

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**  
**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**



**RELATÓRIO DE GESTÃO**  
**SESAB - 2009**

**VOLUME I**

**BAHIA**

**FEVEREIRO - 2010**

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**  
**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

**Jaques Wagner**  
GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

**Edmundo Pereira**  
VICE-GOVERNADOR

**Jorge Solla**  
SECRETÁRIO DA SAÚDE  
PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

# **RELATÓRIO DE GESTÃO**

## **SESAB - 2009**

**VOLUME I**

**BAHIA**

**FEVEREIRO - 2010**

**SUB - SECRETÁRIO**  
*Amauri Santos Teixeira*

**CHEFIA DE GABINETE**  
*Washington Luís Silva Couto*

**UNIDADES GESTORAS**

**FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**  
*Eduardo José Farias Borges dos Reis*

**SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA  
ATENÇÃO À SAÚDE (SUREGS)**  
*Andrés Castro Alonso Filho*

**SUPERINTENDÊNCIA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (SAIS)**  
*Alfredo Boa Sorte Júnior*

**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE (SUVISA)**  
*Lorene Louise Silva Pinto*

**SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE (SUPERH)**  
*Telma Dantas Teixeira de Oliveira*

**SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA EM SAÚDE (SAFTEC)**  
*Gisélia Santana Souza*

**FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DA BAHIA -  
HEMOBA**  
*Roberto Soares Schlindwein*

## SUMÁRIO – VOLUME I

	APRESENTAÇÃO.....	06
PARTE I	A SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA: UM NOVO PERFIL PARA A GESTÃO DO SUS.....	10
PARTE II	PRINCIPAIS REALIZAÇÕES DA SESAB.....	14
1.	A SAÚDE NA BAHIA DE TODOS NÓS.....	15
2.	PROJETO SAÚDE BAHIA	26
3.	EXECUÇÃO DA DESPESA POR LINHA DE AÇÃO	36
4.	<b>LINHA DE AÇÃO 1 – GESTÃO DEMOCRÁTICA, SOLIDÁRIA E EFETIVA DO SUS.....</b>	<b>38</b>
4.1	COMPROMISSO 1 - ESTABELECEER UMA GESTÃO ESTRATÉGICA, PARTICIPATIVA E EFETIVA DO SUS.....	40
4.2	COMPROMISSO 2 – IMPLEMENTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO VIVA E SOLIDÁRIA DO SUS NO ESTADO DA BAHIA .....	55
4.3	COMPROMISSO 3 - ORGANIZAR O ACESSO AO SUS ATRAVÉS DAS AÇÕES DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	60
5.	<b>LINHA DE AÇÃO 2 – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....</b>	<b>75</b>
5.1	COMPROMISSO 4 - INSTITUIR UMA POLÍTICA ESTADUAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS BAHIA, COM ÊNFASE NA DESPRECARIZAÇÃO.....	79
6.	<b>LINHA DE AÇÃO 3 – VIGILÂNCIA DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE INDIVIDUAL E COLETIVA.....</b>	<b>93</b>
6.1	COMPROMISSOS 5 - VIGILÂNCIA DA SAÚDE, COM INTEGRAÇÃO E OPERAÇÃO DAS PRÁTICAS NAS ESFERAS DE GESTÃO ESTADUAL E MUNICIPAL DO SUS.....	94
7	<b>LINHA DE AÇÃO 4 –ATENÇÃO À SAÚDE COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE.....</b>	<b>215</b>
7.1	COMPROMISSO 6 - ATENÇÃO BÁSICA COM INCLUSÃO SOCIAL E EQUIDADE - “SAÚDE DA FAMÍLIA DE TODOS NÓS” .....	218
7.2	COMPROMISSO 7 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA REGIONALIZADA, RESOLUTIVA E QUALIFICADA BASEADA EM LINHAS DE CUIDADO E CONSIDERANDO AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO.....	232

7.3	<b>COMPROMISSO 8 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS POPULAÇÕES DE MAIOR VULNERABILIDADE SOCIAL E SITUAÇÕES ESPECIAIS DE AGRAVO COM VISTAS À REDUÇÃO DE INIQUIDADES .....</b>	<b>254</b>
7.4	<b>COMPROMISSO 9 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA TODOS NÓS .....</b>	<b>287</b>
7.5	<b>COMPROMISSO 10 - ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA E HEMOTERÁPICA DESCENTRALIZADA E REGIONALIZADA.....</b>	<b>298</b>
<b>8.</b>	<b>LINHA DE AÇÃO 5 – INFRA-ESTRUTURA DA GESTÃO E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS - BAHIA.....</b>	<b>302</b>
8.1	<b>COMPROMISSO 11 - EXPANSÃO E A MELHORIA DA INFRA-ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS – BAHIA .....</b>	<b>304</b>
<b>9.</b>	<b>LINHA DE AÇÃO 6 – PRODUÇÃO DE INSUMOS ESTRATÉGICOS E DESENVOLVIMENTO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE..</b>	<b>320</b>
9.1	<b>COMPROMISSO 12 – PROMOVER A EXPANSÃO DA BASE CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA DO SUS.....</b>	<b>321</b>
<b>10.</b>	<b>LINHA DE AÇÃO 7 – PROMOÇÃO DA SAÚDE, INTERSETORIALIDADE E PROTEÇÃO DA SOCIEDADE.....</b>	<b>324</b>
10.1	<b>COMPROMISSO 13 – IMPLEMENTAR POLÍTICAS TRANSVERSAIS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, SEGURANÇA ALIMENTAR E PROTEÇÃO DA SOCIEDADE</b>	<b>326</b>

## **VOLUME II – PRESTAÇÃO DE CONTAS**

## APRESENTAÇÃO

O Relatório de Gestão – RAG da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB no ano de 2009 está sistematizado em dois volumes I e II. O volume I, em duas partes, tem a seguinte estrutura: a primeira apresenta a estrutura organizativa da SESAB; e, a segunda mostra as principais realizações desta secretaria no ano de 2009, por Linha de Ação e compromisso assumido, definidos no planejamento estratégico e explicitados no Plano Estadual de Saúde – PES 2008 – 2011 e na Agenda Estratégica da Saúde 2009/2010. O volume II traz a prestação de contas do Fundo Estadual de Saúde – FESBA, bem como os anexos e apêndices do RAG.

Para cada compromisso há correspondência no orçamento em um ou mais programas do Plano Plurianual (PPA 2008-2011)<sup>1</sup> e, as ações estratégicas aos projetos/atividades, com seus respectivos códigos. Cada capítulo se inicia com a definição da Linha de Ação, apresentando os órgãos/setores da secretaria responsável por sua execução, o valor orçado inicial e atual desta e o consolidado da execução por programa do PPA e fonte de recurso.

A linha de ação vem especificada no início do capítulo com número e sombreamento colorido; o compromisso é identificado por número, e à direita, entre colchetes, apresentam-se os programas do PPA 2008-2011, que subsidiam orçamentariamente cada linha. Ao discorrer sobre as realizações orçamentárias no texto de cada capítulo (linha de ação), identificam-se em nota de rodapé os projetos/atividades do PPA, os quais correspondem as ações estratégicas desenvolvidas pela SESAB; e, no quadro colorido em cada linha de ação/compromisso tem-se fragmentos do texto que merecem destaque.

O orçamento da SESAB foi constituído:

---

<sup>1</sup> O Plano Plurianual 2008-2011, construído por Programas (instrumento de organização da atuação governamental que articula um conjunto de ações que concorrem para a concretização de um objetivo comum preestabelecido, visando à solução de um problema ou o atendimento de determinada necessidade ou demanda da sociedade), Projetos (expresso por número ímpar) / Atividades (expresso por número par), define os produtos (bens ou serviços que resultam da ação).

- 27 PROGRAMAS, onde 05 são comuns a todo o Estado, 13 são específicos da Secretaria da Saúde e 09 das Secretarias Compartilhadas;
- 166 AÇÕES, onde 11 são Atividades Comuns (ex.: Manutenção, REDA, Encargos, Pessoal) e 155 são Atividades e Projetos Finalísticos.

Dos 27 programas que constam no orçamento da SESAB, 16 ancoram orçamentariamente o planejamento estratégico da SESAB, com base na Matriz Estratégica do SUS – Bahia, constituída por sete Linhas de Ação, 13 compromissos – quadro 01 e 02. O quadro 03 mostra as fontes de recursos utilizadas pela SESAB no ano de 2009.

**QUADRO 01**  
**COMPROMISSOS POR LINHA DE AÇÃO DA SESAB**  
**BAHIA, 2009**

LINHA DE AÇÃO	COMPROMISSO	
<b>Gestão Democrática, Solidária e Efetiva do SUS</b>	1	Estabelecer uma Gestão Participativa, Estratégica e Efetiva do SUS
	2	Implantar uma Regionalização Viva e Solidária em Saúde
	3	Organizar o Acesso ao SUS com Ações de Controle, Avaliação e Regulação em Saúde
<b>Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde</b>	4	Instituir uma Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente no SUS Bahia, com ênfase na desprecarização
<b>Vigilância de Riscos e Agravos à Saúde Individual e Coletiva</b>	5	Vigilância da Saúde, com Integração das Práticas nas Esferas de Estadual e Municipal do SUS
<b>Atenção à Saúde com Equidade e Integralidade</b>	6	Atenção Básica com Inclusão Social e Equidade - "Saúde da Família de todos nós"
	7	Atenção Especializada Regionalizada, Resolutiva e Qualificada baseada em linhas de cuidado e considerando as necessidades de saúde da população
	8	Atenção Integral à saúde das populações de maior vulnerabilidade social e situações especiais de agravos com vistas à redução de iniquidades
	9	Assistência Farmacêutica para todos os baianos
	10	Assistência Hematológica e Hemoterápica Descentralizada e Regionalizada
<b>Infra-estrutura da Gestão e dos Serviços de Saúde do SUS - Bahia</b>	11	Expansão e Melhoria da Infra-estrutura administrativa e dos Serviços de Saúde do SUS – Bahia
<b>Produção de Insumos Estratégicos e Desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde</b>	12	Promover a Expansão da Base Científica e Tecnológica do SUS – Bahia
<b>Promoção da Saúde, Intersetorialidade e Proteção da Sociedade</b>	13	Políticas transversais para a promoção da saúde, segurança alimentar e proteção da sociedade

FONTE: SESAB/Gasec/Asplan, 2009.

**QUADRO 02**

**PROGRAMAS DO PLANO PLURIANUAL 2008 – 2011 POR COMPROMISSO DA MATRIZ ESTRATÉGICA DO SUS - BAHIA, 2009**

<b>LINHA DE AÇÃO</b>	<b>COMPROMISSO</b>	<b>PROGRAMA DO PPA</b>	<b>Nº PROJETOS/ ATIVIDADES</b>
<b>01</b>	<b>01</b>	123 - Gestão Estratégica, Participativa e Efetiva em Saúde 134 - Integração e Operação das Práticas de Vigilância da Saúde 213 - Gestão da Política de Comunicação do Governo	32
	<b>02</b>	126 - Regionalização Viva e Solidária em Saúde 127 – Saúde Bahia	
	<b>03</b>	125 - Regula Saúde: Acesso Organizado e Resolutivo ao SUS 127 – Saúde Bahia	
<b>02</b>	<b>04</b>	123 - Gestão Estratégica, Participativa e Efetiva em Saúde 124 - O SUS é uma Escola: Política Estadual de Educação Permanente em Saúde 127 – Saúde Bahia 129 - Reorganização da Atenção Especializada	09
<b>03</b>	<b>05</b>	134 - Integração e Operação das Práticas de Vigilância da Saúde	12
<b>04</b>	<b>06</b>	127 – Saúde Bahia 128 - Expansão e Qualificação da Atenção Básica com Inclusão Social	53
	<b>07</b>	129 - Reorganização da Atenção Especializada 130 - Reorganização da Atenção às Urgências	
	<b>08</b>	131 - Atenção Integral à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravo	
	<b>09</b>	127 – Saúde Bahia 132 - Assistência Farmacêutica	
	<b>10</b>	133 - Qualidade do Sangue, Assistência Hematológica e Hemoterápica	
<b>05</b>	<b>11</b>	127 – Saúde Bahia 135 - Expansão e Melhoria da Infra-estrutura de Saúde	18
<b>06</b>	<b>12</b>	293 - Inova Bahia: Desenvolvimento da Base Científica, Tecnológica e de Inovação	04
<b>07</b>	<b>13</b>	128 - Expansão e Qualificação da Atenção Básica com Inclusão Social 134 - Integração e Operação das Práticas de Vigilância da Saúde 131 - Atenção Integral à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravo 167 - Dias Melhores: Urbanização Integrada de Assentamento Precários 170 - Tudo Limpo – Resíduos sólidos 172 - Esgotamento Sanitário, drenagem e manejo das águas 180 - Água para todos – PAT 197 - Infra-estrutura para o Sistema Penitenciário 198 - Ressocialização: Direito do Preso 204 - Defesa Civil 301 - Popularização da Ciência	25

**FONTE:** SESAB/Gasec/Asplan, 2009

**QUADRO 03**  
**FONTE DE RECURSOS UTILIZADAS PELA SESAB**  
**BAHIA, 2009**

<b>SECRETARIA DA SAUDE - SESAB</b>	
<b>Fonte</b>	<b>FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES/BA</b>
00	RECURSOS ORDINÁRIOS NÃO VINCULADO
15	PROCOFINS LEI 11.358/09
21	OPERAÇÕES DE CRÉDITO INTERNAS
25	OPERAÇÕES DE CRÉDITO EXTERNAS
29	DESESTATIZAÇÃO - CONTRAPARTIDA
<b>30</b>	<b>RECURSOS VINCULADOS AS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE</b>
31	CONT.AUXÍLIOS ORG.FEDERAIS
32	CONT.AUXÍLIOS ORG.ESTADUAIS
38	TAXAS E MULTAS VINCULADAS AO FUNDO EST. DE SAÚDE
47	CONTRIB.DO FUNDO NAC.DE SAÚDE/FONTE CONVÊNIO
48	CONTRIBUIÇÃO DO FNS/PREST.DE SERV.DA SAÚDE
49	TRANSFERÊNCIA DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FESBA
65	TRANSFERÊNCIAS DE ENTID PRIVADAS INTERNACIONAIS
66	TRANSFERÊNCIAS DE ÓRGÃOS E FUNDOS INTERNACIONAIS
<b>FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DA BAHIA</b>	
<b>30</b>	<b>RECURSOS VINCULADOS AS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE</b>
40	RECEITA DIRET. ARRECADADA POR ENTID.DA ADM INDIRETA
61	CONTRIB. E/OU AUXÍLIOS ÓRGÃOS ENT.FEDERAIS

**PARTE I**

**A SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA: UM NOVO PERFIL PARA A  
GESTÃO DO SUS**

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia é órgão da estrutura administrativa do Governo Estadual, criada pela Lei nº. 2.321, de 11 de abril de 1966 e modificada pelas Leis nº. 7.435, de 30 de dezembro de 1998, nº. 8.888, de 24 de novembro de 2003 e nº. 9.831, de 01 de dezembro de 2005. Tem por finalidade a formulação da política estadual de saúde, a gestão do Sistema Estadual de Saúde e a execução de ações, em consonância com as disposições da Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o SUS.

A gestão 2007-2010, no âmbito das suas competências institucionais, propôs, por meio do Secretário de Estado da Saúde, um novo desenho funcional para a instituição. Nessa perspectiva, a Lei nº 11.055 de 26 de Junho de 2008 altera a estrutura organizacional e de cargos em comissão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB.

Desta forma, a nova estrutura organizacional da SESAB ajustada funcionalmente assume o seguinte escopo (Figura 1):

- Administração Direta:
- Gabinete do Secretário – GASEC e órgãos vinculados (Coordenação de Projetos Especiais; Coordenação de Controle Interno – CCI e Assessoria de Comunicação Social – ASCOM e Assessorias Especiais);
- Diretoria de Auditoria do SUS/BA;
- Diretoria Executiva do Fundo Estadual de Saúde;
  - Diretoria de Orçamento Público – DOP;
  - Diretoria de Finanças;
  - Diretoria de Convênios;
- Diretoria Geral – DGE;
  - Diretoria Administrativa;
  - Diretoria de Licitações e Contratos;
  - Diretoria de Modernização Administrativa;
- Diretorias Regionais de Saúde – DIRES;
- Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA, incorporando à sua estrutura funcional a Diretoria de Informação em Saúde – DIS; Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador; Diretoria de Vigilância

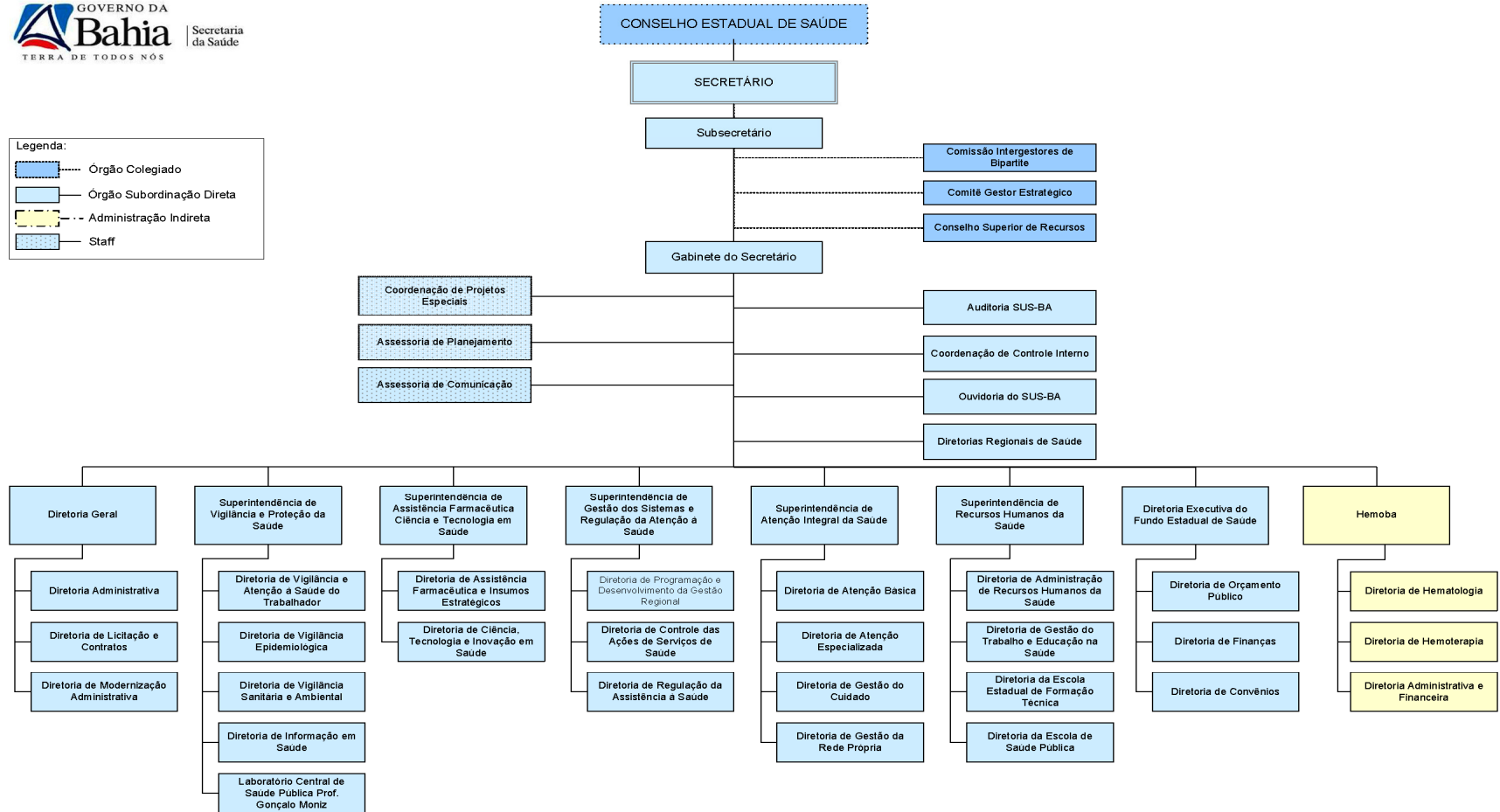
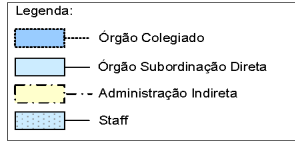
Epidemiológica – DIVEP; Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental – DIVISA; Laboratório Central de Saúde Pública Prof<sup>o</sup>. Gonçalo Moniz – LACEN.

- Superintendência de Recursos Humanos da Saúde – SUPERH, composta pela Diretoria de Administração de Recursos Humanos da Saúde – DARH, Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – DGETS, Escola de Saúde Pública – EESP e Escola Estadual de Formação Técnica – EFTS.
- Superintendência de Gestão dos Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde - SUREGS, incorporando à sua estrutura funcional a Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regional – DIPRO; Diretoria de Controle das Ações e Serviços de Saúde – DICON; Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde – DIREG.
- Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde – SAFTEC, incorporando em sua estrutura funcional a Diretoria de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – DASF e adotando novo perfil para a Diretoria de Controle e Avaliação da Gerência das Unidades em Parceria passando a se chamar Diretoria de Ciência e Tecnologias e Inovação em Saúde – DITEC;
- Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS, assumindo novo perfil com a Diretoria de Atenção Básica – DAB, Diretoria de Atenção Especializada - DAE, Diretoria de Gestão do Cuidado – DGC e Diretoria de Gestão da Rede Própria – DGRP.

#### B. Administração Indireta:

- Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia – HEMOBA.
  - Diretoria de Hematologia;
  - Diretoria de Hemoterapia;
  - Diretoria Administrativa e Financeira;

**FIGURA 01 - ORGANOGRAMA DA SESAB**



**PARTE II**

**PRINCIPAIS REALIZAÇÕES DA SESAB**

## 1. A SAÚDE NA BAHIA DE TODOS NÓS

O Governo do Estado da Bahia, por meio da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB e demais órgãos, intervém para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, com ações que vão desde a gestão do sistema, incluindo aí, a área de gestão do trabalho e da educação permanente, vigilância, infra-estrutura, à atenção ambulatorial e hospitalar, ou seja, na prestação de serviços públicos de saúde de qualidade.

Para tanto, define a saúde como prioridade, no bojo de suas diretrizes estratégicas, por entender que é um bem social, portanto, direito de todos. Explicita no Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011, instrumento magno da gestão do SUS, conforme Lei Federal 8.080 de 1990, a política estadual de saúde da Bahia, reafirmando, dentre outras coisas, os princípios (Universalidade, Integralidade e Equidade) e diretrizes (Regionalização, Descentralização, Participação e Controle Social) do SUS no Estado.

Os princípios partem da premissa de que saúde é direito de todos os cidadãos o acesso ao sistema de saúde, garantido assim a universalidade da assistência. Na perspectiva da integralidade, trabalha-se com a idéia de que esse acesso, universal, deve se dá em todo o sistema, desde ações e serviços de prevenção, promoção à cura e reabilitação da saúde. Por fim, com a Equidade, garantem-se a todos os cidadãos, cujas necessidades se apresentam de forma diferente o atendimento a essas.

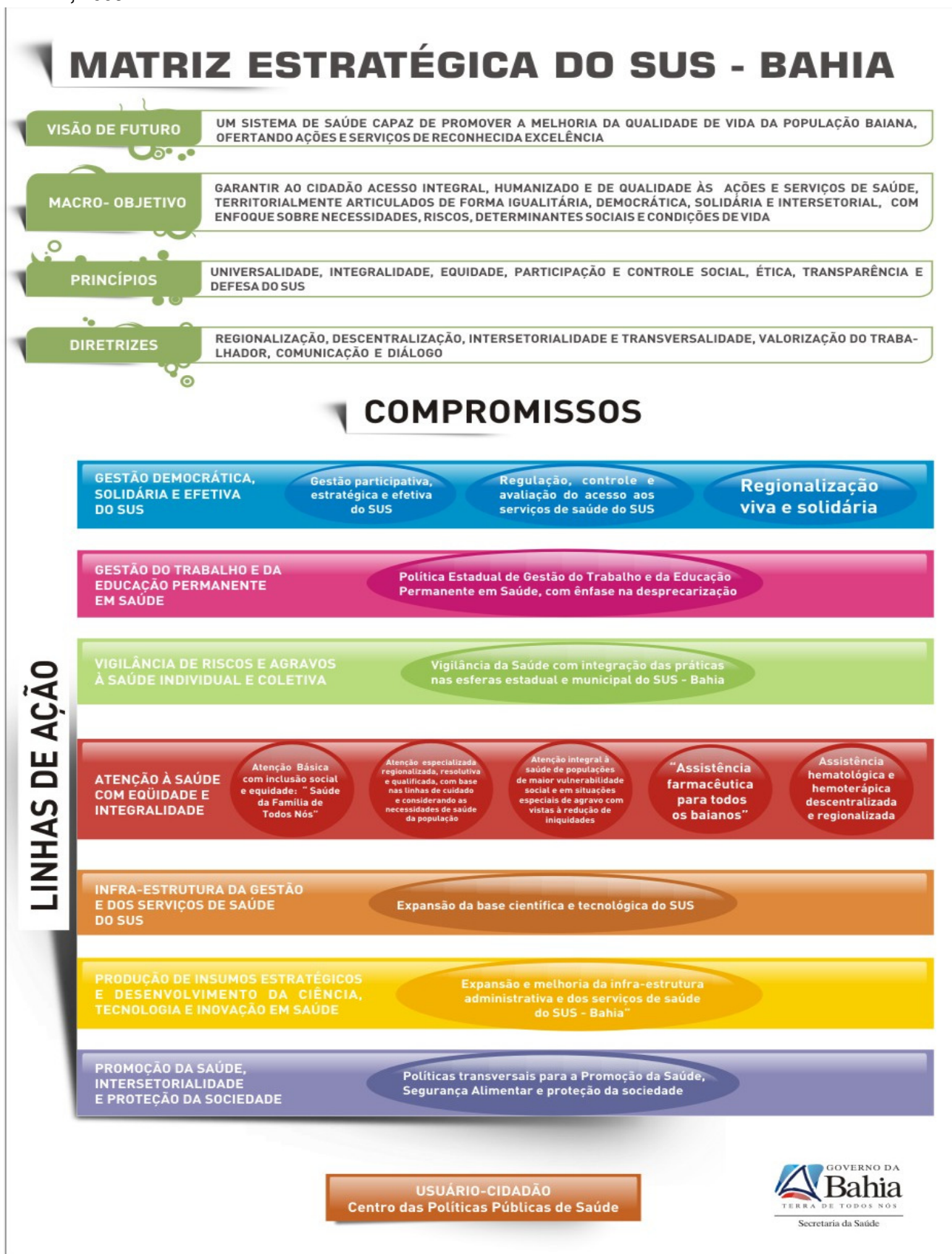
As diretrizes visam garantir que os princípios acima explicitados sejam cumpridos, assegurando não somente a direção do Sistema Único de Saúde no âmbito nacional, mas estabelece responsabilidades para com a saúde da população, entre os três entes federados (Governo Federal, Estadual e Municipal). Não obstante, orienta a organização do acesso aos serviços de saúde, obedecendo aos limites geográficos e a oferta destes serviços em dada região. Tem-se buscado garantir ainda no SUS, a participação efetiva da sociedade, nas decisões políticas do sistema, bem como no controle e fiscalização das ações e serviços prestados a população, o que se denominou de controle social.

O Governo da Bahia, na gestão 2007 – 2010 empenha-se na busca de garantir ao cidadão o acesso às ações e serviços públicos de saúde de forma integral, humanizada

e com qualidade, articulada de forma participativa, intersetorial e territorialmente – macro objetivo para o SUS na Bahia.

Para tanto, o Governo do Estado firmou compromissos com a população Baiana e definiu sete grandes linhas de ação para a consolidação do Sistema na Bahia, que se encontram explicitado na Matriz Estratégica do SUS - Bahia: Gestão Democrática, Solidária e Efetiva do SUS; Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde; Vigilância de Riscos e Agravos à Saúde Individual e Coletiva; Atenção à Saúde com Equidade e Integralidade; Infra-estrutura da gestão e dos serviços de saúde do SUS – Bahia; Produção de insumos estratégicos e desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação em saúde; Promoção da Saúde, Intersetorialidade e Proteção da Sociedade. (FIGURA 02)

**FIGURA 02**  
**MATRIZ ESTRATÉGICA DO SUS – BAHIA**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB

## Aplicação dos Recursos em Saúde – Bahia

O Governo do Estado tem adotado desde janeiro de 2007 medidas imprescindíveis na área de financiamento do SUS para o cumprimento dos compromissos assumidos com a área da saúde. Vem garantindo maior aporte de recursos financeiros advindos do tesouro estadual e também promovendo melhor captação por fontes externas para o desenvolvimento das ações planejadas, principalmente recursos do Ministério da Saúde.

A tabela 01 mostra a evolução das despesas próprias com saúde do período de 2003 a 2009 e permite evidenciar que o Governo do Estado não somente vem cumprindo com o disposto na Emenda Constitucional – EC n. 29/2000, mas como também vem ampliando a aplicação de recursos próprios. A EC n. 29/2000 assegura o financiamento das ações e serviços públicos de saúde estabelecendo que as três esferas de governo apontem anualmente recursos mínimos proveniente da aplicação de percentuais, que no caso dos estados é de 12% das receitas líquidas de impostos.

**TABELA 01**  
**EVOLUÇÃO DA APLICAÇÃO MÍNIMA DE RECURSOS FINANCEIROS EM SAÚDE – EC 29**  
**BAHIA, 2003 – 2009**

Em R\$ 1.000,00

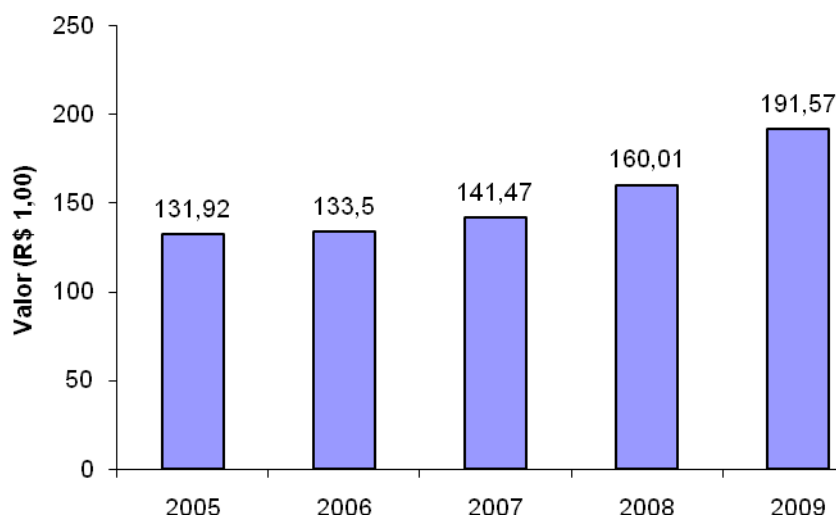
ANO	RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTO - RLI	APLICAÇÃO MÍNIMA	%	APLICAÇÃO REALIZADA	%
2003	6.767.004	676.700	10	723.402	10,7
2004	7.679.842	921.581	12	930.678	12,1
2005	8.531.091	1.023.731	12	1.036.372	12,2
2006	9.694.826	1.163.379	12	1.179.483	12,2
2007	10.642.092	1.277.051	12	1.352.936	12,7
2008	12.247.925	1.469.751	12	1.572.385	12,8
2009	12.155.265	1.458.632	12	1.687.967	13,9

Fonte: Fesba/Difin/Coord. Prestação de Contas – Sicof-SEFAZ

A tabela 01 demonstra que, mesmo com a queda da receita líquida arrecadada pelo Estado em 2009 em relação a 2008, houve aumento na aplicação dos recursos em Saúde.

Tem-se observado ainda um aumento gradativo das despesas com saúde, sob a responsabilidade do Estado. O gráfico 01 demonstra a evolução das despesas com saúde por habitante, que cresce em 17% se compararmos os valores absolutos dos anos de 2006 e 2008.

**GRÁFICO 01**  
**DESPESA COM SAÚDE POR HABITANTE**  
**BAHIA, 2005 – 2009\***



Fonte: SESAB/Fesba

\* Dados preliminares - Valor estimado.

A tabela 02 permite evidenciar, uma ampliação anual do total do recurso programado (todas as fontes), R\$ 271 milhões em 2007, R\$ 517,7 milhões em 2008 e de R\$ 514,5 milhões em 2009. Os incrementos aos orçamentos iniciais ocorridos ao longo dos exercícios de 2007, 2008 e 2009 atingiram percentuais superiores a 14%, 25% e 21%, respectivamente. Também é possível evidenciar melhores percentuais de execução orçamentária, que desde 2007 ultrapassa a marca dos 90% de despesas liquidadas, atingindo 94,8% no ano de 2009.

**TABELA 02**  
**PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE**  
**BAHIA, 2006 – 2009\***

Ano	Orçado Inicial (R\$1.000,00)	Incremento (R\$1.000,00)	Orçado Atual (R\$1.000,00)	Liquidado (R\$1.000,00)	(%)
2006	2.062.935	26.176	2.089.111	1.863.259	89,2
2007	1.885.912	270.889	2.156.801	1.970.737	91,4
2008	2.053.766	517.773	2.571.539	2.317.249	90,1
2009	2.438.393	514.589	2.952.972	2.804.078	99,6

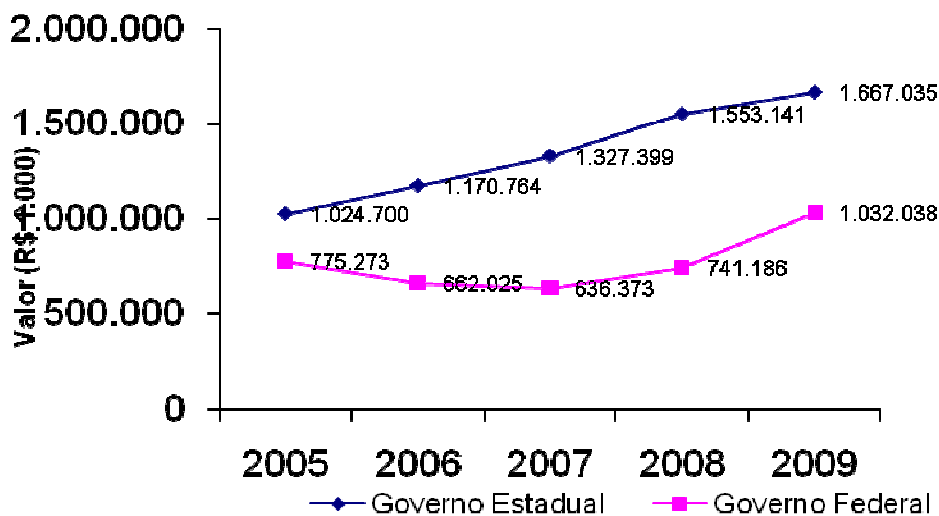
Fonte: SESAB/FESBA – SICOF gerencial.

O aumento dos recursos programados para a saúde no Estado reflete, dentre outras coisas, a decisão política de priorizar a área da saúde. Destacam-se ainda o aumento

de arrecadação das receitas tributárias do Estado até 2008 (tendo reduzido em 2009) e a ampliação da captação de recursos do Governo Federal, mesmo diante da crise financeira que atingiu a economia mundial no final de 2008. Cabe ressaltar, que apesar da crise, o valor liquidado no exercício de 2009, mais de R\$2,8 bilhões, foi 66,4% maior que todo o recurso aplicado em 2006 (R\$ 1,86 bilhão).

O gráfico 02 mostra a evolução dos recursos aplicados em saúde na Bahia pelo Governo Federal e Estadual no período de 2005 a 2009, destacando as fontes com maior volume de recursos no PPA 2008 – 2011. Esse permite evidenciar uma ampliação acentuada dos recursos próprios aplicados em saúde, principalmente no período de 2007 a 2009. Somente em 2009 foram aplicados pelo Governo Federal mais de R\$1 bilhão, um incremento de 39,2% se comparado ao ano de 2008, onde foram aplicados cerca de R\$741 milhões, e de 55,9% em relação ao ano de 2006, com o valor de R\$662 milhões aplicados. O aumento significativo apresentado pela fonte 48 (Governo Federal) durante o exercício de 2009 deve-se, também, a mudança da lógica da transferência de recursos através dos blocos de financiamentos, pelo MS.

**GRÁFICO 02**  
**RECURSOS APLICADOS EM SAÚDE NA BAHIA**  
**BAHIA, 2005 - 2009**

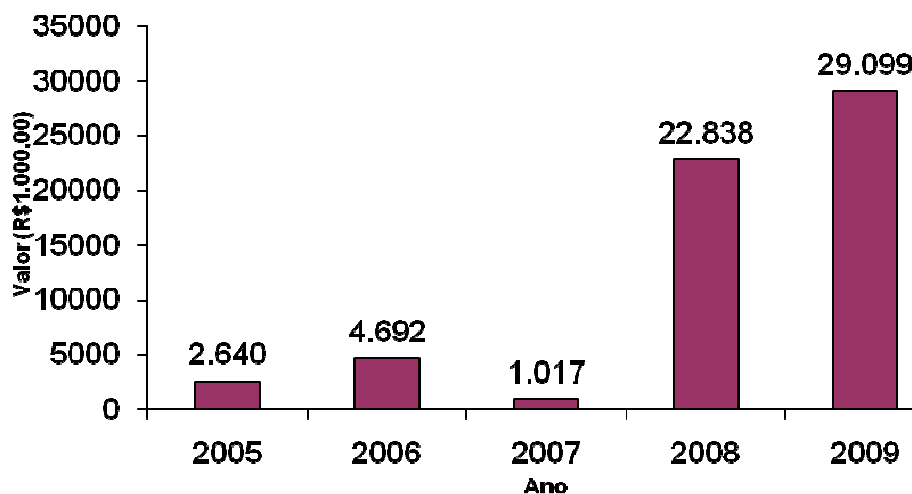


Fonte: SESAB/Fesba – SICOF gerencial, posição de 07 de janeiro de 2010.

Obs: recursos oriundos do Tesouro Estadual p/ cumprimento da emenda EC 29 (Fontes 00 e 30) e Transferências regulares do FNS (fonte 48 e 49) do Plano Plurianual 2008 – 2011. A partir de 2009 todo recurso transferido pelo FNS foi pela fonte 48, exceto o recurso da Farmácia Popular ( Ft. 49)

Destaca-se ainda no ano de 2009 a captação de recursos por meio de convênios federais. Foram cerca de R\$ 29,1 milhões, o que representa um incremento de 27,4% em relação ao ano de 2008, onde foram captados cerca de R\$ 22,8 milhões e de 486,6% se comparado ao ano de 2006, onde foram captados aproximadamente R\$ 4,7 milhões – gráfico 03. O ingresso significativo desse recurso reflete o empenho da SESAB em ampliar essa captação, garantindo mais recursos para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a área ambulatorial e hospitalar; capacitação de pessoal entre outros. Áreas importantes como “Saúde do Homem” e “Atenção à Saúde de Portadores de Anemia Falciforme” foram contempladas nesse esforço.

**GRÁFICO 03**  
**EVOLUÇÃO DOS RECURSOS CAPTADOS POR MEIO DE CONVÊNIOS FEDERAIS (em R\$1.000,00)**  
**BAHIA, 2005 – 2009**



Fonte: SESAB/Fesba – SICOF gerencial.

A ampliação dos recursos aplicados em saúde pelo Governo do Estado permitiram, dentre outras coisas, o aumento das transferências aos municípios bem como um volume maior de recursos para a assistência hospitalar e ambulatorial. Somente no ano de 2009 foi transferido aos municípios cerca de R\$79 milhões, um incremento de 8% se comparado a 2008, quando foram transferidos cerca de R\$73 milhões, 8,9% em relação a 2006 (R\$ 72,8 milhões) e de 123% em relação ao ano de 2005, onde foram transferidos R\$35,4 milhões.

No tocante a assistência hospitalar e ambulatorial foi aplicado cerca de R\$1,27 bilhões no ano de 2009, um incremento de 27,7% em relação a 2008, que teve uma aplicação de R\$994,7 milhões e de 47,3% em relação ao ano de 2006, quando foram aplicados recursos da ordem de R\$862,3 milhões. A tabela 03 apresenta os recursos aplicados na saúde por área de ação governamental<sup>2</sup> no Estado da Bahia, no período de 2005 –

<sup>2</sup> Na correspondência das ações do PPA 2004-2007 para as ações do PPA 2008-2011 algumas ações deixaram de compor o orçamento da SESAB, outras foram inseridas e algumas ainda mudaram de subfunção. Observando a tabela 03 pode-se verificar reduções de valores aplicados em quatro subfunções, a saber: 125 – Normatização e Fiscalização: 10 ações (projetos e atividades) passaram a compor outras subfunções representando no total R\$13.645.934 em 2008 e R\$12.569.305 em 2009; 306 – Alimentação e Nutrição: era composto, no orçamento da SESAB por apenas uma ação, que atualmente faz parte de outra subfunção com recursos aplicados no valor de R\$243.033 em 2008 e R\$396.068 em 2009; 511 – Saneamento Básico Rural: essa subfunção fazia parte da Unidade Executora CERB, que teve grande parte do orçamento contingenciado no exercício 2009; 573 – Difusão do Conhecimento Científico e Tecnológico: a atividade que tinha maior representatividade nesta subfunção teve seu orçamento reduzido em função de ter parte das ações realizadas como ação intermediária de outras atividades da SUVISA e ainda assim passou a compor a subfunção 126 – Tecnologia da Informatização.

2009.

**TABELA 03**  
**RECURSOS APLICADOS POR ÁREA DE AÇÃO GOVERNAMENTAL**  
**BAHIA, 2005 - 2009**

VALOR (R\$1.000,00)

ÁREA GOVERNAMENTAL	2005	2006	2007	2008	2009
<b>SECRETARIA DA SAUDE - SESAB</b>					
PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO	0	0	0	520	249
ADMINISTRAÇÃO GERAL	609.921	694.048	824.243	988.564	1.124.321
CONTROLE EXTERNO	0	0	0	14	14
NORMATIZAÇÃO E FISCALIZAÇÃO	23.537	56.040	6.965	2.755	2.274
TECNOLOGIA DA INFORMATIZAÇÃO	17.918	22.964	16.929	16.552	20.013
FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	17.075	14.905	20.888	23.953	26.870
COMUNICAÇÃO SOCIAL	1.701	3.185	4.051	5.434	7.782
DEFESA CIVIL	160	0	0	0	10
ASSISTÊNCIA AO IDOSO	96	70	98	160	201
ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA	10.145	9.109	8.617	7.749	8.863
ATENÇÃO BÁSICA	38.803	49.083	47.978	49.143	65.406
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	948.819	862.370	879.188	994.782	1.271.950
SUORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO	57.317	66.738	99.554	130.456	185.764
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	2.358	1.878	1.440	2.625	3.453
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	18.651	13.677	11.834	16.325	20.033
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	124	139	22	0	0
PROTEÇÃO E BENEFÍCIOS AO TRABALHADOR	25.920	28.235	37.951	35.932	40.888
RELAÇÃO DE TRABALHO	0	0	0	640	772
SANEAMENTO BÁSICO RURAL	47.764	38.618	31.465	40.741	23.608
CONTROLE AMBIENTAL	0	0	0	195	802
DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO	39	47	183	47	17
DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E	0	0	0	98	352
DIFUSÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO E	1.551	2.136	1.768	484	240
TECNOLÓGICO					
PRODUÇÃO INDUSTRIAL	0	0	0	0	102
OUTROS ENCARGOS ESPECIAIS	12	15	25	75	94
<b>TOTAL</b>	<b>1.821.910</b>	<b>1.863.256</b>	<b>1.993.200</b>	<b>2.317.244</b>	<b>2.804.078</b>

Fonte: SESAB/Fesba/Sicof Gerencial.

A tabela 04 mostra a ampliação da aplicação dos recursos no período de 2008 a 2009, por programa de governo<sup>3</sup>, com destaques para a reorganização da atenção especializada que concentra os recursos da média e alta complexidade do Estado (rede hospitalar e ambulatorial), tendo sido gastos em 2009 cerca de R\$1,75 bilhão, enquanto que em 2008 foram gastos apenas R\$896 milhões, ou seja, houve um incremento de 96% no montante de recursos aplicados no período. A SESAB aplicou em 2009 cerca de R\$2,8 bilhões, representando 21,7% a mais que o ano de 2008, quando foram aplicados R\$2,3 bilhões.

<sup>3</sup> O Programa Ações de Apoio Administrativo do Poder Executivo teve redução na aplicação porque teve a ação referente ao Grupo Ocupacional de Saúde transferida para o Programa Reorganização da Atenção Especializada.

Foram ampliados ainda no ano de 2009, o montante de recursos aplicados na Expansão e Qualificação da Atenção Básica com Inclusão Social<sup>4</sup>, Assistência Farmacêutica, Integração e Operação das Práticas de Vigilância e na Expansão e Melhoria da Infra-estrutura de saúde, cujos incrementos no período de 2008 a 2009, foram de 25%, 40%, 31% e de 114%, respectivamente. Cabe destaque ainda o montante de R\$28 milhões de recursos aplicados na Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia, um incremento de 26,5% em relação ao ano de 2008, quando foram aplicados cerca de R\$22 milhões.

---

<sup>4</sup> Não estão incluídos neste programa os recursos aplicados em construção, reforma e aquisição de equipamentos para o Programa Saúde da Família.

**TABELA 04**  
**RECURSOS APLICADOS EM SAÚDE POR PROGRAMA DE GOVERNO**  
**BAHIA, 2008 – 2009**

PROGRAMA	VALOR (R\$1.000,00)	
	RECURSOS APLICADOS	
	2008	2009
<b>SECRETARIA DA SAUDE – SESAB</b>	<b>2.317.249</b>	<b>2.804.078</b>
<b>FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - FES/BA</b>	<b>2.294.927</b>	<b>2.775.772</b>
Gestão Estratégica, Participativa e Efetiva em Saúde	1.892	1.853
O SUS e uma Escola: Política Estadual de Educação	23.791	26.305
Regula Saúde: Acesso Organizado e Resolutivo ao SUS	2.781	4.265
Regionalização Viva e Solidária em Saúde	649	248
Saúde Bahia	16.058	29.544
Expansão e Qualificação da Atenção Básica com Inclusão Social	36.815	46.263
Reorganização da Atenção Especializada	896.448	1.758.736
Reorganização da Atenção as Urgências	9.044	10.246
Atenção Integral a Saúde de Populações Estratégica	9.353	11.302
Assistência Farmacêutica	121.735	171.014
Integração e Operação das Práticas de Vigilância de Saúde	27.688	36.365
Expansão e Melhoria da Infra-estrutura de Saúde	70.681	151.639
Dias Melhores: Urbanização Integrada de Assentamento	306	352
Tudo Limpo - Resíduos Sólidos	0	0
Esgotamento Sanitário, Drenagem e Manejo de águas	1.742	138
Água para Todos – PAT	38.998	23.470
Infra-estrutura para o Sistema Penitenciário	167	146
Ressocialização: Direito do Preso	1.963	2.034
Defesa Civil	0	10
Adequação do Parque Predial Administrativo do Estado	0	76
Gestão da Política de Comunicação do Governo	2.237	4.986
Participação e Controle Social	129	83
Inova Bahia: Desenvolvimento da Base Científica, Tecnológica	382	425
Popularização da Ciência	248	185
Ações de Apoio Administrativo do Poder Executivo	1.031.820	496.088
<b>FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DA BAHIA</b>	<b>22.323</b>	<b>28.306</b>
Qualidade do Sangue, Assistência Hematológica e Hemoterápica	10.213	13.923
Ações de Apoio Administrativo do Poder Executivo	12.035	14.289
Operação Especial	75	94
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>2.317.249</b>	<b>2.804.078</b>

Fonte: SESAB/Fesba

Nos programas de governo citados anteriormente, estão garantidos os recursos aplicados nas ações prioritárias na Saúde da Bahia, a saber: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, Medicamento em Casa, Internação Domiciliar, Rede de Laboratórios de Saúde Pública, Saúde da Família de Todos Nós e Expansão e melhoria da infra-estrutura da rede de saúde do SUS – Bahia.

## 2. PROJETO SAÚDE BAHIA

O Projeto Saúde Bahia, mediante contrato assinado em outubro de 2002, entre o Banco Mundial (BIRD) e o Estado da Bahia, através da Secretaria de Saúde do Estado (SESAB), pretendia contribuir com a reforma do sistema estadual de saúde baseado nas políticas nacionais de descentralização da saúde e as políticas estaduais de redução da pobreza e das desigualdades. Tinha como macro-objetivo melhorar as condições de saúde da população baiana, ampliando o acesso, a equidade e a eficiência do setor.

O Projeto Saúde Bahia foi planejado para ser executado num período de sete anos (2003 a 2010) divididos em duas fases onde os recursos envolvidos seriam 60% financiados pelo BIRD e 40% seriam contrapartida do Governo do Estado. Para a Fase I (2003-2007) foi assinado o Acordo de Empréstimo LN 7182-BR no valor de USD 30,000,000. A data final firmada para o encerramento da primeira fase (inicialmente 30 de setembro de 2007) foi prorrogada de modo que em 28 de abril de 2009, o BIRD informou que os pedidos de saques e desembolsos do Empréstimo seriam aceitos até 31 de dezembro de 2009 para as despesas realizadas até 31 de agosto de 2009.

O Projeto foi constituído por três componentes técnicos e um de gestão: Componente I - Implantação das microrregiões de saúde na Bahia; Componente II - Fortalecimento da capacidade de implementação de políticas e de regulação da SESAB; Componente III - Expansão da Atenção Básica e Componente IV - Gestão do Projeto.

De acordo com o PAD (Documento de Avaliação do Projeto), formalmente, a avaliação do Projeto Saúde Bahia seria realizada por meio da verificação do alcance de determinadas metas de desempenho, estruturadas em seis indicadores-síntese, denominados Gatilhos que pretendiam medir o alcance dos objetivos da primeira fase e necessários para disparar a segunda fase:

***Gatilho 1: 50% dos municípios do Estado com alcance de pelo menos 07 metas dos 09 indicadores da Atenção Básica pactuados.***

Inicialmente, foram selecionados dez indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2002; que expressavam a política nacional para este nível de atenção e se constituía no instrumento para negociação de metas com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e da situação de saúde da população brasileira. No

entanto, considerando a não factibilidade do alcance da meta definida para a redução da *proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer* este indicador foi retirado do Gatilho 1 (aprovação do BIRD em julho de 2009) (Quadro 04).

**QUADRO 04  
INDICADORES E METAS DEFINIDAS PARA O GATILHO 1 DO PROJETO SAÚDE BAHIA  
BAHIA, 2009**

INDICADOR DE DESEMPENHO (GATILHO 1)	FONTE	META
Percentual de internações por doenças infecciosas intestinais (DII) em menores de 05 anos de idade.	SIH/SUS	≤18%
Taxa internações por infecções respiratórias agudas (IRA) em crianças menores de 05 anos de idade.	SIH/SUS	≤5,8/1.000
Cobertura vacinal por tetra-valente em crianças menores de 1 ano de idade.	SI-PNI	≥90%
Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal.	SINASC	≥70%
Número de casos confirmados de tétano neonatal.	SINAN	0
*Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.	SINASC	≤6,5%
Percentual de cura de casos novos de Tuberculose.	SINAN	≥85%
Taxa de detecção de casos de Hanseníase.	SINAN	≤1,0/10.000
Taxa de internação de casos por cetoacidose e coma diabético.	SIH/SUS	≤0,3/10.000
Percentual de cobertura pelo Programa Saúde da Família.	SIAB	≥35%

Fonte: Documento de Avaliação do Projeto - PAD (SESAB-BIRD) \* Indicador removido posteriormente.

**Gatilho 2:** *A concentração das despesas estaduais com saúde pública em Salvador reduzida de 40% para 35%.*

**Gatilho 3:** *A capacidade do município de Salvador desenvolvida para o patamar exigido pelas políticas nacionais para Gestão Plena.*

**Gatilho 4:** *Pelo menos cinco microrregiões de saúde com o município-pólo gerenciando 10% ou mais do orçamento dos demais municípios e realizando auditoria da assistência.*

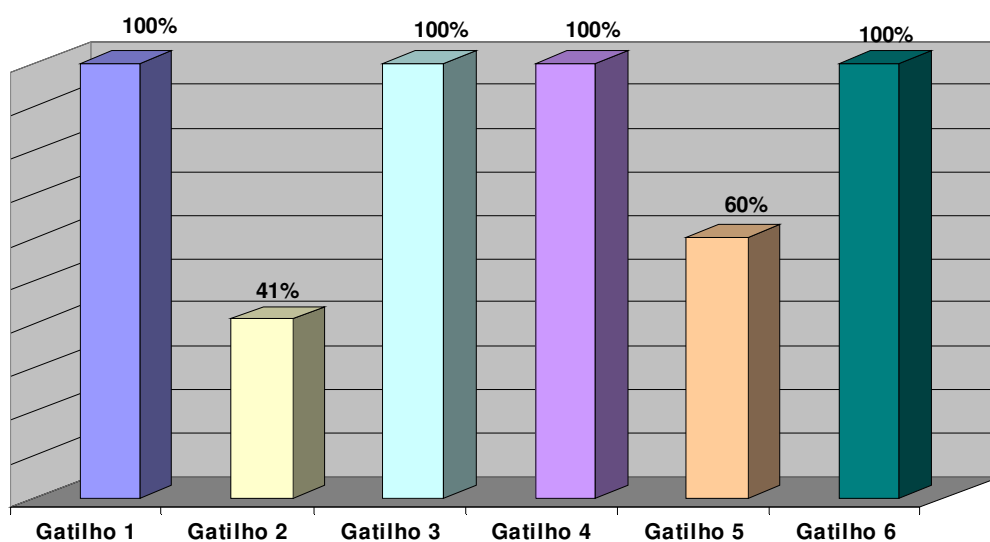
**Gatilho 5:** *Pelo menos cinco intervenções de alta complexidade reguladas com*

transparência na lista de espera e na transferência de recursos para intervenções.

**Gatilho 6:** Redução do número de hospitais menores de 50 leitos sob controle direto da SESAB para no máximo 10.

Com o encerramento do Projeto Saúde Bahia em 2009 e realização da avaliação final verificou-se que quatro Gatilhos foram alcançados em 100% (Gatilhos 1, 3, 4 e 6) conforme o gráfico a seguir (Gráfico 04). De acordo com a Ajuda Memória da Missão de junho de 2005, o Gatilho 1 era de alcance obrigatório e seria facultado à SESAB abrir mão de um ou dois dos demais cinco gatilhos, caso o Gatilho 1 fosse alcançado em 80 ou 100%, respectivamente. Mediante tal possibilidade, os Gatilhos 2 e 5 foram renunciados, por causa da inviabilidade de alcance das metas estipuladas para os mesmos até o encerramento do Projeto.

**GRÁFICO 04**  
**ALCANCE FORMAL DOS GATILHOS DO PROJETO SAÚDE BAHIA**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: UGP/GASEC/ SESAB

O Projeto Saúde Bahia, também, previa a execução de subprojetos municipais (obras, reformas, construções de unidades de saúde da família e aquisição de equipamentos para as mesmas) em 86 municípios com mais baixo IDH e IGHS do Estado. .

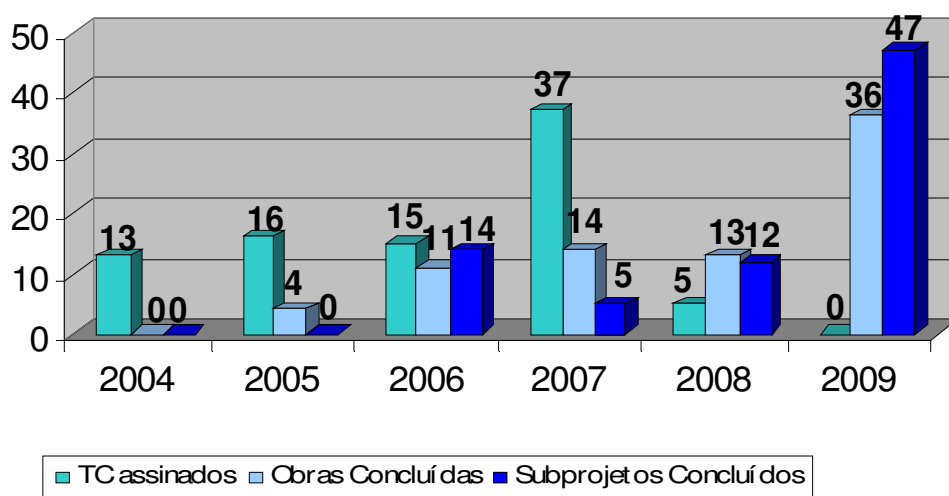
Em fevereiro de 2009, em virtude das eleições municipais de 2008, foi realizado um encontro com os novos gestores e seus técnicos, com o objetivo de informar sobre o Projeto Saúde Bahia, a política da SESAB de fortalecimento da Atenção Básica e

prestar esclarecimentos a respeito dos procedimentos relativos às etapas da execução dos subprojetos.

Considerando que no início do ano de 2009 quarenta e quatro municípios (51,2%), encontrava-se com status de execução “*em andamento*” e tendo em vista a proximidade do encerramento do Projeto, foram intensificadas as visitas técnicas de supervisão pela UGP e DIRES. A UGP concentrou esforços no atendimento aos municípios, ampliando a equipe que atuava diretamente com subprojetos, disponibilizando assim, maior apoio aos mesmos a fim de impulsionar a execução das ações e melhoria da qualidade da gestão dos serviços apoiados pelo Projeto.

Ao final de 2009, sete municípios pré-selecionados foram excluídos e perderam o benefício do subprojeto por não terem cumprido as etapas necessárias nos prazos pactuados com a UGP, tornando-os inexecutáveis. Acrescenta-se, ainda, que um município encontra-se (até o momento) com suas ações paralisadas – processo encontra-se na PGE. O Gráfico 05 demonstra a distribuição anual das assinaturas dos termos de compromisso, das conclusões das obras e das finalizações dos subprojetos (entendida aqui como obras concluídas e equipamentos instalados nas respectivas USF). Ressalta-se que o ano de 2009 foi marcado por um grande número de municípios que finalizaram suas obras e, também, pela conclusão de grande parte dos subprojetos municipais.

**GRÁFICO 05**  
**DISTRIBUIÇÃO ANUAL DE TERMOS DE COMPROMISSO ASSINADOS, OBRAS CONCLUÍDAS E SUBPROJETOS CONCLUÍDOS**  
**BAHIA, 2004 – 2009**



Fonte UGP-GASEC

Ao final do Projeto (2009), dos 86 municípios contemplados, apenas 01 concluiu somente obras e 78 (90,7%) municípios tiveram seus subprojetos concluídos. Foram 264 Unidades construídas e equipadas (incluindo município com conclusão apenas das obras) e 48 Unidades reformadas e equipadas. Além destas, 03 Unidades foram apenas equipadas, totalizando 311 USF. O número de construções e reformas realizadas e o número correspondente de municípios contemplados a cada ano encontram-se no quadro 05.

**QUADRO 05**  
**SITUAÇÃO DOS SUBPROJETOS MUNICIPAIS DO PROJETO SAÚDE BAHIA**  
**BAHIA, 2006-2009.**

<b>SUBPROJETOS MUNICIPAIS</b>			
<b>ANO</b>	<b>NÚMERO DE MUNICÍPIOS</b>	<b>NÚMERO DE CONSTRUÇÕES</b>	<b>NÚMERO DE REFORMAS</b>
<b>2006</b>	48	159	27
<b>2007</b>	12	39	12
<b>2008</b>	5	15	6
<b>2009</b>	14	51	3
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>264</b>	<b>48</b>

Fonte UGP-GASEC

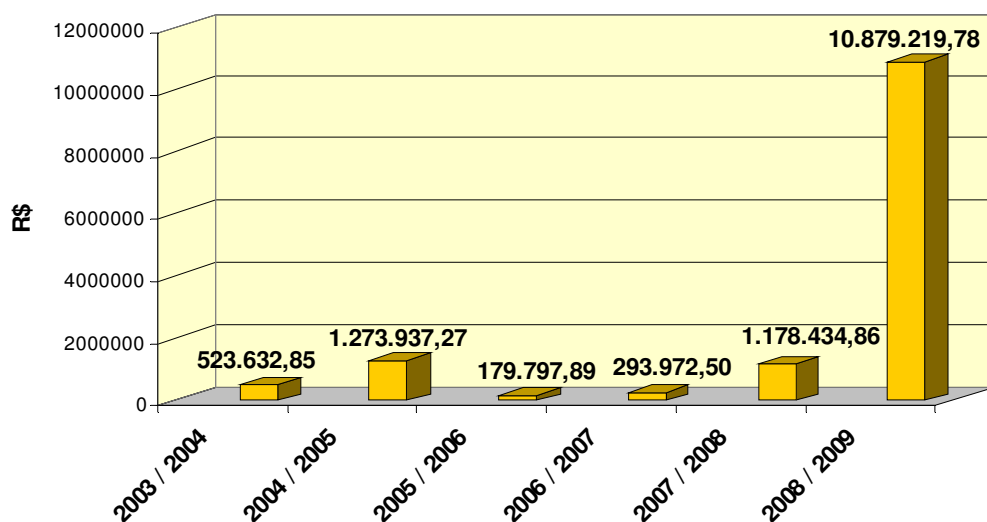
Acrescenta-se ainda que, durante a execução do Projeto Saúde Bahia, foram adquiridos 6.695 bens totalizando R\$ 14.328.995,15 e cerca de 76% dos valores licitados para aquisição dos mesmos ocorreram em 2009. O quadro 06 apresenta um consolidado dos bens adquiridos classificando-os em sete itens e o gráfico 06 demonstra uma análise dos valores licitados para aquisição de bens patrimoniais por períodos -2003 a 2009.

**QUADRO 06**  
**CONSOLIDADO DOS BENS PATRIMONIAIS ADQUIRIDOS PELO PROJETO SAÚDE BAHIA,**  
**DESTACANDO OS PRINCIPAIS ITENS POR NATUREZA**  
**BAHIA, 2009**

ITENS	QUANT.	VALOR LICITADO R\$
<b>Veículos:</b> 02 utilitários para UGP e 65 ambulâncias para Plano Dengue e Gripe H1N1.	67	3.704.667,16
<b>Equipamentos de Laboratório:</b> autoclave vertical (9), autoclave horizontal (47), estufa bacteriológica (9), centrífuga (14), analisador de íons (9), analisador bioquímico (9), câmara frigorífica (9), carro hidráulico (21) banho maria (9), centrífuga sorológica (14), sistema automático p/ hematologia (9), câmara de fluxo (9), balança eletrônica (9), microscópio binocular (9), aglutinoscópio (9), freezer de ultra baixa temperatura (15), homogeneizador de sangue (9), contador automático de células (9), agitador de kline (9), cronômetro digital (9), bidestilador (9), estufa de esterilização (9), e outros.	278	2.256.896,20
<b>Mobiliário Hospitalar:</b> escada (400), suporte para soro (300), poltrona doador de sangue (50), poltrona reclinável (200), berço (90)	1.040	152.720,70
<b>Mobiliário Comum:</b> mesa (575), cadeira (970), estante (400), arquivo deslizante (03), poltrona-longarina (366), armário (544), gaveteiro (267) entre outros para DASF, DGRP e Plano da Dengue.	3.981	1.209.373,77
<b>Equipamentos Médicos:</b> raio-x (22), ultrassom (25), raio-x móvel (2), laringoscópio (20), ventilômetro (10), mesa cirúrgica (3) aparelho VPAP (10), nebulizador (35), e outros	129	4.802.625,82
<b>Equipamentos de Informática:</b> desktop (418), notebook (213), impressora (101) entre outros para a DASF, DIPRO, DAB, DIREG, LACEN, AUDITORIA, DIRES e Plano Emergencial da Dengue	900	1.760.683,50
<b>Eletrodomésticos:</b> geladeira (121), freezer (9), condicionador de ar (133) entre outros para CEAF, LACEN, DAB, DASF	300	442.028,00
<b>TOTAL</b>	<b>6.695</b>	<b>14.328.995,15</b>

Fonte: UGP/Saúde Bahia

**GRÁFICO 06**  
**BENS PATRIMONIAIS ADQUIRIDOS EM REAIS (R\$) PELO PROJETO SAÚDE BAHIA**  
**BAHIA, 2003 - 2009**

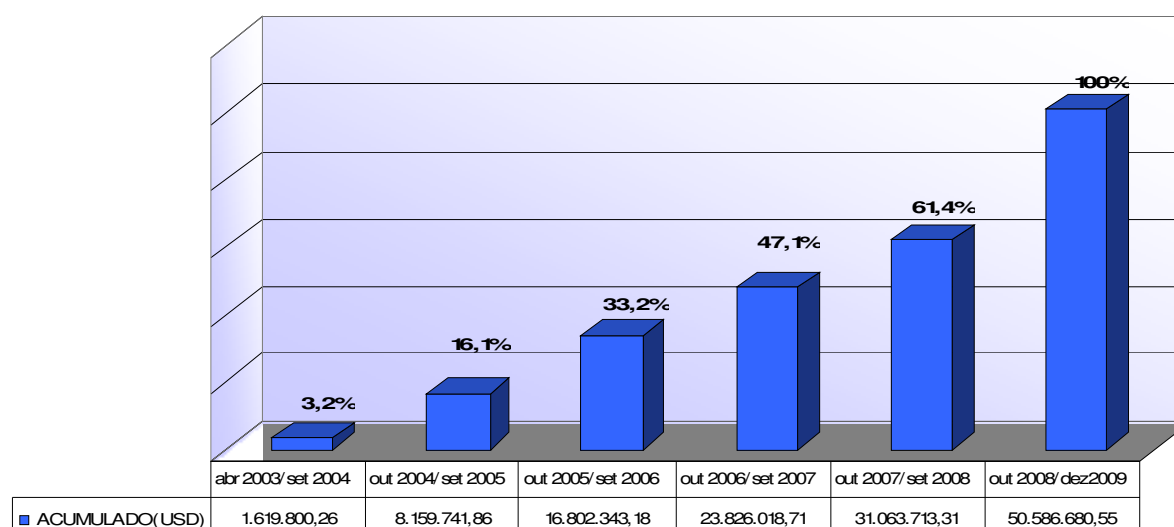


Fonte: UGP/Saúde Bahia

No que diz respeito à execução financeira segundo os componentes do Projeto, a maior parte dos gastos foram no Componente III (59,2%) - em virtude dos Subprojetos municipais - seguido do Componente I (27,8%), Componente IV (10,5%) e Componente II (1,8%), além do depósito de abertura que representou 0,6%.

No período de abril de 2003 a dezembro de 2009 foram aplicados no Projeto Saúde Bahia recursos no valor de USD 50,586,680.56 sendo USD 30,000,000 (59,3%) provenientes do empréstimo BIRD e USD 20,586,680.56 (40,7%) de aporte do Governo do Estado da Bahia. Nos três primeiros anos (entre abril de 2003 e setembro de 2006), os gastos realizados corresponderam a 33,2% (USD 16,802,343.18) do montante previsto para os quatro anos de vigência, revelando baixa execução das ações, conforme pode ser observado no gráfico 07.

**GRÁFICO 07**  
**EVOLUÇÃO ACUMULADA DOS GASTOS DO PROJETO SAÚDE BAHIA**  
**BAHIA, 2003 – 2009**



Fonte: UGP/GASEC

O período compreendido entre outubro de 2006 a dezembro de 2009 houve um avanço significativo na execução financeira do projeto, uma vez que foram gastos USD 33,784,337.37,, que representaram 66,8% de todo o gasto acumulado. Este crescimento justifica-se, principalmente, em virtude das aquisições de equipamentos de média complexidade (M1), construções e adequações das Centrais de Regulação de Salvador (macro e micro), Vitória da Conquista, Alagoinhas, Barreiras, Teixeira de

Freitas e Feira de Santana, aquisição de mobiliários e equipamentos de informática para as referidas Centrais, aquisições relativas ao Plano Emergencial da Dengue e Influenza A - H1N1 (equipamentos médicos, de laboratório, medicamentos, material de consumo e ambulâncias), bem como às ações dos Subprojetos Municipais (obras, equipamentos e mobiliários).

No que diz respeito às Centrais de Regulação, foram investidos a partir dos recursos do Projeto Saúde Bahia R\$ 3.666.524,92 (Quadro 07) e R\$ 790.888,00 através do Ministério da Saúde (para equipamentos de informática e telefonia - Portaria nº 1.571).

**QUADRO 07  
DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO PROJETO SAÚDE BAHIA INVESTIDOS NAS REFORMAS,  
CONSTRUÇÕES E AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIOS E EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA DAS  
CENTRAIS DE REGULAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA  
BAHIA, 2009**

CENTRAIS DE REGULAÇÃO						
Município	Tipo de Obra		Recurso do Projeto Saúde Bahia (PSB)			Total Recurso PSB Investido por Município
	Reforma	Construção	Obras	Mobiliário	Equipamentos de Informática/100 Computadores	
Feira de Santana	X		333.234,05	14.334,31	7.230,00	354.798,36
Salvador (Municipal)	X		940.894,73	35.794,31	-	976.689,04
Salvador (Estadual)	Reforma e Ampliação		754.704,01	83.514,32	57.840,00	896.058,33
Barreiras		X	120.932,34	13.667,32	7.230,00	141.829,66
Teixeira de Freitas		X	441.612,07	14.706,32	21.690,00	478.008,39
Alagoinhas	X		81.802,17	12.362,32	21.690,00	115.854,49
Vitória da Conquista		X	624.056,37	13.667,32	7.230,00	644.953,69
Itabuna	-	-	-	12.362,32	-	12.362,32
Juazeiro*	-	-	-	12.362,32	7.230,00	19.592,32
Jacobina	-	-	-	11.918,32	14.460,00	26.378,32
<b>TOTAL</b>			<b>3.297.235,74</b>	<b>224.689,18</b>	<b>144.600,00</b>	<b>3.666.524,92</b>

Fonte: SUREGS/DIREG/UGP (\*) - A Central de Regulação do Município de Juazeiro foi construída com recurso próprio.

O envolvimento de múltiplos atores e os distintos contextos político-institucionais que influenciaram o desenvolvimento do Projeto ao longo desses anos levaram a ajustes e alterações no Plano de Implementação, caracterizando claramente dois períodos, assim discriminados:

a) o período de 2003-2006, marcado por um elevado nível de gasto com as tarefas de gestão do próprio Projeto; baixa capacidade técnico-operacional da UGP e demais áreas da SESAB relacionadas ao Projeto - levando a contratação de um grande volume de consultorias, inclusive para a elaboração de Termos de Referência; inadequação dos processos de acompanhamento e avaliação do Projeto por parte da UGP e um baixo nível de execução – apenas 34,2%. Chama-se a atenção que somente em 2006 o Projeto obteve a classificação de “Moderadamente Satisfatório”, de acordo com o sistema de avaliação do Banco Mundial.

b) O período de 2007-2009, caracterizado por mudanças significativas na gestão da saúde na Bahia, foi marcado inicialmente por um longo período de negociação com o BIRD para rever e adaptar o Plano de Implementação às novas prioridades da gestão estadual, corrigir as inconsistências acumuladas ao longo dos anos anteriores e enfrentar o desafio de elevar (num curto espaço de tempo) o nível de execução do Projeto, sem perder de vista o compromisso de finalizar o contrato de empréstimo com o pleno cumprimento das metas.

Os efeitos das ações do Projeto – em sua maioria processuais - na estruturação do SUS na Bahia só poderão ser percebidos a longo prazo. Contudo, destaca-se o elevado volume de investimentos na infra-estrutura da rede pública de saúde na Bahia com recursos do Projeto, que tem impacto potencial imediato no desenho institucional do SUS neste Estado, citando-se como exemplos: obras e equipamentos para Unidades de Saúde da Família - viabilizando a expansão desta estratégia para reorganização da Atenção Básica – e para Centrais de Regulação; equipamentos para laboratórios e hospitais de média complexidade; ambulâncias, equipamentos e material de consumo para a rede de urgência e emergência no enfrentamento das epidemias de dengue e da pandemia de influenza; equipamentos de informática para diversas áreas técnicas da SESAB, destacando-se neste particular os destinados à Auditoria, reforçando uma das áreas mais estratégicas para a consolidação do SUS.

Por fim, destaca-se que o alcance dos macro-objetivos do Projeto Saúde Bahia exige ações coordenadas de governo e é resultado de políticas sociais e econômicas efetivas, que transcendem o escopo das ações setoriais. No entanto, é inegável que projetos desta natureza podem contribuir para aumentar a efetividade das ações de saúde. E isto será tão mais verdadeiro quanto mais delimitado e preciso forem seu objeto de intervenção e seus mecanismos de acompanhamento e avaliação.

### 3. EXECUÇÃO DA DESPESA POR LINHA DE AÇÃO

A matriz estratégica do SUS – Bahia, concebida para assegurar o direito constitucional à saúde e garantir ao cidadão o acesso às ações e serviços públicos de saúde de forma integral, humanizada e com qualidade, articulada territorialmente com manifestação participativa e intersetorial, foi estruturada para atender as demandas da sociedade identificadas no Plano Plurianual Participativo, e concentradas em 07 linhas de ação e 13 compromissos, com recursos e dotações orçamentárias fixadas na Lei Orçamentária Anual.

Para garantir os objetivos programados e pactuados para este exercício, foram executados de janeiro a dezembro de 2009, recursos na ordem de R\$ 1,7 bilhão, equivalente a 81,6% do recurso orçado atual para as 07 linhas de ação, conforme evidenciado na tabela 05 e no gráfico 08.

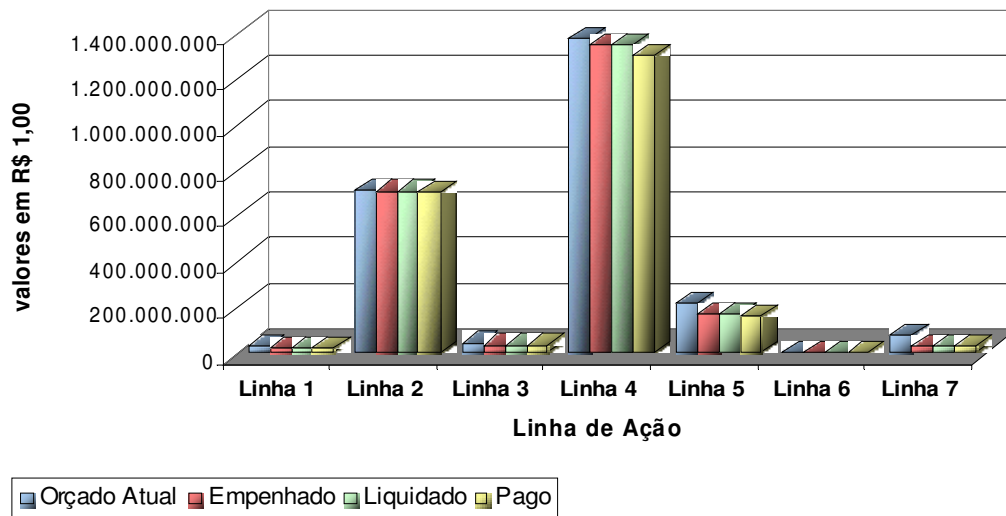
**TABELA 05**  
**CONSOLIDADO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA POR LINHA DE AÇÃO**  
**BAHIA, 2009**

<b>Linha de Ação</b>	<b>Orçado Inicial</b>	<b>Orçado Atual</b>	<b>Empenhado</b>	<b>(%)</b>	<b>Liquidado</b>	<b>(%)</b>
Linha 1	20.433.000,00	20.493.623,00	16.254.341,27	79,3	16.254.341,27	100,0
Linha 2	555.392.667,00	706.993.580,00	704.314.804,95	99,6	704.300.329,95	100,0
Linha 3	23.547.456,00	40.697.793,00	35.898.268,74	88,2	35.898.268,74	100,0
Linha 4	1.111.152.645,00	1.378.041.346,00	1.347.285.401,77	97,8	1.347.254.961,18	100,0
Linha 5	154.718.000,00	213.855.632,00	172.910.281,75	80,9	162.442.611,24	93,9
Linha 6	610.000,00	667.314,00	424.575,82	63,6	424.575,82	100,0
Linha 7	57.149.000,00	76.414.045,00	27.195.273,98	35,6	27.031.771,69	99,4
<b>TOTAL</b>	<b>1.923.002.768,00</b>	<b>2.437.163.333,00</b>	<b>2.304.282.948,28</b>	<b>94,5</b>	<b>2.293.606.859,89</b>	<b>99,5</b>

Fonte: Fesba - DOP / Sicof Gerencial

Observa-se que todas as linhas apresentaram uma execução regular no decorrer do exercício, sendo o percentual geral de execução de 94,5%. A linha 7, onde estão alocados os recursos para ações transversalizadas (intersetoriais), apresentou o menor percentual de execução, conforme já comentado no item 4 deste relatório.

**GRÁFICO 08**  
**CONSOLIDADO DA EXECUÇÃO POR LINHA DE AÇÃO**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: Fesba - DOP / Sicof Gerencial

O detalhamento da execução orçamentária e financeira de cada linha de ação, por programa, atividades e projetos, assim como, por fonte de financiamento, encontram-se demonstrados nos anexos 14 a 20. Enquanto o anexo 31 evidencia o acompanhamento dessas ações por órgão executor, metas e produtos, ou seja, acompanhamento das metas físicas.

#### 4. LINHA DE AÇÃO I - GESTÃO DEMOCRÁTICA, SOLIDÁRIA E EFETIVA DO SUS

A Linha de Ação – “**Gestão democrática, solidária e efetiva do SUS**” – articula os diversos órgãos estratégicos que compõem a esfera administrativa central da SESAB<sup>5</sup> e apresenta 03 compromissos, objetivando fortalecer a gestão do SUS no Estado, a saber:

- Estabelecer uma gestão estratégica, participativa e efetiva no SUS;
- Organizar o acesso ao SUS através de ações de regulação, controle e avaliação dos serviços de saúde;
- Implantar uma regionalização viva e solidária do SUS na Bahia.

As ações programadas para a consecução dos objetivos estratégicos determinados nesta linha de ação estão distribuídas em 06 programas, 13 projetos e 19 atividades, onde foram alocados recursos na ordem de aproximadamente R\$ 20,5 milhões, financiados com recursos do tesouro estadual, operações de crédito, Fundo Nacional de Saúde e de impostos e transferências constitucionais. Deste total, cerca de R\$ 16,3 milhões foram empenhados até o final do exercício.

As tabelas 06 e 07 mostram o desempenho da execução orçamentária e financeira por fontes e programas, enquanto o anexo 14 detalha a execução por projetos e atividades.

---

<sup>5</sup> Gabinete do Secretário da Saúde [e seus órgãos de assessoramento], Diretoria Geral da SESAB, Fundo Estadual de Saúde, Diretoria de Auditoria do SUS-Bahia, Coordenação de Controle Interno, Coordenação de Ouvidoria do SUS-Bahia, Unidade de Gerenciamento do Projeto Saúde Bahia, Superintendência de Regulação da Gestão da Atenção à Saúde, Superintendência de Recursos Humanos através da Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde – DGTES e Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA através da Diretoria de Informação em Saúde – DIS.

**TABELA 06**  
**EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA POR FONTE DE RECURSO DA LINHA GESTÃO**  
**DEMOCRÁTICA, SOLIDÁRIA E FETIVA DO SUS**  
**BAHIA, 2009**

Fonte	Orçado Inicial (A)	Orçado Atual (B)	Empenhado (C)	% (C/B)	Liquidado (D)	% (D/C)
00	0,00	3.054.659,00	1.690.353,35	55,3	1.690.353,35	100,0
25	2.048.000,00	3.497.220,00	2.782.877,02	79,6	2.782.877,02	100,0
30	12.567.000,00	10.967.976,00	9.300.197,01	84,8	9.300.197,01	100,0
47	418.000,00	418.000,00	24.507,36	5,9	24.507,36	100,0
48	5.400.000,00	2.555.768,00	2.456.406,53	96,1	2.456.406,53	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>20.433.000,00</b>	<b>20.493.623,00</b>	<b>16.254.341,27</b>	<b>79,3</b>	<b>16.254.341,27</b>	<b>100,0</b>

Fonte: FESBA/DOP/Sicof Gerencial

**TABELA 07**  
**EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA POR PROGRAMA DA LINHA DE GESTÃO**  
**DEMOCRÁTICA, SOLIDÁRIA E EFETIVA DO SUS**  
**BAHIA, 2009**

Prog.	Orçado Inicial (A)	Orçado Atual (B)	Empenhado (C)	% (C/B)	Liquidado (D)	% (D/C)
123	3.050.000,00	1.037.972,00	919.131,59	88,6	919.131,59	100,0
125	5.296.000,00	4.714.667,00	4.264.568,90	90,5	4.264.568,90	100,0
126	404.000,00	365.731,00	247.845,69	67,8	247.845,69	100,0
127	3.470.000,00	6.368.397,00	5.587.343,43	87,7	5.587.343,43	100,0
134	550.000,00	193.270,00	166.355,80	86,1	166.355,80	100,0
213	7.363.000,00	7.608.365,00	4.985.759,97	65,5	4.985.759,97	100,0
215	300.000,00	205.221,00	83.335,89	40,6	83.335,89	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>20.433.000,00</b>	<b>20.493.623,00</b>	<b>16.254.341,27</b>	<b>79,3</b>	<b>16.254.341,27</b>	<b>100,0</b>

Fonte: FESBA/DOP/Sicof Gerencial

As despesas programadas para esta linha de ação, inicialmente orçada em R\$ R\$ 20,4 milhões, foram alteradas para aproximadamente R\$ 20,5 milhões em razão de ajustes orçamentários, com reforços nas fontes 00 – Recursos Ordinários não Vinculados do Tesouro, 25 – Operações de Crédito Externas e 48 – Fundo Nacional de Saúde – Sistema Único de Saúde – Receita de Prestação de Serviços de Saúde e anulação na fonte 30 – Recursos Vinculados às Ações e Serviços Públicos de Saúde. O desempenho orçamentário global apresentado por esta linha de ação foi de 79,3% em relação ao recurso orçado atual.

Quanto à execução por programa, merece destaque o desempenho alcançado pelos programas 125 – Regula Saúde: Acesso Organizado e Resolutivo ao SUS (90,5%); 123 – Gestão Estratégica, Participativa e Efetiva em Saúde (88,6%) e 127 – Saúde Bahia

(87,7%) tendo em vista o encerramento do Projeto em 2009. O programa 215 - Participação e Controle social foi o que apresentou o menor desempenho nesta linha de ação, tanto na execução da despesa (R\$ 83 mil), quanto em percentual (40%), conforme tabela 30. A execução completa deste grupo de ações se encontra no anexo 14.

#### **4.1 COMPROMISSO 1 - GESTÃO ESTRATÉGICA, PARTICIPATIVA E EFETIVA DO SUS<sup>6</sup>**

[PROGRAMA 123<sup>7</sup>, 134<sup>8</sup>, 213<sup>9</sup>, 215<sup>10</sup>]

Estabelecer uma gestão estratégica, participativa e efetiva do SUS é um dos compromissos assumidos pelo Governo do Estado, entendendo-se que, para tanto, é imprescindível o fortalecimento institucional, a participação e o controle social, fiscalização da qualidade das ações e serviços de saúde e aplicação dos recursos no âmbito do SUS-BA, bem como da qualificação da gestão da informação em saúde para tomada de decisão no Estado da Bahia.

Buscou-se desenvolver uma gestão democrática, com ampla participação da sociedade nos espaços instituídos de decisão e de formulação de políticas, a exemplo das oficinas territoriais do PPA Participativo e das Conferências de Saúde (municipais e estadual) ainda no ano de 2007; solidária, na relação com os entes federados, apoiando técnica e financeiramente todos os municípios; e efetiva, na medida que possa responder de forma satisfatória às demandas e necessidades de saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população baiana. Buscou-se, ainda, promover o desenvolvimento institucional a partir da qualificação dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde

<sup>6</sup> Ações Estratégicas explicitadas no PES 2008 – 2011 para o cumprimento do compromisso I: Disseminação de informações técnico-científicas em epidemiologia e saúde; o gerenciamento integrado e operação dos Sistemas de Informação de interesse para a Vigilância da Saúde; a efetivação do Controle Social no SUS-Bahia; o Projeto MobilizaSUS; a ampliação, descentralização e qualificação da rede de ouvidorias do SUS-Bahia; a modernização, desenvolvimento organizacional e controle administrativo da gestão do SUS-Bahia; a implementação do Planejamento e da Avaliação no âmbito do SUS-Bahia; a implementação de estratégias de comunicação social no âmbito do SUS-Bahia, a implementação das ações de Auditoria no SUS para todo o Estado da Bahia e a cooperação técnica para implantação e implementação do componente municipal do Sistema Nacional da Auditoria do SUS.

<sup>7</sup> **Programa 123** – Gestão Estratégica, Participativa e Efetiva em Saúde.

<sup>8</sup> **Programa 134** – Integração e Operação das Práticas de Vigilância da Saúde

<sup>9</sup> **Programa 213** – Gestão da Política de Comunicação do Governo.

<sup>10</sup> **Programa 215** – Participação e controle social.

prestados à população em busca da efetividade do SUS-BA.

Nessa diretriz, o Estado da Bahia vem implementando o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, regulamentado pela Portaria MS nº. 3.085 de 1º de dezembro de 2006 e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS – ParticipaSUS, instituída pela Portaria MS nº. 3027/2007. Constituída por quatro componentes, Gestão Participativa e Controle Social, Monitoramento e Avaliação, Ouvidoria e Auditoria, a ParticipaSUS visa apoiar e fortalecer o processo de gestão do SUS, sendo seus componentes operacionalizados por vários setores da SESAB, enquanto que o PlanejaSUS tem como objetivo consolidar o planejamento de forma transversal às demais ações do SUS.

### **A participação e o Controle Social na Gestão do SUS**

O Governo do Estado da Bahia vem fortalecendo a gestão da saúde através da implementação e otimização das diversas ações na área de Saúde, bem como ao incentivo ao controle social<sup>11</sup>, garantido o cumprimento do preceito constitucional de participação da sociedade no âmbito do SUS, assegurado ainda pela Lei Federal nº. 8.142 de 1990.

O Conselho Estadual de Saúde (CES) no ano de 2009 atuou de forma ativa na formulação de estratégias, acompanhamento e fiscalização da política de saúde do estado. Dentre as atividades desenvolvidas destaca-se a realização de 11 reuniões ordinárias e uma extraordinária onde foram discutidas e deliberadas importantes questões do SUS-BA, como a aprovação do Plano Estadual de Saúde (PES) 2008-2011, do Relatório de Gestão 2008, e dos Relatórios de Prestação de Contas do 1º e 2º Trimestres do ano de 2009.

Foi feito um esforço para impulsionar a reestruturação dos Conselhos Municipais de Saúde – CMS, apoiando-os tecnicamente. Foram qualificados os Conselhos de Nazaré das Farinhas, Itabuna, Campo Formoso, Andorinhas, Sobradinho, São Francisco do Conde e Ipiaú. Também se pontua a participação na Caravana em Defesa do SUS, I Conferência Estadual de Saúde Ambiental e do Seminário Nacional de Gestão Estratégica e Participativa.

---

<sup>11</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 4175 no PPA 2008 – 2011.

Como estratégia de mobilização social para o fortalecimento do SUS-BA, foi realizada no Estado, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, a proposta “Caravana em Defesa do SUS”, que incluiu o lançamento da Campanha do *SUS como Patrimônio Social, Cultural, Imaterial da Humanidade*, além da Campanha em favor da Regulamentação da Emenda Constitucional nº29, que está recebendo contribuições e apoio por meio de assinaturas eletrônicas na internet. Ao todo foram realizadas nove pré-caravanas (uma em cada macrorregião de saúde) que contaram com a participação dos gestores, conselheiros de saúde e da sociedade civil de todos os municípios da Bahia. Nelas foram discutidos os problemas de saúde de cada região, as dificuldades e avanços dos 20 anos do SUS, bem como os desafios e perspectivas. Como desfecho desse processo, foi realizado a 18ª etapa nacional da Caravana em Defesa do SUS que agregou todas as discussões e demandas das pré-caravanas.

Nesse ano ocorreram duas importantes mudanças em relação ao CES. A primeira se refere à introdução de uma nova dinâmica das reuniões que hoje podem ser realizadas nos dois turnos (matutino e vespertino), ampliando o tempo dos debates. A outra mudança diz respeito à sua re-estruturação, com a revisão do seu regimento interno e a elaboração da Lei de estruturação para correção de inconformidades relacionadas à paridade, ampliando o número de conselheiros membros titulares de 23 para 32 (projeto em tramitação na Assembléia Legislativa do Estado da Bahia - ALBA).

Tendo em vista que a participação da sociedade civil na gestão do SUS consolida-se com uma melhor atuação dos conselheiros, tanto nos conselhos de saúde quanto em outros espaços sociais, a SESAB vem implementando, como estratégia de fortalecimento do controle social, o Projeto MobilizaSUS<sup>12</sup>. Trata-se de uma iniciativa inserida no componente Gestão Participativa e Controle Social do ParticipaSUS que articula intersetorialmente diversas secretarias e órgãos do Estado (Educação, Saúde e Ministério Público, dentre outras) com o intuito de sensibilizar os diversos sujeitos “usuários, trabalhadores e representações” a partir de metodologias participativas e processos pedagógicos que valorizam os diversos saberes e experiências desenvolvidas no âmbito do SUS. Operacionaliza-se por duas estratégias principais: a formação da rede de articuladores e facilitadores de Educação Permanente para a

---

<sup>12</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 4381 no PPA 2008 – 2011.

Gestão Democrática e Participativa do SUS e o desenvolvimento dos Seminários Regionais.

O MobilizaSUS realizou no ano de 2009 duas videoconferências. A primeira sobre educação permanente realizada nas salas de Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista e contou com a participação de 36 articuladores. A segunda videoconferência foi realizada em setembro e transmitida para 25 microrregiões de saúde, envolvendo em torno de 400 pessoas entre articuladores, facilitadores (trabalhadores, usuários, gestores, professores), estudantes e movimentos sociais. Também foram realizadas 09 oficinas microrregionais para a formação de facilitadores, totalizando aproximadamente 945 facilitadores capacitados para desenvolver em seus municípios ações de fortalecimento da participação popular na consolidação do SUS (Tabela 08).

**TABELA 08**  
**NÚMERO DE FACILITADORES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO MOBILIZASUS**  
**BAHIA, 2009**

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>Nº FACILITADORES</b>
Valença	80
Brumado	60
Alagoinhas	80
Itapetinga	85
Irecê	116
Juazeiro	26
Stº Antonio de Jesus	123
Itabuna	125
Jacobina	108
Cruz das Almas	78
Ilhéus	64
<b>TOTAL</b>	<b>945</b>

Fonte: SESAB/Superh/Dgets. Dez/2009

Concomitantemente, tem-se investido na consolidação de canais de comunicação e interação direta com a sociedade civil por meio da Ouvidoria do SUS-Bahia<sup>13</sup> que vem acolhendo e respondendo às demandas da população. Criada pelo decreto nº. 8.803 de 10/10/2003, é constituída de uma coordenação no nível central composta por técnicos de nível superior, apoio administrativo e o *callcenter* com seis tele-atendentes e uma rede de 23 ouvidorias composta por 59 ouvidores nas Macrorregiões: Norte,

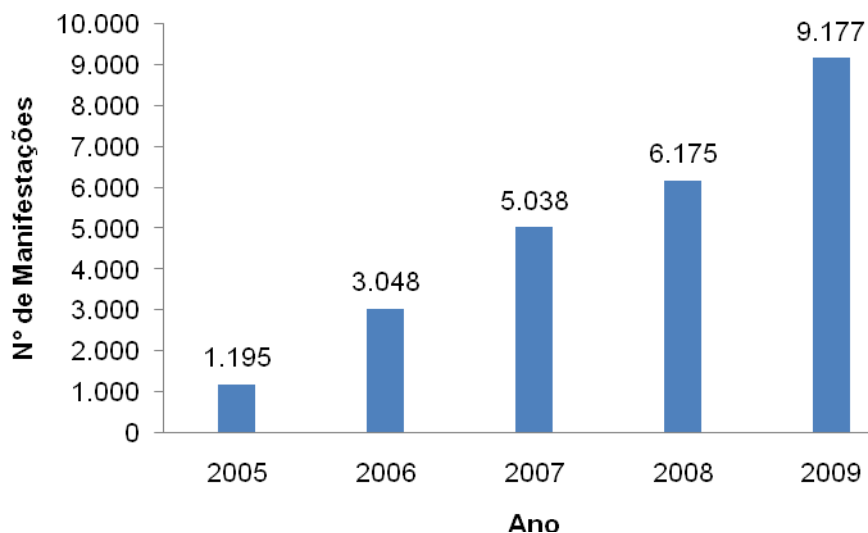
<sup>13</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2843 no PPA 2008 – 2011.

Nordeste; Centro; Extremo Sul; Centro Norte; Centro-Leste; Sul; Oeste; Sudoeste; Microrregião Centro Leste e demais nas unidades hospitalares e de referência a seguir:

- Hospital Geral do Estado – HGE;
- Hospital Geral Roberto Santos – HGRS;
- Hospital Geral de Camaçari – HGC;
- Instituto de Perinatologia da Bahia – Iperba;
- Hospital Geral Clériston Andrade – HGCA;
- Centro Estadual de Oncologia – Cican;
- Hospital Otávio Mangabeira - HOM;
- Hospital Ernesto Simões Filho – HESF;
- Hospital Manoel Vitorino - HVM;
- Centro Estadual Especializado no Diagnóstico, Assistência e Pesquisa-Cedap;
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia – Hemoba;
- Hospital Geral de Vitória da Conquista – HGVC;
- Hospital Geral Prado Valadares – HGPV;

Com esse investimento na ampliação do número de Ouvidorias, foi verificado um incremento significativo das demandas dos cidadãos a esse órgão ao longo dos últimos anos, o que indica o reconhecimento de seu papel enquanto mediador entre a sociedade e o governo. Desta forma, durante o ano de 2009 foi registrado um total de 9.177 manifestações registradas no Sistema OuvidorSUS, um acréscimo de 48,6 % em relação ao ano anterior (6.175), de 82,16 % se comparado a 2007 e 201,1% em relação a 2006, quando foram registradas 3.048 demandas durante todo o ano - gráfico 09.

**GRÁFICO 09**  
**MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS PELA OUVIDORIA – SUS BAHIA**  
**BAHIA, 2005 – 2009**



Fonte: SESAB/Ouvidoria SUS – Bahia. Dez/2009

Em 2009 houve um investimento significativo em divulgação da Ouvidoria. foram realizadas entrevistas em rádios, TV, divulgação expressiva de material informativo para os usuários, participação em eventos regionais e nacionais. A utilização exclusiva do Sistema OuvidorSUS, que trata as manifestações relativas apenas à saúde, significaram as principais causas do aumento de acessos a ouvidoria no ano em questão.

Destaca-se também a realização do I Simpósio de Ouvidorias Públicas em Saúde que contou com a participação de aproximadamente 300 pessoas; a capacitação do Sistema OuvidorSUS e das sub redes das ouvidorias no Hospital Otávio Mangabeira, Hospital Manoel Vitorino e Hospital Geral de Camaçari.

### **Fortalecimento Institucional e Capacidade de Gestão**

O fortalecimento institucional do SUS tem estreita relação com um sistema de planejamento e avaliação integrado<sup>14</sup>, articulado e em rede, aliado a um controle social efetivo e atuante nas decisões políticas, e com uma gestão da informação em saúde fortalecida, possibilitando maior transparência à administração pública e melhoria na

<sup>14</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2845 no PPA 2008 – 2011.

capacidade de gestão.

Nesse intuito, a Secretaria da Saúde vem investindo na implementação do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, concebido enquanto atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão. Para isso, vem concentrando esforço no fortalecimento do planejamento intra-institucional e na qualificação dos seus instrumentos de gestão, bem como no apoio aos municípios na gestão do SUS.

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2008-2011, aprovado em abril pelo CES e publicado no vol. 33, sup. 1 de novembro de 2009 da Revista Baiana de Saúde Pública – RBSP é produto de um processo de planejamento com ampla participação social. Sua elaboração envolveu técnicos, dirigentes do Governo do Estado, universidades, além dos técnicos e dirigentes dos municípios e representantes da sociedade civil. Esses atores sociais tiveram participação ativa, desde construção da Análise de Situação de Saúde, que aguarda publicação na RBSP, à definição dos Módulos Operacionais que compõe o documento de referência para a atuação da gestão estadual do SUS frente aos problemas de saúde da população.

Para operacionalização do PES, nesse ano, foi elaborada a Agenda Estratégica da Saúde 2009-2010, instrumento que explicita as metas pactuadas pelas áreas técnicas da SESAB para o biênio com vistas ao alcance dos compromissos assumidos pelo Governo do Estado.

A SESAB participou do projeto piloto da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde de construção do Relatório de Gestão – RAG eletrônico, o qual posteriormente deverá estar disponível para todos os municípios do país. Além disso, consolidou a sistemática de prestação de contas trimestral ao CES, adotada desde o início de 2007, em consonância com a Lei 8.142 de dezembro de 1990. A SESAB tem monitorado de forma contínua as ações estratégicas explicitadas no Plano Estadual de Saúde – PES 2008-2011 e as Ações Prioritárias de Governo.

Entre os dias 30 de novembro e 02 de dezembro de 2009 foi realizado em Salvador o Encontro Baiano de Gestão do SUS, que contou com a participação de cerca de duas mil pessoas entre gestores, técnicos das secretarias municipais e estadual de saúde,

conselheiros de saúde, universidades, além de convidados de âmbito nacional. Nesse encontro foi realizado o I Congresso do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia – COSEMS-BA, o Seminário de Encerramento do Projeto Saúde Bahia, o Evento Comemorativo dos 15 anos de Saúde da Família e o Seminário Estadual de Planejamento para o SUS. Este último, realizado no dia 1º de dezembro, contou com a participação de mais de 400 pessoas entre técnicos municipais e das DIRES envolvidos com a implementação do PlanejaSUS e ParticipaSUS. Além desses eventos, ocorreu em paralelo a 12ª Assembléia Anual do CONASS e de uma reunião técnica com a OPAS.

Em relação ao apoio aos municípios, a SESAB, em parceria com o Ministério da Saúde, vem desenvolvendo estratégias de fortalecimento do planejamento no âmbito municipal, como a elaboração do Manual Prático de Apoio a Elaboração de Planos Municipais de Saúde financiado com recursos do Projeto Saúde Bahia<sup>15</sup>. Este manual constitui importante iniciativa que visa fortalecer a gestão do SUS no Estado a partir da qualificação do processo de planejamento dos municípios.

Além dessas ações, a SESAB vem investindo, como estratégia para fortalecer esse processo de desenvolvimento institucional e da capacidade de gestão, na implementação de cooperações técnicas com outras instituições, dentre elas a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

No início da atual gestão a SESAB iniciou um movimento de aproximação com Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), organismo internacional com reconhecido acúmulo de conhecimento técnico-científico no apoio e desenvolvimento de projetos de qualificação das políticas e dos serviços públicos de saúde nos países da América, tendo em vista a construção de uma parceria que contribuísse para potencializar o projeto político da gestão estadual de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado.

Nessa perspectiva, foi articulada uma cooperação entre a SESAB e a OPAS/OMS, com a interveniência do Ministério da Saúde, que desencadeou a elaboração do Projeto de Cooperação Técnica Descentralizada entre essas instituições. Esse projeto tem como

---

<sup>15</sup> Projeto financiado pelo Banco Mundial finalizado em agosto/2009.

objetivo *contribuir para a efetiva implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do fortalecimento da SESAB, de modo a fortalecer e consolidar os princípios e diretrizes do sistema, articulando a agenda do governo às agendas de saúde do Brasil e das Américas.*

A partir desse projeto foi firmado o 53º Termo de Cooperação Técnica – TC-53, onde foram definidos quatro objetivos que visam contribuir no fortalecimento das diretrizes do SUS no Estado: 1) *fortalecer a gestão estadual de saúde no desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública<sup>16</sup> (FESP); 2) apoiar a gestão estadual do SUS na redução da mortalidade materno-infantil; 3) aprimorar o modelo de políticas de medicamentos e de gestão da assistência farmacêutica no Estado da Bahia; 4) consolidar a gestão do trabalho em saúde e assessorar a implementação da política estadual de educação permanente.*

No marco dessa cooperação, e em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, a SESAB deu seguimento à implementação do projeto FESP/SUS<sup>17</sup>. Iniciado no ano anterior com a realização da Oficina de Auto-Avaliação, em 2009 foi realizada a Oficina para o Fortalecimento das FESP/SUS no Estado da Bahia. Essa oficina contou com cerca de 120 participantes entre gestores municipais, representantes do Conselho Estadual de Saúde – CES, das Universidades baianas, DIRES, técnicos e dirigentes da SESAB. Foram selecionados 09 indicadores prioritários<sup>18</sup> e, a partir de um amplo debate entre os participantes, foi elaborado um

---

<sup>16</sup> As Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) constituem-se num dos principais componentes da iniciativa “A Saúde Pública nas Américas da OPAS. Em número total de 11, tratam-se de funções estruturantes, fundamentais para o bom desempenho da gestão da saúde que, no entanto, não esgotam a capacidade de atuação e responsabilidades do Estado no setor saúde.

<sup>17</sup> O Projeto FESP/SUS constitui reconceituação e adequação ao SUS do referencial Funções Essenciais de Saúde Pública, realizado pelo CONASS, em parceria com a OPAS Brasil. Trata-se de uma iniciativa de fortalecimento da gestão da saúde nos Estados. Foram definidas as seguintes FESP/SUS: 1) monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado; 2) vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde; 3) promoção da saúde; 4) participação social em saúde; 5) desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde; 6) capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde; 7) promoção da garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde; 8) administração, desenvolvimentos e formação de recursos humanos em saúde; 9) promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde; 10) pesquisa e incorporação tecnológica; coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde.

<sup>18</sup> Indicadores priorizados: 1) avaliação da qualidade de informação em saúde; 2) cooperação e apoio aos municípios para monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde; 3) desenvolvimento da capacidade institucional de gestão do Sistema Estadual de Saúde; 4) cooperação técnica com os municípios para o desenvolvimento de políticas, planejamento e gestão do SUS; 5) instrumentos e mecanismos técnicos para promover e garantir o acesso universal e equitativo da população aos serviços de saúde; 6) Administração de recursos humanos da rede pública de serviços; 7) definição de padrões e avaliação da qualidade dos serviços de saúde; 8) avaliação da satisfação dos usuários

Plano de Fortalecimento das FESP/SUS no Estado da Bahia. Este se constitui num plano de ação para a melhoria desses indicadores e vem sendo implementada de forma articulada ao planejamento institucional a partir da elaboração um marco lógico de articulação entre o Fortalecimento e a AES, com vistas a integrar esforços e monitorar as ações realizadas.

Quanto às cooperações internacionais, ainda no ano de 2007 os governadores do Estado da Bahia e da Província de Tucumán na Argentina assinaram um protocolo de intenções firmando uma relação de apoio mútuo entre os dois entes. No setor saúde, essa cooperação vem sendo intermediada pela OPAS a partir de uma Cooperação Técnica entre Países (CTP), no qual foram definidas as seguintes áreas prioritárias a serem cooperadas: saúde materno-infantil, planificação em saúde, recursos humanos, odontologia e participação social.

Nesse intuito, foram desenvolvidas atividades de fortalecimento do planejamento entre o Estado da Bahia e a Província de Tucumán, tendo como produtos a realização de um Curso de Formação de Planificadores realizada por técnicos da SESAB na província de Tucumán na Argentina no mês de Abril de 2009, para 80 profissionais do Ministério de Saúde Pública da Província, além de visitas técnicas realizadas nos dois países. Avanços foram observados ainda na área da saúde materno-infantil no qual, além de visitas técnicas realizadas nos dois países, foi realizado um curso prático de transporte neonatal na cidade de Juazeiro ministrado por profissionais de Tucumán. Esse curso contou com a participação dos profissionais do SAMU daquela macrorregião de saúde e também de Petrolina (PE), somando mais de 40 participantes.

O ISC/UFBA atuou como importante parceiro no processo de elaboração do PES e, para o primeiro trimestre de 2010, está estruturando o Curso de Atualização em Planejamento para técnicos de planejamento das secretarias municipais de saúde, a ser realizado por macrorregião de saúde. Trata-se de cursos de curta duração, de abordagem prática, que visam apoiar os municípios no processo de elaboração de seus planos municipais de saúde. Ademais, vem realizando, em parceria com o Ministério da Saúde e a Escola Estadual de Saúde Pública – EESP, o Curso de Especialização de Planejamento em Saúde que conta com a participação de 36 alunos

---

com os serviços de saúde; 9) desenvolvimento do processo de regionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual.

dos estados de Alagoas, Sergipe e Bahia.

Outra importante parceria implementada foi à articulação com o programa de residência multiprofissional em Saúde da Família da Universidade do Estado da Bahia – UNEB e com a residência em Medicina Social do ISC/UFBA. Entre os produtos desenvolvidos, destacam-se o apoio no processo de elaboração da Agenda Estratégica da Saúde 2009-2010, a construção da linha do tempo do planejamento na instituição e a organização do portfólio do planejamento desta gestão, bem como a elaboração do quadro de indicadores de monitoramento e avaliação do PES.

Outra importante ação desenvolvida foi a iniciativa de qualificar o apoio institucional das DARES, concebendo-as como principal interlocutor do Estado perante aos municípios. Para tanto, instituiu-se um Colegiado de Gestão das DARES, sob a coordenação do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, onde são discutidos periodicamente os problemas enfrentados em cada região do Estado e estratégias de intervenção para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Realizou-se um encontro com todos os diretores das DARES, cujo produto, uma Agenda Conjunta para fortalecer o papel institucional desses órgãos, vem sendo implementada.

Ainda para garantir a efetividade e eficiência das ações planejadas foram intensificados os trabalhos nas áreas de planejamento e execução de licitações e contratos, controle patrimonial, controle dos serviços prestados, da administração da logística e do desenvolvimento de sistemas informatizados<sup>19</sup>.

No tocante às licitações e contratos, o governo do Estado interveio desde o ano de 2007 na revisão e substituição dos contratos, observando o prazo legal de cinco anos de vigência, acompanhamento dos prazos contratuais e elaboração de termos aditivos para evitar pagamentos por indenização, realização de novas licitações, ampliação do número de fornecedores e na priorização da modalidade de licitação pregão presencial ao pregão eletrônico.

Muito tem sido feito na SESAB para a melhoria dos processos licitatórios, formalização e acompanhamento dos contratos, imprimindo maior agilidade e transparência. Tem-se

---

<sup>19</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 4380 no PPA 2008 – 2011.

investido na ampliação na equipe de pregoeiros da secretaria com a inscrição de cinco servidores no Curso de Formação de Pregoeiro.

Em 2009 foram adotadas medidas para a melhoria da infra-estrutura da sede da secretaria, mas especificamente na área de licitações e contratos, com a aquisição de mobiliários, oferecendo melhores condições de trabalho aos servidores, e na melhoria da tecnologia de informação com o desenvolvimento de 22 novos sistemas informatizados, com destaque para os módulos do Sistema de Acompanhamento Hospitalar – SAH.

Como parte da política de racionalização dos gastos, que vem sendo implementada nesta gestão, foi implantada uma Coordenação de Serviços Gerais para acompanhar e fiscalizar a execução dos contratos de prestação de serviços continuados, além de terem sido nomeados e capacitados fiscais e gestores para o acompanhamento dos contratos de serviços terceirizados mantidos pelo Estado da Bahia, através da Secretaria da Saúde.

Destacam-se ainda a implementação de mecanismos de controle em contratos terceirizados como vigilância, limpeza e digitação, além da renegociação de contratos e substituição das empresas denunciadas pela Polícia Federal; a utilização e ampliação do Sistema de Registro de Preços; e o acompanhamento das contas de água, energia e telefone junto às unidades.

Como resultado das intervenções do governo do Estado para a melhoria da capacidade de gestão da SESAB, cabe destaque a economia acumulada com a redução dos gastos em alguns serviços, conforme evidenciado na tabela 09.

**TABELA 09**  
**ECONOMIA ACUMULADA COM CONTROLE DOS GASTOS NA SESAB**  
**BAHIA, 2008-2009**

SERVIÇO	ECONOMIA ACUMULADA EM (R\$1.000)	
	2008	2009
Telefonia	3.512	4.098
Combustível	988	1.500
Energia	2.078	3.381
Descarte de Resíduos	1.077	1.185.
Reprografia	92	115.
<b>TOTAL</b>	<b>7.748</b>	<b>10.281</b>

Fonte: SESAB/Dge. Ago/2009.

A SESAB acompanhou e controlou os 13 serviços prestados<sup>20</sup> proporcionando a redução de custos fixos, parte da política de racionalização dos gastos, além de ter sido concluído o mapeamento dos processos e definição do novo layout de uma Coordenação da SUPERH. Iniciou-se em 2009, a sistematização, padronização e monitoramento dos processos de trabalho<sup>21</sup>, em dois órgãos/setores estratégicos da SESAB e na realização de uma auditoria em gestão administrativa<sup>22</sup>, no Hospital de Jeremoabo, além de terem sido inspecionadas cinco unidades gestoras.

## **Auditoria – fiscalização da qualidade e aplicação dos recursos do SUS**

[PROGRAMA 123<sup>23</sup>]

A Auditoria do SUS-BA<sup>24</sup>, criada através da Lei nº 6.812/95 e regulamentada pelo Decreto Estadual 7.884/2000, constitui parte do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, sendo responsável pela realização das atividades de fiscalização das ações e serviços do SUS no Estado da Bahia, com foco na qualidade das ações e serviços ofertados à população, bem como na correta aplicação dos recursos.

As ações desenvolvidas pela Diretoria da Auditoria estão relacionadas a sua competência como instância de fiscalização do SUS e com base na prioridade estabelecida pelo atual governo do Estado da Bahia de desenvolver “um combate intenso às fraudes e desvios de recursos, derrubar o clientelismo e o favoritismo”

Conforme proposto no Pacto de Gestão do SUS, as auditorias/fiscalizações abrangem:

- Sistemas municipais de saúde, incluindo os seguintes aspectos: instrumentos de gestão, ações e serviços de saúde, aplicação dos recursos transferidos aos fundos municipais de saúde; órgão emissor, processo autorizativo e programações físico-orçamentárias; credenciamento de serviços; vigilância a saúde, entre outros;
- Denúncias dos cidadãos;
- Contratos e convênios;

---

<sup>20</sup> Corresponde ao Projeto/atividade 4380 no PPA 2008-2011;

<sup>21</sup> Corresponde ao Projeto/atividade 2840 no PPA 2008 - 2011;

<sup>22</sup> Corresponde ao Projeto/atividade 4421 no PPA 2008 – 2011.

<sup>23</sup> **Programa 123:** Gestão Estratégica, Participativa e Efetiva em Saúde.

<sup>24</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2838 no PPA 2008 – 2011.

- Serviços de saúde públicos ou privados contratados ao SUS;
- Assistencial ou de prontuários;
- Cooperação técnica para implementação do componente municipal de auditoria do SUS, incluindo treinamento para qualificação dos técnicos.

Desde o início da gestão, várias medidas vem sendo tomadas para reestruturar a Auditoria do SUS-BA. A estrutura física encontrava-se inadequada, com espaço insuficiente para o desenvolvimento das atividades e um quantitativo insuficiente de equipamentos de informática, mobiliários e recursos humanos, além da dificuldade de transporte para o desenvolvimento das atividades.

Dentre as principais ações implementadas, destacamos:

#### 1. Quanto à infra-estrutura administrativa, operacional e logística:

- Elaborado projeto arquitetônico de mudança do setor de Auditoria para um novo espaço físico e realizada a reforma do setor. Atualmente a Diretoria da Auditoria do SUS/BA encontra-se em espaço adequado e em fase de instalação de mobiliário;
- Adquiridos equipamentos para a Auditoria, sendo disponibilizado *notebooks* para todos os auditores (114) visando à realização dos trabalhos da auditoria;
- Realizada revisão do Regulamento da Auditoria do SUS/BA.

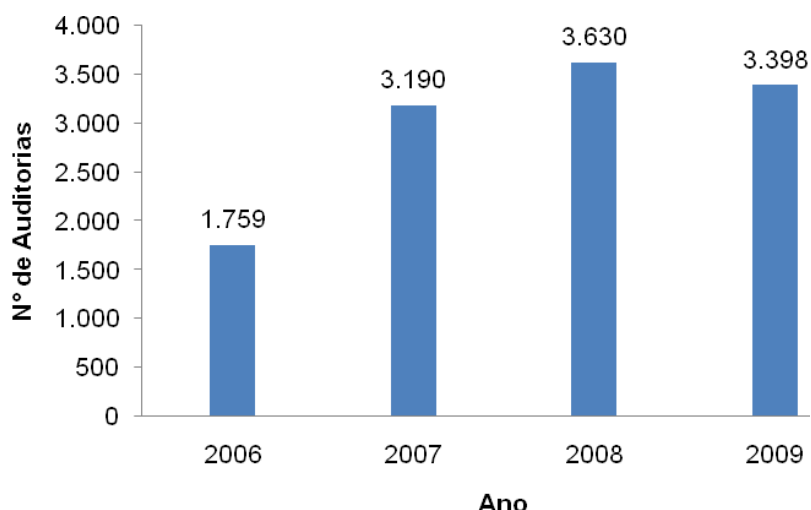
#### 2. Quanto às atividades de Educação Permanente:

- Viabilizadas as participações de Auditores em congressos e cursos, destacando-se o Congresso Brasileiro de Licitações e a Oficina de “Achados de Auditoria” no Tribunal de Contas do Estado (TCE);
- Participação de todos os 114 auditores no curso para utilização do SISAUD/SUS;
  - Qualificação dos servidores da área administrativa da Auditoria: curso de informática;
  - Encontro com o CREFITO/BA, com a participação de todos os auditores;
  - Quanto ao desenvolvimento de atividades de cooperação técnica para implantação e implementação dos componentes municipais do Sistema Nacional de Auditoria do SUS:
    - “Curso de Sistemas de informações com ênfase no SIA e SIH” para técnicos de municípios e setores da SESAB;

- Curso Básico de Auditoria para 40 Auditores Municipais;
- Realizada 04 Oficinas de Cooperação Técnica com o SNA Municipal (Plano de Ação da Portaria 2588/2008), com os seguintes temas: auditoria na atenção básica; auditoria financeira; auditoria de oftalmologia/ortopedia e Política Estadual de Urgência e Emergência;
- I Encontro Estadual de Auditores do SUS/Ba (componente do Plano de Ação da Portaria 2588 – ParticipaSUS);
- Concluído processo licitatório e programação para janeiro de 2010 do curso de Sistemas de Informações Nacionais para 120 auditores, conforme Portaria 3060/2007 (ParticipaSUS);

Considerando a competência da Auditoria do SUS para apreciação e julgamento dos atos, despesas, investimentos e obrigações verificados no Sistema Único de Saúde, foram realizadas 3.398 auditorias (119 de sistemas municipais, 259 de serviços de média e alta complexidade, 38 de clínicas ou de prontuários, 05 convênios ou contratos celebrados, 111 de denúncias e 2.866 de relatórios de internação de homônimos), representando um incremento de mais de 90% na comparação com o ano de 2006 onde foram realizadas 1.759 auditorias - gráfico 10.

**GRÁFICO 10**  
**NÚMERO DE AUDITORIAS REALIZADAS**  
**BAHIA, 2006 – 2009.**



Fonte: SESAB/Auditoria – SUS/Bahia. Jan/2010

Salienta-se que a redução do número de auditorias em relação a 2008 ocorreu, principalmente, em virtude da mudança dos prefeitos no primeiro trimestre de 2009,

havendo redução do número de auditorias da gestão municipal da saúde.

Destaca-se como um dos mais importantes avanços da Auditoria do SUS/BA em 2009 a implantação do Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS), sistema de gerenciamento de todo o processo de auditoria e fator de integração do SNA. Como reconhecimento deste trabalho, a Auditoria do SUS/BA recebeu da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde o Certificado de Integração ao SNA na Oficina de Planejamento do SNA em Brasília.

#### **4.2 COMPROMISSO 2 – IMPLEMENTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO VIVA E SOLIDÁRIA DO SUS NO ESTADO DA BAHIA**

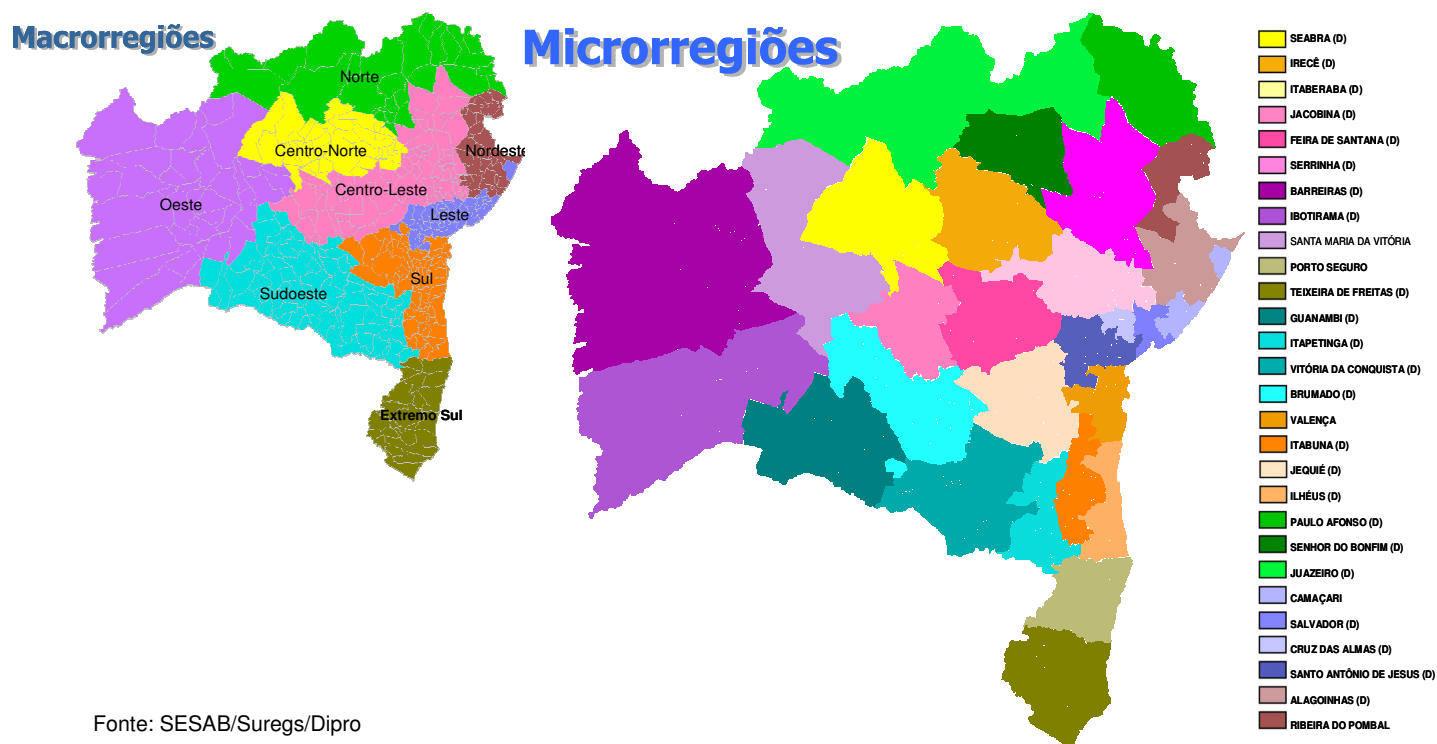
**[PROGRAMA 126]<sup>25</sup>**

A regionalização das ações e serviços de saúde, estratégia para a implementação da descentralização no SUS, tem por finalidade organizar a rede de estabelecimentos de saúde de forma a garantir a sustentabilidade destes por parte dos entes federados. Permite que municípios cujo porte populacional e capacidade técnica e financeira não dêem conta de manter estabelecimentos de saúde com alta densidade tecnológica (recursos humanos e equipamentos especializados) possam garantir o acesso à saúde da população de seu território em outro município em sua região de saúde, pactuado previamente. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado da Bahia está descrito no Mapa 01.

---

<sup>25</sup> **Programa 126:** Regionalização Viva e Solidária em Saúde.

**MAPA 01  
PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA  
BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB/Suregs/Dipro

A Norma Operacional da Assistência à Saúde, publicada em 2001 (NOAS/SUS 2001) e reeditada em 2002 (NOAS/SUS 2002), atualmente revogados em função do Pacto pela Saúde, foram importantes instrumentos normativos que visavam contribuir na implantação do SUS a partir do fortalecimento do processo de regionalização da saúde. Dentro os avanços, destacam-se a instituição da modalidade de comando único do município na gestão do sistema de saúde.

O comando único diz respeito àqueles municípios que passam a ter total autonomia para organizar o sistema local de saúde na busca da garantia do acesso da população às ações e serviços com qualidade. Na prática, o gestor recebe o recurso financeiro integral da atenção básica, média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica e para ações de gestão e assume a responsabilidade de programar a utilização desses recursos e pagar pelos serviços prestados. Desta forma, o percentual de municípios que assumem comando único é um importante indicador de desenvolvimento do SUS no Estado, pois permite avaliar o grau de organização da gestão do SUS nos municípios.

A Portaria Ministerial nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, institui o Pacto pela Saúde, um acordo interfederativo articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida<sup>26</sup>, o Pacto em Defesa do SUS<sup>27</sup> e o Pacto de Gestão. Este último estabelece as responsabilidades de cada ente federativo e define diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada – PPI, Regulação, Participação Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, buscando assim o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária.

A SESAB assumiu o compromisso de fortalecer o processo de regionalização no Estado da Bahia, consolidando a parceria com os municípios e fortalecendo as instâncias de negociação e pactuação a nível regional<sup>28</sup>. Nessa perspectiva, implantou os Colegiados de Gestão Microrregional – CGMR<sup>29</sup> nos 28 municípios pólo de microrregião. Esses Colegiados são constituídos pelos gestores da saúde dos municípios em cada microrregião de saúde, segundo o PDR do Estado da Bahia, e de dois representantes da gestão estadual, sendo um da Dires e o outro representante do nível central<sup>30</sup>.

O CGMR se caracteriza como um espaço permanente de pactuação, co-gestão e de decisão, através de definições de prioridades, para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde. Esta ação somente é possível pela articulação permanente e contínua entre todos os municípios e o Estado, dentro da microrregião na qual estão inseridos. Nele todos os gestores municipais têm assento e voz e, por meio da pactuação, procuram conciliar demanda dos mais diferentes interesses regionais.

Apesar de não conseguir avançar de maneira uniforme em todo o Estado, devido às grandes diferenças regionais, pode-se dizer que houve um importante fortalecimento

---

<sup>26</sup> O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e resultados nas áreas de saúde do idoso; câncer de colo de útero e de mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza e promoção da saúde.

<sup>27</sup> O Pacto em Defesa do SUS tem como prioridades implementar um projeto permanente de mobilização social num movimento de repolitização da saúde, além de elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

<sup>28</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 1309 no PPA 2008 – 2011;

<sup>29</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 1853 no PPA 2008 – 2011;

<sup>30</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 5188 no PPA 2008 – 2011;

dos CGMR, evidenciado pelo aumento significativo no número de reuniões realizadas<sup>31</sup> nos Colegiados no ano de 2009 (221 reuniões), em comparação a 2008 (77 reuniões), um incremento de 187%. Apesar de não constituir um indicador qualitativo, esse aumento deve ser considerado positivo pois indica que os municípios estão percebendo a importância desse espaço na construção e consolidação da regionalização enquanto estratégia de organização e resolução dos principais problemas de saúde da região.

Nesse ano também foram realizadas visitas técnicas aos CGMR para orientação e esclarecimento acerca da formalização da adesão ao Pacto de Gestão<sup>32</sup>, visto que houve alteração no fluxo desta adesão no Estado da Bahia, bem como para análise dos Termos de Compromisso de Gestão – TCG assinado pelos gestores municipais. O TCG não é somente um documento que formaliza o Pacto nas suas dimensões pela Vida e de Gestão, mas uma declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

Com a adesão ao Pacto pela Saúde, novas relações de cooperação têm se estabelecido entre os entes federativos. Nessa perspectiva, dos 417 municípios baianos, 367 estão sob Gestão Estadual do Sistema de Saúde, representando 88% do total e 50 municípios, representando os 12% restantes, assumiram o comando único do sistema de saúde local. Destes, 8 municípios estão habilitados em Gestão Plena do Sistema de Saúde segundo os parâmetros da NOAS/2002 e 42 mediante assinatura do Pacto de Gestão. Ressalta-se que, no Estado da Bahia, 90 municípios aderiram ao Pacto de Gestão.

Em cumprimento a uma das responsabilidades assumidas no Pacto de Gestão na área de planejamento e programação, a Secretaria da Saúde vem coordenando, acompanhando e apoiando os municípios na elaboração de uma nova Programação Pactuada e Integrada – PPI<sup>33</sup>.

Na PPI são definidas e quantificadas as ações de saúde para garantia de acesso da

---

<sup>31</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 5189 no PPA 2008 – 2011;

<sup>32</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2643 no PPA 2008 – 2011;

<sup>33</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 1858 no PPA 2008 – 2011;

população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. Desta forma, constitui importante instrumento de planejamento regional que visa garantir o atendimento da população a todos os níveis de assistência a partir de uma programação pré-estabelecida, subsidiando a transferência de recursos destinados ao custeio do atendimento da população referenciada.

Em 2009 foi criada uma comissão Interfederativa responsável pelos trabalhos da PPI composta por 18 representantes, sendo 09 da SESAB e 09 representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Bahia - COSEMS. Esta comissão, juntamente com representantes do Ministério da Saúde, discutiu e deliberou assuntos relacionados à construção da nova PPI, que dentre os resultados alcançados foram a aprovação na Comissão Intergestores Bipartite<sup>34</sup> – CIB-BA dos critérios, parâmetros e a metodologia para a PPI.

Instalou-se, então, o processo de elaboração da PPI. Foram realizadas seis oficinas macrorregionais onde foram publicizados para os secretários municipais os critérios e parâmetros aprovados para a PPI; cinco oficinas de treinamento de multiplicadores para o sistema de informação do MS para a PPI adotado pelo Estado (SisPPI); 44 oficinas onde foram pactuados com os secretários municipais a alocação de recursos para internação de média complexidade, com base nas necessidades de saúde da população referenciada e na oferta de serviços.

Atualmente estão sendo negociados na Comissão da PPI os valores e critérios para alocação dos recursos destinados ao custeio de internações e atendimentos ambulatoriais de alta complexidade, e os recursos para contratualização e reservas técnicas dos recursos financeiros para a saúde da população baiana.

---

<sup>34</sup> A CIB é um espaço colegiado permanente e deliberativo do SUS. Toda e qualquer decisão no âmbito estadual que necessite de pactuação entre os entes federativos devem passar pelo conhecimento e/ou aprovação da CIB. Presente em todos os Estados da federação, a CIB é composta por representantes do Gestor Estadual da Saúde e representantes do COSEMS, com a especificidade de que a cadeira de presidente é do Secretário da Saúde de Estado e a de vice do presidente do COSEMS no seu respectivo Estado. Com reuniões mensais, as deliberações da CIB são consensuadas, ou seja, todos os representantes devem estar de acordo com as decisões tomadas.

Destaca-se também como parte dos movimentos desse processo a realização de uma vídeo-conferência para validação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES nas 28 microrregiões, com a participação de aproximadamente 950 pessoas entre dirigentes das DORES, técnicos e secretários municipais de saúde. O CNES constitui um importante sistema de informação no que estão cadastrados os serviços, equipamentos e profissionais de saúde, tendo grande utilidade no processo de construção da PPI.

Como parte do processo de implementação da regionalização, a SESAB realizou o Curso de Especialização em Gestão Regionalizada<sup>35</sup> (em processo de finalização) que contou com a participação de 230 pessoas/módulo. Participam do curso secretários de saúde, assessores técnicos, apoiadores institucionais dos CGMR, profissionais de educação e saúde de nível médio e superior.

#### **4.3 COMPROMISSO 3 – ORGANIZAR O ACESSO AO SUS ATRAVÉS DAS AÇÕES DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Uma das macro-funções da Gestão Estadual definidas no Pacto de Gestão, a Regulação tem por objetivo garantir acesso da população às ações e serviços de saúde de forma organizada e com qualidade. Em consonância com a Política Nacional de Regulação, Controle e Avaliação, o Governo do Estado assumiu, no escopo de suas ações, a implementação dos complexos reguladores a nível regional e estadual, a implantação de sistemas informatizados de regulação, a contratualização dos prestadores de serviço do SUS e a capacitação e educação permanente das equipes gestoras municipais responsáveis pelas ações de regulação.

A instituição de complexos reguladores<sup>36</sup> configura-se uma das principais estratégias de regulação assistencial, consistindo na articulação e integração de atenção pré-hospitalar e urgências, internação, marcação de consultas e exames, na elaboração de protocolos assistenciais prevendo a contratação de serviços, o controle assistencial e a avaliação. Foram concluídas as obras<sup>37</sup> de reforma das centrais de regulação dos municípios de Feira de Santana, Salvador, Alagoinhas, além de ter sido ampliada e reformada a Central de Regulação do Estado e construída as centrais nos municípios

---

<sup>35</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 1850 no PPA 2008 – 2011;

<sup>36</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 1917 no PPA 2008 – 2011;

<sup>37</sup> Correspondem aos Projetos/Atividades 1308, 1312 e 1980.

de Barreiras, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista.

Para a estruturação dessas Centrais de Regulação foram investidos R\$ 4,46 milhões, sendo R\$ 790,8 mil com recursos do MS e R\$ 3,6 milhões com recursos estaduais financiados pelo Projeto Saúde Bahia, entre investimentos em obras (R\$ 3,3 milhões), mobiliários (R\$ 224,6 mil) e equipamentos de informática (R\$ 144,6 mil). Os investimentos em equipamentos foram para todas as centrais acima citadas, bem como para as localizadas nos municípios de Juazeiro, Itabuna e Jacobina que já possuíam estrutura física.

A Central Estadual de Regulação – CER, integrado ao Complexo César de Araújo localizado no Distrito Sanitário Liberdade em Salvador, é responsável pela regulação das internações hospitalares de urgência e emergência e eletivas do Estado. A CER passou nesse ano por uma reforma e ampliação e conta atualmente com um Sistema de Comunicação da Frota. A CER conta com 409 servidores e é composta por: um setor operacional com postos de atendimento onde estão alocados 40 médicos reguladores e 81 auxiliares de regulação, um chefe de plantão e um monitor; salas de regulação em algumas unidades da rede própria da SESAB onde atuam as Comissões de Regulação, Controle e Avaliação – CRCA; e uma área de Transporte Inter-hospitalar - TIH que é responsável pelo deslocamento dos pacientes.

As CRCA é uma estratégia do Governo do Estado para organizar os processos de trabalho de forma presencial nas unidades hospitalares da rede. Anteriormente à sua implantação, a equipe da CER recebia apenas as solicitações das unidades através de fax, telefone e do Sistema Informatizado de Regulação – SUREM, que não garantia, na maioria das vezes, a fidedignidade das informações. Hoje, com as CRCA, tem-se uma regulação presencial com a disponibilidade de informações fidedignas e uma maior proximidade entre os atores envolvidos (profissionais e usuários), o que possibilitou uma melhor utilização dos leitos hospitalares e o aumento da rotatividade, com a diminuição da taxa de permanência e o aumento da taxa de ocupação.

Foi implantado um projeto piloto de CRCA, ainda no ano de 2007, no Hospital Geral do Estado – HGE, que atuaria para viabilizar a referência dos pacientes para outras unidades hospitalares, e o Hospital Ana Nery – HAN como unidade piloto de retaguarda da urgência e emergência. Atualmente existem sete equipes distribuídas da seguinte

forma: cinco equipes permanentes nas unidades HGE, HGRS, HGMV, HESF e Ana Nery e duas equipes volantes nas outras unidades hospitalares da rede (Quadro 08).

**QUADRO 08  
COMISSÕES DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO  
BAHIA, 2009**

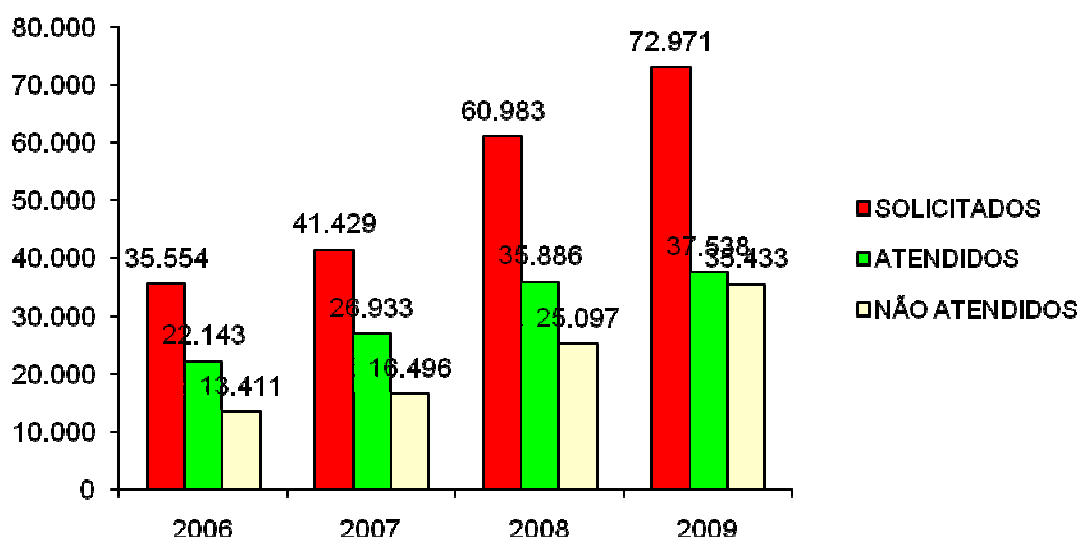
<b>05 EQUIPES PERMANENTES</b>	
HGE	Hospital Geral do Estado
HGRS	Hospital Geral Roberto Santos
HGESF	Hospital Geral Ernesto Simões Filho
HGMV	Hospital Geral Manoel Vitorino
HAN	Hospital Ana Neri
<b>02 EQUIPES VOLANTES</b>	
HSA	Hospital Santo Antonio
HUPES	Hospital Universitário Professor Edgar Santos
HMG	Hospital Martagão Gesteira
HSI	Hospital Santa Izabel
HCL	Hospital Professor Carvalho Luz
HSR	Hospital São Rafael
H2J	Hospital Dois de Julho
HEL	Hospital Eládio Lasserre
HPM	Hospital da Policia Militar
HAM	Hospital Aristides Maltez
MPJMMN	Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto
MTB	Maternidade Tsylla Balbino
MAS	Maternidade Albert Sabin
IPERBA	Instituto de Perinatologia da Bahia
COM	Maternidade Climério de Oliveira
HS	Hospital Salvador
CHR	Centro Pediátrico Prof <sup>o</sup> Hosanah de Oliveira

Fonte: SESAB/Suregs

No ano de 2009 a CER registrou 72.971 solicitações, um incremento de 19,6% com relação ao ano de 2008 quando foram feitas 60.983 solicitações e de 76,1% em relação ao ano de 2007 (41.429 solicitações) e de 105% em relação à 2006 (35.554

solicitações). Os dados permitem observar ainda um incremento de 69,5% no número de solicitações atendidas comparando o período de 2006 à 2009 (gráfico 11).

**GRÁFICO 11**  
**ATENDIMENTOS DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO**  
**BAHIA, 2006 - 2009**



Fonte: SESAB/Suregs/Direg - CER

No tocante ao transporte inter-hospitalar, o serviço conta com duas Unidades de Suporte Avançado – USA, adquiridas no ano de 2009, 15 Unidades de Suporte Básico - USB e uma equipe composta por 66 condutores, 58 técnicos de enfermagem, 22 enfermeiros e 15 médicos intervencionistas em atividade nas 24 horas. Além disso, a CER conta com o apoio do SAMU-192 das Secretarias Municipais de Saúde – SMS da região metropolitana de Salvador. Cabe destacar que, desde o ano de 2008, vem sendo utilizada uma UTI área para o transporte de pacientes além de contar com o apoio do Grupamento Aéreo da Polícia Militar da Bahia (GRAER) e da Casa Militar para estas ações.

A SESAB também vem apoiando os municípios baianos na implantação/implementação do sistema de regulação em saúde e realizando oficinas sobre processos de trabalho que aperfeiçoem as ações de regulação, controle e avaliação. Para tanto, foram realizadas visitas técnicas e prestada assessoria a 70 municípios do Estado na implementação do sistema de regulação<sup>38</sup>, priorizando as cidades pólo de macro e

<sup>38</sup> Correspondem ao Projeto/Atividade 2676 no PPA 2008 – 2011;

microrregião de saúde e os demais aprovados na resolução CIB-BA n° 089/2008<sup>39</sup> como prioritários para a construção da rede de média e alta complexidade.

Além disso, vem sendo realizado um esforço para apoiar técnica e financeiramente os municípios na implementação dos complexos reguladores. Estão sendo distribuídos equipamentos de informática e de telefonia com recursos da Portaria MS n° 1.571/2006 e já foram distribuídos aparelhos de telefone a 43 municípios dos 82 contemplados. Serão distribuídos, ainda, 429 computadores e estabilizadores, 39 impressoras e mais 39 aparelhos de telefone.

A implantação dos Sistemas Informatizados de Regulação, utilizados para gerenciar e operacionalizar as funções das centrais de regulação, tem por objetivo distribuir os recursos de saúde de forma equânime e resolutiva nas diversas regiões do Estado, obedecendo aos princípios da universalidade e integralidade. Ou seja, permite que os gestores tenham controle do acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, possibilitando aperfeiçoar as práticas de planejamento e programação a nível local, regional e estadual para a garantia do direito à saúde.

Nesse contexto, o Governo do Estado investiu na melhoria do SUREM, desenvolvido na SESAB e atualmente utilizado pela CER, para regulação das urgências, possibilitando realizar a classificação de risco e o acompanhamento da lista de espera em diversas especialidades, principalmente em relação à alta complexidade, além da possibilidade de acompanhamento e gestão dos contratos de Leitos de Retaguarda<sup>40</sup> e Mutirões de Cirurgia de Média e Alta Complexidade.

---

<sup>39</sup> A Resolução CIB-BA n° 089/2008 aprova critérios para a declaração de Comando Único ao gestor municipal quando da adesão ao Pacto de Gestão. No seu Artigo 5º aprova a rede complementar de média complexidade constituída de 56 municípios, a saber: Feira de Santana, Ipirá, Riachão do Jacuípe, Itaberaba, Ruy Barbosa, Seabra, Euclides da Cunha, Serrinha, Irecê, Xique-Xique, Capim Grosso, Jacobina, Morro do Chapéu, Camaçari, Pojuca, Simões Filho, Cruz das Almas, São Felix, Lauro de Freitas, Itaparica, Salvador, São Sebastião do Passe, Amargosa, Nazaré, Santo Antonio de Jesus, Ubaíra, Alagoinhas, Inhambupe, Esplanada, Ribeira do Pombal, Juazeiro, Paulo Afonso, Campo Formoso, Senhor do Bonfim, Eunápolis, Porto Seguro, Teixeira de Freitas, Barreiras, Barra, Ibotirama, Santa Maria da Vitória, Bom Jesus Lapa, Brumado, Livramento de Nossa Senhora, Paramirim, Caetité, Guanambi, Itapetinga, Vitória da Conquista, Poções, Ilhéus, Itabuna, Ipiaú, Jequié, Gandú e Valença.

<sup>40</sup> Estabelecido pela Portaria SESAB n° 547/2008 e modificada pela Portaria SESAB n° 2580/2008, a contratação de leitos de retaguarda constitui uma estratégia de esvaziamento dos serviços de urgência e emergência da rede própria. Referem-se a leitos contratados da rede complementar e privada para servirem de suporte, de acordo com protocolo estabelecido.

A SESAB buscou ampliar a oferta de serviços especializados<sup>41</sup>, promovendo a descentralização da atenção à saúde na lógica da regionalização e da garantia da assistência no próprio Estado. Essa assistência tem sido garantida não somente pelas unidades da rede própria, mas também com a contratação de serviços.

Para isso, foram gastos no ano de 2009 mais de R\$ 3,4 milhões na assistência complementar de média e alta complexidade, a exemplo da Terapia Fotodinâmica (PDT), Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), Angioressonâncias, Arteriografias e Medicina Hiperbárica. Destaca-se nesse ano a realização de 404 procedimentos de angiografia, 176 CPRE, 137 PDT e 2.683 sessões de medicina hiperbárica.

O Governo do Estado também repassou cerca de R\$ 215 milhões de reais destinados ao pagamento dessa rede credenciada ao SUS em 383 municípios que ainda não assumiram esse papel, assegurando à população baiana o atendimento ambulatorial e hospitalar.

Foram formalizados e contratos e convênios com prestadores de serviços credenciados ao SUS sob gestão estadual<sup>42</sup>, a exemplo do Hospital Heitor Guedes de Melo (Valença) e da Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro, ambos ofertando atendimento de oftalmologia vinculado ao Programa Todos pela Alfabetização – TOPA, o Hospital Municipal Frei Silvério localizado no município de Una, e seis unidades no município de Itabuna: Fundação de Atenção à Saúde, Complexo da Santa Casa de Misericórdia, Hospital de Base, Policlínica Dois de Julho, Centro Médico Pediátrico e Santa Casa de Misericórdia – PA Valdenor Cordeiro.

No SUS, contratualização é entendida como o conjunto de regras negociadas que passam a reger o relacionamento entre gestor e prestador de serviços, devendo incluir, necessariamente, (a) a definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção na rede de serviços; e (b) definição das responsabilidades dos hospitais, explicitadas inclusive como metas.

---

<sup>41</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 4139 no PPA 2008 – 2011;

<sup>42</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2684 no PPA 2008 – 2011;

Cabe destacar também a contratação de 140 leitos de retaguarda (Tabela 10) e a realização de 03 mutirões de cirurgias de média e alta complexidade, mas especificamente em orto-trauma, incluindo Traumatismo Raquimedular – TRM, neurocirurgia, cirurgia bariátrica e cardiovascular, nos seguintes hospitais: Hospital São Rafael – HSR, Hospital Espanhol – HE, Hospital da Cidade – HC, Hospital Salvador – HS, Hospital Jorge Valente – HJV, Hospital Martagão Gesteira – HMG e o Hospital Agenor Paiva – HAP. Nos dois primeiros mutirões foram realizadas mais de 1.700 intervenções cirúrgicas representando um investimento de R\$12.791.035,20.

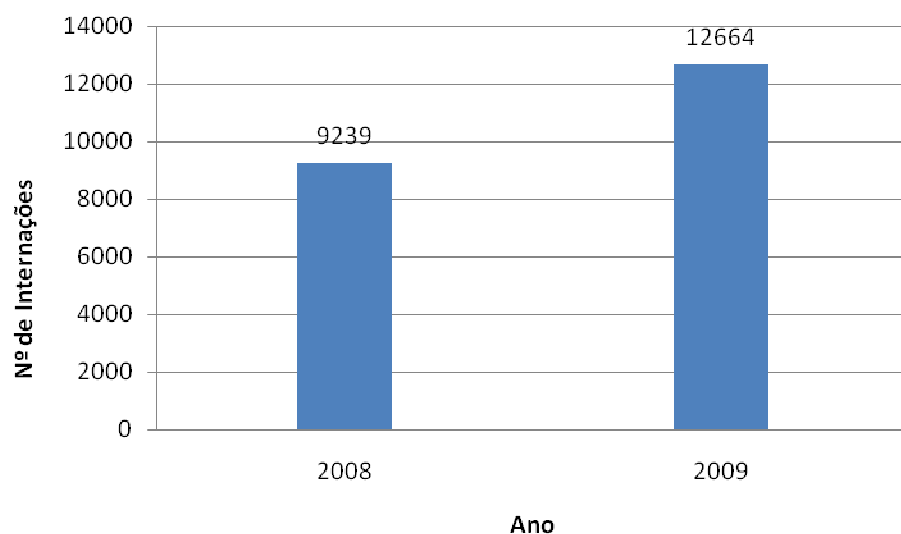
**TABELA 10**  
**LEITOS DE RETAGUARDA CONTRATADOS**  
**BAHIA, 2009**

<b>HOSPITAL</b>	<b>Nº LEITOS DE RETAGUARDA</b>
Hospital Dois de Julho – H2J	34
Hospital Martagão Gesteira – HMG	50
Hospital da Policia Militar – HPM	36
Hospital Salvador – HS	20
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>

Fonte: SESAB/Suregs

No ano de 2009 registrou-se 12.664 internamentos nos leitos de retaguarda a um custo de R\$ 3.309.8878,15, um incremento de 27,05% no número de internamentos em relação ao ano de 2008 onde foram realizados 9.239 internamentos (Gráfico 12). Esse crescimento significativo no número de leitos ocupados no ano de 2009 deve-se à efetividade das ações da supervisão e das Comissões Permanentes Regulação Controle e Avaliação, além do aumento do número de leitos de retaguarda e mutirão.

**GRÁFICO 12**  
**NÚMERO DE INTERNAÇÕES EM LEITOS DE RETAGUARDA**  
**BAHIA, 2008 – 2009**



Fonte: SUREM/CER/SESAB

No período entre 2007 a 2009 foram contratualizados 531 serviços de saúde especializados públicos municipais (hospitais, diagnose e ambulatórios) em 306 municípios; habilitados 53 unidades de Saúde Mental; habilitado o Serviço de Implante Coclear (Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce - OSID); e habilitados três serviços novos serviços de Saúde Auditiva. Encontra-se em atividade 1.060 unidades credenciadas<sup>43</sup>. Vale destacar que até o final de 2006 não existiam contratos entre a SESAB e os prestadores de serviços do SUS sob gestão estadual. O mapa abaixo apresenta a distribuição do serviço de atenção à saúde auditiva<sup>44</sup> (Mapa 02).

<sup>43</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2875 no PPA 2008 – 2011;

<sup>44</sup> Lauro de Freitas: União Metropolitana de Assistência Social e Educação – Unime; Salvador: Obras Sociais Irmã Dulce – Osid e Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação de Deficiências – Cepred; Itabuna: Centro de Saúde Auditiva de Itabuna – Cesai; Vitória da Conquista: Centro Municipal de Reabilitação Física – Cemerf.

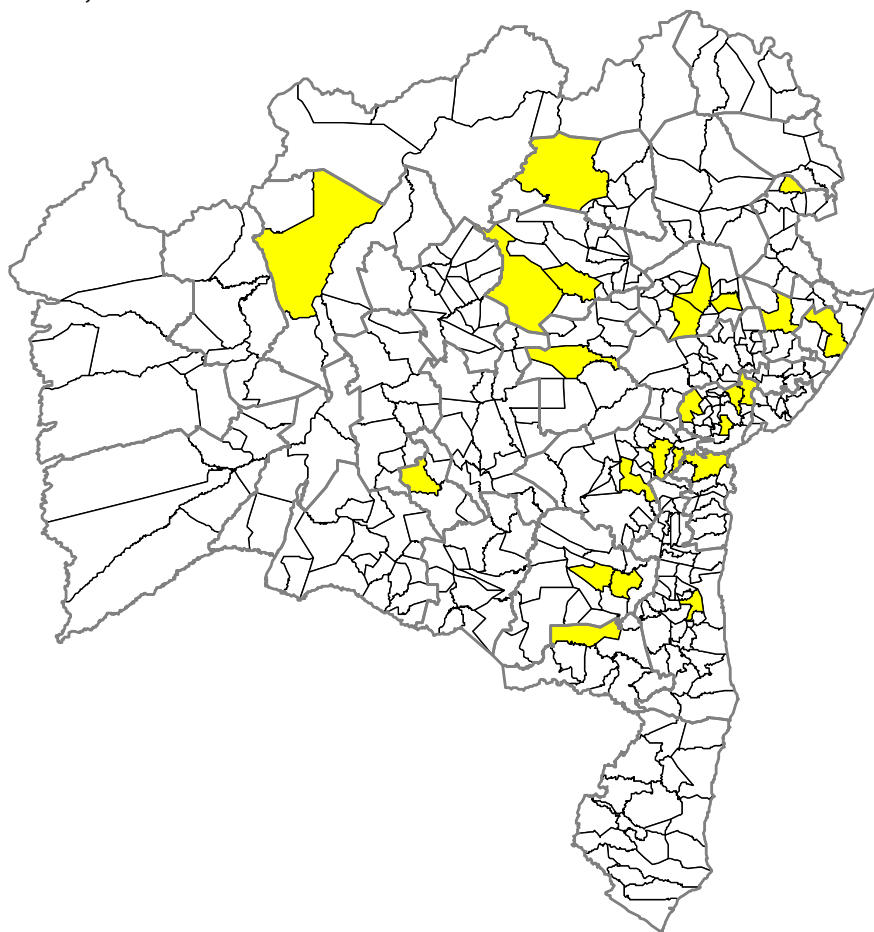
**MAPA 02**  
**DISTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB/Suregs

Encontra-se em atividade no Estado, 22 Hospitais Filantrópicos habilitados contratualizados no Programa Nacional do MS, 07 Hospitais Filantrópicos no Programa Estadual (Resolução CIB nº 179/2008 e PT nº 096/2008) e 27 Hospitais de Pequeno Porte – HPP (22 tiveram seus contratos renovados no período de 2007 a 2009 e 05 são novos hospitais contratualizados). Os mapas 03 e 04 e quadros 09 e 10 apresentam a distribuição dos hospitais filantrópicos contratualizados.

**MAPA 03  
DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS CONTRATUALIZADOS  
BAHIA, 2009**



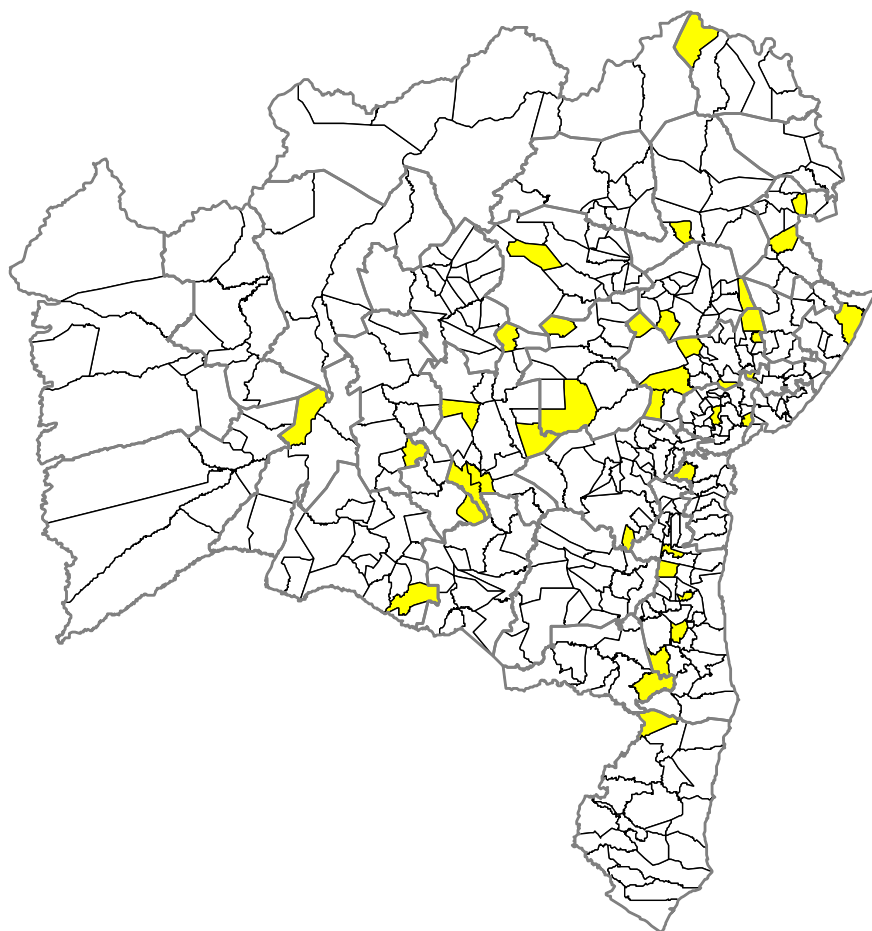
Fonte: SESAB/Suregs/Dicon

**QUADRO 05  
MUNICÍPIOS COM HOSPITAIS FILANTRÓPICOS CONTRATUALIZADOS  
BAHIA, 2009**

POLÍTICA FEDERAL		ESTADUAL	A SER CONTRATUALIZADO
Antas Cachoeira Campo Formoso Castro Alves Conceição do Coité Esplanada Iguaí Inhambupe Itabuna Itambé Jaguaquara	Nazaré Poções Riachão do Jacuípe Ruy Barbosa Santo Amaro Serrinha Ubaíra Valença	Antas Barra Iguaí Miguel Calmon Morro do Chapéu Mutuípe Paramirim	Itapetinga*

\*Contratualização construída em 2009 e assinada em janeiro de 2010.

**MAPA 04  
DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE CONTRATUALIZADOS  
BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB/Suregs/Dicon

**QUADRO 10  
MUNICÍPIOS COM HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE – HPP HABILITADOS  
BAHIA, 2009**

HABILITADO		A SER HABILITADO
Água Fria	Conde	Abaré
Amélia Rodrigues	Itagimirim	Barro Preto
Bonito	Itatim	Biritinga
Caturama	Ouriçangas	Boa Vista do Tupim
Dom Basilio	Presidente Tancredo Neves	Boninal
Gongogi	Pé de Serra	Conceição da Feira
Itaeté	Quinjingue	Fátima
Itagi	Rafael Jambeiro	Itapitanga
Jacaraci	Ribeira do Amparo	Jussari
Jussiapé	Salinas da Margarida	Pau Brasil
Nordestina	Santa Terezinha	Serra Preta
Pintadas	São Felipe	Tapiramutá
Potiraguá		Várzea Nova
Rio de Contas		
Sítio do Mato		

Destaca-se ainda que 09 HPP (Baixa Grande, Caatiba, Central, Cordeiros, Ibicaraí,

Jucuruçu, Licínio de Almeida, Matina, Tanhaçu) foram aprovados na CIB e aguardam aprovação no Ministério da Saúde.

Em relação à implementação do sistema de cirurgias eletivas<sup>45</sup>, tem-se disponível a estrutura de *Callcenter* com 20 postos de atendimento no Estado com o objetivo de organizar o acesso da população, além de permitir um controle efetivo da demanda, o que a *posteriori* subsidia a programação da oferta de serviços. No entanto, com a emergência da Dengue e o aumento do número de casos, fez-se necessário ampliar o perfil do *Callcenter* para também incluir o fornecimento de informações acerca desta epidemia.

Visando levar ações de saúde à população do interior do Estado, foi criada pelo Governo do Estado a Estratégia Saúde em Movimento como uma forma de preencher os grandes vazios assistenciais e facilitar o acesso do cidadão a procedimentos especializados de média complexidade. Seu diferencial é o deslocamento dos profissionais e equipamentos de saúde até determinada microrregião do Estado, realizando procedimentos com valores da Tabela SUS e utilizando recursos de alta tecnologia. O *Callcenter* vem sendo empregado para o agendamento de consultas para o “Saúde em Movimento”.

A estratégia, neste momento, está disponibilizando atendimentos oftalmológicos, tendo em seu elenco 59 tipos de procedimentos. O objetivo desta ação é realizar consultas oftalmológicas, exames complementares, cirurgias de catarata, pterígio, além de outros procedimentos para diagnóstico e tratamento de problemas oftalmológicos mais prevalentes. Atualmente a equipe de oftalmologia é composta por cerca de 100 profissionais, entre médicos oftalmologistas, enfermeiros, auxiliares de consultório e pessoal de apoio.

Em três etapas realizadas em 2009 (sediadas em Mortugaba, Caetité e Ituaçu), numa média de 16 dias cada, já foram realizadas 30.172 consultas, 3.645 cirurgias de catarata, 6.096 cirurgias de pterígio e 1.947 outras cirurgias, além de 105.374 exames complementares, atendendo prioritariamente aquelas pessoas que participam do Programa Brasil Alfabetizado, do TOPA – Todos pela Alfabetização, e cidadãos com

---

<sup>45</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 4212 no PPA 2008 – 2011;

idade a partir de 60 anos.

O acesso a esse serviço ocorre de duas formas: através do encaminhamento dos alfabetizando pela equipe da Secretaria Estadual de Educação, ou através do SESAB Atende – 0800-7246565, número gratuito disponibilizado para a população da microrregião de saúde onde a equipe da Saúde em Movimento estiver atendendo, empregando o *Callcenter* contratado pela SESAB.

A SESAB vem intensificando as ações de monitoramento e avaliação dos recursos financeiros aplicados na compra de serviços pelo SUS com a finalidade de assegurar que os recursos aplicados atendam às necessidades de saúde da população. Foram aplicados questionários nos moldes do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS em 6 unidades hospitalares pediátricas, realizadas visitas técnicas em 12 unidades de saúde com vistas a contratualização, 28 unidades prestadoras de serviços de Alta Complexidade para habilitação e em 15 Hospitais Filantrópicos do Programa Estadual de Hospitais Filantrópicos para acompanhamento do desempenho da unidade no cumprimento das metas pactuadas, totalizando 78 prestadores de serviços avaliados. No total, foram avaliadas 495 solicitações de credenciamentos de serviços ao SUS e foram credenciados 51 novos estabelecimentos de Saúde, com destaques para 14 CAPS, 14 CEO e uma unidade de mamografia.

Quanto ao controle das internações hospitalares, a SESAB tem, no escopo de suas ações, a implementação dos processos autorizativos do SUS-BA<sup>46</sup> através da ferramenta módulo Autorizador (sistema de informação), que disponibiliza a cota física das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) para todos os municípios do Estado. Para tanto, foram capacitados os profissionais dos municípios para otimizar a operacionalização dos processos autorizativos e implementados 37 processos autorizativos. A AIH é o instrumento utilizado, no âmbito do SUS, para pagamento dos serviços hospitalares prestados pelos prestadores conveniados e contratados pela SESAB.

Outra ação importante foi à implantação de sistema local de controle de distribuição de faixa numérica das Autorizações de Procedimento Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC), evitando-se, assim, a entrega de faixas com duplicidade a municípios distintos.

---

<sup>46</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2694 no PPA 2008 – 2011;

Quanto à implementação da educação permanente e da qualificação profissional nas ações de controle e avaliação<sup>47</sup>, foram capacitados 476 profissionais da SESAB e das Secretarias Municipais de Saúde – SMS para a operacionalização e manutenção dos sistemas de informação<sup>48</sup> utilizados no processamento, faturamento, acompanhamento e controle dos serviços de saúde credenciados ao SUS. Vale ressaltar que o SESAB Atende também é destinado ao Disque-Dengue, cujo objetivo é o registro de informações acerca da epidemia de Dengue em todo o Estado.

### **Tratamento Fora do Domicílio – TFD<sup>49</sup>**

O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº. 55/99 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem quando esgotado todos os meios de atendimento. Consiste em fornecimento de passagens e uma ajuda de custo ao paciente e, em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica a unidades de saúde referenciada em outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial.

A SESAB vem implementando de forma descentralizada a assistência financeira para Tratamento Fora do Domicílio - TFD, garantindo ajuda custo e transporte para o usuário que necessitar se deslocar para tratamento. Somente em 2009 foram atendidas 905 pacientes, tendo sido aplicados cerca de R\$ 3,2 milhões.

No TFD interestadual os pacientes foram encaminhados para os Estados de Minas Gerais, Mato Grosso, Paraná, Goiás, Paraíba, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Pernambuco, São Paulo e Rio de Janeiro e para o Distrito Federal, cujos

---

<sup>47</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2688 no PPA 2008 – 2011;

<sup>48</sup> Sistemas de Informação: Programação Físico-Orçamentária - FPO (sistema utilizado para a realização da programação física orçamentária), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; Sistema de Informações Hospitalares - SIH, Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - Apac, Boletim de Produção Ambulatorial - BPA e Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - Sigtap.

<sup>49</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2695 no PPA 2008 – 2011;

procedimentos realizados estão descritos no apêndice A.

## 5. LINHA DE AÇÃO 2 – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Esta Linha de Ação articula os diversos órgãos estratégicos da SESAB, sob a coordenação da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, responsável principal pelos compromissos constantes desta linha. Essa é composta pela Diretoria de Administração de Recursos Humanos – DARH, Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde – DGETS, Escola Estadual de Saúde Pública – EESP e Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Aristides Novis – EFTS.

São dois os objetivos estratégicos voltados para o fortalecimento da gestão do trabalho na saúde de forma descentralizada e em rede<sup>50</sup>, e, instituição de uma política estadual de educação permanente de saúde. Essa linha se faz presente em 03 programas de governo e teve inicialmente alocados recursos de R\$ 555,4 milhões distribuídos entre 05 projetos e 04 atividades (Tabela 11), o detalhamento da execução encontra-se no anexo 15.

**TABELA 11**  
**EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA POR FONTE DE RECURSO–LINHA DE AÇÃO**  
**GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**  
**BAHIA, 2009**

Fonte	Orçado Inicial (A)	Orçado Atual (B)	Empenhado (C)	% (C/B)	Liquidado (D)	% (D/C)
00	0,00	78.791.035,00	78.787.027,16	100,0	78.787.027,16	100,0
30	547.995.667,00	620.657.539,00	619.644.211,21	99,8	619.644.211,21	100,0
47	770.000,00	1.715.000,00	650.927,18	38,0	650.927,18	100,0
48	6.587.000,00	5.790.006,00	5.232.639,40	90,4	5.218.164,40	99,7
66	40.000,00	40.000,00	0,00	0,0	0,00	
<b>TOTAL</b>	<b>555.392.667,00</b>	<b>706.993.580,00</b>	<b>704.314.804,95</b>	<b>99,6</b>	<b>704.300.329,95</b>	<b>100,0</b>

Fonte: FESBA/DOP/Sicof Gerencial

Do recurso inicialmente programado houve um aporte de R\$ 78,8 milhões na fonte 00 e de R\$ 72,7 milhões na fonte 30, principalmente pela necessidade de suplementação de

<sup>50</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 4341 no PPA 2008 – 2011;

créditos na atividade 4341 – Administração de Pessoal e Encargos do Grupo Ocupacional de Saúde. Esses créditos foram financiados por anulações de dotações de diversas unidades, inclusive de outras secretarias. Destaca-se nessa linha de ação a execução da fonte 00 com 100,0% e fonte 30 com 99,8%, considerando os valores empenhados.

Do total orçado e atualizado para esta linha de ação, foi liquidado em todo o exercício o valor de R\$ 704,3 milhões, representando 99,6% do orçamento previsto. Os Programas 129 – Reorganização da Atenção Especializada com 100% e o 124 - O SUS é uma Escola, com 99,9%, evidenciados na tabela 12. O anexo XX mostra o detalhamento por programa, projeto e atividade.

**TABELA 12**  
**EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA POR PROGRAMA - LINHA DE AÇÃO GESTÃO DO**  
**TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**  
**BAHIA, 2009**

Prog.	Orçado Inicial (A)	Orçado Atual (B)	Empenhado (C)	% (C/B)	Liquidado (D)	% (D/C)
123	1.495.000,00	1.260.700,00	933.498,95	74,0	933.498,95	100,0
124	27.198.000,00	27.746.519,00	26.319.660,33	94,9	26.305.185,33	99,9
129	526.699.667,00	677.986.361,00	677.061.645,67	99,9	677.061.645,67	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>555.392.667,00</b>	<b>706.993.580,00</b>	<b>704.314.804,95</b>	<b>99,6</b>	<b>704.300.329,95</b>	<b>100,0</b>

Fonte: FESBA/DOP/Sicof Gerencial

O Governo do Estado, a partir de 2007, desencadeou o processo de formulação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, envolvendo diretamente os dirigentes e equipes técnicas, as instâncias representativas dos diversos atores da política de saúde estadual, notadamente os municípios, pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, e representantes das Universidades (públicas e privadas) que operam no Estado.

Esse processo contemplou a revisão e discussão do marco jurídico-normativo dessa política, bem como implicou o aprofundamento do debate em torno dos princípios e diretrizes a serem adotados como referencial para o ordenamento, formação, qualificação, regulação, gestão e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS no Estado.

A Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde toma por base os princípios e diretrizes do SUS, quais sejam: a universalidade do acesso às ações e serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade na distribuição dos recursos e dos serviços de acordo com as necessidades de saúde dos diversos grupos populacionais, a descentralização, a regionalização e a participação na gestão das políticas e no controle social do sistema em todos os níveis.

Considerando a especificidade das ações contempladas pela política, agregam-se aos princípios gerais do SUS os seguintes princípios e diretrizes:

- O trabalhador é compreendido como sujeito histórico, considerando suas dimensões políticas, culturais e sociais, expressas nas relações que estabelece no cotidiano de vida e trabalho;
- Valorização do trabalhador e geração de ambiência favorável à motivação, comprometimento e desempenho das pessoas;
- Democratização das relações de trabalho promovendo uma gestão participativa e solidária;
- Educação permanente como estratégia que considera o trabalho como princípio educativo, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano do trabalho;
- A metodologia da problematização como dispositivo que favorece a apropriação ativa de conhecimentos e experiências que subsidiem a reorientação da formação, das práticas e dos processos de trabalho;
- Utilização de tecnologias educacionais inovadoras, a exemplo de Educação à Distância, visando a capilarização dos processos de qualificação profissional dos trabalhadores da saúde.
- Estruturação da gestão do trabalho visando a regulação, regulamentação e desprecarização do trabalho em saúde;
- Estruturação da gestão da educação na saúde visando à introdução de mudanças curriculares nos cursos superiores da área e a implementação de propostas inovadoras de educação permanente em saúde.

- Ênfase na constituição de redes integradas de Educação-Trabalho, visando à redução da distância entre o ensino e os cenários de prática no campo da saúde.
- Cooperação técnica com os municípios para o desenvolvimento das ações estratégicas na área de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde, com ênfase no apoio à implementação da Educação Permanente dos trabalhadores do SUS.
- Criação de espaços permanentes de negociação com as organizações representativas dos profissionais e trabalhadores de saúde para estabelecimento de acordos e pactos relacionados à desprecarização dos vínculos e melhoria das condições e relações de trabalho;
- Fortalecimento da co-gestão do processo de formulação, implementação e avaliação das ações educativas e da gestão do trabalho na saúde, desenvolvida pelas instâncias gestoras do SUS, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde, a CIB-BA e instâncias correlatas ao nível regional (CGMR).

Cabe ressaltar que sua formulação expressa o compromisso do Estado de ordenar a formação de recursos humanos e promover a transformação das práticas de trabalho em saúde e conseqüentemente do modelo de atenção à saúde.

## 5.1 COMPROMISSO 4 - INSTITUIR UMA POLÍTICA ESTADUAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, COM ÊNFASE NA DESPRECARIZAÇÃO

[PROGRAMA 123<sup>51</sup>, 124<sup>52</sup>, 129<sup>53</sup>]

O trabalho em saúde tem características que lhe são peculiares. Não somente pelo próprio objeto de trabalho, o ser humano, que na maioria das vezes está em processo de adoecimento, dor e sofrimento, mas também há que considerar os riscos e agravos à saúde a que os profissionais podem estar expostos, como ambiente insalubre, precárias condições de trabalho, baixas remunerações e falta de garantia dos direitos trabalhistas.

Com a assunção de um novo Governo na Bahia, um dos maiores desafios colocados para esta gestão na área de Administração de Recursos Humanos foi a de romper com a lógica de ingresso no setor público, adotando-se a seleção pública e realização de Concurso Público como forma de ingresso. No ano de 2007, constatou-se um elevado quadro de servidores da saúde contratados temporariamente sem a realização de processo seletivo público, apesar do grande número de aprovados no concurso público, realizado em 2005, à serem convocados e as unidades e serviços com gigantesco déficit de pessoal.

Foram criadas 1.883 novas vagas além das estabelecidas no concurso de 2005, permitindo que 2.451 profissionais aprovados fossem convocados, quantitativo este que superou o número de profissionais convocados até dezembro de 2006 - 1.939 profissionais, dos quais 664 convocados no final de 2006 e efetivamente assumiram a partir de 2007.

Nessa perspectiva, destacam-se ainda a realização do concurso público em 2009<sup>54</sup> para o preenchimento de 850 vagas para a capital e interior do Estado (apêndice b), estratégia que visa não somente o suprimento das lacunas de pessoal, mas também a desprecarização dos vínculos existentes. No período de 2007 à 2009 já foram

---

<sup>51</sup> **Programa 123:** Gestão Estratégica, Participativa e Efetiva em Saúde;

<sup>52</sup> **Programa 124:** O SUS é uma Escola: Política Estadual de Educação Permanente em Saúde.

<sup>53</sup> **Programa 129:** Reorganização da Atenção Especializada

<sup>54</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 4381 no PPA 2008 – 2011;

concedidas mais de quatro mil processos de adicional de insalubridade e de 1.200 aposentadorias. Somente em 2009 foram 245 aposentadorias e 1.351 adicional por tempo de serviço concedido.

Somente no ano de 2009, foram contratados mais de 400 profissionais via Regime Especial de Direito Administrativo – REDA e 1.400 profissionais médicos tiveram seus contratos prorrogados. No período de 2007 a 2009, foram contratados mais de 11 mil postos de trabalho, tendo sido realizados Processos Seletivos Públicos para contratação via REDA, para preenchimento de 3.575 postos de trabalho médicos e 2.426 multiprofissional (outras categorias profissionais).

Para a modernização da gestão do trabalho na SESAB, o Governo vem investindo na implantação de um sistema de informação sobre força do trabalho em saúde do SUS – Bahia, que possibilitará a sistematização e o conhecimento do perfil dos servidores da SESAB, dando maior clareza quanto ao provimento e movimentação de profissionais da rede, dimensionando de fato a força de trabalho existente.

Por sua vez, com a implantação dos núcleos descentralizados de gestão de pessoas, por meio da reestruturação das coordenações de recursos humanos das Dires e unidades de saúde que compõem a rede própria da SESAB, busca-se estabelecer e fortalecer os vínculos institucionais imprimindo maior agilidade e resolutividade aos processos na área de pessoal.

Para viabilizar e dar consistência aos núcleos descentralizados de gestão de pessoas buscou-se no ano de 2009, qualificarmos os profissionais que atuam na gestão de recursos humanos das unidades da SESAB assim como dos municípios. Nesse contexto, realizou-se o II Seminário sobre Gestão do Trabalho e Educação Permanente em julho de 2009, que contou com a participação de 360 profissionais, entre eles gestores da rede própria da SESAB, bem como os técnicos da área de recursos humanos destas, cujo objetivo foi discutir a implantação dos referidos núcleos no Estado.

Foi observada também a inexistência de espaços coletivos de negociação entre os gestores e trabalhadores e um Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos - PCCV inadequado para fazer frente à complexidade da Força de Trabalho do SUS – BA, em

particular às necessidades dos servidores da SESAB, associado aos problemas encontrados na área da saúde no Estado da Bahia, desvelam o projeto político vigente até o início da segunda metade da década atual.

Para contribuir com a resolução desses problemas foi instalado o Sistema Estadual de Negociação Permanente do Governo do Estado e a Mesa Setorial de Negociação Permanente da Saúde junto à representação dos trabalhadores, por meio de suas entidades representativas.

Foi aprovado o novo Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos – PCCV da SESAB que, com a sua instituição, resultaram na reestruturação do Grupo Ocupacional de Serviços Públicos de Saúde; na criação de carreiras como Biomédico, Engenheiro Clínico, Engenheiro Químico, Físico e Químico; na estruturação das classes para cada categoria funcional; na instituição do processo de Avaliação de Desempenho (individual e institucional); na concessão de insalubridade para os trabalhadores lotados em unidades de saúde; no desenvolvimento na carreira por meio da Promoção; na regularização da jornada de trabalho dos servidores médicos (plantonistas), na implantação da Gratificação de Incentivo ao Desempenho – GID, caracterizando-se assim como as principais conquistas dos trabalhadores no período de 2007 à 2009.

### **Política Estadual de Educação Permanente em Saúde**

O Governo do Estado vem empreendendo esforços para a consolidação de uma política estadual de educação permanente de forma intersetorial, com o desenvolvimento de estratégias de qualificação e pós-graduação de trabalhadores do SUS e de gestores de sistemas e serviços de saúde. O desenvolvimento de cursos técnicos e pós-técnicos para trabalhadores do SUS, cursos de pós-graduação e o ordenamento e ampliação das residências em saúde foram, nos últimos anos, os principais processos formativos e práticas pedagógicas utilizadas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Destaque para a Educação à Distância – EAD/SUS-Bahia<sup>55</sup>, ferramenta importante no processo de Educação Permanente na Bahia.

---

<sup>55</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2491 no PPA 2008 – 2011;

No escopo da cooperação técnica aos municípios, a SESAB implantou a Câmara Técnica Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde, junto à Comissão Intergestores Bipartite - CIB, com o objetivo de discutir o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde e apoiar a estruturação desta área da gestão no âmbito municipal, em especial aos municípios que aderiram ao Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação do SUS - ProgeSUS do Ministério da Saúde. Atualmente são 17 unidades de gestão do trabalho e educação permanente estruturadas.

O ProgeSUS é um programa de cooperação técnica e financeira com estados e municípios, subdividido em quatro componentes [componente I - Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS; componente II (Sistema de Informação Gerencial para o Setor de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS; componente III - Capacitação da Equipe da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS; componente IV - Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS – InforSUS], que tem como objetivo desenvolver ações conjuntas entre os entes federados com vistas a criação e/ou fortalecimento e modernização dos setores de gestão do trabalho e da educação no SUS, visando sua efetiva qualificação.

No componente I (Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS), busca-se auxiliar na organização da área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde com definição de equipe e estrutura física adequada, além da aquisição de equipamentos. O componente II (Sistema de Informação Gerencial para o Setor de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS), prevê a disponibilização pelo Ministério da Saúde de Sistema de Informação Gerencial para a área de gestão do trabalho e da educação das Secretarias de Saúde.

Quanto ao componente III (Capacitação da Equipe da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS), busca-se qualificar os gestores e técnicos da área, para que desenvolvam conhecimentos que os auxiliem na perspectiva da modernização da gestão do trabalho em saúde. No componente IV (Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS – InforSUS), tem-se a constituição do Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS, abrangendo os sistemas de informações das secretarias municipais, estaduais e do Ministério da Saúde.

A Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente no SUS – Bahia contempla ainda, dentre outras coisas, a implementação do HumanizaSUS<sup>56</sup>. Política Nacional, instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, que busca a valorização dos usuários, gestores e trabalhadores em saúde, por meio da inclusão e co-responsabilização desses sujeitos nos processos de produção de saúde.

Realizou-se a I Vídeo Conferência do HumanizaSUS transmitida para as 28 microrregiões do Estado, com o objetivo de discutir as agendas elaboradas durante os seminários macrorregionais. Destaca-se ainda no ano de 2009, a formação dos Colegiados Gestores nos municípios de Ibicaraí e Santa Maria da Vitória e a adesão de cinco municípios prioritários à Política Nacional de Humanização – PNH.

Realizou-se ainda o Curso de Formação/Intervenção de Apoiadores, com a participação de 72 trabalhadores (nível central, hospitais da região metropolitana e centros de referência) para implantação/implementação da PNH no Estado, em parceria com o Ministério da Saúde e o I Encontro Estadual de Humanização e Mostra Interativa de “Humanização - SUS que dá certo!”, durante congresso da Rede Unida.

Nessa perspectiva, tem-se consolidado uma rede composta por grupos de trabalho de humanização em unidades da rede própria, Diretorias Regionais de Saúde – Dires, nos 28 municípios sedes de microrregião. Encontra-se em funcionamento 11 grupos de trabalho nas Dires.

Em continuidade às ações de capilarização da Política de Humanização no Interior do Estado foram realizados Encontros Macrorregionais de Humanização envolvendo todos os municípios das microrregiões de Jequié, Gandu, Juazeiro, Senhor do Bonfim, Paulo Afonso, Jacobina, Barreiras, Santa Maria da Vitória e Ibotirama, com a participação de 270 pessoas entre usuários, gestores e trabalhadores.

Ainda na temática da Humanização, destaque para o Permanecer SUS, uma estratégia que visa promover o acolhimento a usuários e acompanhantes nas unidades de emergência dos hospitais, onde foram selecionados mais 65 estudantes da área de saúde no ano de 2009, dos quais sete deverão compor imediatamente o grupo com

---

<sup>56</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 4379 no PPA 2008 – 2011;

outros 45 estudantes que estão atuando nos hospitais da rede própria do SUS na Capital (Hospital Geral Roberto Santos – HGRS, Hospital Geral do Estado – HGE, Hospital João Batista Caribé – HJBC, Hospital Ernesto Simões Filho – HESF, na Maternidade Iperba e no Hospital Geral Menandro de Faria – HGMF.

Ao longo da execução do programa foram realizadas cinco seleções, sendo capacitado um total de 302 estudantes e selecionados 222 novos. Somente no primeiro semestre de 2009, os estudantes realizaram quase 9.000 atendimentos, acolhimentos e escutas qualificadas, além de orientações, acompanhamentos dos pacientes e educação em saúde.

### **Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis - EFTS**

A Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis (EFTS), tem como propósito a qualificação da força de trabalho de nível médio de todo SUS-Bahia<sup>57</sup>. Em parceria com o Ministério da Saúde, recebem recursos através da Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007, para ordenar e desenvolver a Política de Educação Permanente no Estado.

A EFTS faz parte da Rede de Escolas Técnicas do SUS - RET-SUS, composta por 36 Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS que existem em todos os estados do Brasil. Essa rede se configura em uma estratégia de articulação, trocam de experiências, debates coletivos e construção de conhecimento em Educação Profissional em Saúde, uma rede governamental criada para fortalecer a formação do pessoal de nível médio que atua na área da Saúde.

A execução dos processos educativos pela EFTS é feita de maneira descentralizada<sup>58</sup>, tendo os municípios como principais parceiros, utilizando como eixo o Pacto pela Saúde e o fortalecimento do SUS. A EFTS no ano de 2009 produziu todo o material didático dos cursos descentralizados em consonância com o Projeto Político Pedagógico da escola, buscando integrar os currículos dos diversos cursos propostos. Foram produzidos os Guias curriculares dos cursos de: Técnico em Enfermagem; Complementação de Auxiliar para Técnico de Enfermagem para as Urgências e

---

<sup>57</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2570 no PPA 2008 – 2011;

<sup>58</sup> Os cursos descentralizados ocorrem na sede do município e a EFTS dá o apoio técnico, político pedagógico às secretarias municipais para sua execução.

Emergências; Técnico em Saúde Bucal; ACS; Atualização do Técnico em Saúde Pública e Qualificação dos Técnicos das Equipes Municipais de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental.

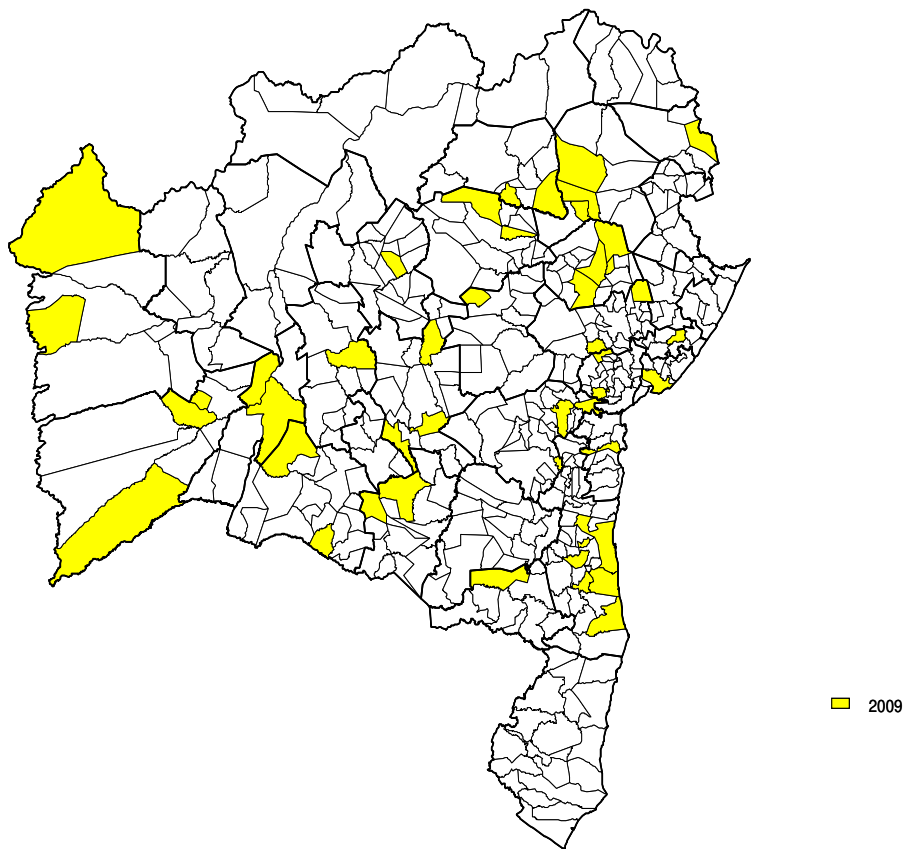
Em consonância com a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente no Estado da Bahia, a EFTS responsabiliza-se pelo ordenamento da formação e capacitação de pessoal de nível médio em saúde no Estado da Bahia. Esforços foram feitos para a conformação de uma rede de educação profissional na Bahia, envolvendo escolas técnicas públicas e privadas, bem como a caracterização e regulação dos campos de prática do SUS no Estado. Nesse sentido, foi estruturado um curso de políticas de saúde para as escolas técnicas privadas, com vistas a incorporação da disciplina Políticas de Saúde no currículo dessas instituições, um dos pré-requisitos para a certificação destas como unidades de ensino da rede. Em 2009, 18 escolas privadas participaram do curso sobre Políticas de Saúde.

A EFTS tem promovido cursos de educação profissional envolvendo trabalhadores sem formação e pessoas da comunidade, conferindo aos egressos certificados de auxiliar, habilitação e/ou especialista e capacitação técnica pedagógica dos profissionais de nível superior para a docência dos cursos para atender às demandas de cursos livres dos municípios.

Em 2009, foram capacitados 1.047 profissionais, sendo 905 enfermeiros da estratégia de saúde da família e rede hospitalar para atuarem nos cursos de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Técnico de Enfermagem, 126 dentistas para desenvolver o curso de Técnico de Saúde Bucal (TSB) e 16 demais profissionais para desenvolverem o curso de Qualificação profissional em Técnico de Saúde Pública. Buscou-se ainda fomentar o desenvolvimento de pesquisas na área de formação técnica de trabalhadores de saúde.

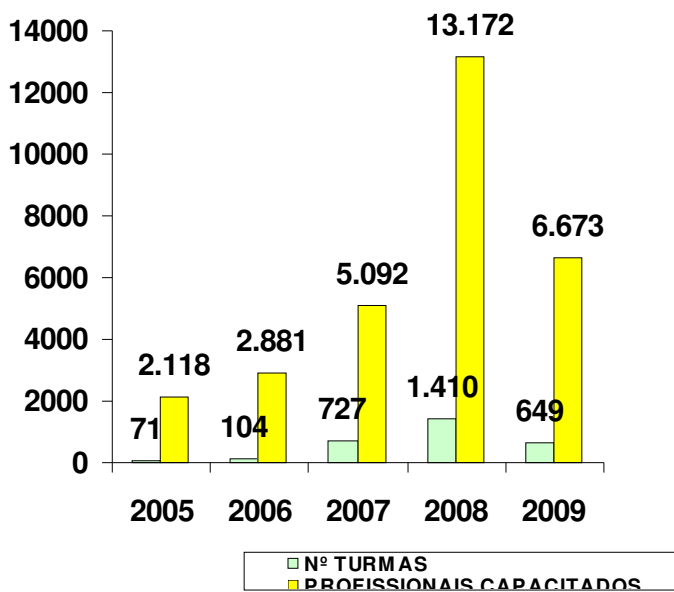
Quanto aos cursos descentralizados, em 2009 foram capacitados 5.626 ACS em 72 municípios do Estado (Mapa 05), havendo ainda 229 turmas totalizando 1888 ACS em processo de formação. Encontra-se em formação também 137 Técnicos de Saúde Bucal nos diversos municípios. No total, foram capacitados 6.673 profissionais de nível médio e superior (Gráfico 13).

**MAPA 05  
MUNICÍPIOS COM ACS CAPACITADOS  
BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB/Superh/Efts

**GRÁFICO 13  
PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO E SUPERIOR QUALIFICADOS PELA EFTS – SESAB  
BAHIA, 2005 – 2009**



Fonte: SESAB/Superh/Efts

Os cursos descentralizados são acompanhados pela EFTS, que supervisionou 207 municípios nas diversas regiões do Estado, realizou 23 encontros regionais de educação permanente para a realização de uma análise situacional por região de saúde. Encontra-se em implantação ainda um Sistema de Supervisão e de Gestão Escolar que permitirá acompanhar os cursos descentralizados.

A EFTS criou no ano de 2009, seu primeiro núcleo descentralizado no município de Itaberaba, para o acompanhamento dos cursos, visando fortalecer a descentralização. Esse núcleo encontra-se atualmente em processo de reforma para sua inauguração formal. Foram realizadas ainda, 111 visitas a 93 municípios do Estado, com a finalidade de supervisionar, *in loco*, os cursos em andamento além de terem sido apoiados, 251 municípios do Estado da Bahia.

Sobre a implantação no Estado da Escola Técnica Aberta do Brasil (E-TEC Brasil), em parceria com a Secretaria de Educação do Estado da Bahia e convênio com o Ministério da Educação (MEC) ocorreram reuniões para constituição de grupo de gestão do projeto, definição dos municípios-pólos, elaboração de termos de referências, definição de atribuições dos mediadores, elaboração dos planos de curso na modalidade EAD, articulação para realização de capacitações dos profissionais de nível superior envolvidos, além disso, foram realizadas viagens para participar de curso de docência on-line promovido pelo MEC e de professor conteúdista pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que contaram com a participação de seis trabalhadores da EFTS.

No tocante a definição e desenvolvimento de pesquisa na área de formação técnica de trabalhadores do SUS, foram produzidos 23 projetos de pesquisa como produto dos trabalhos de conclusão do curso de Especialização em Educação Profissional Técnica na área da Saúde.

Além das atividades supracitadas a EFTS regularizou a situação dos auxiliares de enfermagem que concluíram o curso pelo convênio SESAB/UFBA/SEC, no período de 1969 a 1999 que a partir de agora passa a ser certificado pela escola. Destaca-se ainda a entrega de 147.500 kit, compostos por camiseta, boné e mochila aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Estado, num processo articulado com a Diretoria de Atenção Básica da SESAB.

## **Escola Estadual de Saúde Pública - EESP**

A Escola Estadual de Saúde Pública – EESP Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto, vinculada a SESAB, tem buscado o ordenamento do processo de formação e qualificação do pessoal de nível superior em saúde, além de organizar as redes regionais de integração educação-trabalho<sup>59</sup> para potencializar os campos de prática da rede estadual, enquanto lugar privilegiado da formação profissional em saúde. Em 2009, 100% dos campos de práticas e estágios foram caracterizados.

Tem-se trabalhado ainda no apoio à implementação das Diretrizes Curriculares, incentivando mudanças nos cursos da área da saúde para adequar o perfil do profissional em formação às necessidades do SUS. Nessa perspectiva, destaca-se o Estágio de Vivência do SUS, uma tentativa de aproximação de estudantes universitários de diversas áreas do conhecimento com a realidade do Sistema Único de Saúde, potencializando-o enquanto meio privilegiado de aprendizagem e apoio à formação (áreas meio/interdisciplinar). No ano de 2009 foram realizadas duas etapas, nos meses de agosto e dezembro, com a participação de mais de 400 estudantes, divididos em mais de 20 municípios do Estado.

A criação da Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde – CIET no organograma da EESP a partir de 2007 foi um grande avanço no que diz respeito à organização para a caracterização e regulação dos campos de prática. A tabela 13 permite evidenciar as principais atividades desenvolvidas em 2009 para a integração educação trabalho e apoio à implementação das diretrizes curriculares no Estado.

---

<sup>59</sup>

Corresponde ao Projeto/Atividade 4477 no PPA 2008 – 2011;

**TABELA 13**  
**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS - EESP**  
**BAHIA, 2009**

ATIVIDADE	PARTICIPANTES
I Oficina Macrorregional: A Integração da Educação e Trabalho como estratégia de reordenamento da formação e implementação da Educação Permanente – Macro Centro Leste. UEFS	88
Oficina de Instalação do Comitê Gestor Local e implantação do Pró-Saúde nas Unidades das Redes Estadual e Municipal	43
2ª Aula Pública do SUS: A Reforma Sanitária Brasileira	600
IV Oficina Macrorregional no município de Vitória da Conquista	40
VIII Oficina de Educação Permanente para trabalhadores de RH e Educação Permanente das unidades de saúde da Rede Estadual de Saúde	45
I Seminário Regional do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (Pet-Saúde) em Vitória da Conquista	280
2º Seminário de Integração da Educação e Trabalho na Saúde	140
<b>TOTAL</b>	<b>1.236</b>

Fonte: SESAB/Superh/EESP

A Universidade Aberta do SUS – UnaSUS<sup>60</sup>, iniciativa do Governo Federal, em implantação no Estado sob a coordenação da EESP, se trata de um programa que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS.

O Edital de Seleção Pública construído para a contratação de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, qualificada ou que pretenda qualificar-se como Organização Social, para celebrar Contrato de Gestão para execução das ações e serviços de educação atinentes ao Programa Universidade Aberta do SUS – Bahia foi finalizado, e, em Dezembro de 2009 foi publicada no DOE, a portaria 1921 que publiciza o interesse do Estado na transferência da gestão do Programa UNASUS – BA, aguardando então os trâmites legais para iniciar a seleção da OS, que será gestora do Programa.

No ano de 2009, foram qualificados<sup>61</sup> 2.242 profissionais (gestores e trabalhadores) nos diversos cursos ofertados pela EESP e em parceria com a Universidade Federal da Bahia – UFBA. A SESAB mantém ainda nos programas de residência em saúde<sup>62</sup> (médica e multiprofissional) cerca de 727 profissionais em formação conforme gráfico

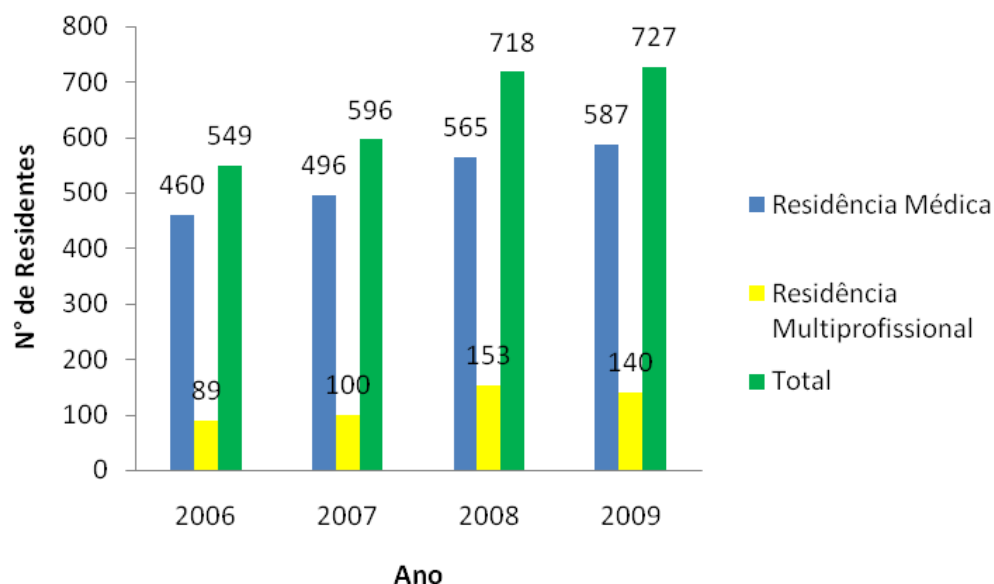
<sup>60</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2491 e 2570 no PPA 2008 – 2011;

<sup>61</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2491 no PPA 2008 – 2011;

<sup>62</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2560 no PPA 2008 – 2011;

14.

**GRÁFICO 14**  
**RESIDENTES EM FORMAÇÃO PELA SESAB**  
**BAHIA, 2006 – 2009**



Fonte: SESAB/Superh/Eesp

Em parceria com o Instituto Anísio Teixeira – IAT da Secretaria de Educação do Estado da Bahia - SEC, da Companhia de Processamento de Dados – PRODEB e da Universidade Federal da Bahia – UFBA, mais especificamente da Escola de Enfermagem, a EESP vem implementando o Projeto Educação à Distância - Ead – SUS<sup>63</sup>, como estratégia de ampliação e democratização do acesso a processos educativos e de comunicação.

A implantação e customização do *Moodle* (Ambiente Virtual de Aprendizagem) para os cursos vêm sendo desenvolvidas pela EESP através da Coordenação de Ensino e Pesquisa – CEP, que, através da sua equipe vem dando suporte técnico operacional aos alunos e tutores dos cursos implantados e que desenvolvem suas atividades a partir do Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA, num total de 1102 participantes em 09 cursos ofertados pela EESP.

Credenciada junto ao sistema formal de ensino, Conselho Estadual de Educação, em dezembro de 2008, a EESP passou a certificar cursos de especialização na área da saúde. Somente no ano de 2009 foram implantados os cursos de especialização em

<sup>63</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2491 no PPA 2008 – 2011;

gestão regionalizada ofertando cerca de 200 vagas para os profissionais da rede das diversas regiões do Estado e o curso de especialização em gestão do trabalho e da educação em saúde para 120 trabalhadores; Saúde Coletiva com concentração em Gestão Pública Municipal, Gestão Hospitalar, gestores intermediários e o Curso de Especialização em Planejamento em Saúde em articulação com o Instituto de Saúde Coletiva – UFBA e o Ministério de Saúde, contando hoje com 36 alunos.

A tabela 14 mostra o número de vagas de especialização ofertadas pela EESP.

**TABELA – 14**  
**NÚMERO DE VAGAS DE ESPECIALIZAÇÃO – EESP**  
**BAHIA, 2009**

<b>CURSO*</b>	<b>N.º DE VAGAS</b>
Programa de Saúde da Família - PSF com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado	450
Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	220
Saúde Coletiva: Concentração em Gestão Pública Municipal	216
Gestão Hospitalar para o SUS/BA	120
Gestão Regionalizada	200
<b>TOTAL</b>	<b>1206</b>

Fonte: SESAB/Superh/EESP

A EESP vem realizando ainda a qualificação de profissionais de nível superior com atividades e cursos orientados para a reflexão acerca do processo de trabalho, permitindo um retorno imediato do aprimoramento do trabalhador ao serviço. Somente em 2009, foram realizados cursos de atualização, oficinas e seminários com a participação de 1.547 profissionais – tabela 15.

**TABELA 15**  
**QUALIFICAÇÕES REALIZADAS PELA EESP**  
**BAHIA, 2009**

<b>ATIVIDADE</b>	<b>PARTICIPANTES</b>
Oficina de Trabalho para o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.	48
Oficina: A Lógica dos Conteúdos e das Mídias.	27
Curso de Qualificação em Instrutoria Interna dos Processos Educativos nas Urgências do SUS-Ba	49
Curso de Atualização em Políticas de Saúde	23
Simpósio Integrado de Emergência e Medicina Intensiva	270
Oficina de capacitação em EAD com facilitadores do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado	50
1ª Oficina de capacitação dos Mediadores do estágio de vivência no SUS	10
Oficina de orientação para os profissionais que atuam na rede de bibliotecas da SESAB, pesquisadores, coordenadores de residência e gestores, sobre o acesso às fontes de informação	25
Oficina com os orientadores e orientandos do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar	30
Curso de Formação de Professores-Autores	10
Oficina Pedagógica para Formação dos Docentes do Curso Medicina da UESB	25
VIII Oficina de Educação Permanente para trabalhadores de RH e Educação Permanente das unidades de saúde da Rede Estadual de Saúde	45
1ª turma do Curso de Combate a Dengue	38
Sessão Temática Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde	22
Oficinas Pedagógicas para Instrutores/ Mediadores de Aprendizagem do Projeto Integrado de Educação Permanente para Gestores Municipais de Saúde do Estado da Bahia	13
Estágio de Vivência no SUS: Um Relato de Experiência	23
Apresentando o Campo da Comunicação e Saúde	22
Políticas de Educação Permanente e Construção do Apoio Pedagógico no SUS	37
A Rede como Estratégia de Integração da Educação e Trabalho no SUS/Ba”	24
Oficina de Capacitação Pedagógica para os Coordenadores de Núcleo de Educação Permanente do Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado	15
I Oficina de Formação de Preceptores-médicos	19
2ª Oficina de Capacitação dos Mediadores de Aprendizagem do Estágio de Vivência no SUS	53
2ª turma do Curso de Combate a Dengue	72
II Seminário Estadual sobre Controle Social da Pesquisa com Seres Humanos no dia	94
Seminário da Revista Baiana de Saúde Pública	53
I Seminário Baiano de Medicina de Família e Comunidade	46
Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS*	379
Atualização em Atenção à Saúde da Criança	25
<b>TOTAL</b>	<b>1.547</b>

Fonte: SESAB/Superh/EESP

\* OBS: Cursos que serão concluídos em 2010

## **6. LINHA DE AÇÃO III - VIGILÂNCIA DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE INDIVIDUAL E COLETIVA**

Esta Linha de Ação articula os diversos órgãos/setores da SESAB sob a coordenação da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA, através de: Diretoria de Informação da Saúde – DIS, Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP, Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental em Saúde – DIVISA, Centro de Vigilância da Saúde do Trabalhador – CESAT, Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalo Moniz – LACEN.

Os objetivos estratégicos dessa linha de ação estão relacionados ao fomento e desenvolvimento da política estadual de promoção à saúde e ao fortalecimento e estruturação das ações de vigilância da saúde, promovendo a integração e a operação das práticas nas esferas de gestão estadual e municipal do SUS. As ações necessárias para a concretização dos objetivos estão identificadas no único programa dessa linha de ação, programa 134 – Integração das Práticas de Vigilância da Saúde, o qual é composto por 09 atividades, cuja execução de cada uma encontra-se detalhada no anexo 16.

Os recursos inicialmente alocados no orçamento de 2009 para esta linha de ação foram de R\$ 23,5 milhões. Em virtude da necessidade de controle do surto da dengue, no primeiro trimestre houve uma reprogramação de ações vinculadas à saúde. No decorrer do segundo e terceiro trimestres foram efetuados novos créditos, um deles por superávit financeiro na fonte 48 para atendimento a ações de vigilância e DTS/AIDS, elevando assim, a dotação atualizada para, aproximadamente, R\$ 40,7 milhões.

Essa linha de ação recebeu reforço orçamentário pela inclusão da fonte 32, mediante crédito de R\$ 600 mil reais transferidos da EMBASA para a SESAB, destinado a compra de capas para tonéis, caixas d'água e reservatórios a serem distribuídos pelos agentes comunitários de Saúde (ACS) em residências, para controle da dengue, a qual foi totalmente empenhada, liquidada e paga dentro do exercício.

Da dotação total atualizada para esta Linha de ação, cerca de R\$ 35,9 milhões foi empenhado até dezembro, representando uma execução de 88,2%, enquanto o valor

liquidado alcançou os 100% de execução em todas as fontes.

## **6.1 COMPROMISSO 5 - VIGILÂNCIA DA SAÚDE, COM INTEGRAÇÃO E OPERAÇÃO DAS PRÁTICAS NAS ESFERAS DE GESTÃO ESTADUAL E MUNICIPAL DO SUS**

O Governo do Estado tem buscado fortalecer a vigilância da saúde com integração das práticas nos diversos entes federados, bem como ampliar e aprimorar as ações de vigilância de riscos e agravos à saúde, todo processo em articulação com os municípios e com o governo federal. Para tanto, definiu, no escopo das ações estratégicas da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde - SUVISA, a implementação do Programa Estadual de Imunização, da vigilância epidemiológica de doenças e agravos à saúde, da vigilância de produtos e serviços de interesse da saúde, da vigilância ambiental em saúde, de ambientes e processos de trabalho, bem como a promoção da atenção integral à saúde do trabalhador, além do diagnóstico laboratorial de interesse para a saúde pública e o desenvolvimento de processos formativos em vigilância da saúde.

A vigilância da saúde, em uma concepção que a define como um modelo de atenção, é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde. As ações específicas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e as informações dos sistemas e análise de situação de saúde fazem parte da vigilância da saúde, no contexto coletivo, ao lado das ações de caráter individual organizadas sob a forma de consultas e procedimentos.

As doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis constituem importante problema de saúde pública, sendo que as transmissíveis podem algumas delas se disseminar rapidamente. As medidas de controle para a interrupção da cadeia de transmissão, como a imunização de rotina e de comunicantes, além da quimioprofilaxia, podem impedir o surgimento de casos secundários e de epidemias. As atividades de combate de vetores potenciais transmissores é outra ação fundamental para o controle de alguns eventos e danos a saúde humana. A detecção precoce de

casos e o aprimoramento dos critérios diagnósticos favorecem a adoção de medidas de controle adequadas e oportunas.

Com relação aos agravos e doenças não transmissíveis (DAnT), estes requerem medidas de promoção da saúde e intervenções para mudança de comportamento da população e com isso pode-se reduzir os riscos e fatores determinantes de causas responsáveis pelos mesmos

O Governo do Estado, através da SESAB, planeja, programa, monitora, avalia e executa de forma suplementar e complementar, as ações de vigilância e controle de doenças/agravos transmissíveis e não transmissíveis segundo necessidade e oportunidade. Outra frente de trabalho é a investigação de surtos, epidemias, casos de doenças emergentes e eventos inusitados, cuja atuação consiste no acompanhamento, análise e intervenção nesses eventos em todo o território da Bahia.

### **Gerenciamento integrado e operação dos Sistemas de Informação (SI) de interesse para Vigilância da Saúde.**

No ano de 2009, buscou-se dar agilidade ao sistema de informação em saúde, investindo-se no aumento da captação de notificações de nascimentos, óbitos e agravos de notificação, além da melhoria da qualidade dos dados, visando garantir uma maior confiabilidade das informações produzidas no estado. Ao mesmo tempo, a disseminação das informações técnico científicas em epidemiologia e saúde foi intensificada, através da elaboração de publicações, além da divulgação de informações através da internet.

A Diretoria de Informação em Saúde – DIS participou de Comissões, Grupos de Trabalhos Institucionais e Comitês, sempre com o objetivo de buscar a melhoria das informações em saúde, a saber: Comissão Censitária – IBGE; GT de planejamento da SUVISA; Observatório da violência (dedicação exclusiva de um técnico); Câmara Técnica de Informática da SESAB; Câmara Técnica de Informação e Informática do CONASS; Comissão de Surtos – CEVESP.

O site da Diretoria de Informação em Saúde - DIS, em 2009, foi aperfeiçoado, facilitando a interlocução com as Dires, municípios e os diversos setores intra e

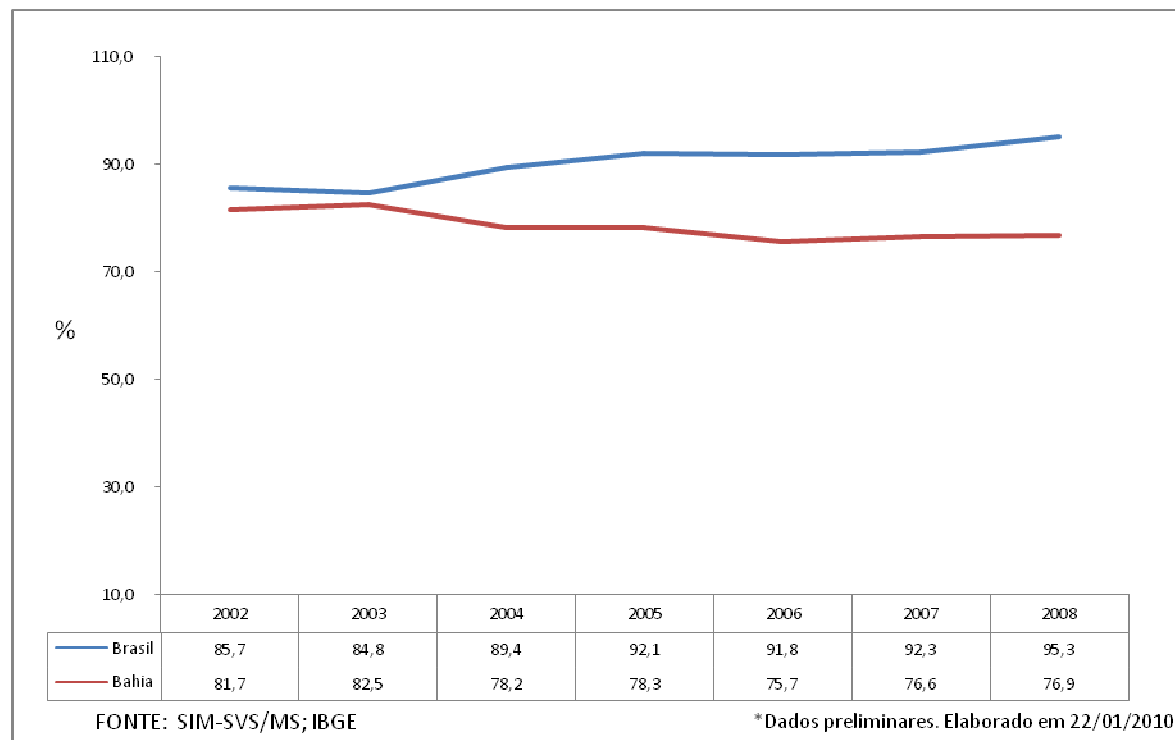
interinstitucionais. Pode-se observar que os objetivos vêm sendo atingidos, quando se constata que a disponibilização de informações e indicadores, vem estimulando a sua maior utilização pelos gestores e técnicos da saúde. Essas informações vêm sendo disponibilizadas através dos Cadernos de Informação em Saúde estadual, regionais e municipais, dos Anuários e outras publicações da Diretoria, além de tabuladores onde podem ser encontrados dados sobre população, nascimentos e óbitos, bem como agravos de notificação compulsória. Subsidiando o planejamento e as equipes da SESAB, foram também elaborados pela DIS diagnósticos de saúde para finalidades e grupos populacionais distintos, como para o Plano Estadual de Saúde, Vigilância do Óbito Infantil e Materno, etc.

Dentro das suas propostas, a DIS também ministrou cursos de acesso às bases de dados em saúde, tabulação e cálculo de indicadores, para técnicos da SESAB, com o objetivo de garantir uma maior autonomia a estes profissionais, na busca por informações necessárias ao planejamento e gerenciamento das suas atividades.

### **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC**

No ano de 2009, foram notificados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, até os primeiros dias de 2010, 192.331 nascidos vivos de mães residentes no Estado da Bahia, devendo este quantitativo aumentar até o encerramento dos bancos de dados pelo Ministério da Saúde. Do total de nascimentos de mães residentes na Bahia notificados, 99,4% ocorreu em unidades hospitalares e outros estabelecimentos de saúde e menos de 0,6%, em domicílio.

O Sinasc vem captando cerca de 80% dos nascidos vivos estimados para o Estado entre os anos de 2002 e 2008. O maior percentual de notificações no período ocorreu em 2003, com posterior declínio, comportamento observado em todo o país, mesmo na região Sudeste, que apresenta a melhor cobertura do país (Gráfico 15).

**GRÁFICO 15****RAZÃO ENTRE NASCIDOS VIVOS ESTIMADOS E COLETADOS PELO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA BAHIA E BRASIL, 2002 - 2008\***

Fonte: SESAB/SUVISA/DIS

Esta redução pode ser decorrente de aspectos relacionados às estimativas da taxa de natalidade para os Estados, elaboradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde (MS), bem como a problemas relativos às projeções populacionais, em anos intercensitários. Vale salientar ainda que, no ano de 2006, o Sinasc passou por uma profunda modificação em sua estrutura. Esta nova ferramenta, juntamente com a incorporação de uma nova tecnologia de transmissão eletrônica (Sisnet), aliados a falhas na operacionalização do sistema no nível municipal, acarretaram perda de dados.

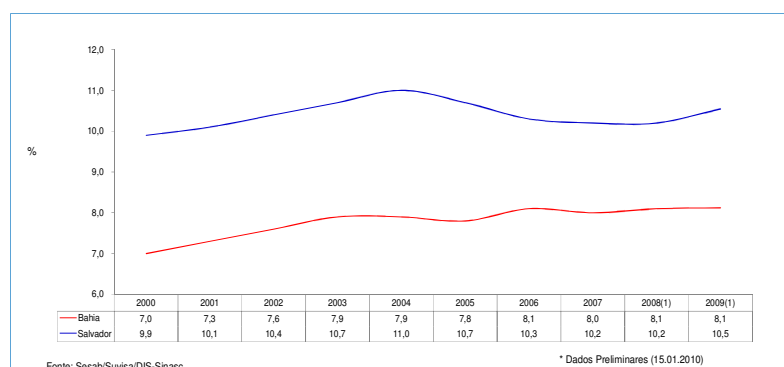
Este é também um dos fatores que pode explicar a diminuição da cobertura em relação aos anos anteriores. Tais perdas foram monitoradas e recuperadas por alguns municípios, graças à revisão e ao aprimoramento do sistema pelo Datasus e ao empenho dos técnicos desses municípios em seguir as orientações da Diretoria de Informação em Saúde. Nos próximos anos, superadas as dificuldades relativas ao sistema operacional, aliadas aos esforços para a melhoria da qualidade da informação, certamente os resultados positivos serão mais fortemente sentidos nos próximos anos, tais como a elevação da cobertura do Sinasc, até a consolidação final por parte do

nível Federal (MS/Datasus).

No que diz respeito à qualidade dos dados registrados nas Declarações de Nascido Vivo (DN), observa-se para quase todas as variáveis, reduções progressivas no percentual de campos ignorados, desde o ano 2000. O decréscimo chega a 88,4% para o campo *anomalia congênita*. Contudo o campo relativo ao *peso ao nascer* apresentou elevação de 5,3% na proporção de informação ignorada em 2006 em relação a 2005. Até o ano anterior, este campo vinha apresentando melhorias contínuas em seu preenchimento, sendo o registro desta variável o que apresenta melhor qualidade. Os campos das DN que apresentaram maiores proporções de não preenchimento foram; *ocupação da mãe, apgar no 5º minuto, malformações congênitas, raça/cor e grau de instrução da mãe*, valendo ressaltar a melhoria no percentual de preenchimento do campo *raça/cor*, na série analisada.

Cerca de 70% dos nascidos vivos do Estado apresentou peso ao nascer superior a 3,0 Kg, sendo que a proporção dos que nasceram com baixo peso (inferior a 2,5 Kg) aumentou de 7,0% para 8,1% entre os anos de 2000 a 2009 (Gráfico 16).

**GRÁFICO 16**  
**PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS DE BAIXO PESO (< 2.500 G), SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA BAHIA, 2000 – 2009**

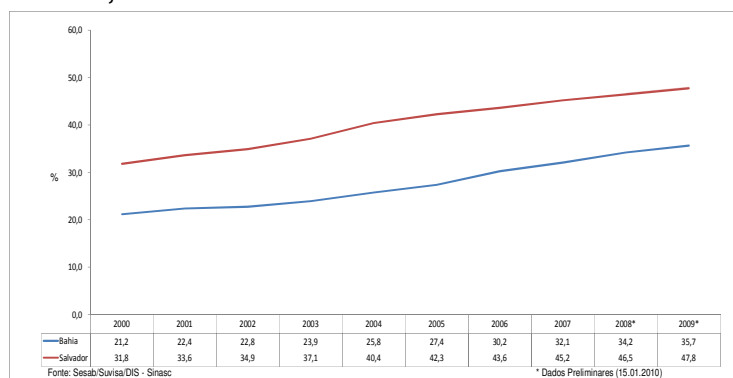


Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-Sinasc

O elevado percentual de baixo peso ao nascer no estado, especialmente em Salvador (10,5%), pode estar relacionado ao maior acesso aos serviços de saúde, especificamente ao parto cesariano. Este tipo de intervenção, quando indicada, pode prevenir riscos às mães e recém-nascidos evitando, inclusive, que algumas crianças venham a sofrer morte intra-uterina, fato que proporciona o nascimento de muitas crianças com baixo peso. Por outro lado, parte destas intervenções pode estar sendo realizada sem a indicação adequada, o que pode refletir no aumento da proporção dos nascidos vivos com baixo peso ao nascer.

No período entre 2000 e 2009 observou-se um incremento de 68,5% de nascidos de partos cesarianos no estado. Em 2009, a proporção desses nascimentos correspondeu a 35,7% do total, chegando a 47,8%, na capital.

**GRÁFICO 17**  
**PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS DE PARTO CESARIANO, SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA**  
**BAHIA, 2000- 2009**



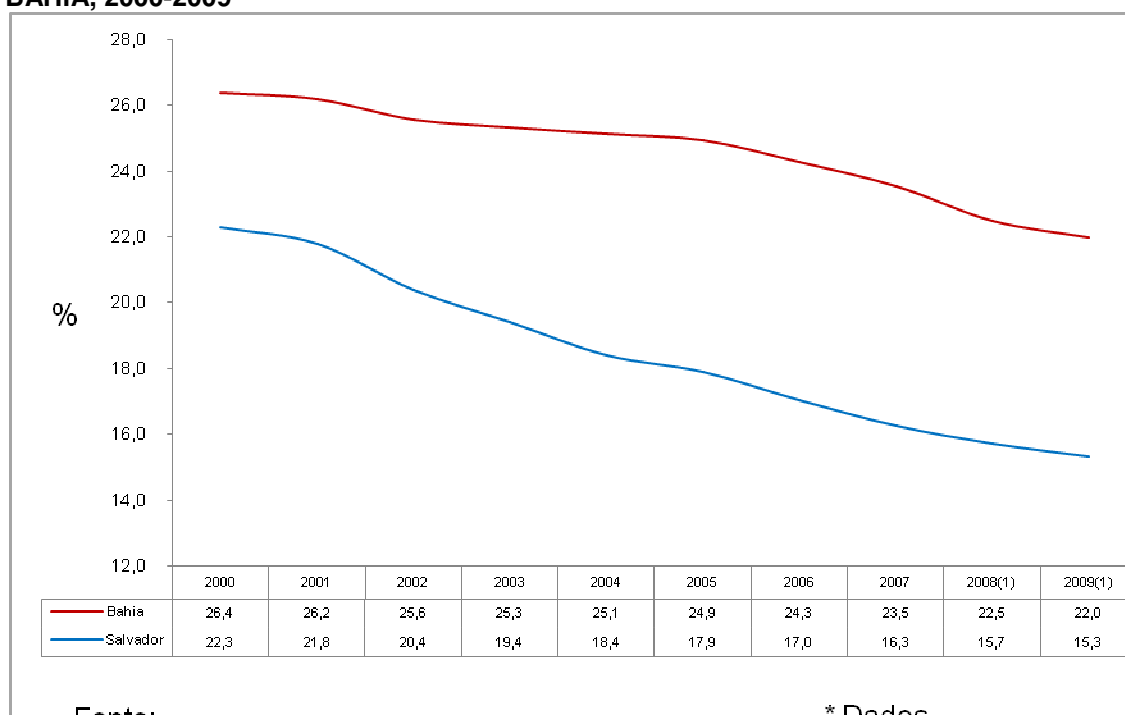
Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-Sinasc

No estado, analisando-se as informações sobre nascidos vivos segundo faixa etária materna, observa-se que, em 2009, 54,3% das mães encontravam-se entre os 20 e 29 anos. No período entre 2000 e 2009, verifica-se uma redução média de 16,6% na proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (10-19 anos), enquanto que Salvador apresenta uma variação ainda mais substantiva (31,4%), passando de 22,3% para 15,3%, no mesmo período. O percentual de mães adolescentes ainda persiste superior a 30% nas regiões de Itabuna, Ilhéus, Porto Seguro, Itapetinga, Valença,

Irecê, Jequié e Jacobina.

Vale salientar, ainda, que, no ano de 2006, cerca de 2.210 crianças nasceram de mães com idade entre 10 e 14 anos, residentes na Bahia.

**GRÁFICO 18**  
**PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES ADOLESCENTES (10-19 ANOS), SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA**  
**BAHIA, 2000-2009**



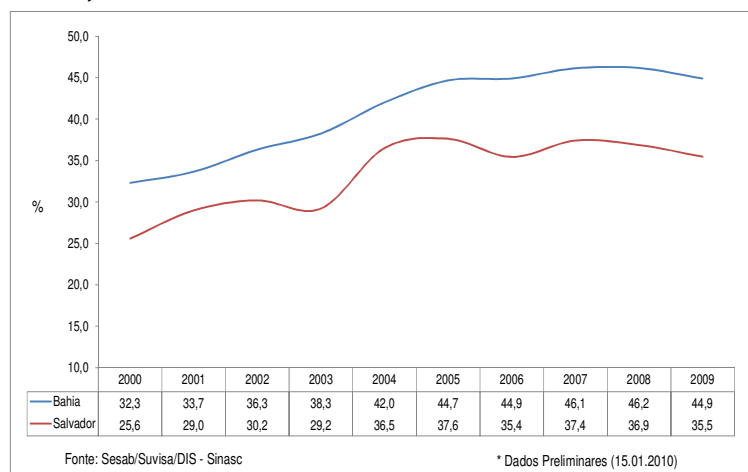
Fonte:  
Sesab/Suvisa/DIS-  
Sinasc

\* Dados  
Preliminares  
(15.01.2010)

Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-Sinasc

Analisando-se as informações referentes às consultas de pré-natal, no estado, verifica-se que a proporção de mães que realizaram entre quatro e seis consultas aumentou de 32,3%, em 2000, para 44,9%, em 2009, o que representa um incremento de 39%. Mesma tendência pode ser observada no município de Salvador.

**GRÁFICO 19**  
**PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES QUE REALIZARAM DE 4 A 6 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA**  
**BAHIA, 2000-2009**

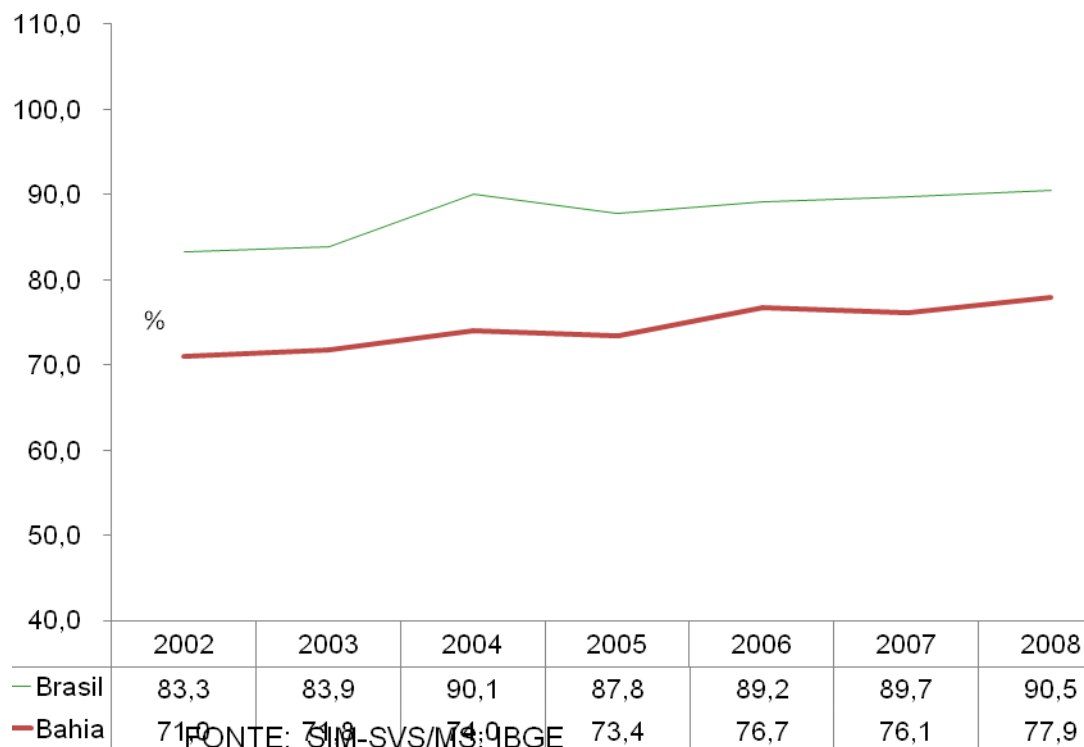


Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-Sinasc

## Sistema de Informação sobre Mortalidade

A cobertura do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) na Bahia apresentou um crescimento de 8,7%, entre 2002 e 2008, registrando 71,3% em 2002 (63.422) enquanto em 2008, este percentual foi de 77,9%. Embora tenha apresentado um aumento semelhante à média nacional, a cobertura para o estado encontra-se cerca de 15,0% abaixo da registrada para o país (90,5%), conforme mostra o Gráfico 20.

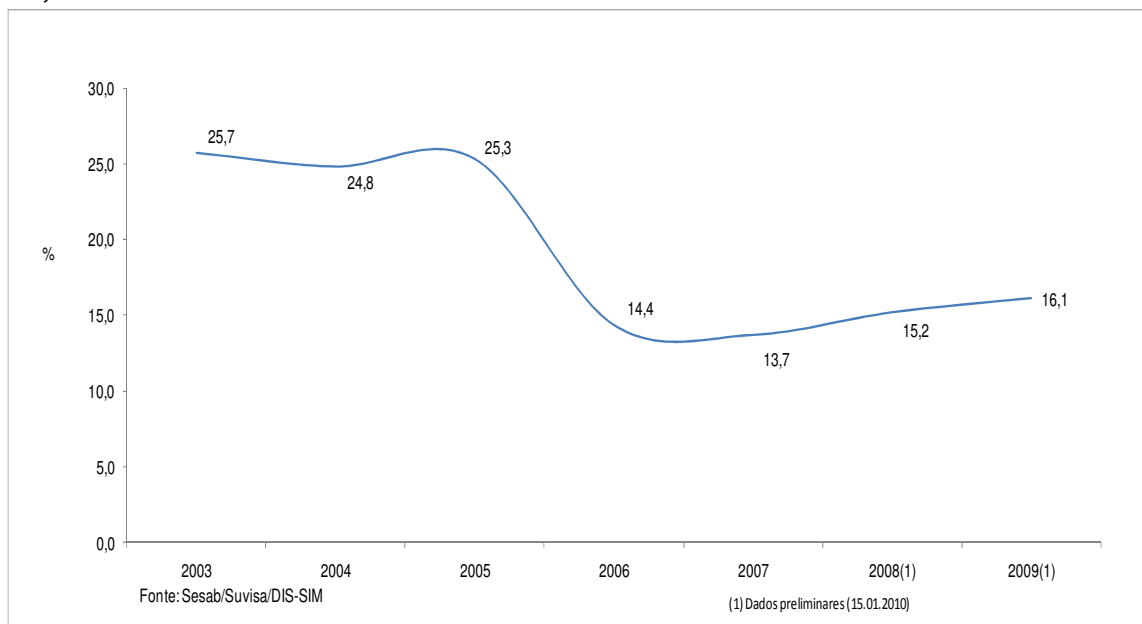
**GRÁFICO 20**  
**RAZÃO ENTRE ÓBITOS ESTIMADOS E COLETADOS PELO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM), SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA**  
**BRASIL, 2002-2008\***



Mesmo com tendência de crescimento, a cobertura do SIM ainda não é satisfatória devido à subnotificação de óbitos em todas as faixas etárias, especialmente entre os menores de um ano. O êxito na elevação da captação de óbitos, particularmente nesta faixa etária, passa pela integração das atividades intersetoriais e interinstitucionais voltadas à formação e qualificação de pessoal, assistência à saúde, acesso aos serviços de saúde e aos meios de diagnóstico, educação, dentre outros fatores.

Quanto à qualidade das informações sobre mortalidade, sua melhoria pode ser quantificada através do decréscimo na proporção dos óbitos classificados no grupo das causas mal definidas. Este declínio foi de 37,3% no período de 2003 a 2009, passando respectivamente de 25,7% para 16,1%; Não obstante este decréscimo, a contribuição das mortes sem definição da causa no Estado ainda é bastante elevada, bem acima da média nacional que registrou em 2007 (7,7%) (Gráfico 21).

**GRÁFICO 21**  
**MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS**  
**BAHIA, 2003 – 2009**



Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-SIM

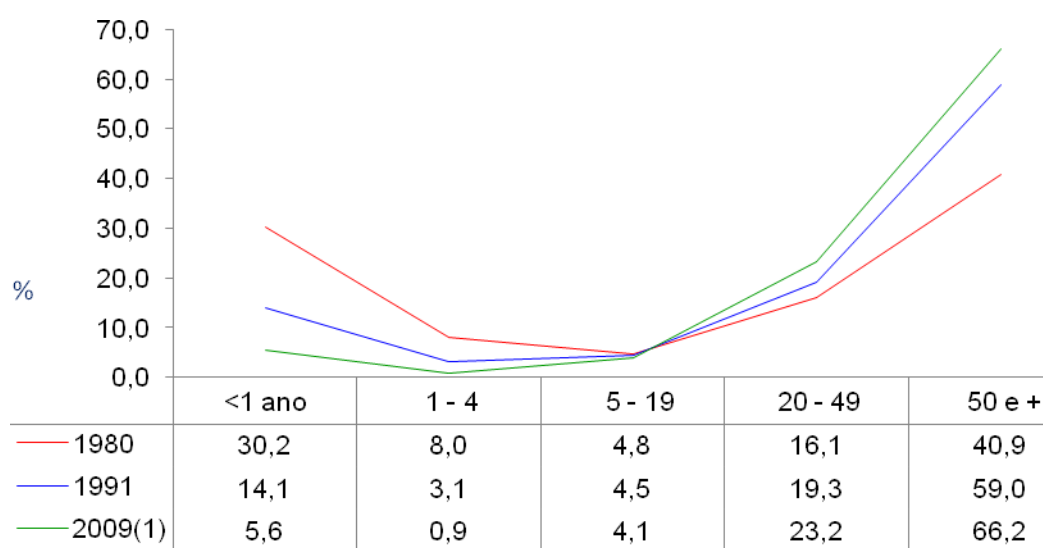
Esta diminuição pode ser explicada pela implantação do projeto de redução do percentual de óbitos por causas mal definidas e aumento de cobertura do SIM nos Estados do Norte e Nordeste do Brasil, iniciado no ano de 2006, através da parceria entre a Secretaria de Vigilância à Saúde/MS, e Secretarias Estaduais de Saúde. Na Bahia, este projeto foi iniciado apenas em 2007, investigando-se os óbitos de 2006, ano em que efetivamente se observou o impacto no decréscimo dos percentuais acima descritos. Este trabalho constituiu-se de oficinas com os profissionais de saúde dos municípios e das Diretorias Regionais de Saúde para a discussão do problema das estatísticas de mortalidade, da necessidade de aumento na captação de óbitos e implantação de investigação epidemiológica de todos os óbitos com causas indeterminadas.

No que diz respeito à qualidade dos dados produzidos e coletados nas Unidades de Saúde do Estado, observa-se uma importante melhoria na completude dos campos das Declarações de Óbitos/DO entre 2000 e 2008, especialmente para a variável raça/cor, cujo percentual de ignorado decresceu 51,%; entre os menores de um ano, o não registro do baixo peso ao nascer foi a que apresentou o maior declínio no mesmo período (67,3%).

Em 2009 o total de óbitos notificados no SIM (57.693) foi cerca de 18% menor do que em 2008 (70.089), condição que se explica por se tratar de dados ainda bastante preliminares para aquele ano. A distribuição das mortes por sexo mostra um percentual bem mais elevado entre os homens em 2009, com 59,3%, proporcionando uma sobremortalidade de 43,9% em relação às mulheres. Estes achados são semelhantes ao encontrado para o país e outras localidades.

Quanto à estrutura da mortalidade por faixa etária observa-se no Gráfico 22 que, nas últimas décadas, houve uma redução nas faixas etárias mais jovens, especialmente entre os menores de um ano, cuja redução chegou a 81,4% no período de 1980 e 2009 respectivamente, enquanto entre os de 50 anos e mais a participação no total das mortes se elevou em 62,0%, passando de 41,0% para 62,0% no mesmo período.

**GRÁFICO 22**  
**MORTALIDADE PROPORCIONAL POR**  
**FAIXA ETÁRIA (CURVA DE NELSON DE MORAES)**  
**BAHIA, 1980/2009**

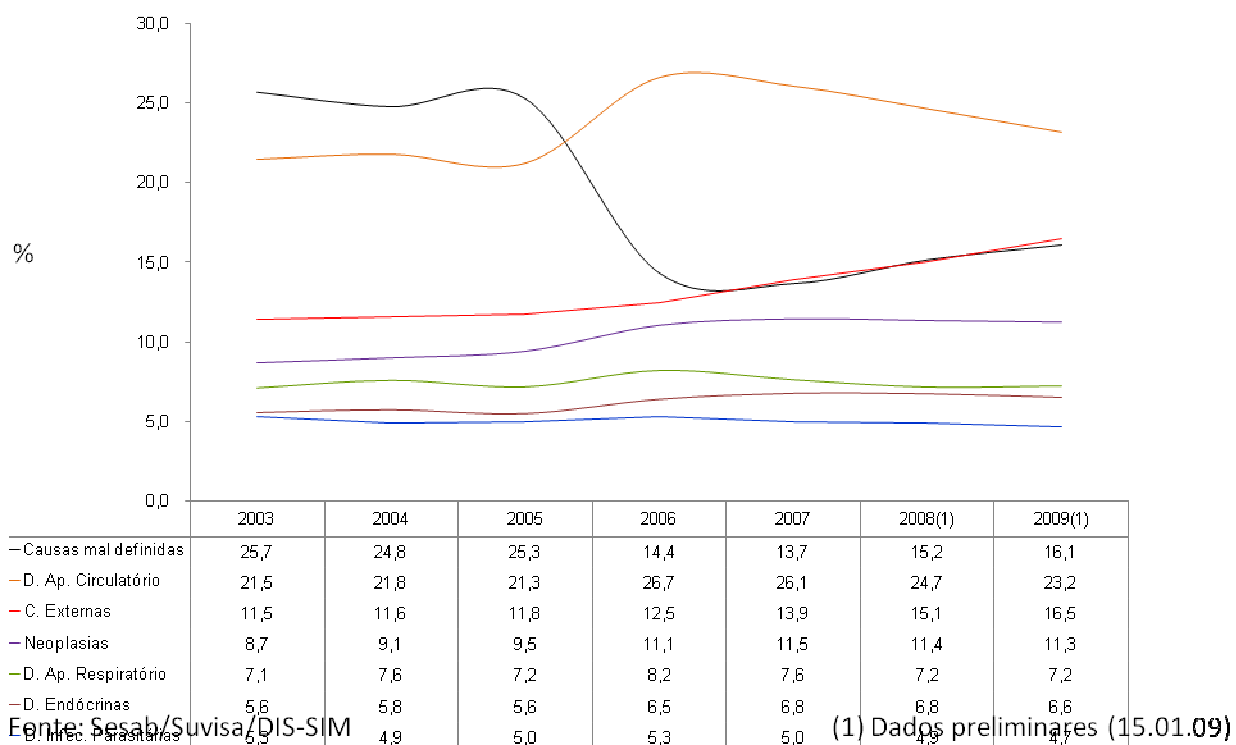


Fonte: Sesab/Suvisa/DIS - SIM

\* Dados preliminares (15.01.2010)

A distribuição da mortalidade por grupos de causas no estado em 2009 apresenta-se com perfil semelhante aos dos últimos anos, porém, observa-se modificações na participação percentual dos principais grupos de causa, conforme mostra a série histórica do Gráfico 23.

**GRÁFICO 23**  
**MORTALIDADE PROPORCIONAL, SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSA. BAHIA, 2003-2009\***



Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-SIM

No referido gráfico, estão representados os seis principais grupos de causa que representam mais de 80% dos óbitos, em relação ao total de óbitos, para todos os anos da série analisada. Assim, dentre os principais grupos de causas de morte apresentados no Gráfico 23, observa-se que as Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) vêm mantendo a sua tendência decrescente, com diminuição de 11,2% no período de 2003 a 2009. Também as causas mal definidas apresentaram declínio importante neste período, especialmente a partir de 2006, conforme já comentado no item referente ao SIM.

Entre 2006 e 2009 observa-se uma tendência a diminuição do número de mortes pelas Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), com 26,7% dos casos em 2006, chegando a 23,2% em 2009 e para as Doenças do Aparelho Respiratório de 8,2% em 2006 até

7,2% em 2009. Para os demais grupos, a tendência foi de elevação, chamando atenção para as causas externas, cujo aumento na série foi de 44,3%, embora a maior contribuição percentual no total dos óbitos, seja representado pelas Doenças do Aparelho Circulatório (DAC). A maior contribuição percentual das causas específicas para este grupo de causas foi o das Doenças cerebrovasculares, com 34,0%, e as Doenças Isquêmicas do Coração, com 24,0% do total destes óbitos em 2009.

As causas externas contribuíram com 16,5% em 2009, configurando-se como a segunda mais importante, mesmo sem excluir as mal definidas. As agressões (30%) e os acidentes de transportes são as causas específicas mais importantes deste grupo. Entre 2000 e 2009, as agressões apresentaram um incremento de 215%. Este aumento foi bem mais acentuado para o município de Salvador – Capital do Estado (354%), no mesmo período; já para os acidentes de transportes, este crescimento foi de “apenas” 7,9%, sendo que, para a Capital esta proporção foi de 8,4%.

As neoplasias, com o terceiro maior percentual do total de mortes (11,3%), tiveram uma elevação de 29,2% entre 2003 e 2009, sendo que, as neoplasias de próstata (9,6%), pulmão, traquéia e brônquios ocuparam as primeiras posições. Entre os homens, a neoplasia de próstata contribuiu com 18,5% das mortes neste grupo, enquanto para as mulheres, a de mama chegou a 15,3% em 2009.

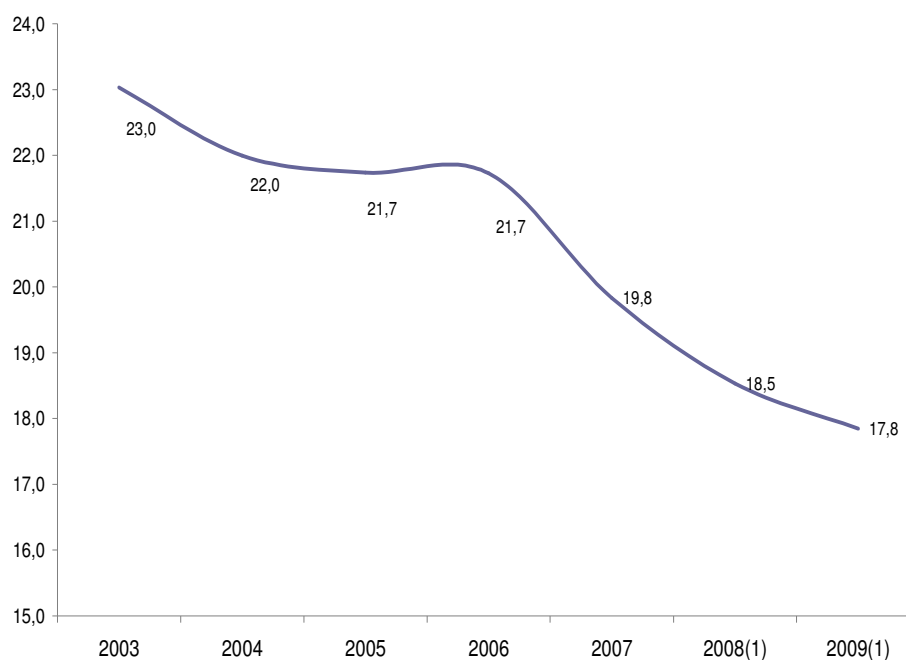
As Doenças do Aparelho respiratório mantiveram percentuais em torno dos 7,5%, com variações entre 7,1% em 2003 e o máximo de 8,2% em 2006, ficando com 7,2% em 2009. As pneumonias permanecem como as causas específicas mais importantes do grupo (33,0%).

As Doenças endócrinas tiveram um crescimento de 17,2% entre 2003 e 2009 e contribuíram com 6,2% das mortes no último ano da série. O Diabetes Mellitus participou com 75,0% do total deste grupo.

A mortalidade infantil é um importante indicador de qualidade de vida e saúde de uma população. Na Bahia, acompanhando a tendência de declínio dos óbitos entre os menores de um ano, observada em todo o país, ocorreu uma redução de 25% nas taxas de mortalidade Infantil, no período de 2003 a 2009 passando de 23 óbitos por 1.000 Nascidos Vivos (NV) em 2003, para 16,3 óbitos por 1.000 NV em 2009 (Gráfico

39). Ressalta-se que estes são dados preliminares que poderão sofrer alterações após a consolidação dos dados pelo Ministério da Saúde. Mesmo com esta diminuição, estes valores ainda são considerados elevados quando comparados com os valores da Região Sul, com 13,3 óbitos por 1.000 NV em 2006.

**GRÁFICO 24**  
**TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL**  
**BAHIA, 2003 – 2009\***



Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-Sinasc

Analisando-se os componentes da mortalidade deste grupo, os óbitos neonatais (menores de 28 dias de vida) apresentam proporções mais elevadas em relação ao componente pós-neonatal (com 28 dias e mais), desde 2003, evidenciando o impacto positivo das ações implementadas no setor saúde, bem como uma melhoria geral das condições de vida, especialmente na área de saneamento (Tabela 16).

**TABELA 16**  
**ÓBITOS DE MENORES DE UM ANO, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E TAXA DE MORTALIDADE**  
**INFANTIL (NEONATAL E PÓS-NEONATAL)**  
**BAHIA, 2003 - 2009**

Ano	< 28 dias			28d-<1ano			< 1 Ano	
	Nº	%	TMI (Neonatal)	Nº	%	TMI (Pós-neonatal)	Nº	TMI
2003	3695	67,1	15,5	1804	32,8	7,5	5505	23,0
2004	3573	69,3	15,2	1559	30,2	6,6	5157	22,0
2005	3474	69,2	15,0	1547	30,8	6,7	5023	21,7
2006	3428	71,7	15,6	1354	28,3	6,1	4784	21,7
2007	3222	73,7	14,6	1147	26,3	5,2	4369	19,8
2008 <sup>(1)</sup>	2908	71,8	13,3	1141	28,2	5,2	4049	18,5
2009 <sup>(1)</sup>	2535	70,6	12,6	1056	29,4	5,2	3592	17,8

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-Sinasc

<sup>(1)</sup> Dados preliminares  
(22.02.2010)

Taxa de Mortalidade Infantil calculada pelo método direto: óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos vivos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

Com relação aos grupos de causas específicas de óbito, entre os menores de 28 dias, predominam as afecções originadas no período perinatal, tais como os transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do recém-nascido, seguidos das complicações decorrentes do baixo peso. Para as crianças entre 28 dias e 11 meses de idade as doenças infecciosas e parasitárias apresentaram maior relevância, sendo responsáveis, em 2008 por 22,7% das mortes nesta faixa etária, cuja principal causa é a diarreia, seguida das Doenças do Aparelho Respiratório, com 17,5%.

Dados da única pesquisa em âmbito nacional realizada nas capitais brasileiras (2002) mostram taxa média de mortalidade materna para o Brasil de 54,3 óbitos maternos por 100.000 NV, com os maiores valores para as regiões Norte e Nordeste do país. Estes índices são superiores ao patamar máximo considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde, de 20 óbitos/100.000 NV, e àqueles encontrados em países europeus e da América do Norte, inferiores a 10 óbitos/100.000 nascidos vivos.

De acordo com os dados disponíveis, no Estado da Bahia a razão de mortalidade materna para o ano de 2008 foi de 67,3 óbitos por 100.000 NV notificados pelo Sinasc.

Pesquisa do Ministério da Saúde, realizada em 2002 pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo nas Capitais brasileiras, estimou para o Nordeste e para Salvador fatores de correção de 2,05 e 1,76, respectivamente, o que significa que 76% dos óbitos maternos deixam de ser notificados por ano, neste município.

A despeito do último ano disponível para a Razão de Mortalidade Materna no Estado da Bahia ser 2008, isto se deve ao processo de obtenção da informação que passa por investigação em campo, ocasionando o adiamento da divulgação deste dado.

**GRÁFICO 25**  
**RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA**  
**BAHIA, 2000 – 2008\***



Fonte: SESAB/SUVISA/SIME-Sinasc

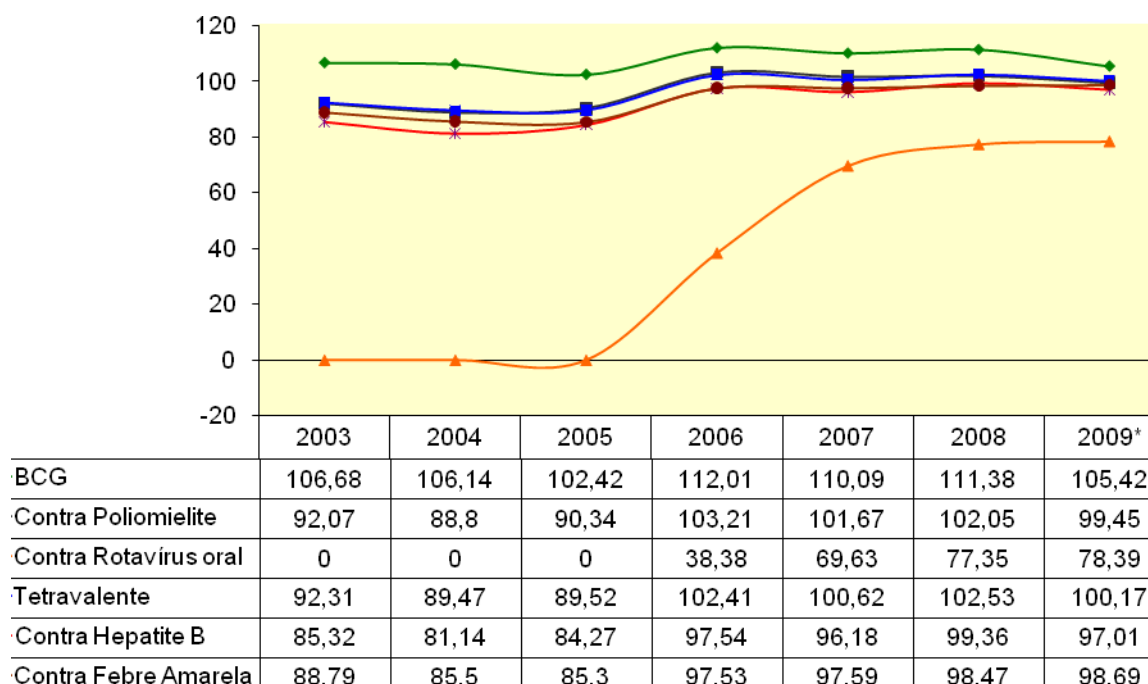
\* Dados preliminares. Elaborado em 20/01/2010

## Programa Estadual de Imunizações

Alguns avanços podem ser observados, a exemplo dos indicadores operacionais favoráveis às estratégias de eliminação, controle ou erradicação das doenças imunopreveníveis. A evolução das coberturas vacinais em crianças menores de 01 ano de idade aponta para o aumento ou a manutenção de índices favoráveis, conforme

apresentado no gráfico 26. A vacina contra o rotavírus humano, implantada em 2006, vem evoluindo com aumento expressivo da cobertura (38,38% em 2006, 69,63% em 2007, 77,35% em 2008 e 78,39% em 2009).

**GRÁFICO 26**  
**COBERTURAS VACINAIS COM ESQUEMA BÁSICO EM CRIANÇAS MENORES**  
**DE 1 ANO DE IDADE**  
**BAHIA, 2003 A 2009**



Fonte: SIAPI/COPIM/DIVEP/SUVISA/SESAB

População SINASC

\* Dados preliminares até outubro/2009.

\*\* Crianças de 1 ano de idade

As ações do **Programa Estadual de Imunizações** compreendem a manutenção de uma rede de serviços na atenção básica, com a oferta de imunobiológicos para a população, a realização de campanhas de vacinação de acordo com o perfil epidemiológico, supervisão e gestão do programa nos municípios, monitoramento e avaliação das coberturas vacinais, controle do armazenamento e distribuição dos imunobiológicos de rotina e especiais.

Qualificando o programa temos a conservação dos imunobiológicos em condições

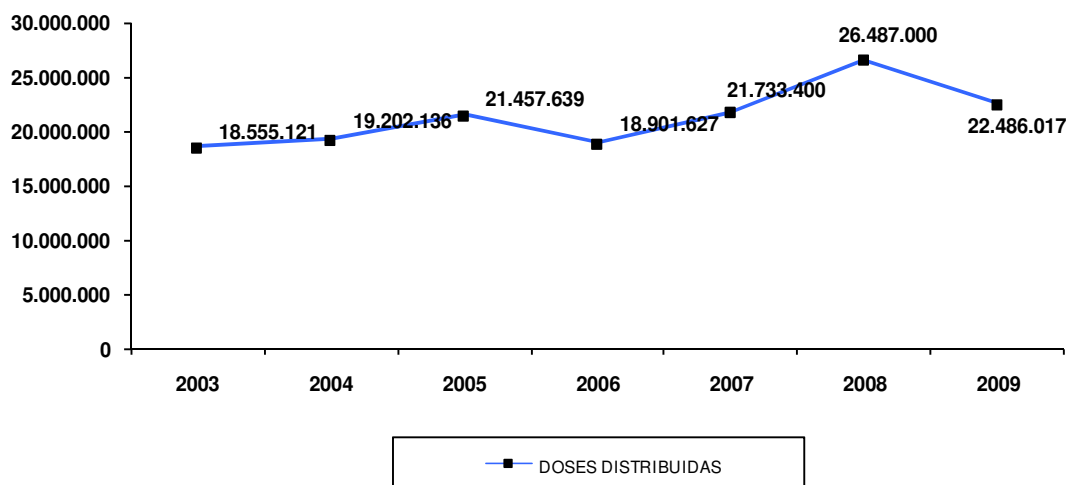
adequadas, através da rede de frio, realização de capacitações específicas e em serviço, bem como a investigação dos eventos adversos pós-vacinação e administração dos imunobiológicos especiais nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIE.

A SESAB vem realizando o acompanhamento das fichas de notificações e investigação das doenças imunopreveníveis, através do Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis – SINAN; avaliação e monitoramento das coberturas vacinais, através do Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações SI-API; além do acompanhamento e suplementação das seguintes ações: apoio nos bloqueios vacinais em áreas com surto de doenças que podem ser prevenidas; busca ativa de caso suspeito, implementação da vigilância das doenças preveníveis pela vacinação, tanto na população quanto nas unidades sentinelas.

Neste ano foram administradas no Estado da Bahia **13.175.540** doses de vacinas na população baiana (DATASUS,2009), tanto na rotina dos serviços de saúde quanto nas campanhas. Foram distribuídas ainda pela Central Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos do Estado da Bahia – CEADI, 22.486.017 doses de imunobiológicos para serem utilizados na rotina, campanhas e intensificação vacinal. Já no ano de 2008, 26,4 milhões de doses de imunobiológicos foram distribuídos; os produtos foram oferecidos a população na rotina dos serviços de saúde, campanhas e intensificação vacinal, na população indígena e nos CRIE.

Houve redução de 23,1% em relação ao ano de 2008 em virtude do desempenho daquele ano ter sido acima da média devido a campanha de vacinação contra rubéola, quando mais de 4,4 milhões de doses foram administradas, o que representou um incremento de 20% em relação ao ano de 2007, de acordo com o gráfico 27.

**GRÁFICO 27**  
**NÚMERO DE DOSES DE IMUNOBOLÓGICOS DISTRIBUÍDOS**  
**BAHIA, 2003 – 2009\***



Fonte: SESAB/Suvisa  
\*Dados preliminares.

Com relação a homogeneidade de coberturas no ano de 2009, 272 municípios atingiram uma cobertura vacinal de 95% para a vacina tetravalente, que é um indicador que balisa as coberturas de outras vacinas, considerando que a vacina tetravalente, (DTP +HiB) por ser uma vacina injetável em três doses, quando apresenta cobertura vacinal satisfatória, é indicativo de que as demais vacinas do calendário básico de vacinação de administração simultânea estariam também com resultados adequados.

Os Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE's), que funcionam no Hospital Couto Maia, Hospital Pediátrico Hosanah de Oliveira da UFBA, ambos na cidade de Salvador, e na Coordenação Estadual de Imunizações que atende as demandas dos demais municípios, garantiram o acesso de pessoas com indicação para a administração de vacinas não disponíveis na rotina dos serviços, sendo administradas 111.709 doses de imunobiológicos especiais. Deve-se chamar atenção que para o ano de 2010, está prevista ampliação desses centros, com a implantação de mais um em Vitória da Conquista e outro em Itabuna.

Na Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós Vacinais, ressalta-se que as 13.175.540 doses administradas de vacinas resultaram na notificação/investigação de

675 eventos adversos sistêmicos e locais, sendo a vacina tetravalente (Difteria, Tétano, Coqueluche e HiB) a que provocou maior incidência de eventos adversos, com 34,73/100.000 doses administradas (198 eventos), seguida da vacina BCG, com 23,79/100.000 doses administradas (49 eventos).

## **Vigilância Epidemiológica de doenças e agravos à saúde**

### **Controle das Doenças Imunopreveníveis**

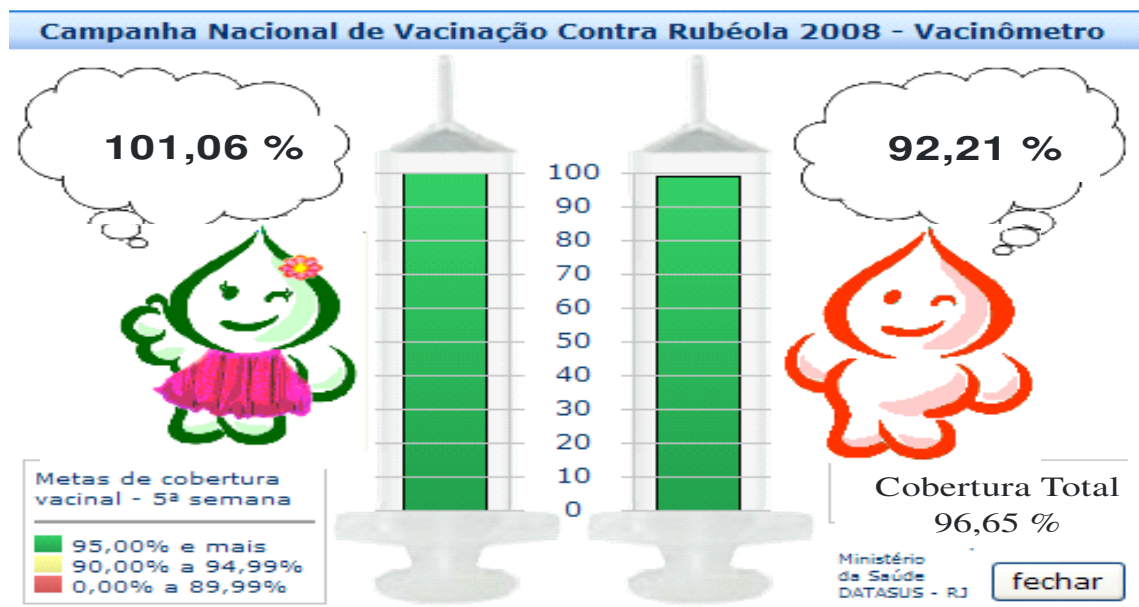
Visando manter a erradicação da **poliomielite** foram realizadas no Estado **duas etapas de campanhas de vacinação** para crianças de 0 a 4 anos de idade, nos meses de junho (com cobertura vacinal de 94,5% e homogeneidade de 73,38%) e agosto (cobertura vacinal de 96,7% e homogeneidade de 76,7%) além da vacinação de rotina.

As metas operacionais para os indicadores de qualidade da vigilância para alguns agravos foram atingidas: 95% da taxa de notificação de paralisia flácida aguda (PFA); 87% de coleta oportuna de fezes nos casos suspeitos de PFA; 85,7% dos casos notificados de doenças exantemáticas investigados oportunamente; ausência de casos de raiva em humanos durante o ano.

A **campanha de vacinação contra rubéola** para jovens e adultos, homens e mulheres de 20 a 39 anos de idade foi concluída em 2009 e os resultados revelam o empenho das equipes municipais, regionais e do estado, vez que foi a maior campanha já realizada na Bahia, com um contingente a vacinar de mais de 4,8 milhões de pessoas (8% da meta nacional). A cobertura global alcançada na Bahia foi de 96,65% sendo vacinados 2,2 milhões de homens (92,2%), e, entre as mulheres o alcance foi de 2,4 milhões (101,06%) (Figura 03).

A capital Salvador alcançou uma cobertura de 98,5%, vacinado mais de 1,1 milhão de homens e mulheres no seu território.

**FIGURA 03**  
**COBERTURA DA VACINAÇÃO CONTRA RUBÉOLA POR SEXO.**  
**BAHIA, 2008**



Fonte: DATASUS/MS/SVS/MS

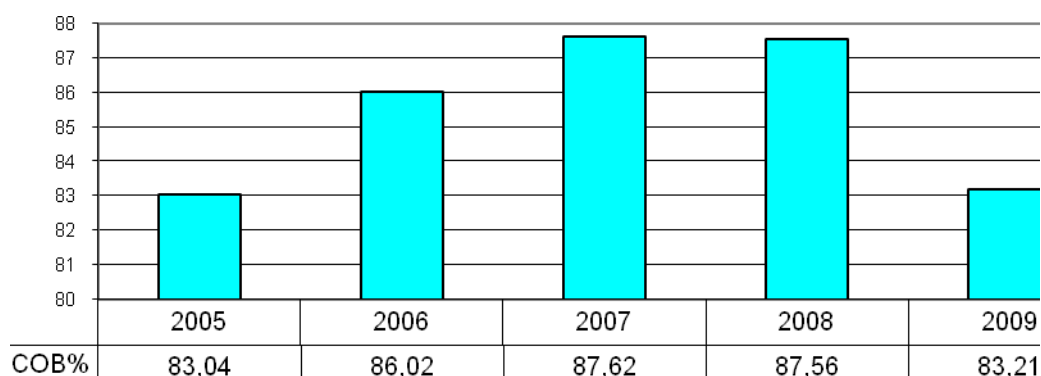
Em 2009 foram notificados 212 casos suspeitos de **sarampo** e 775 casos suspeitos de **rubéola**. **Todos estes casos foram descartados**. Diante da ocorrência dos surtos de sarampo e rubéola no Brasil em anos consecutivos, e considerando o risco iminente de importação de casos para o Estado da Bahia, em função do intenso fluxo turístico e migratório, algumas ações adicionais foram implementadas, entre 2007 e 2009, visando o fortalecimento da vigilância das doenças exantemáticas, dentre elas: a intensificação das ações de busca ativa e bloqueio vacinal de rotina; ações intersetoriais com foco na prevenção de surtos decorrentes de casos importados, ressaltando-se a importante articulação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Associação Brasileira de Agências de Viagem e secretarias municipais de saúde principalmente no período de alta estação e no carnaval. Ressalta-se que na Bahia e no Brasil depois da campanha acima mencionada, **não foi confirmado nenhum caso de Rubéola ou Sarampo em 2009**. No caso do Sarampo a Bahia não registra casos desde 2006 quando ocorreu um surto no interior do Estado.

Em 2009 na direção da consolidação da vigilância da **Síndrome da Rubéola Congênita – SRC (alvo prioritário da campanha de vacinação em 2008)**, que começou a ser implementada no Estado em 2002, teve como marco a elaboração do Protocolo Estadual para implantação das Unidades Sentinelas da Vigilância da SRC.

A eliminação desses agravos se constitui em mais uma vitória incontestada, do programa de imunizações, entretanto, deve-se atentar para a continuidade das ações de vigilância de casos e alcance de coberturas com a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), nos diversos grupos alvos, especialmente crianças a partir de 1 ano de idade.

Com relação a proteção de pessoas acima de 60 anos, a **Campanha de Vacinação contra Influenza sazonal** apresenta uma adesão cada vez maior, o que pode ser constatado pela crescimento da cobertura vacinal entre o período de 2005 a 2009, alcançando a meta preconizada pelo Ministério da Saúde (80%). Deve-se considerar que desde 2008 a população alvo da campanha acima de 60 anos teve um incremento de 20% (estimativa do IBGE-2008), e mesmo assim os índices alcançados ficaram acima da meta prevista (80%): respectivamente 87,56% e 83,21% em 2008 e 2009.

**GRÁFICO 28**  
**COBERTURA DA VACINA INFLUENZA SAZONAL EM PESSOAS COM**  
**MAIS DE > 60 ANOS DE IDADE**  
**BAHIA, 2005 – 2009**



Fonte: SI-API / Copim / Divep

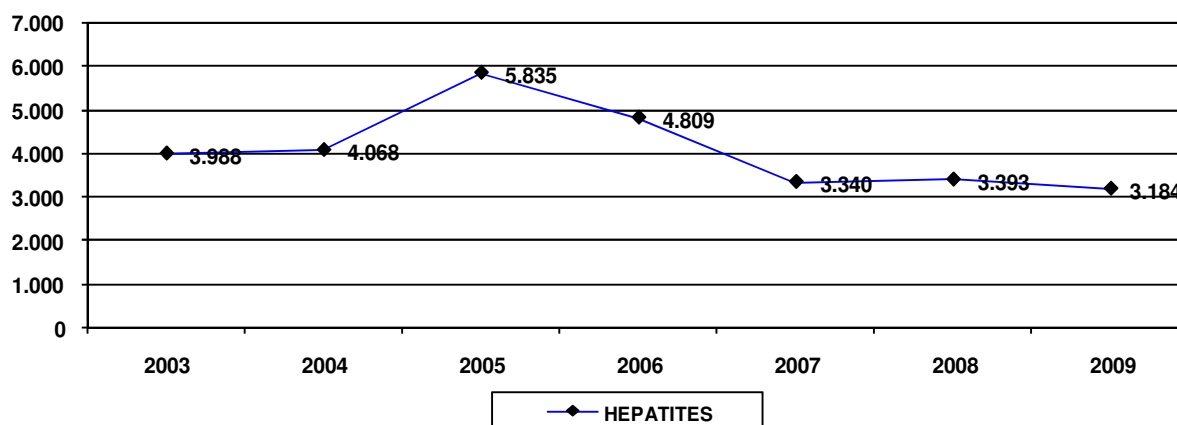
Dados Sujeitos a alteração – Fonte site Datasus – [www.pni.datasus.gov.br](http://www.pni.datasus.gov.br)

Não foi registrado nenhum caso de **raiva humana** desde o ano de 2006 por transmissão de animais domésticos (cães e gatos), o que evidencia que as ações de vacinação nestes animais têm surtido o efeito desejado na interrupção da transmissão da doença. Em 2008, foi registrado um caso de raiva humana por transmissão por morcego, que não é sensível a medidas de intervenção. O diagnóstico laboratorial da

**raiva animal** com o envio de amostras de animais suspeitos, através das Secretarias Municipais de Saúde, foi primordial tanto para a adoção de estratégias de controle como para definição de intervenção no caso dos pacientes agredidos por animais, e o conhecimento do risco da doença na região de procedência do animal.

As ações desenvolvidas para aprimorar o controle das **Hepatites Virais** vêm apresentando resultados positivos já com uma redução de 45,4% do número de casos notificados entre 2005 e 2009 (gráfico 29).

**GRÁFICO 29**  
**CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITES VIRAIS**  
**BAHIA, 2003 - 2009\***



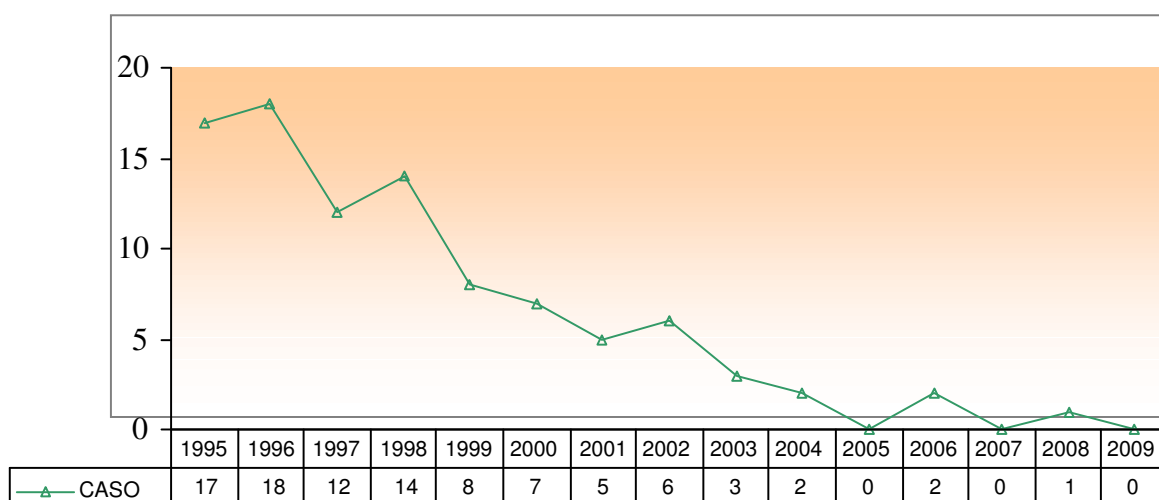
Fonte: Sinan/ Divep/ Sesab  
\*Dados preliminares até a Se 52.

A SESAB tem garantido o acesso a vacina contra a hepatite B para menores de 20 anos e pessoas de risco acrescido, garantindo a imunoglobulina nas maternidades, juntamente com as vacinas para os recém-nascidos filhos de mães portadoras do vírus da hepatite, nas primeiras 12 horas, bem como para profissionais de saúde vítimas de acidentes com materiais perfuro-cortantes, e pessoas vítimas de abuso sexual. Além disso, foi instituído o Comitê de Promoção, Prevenção e Controle das Hepatites Virais, além do fortalecimento da parceria com a sociedade civil através da ONG “Grupo Vontade de Viver”.

O desafio de eliminar o **tétano neonatal** no estado vem se consolidando, em 1993 eram mais de 50 casos anuais; nas décadas seguintes as ações de vacinação de mulheres grávidas e em idade fértil resultou em progressiva queda desses números

representando um avanço indiscutível, quando se verifica que de 2002 para 2009 a redução chegou a 100% (6 casos em 2002, um caso em 2008 e nenhum caso em 2009), conforme gráfico 30.

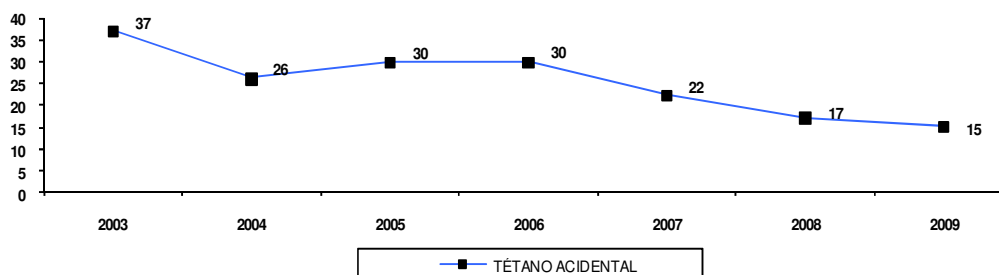
**GRÁFICO 30**  
**EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE TÉTANO NEONATAL**  
**BAHIA, 2005 A 2009\***



Fonte: SINAN NET/Divep/Dis/Suvisa/Sesab.  
 \*Dados parciais até SE 47

Outro problema de saúde pública que também se observa-se um declínio na sua ocorrência é o **tétano acidental** a partir de 2006, quando se verifica uma queda de 50% no número de casos (30 e 15 casos respectivamente em 2006 e 2009\*). Este fato pode ser atribuído aos investimentos realizados pelo governo do estado no sentido de ampliar as coberturas vacinais contra o tétano, tanto em crianças quanto em adolescentes e adultos. Mas, deve-se atentar que o registro de casos em idosos e jovens do sexo masculino demonstra que maior atenção deve ser dada a esses grupos, nas consultas habituais nas unidades de saúde, aproveitando-se as oportunidades para vacinação contra o tétano.

**GRÁFICO 31**  
**EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CASOS DE TÉTANO ACIDENTAL**  
**BAHIA, 2003 - 2009\***



Fonte: SESAB/Suvisa/Dis/Divep/Sinan net  
\* Dados parciais até SE 47

Em relação ao comportamento das **Meningites**, problema de saúde que necessita uma atenção diferenciada dos gestores, equipes técnicas e população em geral, em função da magnitude e transcendência deste agravo, muitas foram às ações desenvolvidas. Em 2009 foram registrados 1.195 casos de Meningites (até 26/11/09), com registro de 126 óbitos, correspondendo a 11% dos casos.

Dentre os vários tipos de Meningites, destaca-se a Doença Meningocócica, de origem bacteriana, com transmissão direta de pessoa para pessoa, o que facilita a rápida disseminação e ocorrência de casos em um mesmo espaço físico com aglomerações de pessoas, a exemplo de creches, escolas, ambientes fechados (eventos festivos, principalmente), dentre outros.

Dos 1.195 casos registrados na Bahia, 571 (47,8%) foram de origem viral, 436 (36,5%) de origem bacteriana, 188 (15,7%) não especificadas e por outras etiologias. Dentre os 436 casos por causas bacterianas, destaca-se a **Doença Meningocócica (DM) com 168 casos e 44 óbitos**, representando uma letalidade por essa causa de 26% e um incremento de 38% em relação a letalidade por outras formas de meningites (11%). A DM é a forma mais grave da doença pela grande magnitude e virulência dentre as formas bacterianas, podendo provocar epidemias e mortes, tendo como causa vários agentes, meningococo do sorogrupo A, B, C, W 135, e Y.

Um dado que chama a atenção dos serviços de saúde é a mudança do perfil epidemiológico dos casos na Bahia, a partir de 2006, com a predominância de um agente bacteriano causador da Doença Meningocócica, ou seja, em 94% dos casos confirmados por diagnóstico laboratorial houve a presença do meningococo C, e pelo sorogrupo B em 6%.

Todos os sorogrupos provocam casos de alta gravidade, podendo levar a complicações severas, tais como: retardo mental, surdez, doenças do coração (miocardite e pericardite), paralisias, abscessos cerebrais, hidrocefalia, artrite, necroses profundas com perda de substância de áreas externas, dentre outras. O mais importante é que as formas graves da doença (meningococemia) têm uma evolução rápida e na maioria das vezes, em poucas horas pode evoluir para a morte. Do total geral no Estado em 2009, de 168 casos confirmados de Doença meningocócica até 26/11, ocorreram em 45 municípios, sendo registrados no total 44 óbitos (26% de letalidade), com surtos nos municípios de Salvador (com 20 casos e 3 óbitos), Porto Seguro (8 casos e 6 óbitos) e Camaçari (3 casos e 2 óbitos).

Salvador, capital, em 2009, até a Semana Epidemiológica 45 (14/11) concentrou a maioria dos casos de Doença Meningocócica no Estado, com mais da metade destes, 92 casos e 23 mortes. Um aumento de 42,7% no número de casos confirmados, quando comparado ao mesmo período em 2008, percebe-se que o agravo excede o limite máximo esperado no ano de 2009. O maior risco de adoecer e morrer em Salvador também repete o mesmo padrão do Estado e incide na faixa etária menor de 1 ano (16 /100 mil menores de 1 ano) e entre os menores de 5 anos de idade (20,0/100mil menores de 5anos). A doença ocorreu nos 12 Distritos Sanitários, sendo que o distrito de Itapuã apresentou a maior incidência (9/100mil hab.) com 20 casos e 3 óbitos.

Quando se analisa os dados do país como um todo, observa-se algumas questões que revelam o cuidado com que a doença vem sendo tratada no plano político e de tomada de decisões, a exemplo, da vacinação em crianças menores de 5 anos conforme descrito na seqüência. Na tabela 17 a seguir, vê-se que em um ranking nacional o Estado da Bahia, situa-se como o 4º em incidência pela DM (1,1/100.000 habitantes, metade da incidência do estado de São Paulo. Os coeficientes de incidência dos estados de São Paulo (1º), DF (2º) e Amazonas (3º), foram respectivamente de 2,2;

1,7; 1,2/100.000 habitantes. Ainda na tabela 18 o Estado da Bahia situa-se em 8º lugar no ranking nacional de letalidade (óbitos). Em 2009, a Bahia apresentou uma letalidade de 24,5% enquanto que outros 7 estados tiveram letalidades mais elevadas, a exemplo de Mato Grosso do Sul e Sergipe com 33,33% cada um deles..

**TABELA 17**  
**ESTADOS DE MAIOR INCIDÊNCIA DE DOENÇA MENINGOCÓCICA**  
**BRASIL – 2009**

Estado	Casos	Incidência/100.000 hab.	População
São Paulo	895	2,2	41.384.039
Distrito Federal	44	1,7	2.606.885
Amazonas	41	1,2	3.393.369
Bahia	159	1,1	14.637.364

Fonte: Datasus, 19/02/2010

**TABELA 18**  
**ESTADOS DE MAIOR LETALIDADE POR DOENÇA MENINGOCÓCICA**  
**BRASIL - 2009**

Estado	Casos	Óbitos	Letalidade(%)
Mato Grosso do Sul	12	4	33,3
Sergipe	9	3	33,3
Paraná	76	23	30,3
Rio Grande do Norte	24	7	29,2
Rio de Janeiro	152	43	28,3
Góias	52	14	26,9
Pará	39	10	25,6
Bahia	159	39	24,5

Fonte: Datasus, 19/02/2010

Segundo dados do DATASUS para o período de maio de 2009, o valor médio por internação (média complexidade) para o tratamento de processo toxi-infeccioso do cérebro ou da medula espinhal (como é o caso das meningites) pode chegar a R\$ 28.885,83. Neste valor não se incluem os custos indiretos que um caso de meningite acarreta, nem os custos posteriores à internação. O custo dos cuidados durante a vida de uma criança que venha a apresentar meningite e que evolua com seqüelas é também considerável.

O diagnóstico precoce e instituição imediata de tratamento são fundamentais para intervir no curso da doença em busca de evolução favorável. O Laboratório Central de Saúde Pública Prof<sup>o</sup> Gonçalo Muniz - Lacen já realiza o exame de contra imuno-eletroforese, representando um grande avanço para o esclarecimento diagnóstico da doença meningocócica (DM) e meningite por *Haemophilus Influenzae b*. Entretanto,

devem ser consideradas as dificuldades na estrutura dos serviços de saúde para um atendimento eficiente e com intervenções oportunas, as quais comprometem seriamente a evolução dessa doença, exigindo uma assistência de emergência com qualidade e eficiência. A alta taxa de letalidade no estado reflete a dificuldade de se atingir este propósito. A cada dia, surgem novos casos em espaços diferentes, deixando os profissionais preocupados com essa evolução e a população permanentemente em pânico.

Diante da situação apresentada, o **Governo da Bahia** em articulação com o Ministério da Saúde, **decidiu por adotar medidas concretas com a aquisição de 1.500.000 (hum milhão e quinhentas mil) doses da Vacina Contra Meningite C conjugada, no valor de R\$ 30.000.000,00 (trinta milhões de reais)**. Somente os Estados do Bahia e Minas Gerais adotaram essa medida, sendo que Minas Gerais vacinará a faixa etária menor de 2 anos enquanto a Bahia será em menores de 5 anos.

As vacinas serão administradas em estratégia de campanha para crianças menores de 5 anos do Estado, grupo de maior risco para adoecer e morrer, sendo uma medida preventiva importante no plano individual, quanto às evidências documentadas em que se estabelece uma resposta ampliada com a formação de imunidade de grupo para outras faixas de idade. As vacinas estarão disponíveis a partir do final de janeiro de 2010, pretendendo-se até junho deste ano concluir a vacinação das mais de 1,3 milhão crianças que serão alvo da vacinação contra Meningite C conjugada.

O esquema vacinal a ser seguido será aquele adotado pelo Reino Unido, que tem a maior experiência mundial no uso da vacina, e também recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria em 2009 e assumido pelo Programa Nacional de Imunizações do Brasil. Assim, as crianças menores de um ano receberão duas doses, e um reforço será feito entre 12 e 24 meses. Após um ano de idade a vacina é feita em dose única

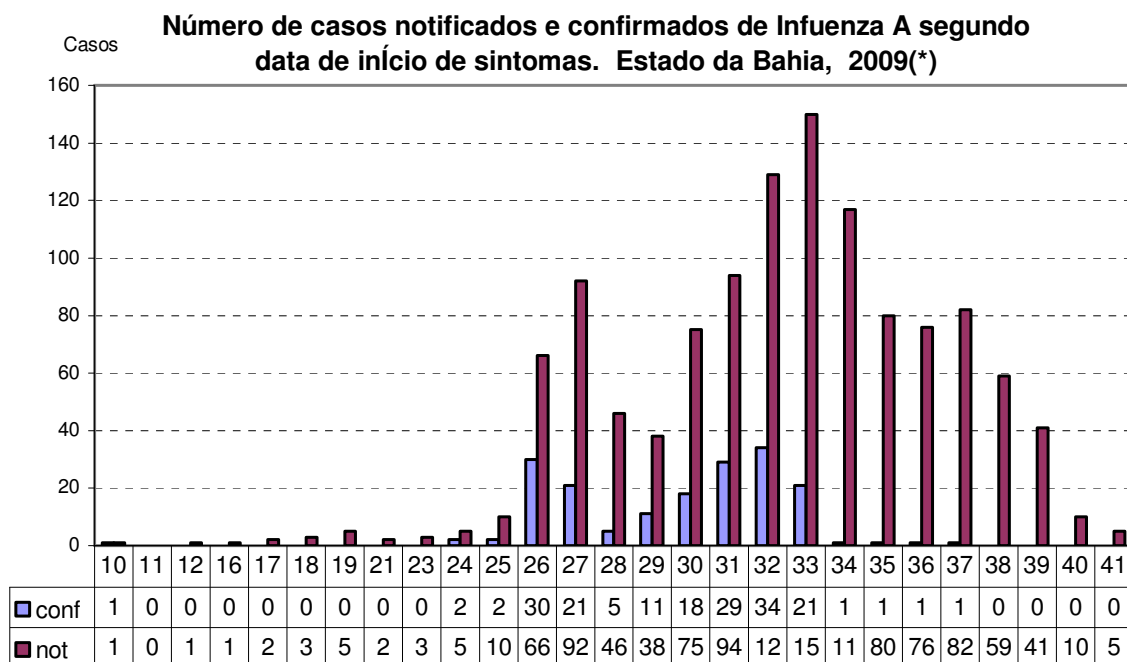
Quanto à **Influenza** (vírus da gripe), a vigilância monitorou o vírus nos pacientes com síndrome gripal atendidos na Unidade Sentinela do 5º Centro de Saúde Clementino Fraga, localizado em Salvador, com coleta de 99 amostras de secreção de naso e orofaringe. Vale ressaltar que a partir de abril de 2009, a Unidade de Emergência de Nova Aliança, no município de Camaçari, retomou as ações do programa, com coleta de amostra de secreção dos pacientes apresentando síndrome gripal.

Com relação ao **vírus pandêmico da Influenza A (H1N1)**, desde abril de 2009 quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou situação de alarme no mundo, o Estado da Bahia já vinha se preparando para enfrentar esta situação de calamidade, e assim deu prosseguimento as ações necessárias. Na Bahia a partir da primeira notificação de caso suspeito de Influenza A (H1N1) em 24/04/2009 até 11/11/2009 foram considerados 1344 casos suspeitos, sendo 206 confirmados, 258 descartados e 880 sob investigação.

Foram confirmados laboratorialmente 14 óbitos por H1N1 (03 em Urandi, 02 em Sebastião Laranjeiras, 01 óbito nos municípios de Salvador, Guanambi, Caculé, Feira de Santana, Teixeira de Freitas, Jacaraci, Dom Basílio, Itabuna e Anagé), 05 por Influenza sazonal e 10 foram descartados.

Dos casos confirmados, 51,5 % eram do sexo feminino. A mediana de idade foi de 22 anos, variando de 09 meses a 79 anos. A grande maioria, 64,4 % (132), eram residentes em Salvador e os outros nas cidades de Feira de Santana (14); Iuiu (12) ; Lauro de Freitas (7); Cachoeira (3), Ilhéus (3), Itabuna (3), Urandi (3) e Porto Seguro (3); Guanambi (2), Sebastião Laranjeiras (2), Teixeira de Freitas (2) e Vitória da Conquista (2); Anagé (1), Camaçari (1), Caculé (1), Ibirapitanga (1), Jacaraci (1), Jequiçá (1), Livramento (1) e São Desiderio (1). Dos casos confirmados, 01 era residente em Macéio/Al, Ribeirão Preto/SP, Rio Grande do Sul, 03 em Belém/Pará e 01 em Montevideo/Uruguai, Chile e Miami (USA).

**GRÁFICO 32**  
**NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE INFLUENZA A SEGUNDO**  
**DATA DE INÍCIO DE SINTOMAS**  
**BAHIA, 2009\***



Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-Sinasc

Diante do quadro de gravidade nos países do hemisfério norte e o risco da disseminação para os países do hemisfério sul, o Estado da Bahia envidou todos os esforços para ampliar a capacidade de resposta, e neste sentido, foram capacitados cerca de 3.000 profissionais de saúde da rede pública e privada sobre o protocolo clínico da influenza A H1N1, além de terem sido distribuídos cerca de 42 mil unidades de medicamentos e kits para coleta laboratorial e diagnóstico específico para hospitais e Dires.

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica desenvolveu ainda, no ano, as seguintes atividades: (i) Vigilância nos portos e aeroportos para detecção de casos prováveis de *Influenza A H1N1* entre passageiros em trânsito; (ii) Atualização do Plano Estadual para Enfrentamento da Pandemia e adaptação para a *Influenza H1N1*; (iii) Organização do atendimento hospitalar e ambulatorial para os casos da gripe; (iv) Implementação da Vigilância Epidemiológica, com investigação dos casos prováveis e seus comunicantes; (v) Diagnóstico laboratorial com coleta de secreção de oro e nasofaringe dos casos suspeitos e envio para o laboratório de referência Fiocruz - RJ; (vi) Treinamento de 28 técnicos de laboratórios dos Hospitais de Salvador e das Diretorias Regionais de Saúde; (vii) Definição e divulgação de fluxos e protocolos de atendimento

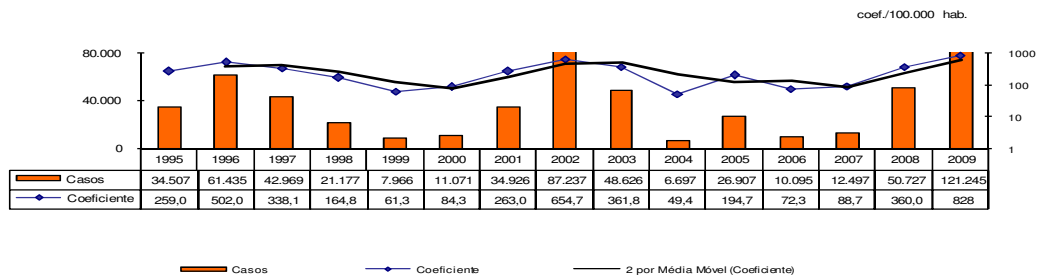
para os diretores médicos destes hospitais e instalação, no Hospital Otávio Mangabeira, de um sistema de filtro Hepa (filtro de pressão negativa) na enfermaria, para *influenza* (implantação de 8 leitos especiais). Deve-se referir que além desses 8 leitos especiais, dispõe-se de leitos de terapia semi-intensiva na rede pública e privada.

Com a proximidade do inverno no hemisfério norte, nova onda epidêmica da doença poderá vir a ocorrer, acometendo um número grande de pessoas, que em viagem de negócios ou lazer para outros países, como o Brasil, poderá provocar a reemergência e disseminação da infecção, principalmente durante as festas de final de ano e festejos populares como o carnaval, quando se dá um grande aglomerado de pessoas. Em função disso, está prevista uma Campanha de Vacinação contra Influenza A (H1N1) nos meses de março e abril de 2010 para grupos de maior risco para a infecção (profissionais de saúde envolvidos diretamente com o atendimento a pacientes, gestantes, população indígena, população com doenças crônicas de base).

### **Controle das Doenças de Transmissão Vetorial**

No Estado, 403 (96,7%) municípios foram atingidos pela **Dengue**, incluindo todos os 45 prioritários para o Programa Nacional de Controle. O ano de 2009 apresentou maior número de casos e maior incidência de Dengue, desde a introdução do 1º sorotipo (Den 2) na Bahia em 1994 (gráfico 33).

**GRÁFICO 33**  
**SÉRIE HISTÓRICA DO COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA E CASOS**  
**NOTIFICADOS DE DENGUE**  
**BAHIA, 1995 - 2009\***



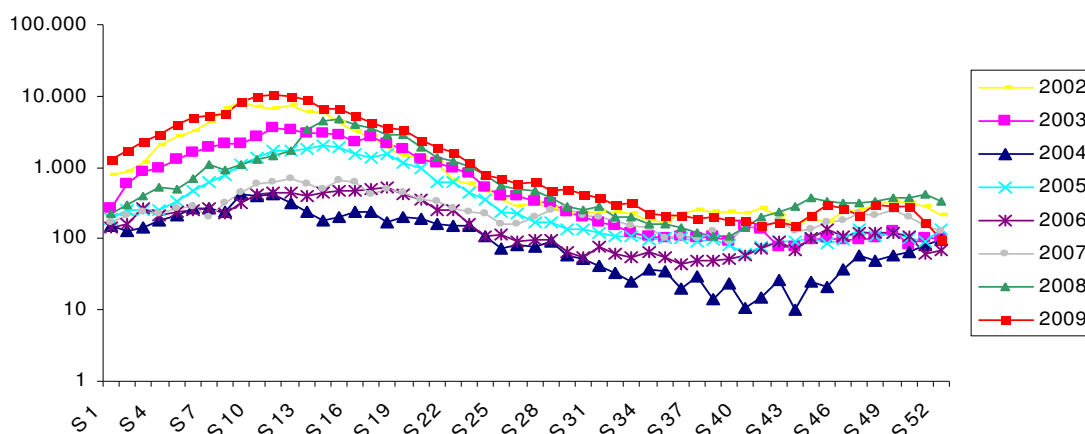
Fonte: Divep/ DIS/ Sesab – Sinan e Planilha paralela.

\* Dados preliminares

Em 2009 manteve-se a circulação simultânea de três (DENV1, 2 e 3) dos sorotipos do vírus observada em 2008, com predominância do DENV 2 (87,6%) dentre as amostras com isolamento de vírus (316). Essa situação, caracterizada por alta magnitude e elevada gravidade da epidemia, indicou em março a necessidade de decretar emergência em sete municípios: Itabuna, Ilhéus, Ipiaú, Irecê, Jacobina, Jequié e Porto Seguro. Em 2009 foram notificados **121.245 casos** de Dengue na Bahia (gráfico 34), correspondendo a um aumento de 139% em relação ao mesmo período de 2008 (50.727).

O município de Salvador registrou 6.963 casos suspeitos de Dengue, o que corresponde a 5,9% do total do Estado. Comparando-se os anos de 2008 e 2009 observa-se um aumento de 56% no número de casos em 2009 (6.963 casos) e, em 2008 com 3.920 casos respectivamente. Em 2009, a faixa etária mais atingida continua sendo a de adultos jovens entre 20 a 39 anos (mais de 15%); entretanto, todas as faixas etárias foram afetadas, inclusive os menores de um ano de idade.

**GRÁFICO 34**  
**CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE, SEGUNDO SEMANA EPIDEMIOLÓGICA**  
**BAHIA, 2002 - 2009\***



Fonte: Divep/ DIS/ Sesab – Sinan e Planilha paralela.

\* Dados preliminares

Os dez municípios que apresentaram maior número de casos notificados foram: Itabuna (14.747), Jequié (10.570), Salvador (6.963), Feira de Santana (6.126), Irecê (5.137), Ilhéus (3.940), Porto Seguro (3.058), Barreiras (2.647), Eunápolis (2.387) e Ipiaú (1.969), concentrando 49% das notificações do Estado. Os maiores coeficientes de incidência foram verificados nos municípios de Lafaiete Coutinho, Floresta Azul, Irecê, Presidente Dutra, Jequié, Itabuna, Manoel Vitorino, São Gabriel, Barra do Mendes e Jussara.

Quanto às formas graves da doença, **Dengue com complicações, Febre Hemorrágica da Dengue e Síndrome do Choque da Dengue**, registraram-se 2.435 casos suspeitos em 177 municípios. Destes, confirmaram-se 1.658 casos graves em 124 municípios. Entre os casos graves, 66 óbitos foram confirmados, dos quais 30 (46%) atingiram crianças e adolescentes menores de 15 anos. Foram descartados 12 óbitos, entre os quais 01 com diagnóstico de Meningite pneumocócica e 04 confirmados para Leptospirose.

A letalidade por Febre Hemorrágica da Dengue registrada em 2009 foi de 3,5%, representando uma redução de 65% em relação a 2008, quando a letalidade foi de 10,1%. Apesar da expressiva diminuição dos casos a partir de junho, estes continuam ocorrendo, incluindo casos graves e óbitos. A partir da semana epidemiológica 42 a

incidência ficou abaixo da observada em 2008 para as mesmas semanas epidemiológicas.

Quanto aos indicadores pactuados, dos municípios que enviaram informação, 154 (47,1%) atingiram 90% de cobertura de imóveis visitados, conforme a meta pactuada; 156 (47,7%) ficaram entre 50 e 89,9% da meta de seis visitas/imóvel/ano; 17 (5,2%) não alcançaram 50% do pactuado no período. Quanto à infestação predial (IIP%) pelo vetor, no mesmo período, 144 (43,8%) municípios registraram valor inferior a 1% dos imóveis positivos para larvas de *A. aegypti*, 137 (41,6%) ficaram em situação de alerta (IIP% 1 - 3,9), 48 (14,6%) estavam sob risco de surto (IIP% > 3,9) e 88 (19,2%) não consta informação.

Para conter a epidemia da Dengue e responder ao novo quadro de severidade apresentado pela doença, a SESAB identificou a necessidade do desenvolvimento das seguintes atividades:

- Estruturação e organização do atendimento emergencial nos municípios mais críticos;
- Complementação da assistência com contratação de novos serviços, disponibilização de mais 200 leitos e reforço do corpo clínico nas unidades da rede própria;
- Articulação com as Forças Armadas para atuação de médicos e enfermeiros nas regiões de Itabuna, Jequié e Porto Seguro;
- Reforço na distribuição de medicamentos e insumos para o tratamento, aquisição e distribuição de material e equipamentos hospitalares com recursos do Tesouro Estadual e do Projeto Saúde Bahia, veículos para o trabalho de campo, com recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- Implantação do Disque Dengue Estadual (serviço de *call center*);
- Apoio do Corpo de Bombeiros, inclusive no combate ao vetor;
- Realização de campanhas de comunicação e mobilização social para o combate a Dengue;
- Aquisição de materiais e equipamentos para controle do vetor;
- Publicação dos Decretos 11.453 e 11.454 (04/03/2009) declarando situação de emergência nos municípios de Itabuna, Ilhéus, Ipiauí, Irecê, Jacobina, Jequié e Porto Seguro, convocando a Defesa Civil do Estado

para atuarem no combate à Dengue.

A aplicação de inseticida a **Ultra Baixo Volume** (UBV - fumacê) adotada quando há confirmação laboratorial de transmissão de Dengue clássico e/ou notificação de Dengue grave, foi realizada em 135 municípios, para contribuir na interrupção da transmissão da doença pela redução do índice de infestação *do A. aegypti*.

Para manter atualizada a comunicação com informações sobre a Dengue no Estado, foram elaborados e divulgados boletins de situação epidemiológica da Dengue com periodicidade semanal. Foram realizadas ainda as atividades do Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD nas Dires e nos municípios, de acordo com a necessidade de abastecimento com insumos para execução das atividades de controle do vetor.

Buscou-se ainda, fornecer informação sistemática à população e mídia sobre a situação epidemiológica da **Febre Amarela (FA)** na Bahia, através de boletins mensais. Realizou-se curso de capacitação de vigilância epidemiológica da FA para as Dires, municípios das áreas de risco e sentinela e Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - NVEH. Não há casos confirmados de Febre amarela silvestre no Estado desde 2001.

As fortes chuvas que atingiram o Estado nos meses de abril e maio, além da epidemia de dengue, fizeram com que aumentasse a letalidade por **Leptospirose** quando comparado com o ano anterior. Logo, a SESAB elaborou, em parceria com o município de Salvador, o 1º Plano de Contingência da Leptospirose para a Bahia, além de terem sido publicados boletins epidemiológicos e alertas nos períodos chuvosos. Até setembro de 2009 foram notificados na Bahia, 259 casos de Leptospirose com 53% (137) de confirmações, o que representou um Coeficiente de Incidência de 1,0/100.000 hab. A faixa etária mais atingida foi a de 20-49 anos (61,6%) e 71,1% dos casos foram do sexo masculino. Registraram-se 17 óbitos no Estado, com letalidade de 13,3%.

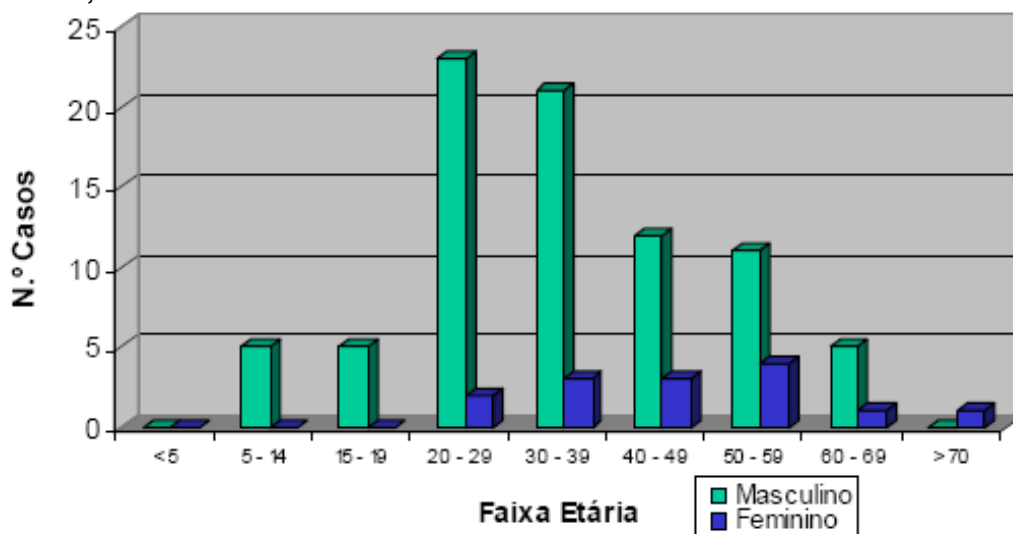
**TABELA 19**  
**NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS, ÓBITOS E LETALIDADE POR LEPTOSPIROSE**  
**BAHIA, 2005 - 2009\***

CASOS	2005	2006	2007	2008	2009*
CONFIRMADOS	243	233	108	164	137
ÓBITOS	39	30	16	21	17
LETALIDADE (%)	16	12,8	14,8	12,8	13,3

Fonte: DIVEP/ SUVISA, até a 42ª semana\*.

Em Salvador, notificou-se 151 casos representando 64,2% dos casos notificados do Estado, destes 58,3% (88) tiveram o seu diagnóstico confirmado, resultando em um coeficiente de incidência de 3,2/100.000 habitantes, o que representa 3 vezes maior que o do Estado como um todo (1,0/100.000 hab).

**GRÁFICO 35**  
**NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO**  
**SALVADOR-BAHIA, 2009\***



Fonte: Divep/ DIS/ Fiocruz/ Sesab – Sinan e Planilha paralela.

\* Dados preliminares

A SESAB realizou a 1ª Oficina Anual de Leptospirose, com a participação de gestores estaduais e municipais, representantes da Empresa de Limpeza Urbana do Salvador - Limpurb, Defesa Civil da Prefeitura de Salvador - Codesal, Empresa Baiana de Águas e Saneamento - Embasa e de oito distritos sanitários prioritários de Salvador.

As **Leishmanioses** na Bahia são doenças de alta incidência e ampla distribuição, estando presente em 216 (51,7%) municípios na sua forma mais grave, a forma visceral (LV), enquanto que em 239 (57%) está presente a forma Tegumentar (LTA).

Deve-se ressaltar, entretanto, que vem se observando uma redução da incidência das leishmanioses no Estado da Bahia no período de 2003 a 2009, especialmente no ano de 2009, mesmo considerando dados preliminares.

Em relação a Leishmaniose Tegumentar Americana, destaca-se a atuação da SESAB no município de Taperoá na região do Baixo Sul onde se desenvolveu um projeto piloto com realização de Inquérito Entomológico e ações educativas e de borrifação domiciliar para controle do vetor. A ação foi motivada pela elevada ocorrência da doença nesta região, com registro de casos em crianças acima do esperado.

Com relação à **Doença de Chagas** foram notificados, no período, 57 casos suspeitos de doença de Chagas agudo (entretanto, a grande maioria desses casos são de “natureza crônica” que são lançados erroneamente como agudos). Os casos estão sendo investigados para finalização do banco de dados e estão distribuídos nos municípios cuja classificação segundo o grau de risco da transmissão. Desses municípios 101 são municípios de baixo risco, 219 de médio risco, e 98 de alto risco. Atualmente as ações de controle da doença de Chagas continuam sendo implementadas em função da situação entomo-epidemiológica dos municípios. No entanto, deve-se atentar que em 2007 a Bahia recebeu o **Certificado de Eliminação do *Triatoma infestans* do território baiano resultado das intervenções de controle que foram desencadeadas desde 2004.**

As atividades para eliminação do *Triatoma infestans* estão sendo intensificadas através da execução do Plano Incremental, cujas ações de melhoria habitacional vêm sendo acompanhadas nos 98 municípios de alto risco.

A **Esquistossomose** na Bahia atinge os 417 municípios, sendo 128 (30,7%) considerados endêmicos com transmissão disseminada, 123 (29,5%) têm transmissão focal e 166 (39,8%) são indenes. As regiões com as maiores prevalências na Bahia são: Chapada Diamantina, Sudoeste e Recôncavo, destacando-se os municípios das regiões Oeste, e, Nordeste com alta e média prevalência. O desenvolvimento de ações de vigilância entomológica e controle de doenças vetoriais foram assegurados a partir do acompanhamento do inquérito sanitário que vem sendo realizado nos municípios pilotos de Aramari e Nazaré. Para implantação do georeferenciamento no controle da

Esquistossomose foram realizadas com GPS as marcações das localidades e de coleções hídricas do município.

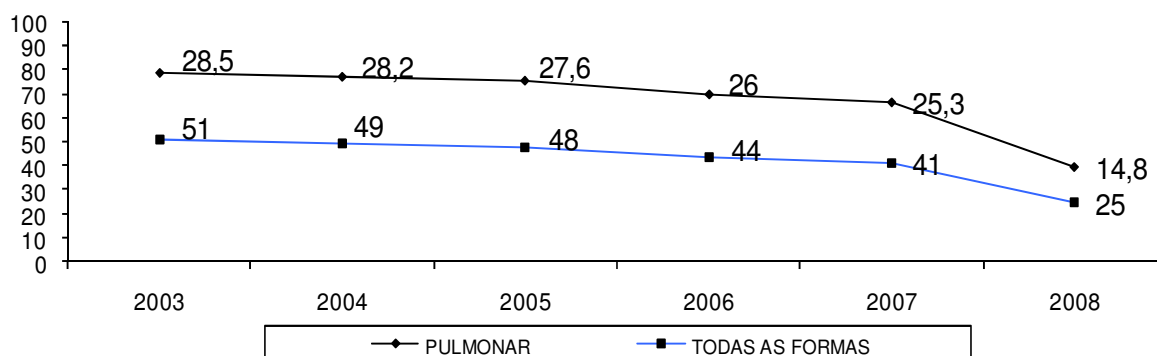
Apesar do Estado da Bahia não ser área endêmica para **Malária**, possui elevada densidade vetorial e dispersão dos potenciais vetores em 343 (82,3%) municípios. Em 2008, foram notificados 42 casos de Malária, sendo 33 importados.

O **Sistema de Informação de Insumos Estratégicos – SIES** tem como objetivo aprimorar o abastecimento de insumos estratégicos para as doenças de transmissão vetorial, por meio da gestão eficiente dos processos de recebimento, distribuição e acompanhamento de estoques dos insumos. Todos os 417 municípios utilizam-se deste sistema para distribuição mensal dos larvicidas do combate a dengue, além dos inseticidas para o combate aos vetores dos programas de dengue, Chagas, leishmaniose, malária, peste e outros materiais utilizados.

### Controle das Doenças Crônicas Transmissíveis e Outros Agravos

Constata-se uma tendência de redução do risco de adoecimento por **Tuberculose** por todas as formas, ou pela TB Pulmonar Positiva a partir do ano de 2004. No ano de 2008, a observação da redução mais acentuada deve-se a falta e/ou irregularidade na alimentação do SINAN pelos municípios (gráfico 36).

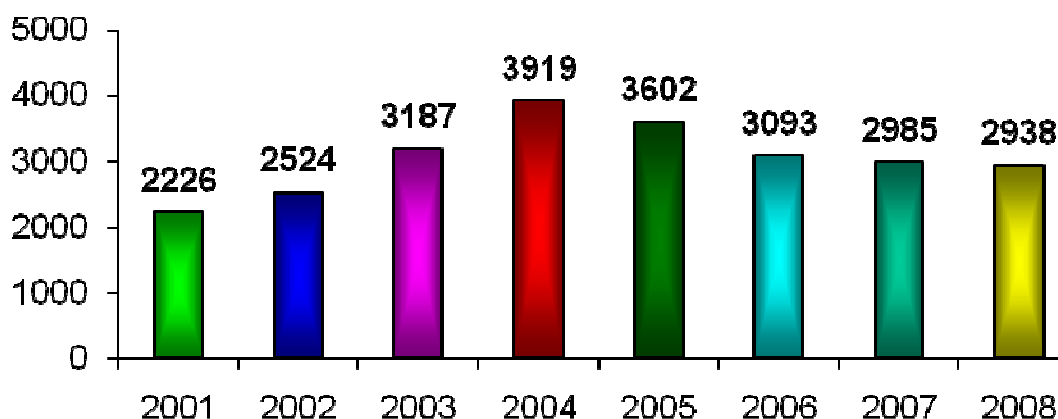
**GRÁFICO 36**  
**COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR TUBERCULOSE PULMONAR**  
**E TODAS AS FORMAS**  
**BAHIA, 2003 - 2008\***



Fonte: SESAB/Suvisa/Divep  
\* Dados preliminares até julho de 2008

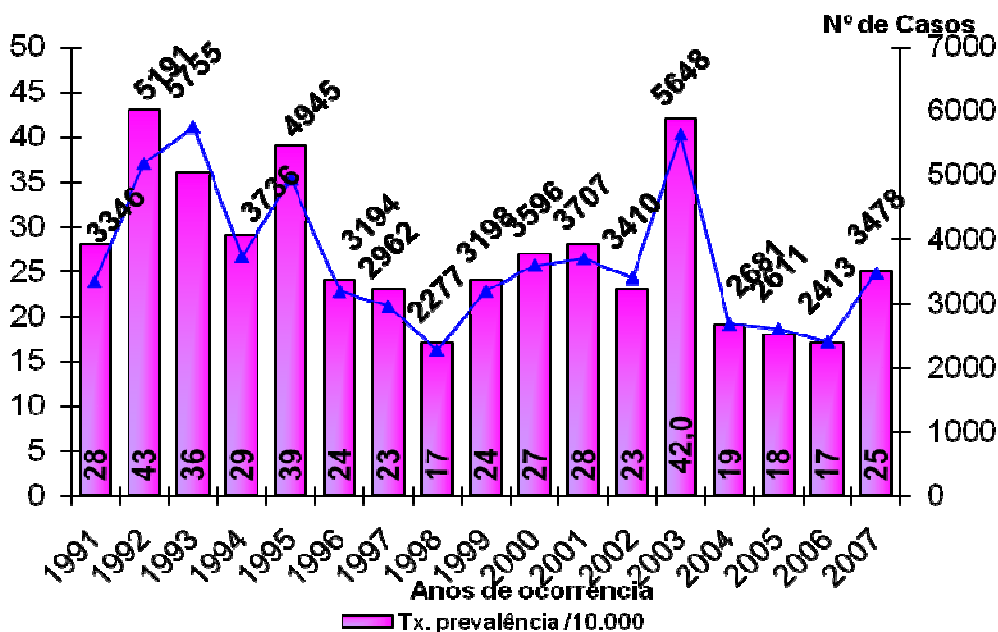
Foram detectados 2.124 casos novos de **Hanseníase** no Estado da Bahia em 2008, o que representa um coeficiente de detecção de 14,6/10.000 habitantes, considerado endêmico segundo os padrões da Organização Mundial de Saúde, mantendo-se estável desde 2006. Em 2004 o número de casos novos aumentou em função de um trabalho de busca ativa realizado nos municípios prioritários para a doença.

**GRÁFICO 37**  
**DETECÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE**  
**BAHIA - 2001 - 2008**



Fonte: SinanNET  
 Dados processados em 01/02/2010

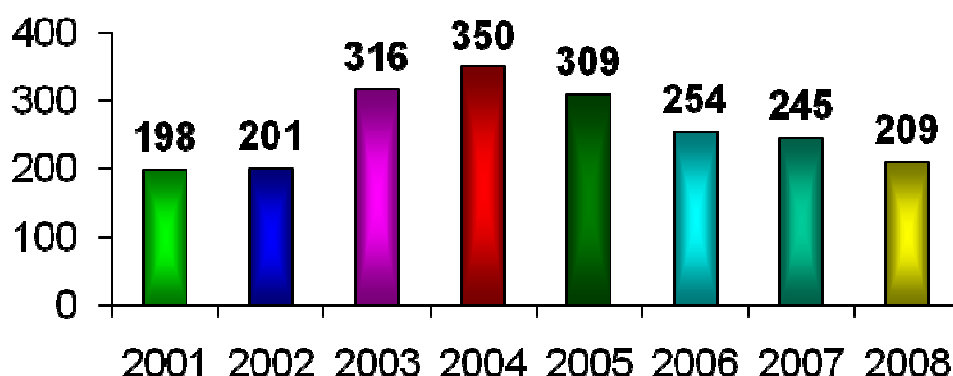
**GRÁFICO 38**  
**NÚMERO E TAXA DE PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE**  
**BAHIA, 1991 - 2007**



Fonte: SESAB/SUVISA/DIS/SINAN/DATASUS  
 \* Dados processados até 09/10/2008

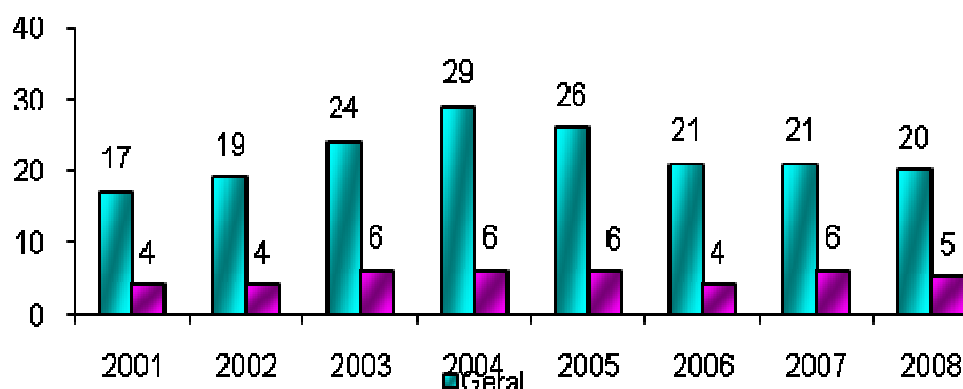
Um indicador importante é a taxa de detecção em menores de 15 anos, que na Bahia em 2008 alcançou o índice de 3,1/10.000 habitantes, e vem diminuindo gradativamente, mas, ainda considerado elevado; e significando, que a transmissão do bacilo de Hansen se mantém ativa.

**GRÁFICO 39**  
**DETECÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS**  
**BAHIA - 2001 - 2008**



Fonte: SinanNET  
 Dados processados em 01/02/2010

**GRÁFICO 40**  
**COEFICIENTE DE DETECÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE**  
**NA POPULAÇÃO TOTAL E EM MENORES DE 15 ANOS, POR 100.000 HABITANTES**  
**BAHIA - 2001 - 2008**

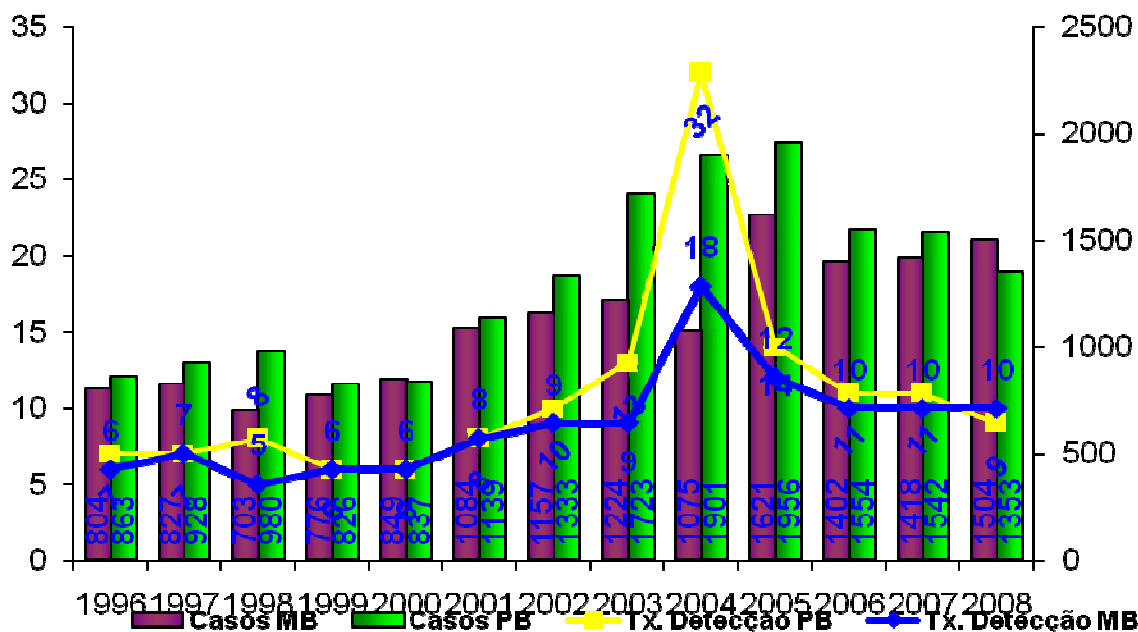


Fonte: SinanNET  
 Dados processados em 01/02/2009.

Com relação as formas de apresentação da doença desde 2006 os dados apontam para uma estabilidade entre a forma multibacilar (MB) e paucibacilar (PB), com um declínio no ano de 2008, para ambas as formas. Chama atenção os anos de 2003,

2004 e 2005, houve um acréscimo desses dados em função do trabalho de busca ativa realizado nestes anos.

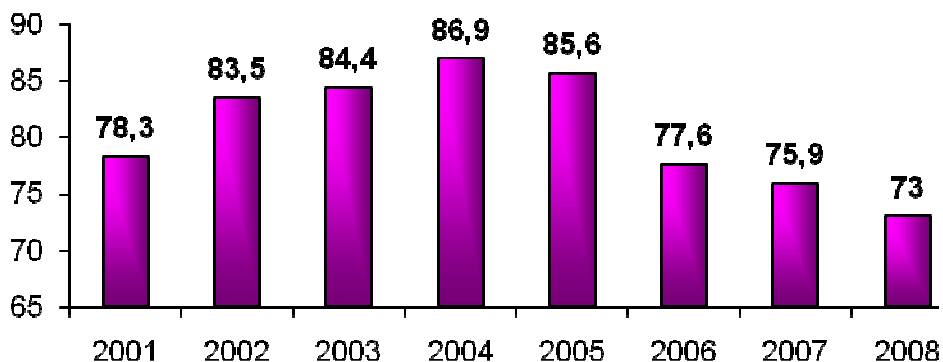
**GRÁFICO 41**  
**NÚMERO E COEFICIENTE DE DETECÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE POR 100.000 HABITANTES, POR CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL PB E MB BAHIA, 1996 - 2008**



Fonte: SinanNET  
 Dados processados em 01/02/2010 \* Dados Preliminares

O percentual de cura no ano de 2008 atingiu 73%, embora represente um índice inferior aos anos de 2006 e 2007.

**GRÁFICO 42**  
**PERCENTUAIS DE CURA ENTRE OS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES - BAHIA - 2001 - 2008**



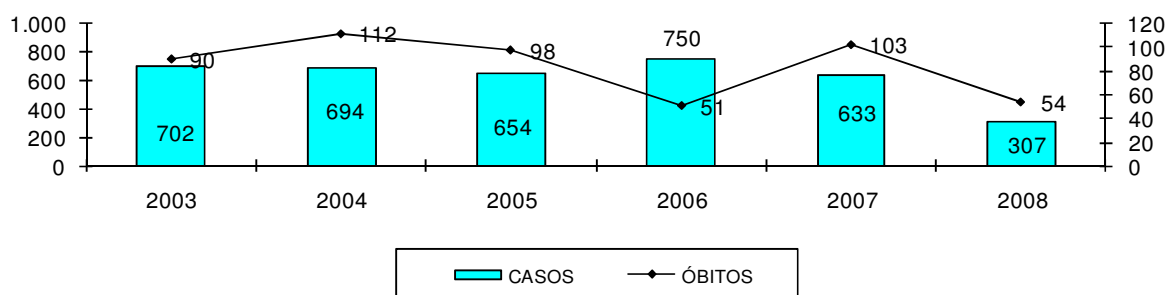
Fonte: SinanNET  
 Dados Processados em 16/10/2009

Para o controle da hanseníase, o Governo do Estado tem investido na disseminação de

informações técnicas científicas, na sensibilização e capacitação para o tratamento com poliquimioterapia e na prevenção de incapacidades, para profissionais de saúde da rede básica e do Hospital Especializado Dom Rodrigues de Menezes, referência para hanseníase. Tem-se ainda investido no treinamento dos médicos residentes em dermatologia do Hospital Universitário Professor Edgar Santos – Hupes da UFBA.

A **Aids** no Estado apresenta números semelhantes de casos e óbitos, no período de 2003 a 2008, com discreto aumento em 2006 conforme apresentado no gráfico 43.

**GRÁFICO 43**  
**NÚMERO DE CASOS E ÓBITOS POR AIDS**  
**BAHIA, 2003 - 2008**



Fonte: SESAB/Suvisa/Divep

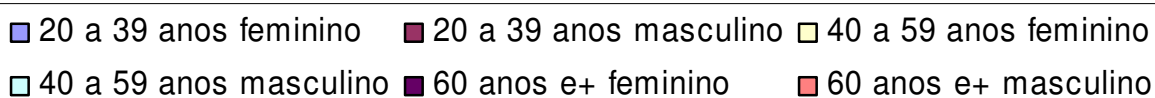
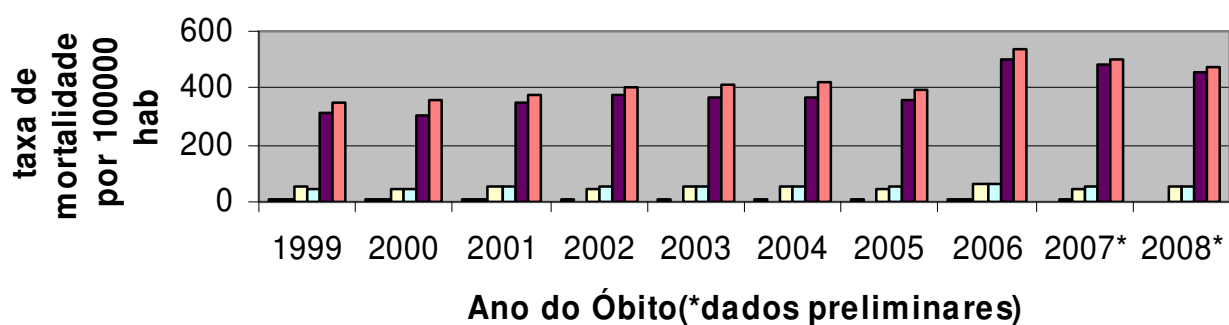
Em 2008, o dado ainda é inferior ao dos anos anteriores, em função da dificuldade de fechar o banco de dados em tempo hábil. A relação homem e mulher apresenta tendência de aumento nos últimos anos: 2005 - 2,5/1 e em 2008 - 1,3/1; esse dado é preocupante, significando que o número de casos em mulheres vem crescendo. A letalidade não apresenta um comportamento definido, registrando-se alteração a cada ano, apesar da utilização do esquema terapêutico com anti-retrovirais que contribui com o aumento da sobrevivência.

### **Controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANt**

As doenças e agravos não transmissíveis (DANt) constituem as principais causas de óbitos no estado da Bahia, sendo que as doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar entre as causas conhecidas, seguidas pelas causas externas e em terceiro lugar encontram-se as neoplasias.

A mortalidade por doenças cérebros-vasculares segue uma tendência comum às doenças crônicas no que diz respeito à idade, isto é, aumenta conforme a faixa etária e vem apresentando uma diferença entre sexos, sendo o masculino um pouco mais atingido na faixa etária a partir dos 60 anos (gráfico 44).

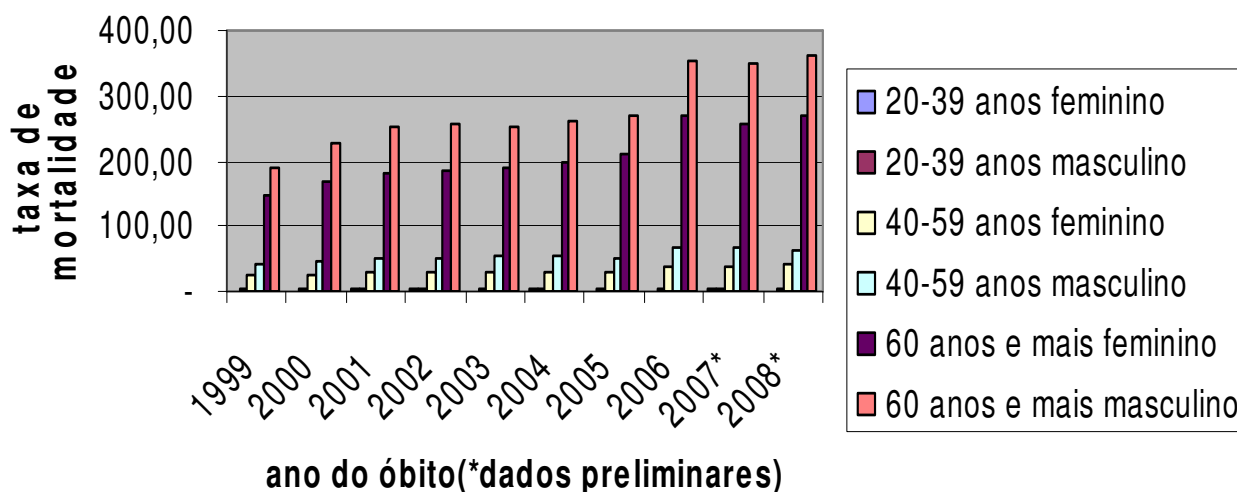
**GRÁFICO 44**  
**MORTALIDADE POR DOENÇAS CÉREBRO-VASCULARES POR SEXO E FAIXA ETÁRIA**  
**BAHIA, 1999 - 2008**



Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-SIM

As doenças isquêmicas do coração apresentam-se de maneira similar às doenças cérebros-vasculares, isto é, ocorrem com maior frequência nas faixas etárias mais velhas, porém apresenta a diferença de ocorrência entre os sexos mais acentuada. Observa-se que os indivíduos do sexo masculino morrem mais com as doenças isquêmicas do coração do que as mulheres, e que esta diferença é maior do que no caso das doenças cérebros-vasculares. Estas doenças foram responsáveis por 4168 óbitos no ano de 2008, considerando indivíduos maiores de 20 anos (gráfico 45).

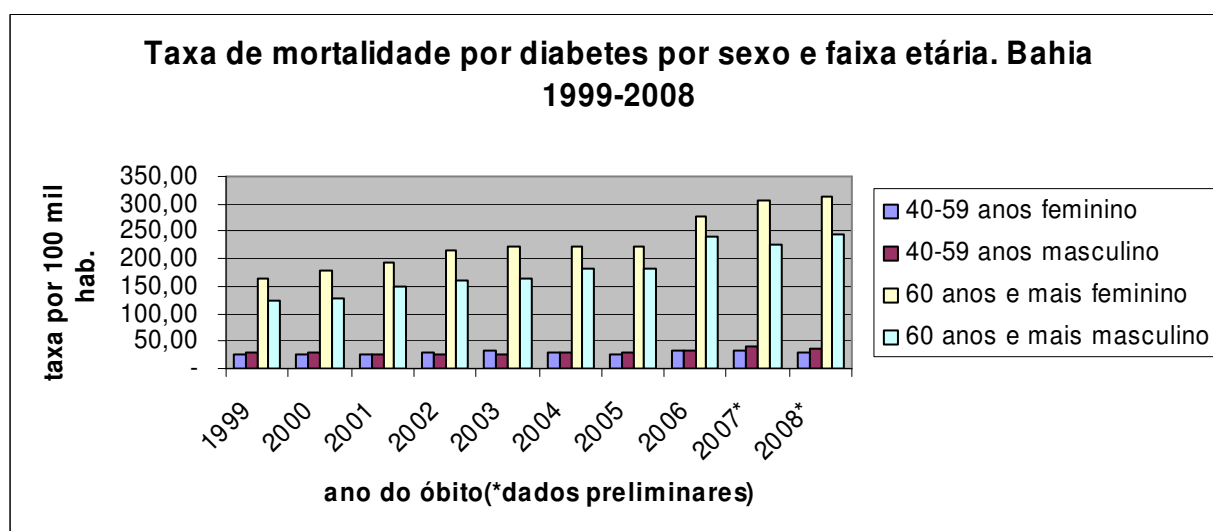
**GRÁFICO 45**  
**TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS ISQUÊMICAS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA (100 Mil Hab)**  
**BAHIA, 1999 - 2008**



Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-SIM

Uma mudança na tendência verificada para os grupos de doenças acima comentados acontece com Diabetes Mellitus, que tem provocado a morte de um número maior de mulheres do que de homens nas faixas etárias observadas. Em comum às outras doenças está o fato de aumentar sua ocorrência com a idade (gráfico 46).

**GRÁFICO 46**  
**TAXA DE MORTALIDADE POR DIABETES POR SEXO E FAIXA ETÁRIA**  
**BAHIA, 1999 - 2008**



Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-SIM

Também houve um grande empenho para incentivar a participação dos municípios deste estado nos processos de seleção para financiamento das ações de incentivo à promoção da saúde e prevenção das DANT, promovidos pelo Ministério da Saúde. O

número de municípios tem aumentado gradativamente desde o ano de 2006, mas em 2009, através da divulgação da portaria 139/SVS de 11 de agosto de 2009, para as Diretorias Regionais de Saúde e solicitação de mobilização dos seus respectivos municípios, bem como do apoio para a construção dos projetos, houve um aumento significativo, sendo contemplados na referida seleção 69 municípios baianos, entre estes 38 novos. Este salto foi notado pela equipe do Ministério da Saúde, que buscou informações sobre as estratégias utilizadas pela Secretaria de Saúde do Estado.

O **câncer** é um importante problema de saúde pública. Seus fatores de risco e padrões de desfecho podem ser de ordem biológica, genética, hábitos de vida, ambientais e assistenciais, podendo sofrer variações a depender de ações de prevenção, detecção precoce, confirmação diagnóstica e terapêuticas adequadas e oportunas.

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) o **câncer de mama** é o segundo tipo da doença mais freqüente no mundo. Doença passível de prevenção e/ou diagnóstico precoce, o que acarreta em aumento de chances de cura. Para tanto a SESAB, através das unidades da rede hospitalar, adere ao Sistema Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer, através do qual a Secretaria Estadual de Saúde terá acesso, em primeira mão, às informações de todos os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) do seu estado.

O câncer de mama vem aumentando como causa de óbito no estado. Chama a atenção o grande aumento registrado em 2008, na faixa de maiores de 60 anos, o que talvez seja reflexo da redução das causas mal definidas, resultado de um intensivo trabalho de busca ativa realizado pela Diretoria de Informação em Saúde.

Analisando os óbitos por câncer de cólon e reto na faixa etária de 60 anos e mais, observa-se também uma tendência de crescimento ao longo dos anos, sendo, na maioria destes, predominante no sexo feminino.

Em relação ao câncer de colo de útero, destaca-se que em comparação com a faixa etária maior de 60 anos, o número de óbitos é menor que na faixa etária dos 50 a 59 anos, esta além de agregar um período de tempo menor, contém uma população mais jovem. Este tipo de câncer atinge mulheres jovens, sendo registrados no período analisado um total de 71 óbitos em mulheres de 20 a 29 anos. Na faixa de 50 a 59

anos foram 1070, e na faixa de 60 anos e mais, 1059 casos. A associação desta doença com a infecção por HPV provavelmente explica a ocorrência em mulheres mais jovens, com vida sexual mais ativa e insuficientemente protegida.

A Vigilância do câncer encontra-se em um momento especial, pois o Instituto Nacional do Câncer (INCA) desenvolveu um Sistema Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer, através do qual a Secretaria Estadual de Saúde terá acesso, em primeira mão, às informações de todos os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) do seu estado. Estas informações serão organizadas ao nível estadual e encaminhadas ao INCA, que fará a organização nacional e disponibilizará os dados num sistema de acesso público, constituindo uma importante fonte de informações para pesquisa na área de oncologia. Houve investimento na capacitação dos profissionais do estado e a implantação do RHC no Hospital Santo Antônio, ampliando o número de RHC em funcionamento para um total de sete: Centro Estadual de Oncologia (CICAN), Hospital Santa Isabel, Hospital São Rafael, Hospital Universitário Prof. Edgar Santos, Hospital Manoel Novaes (Itabuna), Hospital Aristides Maltez, Hospital Santo Antônio. O Hospital Martagão Gesteira buscou orientação para implantar seu RHC, porém ainda não se concretizou.

Com o objetivo de produzir conhecimentos sobre os fatores de risco e de proteção, a equipe de vigilância epidemiológica das doenças e agravos não transmissíveis apoiou a realização da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) que ocorreu em todas as capitais e Distrito Federal. A pesquisa foi acompanhada desde o processo de planejamento até a apresentação dos resultados do trabalho de campo, realizada pela equipe do IBGE, na sede da Vigilância Epidemiológica Municipal de Salvador. O relatório final da pesquisa foi apresentado em dezembro de 2009.

Com a proposta de **Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno – VEOM** aprovada na CIB, foi elaborado no ano de 2008 o Plano de Ação Emergencial para elevar a cobertura de investigação de óbitos de Mulher em Idade Fértil - MIF e realizada a capacitação de 412 técnicos e gestores das Dires e municípios do Estado para o desenvolvimento das ações da VEOM.

Objetivando obter informações oportunas e confiáveis para análise e recomendações de medidas, vários passos foram dados como reestruturação das informações da

VEOM, seleção de variáveis da ficha e atualização da cobertura de investigação de MIF, com levantamento por município de residência dos óbitos por Dires/município, levantamento de todos os óbitos notificados/investigados nos anos 2007 e 2008, além do percentual de óbitos de MIF investigados por macrorregião para os anos de 2006, 2007 e 2008.

Outros passos importantes foram dados para consolidar a cultura da vigilância do óbito materno, como pesquisas, divulgação e distribuição da versão preliminar do Manual de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, da portaria ministerial nº 1110/2008, regulamentando a Vigilância do Óbito Materno com constituição de grupo de estudo para sua operacionalização.

A Mortalidade Infantil reflete as condições de vida de uma sociedade, sendo assim, deve ser prioridade nas agendas dos gestores nas três esferas de governo. A redução deste indicador faz parte das Metas do Milênio onde o Brasil é signatário (Brasil, 2009). Para melhor compreensão do problema, a SESAB estruturou a **Vigilância Epidemiológica do Óbito Infantil** no estado implementando as ações de investigação dos óbitos e de recomendação.

Em 2009, o Governo Federal juntamente com os governadores dos Estados do Nordeste e Amazônia legal pactuaram, através do **Projeto de Redução das Desigualdades na Região Nordeste e Amazônia Legal**, a redução da Mortalidade Neonatal em 5% ao ano. O referido Projeto contempla 06 eixos, dentre eles, a Vigilância do Óbito Infantil e Fetal. No estado da Bahia foram priorizados trinta e três (33) municípios que concentraram 50% dos óbitos infantis no período de 2006 a 2008.

No que diz respeito à implantação da Vigilância do Óbito Infantil no Estado, até dezembro de 2009, 140 dos 417 municípios investigaram óbitos infantis, correspondendo a aproximadamente 33,6% do total existente no estado. O percentual de óbitos infantis investigados no ano de 2009 pelos municípios e atualizado em janeiro de 2010, equivale a 13,3%.

Com relação ao alcance da meta pactuada em 2008 e mantida em 2009 pelo Ministério da Saúde, dos 140 municípios que investigam, 99 conseguiram alcançar ou ultrapassar a meta mínima de 25% de óbitos infantis investigados (70,7% do total que investiga). O

município de Salvador, com 444 óbitos de residência registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, apesar dos esforços da equipe municipal e da parceria com a equipe estadual em capacitar e definir fluxo de investigação, ainda é motivo de preocupação, uma vez que o mesmo concentra aproximadamente 17% dos óbitos infantis do estado e registra apenas nove investigações.

### **Vigilância de produtos e serviços de interesse da saúde**

As ações de vigilância de produtos e serviços de interesse em saúde têm por objetivo controlar o risco sanitário decorrente dos processos produtivos de bens e serviços de interesse da saúde. Nessa perspectiva, realizou-se inspeção em estabelecimentos sob responsabilidade estadual e capacitou-se profissionais da rede própria hospitalar e dos municípios do Estado.

No ano de 2009, foram emitidas pela SESAB 722 licenças sanitárias o que representa 56,6% a mais do que em 2008. Para tanto, foram realizadas 2661 inspeções em 2359 estabelecimentos, abrangendo 915 serviços de saúde de média e alta complexidade, e 1444 empresas fabricantes de produtos de interesse da saúde, dentre outros estabelecimentos relacionados a saúde. Houve um incremento de 28,5% no total de inspeções quando comparadas a 2008.

No tocante às ações de vigilância da pós-comercialização, que tem por objetivo monitorar a qualidade dos medicamentos e produtos para a saúde, foram realizadas 471 investigações obrigatórias referentes às 888 notificações (sendo 456 eventos adversos e 432 queixas técnicas). Dentre as notificações, 386 foram na área de farmacovigilância, 262 de tecnovigilância, e 219 de hemovigilância, além de outras áreas como cosméticos, saneantes e alimentos. Do total dos eventos adversos de investigação obrigatória, 90,35% foram concluídas, enquanto das queixas técnicas alcançou-se 60%. Os dados são muito similares em relação ao ano de 2008, quando foram registradas 896 notificações nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, cosmético, suplemento alimentar e alimento. O quadro 11 apresenta a síntese das notificações por tipo de produto envolvido, que ocorreram em 2009

**QUADRO 11****DEMONSTRATIVO DAS NOTIFICAÇÕES DE QUEIXA TÉCNICA (QT), REAÇÃO ADVERSA (RA) E REAÇÕES ADVERSAS PROVOCADAS POR MEDICAMENTOS (RAM), OCORRIDAS POR TIPO DE PRODUTO ENVOLVIDO EM 2009**

PRODUTO	N° DE NOTIFICAÇÕES	OCORRÊNCIA
Medicamentos	152 QT e 234 RAM	Rotulagem insatisfatória ausência de número de lote, número de registro na ANVISA, alterações organolépticas, falhas nos processos de produção e controle de qualidade da empresa fabricante (caixa de comprimidos contendo <i>blister</i> vazio ou faltando comprimidos, ausência ou diminuição do conteúdo descrito no rótulo em embalagem íntegra, presença de corpo estranho dentro de solução)
Produtos para Saúde	262 QT e apenas 2 Eventos Adversos	Desvios de qualidade e ausência de conteúdo em embalagem lacrada
Hemocomponentes	219 RA	Prurido, urticária, reação anafilática, vômitos, dispnéia, febre, calafrios e, em menor número, pacientes que apresentaram alguns outros sintomas como cianose, taquicardia, edema palpebral, convulsão, edema pulmonar causados por hemocomponentes.
Cosméticos	12, sendo 11QT	Danos na tampa do produto; rotulagens divergentes em unidades do mesmo produto; ausência de rotulagem e vazamento de conteúdo decorrente de defeitos na válvula
Saneantes	6 QT	Resultados foram insatisfatórios para o teor de cloro livre
Alimentos/ Suplemento Alimentar	1 QT	Vazamento de conteúdo em decorrência de problemas na tampa da embalagem

Fonte: DIVISA/SUVISA, 2009.

Ressalta-se que todas as notificações de investigações obrigatórias foram ou estão sendo investigadas pela equipe da VIGIPÓS da DIVISA. Identificaram-se alguns problemas relacionados ao preenchimento das notificações, que representa uma dificuldade adicional para o desenvolvimento das investigações. Entretanto, ao se comparar as notificações do corrente ano com as de 2008, verifica-se que houve uma evolução na coleta e digitação da notificação, resultando em uma melhor qualidade da informação. Diante dos problemas identificados, as unidades notificadoras são contatadas para esclarecimentos necessários.

O quadro 12 apresenta os resultados dos índices esperados na Agenda Estratégica de 2009 para as ações de vigilância sanitária. Ainda se observa que alguns indicadores não foram acompanhados devido à inexistência, no Sistema Nacional de Informação de

Vigilância Sanitária, de um módulo capaz de gerar relatórios gerenciais.

**QUADRO 12  
DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS NOS INDICADORES DA PLANO ESTADUAL  
DE SAÚDE PARA AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL  
BAHIA, 2009**

Indicadores	Índice esperado no ano	índice alcançado	Referência normativa
h.1. Percentagem de estabelecimentos e serviços de saúde com licença sanitária concedida	50%	30,60%	PPA
h.2. Proporção de municípios que desenvolvem ações de vigilância de alimentos, conforme Resolução CIB 142/08 - grupo 1 do Anexo V	50%	62,40%	CIB Bahia
h.3. Proporção de hospitais inspecionados e com CCIH implantada que tiveram incidência de infecção hospitalar < 3%	80%	-	DIVISA
h.4. Percentual de instituições de longa permanência para idosos (ILPI) inspecionadas	100%	60%	Pacto pela Vida
h.5. Número de municípios que implantaram o Sistema Nacional de Informação de Vigilância Sanitária – SINA VISA	56	37	PAVS
h.6. Percentagem de serviços de diagnóstico e tratamento do Ca de colo de útero e mama inspecionados	80%	64,87%	PAVS
h.7. Percentagem de Maternidades e UTI Neonatais inspecionadas (PAVS)	80%	62,10%	PAVS
h.8. Percentagem de serviços de hemoterapia, diálise e nefrologia inspecionados	80%	113,10%	PAVS
h.9. Número absoluto de inspeções realizadas em produtos e serviços de interesse em saúde	2.500	2.661	DIVISA
n.1. Número de municípios > 100 mil habitantes capacitados para desenvolver ações de controle do tabaco	5 municípios	100%	PPA
n.2. Número de municípios > 100 mil habitantes capacitados para desenvolver ações de controle de propagandas e comércio de alimentos para lactentes e produtos de puericultura	7 municípios	0	PPA

Fonte: DIVISA/SUVISA,

Conforme priorização estadual do Indicador da Vigilância Sanitária no Pacto Pela Saúde, os municípios e as regionais realizaram inspeções em 62 (60,7%) Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Em 2008, das 102 instituições existentes, 85 (83,33%) foram inspecionadas. É importante ressaltar a falta de envio desta informação por parte das Dires e municípios, prejudicando o acompanhamento desta ação.

## **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS**

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) é um instrumento de apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no tocante à qualidade da assistência oferecida aos seus usuários. São avaliados os riscos relacionados aos serviços de saúde, as condições de acesso da população a esses serviços, o grau de satisfação dos usuários, as condições e a relação de trabalho dos profissionais nesses estabelecimentos.

Segundo resultados do processo avaliativo realizado entre 2004-2006, o Estado da Bahia apresentou 129 hospitais com baixa pontuação, a maioria destes são hospitais de pequeno porte que prestam assistência materno-infantil. Diante disso, a DIVISA buscou contribuir para melhoria da situação sanitária desses estabelecimentos, através do controle de riscos inerentes a estes serviços. Assim neste ano foram inspecionados 28 desses hospitais, atingindo em 140% a meta programada para o ano de 2009. É importante destacar que dos 535 hospitais da Bahia, 285 (53,27%) foram inspecionados.

No ano de 2009, foram priorizadas as análises nos estabelecimentos de saúde da Rede Própria e projetos de Unidades de Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde. Deram entrada 286 processos para análise, sendo 243 de projeto arquitetônico e 43 de Programa de Gerenciamento de Resíduo de Serviços de Saúde (**PGRSS**). Assim, foram analisados e re-analisados 585 processos.

É possível dizer que grande parte dos estabelecimentos que não obteve a liberação do projeto, deveu-se ao fato de não atenderem à legislação em vigor no que se refere à estrutura física, procedimentos técnicos, equipamentos e fluxo de serviço. Observa-se também que há necessidade de qualificação técnica dos profissionais que elaboram os projetos das Unidades de Saúde, pois se acredita que esse foi um dos grandes motivos dos mesmos não atenderem a legislação. Além disso, os processos não constavam de relatório técnico e outras documentações necessárias para análise.

A rede de hemoterapia do estado da Bahia é composta por 73 serviços como mostra o quadro 13. Observou-se que os serviços ligados à Fundação de Hemoterapia da Bahia ainda apresentam algumas não conformidades que interferem na qualidade dos

hemocomponentes produzidos e na segurança transfusional. De acordo com a criticidade, os estabelecimentos foram classificados entre médio a alto risco. No entanto, observou-se também que as ações desenvolvidas pelos técnicos da DIVISA, em ação conjunta com a ANVISA e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, gradativamente tem contribuído para melhoria da qualidade desses serviços.

**QUADRO 13**  
**DEMONSTRATIVO DO NÚMERO DE UNIDADES DA REDE DE HEMOTERAPIA**  
**BAHIA, 2009**

TIPO DE UNIDADE DA REDE	PUBLICO	CONVENIADO/SUS	PRIVADO	TOTAL
Hemocentro Coordenador	1	0	0	1
Hemocentro Regional	1	0	0	1
Núcleo de Hemoterapia	0	10	2	12
Unidade de Coleta e Transfusão	17	0	0	17
Unidade Coleta	1	0	0	1
Agência Transfusional	24	17	0	41
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>27</b>	<b>2</b>	<b>73</b>

Fonte: DIVISA/SUVISA, 2009.

A DIVISA inspecionou 15 serviços na Região Metropolitana de Salvador, 08 na Macrorregião Nordeste, 03 na Sul, 06 na Extremo Sul e Sudoeste, 04 na Norte e Centro Leste e 04 na Oeste. A partir dessas inspeções foi possível identificar os seguintes problemas sanitários existentes na rede:

- Ausência de Responsável Técnico;
- Estrutura física e fluxo de serviço comprometidos;
- Déficit de recursos humanos;
- Ausência de Programa de Capacitação de Recursos Humanos com acompanhamento e avaliação;
- Ausência de Programa de Imunização contra Hepatite B;
- Ausência de registros de temperatura ambiental e de equipamentos;
- Não realização de aferição e calibração dos equipamentos;
- Inexistência da Garantia da Qualidade;
- Não realização de controle de qualidade de cada lote de reagente em uso;
- Inexistência de procedimentos estabelecidos para resolução em casos

de reações transfusionais;

- Ausência de registro sobre as reações transfusionais nas fichas de avaliação;
- Ausência do controle dos hemocomponentes produzidos;
- Informações incompletas no tubo de amostra do receptor ;
- Inexistência de protocolo para liberação de hemácias em situações de urgência/emergência;
- Liberação de hemocomponentes, sem atender exigência de normas vigentes, para o caso de extrema urgência;
- Ausência de Comitê Transfusional;
- Ausência de identificação do lote do Kit utilizado no teste de compatibilidade;
- Inexistência de Procedimentos Operacionais Padrão-POP;
- Ausência de calibração de balanças e outros equipamentos.

Diante das irregularidades encontradas, os técnicos da DIVISA reuniram-se com os da ANVISA, SUVISA e HEMOBA para traçar o plano e analisar as estratégias para adequação da Hemorrede. Realizou-se ação conjunta com a ANVISA e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde para emissão de Auto de Infração, interdição parcial de um estabelecimento e reclassificação dos serviços, discutindo com o setor regulado, ao término da ação, as possibilidades e os prazos de adequação à legislação sanitária.

A Região Metropolitana de Salvador (RMS) conta com 20 Serviços de Quimioterapia, sendo que, destes, 18 estão situados em Salvador, 01 em Lauro de Freitas e 01 Camaçari. Destes serviços, 10 são intra-hospitalares (07 filantrópicos, 02 da rede privada e 01 federal), e 10 são unidades satélites.

Dos 20 estabelecimentos existentes na RMS, 08 (40%) foram inspecionados, com o objetivo de Renovação de Alvará Sanitário. Destes, 04 estabelecimentos tiveram o Alvará Sanitário liberado, 01 encontra-se em processo de liberação da licença sanitária (assinatura do Plano e Cronograma de Adequação) e 03 estão em processo de adequação (cumprimento das notificações emitidas). Além desses serviços na RMS, o estado possui mais 7 serviços no interior, sendo que destes 5 foram inspecionados. O quadro 14 apresenta a situação atual dos serviços de Quimioterapia da RMS do

Estado.

**QUADRO 14  
DEMONSTRATIVO DOS SERVIÇOS DE QUIMIOTERAPIA EXISTENTES NA RMS  
BAHIA, 2009**

<b>NOME FANTASIA</b>	<b>RAZÃO SOCIAL</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>DATA INSPEÇÃO REALIZADA</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Hosp. Univ. Prof. Edgard Santos (Hospital das Clínicas)	UFBA	Salvador	18/05/09 13/07/09	Alvará Liberado
Hospital Aliança	S. A. Hosp. Aliança	Salvador	-	-
Hospital Aristides Maltez	Liga Baiana Contra o Câncer	Salvador	30/07/09 10/12/09 28/12/09	Em processo de assinatura do Plano e Cronograma de Adequação para recebimento do Alvará Sanitário
Hospital Santa Isabel	Santa Casa de Misericórdia da Bahia	Salvador	10/11/09 19/11/09	Em processo de Adequação
Hospital São Rafael	Monte Tabor Centro Ítalo Brás. de Prom. Sanitário	Salvador	-	-
Hospital Espanhol	Real Sociedade Esp. de Beneficência	Salvador	-	-
Hospital Português	Real Socied. Port. de Beneficência	Salvador	01/06/09 25/08/09	Alvará Liberado
CLION	CLION Clínica de Oncologia SC Ltda.	Salvador	29/12/09	Em processo de Adequação
CICAN	SESAB	Salvador	-	-
ONCO	ONCO Socied. de Onc. da Bahia Ltda.	Salvador	-	-
IHOBA	IHOBA Inst. de Hemat. e Onc. da Bahia Ltda.	Salvador	-	-
NOB Núcleo de Onc. da Bahia SC Ltda.	Núcleo de Oncologia da Bahia SC Ltda.	Salvador	-	-
IGA Instituto Geraldo Andrade de Medicina	Sevmed Serviços Médicos Ltda.	Salvador	23/10/09	Em processo de Adequação
CEHON	Centro de Hem. e Onc. da Bahia SC Ltda.	Salvador	28/04/09	Alvará Liberado
Clinica AMO Assist. Multidisciplinar em Onc.	GEM Assist. Médica Especializada Socied. Simples Ltda.	Salvador	07/07/09 28/08/09	Alvará Liberado
Hospital Martagão Gesteira	Liga Alvaro Bahia contra Mortalidade Infantil	Salvador	-	-
Hospital Santo Antônio	Associação Obras Sociais Irmã Dulce	Salvador	-	-
Instituto de Oncohematologia Pediátrico da Bahia	Instituto de Oncohematologia Pediátrico da Bahia	Salvador	04/08/09 10/12/09 28/12/09	-
Instituto de Oncologia da Bahia		Lauro de Freitas	-	-
Oncobahia	Oncobahia Serv. Méd. Hosp. De Oncol. Ltda.	Camaçari	-	-

Fonte: DIVISA/SUVISA, 2009

## **Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar - PECIH**

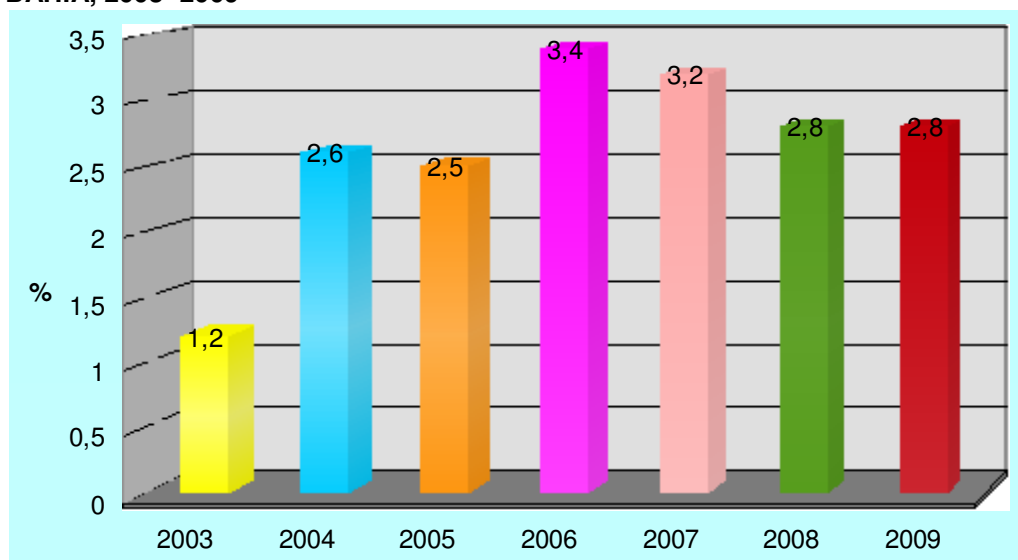
O conhecimento sobre a magnitude das infecções hospitalares constitui medida importante para a avaliação da qualidade da prática assistencial nos hospitais. O Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (PECIH) é responsável pelo acompanhamento e avaliação dos indicadores epidemiológicos de infecções dos hospitais; monitoramento dos indicadores de desempenho da qualidade com foco no controle de infecção, dentre outras ações.

Apesar da legislação vigente (Lei 9431/97 e Portaria 2616/98) estabelecer a obrigatoriedade de instituir o PCIH pelos hospitais, seu cumprimento é uma ação de difícil execução, pois demanda uma conscientização por parte dos gestores dos hospitais para atender a essa legislação. Entretanto, várias são as estratégias utilizadas pelo Estado para fomentar a implementação do PCIH pelos hospitais, tais como: realização de curso básico para implantação do PCIH; Encontros técnicos com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIHs); padronização de indicadores básicos para monitoramento das IHS; assessoramento técnico-científico constante das CCIHs, sempre que demandado pelas mesmas, através de pareceres, visitas, emails e telefones; inclusão de documentos relacionados à constituição da CCIH à relação de documentos necessários para renovação do alvará sanitário, como o relatório com indicadores de IH dos últimos 3 meses e a realização de auto-avaliação, conforme Portaria Estadual nº 1083/01.

Dos 515 hospitais da Bahia, 303 (58,8%) apresentaram a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) constituída e 175 (57,57%) implementaram ações sistemáticas com vistas à redução da incidência e gravidade das infecções. Registrou-se que 139 (45,8%) das CCIH enviaram regularmente os relatórios com os indicadores de Infecção Hospitalar (IH).

O Gráfico 47 apresenta uma série histórica dos indicadores de IH, demonstrando queda na incidência de infecção hospitalar a partir de 2006.

**GRÁFICO 47**  
**INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO HOSPITALAR, SEGUNDO ANO**  
**BAHIA, 2003- 2009**

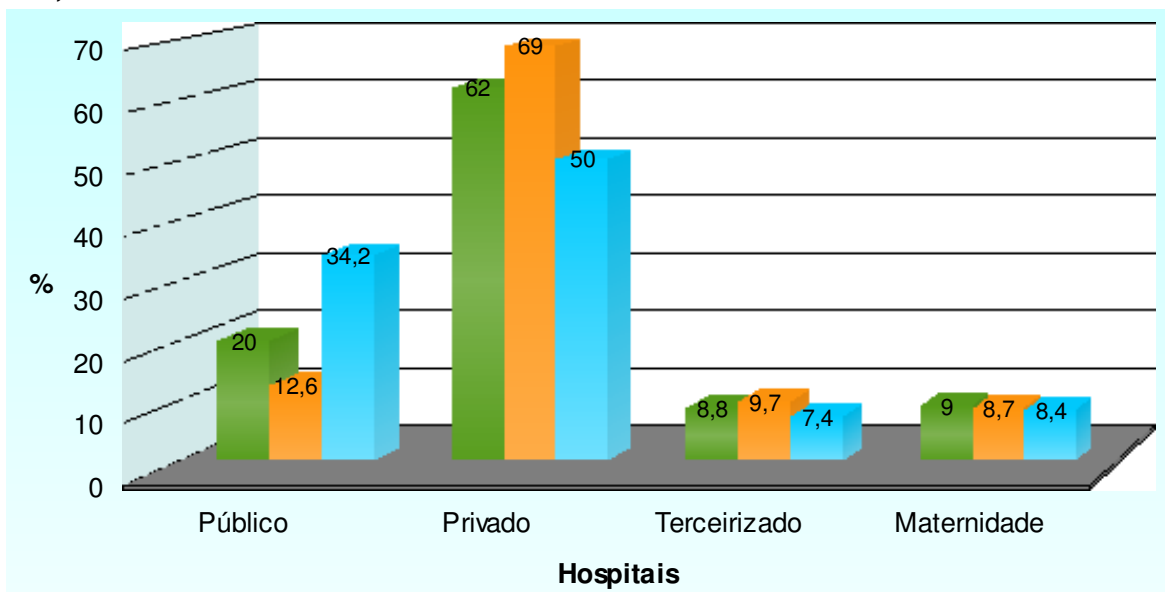


Fonte: DIVISA/SUVISA, 2009

Os resultados de IH encontram-se dentro dos parâmetros aceitáveis na literatura, que pode variar entre 5,0 a 15%, entretanto possivelmente não refletem a realidade do Estado, em virtude de alguns fatores, que podem favorecer à infecção relacionada à assistência, tais como: número de pacientes que realizam procedimentos de alta complexidade, e portanto aumentam risco de infecção; tempo de permanência durante a hospitalização; pacientes com doença de base; existência de não conformidades identificadas em inspeção, que refletem no risco da infecção; e hospitais que enviam regularmente relatórios com taxa de infecção “zero”, o que não condizem com o perfil da instituição, sugerindo subnotificação dos casos.

Verifica-se no gráfico 48 que o maior percentual de IH ocorreu nos hospitais da rede privada, representado por 50% dos casos em 2009, entretanto observa-se uma redução, quando comparado com os anos anteriores. Quanto aos hospitais públicos, identifica-se um percentual de 34,2%, demonstrando um aumento dos casos em 2009.

**GRÁFICO 48**  
**DISTRIBUIÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR SEGUNDO ENTIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE**  
**BAHIA, 2007- 2009**



Fonte: DIVISA/SUVISA, 2009.

Durante o ano de 2009, a DIVISA também acompanhou as investigações de ocorrência de casos e surtos relacionados à infecção e/ou de relevância epidemiológica em serviços de saúde, tais como: microrganismos multirresistente e micobactéria de crescimento rápido, dentre outros ocorridos em hospitais do Estado, com vistas a orientar a CCIH dos mesmos a instituir medidas de controle para redução dos riscos de transmissão dessas doenças. Além disso, prestou assessoria às Comissões de Controle de Infecção Hospitalar implantadas no Estado, através de visitas dos profissionais dessas instituições à DIVISA; e-mails, telefones e pareceres, totalizando, no ano, 437 consultas respondidas.

### **Implementação da Vigilância Ambiental em Saúde - VAS**

A Vigilância em Saúde Ambiental contempla desde a coleta de dados até a análise de informações sobre saúde e ambiente, com intuito de orientar a execução de ações de controle de fatores ambientais, que interferem na saúde e contribuem para a ocorrência de doenças e agravos. Suas ações têm caráter interdisciplinar e intersetorial, sendo priorizada à vigilância dos fatores do ambiente que interferem na saúde: biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos), contaminantes ambientais físicos e químicos (mercúrio, chumbo, agrotóxicos), no ar, água e solo, além

de vigilância da qualidade da água para consumo humano e dos riscos decorrentes de desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

O Governo do Estado, atendendo a convocatória Nacional, realizou entre 16 e 18 de novembro, a Plenária Estadual da Conferência de Saúde Ambiental (1ª CESA BAHIA). Esta foi precedida de Plenárias Territoriais envolvendo os 26 Territórios de Identidade do Estado da Bahia, com um número total de 1.523 participantes, sendo 492 delegados eleitos. A Conferência Estadual teve a participação de 291 delegados, 41 convidados, 68 observadores e 100 ouvintes, totalizando 500 participantes de 71 municípios baianos. A Conferência aprovou 62 diretrizes para a Política Estadual de Saúde Ambiental, sendo 43 consideradas prioritárias. Para tanto, foram mobilizados a sociedade civil organizada e os trabalhadores da Vigilância em Saúde, além dos demais setores relacionados às Secretarias do Meio Ambiente e do Desenvolvimento Urbano.

A SESAB também participou da 19ª e 20ª etapas da operação de Fiscalização Preventiva Integrada - FPI, na Bacia do São Francisco, em Irecê e na Bacia do Rio Grande, em Barreiras, para acompanhar as ações adotadas pelos órgãos municipais em etapas anteriores, frente as questões relativas à disposição dos resíduos urbanos nos lixões, sistema de esgotamento sanitário e vistoria das estações de tratamento de água.

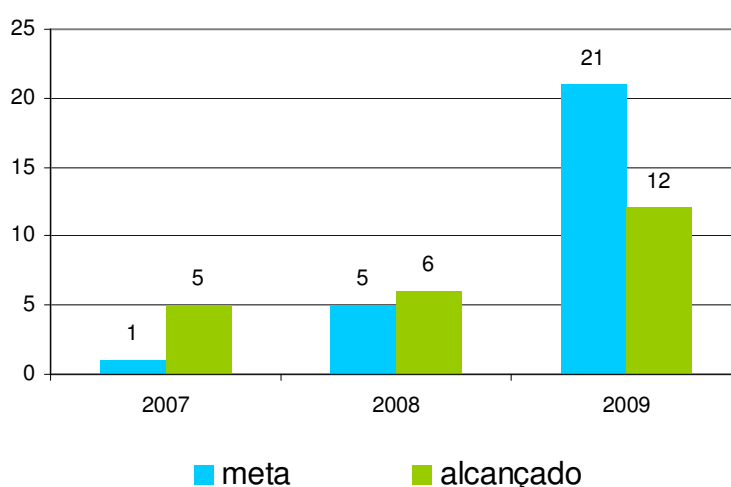
A meta das ações de Vigilância da Saúde Ambiental no Plano Pluri Anual foi de incentivar e apoiar 35 municípios baianos a executarem essas ações, sendo que em 2009, 41 municípios desenvolveram ações de VAS (17,4% a mais do número previsto).

Para o Programa VIGIAGUA em 2009, 169 municípios enviaram o relatório de Acompanhamento das Ações no período de janeiro a junho de 2009. No programa de Vigilância a Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (VIGISOLO), a meta foi cadastrar e enviar relatório de acompanhamento anual das ações do programa para 100% (15) dos municípios acima de 100.000 habitantes e de 5% (21) dos municípios com população menor que 100.000. Essa meta não pode ser ainda quantificada, visto que o prazo de entrega do relatório dos municípios para a SESAB é até janeiro, sendo assim, ainda não se pode realizar inferências quanto ao alcance da meta.

Para o Programa de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar

(VIGIAR), a meta era de 5%(21) dos municípios desenvolvendo ações do VIGIAR e a meta alcançada foi 3%(12) dos municípios, embora esta ação tenha sido pactuada por 64 municípios. Observa-se, no gráfico 49, quando se compara os resultados de 2009 com 2008 e 2007, que em 2009, o Instrumento de identificação de Município de Risco (IIMR) para contaminação do ar foi aplicado por 12 municípios, dobrando assim o número de municípios (6) do ano anterior, e alcançando 57% da meta proposta pelo Estado (PAVS).

**GRÁFICO 49**  
**Nº DE MUNICÍPIOS POR METAS PROPOSTAS E ALCANÇADAS PELO ESTADO, PROGRAMA VIGIAR BAHIA, 2007- 2009**



Fonte: SISAGUA, 2009

### **Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA**

O consumo de água com qualidade é de importância fundamental para a promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, sobretudo àqueles relacionados à transmissão hídrica. A vigilância da qualidade da água para consumo humano é uma atribuição do setor Saúde e consiste em um conjunto de ações a serem adotadas para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e normas estabelecidas pela legislação vigente (Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde - CGVAM, 2009).

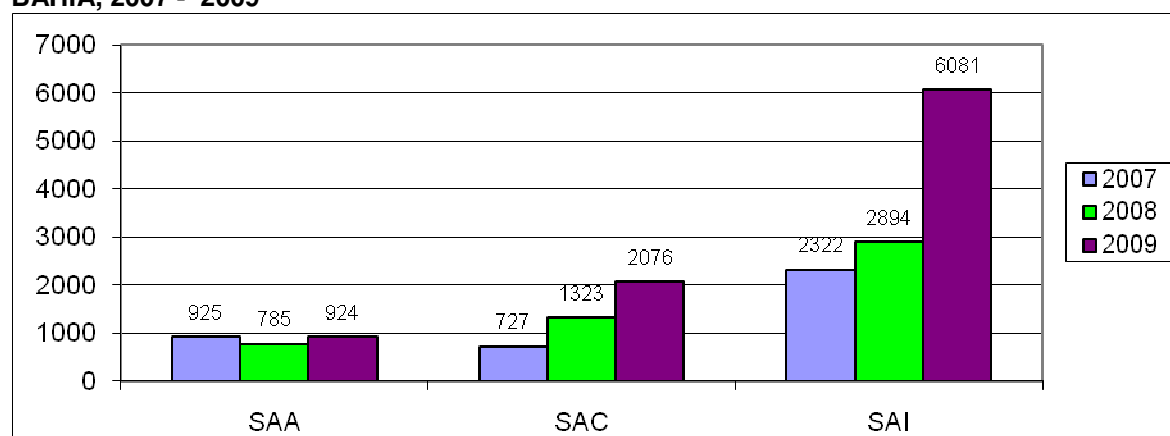
A vigilância da qualidade da água para consumo humano tem como objetivos específicos: a redução da morbi-mortalidade por doenças e agravos de transmissão

hídrica, por meio de ações de vigilância sistemática da qualidade da água consumida pela população; busca melhorar as condições sanitárias das diversas formas de abastecimento de água para consumo humano; avaliar e gerenciar o risco à saúde das condições sanitárias das diversas formas de abastecimento de água; monitorar sistematicamente a qualidade da água consumida pela população, nos termos da legislação vigente; informar à população sobre a qualidade da água e riscos à saúde; apoiar o desenvolvimento de ações de educação em saúde, mobilização social e coordenação do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água (CGVAM, 2009).

A SESAB alimentou e analisou os cadastros, sendo os dados de controle dos Sistemas de Abastecimento de Água da EMBASA no Sistema de Informação da Qualidade da Água (SISAGUA), apresentados no gráfico 50. Este ano, 370 municípios (89%) cadastraram, no SISAGUA, 924 sistemas de abastecimento de água, 130 municípios (31%) cadastraram 2.076 soluções alternativas coletivas e 137 municípios (33%) cadastraram 6.081 soluções alternativas individuais.

No gráfico 50 verifica-se que em 2009 houve aumento no número de cadastro de sistemas de abastecimento em relação a 2008, se igualando ao resultado de 2007, quando houve um aumento substancial do cadastramento das soluções alternativas coletivas e individuais.

**GRÁFICO 50**  
**NÚMERO DE SISTEMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA, SOLUÇÕES ALTERNATIVAS**  
**COLETIVAS E INDIVIDUAIS CADASTRADAS NO SISAGUA**  
**BAHIA, 2007 - 2009**

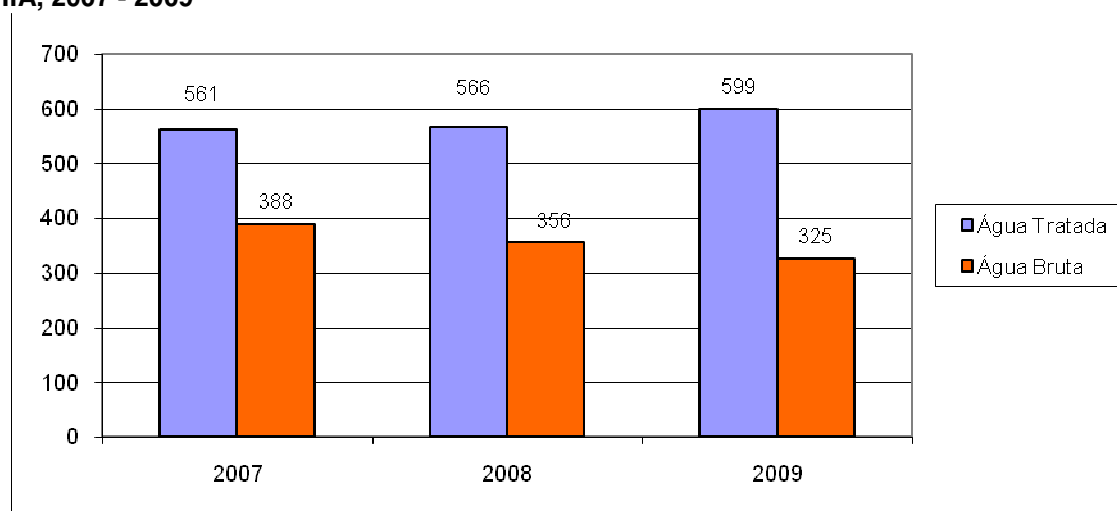


Fonte: SISAGUA, 2009.

Dados até o dia 15/12/2009.

Ainda no gráfico 51, observa-se o aumento do número de sistemas cadastrados e redução do número de sistemas sem tratamento de água em 2009, quando comparado com os anos de 2008 e 2007.

**GRÁFICO 51**  
**NÚMERO DE SISTEMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA**  
**SEGUNDO O TRATAMENTO**  
**BAHIA, 2007 - 2009**

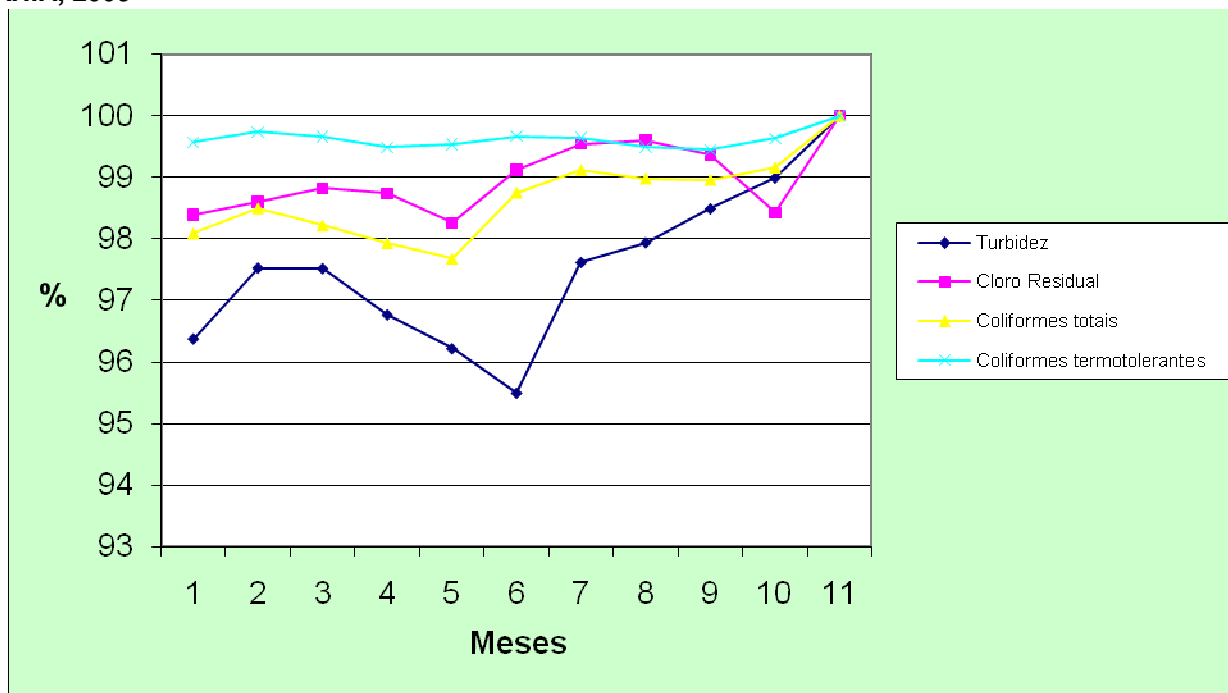


Fonte: SISAGUA, 2009.

Dados até o dia 15/12/2009.

Quanto à realização das análises de controle da qualidade da água para consumo humano da Concessionária Empresa Baiana de Abastecimento e Saneamento - EMBASA, foram coletadas amostras mensais de água para determinação dos seguintes parâmetros: turbidez, cloro residual livre, coliformes totais e coliformes termotolerantes, conforme gráfico 52.

**GRÁFICO 52**  
**PERCENTUAL DE AMOSTRAS DE CONTROLE EM CONFORMIDADE COM A PORTARIA MS Nº**  
**518/04, NA REDE DE DISTRIBUIÇÃO**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: SISAGUA, 2009.

\*Dados até 15/12/09.

Houve variação do percentual de amostras em conformidade com os padrões, estabelecidos pela Portaria MS Nº 518/04, para os parâmetros de turbidez de 95,50% a 100%, cloro residual de 98,26% a 100%, coliformes totais de 97,68% a 100% e coliformes termotolerantes de 99,45% a 100%. Os dados demonstram que a água vem apresentando qualidade satisfatória na rede de distribuição.

### **Programa de Vigilância de Populações Expostas ou sob Risco de Exposição a Solos Contaminados ou Potencialmente Contaminado - VIGISOLO**

O VIGISOLO tem por objetivo orientar o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde de populações expostas a solo contaminado por substâncias químicas, visando ao conhecimento, à detecção ou à prevenção de quaisquer mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente, que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças e outros agravos à saúde (CGVAM, 2009).

O VIGISOLO implementou duas estratégias em 2009: 1) sensibilização dos técnicos

dos municípios para identificação de áreas com populações expostas a solo contaminado ou potencialmente contaminado para cadastro das áreas; 2) capacitação dos técnicos dos municípios prioritários para o VIGISOLO nos temas de avaliação de risco a saúde humana, educação e comunicação de risco e epidemiologia ambiental.

Foram desenvolvidas ações focalizadas em problemas enfrentados por alguns dos municípios prioritários para o programa, a exemplo de Santo Amaro, Madre de Deus, Camaçari, Salvador (Ilha de Maré), Bom Jesus da Serra, Poções, Caetanos, Caetité e Lagoa Real, além de trabalhar conjuntamente com as Vigilâncias Municipais em orientações específicas para o desenvolvimento de ações do VIGISOLO para os municípios de Feira de Santana, Dias D'Ávila, São Francisco do Conde, Salvador, Lauro de Freitas, Vitória da Conquista, Jacobina, Caetité e Bom Jesus da Serra.

### **Vigilância Ambiental em Saúde Relacionada à Qualidade do Ar - VIGIAR**

O VIGIAR, desde sua criação, vem se consolidando como uma iniciativa do setor saúde para estruturar um sistema de vigilância que atenda a três pontos básicos: conhecer e mensurar os riscos específicos no meio ambiente e na saúde; criar uma base de dados atualizada e que possa ser continuamente alimentada; e gerar informação útil e representativa que permita seu uso para a tomada de decisão (CGVAM, 2009).

Em 2009, 64 municípios programaram ações de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade do Ar, o que aponta para a interiorização do Programa, visto que até 2008 apenas os municípios da Região Metropolitana desenvolviam a vigilância do ar. Atualmente essa Vigilância encontra-se implantada em doze municípios: Camaçari, Salvador, Dias D'Ávila, Pojuca, Madre de Deus, Lauro de Freitas, São Francisco do Conde, Vitória da Conquista, Feira de Santana, Mucuri, Monte Santo e Barreiras.

A falta de dados relativos ao monitoramento da qualidade do ar, realizados pelos órgãos estaduais do meio ambiente tem sido uma das principais dificuldades encontradas para a avaliação do risco, a que estão submetidas populações expostas aos poluentes atmosféricos, demonstrando com isso que os mesmos não monitoram a qualidade do ar.

## **Municípios Prioritários para a Vigilância Ambiental em Saúde**

No município de **Santo Amaro**, onde o solo é internacionalmente conhecido pela contaminação pelo Chumbo, dentre outros metais, foram realizadas reuniões intra-setoriais do Grupo de Trabalho Setorial Santo Amaro que tiveram como principais objetivos:

- Sensibilizar a nova equipe de gestão de saúde municipal para o problema da exposição da população a metais pesados e a importância de se construir a viabilidade no município para implantação do protocolo de atenção e vigilância a saúde.
- Fortalecer a atenção básica e a vigilância em saúde do município.
- Construir a proposta do curso de capacitação para implantação do protocolo de atenção e vigilância à saúde.
- Apresentar a proposta de acompanhamento das ações do Grupo de Trabalho Setorial Santo Amaro pelo controle social do município.
- Realizar visita técnica, envolvendo a Diretoria de Vigilância da Saúde do Trabalhador, com o objetivo de: a) estreitar contato com o Ministério Público, com o intuito de se estabelecer a reabertura e, conseqüentemente, dar andamento aos processos que responsabilizam a Cobrac/Plumbum pelo dano ambiental e sanitário causado ao município; b) discutir junto ao Secretário Municipal de Saúde e sua equipe, a continuidade das ações direcionadas a implantação do protocolo de atenção e vigilância a saúde.

No município de **Madre de Deus**, que possui uma área contaminada por organoclorados com potencial exposição humana, foram realizadas reuniões que buscaram orientar técnicos do município na construção da avaliação de risco a saúde humana e do protocolo de atenção e vigilância a saúde. Realizou-se análise da proposta de capacitação em toxicologia, formulada pela Braskem, para as Equipes de Saúde da Família do município.

No município de **Camaçari** houve participação em audiência pública na **localidade de Areias** e foram realizadas visitas técnicas e reuniões para:

- Discutir a viabilidade e o desenho de estudos epidemiológicos para as comunidades de Areias (exposição da população a poluição atmosférica) e do

Parque Real Serra Verde (descarte clandestino de coquetel de produtos químicos com conseqüente exposição da população local) e levantar informações sobre o perfil de morbi-mortalidade junto à equipe do Programa de Saúde da Família de Areias, com vistas a iniciar a construção da avaliação de risco a saúde humana.

- Desenhar estratégia de enfrentamento das questões de saúde ambiental relacionadas aos municípios com contaminação ambiental no Estado da Bahia, sendo elaborado diagnóstico da situação de saúde/perfil epidemiológico para Areias (Camaçari)

Em **Salvador**, especialmente em **Ilha de Maré** (população exposta à contaminação por metais pesados e outros contaminantes), houve participação na audiência pública em Ilha de Maré e foi conduzido o processo de elaboração do Plano de Ação em Saúde com a participação de técnicos do Estado e do Município, através de reuniões intra-setoriais.

Nos municípios de **Bom Jesus da Serra, Poções e Caetanos**, que apresentam exposição ambiental ao amianto, foi realizada reunião com o objetivo de discutir o problema de exposição humana ao amianto na região.

Foram realizadas reuniões inter-setoriais e intra-setoriais para traçar estratégias de enfrentamento das questões de saúde ambiental relacionadas aos municípios **Caetité/Lagoa Real** e elaborado um diagnóstico da situação de saúde/perfil epidemiológico. Foi elaborada e encaminhada notificação aos municípios de Caetité, Lagoa Real e Livramento de Nossa Senhora, com o objetivo de induzir e responsabilizar as prefeituras dos municípios referidos à fornecerem água potável à população da zona rural, em virtude da contaminação de poços com níveis de radiação superiores aos permitidos na Portaria MS Nº 518/04.

### **Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho**

Durante o ano de 2009, a Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador DVAST/CESAT passou por um importante processo de reestruturação interna, cuja

principal meta é ampliar a capacidade de dar respostas aos municípios e de melhor assessorar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento de todas as ações pela rede de atenção integral à saúde dos trabalhadores em nosso Estado, fortalecendo a descentralização das ações de saúde do trabalhador e o papel do Estado na coordenação dessa descentralização e na condução da política estadual de Saúde do Trabalhador.

Em relação aos CEREST Regionais, destaca-se a finalização da avaliação de desempenho das atividades dos centros de referência, com apresentação à CIB, em maio/2009, e conseqüente início da elaboração, por parte da DVAST/CESAT do Plano Estratégico de Saúde do Trabalhador para o Estado, em fase final interna, a ser apresentado à CIB, ao COSEMS e CES no primeiro trimestre de 2010.

### **Perfil Epidemiológico da Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia**

Considerando que os acidentes e doenças relacionados ao trabalho são agravos evitáveis, o fortalecimento da RENAST torna-se de máxima importância para a promoção da saúde de todos os trabalhadores, principalmente os jovens, idosos e excluídos do mercado formal, que se constituem enquanto categorias mais vulneráveis.

Para se ter uma visão geral sobre estes agravos e doenças no nosso estado, sintetiza-se, a seguir o perfil epidemiológico mais atualizado da saúde dos trabalhadores no estado da Bahia, a partir de dados da Previdência Social e IBGE<sup>64</sup>. Portanto, os dados apresentados referem-se aos trabalhadores celetistas, segurados do Seguro Acidente de Trabalho (SAT), do Regime Geral da Previdência Social, não sendo conhecidas as ocorrências entre trabalhadores informais, autônomos, domésticos, servidores públicos e grandes parcelas dos trabalhadores rurais e da pesca, as quais deveriam ser contempladas no SINAN que é um sistema de cobertura universal.

É importante destacar que os dados da Previdência Social referentes a 2007 aqui mostrados foram adaptados, visando especificar os tipos dos agravos relacionados ao trabalho, ou seja, “acidente de trabalho típico”, “acidente de trajeto” e “doença do

---

<sup>64</sup> As fontes de dados empregadas foram o Sistema Único de Benefícios (SUB), as Comunicações de Acidente de Trabalho da Previdência Social (CAT) e a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) do IBGE. Não foi utilizado o SINAN, em virtude da baixa cobertura dos dados registrados nesse sistema, constatada em estudo específico realizado pelo CESAT para o ano de 2007.

trabalho”, que não estavam discriminados na publicação da Previdência devido a algumas mudanças nos procedimentos daquele órgão<sup>65</sup>. Portanto, os dados para o acidente de trajeto apresentados em seguida referem-se apenas àqueles para os quais a CAT foi emitida, o que pode acarretar uma subestimativa desses e sobreestimar os acidentes típicos<sup>66</sup>.

No ano de 2007, foram registrados na Previdência Social no estado da Bahia, 15.208 acidentes de trabalho típicos, 1.972 acidentes de trajeto e 5.778 doenças do trabalho. Em relação ao ano anterior, houve um aumento de 27% no registro de acidente de trabalho típico e 178% no de doenças ocupacionais. As incidências de acidente e doença do trabalho que foram respectivamente de 9,5 e 1,6 por 1.000 trabalhadores em 2006 passaram para 11,5 e 4,4 em 2007.

O aumento verificado, sobretudo no número de doenças do trabalho, pode ser explicado pelas modificações implementadas pela Previdência Social no estabelecimento do nexos causal da doença com o trabalho. Isso demonstra que, de fato, ocorre um importante sub-registro pelas empresas, sobretudo para as doenças do trabalho, conforme vários estudiosos da área já apontavam.

Na **Tabela 20** são mostrados os grupos de doenças mais registrados na Previdência

---

<sup>65</sup> As mudanças se referem a: não obrigatoriedade de o trabalhador portar a CAT no momento do exame médico pericial, informatização das Listas A e B de doenças relacionadas ao trabalho no Sistema Informatizado de Perícias Médicas e ampliação das possibilidades de nexos com o advento do Nexos Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP). O NTEP é resultado de um estudo epidemiológico realizado pela Previdência Social que identificou associações de agravos geradores de benefícios previdenciários com ramos de atividades econômicas.

<sup>66</sup> Nesta publicação utilizada, em decorrência das mudanças na sistemática de estabelecimento do nexos causal entre o agravo e o trabalho, os eventos relacionados ao trabalho foram divulgados em dois grupos, classificados por registro ou não de CAT. E somente aqueles com CAT registrada encontravam-se desagregados por tipo específico. Em virtude disso, decidiu-se estimar o que era doença ou acidente do trabalho para os eventos sem CAT por meio do diagnóstico médico, ou seja, a CID10 – Classificação Internacional das Doenças – a qual é publicada pela Previdência para todos os agravos, inclusive aqueles sem CAT vinculada. A classificação em “acidente de trajeto” não foi considerada nessa estimativa, pois, por meio da CID, não se podia distingui-lo do acidente típico. Essa metodologia foi aplicada aos eventos relacionados ao trabalho do estado da Bahia e do país.

Como a classificação dos agravos por CID segundo município de ocorrência não é disponibilizada pela Previdência, para se obter a discriminação por tipo de agravo para esses locais, aplicaram-se sobre o número de eventos sem CAT dos municípios, os percentuais de doença e acidente do trabalho estimados para o estado pela metodologia acima. Assim, a classificação dos agravos por tipo para os municípios deve ser analisada com reserva, visto que para os agravos sem CAT registrada, o referencial foi o estado, que necessariamente não reflete a realidade dos municípios.

Essa metodologia não pôde ser adotada para as incidências de agravos por ramo de atividade econômica, que deverão ser apresentadas apenas para os agravos com CAT registrada, conforme publicação original da Previdência Social.

Social no estado em 2007. Verificou-se que as LER/DORT e as Doenças da Coluna Lombar continuam a predominar no conjunto das doenças relacionadas ao trabalho, conforme anos anteriores. Chama a atenção também a presença importante de agravos, especificamente os Transtornos Mentais, as Doenças do Aparelho Circulatório, as Doenças Infecto-Contagiosas e as Neoplasias, anteriormente reconhecidas como ocupacionais em número ínfimo pelo INSS, e que passaram, nas devidas circunstâncias, a ser considerados como relacionados ao trabalho em decorrência das mudanças nonexo causal referidas acima.

**TABELA 20**  
**DOENÇAS DO TRABALHO (%) REGISTRADAS NA PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
**BAHIA, 2007**

Doenças	N	%
LER/DORT	3.300	57,1
Doenças da Coluna Lombar	1.175	20,3
Transtornos Mentais e Comportamentais	221	3,8
Doenças do Aparelho Circulatório	166	2,9
Perda Auditiva Induzida pelo Ruído - PAIR	146	2,5
Doenças Infecto-Contagiosas	132	2,3
Asma e outras DPOC	88	1,5
Dermatoses	58	1,1
Doenças de Olho e Anexos	58	1,1
DVAS	39	0,7
Neoplasias	38	0,6
Outras	357	6,1
Total	5.778	100,0

Fonte: DATAPREV/INSS, adaptado pelo CESAT/SUS/BA

Observam-se no **quadro 15** os ramos de atividade econômica com maiores incidências de acidentes de trabalho típicos na Bahia. É importante mencionar que esses dados de incidência por ramo de atividades somente foi disponibilizado pela Previdência para os agravos com CAT registrada.

Destacam-se a fabricação de pneumáticos e de câmara de ar (263,4 por mil vínculos), fabricação de açúcar bruto (172,4), fabricação de celulose e outras pastas (139,6), fabricação de tecidos especiais (123,5) e extração de minerais radioativos (118,9). Com exceção dos ramos de atividade “Extração de Minerais Radioativos” e “Extração de Minério de Metais Preciosos” todos os demais fazem parte do setor industrial.

**QUADRO 15**

**DEZ MAIORES INCIDÊNCIAS DE ACIDENTES DE TRABALHO TÍPICO (POR 1.000 VÍNCULOS), SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE) DOS ESTABELECIMENTOS LOCALIZADOS NA BAHIA EM 2007**

CNAE	INCIDÊNCIA
Fabricação de Pneumáticos e de Câmaras	263,4
Fabricação de Açúcar Bruto	172,4
Fabricação de Celulose e Outras Pastas	139,6
Fabricação de Tecidos Especiais	123,5
Extração de Minerais Radioativos	118,9
Extração de Minério de Metais Preciosos	90,2
Tecelagem de Fios de Algodão	86,3
Fabricação de Cabines, Carrocerias	80,1
Metalurgia dos Metais Não-Ferrosos	75,4
Fabricação de Fibras Artificiais e Sintéticos	69,0

Fonte: DATAPREV/INSS

No **Quadro 16** são mostrados os ramos de atividades econômicas com maiores incidências de doenças do trabalho. Analogamente aos acidentes, esse dado também somente foi disponibilizado pela Previdência para os agravos com CAT registrada.

Dentre os ramos de atividade que apresentaram as maiores incidências, destacam-se diversas atividades industriais (fabricação de peças e acessórios para o sistema motor de automóveis, fabricação de aparelhos eletrodomésticos, fabricação de material elétrico e eletrônico, fabricação de peças e acessórios para veículos automotores, fabricação de pneumáticos e de câmaras, fabricação de fibras artificiais e sintéticas) e intermediação financeira (bancos comerciais e caixas econômicas). Esses ramos de atividades reconhecidamente envolvem processos laborais que expõem os trabalhadores a postos e organização de trabalho, inadequados.

**QUADRO 16****DEZ MAIORES INCIDÊNCIAS DE DOENÇAS OCUPACIONAIS (POR 1.000 VÍNCULOS), SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE) DOS ESTABELECIMENTOS LOCALIZADOS NA BAHIA EM 2007**

CNAE	INCIDÊNCIA
Fabricação de Peças e Acessórios para o sistema motor de auto	28,2
Fabricação de Aparelhos Eletrodomésticos	20,4
Fabricação de Material Elétrico e Eletrônico	19,0
Bancos Múltiplos, com Carteira Comercial	18,5
Fabricação de Peças e Acessórios para Veículos Automotores	18,4
Fabricação de Pneumáticos e de Câmaras	17,7
Fabricação de Fibras Artificiais e Sintéticas	15,9
Caixas Econômicas	15,7
Envasamento e Empacotamento Sob Contrato	14,7
Produção de Laminados Longos de Aço	13,6

Fonte: DATAPREV/INSS

Em 2007, a taxa de mortalidade por acidente do trabalho na Bahia foi de 8,1 por cem mil vínculos empregatícios; no Brasil, foi de 9,7. Ressalte-se que vem ocorrendo decréscimo dessa taxa no estado, que passou de 12,6 óbitos por cem mil trabalhadores em 2001 para 8,1 em 2007.

No Quadro 17, são mostradas as atividades econômicas em que mais morreram trabalhadores em decorrência do trabalho. Como em 2006, também no ano de 2007 predominaram o transporte rodoviário de carga e a construção civil. Essa última, na tabela, encontra-se desagregada por algumas atividades (construção de edifícios, instalações elétricas, obras de engenharia civil, não especificadas).

## QUADRO 17

### DEZ PRINCIPAIS RAMOS DE ATIVIDADE QUE MAIS REGISTRARAM ACIDENTES DE TRABALHO COM ÓBITO SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE) DOS ESTABELECIMENTOS LOCALIZADOS NO ESTADO DA BAHIA, 2007

CNAE	N
Transporte rodoviário de carga	11
Ignorado	6
Administração pública em geral	4
Construção de edifícios	3
Instalações elétricas	3
Fabricação de calçados de couro	3
Atividades de serviços prestados	3
Obras de engenharia civil não especificadas	3
Atividades de transportes de valores	3
Comércio atacadista de material de construção não especificado	2

Fonte: DATAPREV/INSS

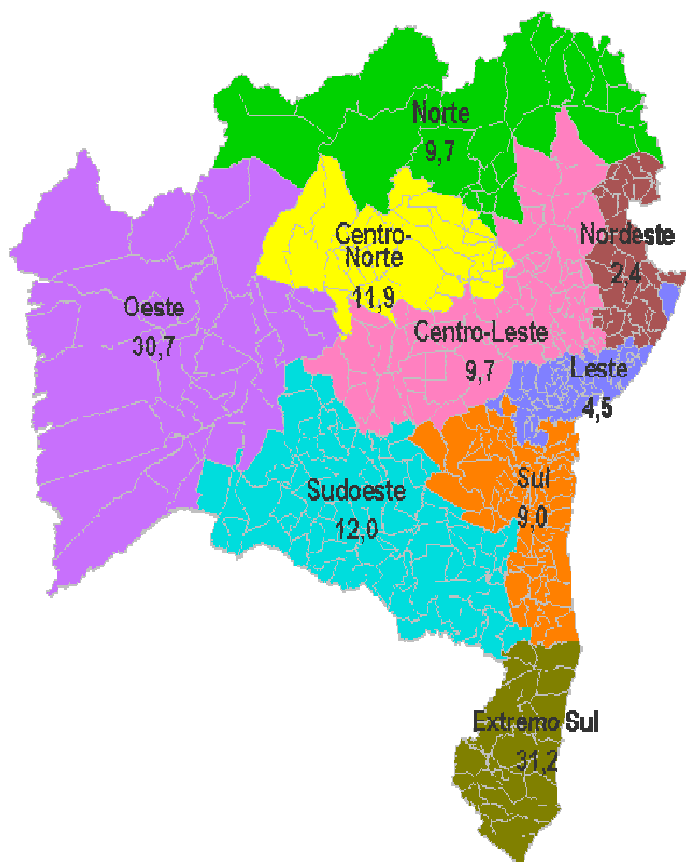
No Estado, a incidência de doenças do trabalho foi de 4,4 por 1.000 trabalhadores celetistas. Das nove macros, três apresentaram coeficientes de incidência menores que a do estado: Nordeste (3,7), Norte (2,4) e Centro-Norte (2,2)<sup>67</sup>.

Na figura 04 são mostradas as taxas de mortalidade por acidente de trabalho. No estado, a taxa de mortalidade foi de 8,5 por cada 100.000 trabalhadores celetistas. Chamam a atenção as macro-regiões do Extremo Sul e Oeste, com taxa de mortalidade de 31,2 e 30,7, respectivamente. Nessas macros, destaca-se como ramo de atividade predominante a seção da CNAE referente a “agricultura, pecuária e silvicultura”<sup>68</sup>

<sup>67</sup> Em relação à incidência de doenças do trabalho quanto aos municípios destacam-se por macrorregião: na Norte, Senhor do Bonfim (8,8) e Remanso (8,3); na Extremo Sul, Teixeira de Freitas (9,1) e Itamaraju (6,7), na Oeste, Santana (29,3), São Félix do Coribe (18,0) e Morpará (13,3); na Leste, Nazaré (17,8), Santo Antônio de Jesus (13,0) e Camaçari (11,2); na Centro Leste, Seabra (67,6), Iraquara (42,0) e Riachão do Jacuípe (29,6); na Centro Norte, Morro do Chapéu (6,1) e Xique-Xique (5,1); na Nordeste, Esplanada (27,7) e Ribeira do Pombal (7,8); na Sul, Itiruçu (32,2), Ituberá (18,2) e Ipiáú (15,7); na Sudoeste, Poções (19,2), Caetitê (13,0) e Condeúba (11,5).

<sup>68</sup> Em relação as taxas de mortalidade por acidente de trabalho quanto aos municípios, predominam, por número absoluto de óbitos, Salvador (12), Eunápolis (5), Camaçari (6), Simões Filho (5) e Itabela (5). Vale destacar a macro Leste, que apesar de abranger diversos municípios nos quais se concentram atividades industriais, apresentou uma taxa de mortalidade (4,5) menor do que a do estado. Isto pode refletir maior atuação das instituições relacionadas à saúde do trabalhador, mais presentes nestes locais, uma vigilância mais efetiva por parte dos trabalhadores, nesta macrorregião, bem como melhor acesso aos serviços de saúde de maior complexidade.

**FIGURA 04**  
**TAXAS DE MORTALIDADE\* POR ACIDENTE DE TRABALHO (AT) POR MACRORREGIÃO**  
**BAHIA, 2007.**



Fonte: INSS (SUB e CAT, 2007) e IBGE

\*Taxas por 100.000 trabalhadores com carteira assinada. População de trabalhadores com carteira assinada estimada para 2007, usando-se proporção encontrada na população de 2000.

### **Mapeamento de riscos ocupacionais em ambientes de trabalho**

No ano de 2009, foram realizadas no âmbito da RENAST-BA, 1.199 ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Cadastramento de empresas, Investigação de acidentes de trabalho graves e com óbito<sup>69</sup> e Inspeções em ambientes de trabalho). Destas, 148 (12,3%) foram realizadas pela DVAST/CESAT sendo distribuídas conforme quadro 18 e gráfico 53 a seguir.

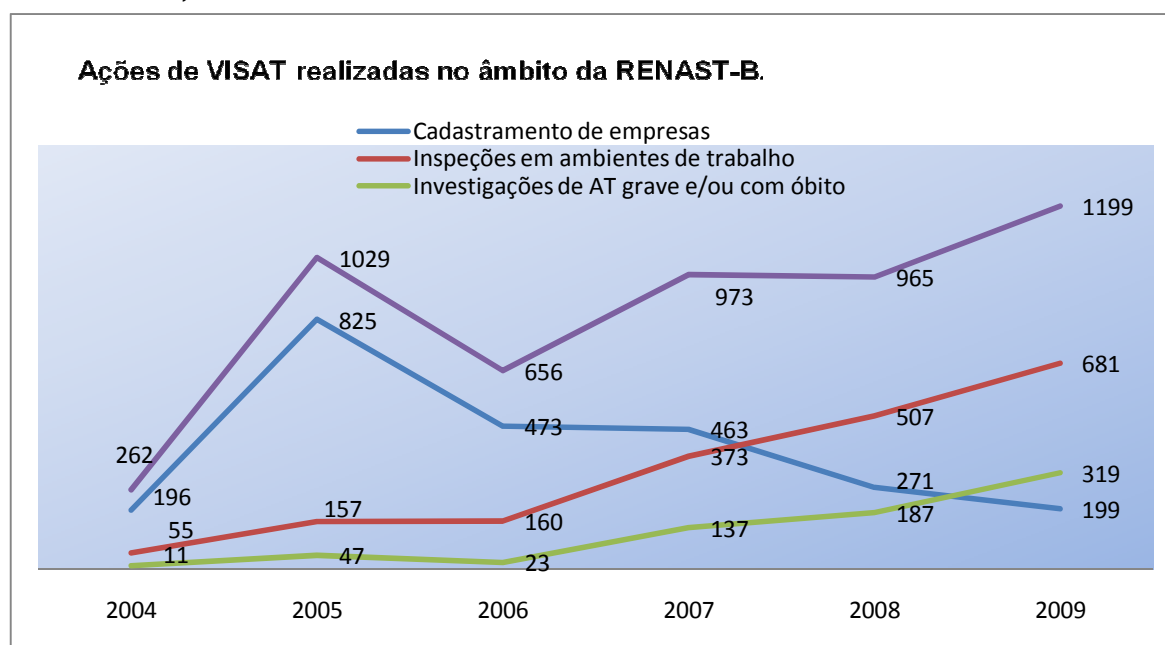
<sup>69</sup> Os AT são identificados através da imprensa, sindicatos, Ministério Público, além de denúncias de órgãos afins e da sociedade civil.

**QUADRO 18**  
**AÇÕES DE VISAT REALIZADAS PELA RENAST/BA NO ANO DE 2009.**  
**DVAST/CESAT, 2009**

PROCEDIMENTOS	DVAST/ CESAT	CEREST	TOTAL
Cadastramento de empresas	37	162	199
Investigação de acidentes de trabalho graves e/ou com óbito <sup>70</sup>	12	307	319
Inspeção em ambientes de trabalho	99	582	681
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>1.051</b>	<b>1.199</b>

Fonte: COVAP / CESAT e 14 CEREST Regionais

**GRÁFICO 53**  
**AÇÕES DE VISAT REALIZADAS NO ÂMBITO DA RENAST-BA NOS ANOS DE 2004 A 2009.**  
**DVAST/CESAT, 2009**



Fonte: COVAP / CESAT e 14 CEREST Regionais

As ações de vigilância<sup>71</sup> executadas pelos CEREST e CESAT alcançaram um total de 34.500 trabalhadores potencialmente beneficiados em função das intervenções sobre os fatores de riscos identificados nas empresas inspecionadas. O CESAT realizou 99 inspeções, alcançando um total de 17.700 trabalhadores. Já os CEREST realizaram 582 inspeções abrangendo um total de 16.800 trabalhadores.

<sup>70</sup> A DVAST/CESAT só realiza investigação de AT com óbito.

<sup>71</sup> Registradas em relatórios técnicos específicos

No ano de 2009, a DVA/ST/CESAT participou de 15 audiências públicas realizadas pelo Ministério Público do Trabalho (MPT). As solicitações advindas do MPT têm se constituído na maior demanda por inspeções nos ambientes e processos de trabalho o que tem exigido maior capacidade de resposta aos diversos processos que são encaminhados semanalmente ao CESAT. É importante ressaltar que o papel dos técnicos do CESAT nessas ações tem sido de assessoramento aos procuradores e promotores de justiça, que têm reconhecido publicamente a importância da contribuição do órgão para a melhoria das condições de saúde e segurança dos trabalhadores da Bahia.

Dentre as ações de assessoramento a outros órgãos públicos, merecem destaque: elaboração e acompanhamento do Programa de Saúde do Servidor Público da Bahia; elaboração e acompanhamento do Programa de Atenção à Saúde e Valorização do Professor da Rede de Ensino da Bahia; e participação na Agenda Bahia do Trabalho Decente, criada pela Secretaria do Trabalho, Emprego, Renda e Esportes (SETRE), destacando a elaboração e aprovação da lei estadual que dispõe sobre o compromisso das empresas na manutenção de condições de trabalho decente e outras cláusulas relativas à erradicação do trabalho escravo e do trabalho infantil, proteção do trabalho do adolescente e cumprimento das cotas para estagiários e portadores de necessidades especiais.

### **Desenvolvimento de ações assistenciais individuais e coletivas em Saúde do Trabalhador no âmbito da RENAST/BA.**

As ações de Atenção à Saúde do Trabalhador na RENAST-BA envolveram o atendimento aos usuários com suspeita de agravos à Saúde do Trabalhador pela equipe multiprofissional do CESAT e dos CEREST, a capacitação das equipes da RENAST e rede SUS para o Diagnóstico dos Agravos em Saúde do Trabalhador, a capacitação dos residentes do Programa de Residência em Medicina do Trabalho, a participação nas atividades de educação em saúde, promovidas pela DVA/ST/CESAT, Ministério da Saúde, Fórum do Meio Ambiente do Trabalho, Agenda Bahia do Trabalho Decente e por outras instituições parceiras que tem interface com a ST.

Vale ressaltar, que no Ambulatório de Saúde do Trabalhador do CR (CESAT) houve um aumento do número de trabalhadores que buscaram o serviço com suspeita de problemas de saúde mental relacionados ao trabalho. Ao longo do ano foram

atendidas pela equipe do CR as demandas de alguns grupos organizados (associações e sindicatos de trabalhadores), seja do ramo químico e petroquímico, seja do ramo de teleatendimento. Os trabalhadores do ramo químico e petroquímico solicitaram a investigação de situações de adoecimento mental relacionado ao trabalho, e denunciaram ocorrência de assédio moral, através de um documento entregue ao CESAT.

No ramo de telecomunicações, ocorreu uma demanda referenciada de investigação de situação de adoecimento pelo Ministério Público Federal do Trabalho relativa aos trabalhadores de empresas de teleatendimento, que provocou o desenvolvimento de ações compartilhadas entre o grupo de vigilância e assistência, envolvendo ainda a equipe de reabilitação do CR para atuar sobre esta situação complexa de trabalho, que apresenta ainda risco de acometimento de distúrbios músculo-esqueléticos, problemas nas cordas vocais entre outros agravos à saúde, com manifestação importante na população de trabalhadores encaminhada ao CESAT.

O ramo de transportes foi outra atividade em que houve crescimento importante do grupo de trabalhadores que demandou o Centro de Referência com problemas de saúde mental e trabalho, principalmente a categoria dos trabalhadores rodoviários. A ocorrência de um grave acidente entre um ônibus e um automóvel de passeio com óbito de uma médica teve ampla divulgação na imprensa e resultou em uma série de reportagens sobre os acidentes com rodoviários. O pronunciamento do CESAT na mídia em uma reportagem de um telejornal local, e posteriormente em um telejornal nacional, gerou repercussão entre os trabalhadores desta categoria que ampliaram a demanda por atendimento no CESAT.

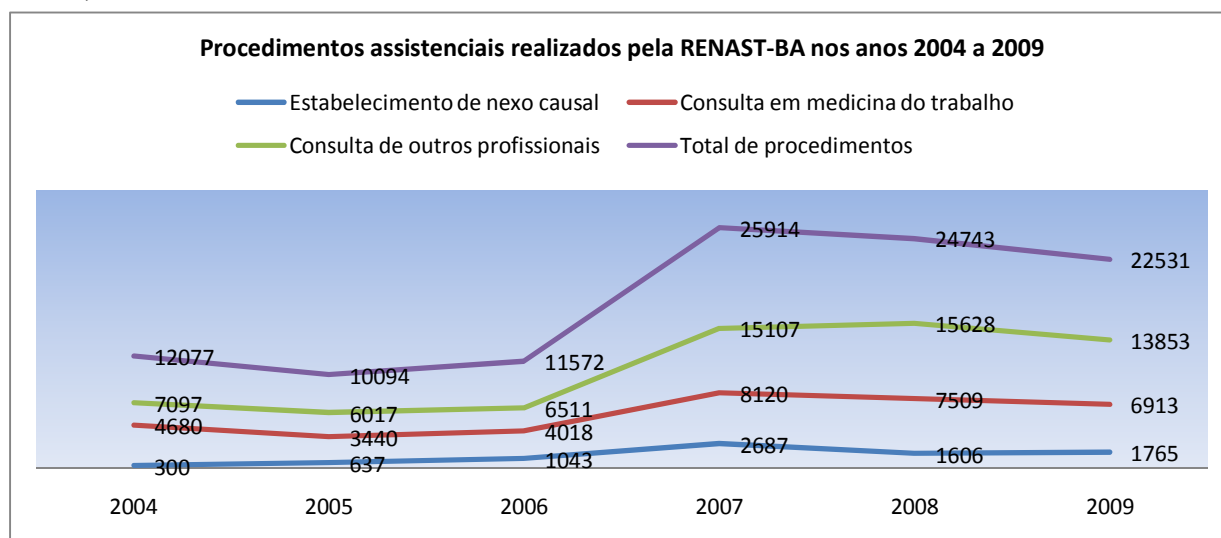
No que se refere aos distúrbios músculo esqueléticos e distúrbios da coluna, os trabalhadores acometidos por estes tipos de patologias continuaram a liderar a demanda por atendimento no CR, fato que podemos observar nos dados notificados no SINAN e que se reproduz nas estatísticas do SINAN referentes aos demais CEREST regionais do estado da Bahia.

**QUADRO 19**  
**PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS EM ST REALIZADOS PELA RENAST/BA**  
**BAHIA, 2009**

PROCEDIMENTOS	CESAT	CEREST	TOTAL
Consulta em medicina do trabalho	3.321	3.592	6.913
Consulta/procedimentos por outros profissionais de saúde de nível superior	5.796	8.057	13.853
Estabelecimento de nexa causal	909	856	1.765

Fonte: COAST / CESAT e 14 CEREST Regionais

**GRÁFICO 54**  
**PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS REALIZADOS NO ÂMBITO DA RENAST-BA**  
**BAHIA, 2004 - 2009**



Fonte: COAST / CESAT e 14 CEREST Regionais

No que se refere aos atendimentos realizados, o CESAT pactuou que atenderia 6000 trabalhadores no ano de 2009. Esta meta foi 100% cumprida. Foram realizados atendimentos médicos e da equipe multiprofissional a 6.049 trabalhadores, totalizando 10.026 procedimentos.

Em 2009, pela primeira vez, o CESAT encaminhou trabalhadores para atendimento pelo CEREST Salvador. Foi pactuado com este município o fluxo de hierarquização das ações assistenciais em ST. No entanto, o CEREST solicitou o adiamento da implementação do fluxo para que pudessem se organizar melhor para o atendimento às demandas da população trabalhadora do município. Será necessário prosseguir com a pactuação em 2010 para que as ações de diagnóstico em ST possam ser melhor organizadas no espaço do município, possibilitando ao CESAT ampliar as ações de vigilância e promoção à saúde.

As práticas de reabilitação física e psicossocial do CESAT tiveram início em setembro de 2007 quando foi criado o GT Reabilitação que tinha como objetivo desenvolver uma proposta de Reabilitação de Trabalhadores com LER/DORT possível de ser implementada na Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador - RENAST/SUS. Esse grupo vem desenvolvendo uma experiência inovadora que cumprirá o papel de sistematizar experiências internacionais e existentes no Brasil, formar recursos humanos, acompanhar, avaliar, propor ajustes e promover produção de conhecimento orientado para a formulação de um modelo de reabilitação de trabalhadores para a RENAST, que reflita as características de nossa realidade e construir novas tecnologias a partir da elaboração de uma ferramenta capaz de instrumentalizar as práticas de reabilitação biopsicossocial: o core set LER/DORT.

Este trabalho vem acontecendo por meio da parceria com o Grupo de Pesquisa do CNPq Saúde, Trabalho e Funcionalidade, coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. A interação com este grupo permitiu equipe do CESAT uma aproximação com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF (OMS, 2003) e possibilitou o treinamento para aplicação do Protocolo de Avaliação da Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT.

No que se refere às principais atividades desenvolvidas em 2009, destacam-se:

- Realização de dois Seminários de Reabilitação em Trabalhadores com LER/DORT com participação de pesquisadores nacionais e internacionais, que geraram estabelecimento de parceria e assessoramento em Ergonomia de Reabilitação e Modelos de Retorno ao Trabalho com a pesquisadora Kátia Costa-Black do Canadá, propiciando a capacitação do GT (presencial e através de videoconferências quinzenais), grupos de estudo com revisão da literatura, readequação do protocolo e convite para elaboração de artigo para publicação em 2010 da experiência do GT Reabilitação/CESAT na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional;
- Realização do diagnóstico preliminar da situação de saúde de trabalhadores afastados e com atestados recentes e de curta duração apresentado no momento de sensibilização da Alta Gestão da empresa, resultando na

formalização da parceria e elaboração de Termo de Compromisso, a ser assinado em 2010 entre o CESAT e a empresa;

- Realização de reuniões entre CESAT e o INSS (Perícia Médica e Programa Reabilita) para estabelecimento de cooperação técnica a ser formalizado em 2010;
- Apresentação do PRT para o Controle Social, no FORUMAT, na Liga Acadêmica para Estudo da Dor da Bahiana, no GEI e sessão técnica do CESAT;
- Elaboração e submissão do projeto do PRT para financiamento através do PPSUS (APROVADO);
- Participação em eventos: Congresso da ABRASCO, Congresso de Reabilitação Profissional, Seminário de Reabilitação Profissional da FUNDACENTRO.

Em 2009, o CESAT, em articulação com a DIPRO (Diretoria de Programação) elaborou os parâmetros da PPI (Programação Pactuada Integrada da Assistência à Saúde) de Saúde do Trabalhador para o estado da Bahia, e junto com a equipe técnica da DIPRO alimentou o SISPPi. O processo de pactuação está em andamento, e os municípios a partir do que foi programado, possuem parâmetros populacionais e de procedimentos da atenção básica, média e alta complexidade para realizar a pactuação na área de ST em seu território.

É a primeira PPI no estado da Bahia em que a área técnica de ST pactuou procedimentos assistenciais, portanto, devido a ausência de série histórica desses procedimentos é esperado que no próximo ano sejam realizados alguns ajustes. Outro aspecto importante no que se refere aos procedimentos em 2009 foi a parceria com a diretoria de regulação para realização de ressonâncias magnéticas para diagnosticar agravos relacionados ao trabalho. Essa parceria possibilitou que os CEREST e o CESAT encaminhassem os casos suspeitos para realização desse procedimento de alto custo no SUS.

Outra ação realizada foi a atualização do Guia do Usuário do SUS, o mesmo elenca os endereços e telefones dos serviços conveniados ao SUS e da rede própria que se constituem nas principais referências das especialidades necessárias ao diagnóstico e tratamento dos agravos à Saúde do Trabalhador.

No ano de 2009, a DVASt/CESAT deu prosseguimento as atividades de atendimento aos trabalhadores expostos ao chumbo e amianto. No município de Bom Jesus da Serra ocorreu uma reunião com a Coordenação da Atenção Básica do município, o CEREST de Vitória da Conquista, representantes dos Secretários de Saúde de Poções, Caetanos e Bom Jesus da Serra, e 20ª Dires para programar as ações de atenção à saúde dos trabalhadores daquela região.

Outra ação fundamental foi a capacitação dos radiologistas e pneumologistas da rede assistencial de Vitória da Conquista pela médica pneumologista do CESAT. Foram convidados todos os profissionais destas áreas, além de profissionais da equipe de vigilância à saúde do município e do Cerest de Vitória da Conquista, a fim de capacitá-los para a identificação e o diagnóstico dos casos de asbestose e outras pneumopatias. Outro evento realizado em parceria com o Cerest de Vitória da Conquista foi a I Oficina do Amianto para o mapeamento dos Expostos e Construção do Fluxo de Atenção à Saúde nos municípios de Poções, Caetanos e Bom Jesus da Serra.

O quadro 20 apresenta o número de municípios e de unidades sentinelas envolvidos na RENAST/BA, bem como o incremento ocorrido no período 2007 a 2009.

**QUADRO 20**  
**NÚMERO DE MUNICÍPIOS E DE UNIDADES SENTINELA ENVOLVIDAS NA REDE SENTINELA ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR BAHIA, 2007- 2009**

<b>Discriminação</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Nº municípios que pactuaram ações de ST	-	38	118
Nº municípios com unidades sentinela	12	28	68
Nº de unidades sentinela implantadas	15	55	104

Fonte: COGER/DVASt

Unidades sentinelas implantadas são aquelas que pactuaram e tiveram os termos de adesão firmados e homologados na CIB. Do total de 104 unidades que assinaram termos de adesão em 2009, 46 unidades já se encontram notificando agravos relacionados ao trabalho no SINAN, correspondendo a um total de 35 municípios notificantes. Em 2010, está previsto incremento desses indicadores, a partir da ampliação das atividades de capacitação e de supervisão aos municípios.

## Diagnóstico laboratorial de interesse para a Saúde Pública

Foram realizados 1.010.333 exames e produção de insumos no ano de 2009 nos setores da Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Produção de Insumos Estratégicos. O período analisado no quadro 21 demonstra um incremento de 72% em 2009 em relação ao ano de 2006, no que diz respeito à produção de insumos e análises laboratoriais processadas. No Quadro 22 observa-se um alcance crescente da meta durante todo período analisado.

**QUADRO 21**  
**QUANTITATIVO DE EXAMES ANALISADOS E PRODUÇÃO DE INSUMOS NO PERÍODO DE 2005 A 2009 - LACEN/BA**

Coordenações	2005	2006	2007	2008	2009
Laboratórios de Vig. Epidemiológica	583.544	498955	451.828	546.993	772.566
Laboratórios de Vig. Sanitária e Ambiental	47.435	87.502	62.093	55.444	60.604
Insumos Estratégicos*	---	---	197.438	189.836	177.163
<b>Total</b>	<b>630.979</b>	<b>586.457</b>	<b>711.359</b>	<b>792.273</b>	<b>1.010.333</b>

\*Produção de insumos e Testes para o Controle de Qualidade da Esterilização - CQE.  
Fonte: Smart /LACEN/BA 2009

**QUADRO 22**  
**QUANTITATIVO DE EXAMES ANALISADOS E INSUMOS PRODUZIDOS SEGUNDO PERCENTUAL ALCANÇADO DE ACORDO COM A META PROGRAMADA, LACEN BAHIA, 2005 A 2009**

Período / Setores	2005	2006	2007	2008	2009
Meta	600.000	600.000	600.000	750.000	750.000
Exames / Produção do LACEN	630.979	586.547	711.359	792.272	1.010.333
% alcançado	105	98	119	106	135

Fonte: Smart /LACEN/BA 2009

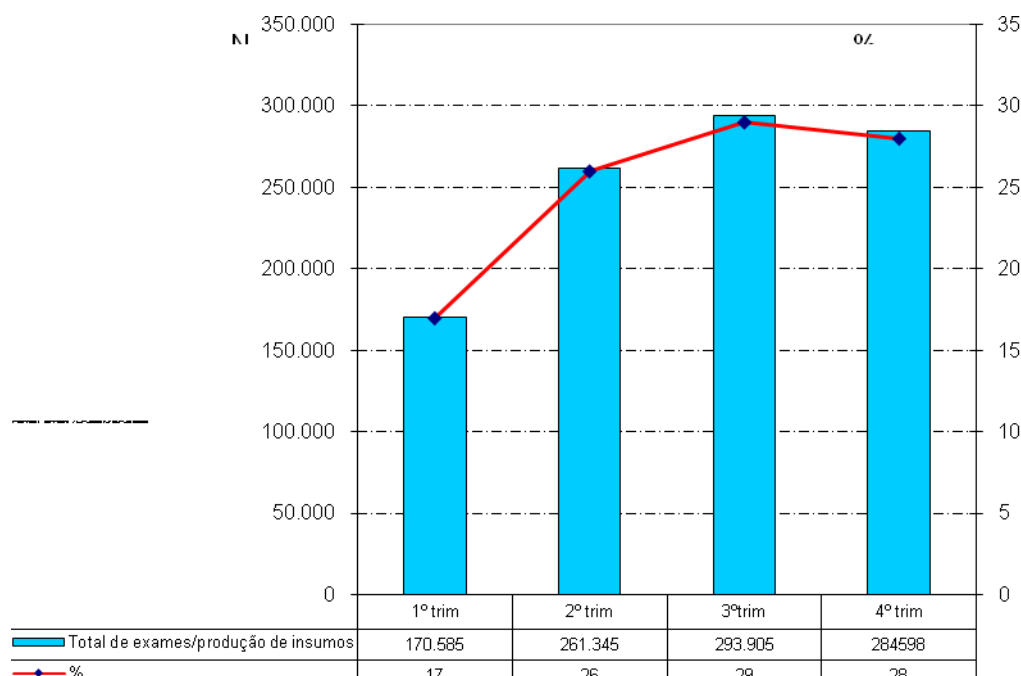
Do total de exames realizados no ano de 2009, 177.163 correspondem aos meios de cultura e reagentes produzidos e distribuídos para a rede de laboratórios e consumo interno, que corresponde a 17,5% da produção do LACEN (Tabela 21). A produção por trimestre apresentou um aumento gradativo durante o ano analisado, com uma concentração maior nos 2 últimos trimestres de 2009 ( 55)

**TABELA 21**  
**QUANTITATIVO E PERCENTUAL DE EXAMES/INSUMOS PRODUZIDOS POR COORDENAÇÃO**  
**BAHIA, 2009**

Coordenações	1º trim	2º trim	3ºtrim	4º trim	Total	
					Nº	%
Laboratórios de VE	132.707	199.647	207.338	232.874	<b>772.566</b>	<b>76,5</b>
Laboratórios de VISA	9.279	16.987	18.666	15.772	<b>60.604</b>	<b>6,0</b>
Insumos Estratégicos*	28.599	44.711	67.901	35.952	<b>177.163</b>	<b>17,5</b>
<b>Total</b>	<b>170.485</b>	<b>261.345</b>	<b>293.905</b>	<b>284.598</b>	<b>1.010.333</b>	<b>100,00</b>

\*Produção de insumos e Testes para o Controle de Qualidade da Esterilização - CQE.  
 Fonte: Smart /LACEN/BA 2009

**GRÁFICO 55**  
**QUANTITATIVO DE EXAMES / PRODUÇÃO DE INSUMOS POR TRIMESTRE –**  
**LACEN/BA 2009**



Fonte: Smart / LACEN/BA 2009

O papel do LACEN enquanto Laboratório de Saúde Pública se consolidou a partir de 2007. Em 2009 houve um incremento dos exames da bancada de virologia, que agregou na sua rotina um aumento de 41,8% em relação à produção de 2008. No que

diz respeito aos Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade – APAC e exames de entomologia foi observado um acréscimo respectivamente 97,5% e 87,6% em 2009, quando comparado ao ano de 2008 (Tabela 22).

O incremento das atividades do setor de entomologia ocorreu devido à realização do Projeto Armadilhas, para identificação de culicídeos, desenvolvido no município de Salvador, em parceria com a Universidade Federal da Bahia - UFBA e Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

O aumento das análises complementares atribui-se a uma lacuna existente nos laboratórios públicos para as análises de hormônios e marcadores oncológicos. O percentual de incremento para as análises de alta complexidade deve-se a incorporação do LACEN/BA como unidade de referência para alguns Estados das regiões Norte e Nordeste. O aumento percentual de 41,8% na virologia no ano de 2009 em relação a 2008 pode ser atribuído a epidemia de dengue no Estado (Tabela 22).

**TABELA 22**  
**QUANTITATIVO DE EXAMES REALIZADOS POR SETOR - LACEN**  
**BAHIA, 2005 - 2009**

<b>SETORES</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
APAC	10.803	11.568	15.014	18.120	35.781
Bacteriologia	53.232	51.488	37.732	18.613	18.996
Análises complementares	90.684	75.483	10.704	46.513	73.435
Micobacteriologia	6.751	10.249	17.055	11.757	9.109
Micologia	4.194	4.605	8.210	5.803	5.934
Parasitologia	33.872	35.354	26.586	37.407	39.302
Entomologia	0	506	15.103	25.461	47.770
Virologia	338.220	287.564	318.270	381.251	539.769
Zoonose	2.726	3.796	2.150	1.776	2.470
Hematologia	43.062	21.629	996	0	0
<b>Total</b>	<b>583.544</b>	<b>502.242</b>	<b>451.820</b>	<b>546.701</b>	<b>772.566</b>

APAC=Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade  
Fonte: Smart / Lacen/Ba 2009.

O LACEN manteve como prioridade o fortalecimento das parcerias institucionais, buscando a participação em programas, projetos e pesquisas pertinentes à Vigilância Sanitária, tendo em vista o controle de riscos à saúde e a prevenção de agravos relacionados a produtos e ambiente. (Quadro 23)

**QUADRO 23**  
**MONITORAMENTO DE PRODUTOS, PROGRAMAÇÃO PACTUADA, AMOSTRAS ANALISADAS,**  
**PERCENTUAL ALCANÇADO E INSATISFAÇÃO – LACEN**  
**BAHIA, 2009**

PRODUTO MONITORADO	PARCERIA	PROGRAMAÇÃO PACTUADA	AMOSTRAS ANALISADAS	% ALCANÇADO EM RELAÇÃO A PROGRAMAÇÃO	% DE AMOSTRAS INSATISFATÓRIAS
Farinha de Mandioca	DIVISA	30	18	60	89
Sal Iodado	DIVISA e VISA Salvador	48	17	35	12
Açúcar	VISA Salvador	18	20	111	40
Prato do Povo	VISA Salvador	180	168	93	16
Gelados Comestíveis	VISA Salvador	45	41	91	27
Gelo	VISA Salvador	6	6	100	0
Água Mineral	DIVISA	120	21	18	19
Produtos de Origem Animal	ADAB/Sec.Agricultura	250	123	49	35
Produtos de Panificação	DIVISA	24	22	92	22
Leite - PAMVet*	DIVISA	22	22	100	0
Medicamentos	DIVISA	100	66	66	6
Leite Materno	IPERBA	100	4	4	0
Hipoclorito de Sódio	Unidades de Saúde e VISA /Salvador	Demanda espontânea	30	-	43
<b>Total</b>		<b>943</b>	<b>558</b>	<b>-</b>	<b>309</b>

\*PAMvet. - Programa Nacional de Análise de Resíduos de Medicamentos Veterinários em alimentos de origem animal  
 Fonte: Smart / LACEN/BA 2009.

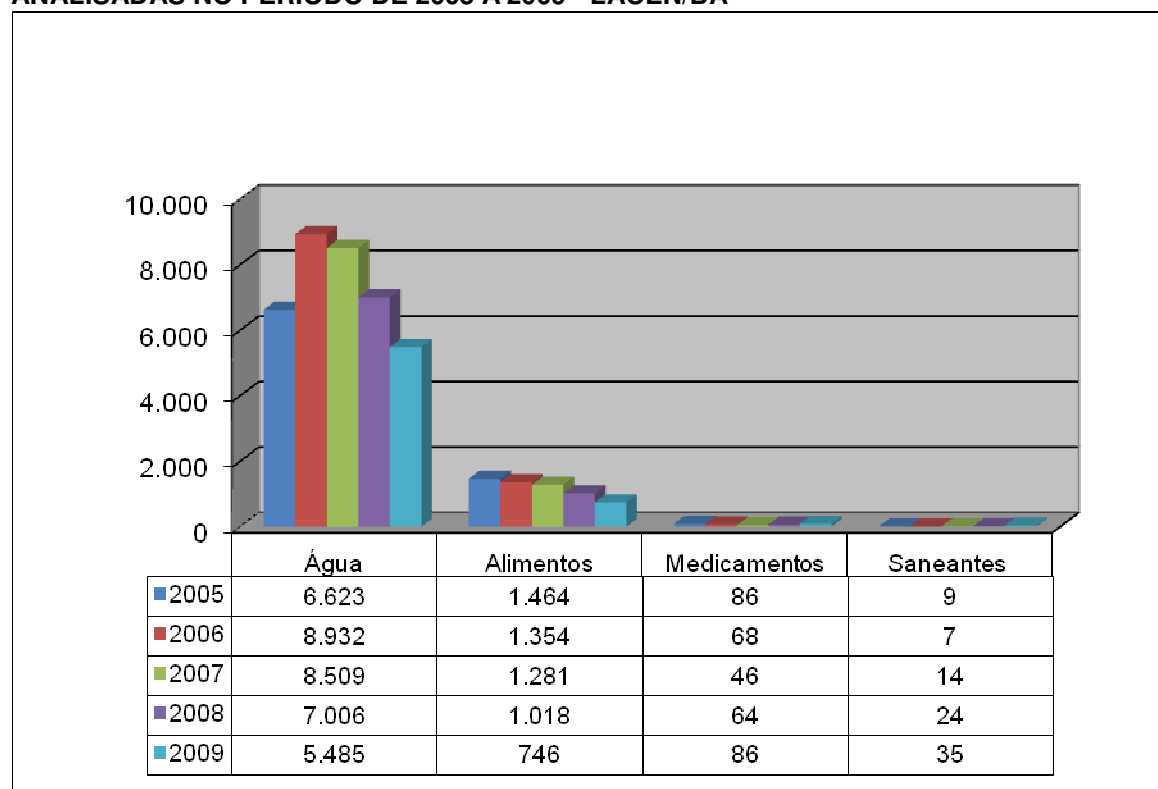
No ano de 2009 foram recebidas e analisadas 6.352 amostras de produtos e água, com predominância absoluta na coleta de amostras de água para consumo humano na ordem de 86,4% em relação às amostras de alimentos, medicamentos e saneantes. Esta situação evidencia a necessidade de ampliar as ações de verificação da qualidade dos produtos expostos ao consumo, e neste sentido é importante que se estabeleça maior integração no planejamento das ações com as Vigilâncias Sanitária e Ambiental, visando otimizar recursos disponíveis para utilização da capacidade analítica do LACEN (Tabela 23 e gráfico 56).

**TABELA 23**  
**AMOSTRAS DE PRODUTOS E DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO ANALISADAS**  
**BAHIA, 2005 - 2009**

Produtos	2005	2006	2007	2008	2009
Água	6.623	8.932	8.509	7.006	5.485
Alimentos	1.464	1.354	1.281	1.018	746
Medicamentos	86	68	46	64	86
Saneantes	9	7	14	24	35
<b>Total de Amostras</b>	<b>8.182</b>	<b>10.361</b>	<b>9.850</b>	<b>8.112</b>	<b>6.352</b>

Fonte: Smart / LACEN/BA 2009

**GRÁFICO 56**  
**QUANTITATIVO DE AMOSTRAS DE PRODUTOS E ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO**  
**ANALISADAS NO PERÍODO DE 2005 A 2009 - LACEN/BA**



Fonte: Smart / LACEN/BA 2009

Com a descentralização da Rede de Laboratórios de Vigilância da Qualidade da Água, que está sendo viabilizada através das Diretorias Regionais de Saúde – DORES, o LACEN analisará cada vez menos amostras de água e deverá absorver análises de alta complexidade. Neste sentido, faz-se necessário que a Vigilância Sanitária cumpra a coleta dos quantitativos acordados nos programas pactuados. A redução do quantitativo das análises de água em 2009, observadas no gráfico 56, deve-se a implantação do laboratório regional em Alagoinhas - 3ª DORES. A redução na coleta de

amostras de água pactuadas com os municípios deve-se a descontinuidade do trabalho devido à mudança de gestão municipal aliada à dispensa de profissionais habilitados para a função.

Conforme demonstrado na tabela 24, tendo em vista a importância da redução de riscos, torna-se relevante à implementação das ações de monitoramento da qualidade dos produtos e da água para consumo humano, visto que 31,7% das amostras analisadas estão em desacordo com os padrões legais vigentes.

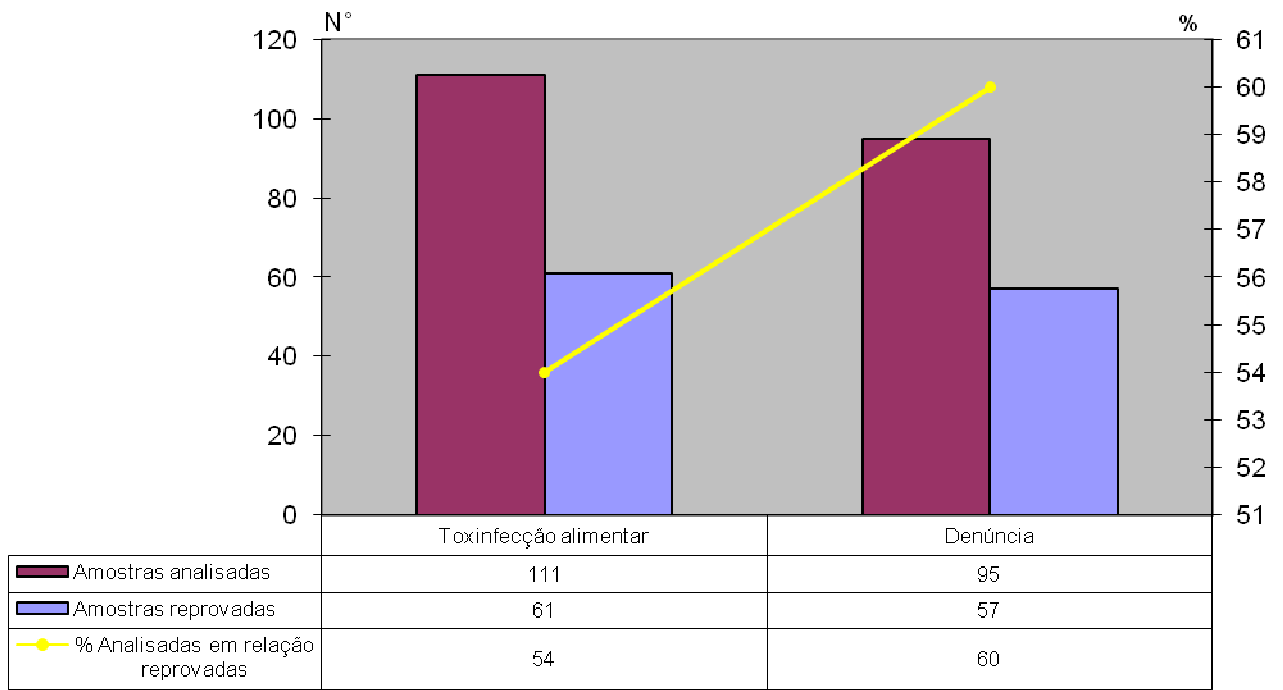
**TABELA 24**  
**QUANTITATIVO DE AMOSTRAS RECEBIDAS E ANALISADAS, SEGUNDO PERCENTUAL DE AMOSTRAS REPROVADAS**  
**BAHIA, 2009**

<b>Produtos</b>	<b>Total de amostras recebidas</b>	<b>Amostras reprovadas</b>	<b>%</b>
Água	5.485	1.826	33,3
Alimentos	746	165	22,1
Medicamentos	86	7	8,1
Saneantes	35	13	37,1
<b>Total</b>	<b>6.352</b>	<b>2.011</b>	<b>31,7</b>

Fonte: Smart / LACEN/BA 2009

Foram analisadas 111 amostras envolvidas em surtos de toxinfecção alimentar e 95, em processos de denúncia, sendo que 55% e 60% respectivamente apresentaram resultados insatisfatórios, o que confirma novamente a necessidade de implantação das ações focadas em boas práticas de fabricação, com vistas a controlar e ou eliminar determinantes que interferem direta ou indiretamente no processo de saúde/doença da população exposta (Gráfico 57).

**GRÁFICO 57**  
**QUANTITATIVO DE AMOSTRAS ENVOLVIDAS EM TOXINFECÇÃO ALIMENTAR E DENÚNCIA**  
**ANALISADAS E REPROVADAS**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: Smart / LACEN/BA 2009

A tabela 25 demonstra o quantitativo de 11.810 exames para dosagem de acetilcolinesterase com a finalidade de realizar o monitoramento da situação de pós-exposição dos agentes de saúde que manipulam inseticidas organofosforados. É importante enfatizar que entre os agentes analisados foi detectada uma taxa 0,37% dos exames que apresentaram resultados compatíveis com inibição de colinesterase plasmática, indicando, portanto, a possibilidade de exposição ocupacional aos produtos utilizados no trabalho de campo no combate aos vetores responsáveis pelas endemias.

**TABELA 25**  
**QUANTITATIVO DE EXAMES DE DOSAGEM DE ACETILCOLINESTERASE REALIZADOS E**  
**RESULTADOS COM INIBIÇÃO DA COLINESTERASE – 2009 – LACEN/BA**

<b>Exames realizados</b>	<b>Exame com inibição da colinesterase</b>	<b>%</b>
Sexo feminino	4.55621	0,46
Sexo masculino	7.25423	0,32
<b>Total</b>	<b>11.81044</b>	<b>0,37</b>

Fonte: LACEN/BA

Foram realizados 7.168 testes para a verificação da qualidade da esterilização de autoclaves e estufas, atendendo unidades públicas e privadas conveniadas, totalizando 1.638 equipamentos testados, destes 36 (2,2%) apresentaram resultados insatisfatórios. As unidades foram notificadas e orientadas quanto à adoção de medidas corretivas, no sentido de garantir o processo de esterilização com qualidade.

A produção de insumos estratégicos totalizou 181.150 unidades de meios de cultura e reagentes, sendo 20.756 (12,2%) para atender a demanda dos laboratórios da rede que realizam exames de saúde pública.

### **Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (RELSP)**

A estruturação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública é uma ação prioritária e estratégica de governo, com o objetivo de garantir a descentralização e a regionalização das ações laboratoriais, visando fortalecer a atenção básica e subsidiar as intervenções sobre os fatores de risco e agravos a saúde coletiva. Para tanto, têm sido mobilizados recursos tecnológicos, humanos e financeiros, tendo em vista que as ações de laboratório são transversais ao modelo de atenção do Sistema Único de Saúde.

A descentralização das ações de laboratório, ao tempo que possibilita a integralidade da assistência aos usuários da Rede de Saúde Pública, agrega valor de uso coletivo, visto que:

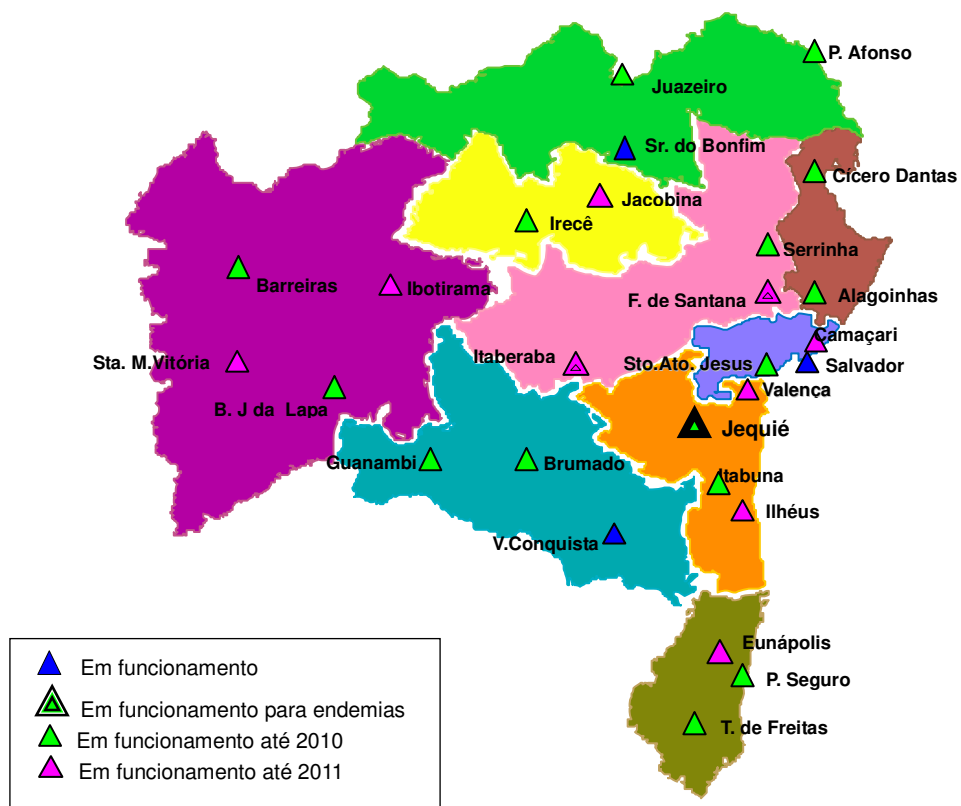
- ✓ Aumenta a cobertura desses serviços de diagnóstico laboratorial, propiciando acesso universal à população do Estado;

- ✓ Fortalece a gestão compartilhada e solidária como possibilidade de garantir uma economia de escala para o Sistema de Saúde;
- ✓ Amplia a capacidade tecnológica dos municípios, no que diz respeito à implantação de metodologias analíticas que proporcionem o esclarecimento de diagnósticos de interesse para a Saúde Pública;
- ✓ Possibilita um desenho mais real do perfil epidemiológico de acordo com as especificidades loco regionais do ponto de vista sanitário, uma vez que, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, foi registrado em 2008 cerca de 58% das Hepatites sem classificação, 38% de Meningites Bacterianas não especificadas, entre outras situações, que também evidencia uma baixa capacidade da investigação laboratorial, decorrente da falta de acesso da população e da rede de saúde a serviços mais especializados na área de laboratório;
- ✓ Associação do diagnóstico clínico ao laboratorial, permitindo qualificar a intervenção terapêutica, proporcionando desfechos favoráveis dos casos clínicos, identificando possíveis co-morbidades, reduzindo complicações e mortalidade;
- ✓ Otimiza recursos tecnológicos, humanos, materiais e financeiros, mediante a adoção do uso racional de medicação (p.ex. antibióticos) disponibilizando serviços de bacteriologia, antibiograma e teste de sensibilidade qualificados, o que resulta na redução da internação, na menor permanência de internação hospitalar e melhor taxa de utilização dos leitos;
- ✓ Fortalece a Atenção Básica e a Assistência pré-hospitalar, com diagnóstico e seguimento de doenças crônicas melhor avaliadas, viabilizando a qualificação da condução terapêutica, proporcionando maior resolubilidade na gestão do cuidado em saúde;
- ✓ Potencializa a eficiência, no que se refere a relação custo benefício, implicando na redução de recursos financeiros e humanos para alcançar o maior impacto nos indicadores sanitários.

A RELSP compreenderá 26 Laboratórios Municipais de Referência Regional realizando exames de interesse à saúde pública, organizados em sub-redes por agravos ou programas (Meningites, Hepatites, HIV, Dengue, Febre Amarela, Malária, Leishmaniose, Esquistossomose, Rubéola, Toxoplasmose, HIV, Tuberculose, Hansen, etc.) e 21 unidades regionais de Laboratórios de Vigilância da Qualidade Água para

consumo humano e Entomologia (Mapa 06 e 07).

**MAPA 06**  
**REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**



Fonte: SESAB/Suvisa/Lacen

**MAPA 07**  
**REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA**  
**VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA E ENTOMOLOGIA**



Fonte: SESAB/Suvisa/Lacen

Foram distribuídos para os laboratórios das sub-redes, Kits para diagnóstico de Leishmaniose, Hepatite, Meningite, HIV (teste rápido), Chagas e Dengue, totalizando 2.954 kits descentralizados em 2009 (Tabela 26). Agregando um incremento de 100% quando comparado a 2008, resultado esperado tendo em vista a implementação e descentralização das ações laboratoriais para Dengue, Esquistossomose, teste rápido para HIV, Chagas e as Hepatites virais com implantação do diagnóstico nos **Centros de Testagem Anônima - CTA**. O incremento maior que 100% relacionado à distribuição do LATEX (Meningite) foi atribuído ao monitoramento do uso adequado, e a maior capacidade de diagnóstico dos Hospitais da Rede, que tem sido implementada com o processo sistemático de supervisão e avaliação. Quanto ao diagnóstico de Chagas, houve uma ampliação do atendimento aos pacientes que passaram a ser referenciados para o Centro de Referência de Doenças Endêmicas de Jequié.

**TABELA 26**  
**QUANTITATIVO DE KITS DIAGNÓSTICOS DESCENTRALIZADOS PARA AS UNIDADES DAS SUB-REDES DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA**  
**BAHIA, 2005 – 2009**

	2005	2006	2007	2008	2009
Dengue	6	4	7	47	136
Chagas	0	2	8	2	16
Leishmaniose canina (IFI)	0	1	46	52	51
Leishmaniose canina (EIE)	0	0	49	27	31
Leishmaniose Humana (IFI)	0	1	11	10	17
Leishmaniose (Montenegro)	0	2	232	355	434
Meningite (Latex)	0	14	09	12	25
Esquistossomose	0	0	0	15	738
Hepatite	80	118	80	131	199
HIV	0	28	520	824	1.307
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>170</b>	<b>972</b>	<b>1.475</b>	<b>2.954</b>

Fonte: LACEN/BA

Os Laboratórios Regionais de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano, localizados nas Diretorias Regionais, analisaram 23.606 amostras, 49,4% das amostras programadas, conforme Plano Amostral estabelecido pelas diretrizes do Programa VIGIÁGUA em cumprimento a Portaria MS nº518/2004 (Tabela 28).

Os resultados avaliados evidenciam uma resolubilidade insatisfatória do Programa VIGIAGUA, tendo em vista que o cumprimento do plano amostral pelos municípios não alcançou 50% do que foi pactuado e dos que foram analisados 41,7% estão fora dos padrões referendados na Portaria Ministerial nº 518/2004 (Tabelas 27 e 28).

TABELA 27

UNIDADE LABORATORIAL POR MUNICÍPIO, SEGUNDO ÁREA DE ABRANGÊNCIA E AMOSTRAS A SEREM COLETADAS, ANALISADAS E PERCENTUAL ALCANÇADO  
BAHIA, 2009

DIRES	Unidade laboratorial	Nº Municípios de abrangência	Meta pactuada	% Alcançado
2º	Feira de Santana	34	7.600	37.13%
3º	Alagoinhas	19	4.060	63.0%
4º	Santo Antonio de Jesus	48	5.763	52,00%
6º	Ilhéus	30	6.150	27,83%
9º	Teixeira de Freitas	21	4.330	48.75%
12º	Serrinha	27	4.020	60.39%
19º	Brumado	34	4.480	54.10%
20º	Vitória de Conquista	49	9.280	59.46%
28º	Sr. do Bonfim	18	4122	25.10%
<b>Total</b>		<b>280</b>	<b>49.805</b>	<b>47,39%</b>

Fonte: LACEN/BA

TABELA 28

UNIDADE LABORATORIAL POR MUNICÍPIO, SEGUNDO AMOSTRAS ANALISADAS POR REGIONAIS E PERCENTUAL DE EXAMES COM RESULTADOS INSATISFATÓRIOS  
BAHIA, 2009

DIRES	Unidade laboratorial	Nº amostras analisadas	Resultados insatisfatórios	%
2º	Feira de Santana	2.822	1.011	35,8
3º	Alagoinhas	2.558	1.147	44,8
4º	Sto. Antonio de Jesus	2.998	1.870	62,4
6º	Ilhéus	1.712	576	33,6
9º	Teixeira de Freitas	2.111	1.150	54,5
12º	Serrinha	2.428	1.086	44,7
19º	Brumado	2.424	1.302	53,7
20º	Vitória de Conquista	5.518	1.180	21,4
28º	Sr. do Bonfim	1.035	518	50,0
<b>Total</b>		<b>23.606</b>	<b>9.840</b>	<b>41,7</b>

Fonte: LACEN/BA

Neste ano de 2009, foi concluída a construção do Laboratório Municipal de Qualidade da Água de Salvador, que se incorporou a Rede Estadual de Vigilância da Qualidade da água. No LACEN, 21 municípios do Estado foram monitorados quanto à verificação da qualidade da água de consumo humano. Foram realizadas análises de 4.316 amostras de água, com um índice de insatisfatoriedade de 29,6% (Tabela 29).

**TABELA 29**  
**QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS MONITORADOS, AMOSTRAS PROGRAMADAS, ANALISADAS E**  
**PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DO PROGRAMADO E DE INSATISFATORIEDADE**  
**BAHIA, 2009**

<b>Nº amostras programadas</b>	<b>Nº amostras analisadas</b>	<b>% alcançado do programado</b>	<b>Nº de amostras insatisfatórias</b>	<b>% insatisfatórias</b>
7.643	4.316	56,5	1.279	29,6

Fonte: LACEN/BA – 2009

Foram realizadas visitas técnicas e supervisões as unidades laboratoriais da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública, com a finalidade de monitorar o andamento das obras e reformas, bem como para verificação da qualidade dos processos analíticos realizados.

O Ensaio de Proficiência é uma ferramenta eficaz para determinar o desempenho da fase analítica do laboratório. Aliado ao controle interno e a uma gestão comprometida com a qualidade promove um profundo conhecimento dos processos de análise e garante a confiabilidade dos seus resultados. Dos ensaios de proficiência realizados pelo LACEN, através dos setores de bacteriologia, micobacteriologia, micologia, virologia, bioquímica, parasitologia e alimentos; 34 foram submetidos ao Controle de Qualidade Externo através da Control-lab e da Fundação de Ciência e tecnologia – Cientec, com aprovação de 100% (proficientes).

O desenvolvimento das ações do LACEN é executado através de duas fontes de recursos orçamentários e financeiros. No que diz respeito à execução da Fonte 30, a capacidade de execução foi de 84% (R\$698.474,96 – seiscentos e noventa oito mil, quatrocentos e setenta e quatro reais e noventa seis centavos) do total disponibilizado para esta Unidade. A execução da Fonte 48, em relação ao quantitativo orçado, foi na ordem de 96% (R\$11.148.914,91 – onze milhões, cento e quarenta e oito mil, novecentos e quatorze reais e noventa e um centavos). No total a SESAB investiu entre as Fontes 30 e 48, cerca de R\$ 11.847.389,87 (onze milhões, oitocentos e quarenta e sete mil, trezentos e oitenta e nove reais e oitenta sete centavos), para o desenvolvimento de um conjunto de ações e atividades inerentes ao diagnóstico laboratorial de interesse para Vigilância da Saúde (Tabela 30).

**TABELA 30**  
**EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA POR FONTE DE RECURSO**  
**BAHIA, 2009**

Especificações	Fonte 30		Fonte 48	
	Orçado	Liquidado	Orçado	Liquidado
Equipamentos	551.887,52	417.740,00	452.949,47	384.781,46
DEA - equipamentos	226.800,00	226.800,00	-	-
DEA - material de consumo	-	-	52.485,81	52.485,81
Veículos	-	-	295.790,00	295.790,00
Diárias	29.152,16	29.134,36	100.000,00	82.580,37
Material consumo			8.452.280,90	8.168.522,65
Passagens e locomoção	24.800,60	24.800,60	105.000,00	104.412,40
Serviços Pessoa Física	-	-	7.500,00	7.452,00
Serviço Pessoa Jurídica	-	-	2.112.910,00	2.052.890,22
<b>Total</b>	<b>832.640,28</b>	<b>698.474,96</b>	<b>11.578.916,18</b>	<b>11.148.914,91</b>

DEA – Despesas de exercício anterior.  
 Fonte: LACEN/BA - 2009

Na busca constante do fortalecimento e da sustentabilidade das ações, o LACEN em 2009 ampliou atividades, promoveu capacitações internas e externas, desenvolveu pesquisas em parcerias com Universidades e outras instituições, visando agregar valores e implementar outras metodologias de interesse para a Saúde Coletiva, tais como:

- ✓ Implementação de novas tecnologias (hepatite A em água e microbiologia de saneantes);
- ✓ Análise de metais pesados em água (chumbo e cádmio);
- ✓ Capacitação de recursos humanos em diversas áreas;
- ✓ Melhoria na articulação com a VISA do município de Salvador, iniciando o planejamento das ações compartilhadas;
- ✓ Implantação e capacitação em cultura de micobactérias, pelo método de Ogawa-Kudoh, para profissionais da rede de laboratórios;
- ✓ Implantação do antibiograma para *N. gonorrhoeae* e cultura para *Campylobacter spp* (procedimentos até então não realizados na rede de laboratórios);
- ✓ Capacitação no método da Macro/Microaglutinação para o diagnóstico da leptospirose;
- ✓ Ampliação e reestruturação dos setores Raiva e Cultivo Celular com aquisição de novas estruturas para o Biotério e Infectório;
- ✓ Formação de banco de espécimes de quirópteros;

- ✓ Implantação de taxonomia de morcegos;
- ✓ Capacitação em identificação e controle de escorpiões;
- ✓ Elaboração da planta do novo pavilhão da Entomologia/Insetário;
- ✓ Inauguração do novo laboratório de cultivo celular;
- ✓ Implantação da rede de diagnóstico de esquistossomose e controle de qualidade através do teste de Kato-Katz;
- ✓ Distribuição espacial da Tuberculose no município de Salvador-Bahia em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia-ISC/UFBA;
- ✓ Estudo bacteriológico da tuberculose bovina na região de Feira de Santana-Bahia em parceria com a Instituição Escola de Veterinária/UFBA;
- ✓ Projeto SenGono – Avaliação da suscetibilidade da *Neisseria gonorrhoeae* aos antimicrobianos para implantação de rede de vigilância em parceria com o Ministério da Saúde e os LACEN'S;
- ✓ Inquérito de filariose na cidade de Salvador com a Universidade Federal de Alagoas e 1ª Dires.

Objetivando a melhoria na estrutura física da instituição e na ampliação das condições de trabalho, foram concluídas 04 obras de engenharia: Infectório, Cultivo Celular, Biotério e Pavimentação.

## **Consolidação da descentralização da gestão compartilhada das ações de vigilância da Saúde**

Para consolidar a descentralização da gestão compartilhada das ações de Vigilância da Saúde é necessário um conjunto de ações integradas que propicie a 100% dos municípios baianos desenvolverem ações de vigilância da saúde de forma resolutiva. Para isso é fundamental que a equipe estadual desempenhe o seu papel no que diz respeito a atividades de capacitação, avaliação, monitoramento dos indicadores de vigilância da saúde, conforme determina a Portaria 1.172/04 e atuando de forma suplementar e complementar aos municípios.

Em 2009, 100% dos municípios tiveram os indicadores de Vigilância da Saúde, dentro das prioridades do Pacto pela Vida, avaliados no primeiro trimestre e validados para o ano de 2009. Também foi realizada a Programação de Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP-VS) para o ano de 2009. Todos os municípios foram monitorados em relação aos indicadores pactuados na PAVS. As metas foram avaliadas de forma qualitativa e quantitativa em ação desenvolvida, conjuntamente com o Ministério da Saúde nos municípios com mais de 100.000 habitantes. Esta é uma ação prioritária implantada no Estado que tem permitido fortalecer a gestão em todos os níveis, contudo a qualidade deste monitoramento ainda é desigual o que não inviabiliza esta estratégia, mas aponta a necessidade de acompanhamento mais próximo, particularmente nas áreas mais críticas no que se refere à organização do serviço.

Com vistas a fortalecer a gestão descentralizada do Sistema de Vigilância foi realizado Curso Básico de **Vigilância Epidemiológica** para profissionais graduados atuando na área de Vigilância Epidemiologia, quando se conseguiu treinar 1.386 técnicos de 414 municípios (99,2%). Em diversas situações a DIVEP, através da sua equipe técnica, apoiou as equipes municipais desenvolvendo de forma suplementar e/ou complementar ações de Vigilância conforme definido na Portaria 1.172/04.

No processo de descentralização das ações compartilhadas de **Vigilância Sanitária**, a DIVISA instituiu pela primeira vez o repasse de incentivo do Teto Financeiro de Vigilância Sanitária – TFVS do Estado para as Secretarias Municipais de Saúde. Assim, foi homologada e publicada a Resolução CIB-BA 59/2009 que regulamenta este repasse de recursos financeiros do fundo estadual para o fundo municipal dos

municípios que pactuarem ações dos grupos 3, 4 e 5 da Resolução CIB 142/08. Este fato apresenta-se como um estímulo aos municípios para adesão aos grupos de ações estratégicas, principalmente para os municípios de menor porte populacional (60% tem < 20 mil habitantes) e com perfil de estabelecimentos de baixa complexidade, a desenvolver o equivalente às ações estratégicas de seu território, fazendo jus ao piso estratégico e ao incentivo estadual.

Em 2009, 71 municípios solicitaram adesão à Resolução CIB-Ba nº 142/08, destes 24 já foram homologados pela Comissão Intergestores Bipartite, totalizando 59 municípios realizando ações de maior complexidade em Vigilância Sanitária e Ambiental. Para apoiar os municípios neste início de gestão municipal, a DIVISA capacitou em diversas áreas, 1283 profissionais, de 250 municípios do estado, 50% a mais, quando comparados com os 519 profissionais capacitados em 2008. Foram priorizadas os profissionais dos municípios que pactuaram a execução das ações dos grupos 2 e 3 da Resolução CIB 142/08, e/ou aqueles que possuíam quadro efetivo de técnicos. Dentre os cursos mereceu destaque o Introdutório em Vigilância Sanitária e Ambiental e o de Implementação do SINAVISA.

Uma das grandes dificuldades encontradas pelos municípios relativas ao processo de adesão é a composição da equipe com os profissionais específicos para execução das ações dos grupos pleiteados e a organização do cadastro de VISA, principalmente com relação àqueles estabelecimentos que ainda estão sob responsabilidade da DIRES.

A DIVISA vem se utilizando de uma nova forma de condução da resolução dos problemas sanitários das unidades hospitalares, obtendo adequação de Unidades que por longas datas não conseguiam se enquadrar nos requisitos das normas sanitárias, que consiste em programar, de forma compartilhada e responsável, os ajustes necessários levando-se em consideração o grau dos riscos sanitários existentes. Com isso os gestores das unidades de saúde podem planejar com maior tranquilidade suas adequações e a DIVISA alcança as metas sanitárias, o que está relacionado diretamente à melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Como resultado ampliou-se em mais de 50% o número de licenças sanitárias emitidas esse ano.

Com o objetivo de fortalecer o desenvolvimento de ações descentralizadas, no que diz respeito às atividades voltadas para Operacionalização dos **Sistemas de Informações**

sob Gestão da DIS, foram ministrados os cursos/aulas e realizados treinamentos, para técnicos do nível central e regional da SESAB e das Secretarias Municipais de Saúde, elencados a seguir:

- Curso de acesso às Bases de Dados – 2 turmas (agosto, com 65 concluintes e novembro/2009, com 28 concluintes)
- Treinamento de SINAN NET em Jequié - 10 a 14 de agosto de 2009
- Curso de Codificação de Causas de Óbito – 2 turmas (julho, com 17 concluintes e novembro/2009, com 24 concluintes)
- Aula sobre Declaração de Óbito e o Sistema de Informação sobre Mortalidade em Oficina de Vigilância Epidemiológica, em Ilhéus – julho de 2009
- Aula sobre Informação e decisão no curso para gestores – Setembro 2009
- Aulas sobre informação e planejamento em saúde em Tucuman – Argentina, pelo projeto de cooperação Técnica entre os governos de Tucuman e da Bahia. OPAS – março 2009

Em 2009, a DVA/ST/CE/SA deu prosseguimento ao processo de discussão/avaliação da Política Estadual de **Saúde do Trabalhador**, iniciada em 2007, considerando a necessidade de estruturação e qualificação da rede de serviços públicos de Saúde do Trabalhador, no qual teve como foco a descentralização das ações de Saúde do Trabalhador (ST). Este processo gerou uma versão preliminar do Plano Estratégico da ST e vem contando com a participação de diversos órgãos/instituições do Estado e municípios (SESAB, Secretarias de Governo, Secretarias Municipais de Saúde, incluindo os CEREST e NUSAT).

O Plano Estratégico em Saúde do Trabalhador (PLANEST) pretende ser um documento propositivo para o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador/ RENAST no Estado da Bahia. Justifica-se a elaboração deste Plano diante da necessidade de implementar o processo de descentralização das ações de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador, tendo em vista os esforços da SUVISA no estabelecimento de estratégias de intervenções integradas de Vigilância à Saúde e Atenção Básica e da proposta de atualização do Plano Diretor de Vigilância à Saúde.

Soma-se a isto, a deliberação estabelecida na 173ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, ocorrida em 21/05/09, do CESAT promover uma ampla discussão com os gestores locais através do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS-BA), envolvendo todos os setores estratégicos da SESAB, na construção de um Plano Estratégico na medida que possa definir ações conjuntas entre Estado e municípios para fortalecer as ações de Saúde do Trabalhador no Estado, com posterior pactuação na CIB. Em uma reunião do CGI ampliado<sup>72</sup> foi apresentada a 1ª versão do PLANEST que após as contribuições sugeridas, encontra-se em revisão sob a responsabilidade de um Grupo de Trabalho constituído para este fim.

Além disto, em 2009 pode-se destacar no âmbito da RENAST-BA a ampliação da Rede de Serviços Sentinela e das ações de ST (vigilância e assistência); o desencadeamento de novas estratégias de acompanhamento e avaliação com a produção de estudo específico sobre desempenho dos CEREST, tarefa iniciada em 2008 e concluída no 1º trimestre de 2009 e a continuidade das ações de formação/educação permanente em ST envolvendo a equipe técnico-dirigente loco-regional (dos CEREST, das DIRES, das SMS), além do controle social.

Apesar de incipientes, tem-se empreendido esforços para que as ações de Saúde do Trabalhador (ST) loco-regionais no estado se desenvolvam em todos os níveis de atenção da rede SUS, abrangendo a rede de atenção básica, incluindo o Programa de Saúde da Família, a rede assistencial de média e alta complexidade, e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Esta rede de unidades de referência se constituiu prioritariamente pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Estaduais, que em 2009 são representados pelo CESAT e 13 Centros de Referência Regionais (CEREST) habilitados e implantados e 01 habilitado e em processo de implantação, 05 Núcleos Municipais de Saúde do Trabalhador<sup>73</sup> (NUSAT) e 104 Unidades Sentinelas para diagnóstico e notificação de agravos relacionados ao trabalho (US), além das 31 DIRES.

Ressalta-se que o CESAT e a DIRES são instâncias de âmbito estadual, enquanto que

---

<sup>72</sup> Reunião em 10-11-09 com as presenças de representantes da SUVISA (Superintendente – ASTEC – LACEN), DAB, SUPERH - DIGEST, DAE)

<sup>73</sup> Localizados nos municípios: Brumado, Luis Eduardo, Santa Rita de Cássia, Ilhéus e Belmonte.

a habilitação das demais segue alguns critérios propostos pelo CESAT na atual gestão, a saber:

- CEREST Regionais - devem ser implantados em municípios referência de microrregião, com estrutura político-organizacional da SMS capaz de gerir uma unidade de referência regional de Saúde do Trabalhador e, com concentração de trabalhadores e atividades econômicas com riscos ocupacionais considerados relevantes.
  
- NUSAT - devem ser implantados no setor de vigilância à saúde das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de municípios com concentração de trabalhadores e atividades econômicas com riscos ocupacionais relevantes, necessitando de uma equipe ou técnico responsável pela sua implantação.
  
- Unidades Sentinela - devem ser implantadas em municípios com unidades de saúde cujo atendimento seja relevante para a Saúde do Trabalhador. Algumas unidades sentinela, a exemplo dos CEREST, a depender do nível de complexidade e da capacidade de resolutividade, poderão além de investigar e notificar, processar as informações, planejar e executar as ações de vigilância, adotando medidas de intervenção nos ambientes e/ou processos de trabalho.

Em 2009, a ênfase foi para implantação das Unidades sentinela como estratégia de capilarização das ações de ST no estado. De acordo com o Pacto de Gestão 2009, foram priorizados os municípios integrantes da rede complementar de média e alta complexidade, municípios com população acima de 50.000 habitantes e com perfil produtivo que geram impacto na Saúde do Trabalhador, além dos municípios do semi-árido pertencentes ao programa Terra de Valor para implantação destas Unidades Sentinelas.

Destacam-se, ainda, como principais ações desenvolvidas em 2009:

### **Implantação de Centros de Referência Regionais - CEREST**

Durante o ano de 2009, a DVAAT, realizou visitas para acompanhamento dos CEREST recentemente implantados e orientação aos Secretários Municipais de Saúde para implantação dos CEREST previstos para este ano.

Foram realizadas 02 visitas técnicas no município de **Alagoinhas** para acompanhamento do processo de implantação do CEREST, habilitado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008 e prestada assessoria técnica para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no município, com atenção especial para o processo de implantação das unidades sentinelas pactuadas na PAVS/2009, bem como o fortalecimento da gestão. Embora houvesse seleção para contratação de profissionais em novembro de 2009, a inauguração do referido CEREST foi adiada para janeiro de 2010 devido à agenda do Governador.

O **CEREST de Jacobina** foi inaugurado em setembro de 2008 com equipe técnica, instalações e equipamentos adequados, sendo as suas ações assessoradas pela DVAAT/CESAT. Com a mudança da gestão em janeiro de 2009, este CEREST foi praticamente desativado, passando a funcionar em uma sala da Secretaria Municipal de Saúde e com a equipe reduzida. Em maio de 2009 a DVAAT/CESAT realizou nova visita técnica à Secretaria Municipal de Saúde visando discutir estratégias de revitalização do mesmo. Na oportunidade, foram relatadas dificuldades na manutenção da equipe e contratação de outros profissionais, bem como para a realização das ações previstas pelo CEREST, tendo em vista a inexistência de saldo favorável para a realização dessas atividades. A partir da outra visita técnica da DVAAT em dezembro de 2009, foi verificado que a equipe ainda está reduzida, contudo a SMS está em fase de contratação de pessoal após a realização da seleção pública.

Com relação a implantação de CEREST nos municípios do SEMI-ARIDO, além do município de Alagoinhas, foram realizadas visitas técnicas nos municípios de Paulo Afonso e Ribeira do Pombal.

**Em Paulo Afonso**, foi realizada uma visita técnica em 30/07/09 para sensibilização do gestor e assessoramento à SMS diante das atribuições de implantação das Unidades

Sentinelas e do Núcleo de Saúde do Trabalhador – NUSAT. Este município, através da SMS e da sua equipe técnica, mostrou-se interessado em desenvolver as ações de Saúde do Trabalhador propostas, comprometendo-se com a implantação das Unidades Sentinelas pactuadas na Pactuação de Vigilância à Saúde (PAVS) de 2009.

Com relação ao CEREST de **Ribeira do Pombal**, foi realizada visita técnica em 31/07/09 para sensibilização do gestor e assessoramento à SMS, tendo em vista a necessidade de implantação das Unidades Sentinelas e do Núcleo de Saúde do Trabalhador – NUSAT, obtendo-se o compromisso deste município de implantar a US pactuada na PAVS/2009, contudo, em relação à implantação do NUSAT, a Secretária Municipal de Saúde refere que só poderá firmar qualquer compromisso após sinalização positiva do Executivo Municipal.

Em 2010, técnicos da COGER/DVAST retornarão aos municípios referidos, para discussão, levando em conta a não previsão de recursos do MS para implantação de novos CEREST na Bahia segundo o anexo da Portaria 2728/09.

O quadro abaixo apresenta a distribuição atual dos CEREST regionais da RENAST/BA segundo o ano de habilitação.

**QUADRO 24**  
**DISTRIBUIÇÃO DE CEREST REGIONAIS DA RENAST/BA SEGUNDO O ANO DE HABILITAÇÃO**  
**BAHIA, 2009**

ANO	Nº CEREST REGIONAIS	MUNICÍPIO SEDE
2002	2 Centros Regionais	Vitória da Conquista e Camaçari
2003	2 Centros Regionais	Jequié e Teixeira de Freitas
2004	4 Centros Regionais	Juazeiro, Itabuna, Feira de Santana e Barreiras
2005	1 Centro Regional	Conceição do Coité
2006	3 Centros Regionais	Salvador, Itaberaba e Santo Antônio de Jesus

Fonte: DVAST/COGER-2009

## Estruturação de Núcleos Municipais de ST.

Considerando a importância de se desenvolver as ações de VISAT de forma hierarquizada, a DVASt/CESAT vem apoiando a implantação dos núcleos municipais de ST (NUSAT) em municípios prioritários em relação ao perfil de ST.

Para o ano de 2009 foi prevista a criação de mais 05 (cinco) NUSAT para a Bahia, totalizando 10 núcleos, porém essa meta não foi cumprida tendo em vista existência de alguns desafios que tem dificultado a constituição e ampliação dos mesmos junto aos demais municípios do Estado, como por exemplo, a necessidade de priorização, pela equipe técnica da DVASt, para a implantação das US em função da PAVS/2009, a falta de vontade política dos gestores municipais, a inexistência de financiamento para a manutenção dos núcleos, a escassez de profissionais qualificados na área de VISAT nas Secretarias Municipais, dentre outros.

Atualmente a rede dispõe de 03 NUSAT implantados e em condições de funcionamento nos municípios de Luís Eduardo Magalhães, Ilhéus e Belmonte.

**FIGURA 05**  
**MAPA DA RENAST**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: DVASt/COGER-2009

## **Implantação de unidades sentinelas em ST**

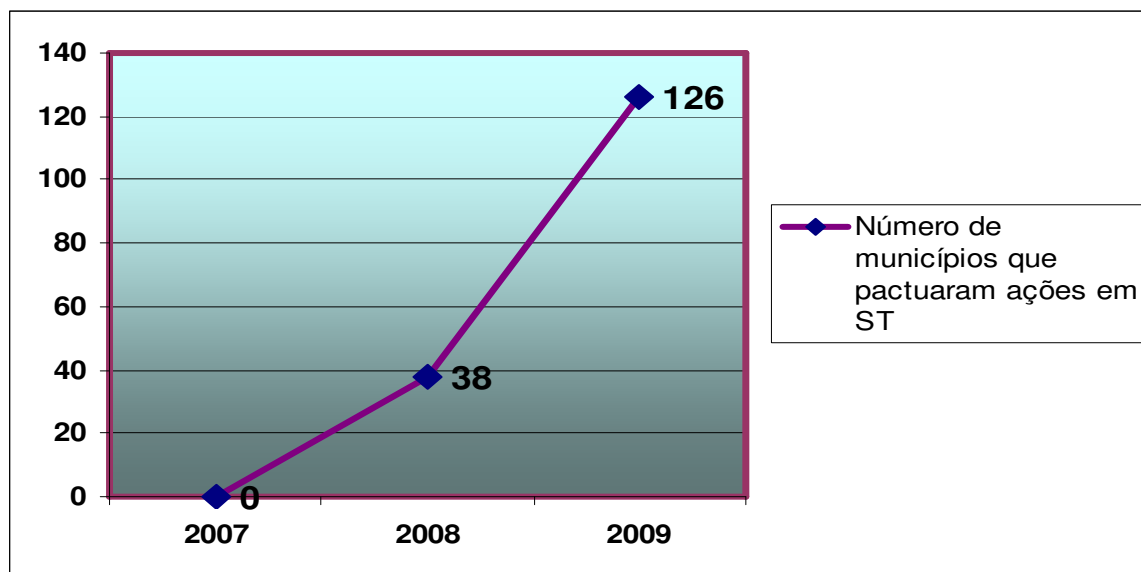
Desde fevereiro de 2008, através da Portaria GM/MS nº 325, que indicadores de saúde do trabalhador foram incorporados ao Pacto de Gestão Estadual.

O processo de descentralização das ações em ST teve como uma de suas principais estratégias a construção da rede sentinela, voltada primariamente para a notificação de agravos relacionados à saúde do trabalhador. Os parâmetros para definição dos municípios participantes desta rede foram:

- municípios sede de CEREST – 13 municípios: com obrigatoriedade de implantar, pelo menos, três unidades sentinela (totalizando 39 US);
- municípios que integram a rede assistencial complementar (Res. CIB/BA 89/08) que não têm CEREST implantado – 43 municípios no total;
- municípios com população superior a 50.000 habitantes que não têm CEREST implantado nem fazem parte da rede complementar (total de 09);
- municípios priorizados por possuírem perfil produtivo com impactos à saúde do trabalhador - 07 municípios.

Após esta definição, 72 municípios atenderam aos critérios acima descritos, estando habilitados à pactuação, com a previsão de implantação de 98 unidades sentinelas. Atualmente 126 municípios pactuaram ações de vigilância e atenção integral a saúde do trabalhador (PAVS/2009). A figura a seguir representa a evolução do processo de implantação da rede sentinela em ST considerando o quantitativo de municípios que pactuaram ações de ST na Bahia desde 2007.

**GRÁFICO 58**  
**EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA REDE SENTINELA EM ST: QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS QUE PACTUARAM AÇÕES DE ST BAHIA, 2007 - 2009**



Fonte: DVASt/COGER-2009

Considerando que um dos indicadores selecionados pela Bahia foi relacionado à implantação de unidades sentinelas de ST em municípios acima de 60.000 habitantes, o CESAT centrou esforços no sentido de envolver na RENAST/BA, todos os 126 municípios que pactuaram este indicador. Foi priorizado também o apoio técnico a outros municípios, que, embora com uma população inferior à estipulada para pactuação, se mostraram interessados nesta ação.

Vale ressaltar que durante o Seminário da RENAST em abril de 2009, validou-se com as instâncias presentes, que as DARES se responsabilizariam pela implantação de US e contaria com o apoio dos CEREST correspondentes e com a assessoria técnica do CESAT.

Assim, foram realizadas 90 (noventa) visitas para implantação de US abrangendo um total de 78 municípios. Desse total, 22 municípios foram visitados pelos técnicos do CESAT em parceria com CEREST e DARES correspondentes, 36 por técnicos das DARES e 20 municípios foram visitados pelos CEREST e DARES conjuntamente. Como resultado desse esforço conjunto, houve um incremento de 89% do número de Unidades sentinelas e de 142% do número de municípios com US, em comparação ao ano de 2008 conforme o quadro abaixo. Ressalta-se que foram consideradas Unidades

sentinelas implantadas aquelas que assinaram o Termo de Adesão à Rede Sentinela Estadual de Saúde do Trabalhador até dezembro de 2009.

**QUADRO 25**  
**NÚMERO DE MUNICÍPIOS E DE UNIDADES SENTINELA ENVOLVIDAS NA REDE SENTINELA ESTADUAL DE ST BAHIA, 2007 – 2009**

DISCRIMINAÇÃO	2007	2008	2009	INCREMENTO <sup>74</sup>
Nº municípios que pactuaram na PAVS/2009	-	38	118	210%
Nº municípios com unidades sentinela	12	28	68	142%
Nº de unidades sentinela implantadas	15	55	104	89%

Fonte: DVASt/COGER-2009

A equipe técnica e a atual gestão da DVASt/CESAT vêm buscando fortalecer as ações de descentralização realizando assessoria direta a vários municípios, sensibilizando os gestores locais para adesão e orientando as capacitações dos atores envolvidos para ampliar a notificação, a fim de contribuir com a informação em saúde do trabalhador e minimizar as dificuldades encontradas pelas Dires nesse processo.

Assim, das 104 unidades sentinelas com termo de adesão, 14 se responsabilizaram pela notificação de todos os agravos, 57 pela notificação de acidentes de trabalho, 09 pela notificação de doenças relacionadas ao trabalho e 22 unidades pela notificação de acidentes e doenças, sendo que apenas 02 unidades não especificaram no termo de adesão o tipo de notificação a realizar.

Contudo, apesar desse incremento do número de unidades sentinelas, os dados do SINAN de dezembro/09, que considera as notificações realizadas pelas unidades sentinelas com termo de adesão da área de abrangência dos CEREST (**Quadro 26**), não revelam um aumento proporcional em relação ao número de notificações. Em 2008, foram notificados 2.183 agravos enquanto que em 2009 o número de notificações é de 2.095 agravos à saúde do trabalhador.

Pode-se inferir que existem dificuldades para realizar diagnósticos dos agravos relacionados ao trabalho comprometendo assim a qualidade das notificações e das informações no SINAN, bem como a ausência de avaliação e de monitoramento dos

<sup>74</sup> Incremento em relação a 2008

registros de ST nas US.

Vale lembrar que os dados do quadro 26 só foram consideradas as intoxicações exógenas confirmadas como ocupacionais, diferindo das informações apresentadas pelo quadro 27, onde foram considerados todos os casos de intoxicações exógenas, representando-se assim, um número maior das notificações para todos os anos referidos.

**QUADRO 26**  
**NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS (INTOXICAÇÃO EXÓGENA) RELACIONADOS À SAÚDE DO TRABALHADOR CONFIRMADAS NO SINAN POR ÁREA DE ABRANGÊNCIA DOS CEREST**  
**BAHIA, 2007 - 2009 \***

ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CEREST	Nº NOTIFICAÇÕES		
	2007	2008	2009
ALAGOINHAS	5	10	25
BARREIRAS	169	121	140
CAMAÇARI	609	198	153
CONCEIÇÃO DO COITÉ**	0	5	4
FEIRA DE SANTANA	81	22	59
ITABERABA	15	76	24
ITABUNA	165	250	509
JACOBINA	17	11	31
JEQUIÉ	39	114	47
JUAZEIRO	30	80	69
SALVADOR	687	720	622
SANTO ANTÔNIO DE JESUS	219	157	97
TEIXEIRA DE FREITAS	237	273	182
VITÓRIA DA CONQUISTA	120	146	143
<b>Total</b>	<b>2.387</b>	<b>2.183</b>	<b>2.095</b>

Fonte: SINAN- OUT 2007, NOV 2009 e DEZ 2009 (DIS-SESAB)

\*Dados incluindo as intoxicações exógenas apenas ocupacionais.

\*\* Notificações comprometidas por problemas com o CNES

**QUADRO 27**  
**NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS (INTOXICAÇÃO EXÓGENA) POR ÁREA DE**  
**ABRANGÊNCIA DOS CEREST**  
**BAHIA, 2007-2009**

ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CEREST	Nº NOTIFICAÇÕES		
	2007	2008	2009
ALAGOINHAS	7	12	28
BARREIRAS	210	137	181
CAMAÇARI	680	287	209
CONCEIÇÃO DO COITÉ	2	5	4
FEIRA DE SANTANA	139	378	424
ITABERABA	61	77	29
ITABUNA	191	279	554
JACOBINA	32	55	97
JEQUIÉ	46	122	59
JUAZEIRO	135	224	257
SALVADOR	708	730	639
SANTO ANTÔNIO DE JESUS	219	162	98
TEIXEIRA DE FREITAS	289	322	229
VITÓRIA DA CONQUISTA	164	219	220
<b>Total</b>	<b>2.883</b>	<b>3.009</b>	<b>3.028</b>

Fonte: SINAN- DEZ 2009 \*Dados incluindo todas as intoxicações exógenas

Considerando as informações apresentadas acima, a DVAST está revisando os instrumentos de acompanhamento e de avaliação da RENAST-BA na perspectiva de construção de estratégias que contribuam com o fortalecimento e implementação de ações de ST loco regionais, bem como a melhoria da qualidade das notificações dos agravos no sistema de informação. Assim, em 2010 o acompanhamento em parceria com as DIRES e os CEREST deverá ser intensificado junto as unidades sentinelas que até o momento não estão notificando no SINAN.

Com relação às notificações por tipo de agravos relacionados à ST, verifica-se nos **quadro 28** que houve uma diminuição das notificações LER/DORT e um aumento das notificações por intoxicação exógenas, AT e AT com material biológico.

**QUADRO 28**  
**NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO POR MOTIVO/TIPO E ANO DE**  
**NOTIFICAÇÃO NO SINAN**  
**BAHIA, 2007 - 2009**

<b>TIPO DE AGRAVO</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>Total</b>
AT c/Exposição à Material Biológico	213	497	615	1325
AT Grave	306	450	639	1395
Dermatoses Ocupacionais	24	20	19	63
Intoxicações Exógenas Ocupacionais	74	60	50	184
LER DORT	1701	1097	721	3519
PAIR	50	31	21	102
Pneumoconioses	14	09	04	27
Transtorno Mental	05	19	26	50
<b>Total</b>	<b>2387</b>	<b>2183</b>	<b>2095</b>	<b>6665</b>

Fonte: SINAN, Dez 2009

Ressalta-se que os referidos dados de notificação de agravos a saúde do trabalhador, foram computados com um maior detalhamento por agravo específico, a partir de 2008, com a inclusão da Saúde do Trabalhador no Pacto de Gestão e também na Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAVS), para efeito de acompanhamento mais sistemático das instâncias da RENAST implantadas.

### **Assessoria técnico-administrativa aos CEREST e SMS**

No ano de 2009, após o resultado da Avaliação de Desempenho dos CEREST realizada em 2008, a DVA/ST/CESAT priorizou 5 CEREST para assessoria na área de gestão (Jequié, Vitória da Conquista, Juazeiro, Feira de Santana e Jacobina), com envolvimento dos Secretários Municipais de Saúde, visando um maior apoio das ações desenvolvidas pelos CEREST, além das visitas técnicas para implantação de CEREST, NUSAT e Unidades Sentinela.

Ainda visando o apoio às ações descentralizadas, foram realizados 15 eventos no ano de 2009 (01 Seminário da RENAST-BA, 06 Encontros loco regionais, 02 Oficinas de Trabalho com CEREST e DARES respectivamente, 01 videoconferência, 01 oficina SAMU, 01 oficina de validação curso controle social, 01 oficina do pacto, 02 oficinas para mapeamento dos trabalhadores expostos ao amianto), envolvendo no total 579 atores da RENAST/BA, dentre os Coordenadores e técnicos dos CEREST, técnicos dos NUSAT e referências em ST das DARES e representantes do controle social.

Além destes, foram realizados 18 visitas de assessoria técnica, individualmente por CEREST, durante os meses de maio a dezembro, quando os Coordenadores dos Centros Regionais foram orientados para revisão e priorização das atividades programadas nos Planos de Ação Regionais 2008-2009.

### Monitoramento das ações descentralizadas de ST

As atividades desenvolvidas pelos 13 CEREST em funcionamento foram acompanhadas através de relatórios trimestrais. Tem-se constatado o atraso no envio dos mesmos, o que nos aponta para a necessidade de investir na construção de um sistema de informação ágil e coerente e estratégias de gerenciamento dessas informações para melhorar o fluxo.

Com relação aos procedimentos de vigilância em comparação ao ano anterior, observa-se, no quadro abaixo, que houve um aumento de 147% e de 74% nas investigações de acidentes de trabalho graves e/ou com óbito e nas inspeções em ambientes de trabalho, respectivamente. Vale ressaltar que o CEREST de Itabuna foi responsável por 301 inspeções e por 283 investigações de acidentes de trabalho do total computado.

**QUADRO 29**  
**AÇÕES VISAT E PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS EM ST REALIZADOS PELA RENAST/BA BAHIA, 2008 – 2009**

<b>PROCEDIMENTOS DE VISAT</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>VARIAÇÃO</b>
Cadastramento de empresas	189	184	- 2,6%
Investigação de acidentes de trabalho graves e/ou com óbito <sup>75</sup>	158	391	+147%
Inspeção em ambientes de trabalho	374	652	+74%
<b>TOTAL</b>	<b>721</b>	<b>1.227</b>	<b>+70%</b>
<b>PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS</b>			
Consulta em medicina do trabalho	3203	3621	+1,3%
Consulta/procedimentos por outros profissionais de saúde de nível superior	7550	8.039	+6,5%
Estabelecimento de nexos causal	938	892	-5%
<b>TOTAL</b>	<b>10.026</b>	<b>12.552</b>	<b>+25%</b>

Fonte: COAST / CESAT e 13 CEREST Regionais

<sup>75</sup> A DVA/ST/CESAT só realiza investigação de AT com óbito.

De maneira geral, os CEREST vem atuando com muitas dificuldades, tendo em vista a precariedade dos vínculos empregatícios das suas equipes, bem como a rotatividade destes profissionais e insuficiente qualificação e perfil inadequado para realizar as ações propostas.

Os dados dos indicadores da RENAST-BA do ano de 2009 estão apresentados no quadro abaixo. Em relação ao número de municípios da rede sentinela que estão registrando agravos de ST no SINAN, 35 municípios, realizaram notificações o que equivale a 79,5% em relação a meta pactuada. No que se refere ao número de Unidades Sentinela notificando agravos de ST no SINAN 46 estão registrando agravos relacionados ao trabalho o que representa 63,8%, da meta pactuada.

Em relação aos municípios com instância da RENAST implantada (CEREST, NUSAT e US), de 11% da meta, ou seja, 45 municípios, foram implantadas instâncias em 73 municípios, o equivalente a um desempenho de 159,2%

**QUADRO 30  
INDICADORES DA RENAST-BAHIA  
BAHIA, 2009**

N de CEREST implantados no ano	21	50%
N de municípios com CEREST implantados	1414	100%
N de municípios com NUSAT implantados	105	50%
N de municípios da Rede Sentinela notificando agravos de ST no SINAN	4434	77,3%
N de Unidades Sentinelas notificando agravos de ST no SINAN (PACTO)	7245	62,5%
N de AT notificados no SINAN	276533	193%
Percentual de municípios com Instâncias da RENAST implantada (CEREST, NUSAT ou Unidade Sentinela)	11%11%	100%

Fonte: COGER/CESAT

**Planejamento, acompanhamento, apoio e avaliação para o desenvolvimento das Ações de Vigilância de Riscos e Agravos em Saúde.**

A Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA anualmente realiza encontros a fim de avaliar seu desempenho e planejar as ações para o ano seguinte. O

colegiado de gestão da SUVISA decidiu pela realização da *Oficina de Avaliação 2009 e Planejamento 2010* no mês de janeiro, considerando a agenda dos encontros de avaliação interna das Diretorias no mês de dezembro. O objetivo geral da oficina é avaliar o desempenho da SUVISA no ano de 2009 e planejar as ações compartilhadas de Vigilância para 2010, e os seguintes objetivos específicos: compartilhar os resultados alcançados pelas Diretorias da SUVISA no ano de 2009; avaliar a integração das práticas de Vigilância à Saúde no âmbito da SUVISA; apresentar as novas diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância; e definir as ações prioritárias da SUVISA para o ano de 2010.

Dentre as atividades de planejamento e avaliação desenvolvidas no ano de 2009, merecem destaque:

- a) Conclusão da Agenda Estratégica da SUVISA 2009-2010 e do quadro de indicadores do PES 2008-2011.
- b) Elaboração e divulgação de instrumento para facilitar a análise integrada do desempenho físico e orçamentário das metas do Sistema de Planejamento de Governo (SIPLAN/PPA).
- c) Realização da Avaliação da PAVS referente ao ano de 2008 e 1º semestre de 2009, contando com a participação do MS. As atividades de avaliação foram coordenadas pela DIVEP, em parceria com o Ministério da Saúde, Diretorias da SUVISA, os Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalares, a Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS).
- d) Realização da Oficina de Avaliação da Integração das Ações de Vigilância da Saúde e Atenção Básica no dia 13 de Outubro de 2009, contando com a participação dos Diretores e técnicos da Superintendência de Atenção Integral da Saúde (Assessoria de Planejamento, Diretoria de Atenção Básica e Diretoria de Gestão do Cuidado) e Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde (Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental - DIVISA, Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador – DVAST, Diretoria de Informação em Saúde - DIS, Diretoria do Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN, Assessoria Técnica e membros do GT de Planejamento SUVISA). É importante ressaltar

que várias iniciativas já vinham sendo desenvolvidas no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB no sentido de fortalecer a capacidade institucional de gestão da Vigilância a Saúde, particularmente o processo de integração da Vigilância com a Atenção Básica, e algumas delas foram sistematizadas nas potencialidades apresentadas nas matrizes programáticas. A Oficina de Avaliação representou um momento de reflexão sobre essas práticas institucionais, e neste encontro foi constituído um Grupo de Trabalho, denominado GT Integração, responsável pelo acompanhamento das ações propostas e elaboração do Plano de Integração VS e AB.

- e) Elaboração de documento contendo o conjunto de instrumentos de gestão da SUVISA, com vistas a ampliar o entendimento/a apropriação coletiva sobre: sua estrutura organizacional, os Compromissos/Objetivos assumidos e Ações Estratégicas definidas, as metas estabelecidas e os recursos necessários para a consecução das atividades e resultados esperados.
- f) Elaboração do desenho (estrutura e conteúdo) do Boletim de Informações Gerencias da SUVISA (BIG/SUVISA), instrumento que objetiva promover a divulgação de informações acerca do progresso das ações estratégicas da SUVISA e ampliar a comunicação institucional sobre as atividades de planejamento e avaliação. O BIG/SUVISA, em fase de conclusão, apresentará informações sobre o grau de alcance dos objetivos/compromissos da SUVISA, a utilização dos recursos financeiros destinados à execução das ações e os principais aspectos do contexto institucional que influenciam os resultados alcançados.
- g) Reestruturação do Grupo de Trabalho (GT) de planejamento da SUVISA, com elaboração do Plano de Trabalho para o período 2009/2010.
- h) Realização de oficinas de avaliação do LACEN, DVAST, DIS e DIVEP. A oficina de avaliação da DIVISA foi adiada por problemas operacionais.

### **Desenvolvimento de processos formativos integrados em vigilância da saúde**

A SESAB entende que a educação permanente dos profissionais que atuam na

vigilância da saúde do Estado possibilita, não somente a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, como também um maior controle sobre os determinantes e condicionantes da saúde no Estado, corroborando sobremaneira para a redução dos riscos e agravos à saúde individual e coletiva.

Nessa perspectiva, no âmbito da **Saúde do Trabalhador**, destacam-se as atividades docente-assistenciais, como a pós-graduação (Residência Médica e Especialização em Saúde do Trabalhador), Educação Permanente em Saúde do Trabalhador voltada para a RENAST (que em 2009 ocorreu na forma de oficinas e treinamentos em serviço), Curso de Formação para o Controle Social, inclusão de conteúdos de ST em cursos da SESAB (na EFTS, junto com a DAB, com a DIVISA) e estratégias de Educação Permanente interna (GEI, Sessão de Pesquisa). O Projeto do Mestrado Profissionalizante (Gestão e Técnico) em parceria com a Fiocruz e a Escola de Administração da Ufba, que se encontra em processo de avaliação pela Procuradoria do Estado.

O Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador se constitui em uma parceria bem-sucedida entre o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia-UFBA e a DVAST/CESAT, desde 1999, quando realizou sua primeira edição. Esta parceria entre instituições de ensino e serviço vem demonstrando ser uma estratégia acertada, frente aos desafios relacionados do ensino-aprendizagem baseado no saber-fazer e na junção entre a teoria e a prática. Encontra-se na sua 5ª edição, tendo o 5º CEST iniciado suas atividades em 30 de janeiro de 2009 com 30 alunos matriculados. Na oportunidade, foi promovido pelo CESAT e ISC uma aula inaugural de recepção e acolhimento dos novos alunos com apresentação do Curso, professores e alunos, além da oferta de um café da manhã. Do total de carga horária prevista já foi cumprida 80% (345 h/aula) e atualmente temos 26 alunos cursando regularmente.

Em 2009, foi realizada a Oficina de validação do Curso de Formação em ST para o Controle Social ocorrida em 27 e 30 de maio no Hotel Vilamar, em Salvador contando com a participação de 03 representantes por cada conselho Gestor dos 14 CEREST (coordenador, um técnico e um usuário) e 01 representante de cada Dires. Esta proposta concebe a Educação Permanente como processos pedagógicos ocorridos no serviço, em prol do desenvolvimento dos sujeitos sociais envolvidos na defesa do SUS

e pressupõe metodologias ativas/participativas de valorização das vivências e reflexões desses sujeitos. A proposta está estruturada em 04 etapas, *elaboração da proposta* com temáticas norteadoras, conteúdos básicos, metodologias e recursos didáticos sistematizados em 05 módulos, ocorrida em 2008; *validação da proposta na Oficina* ocorrida em 2009 e a *realização dos Cursos loco-regionais* para 560 atores sociais, a ser desenvolvidos em 2010 pelos CEREST e representantes do Controle social local.

Em agosto de 2009, a Diretoria de Atenção Básica – DAB firmou uma parceria com o CESAT através do curso de capacitação à distância para os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas da equipe do PSF, visando incluir um Módulo, com conteúdos específicos de ST. Na oportunidade, foi formado um Grupo de Trabalho (GT), envolvendo 17 técnicos, de quatro coordenações do CESAT (COAST, COVAP, COGER e COPLAN) e um técnico de referência da DAB. O processo de trabalho para a produção deste módulo ocorreu no período de agosto a novembro/2009, através de 10 reuniões com a equipe técnica e o profissional de referência da DAB. Segundo informações da DAB, a adesão ao Módulo de ST, com início previsto para janeiro/2010, foi de 296 profissionais de um total de 450 participantes do curso, ou seja, mais de 60%, o que revela a importância da inclusão deste tema de ST, que é transversal as demais ações que o PSF desenvolve na sua área de abrangência. Além disso, esta estratégia de formação fortalece a RENAST, uma vez que abrange um número significativo de profissionais dos núcleos regionais nos municípios.

Os profissionais dos Núcleos Microrregionais que farão o módulo são dos municípios de: Itaberaba, Jacobina, Lauro de Freitas, Recôncavo, Feira de Santana, Itapetinga, Brumado, Cruz das Almas, Porto Seguro, Salvador, Jequié, Valença, Ilhéus, Ribeira do Pombal, Alagoinhas, Itabuna, Serrinha e Guanambi.

Foram realizados cursos (sob a forma de treinamento em serviço) que abrangeram 150 treinandos em 07 CEREST (Itabuna, Jequié, Vitória da Conquista, Conceição do Coité, Feira de Santana, Itaberaba e Sto. Antônio de Jesus. Foram emitidos Certificados para aqueles alunos que compareceram no mínimo a 50% das aulas e que apresentaram trabalho de campo. O curso foi desenvolvido em 40hs em 2 módulos (sem contar com o momento de dispersão onde os alunos tinham como tarefa a realização de uma inspeção e apresentação no módulo seguinte). Em média os alunos utilizaram de 8 a 16 h para cumprir esta última tarefa. Foram avaliadas pelos alunos numa escala de 1 a

4 e os resultados indicaram uma aceitação de (3) Bom e (4) Excelente.

Neste ano foram realizadas também duas capacitações, nos mesmos moldes que as dos CEREST da Bahia, para os Estados do Acre e Rio Grande do Norte e ainda 03 capacitações específicas sobre VISAT em Postos de Combustíveis para outros estados (uma para o CEREST de Campinas, outra para a RENAST de São Paulo que incorporou técnicos das VISAS, VAM, CEREST e Diretorias Regionais, e a terceira para as RENAST e sindicatos de trabalhadores dos seguintes estados: Santa Catarina e Rio Grande do Sul). Esta última realizada em cinco (5) módulos e em parceria com o Ministério da Saúde (CGSAT e CGVAM) e UNESCO. Essas capacitações tiveram uma média superior a 40 alunos, considerando que a capacitação para a RENAST de São Paulo contou com mais de 60 alunos.

No ano de 2009 foi realizado, em parceria com a Formação Técnica em Saúde (EFTS) Prof<sup>o</sup> Jorge Novis, o Curso de Atualização para os Técnicos de **Laboratório de Saúde Pública** do LACEN. Para a formatação do curso foram realizadas oficinas, as quais envolveram representantes dos técnicos de nível médio e superior do LACEN/BA, com o objetivo de apresentar e discutir a proposta de construção do curso, bem como os temas/conteúdos a serem priorizados.

Foi realizada em junho de 2009 a Oficina de Capacitação Pedagógica, promovida pelo LACEN/BA, a qual envolveu os técnicos de nível superior, visando à preparação destes profissionais para o exercício do papel de facilitadores e monitores no Curso de Atualização. Além disso, houve a participação de 25 instrutores do LACEN/BA na Oficina de Capacitação Pedagógica, promovida pela EFTS nos meses de julho e setembro.

O curso contemplou 75 técnicos de nível médio do LACEN, sendo ministrado em 03 turmas (cada uma com 25 alunos). Para 2010, o LACEN está discutindo com a EFTS o Curso de Formação para Técnicos de Laboratório, que terá como público alvo os profissionais de nível médio da Rede Estadual de Laboratórios.

No sentido de atender à demanda da PANDEMIA DA GRIPE A – H1N1 foram capacitados técnicos para a coleta de material biológico de forma adequada e oportuna. O LACEN durante os meses de abril a maio de 2009 capacitou vários

profissionais da rede pública e privada do Estado, o que contribuiu para estabelecer a identificação da transmissão sustentada na Bahia.

Para o adequado desempenho das ações de **Vigilância Epidemiológica** de doenças e agravos à saúde tem sido intenso o investimento em formação e educação continuada dos recursos humanos. Para o controle das **DST/Aids** foram realizadas as capacitações de Abordagem Sindrômica das DST, capacitação no Manejo Básico do HIV, para Médicos e Enfermeiros dos Serviços de Assistência Especializada, do CEDAP, e Central Médica Penitenciária; capacitação na Metodologia do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV, voltada para profissionais dos CTA/SAE, Equipes de Saúde Indígena (Paulo Afonso e Banzaê - FUNASA) e Sistema Penitenciário (Complexo Mata Escura – Salvador).

Para vigilância e controle da **Dengue** realizaram-se: oficina de capacitação em Vigilância Epidemiológica, com participação de 90 profissionais das Dires e Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar; capacitação de 171 supervisores de campo, em seis Regionais de Saúde e para os 43 bombeiros militares; promovidas 28 capacitações em diagnóstico e manejo clínico de pacientes com dengue com participação de 238 médicos, 450 enfermeiros, 221 profissionais de saúde de outras categorias, totalizando **1.009** profissionais treinados de unidades e municípios prioritizados; capacitação para a Vigilância Epidemiológica realizada na 20ª Dires e capacitação para os ACE, realizada no município de Feira de Santana.

O Programa de Controle da **Hanseníase** capacitou monitores em Prevenção de Incapacidade Física para 14 Dires abrangendo 70 municípios de Cluster<sup>76</sup> 4, 6 e 8, e também para profissionais da atenção básica dos municípios de 14 Dires e 7 municípios prioritários; capacitação em análise de indicadores módulo avançado em Hanseníase para as 31 Dires; capacitação prática em Campanha de Sintomático de Pele, para profissionais da atenção básica de 04 municípios de *Cluster* localizados no extremo sul; capacitações práticas em Hanseníase no Hospital Especializado Dom Rodrigo de Menezes, para 94 enfermeiros e médicos do município de Salvador, V.

---

<sup>76</sup> Os clusters definem áreas com maior risco e onde se encontram a maioria dos casos. A detecção dos espaços de maior risco da doença permite a orientação do programa de controle para áreas em que a transmissão é maior, com enfoque em espaços geograficamente contínuos e maior efetividade epidemiológica. A abordagem por meio dos clusters evita que sejam ignoradas áreas silenciosas devido a um baixo esforço de detecção ou que se priorize municípios com muitos casos devido ao tamanho de sua população e não devido ao maior risco.

Cruz e Lauro de Freitas.

Para o controle da **Tuberculose** foram treinados profissionais de 18 DIRES, em seis turmas ACS; capacitação em Tabwin e Análise de Indicadores para Coordenadores Regionais de Controle da Tuberculose, da Hanseníase e do Sistema de Informação; capacitação em teste rápido diagnóstico de HIV; capacitação de multiplicadores do teste tuberculínico e Quimioprevenção em Tuberculose para profissionais de Salvador; capacitação do novo sistema de tratamento contra TB para profissionais de referência das DIRES e municípios prioritários da TB; capacitação em TBMR pelo PNCT/MS para profissionais de assistência.

Ainda no controle das endemias investiu-se em capacitação para supervisores de campo da 2ª DIRES e municípios sobre a nova metodologia de vigilância e controle da **Leishmaniose Visceral** e de diagnóstico e tratamento da L. V. para médicos e enfermeiros nas 24ª, 26ª e 30ª DIRES.

Capacitação para utilização de GPS no monitoramento da **Peste**, realizada na 21ª DIRES para os coordenadores regionais do Programa; capacitação para 114 profissionais do PSF das DIRES de Senhor do Bonfim e Jacobina.

Capacitação do Sistema de Informação para o Controle da **Doença de Chagas** SIOC – Chagas na 2ª DIRES e no SI – PCE nas Regionais de Alagoinhas e Gandú. Capacitação de médicos para o manejo dos pacientes portadores da Doença de Chagas; capacitação para médicos e coordenadores de Vigilância Epidemiológica dos municípios pertencentes a 15ª DIRES, sobre o Novo Modelo de Vigilância Epidemiológica. Curso de identificação e controle de Escorpiões, em parceria com DIVEP/LACEN/CIAVE/SVS/INSTITUTO BUTANTAN/UFBA através da GT de Entomologia; capacitados os digitadores das respectivas regionais.

Na área de **Vigilância Sanitária e Ambiental**, vale destacar o Treinamento Introdutório realizado em 21 DIRES e o treinamento para implantação do Sistema Nacional de Informação de Vigilância Sanitária em 50 dos 56 municípios prioritários para essa ação. Em 2009, outras iniciativas nesta área merecem destaque:

- Curso de atualização na operacionalização do NOTIVISA nas áreas de Hemovigilância, Tecnovigilância, Farmacovigilância para a equipe técnica do

núcleo de VIGIPÓS.

- Curso de Capacitação nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância, em parceria com a ANVISA, para 80 profissionais de saúde das unidades públicas e privadas do Estado da Bahia (Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista), assim como o Encontro Nacional de Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde que contou com a presença de 800 participantes e destes 200 eram trabalhadores de Vigilância Sanitária do Sistema Estadual.
- II Oficina sobre a Problemática da Fiscalização das Águas Minerais na RMS, para a qual foram convidados representantes das VISA de todos os dezesseis municípios integrantes da região, tendo comparecido 50% (Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Lauro de Freitas, Mata de São João, Salvador, São Sebastião do Passe e Simões Filho), sendo que Salvador se fez representar por todos os Distritos Sanitários que compõem o município.
- Curso Básico do VIGIAGUA/SISAGUA com objetivo de capacitar as equipes municipais no desenvolvimento de ações do referido programa, tendo como participantes, profissionais dos seguintes municípios: 8ª Dires (Santa Cruz de Cabrália, Eunápolis, Itapebi e Itabela); 10ª Dires (Abaré, Chorrochó, Glória, Jeremoabo, Pedro Alexandre, Macururé, Rodelas, Santa Brígida e Paulo Afonso); 15ª Dires (Casa Nova, Juazeiro e Curaçá); 28ª Dires (Senhor do Bonfim, Andorinhas, Antônio Gonçalves, Ponto Novo, Pindobaçu, Jaguarari e Campo Formoso); 1ª Dires (Salvador, Saubara, São Sebastião do Passe, Pojuca, Itaparica, Santo Amaro e Conde); 5ª Dires (Gandu e Valença); 7ª Dires (Itabuna); 31ª Dires (Maragogipe). Participaram ainda técnicos da 10ª e 15ª Dires, técnicos dos Laboratórios de Senhor do Bonfim e Teixeira de Freitas, além de técnicos da DIVISA, num total de 44 participantes.
- Cursos para implantação do Programa de Controle de IH nos hospitais da Bahia, realizados em Salvador, na 13ª Dires, 2ª Dires e no Município de Santo Amaro, contando com a participação de 67, 70, 50 e 18 participantes, respectivamente. Realizou-se ainda 06 encontros: Estadual em comemoração ao dia Nacional do CIH (136 participantes); Processamento de artigos para profissionais de nível médio dos hospitais da Bahia (116 participantes); Critérios diagnósticos de IH em neonatologia (151 participantes) e Processamento de roupa para trabalhadores de lavanderia do Município de Camaçari (80 participantes).

## **Ampliação e consolidação dos espaços de comunicação e discussão da Vigilância da Saúde com a população.**

Uma das iniciativas importantes para ampliação da comunicação da Vigilância da Saúde é a proposta da implantação do Portal da SUVISA, cujo objetivo é integrar os “canais” (termo usado no Projeto para designar as páginas das diretorias/unidades) de todas as suas Diretorias. O Portal pretende harmonizar as páginas de INTERNET das diretorias/unidades dentro de uma mesma lógica de navegação e de arquitetura de informação, mas concedendo autonomia às diretorias para definir o conteúdo e arquitetura dos seus canais.

Além do desenvolvimento do Portal da SUVISA, destacam-se as seguintes atividades:

- Rede Interagencial de Informações em Saúde – Ripsa, coordenada pela DIS, tem como objetivo o aprimoramento das informações para a gestão em saúde. Em 2009 foram realizadas duas Oficinas de Trabalho (OTI), além da instituição de cinco Comitês de Gestão de Indicadores, que vem desenvolvendo suas atividades com o objetivo de construir os Indicadores Básicos de Saúde – IDB, do estado da Bahia, um dos cinco estados selecionados pelo Ministério da Saúde e OPAS como projeto-piloto para a Ripsa estadual.
- Participação no PISAST - Painel de Indicadores em Saúde Ambiental e do Trabalhador: o PISAST pretende ser um portal que abrigará informações das áreas de Saúde Ambiental e do Trabalhador referentes ao nível nacional e estadual. Constitui-se num “ambiente web” que permite a construção de páginas e incorporação dos mais diversos arquivos e imagens. Possui todo um sistema de cadastramento de usuários com permissões diferenciadas de acesso e de publicação dos conteúdos inseridos. Em 2009, um dos técnicos da DVAST/CESAT participou de um treinamento em Mato Grosso para uso deste Portal.
- Projeto “Vidas Paralelas”: é uma ação compartilhada nas áreas de saúde e cultura, dos trabalhadores e trabalhadoras brasileiros, tendo como proponentes o Ministério da Saúde Ministério da Cultura, a Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC-ST) e o Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília. O projeto tem como objetivo geral possibilitar a

construção de um processo de reflexão, problematização e diálogo entre trabalhadores de diferentes categorias sobre a temática da saúde e cultura no trabalho, possibilitando dar visibilidade sobre o mundo do trabalho através da expressão artística e cultural da classe trabalhadora. Foi realizada uma 1ª Oficina em Salvador, no período de 14 a 16 de outubro, com vistas a capacitar a Rede de Apoio do Projeto Vidas Paralelas do Estado da Bahia, para serem multiplicadores de uma metodologia vivencial que propõe o registro, através de fotografias e vídeos, e a problematização da questão da saúde, cultura e trabalho que será utilizada inicialmente com 24 trabalhadores de diversas categorias profissionais, formando assim, uma rede de relacionamento entre trabalhadores em nível nacional.

- Ouvidoria - A população tem se utilizado dos canais de comunicação que a DIVISA oferece para manifestar-se a respeito dos diversos objetos de cuidado que a **Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental** têm como responsabilidades. Estão disponíveis para acolher as manifestações da população os seguintes canais: telefone e Fax, endereço eletrônico, o Núcleo de Atendimento ao Cliente, e correios e telégrafos. A principal via de manifestação utilizada pela população é a escrita (55,6 %) seguida pela eletrônica (25,6%) e por último a via telefônica com (18,7%). Mais de 50% das manifestações recebidas por via eletrônica são referentes a problemas cuja competência para resolução das mesmas está na esfera municipal, em destaque para o município de Salvador. Este ano a DIVISA acolheu 230 manifestações das mais diversas naturezas sendo que 66,9% foram relacionados a alimentos, seguido por serviços de saúde com 15,3%, medicamentos com 9,1% e por fim outras manifestações aparecem com 8,7%.

## **LINHA DE AÇÃO 4 – ATENÇÃO À SAÚDE COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE**

A Linha de Ação da “Atenção à Saúde com Equidade e Integralidade” se configura numa linha de força que articula e integram os diversos setores/órgãos, sob a coordenação da Superintendência de Atenção Integral a Saúde – SAIS, através da Diretoria da Atenção Básica – DAB, Diretoria de Gestão e Controle da Rede Própria – DGRP, Diretoria de Atenção Especializada – DAE e Diretoria de Gestão do Cuidado – DGC; Fundação HEMOBA; e Superintendência de Assistência Farmacêutica Tecnologia e Ciência – SAFTEC) por meio da Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF.

Para tanto se estabeleceu como compromissos: Expansão e Qualificação da Atenção Básica com Inclusão Social; Reorganizar a Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar de forma regionalizada e resolutiva; Instruir a Política de Atenção às Urgências sob as diretrizes da humanização, regionalização e resolutividade; Atenção Integral à Saúde das Populações Estratégicas e em situações especiais de agravo; Ampliar e qualificar a Assistência Farmacêutica, Promovendo o Uso Racional de Medicamento e Ampliar e Qualificar a Assistência Hematológica e Hemoterápica de forma Descentralizada e Regionalizada.

O objetivo determinante dessa linha de ação é a expansão dos serviços da atenção básica, mediante estratégias de reorganização da atenção especializada ambulatorial e hospitalar de forma regionalizada e resolutiva; de promoção da atenção integral à saúde de populações estratégicas e em situações especiais de agravos; da ampliação e qualificação da assistência farmacêutica; de instituição de política de atenção às urgências sob as diretrizes da humanização, regionalização e resolutividade; da expansão e qualificação a atenção básica com inclusão social e da ampliação e qualificação da assistência hematológica e hemoterápica de forma descentralizada e regionalizada, conforme demonstrado nas tabelas 34 e 35.

**TABELA 31**  
**EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA POR FONTE DE RECURSO NA LINHA DE**  
**AÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE**  
**BAHIA, 2009**

Fonte	Orçado Inicial (A)	Orçado Atual (B)	Empenhado (C)	% (C/B)	Liquidado (D)	% (D/C)
00	0,00	29.025.128,00	28.593.753,76	98,5	28.593.753,76	100,0
25	8.511.645,00	7.304.640,00	6.478.792,73	88,7	6.478.792,73	100,0
30	390.156.000,00	348.058.706,00	337.303.530,59	96,9	337.279.000,70	100,0
40	9.369.000,00	8.768.000,00	7.566.334,39	86,3	7.566.334,39	100,0
47	4.993.000,00	4.310.138,00	2.096.662,58	48,6	2.096.662,58	100,0
48	686.883.000,00	969.334.734,00	962.779.830,54	99,3	962.773.919,84	100,0
49	1.400.000,00	1.400.000,00	864.000,00	61,7	864.000,00	100,0
61	9.840.000,00	9.840.000,00	1.602.497,18	16,3	1.602.497,18	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>1.111.152.645,00</b>	<b>1.378.041.346,00</b>	<b>1.347.285.401,77</b>	<b>97,8</b>	<b>1.347.254.961,18</b>	<b>100,0</b>

Fonte: FESBA/DOP/Sicof Gerencial

**TABELA 32**  
**EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA POR PROGRAMA NA LINHA DE AÇÃO DA**  
**ATENÇÃO À SAÚDE COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE**  
**BAHIA, 2009**

Prog.	Orçado Inicial (A)	Orçado Atual (B)	Empenhado (C)	% (C/B)	Liquidado (D)	% (D/C)
127	13.645.645,00	14.157.766,00	13.228.657,43	93,4	13.228.657,43	100,0
128	33.795.000,00	46.795.646,00	46.263.176,70	98,9	46.263.176,70	100,0
129	825.103.000,00	1.094.670.013,00	1.081.680.413,99	98,8	1.081.674.503,29	100,0
130	17.944.000,00	10.254.090,00	10.246.299,33	99,9	10.246.299,33	100,0
131	17.323.000,00	13.915.897,00	10.905.867,49	78,4	10.905.582,49	100,0
132	180.473.000,00	174.122.832,00	171.013.727,61	98,2	171.013.727,61	100,0
133	22.869.000,00	24.125.102,00	13.947.259,22	57,8	13.923.014,33	99,8
<b>TOTAL</b>	<b>1.111.152.645,00</b>	<b>1.378.041.346,00</b>	<b>1.347.285.401,77</b>	<b>97,8</b>	<b>1.347.254.961,18</b>	<b>100,0</b>

Fonte: FESBA/DOP/Sicof Gerencial

Em razão da amplitude de suas ações, essa linha concentra o maior volume de recursos do orçamento da SESAB. O valor orçado e atualizado foi de aproximadamente R\$ 1,4 bilhão, dos quais já foram empenhados nesse período mais de R\$ 1,3 bilhão, ou seja, 97,8% do orçamento atual. Essa cifra contemplou despesas relacionadas aos incentivos financeiros; gerenciamento das unidades ambulatoriais e hospitalares; operação da rede credenciada e ampliação da assistência farmacêutica, incluindo medicamentos de alto custo, entre outras.

Houve um acréscimo nos recursos inicialmente orçados para essa linha de ação, em torno de R\$ 311,5 milhões, sendo R\$ 282,4 milhões na fonte 48 e R\$ 29 milhões na fonte 00. Foram necessárias anulações nas fontes 25, 30, 40, 47 que totalizaram R\$ 44,6 milhões.

Em relação ao desempenho da execução da despesa por fonte de recursos, merecem destaques pela expressividade dos valores aplicados durante o exercício de 2009, as fontes 48, 30 e 00 respectivamente, principalmente pela fonte 48, que empenhou 99,3% do valor orçado nesta fonte e de 71,5% em relação à despesa total empenhada nessa Linha de ação. Cabe salientar, que este gasto representou 47,9% de toda despesa realizada pela SESAB em 2009. O detalhamento da execução orçamentária e financeira por atividades e projetos desta linha, encontra-se evidenciado no anexo 17.

Universalidade, Equidade e Integralidade são princípios do SUS, assegurados na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080 de setembro de 1990, mas ainda representam um grande desafio para a gestão da saúde na Bahia na medida em que as intervenções atuais devem corrigir um déficit histórico na implantação do SUS no Estado.

Para olhar a saúde hoje, assim como qualquer política social é preciso resgatar a história, para perceber quais são as lacunas do sistema em termos de serviços ofertados e os problemas e necessidades de saúde da população a serem enfrentados. Não obstante, a Bahia, no início de 2007, possuía os piores indicadores de saúde da região Nordeste, uma cobertura assistencial das mais

baixas do país, inclusive no Programa de Saúde da Família – PSF, carência de profissionais de saúde e de leitos hospitalares (em especial leitos de UTI) e uma rede hospitalar sucateada e desabastecida.

O Governo do Estado na gestão 2007 – 2010 assume perante a população baiana os compromissos de expandir e qualificar a atenção básica, buscando incluir socialmente os que historicamente foram discriminados como quilombolas, indígenas, entre outros. De reorganizar a atenção especializada ambulatorial e hospitalar de forma a descentralizar os serviços de média e alta complexidade para todas as regiões do Estado, imprimindo através da regionalização maior resolutividade aos serviços, instituindo a Política de Atenção às Urgências buscando humanizar e assistir a população em todas as regiões do Estado.

Além dos compromissos acima explicitados, o Governo também se responsabilizou por promover a atenção integral à saúde das populações estratégicas e em situações especiais de agravo, bem como ampliar e qualificar a assistência farmacêutica, promovendo o uso racional de medicamentos e a assistência hematológica e hemoterápica de forma descentralizada e regionalizada.

## **7.1 COMPROMISSO 06 – ATENÇÃO BÁSICA COM INCLUSÃO SOCIAL E EQUIDADE - “SAÚDE DA FAMÍLIA DE TODOS NÓS”**

[PROGRAMA 128<sup>77</sup>]

### **Saúde da Família de Todos Nós**

A Estratégia Saúde da Família visa a reorientação da atenção à saúde, a medida que permite a mudança da lógica de atendimento de ações com caráter apenas curativo, para ações de prevenção, promoção da saúde e a proteção da sociedade.

---

<sup>77</sup> **Programa 128:** Expansão e Qualificação da Atenção Básica com Inclusão Social.

Com uma equipe mínima composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e de saúde bucal, além dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, cada equipe da Estratégia Saúde da Família - ESF atua sobre um determinado território cuja população é de aproximadamente 3.500 pessoas, respeitando sempre os limites geográficos, sanitários e epidemiológicos da região.

Pensada como a principal porta de entrada no SUS, a ESF, deve ser responsável por solucionar a maioria dos problemas de saúde da população e por organizar o caminho dos usuários dentro dos outros níveis de complexidade do sistema. Nessa perspectiva, cabe a todos os municípios garantir a Atenção Básica à Saúde de sua população expandindo, qualificando e gerindo sua rede de serviços e ações de saúde.

Mas especificamente na ESF, compete ao Ministério da Saúde - MS definir e rever as diretrizes e as normas de funcionamento, aos Estados acompanhar e pactuar estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado e aos municípios assegurar o funcionamento das equipes com qualidade, expandindo, qualificando e gerindo sua rede de serviços e ações de saúde.

Princípios como o acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade, devem orientar as ações da Estratégia Saúde da Família. Nessa perspectiva, o Governo do Estado intervém junto aos municípios para a consolidação de uma Atenção Básica na qual o cuidar não se restrinja ao corpo, mas extrapole o nível individual para atender as famílias e comunidades com ações que vão desde a prevenção de riscos e agravos, cura e reabilitação à promoção da saúde.

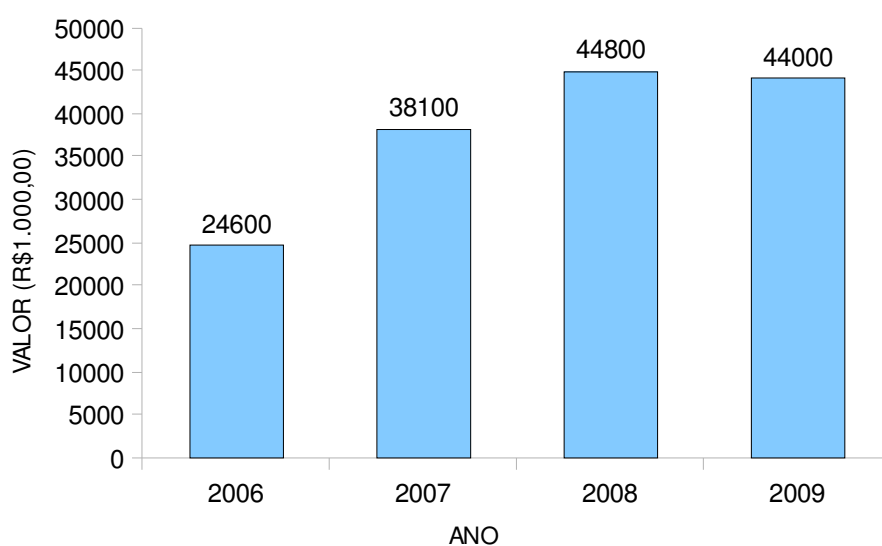
O Governo do Estado concebe ainda a expansão da Saúde da Família como uma estratégia de reorganização do modelo de atenção do SUS na Bahia, em busca da universalidade do acesso e da redução das iniquidades. Desta forma, vem apoiando os municípios no financiamento, organização dos serviços, construção e reforma de unidades, bem como na formação e desprecarização

dos vínculos dos trabalhadores.

### Incentivo Estadual para Saúde da Família<sup>78</sup>

Em 2007, o incentivo estadual repassado aos municípios por Equipe de Saúde da Família – ESF foi ampliado de R\$1,1 mil/mês para R\$ 1,5 mil/mês, além de terem sido incluídos os municípios com mais de 100 mil habitantes, onde se concentram cerca de 40% da população baiana. Somente no ano de 2009 a DAB autorizou o repasse de R\$44 milhões para custeio das equipes, um incremento de 15,5% em relação ao ano de 2007 e de 78,8% se comparado ao ano de 2006, quando foram aplicados R\$24,6 milhões, conforme gráfico 59.

**GRÁFICO 59**  
**INCENTIVO ESTADUAL PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**BAHIA, 2006/2009\***



Fonte: SESAB/Sais/Dab

\* Dados preliminares.

Ainda no escopo do financiamento, a SESAB tem orientado os gestores municipais sobre a gestão dos recursos da Atenção Básica visando alcançar maior regularidade no repasse de recursos e reduzir as situações de suspensão e bloqueio. Os gestores podem ter acesso aos instrutivos acerca do repasse de recursos via *web* no endereço eletrônico no link monitoramento e avaliação.

<sup>78</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2740 no PPA 2008 – 2011.

No tocante ao financiamento da Atenção Básica, cabe aos três entes federados (Governo Federal, Estados e Municípios) garantir o funcionamento dos serviços. Além do Piso da Atenção Básica – PAB em seu componente fixo, para financiar a Estratégia Saúde da Família, a Saúde Bucal, os Agentes Comunitários e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, cada município pode contar com mais recursos disponibilizados pela esfera federal de governo, através do Piso da Atenção Básica Variável – PAB-V com recursos para ESF e ESB.

Neste íterim, o Governo do Estado vem garantindo o incentivo financeiro de custeio das equipes, além de celebrar com os municípios, convênios de construção/reforma de unidades de saúde da família e aquisição de equipamentos de saúde, na “Saúde da Família de Todos Nós”. Assume um papel importante no fortalecimento da Atenção Básica, garantindo apoio institucional e financeiro aos municípios para que possam expandir e qualificar a Estratégia de Saúde da Família em seu território.

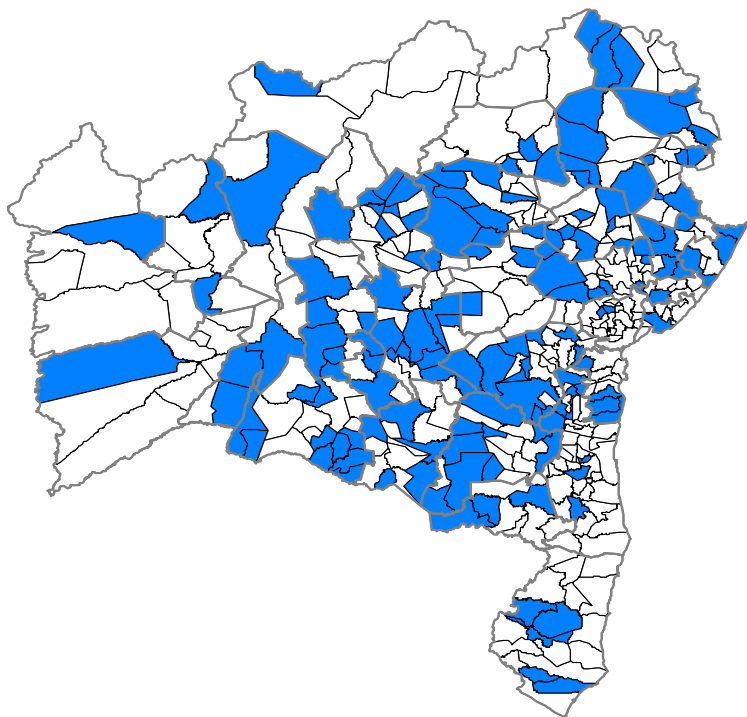
### **Construção de Unidades de Saúde da Família**

No período de 2007 a 2009, já foram construídas/reformadas 282 Unidades de Saúde da Família – USF<sup>79</sup> (239 USF construídas, 43 reformadas) e outras 68 USF estão em obras, beneficiando 167 municípios - (mapa 08) (Apêndice C). Até 2010 serão 400 novas USF beneficiando cerca de 1,4 milhões de pessoas em mais de 200 municípios.

---

<sup>79</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 3350, 3998, do Programa 135 e 1313 do Programa 127, no PPA 2008 – 2011;

**MAPA 08**  
**SAÚDE DA FAMÍLIA – MUNICÍPIOS CONTEMPLADOS COM NOVAS USF**  
**BAHIA, 2007 - 2009**

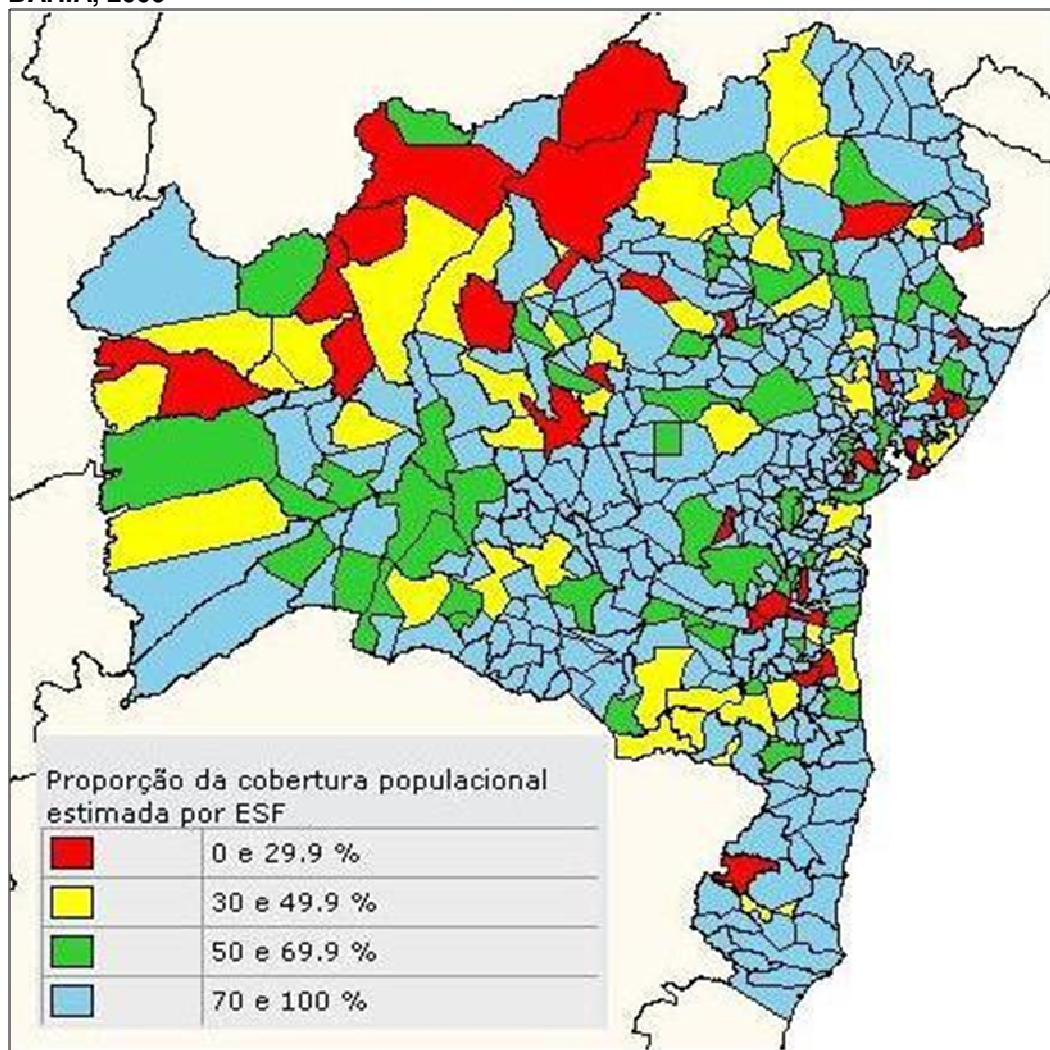


Fonte: SESAB/Sais/Dab

### **Expansão da Estratégia Saúde da Família**

Em 2009, a cobertura estimada de Saúde da Família chegou a 55,09%, tendo ocorrido, entre 2006 e 2009, um aumento de aproximadamente 18% no número de municípios com cobertura acima de 70% e redução de cerca de 50% no número de municípios com cobertura abaixo de 30% - mapa 09. Cabe destacar também que 81,32% da população baiana têm acesso aos serviços dos ACS.

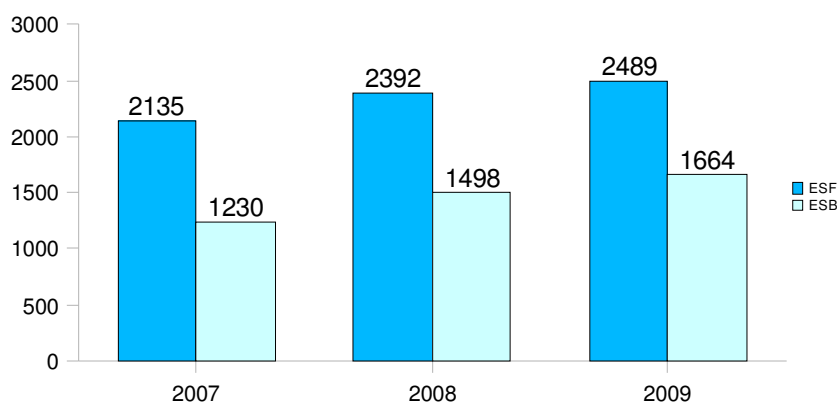
**MAPA 09**  
**FAIXAS DE COBERTURA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: GeoPortal de Informações em Saúde - Bahia

Atualmente, cerca de oito milhões de baianos são atendidos pela Estratégia. Com 2.489 equipes implantadas, 16,5% a mais que em 2007, onde tinham 2.135 equipes implantadas, a Estratégia, no período 2007-2009, ampliou o acesso para cerca de 900 mil pessoas que antes não eram beneficiadas com serviço de saúde próximo à sua casa. O número de equipes de saúde bucal implantadas chegou a 1.664 em 90,4% dos municípios (aumento de mais de 400 equipes em relação a 2007), com aproximadamente 66% das equipes de saúde da família contando com equipes de saúde bucal (gráfico 60).

**GRÁFICO 60**  
**NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM**  
**ATIVIDADE**  
**BAHIA, 2007 – 2009**



Fonte: MS/SAS/DAB

Ressalta-se ainda que entre 2007 e 2009 foram incorporados mais de 1.000 novos ACS, ampliando o acesso para cerca de 600 mil pessoas que antes não eram beneficiadas.

### **Criação da Carreira Saúde da Família**

A criação da Fundação Estatal Saúde da Família – FESF, co-gerida por gestores municipais, estaduais, trabalhadores e usuários, avançará na viabilização concreta de uma carreira comprometida com a Educação Permanente e com desenvolvimento do trabalhador, bem como na efetiva valorização, garantia de direitos e desprecarização dos trabalhadores da ESF, e na interiorização e fixação dos profissionais.

A carreira para Saúde da Família corrobora ainda para a equidade no SUS-BA sendo um importante fator regulador do mercado de trabalho, bem como para uma maior qualidade e longitudinalidade do cuidado, para o fortalecimento do vínculo com a comunidade e para a consolidação do trabalho em equipe.

As Fundações Estatais (FE) foram aprovadas pelo Conselho Estadual e Conferência Estadual de Saúde como uma das modalidades de gestão do SUS-BA. A partir de vários debates públicos e a constituição da Comissão Paritária do Conselho Estadual de Saúde que analisou e aprovou o projeto da

Fundação Estatal Saúde da Família – BA, em dezembro de 2007 a Lei Complementar das FE foi aprovada na Assembléia Legislativa.

Em maio de 2009, havia 69 municípios como co-instituidores na Escritura Pública da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) que vai promover o primeiro programa no Brasil de desenvolvimento interfederado da Estratégia de Saúde da Família e a primeira carreira brasileira de abrangência estadual para os profissionais que trabalham nas equipes de saúde da família.

Em julho, após parecer favorável do Ministério Público da Bahia, a FESF-SUS foi Registrada no Cartório e hoje já conta com mais de 240 municípios aderidos, o que representa quase 1.400 equipes de saúde da família das mais de 2.500 cadastradas no SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde com a possibilidade de constituírem, após concurso público, o quadro funcional da fundação.

Após a instituição foram eleitos os representantes do Conselho Curador, que é o espaço colegiado e deliberativo da FESF. Foi então elaborada por este Conselho uma nova proposta de adesão dos municípios à FESF: O Programa de Desenvolvimento Interfederado da Estratégia de Saúde da Família da Bahia como um programa do SUS-Bahia.

A Fundação Estatal Saúde da Família - FESF estará realizando concurso público em 2010 e contratando, pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), os profissionais da Estratégia Saúde da Família para todos os municípios da Bahia que aderirem.

### **Desprecarização das Relações de Trabalho dos ACS<sup>80</sup>**

Os Agentes Comunitários de Saúde - ACS exercem atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças com ações domiciliares e comunitárias, individuais e coletivas desenvolvidas em conformidade com as Diretrizes do

---

<sup>80</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2745 no PPA 2008 – 2011.

SUS e sob a supervisão do gestor local. Para tanto, devem residir na área da comunidade em que atuar se constituindo senão o maior, um dos mais importantes elos entre as famílias e as unidades de saúde.

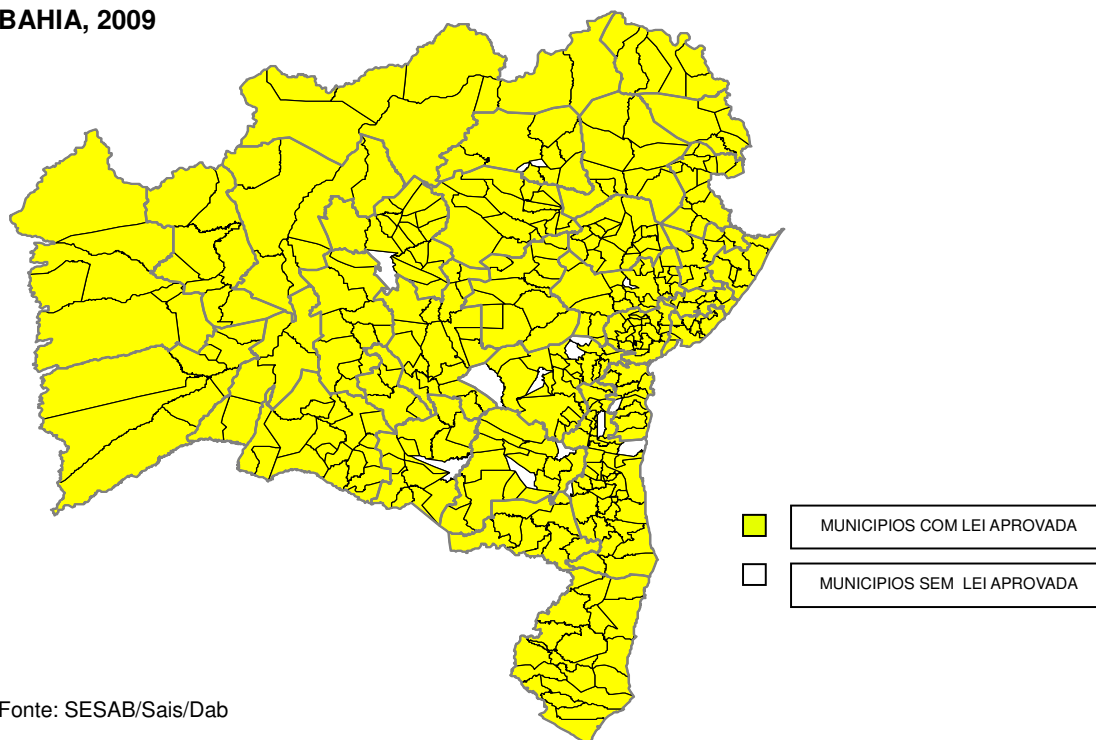
Ainda que a Constituição Federal tenha assegurado no texto constitucional no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II – Da Saúde no seu § 4º que “os gestores locais do SUS poderão admitir ACS de e Agentes de Combate às Endemias – ACE por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação” a profissão dos ACS foi criada com a Lei Federal nº. 10.502/2002.

Somente no ano de 2006 com a Emenda Constitucional – EC 51, de 14 de fevereiro de 2006 e a Lei Federal nº. 11.350 de 05 de outubro de 2006 garantiram-se o respeito aos direitos destes profissionais e a possibilidade da contratação direta pelos municípios através de seleções públicas.

Nesse contexto, o incentivo à ampliação e desprecarização do trabalho dos ACS tem por objetivo garantir os direitos trabalhistas e a valorização desses trabalhadores do SUS. As intervenções do Estado incluem assessoria aos municípios para elaboração das leis municipais de regularização do vínculo empregatício dos ACS, produção de cartilhas para orientação do conjunto da sociedade, cartilha de bolso para cada agente e articulação com a Escola de Formação Técnica para curso de formação desses profissionais.

Os avanços da política de desprecarização do trabalho dos ACS na Bahia podem ser evidenciados com a aprovação da Lei Municipal que regulariza o vínculo desses trabalhadores em 403 municípios (97% dos municípios do Estado), ampliando de menos de 5% em 2006 para 98% ao final de 2009 o percentual de ACS com direitos trabalhistas e previdenciários garantidos - mapa 10. Hoje, apenas 14 municípios ainda não aprovaram lei municipal para regularizar a contratação dos ACS

**MAPA 10  
MUNICÍPIOS COM LEI DE ACS APROVADA  
BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB/Sais/Dab

### **Saúde da Família para Valer**

O Projeto “Saúde da Família para Valer” corresponde à síntese e articulação de várias ações voltadas para a qualificação e desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde em toda a Bahia. É composto por ações que articulam todos os Projetos Prioritários da Atenção Básica no Estado, em especial, as responsabilidades de financiamento, coordenação, educação permanente e apoio institucional.

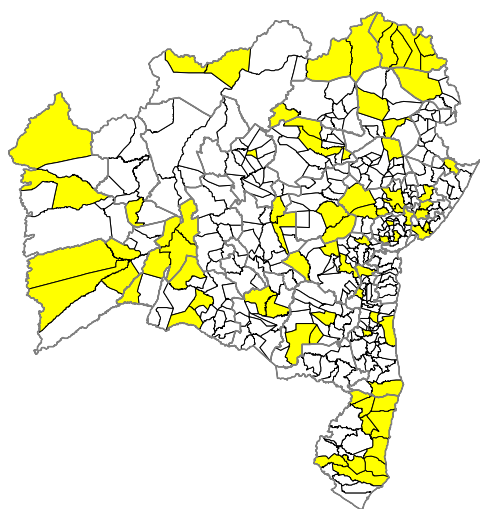
O Governo da Bahia tem trabalhado não somente com a expansão, como também, com a qualificação da Atenção Básica, intervindo desde a reorganização do processo de trabalho das equipes à implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, em parceria com o Ministério da Saúde e a Internação Domiciliar. Concomitantemente à ampliação das ações e serviços oferecidos a população baiana, tem-se investido ainda no papel coordenador, normatizador e regulador do Governo do Estado no desenvolvimento da política de Atenção Básica.

Atualmente, a ESF conta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF para dar suporte e apoio matricial, podendo incluir outros profissionais, como pediatra, ginecologista, psiquiatra, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, terapeuta ocupacional, dentre outros.

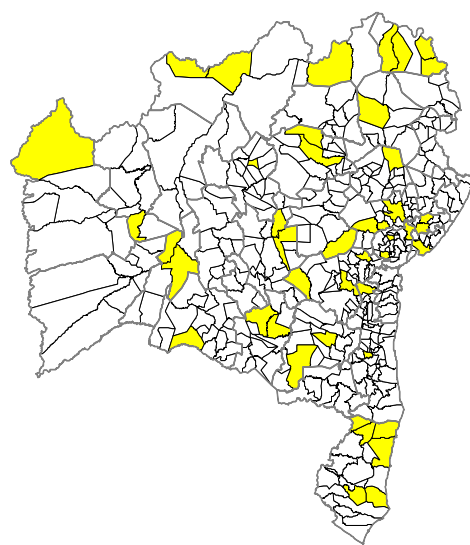
Os NASF se constituem em uma potente estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das equipes de saúde da família, bem como sua resolubilidade, uma vez que promove a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica. Tem como principal operação o apoio matricial para atuarem em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade destas.

Dividido em oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/adolescente/adulto jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica, o NASF, não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família. No período de 2007 à 2009 foram aprovados pela CIB/BA 110 NASF em 79 municípios da Bahia (mapa 11), destes, foram implantados 64 NASF em 45 municípios (mapa 12).

**MAPA 11  
MUNICÍPIOS COM NASF APROVADOS  
EM CIB  
BAHIA, 2009**



**MAPA 12  
MUNICÍPIOS COM NASF IMPLANTADO  
BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB/Sais/Dab

Durante o ano de 2009, a SESAB realizou o I Encontro Baiano dos Trabalhadores do NASF, na I Mostra Estadual de Saúde da Família, proporcionando um espaço de avaliação e troca de experiências acerca da situação, funcionamento, avanços, desafios e resultados dos NASF na Bahia.

Dentre os diversos subprojetos que a SESAB possui, se destacam a implantação das Linhas de Cuidado na Atenção Básica, a nova Política de Avaliação e Monitoramento, o GeoPortal de Informações em Saúde, nova regulamentação estadual da Atenção Básica e a rede solidária de acompanhamento, monitoramento, avaliação e regulação da Atenção Básica no Estado composta pela Auditoria, Ministério Público, Ouvidoria, Controle Social e Secretarias Municipais e Estadual de Saúde.

Uma parceria estabelecida com o COSEMS-BA, Ministério da Saúde e Grupo Hospitalar Conceição - GHC, possibilitou ainda que os 28 municípios pólos de microrregião aderissem a projeto de implantação dos Núcleos Microrregionais de Educação Permanente e das Linhas de Cuidado para a Atenção Básica.

Através da atuação dos apoiadores institucionais, 372 municípios do Estado da Bahia foram acompanhados<sup>81</sup> a partir de visitas técnicas e/ou Oficinas para pactuação, avaliação e cooperação junto ao gestor municipal para desenvolvimento e qualificação da Atenção Básica.

O GeoPortal de Informações em Saúde, já em funcionamento, pode ser acessado pelo endereço eletrônico <http://geolivresaud.ba.gov.br> e se constitui em uma sala de situação virtual com base em software livre que possibilita à sociedade o acompanhamento de indicadores de saúde do estado e dos municípios.

De fácil acesso, o GeoPortal é uma ferramenta com elevado potencial de qualificar a integração e o uso da informação em saúde, os processos de

---

<sup>81</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2750 no PPA 2008 – 2011;

implantação de Linhas de Cuidado, monitoramento e avaliação e fortalecimento do controle social. O fato de utilizar software livre fortalece a política da inclusão digital do acesso à informação e possibilita integração e troca do sistema para outros estados, regiões e municípios.

The image shows a screenshot of a web browser displaying the 'Geoportal de Informações em Saúde' website. The browser's address bar shows 'Destques do Governo'. The website header features the Bahia logo with the slogan 'TERRA DE TODOS NÓS' and the text 'Secretaria da Saúde'. The main title is 'Geoportal de Informações em Saúde', with a subtitle 'Salvador Bahia, 6 de Janeiro de 2010'. The content area is divided into three columns. The left column is titled 'Mapas Georeferenciados com Informações em Saúde' and contains a map of Bahia with various municipalities colored in red, yellow, and green. The middle column is titled 'Geoportal de Informações em Saúde' and contains three paragraphs of text describing the portal's purpose and benefits. The right column contains logos for 'Bahia', 'SAÚDE DA FAMÍLIA DE TODOS NÓS', 'PDR-2007', and 'PIS'. At the bottom of the page, there is a 'Parceria PRODEB' logo and the text 'Secretaria da Saúde do Estado da Bahia'.

**Mapas Georeferenciados com Informações em Saúde**

**Geoportal de Informações em Saúde**

O GeoPortal de Informações em Saúde é uma sala de situação virtual com base em software livre que possibilita à sociedade o acompanhamento de indicadores de saúde do estado e dos municípios.

De fácil acesso, é uma ferramenta com elevado potencial de qualificar a integração e o uso da informação em Saúde, os processos de implantação de Linhas de Cuidado, Monitoramento e Avaliação e fortalecimento do controle social.

O fato do GeoPortal utilizar software livre fortalece a política da inclusão digital do acesso a informação e possibilita integração e troca do sistema para outros estados, regiões e municípios.

Esta iniciativa reafirma o compromisso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB com a população baiana na construção de uma nova Bahia, construindo um SUS de Todos Nós, com qualidade, democrático e participativo.

**Parceria PRODEB**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

### “O SUS é uma Escola” na Atenção Básica

Por todas as políticas orientadoras da “Saúde da Família de Todos Nós” perpassa a necessidade de grande investimento na qualificação dos atores que constroem a Atenção Básica cotidianamente: trabalhadores, gestores e usuários. Para atender a esta demanda, o “O SUS é uma Escola” representa um importante projeto para a saúde na Bahia.

Através deste projeto, a Educação Permanente propõe um processo longitudinal de reflexão sobre a realidade do trabalho, que se constrói ao longo da carreira e que está comprometida com a articulação entre a teoria e a prática.

Nesse contexto, em 2009, foram iniciados os cursos de Especialização em Saúde da Família e Especialização em Gestão da Atenção Básica, ambos com ênfase em implantação de Linhas de Cuidado, envolvendo, 443 profissionais, sendo 125 enfermeiros, 104 odontólogos, 84 médicos e 130 gestores. Foi concluído, ainda, o curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica com ênfase em Coordenação e gerenciamento de processo de trabalho, iniciado em 2008, do qual participaram 159 profissionais responsáveis pela Atenção Básica em 78 Secretarias Municipais de Saúde e 31 DORES, além de profissionais envolvidos com a Atenção Básica da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA.

Cabe destaque ainda a realização da I Mostra Estadual de Saúde da Família realizada pela SESAB no Centro de Convenções do município de Salvador, onde durante três dias, mais de 3.000 pessoas entre gestores, profissionais de saúde, usuários, estudantes, docentes e pesquisadores discutiram e trocaram experiências, com vistas a fortalecer o ideário da Atenção Básica como política de organização das redes de atenção à saúde.

## **7.2 COMPROMISSO 07 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA REGIONALIZADA, RESOLUTIVA E QUALIFICADA BASEADA EM LINHAS DE CUIDADO E CONSIDERANDO AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO**

[PROGRAMA 129<sup>82</sup>]

Para reorganizar a atenção especializada ambulatorial e hospitalar de forma regionalizada e resolutive, estabelece-se como prioridade a organização das redes assistenciais<sup>83</sup> de forma descentralizada e hierarquizada, em conformidade com o desenho territorial do Estado, por meio do seu Plano Diretor de Regionalização (PDR), buscando uma maior otimização e racionalização na oferta e na utilização dos serviços de saúde.

### **A construção das Redes Assistenciais**

O processo de construção das redes assistenciais envolve uma articulação com os municípios, onde a SESAB desenvolve um trabalho de assessoria técnica com vistas à sua organização. Estas devem ser compreendidas como ferramentas estratégicas para garantir o acesso da população às ações de saúde, de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

Neste processo fez-se necessário uma avaliação das condições objetivas dos hospitais para implantação das unidades assistenciais de alta complexidade, identificando-se a necessidade de readequação de espaço físico (reforma/ampliação/construção), aquisição de equipamentos/materiais permanentes, ampliação e/ou capacitação de recursos humanos, adequação e/ou ampliação de serviços de apoio diagnóstico.

### **Rede Estadual de Atenção Oncológica**

Dando continuidade ao processo de ampliação da rede assistencial pública em

---

<sup>82</sup> **Programa 129:** Reorganização da Atenção Especializada.

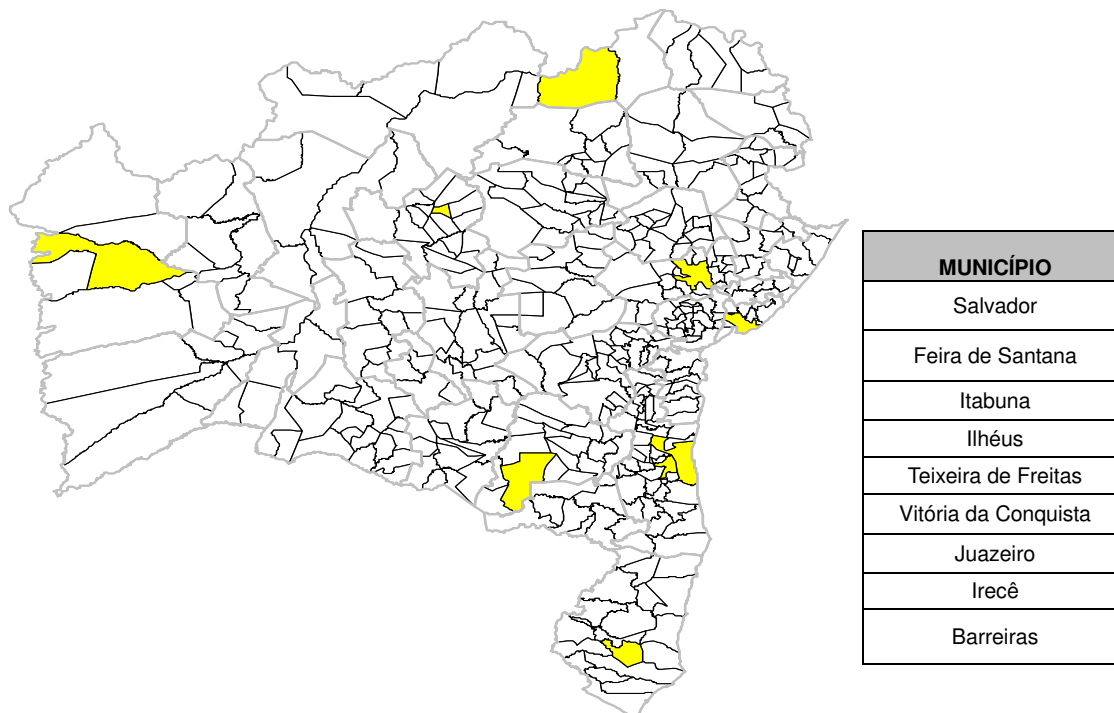
<sup>83</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 1841 no PPA 2008 – 2011;

oncologia foram habilitados, através da Portaria SAS/MS nº. 62/09, o Hospital Aristides Maltez (HAM) como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e seis estabelecimentos de saúde com Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), são estes: Santa Casa de Misericórdia de Itabuna, Hospital São Rafael (HSR), Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), Hospital Santa Izabel (HSI), Hospital Martagão Gesteira (HMG) e Hospital Santo Antônio (HSA).

Ainda em 2009 foi habilitado o Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) de Feira de Santana como UNACON com radioterapia (Portaria SAS/MS nº. 235/2009) e aprovado pela CIB/BA, Resolução nº. 152/2009 a habilitação do Hospital São José Maternidade Santa Helena/Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ilhéus como UNACON. Salienta-se também o avanço na implantação da UNACON no Hospital Regional de Juazeiro em conjunto com o Ministério da Saúde (MS)/ Instituto Nacional de Câncer (INCA) com vistas ao atendimento da macrorregião interestadual Pernambuco/Bahia do Vale do Médio do São Francisco.

No ano de 2009, foram realizados 384.781 procedimentos em oncologia, incluindo cirurgias oncológicas, procedimentos quimioterápicos e radioterapia. O mapa 13 apresenta a distribuição das unidades assistenciais de alta complexidade em oncologia no Estado.

**MAPA 13**  
**REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO EM ONCOLOGIA (em processo de habilitação)**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB/SAIS/DAE

**QUADRO 31**  
**DESENHO DA REDE DE ONCOLOGIA**  
**BAHIA, 2009 - 2011**

MUNICÍPIO	CACON / UNACON		
	HABILITADOS	EM PROCESSO DE HABILITAÇÃO	IMPLANTAÇÃO EM 2010/2011 (1)
Salvador	Hospital Aristides Maltez; Hospital São Rafael; Hospital Santa Izabel; Hospital Santo Antonio; Hospital Universitário Professor Edgar Santos; Hospital Martagão Gesteira	Hospital Geral Roberto Santos	
Feira de Santana	Hospital Dom Pedro de Alcântara		
Itabuna	Santa Casa de Misericórdia /Hospital Calixto Midlej Filho		
Ilhéus Teixeira de Freitas Vitória da Conquista		Hospital São José /Santa Casa de Misericórdia Hospital Municipal de Teixeira de Freitas Hospital Geral de Vitória da Conquista	
Juazeiro Irecê Barreiras		Hospital Regional de Juazeiro	Hospital Mário Dourado Sobrinho; Hospital do Oeste

Fonte: SESAB/Sais/Dae

Encontra-se em processo de habilitação o Complexo Hospitalar Hospital Geral Roberto Santos/CICAN em Salvador, o Complexo Hospitalar com radioterapia do Hospital Geral de Vitória da Conquista/ONCOMED, em Vitória da Conquista, o Hospital São José em Ilhéus, Hospital Municipal de Teixeira de Freitas, e o Hospital Regional de Juazeiro.

O Governo do Estado tem trabalhado ainda para o combate ao câncer do colo de útero e mama, sendo as principais causas de óbitos em mulheres com idade fértil. Para tanto, está construindo um projeto de atenção oncológica no Estado que prevê a capacitação de profissionais da Atenção Básica para a realização do exame papanicolau, além do apoio técnico aos municípios na alimentação dos sistemas de informação e no desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e cura.

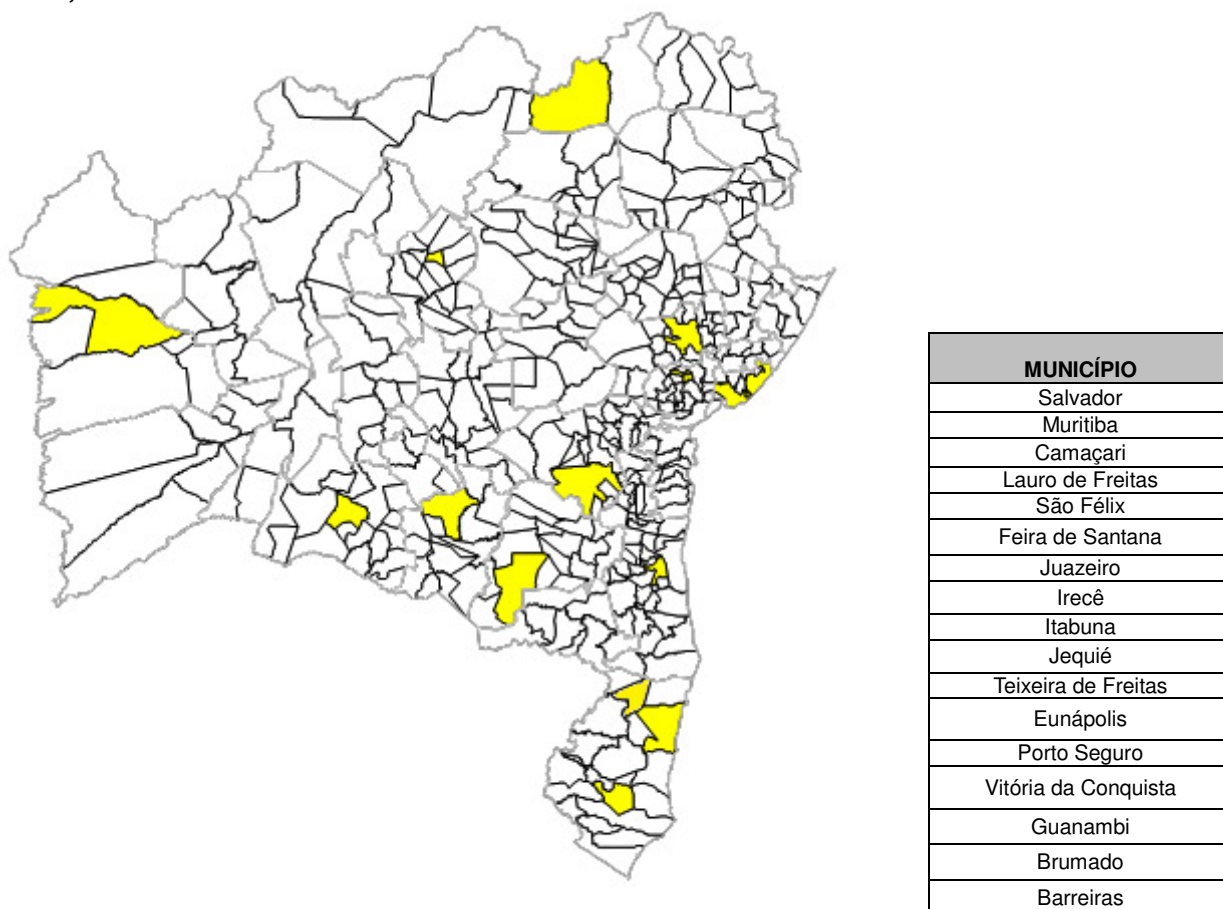
### **Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia**

No ano de 2009, destaca-se a aprovação, pela CIB/BA, através da Resolução nº 82 de 2009, da proposta de conformação da rede, abrangendo sete macrorregiões de saúde com 35 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oftalmologia, ora em processo de habilitação.

Salienta-se, também neste ano, a implementação da assistência ao Recém Nascido com o Teste do Olhinho (Teste do Reflexo Vermelho) e Retinopatia da Prematuridade nos seguintes hospitais e maternidades: Maternidade Climério de Oliveira, Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), Maternidade José Maria de Magalhães Netto, Maternidade Albert Sabin, Maternidade Tsyla Balbino, Hospital Menandro de Farias, Hospital João Batista Caribé, bem como a realização do Curso de Emergências Oftalmológicas para 37 profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU do município de Paulo Afonso.

O mapa 14 mostra os municípios com unidades em processo de credenciamento e habilitação que deverão compor a rede estadual de atenção oftalmológica.

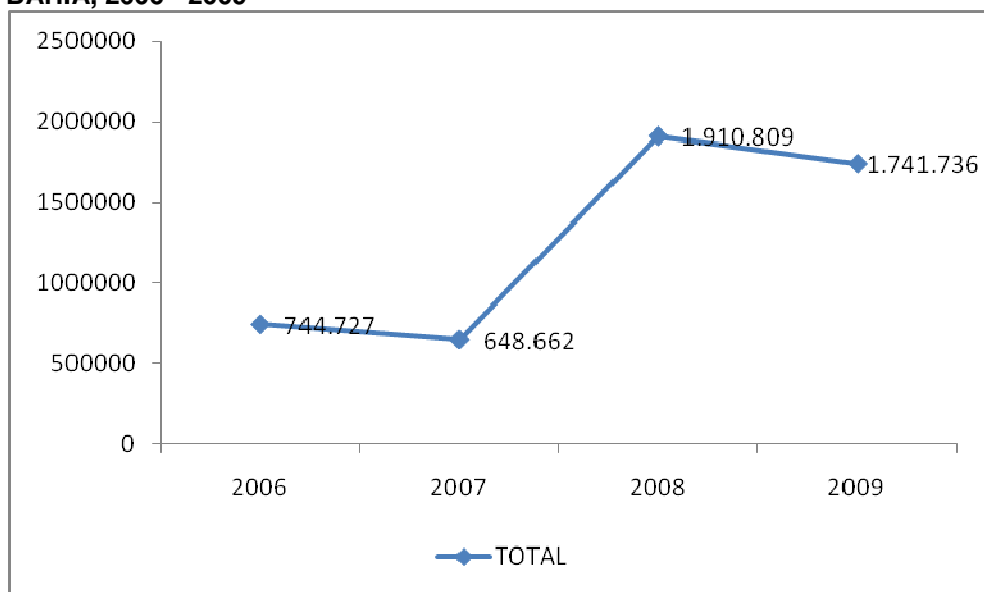
**MAPA 14**  
**REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO OFTALMOLÓGICA (em processo de habilitação)**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB/SAIS/DAE

O gráfico 61 que mostra a produção ambulatorial e hospitalar em oftalmologia no Estado permite observar um incremento substancial na produção a partir do ano de 2008. Somente em 2009, registrou-se uma produção de 1.741.736 procedimentos, incluindo consultas oftalmológicas, exames diagnósticos e internações hospitalares, um aumento de 134% se comparado ao ano de 2006 cuja produção foi de 744.727 procedimentos.

**GRÁFICO 61**  
**PRODUÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR EM OFTALMOLOGIA**  
**BAHIA, 2006 - 2009**



Fonte: SESAB/Sais/Dae

Com o intuito de melhorar o rendimento dos alunos e a redução das taxas de evasão escolar, o Governo deu prosseguimento às atividades do Programa Estadual de Atenção Oftalmológica em articulação com o programa Todos pela Alfabetização (TOPA), o qual tem como objetivo garantir atendimento oftalmológico integral aos alfabetizandos cadastrados no programa, incluindo consulta e fornecimento de óculos, propiciando condições de saúde ocular favoráveis ao aprendizado.

### **Rede Estadual de Atenção Cardiovascular**

No ano de 2009, a Rede de Atenção Cardiovascular teve sua oferta ampliada com a habilitação do Hospital São Vicente de Paula/Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista, através da Portaria SAS/MS nº. 113/2009, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular (UAACCV).

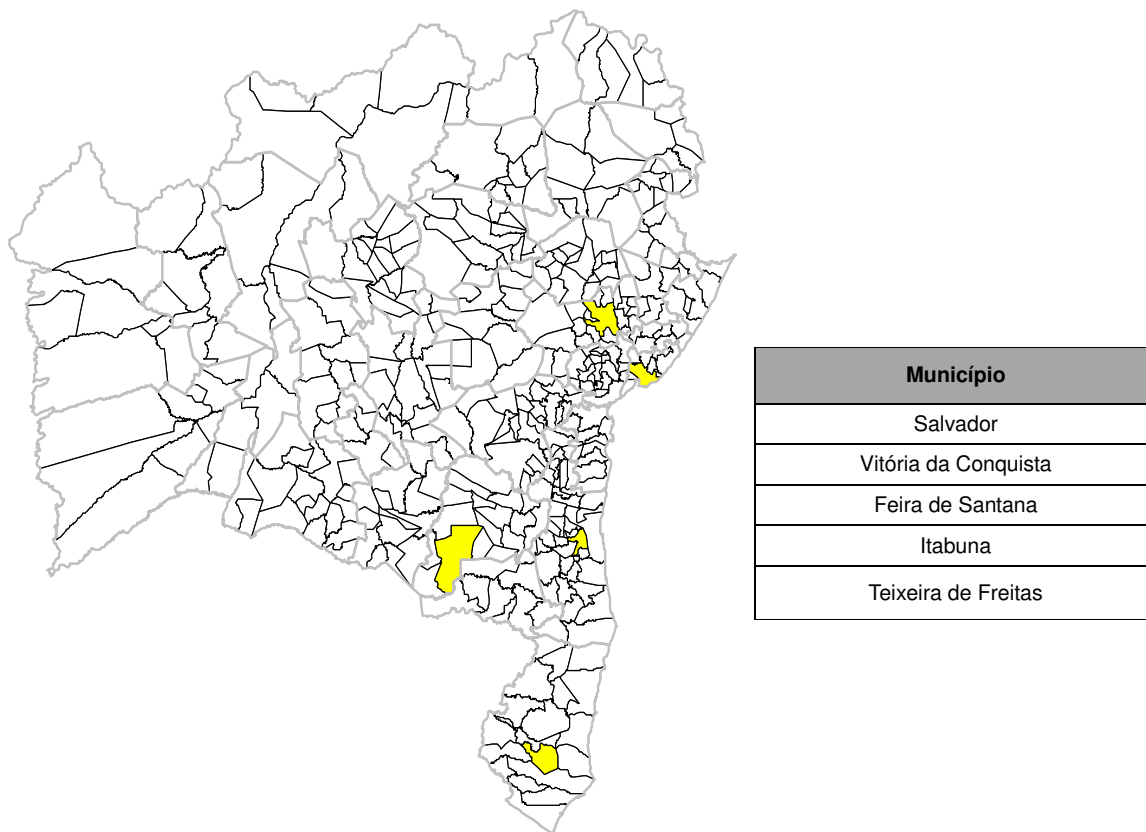
Destacam-se também, neste ano, o lançamento do Manual de Urgências e Emergências Cardiovasculares, em evento realizado no Hospital Geral Roberto Santos, que contou com a participação de 200 profissionais, bem como a

realização do I Seminário sobre Feridas de Membros Inferiores e o lançamento do Manual de Condutas para Tratamento de Úlceras em Hanseníase e Diabetes/MS para 60 participantes de cidades de todo o Estado.

Visitas técnicas foram realizadas pela SESAB ao Hospital ProMater em Juazeiro, ao Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF) e Santa Casa de Misericórdia em Itabuna e ao Hospital Municipal de Teixeira de Freitas - HMTF com vistas à implantação de UAACCV nestes municípios. Foi aprovada pela CIB/BA, a Resolução nº. 156/2009, da habilitação do HCMF em Itabuna como UAACCV.

Foram firmados contratos emergenciais pela SESAB com a Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana (Dom Pedro de Alcântara) e o Hospital de Teixeira de Freitas para oferta de procedimentos de alta complexidade em cardiologia enquanto não encerra o processo de habilitação destes serviços junto ao Ministério de Saúde.

**MAPA 15**  
**REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR (em processo de habilitação)**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB/SAIS/DAE

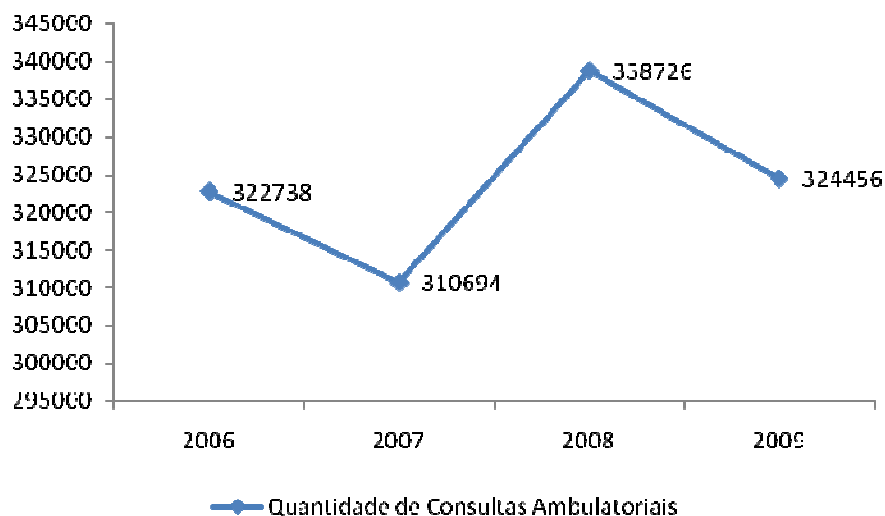
**REDE DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR  
BAHIA, 2009 - 2011**

MUNICÍPIO	UAACCV		
	HABILITADOS	EM HABILITAÇÃO	IMPLANTAÇÃO EM 2010/2011
Salvador	Hospital Geral Roberto Santos; Hospital Ana Neri; Hospital São Rafael; Hospital Santa Izabel; Hospital Universitário Professor Edgar Santos; Hospital Espanhol; Hospital Português.		
Feira de Santana		Hospital Dom Pedro de Alcântara/Santa Casa de Misericórdia	
Itabuna		Hospital Calixto Midlej Filho	
Teixeira de Freitas			Hospital Municipal de Teixeira de Freitas
Juazeiro			PROMATER

Fonte: SESAB/Sais/Dae

No ano de 2009, foram realizadas 324.456 consultas médicas em cardiologia no Estado, um incremento de 4,4% em relação ao ano de 2007 quando foram realizadas 310.694 consultas e de 0,5% se comparado ao ano de 2006, tendo sido realizadas 322.738 consultas.

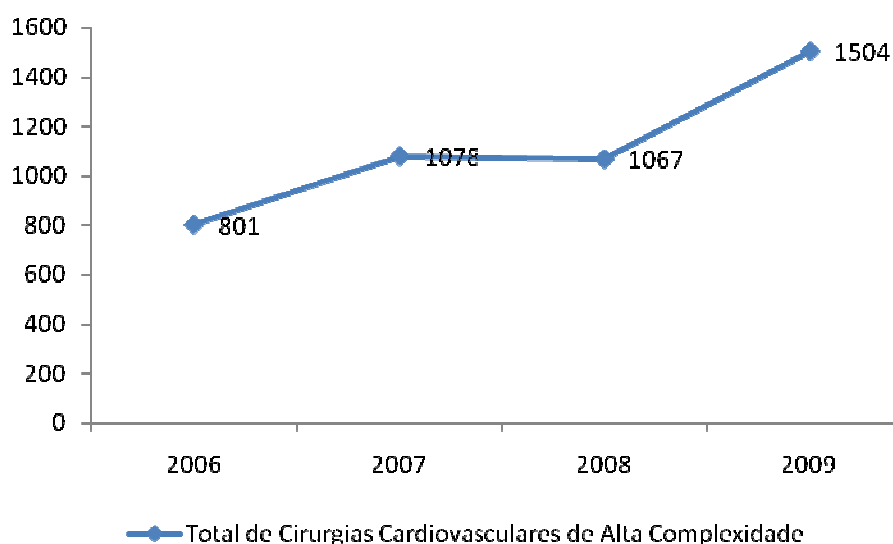
**GRÁFICO 62  
CONSULTAS MÉDICAS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA  
BAHIA, 2006 – 2009**



Fonte: SESAB/Sais/Dae

Quanto às cirurgias cardiovasculares de alta complexidade, foram realizadas no ano 1.504 intervenções cirúrgicas, um incremento de 415 em relação ao ano de 2008 quando foram realizadas 1.067 cirurgias e de 87,7% se comparado ao ano de 2006 (801 cirurgias de alta complexidade).

**GRÁFICO 63**  
**CIRURGIAS CARDIOVASCULARES DE ALTA COMPLEXIDADE**  
**BAHIA, 2006 - 2009**



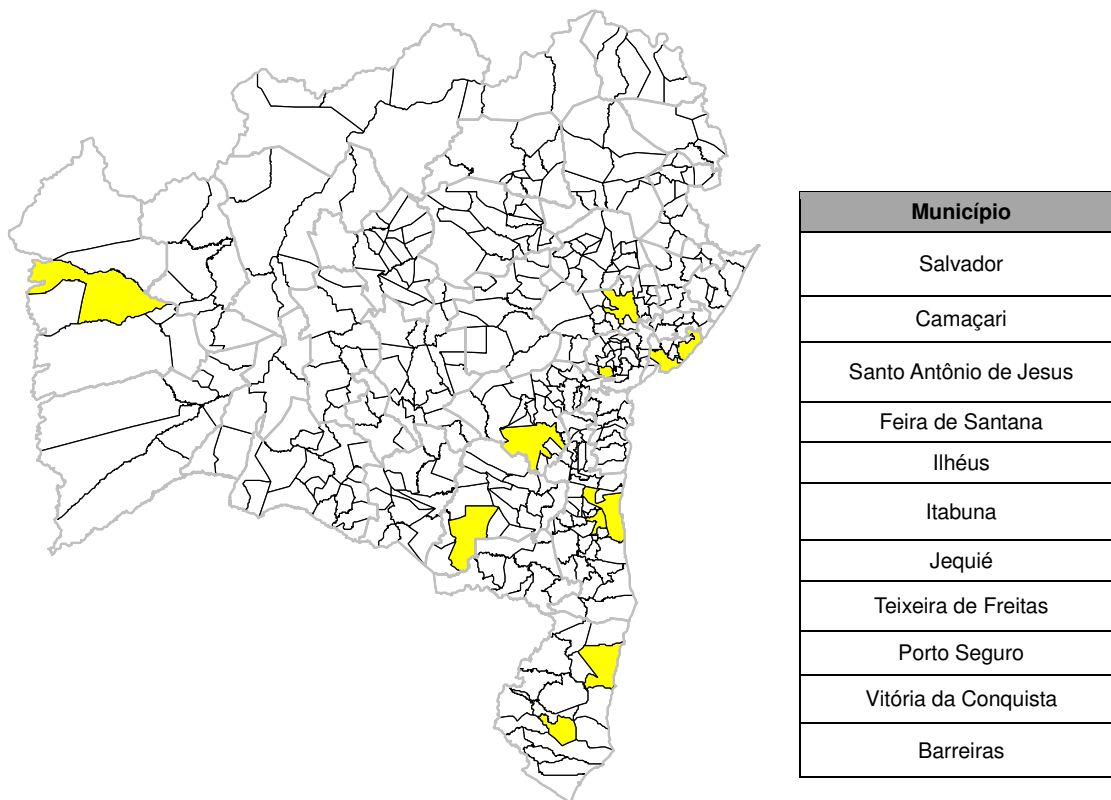
Fonte: SESAB/Sais/Dae

### **Rede Estadual de Assistência ao Paciente Neurológico**

Em 2009 foi elaborada uma proposta para reestruturação da assistência ao portador de doença neuro-muscular. Com um investimento de cerca de R\$ 2 milhões, onde foram adquiridos microscópios para neurocirurgia, equipando a rede hospitalar composta pelo: Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Hospital Geral do Estado (HGE), Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), Hospital do Oeste (HO) e Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA).

Destaca-se ainda, a ampliação da oferta na Atenção em Neurologia, com aprovação pela CIB/BA, através da resolução nº. 81, do processo de habilitação do Hospital Geral Prado Valadares (HGPDV), em Jequié, como Unidade de Assistência em Alta Complexidade (UAAC) em Neurocirurgia. O mapa 16 mostra os municípios com unidades de neurologia/neurocirurgia.

**MAPA16**  
**REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO EM NEUROLOGIA (em processo de habilitação)**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB/SAIS/DAE

### **Rede Estadual de Assistência em Traumato-Ortopedia**

No ano de 2009 foi iniciado o processo de reorganização da Rede Estadual de Atenção em Traumatologia e Ortopedia, definindo-se pela implantação de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia (UAACTO) nos municípios-pólo das Macrorregiões e pela organização da Rede de Média Complexidade nas Microrregiões de Saúde do Estado – Resolução CIB/BA nº 119/2009. A elaboração desta proposta baseou-se na Portaria SAS/MS Nº 90 de 27/03/2009.

Também nesta portaria o credenciamento / habilitação das UAACTO existentes no Estado foi avaliado e atualizado através: Hospital Geral do Estado (HGE), Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HGESF), Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), Hospital Santa Izabel (HSI), Hospital Santo Antônio (HSA), Hospital São Rafael (HSR),

Hospital Espanhol (HE), Hospital Martagão Gesteira (HMG) e Hospital SARAH. Ampliou-se ainda, neste ano, a oferta, com a habilitação do Hospital Manoel Vitorino (HMV) como UAACTO pelo MS (Portaria SAS/MS nº. 125, de 29/04/2009).

Neste período, diversas Unidades hospitalares da rede própria e complementar do Estado (capital e interior) foram visitadas, com o objetivo de mapear o funcionamento da rede e identificar aquelas que poderiam ser habilitadas como UAACTO: Hospital Geral Roberto Santos (HGRS - Salvador), Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA - Feira de Santana), Hospital Geral Menandro de Farias (HGMF - Lauro de Freitas), Hospital Geral de Camaçari (HGC - Camaçari), Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ - Santo Antônio de Jesus), Hospital Municipal de Teixeira de Freitas (HMTF - Teixeira de Freitas), Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães (HBLEM - Itabuna), Hospital Geral Luís Viana Filho (HGLVF - Ilhéus), Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães (HRDLEM - Porto Seguro), Hospital Regional Dantas Bião (HRDB - Alagoinhas), Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC - Vitória da Conquista) e Hospital do Oeste (HO - Barreiras).

Destacam-se ainda a elaboração de protocolos clínicos para atendimento domiciliar aos pacientes com infecção óssea, vítimas de trauma raquimedular e com fraturas expostas aguardando 2º tempo cirúrgico, bem como a aprovação pela CIB/BA da habilitação do Hospital Municipal de Teixeira de Freitas como UAACTO, publicada na Resolução nº. 155/2009 e a realização do I Curso de Urgências e Emergências em Ortopedia e Traumatologia no Hospital do Oeste em Barreiras para 27 profissionais.

**QUADRO  
PROPOSTA DE CONFORMAÇÃO DA REDE DE TRAUMATO-ORTOPEDIA  
BAHIA, 2009 – 2011.**

<b>MUNICÍPIO UAACTO</b>		
<b>HABILITADOS NA PORTARIA SAS/MS Nº 90 DE 23/03/2009</b>	<b>EM PROCESSO DE HABILITAÇÃO</b>	<b>COM POTENCIAL DE IMPLANTAÇÃO 2010 E 2011</b>
<b>Salvador</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Geral do Estado;</li> <li>• Hospital Geral Ernesto Simões Filho;</li> <li>• Hospital Espanhol;</li> <li>• Hospital Universitário Professor Edgar Santos;</li> <li>• Hospital Santa Izabel;</li> <li>• Hospital Santo Antonio;</li> <li>• Hospital Geral Roberto Santos;</li> <li>• Hospital São Rafael;</li> <li>• Hospital Martagão Gesteira;</li> <li>• Hospital Manoel Vitorino;</li> <li>• Hospital Sarah;</li> </ul>		
Santo Antônio de Jesus		Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus
Juazeiro - Interestadual (Petrolina)		
Feira de Santana		Hospital Geral Clériston Andrade
Jacobina		HATS
Itabuna		Hospital de Base Luiz Eduardo Magalhães
Teixeira de Freitas	Hospital Municipal de Teixeira de Freitas	
Barreiras		Hospital do Oeste
Vitória da Conquista		Hospital Geral de Vitória da Conquista
Alagoinhas		Hospital Regional Dantas Bião

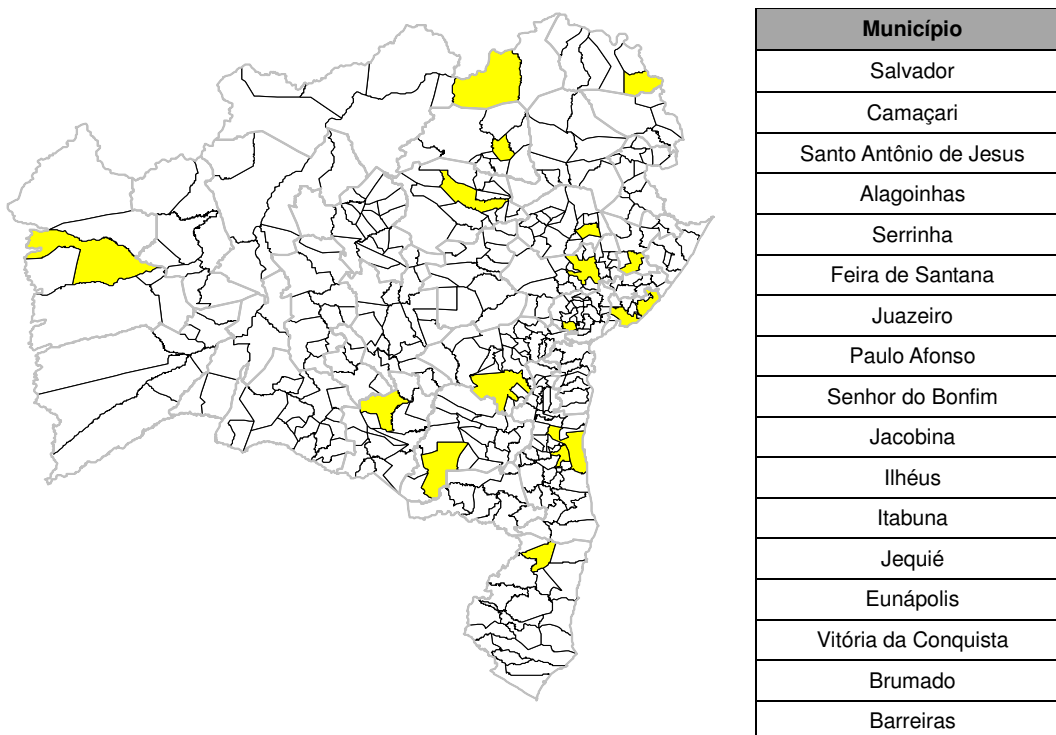
Fonte: SESA/Sais/Dae

### **Rede de Assistência em Nefrologia**

Quanto à atenção em nefrologia, destaca-se em 2009 a realização de quatro eventos científicos voltados para a implementação e qualificação da rede: I Simpósio Estadual sobre Diálise Peritoneal no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), o I e II Curso Estadual de Diálise Peritoneal no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) e o II Simpósio Estadual sobre Prevenção da Doença Renal Crônica, com a participação de 526 profissionais.

Destaca-se ainda a reestruturação da Comissão Estadual de Nefrologia (Portaria SESAB nº. 634/2009), a ampliação da oferta com a habilitação de 02 novos Serviços de Nefrologia nos municípios de Senhor do Bonfim e Brumado, a aprovação pela CIB/BA do Plano de Implementação da Diálise Peritoneal no Estado. Ressalva também para o Curso sobre Pesquisa Médica na Internet para 70 participantes.

**MAPA 17**  
**REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO EM NEFROLOGIA (serviços habilitados e em funcionamento)**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB/SAIS/DAE

Atualmente a Bahia possui 30 Serviços de Nefrologia, sendo 12 na capital e 18 no interior, 11%, a mais em relação ao ano de 2006, onde existiam no Estado da Bahia 27 Serviços de Nefrologia (12 Serviços na capital e 15 no interior).

A produção de Hemodiálise no Estado da Bahia segue em ascensão progressiva. Em 2006 a produção foi de 484.281 procedimentos; em 2007 de 516.378 (aumento de 6,62% em relação a 2006); em 2008 de 572.317 (aumento de 8,66% em relação a 2007). Em 2009 a produção de hemodiálise

no Estado foi de 620.738 procedimentos, com um incremento de 8,46% em relação ao ano de 2008. Comparando-se a produção em hemodiálise de 2006 com 2009 o incremento chega a 28,17%.

**TABELA 33**  
**PRODUÇÃO AMBULATORIAL EM HEMODIÁLISE**  
**BAHIA 2006-2009**

<b>ANO</b>	<b>QUANTIDADE APROVADA</b>	<b>VALOR APROVADO</b>
2006	484.281	63.203.140,00
2007	516.378	67.392.493,00
2008	572.317	76.354.914,00
2009	620.738	89.491.344,00

Fonte: DATASUS/SIASUS

Em relação a Diálise Peritoneal, considerando DPI, DPAC e DPA, a produção em 2006 foi de 3.832 procedimentos, e em 2007 foi de 4.548 (aumento de 18,6% em relação a 2006). Em 2008 a produção de Diálise Peritoneal foi de 4.460 procedimentos, revelando uma queda de 1,9% em relação a 2007, fato que pode ser explicado pela mudança na tabela 34 de cobrança destes procedimentos. Em 2009 a produção de Diálise Peritoneal no Estado foi de 4923 procedimentos, com um incremento de 10,38% em relação ao ano de 2008 e de 28,47% em relação a 2006.

**TABELA 34**  
**PRODUÇÃO AMBULATORIAL EM DIÁLISE PERITONEAL**  
**BAHIA 2006-2009**

<b>Ano</b>	<b>Quantidade Aprovada</b>	<b>Valor Aprovado</b>
2006	3.832	512.673,81
2007	4.548	615.278,75
2008	4.460	635.662,86
2009	4.923	759.054,21

Fonte: DATASUS/SIASUS

Quanto as consultas em nefrologia, em 2006 foram produzidas 23.678 consultas, em 2007 produzidas 26.897, e em 2008 o número total foi de 30.684

consultas. Em 2009, registrou-se até o mês de novembro, uma produção de 27.461 consultas. Considerando a produção de 2008 em relação a 2006, houve um incremento de 28,52% no número de consultas em nefrologia.

**TABELA 35**  
**PRODUÇÃO DE CONSULTA EM NEFROLOGIA**  
**BAHIA 2006-2009\***

<b>ANO</b>	<b>QUANTIDADE APROVADA</b>	<b>VALOR APROVADO</b>
2006	23.678	178.768,90
2007	26.897	226.305,85
2008	30.634	306.840,00
2009	27.461	274.610,00

Fonte: DATASUS/TABWIN

\*Dado até Novembro/2009

### **Rede Estadual de Assistência a Queimados**

A Rede Estadual de Assistência a Queimados foi aprovada em dezembro de 2009 pela CIB/BA e publicada na Resolução CIB nº. 265/09, abrangendo duas macrorregiões de saúde com três Centros de Referência localizados nos municípios de Salvador, Cruz das Almas e Barreiras. Os referidos Centros encontram-se em processo de habilitação junto ao MS.

### **Transplantes de Órgãos e Tecidos<sup>84</sup>**

A SESAB tem investido na ampliação do número de transplantes de órgãos e tecidos, com o objetivo de atender a um quantitativo maior de pacientes que aguardam nas filas de espera por este procedimento, buscando a interiorização do processo doação/transplante, em parceria com as DORES, capacitando as equipes para realizarem a captação de órgãos e divulgando a importância da

<sup>84</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2642 no PPA 2008 – 2011;

doação de órgãos e tecidos junto à comunidade.

No ano de 2009 foram realizadas 08 ações educativas para conscientização da população sobre a importância da doação de órgãos e tecidos, com parceiros como o Teatro Castro Alves; a Superintendência dos Desportos do Estado da Bahia (SUDESB), Federação das Indústrias do Estado da Bahia (FIEB), União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME), Escola Estadual Roberto Santos, Faculdade de Tecnologias e Ciências (FTC), Faculdade de Biologia da UFBA, Faculdade Jorge Amado e o Colégio Sírius, visando disseminar a cultura do transplante de órgãos e tecidos.

O Governo também capacitou mais de 1.000 profissionais da área da saúde para atuar na rede de transplantes, captação e doação de órgãos do Estado, com destaques para o Encontro de Especialidades em Transplantes com a participação de mais de 800 profissionais das diversas categorias profissionais, o Curso de Capacitação de Coordenadores das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT).

As CIHDOTT, de acordo com a Portaria de nº. 1.752/GM de 23/09/2005, são responsáveis por identificar os potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes nas unidades da rede, bem como de criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos nos hospitais a possibilidade da doação de tecidos. Atualmente encontra-se em funcionamento 29 CIHDOTT, nas unidades hospitalares da rede SUS do Estado, das quais oito foram implantadas e 12 foram reconstituídas no ano de 2009.

Destaca-se também a realização do I Congresso de Saúde do Sudoeste da Bahia em Vitória da Conquista, Curso de Morte Encefálica para médicos em parceria com o CREMEB, o Curso de Doppler Transcraniano para neurologistas, Encontro de Neurologistas e Intensivistas, com apoio da Associação Brasileira de Transplantes e Órgãos (ABTO), Curso Iberoamericano de Tecidos, e Cursos de Captação de Córneas para profissionais médicos e enfermeiros da capital e do interior e a implementação do Programa Estadual de Transplantes em quatro cidades pólo do interior do Estado (Feira de Santana, Vitória da

Conquista, Itabuna e Ilhéus).

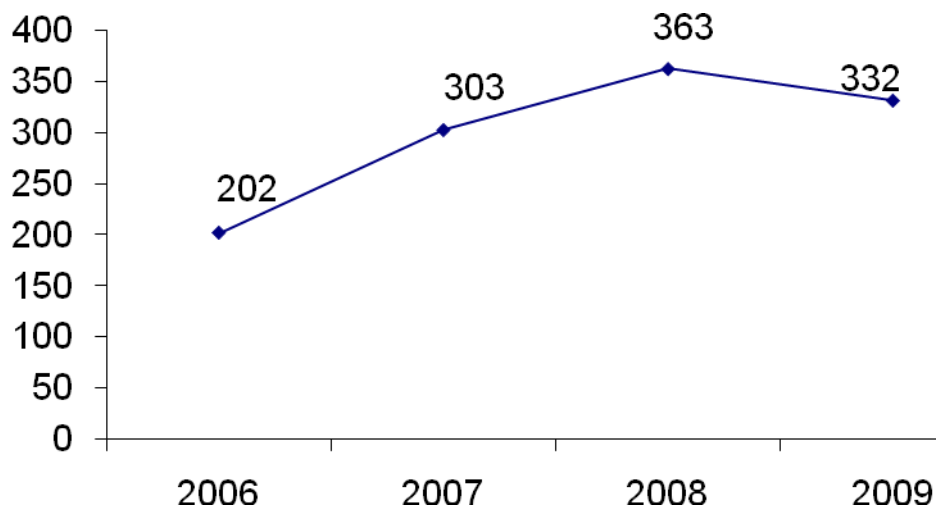
Como estratégia para aumentar o quantitativo de doações de órgãos e tecidos, investiu-se na capacitação das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) / Programa de Saúde da Família (PSF) dos municípios de Feira de Santana, Barreiras, Vitória da Conquista e Salvador.

Investiu-se ainda, na estruturação da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO) tanto no que diz respeito a sua área física quanto à ampliação do quadro de profissionais na área de transplantes de órgãos e tecidos com a contratação de 08 profissionais de nível superior e um de nível médio, com destaques para a contratação de neurologistas para o diagnóstico de morte encefálica e realização de exames complementares.

Dentre outras ações realizadas pela SESAB destacam-se: o credenciamento do Hospital de Olhos de Vitória da Conquista para a realização de transplante de córnea, a inauguração do ambulatório do transplante renal no Hospital Geral Roberto Santos, assim como a aquisição de 05 aparelhos de Eletroencefalogramas (EEG) para o Programa Estadual de Transplantes.

Diante do exposto, alguns resultados podem ser observados como a realização de 332 transplantes de órgãos e tecidos, um incremento de 9,6% em relação ao ano de 2007 tendo sido realizados 303 transplantes e 64,3% comparando ao ano de 2006, onde foram realizados 202 transplantes, como explicita o gráfico 63. Destaca-se também a realização de 206 captações de córneas e 53 de múltiplos órgãos no ano de 2009.

**GRÁFICO 63**  
**TRANSPLANTES REALIZADOS**  
**BAHIA, 2006 – 2009**



Fonte: SESAB/SAIS/DAE

A Coordenação do Sistema Estadual de Transplantes tem envidado todos os esforços necessários no sentido de reestruturar o sistema, visando o aumento do quantitativo de doações, assim como, no gerenciamento da lista no sentido de verificar o status dos pacientes e tentar mantê-los aptos para transplantes.

Estes esforços foram evidenciados com a retomada, após 16 anos, da realização de transplante cardíaco no Estado da Bahia. Foram realizados três transplantes de coração no Hospital Santa Izabel. Destaca-se também a retomada do transplante renal no Hospital Ana Néri tendo sido realizados 16 transplantes adulto e pediátrico (até então não realizado na Bahia).

A fim de tornar o sistema estadual de transplante o mais transparente possível, foi atualizada a página da CNCDO–BA na web onde é possível acessar notícias, número de transplantes por equipe, número de doações por hospital e possibilidade de acompanhamento da situação em lista dos possíveis receptores listados pelo nosso Estado.

## **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192<sup>85</sup>**

Na Bahia, são 40 municípios com SAMU – 192 implantados. Isso significou um crescimento de 185% em dois anos de investimento (o número de municípios com SAMU – 192 passaram de 14 em 2007 para 40). Ou seja, 26 novos municípios da Bahia passaram a contar com a cobertura deste serviço, passando de 5.098.263 habitantes (36%) em 2007 para 6.326.233 habitantes (45% da população total da Bahia) com cobertura deste serviço no ano de 2009.

Para alcançar essa cobertura com eficiência e qualidade, o Estado também investiu na assessoria técnica aos municípios para implantação e implementação dos SAMU - 192, na análise e avaliação dos projetos com encaminhamento para o Ministério da Saúde e na visita técnica às unidades de referências de urgência nos municípios com SAMU implantados e/ou implementados.

Ainda em 2009, foram elaborados os Planos Regionais de Atenção às Urgências em todos os seus componentes (pré-hospitalar fixo, móvel, hospitalar e pós hospitalar) nas 28 microrregiões de saúde em conjunto com os Colegiados de Gestão Microrregional – CGMR.

A perspectiva é que, até 2011, cerca 90 municípios sejam atendidos pelo SAMU-192, ampliando a cobertura populacional para em torno de 70%. Encontra-se no Ministério da Saúde os projetos de 188 municípios, em análise pelo Ministério da Saúde - MS, para que sejam liberados equipamentos e recursos financeiros para implementação dos SAMU.

Além de terem sido repassados aos municípios baianos no ano de 2009, cerca de R\$5,7 milhões (até outubro), para custeio dos SAMU, foram entregues em parceria com o Ministério da Saúde, 45 motolâncias, uma para cada Unidade de Suporte Avançado – USA existente, conforme Portaria/MS 2.972.

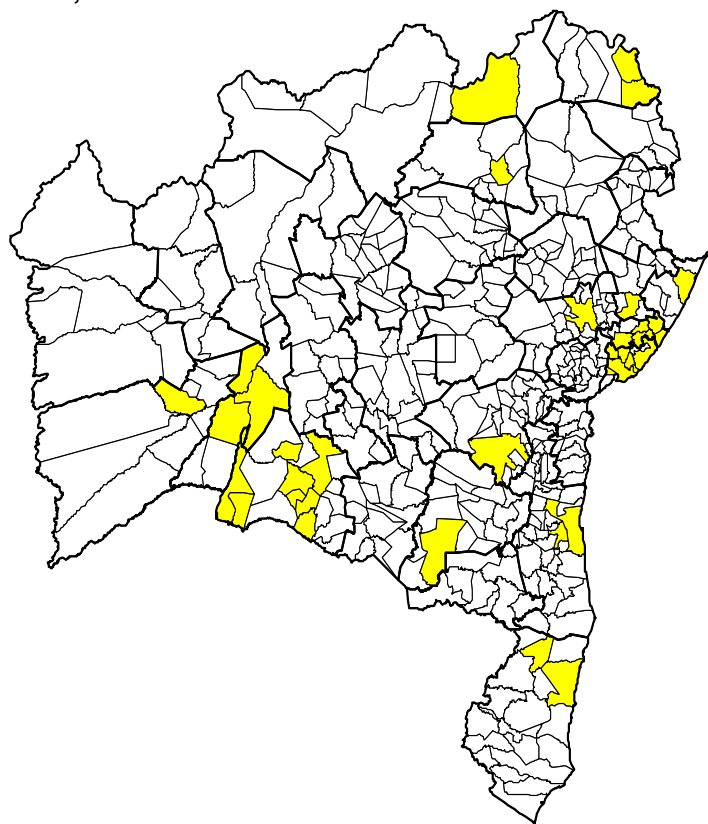
---

<sup>85</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2631 no PPA 2008 – 2011.

Ressalta-se ainda que os SAMU -192, além de ampliar o acesso do cidadão à saúde, geram diretamente cerca de 2.000 postos de trabalho para profissionais de nível médio e superior. Somente em 2009, foram capacitados<sup>86</sup> 464 profissionais em regulação médica, para a assistência de urgência e emergência.

O mapa 18 apresenta a cobertura do SAMU – 192 em 2009.

**MAPA 18**  
**EVOLUÇÃO DO SAMU – 192**  
**BAHIA, 2009**



**MUNICÍPIOS**

Alagoinhas	Itanagra	Simões Filho	Juazeiro	Bom Jesus da
Conde	Jequié	Glória	Caetité	Lapa
Itanagra	Candeias	Paulo Afonso	Candiba	Malhada
Mata de São João	Camaçari	Senhor do Bonfim	Guanambi	Matina
Pojuca	Dias D'Ávila	Feira de Santana	Iuiú	Serra do Ramalho
Santa Maria da	Itaparica	São Francisco do	Palmas do	Sítio do Mato
Vitória	Lauro de Freitas	Conde	Monte Alto	Vitória da
Eunápolis	Madre de Deus	São Sebastião do	Pindaí	Conquista
Porto Seguro	Salvador	Passé	Urandi	
Ilhéus				
Itabuna				

Fonte: SESAB/Sais/Dae

<sup>86</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2632 no PPA 2008 – 2011.

Em atendimento a Portaria Ministerial nº. 1020, de 13 de maio de 2009, que estabelece as diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de organização de redes loco - regionais de atenção integral às urgências<sup>87</sup>, e consoante com a Política Nacional de Atenção às Urgências, realizou-se um estudo para conformação destas no seu componente pré-hospitalar fixo para o Estado da Bahia, com aprovação Comissão Intergestores Bipartite – CIB/BA de 42 Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, além de outras 3 já anteriormente conveniadas pelo Ministério da Saúde.

### **Internação Domiciliar<sup>88</sup>**

Implantado em outubro de 2008, o objetivo primordial da Internação Domiciliar - ID é cuidar do paciente em seu domicílio, promovendo um cuidado humanizado a partir do maior envolvimento e co-responsabilização dos familiares com o estado de saúde do paciente, facilitando a pronta evolução para sua recuperação.

Foram aplicados cerca de R\$ 5,1 milhões no Serviço de Internação Domiciliar na implementação de 24 equipes em onze hospitais da rede pública estaduais em sete municípios, assim distribuídos: quatro equipes no Hospital Geral Roberto Santos, três equipes no Hospital Clériston Andrade, em Feira de Santana; duas equipes em cada um dos seguintes Hospitais: Hospital Geral do Estado, Hospital Especializado Manuel Vitorino, Hospital João Batista Caribé e Hospital Ernesto Simões Filho (todos no município de Salvador); Hospital Menandro de Farias (Lauro de Freitas); Hospital Regional de Vitória da Conquista (Vitória da Conquista); Hospital Prado Valadares (Jequié); Hospital Luís Viana Filho (Ilhéus); além de 01 equipe implantada no Hospital do Oeste, localizado em Barreiras, com um custo estimado por equipe de R\$235 mil.

O serviço de ID é realizado por 165 profissionais distribuídos em: 89 de nível superior (27 médicos, 31 enfermeiros, 10 assistente social, 10 nutricionistas, 11

---

<sup>87</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 1839 no PPA 2008 – 2011.

<sup>88</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 4378 no PPA 2008 – 2011.

fisioterapeutas) e 76 de nível médio. Desde a implantação até dezembro de 2009 foram atendidos 1.045 pacientes no Serviço de ID, dos quais 845 tiveram alta – tabela 36.

**TABELA 36**  
**EQUIPES DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR IMPLANTADA E PACIENTES ACOMPANHADOS**  
**POR UNIDADE DA REDE**  
**BAHIA, 2009**

MUNICÍPIO	HOSPITAL	EQUIPES IMPLANTADAS	PERSPECTIVA DE AMPLIAÇÃO	PACIENTES ACOMPANHADOS	
			(Nº DE EQUIPES)	ENTRADAS	SAÍDAS
Salvador	HGE	2	-	130	115
	HGRS	4	-	89	76
	HJBC	1	1	20	15
	HESF	2	-	30	19
	HEMV	2	-	53	35
Lauro de Freitas	HMF	2	-	47	34
Feira de Santana	HGCA	3	-	169	144
Jequié	HGPV	2	-	147	120
Ilhéus	HGLVF	2	-	172	154
Vitória da Conquista	HGVC	2	-	129	86
Barreiras	HO	1	-	59	47
Juazeiro	HRJ	-	1	-	-
Camaçari	HGC	-	1	-	-
Santo Antônio de Jesus	HSAJ	-	1	-	-
Porto Seguro	HRDLEM	-	1	-	-
Alagoinhas	HDB	-	1	-	-
Guanambi	HRG	-	1	-	-
<b>TOTAL</b>		<b>23</b>	<b>7</b>	<b>1.045</b>	<b>845</b>

Fonte: SESAB/SAIS/DAE

Os dados permitem observar ainda a dimensão do programa e o seu impacto na rede hospitalar própria do Estado, na medida em que os pacientes que utilizam o serviço de ID poderiam estar ocupando os leitos hospitalares. Ou seja, se esses pacientes estivessem em regime de internação hospitalar seria necessária uma unidade do porte do Hospital Geral do Estado.

### **7.3 COMPROMISSO 08 – PROMOVER A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS POPULAÇÕES DE MAIOR VULNERABILIDADE SOCIAL E SITUAÇÕES ESPECIAIS DE AGRAVO COM VISTAS À REDUÇÃO DE INEQUIDADES**

[PROGRAMA 131<sup>89</sup>]

Para o cumprimento do compromisso assumido, a SESAB, assume como objetivo de suas ações: implementar políticas de Atenção Integral à Saúde por ciclo de vida e gênero, qualificar e ampliar a atenção às pessoas em situações especiais de agravo, bem como ampliar o acesso às ações e aos serviços de saúde às populações em situação de maior vulnerabilidade<sup>90</sup>.

#### **Saúde da Mulher<sup>91</sup>**

No que se refere ao acompanhamento das ações de promoção da atenção integral à saúde da mulher, o Governo do Estado atua apoiando tecnicamente os municípios, mas especificamente no desenvolvimento dos Programas de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN)<sup>92</sup>, Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama e Planejamento Familiar, com ações de promoção da atenção integral à saúde.

Nessa perspectiva, no ano de 2009, 311 municípios foram monitorados quanto ao desenvolvimento das ações de saúde da mulher, além de terem sido capacitados 899 profissionais em oito cursos realizados. No período de 2007 à 2009 já foram capacitados cerca de 1.900 profissionais que atuam na atenção à saúde da mulher no Estado, em 28 cursos promovidos pela SESAB

Destacam-se ainda:

---

<sup>89</sup> **Programa 131:** Atenção Integral à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravo.

<sup>90</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 3058 no PPA 2008 – 2011;

<sup>91</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2752 no PPA 2008 – 2011;

<sup>92</sup> Foi liberada a adesão dos 417 municípios do Estado ao PHPN.

- Distribuição de 4.942 *kits* de pré-natal (gestograma, estetoscópio de Pinard e fita métrica) para as equipes de Saúde da Família, estimulando as ações de pré-natal;
- Implantação de projeto em parceria com a OPAS para atenção às adolescentes grávidas e prevenção da 2ª gestação indesejada na Maternidade Prof. José Maria de Magalhães Netto, Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) e Maternidade Tsylla Balbino;
- Elaboração da linha do cuidado materno-infantil e da linha do cuidado em saúde da mulher para o Curso de Especialização em Linha do Cuidado;
- Elaboração de projeto para a redução da mortalidade materno-infantil com a realização de oficinas e reuniões com diversas áreas da SESAB, buscando captar recursos junto ao Banco Mundial;
- Aprovação na CIB de fluxograma para credenciamento dos Serviços de Saúde para realização de laqueadura tubária e vasectomia, com parecer favorável para o credenciamento de unidades hospitalares municipais<sup>93</sup>.
- Realização de Seminários Regionais de Discussão das Estratégias para redução da mortalidade materna e infantil e Oficinas de Capacitação para a Vigilância do Óbito Materno e Infantil, com a participação de 79 municípios das regiões de Santa Maria da Vitória, Barreiras, Gandú, Ibotirama, Itaberaba, Boquira, Itabuna e Vitória da Conquista, totalizando 217 profissionais capacitados;
- Execução do Projeto para Humanização da Atenção Obstétrica e Neonatal, em parceria com o MS com a confecção de material instrucional para os profissionais de saúde e aquisição de equipamentos (40 camas de pré-parto, parto e pós-parto - PPP, 40 poltronas para acompanhante, 20 biombos, 31 berços hospitalares, 40 mesas de cabeceira);
- Tem-se previsto para o ano de 2010 a implantação do serviço obstétrico na modalidade PPP nas unidades: Maternidade Climério de Oliveira, Hospital Geral Mário Dourado Sobrinho, Hospital Municipal Esaú Matos, Hospital Nair Alves de Souza, Maternidade Albert Sabin, Hospital Geral João Batista Caribé,

---

<sup>93</sup> Unidades localizadas nos municípios de Igaporã, Canarana, Salvador, Baianópolis, Ibotirama, Luís Eduardo Magalhães, Poções, Tucano, Itanhém, Mata de São João, Riachão de Jacuípe, Caetité, Santo Estevão.

IPERBA, Hospital Geral Roberto Santos, Hospital Geral de Jeremoabo, Hospital Geral de Camaçari, Hospital Geral Clériston Andrade, Hospital Prado Valadares, Hospital do Oeste, Hospital Regional Deputado Luiz Eduardo Magalhães, Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto, Hospital Geral de Ipiaú, Hospital Geral de Coaraci, Hospital Geral Santa Tereza, Hospital Manoel Novaes e o Centro de Parto Normal Marieta de Souza Pereira (Mansão do Caminho).

- Implantação do Serviço Obstétrico na modalidade PPP na Maternidade Tsyla Balbino;
- Levantamento junto às Diretorias Regionais de Saúde - DORES e Municípios da Rede de Prevenção e Atenção Oncológica do Câncer do Colo do Útero e Mama para construção do diagnóstico situacional da rede;
- A realização do evento “Março Mulher”, em parceria entre as Secretarias de Estado, a exemplo da Secretaria de Promoção da Igualdade do Estado da Bahia (SEPROMI) e SESAB, assim como com as Voluntárias Sociais, a empresa de Limpeza Urbana de Salvador (LIMPURB), Superintendência de Trânsito e Transporte do Salvador (TRANSSALVADOR), Polícia Militar da Bahia, UFBA, UNIME e demais instituições congêneres;

Durante dois dias na Companhia de Transporte de Salvador (CTS), no “Março Mulher”, foram ofertados serviços de assistência médica (exame de glicemia capilar, teste HIV, aferição de Pressão Arterial e avaliação nutricional), de higiene (corte de cabelo, manicure), bem como ações educativas, abordando temáticas como Câncer de Mama, Lei Maria da Penha, Saúde Bucal, Pré-natal, DST/AIDS, Alimentação e Nutrição, entre outros, que contou com a participação de aproximadamente 2.000 pessoas.

### **Saúde da Criança**

O Governo do Estado tem investido na melhoria da qualidade de vida das crianças, garantindo os direitos legalmente instituídos na Lei Orgânica da Saúde e no Estatuto da Criança e do Adolescente, proporcionando uma atenção integral, humanizada e resolutiva, com ações de vigilância do processo de crescimento e desenvolvimento, permitindo a redução da mortalidade e

realização plena de suas potencialidades.

Com o intuito de promover estes direitos, tem-se buscado o aprimoramento e ampliação do apoio técnico aos municípios<sup>94</sup> (417 municípios) e 31 DIRES e na implantação e implementação às ações da saúde da criança com vistas à redução da mortalidade infantil. A SESAB se coloca como parceira dos municípios na implementação dos programas: Incentivo ao Aleitamento Materno; Iniciativa Hospital Amigo da Criança; Banco de Leite Humano; Programa Nacional de Triagem Neonatal; Programa de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru, Estratégia do AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, Programa de Assistência à Saúde da Criança em Creche, Comitê Estadual de Prevenção ao Óbito Infantil e Fetal – CEPOIF.

A Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso - "Método Canguru" tem como objetivo reduzir a mortalidade neonatal e reintegrar o recém nascido à sua família através da participação da família durante o internamento e colocação do recém-nascido contra o peito da mãe, o que promove maior estabilidade térmica, substituindo as incubadoras, permitindo assim, uma alta precoce, menor taxa de infecção hospitalar e conseqüentemente melhor qualidade da assistência com menor custo para o sistema saúde.

O Quadro 32 apresenta a localização dos Hospitais Amigos das Crianças e de hospitais e maternidades que contam com Banco de Leite Humano. Sete dos hospitais amigos das crianças foram reavaliados no ano de 2009 e 64 profissionais da Maternidade Tsylla Balbino, IPERBA, Hospital Geral Roberto Santos, Maternidade Albert Sabin, Maternidade de Referência José Maria de Magalhães Netto e Maternidade Clímério de Oliveira foram capacitados na Metodologia Canguru.

---

<sup>94</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2758 no PPA 2008 – 2011;

**QUADRO 32**  
**HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA E COM BANCO DE LEITE HUMANO**  
**BAHIA, 2009**

<b>MACRORREGIÃO</b>		
	<b>Município</b>	<b>Hospitais Amigo da Criança</b>
Leste	Salvador	Maternidade Climério de Oliveira
		Instituto de Perinatologia da Bahia - Iperba
	Camaçari	Hospital Geral de Camaçari
	Santo Antônio de Jesus	Hospital Maternidade Luís Argolo
Sul	Itabuna	Hospital Manoel Novaes
Sudoeste	Vitória da Conquista	Hospital Municipal Esaú Matos
Centro-Leste	Feira de Santana	Hospital Geral Clériston Andrade
		Hospital Municipal Inácia Pinto dos Santos
<b>BANCO DE LEITE HUMANO – BLH</b>		
Leste	Salvador	Maternidade Climério de Oliveira
		Instituto de Perinatologia da Bahia - Iperba
Sul	Itabuna	Hospital Manoel Novaes
Sudoeste	Vitória da Conquista	Hospital Municipal Esaú Matos
Centro-Leste	Feira de Santana	Hospital Geral Clériston Andrade
		Hospital Municipal Inácia Pinto dos Santos

Fonte: SESAB/SAIS/DGC

No tocante às capacitações realizadas pelo Estado no período de 2007 à 2009, destacam-se a capacitação dos profissionais das maternidades da rede própria quanto ao método mãe canguru; a oficina de capacitação na vigilância do óbito materno e infantil, envolvendo 1.034 profissionais; o curso de Instrutor de Reanimação Neonatal promovido em parceria com o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para pediatras da rede; treinamento para realização do teste do pezinho através do Serviço de Referência em Triagem Neonatal da APAE em Salvador, envolvendo 203 profissionais de 81 municípios do Extremo Sul, Nordeste, Sudoeste e Oeste do Estado e a Oficina de capacitação para multiplicadores da atenção à saúde da criança em creche.

Destaca-se ainda a realização de 02 Oficinas para adequação da Estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) neonatal em parceria com a OPAS para os profissionais da rede e o curso de manejo de lactação para os profissionais dos municípios e hospitais da região de Vitória da Conquista, além do Hospital Geral de Camaçari.

Quanto à triagem neonatal, foram realizados exames de triagem neonatal de 192.670 crianças, em 2.728 postos de coleta dos 417 municípios, sendo diagnosticados Fenilcetonúria em 16 pacientes, Hipotireoidismo congênito em 77 e Hemoglobinopatias em 304 crianças. (TABELA 37)

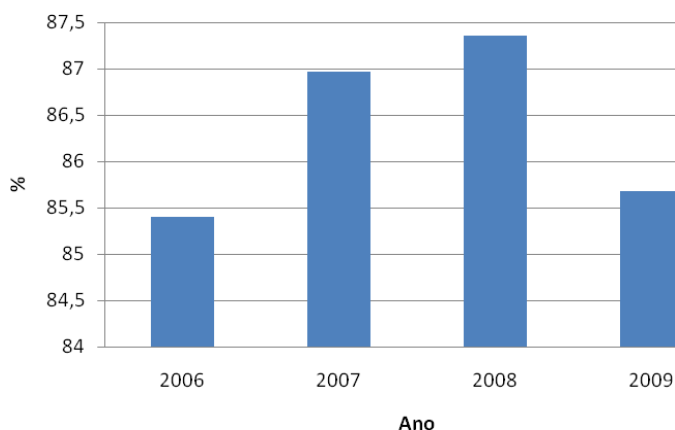
**TABELA 37**  
**PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL**  
**BAHIA 2002 – 2009\***

DADOS	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>MUNICÍPIOS</b>	391	402	408	414	417	417	417
<b>POSTOS DE COLETA</b>	950	1.241	1.304	1.825	2.132	2.342	2.728
<b>NUMERO DE RN TRIADOS</b>	168.237	176.475	187.157	188.035	191.689	192.519	192.670
<b>FENILCETONÚRIA</b>	07	07	08	05	07	06	16
<b>HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO</b>	34	30	78	126	150	72	77
<b>DOENÇA FALCIFORME</b>	171	216	227	249	236	229	304

Fonte: SRTN/APAE-SSA - Relatórios PNTN-Dados preliminares

O gráfico 64 apresenta a cobertura da triagem neonatal em relação aos nascidos vivos e permite observar que a Bahia desde o ano de 2006 vem aumentando a cobertura já que de em 2006 tínhamos uma de 85,4% e em 2009, com dados ainda preliminares nossa cobertura já está em 85,68%, mostrando que o acesso à triagem neonatal vem sendo melhorada.

**GRÁFICO 64**  
**COBERTURA DA TRIAGEM NEONATAL EM RELAÇÃO AOS NASCIDOS VIVOS - SINASC**  
**BAHIA, 2006 - 2009\*.**



Fonte: SRTN/APAE – SSA – Relatórios PNTN  
\* Dados Preliminares.

Ressalta-se também a manutenção dos 12 Comitês de Mortalidade Materna e Infantil existentes em Salvador, Ilhéus, Itabuna, Camaçari, Porto Seguro, Barreiras, Santo Antônio de Jesus, Senhor do Bonfim, Juazeiro, Ilhéus, Jequié e Alagoinhas.

### **Saúde do Adolescente<sup>95</sup>**

Promover a saúde integral do adolescente representa um dos objetivos que a SESAB propôs realizar. Este compromisso pode ser verificado por meio da reorganização e melhoria das ações e serviços de saúde destinados a esta população, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, bem como, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais.

Como forma de melhor atender a este segmento etário, a SESAB tem participado das ações intersetoriais na região Sisaleira do semi-árido baiano, pois estas são consideradas prioritárias pelo Governo Federal e Estadual. O projeto tem como objetivo contribuir para a construção de um olhar diferenciado para a saúde do adolescente, na sua condição peculiar de ser em processo de desenvolvimento, buscando assim a melhoria da qualidade da assistência prestada a esse segmento etário, como forma de prevenir riscos e agravos a que poderão estar expostos.

Ainda como uma forma de fortalecer as ações do Semiárido Baiano, encontra-se em funcionamento o Comitê Gestor Estadual do “Pacto um Mundo para Crianças e Adolescentes do Semiárido”. Uma articulação política, de mobilização dos diversos atores da sociedade para a garantia dos direitos da criança e do adolescente do Semiárido baiano, com o objetivo de estimular e apoiar os municípios no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Foi realizada em parceria com a OPAS, a Oficina “Famílias Fortes: Amor e

---

<sup>95</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2760 no PPA 2008 – 2011;

Limites”, que teve como objetivo a divulgação de metodologia de trabalho para ser aplicada com pais (ou tutores) e filhos adolescentes entre 10 a 14 anos de idade, visando o fortalecimento da comunicação e dos laços familiares. O evento contou com a presença de 22 profissionais de Universidades, Organizações Governamentais e Não Governamentais, dentre outras entidades vinculadas à questão da família/adolescentes.

Implantado a nível nacional em 2003, numa parceria entre o Ministério da Saúde e da Educação, o Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>96</sup> que tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. A proposta é realizar ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, articulando os setores de saúde e de educação, com vistas a redução da infecção pelo HIV/DST e dos índices de evasão escolar causada pela gravidez na adolescência (ou juvenil), na população de 10 a 24 anos.

As intervenções do Estado para o fortalecimento dos Grupos Gestores Municipais do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (PSE) permitirão que as ações de saúde cheguem aos estudantes da rede pública de ensino do Estado, tendo sido para tanto, realizado uma videoconferência que contou com a participação de profissionais de saúde e educação de aproximadamente 100 municípios do Estado.

Destacam-se também, a implantação do serviço de atenção a adolescentes e prevenção da segunda gestação na adolescência em três maternidades da Rede Própria Estadual em Salvador, a capacitação de 800 profissionais das Secretarias Municipais de Saúde e do Centro Estadual de Atenção ao Adolescente Isabel Souto (CRADIS) e a atenção a cerca de 2.500 crianças e adolescentes com transtorno mental em situação de risco social<sup>97</sup>. No período

---

<sup>96</sup> Este projeto é desenvolvido em parceria com a Vigilância Epidemiológica.

<sup>97</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 4000 no PPA 2008 – 2011;

de 2007 à 2009 já foram capacitados cerca de 1.269 profissionais em mais de 300 municípios do Estado, além de terem sido prestados cerca de 19.200 atendimentos no CRADIS.

Ainda no ano de 2009, o Governo da Bahia lançou oficialmente a Caderneta de Saúde do Adolescente no Estado para apoiar o trabalho dos profissionais que atuam na área e buscar garantir a integralidade da atenção em relação a esse segmento etário. Realizou também um Encontro para a Avaliação dos Programas e Políticas para a Juventude Negra em articulação com a Secretaria de Promoção da Igualdade do Estado da Bahia (SEPROMI), contando com a participação de 30 profissionais de nível superior e 20 de nível médio.

### **Saúde do Idoso<sup>98</sup>**

O Estado da Bahia segue a tendência nacional de envelhecimento populacional acelerado e com forte impacto no perfil de morbi-mortalidade da população. Segundo dados do IBGE, em 2009 a população idosa residente no Estado é de 1.398.035 o que é equivalente a 9,6% do total da população. Desta forma, a Bahia é considerada um Estado envelhecido, segundo critérios da OMS que caracteriza uma população idosa, quando mais de 7% da população é de pessoas com 60 anos ou mais.

Visando não apenas a ampliação da expectativa de vida, mas o aumento da longevidade associado à qualidade de vida e a manutenção da capacidade funcional, a SESAB assume como um dos importantes objetivos na Agenda Estratégica da Saúde 2009-2010, a implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa.

Cabe destacar no ano de 2009 as atividades:

- Apoio técnico a 305 municípios do Estado no desenvolvimento da atenção integral à saúde da população idosa;
- Disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

---

<sup>98</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2762 no PPA 2008 – 2011;

para os 417 municípios;

- Treinamento e sensibilização de 786 profissionais de saúde em questões relativas à saúde do idoso em 26 encontros promovidos pela SESAB. No período de 2007 à 2009 foram capacitados cerca de 1.560 profissionais no Estado da Bahia em mais de 70 encontros realizados;
- Treinamento dos profissionais da Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH) que atuam no Núcleo de Direitos Humanos (NUDH) em questões relativas ao Envelhecimento e Violência contra a Pessoa Idosa;
- Realização da Oficina Estadual para Prevenção de Quedas em parceria com o Ministério da Saúde;
- Sensibilização de profissionais do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI) para o fluxo de notificação de casos de violência;
- Cadastramento para a dispensação de Medicamentos Excepcionais para 16.605 idosos de todo o Estado (Alzheimer - 4.569; Dislipidemia - 1.213; Osteoporose - 7.441; Parkinson - 3.309; Toxina Botulínica – 73), um incremento de 18% em relação ao ano de 2008, 53,2% e 116,2% se comparado aos anos de 2007 e 2006.

**TABELA 38**  
**NÚMERO DE PACIENTES CADASTRADOS POR PATOLOGIA**  
**BAHIA, 2006 - 2009**

PATOLOGIA	NÚMERO DE PACIENTES CADASTRADOS			
	2006	2007	2008	2009
Osteoporose	4.021	5.253	6.649	7.441
Alzheimer	1.613	2.628	3.568	4.569
Parkinson	1.488	2.138	2.697	3.309
Distonia	42	50	65	73
Dislipidemia	517	763	1.075	1.213
<b>TOTAL</b>	<b>7.681</b>	<b>10.832</b>	<b>14.054</b>	<b>16.605</b>

Fonte: SESAB/Sais/Dgc - Creasi

## Saúde das Pessoas com Deficiência<sup>99</sup>

A implementação de ações de atenção à saúde das pessoas com deficiência expressa o conjunto de intervenções da SESAB, nas redes implantadas de atenção à pessoa com deficiência física, auditiva e visual, nos serviços de atenção à deficiência intelectual e às pessoas ostomizadas, assim como a capacitação de técnicos e assessoria aos municípios, com base nas portarias ministeriais.

O quadro 33 apresenta os serviços de atendimento à pessoa com deficiência em 14 municípios do Estado.

**QUADRO 33**  
**SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PESSOA COM DEFICIÊNCIA**  
**BAHIA, 2009**

SERVIÇO	UNIDADE/MUNICÍPIO
<b>Rede Estadual de Assistência às pessoas com Deficiência Física</b>	01 Serviço de Reabilitação Física Nível intermunicipal em Camaçari;  05 Serviços de Reabilitação Física Nível intermediário em Ilhéus, Itabuna, Jequié, Itaberaba e Barreiras, com procedimentos de média complexidade;  04 Serviços de Medicina Física e Reabilitação em Salvador, Vitória da Conquista, Teixeira de Freitas e Juazeiro, com procedimentos de alta complexidade.
<b>Rede Estadual de Atenção à Saúde Auditiva</b>	05 Serviços de Saúde Auditiva - Média Complexidade em Lauro de Freitas, Vitória da Conquista, Itabuna, Feira de Santana e Barreiras.  01 Serviço de Saúde Auditiva de Alta Complexidade em Salvador – CEPRED
<b>Serviço de Referência em Implante Coclear</b>	01 serviço de referência em Salvador no Hospital Irmã Dulce
<b>Serviço de Referência na Atenção às Pessoas com Osteogênese Imperfeita</b>	01 serviço de referência em Salvador no Hospital Professor Edgard Santos (HUPES)
<b>Serviço de Atenção à Saúde para as pessoas com Deficiência Intelectual</b>	12 serviços sendo: 08 em Salvador, 01 em Alagoinhas; 01 em Itapetinga; 01 em Vitória da Conquista; 01 em Feira de Santana.
<b>Serviço de Atenção às pessoas com Ostomia</b>	04 Serviços nos municípios de Salvador, Ilhéus, Itabuna, Vitória da Conquista

Fonte: SESAB/SAIS/DGC

A SESAB prestou assessoria técnica no ano de 2009, ao município de Camaçari na implantação do serviço de reabilitação física em nível

<sup>99</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2779 no PPA 2008 – 2011;

intermunicipal e realizou treinamento em serviço para 12 profissionais de nível superior do respectivo município, bem como visitas técnicas aos hospitais: Maternidade Tsylla Balbino, Hospital Geral Roberto Santos, IPERBA, Maternidade Albert Sabin e Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto, tendo em vista o Convênio com o MS para a implantação do Serviço de Triagem Auditiva Neonatal.

Destacam-se também, aprovação na CIB, por meio da Resolução nº. 120/2009 do desenho da Rede de Reabilitação à Pessoa com Deficiência Visual. O estudo para implantação de serviço de reabilitação em município do Programa Terra de Valor; assessoria “in loco” aos profissionais dos serviços de reabilitação física e aos gestores de Camaçari, Itaberaba, Teixeira de Freitas, Barreiras, Itabuna, Ilhéus e Vitória da Conquista; realização de visitas técnicas com vistas à implantação de novos serviços em Cachoeira (Deficiência Intelectual), Itaberaba (Reabilitação Visual), Teixeira de Freitas (Ostomia e Reabilitação Visual), Salvador (Reabilitação Visual – Instituto de Cegos da Bahia, Hospital Roberto Santos, Hospital das Clínicas);

Ainda em 2009, formalizou-se o GT Deficiência Intelectual (DI) e Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) por meio de Portaria SESAB de nº. 462 e 468 de 21/02/2009, com o objetivo de garantir ações intersetoriais na área.

O Governo do Estado da Bahia concedeu no período 2007 a 2009 mais de 290.000 órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e bolsas ostomias através da Unidade de Referência, viabilizando dessa forma, o direito das pessoas com deficiência aos equipamentos de tecnologia assistiva, os quais são importantes no processo de reabilitação.

**QUADRO 34**  
**NÚMERO DE CONCESSÕES DE ÓRTESES, PRÓTESES, MEIOS AUXILIARES DE**  
**LOCOMOÇÃO E BOLSAS OSTOMIAS**  
**BAHIA, 2006 - 2009**

<b>ANO</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Nº de concessões	62.210	88.321	94.622	107.368

Fonte: SESAB/CEPRED

Observa-se no quadro acima aumento das concessões nos anos 2007 a 2009 em comparação ao ano 2006. Nos anos de 2008 e 2009 ocorreram situações que interferiram no processo de concessão como a mudança da tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS e o incêndio na Unidade de referência no processo de concessão dos equipamentos. Porém, o quantitativo de equipamentos concedidos foram superiores ao ano de 2006.

Foram treinados em serviço 20 Técnicos do Centro de Reabilitação e Desenvolvimento Humano (CREADH) de Itabuna, do Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação Física Dr. José Maria de Magalhães Neto (NUPREJ) de Jequié e Centro Multiprofissional de Reabilitação Física (CEMPRE) de Camaçari, além de terem sido monitoradas as ações relacionadas ao Implante Coclear, incluindo estudos sobre demanda e oferta deste procedimento.

Ressalta-se também no ano de 2009, a capacitação dos técnicos de 213 municípios que aderiram ao Programa Benefício de Prestação Continuada (BPC) na escola, por meio do Comitê Gestor Estadual e Federal do referido programa; o apoio ao Município de Camaçari na realização do Seminário de Sensibilização do BPC na Escola para profissionais de saúde, educação, assistência social e comunidade em geral; a Vídeo Conferência Atenção Integral às Pessoas com Deficiência Intelectual e Transtorno Global do Desenvolvimento: Um Encontro entre Saúde, Ação Social e Educação; Encontro de Coordenadores dos Serviços da Rede Estadual de Reabilitação Física; Oficinas Construindo Elos de Ação Contínua: Reabilitação e Atenção Básica, sendo este um dos produtos do Convênio entre MS e SESAB.

Em um convênio firmado com o MS, o Governo do Estado realizará no ano de 2010 a capacitação e a qualificação de profissionais ortesista e protesista no SUS, com objetivo de qualificar a assistência prestada à população por meio da Rede Estadual de Reabilitação Física e apoio na implantação da Oficina Ortopédica na Unidade Estadual.

## Saúde Bucal<sup>100</sup>

Contribuir para a melhoria da qualidade das ações de saúde bucal prestadas à população, em consonância com os princípios do SUS, representa um compromisso assumido para com a população baiana pelo Governo do Estado. Ações estão sendo realizadas no intuito de reorganizar a Atenção à Saúde Bucal e com isto promover acesso às ações e serviços integrais de saúde bucal, com foco na promoção, prevenção e cura das doenças.

O Governo Federal repassa mensalmente, aos municípios baianos com Equipes de Saúde Bucal (ESB), nas Equipes de Saúde da Família (ESF), o montante de R\$ 2 mil e R\$ 2,6 mil por equipe tipo I e tipo II, respectivamente. Até novembro de 2009, encontram-se implantadas no Estado 1.651 ESB, um incremento de 25% se comparado ao ano de 2006, onde existiam 1.320 equipes implantadas.

O Governo do Estado vem prestando apoio aos municípios na perspectiva de ampliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), tendo sido aprovado na CIB a implantação do CEO com LRPD no Município de Pojuca e LRPD no Município de Ruy Barbosa. Encontram-se aguardando incentivo de implantação do MS os municípios de: Pojuca, Madre de Deus, Alagoinhas, Remanso, Cachoeira e Porto Seguro; e recurso de custeio mensal do MS os CEO já habilitados nos municípios de Salvador, Vera Cruz e Mairi.

A tabela 39 apresenta o número de CEO existentes por município e macrorregião.

---

<sup>100</sup>

Corresponde ao Projeto/Atividade 4417 no PPA 2008 – 2011;

**TABELA 39**  
**NÚMERO DE CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EXISTENTES POR**  
**MUNICÍPIO E MACRORREGIÃO**  
**BAHIA, 2009**

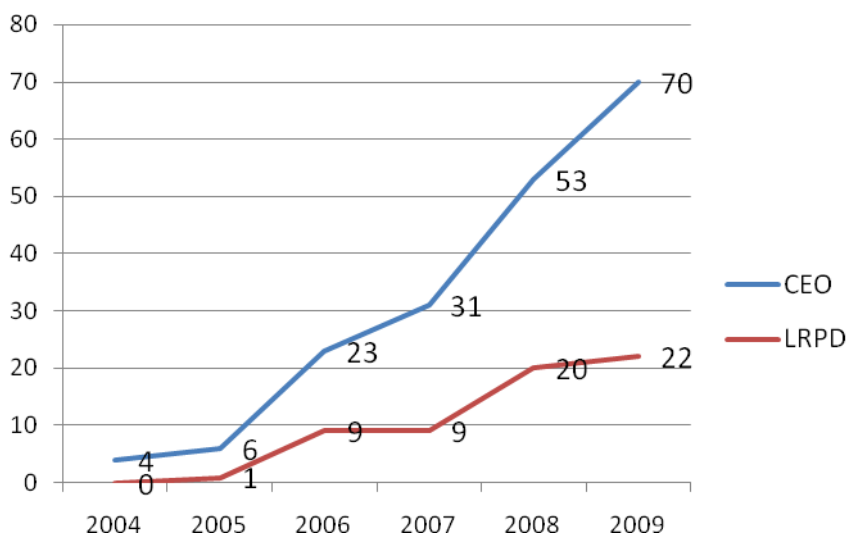
MACRORREGIÃO	MUNICÍPIO	N
Leste	Amargosa; Dias D'Ávila; Laje, Mata de São João; Salvador (5); Santo Antônio de Jesus; São Félix; São Sebastião do Passé, Candeias, Lauro de Freitas; Madre de Deus e Vera Cruz.	16
Centro-Leste	Amélia Rodrigues; Itaetê; Pintadas; Utinga; Boa Vista do Tupim; Feira de Santana; Iaçú; Ipirá; Itaberaba; Ruy Barbosa e Iraquara.	11
Sudoeste	Barra do Choça; Caculé; Cândido Sales; Guanambi; Nova Canaã; Brumado; Vitória da Conquista; Livramento de Nossa Senhora	08
Nordeste	Alagoinhas; Catu	02
Norte	Juazeiro (2); Senhor do Bonfim, Paulo Afonso; Remanso.	05
Oeste	Bom Jesus da Lapa; Santa Maria da Vitória; Ibotirama; Correntina; Luís Eduardo Magalhães; Santa Rita de Cássia; São Desidério; São Félix do Coribe, Canápolis	09
Sul	Una; Wenceslau Guimarães; Itabuna; Jaguaquara; Jequié; Ipiaú; Ilhéus; Itajuípe.	08
Extremo Sul	Itabela; Alcobaça; Eunápolis; Itanhém; Medeiros Neto; Prado; Teixeira de Freitas.	07
Centro-Norte	Irecê; Jacobina; Morro do Chapéu; Mairi.	04
<b>TOTAL</b>		<b>70</b>

Fonte: SESAB/SAIS/DGC

Dados preliminares.

Atualmente existem 70 CEO habilitados e recebendo custeio do MS em 65 municípios e 22 municípios com portaria ministerial aprovados para implantação de LRPD. O gráfico 66 permite observar um incremento de 32% no número de CEO no período de 2008 a 2009, e de 204% em relação ao ano de 2006, percebe-se também um incremento de 10% no número de LRPD entre 2008 e 2009 e de 144,4% comparando 2006 com 2009.

**GRÁFICO 65**  
**EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CEO E LRPD**  
**BAHIA, 2004 – 2009\***



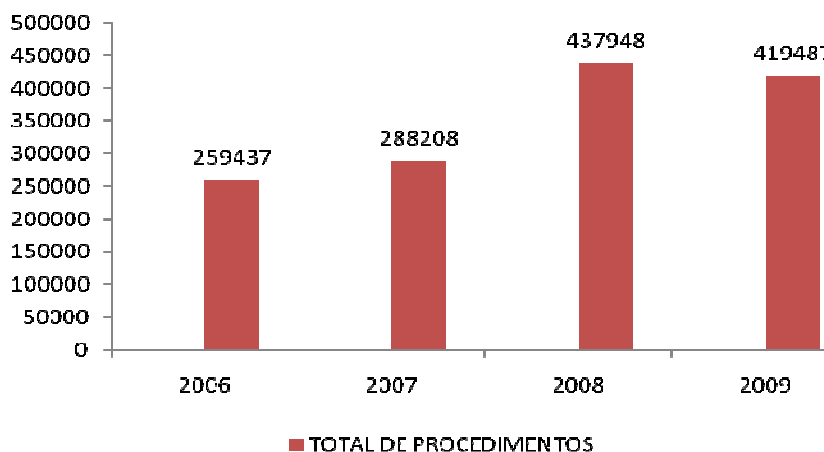
Fonte: \*Ministério da Saúde/SAS/Departamento Atenção Básica

\*\* DOE Aprovados em CIB

Dados preliminares.

Os investimentos na área de saúde bucal no Estado da Bahia permitiram dentre outras coisas a ampliação do número de procedimentos em média e alta complexidade em odontologia. Conforme gráfico 66 no ano de 2009 foram realizados 419.487 procedimentos de média e alta complexidade em odontologia, um incremento de 45,5% em relação ao ano de 2007 (288.208 procedimentos) e de 61,7% se comparado ao ano de 2006 (259.437 procedimentos).

**GRÁFICO 66**  
**EVOLUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM ODONTOLOGIA**  
**BAHIA, 2006 – 2009**



Fonte: SESAB/Sais/Dgc

Com relação ao LRPD, a Portaria GM/MS nº 2.375/09 define os recursos anuais para o financiamento de prótese dentária dos municípios : Laje, São Felix, Camaçari, Vitória da Conquista, Caculé, Catu, Juazeiro, Senhor do Bonfim, Bom Jesus da Lapa, Eunápolis, Medeiros Neto e Irecê, dados demonstrados no quadro 35.

**QUADRO 35**  
**NÚMERO DE LRPD POR MACRORREGIÃO**  
**BAHIA 2009**

MACRORREGIÃO	MUNICÍPIO	N
Leste	Laje, São Félix, Camaçari	03
Sudoeste	Vitória da Conquista, Caculé	02
Nordeste	Catu	01
Norte	Juazeiro, Senhor do Bonfim	02
Oeste	Bom Jesus da Lapa	01
Extremo Sul	Eunápolis, Medeiros Neto	02
Centro-Norte	Irecê	01

Fonte: SESAB/Sais/Dgc

Ressalta-se a articulação com a Faculdade de Odontologia da UFBA para implantação de serviços de referência em unidades hospitalares na atenção à saúde bucal para pessoas em situações especiais de agravo, em todos os níveis de complexidade do sistema, a saber:

- Atenção Básica: ESF/equipe de saúde bucal
- Média complexidade: CEO, LRPD e nos Centros de Referência do Estado (Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação de Deficiências - CEPRED, Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso - CREASI, Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia - CEDEBA, Centro Estadual Especializado Diagnóstico, Assistência e Pesquisa -CEDAP), Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA), Centro Estadual de Oncologia (CICAN), Rede Hospitalar<sup>101</sup>.

<sup>101</sup> Hospitais que compõem a rede de média complexidade em saúde bucal: Hospital Geral Roberto Santos, Hospital Geral do Estado, Hospital Especializado Juliano Moreira, Hospital Especializado Dom Rodrigo de Menezes, Hospital Geral de Camaçari, Hospital Especializado Mário Leal, Hospital Regional Clériston Andrade, Hospital Colônia Lopes Rodrigues, Hospital de São Felipe, Hospital Regional Luís Viana em Ilhéus, Hospital Arlete Maron de Magalhães, Hospital Regional de Eunápolis, Hospital de Itamaraju, Hospital de Jeremoabo, Hospital de Cícero

- **Alta Complexidade:** Serviço de Referência Lábio Leporino e Fenda Palatina credenciado ao SUS nas Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), em Salvador.

Ainda no ano de 2009, foram realizadas visitas técnicas em quatorze municípios (Feira de Santana, Ipirá, Salvador, Pintadas, Alagoinhas, Amélia Rodrigues, Catú e São Sebastião do Passe, Iaçú, Itaberaba, Utinga, Boa Vista do Tupim, Itaetê, Ruy Barbosa) com o objetivo de apoiá-los tecnicamente no desenvolvimento das ações de média complexidade em saúde bucal, e foi realizado o Encontro dos Gestores e Gerentes do CEO para analisar as atuais dificuldades no gerenciamento das unidades, contando com a participação de 70 cirurgiões-dentistas e gestores. Realizamos também o curso para digitadores dos CEO objetivando a melhoria da qualidade do sistema de informação.

No que se refere ao processo de qualificação das equipes de saúde bucal, destaca-se a VII Semana Estadual da Saúde Bucal com tema: “ A valorização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Saúde Bucal” e palestras com os cirurgiões dentistas que atuam na atenção básica. Iniciou-se em 2009 o piloto do Curso teórico - prático de periodontia voltado para os profissionais dos municípios com CEO implantados e direcionado para os profissionais da atenção básica e média complexidade

### **Saúde Mental<sup>102</sup>**

A desospitalização do paciente psiquiátrico é um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica em todo o país, principalmente nas capitais. Como uma das estratégias para efetivar tal desospitalização, o Governo da Bahia, tem envidado esforços para implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais da Rede Própria e dos municípios. Outras linhas de trabalho têm se dado na perspectiva de implementação da Política de Atenção à Saúde Mental por meio

---

Dantas, Hospital Estadual de Serrinha, Hospital de Ipiaú, Hospital de Itarantim, Hospital de Barra do Choça, Hospital Geral de Vitória da Conquista.

<sup>102</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2788 no PPA 2008 – 2011;

de ações de educação permanente, articulação intra e intersetorial para implantação do Programa de Volta para Casa (PVC), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas e Leitos de desintoxicação para usuários de álcool e outras drogas em hospitais gerais do Estado.

Nessa perspectiva, a SESAB instituiu um Grupo Técnico, denominado GT de Rede, e o Colegiado de Gestão em Saúde Mental formados por técnicos da área, diretores dos Hospitais Psiquiátricos do Estado, Diretoria da Gestão de Rede Própria e movimento social, com objetivo de traçar estratégias para enfrentamento das dificuldades oriundas desse processo, inclusive relacionadas ao estigma social que sofre o portador de transtorno mental.

Na Bahia existem 07 hospitais psiquiátricos com um total de 1.086 leitos, localizados nos municípios de Salvador (3), Vitória da Conquista (1), Juazeiro (1), Itabuna (1), Feira de Santana (1). Desses, 4 são da rede própria com um total 584 leitos psiquiátricos. Além destes, nos hospitais da rede própria existem 2 anexos psiquiátricos, localizados em Jequié e Ilhéus.

Concebendo CAPS como a principal estratégia para reorientação da assistência à Saúde Mental, permitindo a re-socialização do usuário, ampliando o seu vínculo com a família e com a comunidade, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida, o Estado da Bahia conta com um total de 166 CAPS, sendo 154 habilitados e 12 aprovados na CIB, distribuídos nas nove macrorregiões de saúde – tabela 40 – dado que coloca o Estado com uma cobertura de 0,72 por 100.000 hab, considerada muito boa pelo Ministério da Saúde.

**TABELA 40**  
**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL HABILITADOS E APROVADOS EM CIB**  
**BAHIA, 2009\***

MACRO	CAPSI	CAPSI	CAPSI	CAPSI	CAPSI	TOTAL
CENTRO-LESTE	22	05	01	01	02	31
CENTRO-NORTE	05	01	-	-	01	07
EXTREMO SUL	09	04	-	02	03	18
LESTE	15	12	01	02	02	32
NORDESTE	07	-	01	-	-	08
NORTE	10	02	-	-	02	14
OESTE	06	01	-	-	-	07
SUDOESTE	22	03	-	-	01	26
SUL	15	04	-	02	02	23
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>32</b>	<b>03</b>	<b>07</b>	<b>13</b>	<b>166</b>

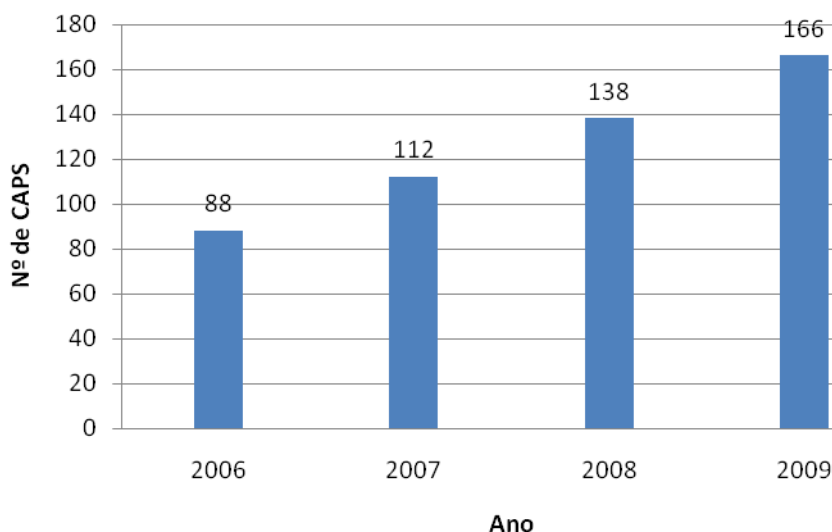
Fonte: SAIS/DGC/CPT/ATSM

\*12 CAPS aprovado na CIB

\*154 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde

Analisando a implantação dos CAPS no Estado da Bahia, o gráfico abaixo, permite observar um incremento de 20% ao comparar os anos de 2009 (166 CAPS em funcionamento) e 2008 (138 CAPS em funcionamento) e de 88% se comparado ao ano de 2006 (88 CAPS em funcionamento).

**GRÁFICO 67**  
**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS EM FUNCIONAMENTO**  
**BAHIA, 2006 - 2009**



Fonte: SESAB/SAIS/DGC

O Governo do Estado realizou ainda no ano de 2009, vistoria e apoio técnico aos municípios de Esplanada, Camaçari, Conceição do Jacuípe, Ilhéus, Ipiaú, Teofilândia, Campo Formoso, Jaguarari, Sobradinho, Coronel João Sá, Jeremoabo, Eunápolis, Carinhanha, Paratinga e Macarani, visando o

credenciamento dos CAPS e vistorias em seis hospitais psiquiátricos pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) Psiquiatria.

O PNASH foi criado através da Portaria nº. 3.409 de 20/08/1998 e tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios de universalidade e da equidade. No tocante à avaliação dos hospitais psiquiátricos, somente no ano de 2003, o Ministério da Saúde editou instrutivo para orientar as avaliações dos hospitais, as quais devem ser realizadas pelas Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde, respeitando o nível de descentralização existente.

Quanto ao Programa Volta pra Casa (PVC), criado pelo MS, no ano de 2003, cujo objetivo é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com transtorno mental, incentivando a organização de uma rede de recursos assistenciais e de cuidados, bem como assegurar o bem estar e a garantia dos direitos civis, políticos e de cidadania dos usuários.

O Estado vem cumprindo seu papel na implementação do PVC que é o de acompanhar as ações dos municípios vinculados ao Programa; confirmar o município como apto a se inserir; analisar os recursos provenientes das solicitações indeferidas pelos municípios; articular os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e o município, quando da indicação de pessoas daquelas instituições, em condições de serem beneficiadas pelo programa. Atualmente são 48 municípios habilitados em todas as macrorregiões beneficiando 98 pacientes.

No que se refere ao Serviço Residencial Terapêutico (SRT), ou residência terapêutica que são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não, 19 municípios do Estado estão habilitados com 108 beneficiários.

As residências terapêuticas constituem-se como alternativa de moradia para

pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia.

Enquanto estratégias de Educação Permanente, para discutir e consolidar a rede integral e os processos de trabalho no âmbito da saúde mental foi realizado o 5º Curso Introdutório aos Princípios e Diretrizes da Reforma Psiquiátrica em dois módulos com carga horária de 30 horas cada, envolvendo 60 municípios e 14 DORES, além de ter sido realizado o Encontro Internacional em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, intitulado “Reformas Psiquiátricas e Transformação Cultural no Brasil e no Mundo: 30 anos da Lei Franco Basaglia”; a Semana Estadual sobre Drogas e as Oficinas Regionais do Pacto pela Vida nas regiões das DORES de Eunápolis, Teixeira de Freitas, Cícero Dantas, Juazeiro, Barreiras e Santa Maria da Vitória para avaliar os indicadores de saúde.

Ressaltam-se ainda a assessoria técnica a 119 municípios objetivando a ampliação da Rede de Serviços Substitutivos no Estado; a articulação entre a SESAB e a Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza (SEDES) para construção de documento com a proposta de reorientação dos Centros Sociais Urbanos existentes no Estado para acolhimento da demanda de Saúde Mental; a parceria interinstitucional entre a Secretaria do Trabalho, Emprego, Renda e Esporte (SETRE) e a SESAB para a construção de Termo de Referência visando à inclusão social do paciente com transtorno mental através do trabalho; a articulação regional entre os Estados da Bahia, Sergipe e Alagoas para efetivação do Fórum Regional, visando discutir Economia Solidária/Geração de Renda e Saúde Mental com a participação do Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

### **Saúde das Populações em situação de maior vulnerabilidade**

No tocante à atenção integral a saúde dos povos indígenas, a SESAB tem se empenhado e participado efetivamente nas discussões e elaboração das

diretrizes da Política do Governo da Bahia para Povos Indígenas, além de ter definido as diretrizes estratégicas, tomando como referencia ações, projetos e programas do Governo da Bahia relacionados às demandas dos povos indígenas.

Em relação à melhoria e ampliação da atenção aos portadores de albinismo, a SESAB articulou com a Associação dos Portadores de Albinismo (APALBA) para discussão da pauta de reivindicações visando à estruturação e organização de um serviço voltado para Atenção Integral à Pessoa com Albinismo.

Destacam-se ainda: a qualificação dos profissionais de saúde das maternidades para o diagnóstico do recém-nascido albino; planejamento para a realização em 2010 de oficinas nas macrorregiões para capacitação em conteúdos e práticas sobre albinismo e aspectos genéticos; o desenvolvimento de campanhas sobre os cuidados básicos com as pessoas portadoras de Albinismo e importância do auto-cuidado; o cadastro de pessoas albinas pelas unidades de saúde e Maternidades; a definição de unidade de referência para atendimento à criança com Albinismo; o apoio ao 1º Encontro Estadual das Pessoas com Albinismo para definição de políticas públicas de inclusão desta população.

Foram realizadas visitas técnicas em 57 comunidades Quilombolas, envolvendo 10 municípios, numa ação articulada com diversos órgãos governamentais, visando à construção de um conjunto de ações integradas para e com as comunidades quilombolas. Foram apoiados e assessorados os municípios de Malhada, Maragogipe e Bom Jesus da Lapa, na elaboração de ações voltadas para a integralidade da atenção à saúde nas comunidades Quilombolas. Em Seabra foi realizada a “Caravana da Saúde” na comunidade de Velame e comunidades Quilombolas do município.

Visando à ampliação e qualificação à Atenção Integral à pessoa com Doença Falciforme e de outras hemoglobinopatias foram desenvolvidas as seguintes

ações:

- Inclusão da doença falciforme como área estratégica na Programação Pactuada Integrada – PPI, no módulo obrigatório no curso de Especialização para os profissionais do PSF e no módulo do AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância).
- Em relação ao processo de implantação dos serviços de referência para pessoa com Doença Falciforme nos 28 municípios pólos, 13 já aderiram à política: Camaçari, Ilhéus, Itabuna, Valença, Jequié, Barreiras, Teixeira de Freitas, Cruz das Almas, Lauro de Freitas, Eunápolis, Santo. Antônio de Jesus, Vitória da Conquista, Seabra.
- Foram capacitados em Doença Falciforme e de outras hemoglobinopatias no ano de 2009: 133 profissionais de saúde, sendo: 32 médicos, 61 enfermeiros, 25 Odontólogos, 15 nutricionistas dos municípios pólos da macrorregião sul (Ilhéus, Itabuna, Valença, Jequié).

Quanto ao desenvolvimento da Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário<sup>103</sup>, realizou-se um curso de capacitação para os profissionais de saúde do Programa de Saúde Prisional (PSP) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e a Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH) para o diagnóstico precoce e o tratamento das doenças falciformes, beneficiando mais de 90% da população prisional.

Ainda no ano de 2009, realizou-se o I Encontro de Mobilização de Gestores Municipais pela Saúde no Sistema Penitenciário: Os desafios para implantação do Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário da Bahia, direcionado para os gestores dos municípios que possuem Unidades Prisionais. Destaca-se também a contratação de 120 profissionais de saúde para comporem as equipes de PSP.

### **Rede Própria Ambulatorial e Hospitalar**

As unidades que conformam a Rede Própria do Estado, sejam elas

---

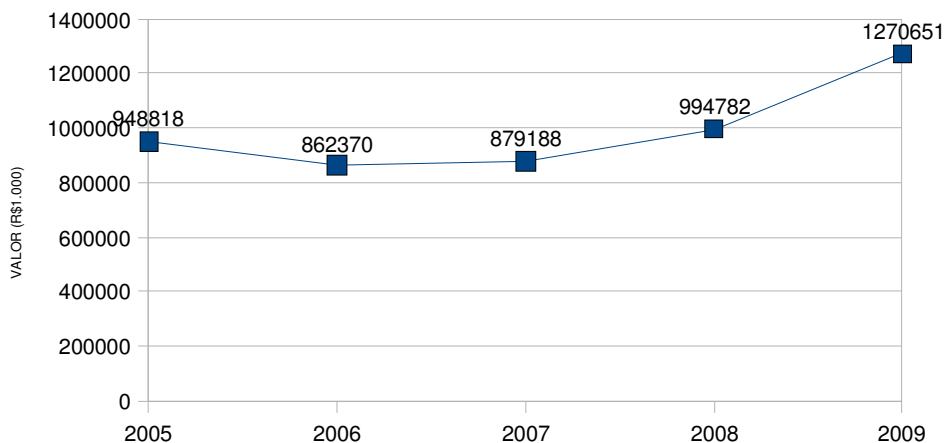
<sup>103</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2795 e 3004 no PPA 2008 – 2011;

ambulatoriais ou hospitalares sob gestão direta ou indireta<sup>104</sup>, cumprem um papel estratégico na conformação do Sistema Estadual de Saúde. Em alguns casos são os únicos serviços disponíveis em uma determinada região, a exemplo da emergência em Salvador, onde os únicos serviços de emergência hospitalar de porta aberta estão implantados em hospitais estaduais.

Em todas as redes assistenciais de alta complexidade as unidades da rede própria atuam em alguma parte da linha de cuidado, ora como porta de entrada para acolhimento da urgência e emergência geral e especializada, ora como retaguarda hospitalar para internação e, em alguns casos, com serviços/unidades de alta complexidade de referência estadual ou macro-regional.

O Governo do Estado aplicou no ano de 2009 cerca de R\$1,27 bilhões na assistência hospitalar e ambulatorial, um acréscimo de 27,7% se comparado ao ano de 2008, onde foram aplicados R\$994,7 milhões e de 47,3% em relação a 2006 (R\$862,3 milhões). (GRÁFICO 68)

**GRÁFICO 68**  
**RECURSOS APLICADOS NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL**  
**BAHIA, 2005 - 2009**



Fonte: SESAB/Fesba – SICOF gerencial, posição de 07 de janeiro de 2010.

Para garantir o acesso às ações e serviços de saúde, o Governo do Estado

<sup>104</sup> Correspondem aos Projetos/Atividades 2640 e 2641 no PPA 2008 – 2011;

tem investido na ampliação da rede pública de serviço, com inauguração de novas unidades hospitalares, e também na gestão do SUS com uma nova lógica de credenciamento de serviços a partir dos recentes critérios estabelecidos pela PPI/2009 (em fase de finalização).

As informações apresentados neste documento, para o ano de 2009, restringem-se ao período de janeiro a novembro do mesmo ano. Contudo, com intuito de comparar os anos de 2008 e 2009, calculou-se uma estimativa total, a partir da média mensal da produção realizada. Assim estima-se que seriam produzidos em média 842.000 procedimentos SUS hospitalares no ano de 2009 (SIH/DATASUS).

**TABELA 41**  
**PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES SUS (SIH/DATASUS)**  
**BAHIA, 2006-2009**

NATUREZA	2006	2007	2008	2009		
				jan-nov	Média mensal	Estimativa Total 2009
PUBLICO	415.772	428.894	402.530	385.708	35.064	420.772
FILANTRÓPICO	301.710	312.749	266.274	243.307	22.119	265.426
PRIVADO/SINDICATO	191.139	186.291	171.417	142.924	12.993	155.917
<b>TOTAL</b>	<b>908.621</b>	<b>927.934</b>	<b>840.221</b>	<b>771.939</b>	<b>70.176</b>	<b>842.115</b>

Fonte: DICON/COPRO/SIH/SUS

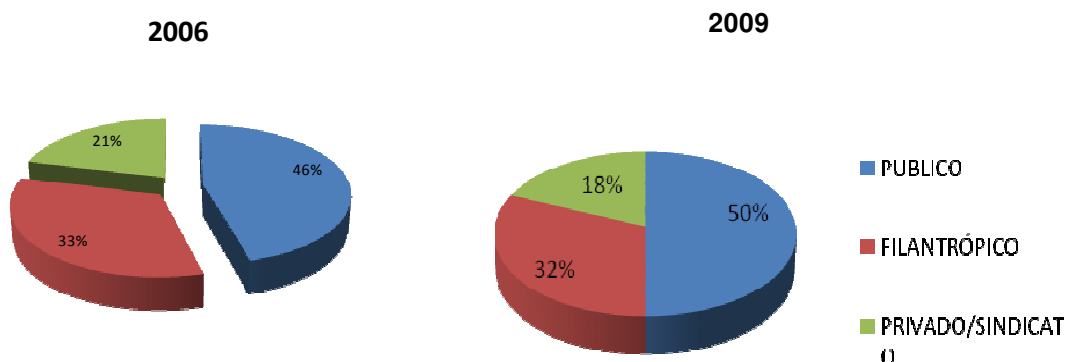
Comparando dados de internações hospitalares e produção ambulatorial total da rede SUS-Bahia nos anos de 2006 e 2009<sup>105</sup>, pode-se verificar que:

- Em 2006, as internações hospitalares nos estabelecimentos de saúde de natureza pública respondiam por 45,7% do total de internações do Estado, enquanto que em 2009, mesmo com dados preliminares, verifica-se que a participação desses serviços ampliou-se para 49,9% - um incremento de 4,2%.(Gráfico 69)

<sup>105</sup> Dados consolidados até 30/11/2009.

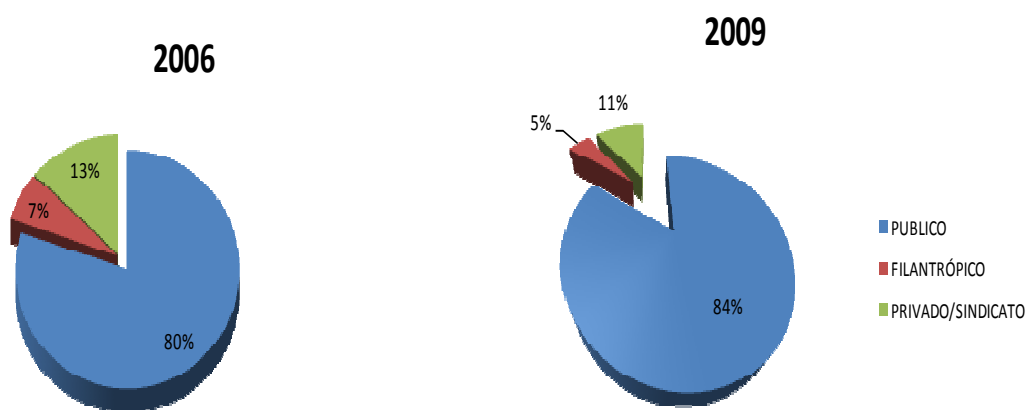
- No ano de 2006, os serviços de natureza pública respondiam por 80% da produção ambulatorial total do SUS-Bahia. Já em 2009, com dados preliminares, verifica-se uma ampliação para 84% da participação desses serviços nessa produção (Gráfico 70).

**GRÁFICO 69**  
**PRODUÇÃO HOSPITALAR SIH/SUS.**  
**BAHIA, 2006/2009**



Fonte: SESAB/Suregs/Dicon - Copro

**GRÁFICO 69**  
**PRODUÇÃO AMBULATORIAL SIA/SUS.**  
**BAHIA, 2006/2009**



Fonte: SESAB/Suregs/Dicon - Copro

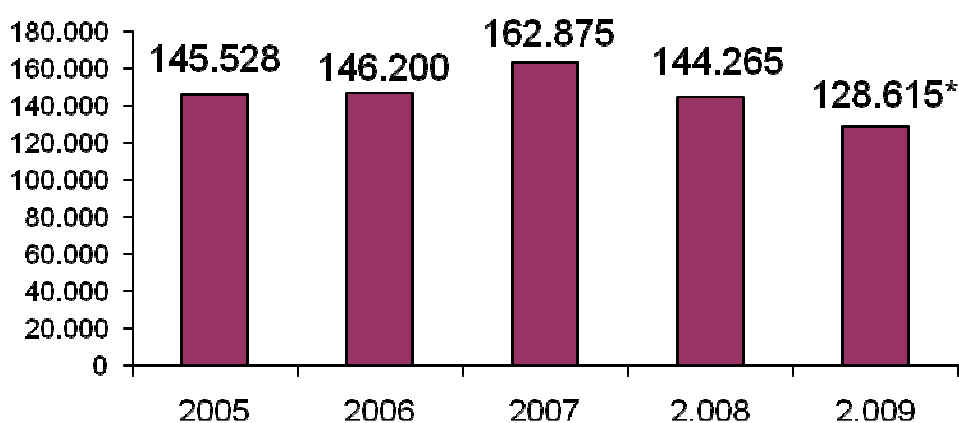
O Governo do Estado conta hoje com uma rede própria estadual de serviços de saúde com 39 unidades hospitalares, sete centros de referência, cinco unidades de emergência e as unidades da Fundação HEMOBA. Os Centros de

Referência são unidades que prestam atendimento ambulatorial especializado, ou em regime de hospital-dia.

As unidades da Rede Própria têm uma produção ambulatorial e hospitalar diversificada, desde ações de atenção básica, com ambulatórios de especialidades básicas, até serviços de média e alta complexidade como os produzidos pelos Centros de Referência Especializados.

Com relação aos dados de produção dos hospitais da rede própria estadual (N=38) observa-se um incremento de 6,53% no ano de 2009 quando comparado ao ano de 2008 (para o ano de 2009, fez-se cálculo da estimativa total de produção para o ano a partir da média mensal de produção) (Gráfico 71).

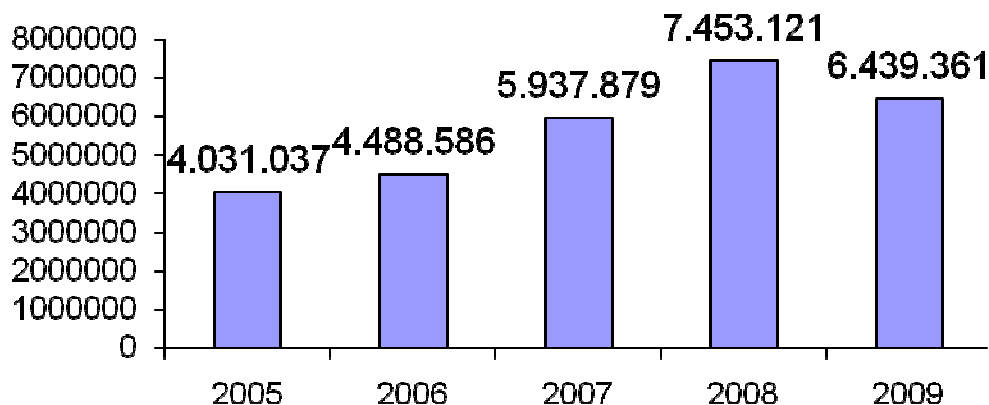
**GRÁFICO 71**  
**INTERNAÇÃO HOSPITALAR DA REDE PRÓPRIA DA SESAB (GESTÃO DIRETA E INDIRETA)**  
**BAHIA, 2005-2009**



Fonte: DATASUS – SIH/SUS - Tabwin

No que diz respeito aos Centros de Referência (CICAN, CIAVE, CEPRED, CEDEBA, CREASI, CEDAP) observou-se um incremento de 3,68% na produção ambulatorial na comparação de 2006 a 2009 (para o ano de 2009, fez-se cálculo da estimativa total de produção para o ano a partir da média mensal de produção) – gráfico 72.

**GRÁFICO 72**  
**PRODUÇÃO AMBULATORIAL DOS CENTROS DE REFERENCIAS**  
**BAHIA, 2005-2009**

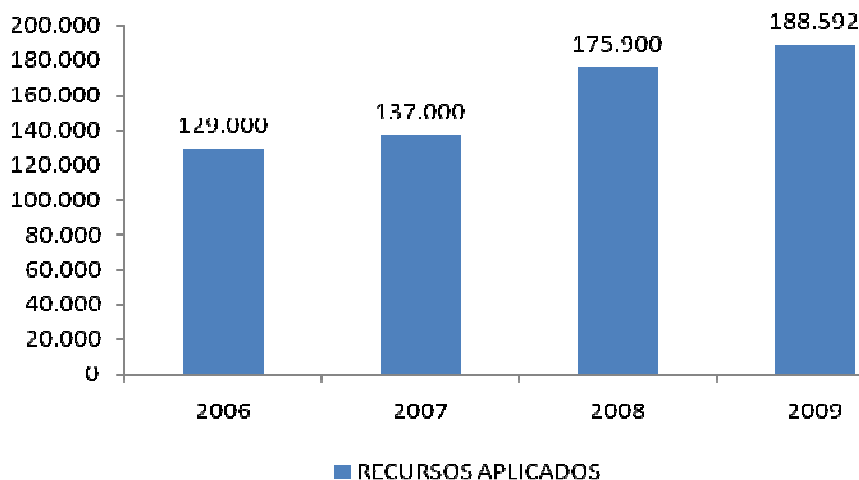


Fonte: DATASUS – SAI/SUS - Tabwin

Os centros de referência tiveram uma produção ambulatorial de 6.439.361 até outubro de 2009. Estima-se que em dezembro de 2009 o volume de procedimentos alcance 7.727.233, o que corresponde a um incremento de 3,67% quando comparado com a produção de 2008 (7.453.121).

Quanto aos recursos provisionados para as unidades da rede própria sob gestão direta (hospitais, maternidades, CAES e Unidades de Emergência) foram gastos cerca de R\$188,5 milhões, um incremento de 7,16% em relação ao ano de 2008, onde foram aplicados cerca de R\$175,9 milhões e de 46% se comparado ao ano de 2006, tendo sido aplicados R\$129 milhões – gráfico 73.

**GRÁFICO 73**  
**RECURSOS PROVISIONADOS PARA AS UNIDADES DA REDE PRÓPRIA – SESAB (gestão direta)**  
**BAHIA, 2006 - 2009\***



Fonte: SESAB/Fesba

No ano de 2009, o Governo do Estado trabalhou com dois modelos de gestão em parceria para os hospitais da rede própria. O Modelo de Organização Social, regulamentado através de Leis nº. 8.647/2003 e o modelo de gestão por Terceirização implantada pelo Governo do Estado da Bahia nos serviços de saúde pública através da Lei Estadual nº. 9.433/2005 e Portarias Ministeriais do SUS que tem por finalidade, gerenciar, controlar e avaliar as unidades de saúde da rede própria do Estado, sob administração indireta celebradas para este fim.

Em consonância com a “Política Estadual de Atenção Hospitalar”<sup>106</sup> em elaboração na SESAB, tem por objetivo reorganizar a atenção hospitalar de forma regionalizada, sobretudo para atender às necessidades de saúde da população, reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso, respeitando os princípios de economia de escala e escopo, a Rede Própria estadual passou no período de 2007 a 2009 por um intenso processo de readequação, desde a redefinição de seu conjunto de unidades, com a municipalização de algumas daquelas de menor porte e abrangência territorial.

<sup>106</sup>

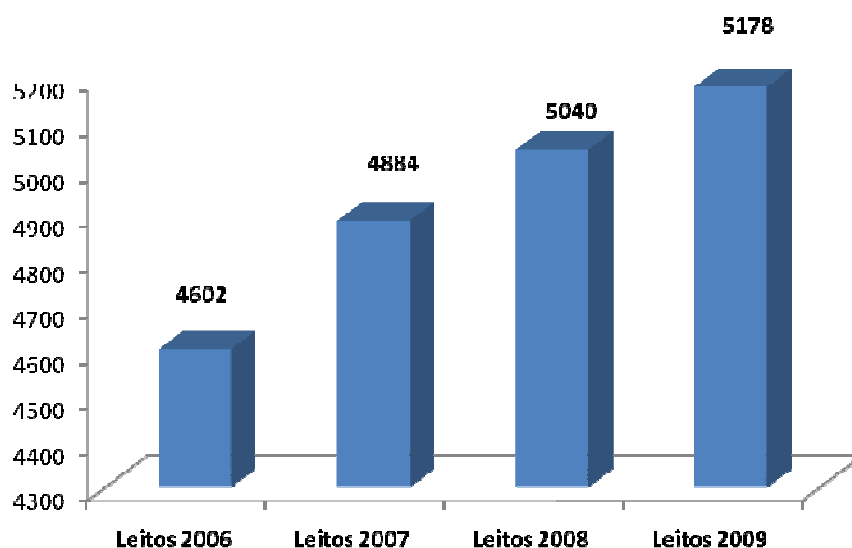
Corresponde ao Projeto/Atividade 1843 no PPA 2008 – 2011;

Com o processo de municipalização, os municípios passam a gerir as unidades hospitalares de seu território que antes estavam sob gestão do Estado, sob a condição de continuar garantindo a prestação dos serviços à população e com o apoio do Estado, principalmente no processo de transição. Nesse contexto, passaram para a gestão municipal as unidades hospitalares localizadas nos municípios de Paulo Afonso, Itamarajú, Paramirim, Macaúbas, Barreiras (Eurico Dutra), Irecê e Coaraci.

Ainda no processo de re-adequação das unidades hospitalares, destaca-se a Federalização do Hospital Ana Nery (incluindo o INCOBA), a reassunção para gestão direta do Hospital de Guanambi e a terceirização através de OS do Hospital São Jorge. Além disso, no ano de 2009, foram abertas duas novas unidades hospitalares nos municípios de Santo Antonio de Jesus e Juazeiro, ambos sob gestão indireta.

Analisando a progressão do número de leitos existentes na rede própria estadual, observou-se segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES uma ampliação de 12% dos leitos comparando o período de 2006 (4.602 leitos) à 2009 (5.178 leitos) – gráfico 74.

**GRÁFICO 74**  
**PROGRESSÃO DO NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES NA REDE PRÓPRIA (GESTÃO DIRETA E INDIRETA)**  
**BAHIA, 2006 - 2009**



Fonte: SESAB/Sais/Dgrp

A rede própria hospitalar sob gestão direta é constituída por 24 hospitais, destes, 15 hospitais, ou seja, 62,5% das unidades possuem mais de 100 leitos e 37,5%, nove unidades, com menos de 100 leitos cada. A tabela 42 permite evidenciar a distribuição dos 3.666 leitos de internação por unidade da rede própria sob gestão direta. Quanto à distribuição dos hospitais no Estado, observa-se que 56%, 14 unidades, estão localizadas na capital e 44%, 11 unidade no interior.

**TABELA 42**  
**LEITOS HOSPITALARES DA REDE PRÓPRIA (GESTÃO DIRETA) - INTERNAMENTO**  
**BAHIA, 2009**

HOSPITAL	MUNICÍPIO	LEITOS
HOSPITAL GERAL DE CAMAÇARI	CAMAÇARI	162
HOSPITAL ESPECIALIZADO LOPES RODRIGUES	FEIRA DE SANTANA	311
HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE	FEIRA DE SANTANA	224
HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI	GUANAMBI	85
HOSPITAL GERAL LUIS VIANA FILHO	ILHÉUS	139
HOSPITAL GERAL DE IPIAU	IPIAU	55
HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES	JEQUIÉ	160
HOSPITAL GERAL DE JEREMOABO	JEREMOABO	30
HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIAS	LAURO DE FREITAS	62
INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA	SALVADOR	122
MATERNIDADE ALBERT SABIN	SALVADOR	78
HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	SALVADOR	707
HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTAVIO MANGABEIRA	SALVADOR	236
HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMOES FILHO	SALVADOR	143
HOSPITAL GERAL JOAO BATISTA CARIBE	SALVADOR	62
MATERNIDADE TSYLLA BALBINO	SALVADOR	154
HOSPITAL JULIANO MOREIRA	SALVADOR	200
HOSPITAL GERAL DO ESTADO	SALVADOR	252
HOSPITAL COUTO MAIA	SALVADOR	101
HOSPITAL ESPECIALIZADO MARIO LEAL	SALVADOR	32
HOSPITAL MANOEL VICTORINO	SALVADOR	104
HOSPITAL ESPECIALIZADO D. RODRIGO DE MENEZES	SALVADOR	25
HOSPITAL GERAL DE VITORIA DA CONQUISTA	VITÓRIA DA CONQUISTA	172
HOSPITAL AFRANIO PEIXOTO	VITÓRIA DA CONQUISTA	50
<b>TOTAL</b>		<b>3666</b>

Fonte: SESAB/Sais/Dgrp/Cnes

Destaca-se ainda a interiorização de serviços de alta complexidade e leitos de terapia intensiva, a requalificação de estrutura física, de equipamentos e

contratação de pessoal para as unidades da rede. Quanto aos leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a rede própria estadual conta com 6% do total de leitos, em consonância com a recomendação do Ministério da Saúde (Portaria GM nº. 1.101/02) que preconiza de 4 a 10% do total de leitos.

Quanto à rede própria Estadual sob gestão indireta, tabela 43, são 16 unidades (15 unidades hospitalares e uma unidade de emergência). Destas, 10 são geridas por instituições sob a forma de organização social, e seis sob terceirização.

Quanto ao porte das unidades hospitalares da rede própria sob gestão indireta no Estado, 37,5% ofertam mais de 100 leitos cada, enquanto que 62,5% são unidades menores com oferta abaixo dos 100 leitos cada. Ao comparar o total de leitos ofertados entre as unidades sob gestão indireta e direta, pode-se observar que do total de leitos de internamento da rede própria estadual, 30% estão localizados nas unidades sob gestão indireta e 70% nas unidades sob gestão direta.

As unidades da rede possuem ainda leitos de observação que são utilizados para suporte a ações ambulatoriais como administração de medicação endovenosa e cirurgias ambulatoriais ou de emergência com permanência até 24 horas e leitos de recuperação e de pré-parto, que não foram especificados na presente análise.

**TABELA 43**  
**LEITOS HOSPITALARES DA REDE PRÓPRIA (GESTÃO INDIRETA) - INTERNAMENTO**  
**BAHIA, 2009**

HOSPITAL	MUNICIPIO	LEITOS
HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIAO	ALAGOINHAS	110
HOSPITAL DO OESTE	BARREIRAS	199
HOSPITAL REGIONAL DE CASTRO ALVES	CASTRO ALVES	27
HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA	IBOTIRAMA	52
HOSPITAL GERAL DE ITAPARICA	ITAPARICA	52
HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO	JUAZEIRO	92
HOSPITAL DEPUTADO LUIS EDUARDO MAGALHAES	MAIRI	31
HOSPITAL REG. DEP. LUIS EDUARDO MAGALHAES	PORTO SEGURO	126
HOSPITAL GERAL SANTA TEREZA	RIBEIRA DO POMBAL	96
HOSPITAL SAO JORGE	SALVADOR	30
HOSPITAL ELADIO LASSERRE	SALVADOR	146
HOSPITAL PROFESSOR CARVALHO LUZ	SALVADOR	84
MATERNIDADE PROF. JOSE M <sup>a</sup> DE MAGALHAES NETO	SALVADOR	252
HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA	SANTA RITA DE CASSIA	24
HOSPITAL REGIONAL DE SANTO ANTONIO DE JESUS	SANTOANTONIO DE JESUS	134
<b>TOTAL</b>		<b>1455</b>

Fonte: SESAB/Sais/Dgrp/Cnes

Não obstante, intensificou-se o processo de controle e acompanhamento das metas estabelecidas nos contratos de gestão e do desempenho das unidades sob gestão indireta, garantindo a população baiana acesso a um serviço de saúde com qualidade. Somente no ano de 2009, foram realizadas 49 visitas técnicas regulares às unidades, por parte dos técnicos da SESAB para avaliar os serviços prestados.

#### **7.4 COMPROMISSO 09 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA TODOS OS BAIANOS**

**[PROGRAMA 132<sup>107</sup>]**

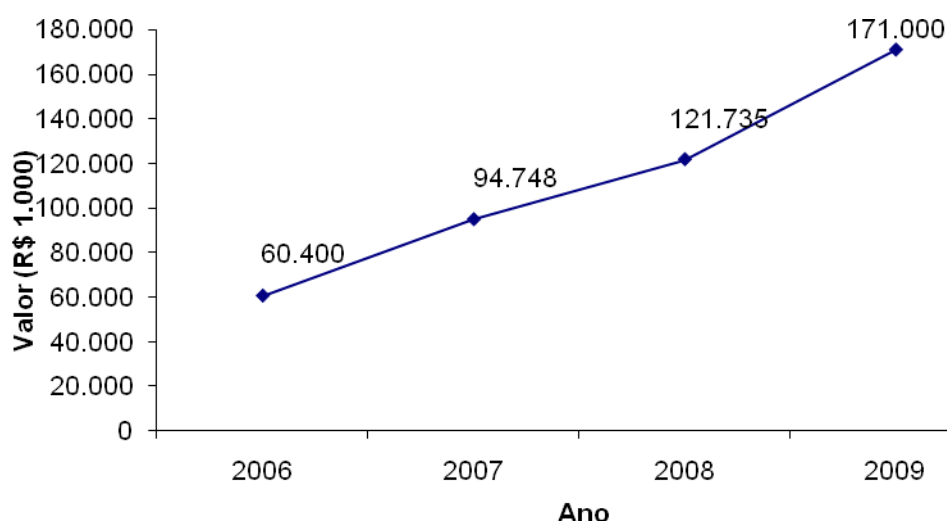
Garantir à população baiana o acesso a medicamentos essenciais e excepcionais em todos os níveis de atenção à saúde, promovendo o atendimento humanizado e o uso racional dos medicamentos, representa um

<sup>107</sup> Programa 132: Assistência Farmacêutica.

dos compromissos assumidos pelo Governo da Bahia para com a população baiana.

Somente em 2009, foi aplicado cerca de R\$171 milhões sendo R\$81 do Governo Estadual e R\$90 milhões do Governo Federal na assistência farmacêutica, um incremento de 41% se comparado ao ano de 2008 quando foram aplicados aproximadamente R\$121 milhões (R\$ 61 milhões do governo estadual e R\$ 60 milhões do governo federal) e de 216% em relação ao ano de 2006, onde foram aplicados R\$ 60 milhões (R\$ 14 milhões do governo estadual e R\$ 46 milhões do governo federal) – gráfico 75.

**GRÁFICO 75**  
**RECURSOS APLICADOS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**BAHIA, 2006 – 2009 (R\$ em 1.000,00)**



Fonte: SESAB/Fesba

A ampliação dos recursos para a área da assistência farmacêutica permitiu que o Governo do Estado, honrasse a dívida existente para com os municípios baianos até o ano de 2006, principalmente do repasse para a assistência farmacêutica básica. No período de 2007 a 2009, foram aplicados na assistência farmacêutica básica em parceria com o Governo Federal cerca de R\$ 113,3 milhões.

Os investimentos realizados pelo Governo do Estado têm como objetivo fortalecer a assistência farmacêutica estadual dentre outras coisas, através da estruturação de serviços farmacêuticos do SUS – BA<sup>108</sup>, viabilização de sistemas de informação para a melhoria do fluxo de informação e fortalecimento da gestão.

A SESAB entende que a importância da promoção do uso racional de medicamentos<sup>109</sup> e disponibilizou o curso de prescritores e dispensadores para cerca de 80 profissionais da rede e a capacitação para os novos farmacêuticos da rede SESAB.

### **Farmácia Básica<sup>110</sup> e Medicamentos Excepcionais**

A SESAB no escopo de suas ações estratégicas tem buscado promover o acesso à assistência farmacêutica, através da aquisição e distribuição de insumos da Atenção Básica em Diabetes Mellitus, atendendo com qualidade aos municípios. Neste ínterim, tem assessorado à Assistência Farmacêutica municipal em relação a sua estruturação e qualificação de pessoal.

Em 2009 foram investidos mais de R\$ 55 milhões (valor empenhado) em parceria com o Governo Federal (R\$24,6 milhões do Governo Estadual e R\$ 30,5 milhões do Governo Federal) para ampliação da assistência farmacêutica básica, para atender regularmente a 393 municípios, DARES e as unidades de referências cadastradas (Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), Hospital Estadual Otávio Mangabeira e Hospital Couto Maia), no fornecimento dos medicamentos essenciais da Atenção Básica e dos medicamentos estratégicos da Atenção Básica (tuberculose, hanseníase e endemias focais).

Analisando os investimentos na assistência farmacêutica básica, observa-se um incremento de 360% comparando os anos de 2006 (R\$12 milhões – R\$ 603

---

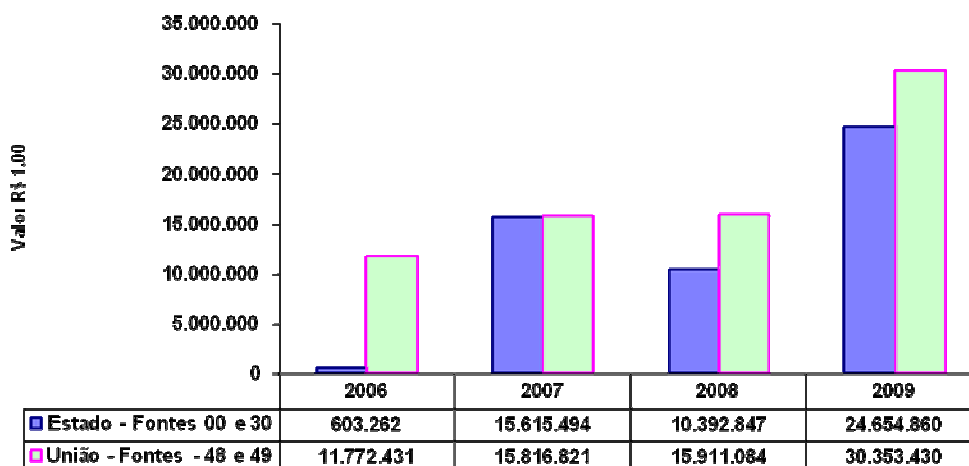
<sup>108</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2807 e ao Projeto/Atividade 1311, Programa 127 no PPA 2008 – 2011;

<sup>109</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 3047 no PPA 2008 – 2011;

<sup>110</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2808 no PPA 2008 – 2011;

mil do Governo Estadual<sup>111</sup> e R\$11,4 milhões do Governo Federal) e 2009 (R\$ 55,2 milhões – R\$ 24,7 milhões do Governo do Estado e R\$ 30,5 milhões do Governo Federal) – gráfico 76.

**GRÁFICO 76**  
**RECURSOS APLICADOS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA**  
**BAHIA, 2006 - 2009**



Fonte: SESAB/Fesba

**OBS:** Os valores de 2006 e 2007 são a soma dos recursos da assistência farmacêutica básica e da assistência farmacêutica em saúde mental.

O Governo do Estado ampliou ainda o elenco de medicamentos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica que era de 37 itens no ano de 2007 para 94 itens em 2009, que estão sendo disponibilizados aos municípios correspondendo ao elenco de referência estadual, além disso, vem distribuindo aos municípios insumos - glicosímetros e lancetas - para os diabéticos insulino-dependentes e métodos contraceptivos, favorecendo assim a melhora dos serviços de Atenção Básica dos municípios.

Foram eliminadas as faltas de medicamentos da Atenção Básica e disponibilizados todos os medicamentos aos municípios. Além de ter sido realizada uma avaliação das programações de medicamentos e autorização do fornecimento dos medicamentos, criou-se um *e-mail* corporativo (estratégia de

<sup>111</sup> Estão incluídos os valores na assistência financeira a município na aquisição de medicamentos para a saúde mental (R\$ 598 mil).

melhoria da comunicação) para a assistência farmacêutica dos municípios, o qual todos os municípios já têm acesso.

No que se refere à Promoção do Acesso a Medicamentos Estratégicos na Atenção Básica (Tuberculose, Hanseníase e Endemias Focais), a partir de 2010 deverá ser disponibilizado para os pacientes portadores de tuberculose, um novo tratamento em doses fixas combinadas (04 princípios ativos em apenas 01 comprimido), o que proporcionará melhor comodidade posológica e maior adesão do paciente ao tratamento.

### **Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional (PROMEX)<sup>112</sup>**

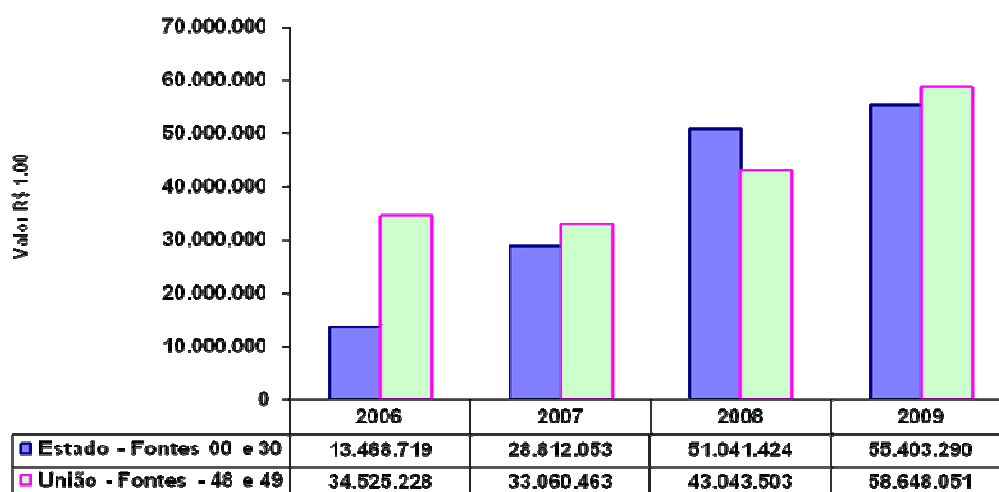
O Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional (PROMEX) implantado na Bahia desde 1998 é um serviço de fornecimento de medicamento do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) como parte da política nacional de assistência farmacêutica do SUS.

O Governo do Estado aplicou cerca de R\$ 114 milhões, sendo R\$58,6 milhões do Governo Federal e R\$55,4 milhões do Governo Estadual para a aquisição de medicamentos de dispensação excepcional e nutricêuticos, um incremento de aproximadamente 21% se comparado a 2008, quando foram aplicados cerca de R\$94 milhões, R\$51 milhões do Governo Estadual e R\$43 milhões do Governo Federal. (Gráfico 77)

---

<sup>112</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2818 no PPA 2008 – 2011;

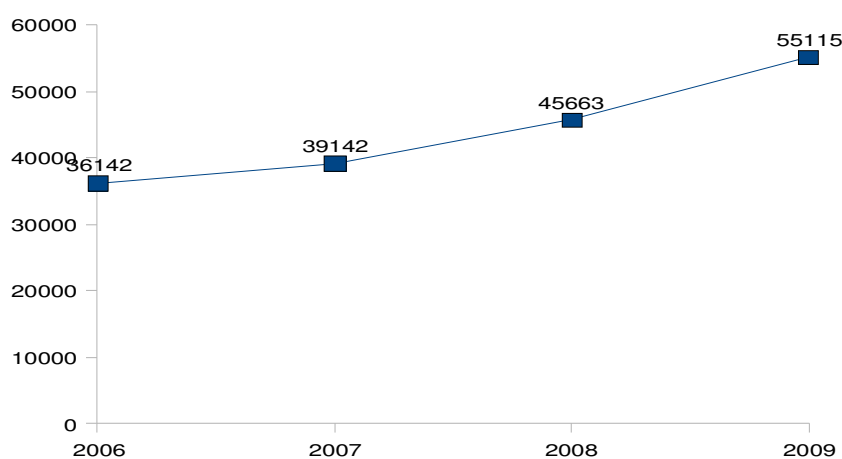
**GRÁFICO 77**  
**RECURSOS APLICADOS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE ALTO CUSTO**  
**BAHIA, 2006 - 2009**



Fonte: SESAB/Fesba

No ano de 2009, o Governo do Estado renovou os registros de preços vencidos e incluiu novos itens na lista do Programa de Medicamentos em Caráter Excepcional (PROMEX), que hoje disponibiliza 141 tipos de medicamentos para atender a 63 patologias. O Programa concluiu o ano de 2009 com 55.115 usuários beneficiados (gráfico 78), representando um incremento de 21% em relação ao ano de 2008, onde foram atendidos 45.663 pacientes e de 52,5% se comparado com 2006.

**GRÁFICO 78**  
**PACIENTES ATENDIDOS PELO PROMEX**  
**BAHIA, 2006 - 2009**



Fonte: SESAB/SAFTEC/DASF

Foram realizadas ações essenciais para a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos usuários do programa tais como, a descentralização de 30% dos pacientes cadastrados no Hospital Manoel Vitorino para unidades do interior do Estado; transferência dos pacientes de Hipertensão Pulmonar do Hospital Manoel Vitorino para o Ambulatório de Pneumologia do Hospital Magalhães Neto, bem como a conclusão do termo de cooperação técnica para as unidades dispensadoras localizadas no interior do estado que possui parceria com o PROMEX.

### **Rede Baiana de Farmácias Populares do Brasil<sup>113</sup>**

A Rede Baiana de Farmácias Populares do Brasil tem como objetivo ampliar o acesso a medicamentos essenciais a custo reduzido, com a orientação e supervisão do profissional farmacêutico, visando o uso racional de medicamentos e um atendimento personalizado ao paciente. Para o desenvolvimento desta ação, a SESAB efetivou parceria com a Empresa Baiana de Alimentos (EBAL), onde estão instaladas a maioria das unidades.

No período de 2007 a 2009 foram implantadas 26 novas farmácias populares além das cinco existentes. Em 2009, foram investidos cerca de R\$ 870 mil no custeio das unidades de Farmácias Populares do Brasil em 17 municípios, um incremento de 59% em relação ao ano de 2008, quando foram aplicados cerca de R\$544 mil. Mais seis lojas, já autorizadas pelo Ministério da Saúde, estão em processo de implantação.

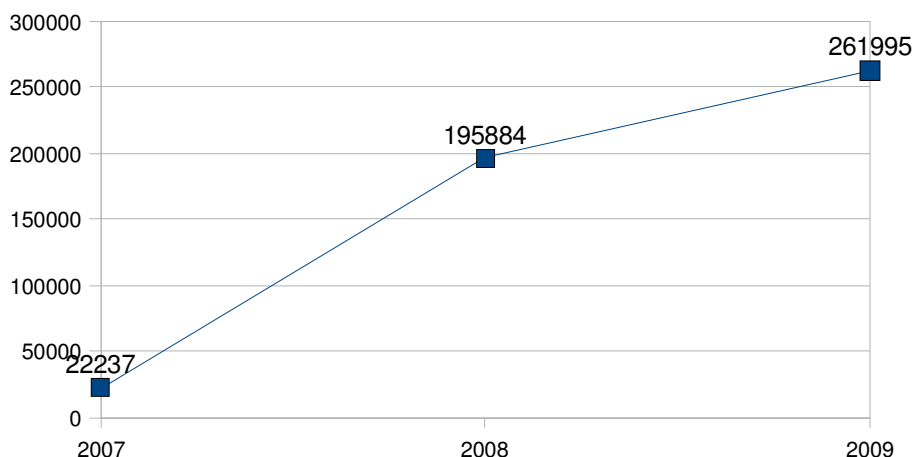
O número de atendimentos realizados nas unidades de Farmácia Popular vem crescendo gradativamente. No ano de 2009 foram realizados 261.995 atendimentos na rede baiana de farmácia popular um incremento de 34% se comparado ao ano de 2008 onde foram realizados 195.884 atendimentos e de mais de 200.000 atendimentos se comparado com o ano de 2007, conforme pode ser observado no gráfico 79.

---

<sup>113</sup>

Corresponde ao Projeto/Atividade 2802 no PPA 2008 – 2011;

**GRÁFICO 79**  
**ATENDIMENTOS REALIZADOS NA REDE BAIANA DE FARMÁCIAS POPULARES**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB/SAFTEC/DASF

O faturamento da rede no ano de 2009 foi de R\$ 1.191.953,62 correspondendo a um gasto de R\$ 4,54 ano/usuário. O quadro 36 mostra a Rede Baiana de Farmácias Populares no Estado.

**QUADRO 36**  
**REDE BAIANA DE FARMÁCIAS POPULARES**  
**BAHIA, 2009**

MUNICÍPIO	MACRORREGIÃO	UNIDADE	POPULAÇÃO
Salvador	Leste	10	2.892.625
Amargosa		1	33.554
Camaçari		1	220.495
Cruz das Almas		1	54.827
Dias D`ávila		1	53.821
Lauro de Freitas		1	144.492
Mutuípe		1	21.181
Santo Amaro		1	58.028
Santo Antonio de Jesus		1	84.256
São Sebastião do Passé		1	40.321
Simões Filho		1	109.269
Feira de Santana	Centro-Leste	1	571.997
Ilhéus	Sul	1	220.144
Jaguaquara		1	46.641
Ribeira do Pombal	Nordeste	1	47.400
Itapetinga	Sudoeste	1	63.243
Vitória da Conquista		1	314.546

Fonte: SESAB/Saftec/Das

## **Produção de Medicamentos Essenciais – Bahiafarma<sup>114</sup>**

O Governo do Estado da Bahia e, em particular, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em consonância com as políticas nacionais de desenvolvimento do complexo industrial da saúde e as diretrizes previstas na Política Nacional de Medicamentos, têm buscado estabelecer estratégias que visam fortalecer as áreas de assistência farmacêutica e tecnologia em saúde, de acordo com suas necessidades e as prioridades do SUS. Uma das estratégias definidas é a implantação da Fundação Baiana de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos (BAHIAFARMA), autorizada sua criação através da Lei Estadual nº. 11.371, de 04 de fevereiro de 2009. A Fundação BAHIAFARMA estará vinculada a SESAB e terá por finalidade a realização de pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico no campo farmacêutico, e fornecimento e distribuição de medicamentos essenciais e outros medicamentos de interesse social, para órgãos e entidades que integram o Sistema Único de Saúde – SUS.

A implantação da Fundação BAHIAFARMA está prevista no Plano Estadual de Saúde, no programa Inova Bahia, como ação estratégica para promoção do desenvolvimento da base científica e tecnológica em saúde. A meta do Governo do Estado e da SESAB é a de configurar a Fundação BAHIAFARMA como o centro de um Arranjo Produtivo Local (APL), sistêmico, capaz de promover e fortalecer o desenvolvimento do estado da Bahia na área farmacêutica e outras tecnologias em saúde. Assim, a BAHIAFARMA se constituirá em um agente indutor, dinamizador do desenvolvimento, através da realização de pesquisas científicas, desenvolvimento de tecnologias, fabricação de produtos biológicos, profiláticos, medicamentos, fármacos e outros produtos de interesse para a saúde, além de formar e capacitar recursos humanos em áreas correlatas. O APL atuará como promotor do desenvolvimento econômico e social do estado, com a finalidade de atender aos interesses do Sistema Único de Saúde.

---

<sup>114</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 3995 no PPA 2008 – 2011;

**Cabe destacar ainda que em 2009 foram realizadas as seguintes atividades:**

- Sanção da Lei nº. 11.371/09, que autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Baiana de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos – BAHIAFARMA, e dá outras providências;
- Elaboração parcial da minuta do edital para contratação de empresa especializada no serviço de desenvolvimento de projeto básico e executivo para reforma e ampliação do complexo industrial farmacêutico do município de Vitória da Conquista;
- Aprovação do Projeto de Lei nº 18.423/2009, que autoriza o Poder Executivo a doar, em nome do Estado da Bahia, imóveis de sua propriedade à Fundação Baiana de Pesquisa Científica, Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos - BAHIAFARMA, quando devidamente instituída, e altera a Lei nº 11.371/2009;
- Conclusão da minuta de Estatuto da Fundação;
- Definição do organograma e quadro de cargos;
- Reunião na Farmanguinhos/Fiocruz sobre o perfil de produção da Fundação BAHIAFARMA;
- Elaboração do Parecer Técnico-Científico pela SAFTEC como um estudo preliminar a fim de avaliar as evidências científicas para as associações monofásicas de anticoncepcionais orais combinados - AOC indicados pelo Ministério da Saúde para compor parcerias com as empresas privadas Stragen Pharma, Biolab e Libbs;

- Reuniões com Farmanguinhos/Fiocruz sobre a parceria Farmanguinhos e a BAHIAFARMA e o perfil de produção de medicamentos da Fundação BAHIAFARMA.

### **Medicamento em Casa - MEDCASA<sup>115</sup>**

O Programa Medicamento em Casa, implantado em 2008, já possui 1.934 pacientes cadastrados em 14 Municípios com o programa em funcionamento. Trinta e oito municípios já assinaram o Termo de Compromisso para implantação.

O Governo do Estado implantou em 2009 o programa nos municípios de Amargosa, Eunápolis, Cruz das Almas, Bom Jesus da Lapa e Riacho de Santana. Trabalhou ainda para implantar o programa nas maternidades da rede, com medicamentos para o planejamento familiar, além de ter realizado treinamento em Hipertensão e Diabetes, direcionado aos profissionais de saúde, dos municípios incorporados ao Programa, farmacêuticos da Rede Baiana de Farmácia Popular e de municípios que ainda não participam efetivamente do MEDCASA.

Destaca-se ainda, a renovação do contrato com a empresa de logística do programa, a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – EBCT, no valor anual de R\$460 mil e o treinamento aos farmacêuticos e técnicos novos, no SISMEDCASA, o sistema informatizado que gerencia o programa Medicamento em Casa.

---

<sup>115</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2804 no PPA 2008 – 2011.

## 7.5 COMPROMISSO 10 - ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA E HEMOTERÁPICA DESCENTRALIZADA E REGIONALIZADA

[PROGRAMA 133<sup>116</sup>]

Ampliando a assistência hematológica e hemoterápica de forma descentralizada e regionalizada, um dos compromissos assumidos pelo Governo do Estado, em prol da saúde da população baiana, foram aplicados cerca de R\$ 28 milhões na Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA), um incremento de 27% em relação ao ano de 2008, aproximadamente R\$22 milhões, investimentos que permitiram dentre outras coisas a ampliação de unidades hemoterápicas e o aumento da capacidade instalada.

Foram inauguradas no ano de 2009, as Unidades de Coleta e Transfusão (UCT) dos municípios de Seabra, Barreiras<sup>117</sup>, além de terem sido realizadas reformas nas UCT de Alagoinhas, Camaçari, Brumado, Teixeira de Freitas, Santo Antônio de Jesus, Itapetinga e o Hemocentro Regional de Eunápolis<sup>118</sup>. Destaca-se também a aquisição de uma Unidade Móvel de Coleta de Sangue (HEMÓVEL)<sup>119</sup> que tem como finalidade levar a estrutura de coleta de sangue até o doador de diversos bairros da cidade de Salvador e Região Metropolitana.

No município de Barreiras além da implantação de uma UCT no Hospital do Oeste iniciou-se a assistência hemoterápica pela rede pública no Oeste do Estado. Foi regularizado o terreno onde será construído o Hemocentro Regional de Barreiras<sup>120</sup>, cujo projeto arquitetônico foi encaminhado ao Ministério da Saúde. Foram incorporadas as rotinas laboratoriais (imunohematologia e sorologia) da UCT de Vitória da Conquista.

---

<sup>116</sup> **Programa 133:** Qualidade do Sangue, Assistência Hematológica e Hemoterápica.

<sup>117</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 1831, 1846 e 1851 no PPA 2008 – 2011;

<sup>118</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 1845, 1846 e 1851 no PPA 2008 – 2011;

<sup>119</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 1837 no PPA 2008 – 2011;

<sup>120</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 1821 no PPA 2008 – 2011;

A Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS) e o Laboratório Francês de Hemoderivados e Biotecnologia (LFB) realizaram novas visitas técnicas de inspeção à Fundação HEMOBA e considerou o Hemocentro Coordenador em Salvador, apto para o envio do plasma fresco excedente para processamento industrial e produção de hemoderivados utilizados no tratamento de pacientes portadores de coagulopatias.

Destaca-se também a contratação de consultoria para implantação da Gestão da Qualidade no Hemocentro Coordenador, implementação da gestão e manutenção da hemorrede, na produção de hemocomponentes, na organização da rede de assistência hematológica, na implantação do Sistema de Informação, bem como na disseminação da cultura da doação voluntária de sangue, entre outras.

A Coordenação de Hemorrede da Fundação HEMOBA realizou em 2009 visitas técnicas e de supervisão às Agências Transfusionais (AT) de Itaparica, Santo Amaro da Purificação e Hospital Roberto Santos e nas Unidades de Coletas e Transusão (UCT) de Alagoinhas, Santo Antônio de Jesus, Valença, Juazeiro, Paulo Afonso, Ribeira do Pombal e Barreiras.

### **Doação Voluntária de Sangue**

A disseminação da Cultura de Doação Voluntária de Sangue<sup>121</sup> estimulando o aumento do número de doadores de repetição e fidelizados tem sido considerada de extrema importância pela HEMOBA, objetivando a segurança transfusional.

Para tanto, algumas atividades foram intensificadas, tais como: realização de palestras educativas, oficinas para formação de multiplicadores e para o projeto “Doador do Futuro”, realização de campanhas para o período do Carnaval, Dia Internacional da Mulher, São João e Dia Nacional do Doador Voluntário de Sangue, reuniões de sensibilização e de mobilização social junto às

---

<sup>121</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2637 no PPA 2008 – 2011;

Universidades, instituições religiosas, municípios da região metropolitana, empresas e associações comunitárias, além de implementação de melhorias na realização das coletas externas.

### Produção de Hemocomponentes

Foram coletadas no ano de 2009, 85.963 bolsas de sangue, um incremento de 12% se comparado ao ano de 2008, onde foram coletadas 76.506 bolsas de sangue, o que permitiu produzir 185.223 bolsas de hemocomponentes<sup>122</sup>, um incremento de 3,3% em relação ao ano de 2008, quando foram produzidas 179.159 bolsas de hemocomponentes entre concentrados de hemácias, plaquetas, plasma fresco congelado e crioprecipitado. A tabela 44 apresenta a produção da hemorrede no ano de 2009.

**TABELA 44**  
**PRODUÇÃO DA FUNDAÇÃO HEMOBA**  
**BAHIA, 2009**

UNIDADES	DOADORES CAPTADOS	BOLSAS COLETADAS	BOLSAS DE HEMOCOMPONENTES
Hemocentro Coordenador	45827	34522	95605
Alagoinhas	3535	2620	3422
Brumado	1616	1400	2496
Camaçari	3455	3007	3473
Eunápolis	5658	4212	7794
Feira de Santana	6422	4696	9280
Guanambi	3038	1971	3113
Itaberaba	561	373	770
Itapetinga	1583	1372	2658
Irecê	2325	2166	3351
Jacobina	1381	1164	2812
Juazeiro	1207	915	1796
Jequié	3848	3455	6867
Obras Sociais Irmã Dulce – OSI	8006	6980	10086
Paulo Afonso	2183	1853	3558
Ribeira do Pombal	1613	1393	2504
Seabra	534	404	806
Santo Antônio de Jesus	4521	3921	7826
Senhor do Bonfim	2314	1751	3532
Teixeira de Freitas	3852	3049	6443
Valença	1594	1366	1885
Vitória da Conquista	3771	3118	4636
Barreiras	416	255	510
<b>TOTAL</b>	<b>109260</b>	<b>85963</b>	<b>185223</b>

Fonte: SESAB/Hemoba

<sup>122</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2634 no PPA 2008 – 2011;

Destacam-se ainda em 2009 a prestação de 85.453 atendimentos aos usuários<sup>123</sup>, entre consultas e procedimentos médicos (24.942), fisioterapia (8.710), serviço social (2.037), psicologia (454), odontologia (2.829), enfermagem (33.467), farmácia (9.805) e infusão de hemoderivados (3.209) e a capacitação de 567 profissionais da rede de hematologia e hemoterapia da Bahia<sup>124</sup>.

---

<sup>123</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2639 no PPA 2008 – 2011;

<sup>124</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2635 no PPA 2008 – 2011;

## **8. LINHA DE AÇÃO – 5: INFRA-ESTRUTURA DA GESTÃO E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS - BAHIA**

Com a Linha de Ação Infra-estrutura da Gestão e dos Serviços de Saúde o SUS – Bahia, o Governo do Estado busca a ampliação dos serviços públicos de saúde ofertados ao usuário cidadão. As ações programadas para a consecução dos objetivos estratégicos determinados nessa linha de ação estão distribuídas em 03 programas de governo, 14 projetos e 04 atividades, concentradas no FESBA e no HEMOBA.

Tem como responsável a Superintendência de Assistência Farmacêutica Ciência e Tecnologia – SAFTEC através da Diretoria Ciências e Tecnologia em Saúde – DITEC, cujo objeto de intervenção é a reestruturação da rede de serviços do estado, incorporando e re-construindo tecnologias que dinamizem o setor saúde; Diretoria Geral da SESAB – DG, Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS e Superintendência de Recursos Humanos – SUPERH.

O recurso inicialmente orçado para o cumprimento dos objetivos desta linha de ação foi de R\$ 154,7 milhões, passando para aproximadamente R\$ 213,9 milhões. Houve reforço orçamentário de R\$ 85,7 milhões distribuídos nas fontes 00, 15, 21, 25, 38, 47, 48 e 65, recursos necessários para viabilizar construção, ampliação e reformas de unidades de saúde, aparelhamento e reaparelhamento da rede, além da ampliação da frota de veículos da SESAB. As anulações somaram R\$ 26,5 milhões nas dotações das fontes 29 e 30.

No transcurso do exercício de 2009, foram empenhadas despesas nesta linha de ação que ultrapassam a soma dos R\$ 172,9 milhões, representando uma execução de 80,9%. Vale ressaltar a execução realizada pela fonte 30 a qual ultrapassou 98,2% do total empenhado nesta linha, ou seja, cerca de R\$ 75,7 milhões. As tabelas 45 e 46 demonstram a execução por fonte e programas respectivamente, enquanto o anexo 18 detalha a execução dessa despesa por programas, atividades e projetos em todos os estágios de execução.

**TABELA 45**  
**EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA POR FONTE DE RECURSO DA LINHA DE**  
**AÇÃO INFRA-ESTRUTURA DA GESTÃO E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS - BAHIA**  
**BAHIA, JANEIRO – DEZEMBRO, 2009**

Fonte	Orçado Inicial (A)	Orçado Atual (B)	Empenhado (C)	% (C/B)	Liquidado (D)	% (D/C)
00	0,00	6.596.138,00	5.224.801,02	79,2	5.224.801,02	100,0
15	0,00	39.518.877,00	29.534.554,86	74,7	21.815.316,70	73,9
21	0,00	15.587.000,00	6.035.815,72	38,7	6.033.726,95	100,0
25	1.933.000,00	7.581.846,00	6.390.207,41	84,3	6.390.207,41	100,0
29	24.412.000,00	4.284.123,00	4.284.121,43	100,0	3.689.452,34	86,1
30	83.484.000,00	77.083.122,00	75.710.769,98	98,2	73.559.095,49	97,2
38	87.000,00	347.000,00	301.884,00	87,0	301.884,00	100,0
47	41.452.000,00	41.800.000,00	24.936.462,99	59,7	24.936.462,99	100,0
48	3.350.000,00	21.049.281,00	20.483.419,34	97,3	20.483.419,34	100,0
65	0,00	8.245,00	8.245,00	100,0	8.245,00	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>154.718.000,00</b>	<b>213.855.632,00</b>	<b>172.910.281,75</b>	<b>80,9</b>	<b>162.442.611,24</b>	<b>93,9</b>

Fonte: FESBA/DOP/Sicof Gerencial

Observa-se na tabela 45 o bom desempenho realizado pela fonte 30, não só pelo valor aplicado (R\$ 75,7 milhões), como também pelo percentual de execução (98,2%) alcançado até o final do exercício. Esse bom desempenho é seguido pelas fontes 29, 47 e 48. A fonte 21 foi a que apresentou o menor percentual de execução.

**TABELA 46**  
**EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA POR PROGRAMA DA LINHA DE AÇÃO**  
**INFRA-ESTRUTURA DA GESTÃO E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS - BAHIA**  
**BAHIA, JANEIRO – DEZEMBRO, 2009**

Prog.	Orçado Inicial (A)	Orçado Atual (B)	Empenhado (C)	% (C/B)	Liquidado (D)	% (D/C)
127	2.974.000,00	11.993.679,00	10.727.912,16	89,4	10.727.912,16	100,0
135	150.744.000,00	201.764.769,00	162.085.186,45	80,3	151.638.927,88	93,6
208	1.000.000,00	97.184,00	97.183,14	100,0	75.771,20	78,0
<b>TOTAL</b>	<b>154.718.000,00</b>	<b>213.855.632,00</b>	<b>172.910.281,75</b>	<b>80,9</b>	<b>162.442.611,24</b>	<b>93,9</b>

Fonte: FESBA/DOP/Sicof Gerencial

O programa 135 – Expansão e Melhoria da Infra-Estrutura de Saúde, o qual executou mais de R\$ 162 milhões, foi o que apresentou melhor desempenho, se analisados valores liquidados em relação ao orçamento atual desta linha de ação - tabela 46. É importante observar que os recursos aplicados nas ações 2867 – Aquisição de Equipamento para a Rede Pública e 2869 – Modernização e Aparelhamento da Frota de Veículos; e para os projetos 3270 – Construção do Hospital do Subúrbio, em Salvador e o 3282 – Construção do Hospital da Criança, em Feira de Santana.

### **8.1 COMPROMISSO 11 - EXPANSÃO E MELHORIA DA INFRA-ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS - BAHIA<sup>125</sup>**

**[PROGRAMA 127, 135, 208]**

Em cumprimento ao compromisso assumido pelo Governo do Estado em expandir e melhorar a infra-estrutura dos serviços de saúde, a SESAB interveio na ampliação da rede estadual de serviços de saúde e na adequação, reforma,

<sup>125</sup> Considerando a especificidade desta Linha de Ação, por ter suas ações voltadas para obras de melhoria e expansão da infra-estrutura, optou-se por apresentar um consolidado do período de janeiro de 2007 à junho de 2009, com destaque para os valores gastos no primeiro semestre de 2009.

construção e ampliação de unidades de saúde da rede própria, possibilitando diretamente a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde com qualidade, bem como proporcionando ao trabalhador melhores condições de trabalho.

O Governo do Estado investiu no ano de 2009, para expansão e melhoria da infra-estrutura dos serviços de saúde do SUS na Bahia, bem como para modernização e aparelhamento cerca de R\$ 194,6 milhões, sendo R\$ 175, 9 milhões aplicados pela SESAB, e outros R\$19,5 milhões executados por outras secretarias com ações intersetoriais de promoção da saúde<sup>126</sup>.

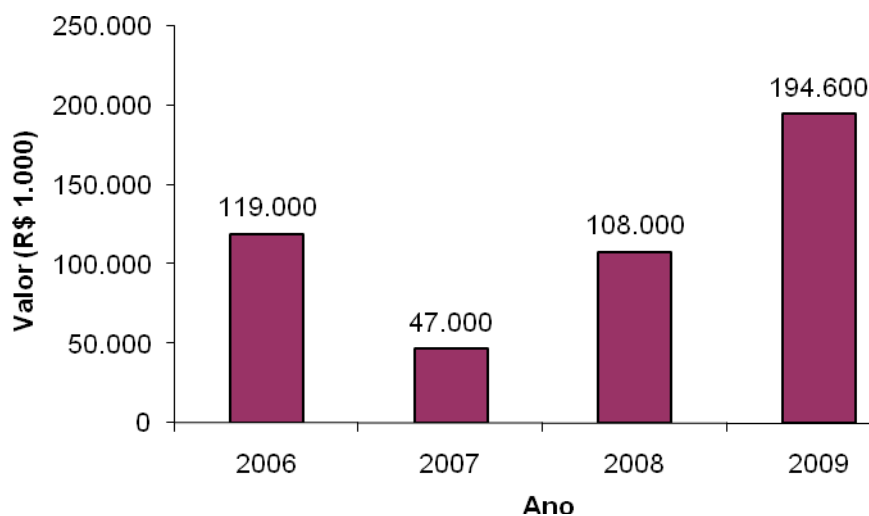
Os investimentos permitirão que até 2010, tenham sido criados mais de 1.100 novos leitos hospitalares, os quais que deverão compor a rede SUS do Estado da Bahia. Totalizando, serão cinco novos hospitais, três já inaugurados em Irecê, Juazeiro e Santo Antônio de Jesus, além dos investimentos em reforma, ampliação (novos leitos) e re-ativação de leitos já existentes na rede.

Comparando os investimentos realizados para expansão e melhoria da rede no período de 2005 a 2009, conforme gráfico 80, observa-se um incremento substancial no ano de 2009 de 80,2%, tendo sido investidos mais de R\$194,6 milhões, em relação ao ano de 2008, onde foram investidos cerca de R\$ 108 milhões e de 66,5% em relação ao ano de 2006, com recursos da ordem dos R\$119 milhões.

---

<sup>126</sup> Secretarias que executam recursos da função 10 (Função Saúde).

**GRÁFICO 80**  
**INVESTIMENTOS EM EXPANSÃO E MELHORIA DA REDE DE SERVIÇOS (EM R\$1.000,00)**  
**BAHIA, 2006 – 2009**



Fonte: SESAB/Fesba

Com os investimentos em expansão e melhoria da infra-estrutura dos serviços de saúde, serão entregues novos hospitais nos municípios de Salvador e Feira de Santana. Os hospitais Regionais de Irecê, Juazeiro e Santo Antônio de Jesus já foram entregues, o primeiro em 2008 e os dois últimos no ano de 2009, ofertando mais de 300 novos leitos hospitalares a população baiana. São mais 60 leitos de UTI nessas unidades.

No período de 2007 a 2009, já foram investidos em obras cerca de R\$68 milhões nos Hospitais: Mário Dourado Sobrinho em Irecê (R\$6,4 milhões), Regional de Juazeiro (R\$22,4 milhões), Estadual da Criança em Feira de Santana (R\$16,5 milhões) e do Subúrbio Ferroviário em Salvador (R\$23,3 milhões). Em 2010, serão entregues o Hospital Estadual da Criança no município de Feira de Santana com 280 leitos, sendo 40 leitos de UTI e 30 de semi-intensiva, com investimentos previstos de R\$ 38 milhões para obras e R\$ 14 milhões em equipamentos e o Hospital do Subúrbio em Salvador com 268 leitos mais 30 leitos de internação domiciliar, um investimento inicial de R\$ 42 milhões e R\$ 20 milhões em equipamentos.

Vale ressaltar o esforço do governo na interiorização da média e alta

complexidade, com destaque para:

1. O Hospital Regional de Juazeiro inaugurado em julho de 2009 é um hospital geral, que conta com 134 leitos de internação incluindo os leitos de UTI e semi-intensiva, nas diversas especialidades além de ambulatório especializado, atendimento às urgências e emergências clínicas, cirúrgicas, queimados adulto e pediátricos. O Hospital ainda é parte da Rede Estadual, como unidade de Alta Complexidade em Oncologia cujo serviço quando implantado será referência para a região da Bahia e Pernambuco.
2. Somente no ano de 2009 foram aplicados cerca de R\$8,2 milhões para finalização das obras e aquisição de equipamentos do Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus. Inaugurado em dezembro, o hospital conta com 136 leitos, sendo 10 leitos de UTI adulto e emergência 24 horas, além de atendimento ambulatorial em angiologia, cardiologia, clínica geral, gastroenterologia, geriatria, neurologia, pediatria entre outros para a população de todo recôncavo baiano. O hospital contará ainda com o Programa de Internação Domiciliar.
3. O Hospital Estadual da Criança disponibilizará 280 leitos em especialidades pediátricas de média e alta complexidade (traumato-ortopedia, pneumologia, nefrologia, oncologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, cirurgia geral, clínica pediátrica, UTI pediátrica geral, UTI pediátrica cardiológica, UTI neo-natal, unidade semi-intensiva pediátrica, atendimento as urgências e emergências clínicas, cirúrgicas e traumato-ortopédicas).

Na capital, o Hospital do Subúrbio<sup>127</sup>, é a mais importante obra de expansão da rede pública de serviços de saúde no Estado dos últimos 20 anos, atenderá às urgências e emergências em clínicas médica, cirúrgica e, traumato-ortopédica (adulta e pediátrica). Disponibilizará 268 leitos de internação nas especialidades de clínica médica, clínica pediátrica, cirurgia geral adulta e pediátrica, de queimados, traumato-ortopedia adulta e pediátrica, unidade

---

<sup>127</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 3270 no PPA 2008 – 2011;

semi-intensiva, UTI adulto e pediátrico, 30 leitos de internação domiciliar e serviços de apoio à diagnose e terapia: raios-X, tomógrafos computadorizados, ultra-som, métodos Gráficos - ECG, laboratório de patologia clínica, endoscopia digestiva, broncoscopia, hemodinâmica e ressonância magnética.

Os investimentos do Governo do Estado permitiram também a ampliação, reativação e qualificação de leitos hospitalares. São mais de 430 novos (mais de 1.100 até o final de 2010) e 143 leitos requalificados nas unidades da rede própria – tabela 47.

**TABELA 47**  
**AMPLIAÇÃO E REQUALIFICAÇÃO DE LEITOS – REDE PRÓPRIA – SESAB**  
**BAHIA, 2007 - 2009**

HOSPITAL	LEITOS		
	NOVOS	REQUALIFICADOS	INTERVENÇÃO
HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	14	27	<b>Ampliação</b> de 14 leitos de UTI <b>Reforma</b> de 05 leitos de Mãe Canguru
HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTAVIO MANGABEIRA	-	14	<b>Reforma</b> de enfermaria - 08 leitos para internação de Influenza A e 06 leitos convencionais
HOSPITAL GERAL JOAO BATISTA CARIBE	3	-	<b>Ampliação</b> de 03 leitos da Emergência
MATERNIDADE TSYLA BALBINO	-	10	<b>Reformados</b> 10 leitos para Parto Humanizado PPP (Parto, Pré-Parto e Puerpério)
HOSPITAL JULIANO MOREIRA	16	-	<b>Ampliação</b> de 16 leitos do Pronto Atendimento.
HOSPITAL GERAL DO ESTADO	8	20	<b>Ampliação</b> de 08 leitos de Cirurgia de Mão e <b>Reforma</b> da Enfermaria de 20 leitos de Pediatria
HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES	52	-	<b>Ampliação</b> de 18 leitos de Pediatria, 32 de Clínica Médica e Cirurgia, 2 leitos de reanimação e estabilização, um pediátrico e outro adulto
HOSPITAL GERAL DE VITORIA DA CONQUISTA	22	-	<b>Ampliação</b> de 08 de UTI e 14 leitos de Clínica Médica e Cirurgia
HOSPITAL GERAL LUIS VIANA FILHO	15	-	<b>Reativação</b> de 15 leitos Psiquiátricos
HOSPITAL GERAL MANOEL VICTORINO	13	-	<b>Implantação</b> de 10 leitos de UTI adulto e 03 leitos de enfermaria reativados
HOSPITAL GERAL DE IPIAU	16	-	<b>Ampliação</b> de 16 leitos de enfermaria Adulto
HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE	78	-	<b>Implantação</b> de 60 Leitos de longa permanência e 18 leitos de semi-intensiva na

HOSPITAL	LEITOS		
	NOVOS	REQUALIFICADOS	INTERVENÇÃO
			emergência.
HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA	11	-	<b>Ampliação</b> de 05 leitos de Pré-parto e 06 leitos de obstetrícia
HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO	62	72	<b>Novo Hospital</b> com 20 leitos de UTI Adulto
HOSPITAL ELÁDIO LASSERE	100		<b>Novos leitos</b> de retaguarda para a Rede Própria
HOSPITAL CARVALHO LUZ	20		<b>Ampliação</b> de leitos
<b>TOTAL</b>	<b>430</b>	<b>143</b>	

Fonte: SESAB/Sais/Dgrp

Destacam-se no ano de 2009, a inauguração da Unidade de Terapia Intensiva – UTI Pediátrica/Neonatal do Hospital Geral Roberto Santos, com investimentos em equipamentos superiores a R\$ 2,5 milhões, o Centro Cirúrgico do Hospital Geral Clériston Andrade com investimentos de R\$5,3 milhões em obras, que será a maior referência em cirurgias do interior da Bahia, e a ampliação de mais 100 novos leitos no Hospital Eládio Lassérre no município de Salvador.

Foram feitos investimentos em equipamentos superiores à R\$1,5 milhão na implantação de uma Unidade de Terapia Intensiva – UTI do Hospital Especializado Otávio Mangabeira, para atendimento aos pacientes da Influenza AH1N1, e de cerca de R\$ 1 milhão na implantação de uma UTI no município de Cruz das Almas.

Uma parceria entre a SESAB e a Polícia Militar – PM do Estado possibilitou a reabertura do Hospital da Polícia Militar que estava fechado desde dezembro de 2006, com 38 leitos de retaguarda das urgências e emergências dos hospitais públicos estaduais. Foram entregues ainda 20 novos leitos de UTI no Hospital Calixto Medlej em Itabuna, além de ter sido entregue mais 21 leitos no Hospital São Lucas e 20 novos leitos de UTI no Hospital de Juazeiro e 10 leitos de UTI no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus.

O Governo do Estado está também investindo ainda na construção<sup>128</sup> de um novo Hospital no município de Teixeira de Freitas em parceria com a prefeitura deste município, para atender a região do Extremo Sul, e na aquisição de equipamentos para o Hospital de Eunápolis que está em fase final de construção e o Hospital Regional da Chapada no município de Seabra. Estão em curso ainda as novas etapas de reformas nos Hospitais Clériston Andrade (Feira de Santana), Luís Viana Filho (Ilhéus) e Hospital Regional de Vitória da Conquista, já conveniadas com Ministério da Saúde - MS e as 45 Unidades de Pronto Atendimento 24 horas em 36 municípios, já aprovadas e conveniadas com o MS.

Foram realizadas intervenções<sup>129</sup> no período de 2007 à 2009, em 41, das 57 unidades da Rede Própria entre reformas, ampliações e criação de novos serviços nestas unidades. Os quadros 37, 38, 39 e 40 apresentam as principais intervenções do Governo do Estado nas unidades da rede.

---

<sup>128</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 3349 no PPA 2008 – 2011;

<sup>129</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 3302, 3312, 3443, 3996 e 3997 no PPA 2008 – 2011;

**QUADRO 37**  
**INTERVENÇÕES NAS UNIDADES DA REDE PRÓPRIA DO INTERIOR – SESAB**  
**BAHIA, 2009**

UNIDADE	INTERVENÇÕES (obras, reformas e ampliações)
<b>Hospital Colônia Lopes Rodrigues</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reformas e adequações do refeitório, da farmácia satélite, laboratório, setor de fisioterapia, da unidade no pavilhão da intercorrência clínica, quiosques situados na área de descanso dos pacientes.</li> <li>• Reparações prediais e pavimentações em vários setores do hospital, bem como construção de banheiro em alguns pavilhões.</li> </ul>
<b>Hospital do Oeste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação e implantação de novos serviços - Neurocirurgia, Internação Domiciliar, UNACON e Cirurgia Vascular.</li> </ul>
<b>Hospital Geral Clériston Andrade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantados 08 leitos de CRPA;</li> <li>• Ampliação de 10 leitos de UTI Neonatal e 60 leitos para pacientes de longa permanência;</li> <li>• Reformas no estacionamento e área externa, no necrotério, no refeitório, na Cozinha e no CME;</li> <li>• Ampliação do centro cirúrgico e obstétrico - 10 salas.</li> </ul>
<b>Hospital Geral de Camaçari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforma e ampliação da Farmácia e do Laboratório.</li> <li>• Reforma da Emergência</li> </ul>
<b>Hospital Geral de Ipiaú</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reaberto o centro cirúrgico e implantadas 3 enfermarias (total de 16 leitos), 10 leitos de obstetrícia, 04 de pediatria e 02 leitos de semi-intensiva, além de implantação do acolhimento com classificação de risco.</li> <li>• Criação de cinco salas do setor administrativo e adequação do Bloco Cirúrgico, com a construção do corredor externo para o acesso dos materiais.</li> </ul>
<b>Hospital Geral de Vitória da Conquista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliada a farmácia, o Almoxarifado e implantada a nova UTI Adulto, além de 14 leitos de clínica médica e cirurgia.</li> <li>• Inaugurado um Clínica de Hidratação para os pacientes com Dengue;</li> <li>• Adquiridos equipamentos para pacientes neurocríticos (monitorização multimodal) e microscópio cirúrgico.</li> <li>• Construção do necrotério e a reforma e adequação da Emergência, da Enfermaria, da cozinha e do laboratório, que ofertará o serviço de bacteriologia. (em andamento)</li> </ul>
<b>Hospital Geral Luis Viana Filho</b>	<p>Reativação de 15 leitos psiquiátricos;  Readequação de três leitos nas enfermarias;  Construído na área administrativa sete salas, um novo laboratório e o conforto médico;  Implantado o Serviço de Tomografia, com a construção da área de acordo com as conformidades da DIVISA;  Adequação da estrutura predial para uma Unidade Intermediária com 02 leitos e do necrotério da unidade.</p>
<b>Hospital Geral Menandro de Faria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantado o Serviço de Ortopedia em curso reforma para implantação de 10 leitos de UTI Adulto.</li> <li>• Ampliação e reforma do Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Enfermaria de Obstetrícia e Conforto Médico;</li> <li>• Reforma e qualificação da Emergência, através do Projeto QUALISUS (Em andamento).</li> </ul>
<b>Hospital Geral Prado Valadares</b>	<p>Implantado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviço de Terapia Nutricional de Alta Complexidade;</li> <li>• Serviço de Neurocirurgia (em fase final de implantação);</li> <li>• Ambulatório Especializado de Neurocirurgia;</li> <li>• Serviço de Mamografia;</li> <li>• Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes;</li> </ul>

UNIDADE	INTERVENÇÕES (obras, reformas e ampliações)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;</li> <li>• Núcleo de Educação Permanente;</li> <li>• Informatização das Unidades de Produção</li> <li>• Serviço de Ortopedia e Traumatologia de Alta Complexidade (em fase final de implantação);</li> </ul>
<b>Hospital Afrânio Peixoto</b>	Reforma na estrutura predial e conserto do telhado e parte elétrica (em andamento).
<b>Hospital Regional de Guanambi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantada a Unidade Semi-intensiva e 08 leitos de observação para Influenza AH1N1 e reformada a sala de espera da unidade.</li> </ul>
<b>Hospital Santa Tereza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestruturada a sala de Mamógrafo com readequação da rede elétrica.</li> </ul>

Fonte: SESAB/Sais/Dgrp

**QUADRO 38**  
**INTERVENÇÕES NOS CENTROS ESPECIALIZADOS E UNIDADES DE EMERGÊNCIA DA**  
**REDE PRÓPRIA (UE) - SESAB**  
**BAHIA, 2009**

<b>CEDAP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antigo CREAIDS - unificação predial com a estrutura do DST/COAS;</li> <li>• Reforma do auditório;</li> </ul>
<b>CEDEBA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestruturação física do Almojarifado, CAF, Laboratório, Recepção e Biblioteca ;</li> <li>• Construído ainda um espaço para a brinquedoteca;</li> <li>• Implantado o Sistema SH4 - (em curso).</li> </ul>
<b>CEPRED</b>	✓ Reforma do Auditório;
<b>CIAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequação dos consultórios de psicologia;</li> </ul>
<b>CICAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantado o Ambulatório de Hormonioterapia;</li> <li>• Instalado a Capela Biológica de Fluxo Laminar/Quimioterapia;</li> <li>• Elaborado o Projeto Arquitetônico para o Serviço de Quimioterapia.</li> </ul>
<b>CRADIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conserto geral da rede telefônica, recuperação de todo telhado, instalação de toldos na entrada do prédio e serviço de pintura na área externa e interna (em andamento).</li> </ul>
<b>UE CURUZU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizada a 1ª etapa da reforma da Emergência e implantado Laboratório.</li> <li>▪ Instalada divisória sanfonada para separação dos leitos, ficando 02 leitos para adultos e 01 leito para pediatria na sala de Parada Cardiorrespiratória;</li> <li>▪ Adequação do espaço da secretaria com colocação de divisória para instalação do setor pessoal, desativando a sala da telefonista.</li> <li>▪ Adequação do conforto dos auxiliares de enfermagem e do almojarifado.</li> <li>▪ Instalado o serviço de atendimento digital e realizada implantação da rede de informática da unidade.</li> </ul>
<b>UE PIRAJÁ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforma para colocação do piso antiderrapante, corrimão e baritamento das paredes e da Sala de raio-x.</li> </ul>
<b>UE PLATAFORMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforma de toda Unidade para adequar a estrutura de UPA;</li> </ul>

Fonte: SESAB/Sais/Dgrp

**QUADRO 39**  
**INTERVENÇÕES NAS UNIDADES DA REDE PRÓPRIA DA CAPITAL – SESAB**  
**BAHIA, 2009.**

UNIDADE	INTERVENÇÕES (Obras, reformas e ampliações)
<b>IPERBA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizado a pintura das enfermarias da unidade.</li> <li>• Aberto consultório de Psicologia e Serviço Social no ambulatório e o serviço de Oftalmologia para atenção à Mulher e ao Recém Nascido (teste do olhinho)</li> <li>• Inaugurado Banco de Leite Humano</li> </ul>
<b>Maternidade Albert Sabin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantado serviço de RX e inclusão de exames de imagem (mama, abdômen, transfontanela), teste do olhinho, mapeamento de retina e atendimento em neuropatia.</li> <li>• Reforma na área externa e da parte elétrica do Centro Obstétrico.</li> </ul>
<b>Maternidade Tsylla Balbino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualificação das enfermarias para Pré-parto, Parto e Pós-parto;</li> <li>• Ampliada capacidade de atendimento do ambulatório com remanejamento de duas obstetras e quatro técnicos de enfermagem;</li> <li>• Reformada a sala de vacina (única unidade de saúde que faz BCG diariamente);</li> <li>• Adequação do CME de acordo com a portaria da ANVISA.</li> <li>• E as outras unidades reformadas e serviços implantados (PPP, adolescentes)</li> </ul>
<b>Hospital João Batista Caribé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforma e manutenção da enfermaria pediátrica;</li> <li>• Instalação da clínica de hidratação/dengue na área externa da Unidade com equipe exclusiva no período de março a junho de 2009;</li> <li>• Reestruturação da portaria de visitas;</li> <li>• Reposição de vidros de janelas e colocação de trilhos e cortinas de individualização de leitos nas emergências de adulto e infantil, além de sala de medicação de adultos, obstetrícia/emergência e ECG.</li> <li>• Climatização da emergência</li> </ul>
<b>Hospital Juliano Moreira</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reformado o módulo de observação, ou seja, NAC (Núcleo de Atendimento à Crise), com a ampliação de 16 leitos;</li> <li>• Construído o muro de proteção, possibilitando a realização de atividades externas com os pacientes;</li> </ul>
<b>Hospital Mário Leal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforma da estrutura predial do Setor de Recursos Humanos e da internação;</li> <li>• Reconstrução do piso da área de circulação e troca das soleiras de granito da internação;</li> </ul>
<b>Hospital Geral Roberto Santos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantada a Clínica de Hidratação da dengue;</li> <li>• Ampliação de 14 leitos de UTI Pediátrica (09 leitos de UTI e 05 de Semi);</li> <li>• Reforma de 05 leitos de Mãe Canguru.</li> <li>• Reativação do Serviço de Cirurgia, através da Videolaparoscopia.</li> </ul>
<b>Hospital Geral do Estado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantada uma Clínica de Hidratação da dengue;</li> <li>• Em conjunto com a Bahiagás (Companhia de Gás da Bahia), foi implantado Gás Natural na lavanderia e cozinha da unidade;</li> <li>• Realizada a reforma da Lavanderia.</li> <li>• Bloco cirúrgico para TRM</li> <li>• Troca de elevadores</li> <li>• Conclusão da reforma das enfermarias</li> </ul>
<b>Hospital Ernesto Simões Filho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reformas na rede hidrossanitária, na canalização de gases no CRPA e da Clínica Pediátrica e Cirúrgica;</li> <li>• Pintura da fachada principal (Emergência), e substituição das portas;</li> <li>• O fluxo do Setor de emergência também foi alterado e três salas foram adaptadas para atendimento de pacientes egressos de cirurgias ortopédicas, cirurgia geral, crânio maxilar, realizadas na Unidade.</li> </ul>

<b>Hospital Especializado Dom Rodrigo de Menezes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construído o ambulatório de atendimento aos portadores de hanseníase, com Centro Cirúrgico, SAME e Laboratório.</li> </ul>
--	---

Fonte: SESAB/Sais/Dgrp

**QUADRO 40  
INTERVENÇÕES NAS UNIDADES DA REDE PRÓPRIA DA CAPITAL – SESAB  
BAHIA, 2009.**

<b>UNIDADE</b>	<b>INTERVENÇÕES (Obras, reformas e ampliações)</b>
<b>Hospital Especializado Manoel Vitorino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudou o perfil de hospital geral para hospital especializado em Ortopedia;</li> <li>• Aberta uma UTI adulto, com 10 leitos;</li> <li>• Reforma e adequação da área de recepção dos pacientes.</li> </ul>
<b>Hospital Especializado Octávio Mangabeira</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aberto uma Unidade de Cuidados Intermediários (enfermaria Semi Intensiva), para Influenza AH1N1 com 12 leitos e Pronto Atendimento 24 horas, especializado no atendimento de Influenza AH1N1.</li> <li>• 8 leitos de isolamento respiratório</li> </ul>
<b>Hospital Couto Maia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação de 10 para 15 os leitos destinados a pacientes HIV;</li> <li>• Ampliação do atendimento do ambulatório de HIV infecto geral</li> <li>• Implantado o atendimento em neuroinfetologia;</li> <li>• Ampliação e qualificação da recepção dos pacientes e visitantes;</li> </ul>
<b>Hospital Carvalho Luz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação de 20 leitos</li> </ul>

Fonte: SESAB/Sais/Dgrp

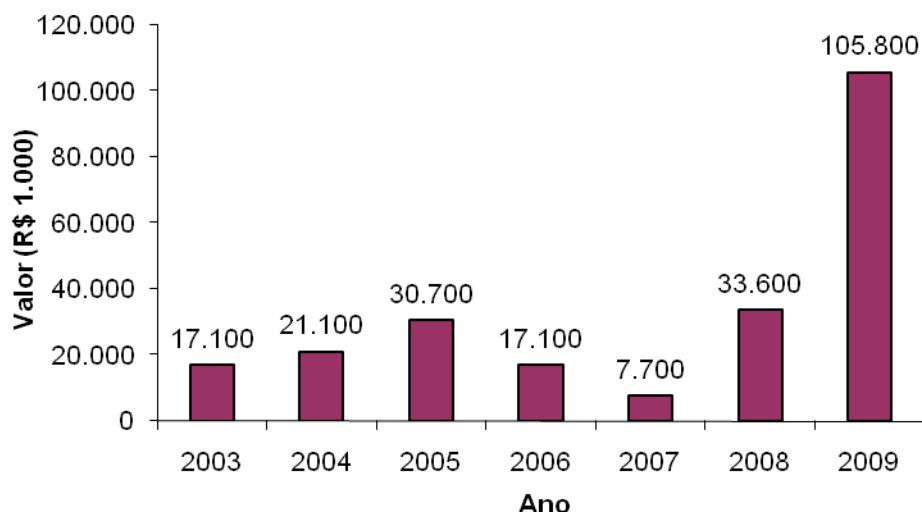
**Modernização e aparelhamento das Unidades de Saúde<sup>130</sup>**

No período de 2007 a 2009, já se investiu cerca de R\$ 137 milhões na aquisição de equipamentos para as unidades da Rede. Comparando o período acima citado com os quatro anos anteriores (2003 a 2006), onde foram investidos aproximadamente R\$86 milhões, houve um incremento no montante de investimentos do Estado para a aquisição de equipamentos de mais de R\$48,3 milhões.

Somente no ano de 2009 foi investido cerca de R\$105,8 milhões, um incremento de 215% em relação ao ano de 2008, quando foram investidos R\$ 33,6 milhões e de 519% se comparado ao ano de 2006, com um investimento de aproximadamente R\$ 17 milhões – gráfico 81.

<sup>130</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2867, 1314 e 3351 no PPA 2008 – 2011;

**GRÁFICO 81**  
**INVESTIMENTOS EM MODERNIZAÇÃO E APARELHAMENTO**  
**BAHIA, 2003 - 2009**



Fonte: SESAB/Fesba

Esses investimentos permitiram dentre outras coisas a ampliação de leitos de UTI, a re-ativação de leitos sucateados, bem como a implantação de novos serviços nos hospitais da rede a exemplo da aquisição de oito Microscópios Cirúrgicos para Neurocirurgia e Oftalmologia, equipamentos de última geração, dando início à ampliação da rede de cirurgias de alta complexidade no interior do Estado, contemplando além de Salvador, os Municípios de Feira de Santana, Barreiras, Vitória da Conquista e Porto Seguro.

Foram adquiridas 2.711 Camas e Macas, que além de equipar novos leitos, substituíram os mobiliários sucateados. Para a esterilização de materiais, assegurando assim a diminuição do índice de infecção hospitalar, foram adquiridos 40 Autoclaves. Em equipamentos destinados ao diagnóstico de doenças do cérebro, abdômen, tórax e coluna, entre outras foram adquiridos sete tomógrafos, 34 aparelhos de raio-X e 46 aparelhos de ultra-sonografia. A tabela 48 apresenta os principais equipamentos adquiridos pela SESAB no período de 2007 à 2009.

**TABELA 48**  
**PRINCIPAIS EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS**  
**BAHIA, 2007 - 2009**

EQUIPAMENTO	VALOR (R\$1.000,00)								
	2007		2008		2009		TOTAL		
	N	VALOR	N	VALOR	N	VALOR	N	VALOR	
Tomografia	0		2		1	5	3.384	7	3.385
Aotoclaves	5	130	4	167	31		1.402	40	1.699
Microscópios Cirúrgicos (Neuro)	0		0		6		2.409	6	2.409
Microscópios Cirúrgicos Ofitálmicos	0		0		2		2.526	2	2.526
Monitores Multiparamétricos	43	1.697	42	1.370	134		4.589	219	7.656
Ventiladores Pulmonares	47	2.047	45	1.936	66		3.446	158	7.429
Desfibrilador Cardioversor	0		9	99	47		1.062	56	1.161
Mesas Cirúrgicas	2	206	28	249	12		258	42	713
Bisturis Eletrônicos	0		0		43		1.108	43	1.108
Focos Cirúrgicos	2	157	23	583	19		405	44	1.145
Sistemas de Anestesia	2	79	8	288	4		206	14	573
Arcos Cirúrgicos	0		0		11		1.792	11	1.792
Aparelhos de Raio X	1	60	1	130	32		3.307	34	3.497
Aparelhos de Ultra-sonografia	1	80	2	155	43		2.925	46	3.160
Aparelhos de Hemodinâmica	0		0		0			0	0
Camas Hospitalares	129	197	370	526	908		1.779	1407	2.502
Macas Hospitalares	150	143	827	1.651	327		584	1304	2.378
Condicionadores de Ar	245	356	767	1.238	495		795	1507	2.389
<b>TOTAL</b>	<b>627</b>	<b>5.151</b>	<b>2128</b>	<b>8.393</b>	<b>2185</b>		<b>31.977</b>	<b>4940</b>	<b>45.521</b>

Fonte: SESAB/Dge

Para ampliação das Unidades de Terapia Intensiva – UTI foram adquiridos 219 monitores multiparamétricos, 158 ventiladores pulmonares e 56 desfibriladores. Para os Centros Cirúrgicos foram adquiridos 11 arcos, 44 focos e 42 mesas cirúrgicas, 43 bisturis elétricos e 14 sistemas de anestesia.

Cabe destacar ainda que a SESAB iniciou processos de aquisição de equipamentos através de importação direta, o que traz maior economia ao Estado, tendo em vista os incentivos fiscais dessa modalidade de compra. Dentre os equipamentos adquiridos por essa modalidade, através da adesão ao Registro de Preços do Instituto Nacional de Traumatologia – INTO temos: 12 bisturis eletrônicos, sete eletrocardiógrafos, 24 desfibriladores, 24 respiradores, 58 monitores, totalizando R\$ 4,7 Milhões. Sendo que, pela primeira vez a SESAB utilizará essa modalidade, na aquisição de Tomógrafos contemplados pelo Convênio Federal número 2.259/2008.

No período de 2007 a 2009 foram entregues mais de R\$92 milhões em equipamentos para as unidades da rede própria, além do Hospital Regional de Irecê e do Hospital Ana Neri – tabela 49.

**TABELA 49**  
**INVESTIMENTOS EM EQUIPAMENTOS HOSPITALARES ENTREGUES**

**BAHIA, 2007 – 2009**

VALOR (R\$1.000,00)

<b>UNIDADES</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>TOTAL</b>
Hospital Geral do Estado	464	1.709	2.847	<b>5.020</b>
Hospital Roberto Santos	2.994	1.893	6.252	<b>11.138</b>
Hospital Ana Nery	69	613	1.262	<b>1.943</b>
Hospital Clériston Andrade	370	1.494	5.514	<b>7.378</b>
Hospital Prado Valadares	12	787	1.037	<b>1.836</b>
Hospital Base de Vitória da Conquista	279	1.654	1.984	<b>3.918</b>
Hospital Luis Viana Filho	125	748	1.084	<b>1.957</b>
Maternidade Tsylla Balbino	11	272	906	<b>1.189</b>
Iperba	59	216	477	<b>752</b>
Maternidade Albert Sabin	11	272	225	<b>507</b>
Hospital Ernesto Simões Filho	29	727	1.066	<b>1.823</b>
Hospital João Batista Caribé	14	421	690	<b>1.125</b>
Hospital Manoel Vitorino	69	854	305	<b>1.228</b>
Hospital Menandro de Farias	140	423	485	<b>1.048</b>
Hospital Couto Maia	219	181	357	<b>758</b>
Hospital Geral de Camaçari	68	184	744	<b>996</b>
Hospital Especializado Octavio Mangabeira	99	237	1.816	<b>2.152</b>
Hospital São Jorge	9	94	332	<b>435</b>
Cedeba	13	94	87	<b>194</b>
Celaz	6	16	11	<b>34</b>
Cepred	66	84	74	<b>223</b>
Cesat	7	39	26	<b>71</b>
Cican	28	105	407	<b>540</b>
Hemoba	5	6	17	<b>28</b>
Hospital Colônia Lopez Rodrigues	--	31	24	<b>55</b>
Hospital Dantas Bião	--	--	222	<b>222</b>
Hospital de Coaraci	--	29	29	<b>58</b>
Hospital de Guanambi	--	251	939	<b>1.190</b>
Hospital de Ipiaú	--	53	753	<b>806</b>
Hospital de Jeremoabo	--	--	24	<b>24</b>
Hospital de Juazeiro	--	--	6.035	<b>6.035</b>
Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus	--	--	6.811	<b>6.811.002</b>
Hospital Dom Rodrigo de Menezes	18	90	152	<b>260</b>
Hospital Mario Dourado Sobrinho	--	5.107	3.678	<b>8.786</b>
Hospital Mario Leal	9	22	33	<b>65</b>
Hospital Eurico Dutra	--	28	158	<b>186</b>
Hospital do Oeste	21	567	856	<b>1.445</b>
Lacen	279	317	431	<b>1.027</b>
Maternidade de Referência	417	322	456	<b>1.195</b>
Unidade de Emergência do Curuzú	8	31	212	<b>251</b>
Unidade de Emergência de Cajazeiras	--	64	182	<b>246</b>
Unidade de emergência de Pirajá	7	36	202	<b>244</b>
Unidade de Emergência de Plataforma	8	25	239	<b>271</b>
Unidade de Emergência do São Caetano	--	--	170	<b>170.079</b>
Demais Investimentos	1.101	12.867	2.404	<b>16.372</b>
<b>TOTAL</b>	<b>7.032</b>	<b>32.964</b>	<b>52.015</b>	<b>92.011</b>

Fonte: SESAB/DGE

Com o intuito de dar maior agilidade e transparência nos processos de aquisição de equipamentos, bem como reduzindo o volume do estoque, iniciou-se à ampliação do Sistema de Registro de Preços – SRP de equipamentos e materiais permanentes. No início de 2007 não havia item no SRP da SESAB, sendo que este ano 20 já estão ativos no SRP e outros 140 estão em processo de licitação.

### **Modernização da Frota de Veículos<sup>131</sup>**

A Secretaria da Saúde realiza atividades em todo território do Estado da Bahia, direcionando e apoiando todas as unidades administrativas e hospitalares que fazem parte da rede estadual da saúde, além de apoio e procedimentos fiscalizatórios a Municípios do Estado, que torna grande o fluxo de servidores para as várias localidades da capital e interior do Estado.

Esse grande fluxo, onde o veículo é a principal ferramenta de deslocamento, por conta de vistorias, inspeções e suporte às unidades, fez com que a frota atual da Secretaria da Saúde se desgastasse em grande proporção, onde, podíamos notar, com muita frequência, que muitos veículos já haviam atingido, há algum tempo, elevadas quilometragens, que já eram consideradas como limite de vida útil de utilização, de acordo com a Instrução 001 de 25/02/1999, o que vinha gerando à Secretaria da Saúde, grande custo com manutenções preventivas e corretivas.

Desta forma, diante dos fatos acima citados, a SESAB optou pela renovação total da frota, abrangendo unidades da capital e do interior, investindo somente no ano de 2009, R\$14,9 milhões na aquisição de veículos novos. No período de 2007 a 2009 já foram adquiridos 347 veículos novos, um investimento superior a R\$23 milhões entre Ambulâncias Convencionais (164), Uti's Móveis de Suporte Avançado (12) e Veículos Administrativos (Caminhonetes, Sedans e Caminhões), incluindo o ônibus adquirido pela HEMOBA – hemóvel.

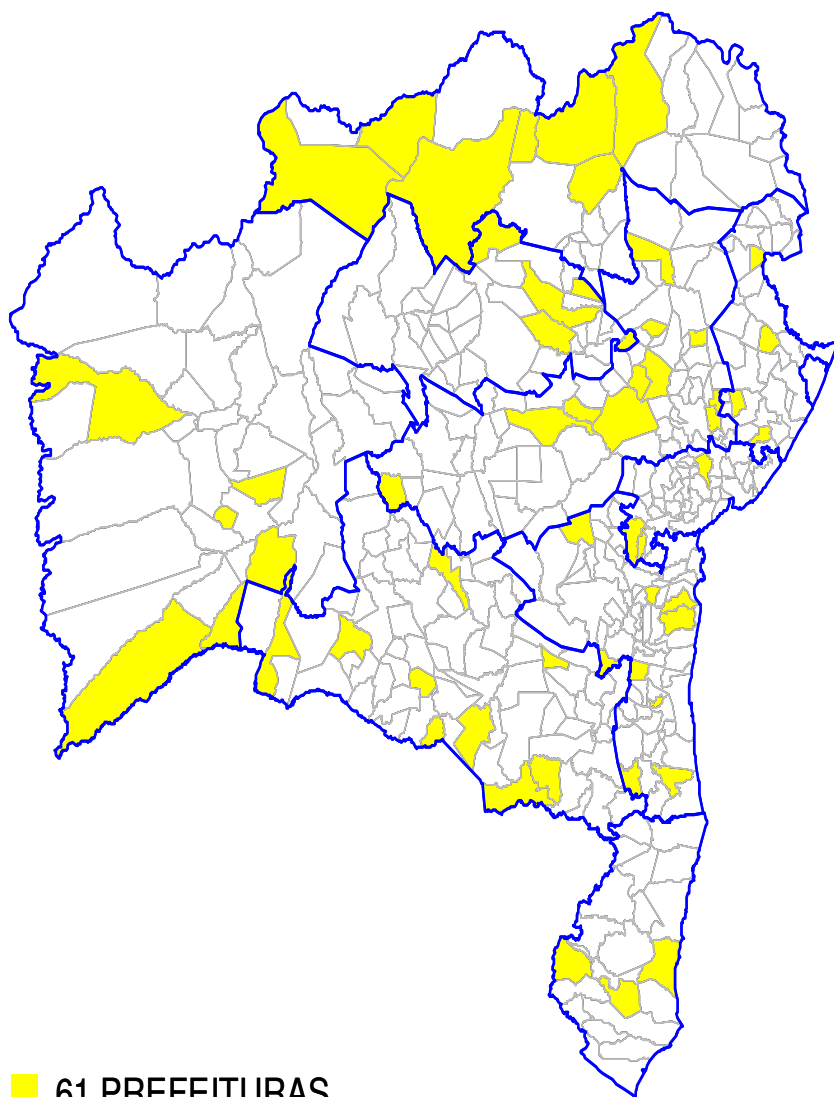
---

<sup>131</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2869 no PPA 2008 – 2011;

Destacam-se ainda a entrega pelo MS através da SESAB de 54 novas ambulâncias e 45 motolâncias, aos municípios baianos que expandiram ou implantaram o SAMU 192, um investimento de cerca R\$ 7,7 milhões.

As 31 Diretorias Regionais de Saúde receberam 162 novos veículos no ano de 2009 para reforçar o trabalho de campo das equipes de supervisão, acompanhamento e apoio das ações municipais de combate à dengue no estado, dentre outras ações e 61 municípios foram contemplados com ambulâncias, conforme mostra o mapa 19.

**MAPA 19**  
**DISTRIBUIÇÃO DE AMBULÂNCIAS PARA OS MUNICÍPIOS**  
**BAHIA, 2009**



Fonte: SESAB/Dge

## 9. LINHA DE AÇÃO - 6: PRODUÇÃO DE INSUMOS ESTRATÉGICOS E DESENVOLVIMENTO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

[PROGRAMA 293<sup>132</sup>]

Esta Linha de Ação tem por objetivos promover a expansão da base científica e tecnológica do SUS – Bahia, incorporando a inovação tecnológica nas unidades da Rede SUS do Estado, desenvolver conhecimento científico para a tomada de decisão, bem como apoiar a produção difusão de conhecimentos científicos no Estado. Tem como responsável a Superintendência de Assistência Farmacêutica Tecnologia e Ciência – SAFTEC através da Diretoria de Tecnologia e Ciências da Saúde – DITEC, da Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF e a parceria do Fundo Estadual de Saúde – FESBA.

As ações programadas para a consecução dos objetivos estratégicos determinados nessa linha de ação estão distribuídas em um programa de governo, 02 projetos e 02 atividades, concentradas no FESBA e no HEMOBA.

O recurso inicialmente programado para o cumprimento dos objetivos desta linha foi de R\$ 610 mil, tendo sido alterado para de mais de R\$ 667,3 mil. Houve um reforço orçamentário de cerca de R\$ 57,3 mil na fonte 30. Os R\$ 62 mil da fonte 00, que haviam sido acrescidos ao orçamento em trimestres anteriores foram anulados em sua totalidade para financiar créditos suplementares de pessoal.

O desempenho orçamentário e financeiro desta linha de ação foi de 63,6%, em virtude da baixa execução do projeto 1760 – Incorporação de Inovação Tecnológica nas Unidades de Saúde, em razão de ação financiada com recursos de convênio firmado entre o BNDES e o Governo do Estado para implantação de um modelo de gestão hospitalar nas unidades que estão em construção: Hospital do Subúrbio e Hospital da Criança. Quanto à liquidação dessa despesa, em relação ao valor empenhado, foi de 100%. A tabela 50

---

<sup>132</sup> Programa 293: Inova Bahia – Desenvolvimento da Base Científica e Tecnológica e de Inovação.

demonstra a execução por fonte, enquanto o anexo 19 detalha essa despesa por programas, atividades e projetos.

**TABELA 50**  
**EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA POR FONTE DE RECURSO DA LINHA DE AÇÃO PRODUÇÃO DE INSUMOS ESTRATÉGICOS E DESENVOLVIMENTO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE**  
**BAHIA, JANEIRO – DEZEMBRO, 2009**

Fonte	Orçado Inicial (A)	Orçado Atual (B)	Empenhado (C)	% (C/B)	Liquidado (D)	% (D/C)
00	0,00	0,00	0,00		0,00	
30	610.000,00	667.314,00	424.575,82	63,6	424.575,82	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>610.000,00</b>	<b>667.314,00</b>	<b>424.575,82</b>	<b>63,6</b>	<b>424.575,82</b>	<b>100,0</b>

Fonte: FESBA/DOP/Sicof Gerencial

## 9.1 COMPROMISSO 12 - EXPANSÃO DA BASE CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA DO SUS – BAHIA

[Programa 293]

O Governo do Estado investiu também na expansão da base científica e tecnológica do SUS, buscando incorporar a inovação em saúde nas unidades da SESAB, a exemplo da implantação do Projeto Piloto para a Tecnovigilância de equipamentos médico-hospitalares utilizados na UTI e Centro Cirúrgico do Hospital Ernesto Simões Filho<sup>133</sup>, com o objetivo de estabelecer boas práticas de gestão de produtos médicos estratégicos nas unidades da rede própria da SESAB, bem como apoiou tecnicamente 97 municípios na adequação da infraestrutura física e tecnológica<sup>134</sup>.

A SESAB fiscalizou a execução de obras civis realizadas através de convênios, assessorou na implantação de novas tecnologias de gestão e na elaboração de projetos de intervenção na estrutura física para atender aos requisitos da

<sup>133</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 1760 no PPA 2008 – 2011;

<sup>134</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2589 no PPA 2008 – 2011;

ANVISA sobre Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde<sup>135</sup>. Cabe destaque ainda, a fiscalização das obras dos convênios realizados entre a SESAB e municípios ou entidades filantrópicas, além da supervisão dos convênios de obra do Projeto Saúde Bahia com municípios.

Destaca-se ainda no ano de 2009, o monitoramento do sistema estadual de Apropriação de Custos Públicos – ACP - em todas as unidades da SESAB. Este sistema é um importante instrumento de gestão que proporciona o monitoramento dos gastos públicos. A implantação do ACP permitiu oferecer suporte técnico a setores da SESAB, através da análise de gastos para contratação, repactuação e renovação de contratos das unidades de saúde sob a gestão indireta, além do efetivo monitoramento dos gastos em todas as unidades de saúde.

### **Incentivo a pesquisa no âmbito do SUS**

Para o apoio à difusão do conhecimento de tecnologias em saúde<sup>136</sup> foi realizado no ano de 2009, o II Seminário Estadual de Comitês de Ética em Pesquisa com seres humanos com a participação de aproximadamente 200 pessoas, entre membros dos 29 Comitês de Ética em Pesquisa com seres humanos do Estado da Bahia, coordenadores de ensino e pesquisa das unidades da SESAB e editores da Revista Baiana de Saúde Pública.

As ações de incentivo ao desenvolvimento de pesquisas científicas<sup>137</sup> constituíram - se na realização do seminário: Parque Tecnológico e a Saúde, com o objetivo de discutir conceitos e a situação atual dos parques tecnológicos nacionais e internacionais no setor saúde e as perspectivas para o parque tecnológico na Bahia, bem como construir uma agenda para inserir o setor saúde no Parque Tecnológico da Bahia.

Resultado dos seminários de prioridades de pesquisa realizados ainda em

---

<sup>135</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2589 no PPA 2008 – 2011;

<sup>136</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 3804 no PPA 2008 – 2011;

<sup>137</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 4385 no PPA 2008 – 2011;

2008, que faz parte do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PP/SUS executado através de uma parceria entre SESAB, Fundação de Amparo à Pesquisa (Fapesb), Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), foi lançado um edital pela Fundação de Amparo a Pesquisa da Bahia – Fapesb como etapa do Programa de Pesquisa - PP/SUS 2008/09, tendo sido selecionadas 62 pesquisas para financiamento.

Destacam-se também o apoio ao sistema de revisão de ética em pesquisa com seres humanos através da capacitação de membros do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP; a institucionalização das ações de C&T na SESAB, com o monitoramento junto às unidades de saúde da rede própria do fluxo de autorização das pesquisas realizadas nas unidades da rede.

O sistema de revisão de ética em pesquisa com seres humanos no estado da Bahia, conta com 29 Comitês de Ética aplicada a pesquisas com seres humanos – CEP localizados nas diversas instituições (Universidades; Fundações e Unidades de Saúde). Desses, 04 são da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia: Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia (CEDEBA), Hospital Ana Nery, Hospital Juliano Moreira e Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – CEP/SESAB.

## **10. LINHA DE AÇÃO – 7: PROMOÇÃO DA SAÚDE, INTERSETORIALIDADE E PROTEÇÃO DA SOCIEDADE**

A SESAB concebe a promoção da saúde articulada a ações intersetoriais e de proteção da sociedade. Neste sentido, articula políticas transversais por meio de suas Superintendências (SUVISA, SAIS, SAFTEC, SUPERH, SUREGS), órgãos congêneres (SECTI, SEMARH, EMBASA, CONDER, CERB), escolas, Universidades, com o objetivo de promover ações intersetoriais e a melhoria da qualidade de vida da população.

As ações programadas para a consecução dos objetivos estratégicos determinados nessa linha de ação estão distribuídas em 11 programas de governo, 18 projetos e 07 atividades, concentradas no FESBA.

O recurso inicialmente orçado para cumprimento dos objetivos desta linha de ação foi de R\$ 57,1 milhões, para viabilizar ações da SESAB na área da promoção da saúde, bem como nas ações compartilhadas com outras Secretarias do Estado, com vistas à melhoria das condições de vida da população. Houve um aumento, no orçamento da fonte 15, em dezembro, para regularização de ingressos de receitas previstas para serem arrecadas no exercício de 2010, conforme já justificado no item 4 deste relatório, no valor de R\$ 27,5 milhões, além dos R\$ 36,8 milhões que já haviam sido realizados por substituição da fonte 29 e reduções na ordem de R\$ 45,3 milhões, alterações que justificam o orçamento atual nesta linha de R\$ 76,4 milhões.

Foram empenhadas despesas, nesta linha de ação, no valor de R\$ 27,1 milhões, correspondendo a uma execução orçamentária de apenas 35,6%. Dois programas continuaram sem apresentar nenhuma execução neste período, enquanto outros nove projetos/atividades também não demonstraram qualquer execução, dos quais, quatro são financiados exclusivamente pela fonte 30, resultados evidenciados no anexo 20.

As tabelas 51 e 52 demonstram de forma sintética a execução orçamentária e

financeira desta linha de ação, por fontes de recurso e programas respectivamente, enquanto, o anexo 20 evidencia de forma mais analítica a execução dessa despesa.

**TABELA 51**  
**EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA POR FONTE DE RECURSO DA LINHA DE AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, INTERSETORIALIDADE E PROTEÇÃO DA SOCIEDADE**  
**BAHIA, JANEIRO – DEZEMBRO, 2009**

Fonte	Orçado Inicial (A)	Orçado Atual (B)	Empenhado (C)	% (C/B)	Liquidado (D)	% (D/C)
15	0,00	64.396.000,00	17.718.999,11	27,5	17.718.999,11	100,0
29	36.800.000,00	0,00	0,00		0,00	
30	18.779.000,00	10.922.481,00	9.060.609,44	83,0	8.897.107,15	98,2
31	700.000,00	700.000,00	60.598,59	8,7	60.598,59	100,0
47	800.000,00	189.862,00	189.232,98	99,7	189.232,98	100,0
48	70.000,00	205.702,00	165.833,86	80,6	165.833,86	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>57.149.000,00</b>	<b>76.414.045,00</b>	<b>27.195.273,98</b>	<b>35,6</b>	<b>27.031.771,69</b>	<b>99,4</b>

Fonte: FESBA/DOP/Sicof Gerencial

**TABELA 52**  
**EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA POR PROGRAMA DA LINHA DE AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, INTERSETORIALIDADE E PROTEÇÃO DA SOCIEDADE**  
**BAHIA, JANEIRO – DEZEMBRO, 2009**

Prog.	Orçado Inicial (A)	Orçado Atual (B)	Empenhado (C)	% (C/B)	Liquidado (D)	% (D/C)
123	40.000,00	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00
131	1.164.000,00	455.668,00	396.067,73	86,9	396.067,73	100,0
134	300.000,00	300.000,00	300.000,00	100,0	300.000,00	100,0
167	2.800.000,00	5.497.000,00	352.430,96	6,4	352.430,96	100,0
170	5.000.000,00	1.963.000,00	0,00	0,0	0,00	0,00
172	1.650.000,00	1.338.240,00	137.860,01	10,3	137.860,01	100,0
180	41.200.000,00	63.490.335,00	23.469.820,80	37,0	23.469.820,80	100,0
197	433.000,00	150.037,00	146.238,66	97,5	146.238,66	100,0
198	3.957.000,00	2.972.045,00	2.197.670,20	73,9	2.034.167,91	92,6
204	290.000,00	12.209,00	10.474,52	85,8	10.474,52	100,0
301	315.000,00	235.511,00	184.711,10	78,4	184.711,10	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>57.149.000,00</b>	<b>76.414.045,00</b>	<b>27.195.273,98</b>	<b>35,6</b>	<b>27.031.771,69</b>	<b>99,4</b>

Fonte: FESBA/DOP/Sicof Gerencial

O desempenho apresentado pela grande maioria dos programas com recursos alocados nesta linha de ação foi muita baixa. Até o término do exercício tinha sido executado apenas 35,6% do recurso total atualizado. Se compararmos essa execução, a realizada no trimestre anterior percebe-se um incremento de

apenas 4% no quarto trimestre. Com raríssima exceção, destaca-se a execução do Programa 180 – Água para Todos/PAT, em virtude do montante aplicado, cerca de R\$ 23,5 milhões em 2009.

## **10.1 COMPROMISSO 13: POLÍTICAS TRANSVERSAIS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, SEGURANÇA ALIMENTAR E PROTEÇÃO DA SOCIEDADE**

**[Programas 123, 131, 134, 167, 170, 172, 180, 197, 198, 204, 301]<sup>138</sup>**

Para o cumprimento do compromisso assumido nesta linha de ação a SESAB coloca no escopo de suas ações, o desenvolvimento de políticas de mobilização social e educação ambiental para a promoção da saúde, desenvolvimento de políticas intersetoriais para o gerenciamento adequado e garantia de destinação final aos resíduos sólidos dos serviços dos serviços de saúde, desenvolvimento de projetos científicos de apoio à promoção da saúde, apoio à implementação de políticas intersetoriais de melhoria habitacional para erradicação da doença de chagas, de garantia do acesso a esgotamento sanitário, drenagem e manejo de águas pluviais, para a garantia do acesso à água potável de qualidade, assim como a implementação de ações de controle e vigilância de fatores de risco com vistas à promoção de saúde individual e coletiva<sup>139</sup> e consolidar o observatório da vigilância de acidentes e violência.

Uma das ações prioritárias na área de promoção da saúde é o incentivo à atividade física. No Dia Mundial da Saúde, foi solicitado a todas as DORES, a mobilização de todos os municípios (mesmo os que não receberam incentivo financeiro federal) para a comemoração do Dia Mundial da Atividade Física e posterior encaminhamento das programações realizadas. No estado o Projeto

---

<sup>138</sup> **Programa 123** – Gestão Estratégica, Participativa e Efetiva em Saúde; **Programa 131** – Atenção Integral à Saúde de Populações Estratégicas; **Programa 134** – Integração e Operação das Práticas de Vigilância da Saúde; **Programa 167** – Dias melhores: Urbanização Integrada de Assentamentos Precários; **Programa 170** – Tudo limpo: Resíduos Sólidos; **Programa 172** – Esgotamento Sanitário, Drenagem e Manejo de Águas Pluviais; **Programa 180** – Água para Todos; **Programa 197** – Infra-Estrutura para o Sistema Penitenciário; **Programa 198** - Ressocialização do Direito do Preso; **Programa 204** – Defesa Civil.

<sup>139</sup> **Projeto/atividade 2494.**

Saúde Legal, iniciado em 2008, continua em execução com a promoção de caminhadas freqüentes, além dos passeios em locais como Dique do Tororó, Zoológico e atividades em parceria com o Núcleo de Atividade Física, Esporte e Lazer da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Ainda com relação à atividade física foi realizado o I Encontro Estadual da Rede de Atividade Física no Estado, com a participação de aproximadamente 70 pessoas, representantes dos municípios que receberam incentivo federal e que desenvolvem ações de promoção da saúde e representantes de suas respectivas DIRES, onde foram discutidos temas como vigilância de DANT, alimentação saudável, atividade física, tabagismo e o Programa de Saúde nas Escolas. Além da exposição destes temas, houve a apresentação de experiências municipais, através de pôsteres e apresentações orais, e a discussão sobre o monitoramento dos projetos, que resultou num documento com sugestões. Foi apresentado o produto do Seminário de DANT e promoção da saúde realizado no ano anterior, visando o amadurecimento das proposições para a construção de um plano estadual de promoção da saúde.

Foram realizados Seminários Regionais de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis, contemplando todas as Macro-Regionais, ocasião na qual os municípios foram orientados quanto a elaboração dos seus Planos de Ação para Vigilância de DANT, que é considerado o primeiro passo na implantação desta área da vigilância.

O **Programa Estadual de Controle do Tabagismo** e Outros Fatores de Risco de Câncer – PECT vem desenvolvendo ações no sentido de prevenir as mortes causadas pela epidemia de tabaco, que segundo estimativas da OMS, matou aproximadamente 100 milhões de pessoas somente no século XX. Atualmente, cerca de 5,4 milhões de pessoas morrem no mundo e 200 mil no Brasil, por ano, em conseqüência de alguma das 50 doenças diretamente relacionadas ao tabagismo. No século XXI, o tabaco poderá matar 1 bilhão de pessoas, caso as atuais tendências de consumo sejam mantidas.

A SESAB vem assessorando através das Diretorias Regionais de Saúde –

DIRES as Diretorias Regionais de Educação - DIREC e Secretarias Municipais de Saúde e Educação, com o objetivo de estimular os gestores e profissionais sobre a importância de desenvolver ações voltadas para o controle do tabagismo. O envio de material educativo e a troca de informações acontecem de forma sistemática, sendo intensificados principalmente nas campanhas: Dia Mundial sem Tabaco e Dia Nacional de Combate ao Fumo. Quanto à cessação de fumar, o PECT tem se esforçado para que seja incluído na rotina de atendimento das unidades de saúde o tratamento do fumante.

De acordo com a Pesquisa Vigilância de Tabagismo em Escolares – VIGESCOLA, realizada no ano de 2004, no município de Salvador, 29,3% dos estudantes já fumaram cigarros e fumam atualmente 8,3% de escolares do sexo masculino e 8,1% do sexo feminino. Dos fumantes atuais, 53,7% tentaram parar no ano anterior à pesquisa e 55,3% mencionam ter recebido ajuda para a cessação. Em Salvador, a Lei nº. 7.651/2009, que proíbe fumar em ambientes fechados de uso coletivo, foi regulamentada em julho e a partir do mês de dezembro vem sendo fiscalizada pela SESP e VISA municipal. O nosso apoio a essa legislação tem sido fortalecido através de informações e denúncias.

Continuam sendo fortalecidas as parcerias com empresas, Ministério Público, Universidades e ONG's, mantendo-se o destaque para a Fundação Pedro Calmon, que tem possibilitado a realização de encontros mensais com jovens de diversas escolas em 08 Bibliotecas do Estado, ressaltando-se também a parceria com a Área Técnica de Saúde Bucal da SESAB, a Faculdade de Odontologia/ UFBA, o Conselho Regional de Odontologia (CROBA), o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CESAT), a Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVISA) e o Centro de Estudo e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD).

A SESAB já possui 11 municípios aptos a atender o fumante: Salvador, Feira de Santana, Alagoinhas, Santo Antonio de Jesus, Itabuna, Valença, Vitória da Conquista, Jequié, Paulo Afonso, Porto Seguro e Santa Cruz Cabrália. Em Salvador, duas novas unidades passaram a realizar o tratamento para a cessação de fumar: Centro de Saúde Dr. Edgard Pires da Veiga (Pau da Lima)

e Hospital Especializado Octávio Mangabeira (Pau Miúdo).

O tema Tabagismo continuou em destaque na mídia durante o ano de 2009, momento no qual se discutiu bastante a lei municipal nº 7.651/2009, para que os ambientes fechados passem a ser 100% livres da fumaça do tabaco (com a extinção dos fumódromos), por conta dos comprovados malefícios do tabagismo passivo. A Diretoria de Vigilância Epidemiológica vem atuando com o apoio do Instituto do Câncer (INCA)/ Ministério da Saúde e as pesquisas recentemente realizadas nos estimulam a ampliar as ações preventivas, educativas e de promoção da saúde, bem como assistenciais no Estado.

As **Causas Externas** constituem a segunda causa de morte e a sexta causa de internamento hospitalar no Estado. Para algumas faixas etárias (1 a 39 anos) já constitui a primeira causa de morte, sendo que os maiores riscos têm se concentrado em áreas bem definidas, constituídas por 19 municípios localizados em cinco macrorregiões do Estado (Leste, Sul, Extremo Sul, Sudoeste, Norte e Oeste) e desde 2000 vem apresentando forte tendência de crescimento, tantos em termos relativos quanto em termos absolutos.

Na Bahia esse tipo de agravos tem acometido principalmente homens jovens, negros, pobres, estudantes ou com ocupação de pouca qualificação, pouca escolaridade, geralmente sem antecedentes criminais e residentes nas zonas urbanas dos municípios mais populosos do Estado, nos bairros com alto índice de pobreza e desemprego, renda domiciliar baixa, com piores condições de infra-estrutura, precário serviços de saneamento, de serviços públicos, forte presença do narcotráfico e submetido a ação violenta da polícia e/ou de grupos de extermínio.

A cooperação técnica com a Organização Panamericana de Saúde - OPAS para a implantação e implementação do Observatório das Violências no Estado da Bahia, assim como o Observatório da Lei Seca, em articulação com órgãos estaduais e nacionais, instituições públicas e demais responsáveis pela segurança pública e saúde no Estado foi uma iniciativa importante para consolidação da vigilância das violências no estado.

O sistema de informação avançou com a implantação das fichas de notificação de violência doméstica e sexual e de violências e acidentes em **Unidades Sentinelas de Urgência e Emergência - Viva** em Lauro de Freitas, Simões Filho, Vitória da Conquista, Barreiras e Santo Antônio de Jesus. Também foi re-implantado o programa Viva na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, com amplas possibilidades de incremento de ações realizadas. Com vistas a assegurar o controle de doenças e agravos no Estado, ações são desencadeadas nos municípios e complementadas e/ou suplementadas pela SESAB, a fim de garantir o efetivo controle dos agravos que despontam como problema de saúde na população e que requerem intervenção adequada e oportuna.

Destacam-se ainda o provisionamento das unidades de saúde no sistema prisional em parceria com a Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos - SJCDH, bem como a atenção ao portador de transtorno mental em conflito com a lei em 44 unidades, a assistência a 4.875 internos no sistema penitenciário<sup>140</sup>, e o aparelhamento de uma unidade de tratamento do portador de transtorno mental em conflito com a lei<sup>141</sup>.

Quanto ao Programa Água para Todos – PAT destacam-se: a construção de sistema simplificado de abastecimento de água<sup>142</sup>; a construção de sistema de abastecimento de água convencional em seis municípios<sup>143</sup>; a elaboração de projetos de oferta de água<sup>144</sup> em 20 municípios; a perfuração de poços em mais de 120 municípios<sup>145</sup>, a realização de estudos para perfuração de poços no município de Feira de Santana<sup>146</sup>, e a aquisição de equipamentos para obras hidráulicas para 189 municípios<sup>147</sup>.

O Governo do Estado interveio ainda no ano de 2009 em ações de

---

<sup>140</sup> **Projeto/atividade** 2983 e 2987;

<sup>141</sup> **Projeto/atividade** 3495;

<sup>142</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 3034 no PPA 2008 – 2011;

<sup>143</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 3039 no PPA 2008 – 2011;

<sup>144</sup> **Projeto/atividade** 5045;

<sup>145</sup> **Projeto/atividade** 3041;

<sup>146</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 5046 no PPA 2008 – 2011;

<sup>147</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 3031 no PPA 2008 – 2011;

recuperação e construção, ou seja, melhoria de unidades habitacionais para a erradicação da doença de chagas<sup>148</sup>, com destaque para o município de América Dourado, onde foram iniciadas 136 obras de reformas e 17 de construções. Estão em curso ainda obras de saneamento básico na região do SISAL<sup>149</sup>, apoiadas pela SESAB, nos municípios de Teofilândia e Barrocas.

No tocante a área de saúde do trabalhador, destaca-se a capacitação de 55 marisqueiros<sup>150</sup> com o objetivo de aprimorar o seu processo de trabalho, aumentar a produtividade da atividade, bem como ajudar na preservação do meio ambiente.

### **Vigilância Alimentar e Nutricional<sup>151</sup>**

Em consonância com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional se consubstancia num conjunto de intervenções do Estado que contribuem para a promoção do acesso universal aos alimentos, estimulam e promovem práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, fomentam a prevenção e o controle de distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição e promove o desenvolvimento de atividades de educação permanente.

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006, publicada em 2009, o Nordeste apresenta prevalência de 19% de inadequação de níveis séricos de Vitamina A em crianças e 25,5% de anemia por deficiência por ferro, sendo a maior e a segunda maior prevalência do Brasil, respectivamente.

A Área Técnica de Alimentação e Nutrição da SESAB tem intensificado o apoio aos técnicos de referência das 31 DORES, com relação à implementação das ações de alimentação e nutrição junto aos municípios, por meio de estímulo e incentivo para a alimentação dos dados nos sistemas de informação,

---

<sup>148</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 3462 no PPA 2008 – 2011;

<sup>149</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 3817 no PPA 2008 – 2011;

<sup>150</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2996 no PPA 2008- 2011;

<sup>151</sup> Corresponde ao Projeto/Atividade 2767 no PPA 2008 – 2011;

descentralização de recursos financeiros, reprodução de material educativo sobre a temática e participação em eventos pertinentes à área técnica.

As ações que merecem destaque são:

- Apresentação e aprovação do Plano e Fundo de Alimentação e Nutrição do Estado no Conselho Estadual de Saúde (CES) Bahia;
- Realização do I Encontro Estadual da Rede de Nutrição do SUS para 200 participantes do Estado com representação nacional, regional e municipal; de controle social e de instituições de ensino;
- Reunião de avaliação das ações de alimentação e nutrição no ano de 2008 e discussão das estratégias de atuação para 2009 com a presença das referências de 21 DIRES<sup>152</sup> representando 67,7% das Diretorias Regionais.
- Em relação ao controle social, o Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) tem discutido a construção do Plano e do Sistema Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional e o Comitê Gestor do Programa Bolsa Família (PBF) vem discutindo a intersectorialidade das ações como estratégias para melhoria na gestão do programa pelos municípios da Bahia.
- Visando fortalecimento das relações inter e intrasetorial foram realizadas avaliações do Estado Nutricional de 1.000 pessoas na Feira da Saúde da Mulher, em parceria com o curso de Nutrição da Faculdade UNIME;
- No ano de 2009 foi proferida palestra sobre a fisiologia da amamentação no curso de manejo (pré-requisito para receber o título de Hospital Amigo da Criança) na Maternidade Prof. José Maria de Magalhães Netto para 40 profissionais de saúde desta instituição;
- O Governo Estado estabeleceu ainda uma parceria com a OPAS que possibilitará a construção de uma proposta de Projeto Piloto, inédito no Brasil, sobre a Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no ambiente escolar;

---

<sup>152</sup> DIRES participantes da discussão das estratégias na implementação da vigilância nutricional e alimentar: Salvador, Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Gandú, Itabuna, Eunápolis, Paulo Afonso, Cícero Dantas, Serrinha, Jequié, Itapetinga, Jacobina, Itaberaba, Brumado, Vitória da Conquista, Irecê, Ibotirama, Boquira, Santa Maria da Vitória, Guanambi e Cruz das Almas

- Participação na Oficina de Alimentos Regionais em João Pessoa/PB, visando à atualização e divulgação de preparações regionais saudáveis para próxima publicação e distribuição pelo Ministério da Saúde;
- Participação no IX Encontro Nacional da Rede de Nutrição do SUS em Brasília com vistas à atualização e discussão das ações de alimentação e nutrição por Estado;
- Capacitação em Jundiaí/SP de gestores estaduais para a implantação da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) na Bahia em 2010;
- Participação do Seminário Internacional de Banco de Leite Humano (BLH) realizado pela FIOCRUZ/RJ com intuito de socializar as ações dos BLH do Brasil para sete países convidados;

## PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

No Programa Bolsa Família, os dados de acompanhamento da saúde das famílias são gerados semestralmente, sendo consolidado ao final de cada vigência. Em análise de 2005 a 2009 observamos um aumento crescente do número de famílias acompanhadas. Considerando-se a segunda vigência de cada ano, em 2005 o acompanhamento da saúde foi de 26,7% (182.197), em 2006 foram acompanhadas 30,7% (369.189), já em 2007 foi de 46,1% (606.037), em 2008 foram acompanhadas 62,6% (762.104) e em 2009 a Bahia encontra-se com 71,08% (886.084) do total de 1.246.532 de famílias, conforme evolução do Programa em tabelas e gráficos abaixo.

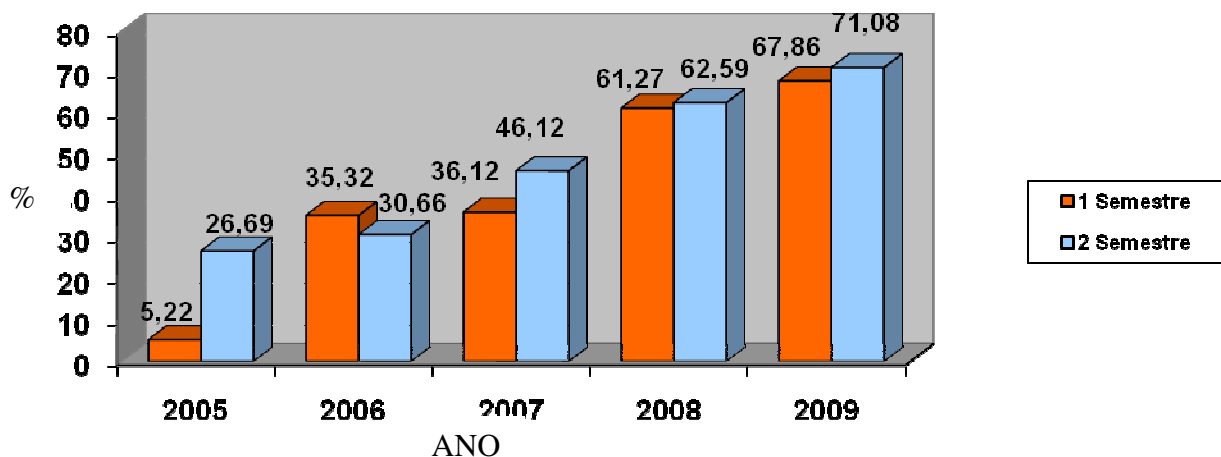
**TABELA 53**  
**EVOLUÇÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE**  
**BAHIA, 2005 – 2009**

ANO	2005	2006	2007	2008	2009
Percentual de acompanhamento pela saúde do Programa Bolsa Família (%) <sup>153</sup>	26,7	30,7	46,1	62,6	71,1

Fonte: SISVAN

<sup>153</sup> Baseado na segunda vigência do acompanhamento pela saúde do Programa Bolsa Família

**GRÁFICO 82**  
**PERCENTUAL DE FAMILIAS BENEFICIÁRIAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMILIA**  
**ACOMPANHADAS POR ANO NAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE**  
**BAHIA, 2005 - 2009**



Fonte: Datasus/MS

Ressalta-se que no Brasil, o Estado da Bahia é o que tem o maior número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família e com maior número absoluto de famílias totalmente acompanhadas nas condicionalidades da saúde.

- Destaque para as estratégias de fortalecimento do Programa Bolsa Família no Estado da Bahia, onde entre 2006 a 2009, a SESAB viabilizou a descentralização de recursos para realização de oficinas e supervisões regionais, tem representação no Comitê Gestor Estadual do Bolsa Família juntamente com a SEDES e SEC, e atua de forma intersetorial no fortalecimento do acompanhamento das condicionalidades da saúde.
- Em 2009, foi realizado Seminário Regional do Programa Bolsa Família (Bahia, Sergipe e Alagoas), promovido pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN/MS), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Centro Colaborador do Nordeste II da UFBA, juntamente com técnicos de 22 DIRES<sup>154</sup>. O referido seminário teve como objetivo sensibilizar e

<sup>154</sup> DIRES representadas no Seminário Regional do Programa Bolsa Família: Salvador, Feira de Santana, Alagoinhas, Santo Antônio de Jesus, Gandú, Itabuna, Eunápolis, Paulo Afonso,

atualizar as informações da gestão do PBF.

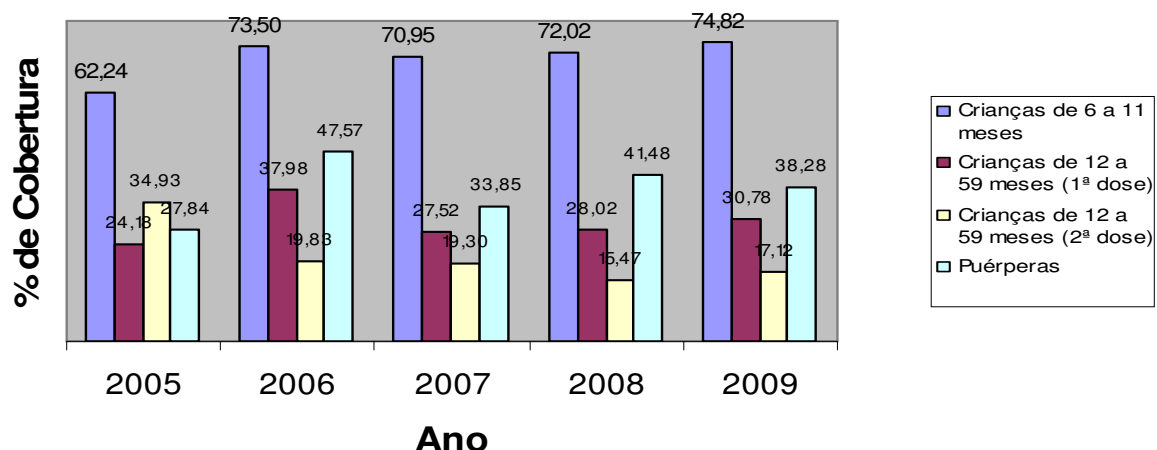
- O Comitê Gestor do Programa Bolsa Família (PBF) discutiu a intersectorialidade das ações como estratégias para melhoria na gestão do programa pelos municípios da Bahia. Houve ainda a representação do Estado da Bahia no Encontro de Gestores do PBF em Recife, bem como no Seminário Intersectorial das Condicionalidades do PBF que vai gerar como desdobramento para 2010 seminários regionais.
- Ocorreram ainda Oficinas Construtivas para municípios com mudança de gestores e Oficinas de Escuta buscando identificar os desafios enfrentados pelos gestores municipais e equipe técnica.

O Estado da Bahia pactuou no indicador do Pacto pela Vida um percentual de 56,10% no acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, sendo superado nos dois semestre avaliados no ano de 2009.

### **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA)**

No gráfico 83 é possível avaliar a evolução da cobertura do PNSVA no período de 2005 e 2009. Observa-se incremento com relação à administração de doses em crianças de 6 a 11 meses em relação ao ano de 2006, sendo que nos demais grupos houve uma redução do percentual em comparação com 2006, entretanto com recuperação gradual nos anos subsequentes.

**GRÁFICO 83**  
**EVOLUÇÃO DO PNSVA**  
**BAHIA, 2005 - 2009**



Fonte: Datasus/MS

## **PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO**

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro consiste na suplementação medicamentosa de sulfato ferroso para todas as crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto. Os suplementos de ferro serão distribuídos, gratuitamente, às unidades de saúde que conformam à rede do SUS em todos os municípios brasileiros, de acordo com o número de crianças e mulheres que atendam ao perfil de sujeitos da ação do Programa.

No tocante a distribuição do suplemento de ferro para crianças de 6 a 18 meses, observa-se praticamente uma manutenção do percentual de cobertura. Com relação às gestantes, a tendência de queda aparente deve-se à melhoria no registro mediante correção na digitação dos dados.

**TABELA 54**  
**EVOLUÇÃO DO % DE COBERTURA DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO**  
**DE FERRO**  
**BAHIA, 2006 - 2009\***

	2006	2007	2008	2009
Criança de 6 a 18 meses: Xarope de Sulfato Ferroso – Frasco	10,64	11,32	11,47	9,62
Gestantes a partir da 20ª semana que receberam comprimido de Ácido Fólico	134,97	82,87	84,76	69,85
Gestantes a partir da 20ª semana que receberam comprimido de Sulfato Ferroso	143,40	74,86	93,76	82,02
Gestantes a partir da 20ª semana que receberam xarope de Sulfato Ferroso – frasco	4,54	4,86	2,06	3,15
Mulheres até o 3º mês pós-parto que receberam comprimido de Sulfato Ferroso	39,43	22,24	28,50	24,38
Mulheres até o 3º mês pós-parto que receberam xarope de Sulfato Ferroso – frasco	2,52	3,25	1,97	2,21

\*Dados parciais

Fonte: Datasus/MS

Ressalta-se que no período de 2006 a 2009 houve irregularidade no envio do suplemento por parte do Ministério da Saúde. Os dados acima são oriundos da página de gestão do programa oficial, o qual não considera para os cálculos de cobertura que os municípios acima de 100 mil habitantes recebem suplemento para atender a 30% do público alvo. Esses erros vêm sendo corrigidos ao longo dos anos.

## **SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN)**

Lançado em 2008, o SISVAN Web é uma versão informatizada da Vigilância Alimentar e Nutricional para registro de informações do estado nutricional e do consumo alimentar dos usuários do SUS, atendidos tanto nos Estabelecimentos de Saúde como por profissionais da Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Esse Sistema permite a realização da avaliação do estado nutricional por meio das referências mais atuais, como o padrão da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2006 para crianças menores de 5 anos e OMS 2007 para crianças de 5 a 10 anos, e o registro de marcadores do consumo alimentar para indivíduos de todas as idades.

Na tabela 55 observamos em 2008 e 2009 um aumento do quantitativo de municípios que informam sistematicamente os dados do SISVAN, exceto em relação aos dados de gestantes.

**TABELA 55**  
**PERCENTUAL DE COBERTURA DO SISVAN PELOS MUNICÍPIOS BAIANOS**  
**BAHIA, 2008 - 2009**

FAIXA ETÁRIA NO SISVAN / ANO	CRIANÇAS DE 0 A 10 ANOS	ADOLESCENTES	ADULTOS	IDOSOS	GESTANTES
2008	97,6	94,5	97,1	26,1	83
2009	100	97,6	98,3	32,6	44,1

Fonte: Datasus/MS/SISVAN

No estado nutricional de crianças, observamos uma manutenção dos diagnósticos em relação à desnutrição, eutrofia e sobrepeso. Sendo importante destacar que nos Indicadores do Pacto pela Saúde, visamos reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos.

A Estratégia Saúde da Família; o Programa Fome Zero (Programa Bolsa Família) em conjunto com diversos aspectos conjunturais do país, demonstram resultados concretos para a redução da desnutrição; contudo, a má-alimentação contribuiu de forma expressiva para o aumento da prevalência de obesidade e de outras doenças crônicas não transmissíveis, que, além de ter grande impacto na qualidade de vida do indivíduo, oneram significativamente o Sistema Único de Saúde.

Para atuar nesse dilema da saúde pública contemporânea, da dupla carga de doenças é necessário priorizar uma agenda única de nutrição, com a elaboração e efetivação de uma Política Estadual de Alimentação e Nutrição em consonância com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição de 1999 e a Política Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional já existente na Bahia desde 2008.