcoólicas, segundo sexo. Salvador-Ba, 2007-2012.

Sexo	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*
Masculino	4,2	3	2,5	2,7	10,4	13,7
Feminino	0,2	0,3	0,1	0,2	1	1,1
Total	2	1,5	1,2	1,3	5,3	6,8

Fonte: VIGITEL/MS

A frequência de adultos com relato de consumo abusivo de bebidas alcoólicas variou entre 22,2% a 26,6% no período de 2006 a 2012. As maiores frequências foram observadas entre os homens. Porém, o crescimento no consumo excessivo de bebidas alcoólicas foi maior entre as mulheres que apresentou aumento de 28,5%, enquanto que para os homens foi de 16,7% (Tabela 09)

Segundo a VIGITEL, Salvador foi a capital brasileira com maior consumo de bebidas alcoólicas tanto no sexo masculino como feminino em 2012.

**Tabela 26** – Percentual de adultos (≥18 anos) com consumo abusivo de bebidas alcoólicas\* segundo sexo. Salvador-Ba, 2006-2012.

Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Masculino	33	29,7	35,6	35,8	32	31,3	38,5
Feminino	13	13,9	15,9	17,1	17,3	17,2	16,7
Total	22,2	21,1	24,9	25,6	24	23,6	26,6

Fonte: VIGITEL/MS

\*Ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias

Devido ao impacto na morbimortalidade da população em decorrência dos ATT, em especial em jovens e em idade produtiva, o seu enfrentamento constitui-se como um grande desafio para os gestores públicos.

**Tabela 27-** Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que experimentaram cigarro, álcool e drogas ilícitas, segundo sexo e dependência administrativa da escola. Salvador-Ba, 2009 e 2012.

Experimentação	Total		Masculino		Feminino		Privada		Pública	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012
Cigarros	20,4	16,6	20	17,2	20,7	16,1	15,2	7,4	21,3	19,4
Álcool	75,8	72,1	75,6	70,8	75,9	73,3	81,2	72,7	74,8	71,9
Drogas ilícitas	6,3	6,4	8,8	7,4	4,4	5,6	9,5	3,6	5,7	7,3

Fonte: PeNSE

A PeNSE investigou também o uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy), o que evidenciou que no município mais de 6% dos escolares já usaram esse tipo droga e que a proporção de meninos foi maior em relação a de meninas.

Considerando a dependência administrativa observou-se que houve redução de 62% de escolares que experimentaram drogas ilícitas nas escolas privadas, enquanto nas escolas públicas foi demonstrado aumento de 28% (Tabela 27).

As informações de escolares que se referem a envolvimento em brigas demonstram que houve aumento da violência do ano de 2009 para 2012 em ambos os sexos e tanto entre alunos de escolas públicas quanto de particulares. O envolvimento em brigas com arma branca aumentou 62% e com arma de fogo 109,7%. No que se refere às agressões físicas sofridas houve redução de 27,6% entre os meninos e aumento de 55,3% entre as meninas (Tabela 28).

<sup>16</sup> \*Acompanhando a implementação nacional da Lei no 11.705/2008, 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 frequência de ocorrência dessa prática e não mais consumo excessivo nos últimos 30 dias.

**Tabela 28** – Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental em relação a situações de violência, segundo sexo e dependência administrativa da escola. Salvador-Ba, 2009 e 2012.

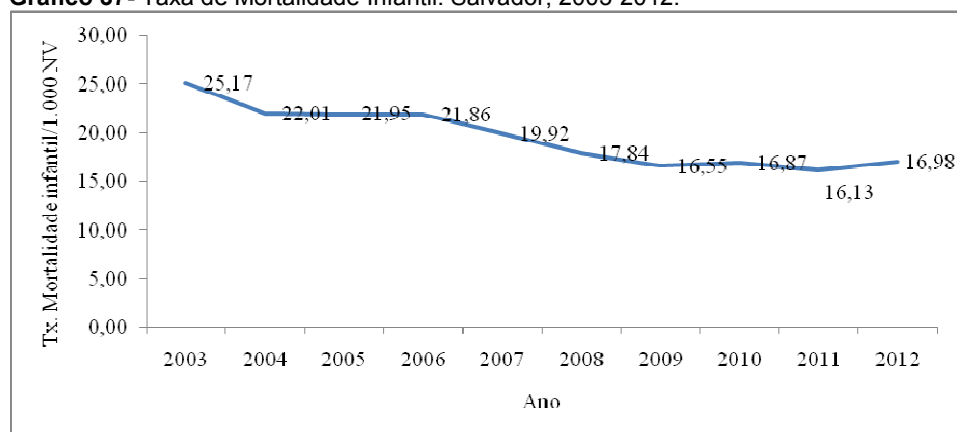
Situação de Violência	Total		Masculino		Feminino		Privada		Pública	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012
Bullying *	4,2	6,9	4,5	8,2	3,9	5,6	4,3	6,9	4,1	6,9
Agressão Física	12,7	13,5	17	12,3	9,4	14,6	14,2	10,6	12,4	14,4
Arma Branca	5,8	9,4	8,4	13	3,9	6,1	5,0	7,3	6,0	10,0
Arma de Fogo	3,1	6,5	4,6	9,5	2,0	3,7	2,5	4,7	3,2	7,0

Fonte: PeNSE (2009 e 2012)

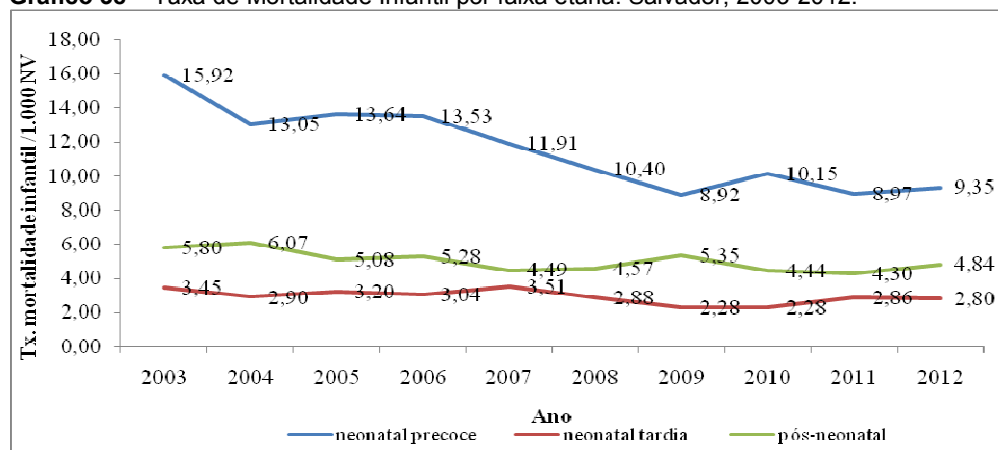
\*Que sempre ou quase sempre se sentem humilhados pelas provocações de colegas da escola.

### 2.2.2.2. Mortalidade Infantil

No período de 2003 a 2012, a taxa de mortalidade infantil de Salvador registrou redução de 34% até o ano de 2009 e manutenção de 16/1000NV a partir deste ano (Gráfico 37). O componente neonatal precoce (0-7 dias) obteve redução de 41% quando comparado o primeiro com o último ano analisado, sendo o principal responsável pela redução da mortalidade infantil nesse período (Gráfico 38).

**Gráfico 37-** Taxa de Mortalidade Infantil. Salvador, 2003-2012.

Fonte: SIM/SINASC

**Gráfico 38** – Taxa de Mortalidade Infantil por faixa etária. Salvador, 2003-2012.

Fonte: SIM/SINASC

Ao longo dos anos a taxa de mortalidade infantil dos DS apresentou variações importantes, sendo os DS da Liberdade, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras os que apresentaram maiores taxas de mortalidade infantil no ano de 2012 (Tabela 01).

A partir de 2006 a raça cor predominante foi parda. As principais causas de mortalidade infantil foram às afecções originadas no período perinatal, seguido das más formações congênitas e anomalias cromossômicas e destaca-se uma tendência de aumento desta causa em 175% quando comparado o primeiro com o último ano analisados. Ao longo deste período observa-se uma alternância da terceira maior causa de mortalidade infantil, variando entre as doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório (Tabela 29).

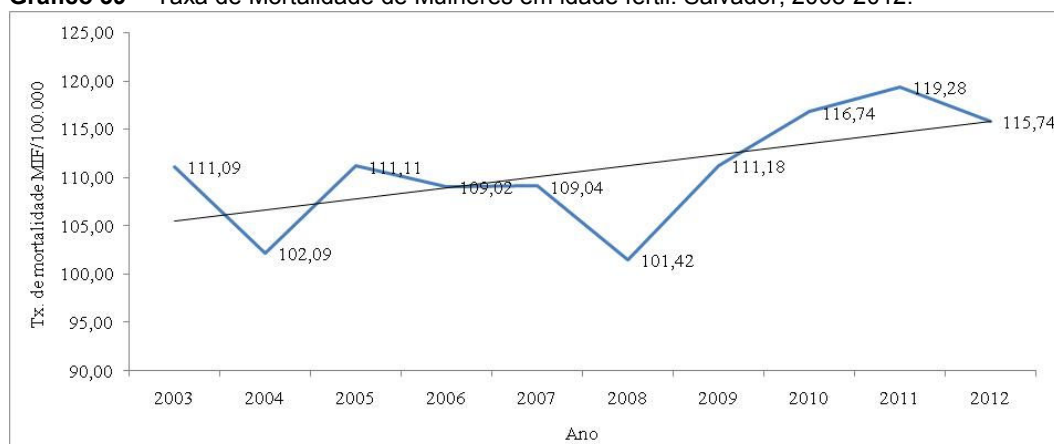
**Tabela 29** – Taxa de Mortalidade Infantil por Distrito Sanitário. Salvador, 2003-2012.

Distrito Sanitário	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Liberdade	25,09	29,03	29,79	24,19	18,83	22,47	19,88	17,60	14,04	25,20
Subúrbio Ferroviário	29,41	24,27	26,47	24,82	22,13	22,64	18,63	19,81	15,08	22,26
Cajazeiras	21,70	14,82	20,26	18,44	18,43	13,99	13,84	21,11	7,79	20,73
Cabula/Beirú	21,13	20,46	22,64	20,09	19,74	17,47	17,18	16,96	15,01	20,22
São Caetano/Valéria	26,04	23,79	25,07	22,58	18,11	15,88	18,33	20,06	16,42	18,83
Itapagipe	20,74	20,91	19,71	20,14	20,03	16,79	25,73	22,03	10,70	17,66
Pau da Lima	23,49	18,43	21,02	23,33	16,90	16,28	13,25	16,88	13,79	16,88
Itapoan	23,99	14,80	14,00	23,53	19,35	12,82	15,29	9,97	9,53	16,59
Barra/Rio Vermelho	21,82	17,34	18,52	16,79	15,65	16,17	12,07	13,00	10,56	16,11
Brotas	22,52	26,78	21,32	20,55	20,34	14,56	17,02	18,22	8,28	15,61
Centro Histórico	15,45	28,44	23,28	24,55	35,67	32,97	32,30	26,42	13,18	12,02
Boca do Rio	16,09	17,76	11,44	21,40	19,66	11,80	11,83	11,82	11,49	11,49

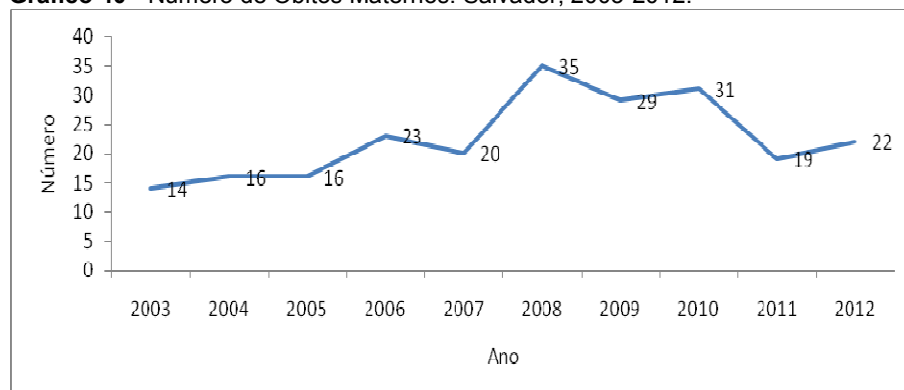
Fonte: SIM/SINASC

### 2.2.2.3. Mortalidade Materna

A taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) apresentou tendência de aumento de 4,0% entre os anos de 2003 e 2012 (Gráfico 39). Quanto aos óbitos maternos verificou-se tendência crescente até o ano de 2008, a partir do qual se observou redução de 31,4% quando comparado com o ano de 2012, sugerindo que as ações de melhoria da assistência ao parto e puerpério no município foram efetivas (Gráfico 40).

**Gráfico 39** – Taxa de Mortalidade de Mulheres em idade fértil. Salvador, 2008-2012.

Fonte: SIM; IBGE

**Gráfico 40** - Número de Óbitos Maternos. Salvador, 2003-2012.

Fonte: SIM

Ao avaliar a distribuição dos óbitos por Distrito Sanitário registram-se maior número de óbitos maternos nos DS Cabula/Beiru, Subúrbio Ferroviário e São Caetano/Valéria. A raça/cor predominante foi a parda e a principal causa básica relacionada a complicações na gravidez, parto ou puerpério foram as doenças do aparelho circulatório seguida do aparelho respiratório e eclampsia (Apêndice Tabela 30).

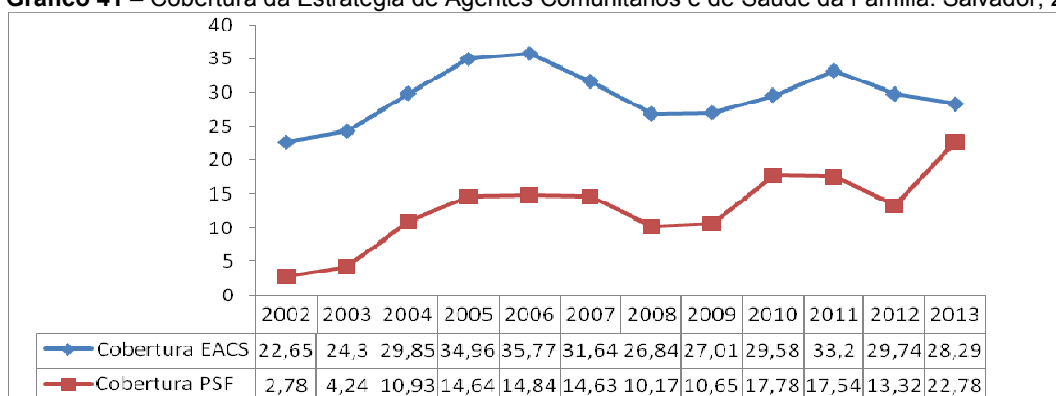
## 2.3. Caracterização da Rede de Serviços de Saúde de Salvador

### 2.3.1. Rede Básica de Saúde

Considerando a necessidade de implantar o modelo de atenção baseado na Vigilância à Saúde, iniciada com o Programa de Agentes Comunitários (PACS), a SMS implantou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2002 enquanto proposta de reorganização da atenção na rede básica de saúde, entendendo-a como porta de entrada e ordenadora do cuidado no SUS municipal.

Do período de 2002 a 2013, no município de Salvador a cobertura populacional da ESF passou de 3% (20 EqSF) para 23% (179 EqSF), contribuindo para o alcance de 31,4% de cobertura de Atenção Básica (DAB/SAS/MS, 2013).

**Gráfico 41 – Cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários e de Saúde da Família. Salvador, 2002-2013.**



Fonte: DAB/SAS/MS

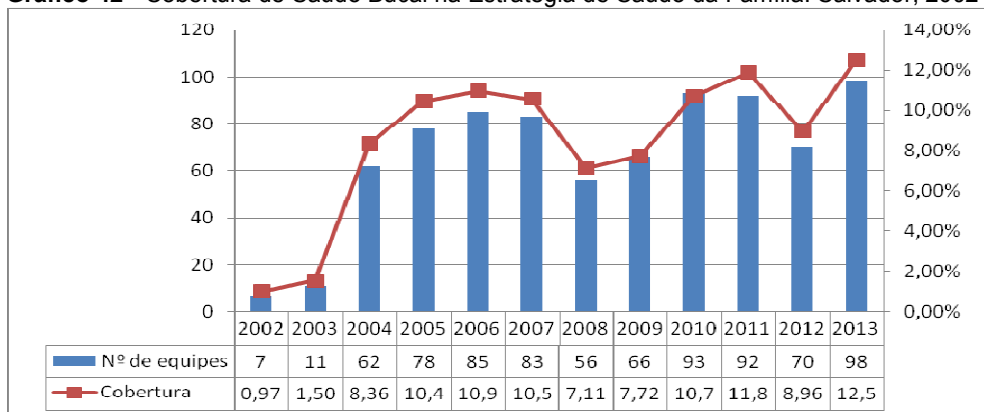
O município possui a cobertura de 28,3% de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, com 1.334 ACS distribuídos na rede básica de saúde.

A rede de atenção básica está composta por 111 unidades de saúde, sendo 50 UBS sem SF e 61 com a ESF.

Para qualificação da produção do cuidado e ampliação do escopo de ações da Atenção Básica, o município dispõe do Telessaúde Brasil Redes e 08 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídos nos DS Subúrbio Ferroviário, Barra Rio Vermelho, Itapuã, São Caetano Valéria, Cabula e Cajazeira. Os NASF prestam apoio matricial a 102 EqSF com o intuito de qualificar o processo de trabalho e ampliar a resolutividade das mesmas.

O município possui 25% de cobertura de Saúde Bucal (SB), sendo 12,5% na estratégia de SF. A rede básica de saúde conta com 158 equipes SB distribuídas em 36 UBS e 61 UBS com ESF. Analisando o período de 2002 a 2013, observa-se aumento na cobertura das Equipes de Saúde Bucal ao sair de 0,97% para 12,5%.

**Gráfico 42 - Cobertura de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. Salvador, 2002-2013.**



Fonte: DAB/SAS/MS

As oscilações nas coberturas de Saúde Bucal podem estar relacionadas ao número e tipo de vínculo dos profissionais de saúde. Pensando em assegurar e expandir o acesso aos serviços odontológicos, a SMS está substituindo os vínculos precários por profissionais do concurso público.

O município aderiu ao **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica** (PMAQ) com o cadastramento de 189 equipes de Atenção Básica, 144 equipes SB e 02 NASF. Além deste, aderiu ao **Programa Saúde na Escola** (PSE), que institui a atenção integral voltada para a saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público, privilegiando o espaço da escola para as práticas de promoção da saúde.

Atualmente, 77 EqSF estão vinculadas a 82 escolas, destas 54 municipais e 28 estaduais, contemplando 35.608 educandos. A adesão ao programa contemplou a capacitação em Triagem Ocular através do Teste Snellen de 134 profissionais, sendo 69 da área de saúde e 65 professores da rede pública de ensino.

O município aderiu ao **Programa de Valorização da Atenção Básica** (PROVAB), disponibilizando 112 vagas, no entanto somente 55% (62) dos profissionais assumiram função nas UBS. A adesão ao PROVAB possibilitou a ampliação em 7,8% da cobertura ESF. O acompanhamento desses profissionais ocorre em parceria com a SESAB com vistas a identificar as potencialidades e fragilidades na implementação deste programa.

Para ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde, o município também aderiu ao programa federal, **Mais Médicos**, sendo selecionados 40 médicos, no entanto somente 18 médicos incorporaram as equipes da atenção básica.

Com o intuito de garantir a atenção à saúde da pessoa privada de liberdade<sup>17</sup> no ambiente das unidades prisionais, a SMS elaborou o Plano Municipal de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, que favorece ao cumprimento das ações e serviços de saúde na Atenção Básica consoantes com os princípios e diretrizes do SUS. Sendo assim, o município dispõe de equipe multidisciplinar ofertando ações de atenção básica para a população privada de liberdade no Complexo Penitenciário da Mata Escura e na Colônia Lafayete Coutinho.

Atenção Básica se constitui prioridade da Secretaria Municipal de Saúde cujo desafio está na ampliação do acesso dos soteropolitanos aos serviços básicos.

### 2.3.2. Rede de Saúde Bucal

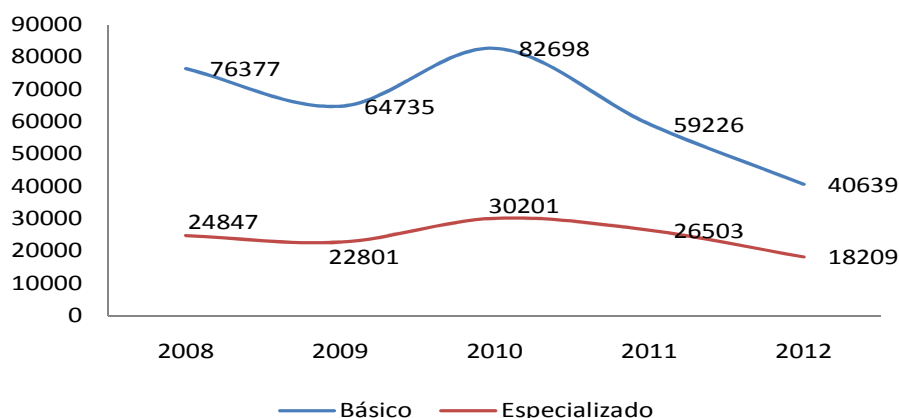
Em relação à rede própria de serviços odontológicos, Salvador dispõe de 06 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) localizados no Alto da Cachoeirinha, Carlos Gomes, Cajazeiras, Federação, Mussurunga e Periperi. Realizam diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer de boca; periodontia; cirurgia buco-maxilo-facial; endodontia; e atendimento aos portadores de necessidades especiais, além de odontopediatria no CEO Federação.

Ainda compondo a rede própria de média complexidade odontológica o município possui 02 Unidades de Atendimento Odontológico (UAO), funcionando 24 horas, localizadas nos Distritos Sanitários Liberdade e Brotas. O usuário conta ainda, para as situações de urgência, com serviços odontológicos da Unidade de Pronto Atendimento – UPA Adroaldo Albergaria no Distrito do Subúrbio Ferroviário e do Pronto Atendimento Dr. Hélio Machado do DS de Itapuã.

A rede especializada de serviços odontológicos contabiliza 50 consultórios. A análise do gráfico abaixo revelou que houve decréscimo de 41,9% na produção quando comparado o período de 2012 com 2008, principalmente nos procedimentos básicos (46,8%).

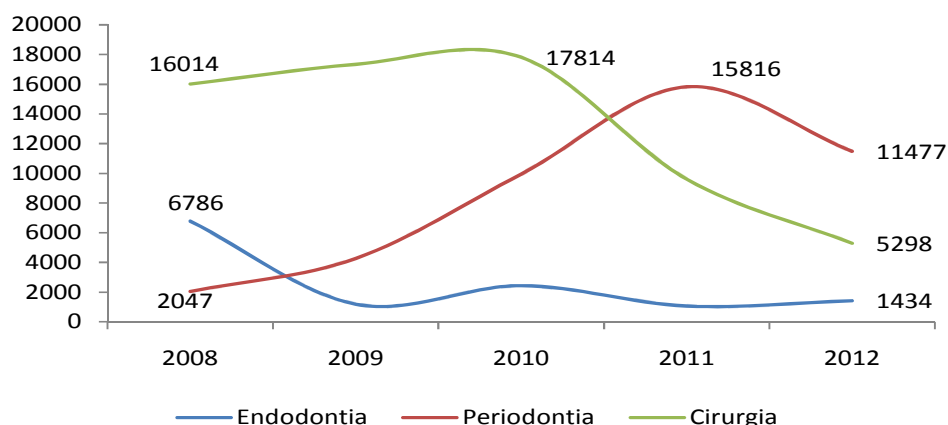
---

<sup>17</sup> Portaria Ministerial Nº 1.777/2003.

**Gráfico 43** – Produção da rede própria de serviços odontológicos. Salvador, 2008-2012.

Fonte: TABWIN

Quanto aos procedimentos especializados, o decremento foi maior nas especialidades de endodontia, seguido de cirurgia. Os procedimentos de periodontia tiveram incremento de 460,7%, principalmente na produção de raspagens periodontais. Estes resultados demonstram que a Secretaria deve otimizar a função dos CEO e UAO, no período de 2014 a 2017 (Gráfico 44).

**Gráfico 44** – Produção da rede própria de serviços odontológicos por especialidades. Salvador, 2008-2012.

Fonte: TABWIN

A análise por estabelecimento de saúde revela que o CEO Carlos Gomes lidera nos procedimentos de endodontia (68,3%) e periodontia (27,5%), sendo que neste último, o CEO Mussurunga alcançou maior produção (30,7%). Na especialidade de cirurgia a 1ª UAO liderou com 49,9% da produção no período de 2008 a 2012.

### 2.3.3. Rede de Atenção às Urgências e Emergência

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE) é composta pelos seguintes pontos de atenção: Atenção Básica de Saúde, Sala de Estabilização, Força Nacional do SUS, Serviço de Atendimento Móvel das Urgências, Unidade de Pronto Atendimento, Hospital e Atenção Domiciliar (Portaria GM/MS Nº 1600/2011).

Nesta direção, o componente Pré-Hospitalar móvel é composto de Unidades de Suporte Básico (USB) e Avançado de Vida (USA), motolâncias e ambulância, e o Fixo por Unidades de Pronto Atendimento e Pronto Atendimento.

Atendendo a Portaria GM Nº 1863/2003, Salvador instituiu em 2005, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), abrangendo além da capital os municípios de Lauro de Freitas, Itaparica e Vera Cruz. A partir de 2008, amplia para Candeias, Simões Filho, Madre de Deus, São Francisco do Conde. Em 2012, abrange os serviços também para Santo Amaro e Saubara, passando a regular as ocorrências de saúde dessas localidades.



Atualmente o SAMU Metropolitano conta com uma Central de Regulação, 21 bases, 44 USB, 14 USA, 24 motolâncias e uma lancha.

Quanto ao componente fixo, Salvador dispunha inicialmente de nove serviços de saúde de Pronto Atendimento 24h: Hélio Machado, Cesar Vaz, Rodrigo Argolo, Dr. Edson Texeira Barbosa, 12º Centro de Saúde Alfredo Boreau, 5º Centro de Saúde Clementino Fraga, 16º Centro de Saúde, São Marcos e Adroaldo Albergaria, a qual foi habilitada e qualificada a Unidade de Pronto Atendimento, em 2012.

Na busca do fortalecimento da RAUE, a Secretaria implantará mais 07 novas UPA tipo III e readequará dois Pronto Atendimento em UPA tipo III, alcançando, assim, 100% de cobertura de serviços de urgência e emergência, tendo em vista assegurar o acesso humanizado e integral as ações e serviços de urgência e emergência, em especial, nas linhas de traumatológica, cardiovascular e cerebrovascular.

Na atenção domiciliar, o município implantou 4 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) das 19 habilitadas e 02 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) das 7 aprovadas no Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

#### **2.3.4. Rede Atenção Psicossocial**

No município de Salvador, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conta com 18 CAPS, 07 Residências Terapêuticas (RT), 03 Ambulatórios de Saúde Mental e 02 Consultórios de Rua.

O tratamento da saúde mental se concentrou durante anos em hospitais psiquiátricos e ambulatórios especializados, quando em 1997 ocorreu a implantação do primeiro Centros de Atenção Psicossociais - CAPS Aristides Novis.

Tendo em vista a Reforma Psiquiátrica, no período de 2005 a 2013, ocorreu o fechamento de dos hospitais psiquiátricos Santa Mônica, Ana Nery e Bahia, e a ampliação dos CAPS e das RT. Para as situações de crise prevê-se o atendimento em leitos de retaguarda em hospitais gerais. Entretanto, no município, ainda são os hospitais psiquiátrico que realizam este atendimento junto ao Pronto Atendimento Psiquiátrico.

Dentre os CAPS existentes, 14 CAPS II são para atendimento de usuários adultos com transtornos mentais, 02 CAPS IA para crianças e adolescentes, 01 CAPS AD e 01 AD III para assistência aos usuários com sofrimento psíquico decorrente do uso e abuso de álcool e outras drogas.

A distribuição dos CAPS ocorre de maneira heterogênea no território, com concentração nos DS de Cajazeiras (03), seguido do Barra/Rio Vermelho (02) e Itapuã (02). Destaca-se a inexistência de CAPS no DS do Centro Histórico.

Cabe registrar que ainda existem no território de Salvador 01 CAPS AD sob a gestão do Estado e, 01 CAPS sob a administração de uma ONG e contratualizado pelo Município.

O município aderiu ao Programa de Volta para Casa e aos Benefícios de Prestação Continuada e da Lei Orgânica de Assistência Social. Contudo, ainda existem muitas lacunas e desafios a serem enfrentados na operacionalização da RAPS conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Mental.

#### **2.3.5. Rede Cegonha**

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS, através da Portaria GM/MS Nº 1.459/2011, foi rebatizada pelo município de Salvador como Rede de Atenção Luiza Mahin, cuja finalidade é estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, através da implementação de rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto, puerpério e abortamento; e às crianças o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Buscado implantar e implementar a Rede Cegonha<sup>18</sup>, bem como alcançar o objetivo de redução da morbimortalidade materna e infantil, a SMS construiu o mapa de vinculação da gestante ao local de

<sup>18</sup> Cabe destacar a publicação da Lei Municipal Nº 7.851/2010, intitulada Lei Maternidade Certa, e sua regulamentação através do Decreto Nº 23.569/2012 (DOM 06/12/12), que estabelece a toda mulher o direito de saber com antecedência a maternidade onde será assistida durante o parto.

parto, segundo risco, e participa de forma ativa do Fórum da Rede Cegonha da Região Metropolitana de Salvador.

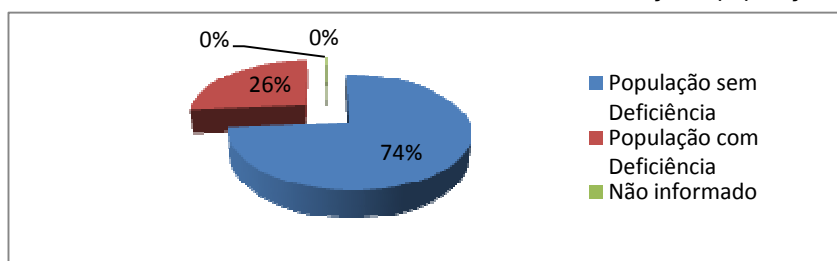
A Secretaria vem intensificando a articulação entre os setores, em particular, com o Comitê de Mortalidade Materna e Infantil para aprimorar a vigilância dos óbitos e propor medidas para qualificação dos serviços de saúde na perspectiva de redução do óbito do município.

A fim de qualificar a assistência ao pré-natal, a SMS implantou nas Unidades Básicas de Saúde o teste de gravidez para captação precoce da gestante, testes rápidos de sífilis, HIV e Hepatites B e C, e a triagem pré-natal com a técnica do papel filtro.

### 2.3.6. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

Segundo o Censo 2010, o Município de Salvador possui 700.101 pessoas com pelo menos algum tipo de deficiência, o que corresponde a 26% de sua população (2.676.656 hab.), além disso, 7,6% da população do município possuem inaptidão total ou grande dificuldade de acordo com a deficiência apresentada.

**Gráfico 45** – Percentual de Pessoas com Deficiência em relação à população total de Salvador, 2010.



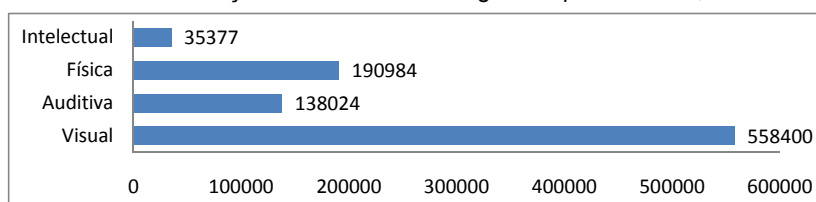
Fonte: IBGE, 2010

Em Salvador, a deficiência visual é a mais predominante, atingindo 20,86% dos soteropolitanos, sendo 7.334 pessoas com cegueira, e 551.066 com elevado grau de comprometimento da visão. A deficiência visual atinge 79,75% dos portadores de deficiência.

A deficiência física ocupa o segundo o lugar com 190.984 deficientes, afetando 7,1% dos munícipes de Salvador. A deficiência auditiva ocupa a 3ª posição, atinge 5,1% (138.024) dos soteropolitanos.

A deficiência intelectual está associada à deficiência mental e acomete 35.377 pessoas.

**Gráfico 46** – Distribuição das deficiências segundo tipo. Salvador, 2010.



Fonte: IBGE, Censo 2010

A saúde bucal do município está articulada e comprometida com o atendimento à pessoa com deficiência, havendo quatro CEO integrando a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, além Hospital Estadual Roberto Santos que responde pela alta complexidade.

No município de Salvador, as pessoas com deficiência contam com o atendimento da rede básica de saúde e os serviços especializados, os quais estão distribuídos de modo fragmentado, sendo a maioria EAS habilitados em um único serviço de reabilitação. Há predominância dos serviços de reabilitação intelectual (10) em relação à deficiência física (03), auditiva (02) e reabilitação visual (02), não refletindo a real necessidade dos munícipes, considerando a prevalência das deficiências.

Cabe ressaltar que os serviços de reabilitação visual, física e auditiva têm abrangência estadual, portanto é referência para outros municípios do Estado da Bahia.

Em Salvador existem 03 Centros Especializados em Reabilitação, sendo dois sob gestão estadual (CEPRED - CER III e OSID - CER IV) e um sob gestão municipal (CER II- Reabilitação Intelectual e Física/NACP). O CEPRED e a OSID respondem pelo fornecimento de órteses e próteses auditivas, físicas e meios auxiliares de locomoção. E, o Instituto de Cegos da Bahia pelas órteses e próteses visuais.

### 2.3.7. Assistência Farmacêutica

A assistência farmacêutica municipal dispõe de 01 Central de Abastecimento Farmacêutico Central e 140 EAS com serviço de farmácia, além de 05 Farmácia Popular em convênio com o Ministério da Saúde, distribuídas nos bairros de Brotas, Nordeste de Amaralina, Comércio, Cajazeiras e Liberdade, dispondo de medicamentos para hipertensão, diabetes, asma, rinite dentre outros.

Destaca-se que 87,9% da rede assistencial dos serviços de farmácia estão informatizados, com o SISFARMA, para controle de estoque e dispensação de medicamentos e, 61 (43,2%) unidades dispõem de farmacêutico, além dos Distritos Sanitários que contam com 01 farmacêutico.

O município disponibiliza e oferta a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME 2012) onde contém os medicamentos gerais para uso sistêmico, dos programas estratégicos, de uso tópico, oftalmológico, soluções antissépticas e afins.

Os serviços de farmácia existentes requerem melhoria na sua infra-estrutura, notadamente ampliação, equipamento, inclusive de informática, e mobiliários necessários para estruturação e organização do serviço no que tange ao armazenamento, guarda, conservação e dispensação de medicamento, além de qualificação dos profissionais, com foco na promoção do uso racional de medicamento e acolhimento dos usuários.

### 2.3.8. Atenção Especializada

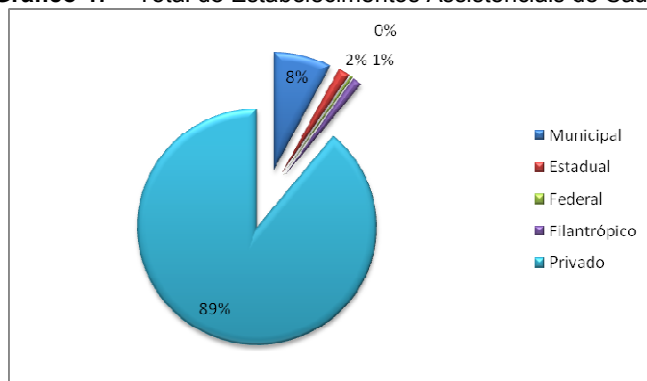
A transição da estrutura etária, representada pelo crescimento da população idosa seguido do aumento na Expectativa de Vida ao Nascer, principalmente do sexo feminino, influenciam diretamente no perfil epidemiológico da população e na organização do seu sistema de saúde, que deverá se adequar a novas demandas por serviços de saúde, devido a problemas e necessidades específicos dessa população.

Além do conhecimento dos principais problemas de saúde da população cabe analisar a distribuição dos serviços de saúde para atender à demanda e às necessidades de cada grupo etário.

A Rede de Serviços no Município de Salvador se apresenta por modalidade de atendimento ambulatorial e hospitalar, considerando os estabelecimentos que prestam assistência pelo Sistema Único de Saúde, assim como os estabelecimentos não SUS.

A infra-estrutura pode ser analisada a partir da caracterização da rede de serviços de saúde existente no Município. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Salvador possui 3.008 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), destes 89% (2.678) são privados, 1,3% filantrópicos, 7,8% público municipal, 1,6% público estadual e 0,3% público federal.

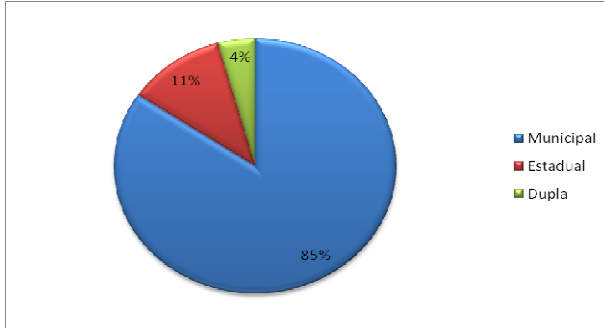
**Gráfico 47** – Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde por tipo de prestador. Salvador, 2013.



Fonte: SCNES

Do total de EAS cadastrados no CNES, 83,8% (2.521) não são vinculados ao SUS e 16,2% (487) correspondem aos prestadores de serviços de saúde SUS, dos quais 84,4% estão sob gestão municipal, 11,3% gestão estadual e 4,3% gestão dupla.

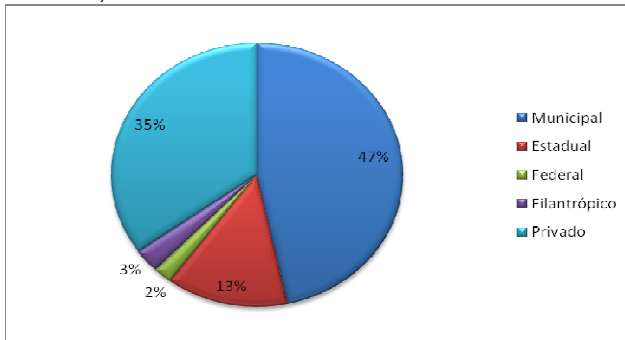
**Gráfico 48** – Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS por tipo de gestão. Salvador, 2013.



Fonte: SCNES

Dos 2.678 serviços privados que compõe a rede complementar, 6,3% são vinculados ao SUS municipal. Porém, dos 487 EAS vinculados ao SUS, a rede complementar representa 40,5%, ao passo que a rede pública responde por 59,5% dos estabelecimentos, sendo a maioria unidade de atenção primária à saúde (Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família).

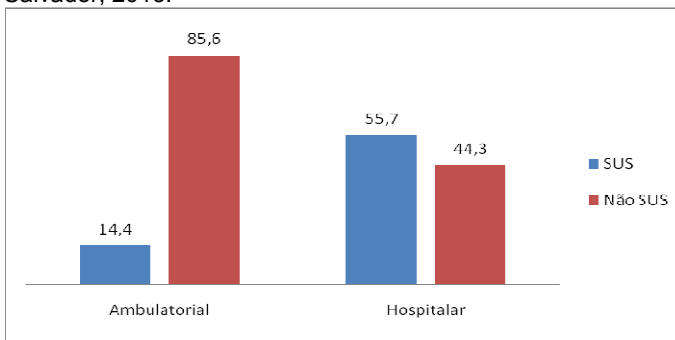
**Gráfico 49** – Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS por tipo de prestador. Salvador, 2013.



Fonte: SCNES

Cabe registrar que a maioria dos EAS de Salvador realiza atendimento ambulatorial (96,4%), destes 14,4% estão vinculados ao SUS. Dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde SUS 87,5% realizam atendimento ambulatorial e 12,5% ofertam serviços hospitalares. Vale destacar que a maior parte dos EAS SUS ambulatoriais concentra-se na rede pública municipal, seguida da rede privada com 53,5% e 35,8% respectivamente. No entanto, essa relação difere quando analisamos a concentração de EAS SUS na modalidade hospitalar, verifica-se preponderância desses serviços nas esferas pública estadual e privada com 37,3% cada, seguida das unidades filantrópicas (22%) e as públicas federais (3,4%). Na rede complementar não vinculada ao SUS, o serviço ambulatorial e hospitalar concentra-se nos estabelecimentos privados e filantrópicos.

**Gráfico 50** – Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde segundo modalidade ambulatorial e hospitalar. Salvador, 2013.



Fonte: SCNES

Ao analisar a rede de serviços do SUS municipal por nível de complexidade, nota-se que a média complexidade ambulatorial concentra-se nas unidades públicas municipais (58%) e privadas (34,1%), enquanto o serviço de alta complexidade ambulatorial impera nos prestadores privados (58,5%), seguido do público estadual (17,1%) e filantrópico (12,2%).

Na rede hospitalar SUS, observa-se que os serviços de média complexidade concentram-se nos prestadores privados (47,2%) e nas unidades pública estadual (36,1%), enquanto a alta complexidade prevalece no público estadual seguido dos filantrópicos, com 40,9 e 27,3%, respectivamente.

A rede hospitalar de Salvador conta com 9.217 leitos, destes 68% vinculados ao SUS. Ao analisar a oferta de leitos por especialidade médica, nota-se que 100% dos leitos de reabilitação, pneumologia sanitária, e dos crônicos estão vinculados ao SUS, demonstrando que não há interesse da rede complementar em ofertar essa modalidade de serviço (Tabela 31).

Em relação à disponibilidade dos leitos SUS por especialidades médicas, verifica-se que há prevalência nas especialidades clínica, cirúrgica e pediátrica, representando 64,8% dos leitos SUS existentes.

**Tabela 31** – Número de leitos hospitalares por tipologia. Salvador, 2013.

Leito	SUS		Não SUS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Clínico	1849	43,1	588	56,9	<b>2437</b>	<b>26,4</b>
Cirúrgico	1551	60,6	1008	39,4	<b>2559</b>	<b>27,8</b>
Obstétrico	553	71,1	225	28,9	<b>778</b>	<b>8,4</b>
Pediátrico	661	85,7	110	14,3	<b>771</b>	<b>8,4</b>
Hospital Dia	199	30,7	450	69,3	<b>649</b>	<b>7,0</b>
Crônicos	484	99,8	1	0,2	<b>485</b>	<b>5,3</b>
Psiquiatria	293	79,6	75	20,4	<b>368</b>	<b>4,0</b>
Reabilitação	119	100	0	0	<b>119</b>	<b>1,3</b>
Pneumologia Sanitária	66	100	0	0	<b>66</b>	<b>0,7</b>
UTI	490	49,7	495	50,3	<b>985</b>	<b>10,7</b>
<b>Total</b>	<b>6265</b>	<b>68,0</b>	<b>2952</b>	<b>32,0</b>	<b>9217</b>	<b>100,0</b>

Fonte: CNES

Os leitos clínicos representam 26,4% dos leitos existentes. Deste percentual, 43,1% estão vinculados ao SUS. Cabe registrar que dos 2.437 leitos clínicos existentes, 52,2% estão destinados a clínica geral, ao passo que 1% esta destinada as especialidades dermatológicas e hansenologias, sabendo-se que a quase totalidade desses leitos estão vinculados ao SUS (Tabela 32). Vale assinalar também que a maioria dos leitos clínicos de AIDS e geriatria esta vinculado ao SUS. O mesmo identifica-se em relação à clínica geral, oncologia e hematologia.

**Tabela 32** – Total de leitos hospitalares clínicos por especialidade médica. Salvador, 2013.

Especialidades Leitos Clínicos	SUS		Não SUS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AIDS	57	98,3	1	1,7	<b>58</b>	<b>2,4</b>
Cardiologia	89	43,4	116	56,6	<b>205</b>	<b>8,4</b>
Clinica geral	1053	82,8	218	17,2	<b>1271</b>	<b>52,2</b>
Dermatologia	4	80,0	1	20,0	<b>5</b>	<b>0,2</b>
Geriatria	216	92,7	17	7,3	<b>233</b>	<b>9,6</b>
Hansenologia	20	100,0	0	0,0	<b>20</b>	<b>0,8</b>
Hematologia	27	71,1	11	28,9	<b>38</b>	<b>1,6</b>
Nefrourologia	79	47,9	86	52,1	<b>165</b>	<b>6,8</b>
Neonatologia	90	80,4	22	19,6	<b>112</b>	<b>4,6</b>
Neurologia	44	53,0	39	47,0	<b>83</b>	<b>3,4</b>
Oncologia	104	71,7	41	28,3	<b>145</b>	<b>5,9</b>
Pneumologia	66	64,7	36	35,3	<b>102</b>	<b>4,2</b>
<b>Total</b>	<b>1849</b>	<b>75,9</b>	<b>588</b>	<b>24,1</b>	<b>2437</b>	<b>100,0</b>

Fonte: CNES

Os leitos cirúrgicos representam 27,6% (2.559) dos leitos existentes em Salvador. Deste total 60,6% são SUS. Abrindo esses leitos por especialidades médicas verifica-se que há baixa oferta na rede SUS de leitos cirúrgicos na especialidade de endocrinologia, gastroenterologia e cardiologia, contrapondo-se com a rede não SUS, onde se verifica a maior disponibilidade desse tipo de leito com percentuais de 95,7, 81,8 e 63,4%, respectivamente (Tabela 33).

**Tabela 33** – Número de leitos hospitalares cirúrgicos por especialidade médica. Salvador, 2013.

Especialidades Leitos Cirúrgicos	SUS		Não SUS		Total
	Nº	%	Nº	%	
Bucomaxilofacial	51	65,4	27	34,6	<b>78</b>
Cardiologia	97	36,6	168	63,4	<b>265</b>
Cirurgia Geral	531	67,4	257	32,6	<b>788</b>
Endocrinologia	1	4,3	22	95,7	<b>23</b>
Gastroenterologia	6	18,2	27	81,8	<b>33</b>
Ginecologia	63	62,4	38	37,6	<b>101</b>
Nefrologiaurologia	63	43,8	81	56,3	<b>144</b>
Neurocirurgia	85	64,4	47	35,6	<b>132</b>
Oftalmologia	63	55,8	50	44,2	<b>113</b>
Oncologia	77	74,8	26	25,2	<b>103</b>
Ortopedia traumatologia	371	66,8	184	33,2	<b>555</b>
Otorrinolaringologia	17	42,5	23	57,5	<b>40</b>
Plástica	66	65,3	35	34,7	<b>101</b>
Torácica	37	62,7	22	37,3	<b>59</b>
Transplante	23	95,8	1	4,2	<b>24</b>
<b>Total</b>	<b>1551</b>	<b>60,6</b>	<b>1008</b>	<b>39,4</b>	<b>2559</b>

Fonte: CNES

Ambos os leitos obstétricos e pediátricos correspondem a 8,4% dos leitos existentes, sendo a maioria vinculada ao SUS (Tabela 31). No entanto, fazendo um recorte somente dos leitos SUS (6.265), verifica-se que 10,6% são pediátricos e 8,8% são obstétricos. A maioria dos leitos obstétricos é cirúrgico e dos leitos pediátricos é clínico.

Em se tratando dos leitos complementares, Salvador conta com 985 leitos, o que representa 10,7% dos leitos existentes. Desse total, 47,3% estão vinculados ao SUS, principalmente os leitos de UTI de queimados e pediátrico. Os leitos de UTI adulto e coronariana apresentam percentuais elevados na rede não SUS.

**Tabela 34** – Número de leitos complementares por nível de complexidade. Salvador, 2013.

Leito Complementar	SUS		Não SUS		Total
	Nº	%	Nº	%	
UTI Adulto - Tipo II	295	50	295	50	590
UTI Adulto - Tipo III	31	27,4	82	72,6	113
UTI Pediátrica - Tipo II	60	75,9	19	24,1	79
UTI Pediátrica - Tipo III	4	100	0	0	4
UTI Neonatal - Tipo II	96	51,3	91	48,7	187
UTI de Queimados	4	100	0	0	4
UTI Coronariana Tipo II	0	0	8	100	8
<b>Total</b>	<b>490</b>	<b>47,3</b>	<b>495</b>	<b>52,7</b>	<b>985</b>

Fonte: CNES

Na tabela 35 verifica-se que houve incremento de 19,3% no total de leitos hospitalares existentes em Salvador, quando comparado o período de 2013 com 2010. Ao analisar o número de leitos SUS identifica-se aumento nas especialidades clínico (57,1%), Hospital Dia (49,6%), UTI (36,9%), pediátrico (7,3%), reabilitação (5,3%) seguido de crônico (1%). No entanto, houve decréscimo nos leitos de pneumologia sanitária (38,3%), psiquiatria (17%), cirúrgico (7,7%) e obstétrico (3,8%).

**Tabela 35** – Número de leitos SUS e Não SUS por especialidade. Salvador, 2010 e 2013.

Leito Complementar	2010		2013		Variação	
	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
Clínico	1.177	439	1849	588	57,1	33,9
Cirúrgico	1.680	922	1551	1008	-7,7	9,3
Obstétrico	575	190	553	225	-3,8	18,4
Pediátrico	616	143	661	110	7,3	-23,1
Hospital Dia	133	269	199	450	49,6	67,3
Crônicos	479	7	484	1	1,0	-85,7
Psiquiatria	353	77	293	75	-17,0	-2,6
Reabilitação	113	0	119	0	5,3	0
Pneumologia Sanitária	107	1	66	0	-38,3	-100,0
UTI	358	87	490	495	36,9	469,0
<b>Total</b>	<b>5591</b>	<b>2135</b>	<b>6265</b>	<b>2952</b>	<b>12,1</b>	<b>38,3</b>

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2010-2013; CNES

Considerando que o Município de Salvador é sede de Pólo macrorregional, detém a maioria dos equipamentos e serviços de saúde, e é referência para média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar do Estado da Bahia. Além disso, as mudanças que vem ocorrendo no perfil demográfico e epidemiológico da população demanda uma atenção integral que contemple além da atenção básica e assistência farmacêutica, acesso a consultas e exames especializados, tratamentos e internações de complexidade mais elevada. Para tanto se faz necessário rever a necessidade de leitos quanto à sua suficiência e possível ampliação tendo em vista atender as reais necessidades de serviços de saúde da população.

A produção especializada atua como um sensor do funcionamento dos serviços assistenciais de saúde ofertados à população. No período de 2010 a 2012 houve incremento na ordem de 12% na produção de média e alta complexidade ambulatorial. As órteses, próteses e materiais especiais junto aos procedimentos com finalidade diagnóstica e clínicos foram os que contribuíram de forma positiva tendo em vista a implantação do Chamamento Público de Bio-imagem. No entanto, houve decréscimo na produção das ações complementares da atenção à saúde, transplantes de órgãos e procedimentos cirúrgicos, sinalizando a necessidade de investimentos nessas áreas (Tabela 36).

**Tabela 36 – Produção ambulatorial por grupo de procedimentos. Salvador, 2010-2012.**

<b>Grupo de Procedimentos</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Ações de promoção e prevenção em saúde	2.242.547	2.245.793	2.443.612
Procedimentos com finalidade diagnóstica	13.283.714	15.737.770	15.666.355
Procedimentos clínicos	17.654.543	18.586.392	19.345.363
Procedimentos cirúrgicos	1.037.391	1.036.707	917.432
Transplantes de órgãos, tecidos e células	29.531	28.941	22.303
Órteses, próteses e materiais especiais	131.517	152.859	191.136
Ações complementares da atenção à saúde	4.116	3.715	2.330
<b>Total</b>	<b>34.383.359</b>	<b>37.792.177</b>	<b>38.588.531</b>

Fonte: MS/TABWIN

A distribuição da produção de serviços da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidade Ambulatorial por Distrito Sanitário demonstra concentração destes no Barra/Rio Vermelho e Brotas, com ênfase nos procedimentos com finalidade diagnóstica. Ao passo que os DS de Itapuã, Cajazeiras, Boca do Rio e São Caetano/Valéria são os que apresentam menor produção evidenciando a baixa oferta destes serviços.

A análise da produção ambulatorial por nível de complexidade revela que houve aumento na produção de procedimentos classificados como Não se Aplica<sup>19</sup> (65%) seguido da alta e média complexidade com 20 e 17%, respectivamente. Entretanto, os procedimentos ambulatoriais da atenção básica decresceram em 1% quando comparado o período de 2012 com 2010 (Tabela 37).

**Tabela 37 – Produção ambulatorial por nível de complexidade do procedimento. Salvador, 2010-2012.**

<b>Complexidade do procedimento</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Não se Aplica	147.943	178.022	243.788
Atenção Básica	8.931.787	9.240.133	8.822.524
Média Complexidade	24.540.171	27.485.084	28.604.896
Alta Complexidade	763.458	888.938	917.323
<b>Total</b>	<b>34.383.359</b>	<b>37.792.177</b>	<b>38.588.531</b>

Fonte: MS/TABWIN

Em relação à produção ambulatorial de alta complexidade nota-se que centralização destes serviços no DS Barra/Rio Vermelho, contrário aos Distritos de Cajazeira, Boca do Rio, Subúrbio Ferroviário, Itapuã, Itapagipe, Brotas e São Caetano/Valéria que apresentaram pouca ou nenhuma produção, o que pode estar atrelada a insuficiência ou ausência destes equipamentos de saúde nos respectivos territórios. No tocante a produção hospitalar, verifica-se que houve aumento de 5% quando comparado o ano de 2012 com 2010, principalmente no grupo de procedimentos com finalidade diagnóstica (19%) e de transplantes de órgãos, tecidos e células (12%) conforme tabela 38.

**Tabela 38 – Produção hospitalar por grupo de procedimentos. Salvador, 2010-2012.**

<b>Grupo de procedimentos</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
-------------------------------	-------------	-------------	-------------

<sup>19</sup> Os procedimentos ambulatoriais classificados como “não se aplica” referem-se às Ações da Vigilância Sanitária, Órteses e Próteses, Bolsas de Colostomia, Líquidos de preservação para transplante de córneas e outros, os quais não se enquadram nos níveis de complexidade discriminadas.

Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.082	1.214	1.290
Procedimentos clínicos	95.238	100.031	102.449
Procedimentos cirúrgicos	94.019	98.003	96.083
Transplantes de órgãos, tecidos e células	653	696	732
<b>Total</b>	<b>190.992</b>	<b>199.944</b>	<b>200.554</b>

Fonte: MS/TABWIN

### 2.3.9. Processo Regulatório

A regulação da assistência deve ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, exames e leitos (NOAS 01/2001).

A regulação assistencial no município de Salvador é feita através da Central Municipal de Regulação (CMR) que junto a Central de Regulação do SAMU, compõe o Complexo Municipal de Regulação.

A Central Municipal de Regulação atende à demanda de agendamento e regulação de consultas e exames de Média e Alta Complexidade Ambulatorial, Autorização de Internações Hospitalares eletivas, organização da rede de oncologia e de nefrologia, triagem para encaminhamento dos pacientes para escleroterapia com espuma e cirurgias de mão, ombro e joelho, mutirão de cirurgias eletivas, dentre outros.

A regulação do acesso dos usuários aos leitos hospitalares dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS, seja próprio, contratado ou conveniado, atualmente, está sob gestão estadual em co-gestão com a SMS de Salvador (Portaria conjunta nº 245/2012, DOM 16/08/12).

Para regulação do acesso, a CMR utiliza protocolos que auxiliam na ordenação e organização do fluxo dos pacientes na rede assistencial. O processo regulatório norteia-se também a partir do **Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia (PDR)**, que organiza regionalmente a assistência à saúde, da **Programação Pactuada e Integrada (PPI)**, que define os critérios, parâmetros e os limites financeiros destinados à assistência a saúde da população própria e referenciada, e do **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)** que permite a visualização e identificação dos EAS do município, nos aspectos de recursos humanos, área física, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares, além da **Contratação e Contratualização dos Serviços de Saúde**.

A CMR disponibiliza o agendamento de 1.368 procedimentos nas especialidades de atenção básica, e de média e alta complexidade ambulatorial, totalizando a oferta de 1.434.639 vagas.

Consultas, exames laboratoriais, de anatomia patológica, citopatologia, urgências ortopédicas, reabilitação, procedimentos de fisioterapia, entre outros podem ser marcados através do Sistema Vida+ (módulo regulação) disponíveis nas Unidades de Saúde da rede própria (117), pelas Secretarias de Saúde dos municípios pactuados com Salvador, EAS da rede contratada, filantrópica e de ensino ou através do Disque Saúde 160.

O agendamento das consultas e dos exames especializados (Clínico, Ginecologista e Pediatra) ofertados pelas unidades da rede própria foi iniciado nos DS Centro Histórico e Boca do Rio com previsão de implementação para os demais Distritos Sanitários.

A SMS disponibiliza 27 Unidades de Saúde de referência para recebimento de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), além dos EAS executantes e dos municípios pactuados com Salvador. O Sistema Vida+ possibilita que o usuário acompanhe através do site [www.saude.salvador.ba.gov.br/vida](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/vida), o status e a análise do seu laudo a contar da data de entrada do protocolo.

A CMR também regula os procedimentos de angioressonância cerebral, biopsia percutânea, cateterismo cardíaco, cintilografia, densitometria óssea, litotripsia, linfocintilografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ortodontia, radioterapia, quimioterapia, tratamento de hipertireoidismo, entre outros.

Salvador ainda enfrenta dificuldades na oferta de alguns procedimentos das linhas de cuidado devido aos valores praticados pela Tabela SUS ou à situação de carência de profissional especialista em algumas áreas, tais como reumatologista, endocrinologista, neurologista, eletroneuromiografia.



### 2.3.10. Vigilância em Saúde

O município desenvolve as ações de vigilância em saúde, com enfoque no controle de riscos, danos e determinantes socioambientais, através do monitoramento das doenças transmissíveis, não transmissíveis, imunopreveníveis, agravos, ações de busca ativa, notificação de eventos, promoção da saúde, vacinação, controle de vetores, reservatórios e hospedeiros, fiscalização e inspeção de produtos e estabelecimentos de interesse da saúde pública, entre outras.

Para fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, Salvador dispõe de um Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS), implantado em 2009, com funcionamento 24 horas. A Secretaria Municipal de Saúde, através do CIEVS integra a rede nacional de informações estratégicas em Vigilância em Saúde, ampliando a disposição de informações epidemiológicas atualizadas para identificar precocemente as emergências de saúde pública, atendendo ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

O município possui um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) onde desenvolve ações voltadas para o controle da raiva animal, leptospirose, dengue, doença de chagas, esquistossomose, controle de escorpiões e castração cirúrgica de cães e gatos.

Em relação ao controle da raiva animal o município conta com 97 postos fixos alocados nas unidades básicas de saúde, distribuídas nos DS, disponibilizando o serviço de vacinação antirrábica animal. Os bairros que não dispõem de postos fixos contam com equipes volantes de vacinadores.

Quanto à Leptospirose, o CCZ atua no controle de roedores realizando o bloqueio de foco na residência e em pontos estratégicos de grande convergência como feiras, praças, praias e jardins.

Para enfrentamento da dengue, destaca-se o controle do vetor com a realização de LIIRAA (Levantamento do Índice de Infestação do *Aedes aegypti*) e tratamento dos imóveis.

No controle e vigilância da Doença de Chagas, o município dispõe de 21 Pontos de Informação de Triatomíneos (PIT) com equipe capacitada. E, a vigilância da esquistossomose é realizada através do monitoramento das coleções hídricas.

No controle de escorpiões são atendidas as denúncias de munícipes que encontram escorpiões nas residências, além de desenvolver o Plano de Controle com levantamento de Índice de Infestação domiciliar nas áreas já identificadas com foco, através de histórico epidemiológico. No caso de positividade, as residências são inspecionadas no intuito de encontrar espécimes e retirá-las do ambiente.

No que se refere à vigilância sanitária, o município realiza ações de inspeção, fiscalização e coleta de amostras para controle de qualidade de produtos, entre outras. As ações de VISA estão descentralizadas para os DS Centro Histórico, Cabula-Beirú, Pau da Lima, Barra/Rio Vermelho, Itapuã, Itapagipe, Liberdade, Boca do Rio e Brotas.

Salvador conta com 115 salas de vacina e uma Central Municipal de Acondicionamento e Distribuição de Imunobiológicos (CEMADI). Oferta em todas as Unidades Básica com e sem Saúde da Família os seguintes imunobiológicos do calendário básico de vacinação do Estado: BCG, hepatite B, febre amarela, rotavírus, poliomielite, tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba), pneumocócica 10 valente, meningocócica C conjugada, pentavalente (DTP/Hib/HB), DTP (difteria, tétano e coqueluche) e influenza. Realiza campanhas de acordo com o Programa Nacional de Imunização (PNI). No município há 02 Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) sob gestão estadual.

A Vigilância em Saúde Ambiental (VISAMB) realiza o monitoramento da qualidade da água fornecida à população pela concessionária EMBASA, buscando assegurar o cumprimento da legislação e auxiliando na prevenção de doenças. A VISAMB também acompanha as populações expostas ou sob risco de exposição a solos contaminados. Através do programa SISOLO realiza o cadastro das áreas de risco cujo uso e ocupação do solo se destina a postos de combustíveis, áreas agrícolas, áreas industriais, cemitérios e áreas de depósitos de agroquímicos. E, mediante o programa VIGIAR acompanha as principais fontes urbanas de poluição do ar.

### 2.3.11. Saúde do Trabalhador do Município de Salvador

Na SMS as ações em saúde do trabalhador são desenvolvidas pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. O CEREST Salvador desenvolve ações de vigilância e informação em saúde do trabalhador, com destaque para identificação e análise dos fatores e situações de risco nos ambientes e processos de trabalho, intervenção nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores, avaliação do impacto das medidas de proteção adotadas, divulgação sistemática das informações, educação em saúde, monitoramento dos indicadores e das ações de saúde do trabalhador nos municípios de Vera Cruz, Madre de Deus, Candeias, Lauro de Freitas e Itaparica. Além do acompanhamento das unidades de saúde notificadoras de Agravos e Doenças Relacionados ao Trabalho (ADRT).

O município de Salvador possui 34 unidades de saúde notificadoras de ADRT no SINAN, sendo 14 municipais, 12 estaduais, 5 filantrópicas e 1 federal. No período de 2007 a 2012, o Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (DIVAST/CESAT) notificou 72% dos ADRT de Salvador.

#### Perfil sócio-demográfico

Segundo o Censo 2010, 53,9% (1.441.180) dos soteropolitanos é População Economicamente Ativa<sup>20</sup> (PEA). A População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO) corresponde 46,8% dos municípios e 86,9% da PEA.

Na PEA nacional definida em 2010, 48,7% trabalham com carteira assinada. A população celetista, segundo DATAPREV 2013, vem crescendo nos últimos anos, com incremento de 26,23% em 2010 e de 15,8% em 2011.

Considerando os trabalhadores ocupados, Salvador possui 56% dos empregados com carteira assinada, 18,7% trabalhadores por conta própria, 17,6% trabalhadores sem carteira, 4,6% militares e funcionários públicos, 1,8% empregadores, 1,1% não remunerados, 0,3% trabalhadores para consumo próprio (IBGE, 2010). Somando os grupos de empregados sem carteira, trabalhadores por conta própria, para o próprio consumo e não remunerados, estima-se que 37,7% dos trabalhadores se encontram em situação de vulnerabilidade relativa ao vínculo de trabalho, a condição previdenciária e baixa proteção social.

A principal atividade econômica da PEAO é o setor de comércio (18,8%), com grande contingente de trabalhadores informais, seguido de serviços domésticos (9,1%) e construção (8,7%). O município se destaca pelas cadeias de terceirização, com impacto no sistema, nas condições e segurança do trabalho.

Em relação aos trabalhadores com carteira assinada, segundo a Relação Social de Informações Sociais (RAIS/IBGE; 2006-2009), cerca de 30% dos trabalhadores formais ocupam o setor da Administração Pública, Defesa e Seguridade Social conforme a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). Em seguida está o Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas com 16%, e o de Atividades Administrativas e Serviços Complementares com 11%, mantendo quantitativos similares nos anos de 2010 e 2011. Por fim, no setor da construção houve acréscimo no quantitativo de trabalhadores formais, alcançando 10,8% em 2011. É notória a expansão desta atividade na capital baiana, que também apresenta alto índice de informalidade, bem como alto risco de ocorrência de acidentes graves e com óbitos.

No que se refere à escolaridade dos trabalhadores ocupados, 16% possui ensino superior completo, 42% ensino médio completo e superior incompleto, 16% ensino fundamental completo e médio incompleto, e 25% encontra-se sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. Tendo em vista que 58% de a PEAO possuem 2º grau completo ou 3º grau completos ou incompleto, cerca de 32% recebem de meio a um salário mínimo, 29,5% de um a dois salários mínimos, 9,1% de dois a três salários mínimos, 8,1% de três a cinco salários mínimos (IBGE, 2010).

#### Perfil das morbimortalidades relacionadas ao Trabalho

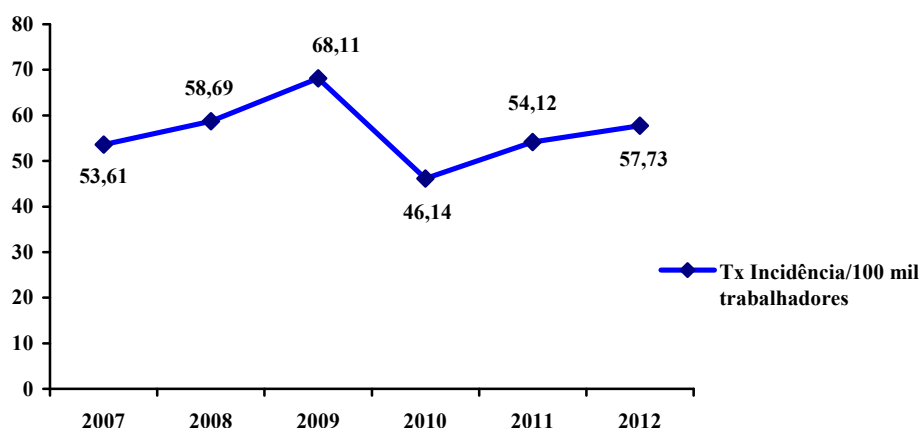
<sup>20</sup> Pessoas com dez anos ou mais anos de idade

A Previdência Social, através do DATAPREV, se constitui na fonte de dados com maior série histórica e confiabilidade, que permite conhecer do que adoecem e morrem os trabalhadores empregados com vínculos celetistas, porém não possibilita a estratificação dos dados por município, em relação a sexo, raça/cor, faixa etária, categoria profissional, entre outros, permitindo conhecer somente o perfil de morbimortalidade do município.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) abrangem toda a população trabalhadora, porém ainda apresentam altos índices de sub-registro, comprometendo a construção de indicadores e coeficientes de notificações e de mortalidade por agravos relacionados ao trabalho.

Conforme o gráfico abaixo, a taxa de incidência dos ADRT no ano de 2007 foi de 53,6% por 100.000 trabalhadores. Ao longo dos anos observa-se acréscimo, cuja maior incidência ocorreu em 2009 com 68,11%. Em 2012 a taxa de incidência foi de 57,73% por 100.000 trabalhadores.

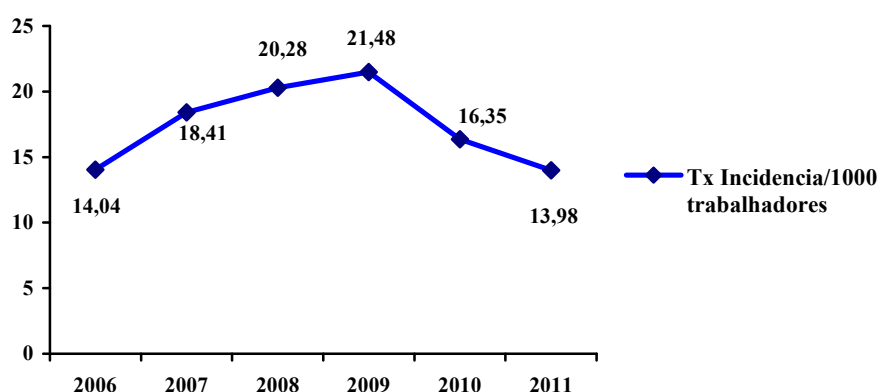
**Gráfico 51** – Taxa de incidência de ADRT. Salvador 2007-2012.



Fonte: SMS; SINANNET; IBGE

Analisado os dados do DATAPREV, observou-se tendência de crescimento da incidência de acidentes de trabalho no período de 2006 a 2009, com redução nos anos de 2010 e 2011.

**Gráfico 52** – Taxa de incidência de ADRT. Salvador 2006-2011.



Fonte: DATAPREV, 2013

No período de 2007 a 2012, as notificações de ADRT no SINAN demonstram que os agravos e doenças de maiores notificações foram as LER/DORT, acidente com material biológico e acidente de trabalho grave. As LER/DORT em 2007 predominavam com 90% das notificações, entretanto observou-se decréscimo ao longo dos anos, alcançando 38,6% em 2012 (Tabela 39).

Os acidentes com material biológico e de trabalho grave apresentaram tendências crescentes, alcançando, 42,7 e 10,3% das notificações no SINAN, em 2012, respectivamente.

**Tabela 39 – Número e percentual das notificações de ADRT. Salvador, 2007-2012.**

Agravos e Doenças Relacionados ao Trabalhador	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LER DORT	601	90,2	643	88,2	633	74,8	438	65,9	361	46,3	321	38,6	2997	66,3
Acidente Trabalho c/Exposição a Material Biológico	1	0,2	23	3,2	121	14,3	156	23,5	303	38,8	355	42,7	959	21,2
Acidente de Trabalho Grave	7	1,1	7	1,0	17	2,0	25	3,8	46	5,9	86	10,3	188	4,2
Intoxicações Exógenas Ocupacional	1	0,2	3	0,4	16	1,9	13	2,0	40	5,1	35	4,2	108	2,4
PAIR	36	5,4	23	3,2	19	2,2	5	0,8	4	0,5	7	0,8	94	2,1
Transtorno Mental	1	0,2	13	1,8	22	2,6	11	1,7	10	1,3	10	1,2	67	1,5
Pneumoconiose	12	1,8	7	1,0	6	0,7	10	1,5	9	1,2	12	1,4	56	1,2
Dermatoses Ocupacionais	7	1,1	10	1,4	12	1,4	6	0,9	6	0,8	6	0,7	47	1,0
Câncer Relacionado ao Trabalho	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0	0,0	2	0,0
<b>Total</b>	<b>666</b>	<b>100,0</b>	<b>729</b>	<b>100,0</b>	<b>846</b>	<b>100,0</b>	<b>665</b>	<b>100,0</b>	<b>780</b>	<b>100,0</b>	<b>832</b>	<b>100</b>	<b>4518</b>	<b>100</b>
<b>Taxa Incidência por 100.000 Trab</b>	<b>53,6</b>		<b>58,7</b>		<b>68,1</b>		<b>46,1</b>		<b>54,1</b>		<b>57,7</b>			

Fonte: SINANNET, 2013.

No que se refere às notificações de ADRT por Distrito Sanitário, verificou-se crescimento no quantitativo de notificações entre 2007 e 2012, sendo que o DS Barra/Rio Vermelho respondeu por 15,3% das notificações, seguido de Cabula/Beirú (13%), Subúrbio Ferroviário (11,6%) e São Caetano/Valéria (10,6%) (Tabela 40).

**Tabela 40 – Número e percentual das notificações de ADRT por Distrito Sanitário. Salvador, 2007-2012.**

Distrito Sanitário	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Barra/ Rio Vermelho	15	11,4	40	7,1	84	12,8	69	12,5	143	21,8	142	21	493	15,3
Cabula Beirú	21	15,9	82	14,6	82	12,5	68	12,4	84	12,8	82	12,1	419	13
Subúrbio Ferroviário	20	15,2	81	14,4	88	13,4	62	11,3	59	9	66	9,8	376	11,6
São Caetano Valéria	22	16,7	83	14,8	59	9	56	10,2	68	10,4	55	8,1	343	10,6
Brotas	10	7,6	41	7,3	56	8,5	55	10	55	8,4	60	8,9	277	8,6
Pau da lima	12	9,1	56	10	49	7,5	48	8,7	38	5,8	49	7,2	252	7,8
Liberdade	9	6,8	43	7,7	53	8,1	37	6,7	45	6,9	45	6,7	232	7,2
Itapopan	3	2,3	38	6,8	46	7	34	6,2	45	6,9	38	5,6	204	6,3
Cajazeiras	11	8,3	37	6,6	51	7,8	34	6,2	35	5,3	31	4,6	199	6,2
Boca do rio	2	1,5	20	3,6	32	4,9	37	6,7	39	6	53	7,8	183	5,7
Itapagipe	6	4,5	24	4,3	32	4,9	34	6,2	25	3,8	36	5,3	157	4,9
Centro Histórico	1	0,8	17	3	23	3,5	16	2,9	19	2,9	19	2,8	95	2,9
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100</b>	<b>562</b>	<b>100</b>	<b>655</b>	<b>100</b>	<b>550</b>	<b>100</b>	<b>655</b>	<b>100</b>	<b>676</b>	<b>100</b>	<b>3230</b>	<b>100</b>

Fonte: SMS; SINANNET

Em relação à mortalidade, foi possível observar que no período de 2006 a 2012, 61% dos óbitos por acidente de trabalho foram de outras causas externas e 36% por acidentes de transporte.

Segundo a CNAE, 12,2% das notificações de ADRT pertencem ao ramo produtivo de transporte e armazenagem, 9,4% atividades imobiliárias, 8,4% comércio e 8,3% indústria de transformação. Vale destacar que 32% dos casos notificados não informaram o CNAE ou não se aplica (Tabela 41).

**Tabela 41 – Número e percentual das notificações de ADRT segundo a CNAE. Salvador, 2007-2012.**

Seção Atividade Econômica	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I-TRANSPORTE, ARMAZENAGEM E COMUNICAÇÕES	153	29,3	111	18,7	92	13,1	49	8,3	44	6	27	3,6	476	12,2
K-ATIVIDADES IMOBILIÁRIAS, ALUGUÉIS E SERVIÇOS	72	13,8	80	13,4	73	10,4	59	10	50	6,8	33	4,4	367	9,4
G-COMERCIO, REPARAÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES,	59	11,3	59	9,9	78	11,1	55	9,3	40	5,5	38	5	329	8,4
D-INDÚSTRIAS DE TRANSFORMAÇÃO	60	11,5	66	11,1	68	9,7	51	8,6	47	6,4	31	4,1	323	8,3
N-SAÚDE E SERVIÇOS SOCIAIS	42	8	52	8,7	51	7,3	43	7,3	24	3,3	30	4	242	6,2
F-CONSTRUÇÃO	28	5,4	56	9,4	54	7,7	38	6,4	29	4	32	4,2	237	6,1
J-INTERMEDIÇÃO FINANCEIRA, SEGUROS, PREVIDÊNCIA	26	5	26	4,4	36	5,1	34	5,8	35	4,8	35	4,6	192	4,9
H-ALOJAMENTO E ALIMENTAÇÃO	30	5,7	39	6,6	28	4	22	3,7	20	2,7	14	1,9	153	3,9
O-OUTROS SERVIÇOS COLETIVOS, SOCIAIS E PESSOAIS	20	3,8	20	3,4	22	3,1	12	2	16	2,2	12	1,6	102	2,6
M-EDUCAÇÃO	5	1	22	3,7	14	2	16	2,7	10	1,4	8	1,1	75	1,9
L-ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DEFESA E SEGURIDADE SOCIAIS	3	0,6	8	1,3	18	2,6	20	3,4	6	0,8	7	0,9	62	1,6
P-SERVIÇOS DOMÉSTICOS	2	0,4	11	1,8	4	0,6	1	0,2	8	1,1	3	0,4	29	0,7
C-INDÚSTRIAS EXTRATIVAS	1	0,2	2	0,3	9	1,3	3	0,5	2	0,3	4	0,5	21	0,5
E-PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ELETRICIDADE, GAS	0	0	3	0,5	4	0,6	3	0,5	1	0,1	6	0,8	17	0,4
A-AGRICULTURA, PECUÁRIA, SILVICULTURA E EXPLORAÇÃO	0	0	1	0,2	1	0,1	0	0	1	0,1	0	0	3	0,1
B-PESCA	0	0	1	0,2	0	0	0	0	1	0,1	0	0	2	0,1
Não Informada/Não se Aplica	22	4,2	38	6,4	150	21,4	184	31,2	397	54,3	476	63	1267	32,5
<b>Total</b>	<b>523</b>	<b>100</b>	<b>595</b>	<b>100</b>	<b>702</b>	<b>100</b>	<b>590</b>	<b>100</b>	<b>731</b>	<b>100</b>	<b>756</b>	<b>100</b>	<b>3897</b>	<b>100</b>

Fonte: SESAB/DIVAST/SINANNET, 2013

Em relação à raça/cor, houve predominância da cor parda (39,7%), seguido da preta (22,3%) e brancos (9,5%). Chama atenção que 27,5% dos casos apresentaram esse dado ignorado (Apêndice Tabela 42). No que se refere à escolaridade, 50% dos trabalhadores notificados com ADRT possuem ensino médio completo ou curso superior concluído ou incompleto (Apêndice Tabela 43).

Nas Tabelas 44 a 47 verificam-se que as notificações de ADRT predominaram entre os trabalhadores adultos (25 a 59 anos), com prevalência dos casos de LER/DORT (70,64%). Na faixa etária de 10 a 14 anos os acidentes de trabalho grave responderam por 66,7% dos casos. Nos trabalhadores adolescentes e adultos jovens (15 a 24 anos) o acidente de trabalho com material biológico foi mais freqüente (66,1%). Nos idosos, 48% das notificações diziam respeito à intoxicação exógena seguida de LER/DORT (25,6%). Merece destaque o número de casos relacionados à pneumoconiose (12,4%), doenças que requerem um longo período de latência, manifestando-se em idades mais avançadas.

## 2.4. Gestão do SUS Municipal

### 2.4.1. Gestão de Recursos Humanos da Saúde

As ações da gestão da saúde esta fundamentada na Política de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS municipal.

Na área de Gestão de Trabalho, a Secretaria Municipal de Saúde possui 10.165 trabalhadores no seu quadro funcional, dos quais 92% se encontram com vínculos protegidos.

A maioria dos recursos humanos da saúde é do sexo feminino 70,5% (6.569). Quanto à faixa etária verifica-se que 65,2% dos trabalhadores da SMS estão na faixa etária de 31 a 50 anos (Tabela 48).

**Tabela 48** – Número e percentual de trabalhadores da SMS segundo faixa etária. Salvador, 2013.

Idade	Nº trabalhadores	%
18 a 30 anos	971	10,4
31 a 40 anos	3286	35,3
41 a 50 anos	2788	29,9
51 a 60 anos	1748	18,7
61 a 70 anos	528	5,7
Superior a 70 anos	3	0,0
<b>Total</b>	<b>9324</b>	<b>100</b>

Fonte: SEMGE/SMS Nov.2013

Ao direcionar a análise para renda em salários mínimos, verifica-se que a maioria dos trabalhadores (92,5%) se encontra na faixa de 01 a 04 salários mínimos, conforme demonstra a tabela 49.

**Tabela 49** – Percentual de trabalhadores da SMS segundo salário mínimo. Salvador, 2013.

Remuneração	Total	%
01 a 04	8630	92,6
05 a 07	595	6,4
08 a 11	75	0,8
Superior a 12 SM	24	0,3
<b>Total</b>	<b>9324</b>	<b>100</b>

Fonte: SEMGE/SMS, 2013

Tendo em vista a desprecarização dos vínculos trabalhista, o município aprovou o Plano de Cargos e Vencimento da SMS<sup>21</sup>, criando novos cargos para a implementação da Estratégia de Saúde da Família, do Centro de Especialidades Odontológicas, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e dos Centros de Atenção Psicossocial. Aprovou a alteração do regime jurídico<sup>22</sup> dos ACS e ACE de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) à condição de estatutários. Estes agentes passaram a integrar o PCV dos Profissionais de Saúde da Prefeitura de Salvador.

Quanto à valorização dos servidores de saúde é condição precípua do PCV a implantação do Plano de Desenvolvimento de Pessoas<sup>23</sup> (PDP) para promover o desenvolvimento, o aperfeiçoamento e a

<sup>21</sup> Lei Nº 7.867/2010

<sup>22</sup> Lei Nº 7.955/2011

<sup>23</sup> Ver Art. 3 do Plano de Cargos e Vencimento da SMS

qualificação dos profissionais de saúde, de forma a garantir eficiência, eficácia e qualidade dos serviços prestados à população.

O PDP pretende contribuir para o desenvolvimento integral do servidor, propiciando pensamento crítico acerca do papel da instituição, do profissional e do cidadão nas ações e serviços de saúde, criando condições para a implantação do programa de integração institucional para os trabalhadores recém-admitidos, qualificação permanente de todos os servidores, entendendo estes enquanto sujeito do processo de trabalho e da carreira, mediante a participação no planejamento, avaliações institucionais e de desempenho. Portanto é fundamental que neste quadriênio seja viabilizado mecanismos para implantação deste Plano.

A gestão realizou concurso público<sup>24</sup> para o provimento de 3.470 vagas, sendo 1.320 para nível médio e 2.150 de nível superior, distribuídas nos cargos de: Auditor em Saúde Pública, Fiscal de Controle Sanitário, Profissional de Atendimento Integrado, Sanitarista, Técnico em Serviços de Saúde e Auxiliar em Serviços de Saúde. Este Concurso foi homologado em janeiro de 2012, em março do mesmo ano iniciou-se a convocação dos aprovados. Até o mês de dezembro de 2013 foram convocados 2.970 profissionais, destes 1.674 foram nomeados e 1.230 entraram em exercício.

Esta em fase de implantação o Ponto Biométrico, ferramenta de apoio a gestão para o controle e acompanhamento da frequência dos profissionais, articulada a Folha de Pagamento.

Em relação à Educação Permanente em Saúde, a SMS trabalha em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente e busca integrar as múltiplas abordagens teóricas e metodológicas com foco na gestão, atenção à saúde, formação e controle social nos processos educativos desenvolvidos pela Secretaria.

No que se refere à qualificação profissional, a SMS implantou o Centro de Formação dos Trabalhadores<sup>25</sup> do SUS Salvador (CEFORT), espaço físico de desenvolvimento do conhecimento técnico-científico, tem a perspectiva de tornar-se uma instituição formadora do SUS municipal em diferentes níveis. Dessa forma, a idéia que impulsiona o CEFORT é ser também um espaço político-pedagógico onde os trabalhadores do SUS-Salvador possam ser qualificados a luz da conjuntura e das contingências institucionais, sob o ponto de vista ético, cultural, técnico e político, devendo, este processo, valorizar as circunstâncias e os problemas vivenciados no cotidiano do trabalho, de modo crítico e criativo com o objetivo de transformá-lo, tendo como perspectiva a integralidade do cuidado a saúde dos Soteropolitanos.

As parcerias ensino serviços<sup>26</sup> têm contribuído para formação multiprofissional em saúde, pois oportuniza um espaço para a reorganização das práticas e fortalecimento do saber em saúde. A SMS mantém parceria com 33 instituições de ensino, destas 19 de nível superior e 14 de nível médio. A maioria das instituições conveniada com a SMS é privada (30).

Quanto à residência multiprofissional e ensino de pós-graduação lato sensu, a SMS mantém parceria com a FBDC, UFBA, UNEB e Instituto Holon. No período de 2010 a 2012 foram inseridos na rede de saúde 5.985 alunos para estágios curriculares, 75 residentes e realizados 226 pesquisas envolvendo diversos temas relacionados à atenção à saúde.

Na área de Projetos Interinstitucionais, o município tem o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para saúde (PET-Saúde) em parceria com UFBA, UNEB e Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências (FBDC) desenvolvidos nos DS Subúrbio Ferroviário, Centro Histórico, Barra Rio Vermelho, Liberdade, Itapagipe e Centro Histórico.

A Política de Humanização instituída na SMS desde 2005 tem buscado qualificar o vínculo interprofissionais e entre estes e o usuário do SUS municipal, mediante a co-responsabilização dos sujeitos na atenção a própria saúde e na participação nas instancias gestoras. A implantação da PNH no âmbito municipal considerou a melhoria da acessibilidade e do acolhimento nas unidades de saúde, a partir da implantação de um sistema de marcação permanente de consultas e da classificação de risco nas unidades de prontos atendimentos, integração das equipes, valorização

<sup>24</sup> Edital Nº 01/2011

<sup>25</sup> Implantado em 24 de março de 2010

<sup>26</sup> Portaria Municipal Nº 244/2010, aprova o regulamento que disciplina o acesso de estudante e profissionais de instituições de ensino superior, técnico e médio a campos de estágio obrigatório à sua formação.

dos profissionais de saúde, utilização de protocolos clínicos para regulação do acesso aos serviços especializados, entre outras.

Nesse sentido a SMS investirá em tecnologias de trabalho que assegurem a educação permanente das equipes multiprofissionais de saúde, o vínculo com os usuários, a ouvidoria em saúde, o controle social, fortalecimento das parcerias ensino-serviço e do planejamento e avaliação em saúde.

#### 2.4.2. Financiamento do SUS – Salvador

São grandes os desafios do Sistema Único de Saúde, principalmente, para atender a universalidade e integralidade do atendimento prestado aos cidadãos.

A Constituição Federal<sup>27</sup> e a Lei Complementar N° 141/2012<sup>28</sup> dispõem que a quantia aplicada pelos Municípios será calculada com base na Receita Líquida de Impostos (RLI), cabendo aos Municípios aplicar 15% do total arrecadado de impostos referentes aos art. 156, 158 e o § 3.º do art. 159.

No que se refere à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde prevista na Emenda Constitucional (EC n.º 29/2000), no período compreendido entre 2008 e 2012, o governo municipal cumpriu em quase todos os exercícios (Tabela 50).

Quanto à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde prevista na EC 29/2000, no período de 2008 a 2012, o município de Salvador atingiu o índice, exceto no exercício de 2010. Esse desempenho pode estar relacionado à divergência entre a metodologia de cálculo utilizada pelo SIOPS e pela Controladoria Geral do Município de Salvador, a qual calculou o índice em 16,34% para o mesmo exercício.

**Tabela 50** – Aplicação da Emenda Constitucional N° 29 pelo Governo Municipal de Salvador, 2008-2012.

ANO	RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS	APLICAÇÃO MÍNIMA	%	RECURSOS APLICADOS	%
2008	1.546.280.006,00	231.942.000,90	15	237.044.724,92	15,33
2009	1.665.952.636,21	249.892.895,43	15	253.391.395,97	15,21
2010	1.912.896.141,40	286.934.421,21	15	194.158.958,35	10,15
2011	2.357.692.110,93	353.653.816,64	15	380.295.737,49	16,13
2012	2.528.193.083,38	379.228.962,51	15	402.993.977,49	15,94

Fonte: SIOPS/MS

Ademais é possível observar o crescimento no nível de aplicação de recursos na área de saúde pelo município de Salvador, alcançando 16,13% da RLI em 2011 e aumento de 41,2% entre 2008 a 2012, demonstrando investimentos próprios nas ações de saúde.

Vale assinalar que o financiamento do SUS municipal, por parte da União se processa a partir de transferências regulares e automáticas do Ministério da Saúde, via Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS).

Compete assinalar que a partir do exercício 2007, as transferências<sup>29</sup> dos recursos federais para as ações e serviços públicos de saúde passaram a ser efetuadas através dos blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimento.

A tabela 51 e o gráfico 53 demonstram o comportamento das transferências do SUS por bloco de financiamento para Salvador durante o período de 2008 a 2012. A maior participação dos recursos do SUS ocorreu no bloco MAC com a média de 75,1%, seguida da Atenção Básica (17,3%) e Vigilância

<sup>27</sup> A CF no art. 198 estabelece que o recurso vinculado à saúde deva ser contemplado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

<sup>28</sup> Altera o § 3º do art. 198 da CF para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080/1990 e 8.689/1993; e dá outras providências.

<sup>29</sup> Portaria GM/MS N.º 204/2007.

em Saúde (3,8%). Os demais blocos de financiamento e os recursos não regulamentados por blocos<sup>30</sup> responderam por 3,74% da receita do SUS.

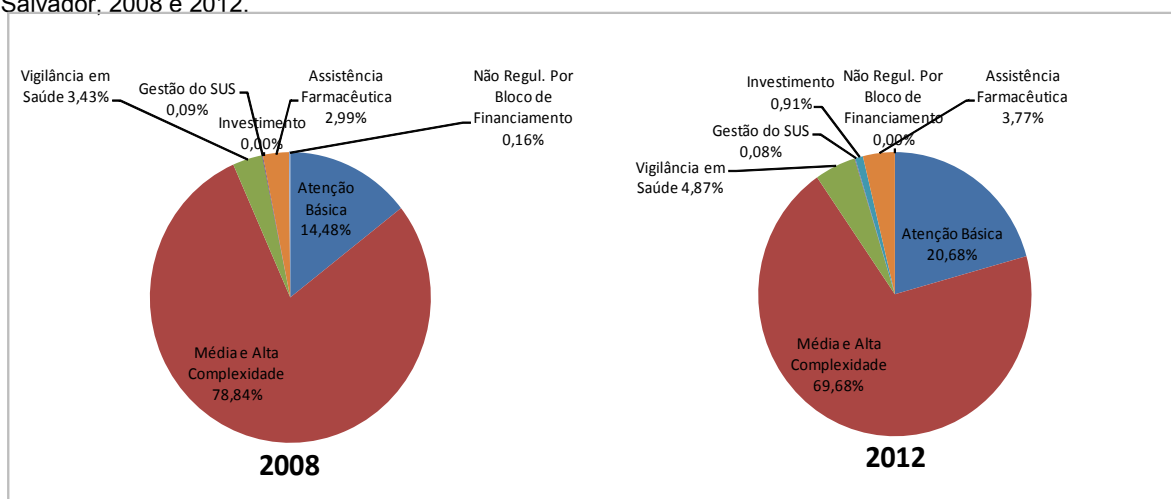
**Tabela 51** – Transferências de Recursos do SUS Salvador, 2008-2012

BLOCO DE FINANCIAMENTO	2008	2009	2010	2011	2012
Atenção Básica	59.211.541,51	71.788.620,75	79.131.531,00	87.260.602,29	86.608.382,14
Média e Alta Complexidade	322.364.336,90	357.731.968,47	342.936.345,88	346.396.863,24	291.866.975,42
Vigilância em Saúde	14.020.706,15	16.486.742,78	18.129.465,57	16.253.531,33	20.407.675,51
Gestão do SUS	378.000,00	100.000,00	659.000,00	1.789.000,00	330.000,00
Investimento	0,00	1.040.000,00	0,00	1.633.333,36	3.828.336,00
Assistência Farmacêutica	12.245.128,36	11.859.762,48	13.730.051,54	17.294.259,40	15.800.085,60
Não Regul. Por Bloco de Financiamento	660.000,00	780.000,00	660.000,00	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>408.879.712,92</b>	<b>459.787.094,48</b>	<b>455.246.393,99</b>	<b>470.627.589,62</b>	<b>418.841.454,67</b>

Fonte: SIOPS/MS

Em relação às transferências do SUS observa-se redução de 9,5% na arrecadação do bloco de financiamento da MAC quando comparado 2008 a 2012, devido à cessão da gestão do convênio com o Hospital Santo Antônio, mantido pela Associação Obras Social Irmã Dulce, ao governo estadual. Os demais blocos obtiveram bom desempenho, com destaque para a Atenção Básica com incremento de 46,3% (Gráfico 53).

**Gráfico 53** – Comparativo dos recursos transferidos do governo federal, por bloco de financiamento do SUS. Salvador, 2008 e 2012.



Fonte: SIOPS/MS

Verifica-se que as transferências SUS do bloco de atenção básica apresentaram evolução positiva no período de 2008 a 2011, com incremento de 47,4%. A exceção reside no biênio 2011/2012, onde se observa decréscimo de 1,14% (Gráfico 54). O aumento no biênio 2008/2009 foi motivado pela implantação de novas equipes da Estratégia de Saúde da Família. A redução apurada no ano de 2012 deve-se ao recebimento das receitas de dezembro em janeiro do exercício seguinte, e, em função do regime de caixa para as receitas na administração pública, estas não são computadas no exercício anterior. Com as normas contábeis criadas pelo novo Plano de Contas Aplicado ao Setor Público (PCASP), ainda em implantação, espera-se corrigir essa divergência, pois o regime das receitas passará a ser o da competência, realizando-se independente do registro no caixa.

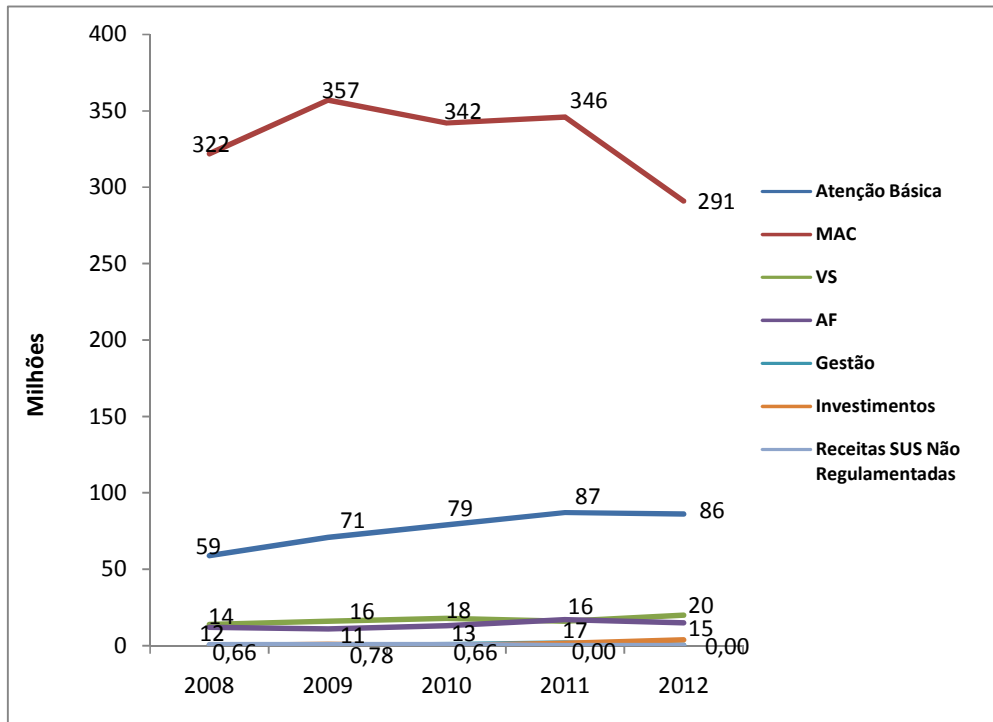
A evolução do bloco MAC apresentou alternância de incrementos e decréscimos em percentuais não uniformes. No ano de 2009 houve incremento de 10,86% do teto MAC quando comparado ao

<sup>30</sup> Os repasses de valores não regulamentados por blocos de financiamento do SUS que ocorreram entre 2008 e 2010 referem-se ao incentivo da Farmácia Popular, incorporado ao bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica a partir de 2011.



exercício anterior, em função de déficit apurado nos pagamentos do exercício anterior (2008). Após revisão e finalização da Programação Pactuada e Integrada (PPI/2010) ocorre redução de 4,2% no Teto Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, seguido de aumento de 1,16%, em 2011, tendo em vista a implantação das redes de atenção à saúde, especialmente a Rede Cegonha, e em 2012 houve outro decréscimo de 15,9% no teto MAC ao tempo em que ocorre a transferência da gestão municipal para estadual das contratualizações das unidades federais (Hospital Ana Nery, Hospital Universitário Professor Edgard Santos e a Maternidade Climério de Oliveira) e o convênio com o Hospital Santo Antônio, além dos remanejamentos de recursos dos municípios pactuados com Salvador, através de decisões na Comissão Intergestores Bipartite da Bahia (CIB-Ba).

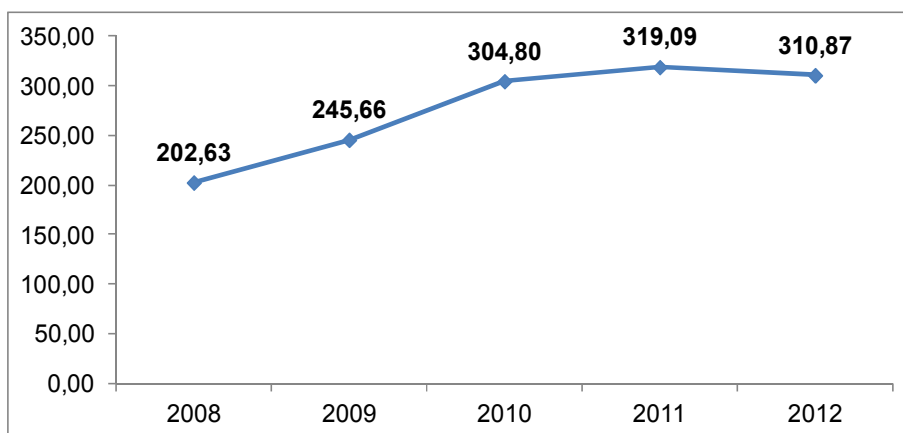
**Gráfico 54** – Receitas do SUS por bloco de financiamento. Salvador, 2008-2012.



Fonte: SIOPS/MS

No gráfico abaixo se demonstra as características da execução da despesa em saúde. A despesa total per capita em saúde apresentou incremento de 50% no período compreendido entre 2008 e 2012. Deve-se esclarecer, entretanto, que o resultado obtido em 2012 é reflexo direto da redução do volume de investimentos federais, bem como decorrente de alterações realizadas no teto municipal de Salvador, a exemplo da Média e Alta Complexidade.

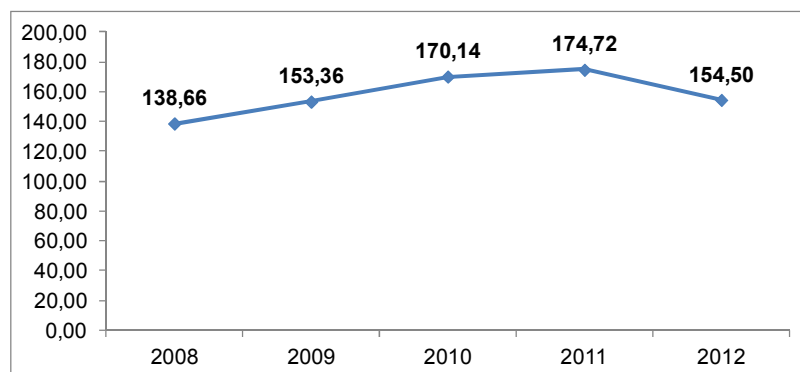
**Gráfico 55** – Despesa total em saúde por habitante. Salvador, 2008-2012.



Fonte: IBGE; Portal da Transparência PMS/SEFAZ

Quanto aos recursos SUS por habitante recebido pelo município de Salvador, verifica-se crescimento de 26% no período de 2008 a 2011. Em 2012 registra-se queda de 11,6% nas transferências em relação ao ano anterior, cujo valor passa a ser R\$ 154,50 por hab., sendo ainda, superior aos valores transferidos em 2008. Isso decorreu, principalmente, do aumento na população e da redução no montante de recursos transferidos pela União (Gráfico 56).

**Gráfico 56** – Recursos SUS transferidos por habitante. Salvador, 2008-2012.



Fonte: SIOPS/MS; IBGE

### 2.4.3. Auditoria

O componente municipal da auditoria do SUS assume o papel de instrumento de gestão que fortalece o sistema, contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Esta concepção altera a lógica da produção/faturamento para a da atenção aos usuários e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações e análise dos resultados, que constituem juntamente com as ações de controle e avaliação, subsídios para orientação do planejamento das ações de saúde do SUS municipal.

Embora instituído<sup>31</sup> três anos após sua previsão legal<sup>32</sup>, o Sistema Nacional de Auditoria regulamentado<sup>33</sup> em 1995, caracterizou-se como mecanismo de controle técnico (assistencial e financeiro) destinado a regular a oferta de serviços públicos de saúde no Brasil, através da integração entre a União, os Estados e os Municípios. Com este foco, o município do Salvador, de forma pioneira, cria o cargo de Auditor em Saúde Pública<sup>34</sup> e regulamenta o Sistema Municipal de Auditoria<sup>35</sup>.

A Lei Complementar Nº 141/2012 outorga aos órgãos de auditoria a fiscalização da gestão da saúde para através do sistema de amostragem verificar o cumprimento das normas desta lei, além da veracidade das informações constantes nos relatórios de gestão.

No gráfico a seguir demonstra-se que no quadriênio 2010 a 2013 foram realizadas 276 auditorias operativas e analíticas para monitorar a execução dos contratos e convênios, verificar as conformidades e não conformidades sobre os procedimentos ambulatoriais e hospitalares, analisando os documentos médicos e os disponíveis nos sistemas de informações, assim como fluxo e estrutura física dos serviços, avaliação da qualidade da assistência prestada ao usuário do SUS municipal.

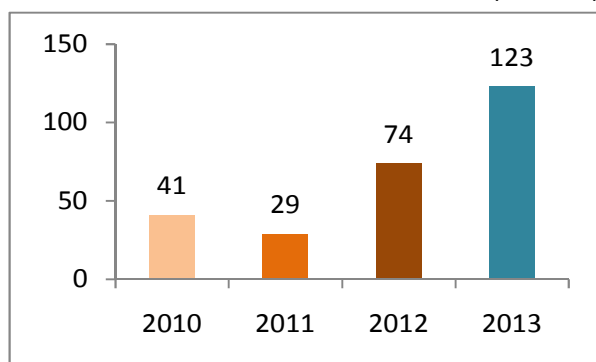
<sup>31</sup> Lei Federal Nº 8.689/1993.

<sup>32</sup> Lei Federal Nº 8.080/1990.

<sup>33</sup> Decreto Federal Nº 1.651/1995.

<sup>34</sup> Lei Municipal Nº 5.700/2000, altera dispositivos da Lei Nº 4.305/91, e cria cargos de provimento efetivo e em comissão no âmbito da SMS e Procuradoria Geral do Município, respectivamente, e dá outras providências.

<sup>35</sup> Decreto Municipal Nº 15.374/2004.

**Gráfico 57** – Número de auditorias realizadas pelo componente municipal de Salvador, 2010-2013.

Fonte: SMS/Auditoria

#### 2.4.4. O Controle Social no SUS Municipal de Salvador

A Constituição de 1988, também chamada de “Constituição Cidadã” consagrou à participação dos cidadãos nos processos de tomada das decisões de políticas essenciais ao bem-estar da população. A promulgação da Lei Nº 8.142/1990, representou um marco histórico para o movimento social, bem como uma vitória significativa no fortalecimento da democratização dos serviços de saúde. A partir deste marco legal foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do SUS, por meio da sociedade civil organizada, para formular, fiscalizar e deliberar sobre políticas de saúde.

A constituição dos conselhos de saúde se destacou por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde se propõe a formação de Conselhos de Saúde em nível local, municipal, regional e estadual, com participação paritária, permitindo a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde.

Os Conselhos de Saúde constituem-se, portanto, na proposta mais avançada de construção de sujeitos da gestão participativa do SUS, concretizando uma concepção de gestão em que os distintos atores ou força sociais participam direta ou indiretamente dos processos de decisão acerca dos objetivos e das estratégias de ação do sistema de saúde em todos os seus níveis.

Logo os Conselhos Municipais de Saúde<sup>36</sup> constituem uma instância de caráter deliberativo, voltado para assegurar e garantir a presença da sociedade civil de forma efetiva, participativa, na defesa dos interesses da população, na geração, acompanhamento e avaliação das políticas e programas específicos do setor.

Sendo assim, ao longo destes últimos anos os Conselhos de Saúde vêm sendo gradativamente estruturados nos estados e municípios, acumulando as mais variadas experiências em busca de ações e instrumentos que favoreçam o desempenho de suas atribuições no controle das ações da administração pública.

A instituição destes conselhos aliada às condições necessárias para o seu funcionamento são condições obrigatórias para que os estados e municípios possam receber recursos do Governo Federal para o desenvolvimento de uma série de ações.

Relembrando o processo de formação dos Conselhos de Saúde, o período de 1987-1989, no contexto de implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) ocorreu à formação de muitos conselhos estaduais e municipais de saúde, porém a institucionalização adveio a partir de 1991, sob o amparo da CF e das Leis Orgânicas do SUS<sup>37</sup>.

O Município de Salvador participou ativamente deste processo quando foi criada a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde<sup>38</sup> (CIMS), em reunião presidida pelo então Secretário de Saúde, como um primeiro esforço de nortear, sistematizar e regulamentar as ações no sistema de saúde municipal.

<sup>36</sup> Resolução CNS Nº 453/2012.

<sup>37</sup> Leis Nº 8.080/90 e 8.142/90.

<sup>38</sup> Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde criada em 4 de março de 1986.

Assim, na sua 3ª reunião, ocorrida em 15 de abril de 1986, o presidente da CIMS sugeriu a convocação de um representante para cada segmento (entidades profissionais, moradores de bairro entre outros), para participar da Secretaria Técnica da CIMS, evidenciado desde então uma preocupação com a representatividade de segmentos das entidades associativas na área de saúde, iniciativa que pode ser considerada como um embrião do que hoje conhecemos como controle social. O presidente à época demonstrava interesse também pelas condições de funcionamento da CIMS, pois, na 5ª reunião, conforme registro em Ata do dia 20 de maio de 1986, foi discutida a possibilidade de utilização dos recursos das Ações Integradas de Saúde - AIS, que faziam partes das políticas de saúde empreendidas naquele período, visando à estruturação da Comissão.

Em 29 de setembro de 1987, no Auditório da Câmara Municipal, a CIMS realizou a sua última reunião, tendo como pauta única a importância do Conselho Municipal de Saúde, sob a Presidência do então Secretário de Saúde do Município do Salvador.

Ao se instituir o Código Municipal de Saúde<sup>39</sup>, reconhecem-se nas disposições gerais as competências do Conselho Municipal e Local de Saúde (CLS) e se determina a criação dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS).

A Lei Orgânica de Salvador (1990) mantém o CMS como órgão deliberativo e fiscalizador da política municipal, constituído proporcionalmente por representações de gestores do sistema, sindicato dos trabalhadores, associações comunitárias, entidades representativas das classes empregadoras e de profissionais de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde<sup>40</sup> possui 48 representantes<sup>41</sup> dos segmentos públicos, privados e da sociedade civil organizada, sendo 24 titulares e 24 suplentes. Segundo o regimento qualquer representante poderá ser eleito presidente do CMS em reunião Plenária. Cabe destacar que nas últimas três gestões, o presidente do conselho tem sido do seguimento do usuário, com coordenação executiva composta por representação de todos os seguimentos.

O seu funcionamento é regular com reuniões ordinárias mensais e extraordinárias tantas quantas forem necessárias para tratar de assuntos urgentes. A depender da matéria a ser apreciada são formadas várias comissões temáticas: educação permanente, relatório de gestão, acompanhamento das contratualizações entre outras.

Além do CMS, a Secretaria conta com 12 Conselhos Distritais de Saúde implantados.

Outro espaço democrático de deliberação das políticas de saúde são as Conferências Municipais, realizadas de dois em dois anos conforme regimento interno. Os delegados são escolhidos através de pré-conferências e plenárias de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. Salvador já realizou 12 Conferências Municipais, sendo a última em 2013, cujo tema foi **“Atenção Básica um compromisso de todos”**.

Este é mais um momento do Conselho Municipal de Saúde desempenhar o seu papel junto às entidades da sociedade civil organizada para propor diretrizes e formulação de estratégias para estruturação de políticas que atenda ao modelo de atenção a saúde que responda as necessidades de saúde da população, particularmente no âmbito da atenção básica, ordenadora da rede de atenção e do cuidado à saúde.

Um dos compromissos do Conselho Municipal de Saúde, o qual se constitui um desafio para o quadriênio de 2014-2017, corresponde à expansão dos Conselhos Locais de Saúde e o fortalecimento da capacidade de intervenção dos membros do controle social nas políticas públicas e no processo de educação permanente.

#### 2.4.5. Ouvidoria em Saúde

A Ouvidoria em Saúde<sup>42</sup> da Secretaria Municipal de Saúde do Salvador é um canal aberto de participação popular, que assegura ao cidadão, usuário do Sistema Único de Saúde, sua liberdade de expressão em relação à gestão pública e aos serviços por ela oferecidos.

<sup>39</sup> Lei Municipal Nº 5.504/99.

<sup>40</sup> Decreto Nº 90.015/1991 cria o CMS

<sup>41</sup> Decreto Nº 17.184 de 27/02/2007

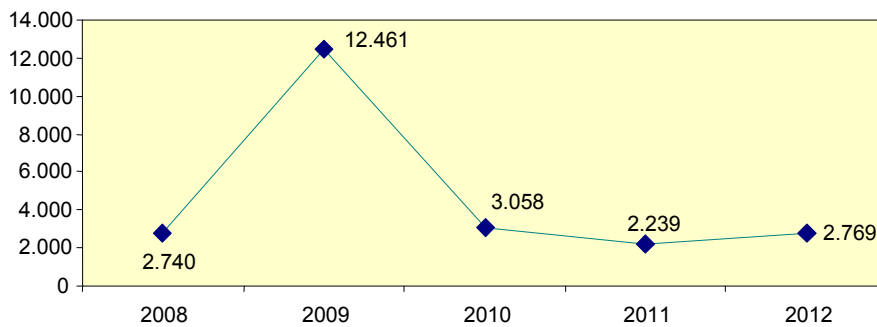
<sup>42</sup> Lei nº. 6085/2002 (DOM, 30/01/2002).

A Ouvidoria busca assegurar ao cidadão o direito e a oportunidade de participar da gestão pública, ampliando o acesso dos usuários aos canais de avaliação das ações e serviços públicos de saúde através de sugestões, reclamações, denúncias, solicitações e elogios.

O meio de contato do cidadão com a Ouvidoria em Saúde se dá através de e-mail, formulário web, telefone 160, fax, presencial, ou através das manifestações registradas nos sistemas: OuvidorSUS, Portal SINO da Ouvidoria Geral do Município e Salvador.

No período de 2008 a 2012 a Ouvidoria em Saúde recebeu 23.267 manifestações. Destaca-se o ano de 2009 que apresentou aumento de 355% no número de registros, devido à implantação do Disque Saúde 160, linha telefônica gratuita, ampliando o acesso do cidadão às informações e registros de manifestações sobre os serviços disponibilizados pela Secretaria (Gráfico 58).

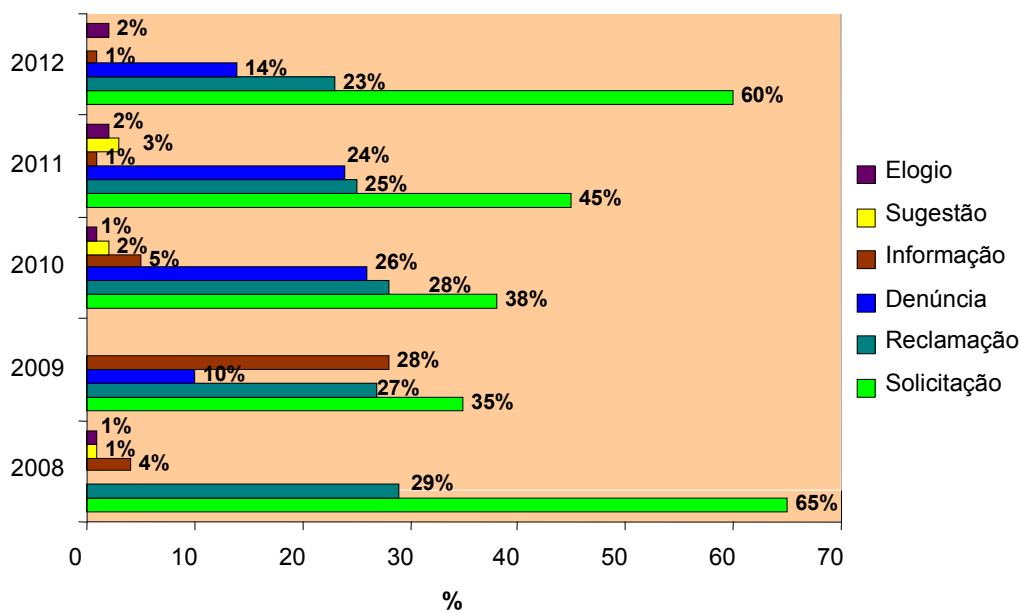
**Gráfico 58** – Número de manifestações registradas na Ouvidoria em Saúde. Salvador, 2008-2012.



Fonte: SACS; Sistema OuvidorSUS

Quanto às manifestações observa-se no gráfico abaixo predominância das solicitações quando comparada às outras classificações. Esse resultado deve-se a busca pelo serviço de marcação de consultas e exames.

**Gráfico 59** – Classificação das manifestações registradas na Ouvidoria em Saúde. Salvador, 2008-2012.



Fonte: SACS; Sistema OuvidorSUS

### 3. Priorização dos Problemas de Saúde

Os problemas priorizados neste Plano foram sistematizados em problemas de estado, gestão e serviços de saúde.

Problemas de estado<sup>43</sup> de saúde:

- Elevada incidência de sífilis congênita;
- Elevado número de casos de dengue;
- Alta prevalência de tuberculose;
- Aumento de doenças cardiovasculares, em decorrência da HAS e DM;
- Elevada incidência de DST/AIDS na população adulta;
- Elevada ocorrência de casos de violência, inclusive contra a mulher;
- Aumento de casos de HAS e DM na população adulta e jovem dos Distritos Sanitários;
- Aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas, de forma precoce, na população dos DS;
- Elevada incidência de doença falciforme;
- Elevada ocorrência de agressão canina e felina entre os residentes de Salvador;
- Aumento dos casos de pessoas portadoras de transtornos mentais leves e moderados e graves, principalmente depressão;
- Elevado índice de câncer de mama;
- Elevado número de casos de gravidez na adolescência;
- Elevado número de óbitos maternos;
- Incremento do índice de cárie e doença periodontal nas diversas faixas etárias da população, residente em Salvador;
- Elevada prevalência de hanseníase;
- Aumento de sobrepeso em crianças e adolescentes em idade escolar e obesidade;
- Alta incidência de câncer de próstata na população adulta;
- Aumento do número de agravos decorrentes do diabetes em idosos;
- Elevado número de casos de leptospirose;
- Aumento do número de casos de gestação de alto risco;
- Aumento do número de abortos em adolescente e adulto jovem no município de Salvador.

Problemas de gestão e serviços<sup>44</sup> de saúde:

<sup>43</sup> Os problemas de estado de saúde levantados a partir das oficinas distritais foram categorizados segundo os grupos populacionais.

Entre as **crianças** destacaram-se a sífilis congênita, hanseníase, baixa condição de saúde bucal, sobrepeso, desmame precoce, mortes violentas relacionadas ao tráfico de drogas, aumento de casos de doenças respiratórias, hipertensão, diabetes, cárie, uso abusivo de drogas, doenças infectocontagiosas, parasitárias e varicela.

Em relação **aos adolescentes** destacaram-se a gestação precoce, DST, drogatização, aborto e depressão.

Entre os **adultos jovens** foram enfatizados o aumento do uso de álcool e outras drogas, tabagismo, cárie, perda dentária, dengue, DST, tuberculose, hipertensão e diabetes.

No que diz respeito às **mulheres adultas** foram levantados o aumento de casos de câncer de mama e colo de útero, DST/AIDS, gestação de alto risco, mortalidade materna, obesidade, violência doméstica e sexual.

O câncer de próstata e as DST foram destacados entre **a população masculina** na fase adulta.

Quanto aos **idosos** houve destaque em relação à hipertensão arterial, diabetes, as doenças cardiovasculares e do aparelho respiratório, câncer de pulmão e casos de osteoporose.

Vale registrar que alguns problemas de saúde foram identificados em 90% dos Distritos Sanitários: tuberculose, álcool e drogas, violência de modo geral, dengue, hipertensão, diabetes e suas complicações, gravidez na adolescência e as DST. Cabe ressaltar o levantamento de problemas relacionados aos condicionantes e determinantes do estado de saúde de uma população, tais como desestruturação familiar, deficiência na coleta de lixo, ausência de coleta seletiva e pouca conscientização da população, além de precariedade das condições de vida (moradia, saneamento, lazer, transporte público e segurança).

<sup>44</sup> No que concerne à **prestação de serviço**, destacaram-se os problemas relacionados à dificuldade na marcação de consultas nas especialidades de pediatria, clínica médica e ginecologia nas UBS; inexistência de rede credenciada de apoio diagnóstico (laboratório, Raio X, USG), inclusive postos de coleta na rede; pouca disponibilidade de vagas para marcação de consultas e exames especializados; insuficiência de leitos públicos; deficiência na oferta e qualidade dos serviços oferecidos no PA, especialmente em ortopedia; inexistência de centros de especialidades médicas em alguns DS; dificuldade de acesso da comunidade das ilhas aos serviços de urgência e de especialidades; baixa cobertura do PACS e da atenção básica; necessidade de equiparação das equipes de Saúde Bucal com as equipes de saúde da família; insuficiência de equipes de NASF; necessidade de ampliação do número de equipes nos CEO; falta de assistência nos procedimentos de média e alta complexidade de odontologia e ausência de serviços de saúde bucal nas UPA; baixa cobertura vacinal em menores de um ano de idade e de vacinação anti-rábica para cães e gatos; insuficiência de rede especializada de referência para saúde mental; baixa qualidade da alimentação oferecida aos pacientes assistidos nos CAPS; despreparo técnico dos profissionais de saúde da UPA, CEO e UBS para atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais; poucas ações de saúde voltadas para

- Ineficiência dos serviços de manutenção preventiva e corretiva das instalações físicas, equipamentos e mobiliário da rede de serviços da SMS, inclusive rede de frio;
- Deficiência na oferta e qualidade dos serviços oferecidos nos Prontos Atendimentos;
- Deficiência na marcação e insuficiência na oferta de serviços em média e alta complexidade;
- Irregularidade no fornecimento de materiais, insumos e medicamentos as Unidades de Saúde;
- Insuficiência da oferta de serviços na rede assistencial para agravos prevalentes como hanseníase, tuberculose, leishmaniose, dengue, meningite, DST, HIV/, HAS e Insuficiência Respiratória Aguda;
- Baixa cobertura da atenção básica;
- Fragilidade na implementação das redes assistenciais (Cegonha, RAUE e RAPS);
- Ausência do fluxo de referência e contra-referência institucionalizado nas Unidades de Saúde;
- Ausência de protocolos institucionalizados para atendimento aos programas de saúde da criança, mulher, bucal, adolescente, homem e pré-natal;
- Deficiência na oferta de serviços voltados para a prevenção das drogas;
- Deficiência na rede de comunicação (telefonia, internet) das Unidades de Saúde;
- Falta de implementação da Política de Humanização nas Unidades de Saúde;
- Inadequação da infra-estrutura dos DS para descentralização das ações de vigilância da saúde;
- Insuficiência de Unidades Sentinelas para o monitoramento da influenza;
- Insuficiência de profissionais de nível médio e superior;

a população negra e para os adolescentes; insuficiente cobertura de ações coletivas em alguns DS; deficiência nas ações de promoção, especialmente nas de zoonoses; ausência de serviços que foque a prevenção das drogas e valorize os usuários; baixo diagnóstico da anemia falciforme e de outras doenças; pouco atendimento relacionado à saúde do homem nas UBS; deficiência na qualidade do atendimento aos usuários nas unidades, inclusive no que se refere às questões étnico-raciais e de gênero, além de inexistência de rede de serviços de referência em alguns Distritos.

Os problemas relacionados à **infra-estrutura** foram: estrutura física precária e inadequada das unidades de saúde e dos DS, principalmente para implantação de programas e o acesso às pessoas portadoras de deficiência; insuficiência e sucateamento dos equipamentos odontológicos médico-hospitalares; falta de manutenção preventiva e corretiva; irregularidade na manutenção dos equipamentos odontológicos; descontinuidade no fornecimento e insuficiência na aquisição de equipamentos, impressos, insumos e materiais para as unidades de saúde, inclusive para as atividades educativas; déficit de instrumentais odontológicos e equipamentos; deficiência na logística e insuficiência na oferta e diversidade de medicamentos; sistema de informação compartilhado em rede e centralizado nos DS; ausência de tecnologia de informação nas unidades de saúde; baixa velocidade na internet para o acesso aos sistemas de informação; fragilidade do sistema operacional da CMR; déficit de profissionais de saúde de diversas categorias (ACS, médicos, administrativos, enfermeiros, odontólogo, psicólogo) nos serviços de atenção básica, urgência e emergência, vigilância sanitária, epidemiológica e na sede dos distritos sanitários; baixa qualificação dos profissionais para o atendimento as demandas de assistência farmacêutica; falta de substituição dos servidores afastados por licença prêmio, maternidade e licença médica; ausência de transporte social para o deslocamento de pacientes crônicos, acamados, deficientes ou gestantes à Unidade de Saúde e insuficiência de carro e combustível para o desenvolvimento das ações nos Distritos.

**Em relação à gestão** foram relacionados os seguintes problemas: falta de efetividade da Política de Educação Permanente para qualificação dos profissionais e trabalhadores da saúde; fragilidade no acolhimento dos usuários nas Unidades de Saúde; ausência de acolhimento aos profissionais recém-contratados; ausência de uma política de educação popular em saúde, de promoção da saúde e de fortalecimento do controle social; inexistência de Conselhos Locais de Saúde; falta de compromisso e cumprimento de carga horária pelos profissionais; alta rotatividade dos trabalhadores terceirizados; frágeis mecanismos de controle dos ACS; fragilidade na gestão dos serviços e de recursos humanos nas unidades; falta de autonomia político-gerecencial das unidades de saúde; precarização dos vínculos de trabalho; falta de informação dos usuários acerca dos locais que ofertam serviços de saúde e fluxo de referência; falta de cumprimento da Lei do acompanhante nas maternidades; falta de utilização do Plano Municipal de Saúde enquanto instrumento norteador para o planejamentos dos DS e das unidades de saúde; centralização das ações do CCZ; baixo nível educacional para efetivação das ações de prevenção e para o empoderamento da ampliação do conhecimento em saúde.

Quanto à **organização**, os problemas elencados foram: falta de segurança nas unidades de saúde e nas áreas de atuação dos ACS; baixa investigação de óbitos materno-infantil, notificação da doença falciforme, e de adesão ao pré-natal; ausência de vinculação da gestante à maternidade e de matriciamento em saúde mental e atenção básica; dificuldade no acolhimento do paciente com transtorno mental leve pela atenção básica; ausência de articulação entre o NASF, a ESF e demais serviços de saúde; falta de organização nos serviços; fragilidade na referência e inexistência de contra-referência para as unidades de saúde; ausência de um catálogo de referência para os serviços de média e alta; existência de filas para marcação de consultas e exames; ausência de agendamento dos serviços da rede básica; dificuldade de marcação de consultas por telefone; falta de humanização dos serviços; fragmentação na assistência aos pacientes hipertensos e diabéticos; baixa adesão dos usuários com hipertensão, tuberculose e hanseníase ao acompanhamento pelos serviços de saúde.

Chama atenção que no processo de caracterização dos problemas relacionados ao sistema de serviços, o componente de financiamento aparece de forma tímida, restrita e localizada, sendo sinalizado por somente um DS: **insuficiência de recursos financeiros para execução dos programas de saúde**.

Destaca-se ainda o problema referente à **limitação da mobilidade urbana no município de Salvador**.

Ressalta-se que 91% dos DS referiram déficit de profissionais de saúde em várias categorias. Os problemas relacionados à estrutura física precária, inadequada e sem manutenção; além da deficiência na oferta, qualidade e marcação de procedimentos especializados foram registrados por 66% dos Distritos.

- Necessidade de manutenção e ampliação das equipes de NASF;
- Insuficiente quantitativo de veículos para o desenvolvimento das ações da SMS;
- Estruturas físicas inadequadas das Unidades de Saúde para o acesso de pessoas com deficiência;
- Inexistência de Hospital Municipal;
- Descumprimento de carga horária dos profissionais da rede própria da SMS;
- Falta de integração entre o ponto biométrico e a folha de pagamento;
- Pouca incorporação de práticas de planejamento, monitoramento e avaliação pela SMS;
- Falta de segurança nas Unidades de Saúde e Administrativas da SMS;
- Fragilidade nos mecanismos de controle da produção de serviços dos EAS;
- Dificuldade para controle no cumprimento dos contratos pela falta de acompanhamento da publicação das agendas
- Dificuldade na execução e morosidade na tramitação dos processos licitatórios da PMS;
- Precarização dos vínculos trabalhistas de algumas categorias profissionais;
- Fragilidade no funcionamento dos serviços de saúde como observatório epidemiológico da saúde;
- Ausência do Plano de Desenvolvimento de Pessoas;
- Baixo valor dos procedimentos de média e alta complexidade da tabela SUS;
- Fragilidade técnica dos trabalhadores da saúde para desempenho das funções;
- Falta de cumprimento do Termo de Gestão Compartilhada da Regulação entre o Estado e o Município;
- Fragilidade na implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra;
- Fragilidade na integração entre as Vigilâncias e a Assistência;
- Pouco preenchimento do quesito raça/cor nas fichas e formulários dos SIS;
- Insuficiência de recursos financeiros para execução dos programas de Saúde;
- Inexistência do módulo prontuário eletrônico e deficiência nos módulos regulação, urgências, SISFARMA e laboratório do Sistema VIDA+;
- Falta de informação à população quanto aos locais que dispõem dos serviços de saúde e o fluxo de referência;
- Falta de cumprimento dos fluxos da área de administração e Educação Permanente de Gestão de Pessoas da Saúde;
- Falta de um sistema de gestão de pessoas que atenda as necessidades da área de administração e educação permanente;
- Ausência de equiparação entre as equipes de saúde bucal e de saúde da família;
- Inexistência de autonomia financeira da Vigilância Sanitária;
- Ausência de uma Política Municipal de Gestão do Trabalho e Educação em saúde;
- Ausência de uma Política Municipal de Promoção da Saúde;
- Ausência de uma Política de fortalecimento do controle social;
- Desequilíbrio da distribuição de procedimentos através da Programação Pactuada e Integrada.



#### **4. Módulos Operacionais**

Tendo em vista que os módulos operacionais organizam um conjunto de proposições relativas às intervenções que se pretende realizar para o enfrentamento de um dado problema (TEXEIRA, 2001) alcance de resultados e impacto, esse Plano apresenta três Módulos Operacionais: Vigilância em Saúde, Atenção Integral à Saúde e Gestão do Sistema Único de Saúde Municipal, conforme descritos a seguir:

##### **I – Vigilância em Saúde**

Esse módulo contempla o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema municipal de vigilância da saúde, com enfoque no desenvolvimento de estratégias para o controle das doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e imunopreveníveis; bem como na implementação de ações de promoção e prevenção, compreendida a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, de saúde do trabalhador e do controle das zoonoses, além das articulações interinstitucionais.

##### **II – Atenção Integral à Saúde**

O segundo módulo operacional centra-se na integralidade e humanização da atenção à saúde, com qualidade e equidade. Tem na ampliação da atenção básica e especializada a forma de melhorar o acesso aos serviços básicos e de média e alta complexidade, os quais serão fortalecidos através da implementação das redes de atenção à saúde e assistência farmacêutica.

##### **III – Gestão do Sistema Único de Saúde Municipal**

O módulo III destaca as estratégias destinadas ao fortalecimento da gestão municipal, a partir dos mecanismos intergovernamentais, da ampliação da participação do controle social e dos canais de comunicação, aprimoramento e modernização da informação em saúde, da coleta e tratamento dos dados, qualificação dos processos de planejamento, avaliação e controle interno, com destaque para o componente municipal de auditoria.

Além da gestão financeira, orçamentária e contábil, o acolhimento e a qualificação das práticas e da gestão são prioridades deste módulo, vistos como tecnologias que contribuirão para ampliação da resolubilidade dos serviços de saúde.

Módulo I - VIGILÂNCIA EM SAÚDE	
<b>Diretriz 1 - Fortalecer a capacidade de resposta do sistema municipal de vigilância aos riscos, danos e agravos à saúde</b>	
<b>Objetivo 1.1 - Prevenir e controlar as doenças e agravos transmissíveis por meio de ações de promoção e vigilância em saúde (dengue, meningite, leptospirose, esquistossomose, tuberculose, hanseníase, leishmaniose e doença de chagas, entre outros)</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Vigilância da Saúde e Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Metas</b>	
Reduzir de 6 para 4 a ocorrência de óbitos por dengue	
Realizar anualmente 5 Ciclos de tratamento para o controle da dengue	
Inspeccionar 95% dos imóveis sob risco de incidência de dengue	
Ampliar de 59% para 70% a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	
Ampliar de 83% para 92% a cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	
Ampliar de 20,4% para 25% a proporção de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase examinados	
Vacinar em campanhas 80% de cães domiciliados	
Reduzir de 2 para 1 o número de óbitos por leishmaniose visceral	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Promover ações educativas voltadas para a prevenção dos agravos	10.305.029.2098 10.301.027.2087 10.304.029.2100 10.302.013.2122
Implementação do Plano de Contingência da Dengue	
Reorganização do Programa Municipal de Controle da Dengue no componente controle vetorial	
Implementação do programa de controle da tuberculose e hanseníase	
Implantação e descentralização do plano de enfrentamento dos agravos transmissíveis de maior incidência (Dengue, Varicela, Meningites, Tuberculose, Hanseníase, Esquistossomose, entre outros)	
Implementação das ações do Programa de Vigilância e Controle da raiva animal	
Implantação e implementação da vigilância da leishmaniose visceral canina	
Implementação do diagnóstico e tratamento da Leishmaniose na Rede Municipal de Saúde	
Implementação das ações de vigilância às doenças de baixa ocorrência (malária, chagas agudo, leishmania, febre tifóide, toxoplasmose, entre outras).	
Implementação do Sistema de Informação de base epidemiológica	
<b>Indicador de monitoramento:</b>	
Número absoluto de óbitos por dengue	

<b>Objetivo 1.2 - Ampliação da capacidade de resposta às doenças imunopreveníveis no município de Salvador</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Vigilância da Saúde e Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Metas</b>	
Alcançar a cobertura de 50% das vacinas do Calendário Básico de Vacinação da criança	
Vacinar 95% das crianças menores de cinco anos	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Fortalecimento da notificação de Eventos Adversos Pós Imunização	10.305.029.2101 10.301.027.2087
Ampliação das coberturas vacinais do calendário básico de rotina e campanhas	
Implementação das ações de investigação, coleta de exames de forma oportuna e medidas de controle	
Implementação do módulo vacina do Sistema VIDA+ nas unidades de saúde da rede própria e privada que realizam imunização	
Implantação do SISPNI nas salas de vacinas	
Assegurar as condições adequadas para armazenamento, conservação, distribuição e transporte dos imunobiológicos.	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com cobertura vacinais alcançadas	
<b>Objetivo 1.3 - Implementar ações de promoção da qualidade de vida com enfoque nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Vigilância da Saúde e Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Metas</b>	
Ampliar de 15 para 45 unidades de saúde com Programa Municipal de Controle de Tabagismo	
Reduzir em 1% ao ano a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, Neoplasias, doenças respiratórias crônicas e Diabetes Mellitus)	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Implementação do Plano Municipal de enfrentamento das DCNT	10.305.029.2098 10.301.027.2087
Implementação das Academias da Saúde	
Implementação da Atenção Domiciliar	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, Neoplasias, Doenças respiratórias crônicas e Diabetes Mellitus)	

<b>Objetivo 1.4 - Contribuir para redução da morbimortalidade por causas externas</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Vigilância da Saúde e Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Meta</b>	
Aumentar em 10% ao ano o número de unidades notificantes dos casos de violência doméstica, sexual e outras	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Implantação e implementação das ações do Projeto Vida no Trânsito	10.305.029.2098 10.301.027.2087 10.302.028.2091
Articulação interinstitucional e intra-setorial para enfrentamento da violência como problema de saúde pública.	
Implementação da rede de atendimento às mulheres em situação de violência	
Implementação da vigilância das violências e acidentes	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências implantada.	
<b>Objetivo 1.5 - Ampliar a capacidade de resposta da Vigilância Epidemiológica com ênfase na investigação de óbitos maternos, infantis, fetais e de mulher em idade fértil.</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Vigilância da Saúde e Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Metas</b>	
Encerrar oportunamente 80% dos casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata	
Investigar 100% das notificações das Emergências em Saúde Pública de Salvador	
Ampliar de 01 para 05 o número de Unidades Sentinelas para monitoramento da influenza no Município de Salvador	
Investigar 100% dos óbitos maternos	
Investigar 30% dos óbitos infantis e fetais	
Investigar 50% dos óbitos de Mulheres em Idade Fértil	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Ampliação da capacidade de resposta da vigilância epidemiológica nos Distritos Sanitários	10.305.029.2098 10.304.029.2097 10.305.029.2099
Implementação da detecção e notificação das Doenças de Notificação Compulsória nas unidades de saúde da rede SUS do município (UBS, PA e hospitais)	
Investigação, análise e recomendações dos óbitos infantis, fetais e maternos	
Implementação dos Núcleos de Epidemiologia nos Prontos Atendimentos	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Proporção de óbitos maternos investigados	
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	

<b>Objetivo 1.6 - Fortalecer as ações de prevenção, promoção, assistência e diagnóstico às DST, HIV/ AIDS, sífilis e hepatites</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Vigilância da Saúde e Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Metas</b>	
Reduzir em 50% os casos novos de Sífilis Congênita notificados no ano anterior	
Reduzir em 10% os casos novos de AIDS em menores de cinco anos notificados no ano anterior	
Realizar 02 testes de sífilis por gestantes usuárias do SUS Municipal	
Ampliar de 50% para 100% o número de Unidades Básicas de Saúde com teste rápido para HIV/AIDS, sífilis e hepatites virais	
Reduzir de 150 para 100 o número de casos notificados de Hepatite sem encerramento oportuno no SINAN	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Implementação das ações de vigilância do Plano Municipal de Enfrentamento à Sífilis e ao HIV nos Distritos Sanitários	10.305.029.2101 10.305.029.2102 10.301.027.2087
Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante e seus companheiros	
Implementação das ações do Plano municipal de enfrentamento das hepatites virais	
Ampliação da rede de diagnóstico e assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS e hepatites virais nos Distritos Sanitários	
Desenvolver ações de prevenção e promoção às DST/AIDS, HIV e hepatites virais, com ênfase aos grupos de maior vulnerabilidade e em parceria com organizações da sociedade civil	
Disponibilização de imunobiológicos para população sexualmente ativa	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	
<b>Objetivo 1.7 - Fortalecer as ações de saúde do trabalhador na rede de atenção e vigilância no município de Salvador</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Vigilância da Saúde e Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Metas</b>	
Implantar 01 ambulatório em Saúde do Trabalhador	
Ampliar em 50% as notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho no SINAN	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Implementação de ações de vigilância de ambiente e processos de trabalho com finalidade de prevenção e proteção à saúde dos trabalhadores formais e informais	10.305.029.2098 10.305.029.2103
Reorganização do serviço de assistência à saúde do trabalhador no CEREST Salvador	
Implementação das ações de vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador	
Constituir a Comissão Inter-setorial de Saúde do Trabalhador Municipal	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Número de notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho no SINAN	

<b>Objetivo 1.8 - Organizar a Gestão da Vigilância em Saúde no âmbito municipal</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Vigilância da Saúde e Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Metas</b>	
Implantar 12 equipes mínimas de vigilância sanitária nos níveis central e distrital	
Descentralização das ações de vigilância sanitária de 9 para 12 Distritos Sanitários	
Descentralização das ações de vigilância em saúde do trabalhador para 3 Distritos Sanitários	
Descentralização das ações de vigilância de controle de zoonozes para 12 Distritos Sanitários	
Descentralização das ações da vigilância em saúde ambiental para 6 Distritos Sanitários	
Executar 100% das ações pactuadas pela vigilância sanitária	
Realizar análise em 80% das amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Estruturação da Diretoria Geral de Vigilância da Saúde	10.305.029.2097 10.305.029.2099 10.301.027.2087
Descentralização das ações de vigilância da saúde nos territórios distritais	
Implementação e monitoramento das ações de Vigilância Sanitária	
Implementação das ações de média complexidade em vigilância sanitária de acordo com a Resolução CIB-BA Nº 084/2011	
Implantação do Plano de Integração das Vigilâncias e Assistência	
Implementação das ações de controle das zoonozes	
Implementação das ações de Vigilância em Saúde Ambiental	
Indicador de monitoramento	
Percentual de cumprimento das ações pactuadas pela vigilância sanitária	
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	

Módulo II - ATENÇÃO INTEGRAL Á SAÚDE	
<b>Diretriz 2 - Garantir o acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde, com qualidade e equidade, de forma oportuna e humanizada</b>	
<b>Objetivo 2.1 - Ampliar a atenção básica fortalecendo seu papel enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Meta</b>	
Ampliar de 31% para 50% a cobertura populacional da atenção básica	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Ampliação de Unidades Básicas de Saúde com ou sem Saúde da Família	10.301.027.2087 10.128.026.2085 10.302.011.1105 10.302.011.2106
Ampliação e reorganização das equipes de atenção básica	
Implementação do Apoio Institucional às equipes de Saúde da Família	
Reorganização dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família	
Implementação da Política de humanização nas unidades básicas de saúde	
Implantação do Núcleo de Educação Permanente da Diretoria Geral de Atenção à Saúde	
Ampliar o Programa Saúde na Escola <sup>45</sup>	
Implementação a Atenção em Saúde do Idoso	
Implementação das ações Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem	
Implantação do sistema de informação da atenção básica	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	
<b>Objetivo 2.2 - Ampliar e qualificar a assistência em Saúde Bucal</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Metas</b>	
Ampliar de 25% para 30% a cobertura de saúde bucal na atenção básica	
Aumentar de 0,32% para 1,33% a média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Implantação de novas equipes de saúde bucal	10.302.028.2091 10.305.028.2092 10.301.027.2087
Ampliação das ações de promoção e prevenção em saúde bucal	
Implementação de Centros de Especialidades Odontológicas	
<b>Indicador de monitoramento:</b>	
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	

<sup>45</sup> Deliberação da XII Conferência Municipal de Saúde

<b>Objetivo 2.3 - Ampliar e qualificar a atenção à saúde da mulher com ênfase na prevenção e controle do câncer de colo de útero e mama</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Metas</b>	
Ampliar a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária de 0,35 para 0,37	
Ampliar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária de 0,35% para 0,38%	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Ampliação do acesso à atenção clínica ginecológica	10.301.027.2087 10.302.028.2091
Prevenção, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer de colo de útero	
Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama	
Implementação das ações da saúde da mulher no climatério	
Implementação dos direitos sexuais e reprodutivos na rede	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	
<b>Objetivo 2.4 - Implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no município de Salvador</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Meta</b>	
Reduzir de 62% para 40% de ignorados no quesito raça/cor no Sistema Informação de Agravos de Notificação.	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Implementação do Programa de Combate ao Racismo Institucional	10.301.027.2089
Implementação dos pontos focais em saúde da população negra na rede Municipal de Saúde	
Incorporação da abordagem étnico-racial pela Secretaria Municipal de Saúde	
Desenvolver ações ao combate à intolerância religiosa	
Implantação do II Plano Operativo Municipal de Atenção à Saúde da População Negra	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Percentual de ignorados no quesito raça/cor no SINAN	



<b>Objetivo 2.5 - Fortalecer o cuidado a saúde, em todos os níveis de atenção, às populações de maior vulnerabilidade</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Metas</b>	
Ampliar de 11,5% para 80% as unidades básicas de saúde realizando atendimento as pessoas com doença falciforme	
Implantar equipe multiprofissional para atendimento especializado em Doença Falciforme em 100% dos Multicentros	
<b>Ações</b>	<b>Projeto/Atividade PPA</b>
Implantar e implementar a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.	
Ampliação do acesso aos procedimentos de média e alta complexidade para usuários com Doença Falciforme	10.301.027.2088 10.301.027.2087 10.302.028.2091 10.128.026.2085
Implementação da vigilância epidemiológica da doença falciforme	
Implantação da linha de cuidado para as pessoas com doença falciforme na rede municipal	
Organização da rede de atenção aos portadores de albinismo e lúpus	
Organização da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência	
Promoção, prevenção e assistência à saúde da população privada de liberdade	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Percentual de unidades básicas de saúde realizando atendimento às pessoas com doença falciforme	
<b>Objetivo 2.6 - Ampliar e qualificar a atenção à saúde do homem</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Meta</b>	
Implantar Núcleo de Atenção à Saúde do Homem	
<b>Ações</b>	<b>Projeto/Atividade PPA</b>
Ampliação do acesso do homem aos serviços na atenção básica e especializada	10.301.027.2087 10.302.028.2091
Promoção, prevenção e atenção a saúde do homem vulnerável às violências	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Núcleo de Atenção à Saúde do Homem implantado	

<b>Diretriz 3 - Assegurar o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade, com foco na expansão e fortalecimento das redes de atenção a saúde</b>	
<b>Objetivo 3.1 - Implementar as redes de atenção à saúde (Rede Cegonha, RAUE, RAPS, DCNT, RACPD)</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Metas</b>	
Reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil para 15,54 por 1.000 Nascidos Vivos	
Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal de 47% para 51%	
Reduzir de 15,9% para 14,5% o número de casos de gravidez na adolescência	
Reduzir de 21 para 18 o número de óbitos maternos	
Ampliar de 69% para 80% a cobertura dos serviços de Atenção Psicossocial voltados para os usuários de crack, álcool e outras drogas	
Implantar 07 Unidades de Pronto Atendimento	
Ampliar de 40% para 100% a classificação de risco nas Unidades de Pronto Atendimento	
<b>Ações</b>	<b>Projeto/Atividade PPA</b>
Implementação das ações de redução da taxa de mortalidade materna, infantil e fetal por causas evitáveis no município	10.301.027.2088 10.301.027.2087 10.302.028.2091 10.128.026.2085 10.302.028.2096 04.122.015.2001 10.302.011.1107 10.302.011.2108 10.302.011.1117 10.302.011.1118
Qualificação da assistência ao pré-natal e puerpério na rede de saúde de Salvador;	
Realização do teste de eletroforese de hemoglobina em todas as gestantes atendidas no SUS municipal.	
Instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente, conforme Portaria GM nº 529, de 1º de abril de 2013	
Implantação do protocolo de cuidados dos adolescentes na rede cegonha	
Fortalecimento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	
Acompanhamento com avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança	
Ampliação do número de CAPS	
Implantação de Unidades de Acolhimento	
Implantação de Consultórios na Rua	
Implementação da Rede de Atenção Psicossocial no município de Salvador	
Implantação de colegiado de gestão para definição de questões de saúde mental <sup>46</sup>	
Implantação da linha de cuidado de pessoas com sofrimentos e transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	
Ampliação e qualificação do acesso as Urgências e Emergências	
Vinculação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência a Atenção Básica por Distrito Sanitário	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Número de óbitos maternos	

<sup>46</sup> Deliberação da XII Conferência Municipal de Saúde

<b>Objetivo 3.2 - Expandir e organizar a atenção especializada e hospitalar da rede municipal</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Atenção à Saúde e Diretoria Geral de Regulação, Controle e Avaliação</b>	
<b>Metas</b>	
Implantar 12 Multicentros	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Ampliação do acesso aos serviços especializados	10.302.011.1114 10.302.011.2116
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Número de multicentros implantados	
<b>Objetivo 3.3 - Garantir o acesso dos usuários aos serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico e Assistência Farmacêutica</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Atenção à Saúde</b>	
<b>Metas</b>	
Ampliar de 77,7% para 100% o número de CAPS com profissional farmacêutico	
Realizar 2 revisões da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais para fins de atualização	
Manter abaixo de 5% o percentual de medicamentos com prazo de validade expirado	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Garantia da oferta regular dos medicamentos da REMUME e dos insumos farmacêuticos e fisioterápicos selecionados pela rede	10.301.027.2087 10.303.030.2104
Descentralização do acesso aos medicamentos sujeitos ao controle especial na rede municipal	
Otimizar o controle de estoque de materiais médico-hospitalares na rede própria	
Promoção do uso racional de medicamentos	
Readequação da estrutura física e organizacional das farmácias básicas	
Implementação da rede de apoio diagnóstico	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Percentual de medicamentos com prazo de validade expirado	

<b>Objetivo 3.4 - Estruturar a gestão de serviços especializados através de processos qualificados de regulação, controle e avaliação</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Atenção à Saúde e Diretoria Geral de Regulação, Controle e Avaliação</b>	
<b>Metas</b>	
Ampliar de 2 para 3 a razão de procedimentos ambulatoriais de MAC da população residente de Salvador	
Aumentar de 4,52 para 5,82 a razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente de Salvador	
<b>Ações</b>	<b>Projeto/Atividade PPA</b>
Realização do chamamento público para atender a necessidade de oferta de consultas e procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial	10.302.028.2091 10.302.028.2096 10.128.026.2085 10.126.026.2084
Reorganização da oferta de serviços de média e alta complexidade	
Regulação e controle do acesso aos serviços especializados	
Implementação do complexo regulatório municipal (SAMU, regulação ambulatorial e leitos)	
Agendamento das ações e serviços da rede própria	
Elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde	
Ampliação dos mecanismos de controle e avaliação da rede assistencial	
Monitoramento da produção de serviços dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde	
Organização da grade de ações e serviços por EAS e Distritos Sanitários	
Definição de fluxos e mecanismos de referência e contra-referência considerando as redes de atenção à saúde	
Elaboração e divulgação do catálogo de serviços de saúde.	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Razão de procedimentos ambulatoriais de Média e Alta Complexidade e população residente	

<b>Módulo III- GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL</b>	
<b>Diretriz 4 - Fortalecer a gestão do Sistema Municipal no seu papel de líder das ações e serviços de saúde</b>	
<b>Objetivo 4.1 - Implementar projetos e aprimorar a gestão do Sistema Municipal de Saúde</b>	
<b>Responsáveis: Subsecretaria, Coordenadoria Administrativa, Coordenadoria Executiva do Fundo Municipal de Saúde e Assessoria Estratégica de Gestão</b>	
<b>Metas</b>	
Publicar o novo regimento da Secretaria Municipal da Saúde	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Elaboração da nova estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde	04.122.015.2001
Fomento a captação de recursos financeiros <sup>47</sup>	
Implementação de gestão por competências e modernização administrativa	
Gerenciamento dos recursos financeiros e orçamentários do SUS Municipal <sup>48</sup>	
Gerenciamento dos recursos materiais e insumos para manutenção da rede própria	
Articulação inter-setorial para prover segurança nas unidades de saúde <sup>49</sup>	
Redefinição do modelo de gestão das Unidades de Pronto Atendimento <sup>50</sup>	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Novo regimento da Secretaria Municipal de Saúde publicado	
<b>Objetivo 4.2 - Fortalecer a Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Município de Salvador</b>	
<b>Responsáveis: Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde</b>	
<b>Metas</b>	
Elaborar a Política Municipal de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	
Ampliar em 33% o percentual de ações de educação permanente implementadas a cada ano	
Alcançar 95% de trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública com vínculos protegidos	
Elaborar Plano de Desenvolvimento Pessoas	
Implantar o ponto biométrico em 100% das unidades assistenciais e administrativas da Secretaria Municipal da Saúde	
Ações	Projeto/Atividade PPA
Elaboração e implantação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	04.122.015.2000 10.128.026.2085

<sup>47</sup> Deliberação da XII Conferência Municipal de Saúde

<sup>48</sup> Deliberação da XII Conferência Municipal de Saúde

<sup>49</sup> Deliberação da XII Conferência Municipal de Saúde

<sup>50</sup> Deliberação da XII Conferência Municipal de Saúde

Qualificação e valorização dos profissionais de Saúde	
Estabelecimento de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde	
Desprecarização dos vínculos de trabalho da rede própria por concursados	
Desenvolvimento do Sistema de Gestão de Pessoa da Saúde	
Ampliação dos recursos humanos, mediante concurso público, para atender a expansão da rede municipal de serviços de saúde.	
Redimensionamento da força de trabalho da SMS de acordo com o perfil das unidades de saúde	
Implementação das ações de integração ensino-serviço do SUS municipal	
Implementação dos dispositivos da Política de Humanização do SUS.	
Implementação do Plano de Cargo e Vencimentos com enfoque no cumprimento do art.54 <sup>51</sup>	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública com vínculos protegidos	
<b>Objetivo 4.3 - Fortalecer o Controle social ampliando os canais de comunicação e a resolutividade das manifestações dos cidadãos</b>	
<b>Responsáveis: Diretoria Geral de Acompanhamento das Ações, Conselho Municipal de Saúde, Ouvidoria e Assessoria de Comunicação</b>	
<b>Metas</b>	
Realizar 02 conferências municipais de saúde	
Alcançar 75% das manifestações respondidas em tempo hábil e oportuno	
<b>Ações</b>	<b>Projeto/Atividade PPA</b>
Qualificação dos conselhos locais, distritais e municipal de saúde	10.122.026.2086 04.122.015.2001 10.301.027.2087 10.302.026.2083
Organização, divulgação e realização de Conferência Municipal de Saúde	
Apoio técnico-operacional na formação e desenvolvimento das funções dos conselhos locais e distritais de saúde	
Divulgação das atribuições e ações dos conselhos locais, distritais e municipal de saúde junto à população	
Ampliação e qualificação da equipe da Ouvidoria em Saúde	
Monitoramento das demandas e dos retornos das manifestações registradas na Ouvidoria em saúde	
Divulgação da Ouvidoria em Saúde	
Utilização de veículos de comunicação para divulgação das ações da Secretaria Municipal da Saúde	
Implementação de tecnologias que possibilitem a construção de uma agenda positiva da Secretaria Municipal da Saúde	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Percentual das manifestações respondidas em tempo hábil e oportuno	

<sup>51</sup> Deliberação da XII Conferência Municipal de Saúde

<b>Objetivo 4.4 - Fortalecer o processo de planejamento da SMS com vista à qualificação e incorporação dos instrumentos de gestão</b>	
<b>Responsáveis: Assessoria Estratégica de Gestão</b>	
<b>Meta</b>	
Enviar o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 ao Conselho Municipal de Saúde	
<b>Ações</b>	<b>Projeto/Atividade PPA</b>
Acompanhamento do Planejamento Estratégico de Gestão	04.122.015.2001 10.301.027.2087
Implementação do planejamento no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde	
Implementação do monitoramento e avaliação na Secretaria Municipal da Saúde	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde	
<b>Objetivo 4.5 - Modernizar e ampliar a tecnologia da informação e comunicação em saúde</b>	
<b>Responsáveis: Núcleo de Tecnologia da Informação</b>	
<b>Metas</b>	
Implantar a informatização do histórico de saúde do usuário do SUS em 52 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde	
Implantar o cadastro biométrico para identificação do usuário SUS na rede em 117 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde	
<b>Ações</b>	<b>Projeto/Atividade PPA</b>
Implementação da informatização na Secretaria Municipal da Saúde	10.126.026.2084
Implementação dos sistemas VIDA+, SIRIUS, SALUS, SIZ, SALUTE, entre outros	
Automação dos processos administrativos e assistenciais de saúde	
Desenvolvimento e implantação dos sistemas de apoio a gestão	
Expandir os sistemas de informação da Secretaria Municipal da Saúde	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Cadastro biométrico para identificação do usuário SUS implantado nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde	
<b>Objetivo 4.6 - Contribuir para o aprimoramento do controle interno da SMS</b>	
<b>Responsáveis: Auditoria</b>	
<b>Metas</b>	
Auditar 88 contratos administrativos firmados	
Auditar 60% dos convênios vigentes	
Auditar 100% das ações e programas priorizados no Planejamento Estratégico de Gestão	

Apurar 100 % das denúncias formalizadas	
Auditar 03 Unidades Administrativas da Secretaria Municipal da Saúde	
Realizar 12 auditorias de acompanhamento	
Realizar 30% das auditorias especiais	
Reestruturar 100% do Componente Municipal de Auditoria	
<b>Ações</b>	<b>Projeto/Atividade PPA</b>
Auditar os contratos firmados pela SMS, para verificar a fiel execução e a certificação do cumprimento das normas da administração pública	10.128.026.2085 04.122.015.2001 10.301.027.2087
Auditar os convênios firmados pela SMS, para verificar a fiel execução e a certificação do cumprimento das normas da administração pública	
Auditar as ações e programas desenvolvidos pelos serviços de saúde da rede própria	
Apurar as denúncias oriundas dos usuários, da SMS e de órgãos externos, para coibir irregularidades no Sistema de Saúde	
Auditar Unidades Administrativas da SMS para apoiar o acompanhamento das ações e serviços de saúde previstos no Planejamento Estratégico de Gestão	
Realizar auditoria de acompanhamento a fim de verificar a correção das não conformidades encontradas	
Realizar auditoria de especiais demandadas por órgãos internos e externos	
Reestruturação do Componente Municipal de Auditoria	
<b>Indicador de monitoramento</b>	
Proporção de Auditorias de Contrato realizadas	



## 5. Monitoramento e Avaliação do Plano

Dando continuidade ao processo de monitoramento do Plano Municipal de Saúde de Salvador, instituído a partir do PMS 2006-2009, o PMS 2010-2013 incorporou esse capítulo que versa sobre a proposta metodológica de monitoramento da implantação dos objetivos previstos nesse instrumento.

O monitoramento do Plano consiste em um processo relevante à sua incorporação no âmbito da SMS de Salvador, tanto no aspecto da dimensão avaliativa da intervenção, ao gerar espaços que permitem a produção individual e coletiva de informações sobre a situação da implantação e implementação com seus fatores facilitadores e inibidores. Na perspectiva da dimensão formativa, o momento de interação entre os atores envolvidos reforça o compartilhamento de experiências fundamentais aos processos de aprendizagem.

Sendo assim, os resultados obtidos, bem como as fragilidades e potencialidades identificadas são objetos de acompanhamento pela SMS durante o período de vigência do Plano, a fim de identificar, redirecionar ou inserir novas ações que subsidiem o alcance das metas traçadas. Portanto, a prática de monitoramento e avaliação do Plano configura-se em uma importante ferramenta da Gestão para tomada de decisão.

O monitoramento é parte do processo avaliativo que envolve coleta, análise sistemática e periódica das informações e dos indicadores de saúde previamente definidos. Permite assim, verificar se as ações estão sendo operacionalizadas conforme planejado e alcançando os resultados esperados. Portanto, o monitoramento produz subsídios à avaliação, sendo interligados e complementares.

O acompanhamento da implementação do PMS 2014-2017 deverá ser realizado pelas diretorias e coordenadorias responsáveis, tendo como desencadeadora do processo a equipe da Assessoria Estratégica de Gestão da SMS. O monitoramento ocorrerá nos meses de julho e janeiro a partir de um elenco de indicadores pré-estabelecidos.

Para a seleção dos indicadores de monitoramento e avaliação foram priorizados aqueles constantes da pactuação para o triênio 2013-2015, que melhor representam o grau de alcance dos objetivos considerando os critérios de validade, representatividade, confiabilidade, sensibilidade e especificidade.

Será retomada a proposta metodológica do Plano anterior, sendo utilizada uma escala numérica com quatro pontos de corte para indicar o grau de cumprimento das metas. Os valores que indiquem grau de desempenho inferior a 25% serão destacados em vermelho; valores entre 26 e 50% de alcance da meta pactuada estarão em amarelo; valores no intervalo de 51 a 75% serão sinalizados de marrom; e valores superiores a 76% estarão destacados na cor verde. A escala de cores objetiva ressaltar as ações que necessitam de maior atenção em decorrência do baixo grau de cumprimento.

Cabe ressaltar que para alguns objetivos foram escolhidos dois indicadores, desta forma, a média do grau de cumprimento das metas destes indicará o nível de alcance dos objetivos do plano.

O monitoramento contará com um momento presencial entre o gestor, diretores, coordenadores e a equipe do planejamento para discutir sobre o desempenho alcançado e propor novas estratégias quando necessárias para o cumprimento do indicador.

## Referências

- AQUINO, Rosana et al. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2003. 183p.
- BOLETIM PRODUTO INTERNO BRUTO DOS MUNICIPIOS. Bahia: SEI, 2010. Anual.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 16p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 114p.
- BRASIL. **Lei 8.080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Presidência da República.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Extraído de [<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm>], acesso em [10 de fevereiro de 2014].
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011. Extraído de [<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm>], acesso em [17 de outubro de 2013].
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. In Mortalidade entre idosos no Brasil: tendências em 20 anos (1991 a 2010). Cap. 08.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318p.
- CAVALCANTI, Zilda do Rego et al . Características da tuberculose em idosos no Recife-PE: contribuição para o programa de controle. **J. bras. pneumol.** São Paulo, v.32, n.6, Dez. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>.
- DA MATA, Daniel. Et al. Uma análise da educação nos municípios Brasileiros no Período 1991-2000. **Dinâmica dos Municípios**. Brasília, 2008. p 113-148.
- DA MATA, Daniel. Et al. Composição e consolidação da infra-estrutura domiciliar nos municípios brasileiros. **Dinâmica dos Municípios**. Brasília, 2008. p 245-288.
- HARTZ, Zulmira M.A., VIEIRA-DA-SILVA, Lígia M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.
- PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In GIOVANELLA, Ligia. (Org.) **Políticas de Saúde no Brasil**. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2008.
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.148p.
- REVISTA BAHIANA DE SAÚDE PÚBLICA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. v 36, supl. 1, dez. 2012. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2012.
- REDE Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSAs. 2ªed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SALVADOR. Prefeitura Municipal do Salvador. **Planejamento Estratégico da Prefeitura Municipal do Salvador 2013-2016**. Salvador-Ba, 2013.

SALVADOR. Prefeitura Municipal do Salvador. Secretaria Municipal do Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente. **Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município de Salvador**. Salvador-Ba, 2006.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Salvador-Ba, 2011.

SANTOS, Lenir. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. Ed. Saberes. Campinas, SP, 2012.

TEXEIRA, Carmen F. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador-BA, 2001. 73p.

TEXEIRA, Carmen F. **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. EDUFBA. Salvador, 2010. 161p.

XAVIER, Maria Izabel Mota; BARRETO, Maurício Lima. Tuberculose na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: o perfil na década de 1990. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 23, n. 2, Fev, 2007. Disponível em <<http://www.scielosp.org/scielo>. Acesso em 21 de novembro de 2013.

## **APÊNDICE**

**Quadro 01** – Compatibilização das Proposições da XII Conferência Municipal de Saúde com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

<b>Ações do PMS 2014-2017</b>	<b>XII Conferência Municipal de Saúde</b>	
	<b>Eixo</b>	<b>Proposição</b>
<b>Módulo I – VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>		
Promover ações educativas voltadas para a prevenção dos agravos	1	43
Implementação do programa de controle da tuberculose e hanseníase	1	31 e 49
Implementação das ações do Programa de Vigilância e Controle da raiva animal	1	23
Implantação e implementação da vigilância da leishmaniose visceral canina	1	23
Ampliação das coberturas vacinais do calendário básico de rotina e campanhas	1	31
Implementação do Plano Municipal de enfrentamento das DCNT	1	12 e 41
Implementação das Academias da Saúde	1	44
Implantação e implementação das ações do Projeto Vida no Trânsito	1	41
Articulação interinstitucional e intra-setorial para enfrentamento da violência como problema de saúde pública.	1	41
Implementação das ações de vigilância do Plano Municipal de Enfrentamento à Sífilis e ao HIV nos Distritos Sanitários	1	31
Implementação das ações do Plano municipal de enfrentamento das hepatites virais	1	31
Ampliação da rede de diagnóstico e assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS e hepatites virais nos Distritos Sanitários	1	31
Desenvolver ações de prevenção e promoção às DST/AIDS, HIV e hepatites virais, com ênfase aos grupos de maior vulnerabilidade e em parceria com organizações da sociedade civil	1	31
Disponibilização de imunobiológicos para população sexualmente ativa	1	31
Implementação de ações de vigilância de ambiente e processos de trabalho com finalidade de prevenção e proteção à saúde dos trabalhadores formais e informais	5	17,18 e 20
Reorganização do serviço de assistência à saúde do trabalhador no CEREST Salvador	5	15
Implementação das ações de vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador	1	19
	3	18
	5	17,18 e 20
Constituir a Comissão Inter-setorial de Saúde do Trabalhador Municipal	1	19
	5	19 e 20
	3	17,20 e 26
Descentralização das ações de vigilância da saúde nos territórios distritais	1	2
<b>Módulo II – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE</b>	<b>Eixo</b>	<b>Proposição</b>
Ampliação de Unidades Básicas de Saúde com ou sem Saúde da Família	2	7
	4	17
Ampliação e reorganização das equipes de atenção básica	1	7 e 10
	2	6,7 e 24
	4	17
Implantação do Apoio Institucional nos Distritos Sanitários	1	2
	2	17
Reorganização dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família	2	18
	4	17
Implementação da Política de humanização nas unidades básicas de saúde	2	19

Ampliar o Programa Saúde na Escola	1	9
Implantação de novas equipes de saúde bucal	1	7 e 10
	3	3
	5	22
Ampliação das ações de promoção e prevenção em saúde bucal	1	7
Implementação do Programa de Combate ao Racismo Institucional	2	23
Incorporação da abordagem étnico-racial pela Secretaria Municipal de Saúde	2	23
Ampliação do acesso aos procedimentos de média e alta complexidade para usuários com Doença Falciforme	1	31
Implantação da linha de cuidado para as pessoas com doença falciforme na rede municipal	1	37
Organização da rede de atenção aos portadores de albinismo e lúpus	1	21
Qualificação da assistência ao pré-natal e puerpério na rede de saúde de Salvador;	1	13
Implantação do protocolo de cuidados dos adolescentes na rede cegonha	1	13
Ampliação do número de CAPS	1	20
	2	14
Implantação de Unidades de Acolhimento	1	20
Implantação de Consultórios na Rua	1	20 e 22
Implantação da linha de cuidado de pessoas com sofrimentos e transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	2	22
Ampliação e qualificação do acesso as Urgências e Emergências	3	23
Vinculação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência a Atenção Básica por DS	1	2
Readequação da estrutura física e organizacional das farmácias básicas	1	15
Realização do chamamento público para atender a necessidade de oferta de consultas e procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial	2	3
	3	11
Reorganização da oferta de serviços de média e alta complexidade	1	18
Regulação e controle do acesso aos serviços especializados	2	26
	3	9
Implementação do complexo regulatório municipal (SAMU, regulação ambulatorial e leitos)	1	17 e 20
Ampliação dos mecanismos de controle e avaliação da rede assistencial	3	8
Organização da grade de ações e serviços por EAS e Distritos Sanitários	1	2
Definição de fluxos e mecanismos de referência e contra-referência considerando as redes de atenção à saúde	5	9
Elaboração e divulgação do catálogo de serviços de saúde.	1	19
	3	2
	5	4
<b>Módulo III – GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL</b>	<b>Eixo</b>	<b>Proposição</b>
Fomento a captação de recursos financeiros	1	6
	3	5
Implementação de gestão por competências e modernização administrativa	2	9, 11, 12 e 25
Gerenciamento dos recursos financeiros e orçamentários do SUS Municipal	1	36 e 40
Gerenciamento dos recursos materiais e insumos para manutenção da rede própria	1	16

Articulação inter-setorial para prover segurança nas unidades de saúde	1	3
Redefinição do modelo de gestão das Unidades de Pronto Atendimento	1	45
Elaboração e implantação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	2	2
	4	5
Qualificação e valorização dos profissionais de Saúde	2	2
	4	15
Estabelecimento de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde	4	11
Desprecarização dos vínculos de trabalho da rede própria por concursados	1	1
Desenvolvimento do Sistema de Gestão de Pessoa da Saúde	4	5 e 6
Ampliação dos recursos humanos, mediante concurso público, para atender a expansão da rede municipal de serviços de saúde.	1	4
	2	1
	3	6
	4	13, 16 e 20
Redimensionamento da força de trabalho da SMS de acordo com o perfil das unidades de saúde	4	1, 12 e 19
Implementação das ações de integração ensino-serviço do SUS municipal	4	2
Implementação dos dispositivos da Política de Humanização do SUS.	2	19
Implementação do Plano de Cargo e Vencimentos com enfoque no cumprimento do Art.54	1	57
Qualificação dos conselhos locais, distritais e municipal de saúde	1	54
	3	24
	5	1 e 2
Organização, divulgação e realização de Conferência Municipal de Saúde	5	14
Apoio técnico-operacional na formação e desenvolvimento das funções dos conselhos locais e distritais de saúde	3	24
	5	6
Divulgação das atribuições e ações dos conselhos locais, distritais e municipal de saúde junto à população	3	24
	5	7
Ampliação e qualificação da equipe da Ouvidoria em Saúde	4	9
Utilização de veículos de comunicação para divulgação das ações da Secretaria Municipal da Saúde	3	1
Implementação do planejamento no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde	2	13
Expandir os sistemas de informação da Secretaria Municipal da Saúde	2	8
Auditar os contratos firmados pela SMS, para verificar a fiel execução e a certificação do cumprimento das normas da administração pública	3	13
Auditar as ações e programas desenvolvidos pelos serviços de saúde da rede própria	2	25
	3	13
Apurar as denúncias oriundas dos usuários, da SMS e de órgãos externos	3	13
Auditar Unidades Administrativas da SMS para apoiar o acompanhamento das ações e serviços de saúde previstos no Planejamento Estratégico de Gestão	3	13
Realizar auditoria de acompanhamento a fim de verificar a correção das não conformidades encontradas	3	13
Reestruturação do Componente Municipal de Auditoria	3	13

**Tabela 09** – Casos de Dengue segundo sexo e raça/cor. Salvador-Ba, 2003-2012.

Variáveis	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>																						
Feminino	466	52,4	66	47,5	134	56,1	205	57,1	640	55,7	1319	54,8	3145	52,3	3235	50,1	3129	51,2	2772	52,9	15111	52,1
Masculino	421	47,3	73	52,5	105	43,9	154	42,9	510	44,3	1086	45,2	2871	47,7	3217	49,8	2978	48,7	2458	46,9	13873	47,8
Ignorado	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	8	0,1	2	0,0	8	0,2	22	0,1
<b>Cor/Raça</b>																						
Branca	3	0,3	17	12,2	51	21,3	62	17,3	151	13,1	128	5,3	277	4,6	303	4,7	290	4,7	206	3,9	1488	5,1
Preta	0	0,0	6	4,3	18	7,5	20	5,6	52	4,5	74	3,1	395	6,6	440	6,8	393	6,4	214	4,1	1612	5,6
Amarela	0	0,0	0	0,0	1	0,4	3	0,8	3	0,3	4	0,2	25	0,4	28	0,4	17	0,3	15	0,3	96	0,3
Parda	9	1,0	17	12,2	32	13,4	60	16,7	205	17,8	445	18,5	1234	20,5	1681	26,0	2079	34,0	1185	22,6	6947	24,0
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	6	0,5	3	0,1	20	0,3	10	0,2	13	0,2	10	0,2	63	0,2
Ign/Branco	878	98,7	99	71,2	137	57,3	213	59,3	733	63,7	1751	72,8	4066	67,6	3998	61,9	3317	54,3	3608	68,9	18800	64,8

Fonte: SINAN Windows e Net; IBGE

Nota: Tabulado todos os casos notificados, exceto os descartados

**Tabela 10** – Número de casos e Coeficiente de Incidência da Dengue, por Distrito Sanitário, Salvador-Ba, 2003 a 2012

Distrito Sanitário de Residência	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI
Centro Histórico	17	24,1	3	4,3	11	15,7	8	11,5	78	112,9	173	252,2	196	281,0	230	376,7	201	277,8	134	216,7
Itapagipe	91	56,0	20	12,3	42	25,4	22	13,3	34	20,5	319	187,2	487	281,0	465	304,0	465	284,4	262	169,1
Sao Caetano/Valeria	83	35,1	11	4,6	34	13,9	66	26,7	81	32,5	261	99,9	510	192,0	621	263,4	446	172,1	580	242,9
Liberdade	8	4,5	1	0,6	6	3,4	14	8,0	64	37,1	168	99,0	418	242,3	1002	664,9	354	196,0	415	271,9
Brotas	36	18,6	5	2,6	11	5,2	46	20,9	130	57,9	154	59,4	441	167,2	304	127,2	484	237,3	203	83,8
Barra/Rio Vermelho	138	40,9	14	4,1	27	7,8	64	18,5	139	39,9	234	65,1	765	209,4	444	137,5	983	288,1	811	247,9
Boca do Rio	42	37,6	16	14,1	18	15,3	11	9,2	102	83,8	44	33,6	178	133,9	313	263,5	343	268,4	333	276,8
Itapoan	52	25,5	25	12,2	41	19,6	36	17,1	248	117,3	125	57,1	484	217,6	729	370,4	514	204,0	440	220,7
Cabula/Beiru	46	12,8	11	3,0	10	2,6	24	6,2	92	23,4	256	60,7	952	222,1	844	220,3	1165	299,9	1075	277,1
Pau da Lima	41	17,4	4	1,6	10	3,7	27	9,6	60	20,1	141	39,7	174	48,1	641	193,0	350	159,0	269	80,0
Suburbio Ferroviario	325	103,2	23	7,2	14	4,3	17	5,2	72	21,9	414	120,0	815	232,3	444	142,6	403	124,3	208	66,0
Cajazeiras	7	4,6	2	1,3	9	5,5	15	9,0	19	11,1	51	27,1	130	67,9	144	83,7	115	71,8	136	78,1
<b>Total</b>	<b>886</b>	<b>34,8</b>	<b>135</b>	<b>5,4</b>	<b>233</b>	<b>8,9</b>	<b>350</b>	<b>13,2</b>	<b>1119</b>	<b>40,6</b>	<b>2340</b>	<b>79,4</b>	<b>5550</b>	<b>185,1</b>	<b>6181</b>	<b>230,9</b>	<b>5823</b>	<b>216,2</b>	<b>4866</b>	<b>179,5</b>

Fonte: SINAN Windows e Net; IBGE



**Tabela 11 – Casos de varicela segundo sexo e raça. Salvador, 2003-2012.**

Variáveis	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>																						
Masculino	252	51,3	531	49,6	748	51,6	545	51,4	1050	52,3	916	51,1	462	50,5	753	51,4	1327	50,9	1116	51,3	7700	51,2
Feminino	235	47,9	539	50,4	703	48,4	514	48,5	956	47,6	875	48,8	452	49,5	712	48,6	1277	49,0	1057	48,6	7320	48,7
Em branco/Ign.	4	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1	2	0,1	1	0,0	11	0,1
<b>Raça/cor</b>																						
Branca	18	3,7	38	3,6	67	4,6	63	5,9	119	5,9	68	3,8	22	2,4	44	3,0	56	2,1	39	1,8	534	3,6
Preta	11	2,2	56	5,2	74	5,1	65	6,1	81	4,0	90	5,0	21	2,3	60	4,1	120	4,6	55	2,5	633	4,2
Amarela	1	0,2	14	1,3	6	0,4	4	0,4	10	0,5	8	0,4	0	0,0	7	0,5	3	0,1	3	0,1	56	0,4
Parda	84	17,1	271	25,3	255	17,6	161	15,2	333	16,6	463	25,8	230	25,2	437	29,8	887	34,0	609	28,0	3730	24,8
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,3	12	0,7	4	0,4	3	0,2	1	0,0	1	0,0	27	0,2
Ign/Branco	377	76,8	691	64,6	1049	72,3	767	72,4	1458	72,6	1151	64,2	637	69,7	914	62,4	1539	59,1	1466	67,5	10049	66,9

Fonte: SINAN Windows e Net

**Tabela 12 – Casos notificados e coeficiente de incidência de Varicela, por Distritos sanitários. Salvador-Ba, 2003-2012.**

Distrito Sanitário de Residência	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		
	N	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	N	CI	N	CI	n	CI	
Subúrbio Ferroviário	2	0,6	100	31,5	119	36,6	59	18,1	111	33,7	96	27,8	35	10,0	106	34,0	104	32,1	123	39,0	
Brotas	53	27,3	98	50,4	103	48,4	94	42,7	184	82,0	171	65,9	90	34,1	158	66,1	267	130,9	201	83,0	
Cajazeiras	1	0,7	9	5,7	57	35,0	68	40,7	61	35,6	48	25,5	40	20,9	55	32,0	82	51,2	52	29,8	
Pau da Lima	45	19,1	21	8,4	125	46,4	108	38,3	205	68,5	157	44,2	60	16,6	140	42,2	300	136,3	204	60,6	
Itapoan	31	15,2	64	31,2	175	83,8	145	68,9	172	81,3	280	128,0	112	50,3	133	67,6	307	121,9	161	80,8	
Cabula/ Beiru	5	1,4	85	23,2	124	32,8	70	18,2	209	53,2	357	84,7	161	37,6	287	74,9	479	123,3	363	93,6	
Itapagipe	38	23,4	64	39,3	69	41,8	57	34,4	183	110,1	178	104,4	107	61,7	120	78,5	121	74,0	116	74,9	
Boca do Rio	43	38,5	42	36,9	26	22,1	115	96,2	60	49,3	58	44,3	24	18,0	62	52,2	153	119,7	113	93,9	
Centro Histórico	19	26,9	31	44,4	39	55,7	33	47,3	79	114,3	51	74,3	57	81,7	42	68,8	98	135,4	78	126,1	
Barra / Rio Vermelho	170	50,4	303	89,4	319	92,6	180	51,9	303	87,0	154	42,9	91	24,9	126	39,0	346	101,4	273	83,5	
Liberdade	68	38,2	128	72,9	68	38,8	40	22,9	248	143,9	118	69,5	47	27,2	114	75,6	154	85,3	235	154,0	
São Caetano / Valéria	13	5,5	118	49,4	204	83,5	83	33,6	162	65,0	98	37,5	56	21,1	97	41,1	158	61,0	140	58,6	
Ignorado	3		7		23		8		30		26		34		25		37			114	
Total	491	19,2	1070	41,3	1451	54,3	1060	39,0	2007	72,9	1792	60,8	914	30,5	1465	54,7	2606	96,7	2173	80,2	

Fonte: SINAN Windows e Net; IBGE

**Tabela 13 – Casos confirmados de meningite segundo sexo e raça/cor. Salvador-Ba, 2003-2012.**

Variáveis	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>																						
Masculino	417	57,6	237	54,2	311	61,0	253	58,7	629	55,9	364	56,2	478	56,4	480	59,3	397	57,2	565	60,8	4131	57,7
Feminino	304	42,0	200	45,8	199	39,0	178	41,3	494	43,9	284	43,8	370	43,6	329	40,7	297	42,8	362	38,9	3017	42,2
Branco/ign.	3	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3	8	0,1
<b>Raça/Cor</b>																						
Branca	22	3,0	41	9,4	53	10,4	25	5,8	49	4,4	19	2,9	14	1,7	21	2,6	31	4,5	76	8,2	351	4,9
Preta	11	1,5	21	4,8	20	3,9	21	4,9	30	2,7	16	2,5	23	2,7	22	2,7	10	1,4	105	11,3	279	3,9
Amarela	0	0,0	2	0,5	1	0,2	2	0,5	2	0,2	1	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	4	0,4	13	0,2
Parda	81	11,2	70	16,0	84	16,5	84	19,5	266	23,6	419	64,7	71	8,4	426	52,7	486	70,0	530	57,0	2517	35,2
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3	1	0,2	0	0,0	1	0,1	1	0,1	2	0,2	8	0,1
Ign/Branco	610	84,3	303	69,3	352	69,0	299	69,4	775	68,9	192	29,6	739	87,1	339	41,9	166	23,9	213	22,9	3988	55,7

Fonte: SINAN Windows e Net

**Tabela 14 – Casos confirmados de meningite segundo etiologia. Salvador- Ba, 2003-2012.**

Etiologia	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doença Meningocócica	34	4,7	17	3,9	25	4,9	27	6,3	19	1,7	64	9,9	113	13,3	144	17,8	69	9,9	51	5,5	563	7,9
Meningite Tuberculosa	16	2,2	13	3,0	9	1,8	9	2,1	5	0,4	4	0,6	7	0,8	5	0,6	5	0,7	6	0,6	79	1,1
Meningites Bacterianas	117	16,2	122	27,9	121	23,7	107	24,8	112	10,0	79	12,2	108	12,7	75	9,3	71	10,2	115	12,4	1027	14,4
Meningites não especificada	34	4,7	44	10,1	31	6,1	32	7,4	69	6,1	33	5,1	63	7,4	60	7,4	64	9,2	66	7,1	496	6,9
Meningites Virais	461	63,7	213	48,7	295	57,8	226	52,4	885	78,7	436	67,3	519	61,2	492	60,8	456	65,7	669	71,9	4652	65,0
Meningites por outras etiologias	30	4,1	10	2,3	7	1,4	9	2,1	7	0,6	4	0,6	11	1,3	8	1,0	10	1,4	4	0,4	100	1,4
Meningite por <i>Haemophilus Influenzae</i>	3	0,4	4	0,9	3	0,6	3	0,7	1	0,1	3	0,5	0	0,0	2	0,2	1	0,1	3	0,3	23	0,3
Meningite Pneumocócica	28	3,9	13	3,0	19	3,7	17	3,9	26	2,3	24	3,7	21	2,5	22	2,7	18	2,6	14	1,5	202	2,8
Ign/em branco/Inconclusivo	1	0,1	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,1	1	0,2	6	0,7	1	0,1	0	0,0	2	0,2	14	0,2
<b>Total</b>	<b>724</b>	<b>100,0</b>	<b>437</b>	<b>100,0</b>	<b>510</b>	<b>100,0</b>	<b>431</b>	<b>100,0</b>	<b>1125</b>	<b>100,0</b>	<b>648</b>	<b>100,0</b>	<b>848</b>	<b>100,0</b>	<b>809</b>	<b>100,0</b>	<b>694</b>	<b>100,0</b>	<b>930</b>	<b>100,0</b>	<b>7156</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN Windows e Net

**Tabela 16 – Doença Meningocócica segundo forma clínica. Salvador-Ba, 2003-2012.**

Forma clínica	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Meningococcemia	6	17,6	8	47,1	2	8,0	4	14,8	3	15,8	13	20,3	35	31,0	46	31,9	17	24,6	10	19,6	144	25,6
Meningite Meningocócica	24	70,6	9	52,9	19	76,0	19	70,4	13	68,4	34	53,1	44	38,9	37	25,7	23	33,3	17	33,3	239	42,5
Forma mista	4	11,8	0	0,0	4	16,0	4	14,8	3	15,8	17	26,6	34	30,1	61	42,4	29	42,0	24	47,1	180	32,0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>	<b>113</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>563</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN Windows; SINAN Net

**Tabela 17 – Casos de doença meningocócica segundo sorogrupo. Salvador-Ba, 2003-2012.**

Sorogrupo	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4
B	2	5,9	8	47,1	6	24,0	6	22,2	2	10,5	6	9,4	4	3,5	3	2,1	9	13,0	2	3,9	48	8,5
C	0	0,0	2	11,8	4	16,0	2	7,4	13	68,4	42	65,6	64	56,6	107	74,3	45	65,2	27	52,9	306	54,4
W135	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	5,8	3	5,9	7	1,2
Em Branco	32	94,1	7	41,2	15	60,0	17	63,0	4	21,1	16	25,0	45	39,8	34	23,6	11	15,9	19	37,3	200	35,5
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>	<b>113</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>563</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN Windows e SINAN Net

**Tabela 18 – Número de Casos e Coeficiente de Incidência da doença meningocócica por Distrito Sanitário. Salvador-Ba, 2003-2012.**

Distrito Residência	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	n	C.I	n	C.I	n	C.I	n	C.I	n	C.I	n	C.I	n	C.I	n	C.I	n	C.I	n	C.I
Centro Histórico	1	1,4	3	4,3	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	1,5	4	5,7	6	9,8	4	5,5	0	0,0
Itapagipe	0	0,0	0	0,0	4	2,4	2	1,2	1	0,6	5	2,9	6	3,5	13	8,5	6	3,7	0	0,0
São Caetano/Valeria	6	2,5	3	1,3	3	1,2	2	0,8	6	2,4	8	3,1	12	4,5	28	11,9	7	2,7	15	6,3
Liberdade	2	1,1	0	0,0	4	2,3	0	0,0	0	0,0	3	1,8	14	8,1	12	8,0	1	0,6	3	2,0
Brotas	1	0,5	1	0,5	3	1,4	3	1,4	0	0,0	4	1,5	1	0,4	6	2,5	4	2,0	3	1,2
Barra/Rio Vermelho/Pituba	3	0,9	3	0,9	2	0,6	3	0,9	5	1,4	8	2,2	14	3,8	13	4,0	8	2,3	3	0,9
Boca do Rio	1	0,9	0	0,0	0	0,0	2	1,7	0	0,0	3	2,3	2	1,5	9	7,6	0	0,0	2	1,7
Itapopan	2	1,0	0	0,0	3	1,4	4	1,9	0	0,0	3	1,4	20	9,0	15	7,6	6	2,4	0	0,0
Cabula/Beiru	11	3,1	1	0,3	1	0,3	2	0,5	5	1,3	13	3,1	19	4,4	16	4,2	15	3,9	7	1,8
Pau da Lima	2	0,8	1	0,4	1	0,4	4	1,4	0	0,0	5	1,4	8	2,2	9	2,7	6	2,7	8	2,4
Suburbio Ferroviario	5	1,6	4	1,3	2	0,6	2	0,6	2	0,6	6	1,7	8	2,3	10	3,2	6	1,9	7	2,2
Cajazeiras	0	0,0	1	0,6	2	1,2	2	1,2	0	0,0	5	2,7	2	1,0	5	2,9	5	3,1	2	1,1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>1,3</b>	<b>17</b>	<b>0,7</b>	<b>25</b>	<b>0,9</b>	<b>27</b>	<b>1,0</b>	<b>19</b>	<b>0,7</b>	<b>64</b>	<b>2,2</b>	<b>110</b>	<b>3,7</b>	<b>142</b>	<b>5,3</b>	<b>68</b>	<b>2,5</b>	<b>50</b>	<b>1,8</b>

Fonte: SINAN Windows; SINAN Net; IBGE

**Tabela 22 – Taxa de Mortalidade Bruta geral, por Distrito Sanitário e faixa etária. Salvador, 2003-2012.**

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	N	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa
<b>Taxa bruta mortalidade</b>	13096	5,12	13115	5,06	13708	5,13	14332	5,28	14682	5,08	15043	5,10	15740	5,25	16182	6,05	16105	5,98	16255	6,00
<b>Distrito Sanitário</b>																				
Centro Histórico	579	8,21	614	8,79	612	8,74	620	8,89	634	9,21	624	9,10	631	9,23	606	8,43	457	6,32	569	7,81
Liberdade	1192	6,70	1252	7,13	1279	7,29	1302	7,46	1302	7,63	1232	7,26	1363	8,07	1332	7,42	971	5,38	1323	7,28
São Caetano/Valéria	1518	6,42	1526	6,38	1607	6,58	1590	6,44	1691	6,56	1735	6,64	1776	6,73	1892	7,35	1366	5,27	1767	6,77
Itapagipe	1048	6,45	1009	6,20	968	5,86	1054	6,35	1060	6,26	1008	5,91	1136	6,63	1132	6,97	778	4,76	1058	6,43
Barra/Rio Vermelho	1823	5,41	1877	5,54	1999	5,81	2117	6,11	2006	5,63	2147	5,98	2117	5,85	2242	6,62	1660	4,87	2016	5,87
Brotas	1036	5,34	106	0,54	1058	4,97	1132	5,14	1138	4,56	1137	4,38	1199	4,48	1237	6,08	913	4,46	1135	5,51

Subúrbio Ferroviário	1394	4,43	1313	4,13	1454	4,47	1419	4,34	1592	4,67	1660	4,81	1691	4,85	1788	5,55	1356	4,18	1710	5,24	
Cajazeiras	582	3,82	558	3,56	615	3,77	712	4,27	687	3,75	765	4,06	796	4,13	820	5,16	551	3,44	831	5,16	
Cabula/Beirú	1430	3,98	1600	4,36	1600	4,23	1617	4,20	1655	4,01	1818	4,31	1873	4,37	1812	4,70	1386	3,57	1949	4,99	
Pau da Lima	759	3,22	734	2,92	875	3,25	849	3,01	863	2,56	933	2,62	967	2,60	1060	4,85	758	3,44	1013	4,57	
Boca do Rio	456	4,09	467	4,10	523	4,45	484	4,05	495	3,86	488	3,73	535	4,02	597	4,73	430	3,38	584	4,56	
Itapoan	767	3,76	784	3,82	875	4,19	896	4,26	1005	4,63	906	4,14	1007	4,57	941	3,76	727	2,89	1024	4,04	
<b>Faixa etária</b>																					
0-9	1120	2,58	979	2,22	972	2,14	1663	3,61	1544	3,14	1358	2,71	1293	2,78	1281	3,73	1281	3,70	1313	3,77	
10-24	783	0,96	711	0,86	793	0,93	922	1,06	1047	1,13	1297	1,38	1531	1,97	1359	2,01	1142	1,68	1192	1,74	
25-59	4215	3,72	4159	3,62	4485	3,79	4518	3,76	4800	3,75	4852	3,71	5190	3,41	5189	3,69	5126	3,62	5120	3,59	
60+	6285	36,39	6631	37,87	6837	37,86	7229	39,42	7291	37,31	7536	37,83	7726	32,62	8353	33,73	8556	34,32	8630	34,39	

Fonte: SIM/2013

**Tabela 23 – Mortalidade Proporcional dos capítulos do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas por ciclo de vida. Salvador, 2003-2012.**

<b>Aparelho circulatório</b>	<b>2003</b>		<b>2004</b>		<b>2005</b>		<b>2006</b>		<b>2007</b>		<b>2008</b>		<b>2009</b>		<b>2010</b>		<b>2011</b>		<b>2012</b>	
<b>Criança</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Doenças cerebrovasculares	4	22,2	2	11,1	2	18,2	1	5,0	3	23,1	1	14,3	1	16,7	5	62,5	4	22,2	5	33,3
Doenças hipertensivas	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	5,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0
Febre reumát aguda e doen reum crôn coração	1	5,6	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Doenças isquêmicas do coração	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Infarto agudo do miocárdio	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rest doenças do aparelho circulatório	1	5,6	0	0,0	0	0,0	2	10,0	3	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
Outras doenças cardíacas	12	66,7	14	77,8	7	63,6	16	80,0	6	46,2	6	85,7	5	83,3	3	37,5	13	72,2	9	60,0
<b>Adolescente/adulto jovem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Doenças cerebrovasculares	9	21,4	7	15,2	5	15,6	12	31,6	3	9,7	3	13,6	7	31,8	12	44,4	5	13,9	5	26,3
Febre reumática aguda e doen reum crôn coração	10	23,8	7	15,2	5	15,6	5	13,2	5	16,1	4	18,2	6	27,3	4	14,8	2	5,6	3	15,8
Doenças isquêmicas do coração	4	9,5	1	2,2	3	9,4	4	10,5	1	3,2	4	18,2	0	0,0	1	3,7	5	13,9	0	0,0
Doenças hipertensivas	1	2,4	2	4,3	2	6,3	3	7,9	3	9,7	1	4,5	5	22,7	0	0,0	3	8,3	1	5,3
Rest doenças do aparelho circulatório	2	4,8	5	10,9	1	3,1	2	5,3	3	9,7	2	9,1	0	0,0	1	3,7	2	5,6	3	15,8
Aterosclerose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3
Outras doenças cardíacas	16	38,1	24	52,2	16	50,0	12	31,6	16	51,6	8	36,4	4	18,2	9	33,3	19	52,8	6	31,6
<b>Adulto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Doenças cerebrovasculares	294	32,6	282	30,3	274	28,7	316	29,8	265	28,8	243	29,1	309	34,6	274	26,8	303	29,5	259	26,1
Doenças isquêmicas do coração	214	23,7	240	25,8	225	23,6	279	26,3	240	26,1	173	20,7	199	22,3	270	26,4	241	23,5	259	26,1
Doenças hipertensivas	109	12,1	132	14,2	149	15,6	145	13,7	122	13,2	128	15,3	146	16,3	123	12,0	133	13,0	130	13,1
Rest doenças do aparelho circulatório	32	3,5	40	4,3	47	4,9	34	3,2	40	4,3	52	6,2	42	4,7	47	4,6	43	4,2	54	5,4
Febre reumática aguda e doença reumática crônica coração	17	1,9	22	2,4	23	2,4	22	2,1	20	2,2	31	3,7	16	1,8	15	1,5	11	1,1	20	2,0
Aterosclerose	1	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	5	0,5	5	0,5
Outras doenças cardíacas	235	26,1	215	23,1	235	24,6	263	24,8	234	25,4	208	24,9	181	20,3	292	28,6	291	28,3	267	26,9

<b>Idoso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Doenças cerebrovasculares	907	40,1	880	38,5	827	33,2	773	31,0	888	35,6	943	37,5	893	36,3	906	34,0	894	33,7	921	34,2
Doenças isquêmicas do coração	553	24,4	510	22,3	636	25,5	730	29,3	592	23,8	661	26,3	610	24,8	733	27,5	674	25,4	658	24,4
Doenças hipertensivas	314	13,9	348	15,2	421	16,9	398	16,0	357	14,3	353	14,0	385	15,7	378	14,2	399	15,0	517	19,2
Rest doenças do aparelho circulatório	81	3,6	98	4,3	109	4,4	97	3,9	103	4,1	117	4,7	121	4,9	123	4,6	121	4,6	113	4,2
Febre reumática aguda e doen reum crôn coração	7	0,3	5	0,2	9	0,4	9	0,4	12	0,5	11	0,4	7	0,3	10	0,4	13	0,5	15	0,6
Aterosclerose	3	0,1	14	0,6	4	0,2	11	0,4	7	0,3	9	0,4	6	0,2	11	0,4	19	0,7	6	0,2
Outras doenças cardíacas	399	17,6	432	18,9	484	19,4	473	19,0	533	21,4	421	16,7	438	17,8	505	18,9	535	20,2	466	17,3
<b>Causas externas</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>										
<b>Criança</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	17	37,0	22	50,0	4	9,8	6	16,2	7	18,9	11	27,5	11	26,8	3	8,8	2	6,7	2	11,8
Acidentes de transporte	6	13,0	2	4,5	12	29,3	6	16,2	8	21,6	6	15,0	5	12,2	9	26,5	9	30,0	2	11,8
Afogamento e submersões acidentais	4	8,7	5	11,4	4	9,8	7	18,9	2	5,4	3	7,5	5	12,2	3	8,8	5	16,7	1	5,9
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	10	21,7	5	11,4	4	9,8	2	5,4	2	5,4	7	17,5	5	12,2	1	2,9	1	3,3	1	5,9
Agressões	2	4,3	3	6,8	5	12,2	2	5,4	5	13,5	1	2,5	2	4,9	2	5,9	2	6,7	3	17,6
Quedas	0	0,0	1	2,3	4	9,8	6	16,2	3	8,1	1	2,5	0	0,0	1	2,9	5	16,7	1	5,9
Todas as outras causas externas	7	15,2	6	13,6	8	19,5	8	21,6	10	27,0	11	27,5	13	31,7	15	44,1	6	20,0	7	41,2
<b>Adolescente/adulto jovem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Agressões	321	51,0	344	61,3	485	75,2	533	81,0	622	75,2	886	82,6	XX	80,6	972	85,6	814	86,1	744	73,2
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	195	31,0	134	23,9	20	3,1	18	2,7	99	12,0	120	11,2	167	13,1	26	2,3	31	3,3	77	7,6
Acidentes de transporte	58	9,2	32	5,7	64	9,9	53	8,1	54	6,5	26	2,4	39	3,1	48	4,2	39	4,1	49	4,8
Afogamento e submersões acidentais	23	3,7	20	3,6	23	3,6	21	3,2	21	2,5	25	2,3	16	1,3	19	1,7	13	1,4	27	2,7
Intervenções legais e operações de guerra	1	0,2	7	1,2	10	1,6	1	0,2	3	0,4	5	0,5	10	0,8	41	3,6	29	3,1	89	8,8
Lesões auto-provocadas voluntariamente	3	0,5	5	0,9	21	3,3	14	2,1	1	0,1	0	0,0	1	0,1	8	0,7	10	1,1	10	1,0
Quedas	1	0,2	2	0,4	11	1,7	3	0,5	9	1,1	1	0,1	1	0,1	10	0,9	1	0,1	10	1,0
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	5	0,8	5	0,9	4	0,6	5	0,8	7	0,8	1	0,1	4	0,3	2	0,2	0	0,0	4	0,4
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3	0	0,0
Todas as outras causas externas	22	3,5	12	2,1	7	1,1	10	1,5	11	1,3	9	0,8	10	0,8	9	0,8	5	0,5	6	0,6
<b>Adulto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Agressões	288	34,1	352	41,6	515	56,3	551	57,8	646	54,5	806	60,3	792	59,5	856	62,8	757	59,0	806	59,0
Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	338	40,0	286	33,8	62	6,8	47	4,9	170	14,3	326	24,4	341	25,6	79	5,8	87	6,8	145	10,6
Acidentes de transporte	109	12,9	76	9,0	175	19,1	196	20,5	191	16,1	95	7,1	94	7,1	200	14,7	223	17,4	199	14,6
Quedas	25	3,0	34	4,0	57	6,2	53	5,6	39	3,3	13	1,0	16	1,2	64	4,7	69	5,4	55	4,0
Lesões autoprovocadas voluntariamente	11	1,3	20	2,4	44	4,8	38	4,0	46	3,9	9	0,7	5	0,4	44	3,2	37	2,9	44	3,2
Afogamento e submersões acidentais	18	2,1	24	2,8	19	2,1	24	2,5	30	2,5	21	1,6	28	2,1	30	2,2	23	1,8	15	1,1
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	14	1,7	9	1,1	4	0,4	4	0,4	18	1,5	26	1,9	16	1,2	13	1,0	16	1,2	10	0,7
Intervenções legais e operações de guerra	0	0,0	3	0,4	5	0,5	1	0,1	1	0,1	1	0,1	4	0,3	17	1,2	8	0,6	41	3,0
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,2	7	0,5	0	0,0
Todas as outras causas externas	42	5,0	43	5,1	33	3,6	40	4,2	45	3,8	39	2,9	35	2,6	57	4,2	56	4,4	52	3,8
<b>Idoso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	56	28,0	79	33,9	22	9,9	15	7,6	51	22,5	98	38,3	129	47,3	81	20,8	74	19,8	117	28,6

Quedas	25	12,5	55	23,6	88	39,5	82	41,6	53	23,3	26	10,2	28	10,3	102	26,2	85	22,7	78	19,1
Acidentes de transporte	35	17,5	19	8,2	34	15,2	42	21,3	46	20,3	23	9,0	29	10,6	52	13,3	44	11,8	45	11,0
Agressões	6	3,0	12	5,2	14	6,3	13	6,6	21	9,3	20	7,8	9	3,3	23	5,9	27	7,2	15	3,7
Lesões auto-provocadas voluntariamente	2	1,0	6	2,6	12	5,4	4	2,0	8	3,5	4	1,6	4	1,5	11	2,8	12	3,2	11	2,7
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	5	2,5	5	2,1	2	0,9	3	1,5	4	1,8	6	2,3	1	0,4	4	1,0	8	2,1	4	1,0
Afogamento e submersões acidentais	0	0,0	0	0,0	1	0,4	3	1,5	5	2,2	4	1,6	2	0,7	4	1,0	5	1,3	2	0,5
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,5
Intervenções legais e operações de guerra	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Todas as outras causas externas	71	35,5	57	24,5	50	22,4	35	17,8	39	17,2	75	29,3	71	26,0	113	29,0	118	31,6	135	33,0
<b>Neoplasias</b>	<b>2003</b>		<b>2004</b>		<b>2005</b>		<b>2006</b>		<b>2007</b>		<b>2008</b>		<b>2009</b>		<b>2010</b>		<b>2011</b>		<b>2012</b>	
<b>Criança</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Neopl malig mening,encéf e out partes SNC	5	23,8	1	9,1	7	30,4	5	29,4	5	29,4	8	42,1	3	17,6	3	21,4	8	53,3	3	17,6
Leucemia	8	38,1	3	27,3	7	30,4	6	35,3	4	23,5	2	10,5	7	41,2	2	14,3	3	20,0	6	35,3
Linfoma não-Hodgkin	0	0,0	0	0,0	1	4,3	2	11,8	1	5,9	1	5,3	3	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neoplasias in situ, benign, comport incert	1	4,8	2	18,2	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	1	5,9
Neopl malig do figado e vias bil intrahepát	0	0,0	0	0,0	3	13,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neoplasia maligna do estômago	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9
Neoplasia maligna do pâncreas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neopl malig da traqueia, brônquios e pulmões	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neoplasia maligna da mama	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neoplasia maligna da bexiga	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0
Restante de neoplasias malignas	7	33,3	5	45,5	5	21,7	4	23,5	3	17,6	7	36,8	4	23,5	8	57,1	3	20,0	6	35,3
<b>Adolescente/adulto jovem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Leucemia	9	20,0	11	28,9	12	26,1	12	32,4	15	30,6	7	15,2	13	27,7	6	18,2	6	17,6	10	22,7
Neopl malig mening,encéf e out partes SNC	8	17,8	10	26,3	8	17,4	9	24,3	7	14,3	15	32,6	5	10,6	10	30,3	9	26,5	9	20,5
Linfoma não-Hodgkin	8	17,8	1	2,6	4	8,7	1	2,7	2	4,1	2	4,3	5	10,6	4	12,1	2	5,9	3	6,8
Neoplasia maligna do ovário	1	2,2	2	5,3	2	4,3	1	2,7	1	2,0	0	0,0	2	4,3	0	0,0	1	2,9	2	4,5
Neopl malig do lábio, cav oral e faringe	1	2,2	0	0,0	0	0,0	1	2,7	2	4,1	1	2,2	1	2,1	0	0,0	0	0,0	5	11,4
Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	0	0,0	1	2,6	1	2,2	1	2,7	3	6,1	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,5
Neopl malig do figado e vias bil intrahepát	2	4,4	1	2,6	0	0,0	0	0,0	2	4,1	2	4,3	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neoplasias in situ, benign, comport incert	4	8,9	0	0,0	0	0,0	1	2,7	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neoplasia maligna do estômago	1	2,2	0	0,0	1	2,2	0	0,0	1	2,0	0	0,0	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neoplasia maligna da laringe	0	0,0	2	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	1	3,0	0	0,0	0	0,0
Neopl malig da traqueia, brônquios e pulmões	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	2	6,1	0	0,0	0	0,0
Neoplasia maligna do colo do útero	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9	0	0,0
Restante de neoplasias malignas	10	22,2	10	26,3	17	37,0	11	29,7	15	30,6	17	37,0	16	34,0	9	27,3	14	41,2	13	29,5
<b>Adulto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Neoplasia maligna da mama	92	12,9	99	14,2	96	12,5	96	11,9	101	12,0	120	15,1	111	12,7	141	15,0	129	13,9	157	16,4
Neopl malig da traqueia, brônquios e pulmões	68	9,6	63	9,1	78	10,1	81	10,0	77	9,1	75	9,5	84	9,6	86	9,2	68	7,3	70	7,3
Neopl malig do lábio, cav oral e faringe	61	8,6	35	5,0	60	7,8	58	7,2	52	6,2	58	7,3	59	6,8	52	5,5	74	8,0	58	6,0
Neopl malig mening,encéf e out partes SNC	42	5,9	52	7,5	56	7,3	53	6,6	53	6,3	50	6,3	67	7,7	55	5,9	60	6,5	48	5,0
Neoplasia maligna do estômago	40	5,6	49	7,0	57	7,4	53	6,6	57	6,8	51	6,4	36	4,1	69	7,4	57	6,1	65	6,8

Neoplasia maligna do cólon,reto e ânus	24	3,4	30	4,3	35	4,6	31	3,8	48	5,7	48	6,1	58	6,7	70	7,5	57	6,1	70	7,3
Neoplasia maligna do colo do útero	37	5,2	33	4,7	45	5,9	34	4,2	53	6,3	31	3,9	48	5,5	40	4,3	57	6,1	36	3,8
Neopl malig do fígado e vias bil intrahepát	32	4,5	31	4,5	42	5,5	39	4,8	36	4,3	30	3,8	49	5,6	37	3,9	39	4,2	61	6,4
Neoplasia maligna do esôfago	21	2,9	26	3,7	32	4,2	34	4,2	35	4,2	33	4,2	38	4,4	32	3,4	32	3,4	29	3,0
Leucemia	21	2,9	22	3,2	21	2,7	37	4,6	34	4,0	39	4,9	19	2,2	37	3,9	35	3,8	34	3,5
Neoplasia maligna do pâncreas	21	2,9	24	3,4	28	3,6	29	3,6	28	3,3	19	2,4	29	3,3	33	3,5	32	3,4	32	3,3
Linfoma não-Hodgkin	30	4,2	21	3,0	24	3,1	30	3,7	28	3,3	24	3,0	25	2,9	28	3,0	29	3,1	36	3,8
Neoplasia maligna do ovário	18	2,5	16	2,3	14	1,8	17	2,1	14	1,7	16	2,0	22	2,5	24	2,6	32	3,4	17	1,8
Neoplasia maligna da laringe	9	1,3	13	1,9	10	1,3	25	3,1	23	2,7	13	1,6	18	2,1	15	1,6	15	1,6	21	2,2
Neopl malig de corpo e partes n/esp útero	12	1,7	11	1,6	10	1,3	7	0,9	18	2,1	11	1,4	11	1,3	17	1,8	8	0,9	15	1,6
Mieloma mult e neopl malig de plasmócitos	8	1,1	7	1,0	10	1,3	10	1,2	9	1,1	9	1,1	10	1,1	12	1,3	12	1,3	20	2,1
Neoplasia maligna da próstata	7	1,0	12	1,7	6	0,8	9	1,1	12	1,4	6	0,8	12	1,4	8	0,9	8	0,9	15	1,6
Neoplasias in situ, benig, comport incert	13	1,8	5	0,7	5	0,7	8	1,0	4	0,5	7	0,9	5	0,6	7	0,7	12	1,3	7	0,7
Neoplasia maligna da bexiga	9	1,3	5	0,7	5	0,7	5	0,6	6	0,7	7	0,9	8	0,9	6	0,6	9	1,0	4	0,4
Neoplasia maligna da pele	3	0,4	5	0,7	3	0,4	7	0,9	2	0,2	7	0,9	2	0,2	6	0,6	8	0,9	6	0,6
Restante de neoplasias malignas	144	20,2	137	19,7	132	17,2	143	17,7	152	18,1	139	17,5	160	18,4	163	17,4	156	16,8	158	16,5
<b>Idoso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Neopl malig da traquéia,brônquios e pulmões	150	13,5	140	12,0	161	13,2	143	11,3	171	12,3	164	12,0	203	13,3	192	12,4	212	12,8	188	11,3
Neoplasia maligna da próstata	121	10,9	109	9,4	137	11,2	125	9,9	143	10,3	136	9,9	153	10,0	163	10,6	171	10,3	147	8,8
Neoplasia maligna do cólon,reto e ânus	66	6,0	75	6,4	92	7,5	103	8,1	102	7,3	113	8,2	118	7,7	122	7,9	140	8,5	146	8,7
Neoplasia maligna do estômago	81	7,3	99	8,5	102	8,4	102	8,0	96	6,9	83	6,0	73	4,8	113	7,3	103	6,2	102	6,1
Neoplasia maligna da mama	68	6,1	64	5,5	62	5,1	82	6,5	87	6,3	89	6,5	103	6,7	112	7,2	123	7,4	110	6,6
Neoplasia maligna do pâncreas	43	3,9	65	5,6	58	4,8	62	4,9	75	5,4	71	5,2	75	4,9	70	4,5	71	4,3	90	5,4
Neopl malig do fígado e vias bil intrahepát	46	4,1	48	4,1	64	5,2	42	3,3	78	5,6	58	4,2	78	5,1	83	5,4	87	5,3	80	4,8
Neopl malig do lábio, cav oral e faringe	41	3,7	40	3,4	46	3,8	43	3,4	45	3,2	60	4,4	59	3,9	48	3,1	59	3,6	55	3,3
Neopl malig mening,encéf e out partes SNC	33	3,0	35	3,0	50	4,1	51	4,0	43	3,1	53	3,9	53	3,5	57	3,7	62	3,7	58	3,5
Neoplasia maligna do esôfago	32	2,9	34	2,9	38	3,1	51	4,0	54	3,9	43	3,1	46	3,0	57	3,7	44	2,7	53	3,2
Leucemia	27	2,4	24	2,1	24	2,0	26	2,0	32	2,3	41	3,0	42	2,7	36	2,3	40	2,4	57	3,4
Linfoma não-Hodgkin	34	3,1	28	2,4	22	1,8	29	2,3	37	2,7	31	2,3	48	3,1	38	2,5	38	2,3	42	2,5
Neoplasia maligna da bexiga	33	3,0	23	2,0	23	1,9	33	2,6	36	2,6	25	1,8	44	2,9	38	2,5	40	2,4	40	2,4
Neoplasia maligna do ovário	19	1,7	23	2,0	26	2,1	27	2,1	36	2,6	32	2,3	29	1,9	33	2,1	33	2,0	43	2,6
Neoplasia maligna do colo do útero	26	2,3	32	2,7	15	1,2	29	2,3	40	2,9	21	1,5	25	1,6	34	2,2	35	2,1	27	1,6
Mieloma mult e neopl malig de plasmócitos	20	1,8	21	1,8	23	1,9	20	1,6	17	1,2	25	1,8	34	2,2	32	2,1	29	1,8	36	2,2
Neoplasia maligna da laringe	14	1,3	25	2,1	21	1,7	25	2,0	19	1,4	31	2,3	22	1,4	30	1,9	30	1,8	27	1,6
Neopl malig de corpo e partes n/esp útero	22	2,0	20	1,7	18	1,5	16	1,3	27	1,9	22	1,6	17	1,1	32	2,1	28	1,7	28	1,7
Neoplasias in situ, benig, comport incert	19	1,7	5	0,4	15	1,2	8	0,6	14	1,0	12	0,9	11	0,7	15	1,0	16	1,0	19	1,1
Neoplasia maligna da pele	5	0,5	3	0,3	6	0,5	5	0,4	4	0,3	9	0,7	12	0,8	9	0,6	10	0,6	6	0,4
Restante de neoplasias malignas	209	18,8	251	21,6	218	17,9	247	19,5	236	17,0	253	18,4	284	18,6	231	15,0	285	17,2	317	19,0

Fonte: SIM/2013

\*Classificação da ordem decrescente: todas outras doenças cardíacas, outras causas externas e restante das neoplasias malignas.

**Tabela 24 – Mortalidade Proporcional por sexo, raça/cor e causas básicas. Salvador, 2003-2012.**

Sexo	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	7145	54,6	7101	54,1	7430	54,2	7834	54,7	8174	55,7	8486	56,4	8906	56,6	9056	56,0	8837	54,9	8962	55,1
Feminino	5864	44,8	5933	45,2	6205	45,3	6452	45,0	6461	44,0	6527	43,4	6790	43,1	7086	43,8	7229	44,9	7241	44,5
Ignorado	87	0,7	81	0,6	73	0,5	46	0,3	47	0,3	30	0,2	44	0,3	40	0,2	39	0,2	52	0,3
<b>Raça/Cor</b>																				
Sem informação	4339	33,1	3917	29,9	3374	24,6	2500	17,4	2444	16,7	2195	14,6	2084	13,2	2092	12,9	2100	13,0	2023	12,5
Branco	2179	16,6	2354	17,9	2490	18,2	2706	18,9	2967	20,2	2890	19,2	2976	18,9	3151	19,5	3296	20,5	3231	19,9
Preta	1373	10,5	1588	12,1	1691	12,3	2010	14,0	2090	14,2	2297	15,3	2357	15,0	2605	16,1	2797	17,4	2826	17,4
Amarela	19	0,1	14	0,1	18	0,1	11	0,1	14	0,1	24	0,2	32	0,2	23	0,1	49	0,3	27	0,2
Parda	5181	39,6	5239	39,9	6131	44,7	7102	49,6	7161	48,8	7631	50,7	8282	52,6	8302	51,3	7858	48,8	8141	50,1
<b>Principais causas básicas (pop. total)</b>																				
Doenças do aparelho circulatório	3229	24,7	3290	25,1	3494	25,5	3613	25,2	3458	23,6	3383	22,5	3382	21,5	3726	23,0	3741	23,2	3724	22,9
Causas externas de morbidade e mortalidade	1726	13,2	1698	12,9	1829	13,3	1866	13,0	2302	15,7	2713	18,0	2934	18,6	2931	18,1	2666	16,6	2819	17,3
Neoplasias (tumores)	1888	14,4	1910	14,6	2062	15,0	2130	14,9	2300	15,7	2230	14,8	2465	15,7	2531	15,6	2635	16,4	2692	16,6
Doenças do aparelho respiratório	1442	11,0	1629	12,4	1598	11,7	1743	12,2	1532	10,4	1409	9,4	1420	9,0	1615	10,0	1691	10,5	1497	9,2
Algumas afec originadas no período perinatal	1353	10,3	1148	8,8	1168	8,5	1216	8,5	1112	7,6	926	6,2	863	5,5	899	5,6	868	5,4	928	5,7
<b>Criança</b>																				
Algumas afec originadas no período perinatal	706	63,0	575	58,7	579	59,6	574	59,2	517	58,2	413	51,2	376	49,2	387	53,4	368	51,7	384	52,5
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	90	8,0	81	8,3	103	10,6	97	10,0	145	16,3	152	18,8	123	16,1	137	18,9	154	21,6	148	20,2
Doenças do aparelho respiratório	98	8,8	95	9,7	73	7,5	82	8,5	45	5,1	45	5,6	52	6,8	44	6,1	35	4,9	52	7,1
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	57	5,1	62	6,3	63	6,5	74	7,6	46	5,2	38	4,7	43	5,6	35	4,8	38	5,3	43	5,9
Causas externas de morbidade e mortalidade	46	4,1	44	4,5	41	4,2	37	3,8	37	4,2	40	5,0	41	5,4	34	4,7	30	4,2	17	2,3
<b>Adolescente/adulto jovem</b>																				
Causas externas de morbidade e mortalidade	33	4,2	29	4,1	25	3,2	658	71,4	827	79,0	1073	82,7	1276	83,3	1135	83,5	945	82,7	1016	85,2
Neoplasias (tumores)	40	5,1	33	4,6	41	5,2	37	4,0	49	4,7	46	3,5	47	3,1	33	2,4	34	3,0	44	3,7
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0,1	0	0,0	2	0,3	47	5,1	31	3,0	22	1,7	34	2,2	34	2,5	33	2,9	20	1,7
Doenças do aparelho circulatório	5	0,6	8	1,1	9	1,1	38	4,1	31	3,0	22	1,7	22	1,4	27	2,0	36	3,2	19	1,6
Doenças do aparelho respiratório	9	1,1	9	1,3	4	0,5	44	4,8	24	2,3	29	2,2	18	1,2	29	2,1	24	2,1	17	1,4
Doenças do sistema nervoso	14	1,8	8	1,1	24	3,0	21	2,3	10	1,0	15	1,2	26	1,7	26	1,9	18	1,6	12	1,0
<b>Adulto</b>																				
Causas externas de morbidade e mortalidade	920	18,7	927	19,3	996	19,5	954	21,1	1186	24,7	1336	27,5	1331	25,6	1363	26,3	1283	25,0	1367	26,7
Doenças do aparelho circulatório	910	18,5	945	19,7	968	19,0	1059	23,4	921	19,2	835	17,2	893	17,2	1022	19,7	1027	20,0	994	19,4
Neoplasias (tumores)	718	14,6	702	14,6	777	15,2	806	17,8	842	17,5	793	16,3	871	16,8	938	18,1	929	18,1	959	18,7
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	437	8,9	394	8,2	433	8,5	377	8,3	428	8,9	403	8,3	411	7,9	470	9,1	447	8,7	396	7,7
Doenças do aparelho respiratório	350	7,1	356	7,4	396	7,8	410	9,1	338	7,0	296	6,1	303	5,8	334	6,4	362	7,1	290	5,7
<b>Idoso</b>																				
Doenças do aparelho circulatório	2264	36,0	2287	34,5	2490	36,4	2491	34,5	2492	34,2	2515	33,4	2460	31,8	2666	31,9	2655	31,0	2696	31,2
Neoplasias (tumores)	1109	17,6	1164	17,6	1221	17,9	1269	17,6	1392	19,1	1372	18,2	1529	19,8	1545	18,5	1656	19,4	1671	19,4
Doenças do aparelho respiratório	952	15,1	1141	17,2	1091	16,0	1202	16,6	1120	15,4	1038	13,8	1042	13,5	1206	14,4	1267	14,8	1137	13,2



Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	601	9,6	578	8,7	584	8,5	605	8,4	566	7,8	639	8,5	629	8,1	663	7,9	640	7,5	658	7,6
Doenças do aparelho digestivo	297	4,7	368	5,5	348	5,1	379	5,2	400	5,5	402	5,3	415	5,4	459	5,5	499	5,8	522	6,0

Fonte: SIM/2013

**Tabela 30 – Número de Óbitos Maternos por Distrito Sanitário, raça/cor e causa básica. Salvador, 2013.**

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>Total</b>
Cabula/Beiru	4	4	2	1	3	3	2	3	2	3	27
Suburbio Ferroviario	2	0	1	2	3	2	5	5	4	3	27
Sao Caetano/Valeria	1	4	0	2	3	4	1	3	1	6	25
Pau da Lima	0	0	0	1	4	0	4	8	1	4	22
Cajazeiras	0	1	4	1	1	4	3	1	4	3	22
Barra/Rio Vermelho/Pituba	1	0	2	4	0	3	6	1	1	1	19
Itapoan	1	1	1	2	1	6	3	1	1	1	18
Brotas	2	2	0	1	0	2	2	4	0	1	14
Itapagipe	0	0	2	1	2	4	2	0	1	1	13
Liberdade	0	1	1	4	1	3	0	1	1	1	13
Centro Historico	0	3	1	2	0	2	1	0	0	0	9
Boca do Rio	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	5
Ignorado	1	1	0	2	2	1	0	4	3	0	14
<b>Raça/cor</b>											
Parda	5	9	9	9	12	19	18	11	9	11	112
Preta	3	4	2	4	5	10	6	16	8	9	67
Branca	3	3	0	6	2	5	3	2	1	3	28
Não informado	3	1	5	4	1	1	2	2	1	1	21
<b>Principais causas básicas</b>											
Doenças aparelho circulatório											
complicações gravidez parto puerpério	1	0	3	4	0	2	3	9	1	2	25
Doenças aparelho respiratório											
complicações gravidez parto puerpério	2	0	2	3	0	2	4	3	1	1	18
Eclampsia NE quanto ao período	2	1	1	1	0	2	0	0	1	1	9
Pré-eclampsia moderada	2	2	0	1	0	2	0	0	1	0	8
Outras formas de inércia uterina	0	0	2	2	2	0	1	1	0	0	8

Fonte: SIM, 2013

\* Excluídas da classificação da ordem decrescente: outras doenças afecções específicas de complicação gravidez, parto, puerpério.

**Tabela 42** – Percentual de trabalhadores notificados com ADRT segundo raça/cor. Salvador, 2007-2012.

Raça	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Parda	261	39,2	349	47,9	367	43,3	272	41,4	236	30,6	303	36,2	1788	39,7
Preta	216	32,4	209	28,7	191	22,6	115	17,5	125	16,2	151	18	1007	22,3
Branca	56	8,4	74	10,2	83	9,8	62	9,4	56	7,3	98	11,7	429	9,5
Amarela	9	1,4	7	1	4	0,5	4	0,6	1	0,1	5	0,6	30	0,7
Indígena	4	0,6	5	0,7	0	0	2	0,3	0	0	1	0,1	12	0,3
Ign/Branco	120	18	85	11,7	202	23,8	202	30,7	353	45,8	279	33,3	1241	27,5
<b>Total</b>	<b>666</b>	<b>100</b>	<b>729</b>	<b>100</b>	<b>847</b>	<b>100</b>	<b>657</b>	<b>100</b>	<b>771</b>	<b>100</b>	<b>837</b>	<b>100</b>	<b>4507</b>	<b>100</b>

Fonte: SMS/SINANNET 2013

**Tabela 43** – Percentual de trabalhadores notificados com ADRT segundo escolaridade. Salvador, 2007-2012.

Escolar SinanNET	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ensino médio completo	275	41,3	305	41,8	346	40,9	257	38,6	184	23,6	211	25,1	1578	34,9
5ª a 8ª série incompleta do EF	103	15,5	152	20,9	144	17	57	8,6	70	9	41	4,9	567	12,5
Educação superior completa	32	4,8	34	4,7	65	7,7	66	9,9	92	11,8	122	14,5	411	9,1
Educação superior incompleta	26	3,9	30	4,1	51	6	40	6	50	6,4	73	8,7	270	6
1ª a 4ª série incompleta do EF	60	9	25	3,4	27	3,2	64	9,6	31	4	16	1,9	223	4,9
Ensino médio incompleto	68	10,2	51	7	26	3,1	16	2,4	16	2,1	22	2,6	199	4,4
Ensino fundamental completo	31	4,7	46	6,3	40	4,7	14	2,1	21	2,7	19	2,3	171	3,8
4ª série completa do EF	26	3,9	20	2,7	23	2,7	9	1,4	8	1	5	0,6	91	2
Não se aplica	5	0,8	10	1,4	8	0,9	3	0,5	6	0,8	8	1	40	0,9
Analfabeto	1	0,2	6	0,8	2	0,2	5	0,8	1	0,1	1	0,1	16	0,4
Ign/Branco	39	5,9	50	6,9	115	13,6	134	20,2	300	38,5	321	38,3	959	21,2
<b>Total</b>	<b>666</b>	<b>100</b>	<b>729</b>	<b>100</b>	<b>847</b>	<b>100</b>	<b>665</b>	<b>100</b>	<b>779</b>	<b>100</b>	<b>839</b>	<b>100</b>	<b>4525</b>	<b>100</b>

Fonte: SMS/SINANNET 2013

**Tabela 44 – Percentual de trabalhadores de 25 a 59 anos notificados segundo tipo de ADRT. Salvador, 2007-2012.**

<b>Agravos Saúde Trabalhador</b>	<b>M asc</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
LER DORT	1428	1471	2899	70,6
Acidente Trabalho c/Exposição a Material Biológico	220	532	752	18,3
Acidente de Trabalho Grave	96	30	126	3,1
PAIR	86	3	89	2,2
Intoxicações Exógenas	48	40	88	2,1
Transtorno Mental	35	27	62	1,5
Dermatoses Ocupacionais	39	7	46	1,1
Pneumoconiose	40	0	40	1,0
Câncer Relacionado ao Trabalho	2	0	2	0,0
<b>Total</b>	<b>1994</b>	<b>2110</b>	<b>4104</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SMS Salvador/SUIS-SINANNET 2013

**Tabela 45 – Percentual de trabalhadores de 10a 14 anos notificados segundo tipo de ADRT. Salvador, 2007-2012.**

<b>Agravos Relacionados ao Trabalho</b>	<b>M asc</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Acidente de Trabalho Grave	3	3	6	66,7
LER DORT	2	0	2	22,2
Transtorno Mental	1	0	1	11,1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SMS/SINANNET 2013

**Tabela 46 – Percentual de trabalhadores de 15 a 24 anos notificados segundo tipo de ADRT. Salvador, 2007-2012.**

<b>Agravos Relacionados ao Trabalho</b>	<b>M asc</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Acidente Trabalho c/Exposição a Material Biológico	70	119	189	66,1
Acidente de Trabalho Grave	36	6	42	14,7
LER DORT	9	29	38	13,3
Intoxicações Exógenas Ocupacional	5	7	12	4,2
Transtorno Mental	1	2	3	1,0
Dermatoses Ocupacionais	0	1	1	0,3
PAIR	1	0	1	0,3
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>164</b>	<b>286</b>	<b>100</b>

Fonte: SMS Salvador/SUIS-SINANNET 2013

**Tabela 47** – Percentual de trabalhadores com 60 anos ou mais notificados segundo tipo de ADRT. Salvador, 2007-2012.

<b>Agravos Relacionados ao Trabalho</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Intoxicações Exógenas	34	28	62	48,1
LER DORT	24	9	33	25,6
Pneumoconiose	16	0	16	12,4
Acidente de Trabalho Grave	7	2	9	7,0
Acidente Trabalho c/Exposição a Material Biológico	2	5	7	5,4
PAIR	2	0	2	1,6
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>44</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SMS Salvador/SUIS-SINANNET 2013