PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026 - 2029

CONSULTA PUBLICA

PREFEITO
Bruno Soares Reis

VICE-PREFEITA
Ana Paula Andrade Matos Moreira

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE
Rodrigo Santos Alves

SUBSECRETARIA DA SAÚDE
Edriene Barros Teixeira

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR
Everaldo Alves de Oliveira Braga

DIRETORIA ESTRATÉGICA DE GESTÃO DE PESSOAS E PROCESSOS DA SAÚDE
Mariana Trocoli Nunes Guedes

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAUDE
Andrea Salvador de Almeida

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Augusto Roberto Vidreira Batista

DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
Ana Laura Curci Felix Martins

DIRETORIA DE CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO
Daniela de Jesus Alcântara

DIRETORIA DE LOGÍSTICA E SUPRIMENTOS
Pedro Henrique Campello de Melo

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO
Rosa Virgínia Rosenberg Oliveira Fernandes

COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
Maria do Socorro Tanure Telles

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA
Luis Paulo Fonseca

NUCLEO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO
Jackson Muniz dos Santos

OUVIDORIA
Sara Areas Costa

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO
Lélia Dourado

CONSULTA PUBLICA

Subcomissão de Análise de Situação de Saúde

Adelly Rosa Orselli Moraes
Aiira Souza de Franca
Alba Regina de Sousa
Alcione Santos da Anunciação
Aline Oliveira Martins Cavalcanti Cunha
Ana Paula Magalhães Gama
Ana Paula Pitanga Barbuda Prates
Andrea Santana Maia
Daniel Januzzi Ferreira
Danielle Dantas Lima
Darlene Silva de Souza
Diego Agnelo
Emanuela Oliveira Conceição
Helena Vieira
Indaiara Neri Santos
Irlan Coelho Souza
Jéssica Soares da Silva
Juliana Lima Ferreira
Lauriana dos Reis Pereira
Leidna da Silva Santos
Leticia Gomes de Souza
Manuela Brito dos Santos
Marcela Almeida Muhama
Maria de Fátima Carvalho de Oliveira
Maria de Fátima Pereira Santos
Maria Manuela Amarijo Serrão
Mariana Silva dos Santos
Nélio Teles de Meneses
Raissa Barros Moreira Santos
Ricardo Cardoso dos Santos
Sara Arêas Costas
Silvia Rosely Pedreira de Jesus
Sulamita Reis de Oliveira Bezerra
Suzana Mendes Almeida
Talita Aquira dos Santos Vieira
Tatiane Bispo dos Santos
Zaida de Barros Mello Nascimento Santos

CONSULTA PUBLICA

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACE - Agente de Combate às Endemias
ACS - Agente Comunitário de Saúde
ADE - Acolhimento à Demanda Espontânea
ADRT - Agravos e Doenças Relacionadas ao Trabalho
AME - Aleitamento Materno Exclusivo
AMPI - Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa
APS - Atenção Primária à Saúde
ASIS - Análise de Situação de Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CASE - Comunidades de Atendimento Socioeducativo
CCU - Câncer de Colo de Útero
CEFORT - Centro de Formação dos Trabalhadores do SUS Salvador
CEO - Centro de Especialidade Odontológica
CER - Central Estadual de Regulação
CFF - Conselho Federal de Farmácia
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CMR - Central Municipal de Regulação
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos
COAMAS - Comitê de Aleitamento Materno do Salvador
COE - Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública
DAC - Doenças do Aparelho Circulatório
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DANT- Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DF - Doença Falciforme
DIPPA - Diretoria de Promoção à Saúde e Proteção Animal
DNV - Declaração de Nascido Vivo
DO - Declaração de Óbito
DS - Distrito Sanitário
EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EAPV - Eventos Adversos Pós Vacinação
EAS - Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
eCR - equipes de Consultório na Rua
EPI - Equipamentos de Proteção Individual
eSF - Equipes de Saúde da Família
eAB- Equipes de Atenção Básica
ESF - Estratégia de Saúde da Família
GTSPN - Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra

CONSULTA PUBLICA

HMS - Hospital Municipal de Salvador
HMH – Hospital Municipal do Homem
MHC – Maternidade e Hospital da Criança
HV - Hepatites Virais
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPEA - Instituto Econômico de Pesquisa Aplicada
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MIF - Mulher em Idade Fértil
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NICRI - Núcleo Interno de Combate ao Racismo Institucional
NTI - Núcleo de Tecnologia da Informação
NUGETES - Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
NV - Nascidos Vivos
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PA - Pronto Atendimento
PATE - Programa Agora Tem Especialistas
PAPDF - Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme
PAS - Processos Administrativos Sanitários
PCDCh - Programa de Controle da Doença de Chagas
PCRI - Programa de Combate ao Racismo Institucional
PCV - Plano de Cargos e Vencimentos
PDR - Plano Diretor de Regionalização da Bahia
PEA - População Economicamente Ativa
PEAO - População Economicamente Ativa Ocupada
PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PES - Planejamento Estratégico Situacional
PFPB - Programa Farmácia Popular do Brasil
PIA - População em Idade Ativa
PMS - Plano Municipal de Saúde
PMAE - Programa Mais Acesso a Especialistas
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNI - Programa Nacional de Imunização
PNP - Pré-natal do Parceiro
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF - Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico

CONSULTA PUBLICA

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPI - Programação Pactuada Integrada
PRME - Programa de Residência de Medicina de Emergência
PRMFC - Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade
PSE - Programa Saúde na Escola
PSR - População em Situação de Rua
RA - Regiões Administrativas
RAIS - Relação Anual de Informações Sociais
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RC - Rede Cegonha
REDA - Regime Especial de Direito Administrativo
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RMS - Região Metropolitana do Salvador
SAE - Serviços de Atenção Especializada
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMAE - Serviço Municipal de Assistência Especializada
SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SG - Síndrome Gripal
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
SIGA - Serviço Integrado de Atendimento Regional
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sinasc - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS -Sistemas de Informação em Saúde
SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRC - Síndrome da Rubéola Congênita
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
TPN - Triagem Pré-Natal
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
USF - Unidade de Saúde da Família
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
VIGIAGUA - Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
VIGIDESASTRES - Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos associados aos Desastres
VIGIPEQ - Vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos Vigitel - Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VISA - Vigilância Sanitária

CONSULTA PUBLICA

Visamb - Vigilância em Saúde Ambiental
VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VO - Vigilância do Óbito

Lista de Gráficos

Gráfico 01- Total de Nascidos vivos no município de Salvador, 2000, 2010 e 2022.

Gráfico 02- População de Salvador-BA por sexo e faixa etária, e linha de tendência (masculino) 2014 a 2023*

Gráfico 03- Taxa de envelhecimento da população de Salvador, 2000 e 2010 e 2022.

Gráfico 04- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), por componentes, Salvador, Bahia, Fortaleza e Belo Horizonte, 2010.

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

Gráfico 06- Taxa de Natalidade (bruta) da população residente em Salvador (ou de Salvador) (por 1.000 habitantes) segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador, 2010 e 2022.

Gráfico 07- Taxa bruta de Natalidade por 1.000 habitantes e número de nascimentos da população residente em Salvador, 2014-2023.

Gráfico 08- Frequência de nascidos vivos com ocorrência em Salvador, segundo municípios de residência da mãe, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 09- Frequência de nascidos vivos de mães residentes e não residentes em Salvador segundo ano de nascimento, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 10- Número de nascidos vivos de ocorrência, residência e ocorrência e residência (e linha de tendência) em Salvador- BA, 2014-2023.

Gráfico 11- Número de nascidos vivos, segundo faixa etária da mãe e ano de nascimento, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 11- Proporção de nascidos vivos segundo raça/cor da mãe, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 12- Proporção de partos cesáreos segundo Distrito Sanitário de residência e Salvador, Salvador-BA, 2014 e 2023.

Gráfico 13- Proporção de nascidos vivos por duração da gestação (≤ 36 semanas) segundo Distrito Sanitário de residência e Salvador, 2014-2023.

Gráfico 14- Percentual de nascidos vivos de mães com 07 e mais consultas de Pré-Natal, segundo local de residência, Salvador e Bahia, 2014-2023.

Gráfico 15- Proporção de nascidos vivos de mães com 07 e mais consultas de Pré-Natal, segundo local de residência. Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014 e 2023.

Gráfico 16- Proporção de nascidos vivos de mães com 7 e mais consultas de pré-natal segundo Distrito Sanitário de residência e Salvador, 2014 e 2023.

Gráfico 17- Proporção de partos cesáreos segundo Distrito Sanitário de residência e Salvador, 2014 e 2023.

Gráfico 18- Proporção de nascidos vivos com anomalia congênita detectada, Brasil, Salvador,

CONSULTA PÚBLICA

Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.

Gráfico 19- Distribuição das pessoas no mercado de trabalho, Salvador e Fortaleza, 2022.

Gráfico 20- Número de Trabalhadores da RAIS. Salvador, 2014-2023.

Gráfico 21- Pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por grupamento ocupacional no trabalho principal, Salvador, nos trimestres de 2022.

Gráfico 22- Distribuição dos ocupados por posição na ocupação ao longo de três trimestres de 2022 (2º, 3º e 4º)

Gráfico 23- Caracterização do cadastro de estabelecimentos de interesse da Visa Salvador - BA no ano de 2021.

Gráfico 24- Número e proporção de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada segundo a faixa etária. Salvador, 2014-2023.

Gráfico 25- Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada, número e proporção do quesito raça/cor preenchido com informação válida. Salvador, 2014-2023.

Gráfico 26- Número e proporção de estupros notificados no Sinan segundo o Distrito Sanitário de residência, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 27- Número de óbitos e taxa de mortalidade por queda, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 28- Taxa de mortalidade por acidente de trânsito, na população geral e por sexo em residentes de Salvador, 2014-2023.

Gráfico 29- Mortalidade proporcional por acidentes de trânsito, segundo condição da vítima em residentes de Salvador, 2014-2023.

Gráfico 30 - Unidades Básicas de Saúde com e sem Estratégia de Saúde da Família com o Programa de Controle do Tabagismo implementado, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 31 - Proporção de atendimentos individuais realizados por médicos e enfermeiros para avaliação da "Obesidade" no total de atendimentos realizados na APS, Salvador 2014, 2018 e 2023.

Gráfico 32- Média dos índices ceo-d e CPO-D por faixa etária, Salvador-BA, 2010 e 2023.

Gráfico 33- Distribuição percentual dos componentes do índice ceo-d e CPO-D por faixa etária, Salvador-BA, 2023.

Gráfico 34- Prevalência de alterações periodontais (sangramento gengival, cálculo dentário e bolsas periodontais) em adultos de 35 a 44 anos, Salvador-BA, 2010, 2015, 2023.

Gráfico 35- Prevalência de alterações periodontais (sangramento gengival, cálculo dentário e bolsas periodontais) em idosos de 65 a 74 anos, Salvador-BA, 2010, 2015 e 2023.

Gráfico 36- Razão entre Óbitos coletados pelo SIM e Estimados pelo Ministério da Saúde, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 37 - Proporção de Óbitos por Causa Básica Definida, Salvador/BA, 2014-2023.

Gráfico 38- Taxa de Mortalidade Bruta (por 1.000 Hab.), segundo local de residência, Bahia, Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.

Gráfico 39 - Mortalidade Proporcional, segundo faixa etária, Salvador-BA, 2014, 2017, 2020 e 2023.

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 40 - Taxa de Mortalidade (por 10.000 hab.), segundo sexo, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 41 - Mortalidade Proporcional, segundo grau de Escolaridade, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 42 - Mortalidade Proporcional, segundo Raça/Cor, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 43 - Taxa de Mortalidade (por 100.000 hab.), segundo principais Grupos de Causas, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 44 - Taxa de Mortalidade em Homens (por 100.000 hab.), segundo principais Grupos de Causas, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 45 - Taxa de Mortalidade em Mulheres (por 100.000 hab.), segundo principais Grupos de Causas, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 46 - Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (por 100.000 hab.), segundo causa selecionada, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 47 - Taxa de Mortalidade por Neoplasia (por 100.000 hab.), segundo sexo e localização primária, Salvador-BA, 2023.

Gráfico 48 - Taxa de Mortalidade por Causas Externas, segundo Circunstância da Lesão, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 49 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por grupo das principais DCNT, residentes em Salvador, 2013-2023.

Gráfico 50 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT, residentes em Salvador, 2014-2023.

Gráfico 51 - Número de óbitos e taxa de mortalidade/100.000 habitantes por homicídio. Salvador, 2014-2023.

Gráfico 52 - Número de óbitos e taxa de mortalidade de maiores de cinco anos por suicídio, Salvador, 2014-2024.

Gráfico 53 - Número de óbitos por suicídio e número de lesões autoprovocadas/tentativas de suicídio, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 54 - Óbitos de MIF por ano do óbito quanto a situação de investigação, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 55 - Óbitos de MIF por ano do óbito e escolaridade, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 56 - Razão de Mortalidade Materna em Salvador, Fortaleza, Recife e Belo Horizonte. 2014-2023.

Gráfico 57 - Óbitos Maternos por ano do óbito e Raça/cor, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 58 - Óbitos Maternos por ano do óbito e faixa etária, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 59 - Óbitos Maternos por ano do óbito e escolaridade, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 60 - Óbitos maternos por ano do óbito e situação de investigação, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 61 - Taxa de mortalidade fetal, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 62 - Comparativo das taxas de mortalidade fetal entre as capitais, 2014- 2023.

Gráfico 63 - Taxa de Mortalidade Fetal por distrito sanitário, Salvador, 2014-2023.

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 64 - Escolaridade materna dos óbitos fetais. Salvador, 2014-2023.

Gráfico 65 - Causas do óbito fetal por idade gestacional. Salvador- BA, 2014-2023.

Gráfico 66 - Taxa de mortalidade infantil em Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 67 - Taxa de mortalidade infantil em menor de 01 ano por distrito sanitário, Salvador, 2014- 2023.

Gráfico 68 - Taxa de Mortalidade Infantil média entre Salvador, Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2014-2023.

Gráfico 69 - Taxa de Mortalidade Perinatal em Salvador, 2014- 2023.

Gráfico 70 - Comparativo entre os componentes de mortalidade infantil, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 71 - Número de Casos e Taxa de Incidência das notificações por Doenças e Agravos relacionados ao Trabalho (DART), Salvador e Bahia, 2014-2023.

Gráfico 72 - Casos de Doenças e Agravos relacionados ao Trabalho notificados no Sinan. Salvador, 2014-2023.

Gráfico 73 - Coeficiente de mortalidade por acidente de trabalho, Salvador e Bahia, 2014-2023.

Gráfico 74 - Percentual do preenchimento ignorado no campo Acidente de Trabalho dos óbitos por causas externas. Salvador e Bahia, 2014-2023.

Gráfico 75 - Número de Atendimentos para Diagnóstico de Doença ou Agravo Relacionado ao Trabalho no Ambulatório do Cerest, Salvador, 2016-2023.

Gráfico 76 - População residente e pessoas quilombolas fora de Territórios Quilombolas em valores absolutos nos dez primeiros Municípios do Brasil, 2022.

Gráfico 77 - Número de atendimentos das Unidades de Saúde em territórios quilombolas certificados por ano, Salvador-BA, 2015-2023.

Gráfico 78 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada segundo orientação sexual e identidade de gênero, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 79 - Características das notificações de violência interpessoal e autoprovocada na população LGBT+ segundo o tipo de violência, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 80 - Contagem de pessoas em situação de rua nas capitais brasileiras segundo dados do CadÚnico, 2025.

Gráfico 81 - Proporção de pessoas com deficiência, por grupos de idade, Salvador, Bahia e Brasil, 2022.

Gráfico 82 - Percentual de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência por cor ou raça, Salvador, Bahia e Brasil, 2022.

Gráfico 83 - Percentual de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência, por tipo de dificuldade funcional, Salvador, Bahia e Brasil, 2022.

Gráfico 84 - Total de Unidades Básicas de Saúde com e sem Saúde da Família, Salvador-BA, 2015, 2017, 2020 e 2024.

Gráfico 85 - Evolução do percentual de cobertura da Atenção Primária à Saúde, Salvador-BA, 2015-2024.

Gráfico 86 - Número absoluto de atendimentos individuais e procedimentos na APS realizados

CONSULTA PÚBLICA

por integrantes das eSF e eAP, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 87 - Número de atendimentos individuais realizados por médicos na APS, nas cidades de Salvador, Belo Horizonte, Recife e Fortaleza, 2014-2023.

Gráfico 88 - Produção de visitas domiciliares de ACS por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 89 - Número de atendimentos individuais realizados pelas Equipes de Consultório na Rua (eCR), Salvador-BA, 2022–2024.

Gráfico 90 - Número de cadastros individuais de usuários ativos realizados pelas Equipes de Consultório na Rua (eCR), Salvador-BA, 2022–2024.

Gráfico 91 - Proporção da cobertura do acompanhamento das condicionalidades da saúde para crianças do Programa Bolsa Família, segundo ciclo de vigência, Salvador-BA, 2019-2023.

Gráfico 92 - Número de profissionais que participaram das oficinas "Orientação para o uso do Telessaúde", Salvador-BA, 2015–2024.

Gráfico 93 - Número de teleconsultorias solicitadas por profissionais da APS na plataforma Telessaúde Bahia. Salvador- BA, 2018-2024.

Gráfico 94 - Número de atendimentos a mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, Salvador-BA, 2017-2023.

Gráfico 95 - Número de atendimento às mulheres por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2017-2023.

Gráfico 96 - Número de atendimento à mulher na faixa etária de 20 a 59 anos, segundo raça/cor, Salvador-BA, 2017-2023.

Gráfico 97 - Número de dispositivo intrauterino de Cobre (DIU de Cobre) inserido na APS, Salvador-BA, 2020-2024.

Gráfico 98 - Número de implantes subdérmicos de etonogestrel inseridos em unidade da APS, Salvador-BA, 2023 e 2024.

Gráfico 99 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero realizados em residentes do sexo feminino de 25 a 64 anos, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 100 - Razão de exames de mamografia realizados em residentes do sexo feminino de 50 a 69 anos, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 101 – Número de consultas médicas e de enfermagem para crianças menores de 10 anos, Salvador-BA, 2015-2023.

Gráfico 102 – Taxa de internação por Doenças Diarreicas Agudas (DDA) em crianças menores de 5 anos, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 103 – Taxa de internação por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças menores de 5 anos, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 104 – Proporção de crianças até 06 meses de idade em aleitamento humano exclusivo, Salvador-BA, 2015-2023.

Gráfico 105 - Evolução dos Indicadores UAPI de Pré-Natal, Testagem para Sífilis e HIV em Gestantes, e Aleitamento Materno Exclusivo, em Salvador, no 2º Quadrimestre de 2023 e 2024.

Gráfico 106 – Distribuição anual de atendimentos individuais de adolescentes por médicos e

CONSULTA PUBLICA

enfermeiros, na APS, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 107 - Atendimento de adolescentes por condição avaliada na APS, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 108 – Quantidade de Atividades Educativas para Adolescentes, por tema, na APS, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 109 - Número de nascidos vivos de mães adolescentes por faixa etária da mãe adolescente, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 110 – Número de atividades de educação em saúde e atendimentos em grupos para homens na APS, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 111 – Número de consultas de pré-natal do parceiro, na APS, Salvador-BA, 2019-2023.

Gráfico 112 – Números de atendimentos individuais de pessoas idosas atendidas pela APS, por categoria profissional, Salvador-BA, 2019-2023.

Gráfico 113 – Número de atendimentos domiciliares a pessoas idosas realizados na APS, Salvador-BA, 2019-2023.

Gráfico 114 – Número de atendimentos domiciliares a pessoas idosas realizadas em Salvador, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2019-2023.

Gráfico 115 - Número de atendimentos domiciliares à pessoa idosa, por categoria profissional, Salvador-BA, 2019 e 2023.

Gráfico 116 – Número de registro de avaliação multidimensional da pessoa idosa na APS, Salvador-BA, 2019-2023.

Gráfico 117 – Número de atendimentos individuais em ILPI por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2019 a 2023.

Gráfico 118 – Evolução anual do número total de atendimentos em ILPI, Salvador-BA, 2019-2023.

Gráfico 119 – Percentual de adultos maiores de 18 anos com consumo recomendado de frutas e hortaliças, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 120 – Percentual de adultos maiores de 18 anos com consumo regular de frutas e hortaliças, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 121 - Percentual de Homens, Mulheres e População Geral, maiores de 18 anos, com consumo de feijão, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 122 - Percentual de consumo de feijão, frutas, guloseimas e refrigerantes, por escolares, Salvador-BA, 2009, 2012, 2015 e 2019.

Gráfico 123 - Quantidade anual de gestantes beneficiadas pelo Programa Mãe Salvador, 2021-2023.

Gráfico 124 - Cobertura de saúde bucal na atenção primária à saúde, Salvador/BA, 2015-2024.

Gráfico 125 - Número de primeiras consultas odontológicas programática em Salvador-BA, 2015-2023.

Gráfico 126 - Número de consultas odontológicas (retorno e manutenção) na APS, Salvador/BA, 2015-2023.

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 127 - Percentual do atendimento de urgência odontológica na APS, Salvador-BA, 2015-2024.

Gráfico 128 - Média da ação coletiva de escovação supervisionada em Salvador-BA, entre 2015-2023.

Gráfico 129 - Número de participantes das ações coletivas de aplicação tópica de flúor gel total, Salvador-BA, 2015-2023.

Gráfico 130 - Número de atendimentos individuais e procedimentos na APS realizados em domicílio, registrados por enfermeiros, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 131- Número de atendimentos individuais e procedimentos na APS realizados em domicílio por médicos, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 132 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Município de Salvador, 2014-2024.

Gráfico 133 - Proporção de Internações Sensíveis Relacionadas à Atenção Básica da População de Salvador-BA, 2014-2024.

Gráfico 134 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), por tipo de condição, população de 0 a 10 anos, Salvador-BA, 2014-2024.

Gráfico 135 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), por tipo de condição, população a partir de 60 anos, Salvador-BA, 2014-2024.

Gráfico 136 - Número de procedimentos realizados por Multicentro de Saúde, Salvador-BA, 2014-2024.

Gráfico 137 - Média percentual de casos notificados por DF por DS de residência, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 138 - Morbidade hospitalar pelo SUS por DF e faixa etária, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 139 - Média proporcional de mortalidade por DF por faixa etária, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 140 - Taxa de mortalidade de indivíduos com DF, segundo sexo, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 141 - Média das taxas de mortalidade por DF e por DS de residência. Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 142 - Taxa de detecção de Hepatite B (por 100.000/hab), Brasil, Bahia, Salvador, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.

Gráfico 143 - Taxa de detecção Hepatite B (por 100.000/hab.) por sexo, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 144 - Taxa de detecção de Hepatite B (por 100.000/hab.) por faixa etária, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 145 - Percentual de Hepatite B (por 100.000/hab.) por raça/cor, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 146 - Percentual Hepatite B (por 100.000/hab.) por escolaridade, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 147 - Taxa de detecção de Hepatite C (por 100.000/hab.), Brasil, Bahia, Salvador, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 148 - Taxa de detecção de Hepatite C (por 100.000/hab.) por sexo, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 149 - Taxa de detecção de Hepatite C (por 100.000/hab.) por faixa etária, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 150 - Distribuição de casos de Hepatite C (por 100.000/hab.) por raça/cor, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 151 - Distribuição de Hepatite C (por 100.000/hab.) por escolaridade, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 152 - Taxa de detecção HTLV (por 100.000/hab.), Salvador e Bahia, 2014-2023.

Gráfico 153 - Taxa de detecção HTLV (por 100.000/hab.), por faixa etária, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 154 - Evolução do número de crianças com APLV acompanhadas que utilizaram fórmulas nutricionais para tratamento, Salvador-BA, 2018-2024.

Gráfico 155 - Acolhimentos iniciais dos CAPS e CAPSia habilitados, Salvador, 2018-2023.

Gráfico 156 - Número de acolhimento inicial em CAPSi habilitados, por faixa etária, Salvador, 2018-2023.

Gráfico 157- Número de consultas odontológicas especializadas realizadas nos CEOs, Salvador/BA, 2014-2024.

Gráfico 158 - Número de procedimentos odontológicos realizados no CEO por tipo de especialidades, Salvador-BA, 2015-2024.

Gráfico 159 - Número de atendimento de urgência odontológica em Salvador-BA, 2015-2024.

Gráfico 160 - Número de leitos por tipo, Salvador, 2015, 2020 e 2024.

Gráfico 161 - Número de acolhimento com classificação de risco realizados em UPA e PA. Salvador, 2015-2024.

Gráfico 162 - Número de transporte de pacientes realizado pelo SAMU 192, 2016-2023.

Gráfico 163 - Relação de pacientes perfis versus trombólise realizada, acompanhadas pelo PIAM/SAMU 192 de Salvador, 2017-2023.

Gráfico 164 - Comparativo do número total de chamados atendidos na CRU, com o número total de envio de unidades móveis, no SAMU 192 de Salvador, 2016-2023.

Gráfico 165 - Comparativo do número de trotes com o número total de chamados atendidos na CRU do SAMU, 2016-2023.

Gráfico 166 – Proporção de atendimentos realizados pelo SAMU por Tipo de Agravo, 2021-2023.

Gráfico 167 - Quantidade de procedimentos realizados no Laboratório Central, 2012-2024.

Gráfico 168 - Percentual de distribuição dos procedimentos realizados no Laboratório Central de Salvador por categoria de análise.

Gráfico 169 - Quantidade de exames de eletroforese de hemoglobinas realizado em Salvador via LACS, 2014-2023.

Gráfico 170 - Quantitativo de exames de exames Anti-HIV 1 e 2 (ELISA) realizados em

CONSULTA PUBLICA

Salvador via LACS, 2014-2023.

Gráfico 171 - Quantitativo de exames de ANTI-HTLV realizados em Salvador via LACS, 2014-2023.

Gráfico 172 - Quantitativo de exames para detecção de hepatites realizados em Salvador via LACS, 2014-2023.

Gráfico 173 - Quantitativo de exames para detecção de Sífilis realizados em Salvador por meio do LACS, 2014-2023.

Gráfico 174 - Quantitativo de exames para detecção de tuberculose realizados em Salvador por meio do LACS, 2014-2023.

Gráfico 175 - Distribuição percentual das farmácias segundo distrito sanitário.

Gráfico 176 - Número de pacientes atendidos nas farmácias da rede municipal de Salvador entre 2016-2023.

Gráfico 177 - Percentual de Oferta Regular de Medicamentos REMUME, Salvador, 2015-2024.

Gráfico 178 - Consolidado dos 10 medicamentos mais dispensados na rede, Salvador, 2015-2025.

Gráfico 179 - Número de EAS SUS no município de Salvador e sob gestão municipal, 2014–2023.

Gráfico 180 - Número de estabelecimentos SUS e Não-SUS. Salvador, 2014–2023.

Gráfico 181 - Distribuição dos estabelecimentos SUS da rede própria e complementar por distrito sanitário, Salvador, 2025.

Gráfico 182 - Distribuição dos EAS SUS da rede própria por distrito sanitário, Salvador, 2025.

Gráfico 183 - Distribuição dos EAS SUS por tipo de gestão e distrito sanitário, Salvador, 2025.

Gráfico 184 - Número de leitos SUS por tipo de gestão, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 185 - Número de leitos SUS sob gestão municipal, por tipo de rede, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 186 - Número de Leitos SUS de rede própria, sob gestão das capitais Salvador, Fortaleza, Belo horizonte e Recife, 2020–2023.

Gráfico 187 - Número de Leitos SUS de rede, sob gestão das capitais Salvador, Fortaleza, Belo horizonte e Recife, 2020–2023.

Gráfico 188 - Controle da qualidade da água distribuída na cidade de Salvador-BAhia, 2014-2023.

Gráfico 189 - Quantidade de amostras de água consumo humano da rede de distribuição que abastece a cidade de Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 190 - Coletas de vigilância da qualidade da água para consumo humano para cianobactérias, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 191 - Taxa de DDA por distrito de residência, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 192 - Quantidade de Soluções Alternativas de Abastecimento monitoradas pela VISAMB quanto a qualidade da água consumida, Salvador-BA, 2014-2023.

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 193 - Número de licenciamento de estabelecimentos de Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 194 - Número de inspeções sanitárias realizadas pela Visa, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 195 - Quantitativo de inspeções e licenciamentos dos serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 196 - Quantitativo de ILPIs cadastradas, inspecionadas e licenciadas pela Visa, Salvador-BA, 2018-2023.

Gráfico 197 - Número de eventos cadastrados na CLE e com análise documental pela Visa, Salvador – BA, 2015-2023.

Gráfico 198 - Denúncias/reclamações recebidas e atendidas pela Visa, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 199 - Tipos de serviços de saúde notificadores no município de Salvador – BA, 2014 a 2019 e 2023.

Gráfico 200 - Número de notificações de eventos adversos nos serviços de saúde sujeitos à Visa, Salvador – BA, 2014 a 2019 e 2023.

Gráfico 201 - Índice de Infestação Predial (IIP) para o Aedes aegypti, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 202 - Percentual de classificação dos estratos nos Levantamentos Rápidos de Índices de Infestação para Aedes aegypti (LIRAa), 2014-2023.

Gráfico 203 - Número de estratos em risco (IIP>3,9%), em 27 LIRAa realizados, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 204 - Percentual de cobertura e pendência de visita aos imóveis e a média do município de Salvador, 2014-2023.

Gráfico 205 - Percentual de cobertura e pendência de visita aos pontos estratégicos e a média do município de Salvador, 2014-2023.

Gráfico 206 - Percentual do índice de infestação para Aedes aegypti e Aedes albopictus nos Pontos Estratégicos (PE), 2014-2023.

Gráfico 207 - Percentual de bloqueios de transmissão de casos notificados de arboviroses, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 208 - Taxa de positividade total de leishmaniose canina em áreas vulneráveis e atendimento de demanda espontânea em Salvador, 2016-2023.

Gráfico 209 - Proporção de acidentes por espécie de animais peçonhentos em Salvador, 2014-2023.

Gráfico 210 - Situações de risco para a infecção por leptospirose em Salvador, 2014-2023.

Gráfico 211 – Quantidade de anos das coleções hídricas positivas – caramujos com presença de S. mansoni entre 2014-2023.

Gráfico 212 - Quantidade de caramujos Biomphalaria spp. Coletados, 2014-2023.

Gráfico 213 - Número de animais vacinados e cobertura das campanhas de vacinação antirrábica canina e felina em Salvador, Bahia, 2014-2023.

Gráfico 214 – Número de notificações, casos confirmados e taxa de positividade da esporotricose animal em Salvador, 2018-2023.

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 215 - Distribuição anual dos casos finalizados, curados, óbitos, abandonos e taxa de cura (%) da esporotricose animal em Salvador, 2018-2023.

Gráfico 216 - Distribuição dos casos confirmados de esporotricose felina por Distrito Sanitário e os bairros de maior ocorrência em Salvador, 2018-2023.

Gráfico 217 - Número de animais vacinados contra a raiva na rotina em Salvador, 2014-2023.

Gráfico 218 - Índice pluviométrico e média dos números de casos confirmados por leptospirose, 2014 -2023.

Gráfico 219 - Incidência de leptospirose em residentes de Salvador, 2014-2023.

Gráfico 220 – Número de casos confirmados, óbitos e letalidade por leptospirose em residentes de Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 221 - Letalidade por leptospirose em Salvador e no Brasil, 2014-2023.

Gráfico 222 – Número de casos e taxa de incidência de tuberculose, todas as formas, Salvador - Bahia, 2014-2023.

Gráfico 223 – Número de óbitos e taxa de mortalidade por tuberculose, Salvador - Bahia, 2014-2023.

Gráfico 224 – Percentual de casos com Teste HIV realizados e Testes HIV Positivos nos Casos Novos de Tuberculose, Salvador-BA, 2014- 2023.

Gráfico 225 – Situação de Encerramento dos Casos Novos de Tuberculose pulmonar, com confirmação laboratorial, Salvador-BAhia, 2014-2023.

Gráfico 226 – Percentual de tratamento diretamente realizado nos casos novos de tuberculose, todas as formas, Salvador-BAhia, 2014-2023.

Gráfico 227 – Percentual de contatos examinados entre os contatos identificados dos casos novos pulmonares de tuberculose com confirmação laboratorial, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 228 – Percentual de casos novos de tuberculose em Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) e Pessoas em Situação de Rua (PSR), Salvador-BAhia, 2014-2023.

Gráfico 229 - Número de casos de Doenças Diarreicas Agudas ocorrido em Salvador, 2014-2023.

Gráfico 230 - Proporção de casos de DDA por faixa etária, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 231 - Número de casos de DDA por Distrito Sanitário de residência no ano de 2023.

Gráfico 232 - Taxa de mortalidade de DDA por 100.000 habitantes, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 233 - Taxa de mortalidade de DDA por 100.000 habitantes em Salvador, Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2014-2023.

Gráfico 234 - Taxa de mortalidade de DDA por 100.000 habitantes por sexo, Salvador 2014-2023.

Gráfico 235 - Taxa de mortalidade de DDA por 100.000 habitantes por faixa etária em Salvador, 2014-2023.

Gráfico 236 - Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população geral e na população de zero a 14 anos, por 100.000 habitantes, Salvador – Ba, 2014-2023.

Gráfico 237 - Percentual de casos novos de hanseníase na população geral, segundo

CONSULTA PUBLICA

classificação operacional, conforme tendência, Salvador – Ba, 2014-2023.

Gráfico 238 - Tendência da taxa de detecção e da proporção de grau 2 de incapacidade física de casos novos de hanseníase no momento do diagnóstico. Salvador – BA, 2014-2023.

Gráfico 239 - Frequência de casos novos de hanseníase com grau 1 e 2 de incapacidade física, no momento do diagnóstico, por faixa etária. Salvador – BA, 2014-2023.

Gráfico 240 - Percentual de casos novos de hanseníase residentes em Salvador, por tipo de Unidade de Saúde Atual, conforme tendência. Salvador, 2014-2023.

Gráfico 241 - Casos de Doença de Chagas Aguda por Distritos Sanitários, 2023.

Gráfico 242 - Taxa de mortalidade/100 mil hab. de esquistossomose em Salvador,2014-2023.

Gráfico 243 – Número de casos confirmados e taxa de incidência de esporotricose humana, Salvador-BA, 2018- 2023.

Gráfico 244 - Percentual de casos notificados de Esporotricose Humana, Salvador 2018-2023.

Gráfico 245 - Média das incidências de dengue, chikungunya e Zika, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 246 - Distribuição de casos prováveis de dengue por raça/cor da pele, Salvador 2014 – 2023.

Gráfico 247 - Diagrama de controle da dengue, Salvador, 2023.

Gráfico 248 - Diagrama de controle da chikungunya, Salvador, 2023.

Gráfico 249 - Distribuição percentual dos casos de chikungunya por sexo de nascimento, Salvador, 2014 – 2023.

Gráfico 250 - Diagrama de controle da Zika, Salvador, 2023.

Gráfico 251 - Número de casos notificados de Leishmaniose Visceral segundo distrito sanitário, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 252 - Incidência de casos de Meningites por faixa etária, em Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 253 - Incidência das meningites bacterianas, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 254 - Sorogrupos dos casos de Doença Meningocócica, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 255 - Percentual de Cobertura Vacinal da Meningo C, em Salvador, 2014-2023.

Gráfico 256 - Número de casos notificados e confirmados de coqueluche em Salvador-BA, 2014 - 2023.

Gráfico 257 - Faixa etária dos casos confirmados de coqueluche em Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 258 - Critério de encerramento dos casos confirmados de coqueluche em Salvador-BA 2014-2023.

Gráfico 259 - Percentual de encerramento oportuno dos casos confirmados de coqueluche em Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 260 - Percentual de casos suspeitos de PFA por Distrito Sanitário, em Salvador-BAhia, 2014-2023.

Gráfico 261 - Percentual de Cobertura Vacinal da Pólio, Pneumocócica 10-Valente, Pentavalente e Tríplice Viral, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 262 - Taxas de detecção de gestante (por 1.000 nascidos vivos), taxa de detecção de HIV e aids (por 100 mil habitantes), por ano, Salvador-BA, 2014-2023.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 263 - Casos de HIV notificados por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 264 - Distribuição percentual dos casos de HIV segundo raça/cor, Salvador-BA 2014-2023.

Gráfico 265 - Distribuição percentual dos casos de HIV >13 anos por categoria de exposição do sexo masculino, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 266 - Distribuição percentual dos casos de HIV >13 anos por categoria de exposição do sexo feminino, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 267 - Distribuição percentual dos casos de aids segundo raça/cor, Salvador-BA, 2013-2024.

Gráfico 268 - Taxa de detecção e frequência de casos de sífilis adquirida, por ano de notificação, Salvador - BA, 2014-2023.

Gráfico 269 - Percentual dos casos de sífilis adquirida por raça/cor, por ano de notificação, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 270 - Taxa de detecção de sífilis adquirida segundo sexo, por ano de notificação. Salvador - BA, 2014-2023.

Gráfico 271 - Taxa de detecção e frequência de casos de sífilis na gestação (por 1.000 nascidos vivos), por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 272 - Percentual dos casos de sífilis na gestação segundo faixa etária, por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 273 - Percentual dos casos de sífilis na gestação segundo raça/cor, por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 274 - Percentual de casos de sífilis na gestação, por trimestre gestacional no momento do diagnóstico, segundo ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 275 - Percentual de sífilis na gestação segundo tratamento concomitante com o parceiro, por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 276 - Taxa de incidência e frequência de casos de sífilis congênita (por 1000 NV), por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 277 - Percentual de casos de sífilis congênita, por faixa etária da pessoa gestante, por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 278 - Percentual de casos de sífilis congênita, por raça/cor da pessoa gestante, por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 279 - Percentual dos casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da pessoa gestante, por ano de diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 280 - Percentual de casos de sífilis congênita segundo notificação de sífilis na gestação, por ano de diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 281 - Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de sífilis na gestação, por ano de diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 282 - Percentual de sífilis congênita segundo momento do diagnóstico de sífilis na gestação, por ano de diagnóstico, Salvador - BA, 2014-2023.

Gráfico 283 - Percentual de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da pessoa

CONSULTA PUBLICA

gestante durante o pré-natal, por ano de diagnóstico, Salvador - BA, 2014-2023.

Gráfico 284 - Taxa de mortalidade por sífilis congênita, Salvador - BA, 2018-2023.

Gráfico 285 - Taxa de detecção de Hepatite B (por 100.000/hab), Brasil, Bahia, Salvador, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.

Gráfico 286 - Taxa de detecção Hepatite B (por 100.000/hab.) por Sexo, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 287 - Taxa de detecção de Hepatite B (por 100.000/hab.) por faixa etária, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 288 - Percentual de Hepatite B (por 100.000/hab.) segundo critério Raça/cor, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 289 - Percentual Hepatite B (por 100.000/hab.), segundo escolaridade, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 290 - Taxa de detecção de Hepatite C (por 100.000/hab.), Brasil, Bahia, Salvador, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.

Gráfico 291 - Taxa de detecção de Hepatite C (por 100.000/hab.) por Sexo, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 292 - Taxa de detecção de Hepatite C (por 100.000/hab.) por faixa etária, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 293 - Distribuição percentual de casos de Hepatite C (por 100.000/hab.) segundo raça/cor, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 294 - Distribuição percentual de Hepatite C (por 100.000/hab.) segundo escolaridade, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 295 - Taxa de detecção HTLV (por 100.000/hab.), Bahia, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 296 – Taxa de detecção HTLV (por 100.000/hab.) por sexo, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 297 – Distribuição percentual de casos notificados de HTLV segundo raça/cor, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 298 – Percentual de casos de HTLV por escolaridade, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 299 - Taxa de detecção HTLV (por 100.000/hab.), segundo faixa etária, Salvador, 2014-2023.

Gráfico 300 - Número de casos de Mpox por orientação sexual, Salvador, 2022-2023.

Gráfico 301 - Número de casos de Mpox por identidade de gênero em Salvador, 2022-2023.

Gráfico 302 - Número de casos de Mpox por Distrito Sanitário, Salvador, 2022-2023.

Gráfico 303 - Casos de SCVZ, Salvador-BA, 2020-2013.

Gráfico 304 - Casos e óbitos por COVID-19, Salvador-BA, 2020-2013.

Gráfico 305 - Casos confirmados, prováveis e descartados de Mpox, Salvador-BA, 2022-2023.

Gráfico 306 - Orçamento total em saúde segundo valor orçado e valor executado, Salvador/BA, 2010-2024.

Gráfico 307 - Recursos Próprios X Recursos Federal e Estadual, Salvador-BA, 2010-2024.

Gráfico 308 - Evolução da despesa em saúde, Salvador-BA, 2010-2024.

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 309 - Número de ações educativas programadas por ano de vigência do PMEPS, Salvador, Bahia, 2022-2025.

Gráfico 310 - Meios de comunicação dos usuários do SUS com a Ouvidoria em Saúde Salvador-BA, 2014-2023.

Gráfico 311 - Percentual de demandas respondidas no prazo, Salvador-BA, 2014-2023.

Lista de Quadros

Quadro 01 - Estabelecimentos de saúde que possuem a digitação descentralizada do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, Salvador-BA, 2025.

Quadro 02 - Distribuição da População em Idade Ativa (PIA) e População Economicamente Ativa (PEA), Brasil, Bahia, Salvador e Fortaleza, 2022.

Quadro 03 - Ranking das causas básicas de internação segundo capítulos da CID-10 e o número absoluto de internações, Salvador, 2014-2023.

Quadro 04 - Taxa de notificação da violência interpessoal e autoprovocada segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador, 2014-2023.

Quadro 05 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada segundo o tipo, Salvador, 2014-2023.

Quadro 06 - Ranking dos principais grupos de causas de óbito entre as causas externas e número absoluto de óbitos, Salvador, 2014-2023.

Quadro 07 - Número de óbitos por suicídio de menores de cinco anos segundo o sexo e a razão de sexo. Salvador, 2014-2023.

Quadro 08 - Número de óbitos maternos por ano do óbito e Distrito Sanitário de Residência. Salvador, 2014-2023.

Quadro 09 - Número absoluto dos óbitos infantis em menor de 01 ano, Salvador, 2014-2023

Quadro 10 - Número de óbitos infantis por causa, CID-10, Salvador, 2014-2023.

Quadro 11 - Número de Equipes de Saúde da Família e Evolução do Percentual de Cobertura da ESF. Salvador-BA, 2015-2024.

Quadro 12 - Cobertura da Estratégia de Saúde da Família por Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2015-2024.

Quadro 13 - Cronologia da Implantação dos Multicentros de Saúde, Salvador-BA, 2014-2024.

Quadro 14 - Caracterização da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Salvador, 2025.

Quadro 15 - Média percentual de atendimentos nas UPA conforme classificação de risco. Salvador, 2021-2024.

Quadro 16 - Saída das unidades móveis do SAMU 192 de Salvador, por tipo de unidade móvel, entre 2016 e 2023.

Quadro 17 - Distribuição dos leitos hospitalares, no Hospital Municipal de Salvador, por especialidade, 2025.

Quadro 18 - Quantitativo de Consultas Médicas Especializadas por Especialidade na Produção

CONSULTA PUBLICA

Ambulatorial do HMS, 2018-2023.

Quadro 19 - Quantitativo de cirurgias realizadas por subgrupo em Internações Hospitalares (AIH) - SUS no HMS, 2018-2023.

Quadro 20 - Quantitativo de Atendimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) em Internações Hospitalares (AIH) - SUS no HMS, 2018-2023.

Quadro 21 - Quantitativo Anual de Atendimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) na Produção Ambulatorial (SIA/SUS) do HMS, 2018-2023.

Quadro 22 - Distribuição dos leitos hospitalares do HMH por especialidade.

Quadro 23 - Percentual da oferta assistencial de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, por grupo de procedimentos e tipo de rede, Salvador, 2017-2023.

Quadro 24 - Percentual da oferta assistencial de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, por grupo de procedimentos – Rede Própria (RP) e Rede Complementar (RC), 2017-2023.

Quadro 25 - Percentuais de amostras insatisfatórias da vigilância da qualidade da água para consumo humano da rede de distribuição por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2014-2023.

Quadro 26 - Resultados de amostras insatisfatórias para os parâmetros cloro residual livre e Escherichia coli, Salvador-BA 2019, 2022 e 2023.

Quadro 27 - Distribuição dos atendimentos por ano e por unidade sentinela, Salvador-BA, 2018-2023.

Quadro 28 - Resultados das amostras de Achatina fulica enviadas das praias de Salvador, 2024

Quadro 29 – Número de amostras enviadas e positivas para vigilância da Raiva, Salvador, 2014-2023.

Quadro 30 - Distribuição dos PITs por DS e localização, instalados como estratégia para a vigilância entomológica da Doença de Chagas em Salvador -Ba.

Quadro 31 - Razão de casos de HIV por sexo Notificados no SINAN, Salvador-Ba 2014-2023.

Quadro 32 - Casos de Gestantes notificadas por 1.000 nascidos vivos e taxa de detecção, Salvador-Ba, 2014-2023.

Quadro 33 - Casos de Crianças expostas < 05 anos notificadas, Salvador-Ba 2014-2023.

Quadro 34 - Taxa de detecção de aids por ano diagnóstico segundo distrito sanitário, Salvador-Ba 2014-2023.

Quadro 35 - Razão de sexos de casos de aids, Salvador-Ba 2013-2024.

Quadro 36 - Principais atividades desenvolvidas pelo CIEVS Salvador, 2014-2023.

Quadro 37 - Consolidado de pesquisas realizadas no Núcleo da ESPS, 2020.

Quadro 38 -Consolidado de pesquisas realizadas no Núcleo da ESPS, 2021.

Quadro 39 - Consolidado de pesquisas realizadas no Núcleo da ESPS, 2022.

Quadro 40- Consolidado de pesquisas realizadas no Núcleo da ESPS, 2023.

Quadro 41 - Consolidado de pesquisas realizadas no Núcleo da ESPS, 2024.

Quadro 42 - Número de residentes do PRFMCs atuando no município de Salvador do ano de 2017-2025.

CONSULTA PÚBLICA

Quadro 43 - Número de residentes médicos atuando no município de Salvador do ano de 2017-2025.

Quadro 44 - Número de residentes multiprofissionais atuando no município de Salvador do ano de 2017-2025.

Quadro 45 - Principais macroprocessos da Ouvidoria SUS. Salvador-BA

Quadro 46 - Principais Classificações e Assuntos demandados, registrados no Sistema OuvidorSUS, Salvador-BA, 2014-2023.

Lista de Figuras

Figura 01 - Pirâmide Etária segundo sexo e raça/cor, Salvador-BA, 2000, 2010 e 2022.

Figura 02 - Pessoas com Deficiência. Brasil, Bahia e Salvador, 2022.

Figura 03 - Pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Brasil, Bahia e Salvador, 2022.

Figura 04- Linha do tempo referente às temáticas dos Encontros de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde da SMS, durante o período de 2016 a 2023.

Lista de Mapas

Mapa 01- Distribuição espacial da Região Metropolitana de Salvador-BA, 2025.

Mapa 02- Mapeamento Cartográfico de Salvador por Prefeitura-Bairro (PB), Bairro e Logradouros, Salvador-BA, 2021.

Mapa 03- Distribuição espacial das Prefeituras-Bairro e dos Distritos Sanitários. Salvador-BA, 2020.

Mapa 04 - População residente em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, 2000, 2010 e 2022

Mapa 05 - População residente em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, na faixa etária 30 a 69 anos, 2022

Mapa 06 - Densidade demográfica (hab/km²) em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, 2000, 2010 e 2022.

Mapa 07 - Densidade demográfica (hab/km²) em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, na faixa etária de 30 a 69 anos, 2022

Mapa 08 - Taxa de Natalidade (bruta) da população residente em Salvador (por 1.000 habitantes) segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador, 2010 e 2022.

Mapa 09 - Distritos Sanitários de Salvador, 2022.

Mapa 10 - Região Metropolitana de Salvador, 2025

Mapa 11 - Sistema de Mobilidade Urbana de Salvador, 2018

Mapa 12 - Vetores Metropolitanos de Expansão, 2019

Mapa 13 - Bacias Hidrográficas de Salvador, 2010

Mapa 14 - Unidades de Conservação de Salvador, 2025

Mapa 15- Taxa Mortalidade (por 10.000 hab.), segundo Distrito Sanitário de Residência,

CONSULTA PUBLICA

Salvador-BA, 2014 e 2023.

Mapa 16 - Distribuição espacial dos serviços da RAPS especializada nos Distritos Sanitários, Salvador, 2025.

Mapa 17 - Incidência de Leptospirose por Distrito Sanitário em Salvador, 2014-2023.

Mapa 18 - Taxa de incidência de casos novos de tuberculose, todas as formas por distrito sanitário de residência de Salvador, 2023.

Mapa 19 - Distribuição espacial dos distritos sanitários de Salvador com as médias das taxas de mortalidade de esquistossomose por 100 mil habitantes (2014-2023)

Mapa 20 - Incidência da COVID-19 por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2020.

Mapa 21 - Incidência da COVID-19 por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2021.

Mapa 22 - Incidência da COVID-19 por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2022.

Mapa 23 - Incidência da COVID-19 por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2023.

Mapa 24 - Incidência de Mpox por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2022.

Mapa 25 - Incidência de Mpox por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2023.

Lista de Tabelas

Tabela 01- Frequência e proporção de nascidos vivos em Salvador, segundo municípios de residência materna, Salvador, Bahia, 2014-2023.

Tabela 02- Frequência e proporção de nascidos vivos de mães residentes em Salvador, com ocorrência do parto em municípios da Bahia e Brasil, Salvador, 2014-2023.

Tabela 03- Número de nascidos vivos por faixa etária da mãe, segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador-BA, 2014-2023.

Tabela 04- Frequência e proporção de nascidos vivos, segundo escolaridade (anos de estudo) da mãe, Salvador-BA, 2014-2023.

Tabela 05- Número de casos registrados por indicadores de vigilância em saúde bucal na APS, Salvador-BA, 2015-2024.

Tabela 06- Número de casos de lesão cariosa registrados por raça/cor, Salvador –BA, 2019-2024.

Tabela 07- Média dos índices ceo-d e CPO-D e proporção de indivíduos livres de cárie (ceo-d/CPO-D = 0), por faixa etária e cidade – SB Brasil 2023.

Tabela 08- Percentual de presença de sangramento gengival e cálculo dentário por faixa etária, Brasil, Bahia e Salvador, 2023.

Tabela 09- Número de casos de doença periodontal registrados por raça/cor, Salvador-BA, 2019-2024.

Tabela 10- Número de Óbitos com Causa Básica CPUP e/ou Mal Definida, segundo situação original e após realização da investigação, Salvador-BA, 2014 e 2023.

Tabela 11- Mortalidade Proporcional, segundo Grupos de Causas, faixa etária* e Sexo, Salvador-BA, 2014-2023.

Tabela 12 – Ranking das causas determinantes de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelas principais DCNT, Salvador, 2014-2023

CONSULTA PUBLICA

Tabela 13- Número de óbitos fetais por distrito sanitário, Salvador, 2014-2023
Tabela 14- Proporção de notificações de DART, segundo raça/cor. Salvador, 2014-2023.
Tabela 15- Proporção de notificações de DART segundo sexo. Salvador, 2014- 2023.
Tabela 16- Proporção de notificações de DART segundo faixa etária. Salvador, 2014-2023.
Tabela 17- Proporção de notificações de DART segundo escolaridade. Salvador, 2014-2023
Tabela 18- Proporção dos óbitos por acidentes de trabalho segundo características sociodemográficas das vítimas. Salvador, 2014-2023.
Tabela 19- Média de atendimentos individuais de enfermagem na APS por população coberta, por ano, nas cidades de Salvador, Belo Horizonte, Recife e Fortaleza, 2014-2023.
Tabela 20- Média de atendimentos individuais de médicos na APS por população coberta, por ano nas cidades de Salvador, Belo Horizonte, Recife e Fortaleza, 2014-2023.
Tabela 21- Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde entre as capitais Salvador, Belo Horizonte, Recife e Fortaleza, 2015-2024
Tabela 22- Número de Atendimento Individual por categoria profissional das Equipes NASF/eMulti, Salvador-BA, 2014-2023
Tabela 23- Número de ações coletivas, por tipo de atividade, realizadas pelas Equipes NASF/eMulti, Salvador-BA, 2015-2023.
Tabela 24- Distribuição absoluta e proporcional de profissionais médicos do Programa Mais Médicos e Médicos pelo Brasil na APS, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2014-2023.
Tabela 25 – Número de atividades sobre temas para saúde realizadas no Programa Saúde na Escola, nos municípios de Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza e Recife, 2014-2023.
Tabela 26– Número de atividades práticas em saúde realizadas no Programa Saúde na Escola, no estado da Bahia e nos municípios de Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza e Recife, no período de 2014 a 2023.
Tabela 27- Proporção de cobertura das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família, segundo ciclo de vigência. Belo Horizonte, Fortaleza, Recife e Salvador, 2019-2023.
Tabela 28- Proporção da cobertura do acompanhamento das condicionalidades da saúde para gestantes do Programa Bolsa Família segundo ciclo por vigência. Salvador-BA, 2019-2023.
Tabela 29- Número de inserções de DIU de Cobre e implantes subdérmicos de etonogestrel em unidade da APS, segundo raça/cor, Salvador-BA.
Tabela 30 - Número total de crianças com consultas de enfermagem de 00 a 12 meses, na capital de Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza e Recife, 2014-2023.
Tabela 31 - Número total de crianças com consultas médicas de 00 a 12 meses, na capital de Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza e Recife,2014-2023.
Tabela 32 - Número total de crianças com consultas de enfermagem de 12 a 24 meses, na capital de Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza e Recife., 2014-2023
Tabela 33 – Números de nascidos vivos de mães adolescentes por faixa etária e raça/cor, na APS, Salvador-BA, 2014-2023.
Tabela 34 – Número de atendimentos individuais a homens por médicos e enfermeiros na APS, em Salvador-BA, 2014-2023.
Tabela 35- Quantidade de consultas pré-natal realizadas por ano nos municípios de Salvador, Recife, Fortaleza, e Belo Horizonte na APS, 2014-2023.
Tabela 36 - Número de consultas de pré-natal por Distrito Sanitário, Salvador- BA, 2014-2023.

CONSULTA PUBLICA

Tabela 37 - Número de consultas de pré-natal por demanda espontânea realizadas por médicos na APS, Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, entre 2014 a 2023.
Tabela 38 - Número de atendimentos de pré-natal por demanda espontânea realizada por enfermeiros, Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, entre 2014-2023.
Tabela 39 - Número de consultas pré-natal por demanda programada realizado por médicos na APS nos municípios de Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.
Tabela 40 - Número de consultas pré-natal por demanda programada realizado por enfermeiros na APS nos municípios de Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.
Tabela 41 - Número de nascidos vivos, número de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas e proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, Salvador-BA, 2014-2023.
Tabela 42 - Número e proporção de nascidos vivos de mães negras, pretas e pardas com sete ou mais consultas de pré-natal em Salvador-BA, 2014-2023.
Tabela 43- Número de notificações por doença falciforme, Salvador-BA, 2014-2023.
Tabela 44- Taxas e variação das taxas de internação hospitalar por DF (CID D57), por 10 mil habitantes, Salvador-BA, 2014-2023.
Tabela 45- Taxas e médias das taxas de morbidade hospitalar pelo SUS por Doença Falciforme, em menores de dez anos, por 10 mil habitantes. Salvador-BA, 2014 a 2023.
Tabela 46 - Taxa de detecção Hepatite B (por 100.000/hab.) por DS de residência, Salvador, 2014-2023.
Tabela 47- Taxa de detecção Hepatite C (por 100.000/hab.) por Distrito Sanitário, Salvador, 2014-2023.
Tabela 48- Taxa de detecção HTLV (por 100.000/hab.), Distrito Sanitário(DS), Salvador, 2014-2023
Tabela 49 - Distribuição percentual dos tipos de criadouros, por distrito sanitário, obtido pelo LIRAa, no município de Salvador - BA, 2014-2023
Tabela 50 - Taxa de positividade da Leishmaniose Visceral Canina em Salvador, 2016-2023.
Tabela 51- Número de acidentes por espécie de animais peçonhentos em Salvador, 2014-2023.
Tabela 52- Índice de infestação de larvas e pupas do *Culex ssp* nas coleções hídricas de Salvador, 2014-2023.
Tabela 53 - Proporção de bloqueios de casos de leptospirose realizados de 2014-2023
Tabela 54 – Monitoramento malacológico realizado em Salvador, 2014-2023.
Tabela 55 – Ações de mobilização social, pós intervenções metodológicas, Salvador,2021-2023.
Tabela 56- Distribuição dos casos confirmados por sexo, faixa etária e raça/cor em residentes de Salvador, 2013-2024.
Tabela 57 – Número de Casos Novos de Tuberculose, todas as formas, por capital do Nordeste de Residência, 2014-2023.
Tabela 58- Número de casos novos e coeficiente de incidência de tuberculose, todas as formas, por faixa etária, Salvador, 2014-2023.
Tabela 59- Número de casos novos, percentual e coeficiente de incidência de tuberculose por sexo, Salvador, 2014-2023.
Tabela 60- Casos novos de tuberculose por forma, Salvador-BA, 2014-2023.

CONSULTA PÚBLICA

Tabela 61- Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população geral, por Distrito Sanitário. Salvador – Ba, 2014-2023.
Tabela 62- Frequência e proporção de casos de hanseníase, segundo sexo, entre o total de casos novos diagnosticados, na população geral, segundo local de residência. Salvador – Ba, 2014-2023.
Tabela 63- Frequência e proporção de casos novos de hanseníase segundo raça/cor, conforme local de residência. Salvador - BA, 2014-2023.
Tabela 64- Frequência e proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física, na população geral, no momento do diagnóstico, conforme local de residência. Salvador, 2014-2023
Tabela 65- Coeficientes de incidência por 100 mil habitantes de casos leves e casos graves de esquistossomose em Salvador por distrito sanitário de residência, 2023
Tabela 66 - Casos prováveis de crianças com síndrome congênita, Salvador, 2015-2023
Tabela 67- Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo Distrito Sanitário de residência e ano de notificação. Salvador - Ba, 2014-2023
Tabela 68 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) por faixa etária, por ano de notificação. Salvador - Ba, 2014-2023
Tabela 69 - Percentual de casos de sífilis adquirida por escolaridade, por ano de notificação. Salvador - Ba, 2014-2023
Tabela 70 - Taxa de detecção de sífilis na gestação (por 1.000 nascidos vivos) por Distrito Sanitário, por ano diagnóstico, Salvador - Ba, 2014-2023
Tabela 71 - Percentual dos casos de sífilis na gestação segundo esquema de tratamento, por ano diagnóstico, Salvador - Ba, 2014-2023
Tabela 72 - Percentual de casos de sífilis na gestação segundo escolaridade, por ano diagnóstico, Salvador - Ba, 2014-2023
Tabela 73 - Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1000 NV), por distrito sanitário de residência, por ano diagnóstico, Salvador - Ba, 2014-2023
Tabela 74- Percentual de casos de sífilis congênita, por nível de escolaridade da pessoa gestante, por ano diagnóstico, Salvador - Ba, 2014-2023
Tabela 75 - Percentual de casos de sífilis congênita, segundo evolução do caso, por ano de diagnóstico, Salvador - Ba, 2014-2023.
Tabela 76- Taxa de detecção Hepatite C (por 100.000/hab.) por Distrito Sanitário, Salvador, 2014 a 2023.
Tabela 77 - Taxa de detecção HTLV(por 100.000/hab.), Distrito Sanitário(DS). Salvador, 2014– 2023
Tabela 78- Execução da SMS em relação ao crédito orçamentário em cada exercício financeiro por categoria de despesa Investimento e custeio, Salvador-BA, 2010-2024.
Tabela 79- Proporção de recursos próprios em saúde e gasto per capta. Salvador, 2010-2024
Tabela 80- Características sociodemográficas dos trabalhadores ativos da Secretaria Municipal de Saúde, 2025
Tabela 81 – Características ocupacionais dos trabalhadores ativos da SMS, 2025.
Tabela 82- Distribuição dos trabalhadores ativos da Secretaria Municipal de Saúde de acordo com a ocupação, 2025

CONSULTA PUBLICA

Tabela 83- Características sociodemográficas dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde que responderam ao Censo do Funcionalismo, 2024
Tabela 84- Aspectos relacionados ao estresse entre servidores da Secretaria Municipal de Saúde que responderam ao Censo do Funcionalismo, 2024
Tabela 85- Aspectos relacionados ao trabalho dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde que responderam ao Censo do Funcionalismo, 2024

CONSULTA PUBLICA

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **31**

1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO **34**

1.1 DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL 34
1.2 DENSIDADE DEMOGRÁFICA 40
1.3 PIRÂMIDE ETÁRIA 43
1.4 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL 47
1.5 PERFIL DE NATALIDADE 49

2. PERFIL SOCIOECONÔMICO **65**

3. PERFIL SANITÁRIO **69**

4. PERFIL AMBIENTAL **73**

5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO **100**

5.1 PERFIL DE MORBIDADE 100
5.2 PERFIL DE MORTALIDADE 121
5.3 PERFIL DE MORBIMORTALIDADE RELACIONADA AO TRABALHO 158
5.3 INIQUIDADES EM SAÚDE 169

6. ATENÇÃO À SAÚDE **184**

7. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE **186**

7.2. ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER 209
7.3 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA 216
7.4 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE 226
7.5 ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM 231
7.6 ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA 234
7.7 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO 240
7.8 REDE ALYNE 243
7.9 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL 252
7.10 ATENDIMENTO DOMICILIAR TIPO 1 (AD1) 257
7.11 PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP) 259

8. ATENÇÃO ESPECIALIZADA **263**

8.1.1 ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL 264
8.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 286
8.3 REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD) 291
8.4 SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA 292
8.5 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS 294
8.6 REDE DE ATENÇÃO HOSPITALAR 317

9. REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO **324**

10. VIGILÂNCIA EM SAÚDE **334**

10.1 VIGILÂNCIA AMBIENTAL 334
10.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA 342
10.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 375
10.5 EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA 469

11. GESTÃO FINANCEIRA **478**

CONSULTA PUBLICA

11.1 Receitas e Despesas 479

12. GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE 483

12.1 Força de Trabalho da SMS Salvador 484
12.2 Gestão do Trabalho 492
12.3 Gestão da Educação 494

13 OUVIDORIA EM SAÚDE 506

MÓDULOS OPERACIONAIS 513

REFERÊNCIAS 536

CONSULTA PUBLICA

APRESENTAÇÃO

Apresento o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Salvador, documento que explicita os compromissos do governo municipal para o setor saúde no período de 2026-2029. Principal instrumento da gestão municipal do Sistema Único de Saúde, seu processo de construção foi organizado em diversas etapas, desde a definição da comissão responsável pela condução dos trabalhos na Secretaria Municipal de Saúde e definição da metodologia, passando pela realização de oficinas de trabalho nos âmbitos central e distrital, até sua submissão à sociedade civil por meio desta consulta pública.

Este documento foi sistematizado em capítulos. A introdução apresenta o compromisso assumido pela gestão municipal ao elaborar o PMS 2022-2025 e sintetiza o processo de mobilização da instituição para a elaboração do referido instrumento. Em seguida, é apresentada a análise de situação de saúde, que está subdividida em perfil sociodemográfico, socioeconômico, ambiental e epidemiológico. O capítulo seguinte é composto pelos módulos operacionais, com suas diretrizes e seus respectivos objetivos, ações, metas e indicadores e sua articulação ao Projeto Atividade do Plano Plurianal (PPA) 2026-2029. Segue-se um capítulo específico para o monitoramento e a avaliação deste Plano, e por fim, as referências bibliográficas e os apêndices.

A SMS Salvador segue inovando com a formatação do Plano Municipal de Saúde 2026-2029 no formato de dois volumes – o volume I com os elementos tradicionais de um Plano, e o volume II dedicado aos Distritos Sanitários. Espera-se que o debate permanente deste Plano Municipal de Saúde e seus ajustes anuais, por meio da Programação Anual de Saúde, possam dar vida a este documento e torná-lo um instrumento de uso cotidiano, capaz de orientar o trabalho das equipes de saúde, sendo aprimorado à luz das mudanças da realidade municipal, garantindo desta forma a efetividade das ações e dos serviços de saúde.

CONSULTA PÚBLICA

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

CONSULTA PÚBLICA

A Análise de Situação de Saúde (ASIS) é uma ferramenta estratégica que utiliza processos analíticos e sintéticos para caracterizar o perfil epidemiológico e os determinantes de saúde de uma população. Seu objetivo central é fundamentar a tomada de decisão, permitindo identificar prioridades, formular políticas e monitorar intervenções (OPAS, 2009). Para ser eficaz, a ASIS deve transformar dados em informações úteis por meio de metodologias precisas e validadas, garantindo o alcance das metas de gestão.

Assim, a construção do Plano Municipal de Saúde (PMS) de Salvador, 2026 a 2029 exigiu a definição de uma estrutura populacional que servisse de base para o cálculo de indicadores, metas e o planejamento das ações de saúde.

A população informada pelo Censo demográfico de 2022 divulgado pelo IBGE, não ofereceu nível de desagregação necessário para o cálculo dos indicadores de saúde, isto é, faixa etária, sexo e distribuição espacial por estratificação. Para contormar esta lacuna aplicou-se a metodologia da extrapolação da população usando como base a estrutura populacional de 2010 e aplicando-se a população de 2022.

A distribuição territorial por Distritos Sanitários, fundamental para o planejamento local, foi feita a partir da junção dos totais populacionais dos setores censitários do Censo 2022 sob a malha poligonal dos distritos, conforme contexto discutido com o IBGE. Dessa forma, garantiu-se uma base que usa o total populacional mais recente distribuído em uma malha territorial validada. Essa construção foi disponibilizada no Tabnet Salvador para que as áreas técnicas desta secretaria realizassem as tabulações necessárias para a construção da Análise da Situação de Saúde.

As limitações desta abordagem consistem na adoção da estrutura etária correspondente ao ano 2010. Isso implica que as mudanças nos movimentos migratórios, que ocorreram em Salvador ao longo da década podem não estar representadas na sua totalidade na estratificação detalhada do Plano, o que pode subestimar ou superestimar a população em grupos específicos e afetar a acurácia dos indicadores de saúde. Tais limitações devem ser consideradas ao interpretar os indicadores, prevendo que ajustes nas metas e no monitoramento poderão ser necessários quando a nova base populacional for concluída e disponibilizada pelo IBGE.

ASIS possibilitará a identificação, formulação e priorização dos problemas/necessidades de saúde da população de Salvador, orientando a definição das intervenções a serem adotadas no próximo PMS 2026-2029.

CONSULTA PÚBLICA

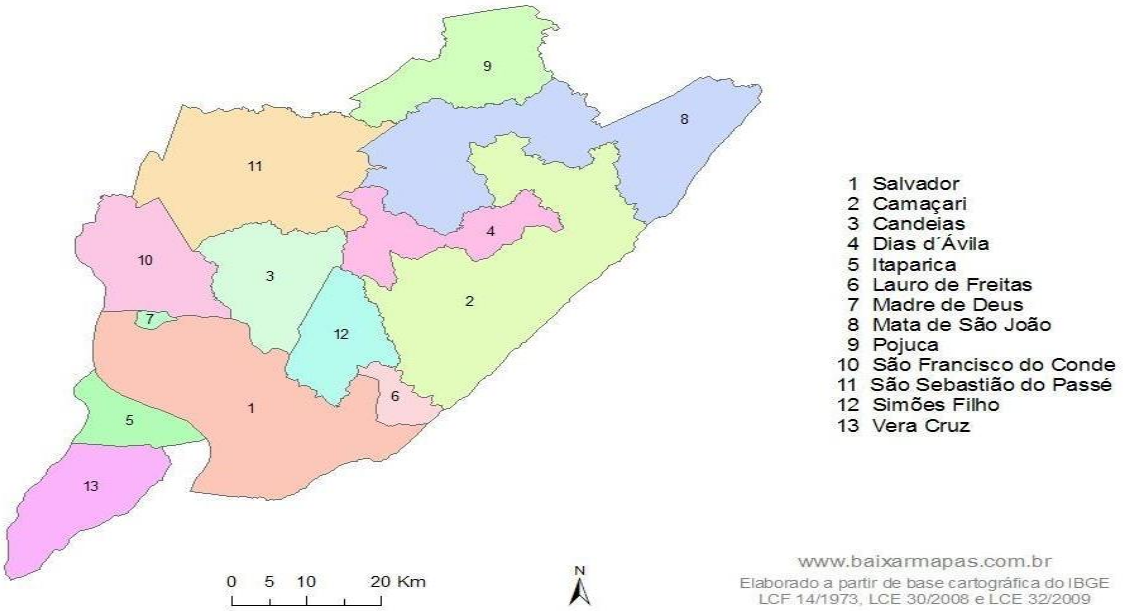
1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1.1 Distribuição Populacional

O município de Salvador, capital do estado da Bahia, está situado no litoral nordestino e possui a quinta maior população entre as capitais do Brasil e a segunda maior da região Nordeste (IBGE, 2022), registrando, para o ano de 2022, uma população estimada de 2.417.678 habitantes (TABNET-Salvador, 2025). A extensão territorial do município é de 692,589 km² apresentando, desse modo, uma densidade demográfica estimada de 3.490,783 habitantes por km² (IBGE, 2024).

A capital baiana integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS) (Mapa 01), espaço geográfico contínuo constituído por mais 12 municípios limítrofes, de identidades culturais, sociais e econômicas afins e compartilham redes de comunicação e infraestrutura de serviços públicos, incluindo a rede de ações e serviços de saúde. Além disso, Salvador ocupa um lugar de destaque no desenho das redes regionais de saúde da Bahia, sendo referência em especial, para a sua macrorregião - Núcleo Regional de Saúde Leste (NRSL) no processo de organização das ações e serviços de média e alta capacidade tecnológica.

Mapa 01- Distribuição espacial da Região Metropolitana de Salvador-BA, 2025.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas - DPE, Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS

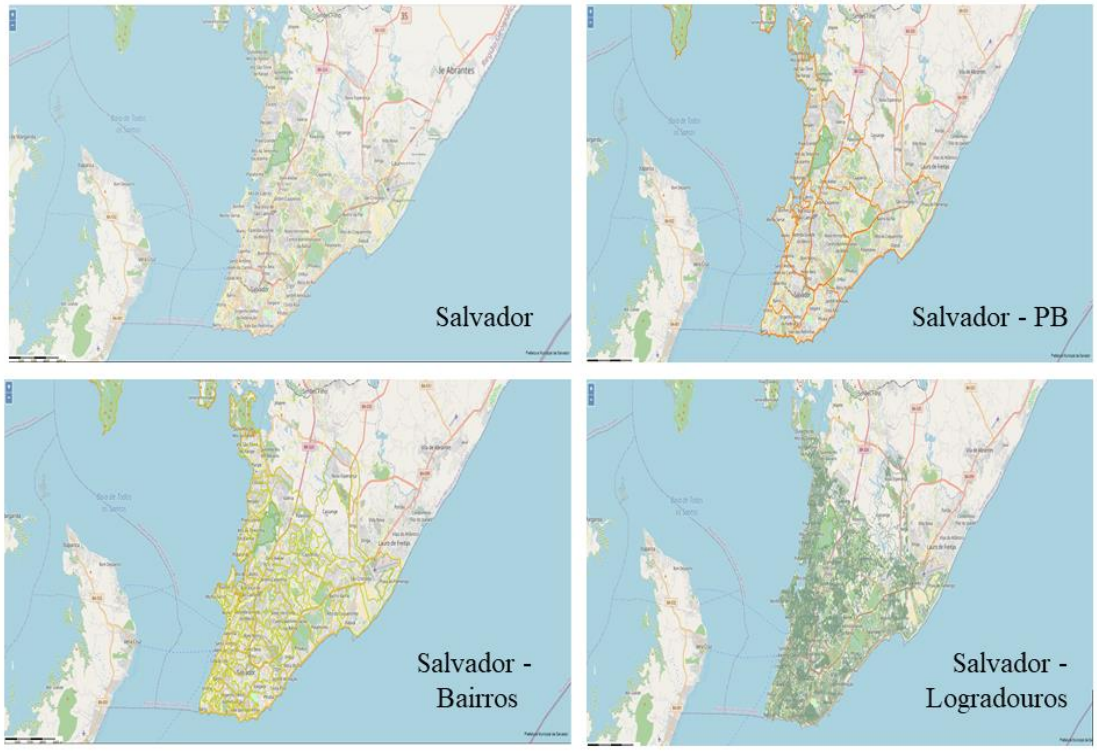
A concentração de serviços localizados no município, com fluxos assistenciais estabelecidos para o território, resulta em constante pressão pela utilização dos

estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade pertencentes à rede de atenção de Salvador sob gestão do município e do estado da Bahia.

No que se refere à organização político-administrativa, o município está estruturado em 18 Regiões Administrativas denominadas Prefeituras-Bairro[1] e, no campo da saúde, organiza-se a partir de 12 Distritos Sanitários (DS), que são caracterizados como territórios da saúde e podem ser melhor visualizados nos Mapas 02 e 03.

A divisão territorial em prefeituras-bairro tem como objetivo promover uma maior articulação com as secretarias e demais entidades da administração municipal, nas respectivas áreas de competência, a execução dos serviços públicos, incluindo a fiscalização, a manutenção urbana e o atendimento ao cidadão (SALVADOR, 2021).

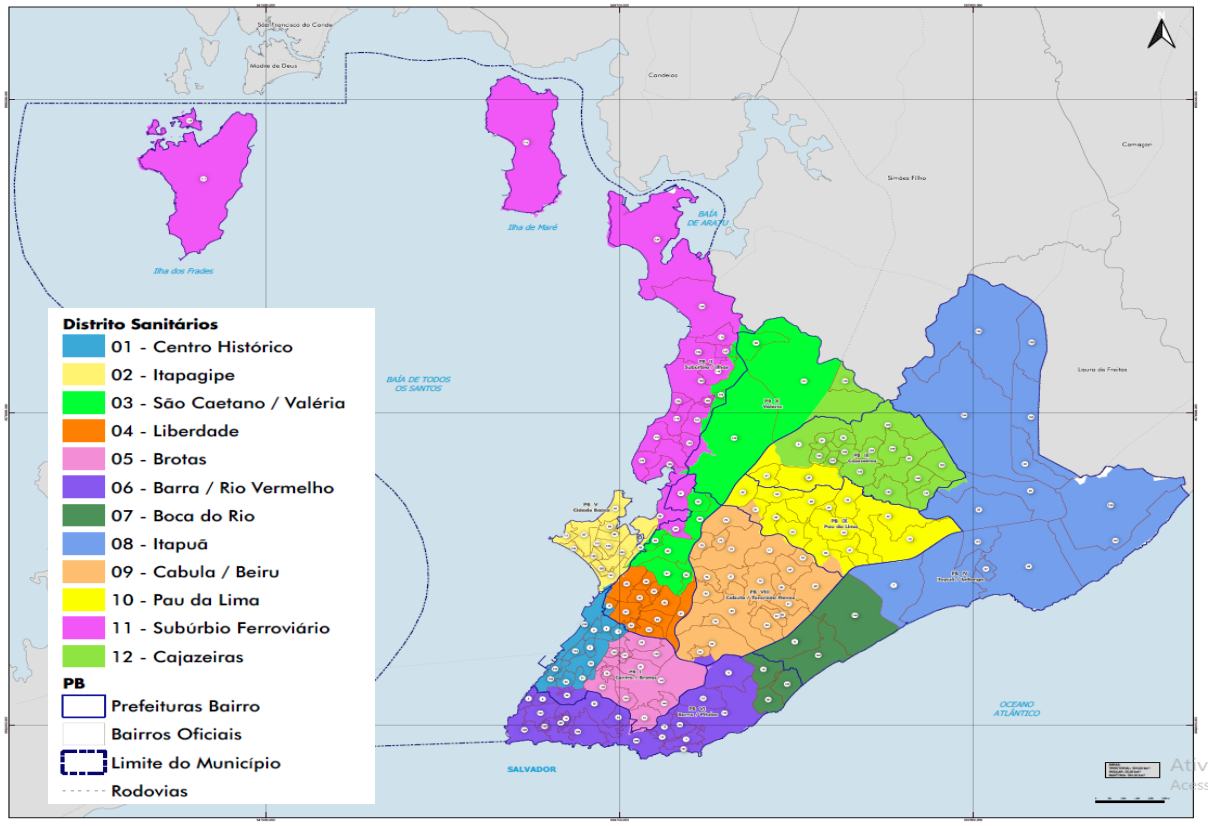
Mapa 02- Mapeamento Cartográfico de Salvador por Prefeitura-Bairro (PB), Bairro e Logradouros, Salvador-BA, 2021.



Fonte: Secretaria Municipal da Fazenda (SEFAZ) - Prefeitura Municipal de Salvador-BA

Mapa 03- Distribuição espacial das Prefeituras-Bairro e dos Distritos Sanitários. Salvador-BA, 2020.

[1] A Lei Municipal 8.376/2012 cria as Prefeituras-Bairro. A Lei Municipal 9.069/2016 oficializa os limites dos 163 bairros legitimados das Prefeituras-Bairro, baseados no projeto Caminho das Águas: bacias hidrográficas, bairros e fontes (SANTOS et al., 2010), uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Salvador (PMS), a Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia (CONDER) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA). Com base nos critérios estabelecidos pela Lei Municipal 9.278/2017, que foi complementada pelo Decreto nº 32.791/2020 Salvador passou a contar com mais 08 bairros, totalizando 171 bairros na capital baiana.



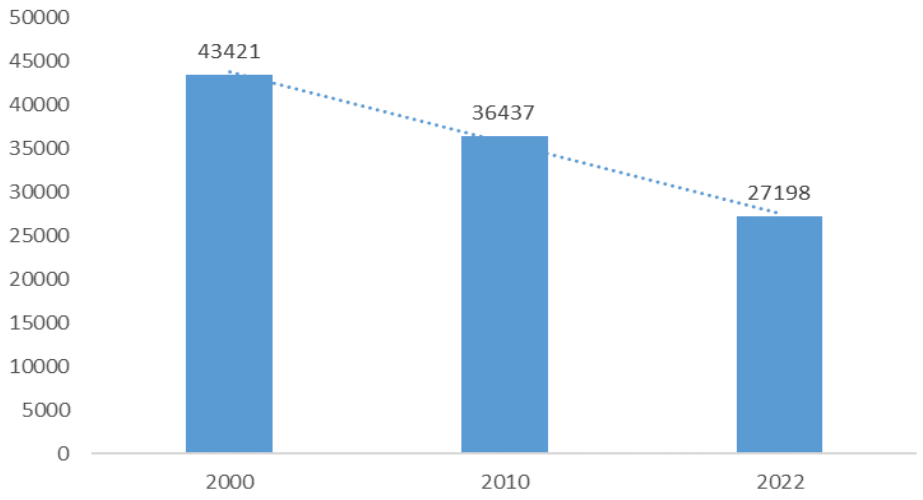
Fonte: Fundação Mário Leal Ferreira - FML (2022)[2]

Quanto à estrutura populacional, segundo (TABNET-Salvador, 2025), é possível observar uma redução populacional de 11% entre os anos de 2014 (2.902.927) e 2023 (2.589.296). As razões para a redução populacional nos últimos 10 anos, são complexas e multifacetadas, porém algumas explicações podem estar centradas na redução do número de nascimentos (onde houve decréscimo de 29,6% de nascimentos no período de 2014 a 2023), no fluxo migratório e, também, no aumento da violência e mortalidade.

Considerando os últimos anos censitários, 2000, 2010 e 2022, houve uma redução no número de nascidos vivos no município de Salvador, conforme demonstrado no Gráfico 01. Esta situação que acompanha a tendência nacional, apresenta uma queda de 37,4% no número de nascimentos entre os anos de 2000 e 2022.

[2] Base Cartográfica: Superintendência De Estudos Econômicos - SEI; Sistema Cartográfico E Cadastral Do Município Do Salvador - SICAD, 2006. Projeção Utm 24s | Datum Horizontal: SIRGAS 2000

Gráfico 01- Total de Nascidos vivos no município de Salvador, 2000, 2010 e 2022.



Fonte: SMS/SUIS-SINASC. Dados processados em 10/09/2025.

O fluxo migratório, entre outras questões, tem sido favorecido pela busca por qualidade de vida, vez que as pessoas estão se deslocando para cidades menores no interior do estado ou para outros municípios da região metropolitana de Salvador, com menos trânsito e violência, mas também pela falta de segurança pública, vez que a violência urbana é um fator que influencia a decisão de migrar para cidades consideradas mais seguras. Embora Salvador seja uma cidade que perdeu parte da população por migração ao longo do tempo, o fluxo de saída da capital baiana tem sido direcionado para o seu entorno, em municípios como Camaçari, Lauro de Freitas, Mata de São João e Dias D'Ávila. Isso mostra um movimento de "fuga" da capital para a sua região metropolitana. (Barbara, Leme e Castro, 2024).

Este fenômeno que ocorreu em Salvador, acompanha o cenário do próprio estado, que segundo o IBGE-Censo (2022a), perdeu 3,4 milhões de pessoas que nasceram neste território e foram viver em estados distintos do seu local de nascimento.

Quanto à violência, é um fenômeno complexo, multifacetário e resultante de múltiplas determinações. Articula-se intrinsicamente com processos sociais que se assentam, numa estrutura social desigual e injusta como afirmam Minayo & Souza (1993).

São reconhecidas quatro classificações as quais se destacam: **a *violência estrutural,*** configurada nas desigualdades sociais de acesso ao mercado de trabalho e ao consumo de bens essenciais à vida; **a *violência cultural,*** que se expressa entre pares, a exemplo das agressões entre cônjuges; e **a *violência da delinquência***, referente a indivíduos ou grupos que desencadeiam ações contra cidadãos (crimes contra a pessoa física e o patrimônio), incluindo disputas violentas entre os criminosos e determinadas ações ilegais do próprio

CONSULTA PÚBLICA

aparato policial. Portanto, as violências não se reduzem à criminalidade e, no campo da saúde, correspondem a "qualquer ação intencional realizada por indivíduo ou grupo, dirigida a outro, que resulte em óbito, danos físicos, psicológicos e/ou sociais" (Franco, 1992).

A violência, como consequência de maior gravidade resulta em morte, assim as mortes violentas estão incluídas na Classificação Internacional de Doenças (CID-9) da Organização Mundial da Saúde (OMS) sob a denominação de "Causas externas de lesões e envenenamentos". As estimativas de estatísticas oficiais utilizam as taxas de mortalidade para esse grupo de causas e apresentaram, a partir da década de 80 elevação em seus valores, passando a ocupar, no Brasil, a segunda posição em relação aos demais grupos (Andrade, 2016).

Em Salvador, também ocorreu crescimento da mortalidade proporcional por causas externas a partir da segunda metade da década de 80, de modo que, ao final desse período, passaram a representar, tal como no país, a segunda principal causa de mortalidade. Porém, para o período analisado, a mortalidade proporcional por causas externas ocupou o terceiro lugar.

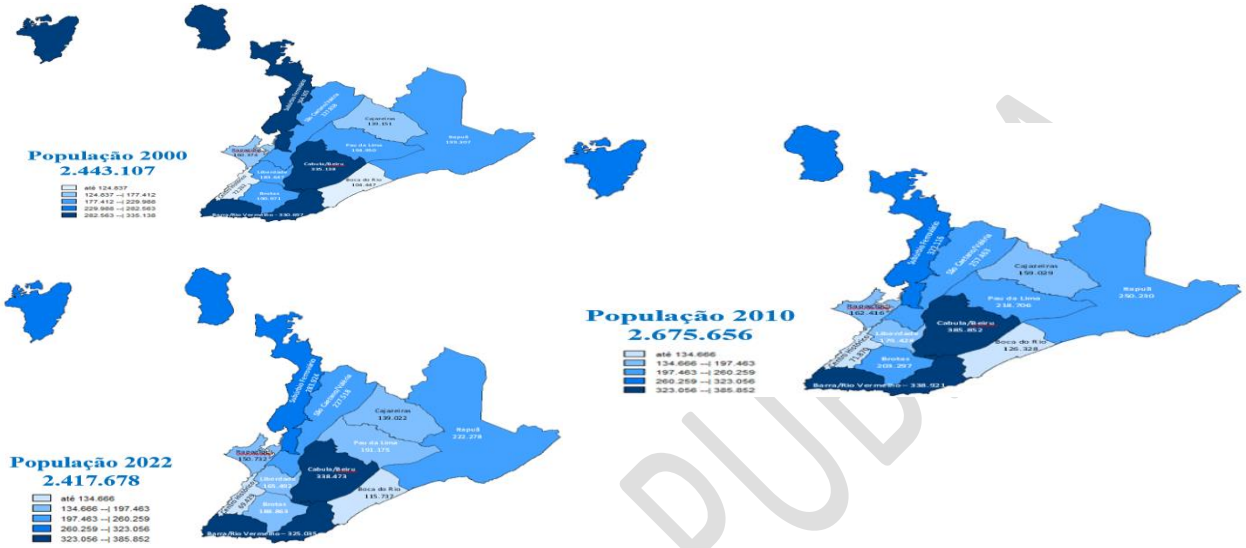
A ocorrência de mortes violentas nos espaços urbanos vem sendo associada a alguns fatores existentes nesses ambientes, como concentração populacional elevada, desigualdades na distribuição de riquezas, iniquidade na saúde, impessoalidade das relações, alta competição entre os indivíduos e grupos sociais, fácil acesso a armas de fogo, violência policial, abuso de álcool, impunidade, tráfico de drogas, estresse social, baixa renda familiar e formação de quadrilhas (Andrade, 2016).

Os dados de Salvador sobre a violência traduzem um desafio para o campo das políticas públicas, inclusive para a política de saúde. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública publicado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023 e 2024). Em 2022, Salvador registou 1.568 homicídios, resultando numa taxa de 66,4 mortes por 100 mil habitantes, já em 2023, foram registados 1.103 homicídios em Salvador, com uma taxa de 63,7 homicídios por 100 mil habitantes, uma pequena redução, mas esta taxa ainda é muito alta e afeta sobretudo jovens com até 24 anos, eminentemente da população negra. Em 2023 do total de homicídios, 42,3% das vítimas tinham idade entre 0 e 24 anos.

Ainda que com a redução populacional, a maior concentração de pessoas no estado, no ano de 2023 ocorreu na capital baiana, ao ser comparada com os demais municípios do estado, seguindo sua tendência histórica de ocupação (CARVALHO; PEREIRA, 2014).

Na avaliação da distribuição da população no território, no período de estudo, identifica-se que (58%) está concentrada nos DS Cabula/ Beiru, Barra/Rio Vermelho, Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria e Itapuã (Mapa 04).

Mapa 04- População residente em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, 2000, 2010 e 2022*

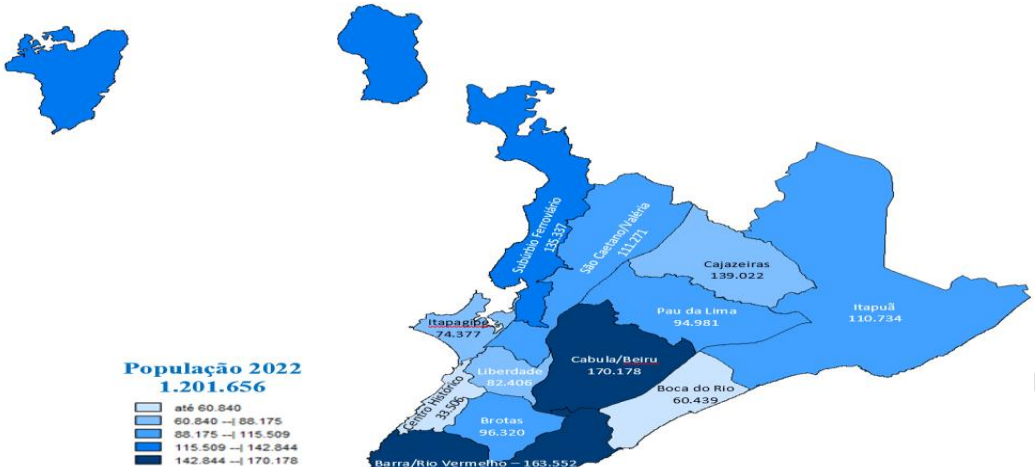


*Dados estimados.
Fonte: SMS/DVIS/SUIS IBGE. Dados processados em 01/09/2025

Já o Mapa 05 apresenta a população residente de Salvador no ano de 2022, na faixa etária dos 30 aos 69 anos, segundo Distrito Sanitário. Esta é a faixa etária de análise para as doenças crônicas não transmissíveis adotada pela OMS. Desse modo, percebe-se uma concentração dos indivíduos desse grupo populacional nos DS Cabula/Beiru, seguido de Barra/Rio Vermelho e Subúrbio Ferroviário.

CONSULTA PÚBLICA

Mapa 05- População residente em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, na faixa etária 30 a 69 anos, 2022*



*Dados estimados
Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE. Dados processados em 02/09/2025

1.2 Densidade Demográfica

Ao se verificar a distribuição populacional e as áreas onde concentram-se a maior parte dos habitantes do município, a densidade demográfica[3] (ou população relativa) de Salvador revela a permanência dos traços de desigualdade presentes no território.

Segundo o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU) de Salvador, a cidade está oficialmente dividida em três vetores de ocupação urbana (Orla Atlântica, Miolo e Subúrbio Ferroviário).

Apesar de não ser uma divisão oficial, a estrutura conceitual usada para entender a complexa dinâmica de crescimento da cidade, focando na sua expansão e na ocupação do território, a organiza em quatro vetores, sendo: **Área Urbana Consolidada** - áreas onde a ocupação urbana é densa e estabelecida, com infraestrutura mais completa e um padrão de urbanização consolidado; **Miolo** - Centro geográfico do município, uma área central que também passou por processos de expansão e alterações na sua estrutura urbana; **Orla Atlântica** - faixa territorial ao longo da costa, onde a cidade se expandiu e se desenvolveu e **Subúrbio Ferroviário** - caracterizado por processos de ocupação como invasões e loteamentos, muitas vezes marcados por déficits estruturais.

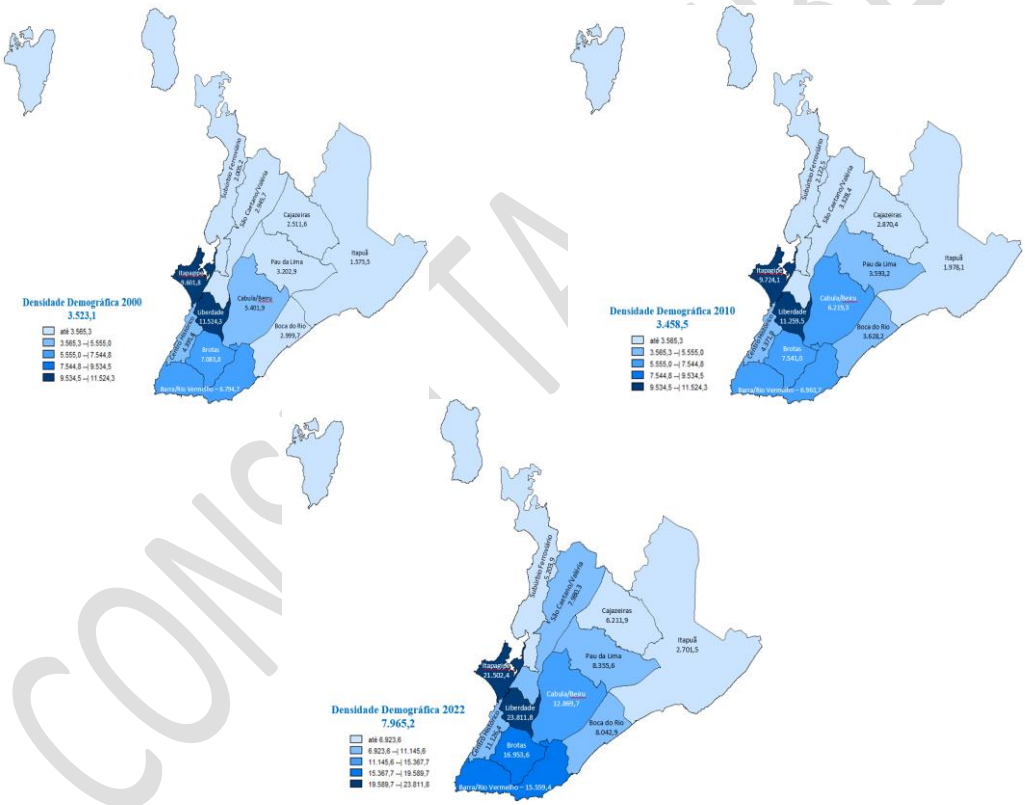
Importante ressaltar que a área territorial oficial do município de Salvador é de 692,589 km², resultando em uma densidade demográfica municipal de aproximadamente 3.486,49

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

hab/km² (IBGE, 2022). No entanto, é fundamental destacar que cerca de 56% desta área corresponde à porção insular da Baía de Todos os Santos, composta por corpos hídricos e ilhas com baixíssima densidade populacional. A área continental efetivamente urbanizada, onde reside a totalidade da população coberta pelos Distritos Sanitários, é de 303,53 km².

Portanto, para uma análise fidedigna da situação de saúde, que reflita o real adensamento populacional e a pressão sobre a infraestrutura urbana e os serviços de saúde, este trabalho utilizará o cálculo de densidade demográfica individual para cada Distrito Sanitário, baseado em suas áreas continentais específicas. Nesse sentido, é possível observar que as maiores densidades localizam-se nos vetores da urbanização do município[4], situadas nos distritos sanitários da Liberdade, Itapagipe e Brotas. (Mapa 06).

Mapa 06- Densidade demográfica (hab/km²) em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, 2000, 2010 e 2022.



*Dados estimados.
Fonte: SMS/DVIS/SUIS IBGE. Dados processados em 03/09/2025

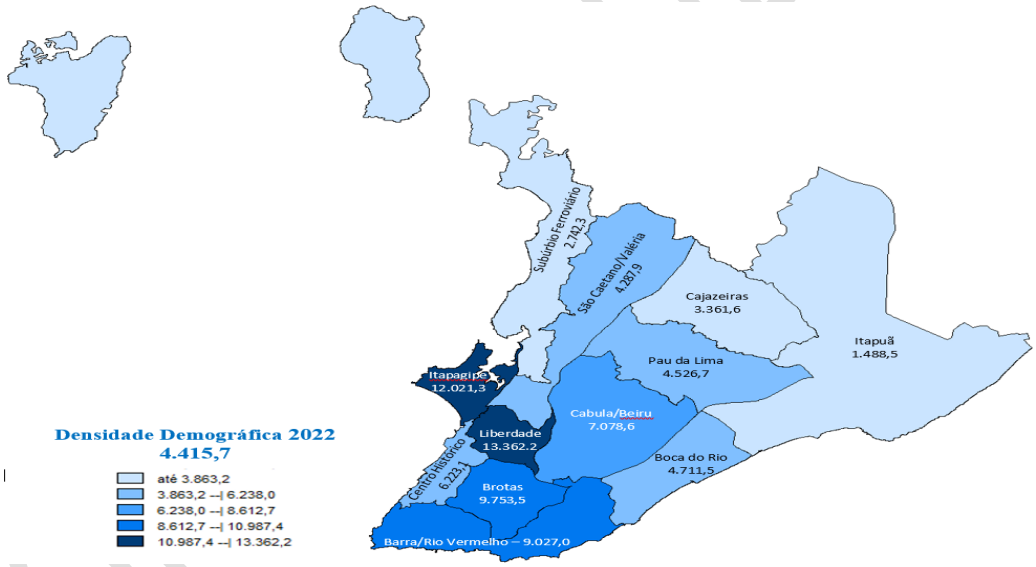
A distribuição da densidade demográfica, na faixa etária de 30 a 69 anos, também apresenta os traços de desigualdade presentes no território soteropolitano (Mapa 07).

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

Vale destacar que os distritos que integram os vetores Subúrbio Ferroviário e o Miolo (parte central da cidade) são áreas caracterizadas por habitações populares, marcadas por um crescimento populacional desordenado com inúmeras invasões das áreas urbanas e habitações precárias (SEMOB, 2017).

Segundo Porto (et al., 2015), esses espaços urbanos são marcados pela falta de saneamento básico, poluição, consumo abusivo de drogas, mortes por acidentes, violência urbana e precarização das demais condições de vida, resultando em desigualdades socioespaciais, vulnerabilidade, segregação social e processos de vulnerabilização socioambiental.

Mapa 07- Densidade demográfica (hab/km²) em Salvador-BA, segundo Distrito Sanitário, na faixa etária de 30 a 69 anos, 2022*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS IBGE. Dados processados em 03/09/2025. *Dados estimados.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre os anos de 2014 a 2023, revelam que a população soteropolitana se mantém, em sua maior parte, feminina (53%), negra (soma da população preta e parda - 83%) e jovem (20 a 39 anos - 38%) (IBGE, 2025). Considerando os anos censitários, a pirâmide etária do município (Figura 01) expressa um incremento de 142% no envelhecimento da população soteropolitana (pessoas acima de 60 anos) entre os anos de 2000 e 2022, com uma variação de 165.036 idosos em 2000 para 399.075 em 2022. Também se observa uma redução de 39% saindo de 1.195.913 (2000) para 732.677 (2022) nos grupos etários presentes na base da pirâmide (0 a 24 anos).

Essa redução reflete a queda nas taxas de natalidade, tendência mundial percebida desde o fim do século XX, mas pode estar relacionada, ainda, ao aumento nos índices de violência urbana que tem vitimado, sobretudo, adolescentes e jovens. A violência é uma violação aos direitos humanos e uma questão de saúde pública, que fornece grande impacto social e econômico ao município, afetando desproporcionalmente grupos vulneráveis, o que exige uma abordagem multidisciplinar, já que envolve fatores sociais, culturais, ambientais, individuais e coletivos para a sua prevenção e tratamento. Além disso, seus resultados impactam diretamente nas ações e serviços de baixa, média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um estudo realizado por Jesus e Leal (2016) evidenciou que, entre os anos de 2005 e 2012, Salvador registrou 8.653 ocorrências de homicídios na faixa etária de 15 a 29 anos, representando 72% do total dos homicídios ocorridos no município. Desses, 92% eram jovens negros (pardos e pretos). Este estudo também constatou que a taxa de mortalidade por homicídios é maior para os negros do que para a população total, sendo os bairros populares e populosos do centro e entorno de Salvador o local de residências desses jovens. Através do coeficiente de correlação de Pearson, foi possível concluir que ser jovem e negro aumenta a possibilidade de morrer por homicídio na capital baiana.

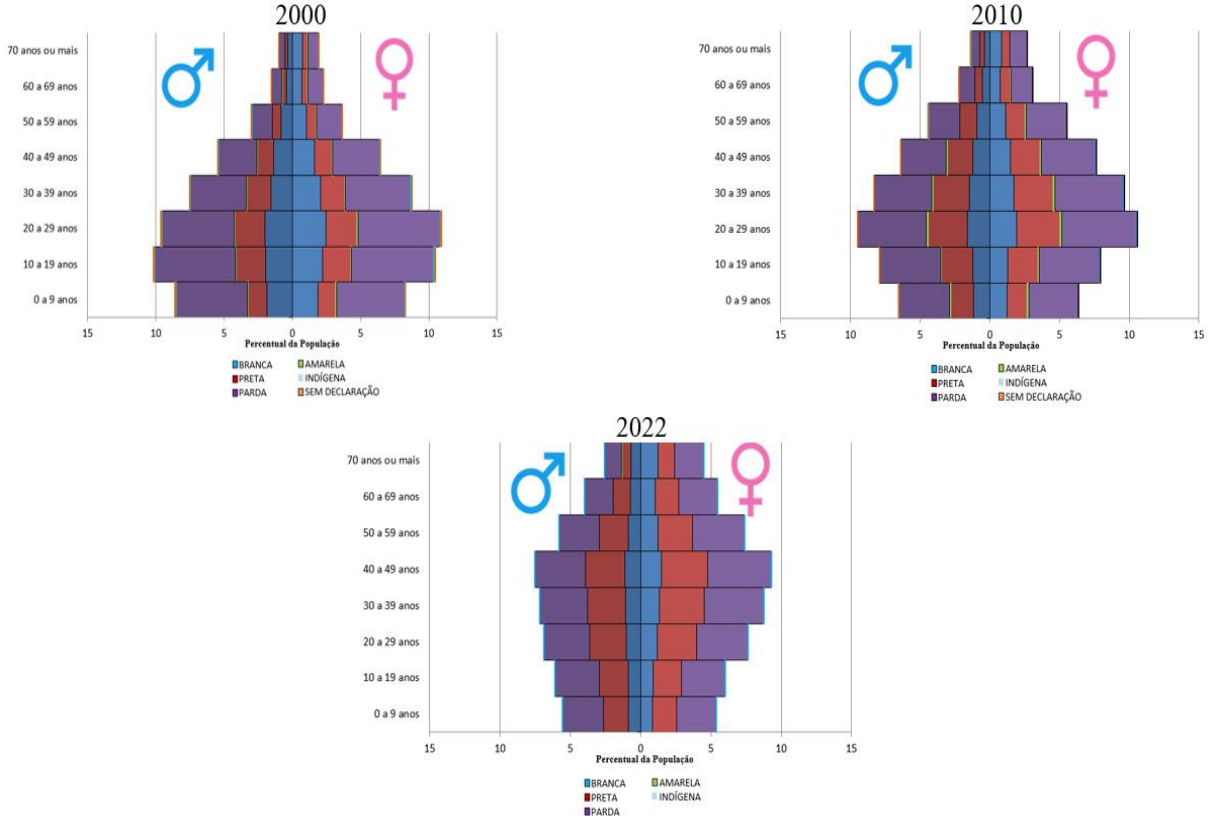
1.3 Pirâmide Etária

Ao considerar a pirâmide etária para 2022 dos indivíduos com a faixa etária de 30 a 69 anos, é possível observar o mesmo padrão sociodemográfico seguido na pirâmide etária da população geral soteropolitana para o período. Há predominância feminina (54%) e negra (79%), sendo a maioria da população pertencente a faixa etária de 30 a 39 anos.

A estrutura 70 anos ou mais, evidencia nitidamente o envelhecimento da população de Salvador ao comparar os anos censitários, desde a concentração na população com mais de 40 anos até 70 ou mais, bem como a redução da população abaixo dos 09 anos de idade. Sem falar também na evidência do impacto da taxa de fecundidade e natalidade na base da pirâmide.

CONSULTA PÚBLICA

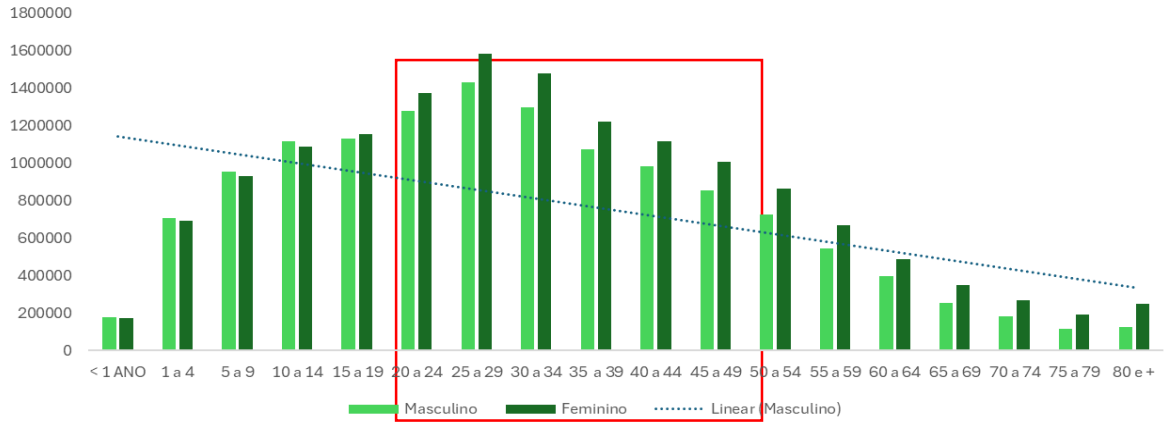
Figura 01. Pirâmide Etária segundo sexo e raça/cor, Salvador-BA, 2000, 2010 e 2022



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE. Dados processados em 21/08/2025

O **gráfico 02**, demonstra a tendência na redução em 11% do quantitativo populacional do município de Salvador entre os anos de 2014 e 2023. Outro fato que chama atenção neste gráfico é a linha de tendência expressiva da situação do público masculino. Apesar do município ter apresentado nas idades iniciais um número de pessoas do sexo masculino maior que o feminino, a partir faixa etária de 15 a 19, este quantitativo é menor para o público masculino e, se mantém até 80 anos e mais. O que novamente reflete a demonstração de diversos fatores biológicos, sociais e comportamentais que impactam na expectativa de vida da população masculina.

Gráfico 02 - População de Salvador-BA por sexo e faixa etária, e linha de tendência (masculino) 2014 a 2023*



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE. Dados processados em 20/08/202

O envelhecimento demográfico é um fenômeno global, caracterizado pela redução das taxas de fecundidade e mortalidade, resultando em mudanças significativas na estrutura etária da sociedade. Salvador tem experimentado um processo de transição demográfica que resultou em uma população com perfil envelhecido e baixo ritmo de crescimento.

O índice de envelhecimento do IBGE mede o número de pessoas idosas por cada 100 crianças, indicando o grau de envelhecimento da população. Segundo o Censo de 2022, o índice foi de 80,0 (considerando pessoas com 60 anos ou mais para cada 100 de 0 a 14 anos), mostrando um aumento significativo em relação a 2010 e apontando para um processo de envelhecimento acelerado no Brasil.

Fatores contribuintes para este crescimento podem ser exemplificados tais como, a redução da taxa de fecundidade e de nascimentos, avanços na medicina e nos cuidados com a saúde. O envelhecimento populacional, no Brasil, é um processo uniforme e particularmente feminino, no qual as mulheres apresentam maior expectativa de vida em comparação aos homens. Na Bahia, de 2010 a 2022, o índice de envelhecimento passou de 28,3 para 52,6 idosos (60 ou mais) a cada 100 crianças, representando um aumento de 86,1%. Em Salvador, o número de idosos por 100 crianças é ainda maior, atingindo 66 a cada 100 crianças, o que a torna a segunda capital com o maior aumento no índice de envelhecimento.

O ritmo de envelhecimento da Capital é elevado, e mais que dobrou no período intercensitário. Salvador demonstra um crescimento notável do número de mulheres com o avançar da idade, evidenciando o processo de feminização da velhice (SANTOS, J.A., 2015).

Este fenômeno é impulsionado por diversos fatores, incluindo a maior expectativa de vida das mulheres em comparação com os homens, resultado de uma combinação de fatores biológicos, sociais e comportamentais. Este aumento é particularmente acentuado na faixa etária de 80 anos e mais, em relação às demais faixas etárias a partir dos 25 anos.

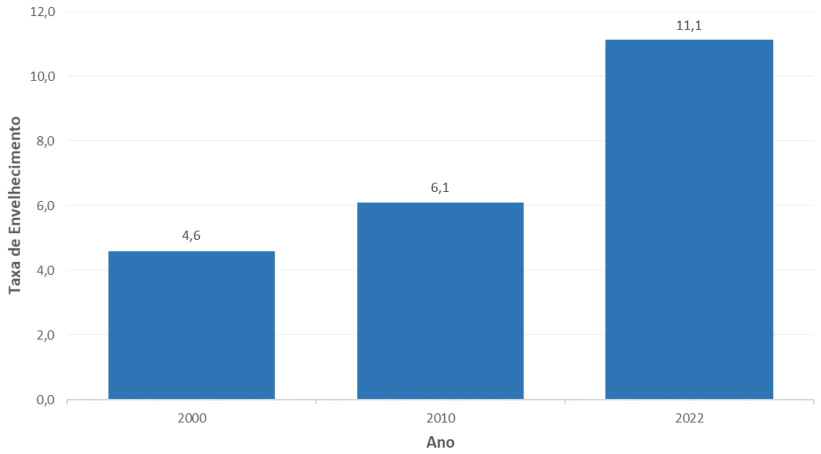
Ao considerar o processo de envelhecimento, em especial das mulheres, faz-se necessário identificar as assimetrias do poder associadas ao gênero assim como à idade/geração, raça/etnia, classe, a fim de compreender a heterogeneidade do que venha a ser a pessoa idosa e guiar de forma equânime a formulação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

CONSULTA PÚBLICA

Salvador, a partir do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde; Políticas sensíveis ao gênero e à raça, Promoção da intersetorialidade; Educação e Conscientização, entre outras.

A taxa de envelhecimento (Gráfico 03), que é calculada pela proporção entre a população com 65 anos ou mais e a população geral a cada 100 habitantes. Esta taxa mais que dobrou entre 2000 e 2022, o que aponta para mudanças importantes na estrutura demográfica da cidade, e já perceptível na pirâmide etária.

Gráfico 03- Taxa de envelhecimento da população de Salvador, 2000 e 2010 e 2022.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE/PNUD Brasil/Ipea e FJP. Dados processados em 12/08/2025

Além das implicações diretas no campo das políticas públicas, como a Previdência Social, o envelhecimento populacional acarreta uma transição no perfil epidemiológico, com o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

Como resultado teremos uma maior demanda por serviços de saúde, aumento do consumo de medicamentos e da necessidade de exames, elevando as despesas com saúde. Outro desafio é a dificuldade na identificação da causa básica de morte em idosos, devido à presença de múltiplas comorbidades. Isso afeta a precisão dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o que, por sua vez, pode impactar o planejamento de políticas públicas e a alocação de recursos, incluindo aqueles relacionados à Previdência Social e à saúde dos idosos.

No que se refere à situação do domicílio, entre os anos de 2010 e 2022 observou-se a redução da população no município. Mesmo com a redução populacional este processo continua marcado por uma ocupação desigual, desorganizada e segregada, especialmente ao se considerar a categoria renda e raça/cor.

Nota-se o avanço das disparidades entre os bairros que apresentam índices de desenvolvimento cada vez mais desiguais. Santana et al. (2020) subdividiram os bairros de Salvador em modernos ou tradicionais e precários. Os bairros modernos são ocupados

majoritariamente pela população branca que possuem padrões elevados de consumo e acesso aos serviços. Já aqueles bairros que ele chamaria de tradicionais e precários, são ocupados em sua maioria pela população negra, caracterizados por áreas populares, operárias e/ou agrícolas, com baixo padrão de consumo e dificuldades para acessar a rede de serviços.

A análise multidisciplinar dos fatores determinantes e condicionantes da expansão urbana e da situação de saúde dessas populações, junto ao planejamento multifacetário, participativo e preventivo são fundamentais para estabelecer ações e serviços que possibilitem acesso universal aos estabelecimentos de saúde e redução das demandas reprimidas e dos vazios assistenciais, promovendo equidade social e qualidade de vida (SANTANA et al., 2020).

1.4 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

Considerando a realidade e especificidades regionais, o IDH foi ajustado para Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Este abrange os componentes da Longevidade (expectativa de vida ao nascer), Educação (Escolaridade da população adulta e Fluxo escolar da população jovem) e Renda per capita (disponibilidade financeira por pessoa em determinado território), representada por um número que varia entre zero e um. Quanto mais próximo de um, maior o desenvolvimento humano do município.

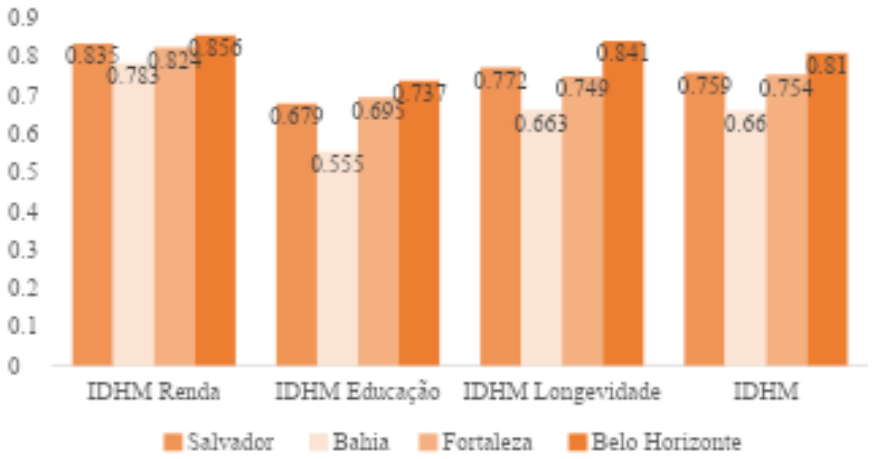
Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio- (PNAD/IBGE-2021), das 27 Unidades Federativas (26 estados e o Distrito Federal), a Bahia registrou a 22ª posição entre os índices observados nos demais estados brasileiros, com índice de desenvolvimento humano (0,698). Esta posição se mantém desde o Censo de 2010,

Já Salvador registrou a 14ª posição entre as capitais brasileiras e 4ª posição entre as capitais nordestinas, apresentando alto desenvolvimento humano (0,700 – 0,799) (0,654 (ano 2000) e 0,75(ano 2010) mas que carece de melhoria para elevar o padrão de desenvolvimento da sua população e reduzir à desigualdade entre as cidades do país.

Conforme registrado no Gráfico 04, Salvador-BA apresenta um IDHM Educação inferior à outras capitais que possuem um quantitativo populacional similar à ela, como Fortaleza - CE e Belo Horizonte - MG. Em 2010, Salvador figurava como a 21ª capital em IDHM Educação do país, enquanto que Fortaleza está em 18º e Belo Horizonte em 8º. Importante reforçar que todas essas cidades tiveram uma queda no ranking das capitais com maior IDHM Educação do país, entre os anos 2000 e 2010, sendo que Salvador caiu 5 posições, Fortaleza e Belo Horizonte caíram 4 posições.

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 04- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), por componentes, Salvador, Bahia, Fortaleza e Belo Horizonte, 2010.



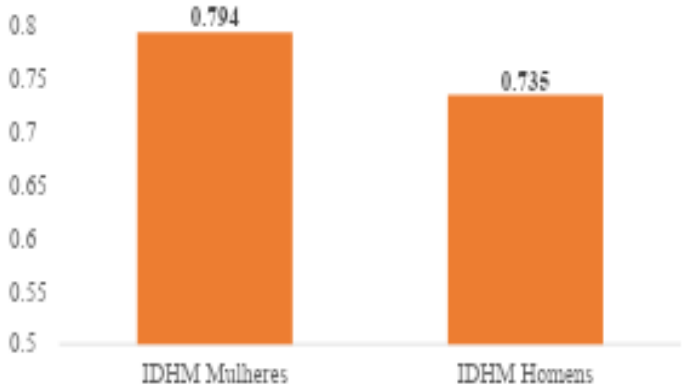
Fonte: SMS/DVIS/SUIS – IBGE. Dados processados em 21/06/2021

Ao ser observado o IDHM segundo sexo no município de Salvador, outra iniquidade (vinculada às desigualdades de gênero) é percebida. Sabendo que o Desenvolvimento Humano implica necessariamente no levantamento de aspectos que sejam importantes para a garantia de melhores condições de vida para a população, ainda que mantendo um índice muito alto, os dados reforçam que tais condições estão mais desfavoráveis junto aos homens, uma vez que o IDHM Homens (0,735) vai aparecer menor que o IDHM Mulher (0,794), conforme Gráfico 06. Nesse aspecto diversas questões devem ser levadas em consideração como, a renda, educação e longevidade, que são os critérios adotados para mensurar o IDH.

Segundo IDHM divulgado em 2010, apesar do IDHM das mulheres ser superior ao dos homens, elas seguiram ganhando bem menos do que eles. A renda mensal das mulheres de Salvador (R$ 1.271,00) ainda era inferior à dos homens (R$ 1.693,00), conforme estudos de Carvalho e Borges (2014). Este cenário pode estar relacionado à razão que analisa o quantitativo da população com 60 anos ou mais segundo sexo, resultando no quantitativo de 62 homens para 100 mulheres vivas após essa faixa etária.

CONSULTA PÚBLICA

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



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

O IDHM por raça/cor foi trazido pela primeira vez desde 2010. Considerando o rendimento médio mensal (que é um dos indicadores que compõem essa medida), será possível verificar a permanência da desigualdade nas análises dos censos demográficos anteriores. Essa constatação é afirmada também nos estudos de Carvalho e Borges (2014), quando demonstram que, o rendimento médio em 2010, segundo atributos dos ocupados, apesar de razoáveis mudanças, persistem as desigualdades históricas, ainda que um pouco atenuadas. Além disso, o rendimento médio dos pretos e pardos em 2010, equivalem a respectivamente 33,4% e 44,5% do rendimento médio dos brancos

O IDHM segundo raça/cor, com índice de 0,664 para negros e 0,787 para brancos, reforçará a permanência da desigualdade racial ainda presente nesse município, conforme o (IBGE, 2010).

1.5 Perfil de Natalidade

1.5.1 O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

A implantação do Sistema de Informações de Nascidos Vivos- SINASC ocorreu de forma lenta e gradual em todas as unidades da federação e nos municípios brasileiros (BRASIL, 2001). Em Salvador, foi implantado em 1998. As informações epidemiológicas produzidas neste sistema servem de base para a análise, planejamento, tomada de decisão e avaliação na área de saúde da família, saúde da mulher e da criança no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, o município possui 13 estabelecimentos de saúde que realizam partos

CONSULTA PUBLICA

(53,8% são da rede pública e 46,2% da rede privada)[5], sendo que destes, 08 estão com a digitação do SINASC descentralizada (Quadro 01).

Este processo corresponde à digitação das DNVs no próprio estabelecimento de ocorrência do parto, contribuindo para minimizar a subnotificação e a defasagem de tempo do registro, além de facilitar a coleta de dados fidedignos e confiáveis (sobre o tempo de processamento das DNVs, verificar o capítulo específico sobre Qualidade dos dados dos SIS). As DNVs dos demais estabelecimentos são processadas, por uma equipe especializada, na Subcoordenadoria de Informação em Saúde (SUIS) da Diretoria de Vigilância em Saúde de Salvador.

Quadro 01- Estabelecimentos de saúde que possuem a digitação descentralizada do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, Salvador, Bahia, 2025.

Estabelecimentos de saúde	Distrito Sanitário
Maternidade Prof José Maria de Magalhães Neto	Liberdade
Maternidade Tsyla Balbino	Liberdade
Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA)	Brotas
Maternidade Albert Sabin	Cajazeiras
Maternidade Climério de Oliveira	Centro Histórico
Hospital Geral Roberto Santos	Cabula/Beiru
Maternidade Maria da Conceição de Jesus	Subúrbio Ferroviário
Hospital Jorge Valente*	Barra/Rio Vermelho

* Rede privada
Fonte: Elaboração da Equipe SUIS, 2025

1.5.2 Taxa de Natalidade

O indicador Taxa Bruta de Natalidade - TBN, apresenta limitações, dentre elas, as imprecisões inerentes à coleta de dados ou à metodologia empregada para elaborar estimativas populacionais e a perda da precisão à medida que se distanciam dos anos de partida das projeções (RIPSA, 2000). Dessa forma, nesta análise, embora seja avaliada uma série histórica de 2014 a 2023, foram utilizados os anos de 2010 e 2022 para a taxa bruta de natalidade por terem sido anos censitários.

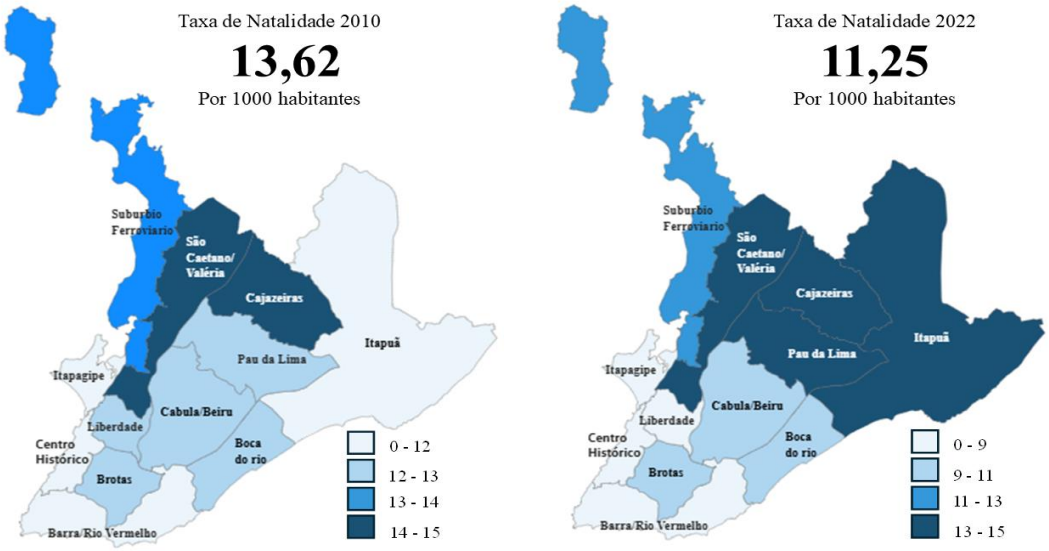
[5] Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

CONSULTA PUBLICA

Por ser um indicador que mensura apenas uma das dimensões sobre uma situação de saúde, a taxa de natalidade deve ser avaliada considerando sua relação com outras variáveis relacionadas à situação sociodemográfica e econômica. Ressalta-se que, a partir de 2020, com o advento da pandemia de Covid-19, outros fatores passaram a impactar a taxa de natalidade, tais como: as questões de distanciamento social e confinamento, a violência sexual e de gênero, saúde mental, revisão dos custos parentais, dificuldades ou perdas de acesso aos serviços e cuidados com a saúde sexual e reprodutiva e o medo da gestação em um período de incertezas em diversas áreas (COUTINHO et al., 2020).

Entre os anos de 2010 e 2022, a taxa de natalidade apresentou uma redução no número de crianças nascidas vivas, geradas por mulheres residentes em Salvador, principalmente após 2012, seguindo a tendência de queda dessa taxa, enquanto um fenômeno observado mundialmente e também no Brasil (Mapa 08).

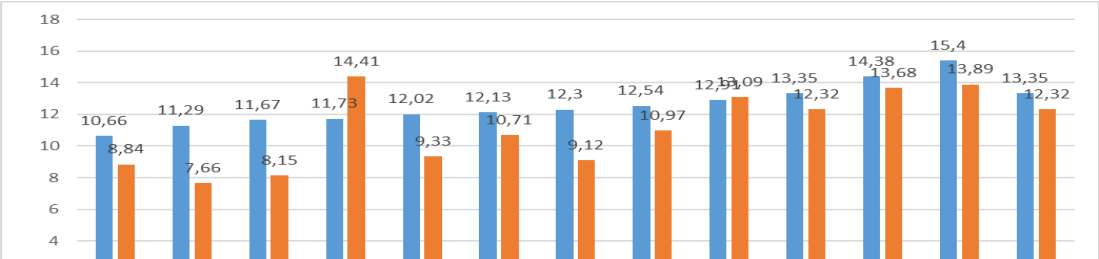
Mapa 08- Taxa de Natalidade (bruta) da população residente em Salvador (por 1.000 habitantes) segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador, 2010 e 2022.



Fonte: SMS DVS/SUIS/SINASC – IBGE. Dados processados em 09/09/2025

Os maiores percentuais de variação foram observados nos DS Itapagipe (32%), Barra/Rio Vermelho (30%) e Liberdade (26%). Os DS Itapuã e Pau da Lima foram os únicos distritos que registraram aumento da taxa bruta de natalidade, com 23% e 1% respectivamente (Gráfico 06).

Gráfico 06- Taxa de Natalidade (bruta) da população residente em Salvador (ou de Salvador) (por 1.000 habitantes) segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador, 2010 e 2022.

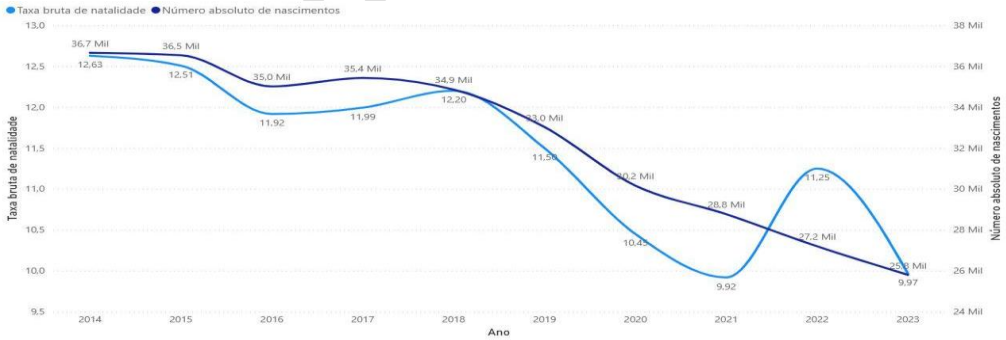


Fonte: SMS DVS/SUIS/SINASC – IBGE. Dados processados em 09/09/2025

A alta na taxa bruta de natalidade em 2022 (Gráfico 07) não representa um aumento real de nascimentos, mas sim um ajuste estatístico decorrente da atualização da base populacional com os dados do Censo Demográfico do IBGE.

Enquanto o número absoluto de nascimentos na verdade diminuiu, a população total utilizada no cálculo (o denominador da taxa) foi revisada para um valor mais preciso e menor do que as projeções utilizadas nos anos anteriores. Essa redução no denominador influenciou artificialmente o resultado da taxa, criando uma queda na série histórica da taxa que deve ser compreendida como um efeito metodológico, e não como uma mudança no comportamento demográfico.

Gráfico 07- Taxa bruta de Natalidade por 1.000 habitantes e número de nascimentos da população residente em Salvador, 2014-2023.



Fonte: SMS DVS/SUIS/SINASC – IBGE. Dados processados em 09/09/2025

1.5.3 Perfil dos Nascimentos em Salvador

Dentre tantos dados importantes que são coletados e registrados no SINASC, e que devem ser monitorados, pode-se citar o local de residência da mãe e de ocorrência do nascimento. Com esses dados, pode-se conhecer a dinâmica e o perfil de acesso a serviços a partir da lógica de deslocamento espontâneo ou regulado da gestante, a exemplo da Rede Materno Infantil (Rede Cegonha), que prevê a vinculação à maternidade de referência de acordo com o Distrito

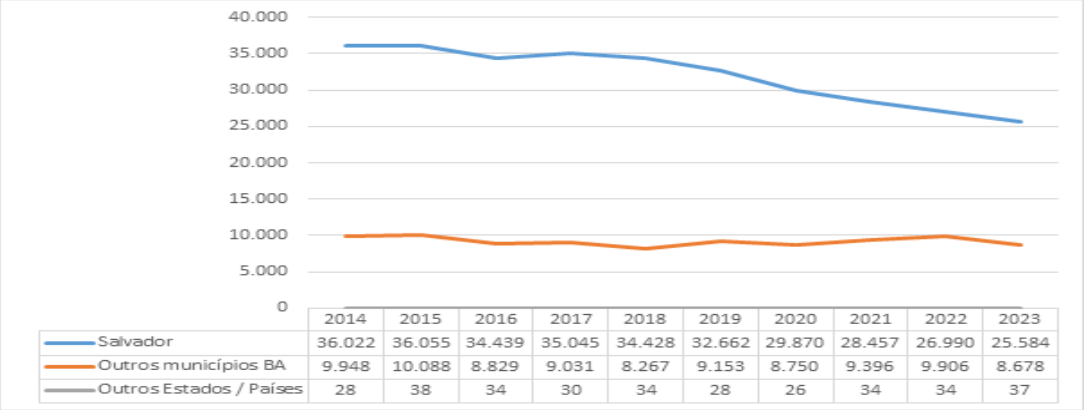
Sanitário (DS) de residência, bem como os municípios da Região Metropolitana de Salvador (RMS) que acessam de forma regulada os diversos serviços da capital.

No período de 2014 a 2023, ocorreram 411.921 nascimentos, o que corresponde à média de 41.192 nascimentos/ano. Observou-se que 319.552 (77,6%) eram de mães que residiam em Salvador e 92.046 (22,3%) de mães que residiam nos demais municípios da Bahia. Para as mães que residiam em municípios de outros estados e em outros países, foram registrados 323 nascimentos ocorridos em Salvador, equivalente a 0,1% do total de nascimentos.

Observa-se um decréscimo de 29% dos partos de mães que residiam em Salvador ao comparar os anos de 2014 e 2023 (Gráfico 08). No Brasil, a fecundidade está abaixo do nível de reposição desde meados da década de 2000. Entre 2000 e 2010, também, as variações na idade média da fecundidade indicaram um processo de adiamento em curso. Isso indica que a queda da fecundidade observada no país tem sido intensificada pela postergação das gestações (nascimentos) (MIRANDA-RIBEIRO; RIOS-NETO; GARCIA, 2016).

Ademais, com o cenário da COVID-19 muitos casais optaram por postergar a chegada de um filho, diante da instabilidade econômica e psicológica estabelecida pelo contexto pandêmico, sendo estes, alguns dos fatores que influenciaram na decisão de ter ou não filhos nesse último ano (COUTINHO et al., 2020).

Gráfico 08- Frequência de nascidos vivos com ocorrência em Salvador, segundo municípios de residência da mãe, Salvador-BA, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Salvador	36.022	36.055	34.439	35.045	34.428	32.662	29.870	28.457	26.990	25.584
Outros municípios BA	9.948	10.088	8.829	9.031	8.267	9.153	8.750	9.396	9.906	8.678
Outros Estados / Países	28	38	34	30	34	28	26	34	34	37

Fonte: SMS/DVIS/SUIS/SINASC. Dados processados em 15/07/2025

No que se refere aos demais municípios da Bahia, mães residentes em 395 municípios baianos tiveram seus partos em Salvador, destacando-se Lauro de Freitas com 22.079 (5,4%) nascimentos, Camaçari com 14.164 (3,4%) e Simões Filho com 8.026 (1,9%) do total de nascimentos ocorridos em Salvador.

Com relação à ocorrência de nascimentos em Salvador de mães residentes em municípios de outros estados e países, é possível verificar mães com registro de residência em 118

localidades do Brasil e 8 países. As maiores frequências corresponderam à Aracaju com 76 (23,5%) nascimentos, São Paulo com 34 (10,5%) e Petrolina com 22 (6,8%) (Tabela 01).

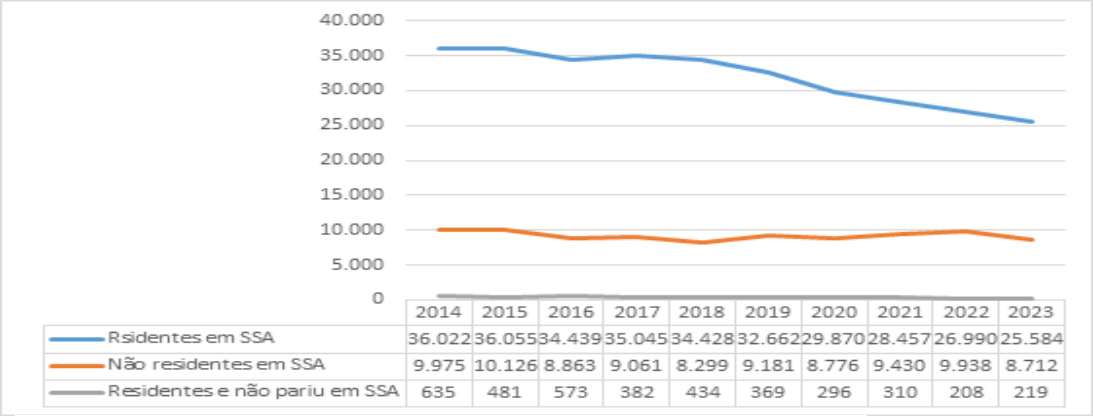
Tabela 01- Frequência e proporção de nascidos vivos em Salvador, segundo municípios de residência materna, Salvador, Bahia, 2014-2023.

Município de Residência (Bahia)	Frequência (%)	Município de Residência (Outros estados/Países)	Frequência (%)
Salvador	319.552 (77,6)	Aracaju	76 (23,5)
Lauro de Freitas	22.079 (5,4)	São Paulo	34 (10,5)
Camaçari	14.164 (3,4)	Petrolina	22 (6,8)
Simões Filho	8.026 (1,9)	Brasília	13 (4,0)
Candeias	3.891 (0,9)	Rio de Janeiro	13 (4,0)
Outros	43.886 (10,7)	Outros estados / Países	165 (51,1)
Total	411.599 (100)	Total	323 (100)

Fonte: SMS/DVIS/SUIS/SINASC. Dados processados em 15/07/2025

No que diz respeito ao nascimento de crianças em Salvador, cujas mães residem em Salvador, constata-se que, comparando os anos de 2014 e 2023, houve a redução de 65,5% no número de nascimentos que ocorreram em outros municípios, ou seja, as mães residentes em Salvador pariram mais em Salvador (Gráfico 09).

Gráfico 09 - Frequência de nascidos vivos de mães residentes e não residentes em Salvador segundo ano de nascimento, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVS/SUIS/SINASC. Dados processados em 11/08/2025

Quanto aos demais municípios da Bahia, as mães residentes em Salvador tiveram seus filhos, com maior frequência, em Lauro de Freitas (0,4%), Simões Filho (0,2%), Camaçari (0,1%) e Feira de Santana (0,1%). Foram registrados, ainda, o nascimento de crianças cujas mães residem em Salvador em 70 municípios fora do estado da Bahia, totalizando 282 nascidos vivos, com destaque para São Paulo (17,0%) e Aracaju (16,0%) (Tabela 02).

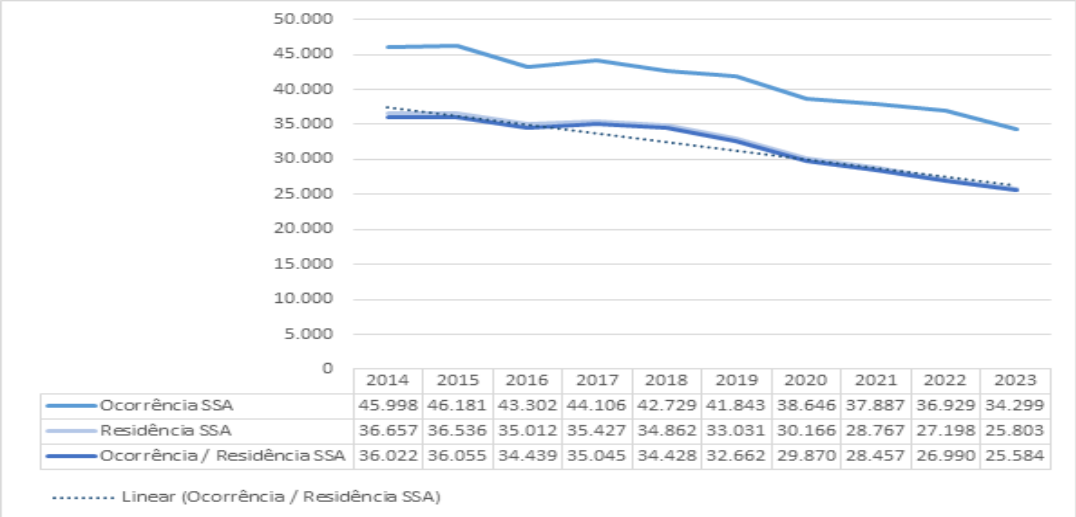
Tabela 02- Frequência e proporção de nascidos vivos de mães residentes em Salvador, com ocorrência do parto em municípios da Bahia e Brasil, Salvador, 2014-2023.

Município de Ocorrência (Bahia)	Frequência (%)	Município de Ocorrência (Outros estados)	Frequência (%)
Salvador	319.552 (98,9)	São Paulo	48 (17,0)
Lauro de Freitas	1.349 (0,4)	Aracaju	45 (16,0)
Simões Filho	582 (0,2)	Petrolina	17 (6,0)
Camaçari	362 (0,1)	Fortaleza	16 (5,7)
Feira de Santana	267 (0,1)	Rio de Janeiro	15 (5,3)
Outros	1065 (0,3)	Outros	141 (50,0)
Total	323.177	Total	282

Fonte: SMS/DVIS/SUIS/SINASC. Dados processados em 12/08/2025

Observa-se a redução de nascimentos em Salvador, de acordo com a linha de tendência (Gráfico 10). Essa situação pode ser em decorrência da redução do número de nascimentos, observada em todo o Brasil e/ou da melhoria do acesso das gestantes aos leitos obstétricos do seu próprio território.

Gráfico 10- Número de nascidos vivos de ocorrência, residência e ocorrência e residência (e linha de tendência) em Salvador- BA, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS/SINASC. Dados processados em 03/09/2025

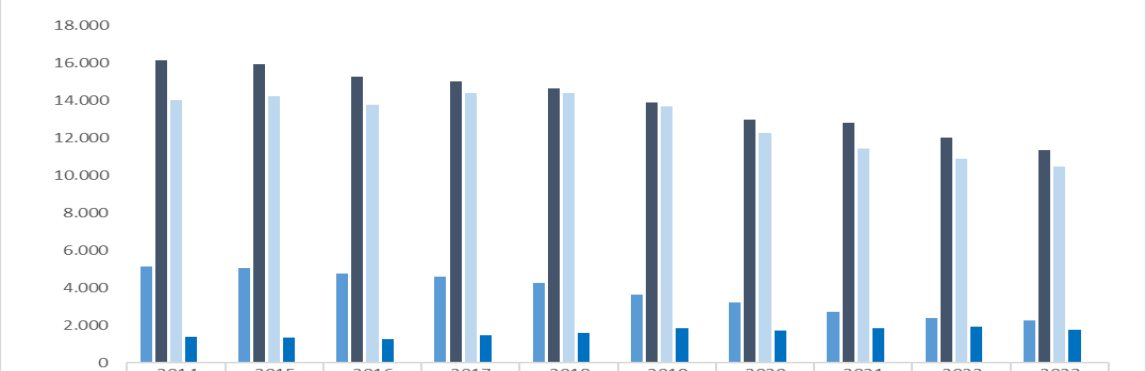
1.5.4 O uso do SINASC para a análise de indicadores sociodemográficos

Os dados do SINASC fornecem informações relevantes que permitem a construção e análise de indicadores sociodemográficos, essenciais para a avaliação das condições de nascimento e parto, subsidiando a tomada de decisão para o desenvolvimento de ações nesse âmbito e contribuindo, desse modo, para a eficiência da gestão em saúde. Em vista disso, no

presente tópico, são apresentados os indicadores relativos à faixa etária materna, escolaridade, raça/cor da mãe, quantidade de consultas de pré-natal, nascidos vivos com baixo peso ao nascer, anomalias congênitas e fatores relacionados.

As informações sobre nascidos vivos indicam uma mudança no padrão reprodutivo das mulheres, ao analisar os dados relativos à idade materna. A idade reprodutiva das mulheres compreende a faixa etária entre 10 a 49 anos. O Gráfico 11 aponta o deslocamento da idade reprodutiva das mães, com destaque para a redução de mães adolescentes (10 a 19 anos) e na faixa etária entre 20 e 39 anos, enquanto apresenta aumento no número de nascidos vivos de mães entre 40 e 49 anos, no mesmo período analisado. Esse adiamento da maternidade para idades mais avançadas pode estar relacionado aos fatores que influenciaram às modificações no perfil de fecundidade, tais como as mudanças no nível socioeconômico, educacional e cultural (UNFPA, 2018)

Gráfico 11- Número de nascidos vivos, segundo faixa etária da mãe e ano de nascimento, Salvador-BA, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
10 - 19a	5.138	5.063	4.736	4.580	4.238	3.645	3.212	2.700	2.368	2.235
20 - 29a	16.131	15.940	15.244	15.002	14.641	13.887	12.973	12.808	12.030	11.337
30 - 39a	14.023	14.206	13.777	14.399	14.392	13.664	12.268	11.435	10.883	10.478
40 - 49a	1.360	1.318	1.250	1.441	1.588	1.827	1.705	1.818	1.910	1.747
50+	5	9	5	5	3	8	7	6	7	6

Fonte: SMS/DVS/SUIS/SINASC. Dados processados em 03/09/2025

A análise dessa variável por Distrito Sanitário demonstra que, em todos os DS, houve uma redução nas faixas etárias entre 10 a 39 anos e um aumento na proporção de mães na faixa etária acima dos 40 anos, ao comparar os anos de 2014 e 2023, com destaque para os DS Boca do Rio, que registrou um incremento de 67%, Brotas (51%), Subúrbio Ferroviário (46%) e Itapuã (45%) (Tabela 03). O DS Liberdade registrou a maior diminuição (64%) na proporção de mães na faixa etária dos 10 aos 19 anos, seguido do DS Brotas (61%), Barra / Rio Vermelho e Cabula / Beirú (59%).

Tabela 03- Número de nascidos vivos por faixa etária da mãe, segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador-BA, 2014-2023.

	2014				2023			
Distrito Sanitário Residência	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40+**	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40+**
Centro Histórico	95	322	319	31	50	252	292	43
Itapagipe	219	780	689	62	11	510	406	65
São Caetano/Valéria	710	2.076	1.465	152	334	1.511	992	154
Liberdade	330	1.042	827	83	119	659	496	99
Brotas	251	976	1.110	99	99	617	749	149
Barra/Rio Vermelho	365	1.322	1.967	199	150	872	1.343	259
Boca do Rio	119	541	855	70	52	376	578	117
Itapuã	468	1.551	1.472	151	275	1.247	1.404	219
Cabula/Beiru	735	2.292	1.861	184	305	1.659	1.367	218
Pau da Lima	475	1.448	1.078	105	210	1.032	897	148
Subúrbio Ferroviário	806	2.195	1.318	103	346	1.676	1.202	150
Cajazeiras	383	1.128	785	93	167	844	659	112

Fonte: SMS/DVS/SUIS/SINASC. Dados processados em 08/09/2025

A escolaridade materna é um importante indicador socioeconômico para a avaliação da desigualdade social e riscos para os nascimentos (ROMERO e CUNHA, 2007). Desse modo, o conhecimento do perfil de escolaridade da mãe é essencial para o planejamento de ações no âmbito da saúde materno-infantil (SILVESTRIN et al., 2017). Ademais, a escolaridade tem se apresentado como fator que influencia na taxa de natalidade da população, uma vez que, quanto maior o grau de escolaridade, maior conhecimento acerca da saúde sexual e reprodutiva da mulher, incluindo a utilização dos métodos contraceptivos.

No período analisado, com relação à escolaridade, foi possível observar que houve uma redução de 90% na proporção de mães sem nenhum ano de estudo, 71% com 01 a 03 anos de estudo e de 59% para mães com 04 a 07 anos de estudos, quando comparados os anos de 2014 e 2023 (Tabela 04). Embora ao comparar a frequência dos anos citados observe-se uma redução de 21% de mães entre 8 a 11 anos (ensino fundamental completo) e com 12 ou mais anos de estudos (ensino médio completo), pode-se inferir que houve uma melhoria na escolaridade das mães ao longo do período estudado, registrando um aumento de 12% nas proporções mães com ensino fundamental completo e de mães com ensino médio completo no ano de 2023.

Nota-se ainda a melhoria da qualidade da informação, com uma redução de 56% no número de nascimentos com escolaridade da mãe não informada/ignorada, o que pode ser explicado pelas diversas atividades desenvolvidas junto aos estabelecimentos de saúde como parte do processo contínuo de qualificação das informações em saúde, salientando a importância do preenchimento adequado de todos os campos/variáveis que constam na DNV,

CONSULTA PUBLICA

uma vez que a completude dessa variável é essencial para compreender de forma precisa a realidade da condição educacional materna.

Tabela 04- Frequência e proporção de nascidos vivos, segundo escolaridade (anos de estudo) da mãe, Salvador-BA, 2014-2023.

Escolaridade da mãe (anos de estudo)	2014		2023	
	Frequência	Proporção	Frequência	Proporção
Nenhum	77	0,2	8	0,0
01 a 03	767	2,1	221	0,9
04 a 07	6.550	17,9	2.707	10,5
08 a 11	20.601	56,2	16.174	62,7
12 e +	8.291	22,6	6.529	25,3
Não informado / Ignorados	371	1,0	164	0,6
Salvador	36.657	100,0	25.803	100,0

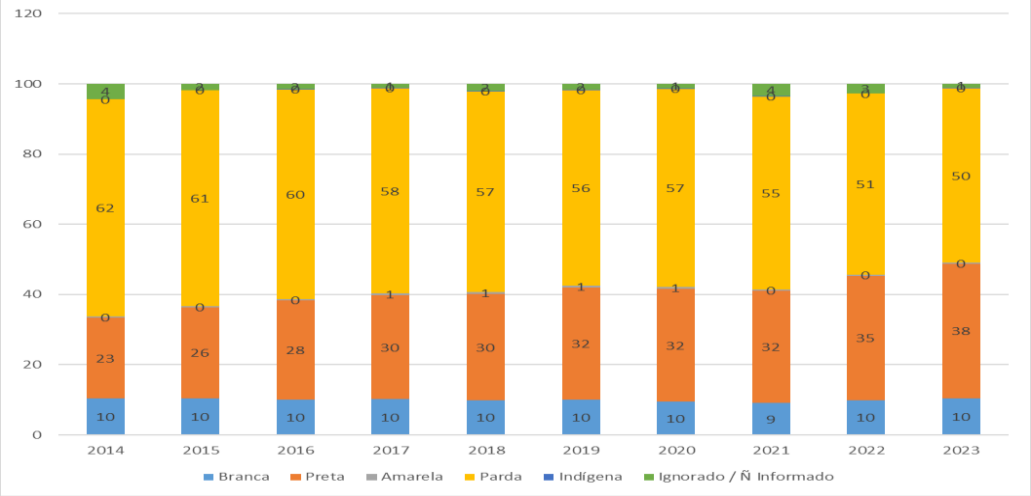
Fonte: SMS//DVS/SUIS/SINASC. Dados processados em 08/09/2025

Ao analisar a variável raça/cor, é importante ressaltar que o formulário atual da DNV contempla o campo raça/cor para o recém-nascido e para a mãe, porém o sistema atual só permite a inclusão dessa variável para a mãe, aguardando a implantação da nova versão.

Observa-se, no período de 2014 a 2023, o predomínio de mães de raça/cor parda, com proporções que variam de 62% em 2014 e 50% em 2023, representando uma redução de 19% (Gráfico 12). É possível observar um aumento de 67% na proporção de mães pretas no período referido. Enfatiza-se, ainda, a redução em 76% da proporção de não preenchimento do campo raça/cor da mãe, considerando que o preenchimento dessa variável foi categorizado como regular, ruim ou muito ruim em mais da metade das capitais brasileiras no que se refere à completude dos dados, em um estudo realizado nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal (MAIA et al., 2017).

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 11- Proporção de nascidos vivos segundo raça/cor da mãe, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVS/SUIS/SINASC. Dados processados em 09/09/2025

O peso ao nascer é um importante parâmetro, utilizado internacionalmente, para avaliar os riscos de morbimortalidade infantil, grave problema de saúde pública, e pode estar associado às condições socioeconômicas e de assistência materno-infantil. Conforme o padrão internacional, valores abaixo de 10% são aceitáveis para o baixo peso ao nascer, isto é, o nascido vivo com peso inferior a 2.500 gramas no momento do nascimento, sendo o padrão, em países desenvolvidos, em torno de 5-6%.

O acompanhamento da proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer é fundamental para apoiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltadas para a assistência pré-natal, o parto e a saúde infantil (RIPSA, 2000).

Alguns fatores são considerados como risco para o baixo peso ao nascer, dentre os quais, pode-se citar o parto cesáreo, a prematuridade, baixa escolaridade, quantidade de consultas de pré-natal menor que sete, índice de Apgar menor que sete e gravidez na adolescência (FERRAZ e NEVES, 2011; SURITA et al., 2011)

O debate acerca dos modelos assistenciais obstétricos e a realização de partos cesáreos tornaram-se frequentes nos últimos anos. Desde as últimas décadas do século XX, foi possível observar, em quase todo o mundo, uma elevação das taxas de cesáreas. O parto cesáreo é uma intervenção cirúrgica utilizada quando ocorrem riscos para a mãe e/ou para o bebê, durante a evolução da gravidez e/ou do parto e, desse modo, não está isento de riscos (PATAH e MALIK, 2011).

A proporção de partos cesáreos é um importante indicador que permite avaliar a qualidade da assistência prestada durante o pré-natal e o parto e as condições de acesso aos serviços de saúde. Trata-se de um indicador que pode ser influenciado pelo modelo assistencial

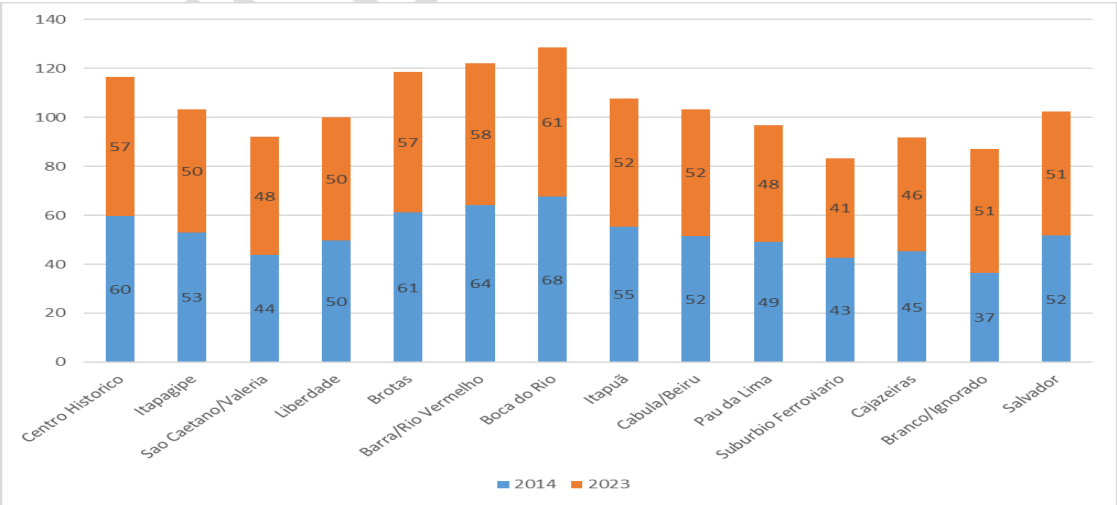
CONSULTA PUBLICA

adotado, pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante e pela disponibilidade de recursos. Maiores proporções de partos cesáreos podem estar relacionadas a um aumento na realização de partos classificados como alto risco, mas também podem refletir indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto natural (RIPSA, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15% de todos os partos, justificada pela real necessidade de intervenção cirúrgica, por motivos médicos. Entretanto, um estudo publicado pela revista *The Lancet*, em 2018, alerta para o aumento crescente dessas taxas, em especial nos países da América Latina, que concentram 44,3% das cesáreas em todo o mundo. Nesse sentido, a situação do Brasil é ainda mais alarmante, uma vez que o país ocupa a segunda posição no ranking mundial de países com as maiores taxas de cesáreas, com taxas acima de 55%, ficando atrás apenas da República Dominicana (BOERMA et al., 2018). Esse cenário aponta para uma epidemia de cesarianas no país.

Em Salvador, é possível observar uma discreta diminuição (2,1%) na proporção de partos cesáreos, entre os anos de 2014 e 2023. No entanto, essa taxa (51%) ainda é considerada elevada, aproximando-se do padrão nacional (Gráfico 12). No que se refere aos Distritos Sanitários, observa-se uma redução dessa proporção, ao comparar os anos estudados, em 10 dos 12 DS. As maiores reduções foram registradas nos DS Barra/Rio Vermelho (9,8%), Boca do Rio (9,8%) e Brotas (6%).

Gráfico 12- Proporção de partos cesáreos segundo Distrito Sanitário de residência e Salvador, Salvador-BA, 2014 e 2023.



Fonte: SMS/DVS/SUIS/SINASC. Dados processados em 09/09/2025

A prematuridade é definida como o nascimento ocorrido antes de serem completadas 37 semanas de gestação (OMS, 2018). Ela é classificada com base na idade gestacional em três

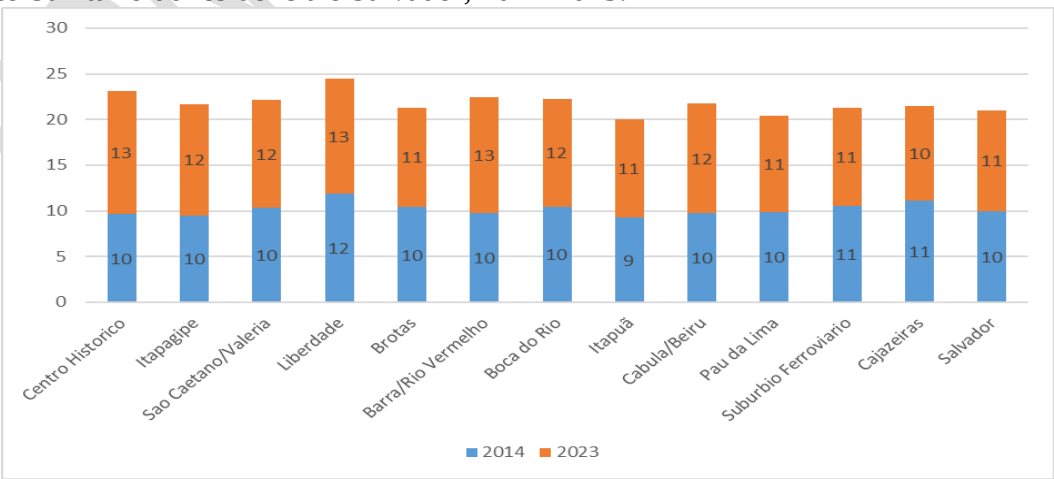
categorias: prematuridade extrema (de 22 a menos de 28 semanas), prematuridade severa (de 28 a menos de 32 semanas) e prematuridade moderada a tardia (de 32 a menos de 37 semanas). Em 2020, aproximadamente 13,4 milhões de bebês nasceram prematuros no mundo, representando mais de 10% de todos os nascimentos. Na região das Américas, a ocorrência desses nascimentos chega a cerca de 1,2 milhão anualmente. A magnitude dos nascimentos prematuros resulta sendo a principal causa de óbito entre crianças menores de 5 anos atualmente (BRASIL, 2024).

A pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Partos e Nascimentos, realizada nos anos de 2011 e 2012, revelou uma proporção de nascimentos prematuros de 11,3% no país, índice 55% maior quando comparados os dados da Inglaterra e País de Gales, países referências em partos naturais.

Entre os anos de 2012 e 2022 foram registrados 31.351.324 nascimentos no Brasil e desses, 3.530.568 nascimentos foram prematuros. Verifica-se ainda uma ligeira redução entre 2015 e 2018, seguida de um aumento a partir de 2020, possivelmente influenciado pela pandemia de covid-19, que impactou no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde (BRASIL, 2024).

Em Salvador, observa-se um incremento de 9% nessa proporção, em comparação ao ano de 2014, registrando um percentual de 11% de nascimentos prematuros em 2023. No que se refere aos Distritos Sanitários, no período analisado, constatou-se os maiores aumentos da proporção nos DS Centro Histórico (29%), Barra/Rio Vermelho (23%) e Itapagipe (22%) e redução apenas para o DS Cajazeiras (7%) (Gráfico 13).

Gráfico 13- Proporção de nascidos vivos por duração da gestação (≤ 36 semanas) segundo Distrito Sanitário de residência e Salvador, 2014-2023.



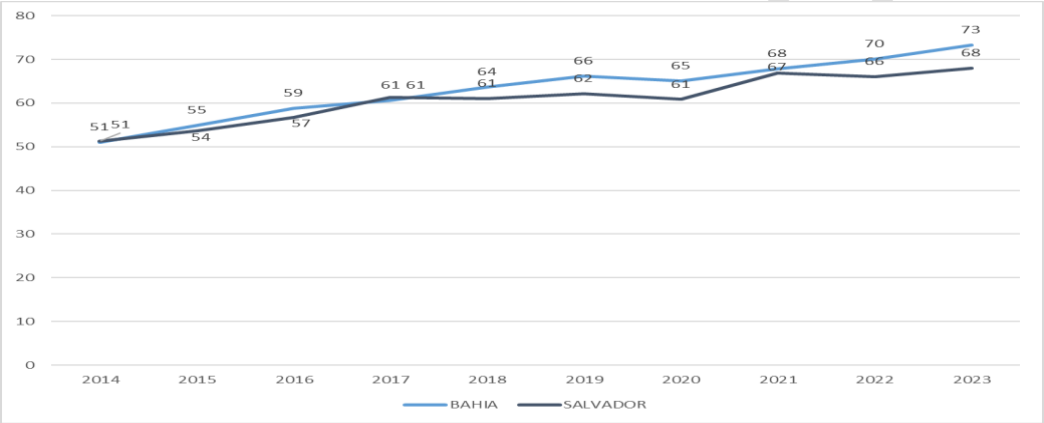
Fonte: SMS/DVS/SUIS/SINASC. Dados processados em 07/06/2021

CONSULTA PUBLICA

O acompanhamento pré-natal tem objetiva assegurar o desenvolvimento da gestação para o parto de um recém-nascido saudável, sem consequências para a saúde materna (BRASIL, 2012). Em 2016, a OMS recomendou como número ideal um mínimo de 08 (oito) contatos entre a mãe e os profissionais de saúde (OMS, 2016).

Nota-se, no período analisado, um acréscimo de 33% de gestantes soteropolitanas que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, com uma variação percentual de 51% no ano de 2014 para 68% no ano de 2023 (Gráfico 14). Esse resultado acompanha também o crescimento das consultas realizadas pelas gestantes do estado da Bahia, que obtiveram um aumento de 44% no mesmo período.

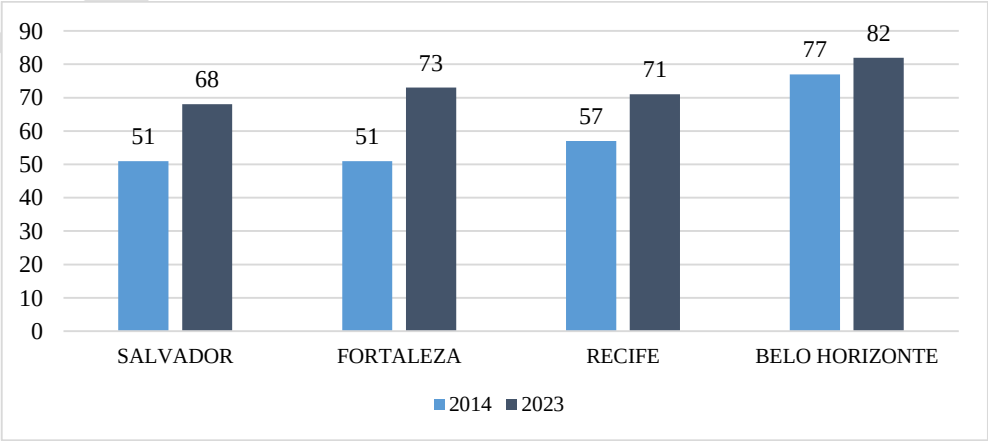
Gráfico 14- Percentual de nascidos vivos de mães com 07 e mais consultas de Pré-Natal, segundo local de residência, Salvador e Bahia, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVS/SUIS/SINASC. Dados processados em 10/09/2025

Ao compararmos capitais brasileiras de porte similares a Salvador, como Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, podemos observar que o maior crescimento na proporção de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal no período avaliado foi em Fortaleza (44%), enquanto o menor foi registrado em Belo Horizonte (7%) (Gráfico 15).

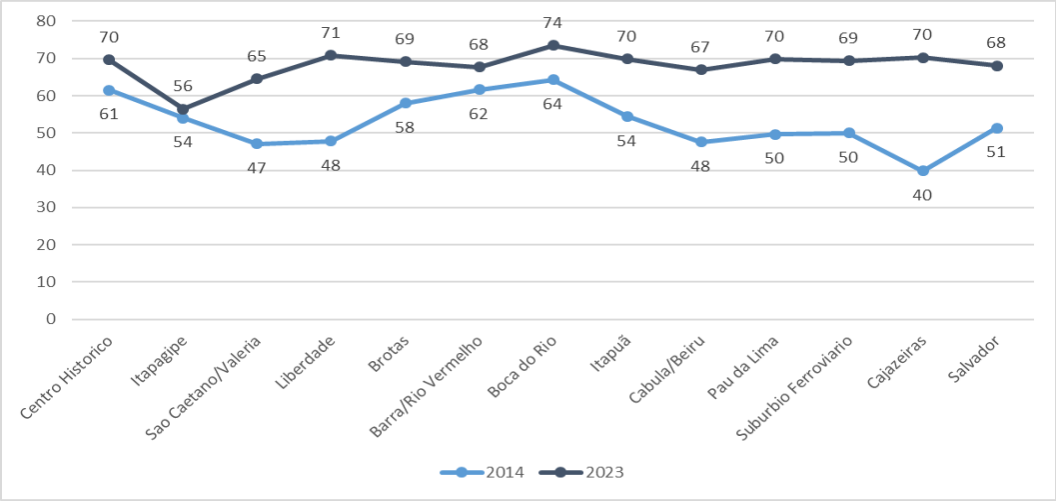
Gráfico 15- Proporção de nascidos vivos de mães com 07 e mais consultas de Pré-Natal, segundo local de residência. Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014 e 2023.



Fonte: DATASUS/SMS/DVS/SUIS/SINASC. Dados processados em 10/09/2025

Com relação aos Distritos Sanitários, entre os anos de 2014 e 2023, todos os DS exibiram um aumento na proporção de nascidos vivos de mães com 7 e mais consultas de pré-natal, com destaque para os DS Cajazeiras (76%), Liberdade (48%) e Cabula/Beirú e Pau da Lima, ambos com 41% (Gráfico 16).

Gráfico 16- Proporção de nascidos vivos de mães com 7 e mais consultas de pré-natal segundo Distrito Sanitário de residência e Salvador, 2014 e 2023.



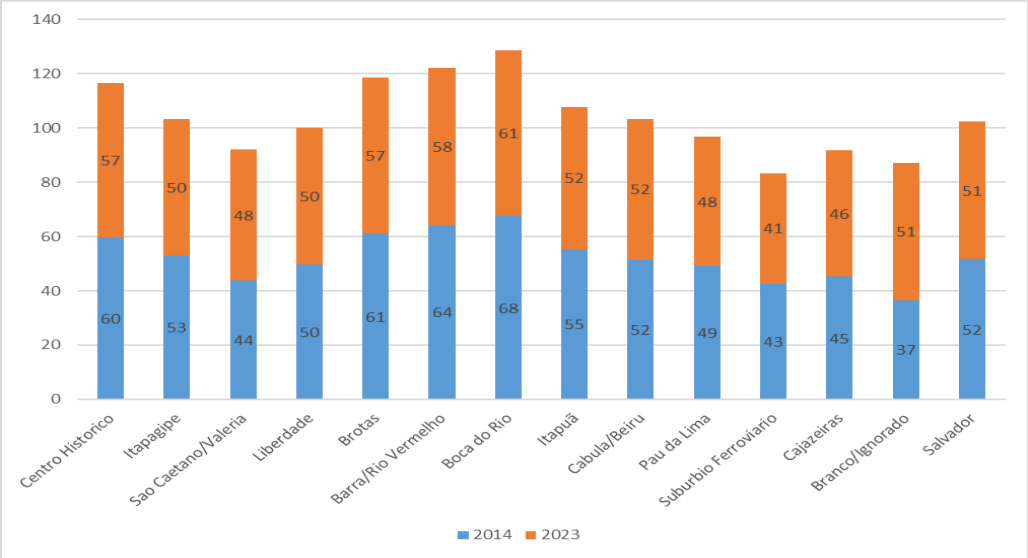
Fonte: SMS/DVS/SUIS/SINASC. Dados processados em 09/09/2025

A proporção de partos cesáreos é um indicador central da qualidade da assistência pré-natal e do acesso à saúde, sendo influenciada por fatores socioeconômicos e pelo modelo assistencial. Embora altas taxas possam indicar o atendimento a gestações de alto risco, elas frequentemente revelam indicações cirúrgicas desnecessárias em substituição ao parto natural (RIPSA, 2000). Enquanto a OMS recomenda que a taxa ideal de cesáreas, baseada em critérios médicos, fique entre 10% e 15%, dados globais mostram um cenário oposto. Esse cenário aponta para uma epidemia de cesarianas no país.

Em Salvador, é possível observar uma discreta diminuição (2,1%) na proporção de partos cesáreos, entre os anos de 2014 e 2023. No entanto, essa taxa (51%) ainda é considerada elevada, aproximando-se do padrão nacional. No que se refere aos Distritos Sanitários, observa-se uma redução dessa proporção, ao comparar os anos estudados, em 10 dos 12 DS. As maiores reduções foram registradas nos DS Barra/Rio Vermelho (9,8%), Boca do Rio (9,8%) e Brotas (6%).

CONSULTA

Gráfico 17- Proporção de partos cesáreos segundo Distrito Sanitário de residência e Salvador, 2014 e 2023.



Fonte: SMS/DVS/SUIS/SINASC. Dados processados em 09/09/2025

A prematuridade é definida como o nascimento ocorrido antes de serem completadas 37 semanas de gestação (OMS, 2018). Ela é classificada com base na idade gestacional em três categorias: prematuridade extrema (de 22 a menos de 28 semanas), prematuridade severa (de 28 a menos de 32 semanas) e prematuridade moderada a tardia (de 32 a menos de 37 semanas). Em 2020, aproximadamente 13,4 milhões de bebês nasceram prematuros no mundo, representando mais de 10% de todos os nascimentos. Na região das Américas, a ocorrência desses nascimentos chega a cerca de 1,2 milhão anualmente. A magnitude dos nascimentos prematuros resulta sendo a principal causa de óbito entre crianças menores de 5 anos atualmente (BRASIL, 2024).

No que se refere as anomalias congênitas estas consistem em alterações na estrutura ou na função de órgãos ou partes do corpo, as quais ocorrem durante o desenvolvimento, ainda na vida intrauterina. Elas podem ser causadas por uma ampla variedade de fatores etiológicos, dentre os quais estão fatores genéticos, ambientais (teratógenos) ou ainda a combinação entre esses (etiologia multifatorial). Seu diagnóstico pode se dar antes, durante ou depois do nascimento.

Apesar de muitas anomalias serem passíveis de prevenção e intervenção em diferentes níveis, elas representam importante causa de mortalidade infantil e morbidade dos indivíduos afetados. No Brasil, essas condições estão entre as principais causas de mortalidade infantil (BRASIL, 2023).

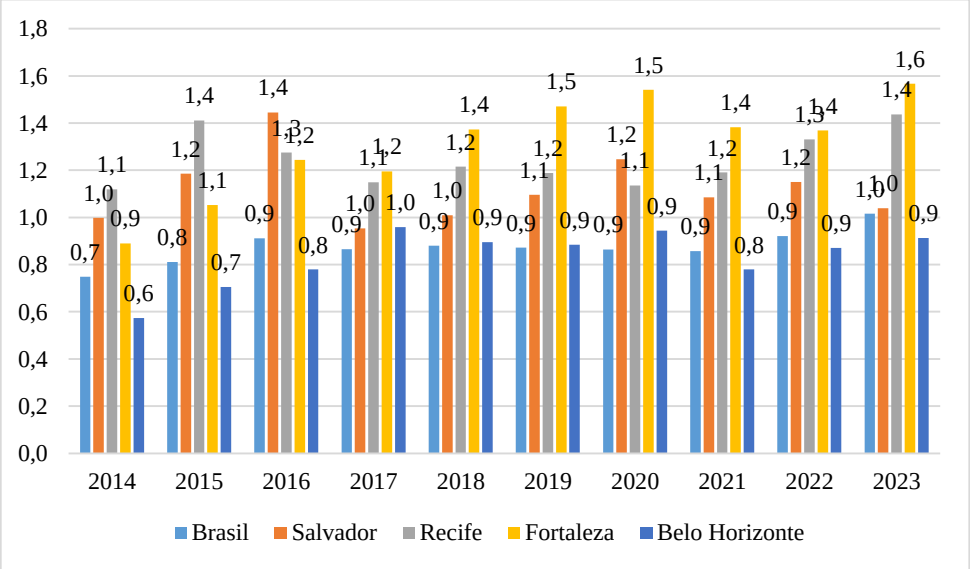
Estima-se que, globalmente, cerca de 3% a 6% dos nascidos vivos são diagnosticados com algum tipo de anomalia congênita. No Brasil, menos de 1% dos nascidos vivos são registrados

CONSULTA PÚBLICA

a cada ano com algum tipo de anomalia congênita no SINASC. Destaca-se que, conforme estabelecido pela Lei nº 13.685, de 25 de junho de 2018, todas as anomalias congênitas detectadas no recém-nascido possuem caráter de notificação compulsória, sendo a DNV o documento que permite o registro desses casos. Contudo, mesmo com a obrigatoriedade da notificação, nota-se uma importante subnotificação dos casos quando comparado com estimativas globais (BRASIL, 2023)

Ao analisar o comportamento da proporção de anomalias congênitas detectadas nos nascidos vivos do Brasil, Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, observa-se que apenas em Salvador não há um incremento ao se comparar os anos de 2014 e 2023, apesar de registros de aumento na proporção em alguns anos (com destaque para 2016) (Gráfico 18). Embora seja observado aumento importante no Brasil (36%), em Fortaleza (76%), Belo Horizonte (59%) e Recife (28%) entre 2014 e 2023, nota-se também uma proporção aquém do estimado globalmente, sugerindo uma importante subnotificação das anomalias congênitas ao nascimento.

Gráfico 18- Proporção de nascidos vivos com anomalia congênita detectada, Brasil, Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.



Fonte: DATASUS/SMS/DVS/SUIS/SINASC. Dados processados em 10/09/2025

2. PERFIL SOCIOECONÔMICO

2.1 Condições Sócio Ocupacional

Considerando a definição utilizada pelo IBGE, a População em Idade Ativa (PIA) corresponde às pessoas de 15 a 64 anos, faixa etária considerada apta para o trabalho e frequentemente aplicada para análises estatísticas nacionais. Ao analisar a População em Idade

Ativa (PIA) e a População Economicamente Ativa (PEA), observa-se que corresponde 89% da população residente do município de Salvador encontra-se na idade ativa, 83,2% desse grupo estão economicamente ativas. Ao comparar com dados do quadro observa-se que Salvador possui uma proporção maior tanto em relação ao município de Fortaleza, quanto ao estado da Bahia e do Brasil (Quadro 02).

Quadro 02 - Distribuição da População em Idade Ativa (PIA) e População Economicamente Ativa (PEA), Brasil, Bahia, Salvador e Fortaleza, 2022.

	População Residente	**PIA**		**PEA**	
		N	**%**	**N**	**%**
Brasil	203.080.756	176626456	87,0	162942014	80,2
Bahia	14.141.626	12288271	86,9	10934914	77,3
Salvador	2.417.678	2153909	89,1	2011950	83,2
Fortaleza	2.428.708	2134344	87,9	1979393	81,5

Fonte: IBGE, 2022.

O gráfico 19 apresenta uma comparação entre as cidades de Salvador e Fortaleza em relação a diferentes categorias do mercado de trabalho, em 2022. Observa-se que Salvador possui uma população em idade de trabalhar que corresponde a 2.446 mil pessoas enquanto que, em Fortaleza esta população corresponde a 2.248 mil.

Em relação à força de trabalho, Salvador também apresenta números superiores, com 1.586 mil pessoas, frente a 1.392 mil em Fortaleza, sugerindo uma maior taxa de participação no mercado de trabalho.

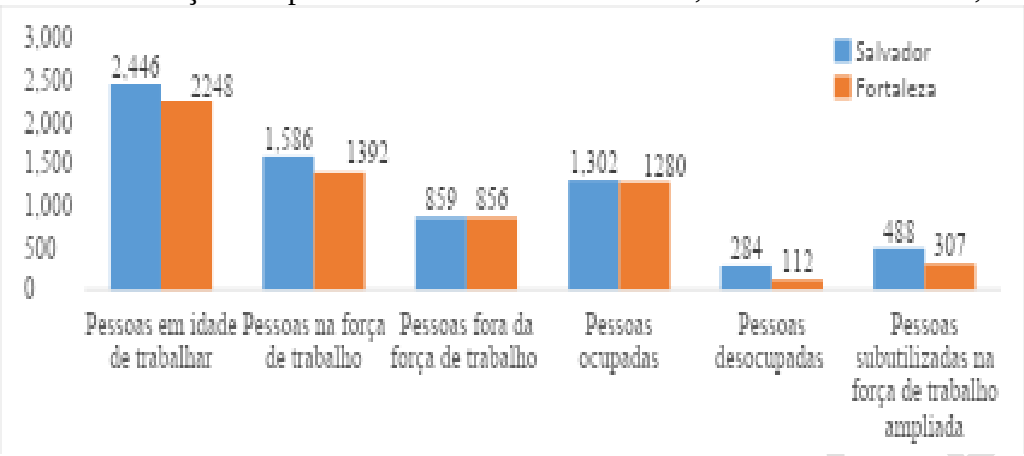
Apesar disso, o número de pessoas fora da força de trabalho é bastante semelhante entre as duas cidades, com 859 mil em Salvador e 856 mil em Fortaleza. No que diz respeito à população ocupada, os números são próximos: Salvador registra 1.302 mil pessoas ocupadas e Fortaleza, 1.280 mil.

No entanto, quando se observa o número de pessoas desocupadas, Salvador apresenta um contingente de 284 mil em comparação a Fortaleza com 112 mil, evidenciando uma taxa de desemprego mais alta na capital baiana.

Além disso, o número de pessoas subutilizadas na força de trabalho ampliada é também maior em Salvador (488 mil) do que em Fortaleza (307 mil). Esse dado reforça que o mercado de trabalho em Salvador enfrenta maiores desafios, como a informalidade, a precarização e a exclusão de parcelas significativas da população economicamente ativa.

CONSULTA PÚBLICA

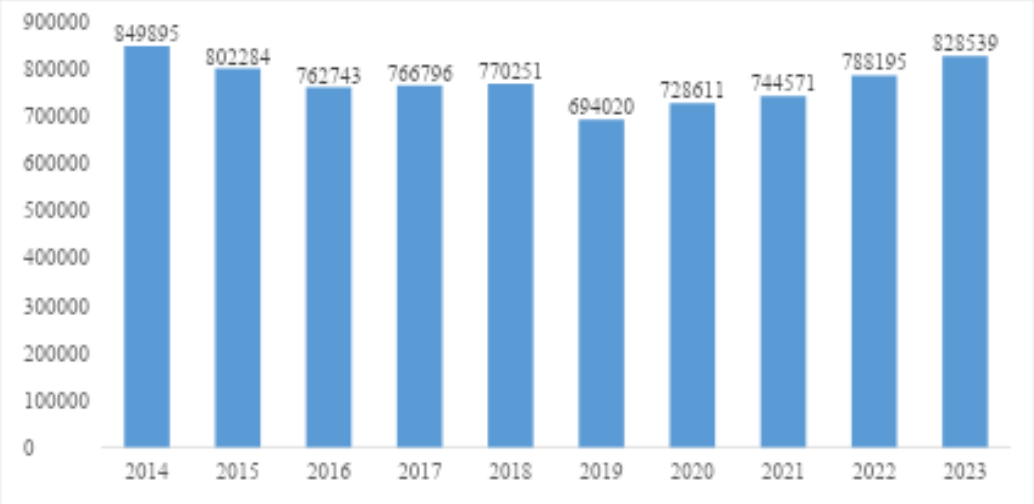
Gráfico 19- Distribuição das pessoas no mercado de trabalho, Salvador e Fortaleza, 2022.



Fonte: IBGE, 2022.

Os dados da Relação Anual de Informação (RAIS) dos trabalhadores formais vinculados aos municípios de Salvador, no período de 2014 a 2023, demonstra a tendência de decréscimo até 2019 e retorna o crescimento a partir de 2020. Embora os valores observados não alcancem aqueles observados no primeiro ano do intervalo (2014) correspondendo a 849 895 apontando para uma desaceleração da economia, ainda não retomada (Gráfico 20).

Gráfico 20- Número de Trabalhadores da RAIS. Salvador, 2014-2023.



Fonte: RAIS/IBGE, 2023.

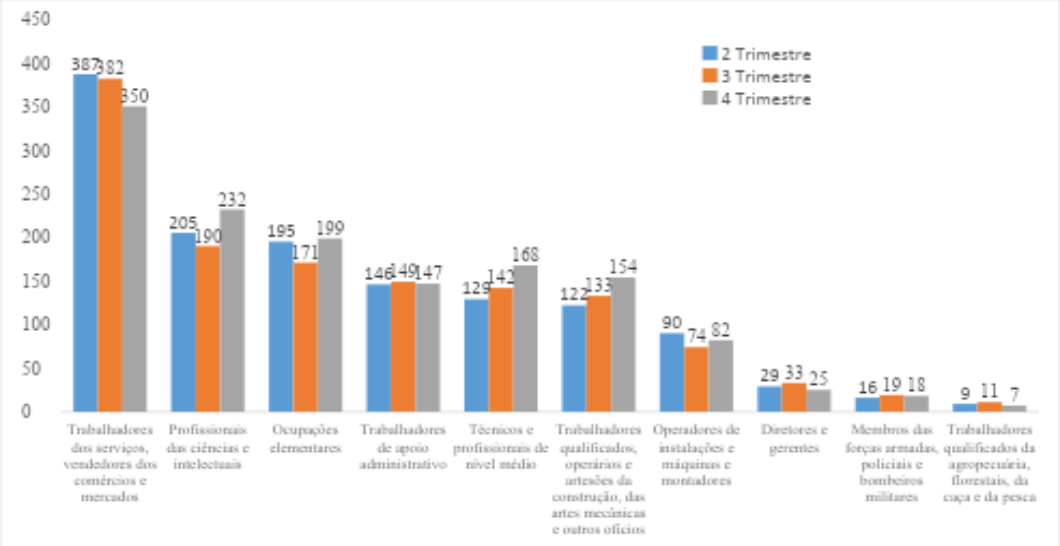
Ao observar a evolução das ocupações ao longo do 2º, 3º e 4º trimestres de 2022, percebe-se que o grupo mais numeroso foi o dos trabalhadores dos serviços, vendedores dos comércios e mercados**,** com valores expressivos em todos os trimestres: 387 mil, 382 mil e 350 mil respectivamente. Esse grupo permaneceu como o mais representativo da força de trabalho. Profissionais das ciências e intelectuais também houve uma participação significativa e tendência de crescimento, passou de 205 mil no 2º trimestre para 232 mil no 4º trimestre. Esse

crescimento pode indicar expansão em áreas como educação, saúde e serviços especializados (Gráfico 21).

As Ocupações elementares se mantiveram com números relativamente altos e estáveis, oscilando entre 195 mil e 199 mil. Esse dado indica a persistência de postos de trabalho com menores exigências de qualificação. Já os Técnicos e profissionais de nível médio também apresentaram crescimento constante: 129 mil, 142 mil e 168 mil nos trimestres, sugerindo o aumento da demanda por formações técnicas intermediárias.

As ocupações militares e de segurança pública apresentaram números baixos, oscilando entre 16 mil e 19 mil ao longo dos trimestres. Por fim, não houve registro para o grupo de Ocupações mal definidas, o que pode indicar ausência de dados ou desconsideração dessa categoria.

Gráfico 21- Pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por grupamento ocupacional no trabalho principal, Salvador, nos trimestres[6] de 2022.



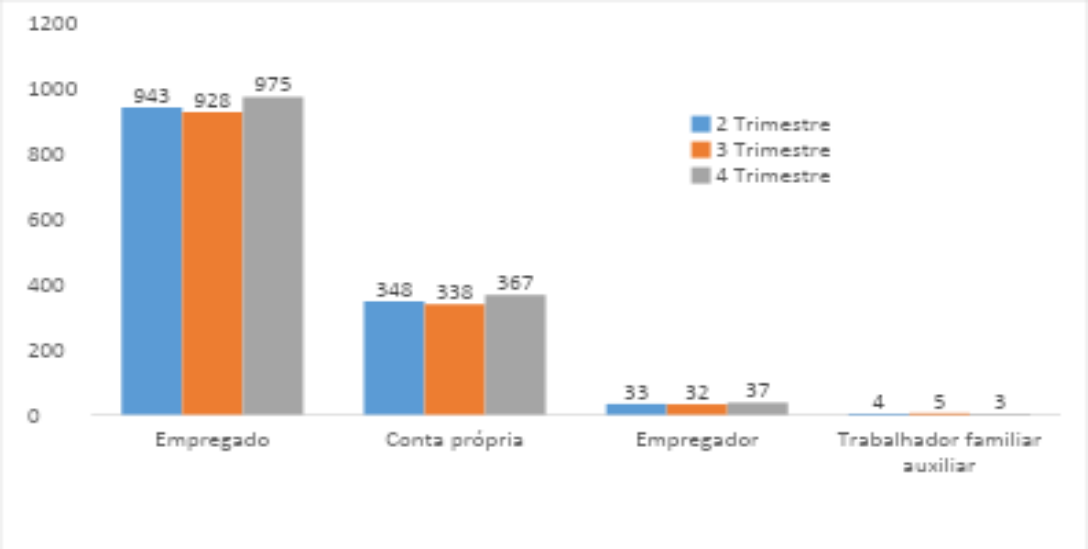
Fonte: IBGE, 2022.

Nota-se que a maior concentração na categoria de empregados, que apresenta os maiores valores ao longo dos três períodos de 2022. O crescimento no 4º trimestre, alcançando 975 mil, possivelmente em razão de contratações sazonais típicas do final de ano. A categoria de trabalhadores por conta própria aparece em segundo lugar, com leve oscilação entre os trimestres: 348 mil no 2º, 338 mil no 3º e 367 mil no 4º. Esses números sugerem certa recuperação ou aquecimento da atividade autônoma nos últimos meses do ano. Os empregadores formam um grupo numericamente menor e mais estável, variando de 33 mil para

[6] O sistema não disponibilizou os dados do primeiro trimestre.

32 mil e chegando a 37 mil. Por fim, os trabalhadores familiares auxiliares representam a menor parcela da população ocupada, com variações entre 4 e 5 mil indivíduos (Gráfico 22).

Gráfico 22- Distribuição dos ocupados por posição na ocupação ao longo de três trimestres de 2022 (2º, 3º e 4º) [7]



Fonte: IBGE, 2022

3. PERFIL SANITÁRIO

Salvador, enquanto metrópole de expressiva relevância socioeconômica, apresenta uma economia predominantemente sustentada pelo setor terciário — comércio e serviços — responsável pela maior participação no PIB municipal (86,7%) (SEI, 2025). Essa predominância confere ao território elevada complexidade sanitária, uma vez que os riscos inerentes às diferentes etapas do ciclo produção-consumo impactam diretamente os objetos de interesse da Vigilância Sanitária (Visa), exigindo estratégias permanentes de monitoramento, regulação e intervenção fundamentadas na análise situacional de saúde.

Destaca-se no cadastro municipal o predomínio dos serviços de alimentação classificados como de baixo[8] risco sanitário, seguido dos serviços de saúde (Gráfico 23). As atividades no segmento de alimentos estão presentes em todos os distritos sanitários, abrangendo tanto o setor formal quanto o informal. Nessa área, os principais riscos associados

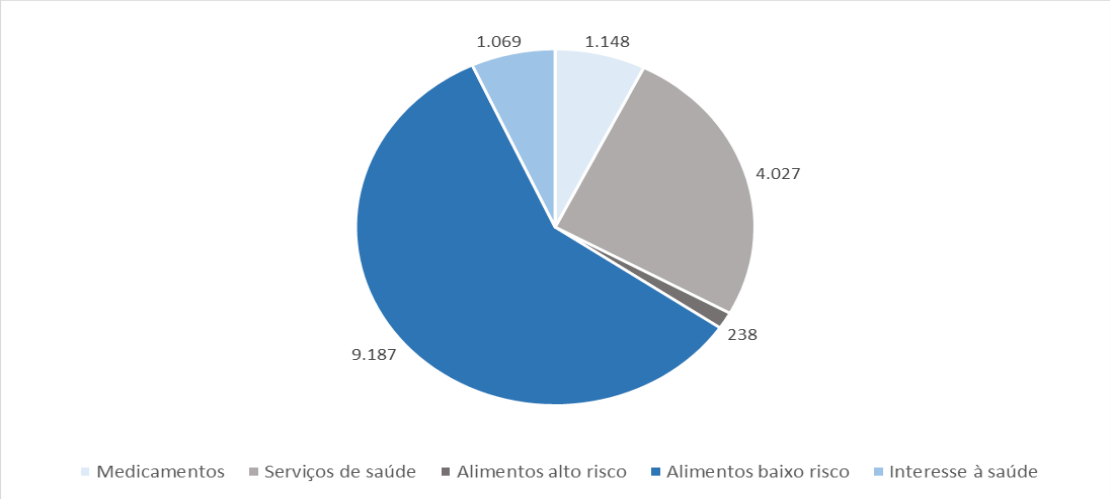
[7] Os sistemas não disponibilizaram os dados do primeiro trimestre.

[8] A RDC Anvisa nº 153/2017 define grau de risco como nível de perigo potencial de ocorrência de danos à integridade física e à saúde humana, ao meio ambiente em decorrência de exercício de atividade econômica. Art. 5º. Para efeito de licenciamento sanitário, adota-se a seguinte classificação do grau de risco das atividades econômicas: II – baixo risco: atividades econômicas cujo início da operação do estabelecimento ocorrerá sem a realização de inspeção sanitária ou análise documental prévia por parte do órgão responsável pela emissão da licença sanitária.

são a transmissão de doenças de origem alimentar, decorrente da ausência de boas práticas de produção (RAG, 2021), e contaminação exógena, proveniente de substâncias químicas estranhas. A ingestão de alimentos contaminados afeta cerca de 10% da população mundial, causando mais de 420 mil mortes anuais, das quais 125 mil são de crianças menores de cinco anos, segundo a OMS (National Geographic Brasil, 2023).

Ao analisar os dados de 2021[9], observa-se 9.187 registros estabelecimentos de alimentos classificados como de baixo risco sanitário e 4.027 estabelecimentos de serviços de saúde com cadastros (Gráfico 23). Em relação aos estabelecimentos com classificação baixo risco se encontram na mesma categoria aqueles classificados como baixo risco A que dispensam o Alvará de Saúde, e baixo risco B ou médio risco, cujas atividades econômicas comportam vistoria posterior à liberação do Alvará de Saúde. Dessa forma, a ausência de distinção entre essas categorias no cadastro municipal compromete uma representação mais específica do risco sanitário das atividades desenvolvidas no período analisado.

Gráfico 23- Caracterização do cadastro de estabelecimentos de interesse da Visa Salvador - BA no ano de 2021.



Fonte: SMS/Relatório Anual de Gestão 2021.

Quanto aos serviços de saúde, observa-se presença em toda a cidade, com maior concentração de estabelecimentos no distrito Barra/Rio Vermelho, seguido por Itapuã e Brotas. É nesse segmento que se concentram as principais atividades econômicas de alto[10] risco sanitário, demandando da Visa equipes multidisciplinares e procedimentos mais rigorosos para

[9] Importante destacar que as informações cadastrais mencionadas referem-se ao ano de 2021, uma vez que não foi possível construir uma série histórica desses dados. Isso se deve à ausência de um sistema informatizado, o que inviabiliza a oferta de informações que representem com precisão o universo de atuação das equipes de Visa no município.

[10] Art. 5º para efeito de licenciamento sanitário, adota-se a seguinte classificação do grau de risco das atividades econômicas: I – alto risco: atividades econômicas que exigem inspeção sanitária ou análise documental prévia por parte do órgão responsável pela emissão da licença sanitária, antes do início da operação do estabelecimento (RDC Anvisa nº 153/2017)

emissão do Alvará de Saúde — como análise do projeto arquitetônico e inspeção prévia — em razão da complexidade envolvida, sobretudo porque esses serviços envolvem o contato direto com o paciente; procedimentos invasivos e complexos; uso de medicamentos e substâncias controladas; risco de infecções e impactos ambientais (RAG 2021-2023).

Ademais, houve um período marcado pela pandemia da COVID-19, que reorientou as atividades da Vigilância Sanitária municipal, gerando uma demanda intensificada por ações voltadas aos serviços de saúde — tendência que se manteve após o enfrentamento mais crítico da crise sanitária. A pandemia Covid-19 provocou não apenas uma crise sanitária, mas também econômica e social (Trovão e Dedeca, 2024). Cenários como esse tendem a intensificar o empreendedorismo como alternativa ao desemprego e como estratégia de complementação da renda familiar (Vale, Correa e Reis, 2014).

Porém, Alves et al. (2016) identificaram que, embora 60% dos empreendedores reconheçam o atendimento como um diferencial competitivo, apenas 40% atribuem destaque à qualidade dos serviços prestados — aspecto preocupante, já que a negligência da qualidade representa risco direto à saúde pública. Tal realidade reforça a necessidade de atuação vigilante e contínua do poder público.

Além da influência econômica cotidiana, outro fator de destaque na configuração do perfil sanitário de Salvador refere-se aos eventos de massa. Manifestações culturais, como o Carnaval, movimentam intensamente a economia local, gerando emprego e renda em diferentes setores formais e informais. Entretanto, também potencializam o risco de disseminação de doenças transmissíveis, em razão do grande fluxo e aglomeração de pessoas e da intensa circulação de turistas em nível nacional e internacional.

Para reduzir os impactos sobre a saúde da população, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) adota tecnologias de intervenção — como promoção, inspeção, fiscalização, prevenção e educação em saúde — articulando ações da vigilância e dos serviços assistenciais para minimizar a morbimortalidade e as emergências em saúde pública durante o evento (SMS, 2025). Essas medidas evidenciam o papel transversal da Visa na proteção da população, sobretudo em contextos de elevada vulnerabilidade sanitária.

Nesse contexto, a Visa estrutura suas ações de prevenção de doenças, proteção e promoção à saúde voltadas para o Carnaval, desenvolvendo atividades prévias nos segmentos envolvidos nas festas populares e nos circuitos oficiais da folia. Entre essas ações, destacam-se inspeções sanitárias e orientações, além de iniciativas de educação em saúde, como treinamentos ecapacitações.

CONSULTA PUBLICA

São reealizadas pré-vistorias nos trios elétricos e demais estruturas que compõem o evento, avaliando aspectos essenciais para garantir a segurança sanitária. Durante os dias de festa, equipes multidisciplinares atuam nos circuitos Dodô, Osmar e Batatinha, realizando ações de fiscalização e educação em saúde, com o apoio de praticáveis estrategicamente instalados ao longo desses percursos.

As atividades da Visa abrangem trios elétricos, carros de apoio, camarotes, além do comércio formal e, sobretudo, informal de alimentos. Complementando essa atuação, dispõe-se de uma equipe móvel que circula pelos circuitos e carnavais dos bairros, reforçando as ações de vigilância em Módulos de Assistência à Saúde municipais, Centros de Convivência, unidades do Fique Sabendo, entre outros. Inclui, ainda, ações conjuntas com a Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (DIVISA) da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), no que se refere à oferta de alimentos às forças de segurança pública que atuam na festa, ampliando o alcance e a efetividade das estratégias de saúde durante o período carnavalesco.

Nesse cenário, marcado por intensa movimentação e múltiplas interações sociais, torna-se ainda mais relevante a discussão sobre vulnerabilidades sanitárias e a compreensão ampliada do conceito de risco no âmbito da Visa. Conforme aponta Costa (2009), o risco não se restringe à probabilidade de ocorrência de um evento, mas envolve também a possibilidade de que produtos, processos, serviços ou ambientes provoquem, direta ou indiretamente, danos à saúde. Assim, a Visa se configura como uma instância social de mediação entre os interesses econômicos — relacionados à produção de bens e serviços — e a proteção da saúde da população.

Diante desse panorama, evidencia-se a centralidade das ações da Visa no controle de bens e serviços de interesse à saúde, apoiadas por um conjunto de tecnologias de intervenção, que incluem a legislação — por meio de normas jurídicas e técnicas —, a fiscalização, a inspeção, o monitoramento, a vigilância de eventos adversos e outros agravos, pesquisas epidemiológicas e laboratoriais, além de estratégias de informação, comunicação e educação em saúde (Costa, 2009). De forma articulada, essas ações visam reduzir, prevenir e eliminar riscos, proteger a saúde da população e assegurar maior segurança sanitária no território, consolidando a Visa como pilar essencial para a garantia do direito à saúde em Salvador.

CONSULTA PUBLICA

4. PERFIL AMBIENTAL

4.1 Território

A estruturação da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil se consolidou com o surgimento da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), criada pelo Decreto Federal nº 4726/2003, e do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, instituído pela Instrução Normativa nº 01/2005 do Ministério da Saúde. Após mais de uma década de sua implementação, a vigilância em saúde ambiental ainda vivencia cenários de incertezas, tanto do ponto de vista sanitário/ambiental quanto institucional, visto que apenas as capitais dos Estados e as Cidades que possuem mais de 200 mil habitantes obrigatoriamente devem ter esta vigilância no escopo da Secretaria de Saúde (BEZERRA, 2017).

No município de Salvador, as ações de Vigilância em Saúde Ambiental (Visamb) são realizadas, desde 2006, através de uma subcoordenação vinculada à Diretoria de Vigilância em Saúde. As atividades desta Vigilância estão estruturadas em três linhas de ações principais, relacionadas à vigilância de fatores ambientais que incidam sobre a saúde da população, a saber: Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA); Vigilância de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (VIGIPEQ); e Vigilância relacionada aos Riscos decorrentes dos Desastres de Origem Natural, de Fatores Físicos e de Acidentes com Produtos Perigosos (VIGIDESASTRES). As ações da Vigilância em Saúde Ambiental, ao longo dos anos de 2014 a 2023 consolidaram das atividades dos programas de vigilância e monitoramento.

4.2 Área Territorial

Salvador está situada entre as coordenadas geográficas 12º47’04” de latitude sul e 38º24’14” de longitude oeste, com uma área de 692,589 km² (IBGE,2024). Em 2024, a área do município era de 692,589 km², o que o coloca na posição 225 de 417 entre os municípios do estado e 1939 de 5570 entre todos os municípios do Brasil.

A capital da Bahia caracteriza-se por apresentar clima tropical quente e úmido, com temperaturas médias de 24ºC e máximas de 32ºC, precipitações variando de 600 a 2500 mm anuais, fortemente influenciados pelas altitudes e salinidades marinhas. A cidade não apresenta estação seca, os maiores volumes de chuvas são registrados entre os meses de março e agosto (outono e inverno).

CONSULTA PUBLICA

O território da cidade é peninsular e o litoral é margeado pela Baía de Todos os Santos a oeste, e pelo Oceano Atlântico a leste, composto de uma parte continental e outra parte insular – Ilha de Maré, Ilha dos Frades e Ilha de Bom Jesus dos Passos.

De acordo com a Lei Orgânica de Uso e Ocupação do Solo LEI N° 9148/2016, Esta Lei dispõe sobre o ordenamento urbano do Município de Salvador, através da divisão do território em zonas de uso e áreas especiais, e estabelece critérios e parâmetros de parcelamento e urbanização, uso e ocupação do solo, com o objetivo de orientar e ordenar o crescimento da cidade, em consonância com as diretrizes do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano - PDDU.

O zoneamento de Salvador, conforme estabelecido pelo Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU), divide o território municipal em zonas com diferentes usos e características. Essas zonas são definidas para ordenar o uso e a ocupação do solo, visando o desenvolvimento urbano sustentável. Zona Predominantemente Residencial (ZPR) essa zona é dividida em ZPR – 1 de baixa, ZPR - 2 de média, ZPR - 3 de alta, densidade construtiva e demográfica. Zona Especial de Interesse Social (ZEIS); Zona Centralidade Metropolitana (ZCMe); Zona Centralidade Municipal (ZCMu); Zona Centralidade Linear Metropolitana (ZCLMe); Zona Centralidade Linear Municipal (ZCLMu); Zona de Uso Sustentável nas Ilhas (ZUSI); Zona de Desenvolvimento Econômico (ZDE); Zona de Interesse Turístico (ZIT); Zona de Exploração Mineral (ZEM); Zona de Uso Especial (ZUE); Zona de Proteção Ambiental (ZPAM).

4.3 Divisões Territoriais

A cidade de Salvador é dividida em 18 regiões administrativas (RAs), subdivididas em 171 bairros. Cada região possui uma prefeitura-bairro responsável por serviços como limpeza urbana, iluminação pública, e manutenção de praças e equipamentos públicos. Os limites dessas divisões territoriais podem ser consultados em mapas oficiais e sistemas de informações geográficas da prefeitura. As subdivisões de Salvador são os bairros, como também outras repartições do território do município brasileiro de Salvador. Em lei de 2017, os bairros foram definidos a partir de critérios de identificação e delimitação a noção de identidade e de pertencimento e o reconhecimento do território.

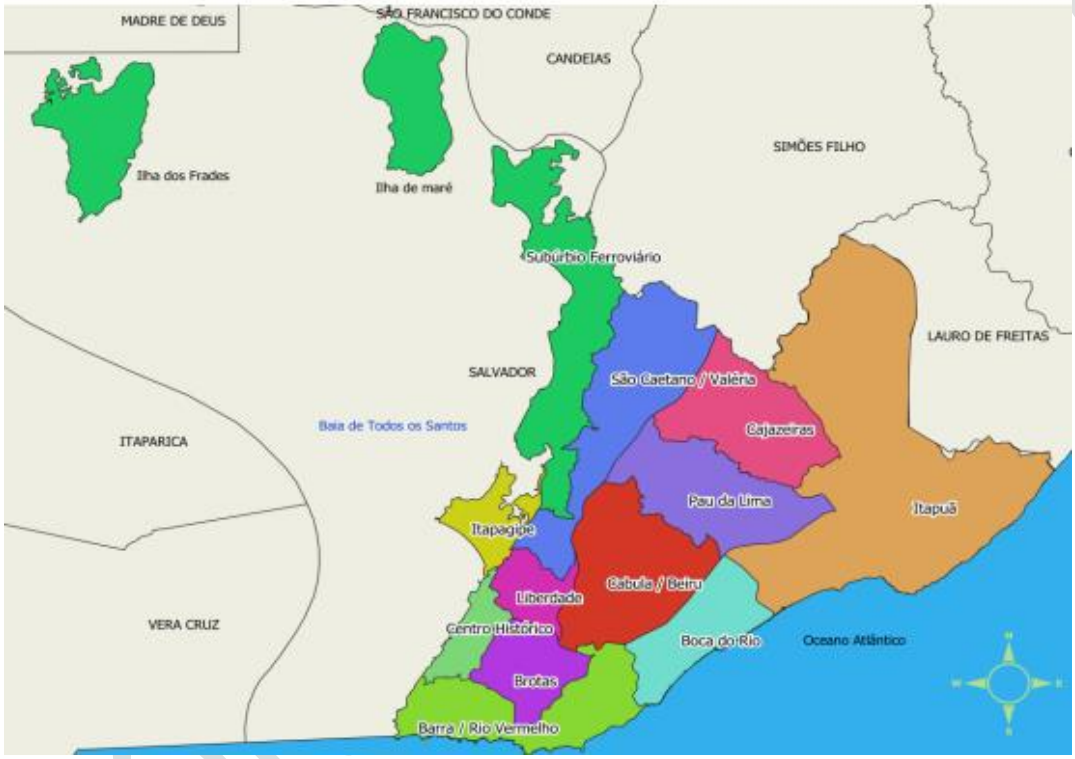
Para além dos bairros definidos pelo poder público municipal, a repartição do território soteropolitano possui outros zoneamentos oriundos de variadas instituições. Tradicional e

CONSULTA PÚBLICA

historicamente, Salvador é dividida em Cidade Alta e Cidade Baixa, com base na Falha Geológica de Salvador.

A divisão dos Distritos Sanitários de Salvador, Bahia, compreende 12 áreas geográficas, cada uma com suas características e necessidades específicas de saúde. Esses distritos são: Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Brotas, Cabula, Cajazeiras, Centro Histórico, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da lima, São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário. Cada distrito é responsável por coordenar a atenção básica à saúde em sua área, incluindo a distribuição de unidades de saúde e equipes.

Mapa 09- Distritos Sanitários de Salvador, 2022.

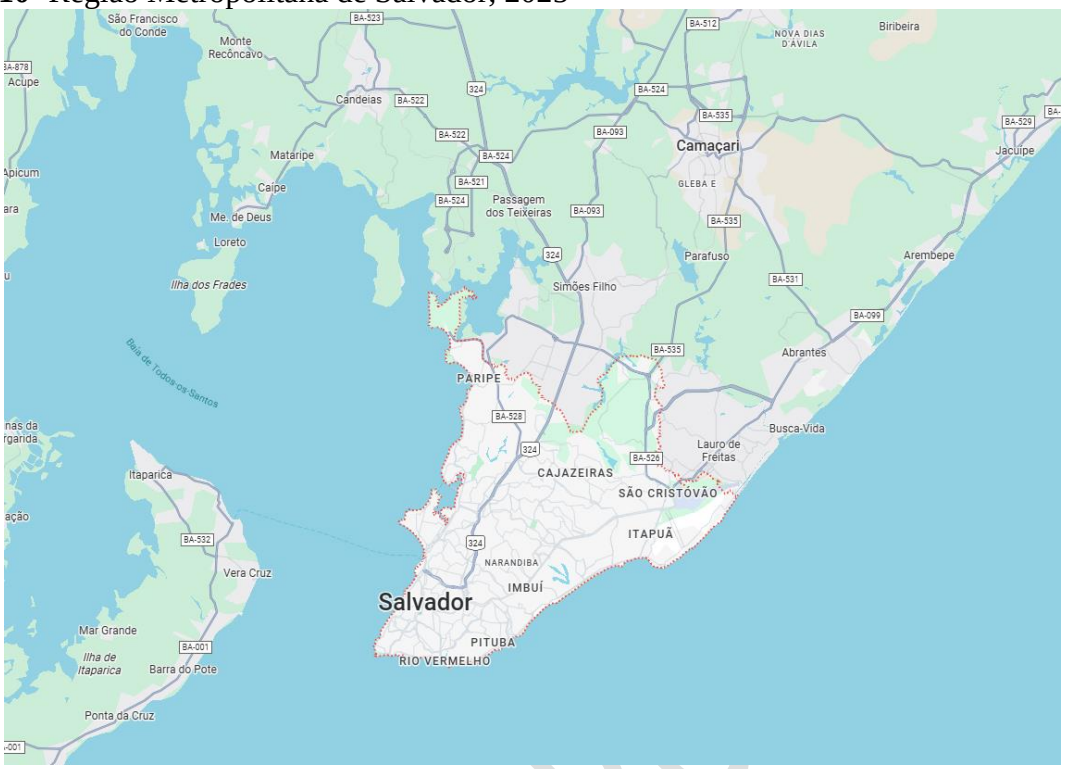


Fonte: PMS/SMS, 2022

4.4 Municípios Abrangentes

A Região Metropolitana de Salvador (RMS), localizada na Bahia, é constituída, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, por treze municípios, totalizando aproximadamente 3,62 milhões de habitantes e com expressiva relação econômica, social e de infraestrutura com a capital Salvador.

Mapa 10- Região Metropolitana de Salvador, 2025



Fonte: GoogleMaps, 2025

Esta cidade é a mais populosa, com cerca de 2.568.928, concentrando a maior parte da população da RMS. Além de Salvador, integram a RMS, os municípios de Lauro de Freitas, que é um importante centro urbano com forte crescimento populacional, com 217.960 habitantes; Camaçari, um destacado polo industrial e petroquímico com 319.394 habitantes; Simões Filho, com 120.394 habitantes, que se destaca também pela sua atividade industrial e sua posição estratégica; Candeias, conhecida pela presença da refinaria e do setor de petróleo e, por fim Dias d'Ávila, que com uma forte presença industrial, apresenta população equivalente, com 75.083 e 75.053 habitantes, respectivamente; São Francisco do Conde com cerca de 40.932 habitantes encontra-se, embora menor que outros, com infraestrutura estratégica na indústria petrolífera; Já Vera Cruz e Mata de São João com 44.978 e 44.839 habitantes, respectivamente, têm vocação turística, especialmente ligada às belezas naturais da Ilha de Itaparica e da Praia do Forte; E os municípios de São Sebastião do Passé (42.936 habitantes) e Pojuca (33.608 habitantes), se voltam para os setores energético e agroindustrial. Finalmente, Itaparica e Madre de Deus são os municípios menos populosos da RMS, com

20.369 e 19.173 habitantes, respectivamente, mas ainda desempenham uma certa significação local tanto pelo turismo como pelas características históricas e geográficas[11].

4.5 Mobilidade urbana

A estrutura viária e de mobilidade de Salvador está disposta em diversos modais, tais como rodoviário, ferroviário, vertical, cicloviário, aéreo e aquático, de acordo com as características geográficas soteropolitanas, destacadamente o território peninsular, as diferenças topográficas e a multiplicidade de centros urbanos. Dentre as principais vias terrestres, a cidade apresenta três rodovias (BR-324, BA-528 e BA-526) e as avenidas Luís Viana (Paralela), Afrânio Peixoto (Suburbana) e Mario Leal Ferreira (Bonocô), que são os principais corredores de ônibus urbano.

A "Estrada da Base Naval", oficialmente a BA-528 ou Estrada do Derba, é uma rodovia estadual que liga a BR-324 à Base Naval de Aratu, passando por diversos bairros dos distritos sanitários do Subúrbio Ferroviário e São Caetano Valéria. A estrada está situada na península de Paripe, com acesso à Baía de Aratu e interligando-se à Baía de Todos os Santos pelo Rio Cotegipe, e serve como principal via de acesso à Base Naval de Aratu, além de ser uma importante rota para diversos bairros e áreas industriais da região. Diversas linhas de ônibus utilizam a Estrada da Base Naval como parte de seus trajetos, como as linhas que conectam Base Naval e Baixa do Fiscal e ao Hospital do Subúrbio.

A estrada é um importante ponto de ligação na região, tanto para acesso à base naval quanto para o deslocamento entre diversos bairrose áreas industriais de Salvador. A BA-526, conhecida como CIA-Aeroporto é uma rodovia estadual, que possui aproximadamente 23 km de extensão, que conecta a região do Centro Industrial de Aratu (CIA) ao Aeroporto Internacional de Salvador, sendo uma via importante para o acesso ao aeroporto e para o fluxo de veículos na região, estando situada no distrito sanitário de Itapuã.

A BR-324 é a principal rodovia que conecta Salvador ao interior da Bahia e ao restante do país. É uma rodovia cujo ponto de origem começa em Balsas, Maranhão e termina em Salvador - Bahia. Em seu trajeto por Salvador, esta rodovia está situada nas áreas dos distritos sanitários de São Caetano Valéria, Cajazeiras e Cabula Beiru. Estas três rodovias são responsáveis pelos transportes de cargas que chegam à capital, para escoamento pelo Porto de Salvador e por aquelas oriundas do Porto para escoamento pelas rodovias federais.

[11] Todos os dados supracitados são estimativas populacionais do IBGE na data de 1° de julho de 2024, para os resultados do último Censo Demográfico oficial realizado em 2022, e refletem a diversidade populacional e funcional da região metropolitana, com centros urbanos, em expansão, municípios industriais e localidades de vocação turística e histórica, todas interligadas à dinâmica da capital baiana.

CONSULTA PÚBLICA

Para administração, operação e fiscalização do sistema de mobilidade nas rodovias, a responsabilidade é compartilhada entre a Secretaria Municipal de Mobilidade de Salvador (SEMOB), juntamente com a Superintendência de Trânsito do Salvador (TRANSALVADOR), autarquia municipal responsável pelo trânsito, a Agência Estadual de Regulação de Serviços Públicos de Energia, Transportes e Comunicações da Bahia (AGERBA) e o Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT).

A mobilidade através do sistema ferroviário é uma das mais antigas de Salvador. O Sistema de Trens do Subúrbio de Salvador, por vezes Sistema Ferroviário do Subúrbio de Salvador, foi o sistema ferroviário administrado pela empresa estatal Companhia de Transportes do Estado da Bahia (CTB), ligando a Cidade Baixa ao Subúrbio Ferroviário, inaugurado em 1860 pela empresa inglesa *Bahia and San Francisco Railway Company*. A linha ia até o município de Simões Filho até 1972 e foi sendo reduzido paulatinamente até meados dos anos de 1980 e, em 2000, a Prefeitura de Salvador criou a empresa estatal Companhia de Transportes de Salvador (CTS) para administrar o Sistema de Trens Urbanos de Salvador (trechos Calçada–Paripe).

Em 2013, o sistema metroviário foi transferido para a controle estadual, após um acordo entre os governos municipal e estadual, com o objetivo de agilizar a construção das linhas 1 e 2 do metrô, e integrá-las à linha suburbana e essas ao sistema rodoviário (ônibus), facilitando assim a troca entre os modais.

Desde 2021, o sistema foi permanentemente fechado, para dar lugar a um sistema de monotrilho, o VLT – Veículo Leve sobre Trilhos, que está em 22,32% de execução no Trecho 1, que liga a Estação da Calçada à Ilha de São João, com previsão de 36,4 km de extensão, 34 paradas e conectará a Ilha de São João, em Simões Filho, à Calçada, no Subúrbio Ferroviário, além de interligar Paripe, Águas Claras e Piatã. Além disso o VLT será totalmente elétrico e integrado ao metrô em dois pontos – Águas Claras e Bairro da Paz, contemplando os distritos sanitários do Subúrbio Ferroviário, Itapagipe, São Caetano Valéria, Cajazeiras, Boca do Rio e Itapuã.

A cidade do Salvador conta com ascensores fazem a ligação vertical entre os planos da cidade (Alta e Baixa) em quatro pontos: Elevador Lacerda e planos inclinados Gonçalves, Pilar e Liberdade-Calçada. Administrados pela Secretaria de Mobilidade de Salvador (SEMOB), os planos inclinados e os elevadores urbanos, com destaque para o Elevador Lacerda, são importantes equipamentos para a locomoção diária de soteropolitanos e turistas, funcionando como uma solução prática para a falha geológica que divide a cidade em Alta e Baixa.

CONSULTA PÚBLICA

Em 2022, os ascensores de Salvador realizaram cerca de 4,2 milhões de transportes de pessoas. Nos dois primeiros meses de 2023, os quatro ascensores – Elevador Lacerda e Planos Inclinados Gonçalves, Pilar e Liberdade/Calçada – já fizeram 954 mil transportes de pessoas. Diariamente, o Elevador Lacerda transporta 6.6 mil pessoas, em média; o Plano Inclinado Gonçalves, 4.3 mil pessoas; o Pilar 333 pessoas; e o Liberdade/Calçada, 4,3 mil. O Elevador do Taboão, reativado pela Prefeitura em setembro de 2021 (MACHADO, 2024).

Nas águas, o transporte é marítimo municipal e intermunicipal, por barcas (Sistema *Ferry-Boat*) e por lanchas e catamarãs. Por ser uma cidade litorânea, é comum a utilização do transporte aquaviário, contando com duas linhas aquaviárias municipais - Plataforma–Ribeira e Itamoabo (Ilha de Maré) –São Tomé, e linhas intermunicipais, com algumas rotas para a ilha de Itaparica, cuja regulamentação e fiscalização estão sob a gestão da Prefeitura de Salvador e da Companhia de Navegação Baiana, respectivamente. As linhas municipais ligam os distritos sanitários do Subúrbio Ferroviário (Ilhas e Continente) e Itapagipe.

O sistema de transportes de Salvador mostrou-se saturado em diversos pontos críticos, muito em virtude da carência em investimentos no transporte público coletivo ao passo do crescimento da taxa de motorização.

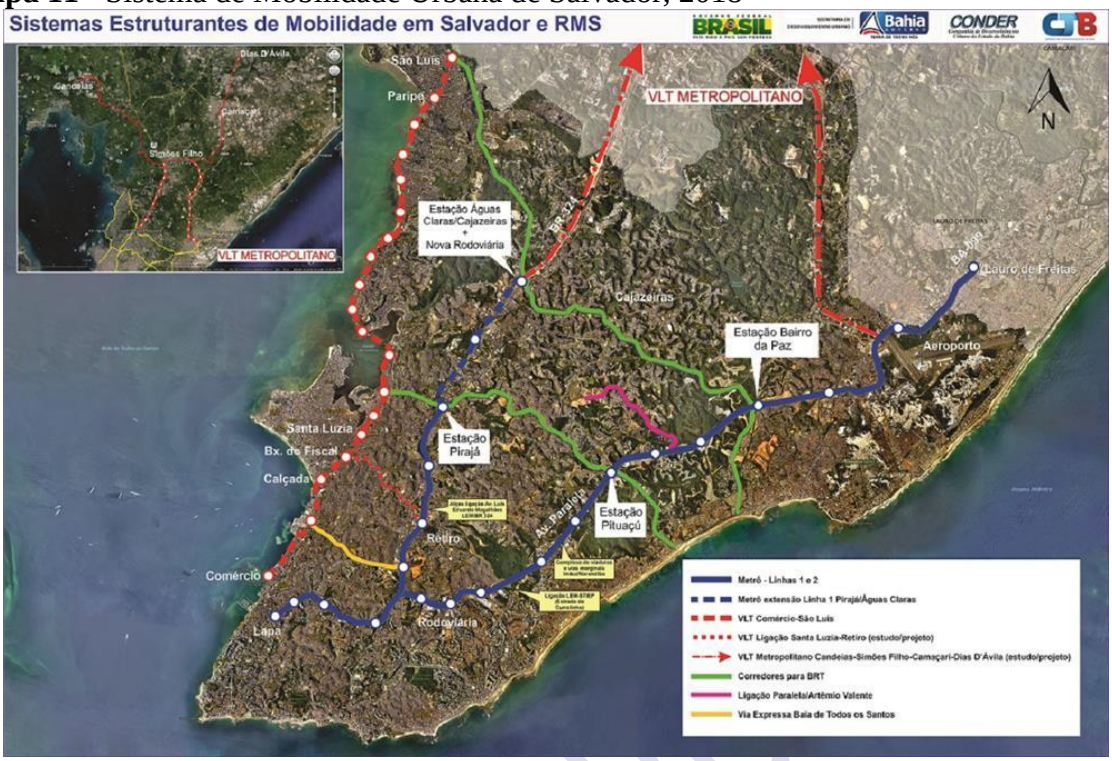
Contra esse cenário, foi proposto um sistema multimodal e integrado a partir da construção do metrô, que está inserido em rede integrada aos demais modais existentes na cidade, especialmente os ônibus, a fim de interromper o padrão de concentração espacial e temporal de viagens realizadas no município.

O Metrô entrou em funcionamento em 2014 e até dezembro de 2023 sua operação contemplava três linhas principais, integradas ao BRT e demais ônibus urbanos, alcançando os 12 distritos sanitários.

Outra qualificação na mobilidade urbana foi a implantação do BRT (*Bus Rapid Transit*), que diferente do sistema tradicional, por trafegar em faixas exclusivas, proporciona maior agilidade no deslocamento, com maior velocidade, confiabilidade e precisão no horário de partida e chegada. O novo modal foi inaugurado em 2021, entre os trechos da Estação Rodoviária e Pituba e está totalmente integrado ao metrô e aos demais ônibus.

CONSULTA PÚBLICA

Mapa 11 - Sistema de Mobilidade Urbana de Salvador, 2018



Fonte: SUMOB - Superintendência de Mobilidade do Governo da Bahia, 2018

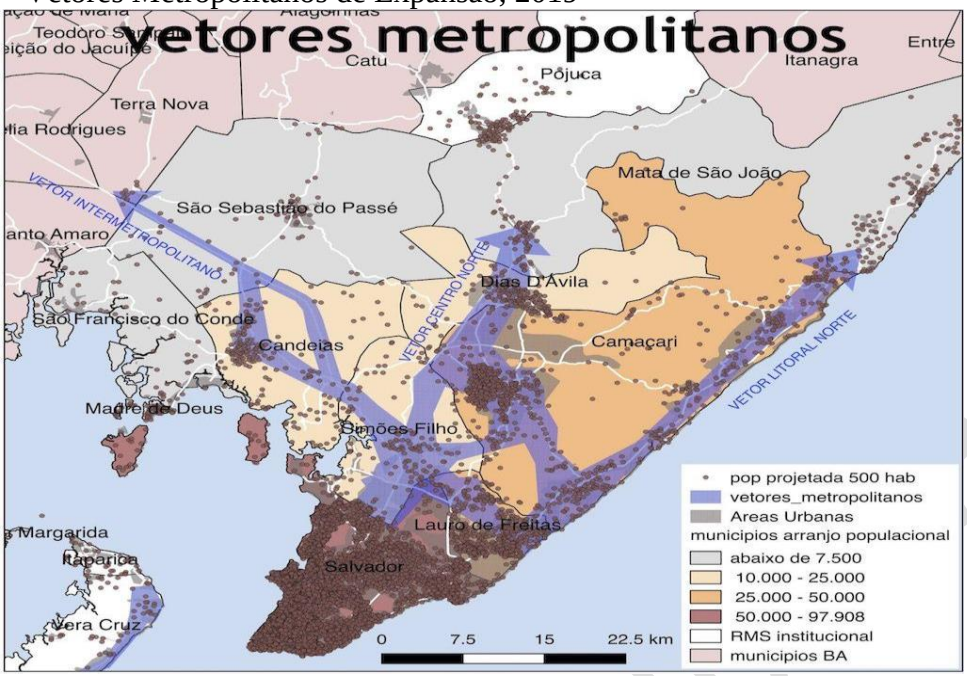
4.6 Vetores de expansão urbana

Expansão urbana referem-se as áreas que impulsionam o crescimento de uma região metropolitana, em Salvador tem sido um processo contínuo e multifacetado, com características marcantes de segregação sócio espacial e ocupação diferenciada das áreas da cidade seja por meio da concentração populacional, atividades econômicas ou pela influência na rede urbana.

Esses vetores são caracterizados pela direção de crescimento da mancha urbana, absorção de população e atividades, e pela influência exercida sobre cidades vizinhas. Segundo estudos, existem três principais vetores de expansão urbana na cidade, Vetor Orla Marítima: Vetor Miolo e Vetor Subúrbio:

CONSULTA PÚ

Mapa 12 - Vetores Metropolitanos de Expansão, 2019



Fonte: https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/, 2019

Alguns bairros vêm se beneficiando com o setor imobiliário, houve mudanças na Lei de Ordenamento do Uso e da Ocupação do Solo (LOUOS) e do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU) em 2016. A orla é ponto turístico, a rentabilidade desses imóveis é muito alta. A mudança permite construções de prédios de 10 a 12 andares nessas áreas, e isso vem contribuindo para que esses bairros virem regiões de prédios.

A região de Stella Maris, Jaguaribe, Pituaçu, Barra e Horto Florestal vem ganhando ao longo dos últimos anos um número expressivo de empreendimentos verticais tanto para atender a demanda residencial quanto para o setor hoteleiro. Das regiões citadas, Stela Maris é a que se encontra em uma constante mudança, pois sua mobilidade ainda vem sendo desenvolvida e ampliada conforme seu crescimento populacional e respeitando dentro do possível as legislações ambientais, por se tratar de uma região com área de proteção ambiental (APA). As outras regiões dispõem de uma mobilidade totalmente integrada com a cidade. Porém a implantação dos Veículos Leves sobre Trilhos (VLT) em substituição aos trens existente desde 1860, passam a integrar e modernizar a mobilidade urbana de todo subúrbio, fato que irá contribuir para a expansão urbana da região a partir de 2027.

CONSULTA PÚBLICA

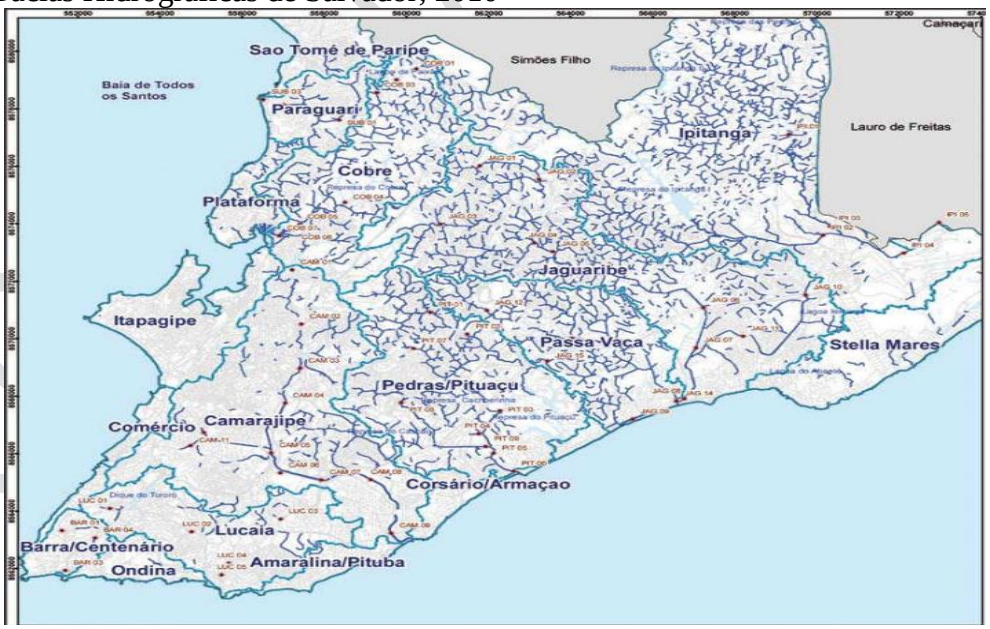
4.7 Componente Ambiental

4.7.1 Bacias Hidrográficas

Salvador está situada na bacia hidrográfica do Recôncavo Norte, com doze (12) subbacias hidrográficas (Seixos-Barra/Centenário, Camarajipe, Cobre, Ipitanga, Jaguaribe, Lucaia, Ondina, Paraguari, Passa Vaca, Pedras/Pituaçu, Ilha de Maré e Ilha dos Frades) e nove (9) bacias de drenagem natural (Amaralina/Pituba, Armação/Corsário, Comércio, Itapagipe, Plataforma, São Tomé de Paripe, Stella Maris, Vitória/Contorno e Ilha de Bom Jesus dos Passos).

O conceito de bacia de drenagem natural é aquele em que se considera uma região de topografia que não caracteriza uma bacia hidrográfica, podendo ocorrer veios d'água, os quais não convergem para um único exutório e não possuem cursos d'água perenes. No caso de Salvador, correspondem às regiões costeiras da Baía de Todos os Santos, como a Península de Itapagipe, o Comércio, a Avenida Contorno e a Vitória; e, da Orla Atlântica, compreendida entre a Praia de Jaguaribe até o limite entre este município e Lauro de Freitas, compreendendo os distritos sanitários do Barra Rio Vermelho (DSBRV), Centro Histórico (DSCH), Itapagipe (DSIt), Subúrbio Ferroviário (DSSF), Boca do Rio (DSBR) e Itapuã (DSI).

Mapa 13 - Bacias Hidrográficas de Salvador, 2010



Fonte: Santos *et al*, 2010

A bacia hidrográfica do Seixos-Barra/Centenário possui 3,21 km², o que corresponde a 1,14% do território, abrigando uma população de mais de 60 mil habitantes, com alta densidade populacional. Na área delimitada por essa bacia estão os bairros do Canela, Vitória, Barra e

Graça, pertencentes ao Distrito Sanitário do Barra Rio Vermelho (DSBRV), habitados por uma população situada predominantemente nas maiores faixas de renda mensal. O principal rio desta bacia é o Rio dos Seixos, que apresenta pequeno porte e baixa vazão, ampliando suas áreas de afluência nos períodos chuvosos, possui poucas áreas permeáveis em sua bacia, principalmente nos locais em que ainda são vistos remanescentes vegetacionais.

O Rio dos Seixos é um rio de pequeno porte, de baixa vazão, muito raso, ampliando seu fluxo em períodos chuvosos. Seu curso está em áreas densamente urbanizadas, com marcas de antropização visíveis, como resíduos sólidos e assoreamento de grande parte do seu leito e crescimento de gramíneas, na área em que está canalizado, no Vale do Canela. O Rio foi totalmente encapsulado com lajes de concreto armado na área da Avenida Centenário e as poucas áreas permeáveis restantes em toda a bacia, ainda se encontram com médio nível de proteção, tanto no Vale do Canela, quanto nas vertentes da Vitória e Canela (SANTOS et al, 2010).

A bacia hidrográfica de Ondina possui 3,08km², o que corresponde a 1% do território da cidade, sendo a menor bacia em extensão com alta densidade populacional, onde são encontrados vários rios, principalmente subsuperficiais e quatro fontes, que antes abasteciam a população de Salvador. Fazem parte da Bacia de Ondina os bairros de Ondina, Calabar, Alto das Pombas, Apipema, Alto de Ondina e São Lázaro, pertencentes ao Distrito Sanitário do Barra Rio Vermelho (DSBRV). Nessa bacia existem pequenos córregos, muitos já encapsulados subterraneamente, outros ainda visíveis, como no Campus da UFBA em Ondina, para onde são carreados os poluentes dos logradouros (ruas, meio-fios e bocas de lobo), construções, telhados, além dos oriundos do desgaste de peças de veículos, da liberação de fluidos, de emissões gasosas e os provenientes do pavimento asfáltico (SANTOS et al, 2010).

A bacia do Rio Lucaia é a quarta bacia mais populosa do município, com 14,74km², o que corresponde a 4,77% da área territorial e onde há o predomínio da população de baixa renda. Esta bacia tem suas nascentes nas encostas e grotões da Av. Joana Angélica, que vertem para o Dique do Tororó, contemplando os bairros do Tororó, Nazaré, Barris, Boa Vista de Brotas, Engenho Velho de Brotas, Federação, Acupe, Engenho Velho da Federação, Rio Vermelho, Chapada do Rio Vermelho, Itaigara, Santa Cruz, Candeal, Nordeste de Amaralina e Vale das Pedrinhas, pertencentes aos Distritos Sanitários do Barra Rio Vermelho (DSBRV), Brotas (DSB) e Centro Histórico (DSCH). Esta bacia foi escolhida para ser uma das bacias responsáveis pela drenagem de parte dos esgotos domésticos da cidade de Salvador e suas margens encontram-se bastante assoreadas.

CONSULTA PUBLICA

Nos seus domínios geomorfológicos existem diversas fontes, sendo as principais as Fontes do Tororó e do Dique do Tororó, enquanto que as outras estão em áreas de cultos religiosos (SANTOS et al, 2010).

A bacia do Rio Camarajipe é a terceira maior bacia, com 35,87 km², correspondendo a 11,62% do território de Salvador, sendo a bacia mais populosa do município com mais de 65 mil habitantes e 18.643,37hab/km². Esta é uma das áreas cujo processo urbanização já está consolidado e seus moradores estão situados, predominantemente, nas faixas de renda mais baixas. Na área delimitada por essa bacia estão os bairros de Alto do Cabrito, Marechal Rondon, Campinas de Pirajá, Pirajá, Boa Vista de São Caetano, São Caetano, Capelinha, Calabetão, Jardim Santo Inácio, Mata Escura, Bom Juá, Fazenda Grande do Retiro, Retiro, Arraial do Retiro, Barreiras, Santa Mônica, Pero Vaz, IAPI, Curuzu, Liberdade, São Gonçalo, Luis Anselmo, Cidade Nova, Caixa d'Água, Pau Miúdo, Vila Laura, Baixa de Quintas, Matatu, Santo Agostinho, Macaúbas, Barbalho, Lapinha, Saúde, Santo Antonio, Pelourinho, Cosme de Farias, Brotas, Pernambues, Saramandaia, Resgate, Caminho das Árvores, STIEP e Costa Azul, abrangendo 8 (oito) distritos sanitários – Centro Histórico (DSCH), Cabula Beiru (DSCB), Barra Rio Vermelho (DSBRV), São Caetano Valéria (DSSCV), Liberdade (DSL), Suburbio Ferroviário (DSSF), Brotas (DSB), Boca do Rio (DSBR) (SANTOS et al, 2010).

O Rio Camarajipe foi um dos principais mananciais de abastecimento da cidade, entre o final do século XIX até meados do século XX, contando com as represas de Boa Vista, Lobato/Campinas de Pirajá, do Prata e da Mata Escura. Entretanto, desde a fundação da cidade do Salvador, seus afluentes sofreram com o impacto da urbanização e dos processos econômicos, como é o caso do seu afluente, o Rio das Tripas, que abrigou em suas margens durante décadas o matadouro público, que causou seu assoreamento e contaminou suas águas.

Durante a consolidação do processo de urbanização, os rios desta bacia hidrográfica, principalmente o Camarajipe, receberam esgotos sanitários e dejetos tóxicos que foram descartados em suas águas, provocando alteração na qualidade da sua biota aquática, que antes era composta de pitus, peixes, crustáceos e aguapés. Nessa bacia existem várias fontes, dentre elas a Fonte das Pedreiras, a Fonte do Queimado, a Fonte dos Perdões ou do Santo Antônio, a Fonte do Baluarte, a Fonte da Estica, a Fonte da Bica e a Fonte Conjunto Bahia.

Na década de 1970, o Rio Camarajipe sofreu alterações em seu curso hídrico, como forma de controlar suas enchentes, por meio de dragagens e rebaixamento do substrato do vale, enquanto que na década de 1990, os esgotos antes aí lançados foram canalizados para uma estação de tratamento, como parte do Programa de Saneamento Estadual – BAHIAZUL, e

CONSULTA PUBLICA

lançados ao mar por meio de emissário submarino. Atualmente, a maior parte do trajeto hídrico é feito por galerias subterrâneas, enquanto que nos locais onde ele ainda corre a céu aberto algumas residências, principalmente aquelas das populações mais pobres, continuam lançando esgoto em suas águas, contribuindo para agravar ainda mais os danos ambientais encontrados ao longo deste rio (SANTOS *et al*, 2010).

A bacia do Rio das Pedras possui uma área de 22,07km², o que corresponde a 8,76% do território, contemplando uma subbacia, a do Rio Pituaçu, cuja população é de mais de 275 mil habitantes. Na área desta Bacia estão os bairros de Porto Seco Pirajá, Granjas Rurais Presidente Vargas, Pau da Lima, Sussuarana, Jardim Cajazeiras, Novo Horizonte, Nova Sussuarana, Beiru/Tancredo Neves, Engomadeira, Arenoso, Cabula VI, Doron, Narandiba, Cabula, Saboeiro, Imbuí, Pituaçu e Boca do Rio, abrangendo os distritos sanitários da Boca do Rio (DSBR), Cabula Beiru (DSCB), Pau da Lima (DSPL), Cajazeiras (DSC) e São Caetano Valéria (DSSCV) (SANTOS et al, 2010). Esta bacia se caracteriza por ter um rio principal, o rio Pituaçu, sendo que o rio das Pedras é formado pela confluência de seus afluentes, os Rios Cascão, Saboeiro e Cachoeirinha, cujas nascentes encontram-se em áreas com remanescente florestal significativo, em torno de 170ha, de floresta atlântica em estágio inicial e médio de regeneração. Em seus domínios são encontradas duas grandes represas, a Represa do Cascão e a Represa de Pituaçu, ambas em unidades de conservação, sendo a primeira uma reserva particular do exército – Reserva do 19º BC e a segunda um parque municipal – Parque Metropolitano de Pituaçu.

Por conter áreas florestadas, os rios que compõem esta bacia ainda possuem significativo percentual de biota aquática, como macrófitas, peixes e crustáceos, além de manchas de matas ciliares. Entretanto, o aumento da ocupação urbana nessas áreas adjacentes, com a construção de centros comerciais, condomínios, além da ocupação desordenada de encostas, matas ciliares e vales, pode ocasionar a rápida degradação destes ambientes aquáticos (SANTOS et al, 2010).

A bacia do Rio Passa Vaca, assim como a do Seixo, é uma das menores bacias urbanas, com 3,72km², correspondendo a 1,20% da área total do município, com população de quase 10 mil habitantes. Esta bacia compõe os bairros de São Rafael e Patamares, que estão nos distritos sanitários de Pau da Lima (DSPL) e Itapuã (DSI), respectivamente. Em sua foz, localiza-se o maior remanescente de bosque de mangue em zona urbana de Salvador, o que faz com que essa bacia seja responsável por abrigar recursos pesqueiros importantes, além de ser berçário de diversos animais, como crustáceos, aves e répteis. Aí também está uma unidade de conservação,

CONSULTA PÚBLICA

instituída pelo decreto nº 19.752/2009, que foi implantada com o objetivo de preservar esta unidade ecológica de manguezal.

A área desta bacia, atualmente, é uma os locais de expansão da cidade, com instalação de centros comerciais, shoppings centers, condomínios de prédios e casas, centros de ensino e tecnologia, o que compromete ainda mais a sua qualidade hídrica e de biodiversidade, sendo observada uma degradação significativa no seu entorno. São observados, em vários pontos dessa bacia, os despejos de esgotos, o aterro e corte de vegetação e a deposição de lixo, advindos dessas novas construções, além da ocupação irregular, independente da classe social, o que compromete a permanência deste ecossistema (SANTOS *et al*, 2010).

A bacia do Rio Jaguaribe possui uma área de 52,76km², correspondendo a 17,08% do território soteropolitano, sendo considerada a segunda maior bacia urbana em extensão e em população, com mais de 340 mil habitantes, passando pelos bairros de Águas Claras, Valéria, Castelo Branco, Jardim Nova Esperança, VIII, Nova Brasília, Trobogy, Mussurunga, Bairro da Paz, Piatã, Cajazeiras II, IV, V, VI, VII, VIII e X, Sete de Abril, Canabrava, Novo Marotinho, Dom Avelar, São Marcos, Vale dos Lagos, Vila Canária, Jaguaripe e Alto do Coqueirinho, correspondendo aos distritos sanitários de Pau da Lima (DSPL), Itapuã (DSI), Cajazeiras (DSC), São Caetano Valéria (DSSCV). Esta bacia apresenta rios de grande vazão, como o Trobogy, Mocambo e Cabo Verde, drenando áreas urbanas densamente povoadas, com infraestrutura precária, sem drenagem, pavimentação, coleta de lixo ou esgotamento sanitário, onde recentemente é que estão sendo implantadas redes coletoras, que irá ser integrado ao sistema BAHIAZUL.

No domínio dessa bacia estava situado o antigo lixão da cidade, no bairro de Canabrava, que foi desativado em 1998, e onde hoje funciona o Parque Socioambiental de Canabrava, que é um aterro controlado, que não recebe lixo orgânico e tem diversos programas sociais, além do sistema de extração de biogás para comercialização de créditos de carbono pelo Protocolo de Kioto. Nos bairros de Pau da Lima e Trobogy, partes dessa bacia, existem significativos remanescentes vegetacionais, embora eles não estejam protegidos legalmente, o que contribui com a recarga do aquífero. A unidade de conservação Área de Proteção Ambiental – APA do Abaeté também está localizada parcialmente na área dessa bacia (SANTOS *et al*, 2010).

No Subúrbio Ferroviário, encontra-se uma das menores bacias hidrografias, a do Rio Paraguari, com uma área de 5,84km², o que corresponde a 1,89% do território soteropolitano, cujo principal rio, de mesmo nome, tem suas nascentes em várias lagoas e áreas alagáveis nos bairros de Periperi e Coutos. Estes bairros, junto com Nova Constituinte são as localidades

CONSULTA PÚBLICA

desta bacia, que pertencem ao distrito sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF). Em relação às faixas de renda, como a bacia do Rio Camarajipe, aquela bacia sofre uma intensa antropização por conta da ocupação desordenada, que compacta e impermeabiliza as camadas inundáveis, da calha hídrica, além do lançamento contínuo de esgotos in natura e lixo em suas águas. Aqui estão localizadas as maiores áreas inundáveis da cidade, por ser um estuário, onde, na década de 1980, era comum a ocupação por casas adaptadas, chamadas de palafitas, como as que existem na região amazônica, o que dava nome a uma favela – os Alagados, que sofreu um processo de urbanização e aterramento dando origem ao bairro de Novos Alagados (SANTOS *et al*, 2010).

A bacia do Rio do Cobre tem 20,65km² de extensão, o que corresponde a 6,69% da área de Salvador, ocupando grande parte do Subúrbio Ferroviário, que durante o desenvolvimento industrial do estado, na década de 1960, foi intensamente urbanizada, hoje abrigando as camadas mais pobres da população. Esta bacia está situada nos bairros de Moradas da Lagoa, Fazenda Coutos, Estrada da Base Naval de Aratu, Alto da Terezinha, Rio Sena, Pirajá, Enseada do Cabrito, Valéria, Porto Seco Pirajá e São João do Cabrito, pertencentes aos distritos sanitários do Subúrbio Ferroviário (DSSF) e São Caetano Valéria (DSSCV). O Rio do Cobre, seu principal componente, tem suas nascentes na Lagoa da Paixão, localizada no bairro periférico de Fazenda Coutos, um remanescente de floresta atlântica que sofre alto grau de antropização pela implantação de novos conjuntos habitacionais e pela ocupação desordenada. A represa de mesmo nome foi o principal manancial de abastecimento da cidade de Salvador, o que a fez ser enquadrada como uma unidade de conservação, o Parque Florestal da Represa do Cobre, mas foi desativa por conta da baixa qualidade de suas águas, embora com a revitalização das suas margens a EMBASA tenha a intenção de reativá-la.

Assim como as bacias dos rios das Pedras, Passa Vaca e Jaguaribe, essa bacia possui três unidades de conservação contíguas em seu domínio geomorfológico com remanescente significativo de floresta atlântica, sendo considerada por alguns autores como o maior conjunto florestal urbano brasileiro, que são a APA da Bacia do Rio do Cobre, o Parque Municipal de São Bartolomeu e o Parque Metropolitano de Pirajá, totalizando 2.684ha. A relevância desta área é cultural, histórica, religiosa e social, por ter sido palco das lutas políticas pela independência da Bahia e do Brasil, por abrigar quilombos e aldeias indígenas e ser o templo sagrada para as religiões de matriz africana (SANTOS *et al*, 2010; SALVADOR, 2008; SERPA, 1996).

CONSULTA PÚBLICA

A bacia hidrográfica do Rio Ipitanga é uma sub-bacia do Rio Joanes que fica nos limites municipais de Salvador, Simões Filho e Lauro de Freitas, com 60,28km², o que corresponde a 19,52% do território soteropolitano, sendo a maior bacia do município, tanto em extensão quanto em volume. Em território municipal de Salvador, atravessa os bairros de Nova Esperança, Cassange, Cajazeiras XI, Fazenda Grande II, Boca da Mata, São Cristovão, Jardim das Margaridas, Itinga, Aeroporto, Areia Branca, Fazenda Grande I, III e IV e Palestina, que fazem parte dos distritos de Itapuã (DSI) e Cajazeiras (DSC).

Nesta bacia, são encontrados três barramentos (as Represas Ipitanga I, II e III) que convergem para o rio Joanes, sendo os principais afluentes os riachos Poti, Cabuçu e Cururipe, com o objetivo de integrar o sistema de abastecimento de água da cidade de Salvador e região metropolitana, gerenciado pela EMBASA. Por estar situada numa área de expansão de salvador e conurbação com Lauro de Freitas, esta região sofre com a ocupação desordenada e com as demandas habitacionais de condomínios de classe média e alta, além de ainda abrigar remanescente vegetacional de restinga, o que aumenta a pressão pela extração de areia, cascalho e pedras.

O Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Salvador – PDDU prevê que essa área seja zona de expansão urbana, embora exista o percentual de 41% de cobertura vegetal, além de duas APA's, a Joanes-Ipitanga e o Parque Ipitanga I, e que isso garanta a qualidade hídrica dessa bacia sobre todas as demais do município (SANTOS *et al*, 2010; SALVADOR, 2008; PEDRÃO et al, 1998; SERPA, 1996).

Com essa enorme rede hídrica, foi costume dos primeiros colonizadores construir fontes destinadas ao abastecimento da população, que inicialmente era feito através de bicas e minadouros indicados pelos indígenas que aqui viviam. As fontes e chafarizes, então foram sendo construídos e à medida que a população aumentava, o mesmo ocorria com a demanda de água e passou a ser comum a construção de fontes particulares ou de apropriação indébita daquelas já existentes.

Estudos históricos contabilizam 170 fontes espalhadas pela cidade, embora apenas 41 delas estejam registradas por seu valor histórico e cultural, sendo que as demais estão em residências particulares. Como as fontes foram sendo construídas para o abastecimento da população entre os séculos XVI e XVIII, esses equipamentos acabaram por contar a história da urbanização da cidade e como ela cresceu ao longo das bacias hidrográficas, representando por muitos séculos um elemento significativo para a população da cidade. Ainda na primeira metade do século XIX, nem os chafarizes nem as fontes atendiam às necessidades da população e assim

CONSULTA PÚBLICA

foi implantado o serviço de abastecimento de água da cidade, ainda que os chafarizes fossem os captadores deste recurso. No início do século XX, entretanto, com a grande demanda do consumo e com as transformações urbanas que operavam em Salvador, a utilização de chafarizes e fontes foi sendo gradativamente abandonada, estando muitos destes equipamentos, hoje, em estado de abandono e degradação, ou mesmo foram subtraídos para condomínios e terrenos particulares.

As cidades historicamente localizam-se às margens dos rios e quando o crescimento urbano não é acompanhado por investimentos em infraestrutura e acesso aos serviços urbanos a qualidade ambiental fica comprometida (ARAÚJO, 2006). Os rios e suas bacias hidrográficas refletem os cenários naturais e humanos de seus entornos, o que significa que as modificações estruturais realizadas diretamente nos canais estão vinculadas a mudanças de planejamento do tecido urbano da cidade, modificando, consequentemente, os cursos fluviais nas áreas urbanas (VIEIRA; CUNHA, 2006).

Associados ao crescimento urbano, os rios são alterados e perdem suas características naturais, alterando a eficiência do fluxo e em diversos locais, convertendo-se em áreas de despejos dos esgotos ou incorporados às redes de drenagem, o que ocasiona frequentemente enchentes e insalubridade em áreas de risco.

Na cidade de Salvador, as diversas concepções urbanísticas procuraram retificar ou canalizar os rios urbanos existentes, utilizando seu leito ou como vias expressas, a exemplo da Avenida Centenário, Avenida Reitor Miguel Calmon e Avenida Antônio Carlos Magalhães, e avenidas de fundo de vales, ou totalmente rejeitados e ocultados. Os caminhos percorridos pelas águas de Salvador têm sido um desafio com a intensa urbanização e sua preservação é também a manutenção da memória da cidade, cujo estabelecimento se fez tão somente pela presença dessas águas, que agora estão escassas.

Ao longo da história de Salvador, a quase totalidade dos seus cursos hídricos sofreu com sucessivas obras de aterramento, drenagem, compactação ou desvio de curso, com o objetivo de implantar novas edificações, vias expressas de mobilidade, ou mesmo solucionar problemas de inundações. Todas estas bacias possuem uma área de urbanização superior a 70% do valor da área total o que potencializa os efeitos danosos sobre sua hidrologia, ocasionando o assoreamento dos leitos, respostas nos picos de cheias, poluição das águas e insalubridade ambiental.

CONSULTA PUBLICA

4.7.2 Unidades de Conservação

A existência das áreas verdes nas cidades, apesar de fundamentais na estabilização de microclimas e atenuantes dos diversos tipos de poluição, existe apenas para atender ao conforto estético da população, o que configura estas áreas como remanescentes culturais urbanos. A manutenção das áreas verdes urbanas sempre foi justificada pelo seu potencial em propiciar qualidade ambiental à população. Ela interfere diretamente na qualidade de vida dos seres por meio das funções sociais, ecológicas, estéticas e educativas, que elas exercem para amenizar as consequências negativas da urbanização.

Além disso, diversos estudos asseguram que a vegetação tem efeitos diretos sobre a saúde mental e física da população. Esses elementos contribuem, ainda, para valorização de áreas para convívio social, valorização econômica das propriedades e para a formação de uma memória e do patrimônio cultural.

A cidade de Salvador apresenta várias praças, parques e jardins que possuem valor histórico e cultural, embora muitos destes locais se encontrem em estado de abandono e impossibilitados de qualquer utilização, sendo necessárias obras de infraestrutura e conservação por parte dos usuários e dos órgãos competentes. Antes do século XIX, as áreas urbanas se constituíam num mosaico com as áreas verdes rurais, o que fez com que o conceito de parques públicos urbanos fosse institucionalizado apenas após este período, como alternativas de lazer aos habitantes das cidades que se reuniam nas feiras e mercados.

A ocupação desordenada da cidade de Salvador culminou numa pressão sobre suas áreas verdes e amplos quintais das residências que se constituíam num espaço de troca entre os membros da vizinhança, principalmente nos bairros mais periféricos, estreitando as relações de familiaridade e intimidade, fazendo com que este espaço fosse público e destinados à socialização, naturalmente constituídos, sem um direcionamento político-administrativo. Com os planos de ordenamento da cidade, a substituição das áreas nativas por áreas edificadas acabou por confinar os espaços de convivência a locais específicos como parque e praças planejados.

Durante os planos de ordenamento da cidade do Salvador, diversos quintais, pomares e jardins foram incorporados às áreas públicas da cidade, com a desapropriação destes terrenos, para que os mesmos pudessem ser utilizados como novas vias de trânsito, tanto para pedestres, quanto para os meios de transporte, na época, os bondes elétricos. Este é o caso, principalmente da Avenida Sete de Setembro, no trecho compreendido entre o largo da Vitória e o Campo Grande, conhecido como Corredor da Vitória. Neste local, os diversos espécimes vegetais que

CONSULTA PUBLICA

compõem a arborização da referida rua eram parte dos pátios, quintais e jardins dos antigos proprietários, que residiam nesta via, que foi a primeira ligação entre a Vila do Pereira e o Paço da Sé, sede do governo geral. Atualmente, o mesmo ocorre no bairro conhecido como Horto Florestal, onde as antigas chácaras e sítios estão se convertendo em condomínios de alto padrão de luxo e a urbanização de suas avenidas e ruas está aproveitando espécimes vegetais remanescentes das antigas propriedades.

Outros locais que sofreram com o ordenamento urbano foram as antigas áreas de quilombos espalhadas por diversos bairros de Salvador, como Federação, Liberdade e Brotas, que antes eram áreas à margem da ocupação da cidade. A periferia de Salvador sempre conviveu com a presença de quilombos, habitado, inclusive, por escravos libertos, em cujos locais seus moradores desenvolviam suas atividades ocupacionais de agricultura, manifestações religiosas e ainda possibilitava um eventual retorno à procura de trabalho nas cidades. Com a expansão do espaço das cidades, estas áreas acabaram sendo incorporadas à aglomeração urbana, sendo que algumas delas conseguiram garantir sua presença pela resistência da comunidade, enquanto que outras foram suprimidas pelas transformações urbanas.

O planejamento urbano dos séculos XIX e XX marcou a cidade de Salvador pela supressão de suas áreas nativas, com raras exceções, enquanto que privilegiaram as zonas ditas nobres, com a implantação de equipamentos de lazer ao estilo europeu moderno, enquanto que as áreas periféricas mantiveram seus remanescentes de floresta ombrófila de forma descuidada e sujeitos às contaminações dos dejetos urbanos, confirmando a segregação social do espaço, onde as áreas periféricas ainda são relegadas ao “atraso”, já que convivem com elementos do primitivo.

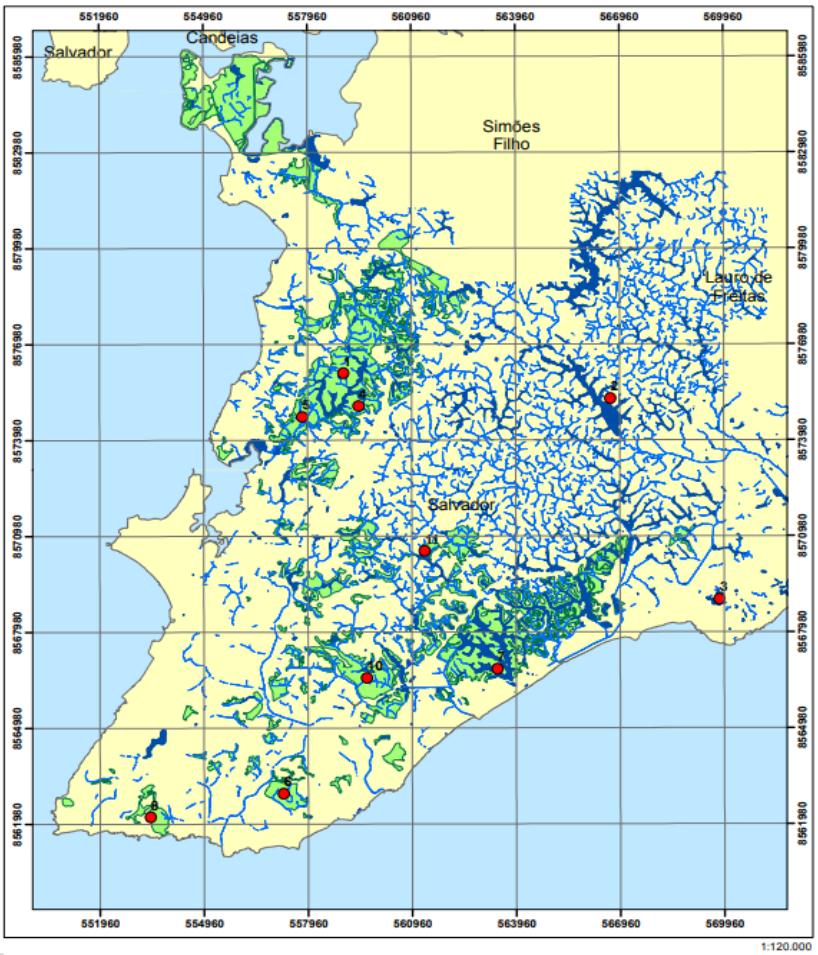
A presença da floresta como elemento fundamental do espaço urbano ainda é objeto de diversos questionamentos, apesar dos diferentes estudos sobre o valor das florestas urbanas na estabilização ecológica das cidades. Entretanto, o que se observa na cidade de Salvador é a supervalorização dos espaços coletivos de viés econômico, como os shoppings centers e centro comerciais, onde a população busca alternativas de lazer proporcionadas por estes espaços, como cinemas, jogos e compras, e, mais recentemente, com a implantação de grandes centros esportivos, a realização de atividades físicas, que antes poderiam ser realizadas ao ar livre.

Apesar de todas estas transformações, resistem na cidade de Salvador inúmeras áreas com vegetação remanescente, em unidades de conservação, sendo que muitas preservam a qualidade das bacias hidrográficas, embora estejam ainda parcialmente resguardadas da especulação imobiliária apenas aquelas legalmente constituídas como as Áreas de Proteção

CONSULTA PUBLICA

Ambiental – APA da Bacia do Rio do Cobre (1), do Rio Joanes/Ipitanga (2), das Dunas e Lagoas do Abaeté (3), os Parques Metropolitano de Pirajá (4), São Bartolomeu (5), Joventino Silva (Parque da Cidade) (6), Pituaçu (7), Zoobotânico Getúlio Vargas (8), a Área de Proteção de Recursos Naturais – APRN do Manguezal do Rio Passa Vaca (9), a Reserva Particular do Patrimônio Natural – RPPN da Mata do Cascão - 19º BC (10), o Jardim Botânico de Salvador (11) e Área de Proteção Ambiental Municipal Vale da Avenida Assis Valente e do Parque em Rede Pedra de Xangô (12).

Mapa 14 - Unidades de Conservação de Salvador, 2025



Fonte: SMS/DVIS/VISAMB, 2025

A APA da Bacia do Cobre/São Bartolomeu foi criada pelo Decreto n. 7.970/2001, e localiza-se na borda oriental da Baía de Todos os Santos, entre os municípios de Salvador e Simões Filho, sendo que em Salvador ela fica localizada nos distritos sanitários do Subúrbio Ferroviário e São Caetano Valéria. Antes da institucionalização desta APA, a área era legalmente protegida pelo Decreto Municipal nº 3.363/78, que criou o Parque São Bartolomeu e o Parque Metropolitano de Pirajá, um sítio histórico. Assim, esta área contempla três unidades

de conservação que juntas somam 2.684ha, sendo que o Parque São Bartolomeu tem 75ha e está inserido na referida APA, que conta com 1.134ha, enquanto que o Parque Histórico de Pirajá possui 1.550ha. Este conjunto florestal possui relevância ecológica, social, histórica e cultural, visto que é uma área com diversidade de ambientes – restingas, manguezais, áreas alagadas –, sendo considerada a maior reserva florestal urbana de mata atlântica, além de ser referencial histórico nas lutas de independência da Bahia e do Brasil e configurar um espaço sagrado para os seguidores das religiões de matriz africana.

A Bacia do Cobre encontra-se relativamente conservada, apresentando considerável área de cobertura vegetal, com remanescentes significativos das fitofisionomias restinga, manguezal, áreas inundáveis, apicum e matas ciliares, do bioma mata atlântica, especialmente, no entorno da Represa do Cobre, onde existe uma área de, aproximadamente, 653ha de remanescentes florestais em estágios iniciais e médios de regeneração.

Como visto anteriormente, esta cobertura vegetal auxilia na estabilização dos rios e riacho da bacia do Rio do Cobre, contribuindo para a recarga do aquífero e qualidade das águas, além de melhorar o microclima da região que é intensamente urbanizada e com reduzidos equipamentos de infraestrutura (SUPERINTENDÊNCIA DO MEIO AMBIENTE, 2011; SANTOS et al, 2010).

Nos aspectos socioculturais, aquela área é considerada sagrada para os seguidores das religiões de matriz africana – conhecidos como Povo de Santo, que realizam cultos e rituais próximos às nascentes e cascatas de Nanã, Oxum, Oxumaré, às rochas da Pedra do Tempo e Pedra de Omolú e ao pé de muitos espécimes vegetais sagrados, como a gameleira (*Ficus gomelleira*), jurema (*Mimosa* sp.) e diversas palmeiras, que são objetos de culto e peregrinação, desde a metade do século XIX.

Além disso, esse espaço abriga diversas espécies medicinais e alimentícias que são extraídas pelos seguidores do candomblé para o uso litúrgico e medicinal nos terreiros e pela comunidade moradora do entorno. O valor histórico desta APA está relacionado à presença dos índios tupinambás, primeiros moradores deste lugar, que construíram sua aldeia no local hoje conhecido por Mata do Urubu, e posteriormente dos quilombolas e soteropolitanos.

Antes da chegada dos portugueses, os índios tupinambás migrantes das áreas interiores do continente, se instalaram na região costeira, com uma população média de um milhão de habitantes, onde viria a ser a colônia portuguesa. As matas de São Bartolomeu também serviram de abrigo aos escravos africano fugitivos, que aí se instalaram criando comunidades conhecidas por quilombos, sendo o mais famoso o Quilombo dos Urubus, onde se reuniam e organizaram

CONSULTA PÚBLICA

diversas revoltas pela libertação dos escravos nos séculos XVII e XVIII. No século XIX, as matas de São Bartolomeu foram testemunhas das lutas pela independência da Bahia. Foi nessa área que ocorreu a Batalha de Pirajá, que sob o comando do General Pedro Labatut, entre finais de junho e manhã de 2 de julho de 1823, o exército brasileiro expulsou as tropas portuguesas do país, consolidando a independência do Brasil (ESPINHEIRA, 2003; PEDRÃO *et al*, 1998; SERPA, 1998; 1996).

O Parque Zoobotânico Getúlio Vargas tem sua origem numa área de fazenda, do século XIX, que foi institucionalizado legalmente pelo Decreto Estadual nº. 17.481/58, após o desenvolvimento de atividades científicas no local, e abriga uma área remanescente de mata atlântica e outra destinada ao zoológico, com mais de 700 animais, que juntas totalizam 18ha, no Distrito Sanitário do Barra Rio Vermelho.

O parque é um centro de referência e base de apoio a pesquisas da fauna e flora, além de desenvolver atividades educacionais e socioculturais, como exposições, jardins temáticos, feiras, dentre outros, além de ser frequentemente visitado por adeptos das religiões de matriz africana, que utilizam esse local como área de cultos e rituais. Na década de 1970, foi criado um museu que oferece suporte às atividades técnico-educacionais a escolas e universidades e que incluiu uma secção específica para as práticas de taxidermia (SUPERINTENDÊNCIA DO MEIO AMBIENTE, 2011).

O Parque da Cidade Joventino Silva, com 70ha, é uma das áreas verdes de Salvador que se manteve graças à perseverança de seu proprietário, cuja fazenda ocupava todo o bairro da Pituba, que se tornou legalmente protegida através do Decreto Municipal nº 4.522/73, no Distrito Sanitário do Barra Rio Vermelho. A área do parque abrigava uma parcela significativa de mata atlântica, com suas fitofisionomias de restingas, dunas e manguezais. A área conseguiu manter-se tal como seu proprietário a doou, na década de 1970, à prefeitura de Salvador até meados da década de 1990, quando o parque sofreu um processo de requalificação que suprimiu seus antigos remanescentes de manguezais, dunas e hoje detém apenas uma pequena parcela de restinga e das espécies frutíferas. A fauna da área ficou bastante reduzida, após a perda da vegetação, embora ainda possam ser observados pequenos mamíferos, aves e vários reptéis.

Além da área verde, existem equipamentos de lazer como quadras poliesportivas, parquinhos para crianças, aparelhos desportivos, pista de corrida, ciclovia, praça para idosos, área para piquenique, lanchonetes, posto médico e banheiros. As trilhas por entre a vegetação, anteriormente observadas, foram suprimidas mantendo-se apenas aquelas que sofreram

CONSULTA PUBLICA

intervenção urbanística, o que reduziu o contato direto com os elementos florestais arbóreos remanescentes (SUPERINTENDÊNCIA DO MEIO AMBIENTE, 2011).

A RPPN da Mata do Cascão é uma área particular de mata atlântica, de aproximadamente 240ha, que pertence ao exército brasileiro, onde funciona o 19º Batalhão de Caçadores – Batalhão de Pirajá, em cuja área são desenvolvidas atividades de treinamento dos militares, no Distrito Sanitário do Cabula Beiru. Esta área é originária da antiga Fazenda Cascão e se caracteriza por ser floresta atlântica em estágio inicial e médio de regeneração, com diversas espécies nativas como pau-pombo, matataúba, pau-paraíba, janaúba, ingá, sucupira e pindaíba, que contribuem na manutenção dos corpos hídricos aí presentes que compõem a bacia do Rio das Pedras. Diversas pesquisas científicas foram realizadas neste local e contribuíram no diagnóstico da qualidade ambiental da área através do monitoramento e acompanhamento de diferentes grupos da biodiversidade, como liquens, fungos, plantas morcegos, répteis e pequenos mamíferos.

Em 2002, a Prefeitura Municipal de Salvador instituiu uma área, onde funcionava seu horto, com vegetação remanescente de mata atlântica, localizada no bairro do Pau da Lima (DSPL), no Jardim Botânico da cidade, voltado à pesquisa, conservação e preservação das plantas, especialmente das espécies nativas. Com aproximadamente 18ha, o parque também é conhecido como Horto Mata dos Oitis, por abrigar espécimes desta árvore nativa, o oiti da Bahia, e promove ações de educação ambiental junto à comunidade escolar, além de atender universidades e centro de pesquisas, através do Herbário RADAMABRASIL, um dos mais antigos do país. Um dos projetos desenvolvidos pelo Jardim que mais se destaca é o cadastro e identificação das espécies vegetais consideradas sagradas pelas religiões de matriz africana, feito em parceria com a Federação Nacional do Culto Afro-Brasileiro, que registra aquelas que são medicinais, ritualísticas ou religiosas (SUPERINTENDÊNCIA DO MEIO AMBIENTE, 2011).

O Parque Metropolitano de Pituaçu possui uma área de 440ha, com remanescentes de Mata Atlântica e uma grande variedade de árvores frutíferas, que se mantiveram por estarem em um local mais distante da ocupação urbana na cidade de Salvador, no distrito sanitário da Boca do Rio. Na sua área fica a Lagoa de Pituaçu, que possui 4km de extensão e 200.000m² de espelho d´água. A pressão sobre sua área começou na década de 1980 com a construção de diversas residências de luxo em seu entorno, que acabaram invadindo as áreas do parque, de modo a aproveitar a tranquilidade que o lugar proporcionava. Esse parque conta com um instrumento legal de proteção, o Decreto Municipal nº 5.158/77, que nos últimos dez anos vem

CONSULTA PUBLICA

sendo revisado com o objetivo de reduzir sua área para implantação das novas vias de acesso da cidade, como a Avenida 29 de Março, além de ser um dos vetores de expansão urbana, com a implantação de diversos condomínios de moradias e centros de compras e serviços (SUPERINTENDÊNCIA DO MEIO AMBIENTE, 2011).

A Área de Proteção de Recursos Naturais – APRN do Manguezal do Rio Passa Vaca foi institucionalizada através da Lei Municipal n.º 8164/2002, pela relevância ecológica de conter o último remanescente de bosque de manguezal da cidade de Salvador, no distrito sanitário da Boca do Rio. Esta fisionomia está regulamentada juntamente com o Jardim Botânico e o Parque de Pituaçu, que juntas integram o Sistema de Áreas de Valor Ambiental e Cultural – SAVAM, da Lei 7400/2008. Este instrumento legal foi criado em resposta às demandas da sociedade civil organizada, que registrou a intensa ocupação irregular ocorrida nessa área, nos últimos anos, impactando, em sequência, os corpos hídricos do Parque Metropolitano de Pituaçu. Tal impacto provocou a redução da área deste manguezal e, sobretudo perda da sua potencialidade como fonte alimentícia, devido ao alto teor de poluição decorrente principalmente de resíduos domésticos.

No corpo hídrico do Passa Vaca é comum a presença de macrófitas, principalmente as baronesas (*Eicchornia* sp.), que é um bioindicador dos processos de eutrofização das suas águas, além de infecção no caule dos vegetais por parasitas, o que em longo prazo contribuem para a modificação do regime hidrológico e hídrico deste estuário (SANTOS *et al*, 2010; SILVA; COPQUE; GIUDICE, 2009).

A APA das Dunas e Lagoas do Abaeté foi instituída pelo Decreto n.º 351/87, alterado pelo Decreto n.º 2540/93, e é uma das poucas unidades de conservação que conta com plano de zoneamento através da Resolução do Conselho Estadual do Meio Ambiente – CEPRAM n.º 3023/2002, com o objetivo de proteger o último remanescente de sistemas de dunas, lagoas e restingas ainda conservadas no município de Salvador, no distrito sanitário de Itapuã.

O governo municipal também instituiu um instrumento legal que transformou parte desta APA em Parque, o Parque das Lagoas e Dunas do Abaeté, Decreto n.º 3932/88, que estende a proteção até a área das dunas do bairro de Stella Maris e Praia do Flamengo. Esta APA, com 1.800ha, está localizada numa área de expansão urbana da cidade, o que faz com que a pressão seja muito grande sobre seus ecossistemas frágeis, como restingas, lagoas de coloração escuras, dunas móveis, semimóveis ou fixas, recobertas por vegetação arbórea, arbustiva e herbácea, além de alta diversidade faunística.

CONSULTA PUBLICA

Como o Parque São Bartolomeu e o Parque Zoobotânica, o Abaeté é referência para os seguidores das religiões de matriz africana, que em suas matas e lagoas fazem oferendas, cultos e rituais sagrados às suas divindades. Era muito característico, até meados da década de 1980, ver diversas lavadeiras utilizando a área da lagoa para lavar suas roupas e colocá-las para coarar ou secar, o que fez com que na requalificação dos equipamentos urbanos desta área fosse instalada a Casa das Lavadeiras. Os impactos ambientais que mais incidem sobre este espaço são a retirada de areia das dunas, para utilização na construção civil, as queimadas, a ocupação desordenada e especulação imobiliária, o tráfego irregular de veículos, a supressão de espécies nativas e a disposição inadequada de lixo.

A APA Joanes-Ipitanga, assim como a APA do Rio do Cobre, ultrapassa os limites territoriais de Salvador, englobando também os municípios de Simões Filho, Candeias, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Camaçari, Dias D'Ávila e Lauro de Freitas, totalizando 600.000ha de área protegida, com o objetivo de preservar as nascentes, represas e estuários, além de restingas, dunas e manguezais, que dão suporte ecológico para a qualidade da Bacia Hidrográfica dos rios Joanes/Ipitanga. Ainda nos municípios de Salvador e Simões Filho, em 1999, através do Decreto Estadual n.º 7596, foi criado o Parque Ipitanga I, com uma área de 667ha em torno da represa de mesmo nome, nos distritos sanitários de Cajazeiras e Itapuã.

De acordo com o PDDU de Salvador, 2004, os índices de cobertura vegetal da área chegam a 41%, compondo um mosaico de diferentes fitofisionomias como restinga, floresta ombrófila, encraves de cerrado, manguezais, áreas alagáveis, compondo o bioma mata atlântica nos estágios médio e avançado de regeneração. Assim, tanto os índices de cobertura vegetal quanto as reduzidas densidades demográficas, garantem a qualidade ambiental desta APA, que se constitui numa das áreas melhor preservada do município.

O Geosítio Pedra de Xangô é uma formação rochosa de oito metros de altura e, aproximadamente, trinta metros de perímetro, localizada na Avenida Assis Valente, no bairro de Cajazeiras X (DSC). A área foi tombada pela Fundação Gregório de Mattos (FGM), por Decreto Municipal nº 28.434, em 05 de maio de 2017, na área considerada uma remanescente do antigo quilombo Buraco do Tatu. O monumento é importante tanto pela questão religiosa quanto pela questão histórica, pois nesse local foi vivência de povos indígenas, com grande influência tupinambá e área de passagem e esconderijo de quilombolas perseguidos.

O PDDU de Salvador contemplou a criação do Parque Pedra de Xangô, do Parque em Rede Pedra de Xangô e da Área de Proteção Ambiental Municipal Vale da Avenida Assis

CONSULTA PUBLICA

Valente e do Parque em Rede Pedra de Xangô, com a finalidade de preservar todas as áreas verdes ainda existentes no entorno.

Em um projeto coordenado pela Fundação Mário Leal Ferreira (FMLF), com efetiva participação da comunidade local, especialmente de representantes de religiões de matriz africana, a construção deste parque também faz parte da salvaguarda, do primeiro espaço de lazer da área, e também de novo marco identitário da região de Cajazeiras. No local aflora uma rocha metamórfica gnáissica, constituída de um lajedo e dois blocos residuais, que está inserido em um relevo dissecado em colinas de topos convexos, apresentando morfologia característica de "mares de morros", com espesso manto de cobertura. Os blocos residuais parecem ser os únicos afloramentos rochosos da área, sendo os mesmos, associados a litologia que constitui o Cinturão Salvador-Esplanada (CSE).

Para além da sua relevância cultural, o local tem potencial didático para ilustrar os processos de evolução tectônica da cidade de Salvador, como também, os processos morfodinâmicos que alteram a paisagem ao longo do tempo" (FIGUEREDO JUNIOR; PEREIRA, 2018).

4.8 Infraestrutura e Serviços

4.8.1 Abastecimento de água, tipo de instalação sanitária, destino do lixo e índice pluviométrico.

Em Salvador, as instalações sanitárias podem variar desde sistemas de coleta e tratamento de esgoto até soluções individuais como fossas sépticas. A maioria da população utiliza a rede geral, rede pluvial ou fossas ligadas à rede para o descarte de esgoto. O descarte do esgoto coletado pela rede é feito por emissário submarino.

Em Salvador, o destino final do lixo comum é o Aterro Metropolitano Centro (AMC), um aterro sanitário que recebe resíduos de Salvador, Lauro de Freitas e Simões Filho. Além do AMC, a cidade conta com ecopontos para descarte de materiais como entulho, poda de árvores e materiais recicláveis.

O índice pluviométrico em Salvador para 2024 variou ao longo dos meses, com alguns meses registrando chuvas abaixo da média e outros acima. Em março, a precipitação foi 20% menor que a média histórica. Já em maio, o total de chuva ficou 9% abaixo da média climatológica. Em contraste, abril registrou um volume de chuva 188% acima da média, com o

CONSULTA PÚBLICA

maior volume em 24 horas sendo de 109,7 mm, e fevereiro, também, teve um volume de chuva significativo, 237% acima da média.

4.8.2 Dados das Estações de Tratamento de Água de Salvador

O município de Salvador é abastecido pelo Sistema Integrado de Abastecimento de Água de Salvador, Lauro de Freitas e Simões Filho, conhecido como SIAA de Salvador. Esse é o principal sistema de abastecimento da Região Metropolitana de Salvador (RMS), composto por três unidades de produção de água tratada: ETA Principal, ETA Viera de Melo e ETA Teodoro Sampaio (BAHIA, 2016). Todas as ETAs possuem um regime de funcionamento de 24 horas por dia. A vazão total tratada é de cerca de 11.600 L/s.

Importante ressaltar que esta vazão atende, além do SIAA de Salvador (que compreende também os municípios de Simões Filho e Lauro de Freitas), o SIAA Recôncavo (Madre de Deus, São Francisco do Conde, Candeias e São Sebastião do Passé).

O abastecimento de água em Salvador, atualmente, é realizado exclusivamente por mananciais superficiais, inseridos nas bacias hidrográficas do rio Paraguaçu (captação Pedra do Cavalo), do rio Joanes (captações Joanes I, Joanes II), do rio Ipitanga (Ipitanga I e Ipitanga II) e do rio Jacuípe (captação Santa Helena).

A ETA Principal, localizada no distrito de Passagem dos Teixeiras, no município de Candeias, é uma estação de ciclo completo responsável por cerca de 64,2% do abastecimento continental de Salvador (PMSBI, 2021), com vazão nominal atual de 11,0 m³/s e vazão de operação de 8,2 m³/s.

O Parque da Bolandeira, situado no bairro da Boca do Rio, é constituído por duas estações de tratamento de água: a ETA Vieira de Melo com capacidade para tratar 2,5m³/s de água e a ETA Teodoro Sampaio, com igual capacidade. As estações da Bolandeira produzem atualmente cerca 3,8m³/s, atendendo parte da demanda de água da cidade do Salvador. A ETA Vieira de Melo apresenta vazão de água tratada em torno de 1.700L/s, com vazão de projeto de 2500L/s e a ETA Teodoro Sampaio em torno de 1800L/s. As duas estações recebem água bruta das barragens Joanes I e Ipitanga I.

As ETAs possuem as seguintes etapas de tratamento da água: pré-cloração, floculação, decantação, filtração, desinfecção. Os dados monitorados são cloro residual livre, turbidez, coliformes totais, E. coli, pH, cor, agrotóxicos, produtos residuais da desinfecção, produtos orgânicos e inorgânicos, listados na Portaria MS nº 888/21.

CONSULTA PUBLICA

4.8.3. Domicílios com água encanada, esgotamento sanitário, energia elétrica e coleta de lixo

O acesso aos serviços de saneamento básico contribui para a melhoria da saúde pública e da qualidade de vida da população, promovendo o bem-estar social, econômico e ambiental do município. De acordo com o Censo Demográfico de 2022, em Salvador, 99,13% da população é abastecida com água encanada, 94,97% tem acesso a esgotamento sanitário e 98,14% são atendidos pela coleta de lixo.

Esses dados indicam um avanço no nível de cobertura desses serviços na cidade e mostram que é a capital mais bem saneada do Nordeste. Apesar dos bons índices encontrados em Salvador, a realidade no Brasil aponta a ocorrência de disparidades regionais no acesso ao saneamento básico.

O Censo 2022 revelou também que o acesso à energia elétrica é praticamente uniforme no país, com 99,8% dos domicílios contemplados. O IBGE não divulgou dados específicos sobre o acesso à energia elétrica por bairro ou região de Salvador, mas os dados gerais do censo indicam que a cidade provavelmente seguiu a tendência nacional.

É importante salientar, que apesar dos avanços encontrados, continua o desafio do poder público de investir em infraestrutura e promover o acesso universal aos serviços de saneamento, principalmente em áreas distantes e de maior vulnerabilidade socioeconômica.

5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

5.1 Perfil de Morbidade

5.1.1 Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) representam um desafio central para a saúde pública global e nacional, sendo responsáveis por mais da metade das mortes no Brasil. O município de Salvador concentra uma alta carga de mortalidade, respondendo, respectivamente, por 23,4% e 69,2% da mortalidade precoce por DANT no estado da Bahia e na Região de Saúde de Salvador, para o ano de 2024 (BRASIL, 2025a). Além de mortes prematuras, as DANT levam a incapacidades e a hospitalizações com longos períodos de tratamento, o que justifica intervenções prioritárias e estruturadas pela gestão.

Considerando esse contexto, em 2021, foi elaborado o Plano Municipal de Enfrentamento às Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (PMDANT 2022-2030), que alinha ações estratégicas da gestão às diretrizes dos planos nacional e estadual, com

intervenções que exigem esforço contínuo para superação dos desafios que são impostos, que incluem, entre outros aspectos, intervenções sobre os determinantes socioeconômicos e fatores de risco modificáveis associados as DANT.

5.1.1.1 Causas Externas

As causas externas (CID-10, Capítulo XX) englobam acidentes e violências, como agressões/homicídios, lesões autoprovocadas intencionalmente/suicídios e acidentes de trânsito, dentre outros impactando principalmente a população jovem e adulta, com consequências significativas para a saúde pública e a economia. Embora a expectativa de vida tenha crescido, esses fatores tornaram-se um problema grave desde 1980, especialmente em países em desenvolvimento. Em virtude da gravidade das lesões provocadas por acidentes e violências, grande parte das vítimas, necessitam de atendimentos na rede de saúde, desde a atenção pré-hospitalar até a reabilitação relacionada às sequelas físicas e/ou psicológicas.

O perfil de morbimortalidade é afetado principalmente por atingir homens jovens (15 a 39 anos), reduzindo a expectativa de vida desse grupo e exigindo uma rede de cuidados que vai do pré-hospitalar à reabilitação. Devido a essa magnitude, o Plano Nacional de Enfrentamento foi ampliado para incluir as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT).

O cenário das causas externas no Brasil é marcado por altos índices de violência e acidentes, especialmente em áreas de vulnerabilidade social. O Anuário de Segurança Pública 2025 aponta o Nordeste como a região mais violenta, com cinco cidades baianas entre as dez primeiras do ranking nacional. Entre 2023 e 2024, Salvador registrou 1.878 mortes violentas intencionais, superando capitais como Belo Horizonte, Fortaleza e Recife tanto em óbitos gerais quanto em feminicídios. O perfil das vítimas varia conforme a causa: homicídios atingem majoritariamente homens jovens, suicídios afetam homens jovens e idosos, enquanto as quedas são mais prevalentes em mulheres idosas.

Segundo dados do Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS), o ranking das principais causas de internação segundo capítulos da CID-10 em Salvador entre 2014 e 2023 destaca "gravidez, parto e puerpério" consistentemente na primeira posição. As causas externas, abrangendo lesões e envenenamentos, consolidaram-se como a segunda principal causa de hospitalização na rede pública em seis dos dez anos analisados, além de ocuparem o segundo lugar no acumulado total do período. Esses indicadores reforçam o impacto significativo da violência e dos acidentes na demanda por serviços de saúde na capital baiana.

Quadro 03 - Ranking das causas básicas de internação segundo capítulos da CID-10 e o número absoluto de internações, Salvador, 2014-2023.

Ranking	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
1ª	XV. Gravidez parto e puerpério (35.218)	XV. Gravidez parto e puerpério (34.309)	XV. Gravidez parto e puerpério (32.796)	XV. Gravidez parto e puerpério (32.797)	XV. Gravidez parto e puerpério (31.497)	XV. Gravidez parto e puerpério (30.689)	XV. Gravidez parto e puerpério (27.472)	XV. Gravidez parto e puerpério (27.316)	XV. Gravidez parto e puerpério (28.485)	XV. Gravidez parto e puerpério (25.426)	XV. Gravidez parto e puerpério (306.005)
2ª	IX. Doenças do aparelho circulatório (14.838)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (14.925)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (14.820)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (13.965)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (15.421)	XI. Doenças do aparelho digestivo (15.928)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (13.730)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (17.273)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (14.572)	XI. Doenças do aparelho digestivo (15.838)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (144.745)
3ª	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (14.121)	IX. Doenças do aparelho circulatório (14.589)	IX. Doenças do aparelho circulatório (13.224)	XI. Doenças do aparelho digestivo (13.054)	XI. Doenças do aparelho digestivo (14.587)	IX. Doenças do aparelho circulatório (15.207)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12.669)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (13.814)	XI. Doenças do aparelho digestivo (14.404)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (14.450)	XI. Doenças do aparelho digestivo (132.654)
4ª	XI. Doenças do aparelho digestivo (12.763)	XI. Doenças do aparelho digestivo (12.512)	XI. Doenças do aparelho digestivo (12.480)	IX. Doenças do aparelho circulatório (12.717)	IX. Doenças do aparelho circulatório (14.042)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (14.927)	II. Neoplasias (tumores) (11.081)	II. Neoplasias (tumores) (11.847)	II. Neoplasias (tumores) (13.035)	II. Neoplasias (tumores) (13.363)	IX. Doenças do aparelho circulatório (131.789)
5ª	II. Neoplasias (tumores) (12.452)	II. Neoplasias (tumores) 12.419	II. Neoplasias (tumores) (12.067)	II. Neoplasias (tumores) (12.354)	II. Neoplasias (tumores) (12.528)	II. Neoplasias (tumores) (13.023)	IX. Doenças do aparelho circulatório (10.609)	IX. Doenças do aparelho circulatório (11.052)	IX. Doenças do aparelho circulatório (12.956)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (12.951)	II. Neoplasias (tumores) (124.163)

Fonte: Datasus/ SIH-SUS. Dados acessados em 07/08/2025.

5.1.1.2 Violência interpessoal e autoprovocada

A violência impacta severamente a morbimortalidade e a qualidade de vida, gerando altos custos como na saúde e previdência, além de causar desestruturação familiar. Definida como o uso intencional de força ou poder que resulte em lesão ou morte contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, sua vigilância foi fortalecida pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Desde 2009, o registro desse agravo foi integrado ao Sinan e, a partir de 2011 e 2014, tornou-se de notificação compulsória em todos os serviços de saúde, garantindo a universalização dos dados.

No município de Salvador no período 2014-2023 foram notificados no Sinan 40.399 casos da violência interpessoal e autoprovocada, em 2023 foram 7.469 casos correspondendo a uma taxa de notificação de 28,85/10.000 habitantes. Os Distritos Sanitários com maiores taxas de notificações segundo residência das pessoas em situação de violência em 2023 foram Centro-Histórico (53,20/10.000 habitantes), Subúrbio Ferroviário (30,80/10.000 habitantes) e Itapoan (30,43/10.000 habitantes) (Quadro 04).

Quadro 04 - Taxa de notificação da violência interpessoal e autoprovocada segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador, 2014-2023.

Distrito Sanitário	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro Histórico	13,08	16,57	16,73	15,25	23,06	31,11	23,08	23,49	31,72	53,20
Itapagipe	12,20	13,20	9,64	8,25	10,44	12,56	11,64	14,54	16,15	25,07
São Caetano/Valéria	14,43	9,57	10,26	12,14	13,31	14,73	13,10	14,76	21,75	28,74
Liberdade	29,90	16,69	15,99	14,13	16,44	17,50	10,54	9,25	16,96	27,24
Brotas	11,33	8,70	9,05	10,34	10,87	13,56	8,71	8,53	14,81	23,48
Barra/Rio Vermelho	11,50	8,35	7,98	8,02	10,91	13,25	9,00	9,09	13,62	22,10
Boca do Rio	3,58	3,70	5,05	6,45	12,23	16,44	9,91	6,65	11,56	21,76
Itapoan	6,15	5,71	8,81	10,17	11,04	13,51	13,45	12,31	22,91	30,43
Cabula/Beiru	10,08	8,74	11,47	13,22	17,50	22,21	11,34	13,17	21,40	29,99
Pau da Lima	7,46	7,83	7,20	7,50	16,18	18,66	11,02	17,59	12,90	22,40
Subúrbio Ferroviário	11,22	10,15	11,31	12,29	15,35	19,66	12,72	9,77	15,01	30,80
Cajazeiras	5,04	4,03	6,01	5,87	6,30	8,73	6,53	9,63	13,99	20,60
Não classificados	0,70	0,84	1,07	0,36	0,20	0,33	0,49	0,36	1,04	1,76
Salvador	**11,96**	**9,91**	**10,88**	**10,79**	**13,72**	**16,89**	**11,77**	**12,26**	**18,42**	**28,85**

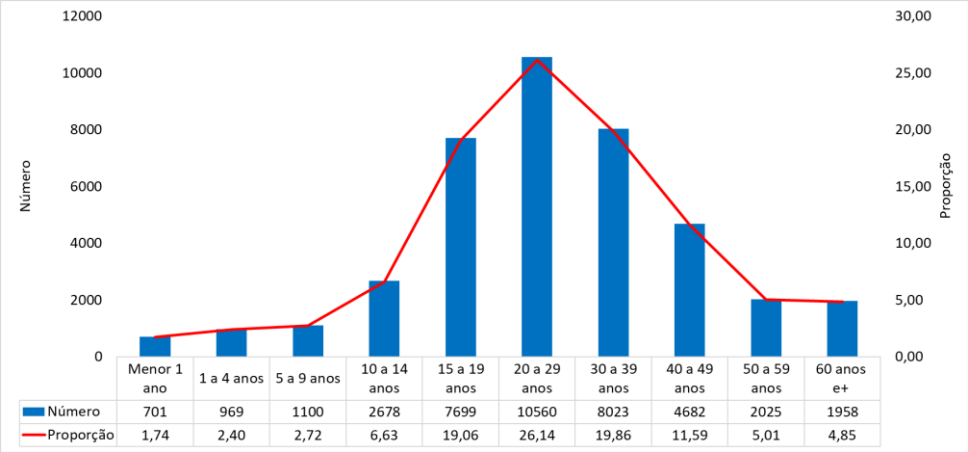
Fonte: SMS/SUIS/ Sinan. Dados acessados em 14/07/2025.

Quanto ao sexo, há predominância do público feminino em todas as regiões analisadas de Salvador, representando 69,56% do total de 40.399 registros, enquanto o público masculino compõe 30,36%. O distrito do Cabula/Beiru destaca-se como o território com maior volume absoluto de dados (6.369), ao passo que Itapoan apresenta a maior concentração proporcional de mulheres (75,52%) e a Liberdade detém o maior índice de representatividade masculina entre os bairros (37,07%). Em suma, os dados apontam para atendimento majoritariamente feminino, reforçando as questões da violência de gênero, mais frequentemente associada a meninas e mulheres fruto de desigualdades históricas e estruturais. Destaca-se os registros ignorados (0,08%), concentrados principalmente no Centro Histórico.

Os adultos jovens (20 a 39 anos) concentram a maior proporção das notificações de violência interpessoal e autoprovocada, com 26,14% (10.560 casos). Há, contudo, uma subnotificação nos extremos do ciclo de vida (crianças e idosos), muitas vezes ocultada por agressores próximos. A falta de identificação desses casos na rede de saúde impede a interrupção do ciclo da violência, agravando as lesões e sobrecarregando a urgência/emergência, o que torna essencial que profissionais acolham, cuidem e notifiquem sinais suspeitos.

CONSULTA PÚBLICA

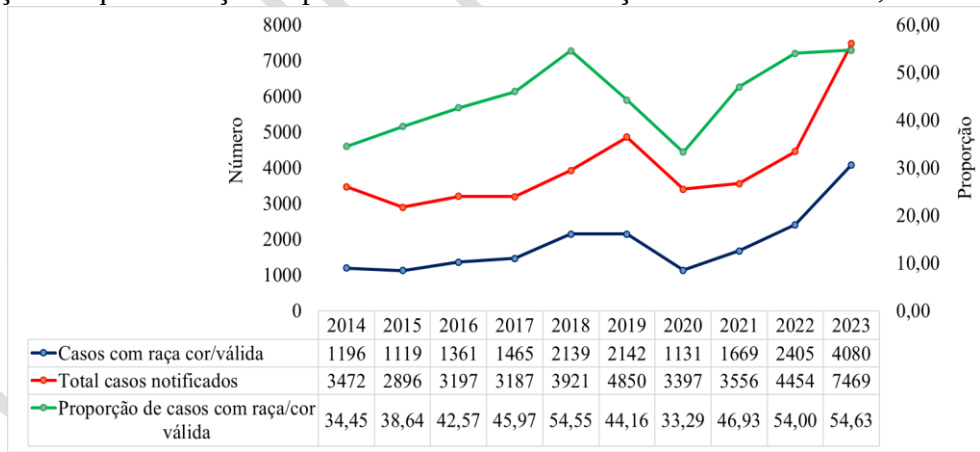
Gráfico 24- Número e proporção de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada segundo a faixa etária. Salvador, 2014-2023.



Fonte: SINAN. Dados acessados em 14/07/2025.

O preenchimento do quesito raça/cor é vital para promover a equidade no SUS e identificar desigualdades sociais. Embora seja uma meta do PQAVS atingir 95% de informações válidas, esse índice não foi alcançado entre 2014 e 2023, apesar do aumento sustentado das notificações (exceto em 2020 devido à pandemia). Dos casos notificados com dados válidos, a população negra é a mais impactada, somando 90,55% (16.940) do total, sendo 61,96% (11.591) pardas e 28,59% (5.349) pretas.

Gráfico 25- Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada, número e proporção do quesito raça/cor preenchido com informação válida. Salvador, 2014-2023.



Fonte: SINAN. Dados acessados em 14/07/2025.

Em todos os Distritos Sanitários registrou-se o predomínio da população negra nos casos notificados das pessoas em situação de violência, considerando a raça/cor com informação válida na ficha de notificação do agravo. Em que pese a população do município ser predominantemente (82,3%/2.011/925 habitantes/IBGE 2022) constituída por pretos e pardos, é importante pontuar a interseccionalidade de fatores sociais (raça/cor, escolaridade,

emprego/renda, acesso a bens e serviços) que influenciam na ocorrência da violência. A menor proporção de negros (as) enquanto casos notificados do agravo, foi observada no Centro Histórico 88,02% (764) e a maior no Subúrbio Ferroviário 93,86% (2.079). Importante destacar que os dados ignorados e em branco (21.692) quanto a raça/cor e os não classificados/identificados (1.972) quanto ao distrito de residência, fragilizam as análises.

As notificações em Salvador permitem o registro de múltiplos tipos de agressão por episódio, embora a orientação ministerial priorize a violência principal. Entre os casos notificados de residentes, destacam-se a violência física (30.662), seguida de lesões autoprovocadas (8.774), psicológica/moral (5.929) e sexual (4.897). Conforme a Portaria GM/MS 1.271/2014, tentativas de suicídio e violência sexual exigem notificação compulsória imediata (em até 24 horas) para garantir a oferta oportuna de cuidados. Destaca-se que os casos de casos de seres humanos aumentaram consideravelmente no ano 2023, gerando uma necessidade de maior atenção para os fatores imbricados nesta situação.

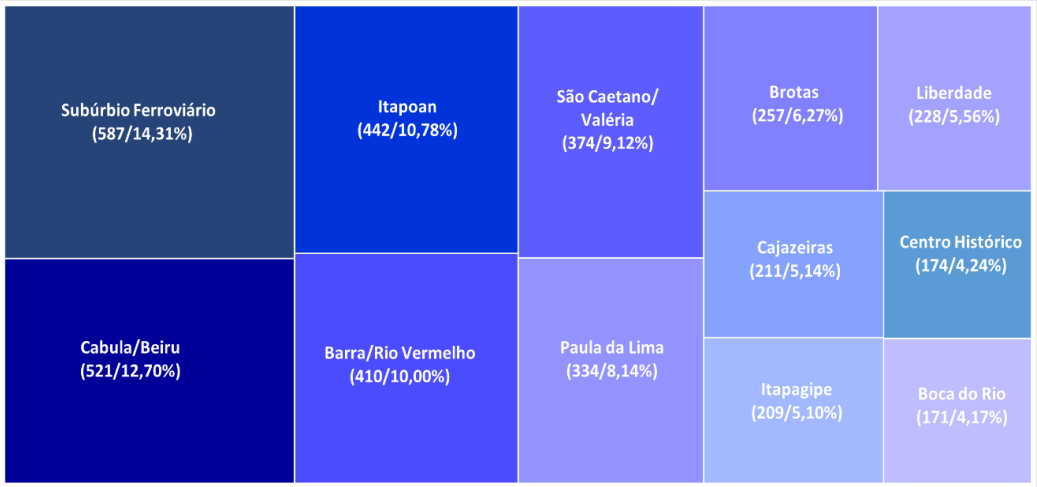
Quadro 05 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada segundo o tipo, Salvador, 2014-2023.

Tipo de violência	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Física	3.006	2.465	2.759	2.678	3.239	3.908	2.826	2.380	2.794	4.607	30.662
Lesão autoprovocada	89	151	178	315	622	1212	975	1.201	1.363	2.668	8.774
Psicológica/moral	222	275	449	560	646	965	524	487	618	1.174	5.920
Sexual	378	369	370	361	390	492	298	399	961	879	4.897
Outra Violência	63	57	61	136	193	324	265	769	705	1997	4570
Negligência/Abandono	54	74	67	79	102	84	42	87	96	195	880
Tortura	23	39	58	92	62	127	68	75	95	160	799
Financeira/Econômica	16	22	52	41	70	96	36	40	81	135	589
Intervenção legal	1	8	23	20	19	12	4	4	4	21	116
Trabalho infantil	2	3	17	22	15	11	4	1	11	13	99
Trafíco de seres humanos	0	1	1	3	5	3	6	8	5	62	94

Fonte: SINAN. Dados acessados em 14/07/2025.

Quanto aos casos notificados da violência sexual (4.897) as maiores proporções de estupros foram de residentes nos distritos do Subúrbio Ferroviário (14,31% / 587); Cabula/Beiru (12.70% /521); Itapoan (10,78% /442) e Barra/Rio Vermelho (10,00%/ 410). Importante destacar que 36,00% (1.476) foram menores de 14 anos, configurando estupro de vulnerável; destes 83,00% (1.221) de crianças e adolescentes do sexo feminino.

Gráfico 26- Número e proporção de estupros notificados no Sinan segundo o Distrito Sanitário de residência, Salvador, 2014-2023.



Fonte: SINAN. Dados acessados em 14/07/2025.

Os casos de estupros requerem por parte da rede de saúde o acolhimento e os cuidados imediatos, que incluem a realização da profilaxia pós-exposição (PEP), idealmente nas primeiras duas horas da ocorrência e no máximo em até 72 horas, a atenção integral para continuidade do tratamento e as orientações quanto aos serviços da rede de proteção.

No que se refere as lesões autoprovocadas estas requerem a vinculação da vítima para os cuidados da pósvenção e acompanhamento, idealmente nos equipamentos da rede de saúde disponíveis no território de residência da mesma, de modo a favorecer o acesso e a adesão ao tratamento.

Entre 2014 e 2023, Salvador registrou 8.774 casos de lesões autoprovocadas, sendo a maioria (69,31% / 6.081) do sexo feminino. Os métodos predominantes incluíram envenenamento (4.685), precipitação/outras agressões (2.295) e objetos perfurocortantes (1.304). Há uma distinção clara de letalidade por sexo, visto que homens utilizam meios mais agressivos, como enforcamento e armas, enquanto mulheres recorrem majoritariamente ao envenenamento (3.458). Notavelmente, 33,05% (2.900) do total de casos referem-se a episódios de repetição, indicando tentativas prévias.

Para otimizar o atendimento, o setor DANT/VIEP/DVIS estabeleceu em 2023 um fluxo de comunicação imediata para casos de violência sexual e tentativas de suicídio, visando garantir o cuidado em até 24 horas nos distritos de residência das vítimas. Entretanto, a análise dos dados de 2014-2023 aponta uma grave fragilidade na coleta de informações devido ao alto índice de campos ignorados ou em branco, que atingem 69,98% na escolaridade, 64,36% na identidade de gênero e 63,41% na orientação sexual.

CONSULTA PÚBLICA

Entre os registros válidos, destaca-se que 6,21% (2.510) possuem ensino médio completo e foram notificados 1.565 casos de violência contra gestantes, sendo 44% no primeiro trimestre. No que tange à diversidade, os dados identificam 9.254 heterossexuais, 549 homossexuais e 158 bissexuais, além de 211 mulheres trans, 60 homens trans e 36 travestis, reforçando a necessidade de um preenchimento mais consistente para dar visibilidade a esses grupos e subsidiar políticas públicas eficazes.

A análise de informações complementares sobre a violência em Salvador revela que 19,45% (7.858) dos casos são episódios de repetição, ocorrendo predominantemente na residência (37,52% / 15.156) e em vias públicas (19,53% / 7.889). Entre as motivações, destacam-se o sexismo (8,72% / 3.523) e a situação de rua (8,30% / 3.354), sendo a força corporal/espancamento o meio mais utilizado (43,11% / 19.216). Os dados reforçam o peso da violência doméstica, com 30,77% (11.390) dos agressores possuindo vínculo familiar ou afetivo, enquanto nas lesões autoprovocadas, a própria pessoa figura como autor em 32,43% (8.348) das ocorrências.

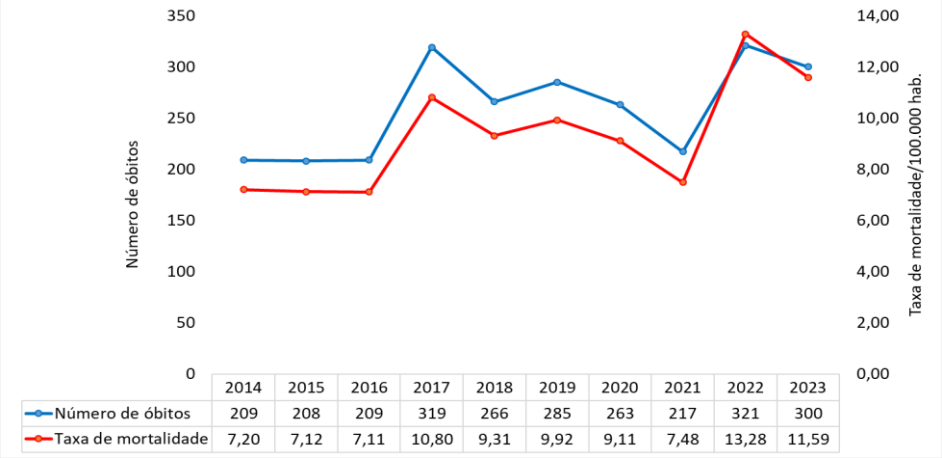
As causas externas são um grave problema de saúde pública no município de Salvador, dada as suas elevadas taxas de morbimortalidade, cenário este similar ao do país, Bahia e capitais constantes nesta análise. Em função das diferenças na distribuição da população, características da mesma e dos equipamentos de saúde existentes em cada Distrito Sanitário, é importante considerar que o enfrentamento deste problema através das ações de promoção da saúde, cultura de paz e prevenção da violência, seja implementado com base na identificação do contexto em cada território e na articulação dos serviços de atenção à saúde e proteção às pessoas em situação de violência. A multicasualidade que envolve a ocorrência das causas externas, requer ações intra e intersetoriais.

CONSULTA PUBLICA

5.1.1.4 Quedas

Em Salvador o número de óbitos e a taxa de mortalidade por queda na população em geral apresentaram flutuações no período 2014-2023, com aumento mais expressivo em 2017, 2019 e 2022. A taxa de mortalidade, considerando os extremos da série histórica, apresentou incremento de 60,93% passando de 7,20/100.000 habitantes em 2014 para 11,59/100.000 habitantes em 2024 (Gráfico 27).

Gráfico 27- Número de óbitos e taxa de mortalidade por queda, Salvador, 2014-2023.



Fonte: SIM; IBGE (2014-2022). Dados acessados em 10.07.2025.

No que se refere ao ciclo de vida, observa-se que, em Salvador, a maior proporção dos óbitos decorrentes de quedas concentrou-se na população idosa (60 anos ou mais), representando 71,0% do total, com 1.856 registros. Seguem-se os adultos na faixa de 40 a 59 anos, que totalizaram 547 mortes (21,0%). As menores proporções foram verificadas entre adultos jovens (20 a 39 anos), com 151 óbitos (6%), além de crianças (0 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos), que registraram 22 e 21 casos, respectivamente, correspondendo a aproximadamente 1% cada.

Considerando que a parcela predominante dos óbitos por quedas concentra-se na população idosa (60 anos ou mais), torna-se imprescindível analisar a taxa de mortalidade por esta causa específica em cada Distrito Sanitário, visando subsidiar a implementação de ações estratégicas para a redução de riscos nesse estrato populacional. Os indicadores de 2023 revelam que os distritos de São Caetano/Valéria (15,37), Cajazeiras (13,51) e Pau da Lima (11,94) apresentaram as taxas de mortalidade mais elevadas nesta faixa etária. Em contrapartida, os distritos de Itapagipe (6,16), Barra/Rio Vermelho (7,37) e Itapoan (7,59) registraram os menores índices.

5.1.1.5 Acidentes de Trânsito

Os acidentes de trânsito terrestre (ATT) constituem um grave problema de saúde pública, gerando impactos profundos que transcendem as estatísticas de vítimas. Para enfrentar essa realidade, o Brasil instituiu, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, culminando na criação do Programa Vida no Trânsito (PVT) em 2010, em parceria com a Bloomberg Global Road Safety Program. Em Salvador, o PVT foi

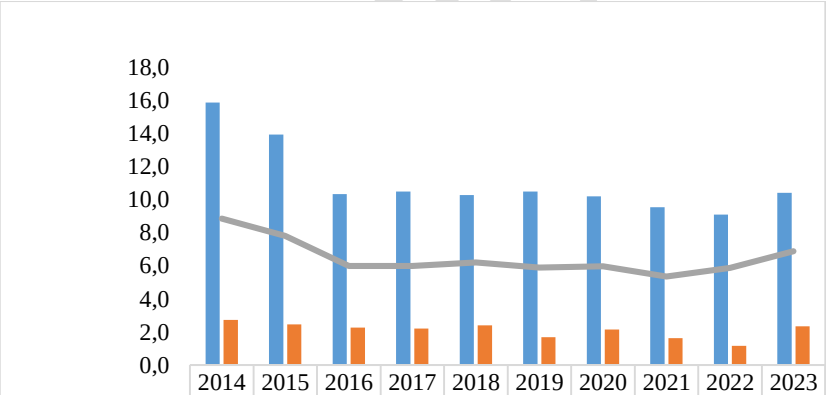
CONSULTA PÚBLICA

oficializado pelo Decreto Municipal Nº 24.326/2013, estabelecendo um Comitê Gestor intersetorial que articula órgãos municipais, estaduais e federais para promover ações coordenadas na prevenção de lesões e mortes no trânsito.

Salvador foi destaque nacional e internacional devido a superação da meta de 50%, atingindo a redução de 53% de mortalidade na Primeira Década de Ação pela Segurança no Trânsito (2011-2020), lançada pela Organização Mundial de Saúde, que renovou o desafio para Segunda Década de Ação pela Segurança no Trânsito (2021-2030) com ambiciosa meta de prevenir ao menos 50% das mortes e lesões no transito.

No período de 2014 a 2023, a taxa de mortalidade por ATT apresentou diminuição de 29%, variando de 8,9 por 100 mil habitantes em 2014 para 6,9 em 2023. Todavia observa-se aumento da taxa nos últimos dois anos, necessitando monitoramento para verificar se configura tendência de aumento (Gráfico 28).

Gráfico 28- Taxa de mortalidade por acidente de trânsito, na população geral e por sexo em residentes de Salvador, 2014-2023.

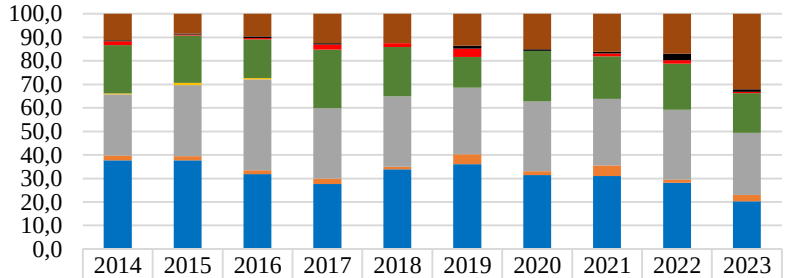


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mas	15,9	13,9	10,3	10,5	10,3	10,5	10,2	9,5	9,1	10,4
Fem	2,7	2,5	2,3	2,2	2,4	1,7	2,1	1,6	1,2	2,3
Pop.total	8,9	7,8	6,0	6,0	6,2	5,9	6,0	5,3	5,9	6,9

Fonte: SIM. Dados acessados em 10/07/2025

Ao desagregar por sexo, os dados demonstram que a população masculina apresenta risco em torno de 5 vezes maior de morrer do que a feminina em todo o período, o que pode ser atribuída a uma combinação de comportamentos de risco e fatores culturais e sociais. Com relação a mortalidade proporcional segundo condição da vítima, observa-se concentração das mortes entre os pedestres e motociclistas que são responsáveis por uma média de 35,6% e 25,8% respectivamente (Gráfico 29). Considerando o exposto, faz-se necessário priorizar o desenvolvimento de ações efetivas nesses dois grupos.

Gráfico 29- Mortalidade proporcional por acidentes de trânsito, segundo condição da vítima em residentes de Salvador, 2014-2023.



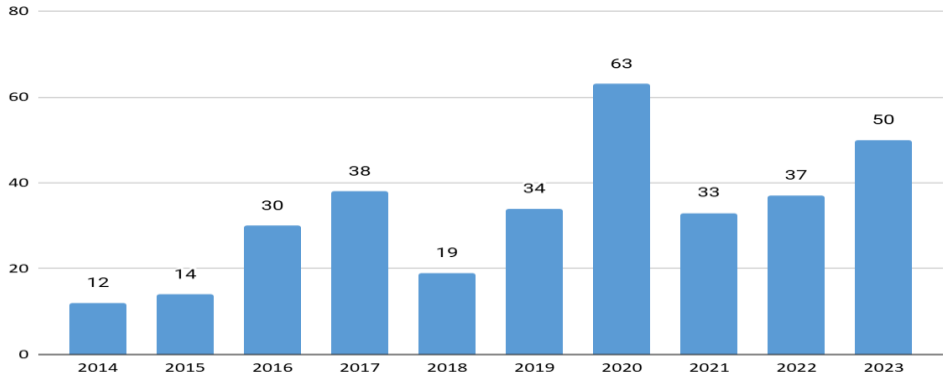
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ocupante veic não especificado	11,3	8,3	9,7	12,4	12,4	13,6	15,1	16,1	16,9	32,0
Ocupante ônibus	0,4	0,4	0,6	0,6	0,0	1,2	0,6	0,6	2,8	1,1
Ocupante veic pesado	1,6	0,4	0,6	2,3	1,7	3,6	0,0	1,3	1,4	0,6
Ocupante automóvel	20,6	20,2	16,5	24,9	20,9	13,0	21,5	18,1	19,7	16,9
Ocupante triciclo	0,4	0,9	0,6	0	0	0	0	0	0	0
Motociclista	26,1	30,3	38,6	29,9	29,9	28,4	29,7	28,4	29,6	26,4
Ciclista	1,9	1,8	1,7	2,3	1,1	4,1	1,7	4,5	1,4	2,8
Pedestre	37,7	37,7	31,8	27,7	33,9	36,1	31,4	31,0	28,2	20,2

5.1.2 Tabagismo

O enfrentamento do uso do tabaco é uma frente prioritária para a redução de fatores de risco modificáveis na Atenção Primária à Saúde (APS). A SMS Salvador desenvolve ações de Educação em Saúde acerca dos riscos e consequências do tabaco, inclusive com a realização de campanhas - *Dia Mundial sem Tabaco* (31 de maio) e o *Dia Nacional de Combate ao Fumo* (29 de agosto) -, visando a intensificação das ações nos serviços e na comunidade.

Além da prevenção, o município disponibiliza o Programa de Controle do Tabagismo com atendimento em grupos e a oferta de insumos e medicamentos essenciais para a cessação do uso do tabaco, tendo 50 unidades da APS com o programa implantado em 2023, maior capacidade operacional do programa após 2020, ano da pandemia (Gráfico 30).

Gráfico 30 - Unidades Básicas de Saúde com e sem Estratégia de Saúde da Família com o Programa de Controle do Tabagismo implementado, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: DAPS/SMS, 2025.

Entende-se que a APS se constitui como o eixo central para a efetividade do Programa de Controle do Tabagismo, devido à sua capilaridade no território para as ações de Educação em Saúde, tratamento e acompanhamento longitudinal dos usuários, sendo necessária a ampliação de mais unidades ativas do programa e de profissionais capacitados.

5.1.3 Atividade Física

A inatividade física é reconhecida como um dos principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento das DANT. Dessa forma, as ações de Promoção da Saúde incluem o incentivo à prática regular de atividade física e corporal como um pilar essencial para a prevenção de agravos e para o alcance de um estilo de vida mais saudável.

Além da promoção de atividades físicas, no âmbito do Programa Saúde na Escola e nos respectivos territórios da APS, com apoio das eMulti e da realização de campanhas, a exemplo do Dia Mundial da Atividade Física (06 de abril), devem ser implementadas ações de natureza intersetorial que estimulem práticas corporais para todos os ciclos de vida.

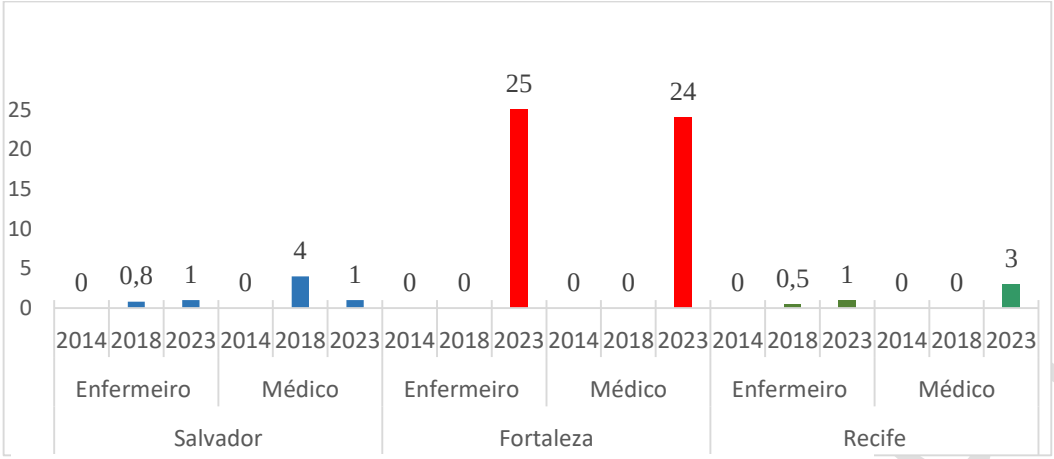
5.1.4 Obesidade

O controle do peso e o enfrentamento da obesidade são eixos cruciais da atuação da APS quanto às DANT, com foco no desenvolvimento do autocuidado e na adoção de hábitos saudáveis, como o combate à inatividade física e a promoção de escolhas alimentares equilibradas.

Além da promoção da alimentação saudável como eixo do Programa Saúde na Escola, ações de vigilância e assistência nutricional e de Educação em Saúde, o rastreamento e manejo da obesidade na APS é um indicador relevante da priorização do tema no processo de trabalho das equipes. Salvador, assim como Recife, apresenta baixa proporções dessa avaliação, com maior atuação do profissional médico em relação ao enfermeiro (Gráfico 31), sendo necessária a ampliação e qualificação desses atendimentos no âmbito dos cuidados na APS.

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 31 - Proporção de atendimentos individuais realizados por médicos e enfermeiros para avaliação da "Obesidade" no total de atendimentos realizados na APS, Salvador 2014, 2018 e 2023.



Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em setembro de 2025

5.1.5 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

As DANT relacionadas a complicações cardiovasculares, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus Tipo II (DM), representam um destaque no perfil de morbimortalidade do município. Para qualificar o cuidado longitudinal dos usuários com essas condições, a APS assume o papel de porta de entrada preferencial e principal provedora do acompanhamento contínuo e da gestão clínica desses agravos. Dessa forma, a avaliação e o manejo da HAS e do DM configuram uma das principais cargas de demanda clínica para médicos e enfermeiros na APS, sendo o registro das consultas um reflexo direto dessa atuação essencial.

O cenário epidemiológico reforça a urgência dessa atuação, dado que o percentual de adultos (≥18 anos) em Salvador que referem diagnóstico médico de DM subiu de 7,4% em 2014 para 9,0% em 2023, enquanto a prevalência referida de HAS passou de 25,5% em 2014 para 29,4% em 2023 (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2023a).

Os atendimentos para DM e HAS representam uma carga crescente na APS, sendo necessária a qualificação do cuidado longitudinal com fortalecimento da atuação compartilhada da equipe de saúde, conforme preconizado nas diretrizes da APS.

CONSULTA PÚBLICA

5.1.6 Doenças Bucais

A vigilância em saúde bucal é fundamental para a sustentabilidade da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil (CARVALHO, 2012). A organização dos serviços de saúde bucal deve ser guiada pela priorização de agravos de alta gravidade e/ou extensa prevalência. As investigações epidemiológicas no Brasil identificam a cárie dentária, as doenças periodontais, o edentulismo, as maloclusões, o câncer de boca, a fluorose dentária e os traumatismos dentários como os agravos de maior impacto. Compreender a frequência e a severidade dessas condições é fundamental para direcionar políticas e intervenções em saúde bucal (BRASIL, 2018a).

O Ministério da Saúde preconiza seis indicadores de vigilância em saúde bucal na APS, a saber: abscesso dento alveolar, alteração em tecidos moles, dor de dente, fenda/fissuras labiopalatais, fluorose dentária moderada/grave e traumatismo dento-alveolar (LIMA *et al*., 2025).

No município de Salvador, dentre as condições selecionadas destaca-se a dor de dente como a condição mais registrada e com maior crescimento, atingindo 33.346 casos, em 2023. O aumento no número de casos notificados de dor de dente, na APS, no período, pode estar relacionado à expansão das equipes de saúde bucal na APS (Tabela 05). Existem evidências da prevalência e intensidade da dor de dente associada com fatores socioeconômicos, como baixa renda e menor escolaridade, além de absenteísmo escolar em indivíduos na faixa etária correspondente (GUSKUMA et al., 2017).

A incidência das condições bucais apresentou uma tendência de aumento ao longo dos anos, refletindo uma demanda crescente por atenção odontológica e, possivelmente, uma melhoria no registro dos casos. Cabe destaque para as alterações em tecidos moles atingindo o maior registro, em 2023, com 9.627 casos, seguido do abscesso dento alveolar alcançando 3.040 casos. Já a Fenda/Fissura Lábios Palatais correspondeu a 0,1% do total de casos registrados, ao longo do período (Tabela 05). Vale ressaltar como fator limitador da análise, que estes dados consideram apenas usuários da APS do SUS que buscaram atendimento odontológico (LIMA et al., 2025).

CONSULTA PÚBLICA

Tabela 05- Número de casos registrados por indicadores de vigilância em saúde bucal na APS, Salvador-BA, 2015-2024.

Indicadores	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
Dor de dente	1.117	2.353	3.215	3.701	6.627	7.265	12.528	21.218	33.346	28.012	119.382	70,3
Alteração em tecidos moles	250	556	735	852	1.854	1.433	2.551	5.329	9.627	9.330	32.517	19,1
Abscesso dento alveolar	187	268	413	507	931	901	1.133	1.841	3.040	2.682	11.903	7,0
Traumatismo dento alveolar	59	110	195	175	316	245	283	807	1.405	1.513	5.108	3,0
Fluorose dentária mod./severa	36	28	14	23	75	37	53	138	191	177	772	0,5
Fenda/fissuras lábio palatais	13	7	20	18	34	8	7	12	13	14	146	0,1
Total	1.662	3.322	4.592	5.276	9.837	9.889	16.555	29.345	47.622	41.728	169.828	100,0

Fonte: SISAB/SAPS/MSB. Acesso em: 20/08/25.

Os principais agravos à saúde bucal que acometem a população brasileira apresentam elevada prevalência e impacto significativo na qualidade de vida, configurando-se como um importante problema de saúde pública. Entre eles, destacam-se a cárie dentária, as doenças periodontais (gengivite e periodontite), o edentulismo, as maloclusões, o câncer bucal, a fluorose dentária e os traumatismos dentários. Esses agravos estão relacionados a múltiplos fatores: biológicos, comportamentais, socioeconômicos e ambientais; e refletem as desigualdades sociais e regionais observadas no país (BRASIL, 2018a; PERES *et al*., 2019).

De acordo com os resultados do *Projeto SB Brasil*[12] *2020*, a cárie dentária e as doenças periodontais permanecem entre os agravos de maior prevalência em todas as faixas etárias, sendo responsáveis por dor, perda dentária, limitação funcional e repercussões psicossociais. Assim, o enfrentamento desses agravos requer ações integradas de promoção, prevenção e reabilitação, com ênfase na Atenção Primária à Saúde, por meio da ampliação do acesso, da educação em saúde e da reorganização da rede de atenção, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (BRASIL, 2023b).

[12] A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil é um estudo sobre as condições de saúde bucal da população brasileira que acontece a cada 10 anos em âmbito nacional. O estudo faz parte do componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), mais conhecida como Brasil Sorridente (Fonte: Ministério da Saúde).

CONSULTA PÚB

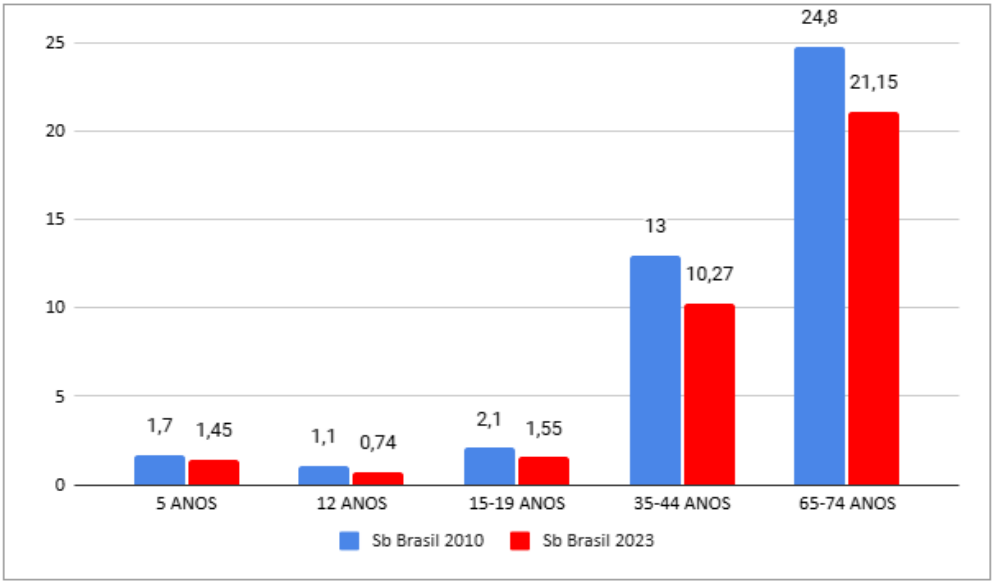
Há uma tendência de redução dos índices médios de cárie dentária no município de Salvador, acompanhando o movimento observado nacionalmente. Observa-se melhora nas condições de saúde bucal das faixas etárias mais jovens, com redução do índice ceo-d[13] aos 5 anos (de 1,7 para 1,45) e aos 12 anos (de 1,1 para 0,74) (Gráfico 32).

Esses resultados sugerem avanços nas ações de promoção e prevenção realizadas na APS, especialmente, por meio da atuação das equipes de saúde bucal e das atividades educativas nas escolas da rede municipal.

Nas faixas etárias adultas e idosas, também se observa redução de 13 para 10,27 entre 35 e 44 anos e, de 24,8 para 21,15 entre 65 e 74 anos, indicando ampliação do acesso a serviços odontológicos, bem como a efetividade de políticas como o Brasil Sorridente e a reestruturação da rede de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Salvador. Entretanto, esses índices refletem o impacto cumulativo da cárie ao longo da vida, associado a desigualdades territoriais e socioeconômicas que persistem no município (Gráfico 32).

Assim, é necessário intensificar ações de reabilitação protética, priorizando a população adulta e idosa, de forma a consolidar os avanços conquistados e reduzir as iniquidades em saúde bucal (BRASIL, 2023b).

Gráfico 32- Média dos índices ceo-d e CPO-D por faixa etária, Salvador-BA, 2010 e 2023.

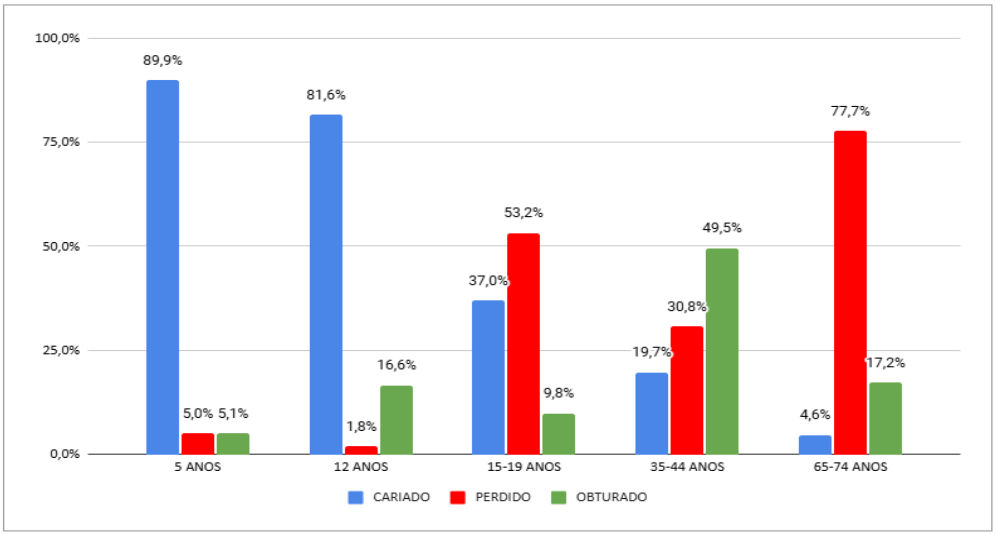


Fonte: SB Brasil 2010 e SB Brasil 2023.

[13] Índice ceo-d: Número de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados e Índice CPO-D Número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

O índice de cárie dentária, em Salvador, evidencia diferenças no perfil da doença ao longo do ciclo de vida. Nas idades mais precoces (5 e 12 anos), observa-se o predomínio do componente “cariado”, que corresponde, respectivamente, a 89,9% e 81,6% (Gráfico 33). Esses valores indicam que, apesar da redução global da média de cárie observada, a presença de lesões ativas não tratadas é expressiva na infância, revelando a necessidade de ampliar o acesso ao tratamento restaurador oportuno e às ações de prevenção contínua nas unidades de saúde da família e nas escolas municipais.

Gráfico 33- Distribuição percentual dos componentes do índice ceo-d e CPO-D por faixa etária, Salvador-BA, 2023.



Fonte: SB Brasil, 2023.

A partir da adolescência (15 a 19 anos), nota-se uma mudança no perfil do índice, com aumento do componente “perdido” (53,2%), superando o percentual de dentes cariados (37,0%). Essa tendência se acentua com o avanço da idade, alcançando 77,7% de dentes perdidos entre 65 e 74 anos, o que demonstra o impacto cumulativo da cárie ao longo da vida e a persistência de perdas dentárias evitáveis. Nas faixas adultas (35 a 44 anos), o componente “obturado” apresenta maior proporção (49,5%), indicando que parte da população tem acesso a tratamento restaurador, mas ainda enfrenta limitações no acompanhamento preventivo e reabilitador (Gráfico 33). Esse panorama reforça a importância de estratégias de cuidado longitudinal, reabilitação protética e manutenção da saúde bucal funcional na população adulta e idosa (BRASIL, 2023b).

Em relação aos casos de lesão cariosa registrados por raça/cor, entre os anos de 2019 e 2024, identifica-se uma tendência de aumento no número total de registros, com destaque em 2023 (342 casos) (Tabela 06). Esse crescimento pode refletir tanto melhoria na detecção e registro dos casos pelos serviços de saúde municipal quanto um aumento real da demanda assistencial, sobretudo após a retomada das ações presenciais pós-pandemia.

Observa-se que a raça/cor parda corresponde a 24,6% do total de casos, seguido da raça/cor preta com 22,7%, o que pode estar associado com condições de vulnerabilidade social e desigualdade de acesso aos serviços odontológicos.

Tabela 06- Número de casos de lesão cariosa registrados por raça/cor, Salvador –BA, 2019-2024.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total (%)
Amarela	35	42	55	56	58	63	309 (16,7%)
Branca	41	54	61	56	60	54	326 (17,6%)
Indigena	1	1	4	8	12	8	34 (1,8%)
Parda	64	73	79	82	79	77	420 (22,7%)
Preta	57	62	72	72	78	79	454 (24,6%)
Sem informação	45	51	61	54	55	39	305 (16,5%)
Total	**243**	**283**	**332**	**328**	**342**	**320**	

Fonte: Sistema VIDA+ SMS, 2025

O número de casos registrado por raça/cor indígena (34 registros, em seis anos) pode refletir subnotificação ou barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal, ao invés de baixa ocorrência real. Quanto ao campo “sem informação”, que mantém proporções relevantes ao longo dos anos (entre 12% e 18% do total), evidencia fragilidade no registro da variável raça/cor nos sistemas municipais de informação, o que limita a análise das desigualdades e o planejamento de ações focalizadas.

Quanto aos índices ceo-d e CPO-D, Salvador apresentou média de ceo-d aos 5 anos de 1,45 e 57,4% de crianças livres de cárie, desempenho acima de Recife (2,70 e 47,1%). Esse comportamento é observado na faixa etária aos 12 anos, com Salvador apresentando a média CPO-D de 0,74 e 66,1% de livres de cárie, superior à média nordestina e alinhada a capitais com melhor desempenho histórico em saúde bucal infantil (Tabela 07).

CONSULTA PUBLICA

Tabela 07- Média dos índices ceo-d e CPO-D e proporção de indivíduos livres de cárie (ceo-d/CPO-D = 0), por faixa etária e cidade – SB Brasil 2023.

Faixa etária	Cidade	Média ceo-d/CPOD	Livres de cárie (ceo-d/CPO-D=0) (%)
05 anos	Salvador	1,45	57,36%
	Recife	2,7	47,05%
	Fortaleza	1,25	65,41%
	Belo Horizonte	1,56	66,16%
12 anos	Salvador	0,74	66,11%
	Recife	1,49	50,56%
	Fortaleza	0,7	68,59%
	Belo Horizonte	0,94	62,82%
15-19 anos	Salvador	1,55	62,27%
	Recife	3,21	32,71%
	Fortaleza	1,97	43,77%
	Belo Horizonte	2,02	54,21%
35-44 anos	Salvador	10,27	2,43%
	Recife	12,96	3,19%
	Fortaleza	10,88	1,20%
	Belo Horizonte	7,91	6,74%
65 e 74 anos	Salvador	21,15	0,76%
	Recife	24,34	0,84%
	Fortaleza	25,57	0,12%
	Belo Horizonte	23,68	0,34%

Fonte: SB Brasil, 2023.

Na faixa etária de 15 a 19 anos, Salvador mantém desempenho (CPO-D = 1,55; 62,3% livres de cárie), superior a Recife (3,21; 32,7%) e Fortaleza (1,97; 43,8%). Na faixa etária, a partir dos 35 anos, observa-se que Salvador apresentou CPO-D de 10,27 e 2,4% de adultos livres de cárie, desempenho inferior ao de Belo Horizonte (7,91; 6,7%) e semelhante à Fortaleza (10,88; 1,2%). Entre os idosos (65–74 anos), o cenário se mantém desafiador, com CPO-D de 21,15 e 0,76% de livres de cárie, indicando o acúmulo histórico da doença e a persistência de perdas dentárias (Tabela 08).

Após a análise da cárie dentária, que permanece como o agravo mais prevalente da saúde bucal, destaca-se as doenças periodontais. Enquanto a cárie está relacionada à destruição do tecido dentário, as doenças periodontais afetam os tecidos de suporte dos dentes, podendo comprometer a estabilidade dentária e a saúde sistêmica. Ambas compartilham fatores de risco comuns, como higiene bucal inadequada, alimentação rica em açúcares, condições socioeconômicas desfavoráveis e acesso desigual aos serviços de saúde, o que reforça a necessidade de estratégias integradas de promoção e prevenção no território.

A doença periodontal compreende um conjunto de condições inflamatórias que afetam os tecidos de suporte dos dentes, tendo como principal fator etiológico o biofilme dental. Suas formas clínicas variam desde a gengivite, caracterizada por inflamação reversível, até a periodontite, que cursa com destruição do ligamento periodontal e perda óssea (SOUZA et al., 2010).

Salvador apresenta maior prevalência de cálculo dentário e sangramento gengival, especialmente, nas faixas etárias de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, quando comparada à média nacional e estadual. O percentual de cálculo dentário atinge 66,83% entre adultos de 35 a 44 anos e 61,80% entre idosos, enquanto o sangramento gengival ocorre em 55,74% e 50,20%, respectivamente. As formas iniciais de inflamação e acúmulo de cálculo persistem, refletindo desafios relacionados à higiene bucal, adesão às práticas preventivas e acesso regular a procedimentos de raspagem e controle de placa.

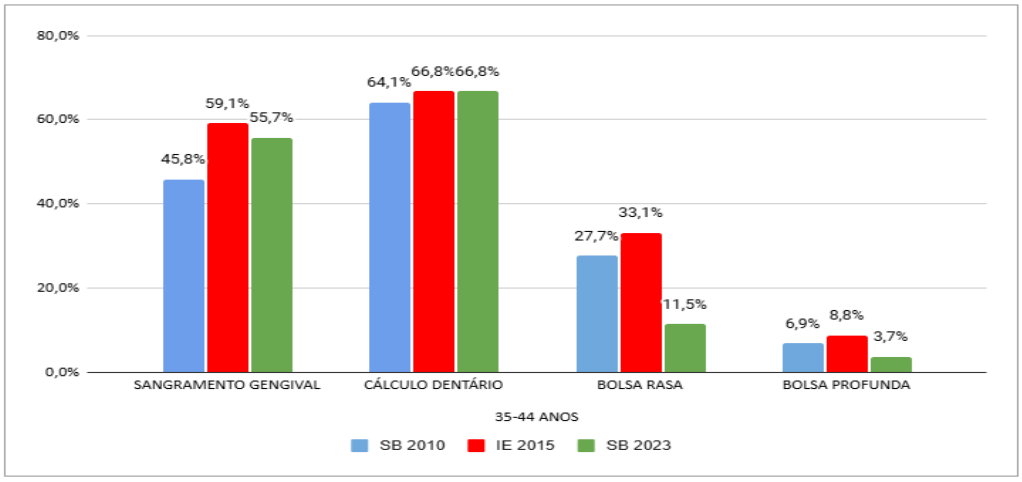
Tabela 08- Percentual de presença de sangramento gengival e cálculo dentário por faixa etária, Brasil, Bahia e Salvador, 2023.

	Sangramento Gengival (%)			**Cálculo Dentário (%)**		
	Brasil	**Bahia**	**Salvador**	**Brasil**	**Bahia**	**Salvador**
12 anos	27,77	18,13	**21,88**	23,72	18,34	**20,07**
15–19 anos	34,36	30,81	**30,7**	35,29	28,64	**27,44**
35–44 anos	41,53	35,71	**55,74**	54,13	47,86	**66,83**
65–74 anos	24,59	33	**50,2**	35,1	44,74	**61,8**

Fonte: SB Brasil, 2023.

O sangramento gengival aumentou de 45,8% em 2010 para 55,7% em 2023, indicando persistência de processos inflamatórios gengivais. Já o acúmulo de cálculo dentário manteve-se no período (de 64,1% para 66,8%). Houve uma redução das bolsas rasas (de 27,7% para 11,5%) e bolsas profundas (de 6,9% para 3,7%). Esses resultados refletem avanços na abordagem clínica e preventiva, mas apontam para a importância de consolidar estratégias de cuidado contínuo na população adulta (Gráfico 34).

Gráfico 34- Prevalência de alterações periodontais (sangramento gengival, cálculo dentário e bolsas periodontais) em adultos de 35 a 44 anos, Salvador-BA, 2010, 2015, 2023.

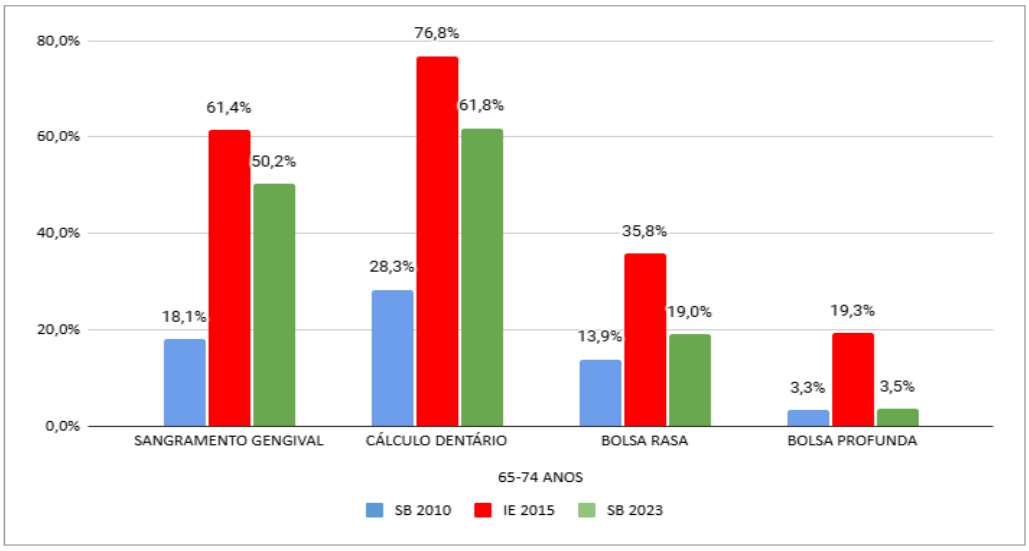


Fonte: SB Brasil 2010/ Inquérito epidemiológico de Salvador, 2015/ SB Brasil 2023.

CONSULTA PÚBLICA

Entre os indivíduos de 65 a 74 anos, observa-se uma tendência de estabilização das formas mais graves da doença periodontal ao longo das três edições do inquérito. A prevalência de bolsa profunda manteve-se estável (3,3% em 2010 e 3,5% em 2023), enquanto a de bolsa rasa reduziu de 35,8% em 2015 para 19,0% em 2023 (Gráfico 35). Esse resultado apresenta como fator limitador a redução do número de dentes presentes entre os idosos, o que limita o número de sítios avaliáveis e pode influenciar as estimativas de prevalência.

Gráfico 35- Prevalência de alterações periodontais (sangramento gengival, cálculo dentário e bolsas periodontais) em idosos de 65 a 74 anos, Salvador-BA, 2010, 2015 e 2023.



Fonte: SB Brasil 2010/ Inquérito epidemiológico de salvador, 2015/ SB Brasil 2023

Quanto ao número de casos de doença periodontal, registrados na APS, observa-se um crescimento, entre 2019 e 2024, passando de 2.890 para 11.262 casos. Esse aumento pode refletir tanto a ampliação da cobertura dos serviços de saúde bucal quanto o aprimoramento dos registros nos sistemas de informação. No período analisado, os casos de doença periodontal registrados no Sistema Vida+, concentram-se na raça/cor negra (preta e parda) correspondendo a 86,1% (35.921) dos casos registrados, o que pode evidenciar desigualdades raciais persistentes no adoecimento bucal e reafirma a necessidade de ações intersetoriais de equidade.

O percentual do campo “sem informação” reforça a necessidade de ações para o correto preenchimento da variável raça/cor nos sistemas de informação em saúde.

Tabela 09- Número de casos de doença periodontal registrados por raça/cor, Salvador-BA, 2019-2024.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total (%)
Amarela	98	98	266	307	495	712	1.976 (4,7%)
Branca	130	127	340	409	522	656	2.184 (5,2%)
Indigena	1	0	3	3	4	4	15 (0,04%)
Parda	1.553	1.621	3.340	4.320	5.485	6.057	22.376 (53,8%)
Preta	887	931	2.104	2.572	3.229	3.722	13.445 (32,3%)
Sem informação	221	202	334	349	402	111	1.619 (3,9%)
TOTAL	**2.890**	**2.979**	**6.387**	**7.960**	**10.137**	**11.262**	**41.615**

Fonte: Sistema VIDA+, SMS 2025

Além dos avanços observados na redução das formas graves de periodontite, Salvador ainda enfrenta importantes desafios relacionados à prevenção e controle da doença periodontal, sobretudo nas faixas etárias adultas e idosas e, entre os grupos raciais mais vulneráveis.

Os achados referentes ao recorte raça/cor reforçam a importância de ampliar e aprimorar as ações de vigilância em saúde bucal com recorte étnico-racial, qualificando o registro da informação e integrando as estratégias de cuidado à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e à Política Nacional de Saúde Bucal. Assim como, a adoção de indicadores de equidade e monitoramento por território pode apoiar a redução das desigualdades e a qualificação do cuidado prestado à população negra, que historicamente apresenta maior vulnerabilidade a agravos bucais.

As ações de educação em saúde, o acompanhamento regular pelas equipes de Saúde Bucal, a vigilância epidemiológica contínua, o fortalecimento da rede de atenção à saúde bucal, com ênfase na integração entre a APS e os CEO, na ampliação da cobertura de escovação supervisionada, do uso racional do flúor, da raspagem e alisamento radicular e, na qualificação permanente das equipes são medidas essenciais para a consolidação do cuidado integral e equitativo à saúde bucal no município ((BRASIL, 2017a, BRASIL, 2023b).

5.2 Perfil de Mortalidade

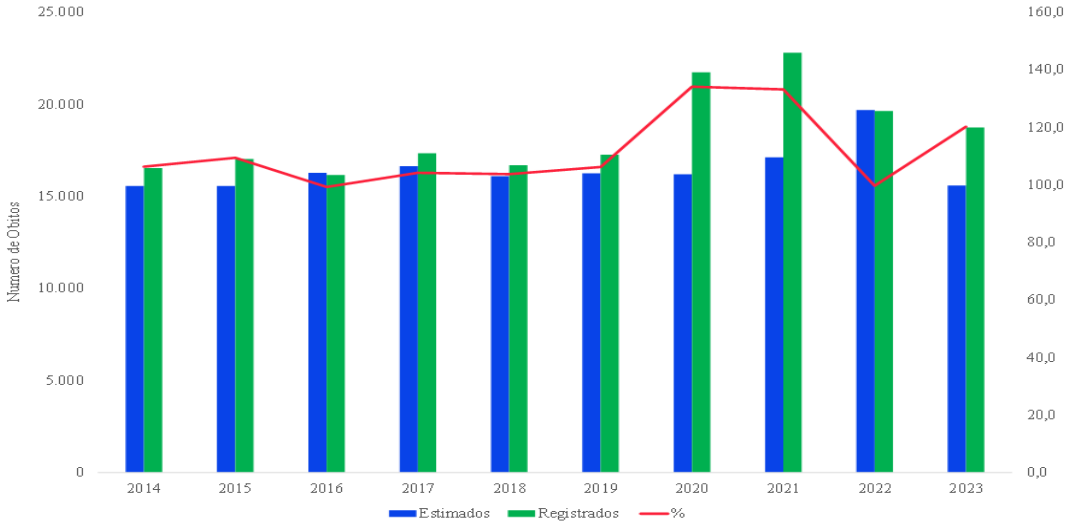
Apresenta-se o perfil de mortalidade da população residente no município de Salvador, com base no registro de óbitos cadastrados no SIM, no período de 2014 a 2023.

CONSULTA PUBLICA

A cobertura do SIM é a razão entre os óbitos coletados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade e os óbitos estimados pelo Ministério da Saúde, sendo um indicador da abrangência do SIM (Gráfico 36).

No município de Salvador há um consistente avanço da cobertura deste indicador na última década, com registros superiores a 100%, indicando o processo ativo de vigilância na gestão e qualificação da base de dados do SIM, podendo apontar também para uma subestimação de óbitos estimados pelo MS para o município

Gráfico 36- Razão entre Óbitos coletados pelo SIM e Estimados pelo Ministério da Saúde, Salvador-BA, 2014-2023.



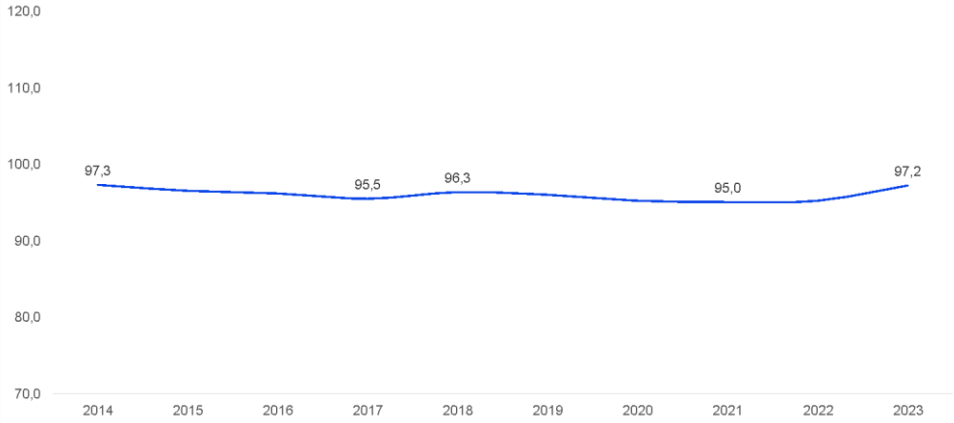
Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM e Estimativa MS. Dados processados em 10/07/2025.

O indicador de proporção de óbitos por causa básica definida expressa o acesso da população à assistência à saúde e, portanto, aos meios de diagnóstico, assim como permite a avaliação da qualidade das informações registradas no SIM.

O MS define a meta de ≥ 90% para os óbitos com causa básica definida. Para o município de Salvador, o gráfico 02, aponta para resultados igual ou superior a 95,0%, com uma média de 96,0%, ao longo do período analisado.

O desempenho deste indicador está relacionado também às ações contínuas de qualificação da base de dados do SIM municipal, por meio de processos de controle de fornecimento e retorno dos formulários de declaração de óbito, crítica, codificação e análise dos dados de mortalidade (Gráfico 37).

Gráfico 37 - Proporção de Óbitos por Causa Básica Definida, Salvador/BA, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM *Dados processados em 10/07/2025

O óbito com causa mal definida é considerado pelo MS, como aquele codificado no capítulo XVIII da CID 10 (R00-R99, com exceção do código R95), não contribuindo para a identificação da real causa da morte, distorcendo as estatísticas, além de dificultar a compreensão das tendências de mortalidade.

Associado a isso, a partir do ano de 2017, o Ministério da Saúde passou a considerar também, outros códigos da CID 10, como Código Pouco Útil Prioritário (CPUP), que são códigos pouco específicos, que impossibilitam os serviços de saúde de reconhecer os reais agravos e/ou doenças que desencadearam o evento do óbito.

Nesse sentido, a tabela 10, apresenta os óbitos com causa básica mal definida e/ou CPUP, considerando a situação inicial do processo de codificação das Declarações de Óbito e cadastro no SIM, bem como a situação após a realização da investigação dos óbitos nos estabelecimentos de saúde, nos anos de 2014 e 2023. Pode-se observar que nos anos em análise, a maior variação percentual foi para as causas mal definidas, 67,5% (2014) e 57,8% (2023), e das causas externas com intenção indeterminada e acidental não especificada, 78,1% (2014) e 82,2% (2023).

A importante melhora da qualificação das causas externas está relacionada, ao contrato de cooperação técnica entre a SMS Salvador e a SSP/BA, na investigação das DO's emitidas pelo Instituto Médico Legal Nina Rodrigues - IML, realizada pelos codificadores da SUIS, visando qualificar a circunstância (homicídio, suicídio ou acidente) da lesão, que ocorre anualmente.

No ano de 2014, apesar da redução em 18,0%, possivelmente houve uma transição dos óbitos que saíram da condição de mal definida e/ou CPUP, para os outros grupos de causas, a

CONSULTA PÚBLICA

exemplo da insuficiência cardíaca e cardiopatia, hipertensão essencial e pneumonia, que registraram um incremento após o processo de investigação.

Ao analisar o ano de 2023, observa-se a redução percentual de todos os grupos de causas, além do incremento de 67,8%, ao comparar os anos de 2014 (18,0%) e 2023 (30,3%). Esse desempenho positivo foi devido a implementação do processo de investigação dos óbitos, ao longo do ano de 2023, por meio de:

- Realização de visitas e capacitação dos profissionais que compõem as comissões de investigação de óbito dos estabelecimentos de saúde, sob gestão municipal e estadual;
- Contratação de um profissional médico certificador para compor a equipe da SUIS;
- Formação de uma equipe para realizar a investigação de óbitos do SAMU, das UPA's (Paripe, Adroaldo Albergaria e Cidade Baixa) e dos Hospitais (Subúrbio e Eládio Lasserre);
- Cooperação com o curso de medicina da uma universidade, com foco na formação ampliada sobre o preenchimento da DO e processo de certificação;
- Convênio firmado entre a SMS e os hospitais Português, Martagão Gesteira e Santa Izabel no alcance da meta de ≥ 80% dos óbitos com causa básica definida.

Tabela 10- Número de Óbitos com Causa Básica CPUP e/ou Mal Definida, segundo situação original e após realização da investigação, Salvador-BA, 2014 e 2023.

Grupo de Causas	2014		Variação	2023		Variação
	Antes	Depois	(%)	Antes	Depois	(%)
Causas Mal-Definidas	1.382	449	-67,5	1.220	515	-57,8
AVC não especificado como Hemor ou Isquem	686	698	1,7	685	575	-16,1
Septicemia	305	303	-0,7	294	222	-24,5
Insuficiência cardíaca e Cardiopatia	282	426	51,1	372	340	-8,6
Hipertensão essencial	161	172	6,8	269	221	-17,8
Neoplasia não especificada	226	229	1,3	216	173	-19,9
Embolia pulmonar	72	72	0,0	107	94	-12,1
Pneumonia	637	668	4,9	739	596	-19,4
Insuficiência Respiratória e Outros Transtornos re	480	484	0,8	408	278	-31,9
Insuficiência Renal	75	75	0,0	77	58	-24,7
Causas Extern com Intenção indeterm e acident NE	319	70	-78,1	169	30	-82,2
Acidente de transporte NE e Homicídios	34	32	-5,9	72	72	0,0
Diabetes Mellitus Não Especificado	600	632	5,3	609	477	-21,7
Total	**5.259**	**4.310**	**-18,0**	**5.237**	**3.651**	**-30,3**

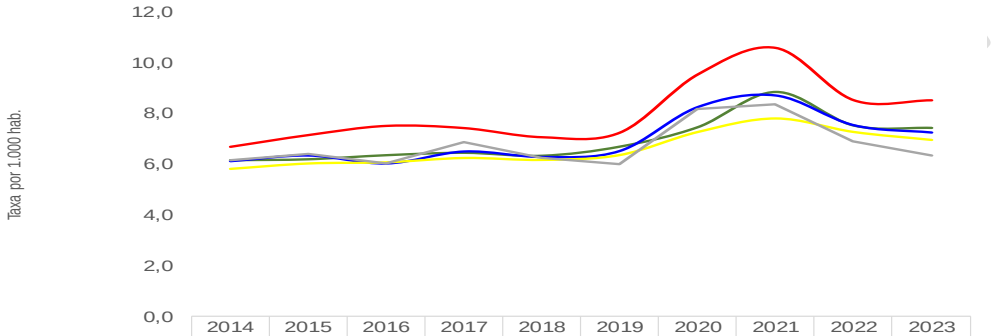
Fonte: SMS/DVIS/SUIS/Planilha de Monitoramento; SIM *Dados analisados em 04/09/2025

No período de 2014 a 2023, foi registrado na base do SIM, o total de **183.992** óbitos de residentes no município de Salvador. O gráfico 38, apresenta a taxa de mortalidade bruta para

o Brasil e algumas capitais do Nordeste, podendo-se observar a tendência de crescimento em todas as regiões, com destaque para as maiores taxas de mortalidade nos anos de 2020 e 2021, relacionado a pandemia de Covid 19.

O município de Salvador registrou um aumento de 18,4%, ao passar de 6,1 óbitos por mil habitantes, em 2014, para 7,2 no ano de 2023. Este incremento foi inferior a variação do estado da Bahia (19,8%), e dos municípios de Recife (27,4%) e, Belo Horizonte (20,8%). Porém foi superior a Fortaleza (3,0%), quando comparado ao mesmo período.

Gráfico 38- Taxa de Mortalidade Bruta (por 1.000 Hab.), segundo local de residência, Bahia, Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.



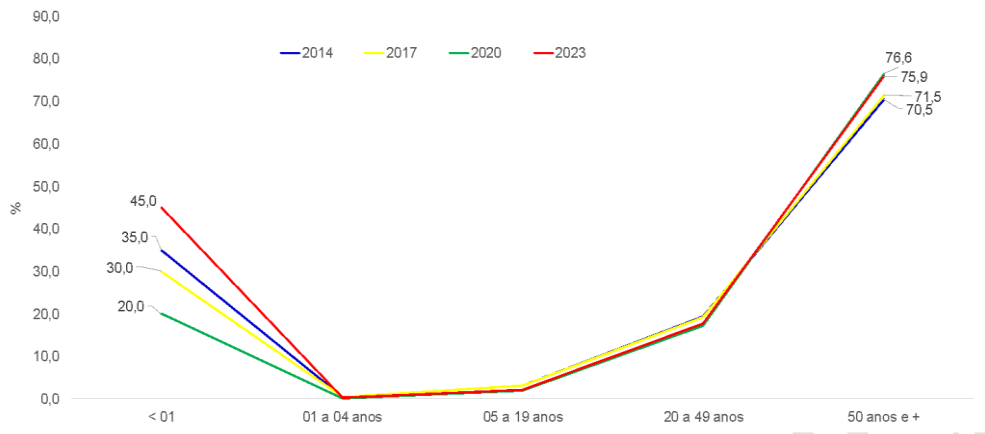
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Recife	6,7	7,1	7,5	7,4	7,1	7,2	9,5	10,6	8,5	8,5
Belo Horizonte	6,2	6,2	6,4	6,4	6,3	6,7	7,5	8,9	7,5	7,4
Salvador	6,1	6,3	6,0	6,5	6,3	6,5	8,2	8,7	7,5	7,2
Bahia	5,8	6,0	6,1	6,2	6,2	6,4	7,3	7,8	7,3	7,0
Fortaleza	6,2	6,4	6,0	6,9	6,3	6,0	8,2	8,4	6,9	6,3

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM e IBGE. *Dados processados em 10/07/2025

A mortalidade proporcional por faixa etária agregada é conhecida como curva de Nelson de Moraes, e permite avaliar o nível de saúde de uma determinada população. Salvador apresenta um nível de saúde regular, caracterizado pela mortalidade da população menor de 01 ano de idade, que no período em análise registrou um incremento de 28,6%, quando comparado o ano de 2014 (35,0%) e 2023 (45,0%).

Importante destacar o aumento dos óbitos entre os indivíduos com 50 anos e mais de idade, correspondendo a um incremento de 7,7%, ao passar de 70,5% (2014) para 75,9% (2023), podendo estar representando uma melhora da qualidade de vida dos soteropolitanos, refletindo o envelhecimento da população.

Gráfico 39 - Mortalidade Proporcional, segundo faixa etária, Salvador-BA, 2014, 2017, 2020 e 2023.

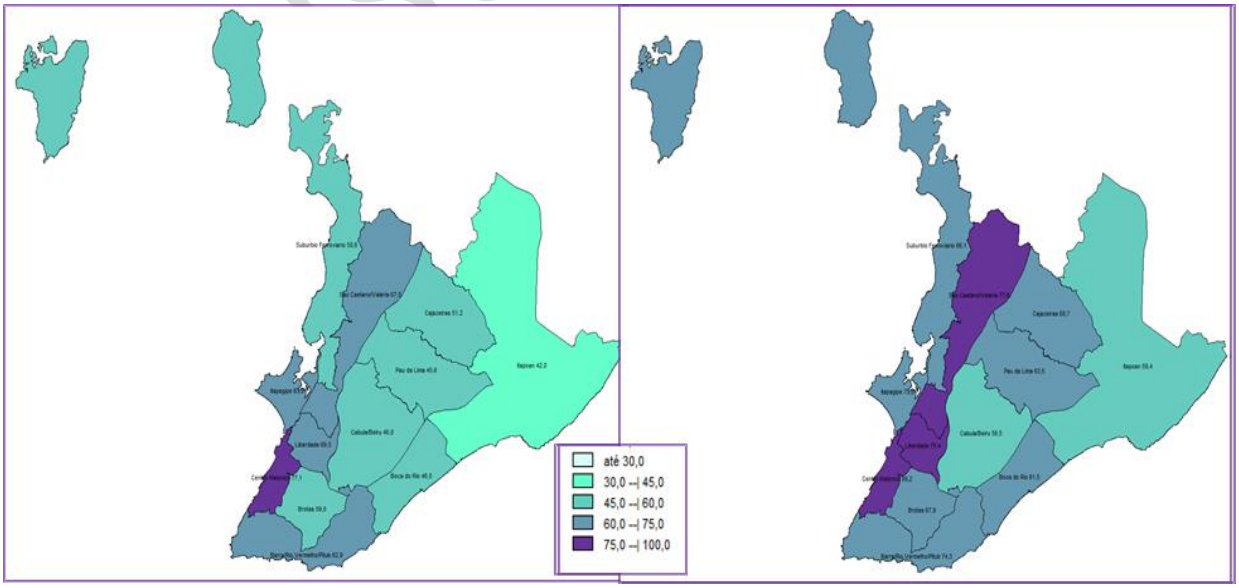


Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM e IBGE *Dados processados em 10/07/2025

Ao analisar o Mapa abaixo, pode-se observar a elevação das taxas de mortalidade, em todos os distritos de residência. Com maior incremento, ao comparar os anos de 2014 e 2023, para os DS Itapuã (41,4%), seguido do Pau da Lima (39,3%), Cajazeiras (34,2%) e Boca do Rio (33,7%).

Entretanto as maiores taxas de mortalidade, no ano de 2023, foram registradas para a população residente do DS Centro Histórico, correspondendo a 99,2/10 mil habitantes, seguido do São/Caetano Valeria (77,6/10 mil hab.) e Liberdade (75,4/10 mil hab.).

Mapa 15- Taxa Mortalidade (por 10.000 hab.), segundo Distrito Sanitário de Residência, Salvador-BA, 2014 e 2023.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM e IBGE *Dados processados em 10/07/2025

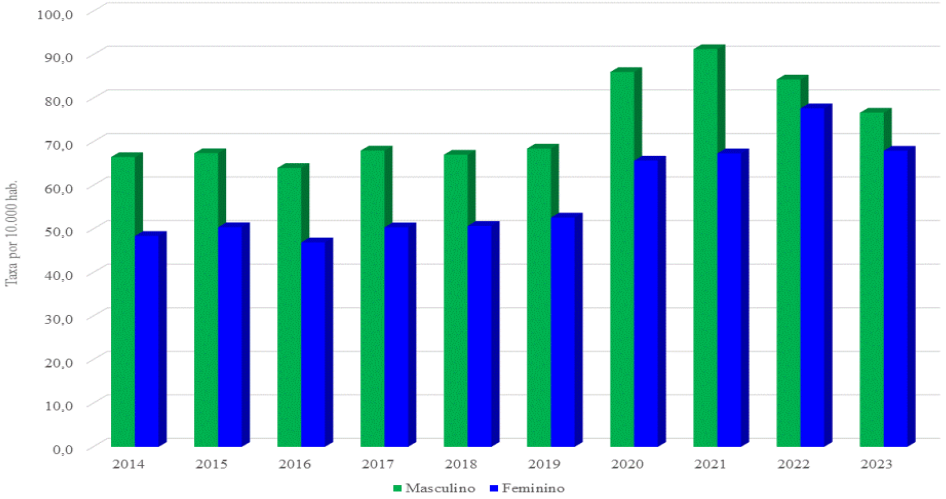
CONSULTA PUBLICA

No período em análise foi registrado no SIM, 98.444 (53,5%) óbitos do sexo masculino, 85.195 (46,3%) do sexo feminino. Consta ainda o registro de 353 (0,2%) de sexo ignorado, possivelmente associado aos óbitos relacionados as causas externas, sem condições de identificação pelo IML.

Pode-se observar que em todo o período em análise, o risco de morrer foi maior para o sexo masculino, com as maiores taxas de mortalidade registradas entre os anos de 2020 (86,0/10 mil homens), 2021 (91,3/10 mil homens) e 2022 (84,3/10 mil homens), gráfico 29.

Importante destacar, que a população feminina apresentou uma elevação de 40,4%, ao passar do risco de morrer 48,4/10 mil mulheres (2014) para 68,0/10 mil mulheres (2023). Este incremento foi superior ao registrado pelo sexo masculino de 15,3%, quando comparado com o mesmo período.

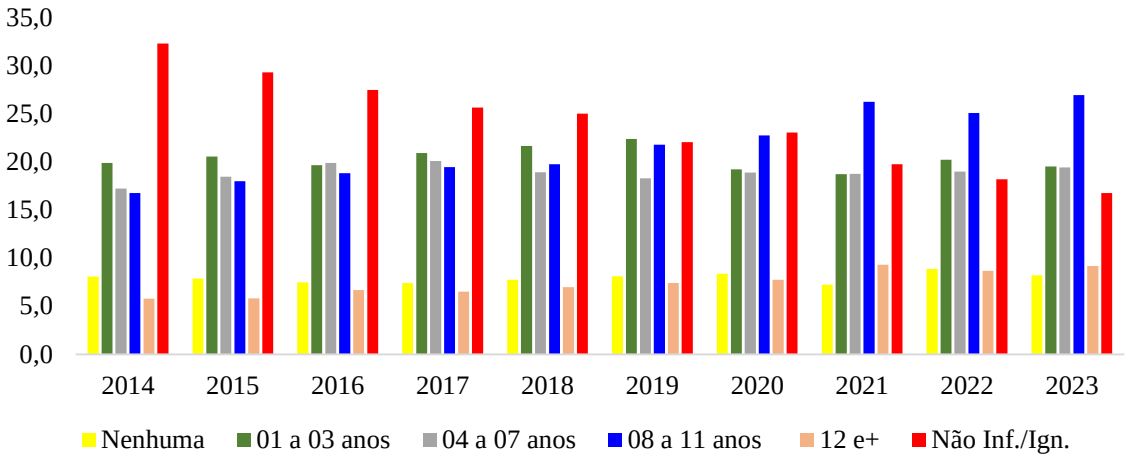
Gráfico 40 - Taxa de Mortalidade (por 10.000 hab.), segundo sexo, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM e IBGE *Dados processados em 10/07/2025

O total de 43.437 (23,6%) não apresenta registros de escolaridade limitando a análise acerca dessa variável. Entretanto, é importante ressaltar a redução em 48,1%, ao comparar os anos de 2014 (32,3%) e 2023 (16,7%). Em seguida, a população com 08 a 11 anos de escolaridade, registrou 40.220 (21,9%), óbitos, seguidos de 37.159 (20,2%) de 01 a 03 anos, e 34.756 (18,9%) de 04 a 07 anos de escolaridade.

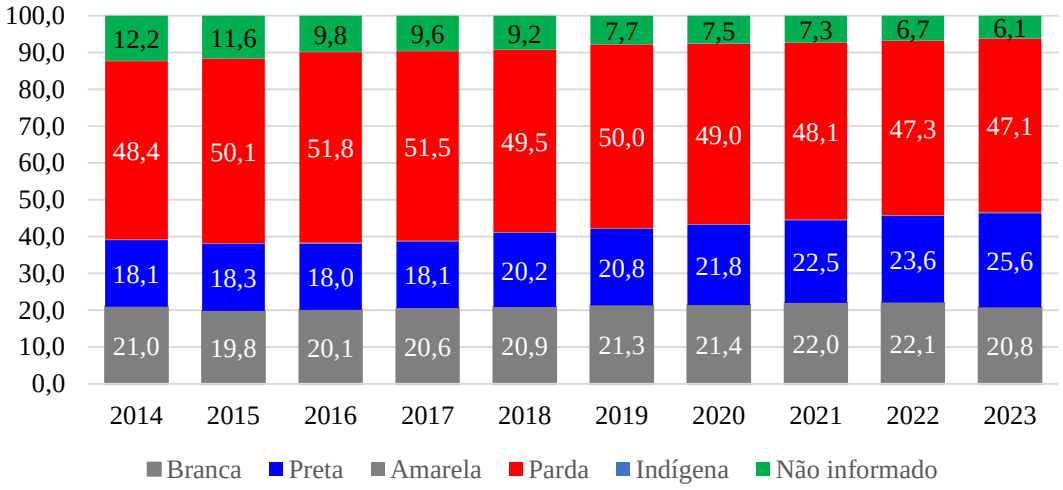
Gráfico 41 - Mortalidade Proporcional, segundo grau de Escolaridade, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM *Dados processados em 10/07/2025

Tratando-se do quesito raça/cor, de 2014 a 2023, a parda registrou o maior número de óbitos 90.482 (49,2%), seguida de branca 38.718 (21,0%) e da preta 38.416 (20,9%). O percentual de mortalidade da população negra foi 70,1%, gráfico 42. Observa-se uma redução de 50,0% da variável não informada, ao passar de 12,2% (2014) para 6,1% (2023), representando uma melhora da qualidade da informação sobre o quesito raça/cor.

Gráfico 42 - Mortalidade Proporcional, segundo Raça/Cor, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM *Dados processados em 10/07/2025

5.2.1 Mortalidade por grupos de causas

A tabela 11 abaixo, apresenta a mortalidade proporcional de acordo com os grupos de causas, sexo e faixa etária agregada (criança, adolescente, adulto jovem e idoso).

De forma geral, a maior mortalidade proporcional foi observada na população idosa e em ambos os sexos, para a maioria dos grupos de causas. A exceção para os transtornos mentais e comportamentais e causas externas que apresentaram o maior percentual de óbitos para a população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos.

E conforme esperado, as afecções originadas no período perinatal, bem como as malformações congênitas registraram os maiores percentuais de óbitos, na população menor de 10 anos de idade, para ambos os sexos.

Tabela 11- Mortalidade Proporcional, segundo Grupos de Causas, faixa etária* e Sexo, Salvador-BA, 2014-2023.

Grupos de Causas	Menor 10 anos		10 a 19 anos		20 a 59 anos		Maior 60 anos	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
D. Infecciosas e Parasitárias	0,8	0,7	0,2	0,2	22,3	12,7	**30,6**	**31,9**
Neoplasias	0,3	0,2	0,4	0,2	13,0	18,1	**33,6**	**34,2**
D. Sangue Órgãos Hemat	1,9	2,4	2,1	2,4	17,8	19,6	**21,2**	**32,5**
D. Endócrinas Metabólicas	0,3	0,3	0,2	0,2	10,7	9,5	**32,6**	**46,2**
Transt. Mentais e Comport.	0,0	0,1	0,1	0,2	**39,3**	9,1	29,8	**21,4**
D. Sistema Nervoso	1,8	1,3	1,3	0,8	10,6	7,0	**28,4**	**48,7**
D. Olho e Anexos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	**50,0**	**50,0**
D. Ouvido, Apófise Mastóide	0,0	0,0	0,0	0,0	23,8	14,3	**42,9**	**19,0**
D. Aparelho Circulatório	0,1	0,1	0,2	0,1	12,8	9,6	**33,6**	**43,4**
D. Aparelho Respiratório	1,0	0,9	0,3	0,2	9,9	6,8	**35,5**	**45,4**
D. Aparelho Digestivo	0,4	0,4	0,4	0,2	22,5	9,1	**34,7**	**32,2**
D. Pele e Tecido Subcutâneo	0,1	0,2	0,2	0,3	9,3	7,1	**32,1**	**50,6**
D. Sist Osteom. e Tec Conjuntivo	0,0	0,6	0,6	1,0	9,6	22,1	**22,5**	**43,4**
D. Aparelho Geniturinário	0,6	0,2	0,2	0,1	8,8	7,9	**37,1**	**45,0**
Gravidez Parto e Puerpério	0,0	0,0	0,0	5,5	0,0	**94,5**	0,0	0,0
Afec Período Perinatal	**22,8**	**18,6**	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Malformação Congênita	**35,5**	**33,9**	1,3	1,1	4,1	3,5	1,3	2,0
Mal Definidas	0,6	0,5	0,7	0,4	24,3	11,7	**29,8**	**31,8**
Causas Externas	0,5	0,3	12,7	0,9	**59,4**	6,0	10,3	**9,9**
Total[1]	**1,7**	**1,4**	**2,0**	**0,3**	**20,3**	**10,4**	**28,2**	**33,1**

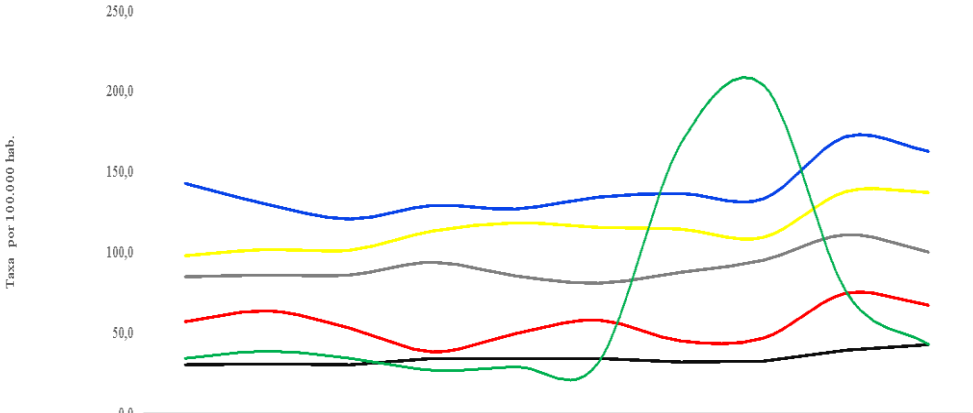
Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM. Dados processados em 10/07/2025
[1]Excluídos os registros de sexo e faixa etária ignorados

O maior risco de morte dos residentes de Salvador, no período em análise, foi devido as doenças do aparelho circulatório - DAC, correspondendo a 162,1/100 mil hab.), seguido das neoplasias (136,8/100 mil hab.), causas externas (99,9/100 mil hab.), doenças do aparelho respiratório (67,1/100 mil hab.), doenças do aparelho digestivo (42,5/100 mil hab.) e doenças infecciosas e parasitárias - DIP (42,1/100 mil hab.), no ano de 2023.

Pode-se observar a tendência de aumento de todos os grupos de causas, ao analisar os anos de 2014 e 2023, com maior incremento, para as doenças do aparelho digestivo (41,6%), neoplasias (40,0%), e doenças infecciosas e parasitárias (26,2%).

Sendo as DIP, grupo de causa onde está inserido o vírus do Covid 19, registrou as maiores taxas de mortalidade entre os anos de 2020 e 2021, com o registro, respectivamente, de 3.974 e 4.951 óbitos (Gráfico 43).

Gráfico 43 - Taxa de Mortalidade (por 100.000 hab.), segundo principais Grupos de Causas, Salvador-BA, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
D. Ap. Circulatório	142,3	129,3	120,0	128,5	126,5	133,5	135,8	132,3	171,1	162,1
Neoplasias	97,7	101,9	100,9	113,0	118,0	115,2	113,9	108,9	137,5	136,8
Causas Externas	84,1	85,3	85,2	93,5	85,1	80,5	87,3	94,5	111,0	99,9
D. Ap. Respiratório	56,5	63,2	52,6	37,7	49,1	57,6	44,5	46,3	74,3	67,1
D. Ap. Digestivo	30,0	30,4	29,6	33,4	33,7	33,4	31,4	32,0	38,7	42,5
D. Infec. e Parasitárias	33,3	37,9	33,6	25,8	28,1	30,5	167,2	203,5	74,7	42,1

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM e IBGE. Dados processados em 10/07/2025

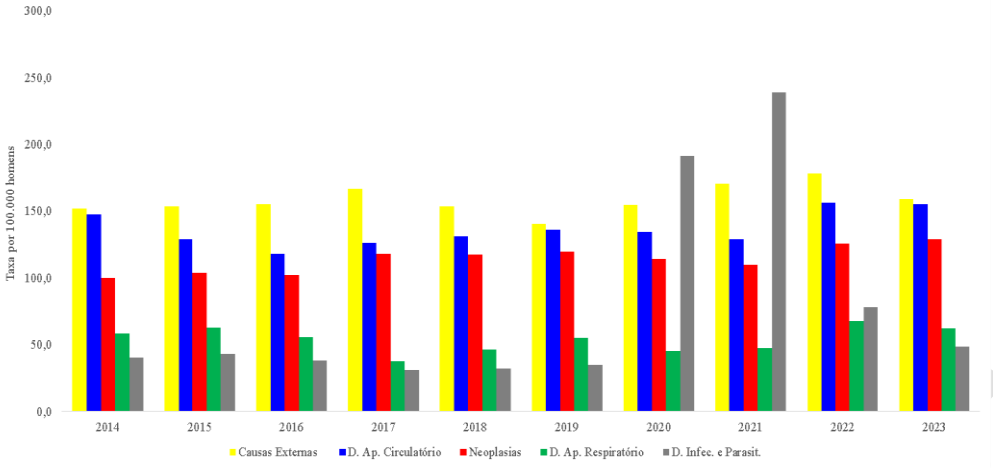
De acordo com os gráficos 44 e 45, o risco de morrer, segundo os grupos de causas, foi distinto entre homens e mulheres, com tendência de crescimento para todas as causas de morte apresentadas e ambos os sexos.

Para o sexo masculino, destacou-se as causas externas, com tendência de aumento no período, registrando o mais alto risco de morrer, nos anos de 2021 e 2022, correspondendo, respectivamente a 170,2 e 178,4 por cem mil homens.

As doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de morte da população feminina. Entretanto o maior incremento foi observado para as doenças do sistema nervoso e causas externas, quando analisados os anos de 2014 e 2023, correspondendo a 159,2% e 70,4%, respectivamente.

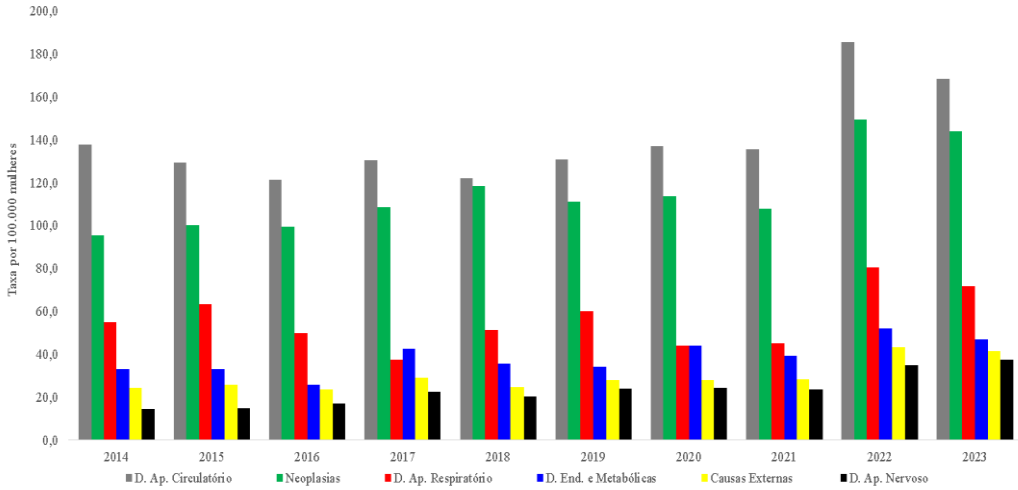
CONSULTA

Gráfico 44 - Taxa de Mortalidade em Homens (por 100.000 hab.), segundo principais Grupos de Causas, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM e IBGE *Dados processados em 10/07/2025

Gráfico 45 - Taxa de Mortalidade em Mulheres (por 100.000 hab.), segundo principais Grupos de Causas, Salvador-BA, 2014-2023.

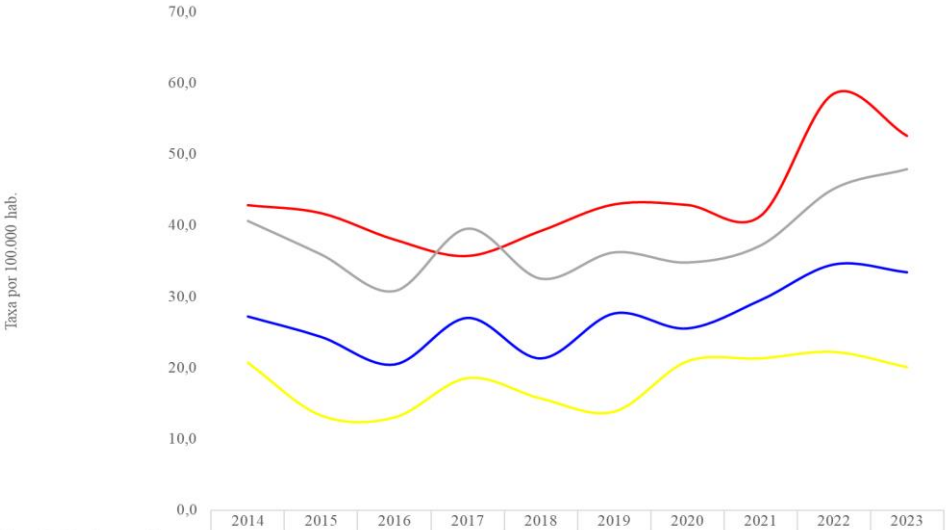


Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM e IBGE *Dados processados em 10/07/2025

As doenças do aparelho circulatório registraram 38.774 óbitos no período de 2014 a 2023. Sendo que, no grupo das DAC, as doenças cerebrovasculares apresentaram o maior volume de óbitos, no período em análise, correspondendo a 12.194 (31,4%). O maior risco de morrer foi registrado no ano de 2022, com uma taxa de mortalidade de 58,5/100 mil habitantes.

Com relação ao infarto agudo do miocárdio, principal representante das doenças isquêmicas do coração, pode-se observar o maior incremento, dentre as doenças selecionadas, correspondendo a 22,9%, ao passar de 27,2 por 100 mil habitantes em 2014 para 33,4 em 2023 (Gráfico 46).

Gráfico 46 - Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (por 100.000 hab.), segundo causa selecionada, Salvador-BA, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
D. Cerebrovasculares	42,8	41,7	38,0	35,7	39,2	42,9	42,9	41,3	58,5	52,6
D. Isquêmicas Coração	40,6	35,9	30,8	39,5	32,5	36,2	34,8	37,2	45,1	47,9
Infarto Agudo Miocárdio	27,2	24,3	20,5	27,0	21,3	27,6	25,5	29,5	34,5	33,4
D. Hipertensivas	20,7	13,3	13,0	18,6	15,7	13,9	20,9	21,3	22,3	20,1

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM e IBGE *Dados processados em 10/07/2025

A análise do gráfico 47, revela o principal risco de morrer pelas neoplasias, segunda causa de morte no município de Salvador. No período em análise, o SIM registrou 32.109 óbitos por câncer, sendo 16.929 (52,7%) para o sexo feminino e 15.178 (47,3%) para o masculino.

Foi observado um aumento de 24,9%, do número de mortes, para ambos os sexos, ao passar de 2.837 óbitos em 2014 para 3.543 no ano de 2023.

Com relação ao sexo feminino, a neoplasia de mama registrou o maior risco de morrer em todo o período em análise, com tendência de crescimento, correspondendo a 47,0%, ao comparar os anos de 2014 (17,2/100 mil mulheres) e 2023 (26,7/100 mil mulheres).

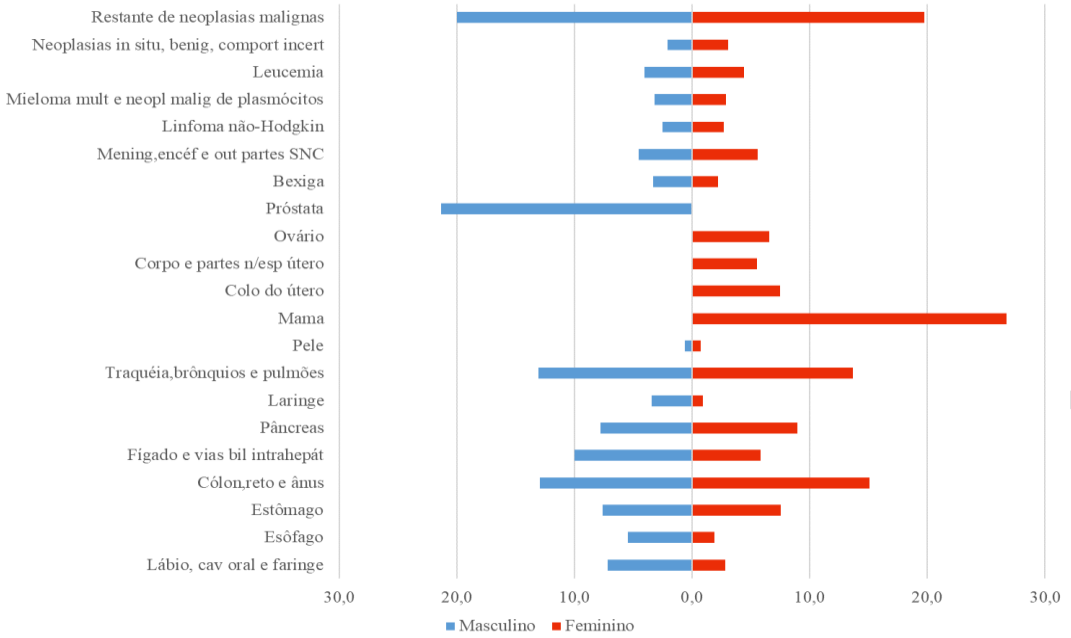
Em seguida, observa-se a neoplasia de colo do útero, como segunda causa de óbito por câncer nas mulheres, com uma elevação de 22,0%, ao passar de 6,1/100 mil mulheres (2014) para 7,5/100 mil mulheres (2023).

Ao analisar o risco de morrer pelas neoplasias, no sexo masculino, o câncer de próstata registou as maiores taxas de mortalidade, no período em análise, com um incremento de 55,3%, ao comparar os anos de 2014 (13,7/100 mil homens) e 2023 (21,3/100 mil homens).

A mortalidade por ambos os sexos revelou o maior risco de morrer pelo câncer de Cólon, reto e ânus (14,0/100 mil hab.), seguido de Traqueia, brônquios e pulmões (13,4/100 mil hab.), Pâncreas (8,4/100 mil hab.) e Fígado e vias biliares intra-hepáticas (7,9/100 mil hab.), no ano de 2023.

CONSULTA PÚ

Gráfico 47 - Taxa de Mortalidade por Neoplasia (por 100.000 hab.), segundo sexo e localização primária, Salvador-BA, 2023.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM e IBGE *Dados processados em 10/07/2025

Considerando o grupo das causas externas, os homicídios apresentaram as maiores taxas de mortalidade no período, entretanto com redução de 9,5%, quando analisados os anos de 2014 (47,4/100 mil hab.) e 2023 (42,9/100 mil hab.). Importante salientar as oscilações ao longo do período, com registro de elevações entre os anos de 2014 e 2015 (0,1%), 2015 e 2016 (5,4%) 2019 e 2020 (13,5%), 2020 e 2021 (13,8%), e 2021 e 2022 (2, 5%) (Gráfico 48).

Destaca-se a tendência crescente da mortalidade por intervenções legais14 e operações de guerra15, que passaram da quarta posição em 2014 (2,5/100 mil hab.) para a segunda no em 2023 (14,9/100 mil hab.), registrando um incremento de 501,0%. Esta situação pode estar associada a qualificação dos óbitos, por meio da investigação, com base nos laudos do IML.

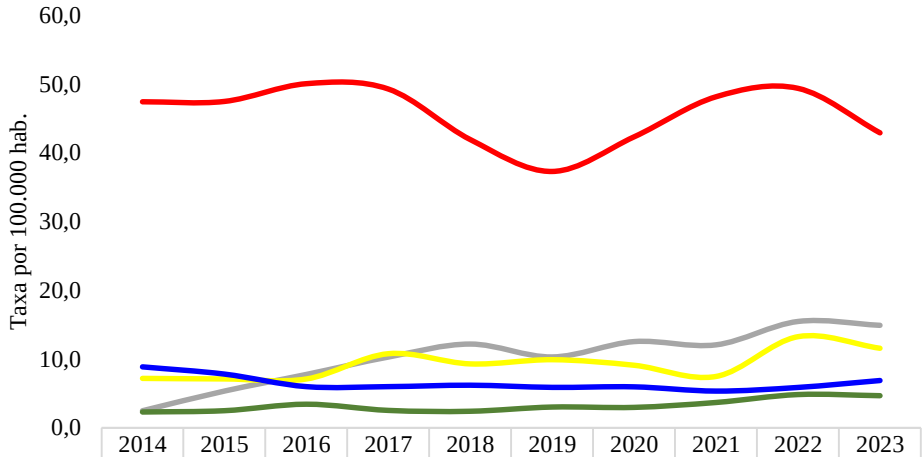
As quedas mantiveram a terceira posição, entretanto registraram uma elevação de 60,9%, ao passar do risco de morrer de 7,2/100 mil hab. (2014) para 11,6/100 mil habitantes, podendo estar relacionado ao maior risco de morrer da população feminina idosa.

Os acidentes de transporte também apresentaram mudança ao longo do período avaliado, saindo da segunda posição em 2014 para a quarta do ano de 2023, com tendência de redução, correspondendo a 22,4%. Possivelmente, relacionada, à política pública, popularmente conhecida pela "lei seca", por meio da proibição do consumo de álcool e outras drogas, e o ato

[14]Traumatismos infligidos pela polícia ou outros agentes da lei, incluindo militares em serviço, durante a prisão ou tentativa de prisão de transgressores da lei, ao reprimir tumultos, ao manter a ordem, e outra ação legal;
[15] As lesões devidas a operações de guerra que ocorrem após o término das hostilidades (lesões a pessoal militar ou a população civil causada por operações de guerra ou por rebeliões civis).

de dirigir. Com relação ao risco de morrer em decorrência do suicídio, observa-se um incremento de 102,5%, passando de 2,3/100 mil hab. (2014) para 4,7/100 hab. (2023).

Gráfico 48 - Taxa de Mortalidade por Causas Externas, segundo Circunstância da Lesão, Salvador-BA, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Homicídios	47,4	47,5	50,1	49,3	41,9	37,3	42,3	48,2	49,4	42,9
Interv. Legais	2,5	5,3	7,8	10,3	12,2	10,3	12,5	12,1	15,5	14,9
Quedas	7,2	7,1	7,1	10,8	9,3	9,9	9,1	7,5	13,3	11,6
Acid,Transporte	8,9	7,8	6,0	6,0	6,2	5,9	6,0	5,3	5,9	6,9
Suicidíos	2,3	2,5	3,4	2,5	2,4	3,0	3,0	3,7	4,8	4,7

Fonte: SMS/DVIS/SUIS – SIM e IBGE *Dados processados em 10/07/2025

CONSULTA

5.2.2 Mortalidade por Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) constituem a principal causa de mortalidade em ambientes urbanos, gerando um elevado impacto no sistema de saúde devido à sua natureza crônica e multicausal. Os óbitos decorrentes dessas condições que incluem desde doenças cardiovasculares e cânceres até causas externas, como a violência e os acidentes de trânsito discutidos anteriormente estão frequentemente associados a desigualdades socioeconômicas e à exposição a fatores de risco evitáveis.

Tabela 12 – Ranking das causas determinantes de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelas principais DCNT[16], Salvador, 2014-2023

Ranking	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1º	D. cerebrovasculares	D. cerebrovasculares	D. cerebrovasculares	D. cerebrovascula	D. cerebrovasculares	D. cerebrovasculares	D. cerebrovasculares	D. cerebrovasculares	D. cerebrovasculares	D. cerebrovasculare
2º	Infarto agudo do miocardio	Diabetes mellitus	Infarto agudo do miocardio	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Infarto agudo do miocardio	Diabetes mellitus	Infarto agudo do miocardio	Infarto agudo do miocardio	Infarto agudo do miocardio
3º	Diabetes mellitus	Infarto agudo do miocardio	Diabetes mellitus	Infarto agudo do miocardio	Infarto agudo do miocardio	Diabetes mellitus	Infarto agudo do miocardio	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
4º	D. hipertensivas	CA mama	CA mama	CA mama	CA mama	CA mama	CA mama	CA mama	CA mama	CA mama
5º	Outras doencas isquem coracao	Outras doencas isquem coracao	CA pulmao	D. hipertensivas	D. hipertensivas	CA pulmao	D. hipertensivas	D. hipertensivas	D. hipertensivas	D. hipertensivas
6º	CA mama	D. hipertensivas	Outras doencas isquem coracao	CA pulmao	CA pulmao	D. hipertensivas	CA pulmao	CA pulmao	CA pulmao	Outras doencas isquem coracao
7º	CA pulmao	CA pulmao	D. hipertensivas	Outras doencas	Outras doencas isquem coracao	Bronquite, enfisema, asma	CA colon	CA colon	CA pancreas	CA pulmao
8º	Outras doencas pulmao	Outras doencas pulmao	Outras doencas pulmao	CA estomago	CA figado	CA figado	CA figado	Insuficiencia cardiaca	CA estomago	CA estomago
9º	CA estomago	CA estomago	CA estomago	CA figado	CA estomago	CA estomago	Insuficiencia cardiaca	CA estomago	Bronquite, enfisema, asma	CA figado
10º	Insuficiencia cardiaca	Miocardiopatias	Insuficiencia cardiaca	CA pancreas	Outras doencas pulmao	CA colon	Outras doencas isquem coracao	CA figado	Outras doencas isquem coracao	CA colon

Fonte: SMS/SUIS/ SIM. Dados acessados em 10/07/2025

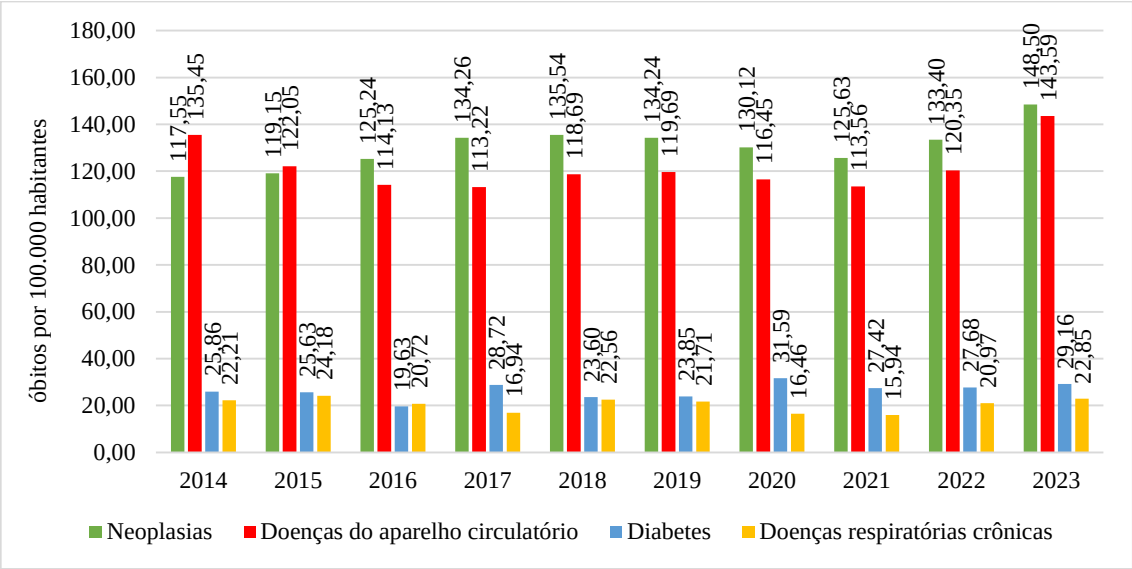
Entre as causas determinantes, as doenças cerebrovasculares permanecem no topo durante todo o período analisado, seguidas pelo infarto agudo do miocárdio e pelo diabetes mellitus. Dentre as neoplasias, as maiores taxas de mortalidade prematura são atribuídas ao câncer de mama, pulmão, estômago e fígado (Tabela 12).

As neoplasias se consolidaram como o principal grupo de causas de mortalidade prematura a partir de 2016, superando as doenças do aparelho circulatório (Gráfico 49). Estas últimas apresentaram queda até 2021, mas voltaram a crescer nos anos subsequentes. O diabetes mellitus manteve comportamento oscilante, com pico em 2020, enquanto as doenças respiratórias crônicas registraram tendência de queda, com retorno ao crescimento a partir de 2022.

16

	Neoplasias		D. do aparelho circulatório		Diabetes		D. respiratórias crônicas

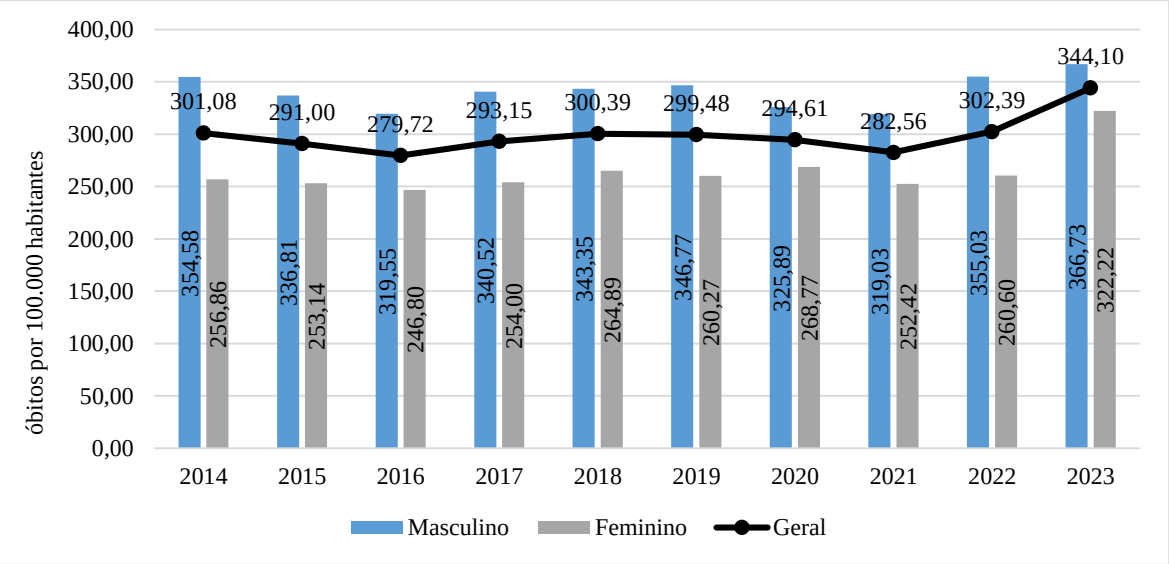
Gráfico 49 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por grupo das principais DCNT, residentes em Salvador, 2013-2023.



Fonte: SMS/SUIS/ SIM
Dados acessados em 10/07/2025

Em Salvador, entre 2014 e 2023, observa-se um quadro de relativa estabilidade até 2021. Entretanto, o aumento registrado em 2022 e 2023 rompe essa trajetória. Em toda série histórica, a população masculina apresenta risco médio de 31% maior que a feminina até 2022, caindo a proporção para 14% em 2023 (Gráfico 50).

Gráfico 50 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT, residentes em Salvador, 2014-2023.



Fonte: SMS/SUIS/ SIM. Dados acessados em 10/07/2025

Nos anos de 2022 e 2023, observou-se aumento do número de óbitos por neoplasias e doenças do aparelho circulatório. Esse crescimento, associado à redução da população de Salvador registrada pelo IBGE, resulta em elevação da taxa de mortalidade prematura por DCNT, pois houve aumento absoluto de óbitos cresceu e diminuição do denominador populacional. Esse cenário evidencia um agravamento real da situação e reforça a necessidade de monitoramento contínuo para verificar se constitui uma tendência.

Sob a perspectiva étnico-racial, a população parda concentra a maior proporção de óbitos durante todo o período, mantendo-se estável em patamares acima de 51%. Um ponto de atenção é o crescimento progressivo da participação da população preta no total de óbitos, que saltou de 21,8% em 2014 para 30,4% em 2023, enquanto a população branca apresentou uma leve redução proporcional, caindo de 16,5% para 14,1% no mesmo intervalo. Paralelamente, quando avaliada a escolaridade identifica-se mudança no perfil visto que o percentual de óbitos entre pessoas com 8 a 11 anos cresceu de 22,5% para 34,9% no período (2014-2023), ao mesmo tempo em que a proporção de registros com escolaridade ignorada caiu de 26,7% para 11,6%, sugerindo tanto uma melhoria na qualidade do preenchimento, nota-se também o aumento da mortalidade para estratos com maior acesso formal à educação.

5.2.2.1 Causas Externas

Na análise das causas externas por número absoluto de óbitos, os homicídios mantiveram-se como a principal causa durante toda a série histórica. As quedas e os acidentes de transporte alternaram entre a segunda e a quarta posição, enquanto os suicídios permaneceram estáveis na sexta colocação. Um ponto crítico é o volume de eventos com intenção indeterminada, que somaram 1.618 mortes no período e chegaram a ocupar a terceira posição em alguns anos, o que dificulta a identificação precisa de padrões de mortalidade. Por fim, ressalta-se que as declarações de óbitos por essas causas devem ser obrigatoriamente emitidas pelo Instituto Médico Legal (IML).

CONSULTA PÚBLICA

Quadro 06 - Ranking dos principais grupos de causas de óbito entre as causas externas e número absoluto de óbitos[17], Salvador, 2014-2023.

Ranking	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
1ª	Homicídios (1.449)	Homicídios (1.543)	Homicídios (1.699)	Homicídios (1.760)	Homicídios (1.546)	Homicídios (1.367)	Homicídios (1.584)	Homicídios (1.747)	Homicídios (1.568)	Homicídios (1.497)	Homicídios (15.760)
2ª	Acidentes de transporte (261)	Acidentes de transporte (234)	Quedas (209)	Quedas (319)	Quedas (266)	Quedas (285)	Quedas (263)	Todas as outras causas externas (274)	Todas as outras causas externas (326)	Quedas (300)	Quedas (2.597)
3ª	Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada (228)	Quedas (208)	Acidentes de transporte (178)	Todas as outras causas externas (208)	Todas as outras causas externas (191)	Todas as outras causas externas (197)	Todas as outras causas externas (198)	Quedas (217)	Quedas (321)	Todas as outras causas externas (279)	Todas as outras causas externas (2.172)
4ª	Quedas (209)	Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada (189)	Todas as outras causas externas (151)	Acidentes de transporte (178)	Acidentes de transporte (178)	Acidentes de transporte (177)	Acidentes de transporte (174)	Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada (196)	Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada (144)	Acidentes de transporte (181)	Acidentes de transporte (1.858)
5ª	Todas as outras causas externas (168)	Todas as outras causas externas (180)	Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada (116)	Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada (146)	Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada (129)	Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada (165)	Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada (158)	Acidentes de transporte (155)	Acidentes de transporte (142)	Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada (147)	Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada (1.618)
6ª	Suicídios (67)	Suicídios (73)	Suicídios (101)	Suicídios (75)	Suicídios (69)	Suicídios (88)	Suicídios (86)	Suicídios (107)	Suicídios (117)	Suicídios (122)	Suicídios (905)
7ª	Afogamento e submersões acidentais (39)	Afogamento e submersões acidentais (54)	Afogamento e submersões acidentais (34)	Afogamento e submersões acidentais (57)	Afogamento e submersões acidentais (39)	Afogamento e submersões acidentais (24)	Afogamento e submersões acidentais (38)	Afogamento e submersões acidentais (38)	Afogamento e submersões acidentais (45)	Afogamento e submersões acidentais (35)	Afogamento e submersões acidentais (403)
8ª	Exposição à fumaca, envenenamento, intoxicação por ou exposição a substância nociva (19)	Exposição à fumaca, envenenamento, intoxicação por ou exposição a substância nociva (12)	Exposição à fumaca, envenenamento, intoxicação por ou exposição a substância nociva (15)	Exposição à fumaca, envenenamento, intoxicação por ou exposição a substância nociva (18)	Exposição à fumaca, envenenamento, intoxicação por ou exposição a substância nociva (14)	Exposição à fumaca, envenenamento, intoxicação por ou exposição a substância nociva (9)	Exposição à fumaca, envenenamento, intoxicação por ou exposição a substância nociva (20)	Exposição à fumaca, envenenamento, intoxicação por ou exposição a substância nociva (08)	Exposição à fumaca, envenenamento, intoxicação por ou exposição a substância nociva (20)	Exposição à fumaca, envenenamento, intoxicação por ou exposição a substância nociva (27)	Exposição à fumaca, envenenamento, intoxicação por ou exposição a substância nociva (162)

Fonte: SIM. Dados acessados em 10/07/2025.

Em Salvador no período 2014-2023, foram registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 25.475 óbitos por causas externas, os homicídios figuraram como a principal causa destas mortes na população total (15.760 / 61,86%) e na faixa etária de 5 a 59 anos (15.478 / 92,26%), ressalte-se que nos óbitos por homicídios estão inclusas 2.876 agressões por intervenção legal (CID- Y35). Para os menores de cinco anos, das 154 mortes por causas externas registradas no período, 70 (45,50%) foram por outras causas externas não especificadas. Já para os idosos a principal causa foi queda, com 1.856 óbitos.

A desagregação dos óbitos por causas externas segundo Distrito Sanitário de residência, revela que os maiores números destas foram registradas em São Caetano/Valéria (3.574), Subúrbio Ferroviário (3.161) e Cabula/Beiru (3.087). Em todos os distritos os homicídios foram a principal causa externa de mortes, seguida das quedas (2.597).

5.2.2.2 Homicídios

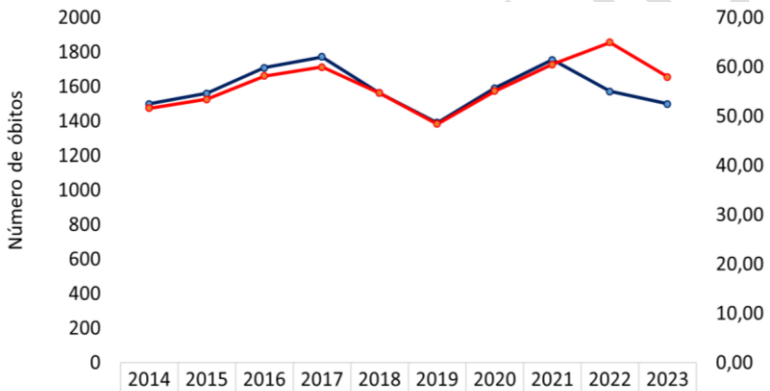
Em 2023, o Brasil registrou o menor número de homicídios em 11 anos, com 45.747 casos e uma taxa de 21,2 por 100 mil habitantes. Contudo, a violência contra a mulher não acompanhou essa queda, contabilizando 3.903 assassinatos no país (taxa de 3,5 por 100 mil).

[17] Nota: Foram computados como homicídios os óbitos por agressões e agressões por intervenção legal.

No cenário regional, a Bahia registrou 672 feminicídios entre 2017 e 2023, sendo que 113 (16,8%) das vítimas eram residentes de Salvador.

O número de óbitos e a taxa de mortalidade por homicídios apresentou comportamento similar com alternância na tendência na série histórica 2014-2023, com crescimento nos períodos de 2014-2017 e 2019-2021 e redução entre 2017-2019 e 2022-2023. Considerando os extremos do recorte temporal analisado, observa-se o incremento de 12,18 % na taxa de mortalidade (Gráfico 51).

Gráfico 51 - Número de óbitos e taxa de mortalidade/100.000 habitantes[18] por homicídio. Salvador, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Número de óbitos	1498	1559	1707	1770	1562	1389	1589	1754	1570	1499
Taxa de mortalidade	51,60	53,37	58,10	59,92	54,67	48,36	55,05	60,48	64,94	57,89

Fonte: SIM; IBGE (2014-2022). Dados acessados em 10.07.2025.

Considerando algumas características gerais da população, observa-se que a maior proporção dos homicídios de residentes em Salvador foi de homens (94,23% / 14.980), e a faixa de 15 a 39 anos concentrou o maior número de óbitos 13.729 (86,36%) por esta causa. Quanto a raça/cor registrou-se o predomínio de vítimas pardas (10.887/68,48%) e pretas (3.551/22,34%), significando que 14.438 (90,82%) foram de pessoas negras.

5.2.2.3 Suicídios

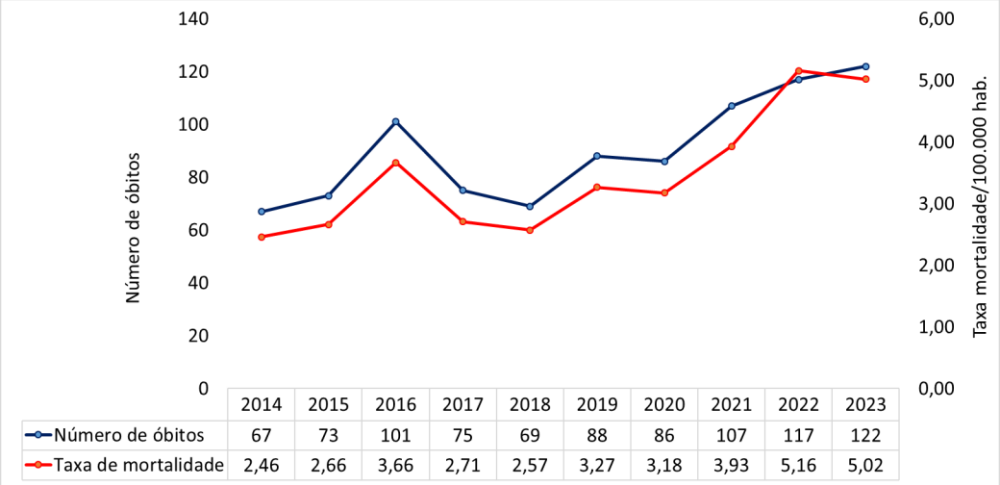
O Brasil registrou mais de 6 mil óbitos por suicídio entre 2015 e 2023. Este fenômeno multicausal é impulsionado por uma combinação de fatores socioeconômicos e psiquiátricos. Embora a longevidade geral tenha aumentado, observa-se um cenário crítico entre os mais jovens visto que a taxa de suicídio cresceu 6% ao ano entre 2011 e 2022, enquanto as

[18] Nota: Dados referente à população de 2023 acessados da planilha disponibilizada pela SUIS/SMS.

notificações por autolesões na faixa de 10 a 24 anos saltaram 29,0% anualmente no mesmo período.

Em Salvador, observou-se um aumento expressivo na taxa de mortalidade por essa causa, a qual se elevou de 2,46 em 2014 para 5,02 em 2023, representando o dobro do índice registrado no início do período analisado (Gráfico 52).

Gráfico 52 - Número de óbitos e taxa de mortalidade de maiores de cinco anos por suicídio, Salvador, 2014-2024.



Fonte: SIM; IBGE (2014-2022). Dados acessados em 10.07.2025.

Em todos os anos da série histórica analisada, o número de óbitos por suicídio foi maior em pessoas do sexo masculino. A razão de sexo variou de 1,93 em 2019 a 4,36 em 2017. Em 2023 o risco destes morrerem foi 2,70 vezes maior que das pessoas do sexo feminino (Quadro 07).

Quadro 07 - Número de óbitos por suicídio de menores de cinco anos segundo o sexo e a razão de sexo. Salvador, 2014-2023.

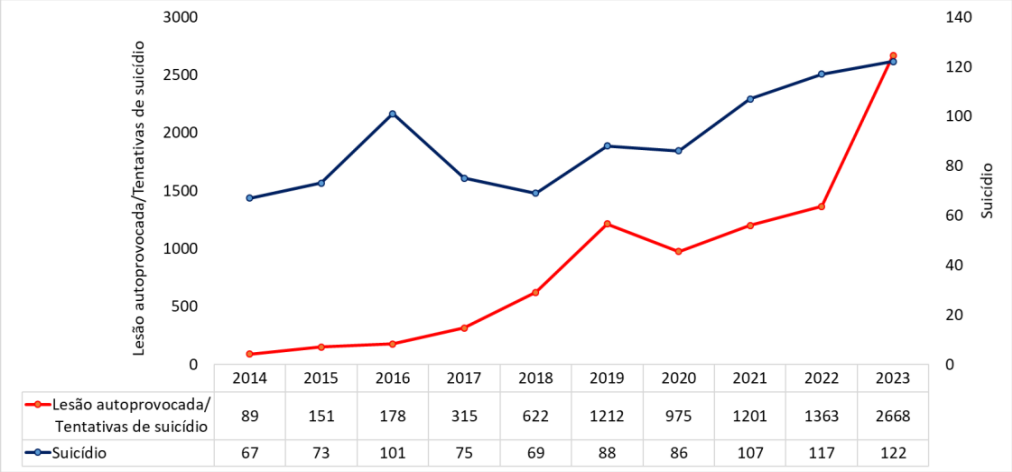
Sexo	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Masculino	50	56	70	61	51	58	61	81	84	89	661
Feminino	17	17	31	14	18	30	25	26	33	33	244
Total	**67**	**73**	**101**	**75**	**69**	**88**	**86**	**107**	**117**	**122**	**905**
Razão de sexo	2,94	3,29	2,26	4,36	2,83	1,93	2,44	3,12	2,55	2,70	2,71

Fonte: SIM; IBGE (2014-2022). Dados acessados em 10.07.2025.

As taxas de notificação por autolesões/tentativas de suicídio aumentaram de forma consistente em todas as regiões do Brasil no período de 2015-2022. Em Salvador observa-se o crescimento acentuado da notificação dos casos de lesões autoprovocadas no SINAN, com incremento quando comparado os dados de 2014 (89) e 2023 (2.688). No que concerne aos suicídios, os indicadores evidenciam uma tendência de ascensão ao longo de toda a série

histórica, com breves declínios nos períodos de 2017-2018 e 2020. Observa-se que, nos anos finais do intervalo analisado (2021 a 2023), ocorre um aumento substancial e contínuo no volume de óbitos por esta causa (Gráfico 53).

Gráfico 53 - Número de óbitos por suicídio e número de lesões autoprovocadas/tentativas de suicídio, Salvador, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Lesão autoprovocada/ Tentativas de suicídio	89	151	178	315	622	1212	975	1201	1363	2668
Suicídio	67	73	101	75	69	88	86	107	117	122

Fonte: SIM/Sinan. Dados acessados em 10/07/2025 (SIM) e 14/07/2025 (Sinan).

A análise da taxa de mortalidade por suicídio de maiores de cinco anos segundo o Distrito Sanitário de residência, demonstra flutuações ao longo dos anos. Considerando o último ano (2023) da série analisada os distritos Boca do Rio (0,78), Brotas (0,70) e Pau da Lima (0,66), se destacaram com as maiores taxas, enquanto Itapagipe (0,27), Cajazeiras (0,35) e Suburbio Ferroviário (0,38) apresentaram menores taxas.

5.2.3 Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (MIF)

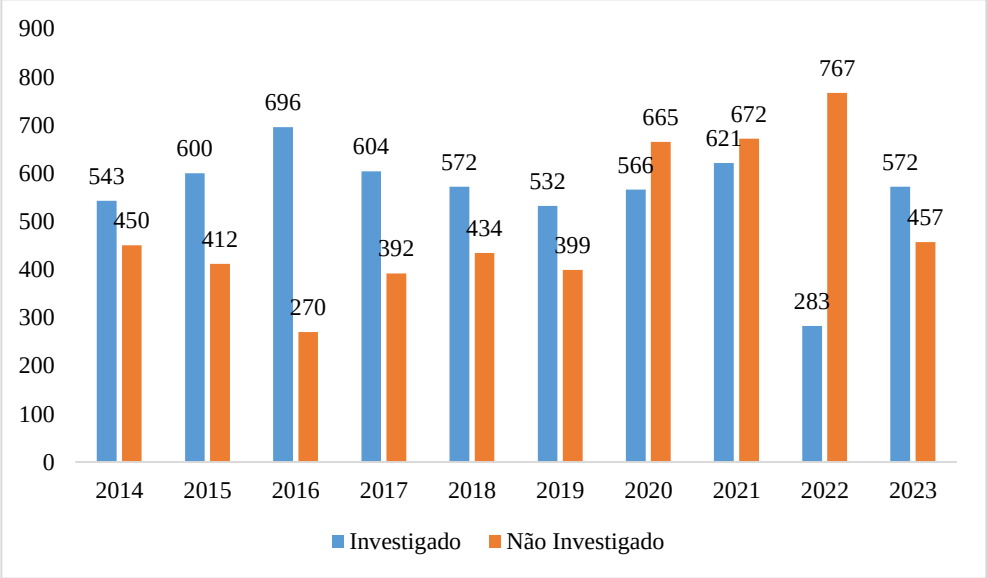
A mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, segundo parâmetros nacionais, abrange a faixa etária de 10 a 49 anos. A investigação desses óbitos é essencial para identificar se a morte foi de causa materna, ou seja, direta ou indiretamente relacionada à gravidez, parto ou puerpério. A análise desses óbitos, permite monitorar a mortalidade materna.

De acordo com o gráfico 54, nos anos de 2014 a 2023 houve um total de 10.507 (100%) óbitos de MIF, destes 5589 (53,1%) foram investigadas e encerradas no Sistema de Mortalidade e 4.918 óbitos não foram investigados, perfazendo 46,8% sem encerrar no sistema.

Como a MIF serve para diagnosticar os óbitos maternos, destaca-se na série histórica de 2014 a 2023 que do total de 10.507 (100%) óbitos de MIF, 249 (2,3%) destes são também maternos (gráfico 54), ratificando a importância do processo de investigação.

Existem diversos fatores socioeconômicos, culturais, estruturais e funcionais em geral que interferem no processo de investigação, dentre eles são: a localização do evento no território, o aumento da violência, comprometendo o acesso ás áreas para visitar as famílias e realizar as investigações domiciliares. O número insuficiente no quadro de profissionais para realizar as demandas, baixa cobertura de PACS e PSF. É válido mencionar, sobre as investigações que são realizadas, mas por vários fatores ficam com dados insuficientes para encerrar no sistema, ficando pendentes sem resolução em bancos paralelos.

Gráfico 54 - Óbitos de MIF por ano do óbito quanto a situação de investigação, Salvador, 2014-2023.

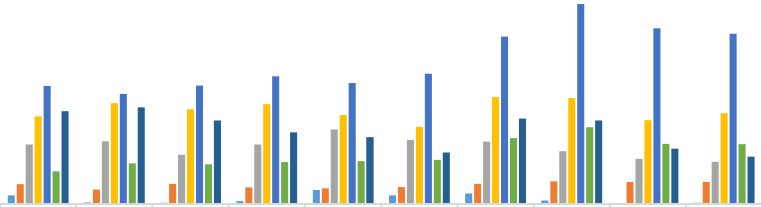


Fonte: TABNET SALVADOR, acesso em 11/08/2025

Com relação à escolaridade das mulheres que morreram na série histórica analisada, observa-se que os maiores números de óbitos ocorreram na faixa etária de 30 a 39 anos. Em destaque para 08 a 11 anos de estudo, os quais correspondem ao final do fundamental II e ensino médio. É possível observar o elevado número de óbitos ignorados assinalados neste campo da declaração de óbito, o que sugere a existência de subregistro nesse documento.

Provavelmente, uma das causas seja pelo fato de no momento da emissão da Declaração de Óbito (D.O.), o profissional médico não saber o grau de instrução da falecida, uma vez que a ocorrência do óbito pode ser em vários lugares e de diversas formas.

Gráfico 55 - Óbitos de MIF por ano do óbito e escolaridade, Salvador, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Não Informado	20	4	3	7	33	20	25	8	1	3
Nenhuma	47	34	48	39	37	40	48	54	52	52
01 a 03	141	149	117	141	177	152	148	125	107	100
04 a 07	208	239	225	237	211	183	254	251	199	216
08 a 11	280	261	281	303	287	309	397	475	417	404
12 e+	77	96	94	99	102	105	156	182	143	142
Ign	220	229	198	170	159	122	203	198	131	112

Não Informado Nenhuma 01 a 03 04 a 07 08 a 11 12 e+ Ign

Fonte: TABNET SALVADOR, acesso em 11/08/2025

5.2.4 Mortalidade Materna

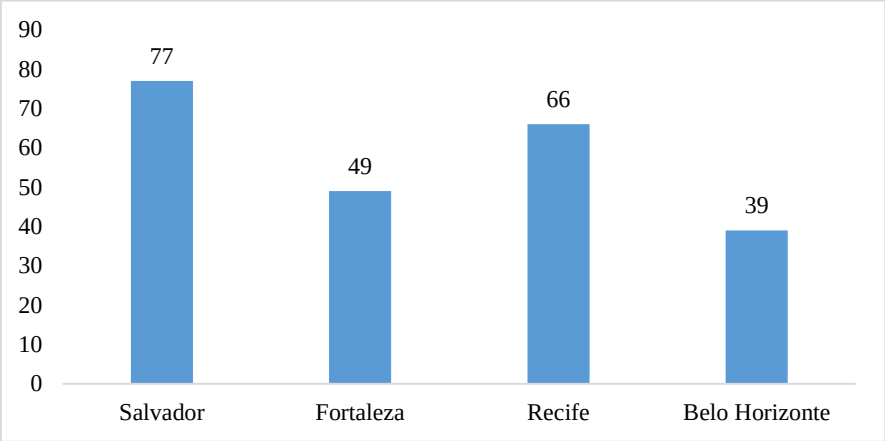
Conforme a Portaria Nº 1.119/2008, os óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) são de investigação obrigatória, visando identificar determinantes e prevenir novos casos (BRASIL, 2008). O óbito materno é definido como aquele ocorrido durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independente da duração ou da localização da gravidez, sendo provocado por fatores relacionados ou agravados pela gravidez, excluindo-se causas acidentais ou incidentais (Manual do Óbito Materno, 2009). Segundo a OMS, 92% dessas mortes são evitáveis e ocorrem majoritariamente em países em desenvolvimento.

Com relação à morte materna em Salvador, no período compreendido de 2014 a 2023; ocorreram 249 óbitos maternos para uma população de 323.115 nascidos vivos no mesmo período, correspondendo a uma razão de mortalidade materna de 77 por 100.000 nascidos vivos. Quando comparado com as outras capitais, observa-se que de acordo com os parâmetros internacionais de avaliação do indicador de Mortalidade Materna, Salvador mostra uma razão maior que as outras capitais, considerada alta acima de 50, apesar de nenhuma delas estarem dentro do aceitável que é de até 20 por 100 mil nascidos vivos.

Vários fatores podem determinar as mortes maternas que vão desde a poucas condições socioeconômicas, influências culturais diversas, situação educacional insuficiente, acesso ao planejamento reprodutivo e pré-natal adequado e em tempo oportuno, dentre outros.

CONSULTA PUBLICA

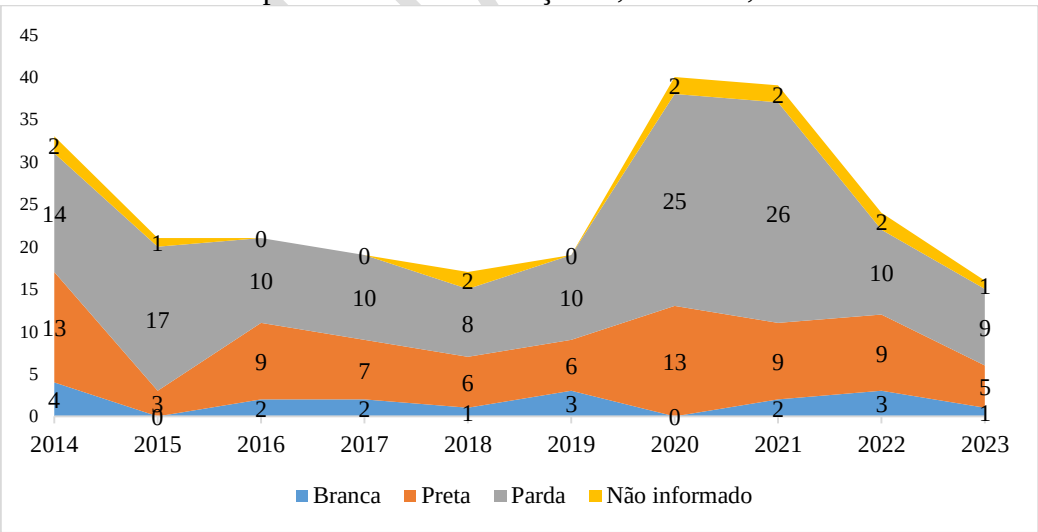
Gráfico 56 - Razão de Mortalidade Materna em Salvador, Fortaleza, Recife e Belo Horizonte. 2014-2023.



Fonte: DATASUS, acesso em 11/08/2025

Durante a pandemia (2020-2021), as restrições de acesso aos serviços de saúde impactaram a assistência prestada no município, afetando severamente a população de raça/cor parda. A série histórica destaca um quantitativo elevado de óbitos maternos entre mulheres negras (pretas e pardas), evidenciando deficiências no acesso e maior vulnerabilidade diante do racismo estrutural, fatores que contribuem diretamente para a mortalidade materna nesse grupo (Gráfico 57).

Gráfico 57 - Óbitos Maternos por ano do óbito e Raça/cor, Salvador, 2014-2023.

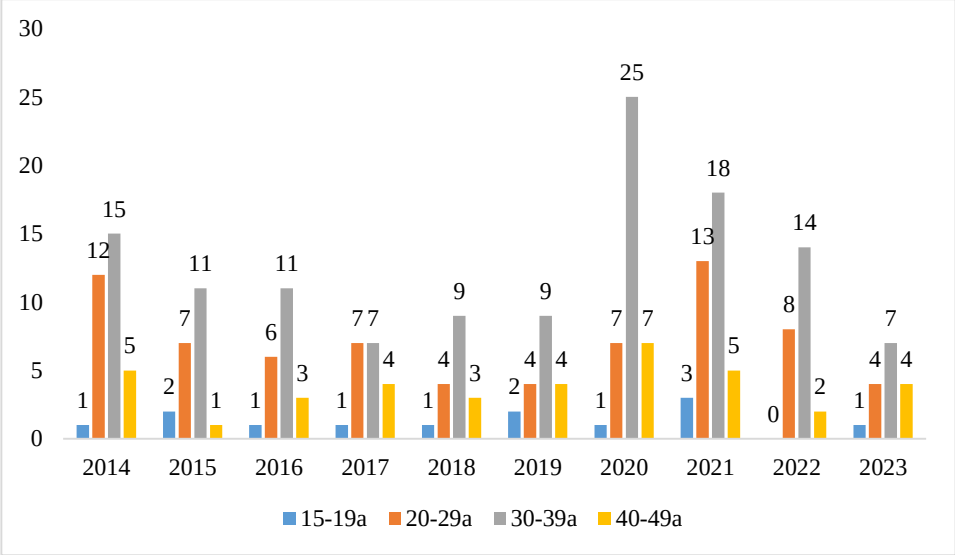


Fonte: TABNET SALVADOR, acesso em 11/08/2025

Mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos são as mais afetadas pela mortalidade materna, cenário agravado pela inserção no mercado de trabalho, que muitas vezes dificulta o acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno. Estudos apontam que em muitos casos se evidencia a existência de comorbidades que são negligenciadas ao longo do tempo, muitas vezes dificultada pela sua rotina de vida e trabalho, bem como ao acesso ao serviço de saúde em tempo oportuno,

vindo a interferir no acompanhamento do pré-natal de forma adequada. Diante desse cenário, é notório o quantitativo elevado de mortes maternas. Aliada a essa situação, está a existência de um planejamento familiar inadequado, contribuindo assim para o aumento dos óbitos evitáveis nessa faixa de idade.

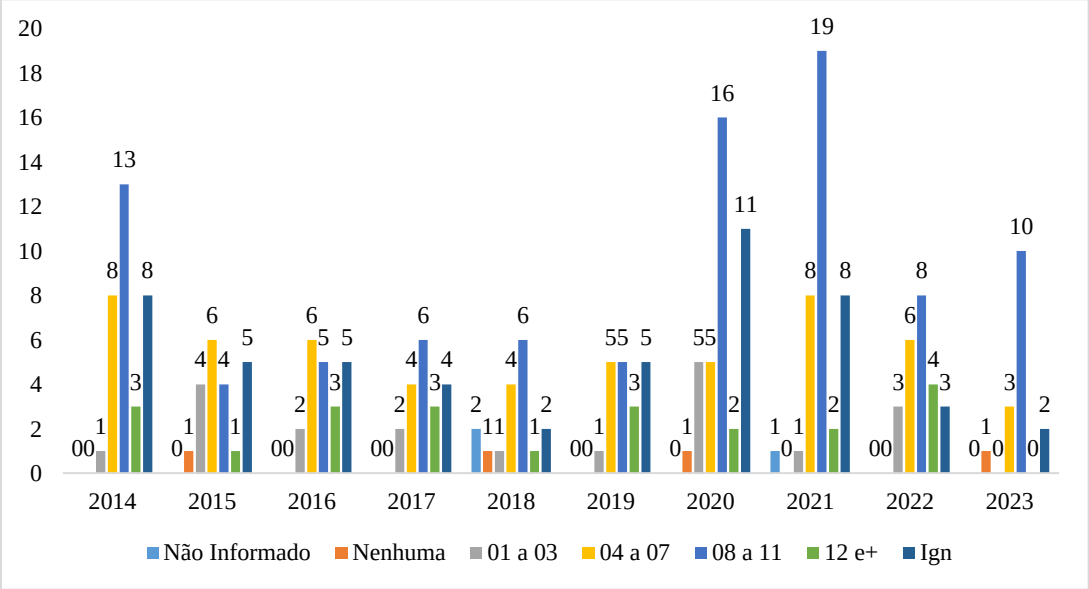
Gráfico 58 - Óbitos Maternos por ano do óbito e faixa etária, Salvador, 2014-2023.



Fonte: TABNET SALVADOR, acesso em 11/08/2025

Com relação à escolaridade materna (Gráfico 59), pode-se observar que o quantitativo de óbitos mais acentuados equivale ao final do fundamental II e ensino médio (08 a 11 anos de estudo).

Gráfico 59 - Óbitos Maternos por ano do óbito e escolaridade, Salvador, 2014-2023.



Fonte: TABNET SALVADOR, acesso em 11/08/2025

Pode-se observar também a elevada a deficiência quanto ao preenchimento adequado da declaração de óbito (D.O.) nesse quesito. Verifica-se que do total de n=249 óbitos, n=53 são assinalados no campo da declaração como ignorados e n=3 sem nenhuma informação sobre a escolaridade, ficando como não informados. Esse ato interfere diretamente na qualificação dos dados e possibilidade de uma análise mais fidedigna.

Quando avaliado a mortalidade por DS o maior número absoluto de óbitos maternos em concentrou-se nos distritos sanitários do Cabula/Beirú (35 óbitos), São Caetano/Valéria (33 óbitos) e Subúrbio Ferroviário (32 óbitos). Esse cenário está vinculado a vulnerabilidades socioeconômicas e geográficas que dificultam o acesso aos serviços de saúde. Fatores sociais e culturais retardam a busca por prevenção e o manejo de comorbidades, impactando diretamente os índices de mortalidade dessas regiões. Entre 2014 e 2023, o maior número absoluto de óbitos maternos em Salvador concentrou-se nos distritos sanitários do Cabula/Beirú (35 óbitos), São Caetano/Valéria (33 óbitos) e Subúrbio Ferroviário (32 óbitos). Esse cenário está vinculado a vulnerabilidades socioeconômicas e geográficas que dificultam o acesso aos serviços de saúde. Fatores sociais e culturais retardam a busca por prevenção e o manejo de comorbidades, impactando diretamente os índices de mortalidade dessas regiões.

Quadro 08 - Número de óbitos maternos por ano do óbito e Distrito Sanitário de Residência. Salvador, 2014-2023.

Quadro 1

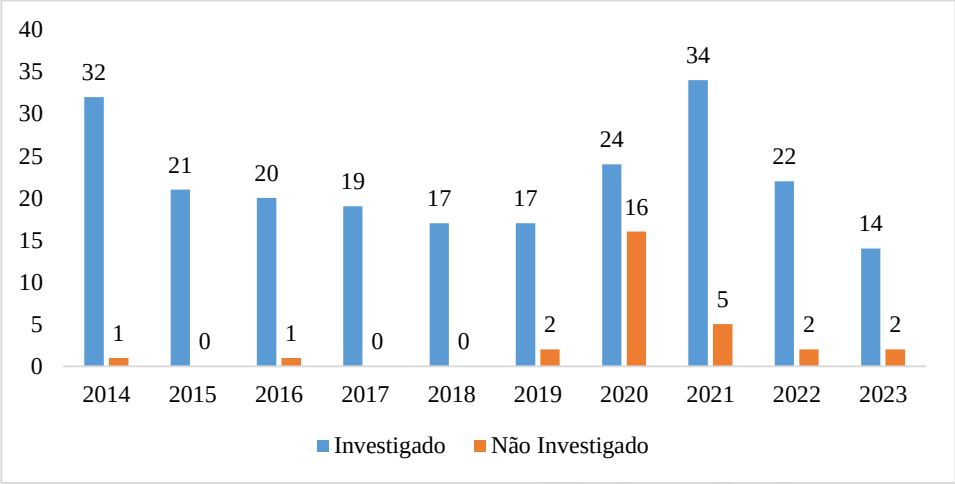
Ano do óbito	Centro Histórico	Itapagipe	Caetano/Valéria	Liberdade	Brotas	Barra/Rio Vermelho	Boca do Rio	Itapoan	Cabula/Beiru	Pau da Lima	Subúrbio Ferroviário	Cajazeiras	Branco/Ignorado	Total
2014	0	3	3	2	2	4	2	2	4	4	4	3	0	33
2015	1	1	4	4	0	1	1	0	3	2	3	1	0	21
2016	0	1	1	0	2	2	0	5	4	1	4	1	0	21
2017	1	0	1	0	1	3	1	3	3	3	2	1	0	19
2018	0	0	1	2	2	2	1	2	5	1	1	0	0	17
2019	1	3	2	1	0	2	2	1	2	2	2	1	0	19
2020	0	2	7	0	4	3	1	3	7	2	5	6	0	40
2021	1	5	6	2	1	0	0	5	2	3	8	5	1	39
2022	0	1	2	2	2	1	1	4	3	3	2	3	0	24
2023	0	0	6	0	1	0	1	0	2	1	1	3	1	16
Total	4	16	33	13	15	18	10	25	35	22	32	24	2	249

Fonte: TABNET SALVADOR, acesso em 11/08/2025

Observa-se um total de 249 (100%) óbitos, destes 220 (88,3%) foram investigados e encerrados no sistema e 29 (11,6%) não foram investigadas, nem encerradas no sistema de mortalidade (SIM). A situação de investigação dos óbitos desta série histórica, teve um elevado quantitativo de investigações realizadas e encerradas no sistema de mortalidade, mesmo com a existência de diversas situações que interferiram em todo o processo de investigação, como por exemplo a pandemia em 2020 de Covid-19, onde aumentaram as dificuldades em realizar as

investigações principalmente domiciliares que necessitaram do contato direto com os familiares das falecidas. Ressalta-se que esse contexto foi superado nos anos seguintes quando a situação foi reestabelecida.

Gráfico 60 - Óbitos maternos por ano do óbito e situação de investigação, Salvador, 2014-2023.



Fonte: TABNET SALVADOR, acesso em 11/08/2025

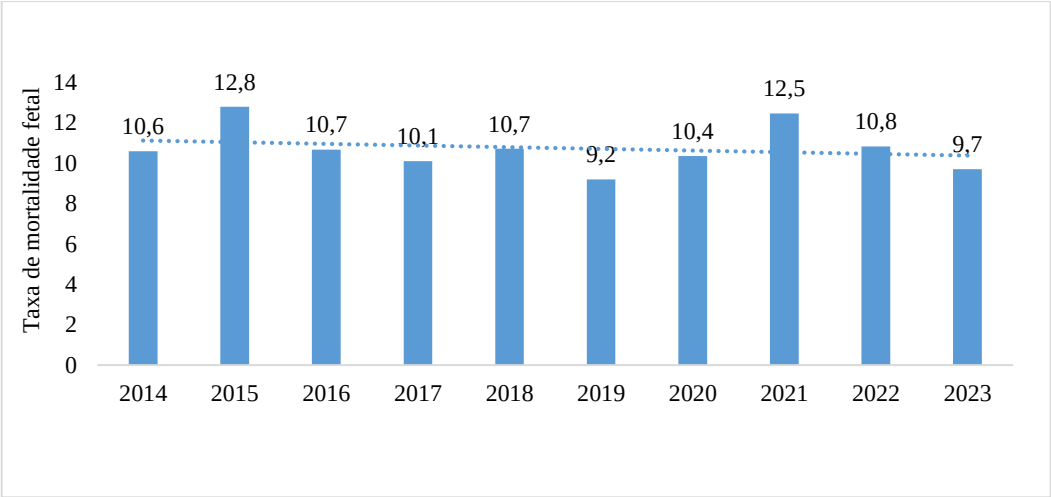
5.2.4 Mortalidade Fetal

Considera-se como óbito fetal (OF), o número de óbitos ocorridos a partir da 22a semana em diante, de gestação. A taxa de mortalidade fetal (TMF) é calculada pelo número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas e mais) pelo somatório do número de nascidos vivos (NV) com os óbitos fetais (a partir de 22 semanas e mais), multiplicado por 1000 (BRASIL, 2009).

Na série histórica 2014 a 2023, observou-se uma taxa de mortalidade fetal de 10,8 / 1000 nascidos vivos, de residentes em Salvador, apresentando durante o período citado discretas oscilações e uma comedida tendência à queda, com registro de maior taxa em 2015: 12,8 /1000 NV e a menor taxa em 2019 de 9,2/ 1000 NV (gráfico 01). Salvador, apresentou 3519 óbitos fetais, excluindo-se os considerados abortamentos, e aqueles que se encontram excluídos dos critérios para investigação conforme orientação do Ministério da Saúde: menores de 22 semanas, peso menor que 500g e ou estatura menor que 25 cm (BRASIL. 2009). Além daqueles em situação de registro “ignorado” para esses caracteres no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

CONSULTA PÚBLICA

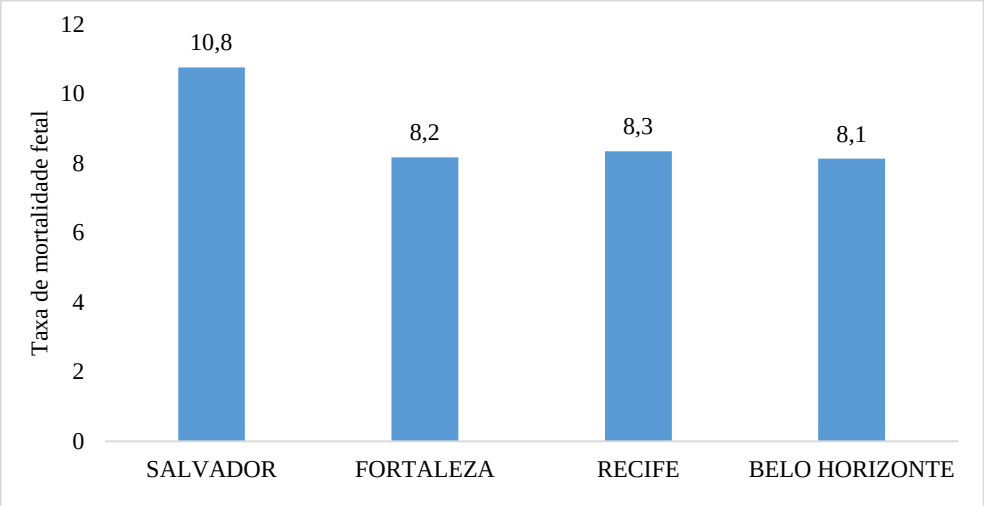
Gráfico 61 - Taxa de mortalidade fetal, Salvador, 2014-2023.



Fonte: TABNET/ SIM. Acesso em 07/07/2025

A taxa de mortalidade fetal em Salvador permanece elevada quando comparada às capitais: Belo Horizonte (2229 fetais), Recife (1741 fetais), Fortaleza (2850 fetais) (gráfico 02). Estes por sua vez mantêm um padrão de taxa muito semelhante entre si, ao longo do período avaliado. Vale ressaltar que as variações populacionais, principalmente em quantitativo demográfico, são semelhantes entre essas cidades. Porém é importante destacar que a capital Recife apresenta a menor população em número absoluto de habitantes, segundo dados do último censo demográfico (IBGE, 2022).

Gráfico 62 - Comparativo das taxas de mortalidade fetal entre as capitais, 2014- 2023.



Fonte: TABNET/ SIM. Acesso em 07/07/2025

Os Distritos Sanitários (DS) com maior número de óbitos fetais na série histórica avaliada, foram: Cabula/Beirú, Subúrbio Ferroviário, São Caetano /Valéria, juntos perfazem

40,2%. O distrito sanitário do Centro Histórico, apresentou o menor quantitativo de óbitos fetais, com 2,0%.

As diferenças na densidade demográfica dos distritos sanitários refletem diretamente a proporcionalidade da incidência de óbitos, evidenciando que a epidemiologia das mortes fetais é influenciada por peculiaridades territoriais. Fatores como a oferta de serviços básicos, a cobertura da atenção primária e as características socioeconômicas e culturais de cada população impactam o autocuidado e o cuidado coletivo, interferindo nos indicadores de mortalidade. Assim, a territorialização torna-se essencial para compreender e prevenir os riscos que levam à mortalidade fetal evitável.

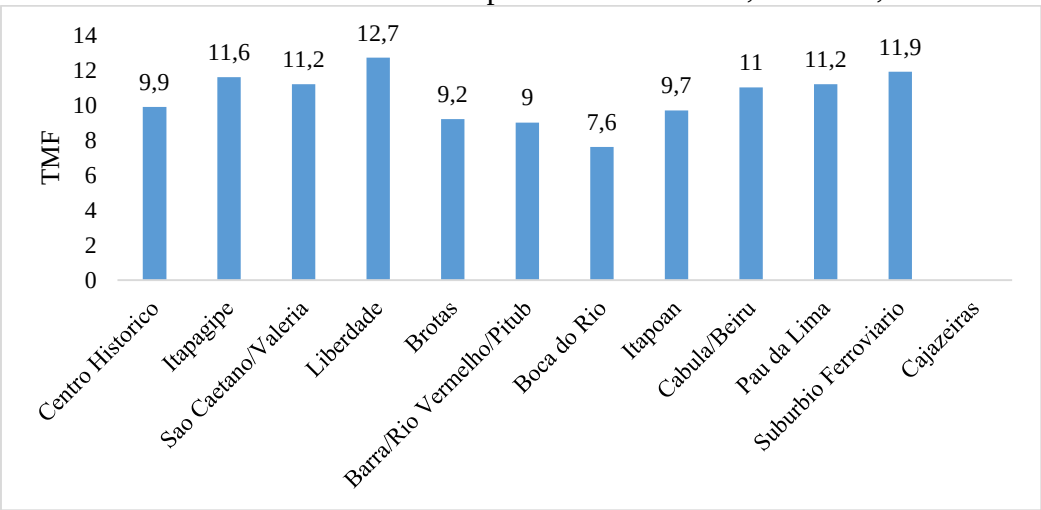
Tabela 13- Número de óbitos fetais por distrito sanitário, Salvador, 2014-2023

Distrito Sanitário Residência	Óbitos
Centro Histórico	72
Itapagipe	175
São Caetano/Valéria	433
Liberdade	241
Brotas	202
Barra/Rio Vermelho	296
Boca do Rio	112
Itapoan	342
Cabula/Beirú	505
Pau da Lima	326
Subúrbio Ferroviário	476
Cajazeiras	265
Branco/Ignorado	72
Total	**3517**

Fonte: TABNET/ SIM. Acesso em 07/07/2025

Durante o período analisado, as taxas de mortalidade fetal em Salvador evidenciaram disparidades socioeconômicas e demográficas, com o DS da Liberdade registrando o maior índice (12,7/1.000 nascidos vivos) e o DS da Boca do Rio o menor (7,6/1.000 nascidos vivos). Para reduzir essas mortes evitáveis, é prioritário ampliar o acesso ao pré-natal de baixo e alto risco, fortalecer o planejamento familiar e garantir uma rede hospitalar adequada para partos seguros. Além disso, a estratégia deve incluir a capacitação de profissionais de saúde e o fortalecimento da vigilância para investigar e reduzir os chamados "óbitos invisíveis".

Gráfico 63 - Taxa de Mortalidade Fetal por distrito sanitário, Salvador, 2014-2023.

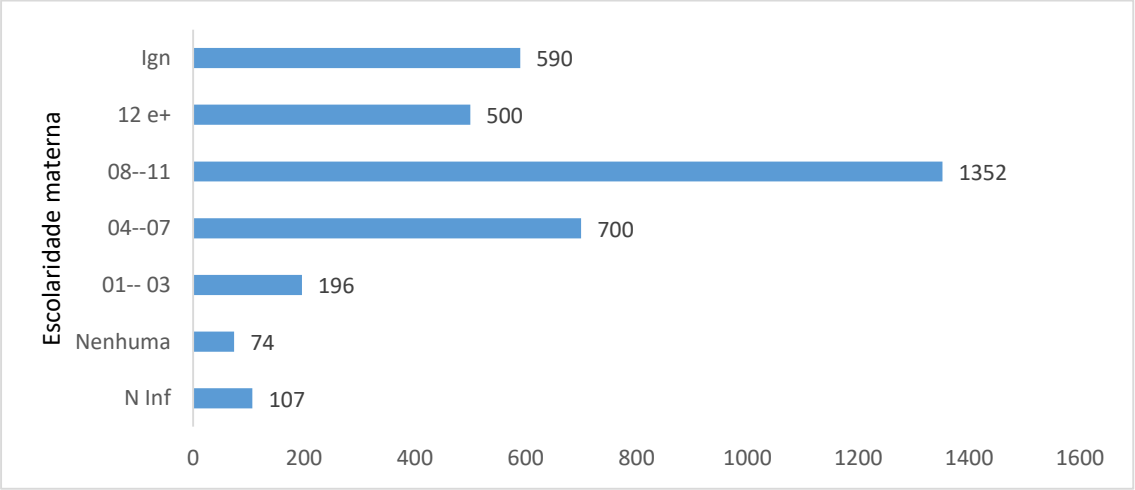


Fonte: TABNET/ SIM. Acesso em 07/07/2025.

A faixa etária materna mais prevalente, para ocorrência dos óbitos fetais em Salvador, é a de 20- 30 anos, perfazendo 43,4%, seguido pelas mulheres com idades entre 31- 40 anos: 36%. Extremos de idade, a partir de 10 anos até 55 anos perfazem juntos um total de 0,85% dos casos, portanto correspondendo ao perfil de mulheres em idade fértil e com vida sexualmente ativa.

Com relação à escolaridade materna as mulheres com 8- 11 anos (nível médio) de estudo, ou seja, 38,4%, perfazem o maior quantitativo das que tiveram perdas gestacionais (gráfico 4). Os dados apontam que mulheres sem nenhuma escolaridade, formam um baixo percentual das que tiveram essas perdas. Pôde-se perceber, portanto, que o fator baixa escolaridade não foi diretamente proporcional ao número de óbitos fetais, com pouca correspondência durante o período observado, essas variáveis.

Gráfico 64 - Escolaridade materna dos óbitos fetais. Salvador, 2014-2023.



Fonte: TABNET/ SIM. Acesso em 07/07/2025

CONSULTA PUBLICA

O perfil epidemiológico das mortes fetais em Salvador, ocorre em grande parte em mulheres jovens, com perda gestacional no terceiro trimestre, principalmente entre a 32 a 42 semanas (1782 óbitos), ou seja 51% dos casos. Os óbitos fetais do sexo masculino predominam ligeiramente com 51%, em relação ao feminino 44,7%, e 4,2% dessa variável é ignorada e não informada em declaração de óbito. O peso fetal registrado em sua maioria é de 500 g à menor que 1000g, seguido por 1.500g à 2.400g.

Desses óbitos fetais, 95% foram de gestações únicas e 4,2% de gestações múltiplas (duplas, triplas, etc.). O que sugere que a multiplicidade de gestações, apesar de ser um fator de risco para prematuridade e outras complicações, como o crescimento fetal intrauterino em restrição e riscos maternos variados, não representou um quantitativo elevado de causa de mortes fetais em Salvador, no período analisado, há que se considerar também que esse tipo de gestação é mais incomum do que as gestações únicas, ocorrendo em menor quantidade na população.

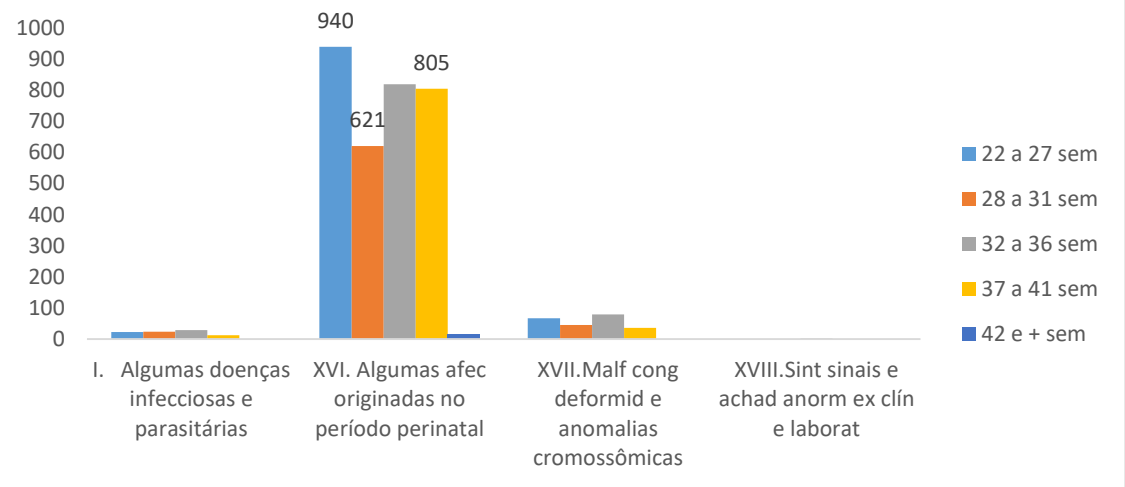
Os óbitos fetais em Salvador ocorreram em sua grande maioria em hospitais/maternidades (3332), 94%. Sendo que em via pública (05), domicílio (24) e em outros estabelecimentos de saúde: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Atendimento (PA), Unidade Básica de Saúde (UBS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), etc. Somam 171 ocorrências, correspondendo a 4,9% dos registros no período. Destes óbitos 74,5% foram de partos vaginais.

Considerando CID 10 por capítulo, os óbitos fetais em Salvador registraram como principal causa básica, as patologias descritas no capítulo XVI, óbitos causados por algumas afecções originadas no período perinatal 90,9%, portanto, 3201 dos registros, foram causadas por essas afecções.

Destacam-se principalmente a sífilis congênita, infecções maternas não tratadas, isoimunização ABO/Rh, dentre outras afecções potencialmente tratáveis e preveníveis em sua maioria. As malformações congênitas e deformidades e anomalias cromossômicas (capítulo. XVII) perfazem 6,5% das causas e as doenças parasitárias e infecciosas (capítulo. I) 2,5% das causas de óbitos fetais registradas, gráfico 65.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 65 - Causas do óbito fetal por idade gestacional. Salvador- BA, 2014-2023.



Fonte: TABNET/ SIM. Acesso em 07/07/2025

Com relação ao quantitativo de 941 (26,8%), conforme TABNET/ SIM. Acesso em 07/07/2025 de investigações epidemiológicas realizadas do total de 3519 óbitos ocorridos, destacam-se as recomendações que estas avaliações geraram para os serviços visando melhorar os indicadores da situação em saúde, principalmente no que tange a evitabilidade.

5.2.5 Mortalidade Infantil

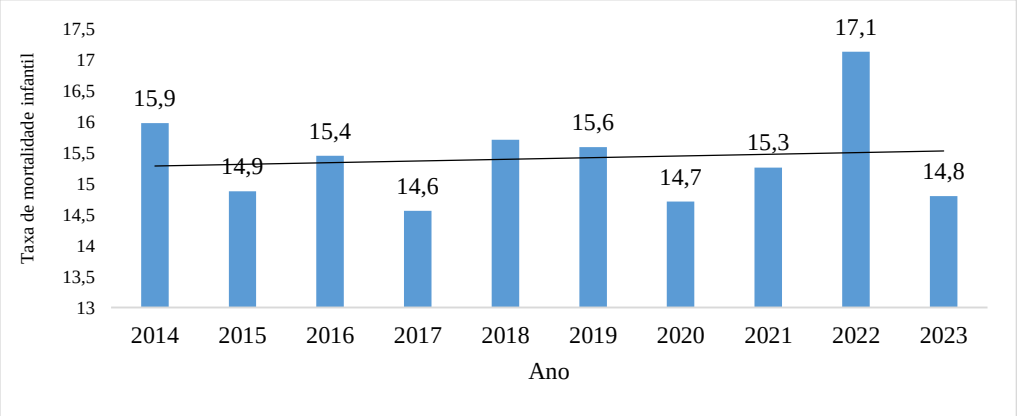
O óbito infantil corresponde ao número de óbitos de crianças menores de um ano por mil nascidos vivos A mortalidade infantil se destaca como um importante indicador das condições socioeconômicas, de infraestrutura e também ambientais de determinada localidade. Traduzindo informações acerca do acesso e da qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. Além de refletirem o resultado das ações que garantem uma melhor qualidade de vida da população como um todo, assim como direciona e promove a formulação de políticas em saúde pública.

Tem–se observado que ao longo das décadas, o Brasil apresenta uma redução significativa na Taxa de Mortalidade Infantil. Em Salvador, embora registre-se esta tendência esta diminuição ela ocorre de maneira discreta.

No período de 2014 a 2023 em Salvador, verifica-se o quantitativo de 4981 óbitos em menores de 01 ano, numa média de 498 mortes infantis por ano, a taxa de Mortalidade Infantil no período de 2014 a 2023 foi de 15,4 por 1000 nascidos vivos (gráfico 06), índice “aceitável” pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Porém, com valores elevados e ainda acima da meta a ser alcançada até 2030 pelos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (de redução para 12/ 1000 nascidos vivos (NV)).

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 66 - Taxa de mortalidade infantil em Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: TABNET/ SIM. Acesso em 07/07/2025

O ano de 2022 apresentou o índice mais elevado no período: 17,1 por 1000 nascido vivo, valor expresso pela redução significativa de nascimentos neste ano e valores elevados do quantitativo de mortes em menores de 01 ano. Os períodos que antecederam mantiveram pouca variação de taxa. Após esse pico, observa-se uma redução de 14% no ano seguinte em 2023, voltando ao valor de taxa semelhante aos anos anteriores, foi o ano, dentro dessa série histórica que apresentou o menor quantitativo absoluto de óbito em menor de 01 ano (382), conforme quadro a seguir.

Quadro 09 - Número absoluto dos óbitos infantis em menor de 01 ano, Salvador, 2014-2023

Ano do óbito	Óbitos em < 01a
2014	586
2015	544
2016	541
2017	516
2018	548
2019	515
2020	444
2021	439
2022	466
2023	382
Total	**4981**

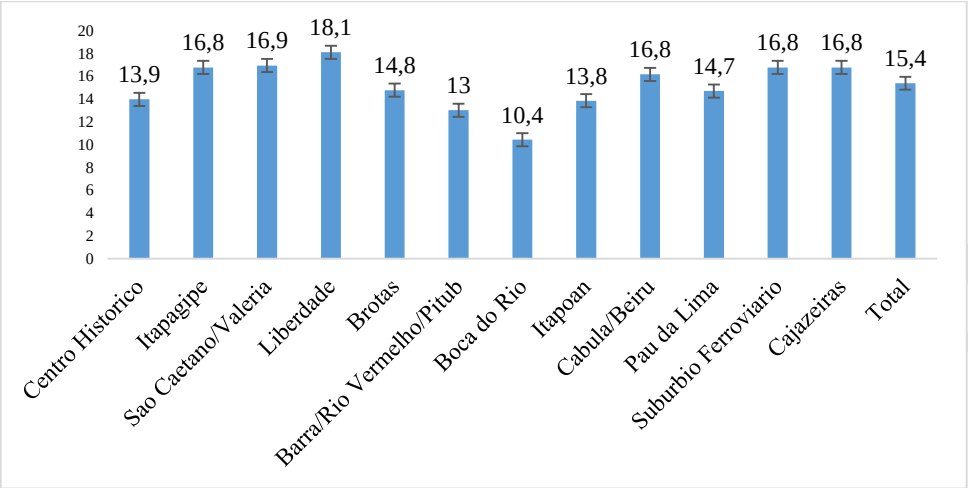
Fonte: TABNET/ SIM. Acesso em 07/07/2025

Na distribuição espacial dos óbitos infantis em menores de 01 ano em Salvador, por distritos sanitários de residência, observa-se que todos os doze distritos sanitários apresentaram uma discreta redução no quantitativo de óbitos, porém esta não foi suficiente para promover um impacto real na redução da taxa de mortalidade infantil. Neste contexto, o DS Boca do Rio, apresenta a menor taxa de mortalidade infantil. A maior taxa com o DS da Liberdade, padrão

CONSULTA PÚBLICA

também observado na mortalidade fetal. Os DS de Cabula/Beirú, Subúrbio Ferroviário e Itapagipe apresentando ao longo do período uma taxa de 16,8/1000 nascidos (Gráfico 67).

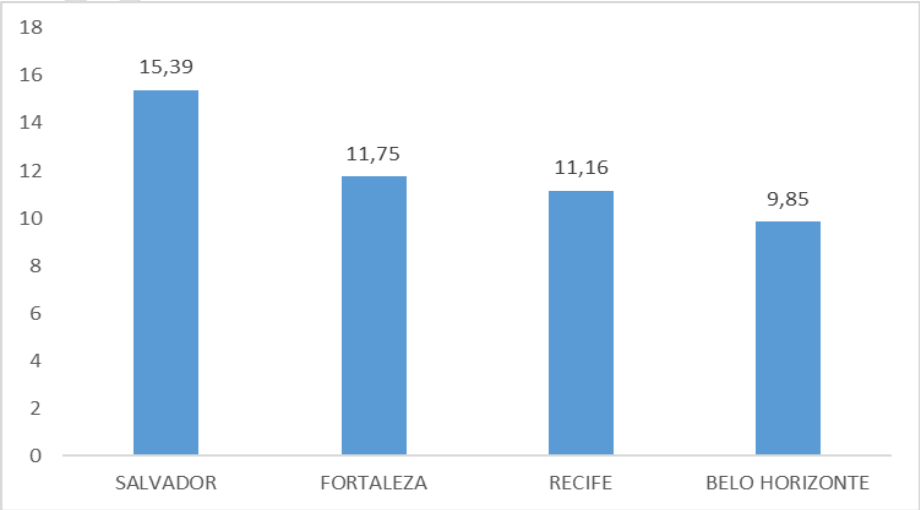
Gráfico 67 - Taxa de mortalidade infantil em menor de 01 ano por distrito sanitário, Salvador, 2014- 2023.



Fonte: TABNET/SIM. Acesso em 07/07/2025

Comparando a capital baiana com as capitais Fortaleza, Recife e Belo Horizonte (Gráfico 68), observa-se que Salvador se destaca com as maiores taxas de Mortalidade Infantil, com uma média de 15,39 por 1000 NV. Belo Horizonte, desponta com a menor taxa de mortalidade, com uma média de 9,8 por 1000 NV, com 2764 óbitos infantis ocorridos, seguida por Recife que é a capital com o menor número de habitantes entre as capitais analisadas, com uma média de 11,2 por 1000 NV e 1878 óbitos. E, por fim Fortaleza, com uma população similar, em quantidade de habitantes com Salvador, apresentando 11,8 por 1000 NV no período e 3.393 óbitos infantis de menor de 01 ano.

Gráfico 68 - Taxa de Mortalidade Infantil média entre Salvador, Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2014-2023.



Fonte: TABNET/ SIM. Acesso em 07/07/2025

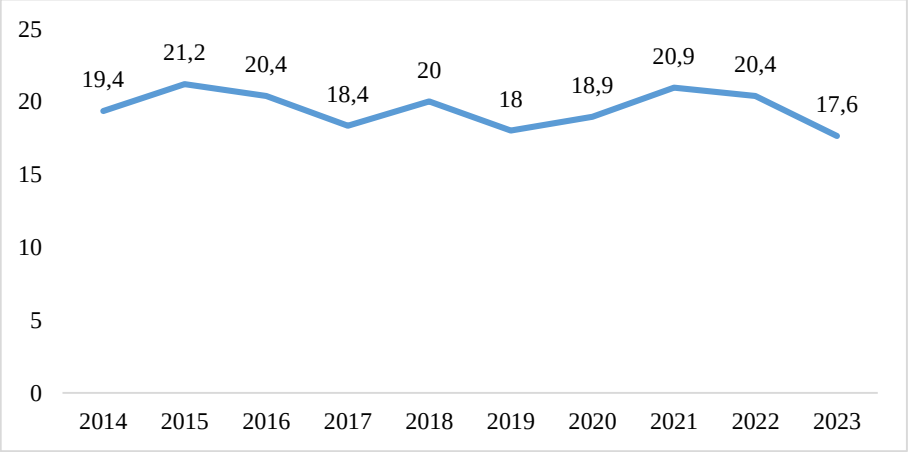
Para fins epidemiológicos o óbito nessa faixa etária é dividido nos seguintes subgrupos: neonatal precoce (de 0 a 6 dias), neonatal tardio (de 7 a 27 dias) e pós-neonatal (de 28 até 364 dias). O componente Neonatal Precoce, é o mais sensível à assistência materno-infantil, já que ele revela os riscos de morrer dentre os primeiros dias de vida.

Ao longo do período o componente neonatal precoce representou a maior parcela dos óbitos em menor de 01 ano em Salvador (57, 8%), uma taxa de 8,9/1000 nascidos vivos. Seguido pelo componente pós-neonatal (25, 4%), taxa de 3,9 /1000 nascidos vivos e neonatal tardio (16,8%), taxa de 2,6/1000 nascidos vivos, conforme gráfico 09. Este dado, reflete e se equipara à tendência expressa ao longo dos anos, tanto a nível estadual como nacional.

A mortalidade perinatal, mesmo não sendo especificamente um componente, expressa os óbitos fetais e neonatais precoces, com peso ao nascer a partir de 500g e/ou 22 semanas de idade gestacional e é considerado o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal (BRASIL, 2009).

Salvador apresenta uma taxa de mortalidade perinatal elevada e sustentada ao longo da série histórica apresentada, com uma média de 19,6 por 1000 nascidos vivos. Refletindo uma necessidade de maior esforço no enfrentamento para o alcance de patamares aceitáveis. Maior índice em 2015 e registro de menor taxa em 2023 (Gráfico 69).

Gráfico 69 - Taxa de Mortalidade Perinatal em Salvador, 2014- 2023.

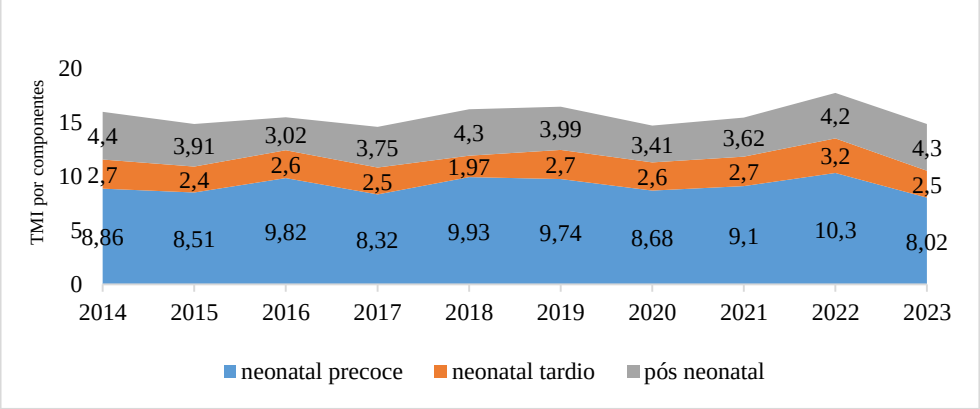


Fonte: TABNET/ SIM. Acesso em 07/07/2025.

A mortalidade neonatal precoce, reflete o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida, apontando para as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, além da inadequada assistência no pré-natal, parto e recém-nascidos. Salvador mantém um alto indicador desse componente.

A mortalidade pós-neonatal declinou ao longo dos anos, com a intensificação de ações primárias, imunização, controle de doenças diarreicas e infecções comunitárias adquiridas, reduzindo o número de mortes por essas causas. Já a neonatal precoce não acompanhou essa redução, tornando-se o indicador mais expressivo em menores de 01 ano. Desse modo os óbitos neonatais passaram a ser o principal componente da mortalidade infantil, atualmente responsável por mais da metade dos óbitos no primeiro ano de vida. A mortalidade neonatal tardia, dentre os componentes, é o que apresenta o menor número de mortes (Gráfico 70).

Gráfico 70 - Comparativo entre os componentes de mortalidade infantil, Salvador, 2014-2023.



Fonte: TABNET/ SIM. Acesso em 07/07/2025

A comparação da mortalidade infantil entre as capitais revela que Salvador apresenta os índices mais elevados em todas as categorias, com uma taxa neonatal precoce de 8,9, seguida pela pós-neonatal de 3,9 e a tardia de 2,6. Em seguida, Fortaleza registra índices de 6,3 (neonatal precoce), 3,5 (pós-neonatal) e 1,9 (tardia), enquanto Recife apresenta valores de 5,8, 3,3 e 2,1, respectivamente. Belo Horizonte detém os menores indicadores entre as cidades comparadas, com 5,4 na taxa neonatal precoce, 2,9 na pós-neonatal e 1,7 na tardia.

O perfil da mortalidade infantil em Salvador revela que 75,5% dos óbitos concentram-se em filhos de mulheres entre 20 e 40 anos (75%), enquanto mães adolescentes de 10 a 19 anos respondem por 0,7% das ocorrências. No que tange à escolaridade, 41,5% das mães possuíam entre 8 e 11 anos de estudo (equivalente ao ensino médio) e apenas 2,7% não tinham instrução. O parto vaginal foi registrado em 49,5% dos casos fatais, sendo que a grande maioria das mortes ocorreu em gestações únicas, sendo apenas 8,4% dos óbitos registrados envolveram gestações múltiplas.

Em termos sociodemográficos, houve predominância de óbitos do sexo masculino (52,6%) e da raça/cor negra (68,2% entre pretos e pardos), embora esta última variável sofra com um índice de 22,8% de subnotificação. Clinicamente, as afecções perinatais originadas no

período perinatal são a principal causa (60,8%), frequentemente associadas a infecções e intercorrências maternas não tratadas sífilis congênita, infecções do trato urinário, dentre outras), seguidas por malformações congênitas (23,3%), doenças infecciosas (4,4%) e patologias respiratórias ou causas externas (3,9%).

Quadro 10 - Número de óbitos infantis por causa, CID-10, Salvador, 2014-2023.

Causa (CID10)	Óbitos_<1ano
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	222
II. Neoplasias (tumores)	19
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	13
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	32
VI. Doenças do sistema nervoso	68
IX. Doenças do aparelho circulatório	63
X. Doenças do aparelho respiratório	181
XI. Doenças do aparelho digestivo	50
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	27
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3028
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1162
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	44
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	66
Total	**4979**

Fonte: TABNET/ SIM. Acesso em 07/07/2025

Essas causas sinalizadas em sua grande maioria possuem evitabilidade presumida. Do total de 4981 óbitos ocorridos, apenas 24,9% (n= 1239) foram investigados e analisados ao longo do período (2014 A 2023) Fonte: TABNET/SIM. Acesso em 07/07/2025

Com relação aos óbitos infantis em menor de 01 ano analisados nesse período, 15,9% seriam evitáveis, ou 6,3% não evitáveis e 3,2% inconclusivos, este último por pendências de registros, dificuldades investigativas e /ou dados insuficientes para análise. A relevância de todo processo investigativo, bem como a análise e qualificação desses indicadores corroboram para que as políticas de saúde sejam focais, impactantes e priorizadas afim de que se melhore os indicadores e se reduza progressivamente as mortes fetais e infantis evitáveis, principalmente.

Os eixos das recomendações geradas nos últimos anos, apontam que urge a necessidade de ampliação e qualificação da rede de acesso ao Pré-natal com recursos humanos e materiais que possibilitem acompanhar e identificar com antecedência os riscos e seus agravos, com diagnóstico precoce, aconselhamento clínico; fortalecimento do planejamento familiar e do pré-

CONSULTA PUBLICA

natal de baixo e alto risco, melhor adequação da rede hospitalar para um parto seguro e o acompanhamento contínuo e qualificado do infante em todas as fases do seu desenvolvimento.

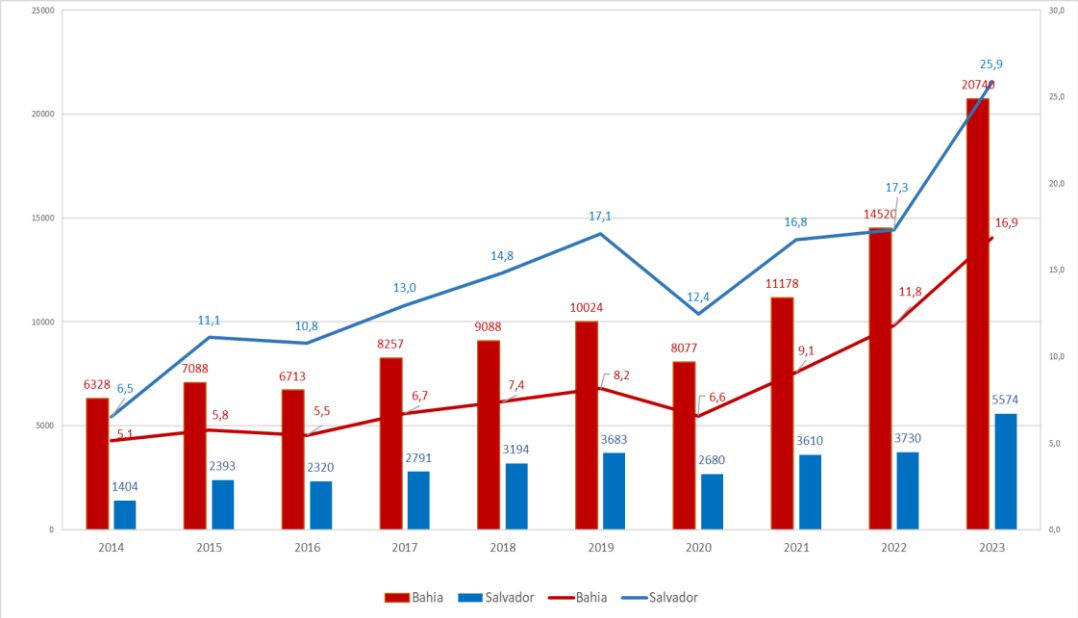
5.3 Perfil de Morbimortalidade Relacionada ao Trabalho

5.3.1 Doenças e Agravos relacionados ao Trabalho

O município de Salvador apresenta tendência crescente das notificações de Doenças e Agravos relacionados ao trabalho (DART), passando de 1.404 casos notificados em 2014 para 5.574 em 2023, o que indica um crescimento de 297%, um desempenho superior ao observado para o estado da Bahia (227%) no mesmo período (Gráfico 71). Esse resultado pode estar relacionado, entre outros fatores, com à implantação, pelo Cerest Salvador, do programa de formação e apoio institucional e matricial da rede notificadora, especialmente junto aos serviços de urgência e emergência e hospitais públicos e privados.

Devido aos investimentos para qualificação das ações de Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador (Vesat) de DART, o município apresenta uma taxa de incidência de DART de 25,9/10 mil integrantes da População em Idade Ativa (PIA), também superior ao observado para o estado da Bahia, com 16,9/10 mil integrantes da PIA (Gráfico X), o que reflete a sensibilização da rede municipal na identificação e investigação dos agravos de notificação compulsória relacionados ao trabalho.

Gráfico 71 - Número de Casos e Taxa de Incidência[19] das notificações por Doenças e Agravos relacionados ao Trabalho (DART), Salvador e Bahia, 2014-2023.

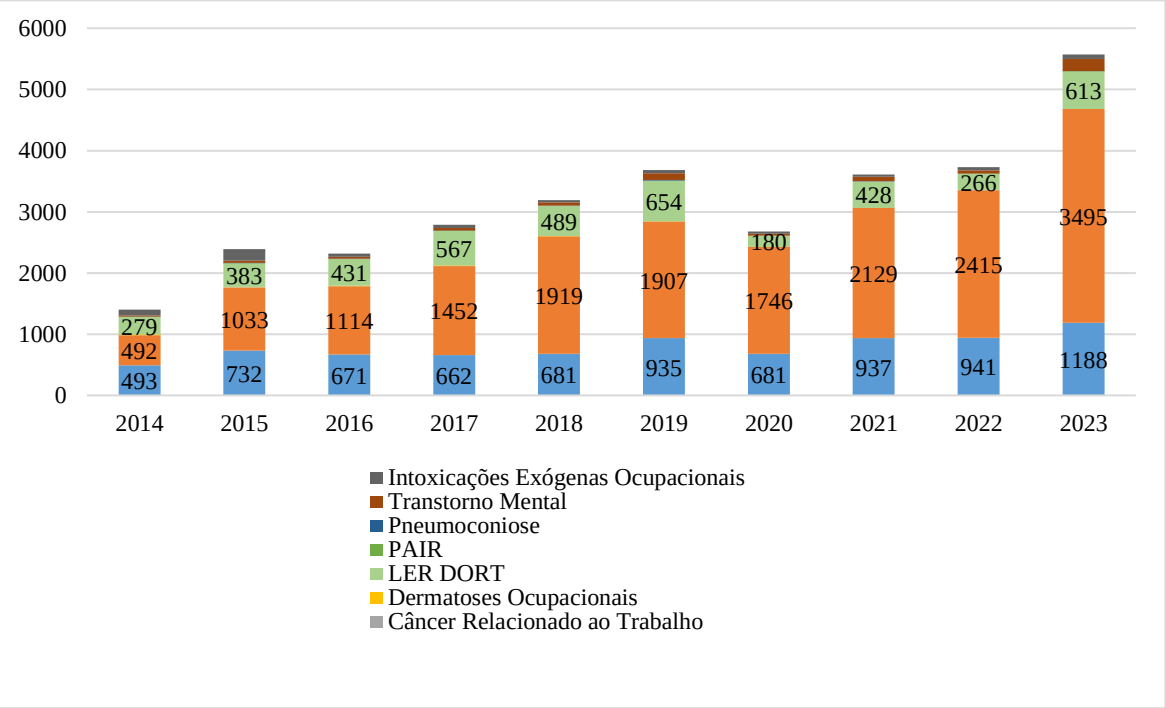


Fonte: SESAB/CESAT/SINAN. Acesso em 20 de agosto de 2025.

[19] Incidência por 10 mil integrantes da PIA-População em Idade Ativa (14 anos ou mais).

Quanto à tipologia das DART, foram registradas 31.379 notificações, destas observa-se maior frequência das notificações para os eventos agudos, especialmente Acidente de Trabalho (AT) com 56% e Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico (ATBio) com 25%, e, das doenças, as Lesões por Esforços Repetitivos/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/DORT), com 14% (Gráfico 72).

Gráfico 72 - Casos de Doenças e Agravos relacionados ao Trabalho notificados no Sinan. Salvador, 2014-2023.



Fonte: DVIS/CEREST/SINAN. Acesso em: 20 de agosto de 2025.

O crescimento da notificação desses agravos está associado, além dos investimentos de EP junto à rede notificadora, à mudança na definição de caso de AT a partir de 2019, não mais restringindo-se aos casos graves para fins de notificação, à profilaxia pós exposição condicionada a notificação dos casos de ATBio, e à implantação do Protocolo de LER/DORT nos serviços de saúde do trabalhador, em 2006, que ampliou a capacidade de diagnóstico e notificação. Para os demais agravos, as notificações foram significativamente menores, sendo o Câncer Relacionado ao Trabalho (CaRT) o de menor registro (0,04%) em todo o período, indicando investimentos necessários EP para a identificação e investigação desta e outras doenças crônicas.

A distribuição das DART segundo raça/cor revela elevada proporção de registros classificados como “ignorado” ou “em branco”, particularmente para AT e IntExOcup, apesar

da obrigatoriedade do registro do campo “raça/cor” nos SIS desde 2007 pelo MS, o que dificulta a melhor compreensão dessa variável como um marcador relevante de iniquidades no mundo do trabalho. Apesar dessa limitação, a análise dos registros válidos evidencia padrões consistentes de casos de DART acometendo a população negra (preta e parda), com destaque para Dermatoses Ocupacionais (91,8%), PAIR (78,6%) e Pneumoconioses (64,1%) (Tabela 14).

Tabela 14- Proporção de notificações de DART, segundo raça/cor. Salvador, 2014-2023.

	Ign/Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indigena
Acidente Trabalho c/Exposição a Material Biológico	23,6	12,5	16,4	0,8	46,4	0,2
Acidente de Trabalho	76,4	4,2	6,7	0,2	12,4	0,1
Câncer Relacionado ao Trabalho	15,4	30,8	15,4	0,0	38,5	0,0
Dermatoses Ocupacionais	8,2	0,0	59,2	0,0	32,7	0,0
LER DORT	42,0	9,4	17,9	0,3	30,1	0,3
PAIR	10,7	10,7	35,7	0,0	42,9	0,0
Pneumoconiose	23,1	12,8	2,6	0,0	61,5	0,0
Transtorno Mental	60,2	8,9	8,9	0,0	20,9	1,1
Intoxicações Exógenas Ocupacionais	74,0	1,8	6,8	0,3	17,1	0,0

Fonte: CEREST/DVIS/ SINAN. Acesso em 20 de agosto de 2025.

Quanto à distribuição dos DART por sexo, observa-se maior concentração desses eventos no sexo masculino - Pneumoconioses (97,4%), AT (85,1%) e CaRT (76,9%) (Tabela 15), o que pode ser explicado pela divisão sexual do trabalho, com inserção dos homens em atividades laborais classificadas como de alto e elevado risco e que exigem maior força física, em setores industriais e extrativos de maior exposição a poeiras minerais e também com maior exposição a agentes cancerígenos nocivos.

Tabela 15- Proporção de notificações de DART segundo sexo. Salvador, 2014- 2023.

	Masculino	Feminino
Acidente Trabalho c/Exposição a Material Biológico	25,8	74,2
Acidente de Trabalho	85,1	14,9
Câncer Relacionado ao Trabalho	76,9	23,1
Dermatoses Ocupacionais	44,9	55,1
LER DORT	42,5	57,5
PAIR	75,0	25,0
Pneumoconioses	97,4	2,6
Transtorno Mental	36,8	63,2
Intoxicações Exógenas Ocupacionais	58,6	41,4

Fonte: CEREST/DVIS/ SINAN. Acesso em: 20 de agosto de 2025.

Por outro lado, os ATBio atingem majoritariamente as mulheres (74,2%), indicando predominância feminina em profissões do cuidado e no setor de saúde, onde há maior contato com fluidos biológicos. Os transtornos mentais relacionados ao trabalho seguem essa mesma tendência, com 63,2% dos registros para o sexo feminino, indicando maior vulnerabilidade às pressões psicossociais e ao desgaste emocional no ambiente laboral, além da maior proporção também em mulheres (57,5%) para LER/DORT, o que pode refletir tanto a sobrecarga de atividades repetitivas e de cuidado quanto a dupla jornada de trabalho.

Analisando os DART por faixa etária, observa-se que os ATBio (57%) e os AT (54,5%) apresentam maior frequência no grupo de 30 a 49 anos, padrão também verificado nas Intoxicações Exógenas Ocupacionais (IntExOcup) com 50,5%. Da mesma forma, agravos relacionados à sobrecarga e às condições de organização do trabalho — como LER/DORT, dermatoses ocupacionais e transtornos mentais — concentram-se predominantemente nessa faixa etária, correspondendo a 61,2%, 65,3% e 69,7% dos casos, respectivamente, o que evidencia que trabalhadores em plena vida produtiva são os mais atingidos. Ainda que haja ocorrência em faixas mais elevadas, trata-se de condições fortemente relacionadas ao ritmo, à intensidade e à organização das atividades laborais, com impacto significativo sobre a saúde física e mental.

Outros eventos de natureza crônica, a exemplo do CaRT (61,5%), das Pneumoconioses (53,8%) e PAIR (50%), apresentam maior frequência para os grupos etários de 50 a 69 anos (Tabela X). Esse cenário indica a necessidade do desenvolvimento de estratégias de prevenção diferenciadas: de um lado, medidas voltadas a reduzir acidentes e intoxicações em trabalhadores mais jovens; de outro, políticas voltadas à mitigação dos riscos de longo prazo que levam ao adoecimento crônico entre grupos etários mais velhos.

Tabela 16- Proporção de notificações de DART segundo faixa etária. Salvador, 2014-2023.

	< 9 anos	10 a 17 anos	18 a 29 anos	30 a 49 anos	50 a 69 anos	70 anos e mais
Acidente Trabalho c/Exposição a Material Biológico	0,2	0,2	34,1	57,0	8,3	0,1
Acidente de Trabalho	0,0	1,3	23,2	54,5	20,2	0,7
Câncer Relacionado ao Trabalho	0,0	0,0	15,4	7,7	61,5	15,4
Dermatoses Ocupacionais	0,0	0,0	14,3	65,3	20,4	0,0
LER DORT	0,3	0,0	3,7	61,2	34,6	0,0
PAIR	0,0	0,0	3,6	46,4	50,0	0,0
Pneumoconiose	0,0	0,0	0,0	33,3	53,8	12,8
Transtorno Mental	1,2	0,0	8,6	69,7	20,5	0,0
Intoxicações Exógenas Ocupacionais	1,0	1,6	32,2	50,5	13,1	1,5

Fonte: CEREST/DVIS/ SINAN. Acesso em: 20 de agosto de 2025.

CONSULTA PÚBLICA

De forma geral, quando a escolaridade é informada, o ensino médio surge como o nível predominante na maior parte dos agravos analisados, com exceção dos transtornos mentais (37,3%), LER/DORT (34,4%) e IntExOcup (11,4%) que se destacam pela maior presença de trabalhadores com ensino superior. A alta proporção de registros ignorados, especialmente em AT e IntExOcup dificultam delinear o perfil educacional dos trabalhadores mais atingidos, o que indica a necessidade de investimentos de EP junto aos serviços de saúde, particularmente os de urgência e emergência, e ortotrauma.

Tabela 17- Proporção de notificações de DART segundo escolaridade. Salvador, 2014-2023

	Ign/Branco	Analfabeto	1ª a 4ª série	5ª a 8ª série	Ensino médio incompleto e completo	Educação superior incompleta	Educação superior completa
Acidente Trabalho c/Exposição a Material Biológico	40,6	0,1	0,5	1,2	27,4	8,6	21,6
Acidente de Trabalho	80,6	0,5	2,6	4,4	9,5	0,6	1,9
Câncer Relacionado ao Trabalho	7,7	0,0	0,0	15,4	46,2	7,7	23,1
Dermatoses Ocupacionais	10,2	2,0	2,0	28,6	46,9	2,0	8,2
LER DORT	23,3	0,2	0,2	4,9	32,0	6,1	33,4
PAIR	14,3	0,0	0,0	21,4	53,6	3,6	7,1
Pneumoconiose	34,3	5,7	5,7	25,7	28,6	0,0	0,0
Transtorno Mental	35,9	0,2	0,2	1,1	19,3	6,1	37,3
Intoxicações Exógenas Ocupacionais	74,9	0,0	0,0	2,7	9,4	1,5	11,4

Fonte: DVIS/CEREST/SINAN. Acesso em: 20 de agosto de 2025

5.3.2 Outros Agravos Relacionados ao Trabalho

Além das DART, outros agravos e doenças de notificação compulsória podem ter relação com o trabalho e são monitorados no Sinan, a exemplo dos casos de Violência Interpessoal/Autoprovocada que incluem, nesta categoria, o trabalho infantil, o Trabalho Escravo Contemporâneo (TEC), a violência de gênero e/ou transfóbica, o assédio moral e outras Violências Relacionadas ao Trabalho (VRT), condições que produzem sofrimento, incapacidades, privações, enfermidades e morte. Em Salvador, no período de 2014 a 2023, foram registradas 530 notificações de VRT, sendo 66 (12%) classificados como violência autoprovocada. Esse problema complexo e de natureza estrutural faz intersecção com marcadores sociais, como raça, classe e gênero, mas ainda de pouca visibilidade no âmbito do SUS, sendo necessário para o seu enfrentamento, entre outras estratégias, investimentos em ações de Vigilância em Saúde (Visat), particularmente considerando a população trabalhadora mais vulnerável, e ações de EP, o que envolve a matriciamento da APS, CAPS, entre outros serviços.

CONSULTA

A Leptospirose humana também pode ter relação com o trabalho, tendo algumas ocupações maior exposição ao agente etiológico da doença (bactérias do gênero Leptospira), a exemplo de atividades insalubres ou áreas com precárias condições sanitárias, como trabalhos em via pública realizados por catadores de material reciclável, da limpeza urbana pelos garis, ou ainda em trabalhadores informais como pedreiros, são ocupações de maior frequência de exposição e contaminação. Dos 1.509 casos notificados em Salvador, 63 (4,2%) foram relacionados ao trabalho, no período de 2014 a 2023, afetando, na quase totalidade dos casos, indivíduos do sexo masculino, pretos e pardos. É um agravo que demanda intervenções intra e intersetoriais, sendo o Plano de Contingência da Leptospirose um instrumento estruturante para o seu enfrentamento e cuja participação nas investigações também envolve o Cerest Salvador, devido ao componente trabalho nesse processo de adoecimento, requerendo ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) em articulação com as demais vigilâncias.

Os Acidentes de Trânsito são eventos de notificação compulsória na Bahia desde 2017, entretanto o subregistro da relação com trabalho é grande, tendo apenas 730 (1%) casos de 15.092 notificações, no período de 2018 a 2023, sendo a maioria de homens (79%). O SAMU e os hospitais de ortotrauma são os maiores notificadores desse tipo de agravo e o Cerest Salvador vem sensibilizando a Rede Notificadora para a redução da incompletude dos campos de interesse a ST para esse e outros agravos no Sinan, a exemplo dos campos “ocupação” (CBO) e “atividade econômica” (CNAE) que compõem o indicador 13 do PQA-VS cujo desempenho é vinculado a repasse financeiro pelo MS.

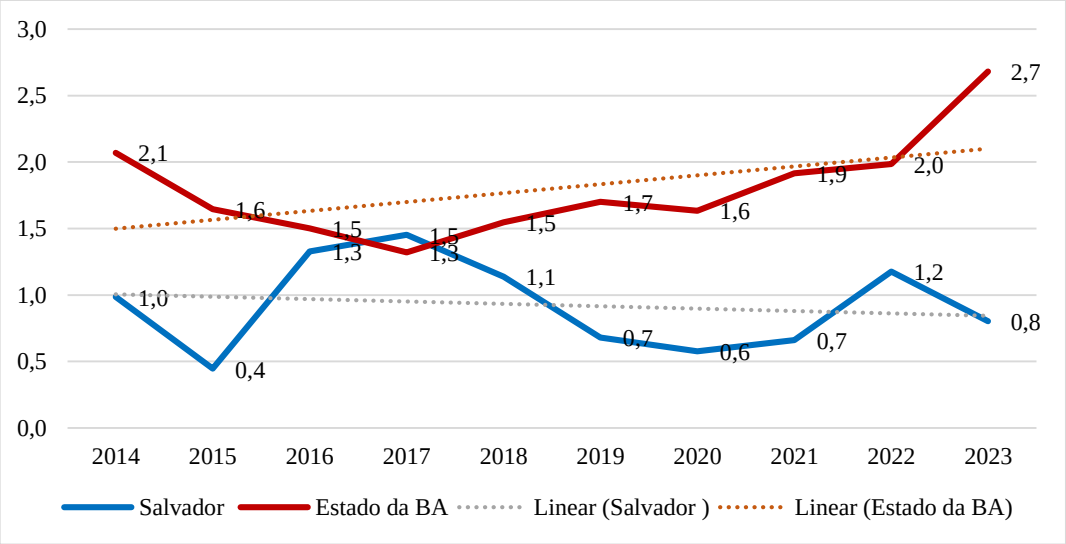
Quanto ao perfil das ocupações, observa-se o crescimento acelerado de moto entregadores e ciclistas entregadores acidentados. Estes, na grande maioria, sem vínculos formais de trabalho, fator que expõe essa população a jornadas extensas, pressão por produtividade e ausência de proteção social e previdenciária, intensificando a vulnerabilidade desses trabalhadores. O Cerest Salvador vem atuando no monitoramento desses casos, embora ainda incipiente devido à capacidade instalada do setor, mas entende-se como necessária a ampliação dessas ações, através de monitoramento integrado do agravo com a Vigilância em Saúde, sobretudo na articulação com o Setor de Agravos e ampliação da participação em programas, a exemplo do Programa Vida no Trânsito (PVT), e articulações com a Universidade Federal da Bahia através do grupo de Pesquisa EpisSAT Entregadores da Faculdade de Medicina, além da continuidade da participação no grupo de trabalho do Plano Municipal para o enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (PMDANT).

CONSULTA PÚBLICA

5.3.3 Mortalidade por Acidente de Trabalho

O coeficiente de mortalidade por (AT) em Salvador apresenta uma discreta tendência de queda, passando de 1/100.00 Pessoas em Idade Ativa (PIA) em 2014 para 0,8/100.000 PIA em 2023, tendo o maior índice em 2016, quando foi registrado um coeficiente de 1,5/100.000 PIA. Em oposição, no estado da Bahia, observa-se uma tendência crescente da taxa de mortalidade por AT, com 2,7/1000 PIA em 2023 (Gráfico 73).

Gráfico 73 - Coeficiente de mortalidade por acidente de trabalho[20], Salvador e Bahia, 2014-2023.



Fonte: SESAB/VIEP/SIM. Acesso em 04 de agosto de 2025.

As taxas observadas tanto para Salvador quanto para estado da Bahia são equivalentes as menores taxas observadas no mundo[21] a exemplo do Japão (1,4/100 mil trabalhadores) e Canadá (1,9 por 100 mil trabalhadores), o que indica um importante subregistro dos AT no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

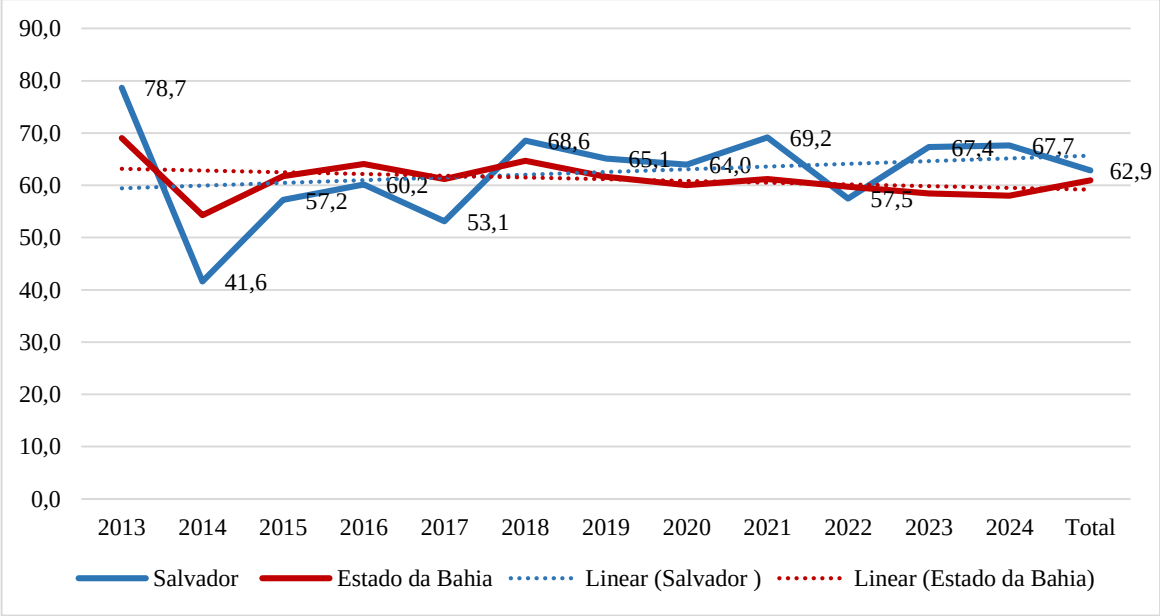
Conforme Gráfico 74, observa-se que a proporção do campo "acidente de trabalho" no SIM para os óbitos por acidentes permanece com elevada incompletude de dados ignorados da relação com o trabalho, tanto para o município de Salvador quanto para o estado da Bahia. Entretanto, em oposição ao estado, observa-se tendência de crescimento da proporção de incompletude para município. O Cerest tem desenvolvido ações voltadas à melhoria da qualidade dos dados de ST no SIM e no Sinan, com investigação epidemiológica dos óbitos por

[20] O Coeficiente de Mortalidade por Acidente de Trabalho é calculado pelo número de óbitos por acidentes de trabalho registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), considerando apenas os registros assinalados como "sim" no campo 49 da Declaração de Óbito (DO), Bloco VII – Causas Externas, para pessoas com 15 anos ou mais, dividido pela população em idade ativa (PIA) da mesma faixa etária, multiplicado por 100.000.

[21] Observatório Digital de Segurança e Saúde no Trabalho https://brasil.un.org/pt-br/125723-gastos-com-doen%C3%A7as-e-acidentes-do-trabalho-chegam-r-100-bi-desde-2012

causas externas potencialmente relacionados ao trabalho[22], e com ação articulada junto à gestão do SIM - Subcoordenadoria de Informação em Saúde (SUIS) -, para qualificação dos dados de interesse ao campo da ST, sendo necessária a implementação das ações de Vesat, a fim de reduzir o subregistro desses óbitos.

Gráfico 74 - Percentual do preenchimento ignorado no campo Acidente de Trabalho dos óbitos por causas externas. Salvador e Bahia, 2014-2023.



Fonte: SESAB/VIEP/SIM. Acesso em: 04 de agosto de 2025.

Assim, a análise desses dois indicadores - o Coeficiente de Mortalidade por AT e a proporção do preenchimento qualificado do campo AT entre os óbitos por acidentes[23] - evidencia a invisibilidade persistente da mortalidade por AT, o que demanda a detecção oportuna do óbito por AT, investigação dos casos e a análise dos fatores determinantes referentes aos processos produtivos e de trabalho.

Quanto ao perfil sociodemográfico das vítimas de AT, no período de 2014 a 2023, as maiores proporções foram para pessoas do sexo masculino (87,6%), de 30 a 49 anos (36,6%) pardas (63,9%), e com 8 a 11 anos de escolaridade (34,0%) (Tabela 18).

[22] Orientações para ações de Vesat dos óbitos por Causas Externas relacionados ao Trabalho estão disponíveis em https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202407/04141357-colecao-visat-ministerio-da-saude-orientacoes-tacnicas-sobre-vigilancia-dos-obitos-relacionados-ao-trabalho.pdf

[23] Orientações para a Vigilância em Saúde do Trabalhador disponíveis em https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2025/07/Nota-Tecnica-Federal-CGSATDSASTSVSAMS-n-2-de-04-de-marco-de-2024.pdf

Tabela 18- Proporção dos óbitos por acidentes de trabalho segundo características sociodemográficas das vítimas. Salvador, 2014-2023.

Sexo	**%**
Masculino	87,6
Feminino	12,4
Faixa Etária	**%**
15 a 19 anos	5,2
20 a 29 anos	12,4
30 a 39 anos	18,6
40 a 49 anos	18
50 a 59 anos	20,6
60 a 69 anos	11,9
70 anos e mais	13,4
Raça/Cor	**%**
Branca	12,9
Preta	11,2
Parda	63,9
Ignorada	1
Escolaridade (anos de estudo)	**%**
Nenhuma	4,6
1 a 3 anos	24,2
4 a 7 anos	32
8 a 11 anos	34
12 anos e mais	3,6
Ignorado	1,5

Fonte: SESAB/VIEP/SIM. Acesso em: 04 de agosto de 2025.

O conjunto desses dados reforça que a mortalidade por AT não se distribui de forma homogênea, mas se concentra em segmentos específicos da população, reproduzindo desigualdades de gênero, raça e educação. Essa realidade, somada à persistente subnotificação já destacada nesta análise, dificulta o dimensionamento preciso da carga de mortalidade laboral e, por consequência, a formulação de políticas públicas capazes de enfrentar as raízes estruturais dessa problemática.

CONSULTA PÚBLICA

5.3.4 Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho

Para a Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho (Vapt), o Cerest vem priorizando ações a partir de denúncias do Ministério Público do Trabalho (MPT), da Ouvidoria do SUS, Sindicatos e demais setores da Vigilância à Saúde, utilizando critérios como natureza do risco (gravidade e frequência), número de trabalhadores (as) expostos (as), tempo de exposição, acidentes ou doenças registradas da atividade produtiva/empresa e a factibilidade da intervenção, somada à capacidade instalada do serviço, que, ao longo dos anos, vem perdendo a força de trabalho, sem recomposição da equipe.

No período de 2014 a 2023, as ações de Vapt realizadas beneficiaram 543.526 trabalhadores, sendo, prioritariamente, dos setores da saúde (hospitais públicos e privados, Unidades de Pronto Atendimento, clínicas), comércio e serviços (teleatendimento, órgãos públicos, restaurantes, lavanderias, escolas, hotéis, teleatendimento, etc.) e da indústria (construção civil, alimentícia, química, coleta e tratamento de resíduos, entre outras). Além das atividades de rotina de Vapt, o Cerest atua também nos eventos de massa (Carnaval, Olimpíadas e Copa das Confederações), com ações voltadas, na sua maioria, aos trabalhadores (as) informais e temporários, mediante ações integradas com a VISA.

Ações de Vapt precisam ser implementadas no município, tanto para mapeamento de riscos quanto para a avaliação do cumprimento das recomendações propostas, sendo necessário investimentos da gestão para recomposição da força de trabalho, na perspectiva da priorização das ações das atividades produtivas de maior risco e de grupos de maior vulnerabilidade em saúde do trabalhador.

5.3.5 Ambulatório do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

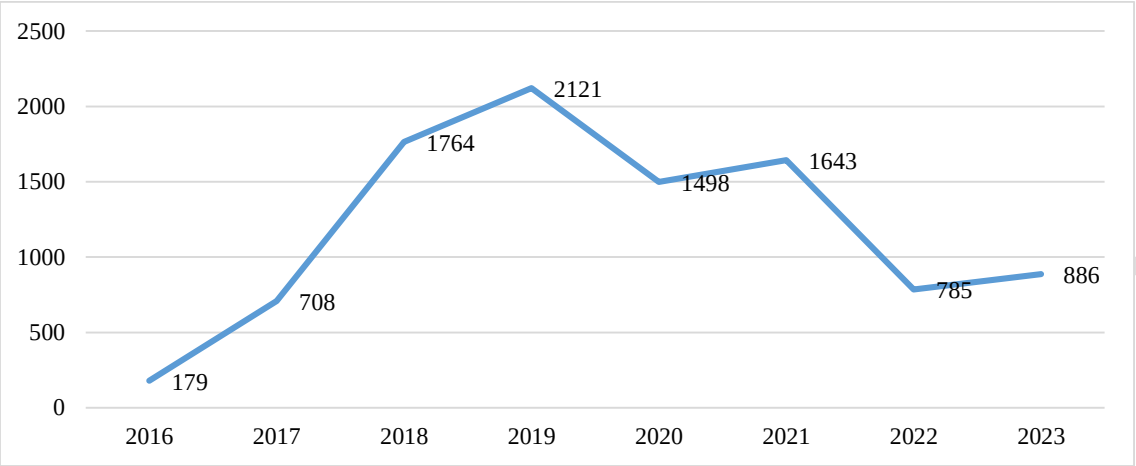
O Ambulatório do Cerest Salvador retomou as suas atividades em julho de 2016, após um período de inatividade devido a problemas estruturais do serviço. A equipe anterior havia sido progressivamente desfeita devido à precariedade dos vínculos empregatícios, na sua maioria, temporários. Para sua reativação, o Cerest SSA contou com a relotação de servidores públicos de outro serviço especializado - enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, médicos, dentre outros profissionais -, o que demandou um período de capacitação e formação específica para atuação na clínica de saúde do trabalhador, considerando as peculiaridades dos agravos relacionados ao trabalho.

Assim, no período de 2016 a 2023, o Cerest SSA realizou 9.584 atendimentos, com maior frequência para o biênio de 2018 (18,4%) e 2019 (22,1%), garantindo assistência diagnóstica

CONSULTA PÚBLICA

para a população trabalhadora e emissão de relatórios quanto à relação ou não do agravo/doença com o trabalho para os casos elegíveis ao perfil do serviço (Gráfico 75).

Gráfico 75 - Número de Atendimentos para Diagnóstico de Doença ou Agravo Relacionado ao Trabalho no Ambulatório do Cerest, Salvador, 2016-2023.



Fonte: CEREST, 2025. Acesso em: Acesso em: 21 de agosto de 2025

Bancários e trabalhadores da saúde foram os que mais demandaram atendimento junto ao Cerest, tendo, em 2019, o total de 348 trabalhadores investigados, e 204 em 2023, o que indica uma redução de 41% em relação ao primeiro de análise. Sabe-se que as doenças e agravos relacionados ao trabalho devem ser investigados também pela RAS, cabendo ao Cerest capacitar a rede e garantir a atenção em ST para os casos de maior complexidade de forma suplementar, além da atuação complementar nas áreas sem cobertura da APS. Entende-se como necessária a ampliação e qualificação das práticas de atenção à ST no âmbito do próprio Cerest, a exemplo dos transtornos mentais e cânceres relacionados ao trabalho, assim como a implementação das ações de EP junto à RAS para a identificação dos agravos e respectivos determinantes relacionados ao trabalho, tendo como referência a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho.

Investimentos necessários para o fortalecimento da Visat pressupõem também a implementação de políticas intra e intersetoriais integradas, tendo o Cerest Salvador um papel central na coordenação da política de ST no âmbito do município, com investimentos junto à RAS para reduzir a subnotificação dos casos de DART e promover ambientes laborais mais seguros e saudáveis, particularmente considerando o cenário o de precarização do trabalho no mundo contemporâneo.

CONSULTA PÚB

5.3 Iniquidades em Saúde

O processo de construção de equidade em saúde passa pelo reconhecimento das injustiças produzidas ao longo do processo histórico de formação social do Brasil, e da garantia do direito à saúde aos grupos historicamente marginalizados, a partir do reconhecimento de suas necessidades e especificidades além da implementação de estratégias integradas e permanentes que assegurem a redução das iniquidades étnico-raciais, do racismo e da discriminação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O enfrentamento das iniquidades em saúde traz como necessidade fundamental a compreensão dos determinantes sociais da saúde, dentre eles, o reconhecimento do racismo enquanto mecanismo produtor de desigualdades que marca historicamente o acesso, a qualidade e os desfechos das políticas públicas para diferentes grupos sociais, como as populações negra, quilombola e indígena.

5.5.1 Saúde da População Negra

O racismo estrutural opera como um mecanismo que produz e perpetua desigualdades manifestando-se em três dimensões que atuam de forma simultânea (institucional, interpessoal e internalizado) impactando a população negra, contribuindo para a manutenção de cenários de exclusão, adoecimento e morte precoce (Werneck, 2016).

Entre os agravos mais frequentes na população negra destacam-se doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, além de condições associadas à violência, ao sofrimento mental e à mortalidade materna. Esses quadros revelam as barreiras no acesso a serviços de saúde de qualidade, sobretudo como resultado do racismo institucional.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) configuram-se como iniciativas transversais fundamentais para orientar o planejamento e a execução das ações de saúde, com base em uma abordagem intersetorial que integre promoção, prevenção, cuidado e recuperação, assegurando, dessa maneira, a efetivação do direito humano à saúde.

Desde 2005, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador atua no enfrentamento ao racismo institucional, inicialmente com o Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra (GTSPN) e o programa PCRI. Recentemente, essas ações foram fortalecidas pela estratégia Unidade Antirracista, instituída em 2024, que visa reduzir iniquidades raciais e qualificar o atendimento integral no SUS.

CONSULTA PUBLICA

A iniciativa foca na educação permanente através de cursos como "Racismo e Saúde" e na melhoria do registro do quesito raça/cor. Entre as prioridades das Unidades Antirracistas, destacam-se o acompanhamento especializado a gestantes negras e pessoas com Doença Falciforme, além da promoção da equidade para populações quilombolas e com albinismo.

A certificação de unidades básicas de saúde como antirracistas exige a incorporação de práticas de acolhimento, vigilância e assistência voltadas à equidade. A manutenção desse selo depende do cumprimento contínuo dos critérios e da ausência de denúncias de discriminação ou barreiras de acesso na Ouvidoria municipal.

Para validar a metodologia antes de sua expansão, o município iniciou a estratégia com um grupo piloto de 13 Unidades de Saúde da Família (USF). Estas unidades estão distribuídas por todos os doze Distritos Sanitários de Salvador, garantindo inclusive a representação do território das ilhas. As unidades escolhidas foram: USF do Calabar; USF Imbuí, USF Olga de Alaketu Vale do Matatu; USF Calabetão; USF Cajazeiras XI; USF Pelourinho; USF São José de Baixo; USF Aristides Maltez; USF São Marcos; USF Iapi; USF Nossa Senhora de Guadalupe; USF Itacaranha e USF Ilha de Maré, sendo esta última no território das ilhas.

Todas as unidades do projeto foram certificadas após cumprirem critérios rigorosos monitorados por um instrumento atualizado em 2025. Os critérios pactuados para a certificação da unidades abrangem a participação do ponto focal da unidade e de, no mínimo, mais um profissional em atividades formativas sobre saúde da população negra, preenchimento adequado de pelo menos 90% do quesito raça/cor no SINAN, aumento do pré-natal adequado, visando que 50% das gestantes negras atinjam sete ou mais consultas, ou aumento de 10% nas unidades que já possuem alto índice, participação de um profissional em oficinas da Linha de Cuidado às pessoas com Doença Falciforme, realização de três ou mais atividades com temática étnico-racial no território e a execução de uma ação em parceria com uma instituição da sociedade civil local com foco na temática racial.

O principal desafio da estratégia foi a sobrecarga dos Pontos Focais, que atuavam de forma isolada, limitando o alcance das ações. Para superar essa barreira, tornou-se fundamental promover a corresponsabilização das equipes, garantindo que o enfrentamento ao racismo seja um compromisso coletivo e institucional, e não de apenas um profissional. Como marco inovador, a Unidade Antirracista reconhece o racismo como determinante social e utiliza a Atenção Primária para transformar as práticas de cuidado e combater as iniquidades raciais em saúde.

CONSULTA PÚBLICA

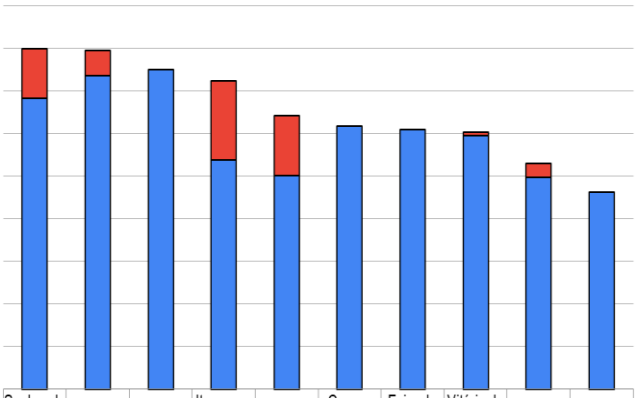
5.5.2 Saúde da População Quilombola

A população quilombola compreende um grupo de pessoas que compartilham uma identidade comum de um processo histórico de resistência à opressão, e de organização num território tradicional. Nestes espaços de organização coletiva os quilombolas preservam uma identidade cultural, práticas sociais e econômicas, construindo ao longo dos anos uma perspectiva de pertencimento.

Trata-se de uma população diversa conectada por laços históricos e por uma identidade coletiva, que se garante não apenas a partir de movimentos de insurreição, mas principalmente, por práticas de resistência na perpetuação de modos de vida e na permanência em um território próprio. Com o intuito de reconhecer as necessidades e especificidades, bem como a garantia dos seus direitos, não se utiliza mais a expressão "remanescentes quilombolas", o que reforça a identidade de quilombola pelo critério da autodeclaração.

Segundo o Censo Brasileiro (IBGE, 2022), a Bahia é a unidade da federação com maior valor absoluto de pessoas autodeclaradas quilombolas, com um total de 397.502 pessoas. Salvador é o segundo município com maior número de pessoas quilombolas, com um total de 15.897. Destes, 14.727 residem fora de território certificados quilombolas, chamando a atenção de que a imensa maioria desta população em Salvador está dispersa nos territórios, indicando que é importante pensar as ações e políticas destinadas a essa população de forma transversal, e não apenas para os serviços que atendem os territórios certificados (Gráfico 76).

Gráfico 76 - População residente e pessoas quilombolas fora de Territórios Quilombolas em valores absolutos nos dez primeiros Municípios do Brasil, 2022.



	Senhor do Bomfim (BA)	Salvador (BA)	Januária (MG)	Itapecuru Mirim (MA)	Baião (PA)	Campo Formoso (BA)	Feira de Santana (BA)	Vitória da Conquista (BA)	Pinheiro (MA)	Penalva (MA)
Quilombolas residentes dentro de TQ	2347	1170	0	3734	2835	0	0	147	658	0
Quilombolas residentes fora de TQ	13652	14727	15000	10754	10022	12375	12190	11910	9950	9269

Fonte: Censo IBGE, 2022

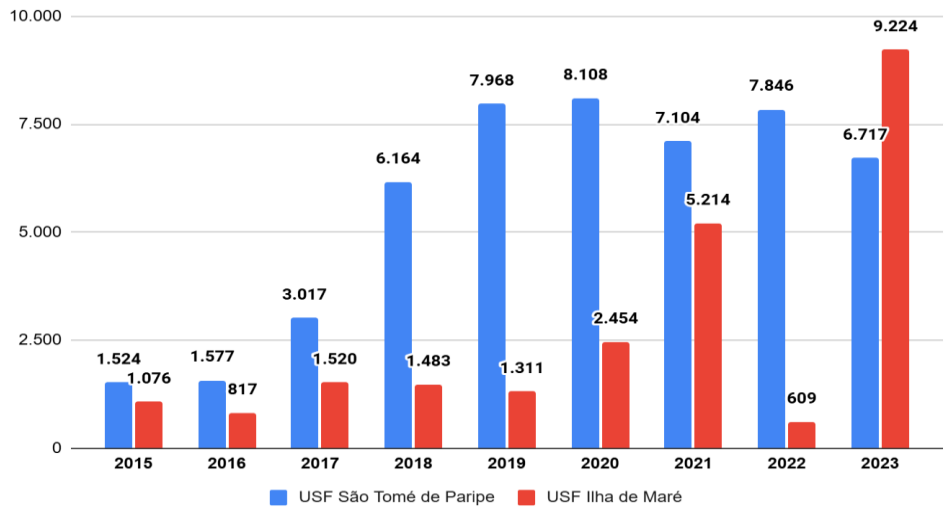
CONSULTA PUBLICA

Salvador possui localidades reconhecidas como territórios quilombolas, embora nem todas sejam certificadas. As comunidades de Alto da Sereia, Calabar, Calemba, Candeal, Curuzu, Dendê, Engenho da Ponte e Engenho da Praia ainda não possuem certificação e estão situadas nos Distritos Sanitários de Barra/Rio Vermelho, Brotas, Liberdade e Cabula. Por outro lado, a Fundação Palmares certificou os territórios que se localizam no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, sendo eles o Alto do Tororó, na região de São Tomé de Paripe, que é reconhecido como o primeiro quilombo urbano certificado no Brasil. Além deste, foram certificados os territórios de Praia Grande, Bananeiras, Martelo, Ponta Grossa e Porto dos Cavalos, todos situados na Ilha de Maré.

Sobre os territórios certificados, estes são atendidos pelas equipes da USF São Tomé de Paripe e da USF Ilha Amarela. No caso da Ilha de Maré, por se tratar de uma ilha, existem desafios particulares no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde e, atualmente, além da unidade de atenção primária, a Ilha conta também com um UPA para prestar assistência à comunidade.

No gráfico 77 observa-se os dados de atendimentos por ano, no período de 2015 a 2023, nas USFs de São Tomé de Paripe e Ilha de Maré, unidades de saúde que dão cobertura aos territórios quilombolas certificados, embora também atendem usuários que não fazem parte destes territórios.

Gráfico 77 - Número de atendimentos das Unidades de Saúde em territórios quilombolas certificados por ano, Salvador-BA, 2015-2023.



Fonte: BI Oracle/ Sistema Vida+. Acessado em setembro de 2025.

O aumento progressivo dos atendimentos reafirma a importância da APS como porta de entrada do SUS. Na USF de Ilha de Maré, esse crescimento foi expressivo: em 2020, os

atendimentos subiram 87% e, em 2021, cresceram 112,5% em relação aos anos anteriores. Esse salto deveu-se à implementação de uma nova estrutura de gestão que reduziu a rotatividade de profissionais, fortalecendo o vínculo entre as equipes e a comunidade, o que resultou em uma assistência mais qualificada e contínua.

5.5.3 Saúde da População com Albinismo

O albinismo é uma condição genética rara e não contagiosa que afeta a produção de melanina, manifestando-se nas formas oculocutânea (pele, pelos e olhos) ou ocular (MARÇON & MAIA, 2019). Além da extrema sensibilidade solar e do alto risco de câncer de pele, a condição causa distúrbios oftalmológicos severos, como nistagmo e baixa acuidade visual, impactando a funcionalidade e a inclusão social (SANTOS et al., 2016).

Pessoas com albinismo enfrentam estigmas e invisibilidade social. Sem um mapeamento nacional detalhado, o Ministério da Saúde estima que a condição afete 21 mil brasileiros, com maior incidência sugerida em populações negras, indígenas e quilombolas. Na Bahia, um estudo revelou que 70% das pessoas com albinismo possuem ascendência negra. Um dado alarmante vem da Ilha de Maré, território quilombola em Salvador, onde a proporção de albinos supera 1 para cada 1.000 habitantes, evidenciando a necessidade de atenção específica a esse território (MARTINS, 2022; MOREIRA et al., 2007, 2016; MARÇON & MAIA, 2019).

A qualificação dos registros e o acompanhamento da população com albinismo na Atenção Primária representam desafios centrais para o cuidado integral. Em conformidade com a Nota Técnica nº 38/2020 do Ministério da Saúde, a SMS de Salvador integrou a identificação do albinismo (CID-10 E70.3) ao prontuário eletrônico e ao Portal +. Somado a isso, o município investe na educação permanente dos profissionais para dar visibilidade às demandas específicas desse grupo, fortalecendo as ações de promoção, prevenção e acesso à saúde na rede básica.

5.5.4 Saúde da População LGBT+

A população LGBT+ engloba lésbicas, gays, bissexuais, pansexuais, assexuais, pessoas trans e travestis com identidades de gênero e/ou orientações sexuais que divergem da norma cisheteronormativa, enfrentando preconceitos e violências estruturais. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT+ reconhece a LGBTfobia como um determinante social de saúde, cujos impactos devem ser considerados no processo saúde-doença (BRASIL, 2013a). Esses efeitos manifestam-se tanto em barreiras institucionais e assistência desqualificada nos serviços de

CONSULTA PÚBLICA

saúde quanto em desfechos clínicos mais desfavoráveis para esse grupo em comparação à população geral.

Apesar da escassez de dados nos sistemas oficiais sobre orientação sexual e identidade de gênero, é possível observar disparidades críticas na saúde da população LGBT+, especialmente em saúde mental, ISTs e acesso a serviços. Em Salvador, a prevalência de HIV entre homens cis gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens com 18 anos ou mais subiu de 6,3% em 2009 para 8,6% em 2016, evidenciando um impacto desproporcional em comparação à população brasileira geral, que registrava apenas 0,4% em 2017 (BRIGNOL, et al. 2016; BRASIL, 2018b; KERR, et al., 2018).

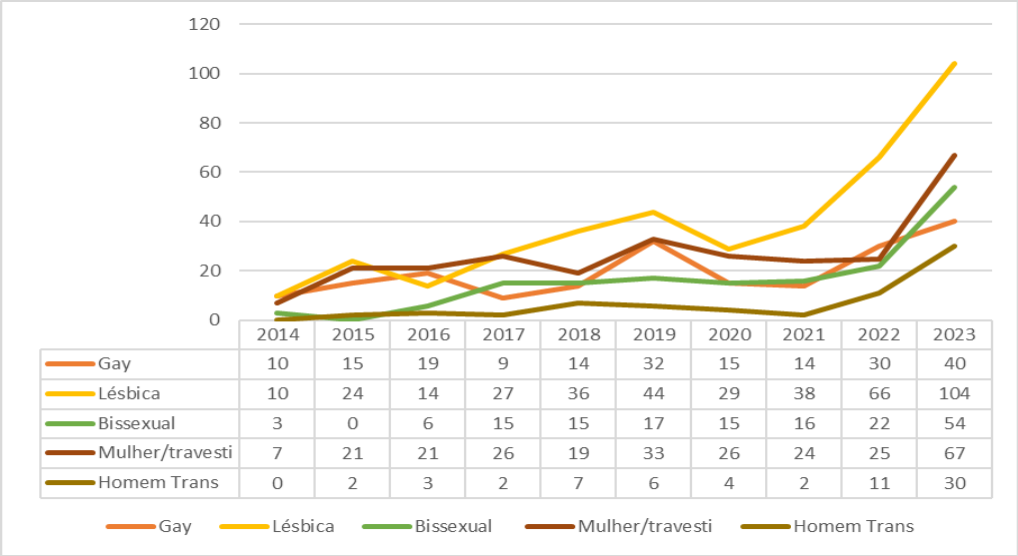
Os dados revelam que a população LGBT+ enfrenta vulnerabilidades desproporcionais em relação ao HIV e à violência. Em Salvador, a prevalência de HIV entre mulheres trans e travestis atingiu 24,3% em 2016, enquanto entre homens cis que fazem sexo com homens na faixa etária de 15 a 19 anos foi de 5,9% em 2021. Em adolescentes trans (dados de Salvador, São Paulo e Belo Horizonte), a taxa foi de 2,7% (LEITE et al., 2024, 2022; MAGNO et al., 2023).

Quanto à violência, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 indica que a população LGB+ cisgênero tem mais que o dobro de chances de sofrer qualquer tipo de agressões. Mulheres cis lésbicas e bissexuais apresentam as maiores prevalências com três vezes mais chances de violência física que mulheres heterossexuais. Já homens cis gays e bissexuais possuem chances oito vezes maiores de sofrer violência sexual que homens cis heterossexuais (VASCONCELOS et al., 2023).

Os dados de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do município de Salvador apontam que de 2014 a 2023 foram notificados 1089 casos de violência, com aumento ao longo do período analisado, no Gráfico 78. Entre os subgrupos que compõem a população LGBT+ as mulheres cis lésbicas e a mulheres trans/travestis destacam-se como as principais acometidas pelas situações de violência notificadas, com porcentagem de 36% e 25% respectivamente. Seguidas pelos homens cis gays (18%), pessoas cis bissexuais (15%) e homens trans (6%).

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 78 - Número de casos notificados da violência interpessoal e autoprovocada segundo orientação sexual e identidade de gênero, Salvador-BA, 2014-2023.

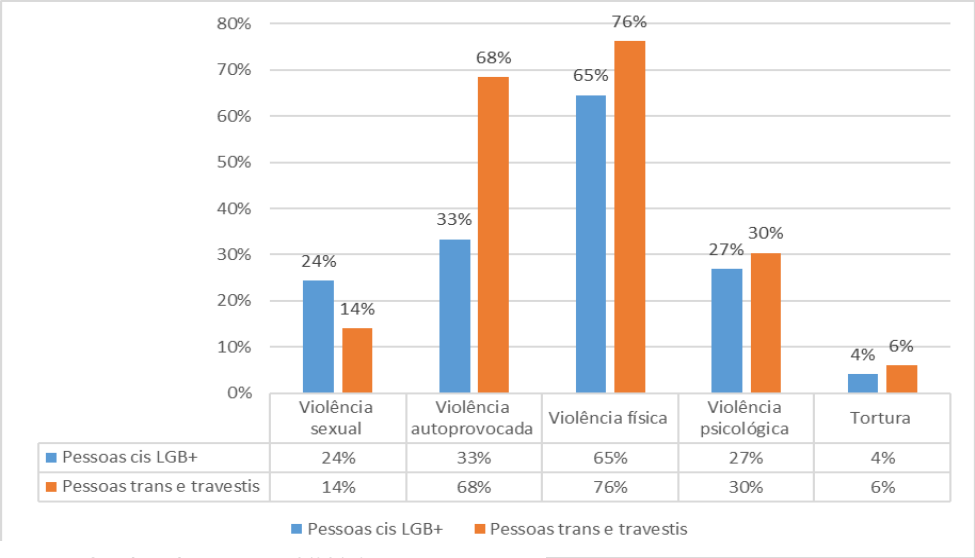


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Gay	10	15	19	9	14	32	15	14	30	40
Lésbica	10	24	14	27	36	44	29	38	66	104
Bissexual	3	0	6	15	15	17	15	16	22	54
Mulher/travesti	7	21	21	26	19	33	26	24	25	67
Homem Trans	0	2	3	2	7	6	4	2	11	30

Fonte: SINAN. Acesso em 29/09/25.

Quanto ao tipo de violência, observa-se que tanto entre as pessoas cis LGBT+, como entre as pessoas trans e travestis a violência física foi o tipo de ocorrência mais presente nas notificações, contudo, chama atenção as altas porcentagens de violência autoprovocada que atingiram 33% das notificações entre pessoas cis LGB+ e 68% entre as pessoas trans/travestis, dados que incluem as tentativas de suicídio e autolesões, conforme o Gráfico 79. Vale destacar que uma mesma notificação pode envolver o registro de mais de um tipo de violência.

Gráfico 79 - Características das notificações de violência interpessoal e autoprovocada na população LGBT+ segundo o tipo de violência, Salvador-BA, 2014-2023.



	Violência sexual	Violência autoprovocada	Violência física	Violência psicológica	Tortura
Pessoas cis LGB+	24%	33%	65%	27%	4%
Pessoas trans e travestis	14%	68%	76%	30%	6%

Fonte: SINAN. Acesso em 29/09/2025.

A subnotificação compromete a análise da violência contra a população LGBT+ em Salvador, com altos índices de campos "ignorados" ou em branco para orientação sexual com o percentual de 63% (27.931) e identidade de gênero com 64% (28.285). Apesar disso, os dados apontam a gravidade da violência autoprovocada e um aumento nas notificações a partir de 2023, possivelmente impulsionado pela implantação do Ambulatório Municipal Especializado em Saúde LGBT+, pela estratégia UBS Básica da Saúde LGBT+ e pelo Programa de Combate à LGBTfobia Institucional.

Persistem barreiras de acesso significativas motivadas pela LGBTfobia institucional, incluindo o desrespeito ao Nome Social, assistência desqualificada às especificidades do grupo e falhas no registro de dados essenciais nos sistemas de saúde (ABADE et al., 2022). Para reduzir as iniquidades em saúde da população LGBT+ em Salvador, no período de 2019 e 2024, o município implementou a inclusão do Nome Social no prontuário eletrônico, o Programa de Combate à LGBTfobia Institucional e a estratégia Unidade Básica Amiga da Saúde LGBT+.

Dados do Sistema Vida+ de março de 2025 registram 5.537 cartões do SUS com o Nome Social como identificação principal, recurso utilizado majoritariamente por pessoas trans e travestis. Além disso, as ações de educação permanente do programa de combate à LGBTfobia alcançaram 2.888 profissionais de saúde entre 2021 e 2024, fortalecendo a qualificação do atendimento na rede municipal.

A estratégia UBS Amiga da Saúde LGBT+ é o pilar da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT) na Atenção Primária de Salvador. Focada na educação permanente, ela pactua critérios com as equipes para humanizar o atendimento e reduzir barreiras de acesso.

De acordo com a Nota Técnica DAS Nº 002/2019, para receber o selo, a unidade deve cumprir requisitos como: realizar rodas de conversa com pelo menos 75% da equipe, garantir o uso e a impressão do Nome Social no Cartão SUS e prontuários, e promover ações educativas em datas específicas (Visibilidade Trans, Combate à LGBTfobia e Visibilidade Lésbica). Além disso, deve incluir o público LGBT+ de forma transversal em campanhas como Outubro Rosa e Novembro Azul.

A estratégia UBS Amiga da Saúde LGBT+ em Salvador apresentou expansão entre 2019 e 2024, alcançando 52 unidades certificadas. Este número representa 32% do total de unidades de APS do município. A iniciativa possui 100% de capilaridade, estando presente em todos os Distritos Sanitários, sob monitoramento conjunto entre o Campo Temático e as referências distritais. A certificação é renovada anualmente e exige, além do cumprimento de metas técnicas, a inexistência de denúncias de LGBTfobia nos serviços avaliados.

CONSULTA PUBLICA

Apesar da escassez de indicadores oficiais, é evidente que a LGBTfobia atua como um determinante que agrava vulnerabilidades em saúde mental, violência e infecções por HIV. Embora Salvador possua iniciativas para ampliar o acesso, barreiras assistenciais ainda persistem, comprometendo a qualidade de vida do grupo.

Para superar esses desafios, é necessário qualificar os registros de saúde e transversalizar o cuidado em áreas como o ciclo gravídico-puerperal, adolescência e envelhecimento. Essa expansão deve considerar a interseccionalidade com marcadores de raça, cor, etnia, moradia e deficiência, que potencializam a exclusão de segmentos ainda mais vulneráveis da população LGBT+.

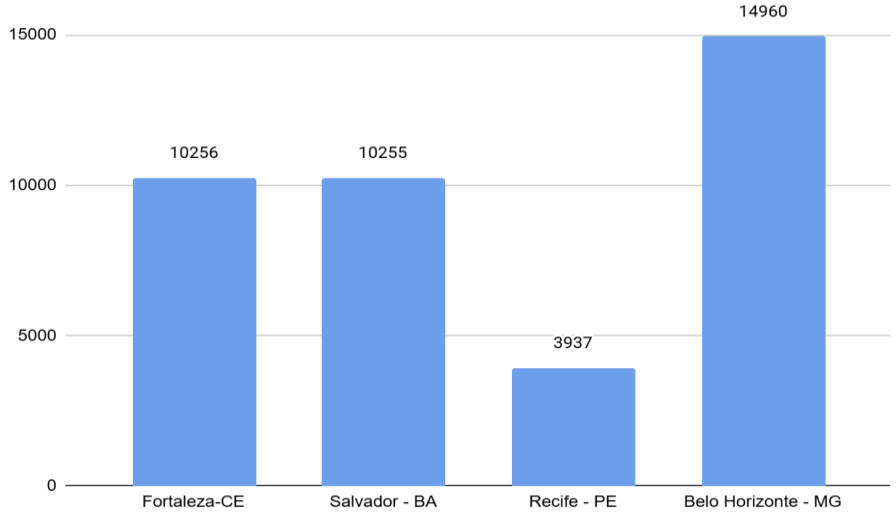
5.5.5 Saúde da População em Situação de Rua

A população em situação de rua (PSR) é um grupo historicamente marginalizado, cujas violações de direitos fundamentais e barreiras no acesso à saúde vêm se agravando (NATALINO, 2022; VEZEDEK et al., 2023; FONSECA, 2024). Para garantir o cuidado integral, as políticas públicas devem considerar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e estruturar respostas transversais e interdisciplinares (MENDES et al., 2019). No entanto, a gestão dessas ações é dificultada pela escassez de dados visto que o último censo nacional sistemático ocorreu em 2007 e o Censo 2022 não incluiu essa população (IPEA, 2024; IBGE, 2022). Atualmente, a principal referência para o planejamento são as estimativas do IPEA, que apontavam aproximadamente 281.472 pessoas em situação de rua no Brasil em 2022 (NATALINO, 2022).

O CadÚnico é uma fonte essencial que registrou 236.400 pessoas em situação de rua no Brasil em dezembro de 2022, cerca de 1 para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 2023). Entretanto, o dado é limitado a quem acessa a assistência social, subestimando o total real. Na ausência de uma contagem oficial nacional, o monitoramento ocorre regionalmente. Para comparar a exclusão social e a vulnerabilidade em capitais como Fortaleza, Recife, Belo Horizonte e Salvador, utilizam-se dados do Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua (OBPopRua/POLOS-UFMG, 2025), reforçando a necessidade de políticas intersetoriais (MENDES et al., 2019).

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 80 - Contagem de pessoas em situação de rua nas capitais brasileiras segundo dados do CadÚnico, 2025.



Fonte: OBPopRua/POLOS-UFMG, 2025. Acesso em 22 out. 2025.

Em Salvador, o aumento da população em situação de rua reflete desigualdades estruturais e a fragilidade das redes de proteção. Esse cenário exige políticas públicas complexas para lidar com a heterogeneidade desse grupo. A análise situacional no município focou em mapear o perfil sociodemográfico e os principais agravos como tuberculose, HIV/AIDS, transtornos mentais e uso de substâncias, além de identificar as barreiras de acesso aos serviços do SUS, com ênfase na Atenção Primária e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O estudo "Mapeamento, Contagem e Caracterização da População em Situação de Rua em Salvador" (setembro 2022 a outubro 2023), realizado pela Prefeitura de Salvador em parceria com o projeto Axé, forneceu compreensão das experiências, trajetórias e projetos de vida da PSR (VEZEDEK et al., 2023). Foram recenseadas 5.130 pessoas na porção continental do município, com caracterização sociodemográfica considerando gênero, geração, cor/raça/etnia, sexualidade e outros marcadores sociais. Aproximadamente 64% (3265) se autodeclararam pretas, 29% (1513) pardas, 4% (208) brancas, 1% indígenas (33) ou amarelas (15), e 2% (96) sem registro.

Em relação à faixa etária, cerca de 81% das PSR recenseadas são adultas (18 a 59 anos), enquanto 9% são idosas (60 anos ou mais), 5% são crianças (0 a 11 anos), 2% são adolescentes (12 a 17 anos) e outros 2% não teve essa informação registrada. No que se refere à identidade de gênero, o estudo apresentou que aproximadamente 77% das PSR recenseadas são homens cisgênero, 19% são mulheres cisgênero, 2% representam as PSR que não se identificam com seu sexo de nascimento (Homem Trans, Mulher Trans/Travesti, Não-binárie) e 2% não

CONSULTA PÚBLICA

possuem resposta para esta variável. Para maiores informações sobre aspectos relacionados ao gênero da PSR mapeada.

O recenseamento da População em Situação de Rua (PSR) nas ilhas de Salvador (Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos) que identificou um total de 64 pessoas, das quais 78% (50) forneceram dados por autodeclaração e 22% (14) foram registradas via observação. O perfil demográfico reflete as desigualdades estruturais da região, com uma composição racial majoritariamente negra, sendo 61% (39) pretos e 33% (21) pardos, enquanto brancos (2) e indígenas (2) somam, cada um, apenas 3% do total. Quanto à faixa etária, 72% (46) da população é predominantemente adulta, mas apresenta dados preocupantes de vulnerabilidade geracional, com 12% (8) de idosos e 9% (6) de crianças, e, 6% (4) não possuem registro. No que tange ao gênero, há uma prevalência acentuada de homens cisgênero, que representam 77% (49) do grupo, frente a 23% (15) de mulheres cisgênero.

As condições de saúde da PSR são marcadas pelo uso abusivo de substâncias (38%), problemas dentários (37%) e adoecimento mental (17%), embora 17% relatem não possuir agravos. No âmbito educacional, os índices de alfabetização básica são altos: 94% assinam o nome e 85% sabem ler.

Contudo, a escolaridade formal é baixa: 70% não concluíram o ciclo educacional, apenas 15,1% finalizaram o ensino médio e parcos 2,1% ingressaram no ensino superior. Atualmente, 7% frequentam a escola e 3,7% nunca a frequentaram. Como ponto positivo, 39% dos entrevistados já realizaram cursos profissionalizantes.

A análise da população em situação de rua em Salvador revela um grupo majoritariamente composto por homens negros e cisgêneros, submetidos a múltiplas vulnerabilidades. A alta prevalência de saúde mental comprometida, uso abusivo de substâncias e problemas odontológicos evidencia a profunda intersecção entre exclusão social e agravos à saúde. Diante dessa complexidade, é urgente que as políticas públicas adotem os Determinantes Sociais da Saúde como eixo central, promovendo ações intersetoriais pautadas no cuidado em liberdade, na equidade e na dignidade humana.

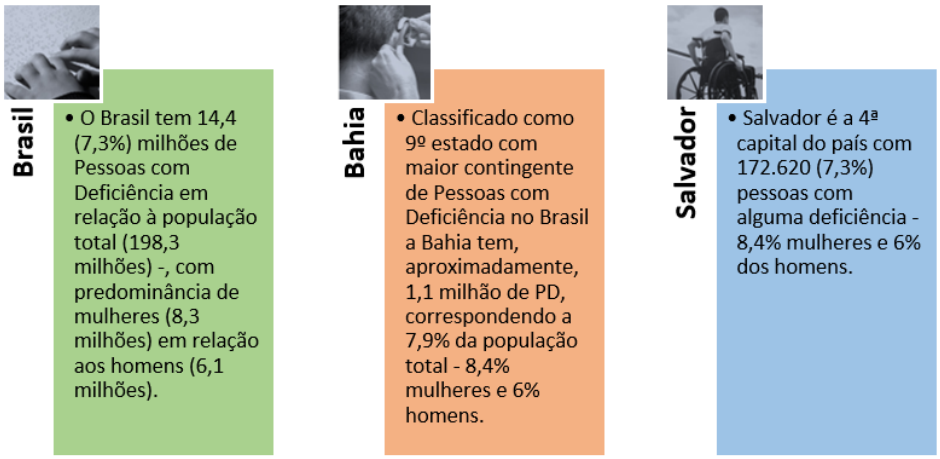
CONSULTA PÚBLICA

5.5.6 Saúde da Pessoa com Deficiência

As Pessoas com Deficiência[24] possuem direitos iguais a todos os cidadãos, mas ainda enfrentam exclusão social, o que exige políticas de proteção específicas para garantir sua cidadania (BRASIL, 2015b). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), atualizada pela Portaria GM/MS nº 1.526/2023, visa ampliar o acesso ao cuidado integral no SUS e promover a autonomia e a inclusão social, articulando-se com ações intersetoriais.

Conforme a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015b) e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2009c), a PcD é aquela com impedimentos de longo prazo que, ao interagir com barreiras, tem sua participação social obstruída. O Estado deve assegurar a esse público o direito à saúde, abrangendo desde intervenções precoces até a atenção à saúde sexual e reprodutiva. Com a mesma proporção de Pessoas com Deficiência em relação aos dados do Brasil, Salvador tem 172.620 pessoas com alguma deficiência, sendo 8,4 mulheres e 6% homens, e está classificada como 4ª maior capital do país (Figura 02).

Figura 02- Pessoas com Deficiência. Brasil, Bahia e Salvador, 2022.



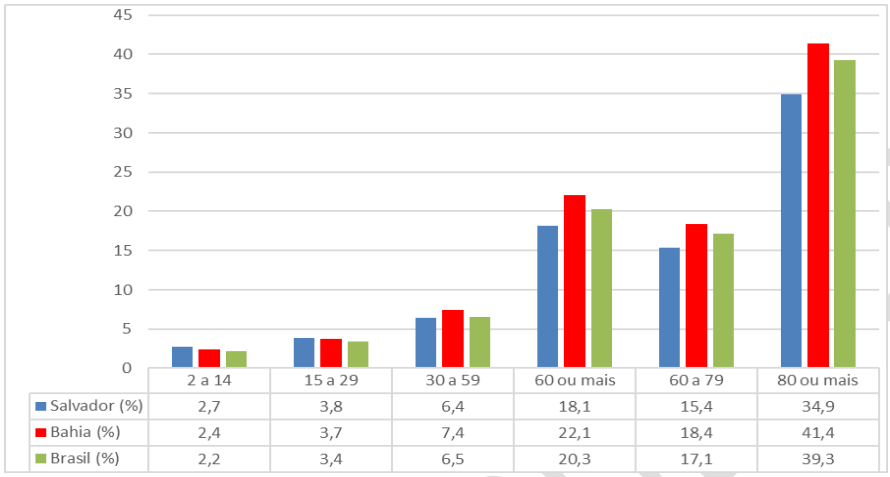
Fonte: IBGE, 2022

A prevalência de deficiência na população demonstra associação com a idade. Em Salvador, 2,7% da população de 2 a 14 anos possui algum tipo de deficiência, na faixa etária de 30 a 59

[24] A Lei Federal nº 13.146, de 06 de julho de 2015, instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), sendo definido pessoa com deficiência aquela que "tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas" (BRASIL, 2015b). Conforme estabelece no Artigo 25 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2009c), os Estados Partes devem reconhecer que que essas têm direito à saúde, o que engloba, entre outros aspectos, o acesso a serviços específicos em razão da deficiência, como diagnóstico e intervenção precoces, incluindo também a atenção à saúde sexual e reprodutiva.

anos, o percentual atinge 6,4%, e 18,1% entre indivíduos com 60 anos ou mais. Entre as pessoas com 80 anos ou mais, a prevalência alcança 34,9% em Salvador, 41,4% na Bahia e 39,3% no Brasil (Gráfico 81).

Gráfico 81 - Proporção de pessoas com deficiência, por grupos de idade, Salvador, Bahia e Brasil, 2022.

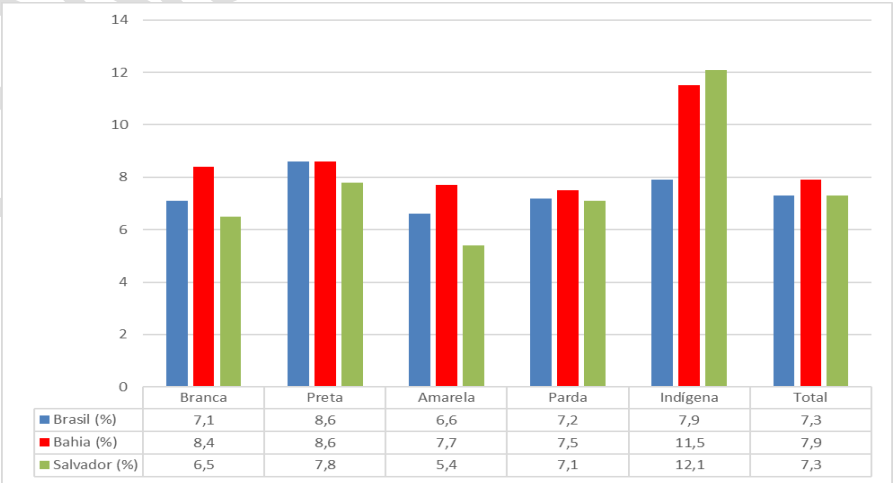


	2 a 14	15 a 29	30 a 59	60 ou mais	60 a 79	80 ou mais
Salvador (%)	2,7	3,8	6,4	18,1	15,4	34,9
Bahia (%)	2,4	3,7	7,4	22,1	18,4	41,4
Brasil (%)	2,2	3,4	6,5	20,3	17,1	39,3

Fonte: IBGE, 2022.

Os determinantes sociais impactam diretamente a prevalência de deficiências, evidenciando desigualdades raciais e territoriais. Na Bahia, pessoas pretas (8,6%) e pardas (7,5%) apresentam índices elevados, mas a maior vulnerabilidade concentra-se na população indígena, com 11,5% no estado e 12,1% em Salvador (Censo 2022). Esses dados reforçam a urgência de políticas públicas que considerem as interseccionalidades entre deficiência, raça e território para promover a equidade no acesso à saúde e a inclusão social (Gráfico 82).

Gráfico 82 - Percentual de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência por cor ou raça, Salvador, Bahia e Brasil, 2022.



	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
Brasil (%)	7,1	8,6	6,6	7,2	7,9	7,3
Bahia (%)	8,4	8,6	7,7	7,5	11,5	7,9
Salvador (%)	6,5	7,8	5,4	7,1	12,1	7,3

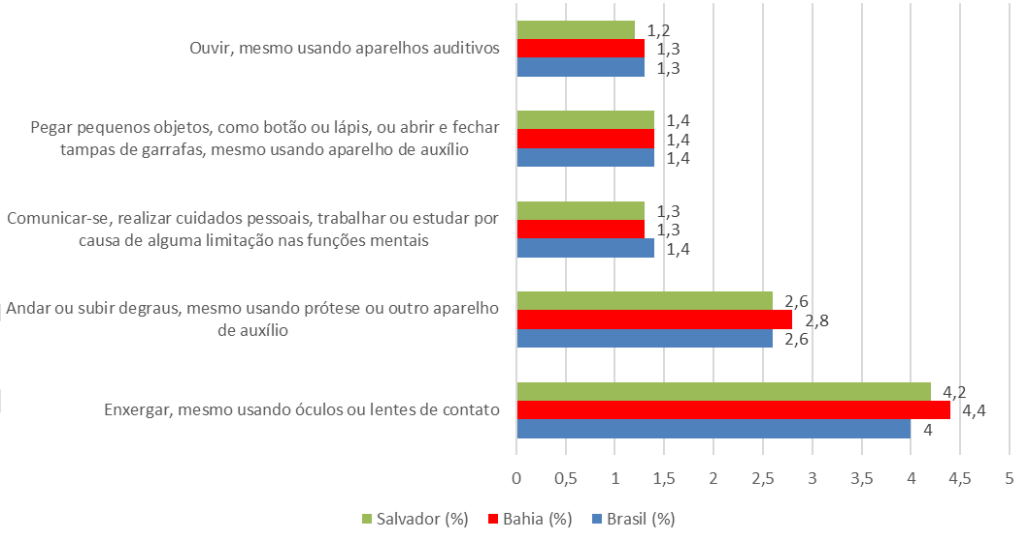
Fonte: IBGE, 2022.

CONSULTA PÚBLICA

A condição de deficiência também apresenta correlação com indicadores de baixa escolaridade. Segundo dados do Censo (2022), no Brasil, pessoas de 15 anos ou mais com deficiência, 2,9 milhões eram analfabetas, o que representa uma taxa de analfabetismo de 21,3%. Este percentual é quatro vezes superior à taxa observada em pessoas sem deficiência (5,2%). Essa disparidade é ainda mais acentuada nos estados da Região Nordeste, onde a Bahia, por exemplo, registra uma taxa de analfabetismo de 31,2% entre pessoas com deficiência, em contraste com 9,75% na população sem deficiência. Em Salvador, a taxa de analfabetismo para pessoas com deficiência atinge 12,78%, enquanto para pessoas sem deficiência, esse índice é de 2,48%.

A limitação funcional mais prevalente em Salvador, na Bahia e no Brasil é a visual (dificuldade de enxergar). Em Salvador, a segunda maior ocorrência é a deficiência física (dificuldade de andar ou subir degraus), atingindo 2,6% da população mesmo com o uso de próteses e meios auxiliares de locomoção. Além disso, a capital registra 1,3% de pessoas com limitação mental/intelectual (dificuldades em comunicação, trabalho, estudo ou autocuidado) e 1,2% com deficiência auditiva caracterizada pela impossibilidade de ouvir mesmo com o uso do aparelho auditivo (Gráfico 83).

Gráfico 83 - Percentual de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência, por tipo de dificuldade funcional, Salvador, Bahia e Brasil, 2022.



Fonte: IBGE, 2022.

A prevalência da deficiência, especialmente entre pessoas idosas, mulheres e populações racializadas, denuncia um quadro de desigualdades estruturais que afetam o acesso à educação, saúde e inclusão produtiva. As altas taxas de analfabetismo, a baixa escolaridade e o acesso desigual aos serviços públicos reforçam a necessidade de fortalecer políticas intersetoriais, com foco na eliminação de barreiras físicas, atitudinais e sociais.

Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Pessoa com Transtorno do Espectro Autista[25] deve ser considerada como Pessoa com Deficiência para todos os efeitos legais, conforme a Lei nº 12.764 (BRASIL, 2012a) que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Estimativas apontam que a prevalência do TEA atinge cerca de 1% a 2% da população mundial. Segundo dados do Censo (2022), Salvador tem 28.915 pessoas com diagnóstico do TEA, o que equivale a 1,2% da população total, mesma prevalência observada para dados do Brasil (Figura 03).

Figura 03 - Pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Brasil, Bahia e Salvador, 2022.

Brasil	O Brasil tem 2,4 milhões de pessoas com diagnóstico de TEA, correspondendo a 1,2% da população; a prevalência é maior entre homens (1,5%) em relação as mulheres (0,9%). Entre os grupos etários, o de maior prevalência é de 5 a 9 anos (2,6%).
Bahia	Na Bahia, pessoas com diagnóstico de TEA correspondem a 1,0% da população, sendo a prevalência maior entre homens (1,3%) do que entre mulheres (0,8%).
Salvador	A prevalência do TEA em Salvador segue a tendência nacional, com 1,2% da população residente com diagnóstico, e maior entre homens (1,5%) do que entre mulheres (0,9%).

Fonte: IBGE, 2022

[25] Considera-se pessoa com TEA aquela que apresenta uma síndrome clínica caracterizada por deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por: comprometimento da comunicação verbal e não verbal utilizada para interação social; ausência de reciprocidade social; dificuldade em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, evidenciados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por respostas sensoriais incomuns; aderência excessiva a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; e interesses restritos e fixos (BRASIL, 2012a).

CONSULTA PUBLICA

Fibromialgia

O município de Salvador, por meio da Lei Nº 9708/2023, passou a considerar a pessoa que convive com fibromialgia como detentora dos direitos assegurados às Pessoas com Deficiência, no âmbito das políticas e legislações municipais.

Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011), a fibromialgia é uma síndrome caracterizada pela presença constante de dor crônica e difusa, associada a outros sintomas, sem a identificação de lesão ou processo inflamatório evidente. No Brasil, estima-se que cerca de 3% da população seja afetada pela fibromialgia, sendo a condição mais prevalente entre as mulheres.

Embora não existam estatísticas precisas sobre o número de pessoas com fibromialgia em Salvador, a SMS/SSA tem implementado medidas para ampliar a identificação desse público, como a emissão da Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia (CIPFIBRO). Desde o lançamento do programa, em fevereiro de 2024, até setembro de 2025, foram deferidas 4.279 (81,7%) solicitações. A maior parte dos solicitantes da CIPFIBRO está concentrada na faixa de 45 a 54 anos (40,1%), mulheres cisgênero (73%) e de raça/cor autodeclarada como parda (51,2%).

6. ATENÇÃO À SAÚDE

A Atenção à Saúde é um conjunto de intervenções integradas que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde. Segundo Mendes (2011), esse conjunto de intervenções devem ser organizada por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A RAS são arranjos organizativos de ações e serviços com densidade tecnológica diversa que busca garantir a integralidade do cuidado.

A organização dessa assistência é estruturada em níveis de complexidade, permitindo a distribuição eficiente de recursos e tecnologias. A Atenção Primária, conforme a Declaração de Alma-Ata (1978), constitui o "primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde", focando na prevenção e resolutividade de agravos comuns.

Já os níveis de Atenção Secundária e Terciária englobam serviços especializados e hospitalares de maior densidade tecnológica. Como define Starfield (2002), enquanto a atenção primária é a base ordenadora, os níveis subsequentes devem atuar como suporte para casos que

CONSULTA PUBLICA

exigem "procedimentos mais complexos, diagnósticos especializados e intervenções terapêuticas intensivas", garantindo assim o fluxo da linha de cuidado.

A rede de serviços de Saúde de Salvador organiza-se conforme o modelo de atenção à saúde supracitado, contemplando unidades básicas de saúde, unidades ambulatoriais especializadas, centros de apoio psicossocial, centros de saúde mental, residências terapêuticas, centros de saúde bucal, unidades de pronto atendimentos, hospitais e os serviços domiciliares. Os sistemas de regulação, logístico e de informação integram e articulam os pontos de atenção da rede de serviços de saúde.

Territorialização e Georreferenciamento

A territorialização no SUS é um processo dinâmico e social de reconhecimento das condições de vida e saúde em um "território-processo", onde se manifestam desigualdades e se constroem possibilidades de cuidado, sendo essencial para a efetivação dos princípios da equidade e integralidade do SUS (MONKEN & BARCELLOS, 2005). O georreferenciamento, via Sistemas de Informação Geográfica (SIG), qualifica esse processo ao mapear e analisar espacialmente agravos, barreiras de acesso e áreas de vulnerabilidades, transformando dados em evidências para o planejamento estratégico e a alocação eficiente de recursos (CARVALHO & SOUZA-SANTOS, 2011).

A perspectiva da territorialização encontra sua máxima expressão na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). A própria lógica de funcionamento da ESF se baseia na definição de um território de responsabilidade sanitária, com uma população adscrita sob o cuidado de uma equipe multiprofissional. É nesse espaço delimitado que se estabelece o vínculo, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, permitindo que a equipe conheça profundamente as famílias, suas dinâmicas e seus contextos. Nesse contexto, o ACS atua como elo entre o serviço de saúde e o território, mapeando necessidades e articulando ações de promoção, prevenção e cuidado (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

O georreferenciamento da SMS de Salvador evidencia a capilarização da rede em áreas populosas e com maior vulnerabilidade, como os Distritos Sanitários (DS) do Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria, Cajazeiras e Cabula/Beiru, que possuem robusta concentração de unidades USF e/ou UBS. Em contrapartida, os DS de Itapagipe e Liberdade apresentam unidades mais espaçadas, sinalizando vazios assistenciais e potencial para expansão. Já em Pau da Lima, Itapuã e Boca do Rio, a alta concentração de serviços exige

CONSULTA PÚBLICA

monitoramento constante da relação entre unidades e população adscrita para evitar a sobrecarga das equipes, garantir a qualidade do cuidado, a sustentabilidade da cobertura e a integralidade do cuidado.

A rede de atenção em Salvador apresenta concentração de serviços especializados (rede secundária e terciária) em distritos centrais, como Centro Histórico e Barra/Rio Vermelho, o que pode gerar barreiras de acesso para populações mais distantes. Esse cenário demanda estratégias de descentralização e fortalecimento da coordenação do cuidado para garantir maior equidade no sistema de saúde.

Destarte, a articulação entre o conceito sociopolítico de territorialização e a ferramenta técnica do georreferenciamento fortalece a capacidade da APS de atuar como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado no SUS. Essa integração permite superar uma abordagem puramente assistencialista e centrada na doença, avançando para um modelo de atenção proativo, vigilante e focado nos determinantes sociais da saúde. Portanto, a territorialização georreferenciada é um meio para a consolidação de um sistema de saúde público, universal e resolutivo, alinhado às reais necessidades da população (MONKEN & BARCELLOS, 2005; CARVALHO & SOUZA-SANTOS, 2011).

A análise da territorialização evidencia que Salvador avançou na ampliação da APS em áreas de maior vulnerabilidade, porém ainda enfrenta desafios de equilíbrio e equidade territorial. Distritos como Itapagipe e Liberdade apresentam potencial para expansão da APS, enquanto Pau da Lima, Itapuã e Boca do Rio demandam monitoramento contínuo para evitar a sobrecarga das equipes. Além disso, observa-se a concentração dos serviços especializados na região central do município, o que reforça a necessidade de estratégias para ampliar a integralidade do acesso à população de áreas mais distantes.

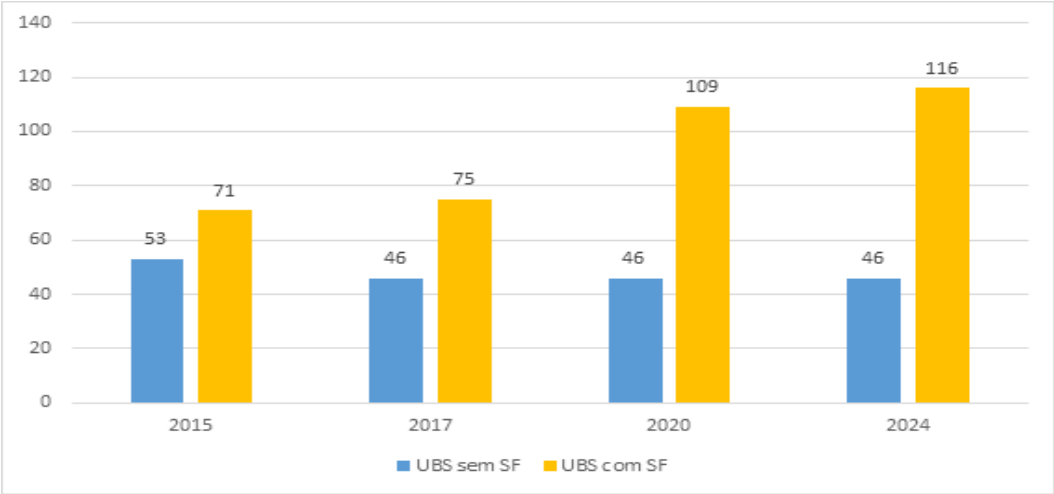
7. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como primeiro nível de acesso ao SUS, caracterizando-se como a principal porta de entrada ao sistema de saúde e contato preferencial dos usuários com este. O papel assumido pela APS permite que este nível de atenção possa reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde e, assim, contribuir para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, fortalecendo o planejamento ascendente (BRASIL, 2017).

CONSULTA PUBLICA

A rede de APS de Salvador, entre 2015 e 2024, apresentou notada expansão, ampliando de 124 para 162 o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dessas, 46 não contam com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e abrigam 115 equipes de Atenção Primária (eAP) (Gráfico 84). As demais 116 unidades atuam com Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 389 equipes de Saúde da Família (eSF) e 5 equipes de Consultório na Rua (eCR) implantadas. Adicionalmente, o município dispõe de 16 Equipes Multiprofissionais (eMulti) na APS formadas por psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social e educador físico, que prestam apoio a 101 equipes distribuídas em 33 Unidades da APS do município. Com isso, as eMulti oferecem suporte a 25,96% das equipes de Saúde da Família do município.

Gráfico 84 - Total de Unidades Básicas de Saúde com e sem Saúde da Família, Salvador-BA, 2015, 2017, 2020 e 2024.



Fonte: DAPS/SMS, 2025.

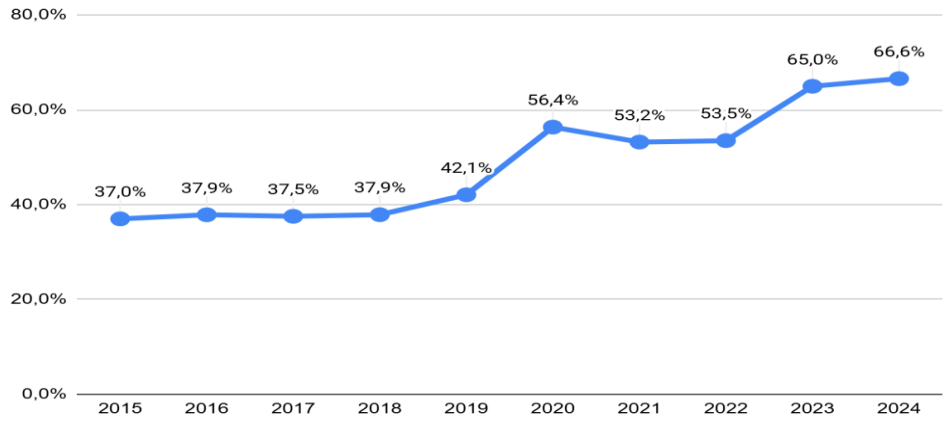
7.1 Cobertura da Atenção Primária à Saúde

A cobertura da APS é um indicador essencial para avaliar o acesso e a equidade nos sistemas de saúde, representando a proporção da população de uma área geográfica cadastrada e acompanhada pelas eSF e/ou de eAP, pelas Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (eACS). Uma cobertura robusta fortalece o vínculo entre comunidade e profissionais, favorecendo a identificação precoce de problemas, a promoção de ações preventivas e o manejo de condições crônicas (STARFIELD, 1998; BRASIL, 2017a). No Brasil, esse indicador tem sido mensurado historicamente a partir do número de equipes e da população de cada localidade, sendo a sua ampliação uma das principais metas do SUS.

No que se refere ao município de Salvador, a cobertura da APS apresentou crescimento. O índice, que era de 37% em 2015, alcançou um patamar potencial de 66,6% em 2024. Apesar do

avanço municipal, a capital ainda se encontra abaixo da cobertura potencial de outros municípios e do próprio estado, como Fortaleza (77,58%), Recife (95,55%), Belo Horizonte (90,05%) e Bahia (115,26%). É importante ressaltar que a metodologia de cálculo da cobertura pelo Ministério da Saúde, que utiliza dados populacionais do IBGE, passa por revisões periódicas que podem ocasionar variações nos resultados (Gráfico 85).

Gráfico 85 - Evolução do percentual de cobertura da Atenção Primária à Saúde, Salvador-BA, 2015-2024.



Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em: 04/09/25.

Nos últimos anos, Salvador expandiu significativamente a Estratégia Saúde da Família (ESF) com a implantação de 160 novas equipes, saltando de 230 em 2015 para 389 Esf. Esse crescimento foi viabilizado pela abertura de novas unidades, contratação de profissionais e adesão a programas federais como Mais Médicos e Médicos pelo Brasil. O fortalecimento da rede também contou com o suporte acadêmico e assistencial das residências em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família.

Quadro 11 - Número de Equipes de Saúde da Família e Evolução do Percentual de Cobertura da ESF. Salvador-BA, 2015-2024.

	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**[26]	**2022**	**2023**	**2024**
Nª de eSF	230	230	247	276	311	359	363	375	377	389
Cobertura da ESF	27,2%	28,0%	27,7%	27,8%	31,9%	40,2%	43,8%	45,3%	45,5%	56,3%

Fonte: SMS/ SISAB/MS. Acesso em: 04/09/25.

[26] A cobertura da eSF apresentada foi calculada considerando as Notas Técnicas metodológicas do Ministério da Saúde vigentes em cada ano. Contudo, visto que, a partir do ano de 2021, o Ministério da Saúde não atualizou a metodologia específica para o cálculo de cobertura da eSF (somente para a cobertura da APS geral), os dados dos anos de 2021, 2022, 2023 e 2024 foram estimados. Foi realizado um cálculo adaptado da metodologia anterior, utilizando como base a população estimada por eSF pelo número habitantes, conforme proposto pela metodologia referencial de 2025.

Analisando os dados por Distritos Sanitários (DS), verifica-se que até 2024 os maiores níveis de cobertura da ESF concentram-se nos distritos do Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria e Cajazeiras. A partir de 2018, entretanto, observa-se crescimento progressivo da cobertura nos anos subsequentes, com destaque para os Distritos de Pau da Lima, São Caetano/Valéria, Cabula-Beiru e Itapuã, evidenciando um movimento de expansão mais equilibrado entre os diferentes territórios da cidade.

Quadro 12 - Cobertura da Estratégia de Saúde da Família por Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2015-2024.

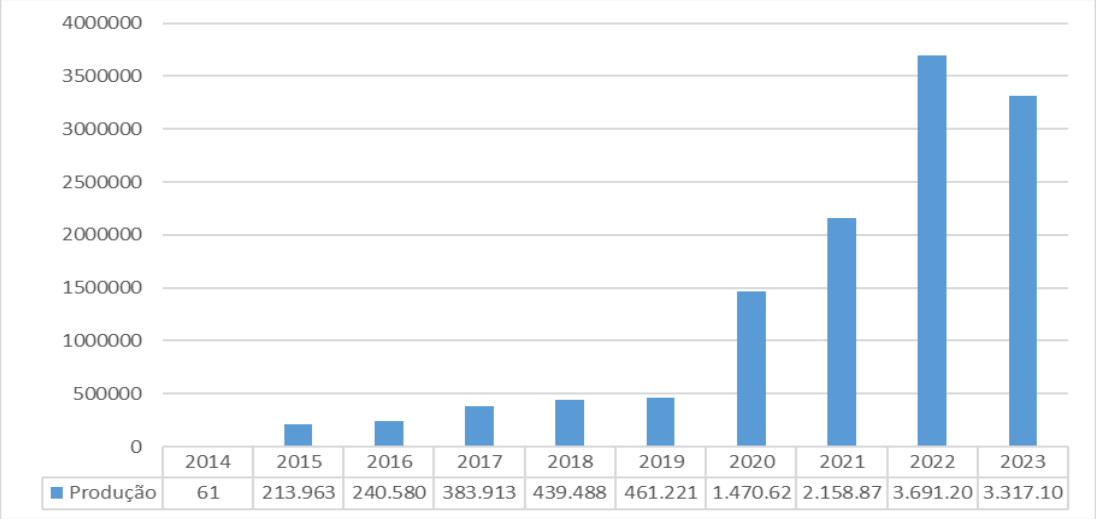
	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Centro Histórico	17,59	17,59	17,59	18	18	18	18	18	18	20,2
Itapagipe	9,73	9,73	9,73	13,9	15,9	15,9	13,9	13,9	15,9	27,9
São Caetano/Valéria	39,28	39,28	39,28	57,7	66,5	72,8	70,2	70,2	70,2	86,1
Liberdade	10,57	10,57	10,57	10,8	10,8	21,6	21,6	21,6	21,6	31,7
Brotas	10,2	20,4	22,1	20,7	20,6	20,7	20,6	20,6	20,6	33,4
Barra/Rio Vermelho	14,92	21,4	24,4	22	22	25,8	21,9	21,9	21,9	24,8
Boca do Rio	15,01	15,01	15,01	25,6	25,6	35,8	35,8	35,8	38,3	45,4
Itapuã	34,91	34,91	34,91	34,9	50,4	63,3	61,9	63,2	63,2	77,2
Cabula Beiru	24,57	24,57	24,57	25,1	28,5	45,2	38,5	45,2	45,2	55,8
Pau da Lima	20,23	20,23	20,23	28,07	34	56,1	50,2	54,6	54,6	67,7
Subúrbio Ferroviário	64,4	64,4	64,4	65,2	72,2	76,2	73,2	73,2	73,2	90
Cajazeiras	51,67	51,67	51,67	52,8	52,8	67,04	67	67	67	83,1
Salvador	**27,2**	**28**	**27,7**	**27,8**	**31,9**	**40,2**	**43,8**	**45,3**	**45,5**	**56,3**

Fonte: DAPS/ SMS/ SAS/DAB/ MS. Acesso em: 04/09/25.

Embora as eAP e as eSF compartilhem a missão de oferecer cuidado integral e coordenado, elas possuem focos distintos. As eAP atuam com equipes multiprofissionais em contextos urbanos complexos, focando em ações clínicas, preventivas ou de promoção. Já as eSF, modelo prioritário da APS no Brasil, fundamentam-se na adscrição territorial e no vínculo longitudinal, podendo incorporar Equipe de Saúde Bucal (eSB) e receber apoio matricial das equipes Multiprofissionais (e-Multi) (BRASIL, 2017).

A produção da Atenção Primária em Salvador é dinâmica e orientada por diversas áreas temáticas, indo além de volumes assistenciais fixos. Os dados refletem diferentes modelos de cuidado. Enquanto a eSF (Equipe de Saúde da Família) foca na cobertura e no forte vínculo territorial, as eAP (Equipes de Atenção Primária) operam com arranjos mais flexíveis e menor territorialização.

Gráfico 86 - Número absoluto de atendimentos individuais e procedimentos na APS realizados por integrantes das eSF e eAP, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em outubro/2025.

Observa-se crescimento expressivo da produção ao longo do período, que passou de 61 atendimentos em 2014 para mais de 1,4 milhão após 2020, intensificando-se entre 2020 e 2022, quando os registros se aproximaram de 3,7 milhões. Em 2023 houve leve queda, mantendo-se, contudo, em patamar elevado. Esse aumento relaciona-se à expansão da cobertura da APS, à informatização da rede e à qualificação dos registros, refletindo o fortalecimento da atenção primária em Salvador.

Tabela 19- Média de atendimentos individuais de enfermagem na APS por população coberta, por ano, nas cidades de Salvador, Belo Horizonte, Recife e Fortaleza, 2014-2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Cobertura da APS (%)										
Salvador	35,6	37	37,86	37,54	37,88	42,08	56,36	53,2	53,5	65,00
Belo Horizonte	100	100	100	99,42	98,67	100	100	83,44	82,33	90,17
Recife	59,88	60,26	63,56	64,86	66,1	64,02	66,28	71,92	59,47	72,41
Fortaleza	54,13	63,5	64,84	60,08	51,09	61,45	69,22	60,13	62,69	70,87
Número de atendimentos individuais de enfermagem										
Salvador	72	48.633	73.673	125.586	143.199	225.848	224.684	265.201	362.144	375.924

CONSULTA

Belo Horizonte	0	104.222	1.531.995	1.261.460	1.458.861	1.657.022	1.351.904	1.591.316	2.183.582	1.972.393
Recife	13.187	34.567	156.040	237.151	303.431	370.104	219.056	237.651	308.791	383.077
Fortaleza	22.956	196.338	754.616	702.391	649.356	1.211.413	1.282.590	1.493.339	2.505.114	2.849.414
Média de atendimentos individuais de enfermeiros, por população coberta pela APS										
Salvador	0,0	0,05	0,07	0,11	0,13	0,19	0,14	0,17	0,23	0,24
Belo Horizonte	0,0	0,04	0,61	0,5	0,59	0,66	0,54	0,76	1,05	0,94
Recife	0,01	0,04	0,15	0,22	0,28	0,35	0,2	0,2	0,31	0,36
Fortaleza	0,02	0,12	0,45	0,45	0,48	0,75	0,69	0,92	1,48	1,66

Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em: agosto/2025

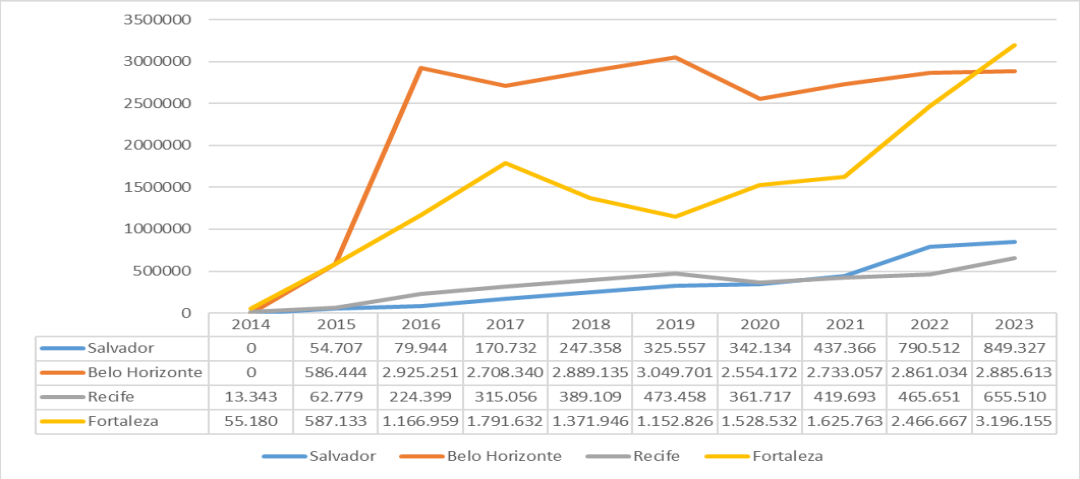
A análise comparativa entre as capitais revela que a expansão da cobertura da APS não garante, por si só, um maior volume de consultas de enfermagem. Enquanto Belo Horizonte manteve estabilidade com quase 100% de cobertura, Salvador e Recife registram cenários onde a alta cobertura coexiste com baixas médias de atendimentos individuais. Já Fortaleza demonstra que é possível alcançar altos índices de produtividade mesmo sem cobertura universal, evidenciando que a eficiência assistencial depende mais de modelos organizacionais do que apenas da extensão da rede.

Em Salvador, apesar do crescimento da cobertura da APS de 37% em 2015 para 65% em 2023, a média de atendimentos individuais de enfermagem evoluiu timidamente, de 0,05 para 0,23, indicando acesso ainda restrito. Recife também expandiu sua cobertura (60,2% para 72,5%), mas a média de atendimentos oscilou significativamente, fechando em 0,36 em 2023. Já Fortaleza destacou-se pela alta resolutividade visto que mesmo com cobertura variando entre 63,5% e 70,7%, atingiu a maior utilização da série, com 1,66 atendimentos por pessoa em 2023, demonstrando que a população coberta utiliza intensamente os serviços de enfermagem.

No que se refere aos atendimentos individuais realizados por médicos na APS entre 2014 e 2023, houve crescimento de pouco mais de 54 mil para cerca de 849 mil, totalizando 3,29 milhões no período. Esse aumento está associado principalmente à ampliação da cobertura da APS, à expansão da Estratégia Saúde da Família, à abertura de novas unidades e à contratação de profissionais, com destaque para o crescimento mais acentuado a partir de 2021 com 437 mil, impulsionado também pela retomada da demanda após a pandemia.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 87 - Número de atendimentos individuais realizados por médicos na APS, nas cidades de Salvador, Belo Horizonte, Recife e Fortaleza, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Salvador	0	54.707	79.944	170.732	247.358	325.557	342.134	437.366	790.512	849.327
Belo Horizonte	0	586.444	2.925.251	2.708.340	2.889.135	3.049.701	2.554.172	2.733.057	2.861.034	2.885.613
Recife	13.343	62.779	224.399	315.056	389.109	473.458	361.717	419.693	465.651	655.510
Fortaleza	55.180	587.133	1.166.959	1.791.632	1.371.946	1.152.826	1.528.532	1.625.763	2.466.667	3.196.155

Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso agosto de 2025.

A análise comparativa entre os municípios evidencia discrepâncias na produção de atendimentos médicos individuais. No período analisado, Salvador registrou 3.297.637 consultas, número aproximadamente sete vezes inferior ao de Belo Horizonte (23.192.747), apesar de ambos apresentarem porte populacional semelhante. Tal diferença pode estar associada à maior cobertura da APS em Belo Horizonte (100% em 2014 e 90,1% em 2023) quando comparada à de Salvador (35.6% em 2014 e 65,0% em 2023), o que amplia o potencial de oferta e acesso da população aos serviços médicos básicos.

Quanto à média anual de atendimentos individuais realizados por médicos considerando a população coberta pela APS, a tabela 20 apresenta os dados de Salvador e as demais as capitais de interesse.

Tabela 20- Média de atendimentos individuais de médicos na APS por população coberta, por ano nas cidades de Salvador, Belo Horizonte, Recife e Fortaleza, 2014-2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Cobertura da APS (%)										
Salvador	35,6	37	37,86	37,54	37,88	42,08	56,36	53,2	53,5	65,00
Belo Horizonte	100	100	100	99,42	98,67	100	100	83,44	82,33	90,17
Recife	59,88	60,26	63,56	64,86	66,1	64,02	66,28	71,92	59,47	72,41
Fortaleza	54,13	63,5	64,84	60,08	51,09	61,45	69,22	60,13	62,69	70,87
Número de atendimentos médicos individuais										
Salvador	0	54.707	79.944	170.732	247.358	325.557	342.134	437.366	790.512	849.327
Belo Horizonte	0	586.444	2.925.251	2.708.340	2.889.135	3.049.701	2.554.172	2.733.057	2.861.034	2.885.613

CONSULTA PUBLICA

Recife	13.343	62.779	224.399	315.056	389.109	473.458	361.717	419.693	465.651	655.510
Fortaleza	55.180	587.133	1.166.959	1.791.632	1.371.946	1.152.826	1.528.532	1.625.763	2.466.667	3.196.155
Média de atendimentos individuais de médicos, por população coberta pela APS										
Salvador	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,5	0,5
Belo Horizonte	0,0	0,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1	1,3	1,4	1,4
Recife	0,01	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,3	0,4	0,5	0,6
Fortaleza	0,05	0,4	0,7	1,1	1	0,7	0,8	1	1,5	1,9

Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em: agosto/2025

A análise dos dados destas capitais revela que o impacto da cobertura da APS na média de consultas médicas por população coberta não é linear nem automático. Observa-se que, ao longo dos anos, Salvador, Belo Horizonte, Recife e Fortaleza tiveram trajetórias bem diferentes tanto na expansão da cobertura APS quanto na evolução da média de consultas anuais por pessoa atendida.

Em Belo Horizonte, a cobertura da APS manteve-se próxima de 100% ao longo do período, com leve queda em 2021 e 2022 e posterior recuperação para patamares próximos de 90%. Essa estabilidade se reflete em médias elevadas e constantes de consultas médicas por população coberta, variando entre 1,1 e 1,4 a partir de 2016, indicando acesso consolidado aos serviços. A média de consultas avançou lentamente, de 0,0 em 2014 para 0,5 em 2023, evidenciando que a ampliação da cobertura não se traduz imediatamente em maior utilização dos serviços.

Em Recife, mesmo com aumento expressivo da cobertura em 2023, alcançando 72,41%, a média de consultas por pessoa coberta permaneceu baixa (0,6), semelhante à observada em Salvador, o que reforça que a expansão da cobertura, isoladamente, não garante maior acesso efetivo, implicando que outros fatores também influenciam de modo decisivo. Fortaleza, por sua vez, apresentou desempenho distinto visto que apesar de cobertura intermediária (entre 54% e 71%), manteve médias de consultas superiores às de Salvador e Recife desde 2017, com pico de 1,9 em 2023, sugerindo maior utilização dos serviços pela população coberta. A comparação entre as cidades evidencia que a ampliação da cobertura da APS, isoladamente, não assegura maiores médias de consultas médicas.

7.1.1 Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde

A Estratégia Saúde da Família se destaca por possuir aspectos que favorecem o uso efetivo dos serviços, como a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses, atuam como elo entre a comunidade e as Unidades de Saúde, contribuindo para a identificação das

CONSULTA PUBLICA

necessidades locais, a promoção da saúde e a realização de visitas domiciliares (KLUTHCOVSKY & TAKAYANAGUI, 2006).

A cobertura de ACS no município demonstrou crescimento no período analisado, passando de 27,83% em 2015 para 31,66% em 2024. A taxa de ampliação observada ao longo de uma década revela um ritmo lento na consolidação desta estratégia. Essa cobertura ainda está significativamente distante do patamar de investimento em eACS de outras capitais de porte similar, como Fortaleza (47,02%), Belo Horizonte (57,76%) e Recife (83,45%).

Tabela 21- Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde entre as capitais Salvador, Belo Horizonte, Recife e Fortaleza, 2015-2024.

	Salvador	Belo Horizonte	Recife	Fortaleza
2015	27,83	52,77	70,17	52,02
2016	25,63	51,12	71,15	50,22
2017	24,78	51,4	68,69	48,08
2018	24,23	57,32	67,22	47,27
2019	25,9	57,14	65,65	45,68
2020	24,96	56,03	59,92	43,53
2021	27,83	53,82	62,25	42,55
2022	27,34	51,76	68,61	42,54
2023	32,8	56,57	76,46	46,81
2024	31,66	57,76	83,45	47,02

Fonte: E-gestor. Acesso em 25/09/2025.

A progressão na cobertura de ACS, embora modesta no período analisado, indica um potencial de ampliação que merece ser explorado para fortalecer o vínculo territorial e otimizar a gestão do cuidado na APS. Investir na expansão da eACS é uma medida estratégica fundamental para que a rede de atenção atinja sua máxima capilaridade, potencializando a identificação precoce e o acompanhamento das famílias e dos agravos de forma mais equânime, aproximando Salvador das experiências mais robustas e consolidadas no cenário nacional.

A expansão estratégica da cobertura de ACS é fundamental para aumentar a capilaridade e o vínculo territorial da APS em Salvador. A Visita Domiciliar (VD) é a principal ferramenta desse profissional para identificação de riscos e busca ativa, aproximando o município de experiências nacionais consolidadas. A análise da produção dessas visitas e seus desfechos

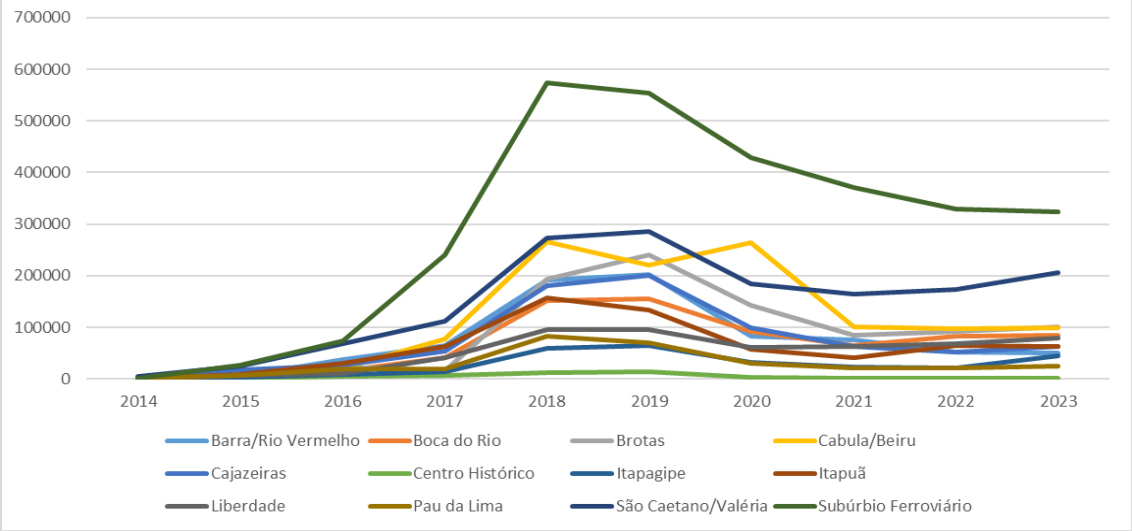
CONSULTA PUBLICA

(realizada, ausente ou recusada) funciona como um indicador essencial da qualidade do acesso e do nível de contato entre as equipes e a população.

Entre 2014 e 2023, foram registradas no SISAB um total de 10.482.026 visitas domiciliares por ACS no município de Salvador, com uma média de 1.048.202 visitas por ano. Desse total, 8.299.763 visitas foram registradas como "realizadas" (79,18%), 2.168.750 como "ausentes" (20,69%) e 13.513 como "recusadas" (0,13%).

A produção de visitas por Distritos Sanitários mostrou que os maiores quantitativos de visitas realizadas encontram nos Distritos Sanitários Subúrbio Ferroviário (2.921.675 visitas, média:292.167/ano), São Caetano/Valéria (1.496.388 visitas, média:149.638/ano) e cabula /Beiru (1.166.613, média: 116.661/ano).

Gráfico 88 - Produção de visitas domiciliares de ACS por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em 22/07/2025.

A produção dos Agentes Comunitários de Saúde em Salvador registrou um volume significativo de mais de 10 milhões de Visitas Domiciliares entre 2014 e 2023, com a maior concentração de ações nos Distritos Sanitários de maior cobertura da ESF, como o Subúrbio Ferroviário e São Caetano/Valéria. Quanto aos desfechos das visitas domiciliares identifica-se que Salvador apresenta alta proporção de visitas ausentes e baixa taxa de visitas. Esses resultados indicam a necessidade de aprimorar estratégias de agendamento e busca ativa, utilizando os dados como ferramenta de gestão para qualificar a atuação do ACS e fortalecer o acompanhamento longitudinal da população.

7.1.2 Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde

O apoio multiprofissional na APS de Salvador, iniciado em 2008 com o NASF, enfrentou desafios de sustentabilidade após mudanças na PNAB (2017) e no Previne Brasil (2020). Contudo, o modelo foi fortalecido em 2023 com a criação das Equipes Multiprofissionais (eMulti) pela Portaria GM/MS nº 635/2023. Esta nova normativa retomou o cofinanciamento federal, incluiu especialidades como cardiologia e endocrinologia e passou a utilizar o atendimento remoto para otimizar o cuidado na atenção primária. Salvador conta com 16 equipes eMulti, todas originadas das estruturas NASF pré-existentes e em processo de adequação para o novo formato. Essas equipes estão distribuídas em sete dos doze DS do município: Barra/Rio Vermelho, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapuã, Pau da Lima, São Caetano/Valéria e Subúrbio, oferecendo cobertura a 32 USF, prestando apoio técnico a 101 eSFs, o que representa uma cobertura multiprofissional de 25,96% das equipes de Saúde da Família no município.

Predomina no município a equipe eMulti do tipo Complementar, vinculada em média a cinco a nove eSFs, com carga horária mínima de 200 horas semanais, além de uma equipe do tipo Estratégica na Ilha de Maré, com 100 horas. As equipes são formadas principalmente por assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Em outras composições há a inserção adicional de sanitaristas, médicos (ginecologista e pediatra) e farmacêutico, com possibilidade de ampliação da atuação clínica por meio da inclusão de outras especialidades.

A análise da série histórica de atendimentos individuais realizados pelas equipes NASF/eMulti em Salvador demonstra a relevância do apoio multiprofissional. Em 2023 as categorias de Nutrição (1.757,) Fisioterapia (1551) e Psicologia (1436) se destacaram registrando os maiores volumes de atendimentos.

Tabela 22 - Número de Atendimento Individual por categoria profissional das Equipes NASF/eMulti, Salvador-BA, 2014-2023.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Assistente Social	107	320	449	372	622	468	930	758	916
Fisioterapeuta	514	301	683	793	658	536	1254	625	1551
Terapeuta ocupacional	84	236	336	523	512	246	296	362	537
Nutricionista	414	824	811	837	607	563	900	975	1757
Educador física	18	16	104	79	254	129	159	208	154

CONSULTA PÚBLICA

Psicólogo	318	1037	1065	1164	988	450	1161	983	1436

Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em 09/08/2025

A série histórica de atendimentos individuais em Salvador passou por um reajuste em 2019 devido à implementação do modelo Previne Brasil, que alterou o financiamento e a sustentabilidade das ações. Esse cenário foi agravado em 2020 pelas restrições da pandemia de COVID-19. No entanto, a partir de 2021, houve uma recuperação sólida com a retomada presencial e a melhoria dos registros, culminando, em 2023, nos maiores patamares de atendimento registrados em diversas áreas.

Ademais, as equipes NASF/eMulti têm buscado consolidar o suporte matricial por meio de ações coletivas, com destaque para atividades de coordenação e articulação interna, como reuniões de equipe, reforçando seu papel de retaguarda técnica para qualificação da eSF. No entanto, o volume dessas ações sofreu instabilidade, com uma queda acentuada entre 2020 e 2022 devido à pandemia. Esse cenário afetou especialmente os atendimentos em grupo e as atividades de Educação em Saúde, evidenciando a necessidade de maior resiliência para garantir a continuidade dessas práticas em contextos de crise (Tabela 23).

Os dados de 2023 indicam uma retomada, com a recuperação tanto do Atendimento em Grupo (para 541 atividades) quanto da Educação em Saúde (para 397 atividades), sinalizando a reorganização e o foco renovado nas ações de promoção da saúde. A melhoria nesses eixos auxiliará que o suporte matricial se traduza em maior impacto social e na coordenação efetiva da rede de atenção.

Tabela 23 - Número de ações coletivas, por tipo de atividade, realizadas pelas Equipes NASF/eMulti, Salvador-BA, 2015-2023.

	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Atendimento em grupo	309	492	580	587	399	103	118	147	541
Avaliação/Procedimento coletivo	50	53	91	50	35	7	55	78	51
Educação em saúde	241	449	763	540	624	179	275	200	397
Mobilização Social	0	10	18	15	23	15	4	1	2
Reunião com Outras Equipes	386	853	889	841	793	362	455	296	436
Reunião de Equipe	416	1.105	1.036	787	635	489	374	262	334

CONSULTA PUBLICA

Reunião intersetorial/ Conselho local / controle	132	281	339	226	227	67	122	97	150
Total	**1534**	**3243**	**3716**	**3046**	**2736**	**1222**	**1403**	**1081**	**1911**

Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em outubro 2025

A experiência do apoio multiprofissional em Salvador demonstra resiliência, com recuperação da produção a partir de 2021 e recordes de atendimentos em 2023. A transição para o modelo eMulti (Portaria GM/MS nº 635/2023) trouxe sustentabilidade, mas a cobertura ainda é um desafio, alcançando apenas 25,96% das equipes. Para expandir esse cuidado integral, o município aposta nas novas tipologias de eMulti e no uso estratégico da telessaúde para ampliar a atuação técnica em mais territórios.

7.1.3 Consultório na Rua

A Estratégia Consultório na Rua, instituída pela PNAB em 2011, tem como objetivo ampliar o acesso da População em Situação de Rua aos serviços de saúde, por meio de atenção integral, itinerante e articulada com as Unidades Básicas de Saúde. Executada por Equipes de Consultório na Rua (eCR), de caráter multiprofissional, a estratégia é um componente essencial da APS e da Rede de Atenção Psicossocial, contribuindo para a promoção da equidade no cuidado (BRASIL, 2011a; VARGAS & MACERATA, 2018).

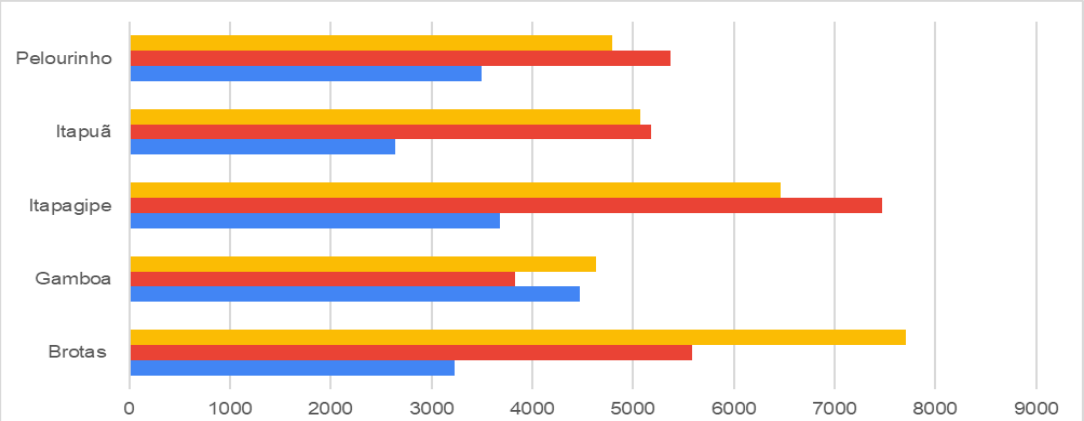
Em Salvador, os Consultórios na Rua estão distribuídos em territórios com maior concentração de Pessoas em Situação de Rua (PSR), totalizando cinco equipes localizadas nos distritos sanitários Itapagipe, Centro Histórico, Brotas, Itapuã e Liberdade. As eCR atuam com carga horária mínima de 30 horas semanais e horários flexíveis (diurno e/ou noturno), adaptados às demandas da população.

Em 2021, Salvador estruturou suas equipes para fortalecer a assistência à população em situação de rua diante da pandemia. A análise das cinco equipes de Consultório na Rua (eCR) mostra um crescimento nos atendimentos de nível superior entre 2022 e 2024, consolidando o serviço no pós-pandemia.

Entretanto, houve uma redução pontual entre 2023 e 2024, identificada como um reflexo da rotatividade profissional. Como esse modelo de cuidado depende da confiança e do vínculo de longo prazo, a gestão foca agora no aprimoramento gerencial, incluindo o fortalecimento da supervisão técnica e a melhoria das condições de trabalho para garantir a estabilidade das equipes.

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 89 - Número de atendimentos individuais realizados pelas Equipes de Consultório na Rua (eCR), Salvador-BA, 2022–2024.

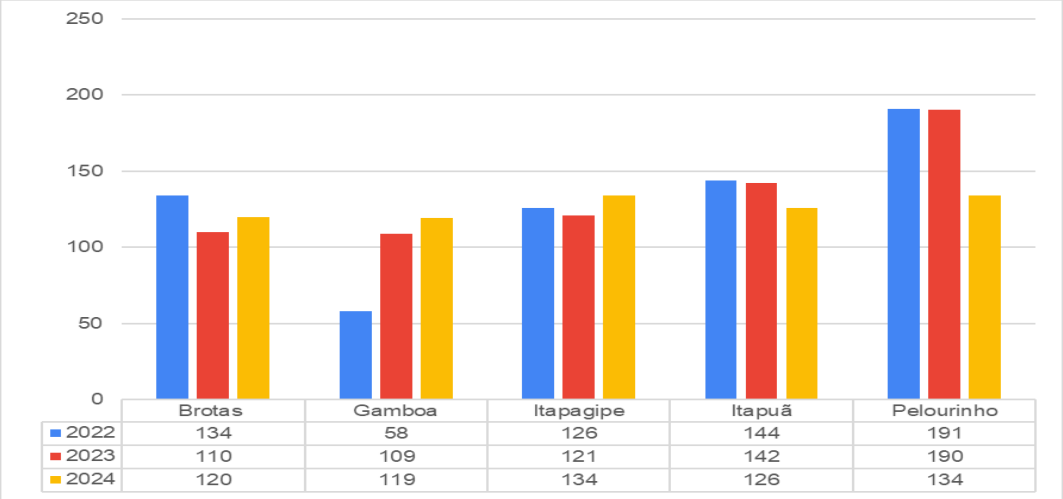


	Brotas	Gamboa	Itapagipe	Itapuã	Pelourinho
2024	7713	4630	6468	5071	4798
2023	5582	3833	7477	5177	5375
2022	3230	4473	3685	2641	3500

Fonte: DAPS/SMS, 2025.

Os cadastros realizados pelas equipes de Consultório na Rua (eCR) apresentam estabilidade, indicando que a maioria da população em situação de rua nos territórios de atuação já foi identificada. Esse patamar de saturação reflete a priorização da qualidade do cuidado e do vínculo longitudinal em vez da expansão quantitativa, visto que as demandas desse grupo são complexas. Assim, novos cadastros não são a prioridade atual, pois um aumento expressivo poderia comprometer o acompanhamento assistencial dos usuários já vinculados às equipes.

Gráfico 90 - Número de cadastros individuais de usuários ativos realizados pelas Equipes de Consultório na Rua (eCR), Salvador-BA, 2022–2024.



	Brotas	Gamboa	Itapagipe	Itapuã	Pelourinho
2022	134	58	126	144	191
2023	110	109	121	142	190
2024	120	119	134	126	134

Fonte: DAPS/SMS, 2025.

A produção das eCR em Salvador consolida a estratégia como uma porta de entrada qualificada para a população em situação de rua, com crescimento de atendimentos entre 2022 e 2024 e o surgimento de novas demandas de saúde.

Contudo, a estabilidade nos cadastros indica que o serviço atingiu um patamar onde o desafio central é a estabilidade gerencial. O foco agora volta-se para o aprimoramento dos registros e a redução da rotatividade profissional, visando preservar a longitudinalidade do cuidado e garantir que os vínculos estabelecidos não sejam rompidos, sustentando a equidade no acesso à saúde.

7.1.4 Programa Mais Médicos e Médicos pelo Brasil

Para garantir a oferta e fixação de médicos na APS, Salvador aderiu a programas federais de provimento, iniciando com o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) em 2013. Em 2022, a rede incorporou o Programa que incluiu bolsistas e tutores. A alocação desses profissionais prioriza as USF em áreas de alta vulnerabilidade social e difícil permanência profissional. Inicialmente, a lotação focou nos Distritos Sanitários do Subúrbio Ferroviário e São Caetano/Valéria, sendo posteriormente expandida para territórios vulneráveis em todos os demais distritos do município.

Até dezembro de 2023, Salvador contava com 169 médicos atuando via programas federais, suprindo aproximadamente 44% das equipes de Saúde da Família do município. Após o encerramento da Cooperação Internacional em 2016, o perfil dos profissionais mudou drasticamente visto que em dezembro de 2024, 96% dos médicos em atividade por esses vínculos eram formados em faculdades de medicina brasileiras.

A análise da série histórica (2014-2023) revela um crescimento de 44,4% no provimento médico federal em Salvador, saltando de 117 para 169 profissionais em uma década. Essa expansão foca na equidade, priorizando os distritos mais populosos e vulneráveis. Em 2023, a maior concentração de médicos está no Subúrbio Ferroviário (24%), seguido por São Caetano/Valéria (20%) e Cabula/Beiru (14%), territórios que juntos somam a maioria das alocações estratégicas.

CONSULTA PÚBLICA

Tabela 24- Distribuição absoluta e proporcional de profissionais médicos do Programa Mais Médicos e Médicos pelo Brasil na APS, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2014-2023.

DS	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro Histórico	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Itapagipe	6	5	6	5	2	2	1	1	4	4	3	3	6	5	2	2	0	0	5	3
São Caetano/Valéria	21	18	22	18	20	17	22	18	22	21	17	20	26	21	22	23	16	16	34	20
Liberdade	2	2	3	2	3	3	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	7	7	12	7
Brotas	1	1	3	2	3	3	2	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Barra/Rio Vermelho	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	1	4	4	5	3
Boca do Rio	11	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	4	2
Itapuã	1	1	10	8	11	10	9	7	8	8	5	6	12	10	10	10	13	13	19	11
Cabula/Beiru	15	13	15	12	11	10	14	11	11	10	11	13	14	11	12	12	12	12	24	14
Pau da Lima	5	4	9	7	10	9	14	11	11	10	11	13	8	7	7	7	7	7	9	5
Subúrbio Ferroviário	40	34	42	33	42	36	45	36	36	34	26	30	39	32	29	30	27	27	40	24
Cajazeiras	13	11	17	13	14	12	17	14	15	14	13	15	14	11	12	12	9	9	15	9
Total	**117**		**128**		**116**		**125**		**107**		**87**		**124**		**97**		**100**		**169**	

Fonte: DAPS/SMS, 2025.

A gestão dos programas Mais Médicos e Médicos pelo Brasil posiciona Salvador estrategicamente no provimento da APS. A série histórica (2014-2023) aponta um crescimento robusto e contínuo no número de profissionais, essencial para expandir a cobertura e fortalecer as equipes. Ao priorizar áreas de difícil fixação e alta vulnerabilidade sociodemográfica, a alocação desses médicos reforça o compromisso do município com a equidade no acesso à saúde.

CONSULTA PUBLICA

7.1.5 Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE)[27] uma política pública intersetorial que integra as áreas da Saúde e da Educação, visa o desenvolvimento de estratégias para a prevenção, promoção e o cuidado em saúde no contexto escolar, reconhecendo a unidade de ensino como espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas integradas e contínuas de atenção à saúde.

Salvador, no período de 2014 a 2023, atingiu 19.966 ações de temas para a saúde, com melhor desempenho observado em 2023, com 5.208 ações. Quando comparado com as demais capitais de interesse, a capital do estado da Bahia se destaca, registrando, comparativamente, o maior número absoluto de ações em relação a Belo Horizonte (12.740), Fortaleza (8.821) e Recife (7.710), o que reflete o fortalecimento da articulação entre as secretarias municipais de Saúde e Educação e uma maior adesão ao programa por parte das unidades escolares (Tabela 25).

Tabela 25 – Número de atividades sobre temas para saúde realizadas no Programa Saúde na Escola, nos municípios de Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza e Recife, 2014-2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Salvador	118	886	403	1810	1978	5068	103	1491	2901	5208
Belo Horizonte	0	2	779	3343	2231	3679	527	175	565	1439
Fortaleza	79	457	1466	1568	1930	1644	92	59	742	784
Recife	182	300	437	676	1318	2525	84	365	646	1177

Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em: 06/08/2025.

Na análise das atividades práticas em saúde (que envolvem procedimentos como avaliação antropométrica, saúde bucal e ocular), Salvador registrou um total de 17.289 ações no período, o que equivale a 6,26% das ações realizadas em todo o estado da Bahia. O município demonstrou um crescimento constante até o pico pré-pandemia de 3.639 ações em 2019. A queda abrupta em 2020 (86 ações) foi seguida por uma expressiva retomada, consolidando o maior número da série histórica municipal em 2023 com 4.117 ações. Esse desempenho reflete o esforço municipal em ampliar a cobertura das ações de saúde nas escolas e intensificar o cuidado com crianças e adolescentes.

[27] O processo de trabalho do PSE no município de Salvador está condicionado a adesão ao programa a cada dois anos, quando os gestores da saúde e educação se comprometem, a partir da assinatura de um Termo de Compromisso, a realizar ações estratégicas sobre os seguintes temas: saúde ambiental, promoção da atividade física, alimentação saudável e prevenção da obesidade, promoção da cultura de paz e direitos humanos, prevenção das violências e dos acidentes, prevenção de doenças negligenciadas, verificação da situação vacinal, saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST, prevenção ao uso de álcool, tabaco, e outras drogas, saúde bucal, saúde auditiva, saúde ocular, prevenção à Covid-19, saúde mental e doença falciforme

CONSULTA PÚBLICA

Tabela 26– Número de atividades práticas em saúde realizadas no Programa Saúde na Escola, no estado da Bahia e nos municípios de Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza e Recife, no período de 2014 a 2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Salvador	205	894	371	1700	1914	3639	86	1283	3080	4117
Belo Horizonte	0	7	8640	3799	11284	9040	1250	365	5458	5743
Fortaleza	296	441	1502	490	94	149	6	6	311	912
Recife	256	365	503	602	1048	2353	49	136	327	789

Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em: 06/08/2025.

O desempenho de Salvador contrasta com o de Belo Horizonte, que, embora tenha acumulado um total superior (45.586 atividades) devido a picos em 2018 (11.284) e 2019 (9.040), apresentou uma retomada mais lenta após a queda de 2020. Fortaleza e Recife, por sua vez, apresentaram números totais de participação significativamente menores no período analisado.

O Programa Saúde na Escola em Salvador se consolidou como uma iniciativa estratégica, posicionando o município como referência em número absoluto de ações de temas para Saúde entre as capitais analisadas no período. O crescimento progressivo e a resiliência demonstrada, com a rápida recuperação da produção após o impacto da pandemia, refletem o compromisso intersetorial da gestão.

7.1.6 Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF)[28] é uma política social de transferência condicionada de renda com enfoque intersetorial. No escopo da agenda saúde para esse programa estão o acompanhamento do pré-natal para gestantes, a atualização do calendário vacinal e o monitoramento do estado nutricional das crianças. As famílias beneficiárias do programa com mulheres entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos devem ser acompanhadas em alguma UBS, com garantia de acesso aos serviços básicos, para promoção da inclusão social e do desenvolvimento e, consequentemente, o cumprimento das condicionalidades propostas pelo programa (BRASIL, 2023d)

[28] O Programa Bolsa Família (PBF) é uma iniciativa de transferência de renda do governo federal, destinada a famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, que visa combater a pobreza e promover o acesso a direitos básicos, como educação, saúde e assistência social. O recebimento do benefício pelas famílias está condicionado ao cumprimento das condicionalidades nas áreas de saúde e educação, o que inclui manter atualizadas as vacinas das crianças, realizar consultas de pré-natal e garantir a frequência escolar (BRASIL, 2023d).

CONSULTA PUBLICA

A análise comparativa entre capitais revela que Belo Horizonte mantém a maior regularidade e valores elevados no acompanhamento do PBF, com índices estáveis entre 90,29% e 92,25%. Já Fortaleza, Recife e Salvador apresentam maior oscilação. Salvador registra a maior variação, com valores entre 51,11% e 66,29%, refletindo desafios como barreiras sociais, falhas de registro e o impacto da pandemia. Apesar disso, a capital baiana demonstra uma recuperação expressiva, saltando de 18,76% (2021) para 66,29% (2023), resultado de ações eficazes de busca ativa, campanhas educativas e maior mobilização da população.

Tabela 27- Proporção de cobertura das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família, segundo ciclo de vigência. Belo Horizonte, Fortaleza, Recife e Salvador, 2019-2023.

	2019.1	2019.2	2020.1	2020.2	2021.1	2021.2	2022.1	2022.2	2023.1	2023.2
Belo Horizonte	90,29	91,71	89,98	88,91	90,18	89,58	89,23	91,85	90,74	92,25
Fortaleza	68,2	70,82	52,05	47,32	42,78	65,47	68,64	78,24	74,66	76,6
Recife	45,03	49,58	40,13	41,45	39,99	44,81	49,14	53,9	55,97	58,01
Salvador	51,11	67,15	36,61	21,77	18,76	41,92	49,5	67,43	61,64	66,29

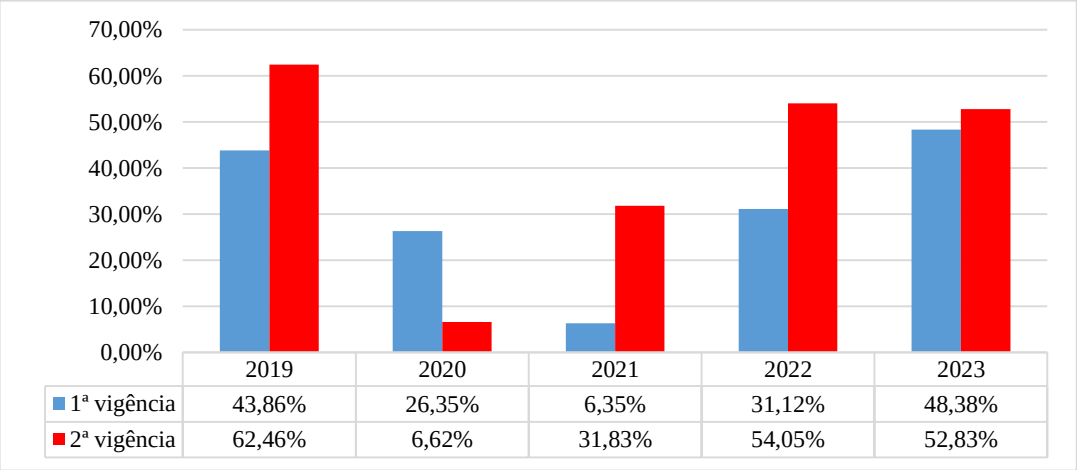
Fonte: Sistema PBF/SAPS/MS. Acesso em 12/09/2025.

Quanto ao acompanhamento de crianças menores de sete anos, um impacto drástico durante a pandemia, com a cobertura despencando para 6,62% em 2020 e 6,35% no início de 2021. Essa queda deveu-se à suspensão do acompanhamento das condicionalidades e ao foco da APS no combate à COVID-19.

A partir do segundo semestre de 2021, iniciou-se uma recuperação gradual, elevando o índice de 31,83% para 52,83% ao final de 2023. Esse avanço reflete o esforço das equipes de saúde em retomar a agenda do programa e ampliar o acesso das famílias vulneráveis aos serviços regulares de monitoramento e cuidado infantil.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 91 - Proporção da cobertura do acompanhamento das condicionalidades da saúde para crianças do Programa Bolsa Família, segundo ciclo de vigência, Salvador-BA, 2019-2023.



Fonte: Sistema PBF/SAPS/MS. Acesso em 12/09/2025.

Já em relação à cobertura de gestantes beneficiárias do PBF, os dados revelam uma trajetória positiva e consistente na qualidade do acompanhamento do pré-natal para esse público. Ao longo dos anos, observa-se um percentual elevado de gestantes com o pré-natal em dia, quase sempre acima de 99%, demonstrando a efetividade das ações desenvolvidas pelas equipes da APS.

Tabela 28- Proporção da cobertura do acompanhamento das condicionalidades da saúde para gestantes do Programa Bolsa Família segundo ciclo por vigência. Salvador-BA, 2019-2023.

	2019.1		2019.2		2020.1		2020.2		2021.1		2021.2		2022.1		2022.2		2023.1		2023.2	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestantes localizadas	2.371	79,6	2.986	100,27	1.493	55,2	1.148	42,5	1.043	34,4	2.163	71,3	5.541	159,5	6.385	184	5.837	292	6.020	301
Gestantes com PN em dia	2.361	99,6	2.976	99,67	1.491	99,9	1.146	99,8	1.042	99,9	2.163	100	5.536	99,9	6.354	99,5	5.837	100	6.016	99,9

Fonte: Sistema PBF/SAPS/MS. Acesso em 21/07/2025.

Por outro lado, o número de gestantes localizadas apresenta oscilações importantes, influenciadas, mais uma vez, pela pandemia da Covid-19. No período anterior à pandemia, essa cobertura variou entre 72,15% e 100,27%, com destaque para a 2ª vigência de 2019, quando ultrapassou os 100% o que pode indicar a inclusão de gestantes não previstas inicialmente ou inconsistências na estimativa populacional utilizada como base.

Durante a fase crítica da pandemia, a cobertura de gestantes identificadas reduziu de forma acentuada, atingindo 34,38% na 1ª fase de 2021. Apesar da baixa cobertura nesse período, a qualidade do acompanhamento manteve-se elevada, com mais de 99,8% das gestantes

CONSULTA PÚBLICA

identificadas com o pré-natal em dia, o que evidencia o compromisso e a capacidade de resposta das equipes, mesmo em um cenário adverso.

A partir da 2ª vigência de 2021, observa-se uma recuperação significativa da cobertura, alcançando 100%. Esse aumento expressivo pode estar relacionado à ampliação do cadastro, ao fortalecimento das ações de busca ativa e à melhoria na identificação das gestantes no território, incluindo aquelas não previstas inicialmente nos sistemas de estimativa.

Salvador demonstrou forte recuperação pós-pandemia no acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF), elevando o índice geral de 18,76% para 66,29%. O destaque deve-se sobretudo a recuperação na localização e acompanhamento pré-natal das gestantes.

Sabe-se que a cobertura da APS exerce influência direta sobre o percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. Quanto maior a cobertura da APS, maiores são as chances de adesão dos beneficiários às ações de saúde exigidas pelo PBF. Assim, entende-se como necessária a implementação de investimentos na APS para o alcance e a qualificação do acompanhamento dos beneficiários do programa.

7.1.7 Telessaúde

A SMS Salvador iniciou a implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes[29] em 2011, concomitante ao repasse de recursos financeiros pelo MS destinados à aquisição de equipamentos, no âmbito do Programa Requalifica UBS (SALVADOR, 2022). Desde 2013, a SESAB, por meio do Núcleo Técnico-Científico de Telessaúde da Bahia (NTC-BA), vem desenvolvendo suporte técnico especializado aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) com serviços como Teleconsultorias, Tele-educação e Segunda Opinião Formativa (SOF), entre outros (BAHIA, 2025).

Na perspectiva de apresentar a plataforma Telessaúde aos profissionais da APS, foram iniciadas, em 2015, as “Oficinas de orientação para o uso do Telessaúde”, estratégia que se mantém ao longo dos anos devido à sua relevância para o cadastramento e atualização dos profissionais da APS, além de contribuir para a qualificação e ampliação do uso das

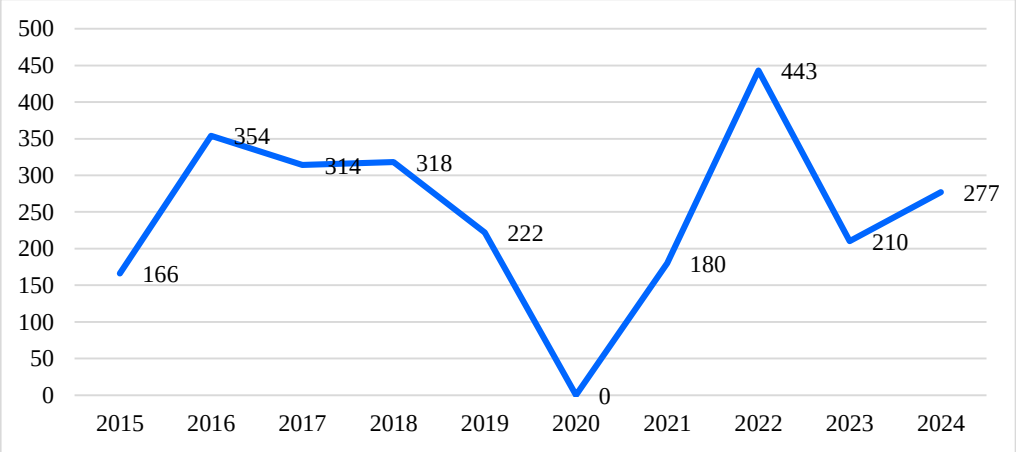
[29] O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes foi criado pela Portaria nº 35, de janeiro de 2007, do Ministério da Saúde, e posteriormente ampliado e redefinido pela Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Estruturado em Núcleos Estaduais, Intermunicipais e Regionais, o Programa oferece serviços de Telessaúde em todo o país, voltados a profissionais e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b). No estado da Bahia, foram aprovadas as resoluções que instituíram a composição do Comitê Estadual de Coordenação do Telessaúde Brasil (Resolução CIB nº 142/2011) e o Projeto Telessaúde Bahia: Qualificando a Atenção Básica com acesso à tecnologia (Resolução CIB nº 143/2011) (BAHIA, 2011).

CONSULTA PUBLICA

teleconsultorias disponíveis na plataforma Telessaúde Bahia. Essas ações contribuíram diretamente para o fortalecimento do uso dos serviços de Telessaúde, a partir de 2016, quando se observou maior integração dessa estratégia à rede de Atenção Primária no município.

No período de 2015 a 2024, foram capacitados 2.553 profissionais da APS, incluindo trabalhadores das equipes de Saúde da Família, eMulti, equipes de Consultório na Rua, gerentes e equipes distritais, com o melhor desempenho observado para o ano de 2022, com 443 (19,4%) participantes (Gráfico 92).

Gráfico 92 - Número de profissionais que participaram das oficinas "Orientação para o uso do Telessaúde", Salvador-BA, 2015–2024.



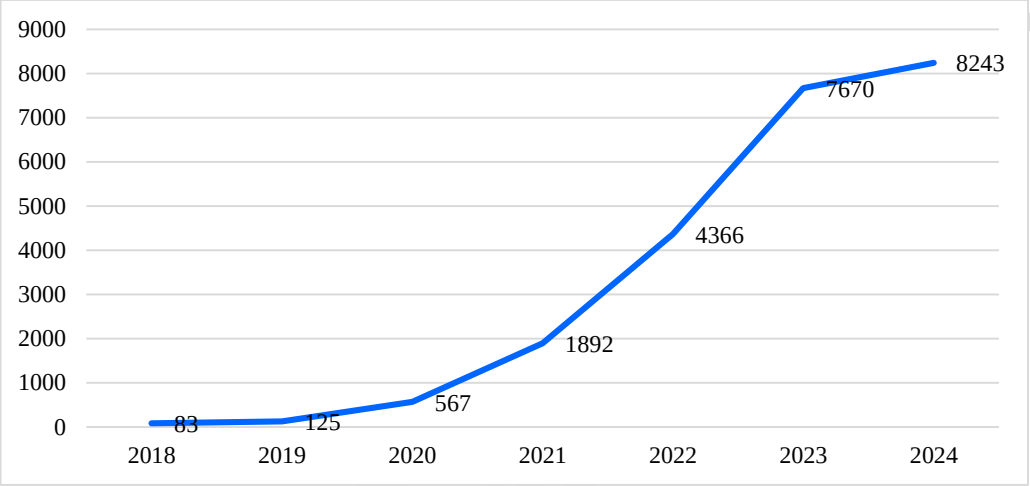
Fonte: DAPS/SMS, 2025

Houve aumento no número de profissionais da APS cadastrados na plataforma do Telessaúde Bahia, no período de 2018 a 2024, com alcance de 3.676 profissionais cadastrados e aptos para realizar a solicitação de teleconsultorias até dezembro de 2024. Esse crescimento está relacionado às iniciativas para reestruturação dos serviços, a exemplo da informatização das UBS/USF que iniciou em 2018, com a disponibilização de computadores para o prontuário eletrônico, contexto que impactou favoravelmente na habilitação de Teleconsultoria em todas as 162 unidades da APS, serviços atualmente caracterizados como Pontos de Telessaúde vinculados ao NTC-BA.

A consolidação do Telessaúde em Salvador foi impulsionada pela expansão de teleconsultorias especializadas na plataforma Telessaúde Bahia. O processo começou em 2020 com o TeleCEDEBA (diabetes e endocrinologia) e cresceu com a inclusão de serviços como TeleCEPRED (2021), TeleCREASI (2022) e, em 2025, o TeleRARAS, TeleCICAN e TeleCEDAP. Recentemente, foi lançado o projeto de TelePsiquiatria, em parceria com a UFBA e o HUPES, para suprir a alta demanda por saúde mental na Atenção Primária.

A partir da análise do Gráfico 93, verifica-se um crescimento exponencial do quantitativo de Teleconsultorias solicitadas pelos profissionais da APS junto à plataforma do Telessaúde Bahia, com 83 teleconsultorias em 2018 e 8.243 em 2024, o que indica a progressiva incorporação desse serviço ao processo de trabalho da APS e a consolidação do uso do Telessaúde Bahia como parte integrante das práticas assistenciais na Rede, sendo as maiores frequências de solicitações para os serviços TeleCepred, TeleCedeba e do TeleCreasi.

Gráfico 93 - Número de teleconsultorias solicitadas por profissionais da APS na plataforma Telessaúde Bahia. Salvador- BA, 2018-2024.



Fonte: NTC-BA. Acesso em setembro de 2025

Quanto à tipificação dos profissionais cadastrados, verifica-se que a categoria médica tem representado a maior proporção de registros, seguida do profissional de enfermagem, inclusive técnicos e auxiliares, e do ACS. O mesmo padrão é observado para as teleconsultorias solicitadas, com maior demanda para profissional de medicina e de enfermagem, mas com protagonismo de outros profissionais da equipe multi, como nutricionistas, fisioterapeutas, cirurgiões-dentistas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

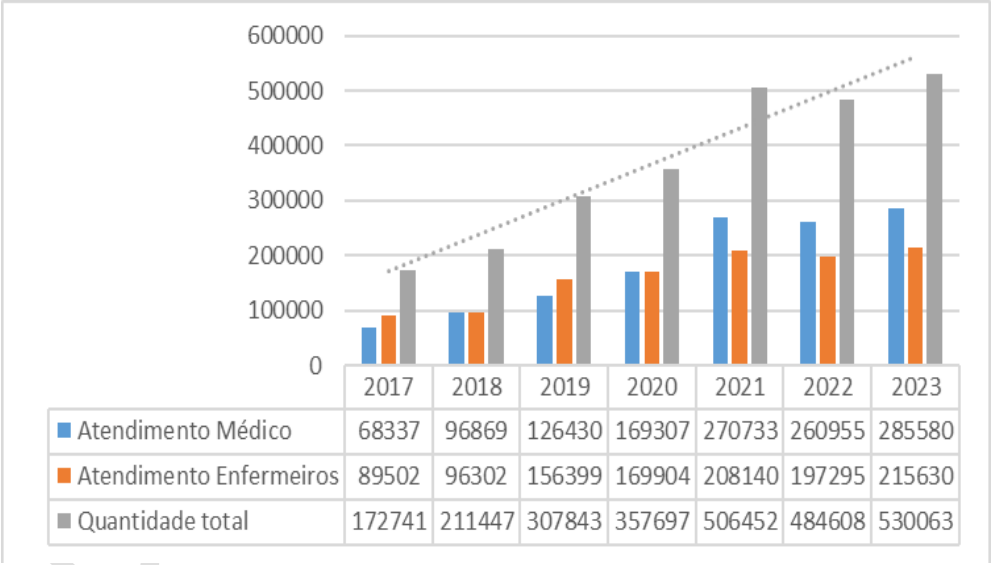
A implementação do Telessaúde em Salvador demonstra a progressiva e bem-sucedida incorporação dessa tecnologia como ferramenta de apoio à decisão clínica e de melhoria da resolutividade na APS, mas, apesar desse avanço, entende-se como necessária a ampliação da base de profissionais cadastrados e o uso qualificado dessa plataforma pelas equipes da APS no cotidiano do trabalho.

7.2. Atenção à Saúde da Mulher

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ampliou e qualificou as ações voltadas à saúde feminina, consolidando o princípio da integralidade do cuidado (SOUTO & MOREIRA, 2021). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), Salvador contava com 2.418.005 habitantes, sendo 54,44% mulheres, percentual superior à média nacional, que era de 51,45%.

Salvador apresenta um crescimento contínuo nos atendimentos individuais às mulheres, acompanhando a expansão da cobertura da APS e ampliando o acesso regular aos serviços. A partir de 2021, as consultas médicas superaram as de enfermagem, embora ambos os profissionais tenham registrado uma queda pontual em 2022 devido a ajustes organizacionais pós-pandemia. Essa tendência foi revertida em 2023, ano em que o crescimento foi retomado, consolidando a recuperação da rede assistencial voltada à saúde da mulher.

Gráfico 94 - Número de atendimentos a mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, Salvador-BA, 2017-2023.

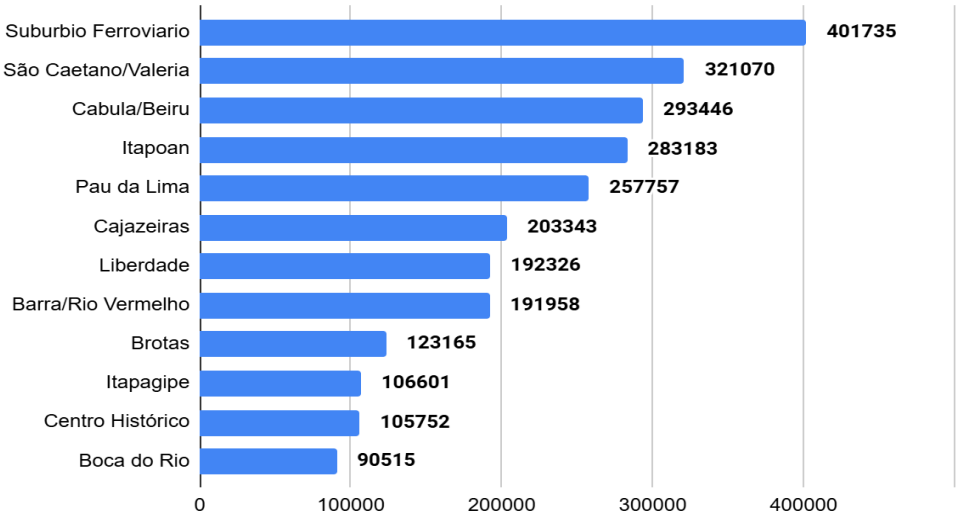


	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Atendimento Médico	68337	96869	126430	169307	270733	260955	285580
Atendimento Enfermeiros	89502	96302	156399	169904	208140	197295	215630
Quantidade total	172741	211447	307843	357697	506452	484608	530063

Fonte: BI/Oracle/Sistema VIDA+. Acesso em: 20/08/2025.

Quando analisado o Gráfico 95, observa-se que os Distritos Sanitários Subúrbio Ferroviário (401.735) e São Caetano Valéria (321.070) possuem o maior número de atendimentos. Isso pode ser explicado pela alta densidade populacional nessas áreas, bem como sua cobertura da APS nesses distritos sanitários.

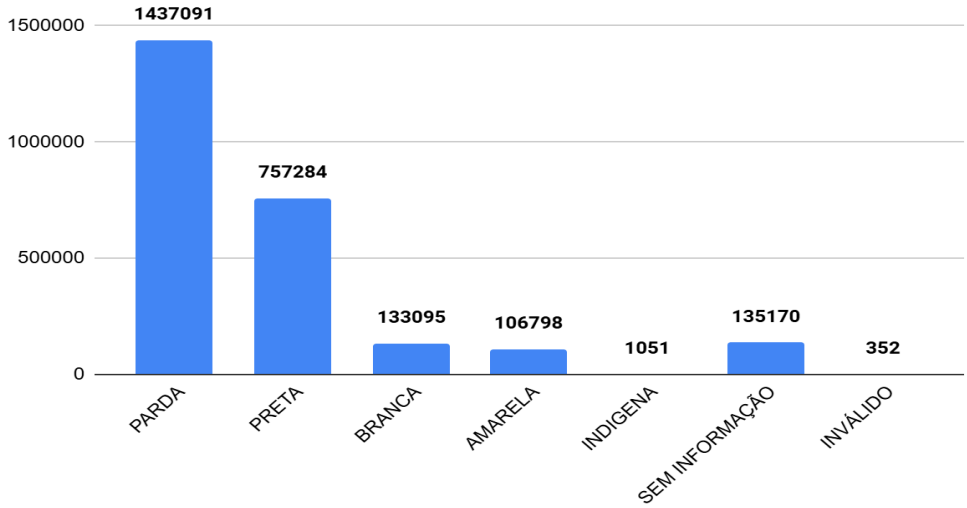
Gráfico 95 - Número de atendimento às mulheres por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2017-2023.



Fonte: BI/Oracle/Sistema VIDA+. Acesso em: 20/08/2025.

A análise por raça/cor revela uma concentração de atendimentos em mulheres que se autodeclaram pardas (1.437.091) e pretas (757.284). Juntas, elas representam a maior parcela dos atendimentos, o que é consistente com a composição demográfica de Salvador (IBGE, 2022). Ademais, a categoria "Sem Informação" (135.170) possui um número relevante, o que sugere uma falha no processo de coleta de dados e compromete a totalidade da análise.

Gráfico 96 - Número de atendimento à mulher na faixa etária de 20 a 59 anos, segundo raça/cor, Salvador-BA, 2017-2023.



Fonte: BI/Oracle/Sistama VIDA+. Acesso em 20/08/2025.

O alto volume de atendimentos a mulheres negras não garante equidade no acesso, visto que esse grupo tem 1,5 vez menos chances de utilizar serviços de saúde do que mulheres brancas (SILVA et al., 2023). A raça/cor atua como um determinante social da saúde (BUSS & FILHO, 2007), pois a população negra enfrenta maior vulnerabilidade social e estresse crônico, o que gera maior carga de doenças (CNDSS, 2008).

A expansão dos atendimentos visa o diagnóstico precoce e o fortalecimento do vínculo na APS (BRASIL, 2017a). Em Salvador, os indicadores prioritários focam na garantia de direitos sexuais e reprodutivos e na prevenção de doenças crônicas, com ênfase no rastreio dos cânceres de mama e colo do útero.

7.2.1 Expansão da oferta de métodos Contraceptivos De Longa Duração

O planejamento reprodutivo em Salvador busca garantir autonomia na escolha de métodos contraceptivos, promovendo direitos sexuais e reprodutivos através de uma oferta diversificada na APS.

O município disponibiliza métodos hormonais, não hormonais e cirúrgicos (preservativos, anticoncepcionais, laqueadura e vasectomia), com destaque para os Contraceptivos Reversíveis de Longa Ação (LARCs).

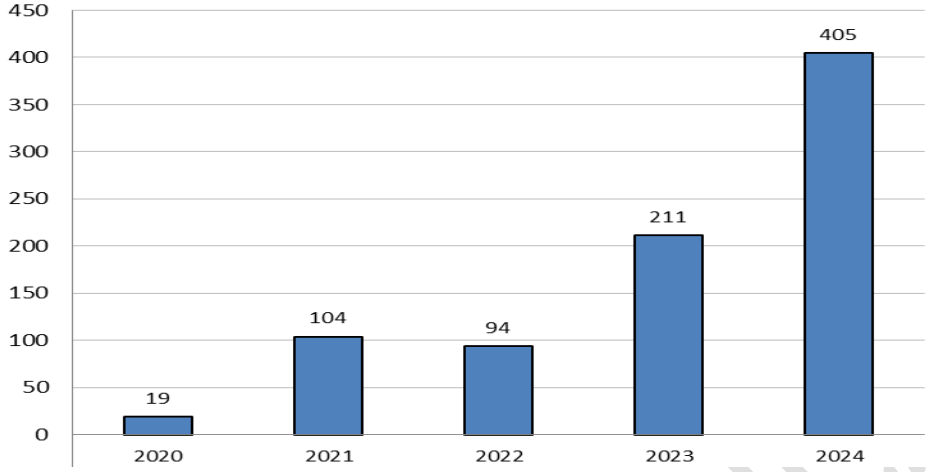
Os LARCs, como o DIU de cobre e o implante subdérmico, possuem eficácia superior a 99% e duração mínima de três anos (CARDOSO et al., 2019). Para ampliar o acesso, a gestão municipal tem investido na aquisição de insumos, na publicação de um manual institucional e na capacitação técnica de profissionais para a inserção desses métodos nas unidades de saúde.

No município há 36 unidades da APS que realizam inserção de DIU de cobre e 21 unidades que realizam inserção de implante subdérmico de etonogestrel. O Gráfico 97 expressa o aumento gradual da oferta do DIU de cobre. Não houve registros de inserção de DIU antes de 2020 no Sistema Vida+.

Em 2020 foram realizadas 19 inserções, com aumento em 2021 e leve redução em 2022, possivelmente em decorrência da pandemia. No período de 2019 a 2024, observa-se tendência de crescimento da oferta de DIU, com destaque para 2024, que apresentou aumento aproximado de 92% em relação a 2023.

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 97 - Número de dispositivo intrauterino de Cobre (DIU de Cobre) inserido na APS, Salvador-BA, 2020-2024.

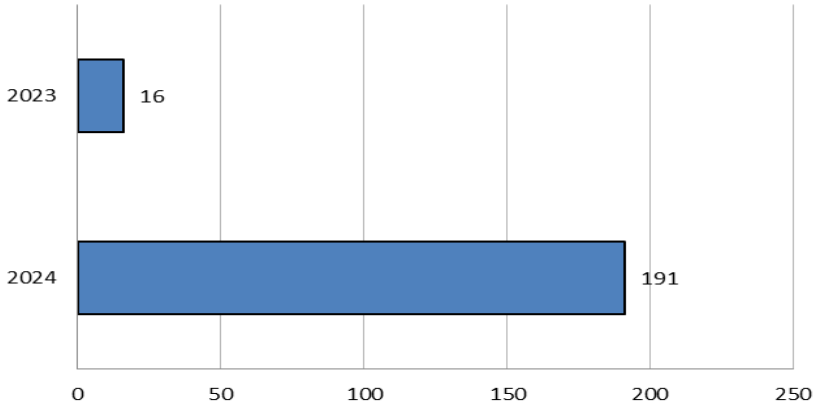


Fonte: BI/Oracle/Sistama VIDA+. Acesso em: 30/08/2025.

O implante subdérmico de etonogestrel, embora incorporado ao SUS em 2025, ainda não é fornecido pelo Ministério da Saúde. Salvador antecipou-se em 2022 com o Projeto Dandara, utilizando recursos próprios para oferecer o método a grupos prioritários, alinhando-se aos protocolos da CONITEC (BRASIL, 2020) para reduzir a morbimortalidade gestacional e o dano social.

O projeto focou em mulheres de 18 a 49 anos em extrema vulnerabilidade (situação de rua, uso abusivo de substâncias ou transtornos mentais graves) e com contraindicações clínicas a outros métodos. Após a conclusão do Dandara em 2024, a oferta foi ampliada em 2025 com o lançamento do Manual de Expansão da Contracepção de Longa Duração, passando a incluir adolescentes em unidades com profissionais capacitados.

Gráfico 98 - Número de implantes subdérmicos de etonogestrel inseridos em unidade da APS, Salvador-BA, 2023 e 2024.



Fonte: Sistema Vida (Oracle BI). Acesso em: 30/08/2025.

A Tabela 29 mostram que a maior parte das inserções de implantes subdérmicos de etonogestrel e de DIU de cobre na APS de Salvador ocorreu entre a população parda e preta, refletindo o perfil majoritariamente negro do município.

Tabela 29- Número de inserções de DIU de Cobre e implantes subdérmicos de etonogestrel em unidade da APS, segundo raça/cor, Salvador-BA.

Cor/Raça	DIU de Cobre (Nº)	Implante Subdérmico (Nº)
Amarela	106.798	11
Branca	133.095	14
Indígena	1.061	-
Parda	1.437.091	102
Preta	757.284	79
Inválido	352	-
Sem Informação	135.170	1
Total Geral	**2.570.851**	**207**

Fonte: BI/Oracle/Sistema VIDA+. Acesso em: 30/08/2025.
Sala de Situação de Salvador/ SISCAN/ IBGE. Acesso em: 30/08/2025.

Esse resultado representa avanço na ampliação do acesso a métodos LARC para essa população, considerando que, no Brasil, a escolha contraceptiva é fortemente influenciada por fatores sociodemográficos, com maior uso do DIU entre mulheres brancas, urbanas, com maior escolaridade e plano de saúde. (TRINDADE et al., 2021).

7.2.3 Razão de exames Citopatológico do Colo do Útero e Mamografia

Entre as mulheres brasileiras, o câncer de colo do útero (CCU) ocupa o terceiro lugar entre os tipos de câncer mais prevalentes nessa população. Sendo assim, a sua detecção de forma precoce é um elemento facilitador para o tratamento, bem como contribui para a diminuição da morbimortalidade e o aumento das chances de cura da paciente (SANTOS, SANTOS & VIGÁRIO, 2024).

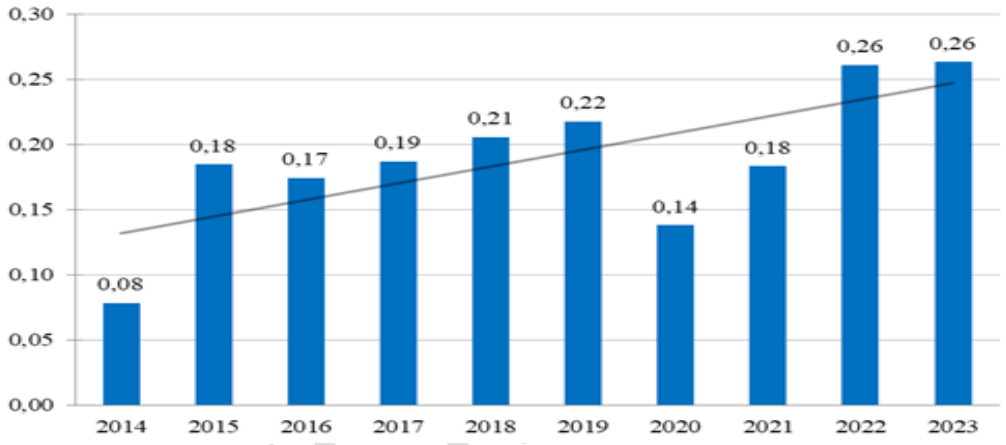
Uma das ações realizadas no âmbito da APS para o rastreamento de lesões precursoras desse tipo de câncer diz respeito ao exame citopatológico de colo de útero, também conhecido como exame de Papanicolau, e a sua oferta é feita de maneira gratuita pelo SUS (MAGALHÃES et al., 2025; SANTOS, SANTOS & VIGÁRIO, 2024). A recomendação do Ministério da Saúde para a realização desse exame envolve o público alvo de mulheres na faixa etária de 25 a 64

CONSULTA PUBLICA

anos e a necessidade de repetição da coleta a cada três anos após dois resultados negativos anuais consecutivos (MAGALHÃES et al., 2025).

Em relação à razão de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres de 25 a 64 anos entre 2014 e 2023, observa-se tendência de crescimento da cobertura no município entre 2014 e 2019, passando de 0,08 para 0,22, com redução pontual entre 2015 e 2016. Em 2020, verifica-se queda acentuada para 0,14, possivelmente associada à pandemia da COVID-19, valor inferior a 50% da meta estabelecida no PMS 2022-2025 (0,3). A partir de 2021, há retomada do crescimento, com alcance de 0,26 exames realizados em 2022 e 2023.

Gráfico 99 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero realizados em residentes do sexo feminino de 25 a 64 anos, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: Sala de Situação de Salvador/ SISCAN/ IBGE. Acesso em 10/06//2025.

Quando avaliado a série histórica identifica-se que o desafio é garantir que essa produtividade se mantenha estável, implementando estratégias contínuas de busca ativa para a população-alvo, visando a efetiva cobertura populacional necessária para impactar a morbi mortalidade pelo câncer de colo do útero.

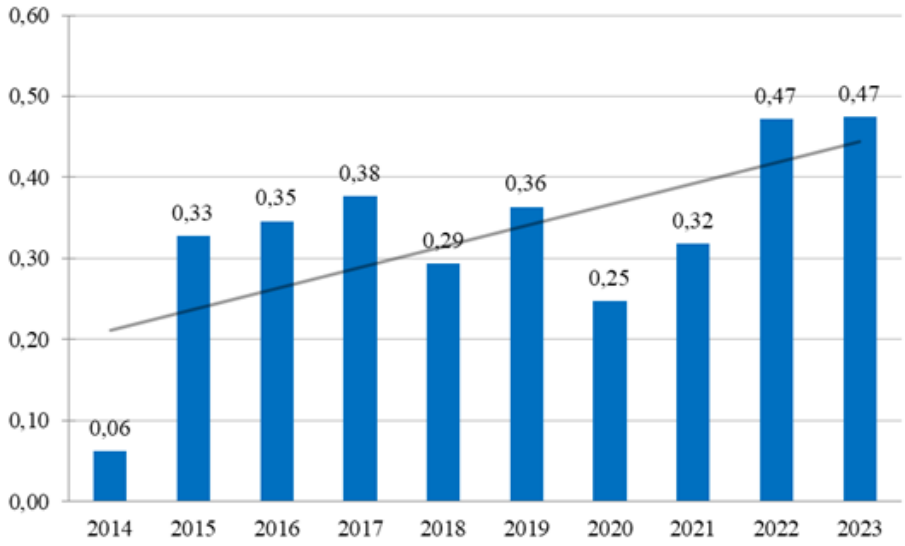
No que se refere a mamografia que é o principal método de rastreamento do câncer de mama, neoplasia com maior prevalência e mortalidade entre mulheres no Brasil. Apesar das controvérsias acerca da idade de início e periodicidade (ANDRADE et al., 2023), o país segue as recomendações da OMS, que é o exame bienal para a faixa etária de 50 a 69 anos (FAYER et al., 2020).

No que tange a razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos entre 2014 a 2023 (Gráfico XX), nota-se uma tendência de crescimento do desempenho municipal quanto à cobertura da população-alvo durante o período de 2014 a 2017 (de 0,06 para 0,38), com decréscimo em 2018 (0,29) e aumento em 2019 (0,36). Em 2020, de forma

equivalente ao indicador dos exames citopatológicos, houve uma queda significativa e o desempenho obtido não alcançou a meta preconizada no PMS 2022-2025 (0,4). De 2021 a 2023, observa-se crescimento, sobretudo em 2022 e 2023 alcançando a razão de 0,47 em ambos os anos.

Este resultado indica a eficácia das ações de reorganização e mobilização pós-pandemia. A proposição é manter a alta performance de execução do exame, focando na qualificação e na adesão constante do público-alvo.

Gráfico 100 - Razão de exames de mamografia realizados em residentes do sexo feminino de 50 a 69 anos, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: Sala de Situação de Salvador/ SISCAN/IBGE. Acesso em: 10/06//2025.

Salvador demonstra uma trajetória de crescimento contínuo do número de atendimentos às mulheres na APS. A análise aponta para avanços na expansão da oferta de LARC (DIU e Implante Subdérmico), alcançando a população parda e preta, passo significativo para a redução das iniquidades reprodutivas para as mulheres negras. Adicionalmente, o município fortaleceu as ações de rastreamento de câncer de colo do útero e de mama após o impacto da pandemia, superando as metas previstas nos anos recentes.

Ademais, para consolidar a integralidade e a equidade da atenção, é crucial resolver a falha de registro na variável raça/cor, bem como intensificar a busca ativa para garantir que a produtividade nos exames de rastreamento se traduza em uma cobertura populacional mais ampla.

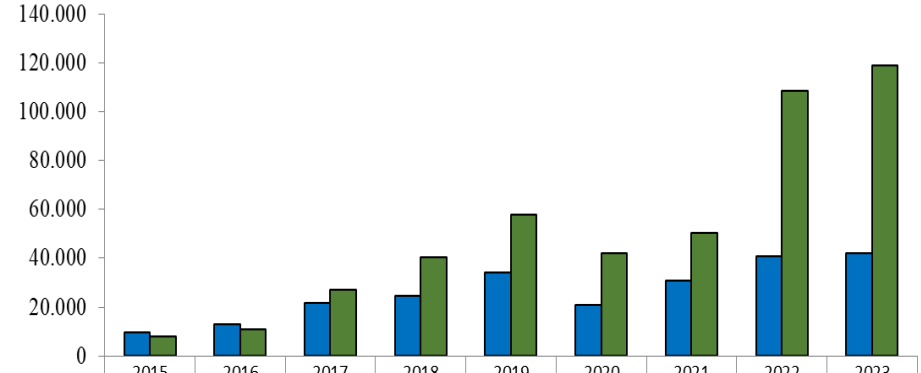
7.3 Atenção à Saúde da Criança

A primeira infância é uma janela de oportunidade crucial para o desenvolvimento humano até a vida adulta. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) é a diretriz que assegura o direito à saúde de crianças de 0 a 10 anos através de ações integradas e intersetoriais (BRASIL, 2015; UNICEF, 2024).

Estudos apontam que políticas como a PNAISC, aliadas ao fortalecimento da APS, contribuem para a redução das taxas de mortalidade infantil, ampliação do acesso à saúde e melhoria dos indicadores de desenvolvimento infantil (GOMES et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2023).

Na análise da série histórica dos números de consultas médicas e de enfermagem realizadas em crianças identifica-se que em 2015 e 2016 os menores quantitativos de consultas realizadas. Entre 2015 até 2019, é possível notar a tendência de crescimento desses atendimentos. O aumento observado relaciona-se ao processo de implantação do prontuário eletrônico e também da ampliação da cobertura da APS (Gráfico 101).

Gráfico 101 – Número de consultas médicas e de enfermagem para crianças menores de 10 anos, Salvador-BA, 2015-2023.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Enfermeiro/a	9.769	13.067	21.653	24.735	34.067	21.083	31.032	40.668	41.995
Médico/a	8.210	11.094	27.208	40.233	57.967	41.948	50.311	108.401	118.769

Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em 10/07/2025.

Em 2020, houve queda nos atendimentos devido à pandemia da COVID-19 (21.083 por enfermeiros e 41.948 por médicos), com retomada do crescimento a partir de 2021, atingindo 41.995 consultas por enfermeiros e 118.769 consultas por médicos em 2023, respectivamente.

No período 2022-2023, o quantitativo de atendimentos realizados pela enfermagem é predominantemente menor que o número de consultas feitas pelos profissionais de medicina, correspondendo a 26,68%. Essa disparidade reflete a sobrecarga de atividades administrativo-

organizacionais acumuladas pelos enfermeiros na APS, que limitam sua atuação clínica em comparação aos médicos.

A expansão dos atendimentos a crianças (0 a 10 anos) em Salvador reflete o fortalecimento da APS e a retomada do acesso pós-pandemia. A Puericultura é a estratégia central para o cuidado integral nos primeiros dois anos de vida, alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde e baseada na atuação multiprofissional. A análise a seguir detalha a cobertura das consultas médicas e de enfermagem para essas faixas etárias.

Na Tabela 30 mostra que a primeira fase da Puericultura (0 a 12 meses) o número de consultas de enfermagem para esta faixa etária demonstrou um crescimento consistente até 2019, alcançando 18.018 atendimentos. Embora o impacto da pandemia tenha resultado em uma queda em 2020 (10.873 consultas), o serviço registrou recuperação a partir de 2021, alcançando 21.761 atendimentos em 2023. Em paralelo, às consultas médicas acompanharam a tendência.

Tabela 30 - Número total de crianças com consultas de enfermagem de 00 a 12 meses, na capital de Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza e Recife, 2014-2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Salvador	8	5.132	6.005	11.176	13.481	18.018	10.873	16.181	22.110	21.761
Belo Horizonte	0	4.771	23.744	25.372	27.712	24.953	22.064	18.201	21.003	24.971
Fortaleza	1.361	13.645	43.992	55.254	47.618	60.306	9.583	67	843	3.950
Recife	39	2.597	14.151	27.052	35.419	41.092	18.470	22.634	27.663	34.883

Fonte: SISAB, dados coletados 09/10/2025

Quando analisado o cenário das capitais, nota-se que Fortaleza sofreu um declínio passando de 60.306 consultas em 2019 para apenas 3.950 em 2023. Em 2023, Recife obteve a maior produção (34.883), acompanhada por Belo Horizonte (24.971) e Salvador (21.761), evidenciando uma recuperação notável nestes municípios.

CONSULTA PUBLICA

Tabela 31 - Número total de crianças com consultas médicas de 00 a 12 meses, na capital de Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza e Recife, 2014 -2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Salvador	0	1.289	1.394	2.315	4.143	2.785	3.327	4.748	15.537	15.619
Belo Horizonte	0	5.216	18.477	16.921	18.777	17.685	12.939	10.442	10.997	16.348
Fortaleza	443	5.874	11.412	15.795	13.921	13.452	11.805	10.376	20.326	29.868
Recife	14	513	1.987	2.840	3.401	3.739	2.283	2.445	2.593	3.245

Fonte: SISAB, dados coletados 09/10/2025.

No que concerne aos atendimentos médicos para a faixa de 0 a 12 meses, Fortaleza liderou a produção em 2023 com 29.868 consultas. Belo Horizonte (16.348) e Salvador (15.619) apresentaram volumes expressivos e equivalentes, com destaque para o crescimento exponencial de Salvador, que saltou de 4.748 atendimentos em 2021 para 15.537 em 2022. Em contrapartida, Recife exibiu uma discrepância entre as categorias profissionais: enquanto apresentou alta produção na enfermagem, registrou a menor cobertura médica em 2023, com apenas 3.245 consultas (Tabela 31).

No que concerne à segunda fase da Puericultura (12 a 24 meses), o número de consultas de enfermagem nesta faixa etária reforça o contraste observado na primeira fase. Recife liderou em 2023, com 12.888 consultas. Salvador também apresentou uma trajetória de recuperação, com um aumento progressivo que resultou em 6.444 consultas em 2023, o maior patamar da sua série histórica analisada. Em contrapartida, Fortaleza, apresentou que teve alta produção no início da série (pico de 25.965 em 2019), registrou apenas 888 consultas em 2023, e Belo Horizonte manteve-se com a menor produção no ano (3.130) (Tabela 32).

Tabela 32 - Número total de crianças com consultas de enfermagem de 12 a 24 meses, na capital de Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza e Recife., 2014-2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Salvador	1	1.681	2.330	3.566	3.425	2.948	2.976	4.051	5.854	6.444
Belo Horizonte	0	304	2.105	2.510	2.541	2.316	2.032	2.001	2.466	3.130
Fortaleza	353	3.789	20.054	20.873	16.463	25.965	2.322	21	219	888
Recife	6	953	4.487	9.122	10.404	13.190	5.088	6.491	9.374	12.188

Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso de 09/10/2025

CONSULTA PUBLICA

Já o acompanhamento médico nesta faixa etária mostra que Fortaleza retomou a liderança em 2023, registrando o maior volume entre as capitais, com 10.083 consultas, superando os demais anos da série. Salvador, por sua vez, registrou o segundo maior volume em 2023 (6.133 consultas), demonstrando a continuidade da recuperação observada no ano anterior (5.977 em 2022). Belo Horizonte apresentou 4.688 atendimentos e Recife, o menor volume, com 1.334 consultas em 2023 (Tabela 33).

Tabela 33 - Número total de crianças com consultas médicas de 12 a 24 meses, na capital de Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza e Recife, 2014-2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Salvador	0	588	826	1.198	1.766	1.209	1.491	1.756	5.977	6.133
Belo Horizonte	0	1.693	6.643	5.974	6.362	5.716	3.258	2.828	3.121	4.688
Fortaleza	138	2.070	3.793	6.368	5.233	5.016	3.965	2.975	5.950	10.083
Recife	5	160	922	1.230	1.175	1.339	781	893	1.137	1.334

Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso de 02 a 09/10/2025

A análise revela uma redução nas consultas médicas e de enfermagem durante a segunda fase da puericultura em todas as capitais, o que exige investigação, visto que este período é crucial para o acompanhamento do desenvolvimento infantil. Em Salvador, houve avanços com a recuperação da produtividade pós-pandemia e investimentos estratégicos, como a qualificação no Método Canguru nos distritos de Itapagipe e Liberdade. Os desafios centrais incluem sustentar o crescimento dos atendimentos, garantir que a maior cobertura se traduza em qualidade assistencial e monitorar vulnerabilidades críticas, como a desnutrição infantil.

7.3.1 Taxa de Internação por Doenças Diarreicas Agudas (DDA) em menores de cinco anos

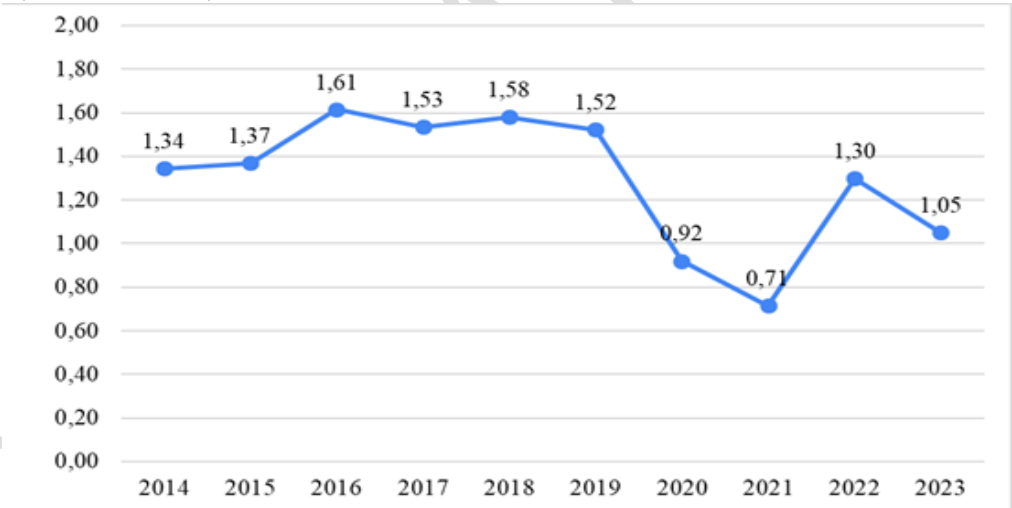
As Doenças Diarreicas Agudas (DDA) representam, a nível mundial, uma importante causa de morbimortalidade na população de faixa etária menor de 5 anos. Além disso, as DDA estão entre as principais causas de desnutrição em crianças nessa faixa etária. Além disso, elas podem ser caracterizadas pelo aumento do número de eliminações intestinais e alteração da consistência das fezes, ocorrendo três ou mais episódios de evacuações líquidas ou amolecidas em um período de 24 horas (SBP, 2023; COSTA et al., 2023).

CONSULTA PUBLICA

Em relação à taxa de internação por Doenças Diarreicas Agudas (DDA) em crianças menores de cinco anos em Salvador, observa-se tendência de crescimento gradual no período pré-pandêmico (2014-2019), variando de 1,34 internações a cada 1.000 crianças em 2014 para 1,52/1.000 em 2019. No período pandêmico (2020-2021), observou-se uma redução significativa de 50,8% na taxa de internações por DDA quando comparado com os anos pré-pandêmicos, alcançando uma média de 0,82 internações por 1.000 crianças menores de cinco anos.

Esta diminuição pode estar associada às medidas de distanciamento social, intensificação dos cuidados de higiene, redução da circulação de patógenos entéricos e possíveis mudanças no padrão de busca por atendimento médico durante o período de emergência sanitária. No que diz respeito ao período pós-pandemia (2022-2023), nota-se um aumento de mais de 83% na taxa em 2022 (1,3/1.000) quando comparado com 2021 (0,71/1.000). Contudo, entre os anos de 2022 e 2023, pode-se perceber uma discreta queda, alcançando 1,05 internação a cada 1.000 crianças em 2023.

Gráfico 102 – Taxa de internação por Doenças Diarreicas Agudas (DDA) em crianças menores de 5 anos, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS-SIH, acesso em 10/07/2025.

Dessa forma, torna-se necessário o fortalecimento das ações voltadas à redução das internações por Doenças Diarreicas Agudas (DDA), especialmente diante do aumento registrado nos dois últimos anos da série histórica, o que demanda atenção. Trata-se de um agravo que requer a disponibilidade de métodos diagnósticos simples para a realização de exames laboratoriais, além da implementação de ações preventivas intersetoriais, com ênfase na qualidade do ambiente, da água e dos alimentos. Ademais, o tratamento apresenta baixo

custo e baseia-se, principalmente, na rápida correção da desidratação, por meio da ingestão de líquidos e da solução de Sais de Reidratação Oral (SRO) ou, conforme o estado de hidratação e a gravidade do caso, da administração de fluidos endovenosos.

7.3.2 Taxa de Internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de cinco anos

As Infecções Respiratórias Agudas (IRA) são processos infecciosos que acometem o aparelho respiratório e que possui caráter autolimitado. A partir da região anatômica afetada, a classificação é dividida em infecções das vias aéreas superiores e das vias aéreas inferiores. Assim como a DDA as IRA também são tidas como uma das principais causas morbimortalidade em crianças menores de cinco anos (BARBOSA et al., 2022).

A taxa de internação por IRA em crianças menores de cinco anos em Salvador (Gráfico 103), no período pré-pandêmico (2014-2019) apresenta uma tendência de diminuição nos anos de 2014 (18,62/1.000) a 2017 (12,78/1.000). Após 2017, é possível notar um aumento até 2019, onde é alcançado a proporção de 15,89 internações por 1.000 crianças.

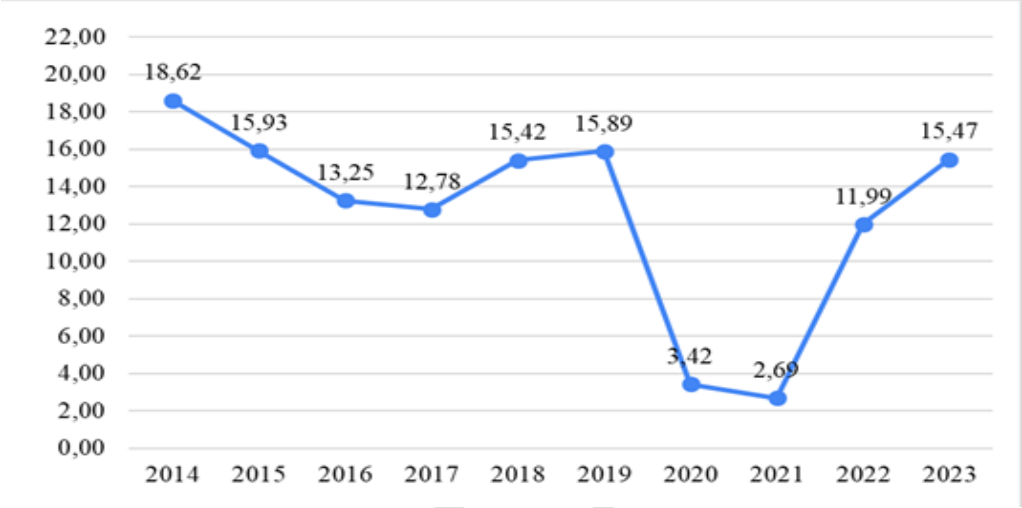
Durante a pandemia (2020-2021), as internações por infecções respiratórias agudas em crianças menores de cinco anos apresentaram uma queda expressiva de 80,1%, registrando uma média de 3,06 casos por 1.000 crianças. Esse recuo deveu-se à menor circulação de vírus como o Vírus Sincicial Respiratório e a Influenza, impulsionada pelo distanciamento social, como o fechamento de escolas e creches, e, pela adoção do uso de máscaras e higienização das mãos. Além disso, o receio das famílias em buscar unidades de saúde, mesmo diante de sintomas leves, por medo de contaminação da COVID-19 alterou significativamente os padrões de hospitalização no período. Contudo, essa redução necessariamente não reflete uma melhoria estrutural no sistema de saúde, mas sim uma diminuição pontual e artificial na exposição viral, consequência direta das medidas de isolamento social adotadas durante a pandemia.

Assim, no período de 2022 e 2023, ocorreu aumento na taxa de internações por IRA em 2022 (11,99/1.000) e 2023 (15,47/1.000), devido ao afrouxamento das medidas restritivas e o retorno gradual das atividades presenciais, assim a circulação de vírus respiratórios voltou a aumentar significativamente. Além disso, crianças que não tiveram contato prévio com vírus comuns (durante os anos de restrição) tornaram-se mais suscetíveis a infecções graves, e o sistema imunológico imaturo, somado à exposição tardia, favoreceu o aumento das hospitalizações.

CONSULTA PUBLICA

Adicionalmente, os atrasos na vacinação de rotina também contribuíram para a maior vulnerabilidade imunológica das crianças. Esses dados evidenciam a necessidade de atenção contínua ao sistema imunológico infantil no contexto pós-pandêmico, destacando a importância de ações estratégicas como o fortalecimento das campanhas de vacinação e a intensificação da vigilância epidemiológica.

Gráfico 103 – Taxa de internação por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças menores de 5 anos, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS-SIH, acesso em 20/07/2025.

Diante desse cenário, torna-se evidente a urgência de implementação de políticas públicas adaptadas à nova realidade sanitária, com ênfase na prevenção, no fortalecimento da atenção primária à saúde e na qualificação dos serviços de urgência pediátrica para lidar com a crescente demanda por doenças respiratórias em crianças pequenas.

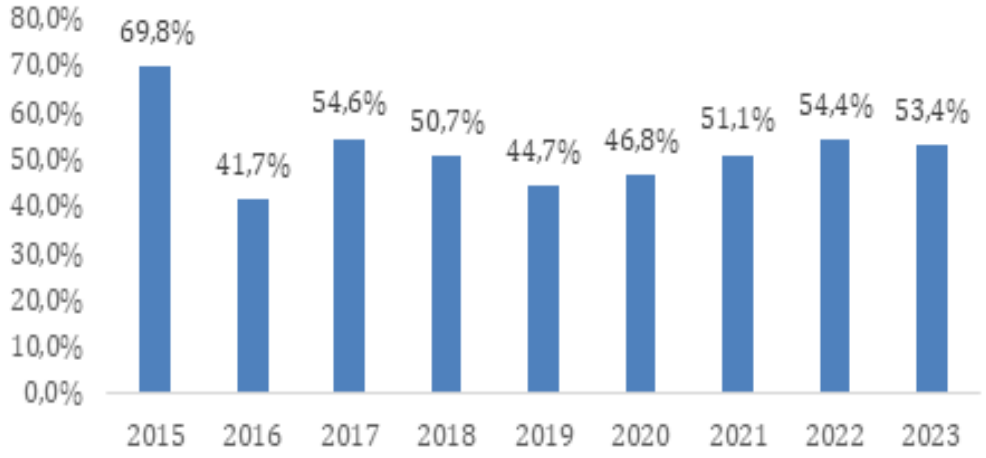
7.3.3 Proporção de crianças até 06 meses de idade em aleitamento humano exclusivo

O Aleitamento Humano Exclusivo (AHE) é uma intervenção de elevada relação custo-benefício para a promoção da saúde infantil, fornecendo nutrição adequada e proteção imunológica nos primeiros meses de vida. Entre seus principais benefícios, destacam-se a prevenção de infecções como diarreia, pneumonia e otites, a redução da gravidade de agravos e a contribuição para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como asma, diabetes, obesidade e hipertensão arterial, além de favorecer o desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança. Por esses motivos, o AHE até os seis meses de idade é recomendado mundialmente como a forma ideal de alimentação infantil nesse período (VICTORA et al., 2016; BRASIL, 2015; WHO, 2023).

CONSULTA

Para as mães, a amamentação também traz benefícios significativos, como a redução do sangramento pós-parto, a recuperação uterina e a diminuição do risco de câncer de mama e ovário, além do fortalecimento do vínculo afetivo com o bebê. Do ponto de vista social, econômico e ambiental, o AHE configura-se como uma prática acessível e sustentável, ao reduzir custos com o sistema de saúde, prevenir doenças e hospitalizações, minimizar impactos ambientais e promover equidade social, por ser um alimento seguro e disponível independentemente da condição socioeconômica (VICTORA et al., 2016; ROLLINS et al., 2016; WHO, 2022)

Gráfico 104 – Proporção de crianças até 06 meses de idade em aleitamento humano exclusivo, Salvador-BA, 2015-2023.



Fonte: SISVAN. Acesso em: 01/04/2025.

Em 2015, a proporção de crianças menores de 6 meses em aleitamento humano exclusivo foi de 69,8%, ocorrendo uma redução significativa no ano seguinte (41,7%), o que pode estar relacionado a fragilidades dos registros e mudanças no sistema de informação utilizados para coleta e monitoramento dos dados.

Entre os anos de 2016 e 2020, observou-se uma estabilidade nos índices de aleitamento humano exclusivo, com percentuais variando em patamares médios-baixos, com média aproximada entre 45% e 50%. Esse período abrange tanto o pré-pandemia quanto o início da pandemia de COVID-19, contexto em que ocorreram interrupções ou descontinuidade nos atendimentos presenciais, além de uma redução no acompanhamento regular do pré-natal e do pós-parto, o que pode ter impactado negativamente a adesão ao aleitamento materno exclusivo.

A partir de 2021, iniciou-se um processo de recuperação gradual desses indicadores, associado à retomada dos serviços de atenção básica à saúde e ao fortalecimento das campanhas

de incentivo ao AHE. Esse movimento resultou em um aumento dos percentuais, que chegaram a 54,4% em 2022, mantendo-se relativamente estáveis em 2023, com 53,4%.

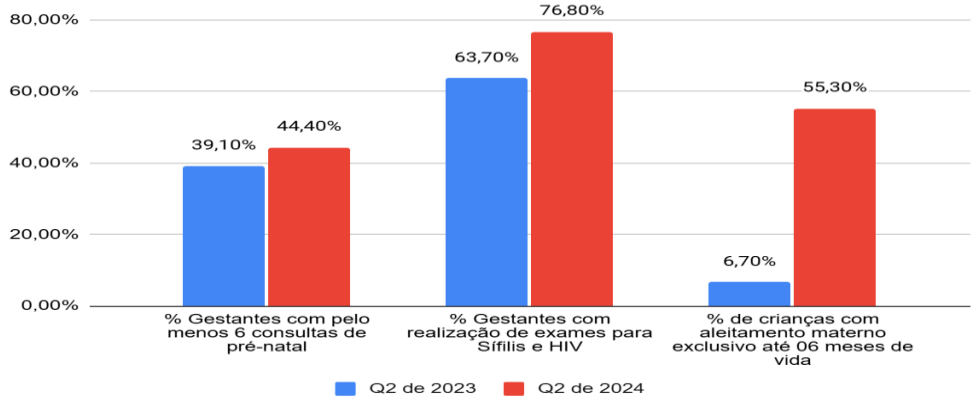
7.3.4 Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI)

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) instituiu em 2019 a iniciativa Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI), como uma proposta inovadora de apoio à qualificação dos serviços e políticas municipais para o desenvolvimento na primeira infância. A UAPI é uma estratégia de assistência técnica, capacitação, monitoramento, acompanhamento e certificação da melhoria da oferta de serviços. A abordagem e gestão da UAPI baseia-se em resultados sistêmicos relacionados a pilares estratégicos para a atenção integral à saúde na primeira infância, que são medidos através de indicadores de saúde.

Em agosto de 2021, teve início o primeiro ciclo da UAPI em Salvador. Na ocasião, a SMS fez adesão de 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 10 certificadas no final do ciclo. Em 2024, foi realizado o segundo ciclo da UAPI, com a adesão de 110 Unidades de Saúde. Destas, 77 foram certificadas como Unidades Amigas da Primeira Infância. Atualmente, Salvador está no terceiro ciclo da UAPI, ocorrendo de 2025 a 2028, com adesão de 104 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os indicadores de saúde avaliados apresentam estreita relação com o desenvolvimento infantil, desde o período gestacional até os primeiros meses de vida. O município de Salvador alcançou uma evolução significativa nos resultados dos indicadores: Percentual de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; Percentual de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV; Percentual de crianças em aleitamento materno exclusivo até 06 meses de vida.

Gráfico 105 - Evolução dos Indicadores UAPI de Pré-Natal, Testagem para Sífilis e HIV em Gestantes, e Aleitamento Materno Exclusivo, em Salvador, no 2º Quadrimestre de 2023 e 2024.



Fonte: Sistema Vida +. Acesso em 06/10/2025.

CONSULTA PÚBLICA

Conforme demonstrado no Gráfico 105, observa-se que o percentual de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal iniciadas até a 12ª semana de gestação aumentou de 39,1% em 2023 para 44,4% em 2024. Esse indicador é essencial para o acompanhamento da saúde materna e fetal. Segundo o Ministério da Saúde, a detecção precoce de riscos gestacionais e o início oportuno do pré-natal contribuem para a redução da morbimortalidade materna e infantil. A OMS recomenda, no mínimo, oito consultas durante a gestação, com início precoce, idealmente no primeiro trimestre, para melhor desfecho gestacional (BRASIL, 2012; WHO, 2016)

O aumento de 63,7% para 76,8% no percentual de gestantes testadas para sífilis e HIV representa uma ação direta no combate à transmissão vertical dessas infecções. Esse crescimento pode ser reflexo da ampliação das ações de saúde no âmbito da UAPI, que busca fortalecer a APS com foco na primeira infância. De acordo com o Ministério da Saúde, a testagem universal durante o pré-natal é uma estratégia-chave para o diagnóstico e tratamento oportuno, reduzindo significativamente os riscos de transmissão para o bebê. O indicador de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses teve o crescimento mais expressivo de 6,7% para 55,3%, o que representa um avanço substancial.

Os dados analisados revelam avanços importantes no cuidado à gestante e à criança no município, especialmente no contexto da implementação da UAPI. Contudo, ainda existem desafios, especialmente no que se refere à ampliação do início precoce do pré-natal e à universalização das práticas de cuidado humanizado e contínuo. A consolidação desses avanços depende da continuidade das políticas públicas, da capacitação permanente das equipes e do fortalecimento do território como espaço de promoção da saúde na primeira infância.

A análise dos indicadores da saúde da criança em Salvador revela um panorama de crescimento na produção e no acompanhamento infantil. Contudo, o desafio é converter esse volume em qualidade e integralidade. É necessário assegurar que a expansão da cobertura resulte em um cuidado resolutivo, capaz de garantir o desenvolvimento saudável e a detecção precoce de alterações, consolidando a APS como o eixo central da saúde da criança no município.

CONSULTA PÚBLICA

7.4 Atenção à Saúde do Adolescente

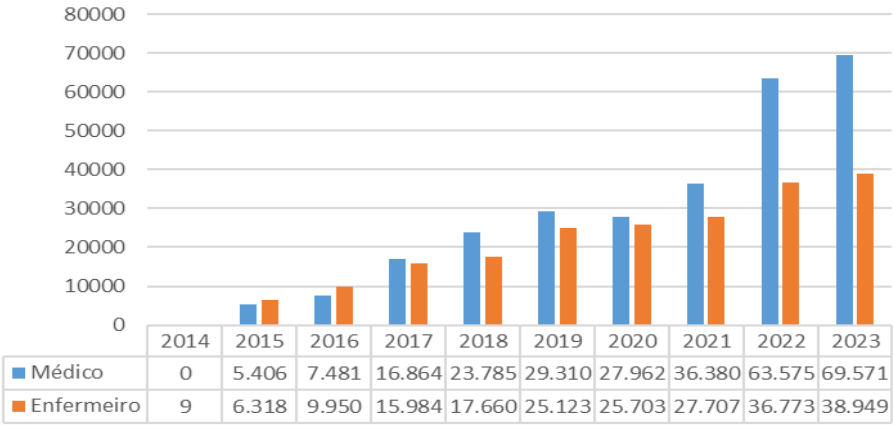
A Constituição Federal e o ECA garantem prioridade absoluta a crianças e adolescentes, delegando ao Estado e à sociedade o dever de assegurar sua saúde integral via SUS. A adolescência é uma fase crítica para a formação de hábitos e proteção contra riscos sociais, exigindo estratégias que combatam as desigualdades e promovam hábitos saudáveis.

O principal desafio é o engajamento já que adolescentes frequentemente possuem uma percepção limitada de saúde e não veem as unidades de saúde como espaços acolhedores ou atrativos. Esse cenário é agravado por ambientes inadequados, limitações estruturais e escassez de materiais educativos específicos para essa faixa etária, o que dificulta o vínculo com os serviços da Atenção Primária.

Em 2019, oficinas diagnósticas realizadas pela SMS em Salvador identificaram os principais riscos à saúde de adolescentes: exploração sexual, abuso de drogas, violências, automutilação, gravidez precoce e sexo inseguro. O diagnóstico reforçou que profissionais de saúde devem atuar tanto no manejo clínico quanto na prevenção, envolvendo famílias e comunidades. Destacou-se que o consumo de substâncias em territórios vulneráveis é agravado pela falta de opções de lazer e esporte, exigindo que a rede de saúde considere esses fatores sociais para além do tratamento individual.

Os problemas relacionados às drogas entre adolescentes em Salvador extrapolam o consumo, envolvendo o impacto do tráfico de drogas que restringe o acesso dessa juventude à educação, lazer e trabalho. Embora a pandemia tenha interrompido as atividades coletivas, a SMS reorganizou protocolos para garantir a continuidade da promoção da saúde e a proteção desse público, incluindo adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Gráfico 106 – Distribuição anual de atendimentos individuais de adolescentes por médicos e enfermeiros, na APS, Salvador-BA, 2014-2023.



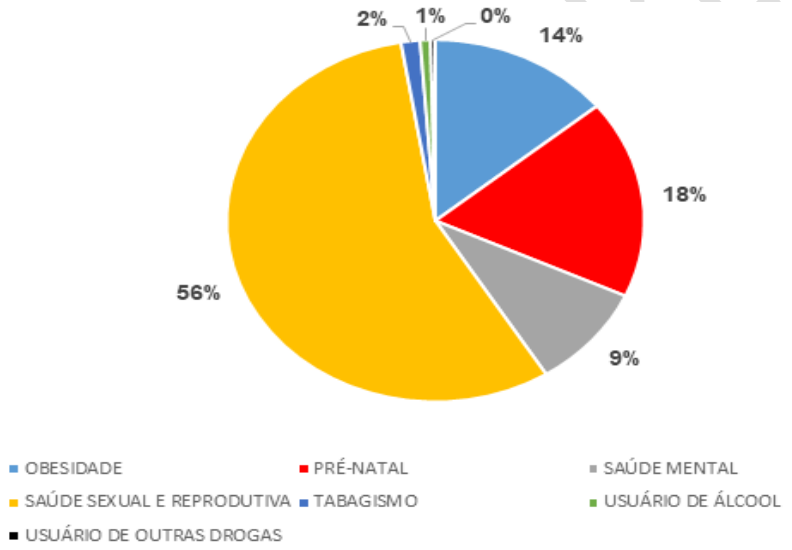
Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em 17/06/25.

CONSULTA PUBLICA

Entre 2014 e 2023, os atendimentos individuais a adolescentes na APS de Salvador foram realizados majoritariamente por médicos (57,85%), seguidos por enfermeiros (42,15%). Enquanto a produção médica oscilou com quedas na pandemia (2019-2020) e picos em 2017 e 2022, a enfermagem manteve um crescimento mais contínuo e uniforme, inclusive durante a crise sanitária.

Apesar do avanço geral no acesso, a predominância de atendimentos médicos reflete a preferência sociocultural por intervenções imediatas. Esse cenário é apontado como um limite ao pleno aproveitamento da capacidade resolutiva do enfermeiro e de outros profissionais, cujo escopo de atuação poderia ser melhor explorado para qualificar o cuidado ao adolescente.

Gráfico 107 - Atendimento de adolescentes por condição avaliada na APS, Salvador-BA, 2014-2023.

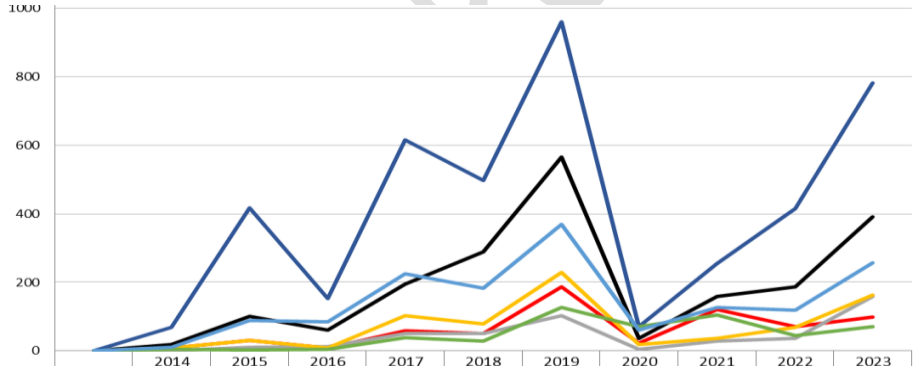


Fonte: BI/Oracle/Sistema VIDA+, acesso em 13/10/2025.

A análise dos atendimentos de adolescentes na APS por condição avaliada evidencia que 56% foram relacionados à saúde sexual e reprodutiva, indicando a centralidade dessas demandas e a necessidade tanto a busca por informações e cuidados sobre sexualidade quanto a possível ausência de uma educação sexual eficaz nas escolas. A OMS (WHO, 2022b) reforça a importância de garantir a esse público acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva de forma confidencial, segura e acolhedora, visando à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), à orientação sobre métodos contraceptivos e ao apoio em questões relacionadas à identidade e orientação sexual.

Os atendimentos de pré-natal representam 18% do total, evidenciando que a gravidez na adolescência persiste como um desafio relevante em contextos de vulnerabilidade social, conforme apontado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010; 2021). A obesidade, com 14% dos registros, reflete o impacto de hábitos inadequados e do marketing alimentar, sendo um problema crescente nas Américas que eleva o risco de doenças crônicas a longo prazo (OPAS, 2021). No campo da saúde mental, os 9% de registros indicam provável subnotificação frente à prevalência de ansiedade e depressão, assim como os baixos percentuais de uso de tabaco (2%), drogas (1%) e álcool (0%), que sugerem falhas no registro de fatores de risco significativos. Esse cenário reforça a necessidade de fortalecer a abordagem integral e o acolhimento no SUS para dar visibilidade a essas demandas. Nas ações educativas da APS, a Saúde Bucal é o tema predominante, com quase o dobro de ocorrências em relação à Alimentação Saudável, seguida pela Saúde Sexual e Reprodutiva, todas tratadas como prioridades pelas equipes interdisciplinares nas unidades de saúde.

Gráfico 108 – Quantidade de Atividades Educativas para Adolescentes, por tema, na APS, Salvador-BA, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aliment. Saudável	18	100	60	194	290	566	37	158	186	391
Cid. Direitos Hum.	9	30	9	58	50	186	23	121	70	98
Depência Química	1	11	12	50	50	102	5	29	36	159
Prevenção de Violên	9	31	9	102	79	229	19	37	68	162
Saúde Bucal	69	418	152	615	497	960	71	255	415	783
Saúde Mental	4	3	5	39	28	126	71	105	45	70
Saude Sexual/Reprod.	11	88	85	225	182	369	60	127	119	258

Fonte: SISAB/MS. Acesso em 01/07/25, 04/7/25 e 08/07/2025.

Os dados indicam que profissionais de saúde têm maior facilidade com temas como Saúde Bucal, Alimentação Saudável e Saúde Sexual. Contudo, a Saúde Sexual ainda demanda investimentos devido à alta incidência de ISTs e gravidez não planejada entre adolescentes. Um entrave central é a resistência de algumas escolas em abordar a sexualidade, frequentemente por pressão dos responsáveis (BRASIL, 2017; UNESCO, 2018).

Por outro lado, o baixo registro de ações sobre dependência química reflete tanto a influência do tráfico nos territórios quanto a insegurança e falta de preparo técnico dos profissionais. Da mesma forma, a escassez de atividades sobre saúde mental, cidadania e

prevenção da violência aponta para a necessidade urgente de capacitação das equipes para qualificar essas intervenções essenciais na APS.

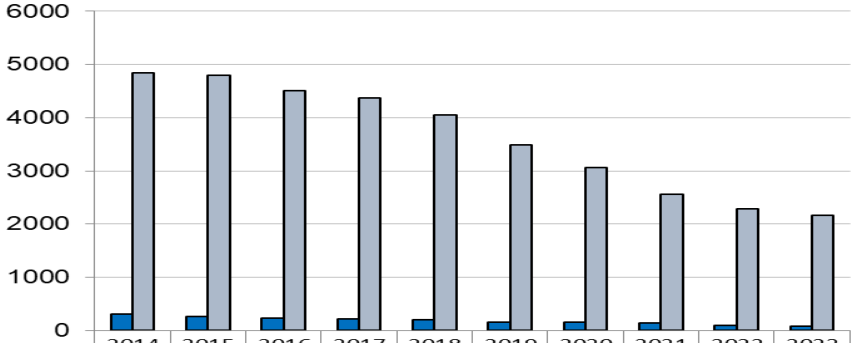
7.4.1 Gravidez na Adolescência

A gravidez na adolescência é um desafio de saúde pública que integra motivações individuais e vulnerabilidades socioeconômicas. A falta de conhecimento sobre métodos contraceptivos, somada a desigualdades culturais, pode interromper projetos de vida e levar ao abandono escolar (BRASIL, 2017).

Esse fenômeno decorre majoritariamente da ausência ou uso incorreto da contracepção, sendo mais prevalente entre as adolescentes mais jovens (81,8%) do que nas de mais idade (74,4%) (SABROZA et al., 2004). O cenário é agravado pela precariedade no acesso a informações qualificadas e aos serviços de saúde (VIEIRA et al., 2006).

Entre 2014 e 2023, Salvador registrou 323.459 nascidos vivos, dos quais 37.905 foram de mães adolescentes, correspondendo a 11,71% do total, com tendência constante de redução ao longo do período (Gráfico 109). Apesar desse declínio, a gravidez na adolescência, especialmente entre menores de 15 anos, permanece como um desafio, reforçando a necessidade de intensificar ações educativas em sexualidade, planejamento reprodutivo e ampliação do acesso a métodos contraceptivos para prevenir gestações não intencionais.

Gráfico 109 - Número de nascidos vivos de mães adolescentes por faixa etária da mãe adolescente, Salvador-BA, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
10 a 14 anos	302	261	233	217	194	150	146	137	88	70
15 a 19 anos	4836	4802	4503	4363	4044	3495	3066	2563	2280	2165

Fonte: SMS/DVIS/SUIS-SINASC. Acesso em 17/06/2025.

O declínio de nascidos vivos entre mães adolescentes em Salvador é atribuído à expansão da cobertura da APS, maior acesso a contraceptivos e ações de educação sexual. Esse processo foi impulsionado pela Semana de Prevenção da Gravidez Não Intencional na Adolescência (Lei nº 13.798/2019), realizada anualmente em fevereiro. A partir de 2022, a SMS intensificou o

investimento nesta estratégia, ampliando a disseminação de informações e medidas educativas em todos os Distritos Sanitários para reduzir a gravidez precoce.

A análise por raça/cor revela uma severa iniquidade em Salvador pois adolescentes pardas e pretas concentram 90,66% dos nascidos vivos (34.375 casos). Esse dado reflete a maior exposição a riscos como vulnerabilidade socioeconômica, violência, trabalho infantil e falta de apoio institucional no início da vida sexual (BRASIL, 2017).

Em contraste, adolescentes brancas representam 6,29% (2.386 casos), enquanto amarelas e indígenas somam 0,63% (242). Há ainda 2,40% (912) de registros ignorados, o que reforça a necessidade de preenchimento adequado do quesito raça/cor para orientar políticas públicas mais equitativas e direcionadas às populações mais vulneráveis.

Tabela 33 – Números de nascidos vivos de mães adolescentes por faixa etária e raça/cor, na APS, Salvador-BA, 2014-2023.

	Branca	**Preta**	**Amarela**	**Parda**	**Indígena**	**Ignorado**	**Não informado**
<14 anos	98	490	8	1.146	4	26	26
15-19 anos	2.288	10.749	182	21.990	48	358	502

Fonte: SMS/SUIS-SINASC. Acesso em 08/08/2025.

A Secretaria Municipal da Saúde de Salvador estabeleceu diretrizes e fluxos para o atendimento integral de adolescentes em conflito com a lei (regimes de internação e semiliberdade), alinhando-se à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade (PNAISARI).

Além da assistência à saúde, o município fortaleceu a inclusão social desse público ao aderir, em 2021, aos Projetos *Sinaleiras* e *Cidadão Aprendiz*. Essas iniciativas são realizadas em parceria com o Ministério Público, Defensoria Pública e Superintendência Regional do Trabalho, visando garantir direitos e oportunidades de profissionalização para esses jovens.

Os Projetos de *Aprendizagem Sinaleiras* e *Cidadão Aprendiz* oportunizam a adolescentes a primeira experiência profissional através de contratos especiais de aprendizagem através de formação teórica e prática a ser realizada em ambiente simulado. O *Projeto Sinaleiras* voltado para o público adolescente em risco social decorrente de trabalho infantil ou outras violações de direitos e em vulnerabilidade socioeconômica. Já o *Projeto Cidadão Aprendiz*, por sua vez, é voltado para adolescentes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, em situação de

CONSULTA PÚBLICA

acolhimento institucional que cumprem medida socioeducativa em meio aberto, semiliberdade e egressos.

Os indicadores de saúde em Salvador mostram avanços, como o aumento dos atendimentos e a queda contínua na gravidez na adolescência. Contudo, persistem desigualdades raciais, com maior vulnerabilidade entre jovens negras e pardas, o que exige um olhar focado em equidade.

As ações educativas em saúde mental, cidadania e prevenção da violência são essenciais, enquanto o crescimento nas atividades sobre dependência química revela uma demanda reprimida que precisa de atenção. O desafio central permanece no engajamento e vínculo desse público com a APS, demandando a expansão da rede, parcerias intersetoriais e capacitação profissional para garantir um cuidado integral e acolhedor.

7.5 Atenção à Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) estabelece a necessidade de aprimorar o acesso e a qualidade da assistência oferecida aos homens, reconhecendo as especificidades de seu ciclo de vida e suas vulnerabilidades sociais e de saúde. Apesar da maior morbimortalidade em relação às mulheres, os homens tendem a buscar atendimento em condição de urgência ou doença estabelecida. Esse comportamento é moldado por DSS e pelo tradicional modelo de masculinidade hegemônica (BRASIL, 2009; 2024; BRITO, 2020; SEPARAVITCH & CANESQUI, 2013).

Em Salvador, a SMS tem objetiva facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, resguardando a integralidade da atenção dentro do SUS. A Tabela 34 apresenta a evolução do número de atendimentos individuais de homens de 20 a 59 anos realizados por médicos e enfermeiros na APS em Salvador, entre os anos de 2014 e 2023. Os dados evidenciam um crescimento expressivo ao longo da década, partindo de apenas 17 atendimentos por enfermeiros registrados em 2014 para 62.766 em 2023. Com relação aos atendimentos médicos, há um crescimento exponencial, partindo de 0 registros em 2014 para 261.114 em 2023.

Tabela 34 – Número de atendimentos individuais a homens por médicos e enfermeiros na APS, em Salvador-BA, 2014-2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Enfermeiros	17	8.102	13.175	20.462	24.275	41.475	38.381	45.728	57.982	62.766
Médicos	0	16.254	22.901	51.095	73.972	99.776	100.610	138.822	238.885	261.114

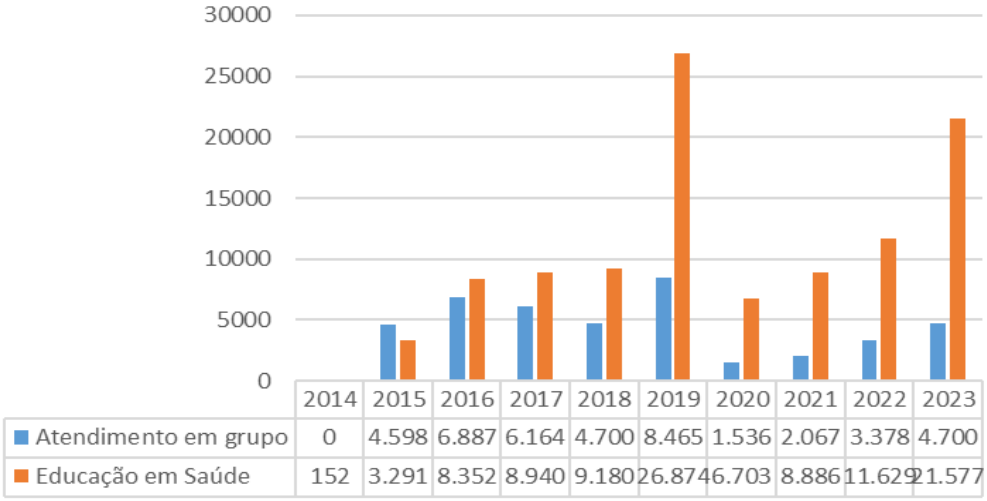
Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em 15/06/2025.

CONSULTA PUBLICA

A tendência de crescimento nos atendimentos masculinos na APS reflete ações estratégicas da PNAISH e uma possível mudança cultural no autocuidado, superando modelos de masculinidade que restringem a busca por saúde apenas a casos de urgência (SCHRAIBER; FIGUEIREDO, 2011). Apesar da queda pontual em 2020 devido à pandemia, houve uma aceleração nos atendimentos a partir de 2021, com destaque para a atuação médica.

As atividades em grupos e de educação em saúde promovem a quebra de paradigmas para que os homens possam ter outra perspectiva sobre a sua condição de saúde. Observa-se no Gráfico 110 um crescimento na participação das atividades em educação em saúde, registrando 3.921 ações em 2015 e ampliando para 21.577 em 2023. Em 2019, houve a maior participação masculina nas atividades de educação em saúde com redução nos anos subsequentes, estando relacionado a pandemia, retornando a um patamar parecido no ano de 2023.

Gráfico 110 – Número de atividades de educação em saúde e atendimentos em grupos para homens na APS, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SISAB. Acesso em 12/07/2025.

7.5.1 Estratégia Sábado do Homem (ESH)

A Estratégia Sábado do Homem na Saúde (ESH) foi instituída em Salvador em 2014 tendo como público alvo a população masculina, composta por homens cisgênero e transgênero, prioritariamente, na faixa etária de 20 a 59 anos. O Sábado do Homem é uma ação mensal na APS que oferece, em formato de circuito, consultas multiprofissionais, educação em saúde, planejamento reprodutivo, imunização e exames diversos para o público masculino.

Quanto ao número de UBS com ESH em 2014 o município registrava 01 unidades e no ano de 2019 houve uma ampliação para 75. Em 2020 e 2021, houve interrupção total (0 UBS) devido ao foco no combate à COVID-19. A retomada ocorreu em 2022 (14 UBS), acelerando

em 2023 (40 UBS) e atingindo um salto de 115 unidades em 2024. Essa recuperação reflete o esforço da SMS em retomar e fortalecer o "Sábado do Homem" e reestruturar a Atenção Primária no pós-pandemia.

Em 2024, a ESH mobilizou 115 UBS e atendeu 12.446 homens. O perfil predominante foi de homens negros (91%), sendo 46% pretos e 44% pardos. Quanto à faixa etária, 63% possuíam entre 20 e 59 anos e 33% tinham 60 anos ou mais.

A análise da Saúde do Homem em Salvador indica uma mudança de paradigma: o aumento dos atendimentos e a adesão ao Pré-Natal do Parceiro demonstram que a PNAISH tem reduzido o padrão de busca tardia por cuidados. A ESH destaca-se como ferramenta de equidade, alcançando prioritariamente a população negra, historicamente mais vulnerável. Para consolidar esses avanços, é essencial fortalecer a ESH, capacitar profissionais para um acolhimento sensível às masculinidades e integrar a APS como um eixo de cuidado contínuo e preventivo.

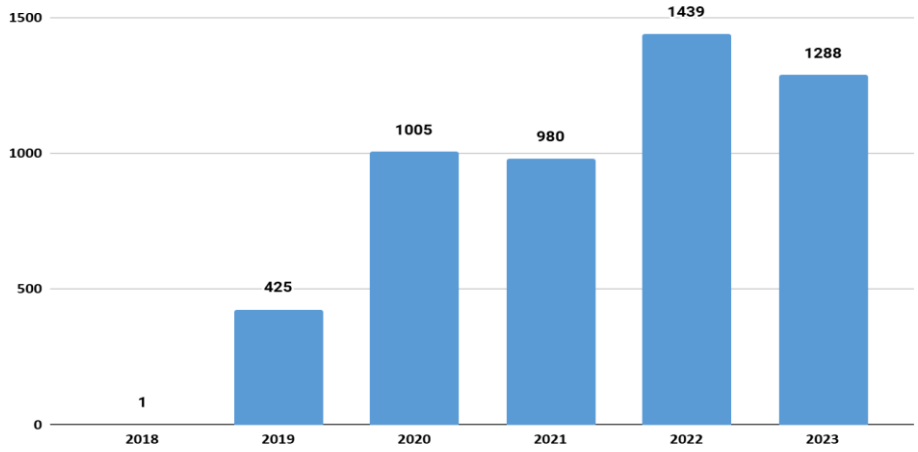
7.5.2 Estratégia Pré-Natal do Parceiro

Instituída em 2016 como um eixo da PNAISH, a Estratégia do Pré-Natal do Parceiro (EPNP) busca fortalecer o vínculo familiar e incentivar a participação masculina desde a gestação até o desenvolvimento da criança além de ser uma estratégia fundamental para ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde (BRASIL, 2023). Em Salvador, embora implementada no mesmo ano, o registro formal das consultas nos sistemas de informação das UBS/USF ocorreu apenas a partir de 2019.

Os dados apresentados a seguir revelam uma tendência de crescimento nos registros de consultas de pré-natal do parceiro, especialmente entre os anos de 2019 e 2022. Em 2023, observa-se uma leve redução nos atendimentos registrados, ainda assim mantendo níveis significativamente superior ao início da série histórica.

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 111 – Número de consultas de pré-natal do parceiro, na APS, Salvador-BA, 2019-2023.



Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em: 15/06/2025.

O envolvimento masculino no pré-natal contribui para a desconstrução da ideia de que o cuidado é exclusividade feminina, promovendo a equidade de gênero e o compartilhamento de responsabilidades (GOMES et al., 2007). O crescimento pode ser atribuído a campanhas de sensibilização e capacitações profissionais, enquanto que redução em 2023 sugere atenção, podendo indicar instabilidades nos sistemas de informação ou mudanças nas rotinas das unidades.

Os dados evidenciam um avanço significativo na promoção do cuidado masculino na APS a partir do pré-natal do parceiro, apontando para uma ampliação do acesso e da responsabilização dos homens no contexto da saúde reprodutiva. Para consolidar esse progresso, é essencial garantir a qualidade e a continuidade da assistência, utilizando abordagens que respeitem as especificidades de gênero em ambientes acolhedores e sem julgamentos.

7.6 Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

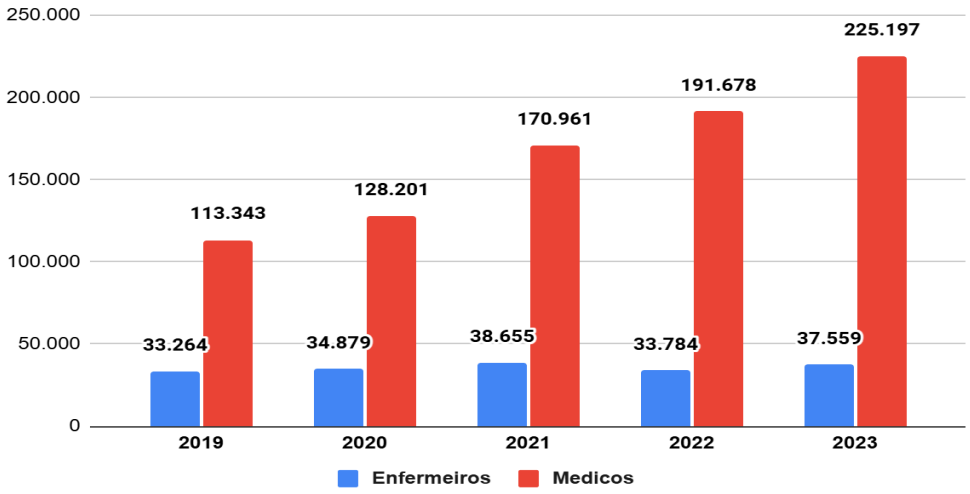
Instituída pela Portaria nº 2.528/2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) visa garantir o envelhecimento ativo e saudável por meio de uma assistência integral, humanizada e focada na autonomia (BRASIL, 2006). Em Salvador, essa política é operacionalizada por toda a rede de saúde, tendo como porta de entrada a APS que assegura o cuidado contínuo e o acesso a fluxos estruturados para especialidades, quando necessário.

Entre 2019 e 2023, o número de atendimentos a pessoas idosas na APS em Salvador evoluiu de 160.073 para 280.918 registros anuais, representando um crescimento de 75,49% no período.

CONSULTA PÚBLICA

Ademais, dados do município de Salvador revelam um crescimento contínuo no volume de atendimentos médicos na APS, passando de 113.343 em 2019 para 225.197 em 2023. Em contraste, os atendimentos realizados por enfermeiros, embora também tenham apresentado um leve aumento, mantiveram-se em patamares significativamente inferiores, com menor ritmo de expansão, variando de 33.264 em 2019 para 37.559 em 2024 (Gráfico 112).

Gráfico 112 – Números de atendimentos individuais de pessoas idosas atendidas pela APS, por categoria profissional, Salvador-BA, 2019-2023.



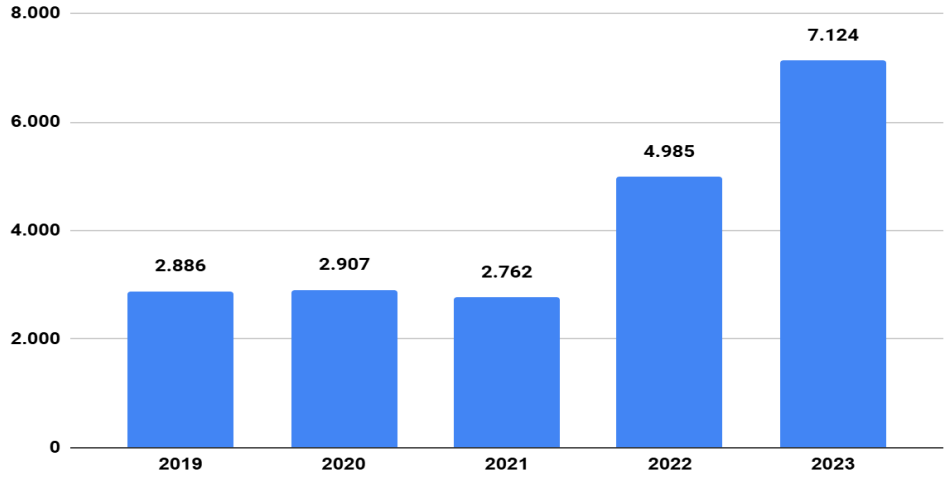
Fonte: Bi-Oracle/Sistema Vida +. Acesso em 08/08/2025.

O envelhecimento populacional e a maior longevidade elevam a incidência de doenças crônicas e declínio funcional, demandando maior volume de cuidados clínicos (OLIVEIRA; MATOS, 2023). Embora os atendimentos médicos tenham expandido, o potencial do enfermeiro na APS ainda é subaproveitado no manejo longitudinal e na promoção da saúde (PIRES; LUCENA; MANTESSO, 2022). A visita domiciliar surge como ferramenta estratégica da PNAB para garantir a equidade e a continuidade do cuidado àqueles com limitação de mobilidade.

O volume de atendimentos domiciliares a idosos, inicialmente estável, sofreu influência das restrições da pandemia em 2021. A partir de 2022, houve um crescimento expressivo: os atendimentos quase dobraram, saltando de 2.762 (2021) para 4.985 (2022). Essa tendência de alta se consolidou em 2023, atingindo 7.124 atendimentos.

CONSULTA

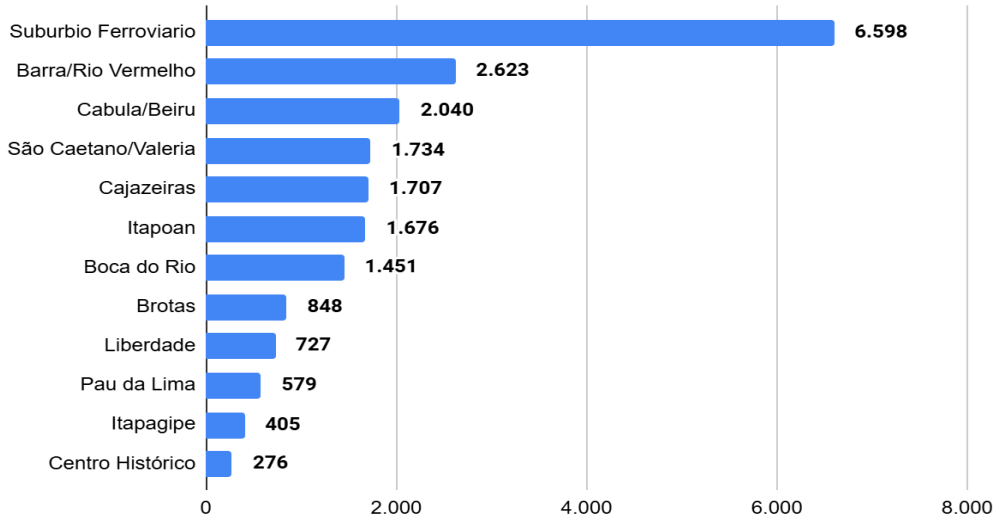
Gráfico 113 – Número de atendimentos domiciliares a pessoas idosas realizados na APS, Salvador-BA, 2019-2023.



Fonte: Bi-Oracle/Sistema Vida +. Acesso em 28/08/ 2025.

O atendimento domiciliar garante uma visão holística do contexto do idoso e a mitigação de riscos (MURILLO et al., 2024). Essa prática promove a humanização e o fortalecimento de vínculos, fatores essenciais para a confiança e adesão ao tratamento (KERBER et al., 2008). O Gráfico 114 apresenta o acumulado de atendimentos domiciliares a idosos por Distrito Sanitário em Salvador entre 2019 e 2023. Os dados detalham a distribuição desse serviço e confirmam o crescimento geral da assistência discutido anteriormente.

Gráfico 114 – Número de atendimentos domiciliares a pessoas idosas realizadas em Salvador, por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2019-2023.

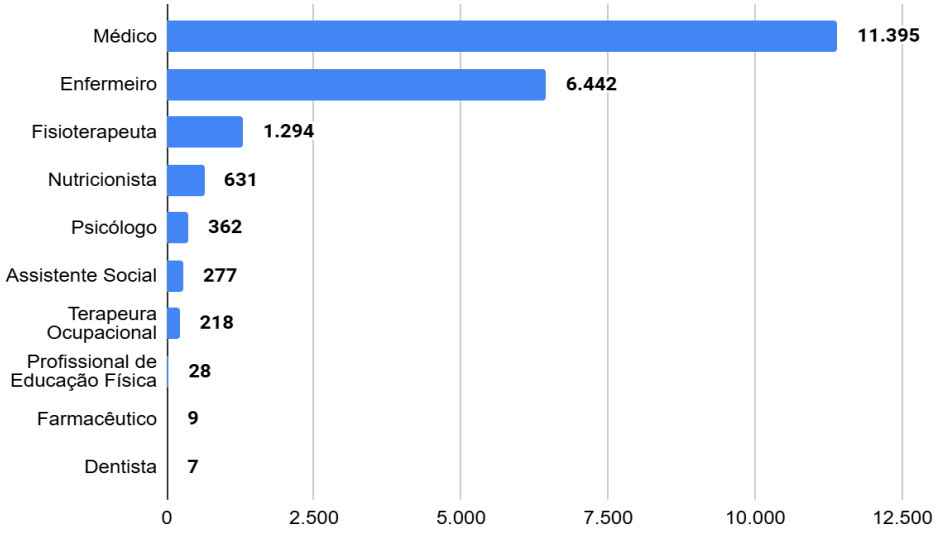


Fonte: Bi-Oracle/Sistema Vida +. Acesso em 28/08/2025.

A correlação entre os gráficos revela que o crescimento exponencial de visitas domiciliares que saltou de 2.886 em 2019 para 7.124 em 2023 ocorreu de forma heterogênea em Salvador. O Subúrbio Ferroviário destacou-se como o principal motor dessa expansão, sugerindo que o maior investimento e a ampliação da cobertura da APS nesse distrito foram determinantes para o fortalecimento das estratégias de cuidado.

Quando avaliado os atendimentos por categoria profissional, destaca-se que entre 2019 e 2023, o atendimento médico liderou as visitas domiciliares com 11.395 registros, seguido pelo atendimento do enfermeiro, com 6.442.

Gráfico 115 - Número de atendimentos domiciliares à pessoa idosa, por categoria profissional, Salvador-BA, 2019 e 2023.



Fonte: Bi-Oracle/Sistema Vida +. Acesso em 28/08/2025.

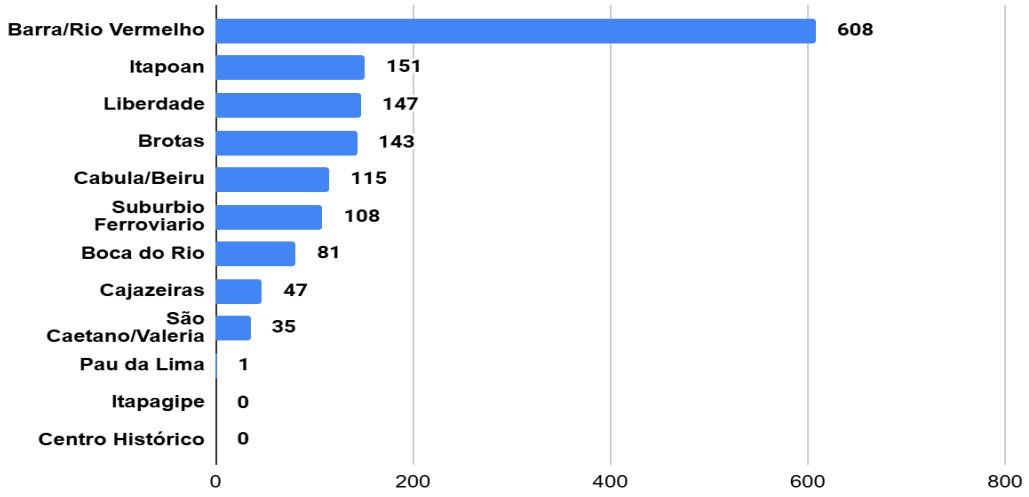
A disparidade entre o número de atendimentos domiciliar à pessoa idosa de médicos e enfermeiros, com as demais categorias revelam um desafio para a consolidação das equipes multiprofissionais mesmo com o apoio de estruturas como equipe e-Multi e Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Tendo em vista que a integralidade do cuidado vai além do tratamento de doenças (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O manejo do idoso na APS requer uma atuação em rede, onde os encaminhamentos internos asseguram a integralidade do cuidado. Observa-se uma evolução expressiva de zero registros em 2014 para um pico de 7.453 encaminhamentos internos em 2021. Este auge, influenciado pelas restrições da pandemia, foi seguido por uma queda acentuada para 4.577 em 2022. Em 2023, houve uma leve recuperação (4.931 registros), sugerindo uma transição entre a pressão interna do período pandêmico e a retomada dos serviços especializados externos.

Entre 2015 e 2023, os encaminhamentos externos na APS de Salvador cresceram expressivamente, buscando a complementaridade na Rede de Atenção à Saúde. As referências para Serviços Especializados saltaram de 2.186 para 27.222, refletindo melhor identificação das necessidades do idoso. No mesmo período, os encaminhamentos para Urgência subiram de 149 para 1.495, o que, apesar de indicar detecção precoce de agudizações, também pode sugerir agravos evitáveis. O cenário demonstra avanço na capacidade de referenciamento, mas alerta para a pressão sobre a rede especializada.

A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AVMD) é uma ferramenta indispensável para o planejamento do cuidado integral por permitir a análise das dimensões clínica, funcional, cognitiva, social e ambiental (SIQUEIRA et al., 2023). Em Salvador, entre 2019 e 2023, a AVMD revela forte disparidade territorial, conforme apresentado a seguir.

Gráfico 116 – Número de registro de avaliação multidimensional da pessoa idosa na APS, Salvador-BA, 2019-2023.



Fonte: BI/OracleSalvador-VIDA +. Acesso em 28/08/2025.

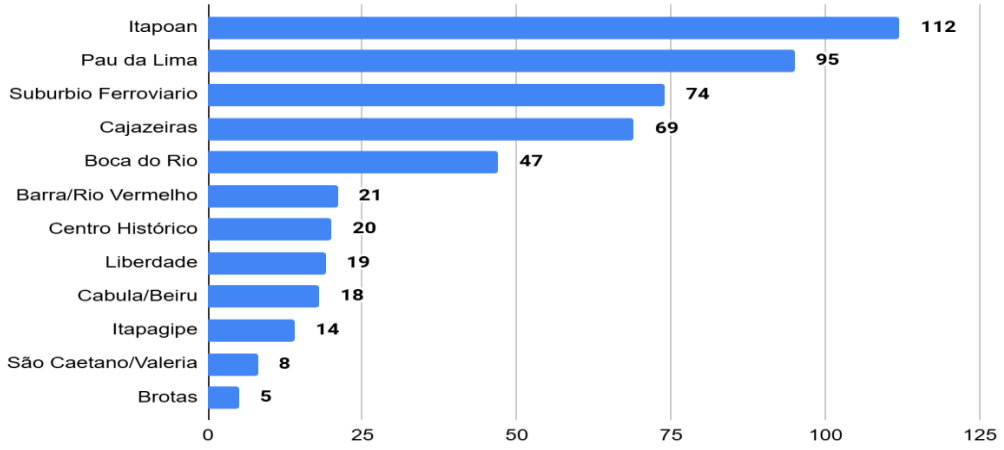
As disparidades no volume de AVMD entre os distritos de Salvador refletem desigualdades demográficas, de infraestrutura e possíveis falhas de registro nos sistemas de informação. Para assegurar a equidade territorial, é indispensável ampliar o engajamento multiprofissional e investir em formação e gestão.

No que se refere ao cuidado realizados na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), em 2024, a SMS identificou 97, com maior concentração nos distritos de Itapuã (29), Itapagipe (17) e Centro Histórico (11). Entre 2019 e 2023, os maiores volumes de atendimento ocorreram nos DS Itapuã, Pau da Lima e Subúrbio Ferroviário.

O Gráfico 117 apresenta uma diferença significativa na distribuição geográfica dos serviços por DS nos anos de 2019 a 2023, com os DS Itapoan, Pau da Lima e Subúrbio Ferroviário concentrando os maiores quantitativos de atendimento.

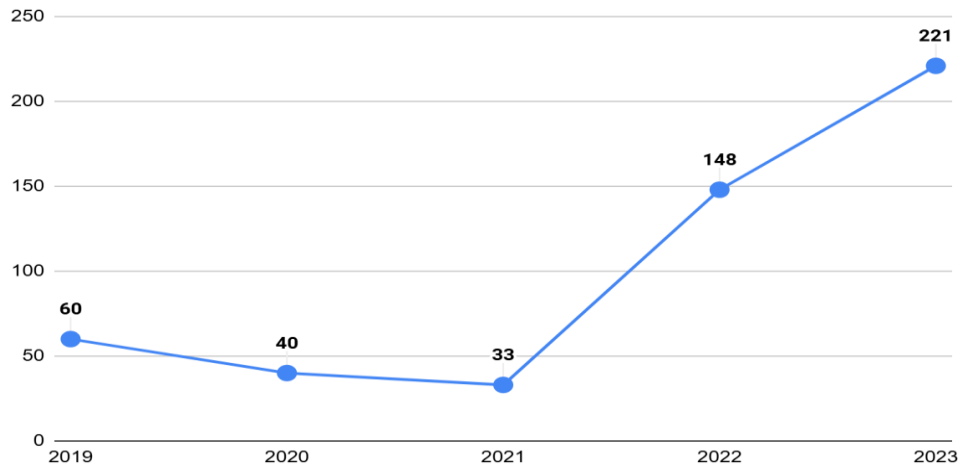
Enquanto o Gráfico 118 demonstra uma variação no volume total de atendimentos ao longo dos últimos seis anos. A intersecção desses dois eixos de análise é fundamental para diagnosticar os desafios de acesso, equidade e capacidade do sistema, oferecendo subsídios para um planejamento estratégico mais eficaz.

Gráfico 117 – Número de atendimentos individuais em ILPI por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2019 a 2023.



Fonte: BI/OracleSalvador-VIDA +. Acesso em agosto de 2025.

Gráfico 118 – Evolução anual do número total de atendimentos em ILPI, Salvador-BA, 2019-2023.



Fonte: Bi-Oracle/Salvador, acesso em agosto de 2025.

Os atendimentos em ILPIs em Salvador sofreram forte oscilação devido à pandemia, caindo de 60 em 2019 para 33 em 2021. Contudo, houve uma recuperação expressiva a partir de 2022, atingindo 221 atendimentos em 2023 com um salto de 569% que reflete a demanda reprimida e melhorias no mapeamento municipal. A distribuição territorial, porém, revela iniquidades, com forte concentração nos distritos de Itapoan (112 atendimentos), Pau da Lima (95 atendimentos) e Subúrbio Ferroviário (74 atendimentos). Ao correlacionar a distribuição com o crescimento total, constata-se que a expansão foi majoritariamente absorvida por territórios que já possuíam ILPIs instaladas, a exemplo de Itapoan.

Pau da Lima apresenta uma particularidade pois embora possua apenas 4,1% das ILPIs de Salvador, o alto volume de atendimentos deveu-se a uma intervenção emergencial em 2022 para conter um surto de tuberculose, representando 42,8% dos atendimentos do distrito. Esse episódio demonstra a capacidade de resposta da SMS a riscos sanitários, mas evidencia a necessidade de fortalecer a vigilância e a atenção de rotina em todas as instituições para evitar situações similares e garantir a cobertura integral.

A análise integrada dos dados revela que o sistema de ILPIs em Salvador enfrenta um duplo desafio que é responder ao crescimento acelerado da demanda e, simultaneamente, corrigir a desigualdade na distribuição territorial dessas instituições. A concentração dos atendimentos em poucos distritos evidencia a necessidade de políticas públicas que ampliem a cobertura e descentralizem o cuidado institucional à pessoa idosa.

7.7 Alimentação e Nutrição

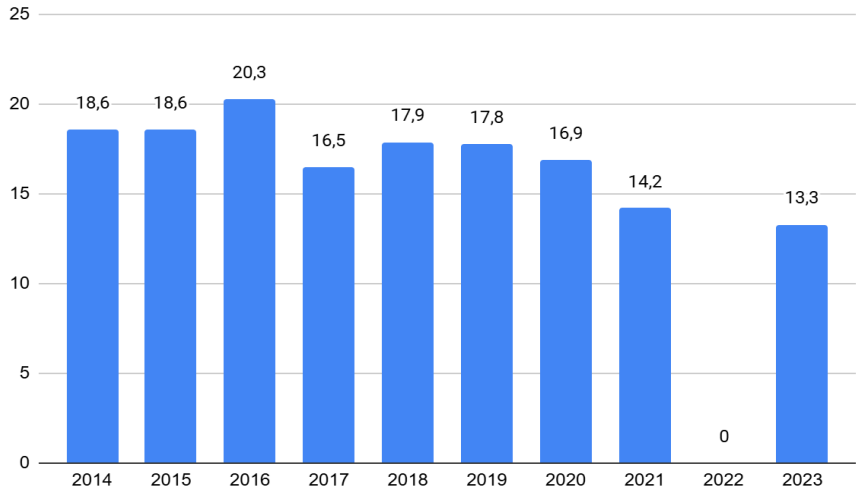
A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), atualizada em 2011, orienta as ações do SUS com foco na promoção da saúde e no cuidado integral. O município de Salvador, na sua atuação considera as diretrizes dessa política com vistas a viabilizar a vigilância nutricional, a educação alimentar, o combate às DCNTs e à insegurança alimentar.

A pesquisa periódica denominada Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) monitora marcadores de consumo alimentar com base no Guia Alimentar, classificando-os em marcadores saudáveis (frutas, hortaliças e feijão) e não saudáveis (refrigerantes e ultraprocessados) (BRASIL, 2023).

Embora a OMS recomende a ingestão diária de 400 gramas (cinco porções) de frutas e hortaliças (WHO, 2003; BRASIL, 2023), a série histórica de Salvador (2014-2023) revela que houve um decréscimo de 5,3% no consumo recomendado desses alimentos, considerando aqueles que os consomem em cinco ou mais dias da semana. Destaca-se que no gráfico abaixo, no ano de 2022 o indicador não compôs a pesquisa do Vigitel.

CONSULTA PUBLICA

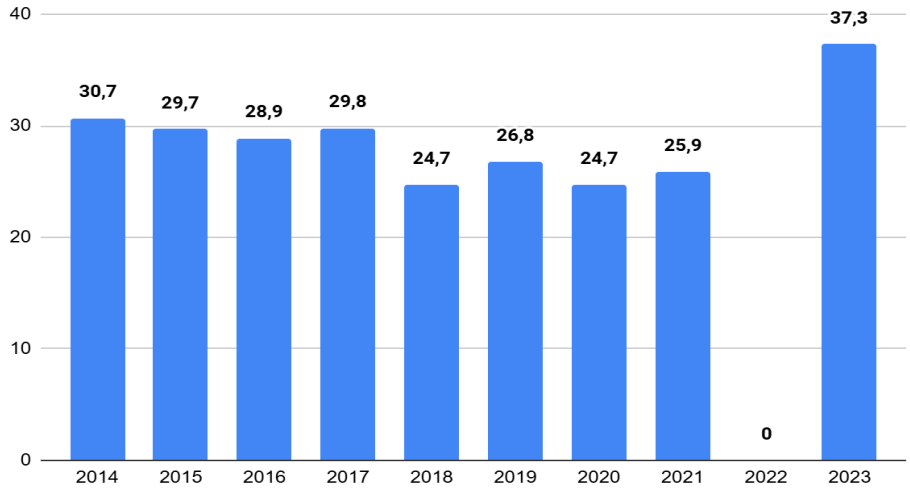
Gráfico 119 – Percentual de adultos maiores de 18 anos com consumo recomendado de frutas e hortaliças, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: Vigitel, acesso em 01/09/2025.

No entanto, nota-se que quando se trata do consumo regular de frutas e hortaliças em Salvador, esse consumo teve um crescimento de 6,6% conforme se verifica no Gráfico 119. O município destaca-se com um consumo de frutas e hortaliças acima da média nacional, figurando entre as dez capitais com aumento superior a 8%. No cenário nacional, Rio Branco (15,9%) e Manaus (15,8%) registraram os maiores incrementos. Em todo o período analisado, o consumo permaneceu consistentemente maior entre o sexo feminino (BRASIL, 2023).

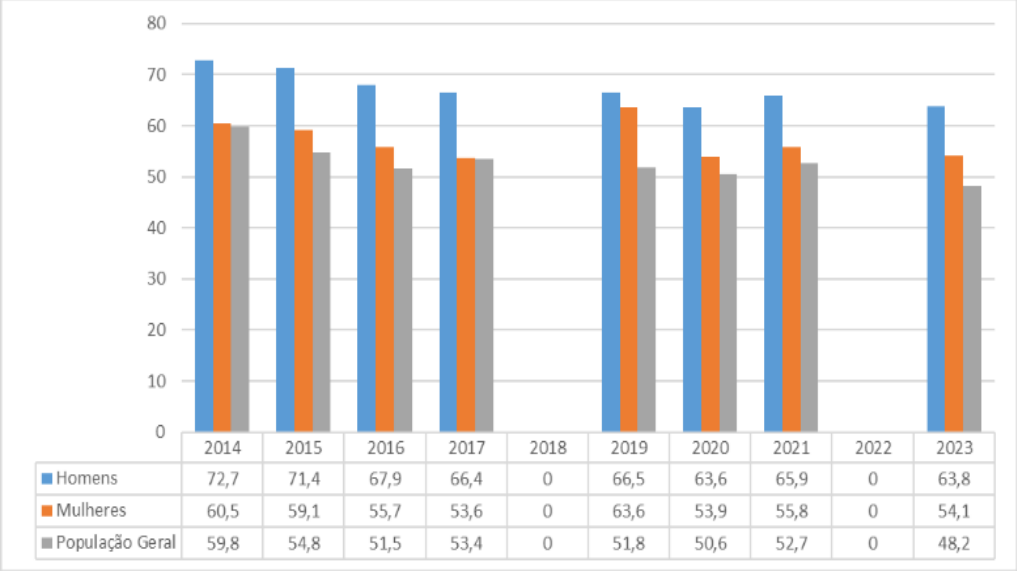
Gráfico 120 – Percentual de adultos maiores de 18 anos com consumo regular de frutas e hortaliças, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: Vigitel, acesso em 01/09/2025.

No que se refere ao consumo regular de feijão no município, é possível observar que em todos os anos da série histórica, o consumo de feijão foi maior entre para o sexo masculino. Contudo, ao longo do período, observa-se uma redução do consumo para ambos os sexos. Para os anos de 2018 e 2022, esse indicador não fez parte da pesquisa.

Gráfico 121 - Percentual de Homens, Mulheres e População Geral, maiores de 18 anos, com consumo de feijão, Salvador-BA, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Homens	72,7	71,4	67,9	66,4	0	66,5	63,6	65,9	0	63,8
Mulheres	60,5	59,1	55,7	53,6	0	63,6	53,9	55,8	0	54,1
População Geral	59,8	54,8	51,5	53,4	0	51,8	50,6	52,7	0	48,2

Fonte: Vigitel, acesso em 01/09/2025.

Entre 2014 e 2023, Salvador registrou uma redução de 8% no consumo regular de refrigerantes. Em 2023, a capital baiana consolidou-se como a 1ª do ranking nacional com o menor consumo (7,0%), à frente de Fortaleza (7,1%), Natal (7,3%) e São Luís (7,7%). Apesar da queda geral, o consumo permanece significativamente superior entre o sexo masculino (BRASIL, 2023).

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) (2009–2019) revelam a queda na qualidade da dieta de estudantes do 9º ano em Salvador. O cenário é marcado pelo aumento de 17,2% no consumo de refrigerantes e pela redução na ingestão de feijão (10,5%) e frutas (1,3%). Apesar do dado positivo de queda de 15,33% no consumo de guloseimas, a substituição de alimentos in natura por ultraprocessados reforça a necessidade de vigilância nutricional no ambiente escolar.

CONSULTA

Gráfico 122 - Percentual de consumo de feijão, frutas, guloseimas e refrigerantes, por escolares, Salvador-BA, 2009, 2012, 2015 e 2019.

	Feijão	Frutas	Guloseimas	Refrigerante
2009	47,00%	22,70%	46,60%	32,40%
2012	47,70%	23,00%	40,10%	26,60%
2015	41,20%	28,20%	36,90%	21,30%
2019	26,50%	21,40%	31,30%	49,50%

Fonte: Vigitel. Acesso em: 01/09/2025.

Embora o consumo de frutas e hortaliças supere a média nacional e o de refrigerantes tenha caído para 14,6% em 2023 (redução de 8% na série), o consumo de feijão recuou 7,9% entre 2014 e 2023, indicando a perda de padrões tradicionais. Há também uma disparidade de gênero, com homens consumindo menos alimentos protetores. Entre escolares, a PeNSE confirma a tendência crítica que é o aumento de 17,2% no consumo de refrigerantes e a redução na ingestão de feijão e frutas. Esse cenário exige a intensificação de ações de Educação Alimentar e Nutricional para reverter a substituição de alimentos in natura por ultraprocessados e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

7.8 Rede Alyne

A Rede de Atenção Materno-Infantil consolidou-se e aperfeiçoou-se nos últimos anos por meio de políticas públicas focadas na qualificação da APS, na articulação entre os diferentes níveis de atenção e na redução da morbimortalidade materna e neonatal. Inicialmente, foi instituída a Rede Cegonha pela Portaria nº 1.459, de junho de 2011, com o objetivo de garantir o acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança, abrangendo desde o planejamento reprodutivo até os primeiros anos de vida do bebê, visando um cuidado humanizado e seguro (BRASIL, 2017b).

Para o aprofundamento do cuidado e o combate às iniquidades, a Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, atualizou a Rede Cegonha para Rede Alyne[30].

Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador oferece o acompanhamento pré-natal para gestação de risco habitual em 158 Unidades Básicas de Saúde, abrangendo unidades com e sem a ESF, as quais a APS assegura serviços essenciais como teste rápido de gravidez, triagem pré-natal, teste do pezinho e administração de penicilina para gestantes com diagnóstico de sífilis.

No município, encontram-se instaladas e em funcionamento sete maternidades estaduais de referência, responsáveis pelo atendimento à demanda assistencial de Salvador e de diversos municípios do estado da Bahia. São elas: Maternidade José Maria de Magalhães Neto, Maternidade Tsylla Balbino, Hospital Geral Roberto Santos, Maternidade Albert Sabin, Maternidade Climério de Oliveira, Maternidade Maria da Conceição de Jesus e o Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA).

Essas unidades integram a rede estadual de atenção obstétrica e neonatal, desempenhando papel estratégico na garantia do acesso ao parto e ao nascimento de forma qualificada, segura e regionalizada.

Atualmente, está em processo de finalização a Maternidade e Hospital da Criança (MHC) do município de Salvador, uma iniciativa do Plano de Governo Municipal, com previsão de inauguração para o ano de 2026 com perfil de atendimento assistencial possuindo 96 leitos de atendimento materno infantil

Já as gestantes de risco intermediário realizam interconsulta com médico obstetra na rede municipal, seguindo o Fluxograma de Acesso à Interconsulta Obstétrica nos Multicentros de Saúde de Salvador, atualmente o serviço que realiza esse atendimento é o Multicentro Carlos Gomes.

No município de Salvador, a estratificação de risco[31] orienta os fluxos de atenção, de modo que as gestantes classificadas com Alto Risco e Alto Risco de Maior Complexidade que apresentam alterações no curso fisiológico da gestação são encaminhadas, via Sistema de

30 Rede Alyne é uma nova estrutura que visa qualificar essa rede temáticas do SUS, com o objetivo central de reduzir a morbimortalidade materna e infantil, com foco específico nas populações negra e indígena. O nome do programa homenageia Alyne da Silva Pimentel Teixeira, uma mulher negra vítima de morte materna por negligência em 2002, o que ressalta o compromisso do programa com o enfrentamento do racismo estrutural e das desigualdades raciais no acesso à saúde. A Rede Alyne, portanto, trata sobre a qualificação do cuidado materno-infantil no SUS, mediante um modelo de atenção integral.

31 No contexto da estruturação da Rede Alyne na Bahia, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) reviu e ajustou a estratificação de risco gestacional e critérios de elegibilidade. A classificação anterior do estado (Baixo Risco, Alto Risco Tipo 1 e Tipo 2) foi substituída por uma categorização mais detalhada: Baixo Risco, Risco Intermediário, Alto Risco e Alto Risco de Maior Complexidade (Bahia, 2024).

CONSULTA PUBLICA

Regulação Ambulatorial da Secretaria ESTADUAL da Saúde da Bahia (SRA/SESAB), para atendimento especializado nas sete maternidades estaduais de referência.

Independente da estratificação para alto risco ou risco intermediário, as gestantes são continuamente orientadas e estimuladas quanto à importância da manutenção do acompanhamento de pré-natal nas UBS, de forma complementar ao seguimento especializado, garantindo a coordenação do cuidado, o vínculo longitudinal, a continuidade e a integralidade da assistência ao binômio.

Ademais, destaca-se que a vinculação à maternidade de referência deve ocorrer previamente ao parto, ainda durante o acompanhamento pré-natal, conforme a estratificação de risco gestacional e a organização territorial da Rede de Atenção, com o objetivo de assegurar acolhimento oportuno, planejamento assistencial adequado e maior segurança no momento do nascimento.

A implementação da rede materna infantil perpassa por fortalecer ações e o acesso aos serviços e se, os mesmos estão refletindo a capacidade do sistema de atender de forma qualificada e humanizada. Assim, no que se refere ao acompanhamento pré-natal, observa-se um incremento no número de consultas de pré-natal realizadas, anualmente, na APS. O município de Salvador demonstrou um crescimento, passando de 11.138 em 2015 para 105.253 em 2023 (Tabela 35). Cabe destacar que a implantação do SISAB foi iniciada em 2013, o que pode ter havido falha ou perda no registro das consultas realizadas em 2014. Assim como, há divergência em comparação aos dados extraídos do sistema Vida+ por DS.

Tabela 35- Quantidade de consultas pré-natal realizadas por ano nos municípios de Salvador, Recife, Fortaleza, e Belo Horizonte na APS, 2014-2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Salvador	13	11.138	16.843	30.078	35.611	26.637	86.890	88.503	135.534	105.253
Recife	146	4.672	21.628	36.969	51.577	63.451	56.629	51.623	54.432	67.240
Fortaleza	6.366	62.704	108.561	171.258	133.827	127.478	160.256	159.261	251.214	349.740
Belo Horizonte	-	27.208	108.897	116.035	119.580	118.385	112.830	96.886	94.734	100.134

Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em 30/07/2025

CONSULTA PÚBLICA

Observa-se que Salvador possui um total de consultas anuais inferior ao de Fortaleza, ao longo do período analisado, assim como Belo Horizonte, excetuando-se os anos de 2022 e 2023 que Salvador apresenta um quantitativo maior (Tabela 35).

Ao analisar a produção dos atendimentos pré-natal do município de Salvador por DS, destaca-se que os DS Itapuã, São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário apresentaram os maiores números de consultas de pré-natal realizadas. Além disso, o DS Subúrbio Ferroviário realizou mais consultas de pré-natal, com exceção para os anos de 2018 e 2019 cujo DS São Caetano/Valéria alcançou o maior quantitativo (Tabela 36).

Tabela 36 - Número de consultas de pré-natal por Distrito Sanitário, Salvador- BA, 2014-2023.

Distrito Sanitário	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Barra Rio Vermelho	2	2.649	8.108	15.291	27.524	19.433	5.937	8.278	8.109	6.995
Boca do Rio	-	5.526	5.927	15.554	19.532	14.513	6.035	4.083	2.735	2.764
Brotas	6	2.755	3.778	7.839	14.222	14.620	10.127	7.835	6.017	3.957
Cabula Beiru	79	6.895	6.264	24.051	34.955	44.834	16.929	14.944	14.287	15.115
Cajazeiras	3	6.435	12.578	26.582	33.919	9.592	7.575	8.947	9.049	8.608
Centro Histórico	-	1.950	3.722	14.731	26.037	25.880	7.748	3.796	3.147	3.174
Itapagipe	-	5.055	13.716	21.376	19.348	6.734	6.344	6.153	5.398	5.097
Itapuã	12	9.891	23.534	38.142	41.169	24.860	13.543	14.815	13.262	11.585
Liberdade	-	2.749	4.522	4.856	8.074	7.950	7.310	8.456	7.408	7.721
Pau da Lima	2	1.617	6.331	27.113	27.486	15.882	13.261	9.855	9.176	7.436
São Caetano Valéria	350	9.345	17.089	34.898	62.559	32.561	13.932	15.307	13.420	12.055
Subúrbio Ferroviário	-	15.700	36.564	46.500	59.242	22.789	17.458	18.575	16.945	16.135
Total	454	70.567	142.133	276.933	374067	239648	126199	121.044	108.953	100.642

Fonte: Oracle Business/ Sistema Vida+. Acesso em 21/07/2025.

Em 2023, os números de consultas de pré-natal foram maiores nos distritos Subúrbio Ferroviário (16.135), Cabula Beiru (15.115), e Itapuã (11.585), enquanto que os DS Centro Histórico (3.174), Brotas (3.957), e Boca do Rio (2.764) apresentaram os menores registros. Essa diferença na produção requer uma análise aprofundada para determinar se reflete uma menor população gestante ou se aponta para desafios de acesso e oferta que demandam intervenções específicas. Reforça ainda a necessidade de aprimorar o acesso e a capacidade de captação do pré-natal. Adicionalmente, a forma como as gestantes acessam o serviço de forma

não programada reflete tanto o acesso quanto a confiança na resolutividade da unidade. O sistema deve estar preparado para o atendimento oportuno dessas gestantes que procuram o serviço espontaneamente, garantindo a avaliação rápida e o manejo adequado do caso.

A variação no número de consultas realizadas por DS no período pode indicar mudanças na composição da equipe, na capacidade instalada, nos registros do sistema de informação e/ou na gestão de agendas.

A forma como as gestantes acessam o serviço reflete tanto o acesso quanto a confiança na resolutividade da unidade. Desse modo, é necessário estar preparado para o atendimento oportuno dessas gestantes que procuram o serviço espontaneamente, garantindo a avaliação rápida e o manejo adequado do caso.

Quanto ao número de consultas de pré-natal por demanda espontânea realizadas por médicos, registra-se que em 2023, Salvador realizou 8.722 consultas, menor quando comparada à Fortaleza, que alcançou 45.223 consultas no mesmo ano. Salvador, em 2023, ficou abaixo de Belo Horizonte (15.749) e acima de Recife (3.932) (Tabela 37).

Tabela 37 - Número de consultas de pré-natal por demanda espontânea realizadas por médicos na APS, Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, entre 2014 a 2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Salvador	0	302	445	788	1.301	2.897	10.132	7.699	13.256	8.722
Recife	29	239	695	1.393	2.708	3.552	4.540	3.027	3.592	3.932
Fortaleza	1.256	11.145	16.529	14.101	11.136	9.684	12.721	11.646	24.202	45.223
Belo Horizonte	0	138	763	19.002	18.180	19.106	19.720	14.796	14.298	15.749

Fonte: SISAB, dados coletados 30/07/2025.

A produção por enfermeiros na demanda espontânea, em 2023, Salvador registrou 12.137 atendimentos. Comparativamente, Salvador foi superior à Recife (11.584) e inferior a Belo Horizonte (14.138), sendo menor que Fortaleza (60.304). Vale considerar a importância da enfermagem no acolhimento da gestante para qualificação do cuidado materno (Tabela 38).

CONSULTA PÚBLICA

Tabela 38 - Número de atendimentos de pré-natal por demanda espontânea realizada por enfermeiros, Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, entre 2014-2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Salvador	3	686	834	1.365	1.370	1.880	12.135	14.348	17.241	12.137
Recife	-	255	1.748	3.219	6.247	9.550	11.059	9.682	12.187	11.584
Fortaleza	1.415	1.457	16.752	11.579	9.351	9.042	7.687	7.148	30.547	60.304
Belo Horizonte	-	96	1.723	7.979	7.445	8.555	9.048	6.312	12.159	14.138

Fonte: SISAB, dados coletados 30/07/2025

No que se refere aos atendimentos pré-natal por demanda programada, Salvador demonstrou crescimento na produção médica programada, atingindo 35.842 consultas em 2023. A produção médica de Salvador foi inferior à de Fortaleza (113.764) e abaixo de Belo Horizonte (41.360). No entanto, Salvador superou o número de consultas médicas programadas de Recife (12.494) (Tabela 39). O que demonstra um investimento em garantir o seguimento clínico de risco habitual e a estratificação dos casos mais complexos, o que é essencial para o cumprimento das diretrizes da Rede Alyne.

Tabela 39 - Número de consultas pré-natal por demanda programada realizado por médicos na APS nos municípios de Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Salvador	4	2.593	4.302	10.100	16.608	16.062	19.674	20.807	39.475	35.842
Recife	117	1.137	3.437	6.028	6.958	8.596	7.129	7.330	7.860	12.494
Fortaleza	1.765	19.815	35.998	61.795	47.913	44.084	65.132	66.840	89.351	113.764
Belo Horizonte	-	20.717	74.394	61.346	64.184	61.119	57.605	49.864	43.625	41.360

Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em 30/07/2025.

Em relação às consultas de enfermagem na demanda programada, observa-se que Salvador registrou 51.083 consultas em 2023. Quando comparado a produção dos atendimento pré-natal por demanda programada com as demais capitais de interesse, Salvador (51.083) apresentou uma produção superior à de Recife (37.089) e Belo Horizonte (28.728). Assim como a produção de enfermagem de Salvador é inferior à de Fortaleza (130.449) (Tabela 40).

CONSULTA PUBLICA

Tabela 40 - Número de consultas pré-natal por demanda programada realizado por enfermeiros na APS nos municípios de Salvador, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Salvador	10	7.732	11.826	19.615	19.964	15.268	28.716	40.728	56.072	51.083
Recife	-	3.045	15.794	29.564	35.993	42.070	33.426	31.229	30.203	37.089
Fortaleza	1.930	20.287	39.282	83.783	65.427	64.668	74.027	73.627	107.414	130.449
Belo Horizonte	-	6.257	32.017	27.708	29.771	29.605	26.457	23.828	24.652	28.728

Fonte: SISAB/SIAPS/MS. Acesso em 30/07/2025.

O desafio permanece na expansão, pois, embora Salvador supere algumas capitais, ainda é necessário fortalecimento do acesso e qualificação da assistência ao pré-natal, o que demanda um esforço contínuo para garantir que o número adequado de consultas de pré-natal seja alcançado para todas as gestantes, fortalecendo a base da Rede Alyne no território.

Quanto à proporção[32] de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré natal realizadas, observa-se um incremento de 32,5%, saindo de 51,3% em 2014 para 68,0% em 2023, o que aponta para uma melhoria gradual do acesso e do seguimento do pré-natal no município. Cabe registrar também, a redução do número de nascidos vivos (de 36.676 em 2014 para 25.708 em 2023), seguindo a tendência nacional (Tabela 41).

Tabela 41 - Número de nascidos vivos, número de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas e proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, Salvador-BA, 2014-2023.

Nascidos Vivos (NV)		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total de NV	**Nº**	36.676	36.637	35.017	35.367	34.808	32.988	30.149	28.598	27.167	25.708
NV de mães com 07 ou mais consultas	**Nº**	18.827	19.635	19.882	21.670	21.240	20.495	18.340	18.652	17.476	17.472
	%	51,3	53,6	56,8	61,3	61,0	62,1	60,8	65,2	64,3	68,0

Fonte: SINASC/DATASUS/MS. Acesso em: 21/07/2025

Dando continuidade à análise do indicador de qualidade do pré-natal sob a ótica da equidade e em consonância com os princípios da Rede Alyne, examina-se o desempenho do acompanhamento na população negra, historicamente mais impactada pelas iniquidades em saúde.

[32] O indicador Proporção de Nascidos Vivos com sete ou mais consultas mede o percentual de recém-nascidos (RN) de mães que realizaram o número mínimo de consultas considerado ideal para a qualidade do pré-natal. Este indicador, fundamental para a Rede Alyne, avalia a cobertura e a qualidade do atendimento durante a gestação, refletindo o acesso das gestantes aos serviços de saúde e contribuindo diretamente para a redução da mortalidade materna e perinatal

CONSULTA PÚBLICA

Tabela 42 - Número e proporção de nascidos vivos de mães negras, pretas e pardas com sete ou mais consultas de pré-natal em Salvador-BA, 2014-2023.

Nascidos Vivos (NV)		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
NV de **mães negras**	**Nº**	29.365	30.372	29.127	29.733	28.976	27.681	25.331	24.068	21.848	21.531
	%	80,1	82,9	83,2	84,0	83,2	83,9	84,0	84,1	80,4	83,7
NV de **mães negras** com 7 ou mais consultas	**Nº**	15.391	16.634	17.191	18.740	18.225	17.732	16.057	16.534	15.347	15.396
	%	52,4	54,7	59,0	63,0	62,8	64,0	63,3	68,6	70,0	71,5
NV de **mães pretas** com 7 ou mais consultas	**Nº**	4.222	4.886	5.475	6.202	6.263	6.392	5.651	5.837	6.265	6.620
	%	27,4	29,3	31,8	33,0	34,3	36,0	35,1	35,3	40,8	42,9
NV de **mães pardas** com 7 ou mais consultas	**Nº**	11.169	11.748	11.716	12.538	11.962	11.340	10.406	10.697	9.082	8.776
	%	72,5	70,7	68,2	67,0	65,7	64,0	64,9	64,7	59,2	57,1

Fonte: SINASC/DATASUS/MS. Acesso em 02/10/2025.

Cabe destacar que o percentual de nascidos vivos de mães negras corresponde em média 83% do total de nascidos vivos residentes de Salvador, no período analisado, variando de 80,6 em 2014 a 83,7 em 2023. Em relação ao número de consultas de pré-natal, observa-se um incremento de 36,4% no percentual de mães negras que realizaram sete ou mais consultas, saindo de 52,4% em 2014 para 71,5% em 2023 (Tabela 42). Esse aumento pode demonstrar a redução de barreiras de acesso com a ampliação da cobertura de Atenção Primária à Saúde.

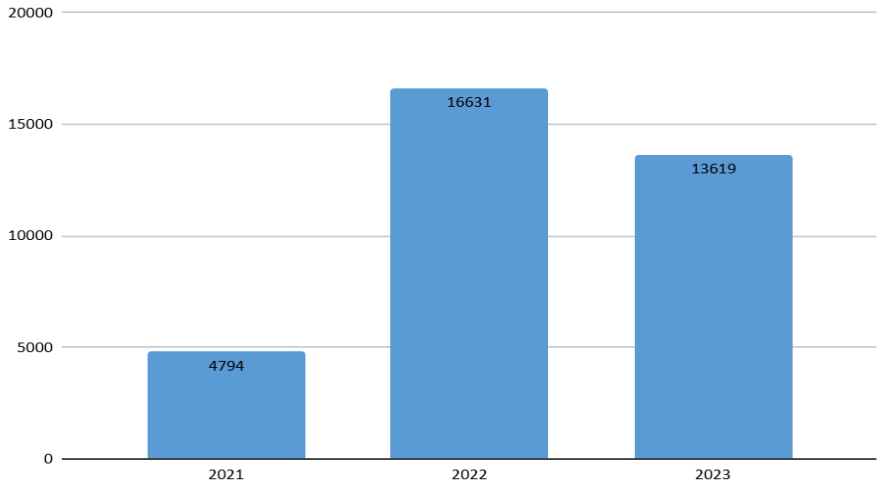
Verifica-se que o número de nascidos vivos com mães que se autoidentificaram como pretas demonstrou crescimento, de 27,4% em 2014 para 42,9% em 2023, o que pode estar associado às ações de autoidentificação racial.

A melhoria dos indicadores de consultas de pré-natal, especialmente na população negra, é influenciada também por iniciativas municipais voltadas à qualificação do cuidado materno-infantil. O Programa Mãe Salvador, instituído pela Lei nº 9.555/2020, busca ampliar e qualificar a atenção às usuárias do SUS durante o pré-natal, o parto, o puerpério e a atenção ao recém-nascido. O programa se destaca por facilitar o acesso das gestantes e recém-nascidos à rede pública de saúde, mediante a oferta de transporte público gratuito às gestantes cadastradas no SUS. Esta oferta garante o deslocamento para consultas de pré-natal e visitas de vinculação com a maternidade de referência, que são etapas fundamentais para o acompanhamento adequado da gestação.

CONSULTA PÚ

Ao oferecer transporte público gratuito, o programa atua diretamente na remoção de barreiras de acesso aos serviços de saúde, um fator crítico para a garantia do pré-natal oportuno. O Programa Mãe Salvador beneficiou um total de 35.044 usuárias entre 2021 e 2023 (Gráfico 123).

Gráfico 123 - Quantidade anual de gestantes beneficiadas pelo Programa Mãe Salvador, 2021-2023.



Fonte: DAPS/SMS.

É relevante destacar que, a partir de 2024, a Rede Alyne[33] deu ênfase no monitoramento da mortalidade materna entre mulheres negras, evidenciando a necessidade de políticas públicas direcionadas e do aprimoramento contínuo dos processos de trabalho, com vistas à redução das barreiras de acesso que afetam essa população. Também ressaltam a importância da conscientização sobre o racismo estrutural e da qualificação do cuidado prestado durante as consultas, de modo a promover maior equidade na atenção à saúde.

Atualmente, o Pré-natal no município enfrenta nós críticos dentre os quais se destacam a fragmentação do cuidado entre os diferentes níveis assistenciais, limitações estruturais e de recursos humanos, fragilidades na estratificação de risco gestacional, dificuldades de acesso oportuno ao pré-natal de alto risco, insuficiência de mecanismos efetivos de contra referência e vulnerabilidades sociais que impactam diretamente a adesão e os desfechos maternos e neonatais.

[33] São objetivos da Rede Alyne: Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena.

A incorporação da Rede Alyne pelo município de Salvador requer reorganização com investimentos estratégicos nos âmbitos assistencial, organizacional, tecnológico e de governança. Inicialmente, faz-se necessário o fortalecimento da APS, enquanto coordenadora do cuidado, mediante ampliação da cobertura da ESF, qualificação das equipes para adequada estratificação de risco gestacional e acompanhamento pré-natal, garantia de insumos essenciais e ampliação do acesso e oferta a exames de acompanhamento pré-natal, além da implementação de protocolos clínicos baseados em evidência e em consonância com as diretrizes do SUS associado a ações sistemáticas de educação permanente.

Torna-se imprescindível assegurar integração entre a APS, os serviços de pré-natal de alto risco e as maternidades, com estabelecimento de mecanismos formais de referência e contra referência, fomento das boas práticas obstétricas baseadas em evidências e estrutura adequada para atenção neonatal imediata, com ênfase na segurança e na humanização do cuidado.

No campo da gestão da informação, destaca-se a necessidade de integração e qualificação dos sistemas de informação municipais e nacionais, com monitoramento sistemático de indicadores estratégicos, tais como início precoce do pré-natal, número adequado de consultas, tratamento oportuno de sífilis na gestação e razão de mortalidade materna. Além do fortalecimento de comitês municipais de prevenção a mortalidade materna, infantil e fetal e de transmissão vertical.

7.9 Rede de Atenção à Saúde Bucal

A Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)[34] constitui um componente essencial da organização dos serviços no SUS, tendo como objetivo primordial garantir o acesso integral e resolutivo à saúde bucal da população. A RASB está inserida na lógica mais ampla das RAS, promovendo a articulação dos diferentes níveis de atenção, desde a Atenção Primária até a Especializada, abrangendo um espectro de ações que incluem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

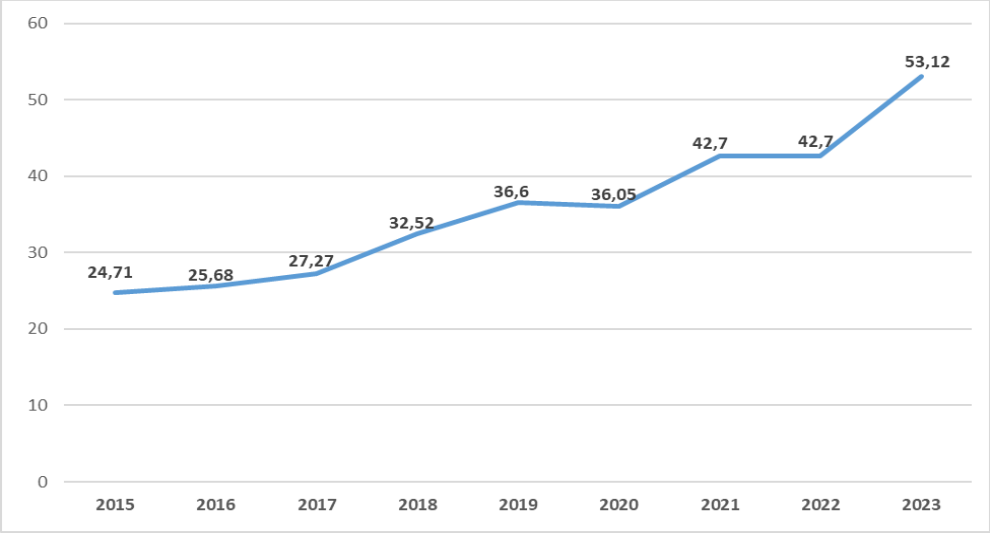
[34] A base da RASB é a Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, instituída em 2004 como uma estratégia do Ministério da Saúde para expandir o acesso e qualificar o atendimento odontológico no SUS. Entre as ações centrais dessa política, destacam-se a ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs), além da inserção da saúde bucal nas políticas de saúde pública, com foco na equidade e na integralidade do cuidado. O Brasil Sorridente consolidou-se como uma das maiores políticas públicas de saúde bucal do mundo, contribuindo significativamente para a redução das desigualdades no acesso aos serviços odontológicos no país (Brasil, 2018a).

CONSULTA PÚBLICA

Atualmente, s RASB municipal é composta por 116 USF e 35 UBS com atuação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na APS.

A Cobertura de Saúde Bucal na APS em Salvador, entre 2015 e 2023, demonstra uma tendência de crescimento. A cobertura apresentou a uma ampliação a partir de 2018 (32,52%). Mesmo com os desafios da pandemia, alcançou 42,7% em 2021 e 53,1% em 2023 (Gráfico 124).

Gráfico 124 - Cobertura de saúde bucal na atenção primária à saúde, Salvador/BA, 2015-2024



Fonte: SAPS/CGSB/MS. Acesso em setembro de 2025

Essa ampliação reflete um esforço municipal na expansão das ESB, melhoria no acesso, fundamental para a prevenção e para a integralidade do cuidado oferecido na rede.

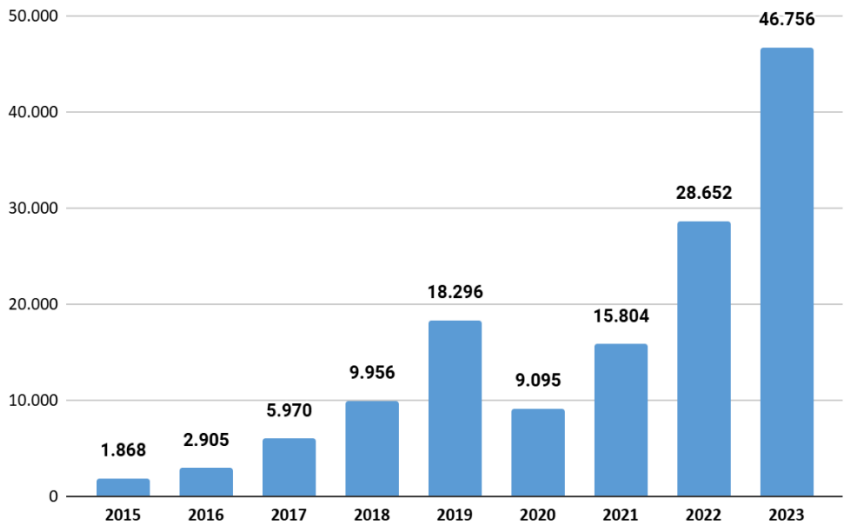
Quanto à produção de procedimentos na RASB municipal, durante a pandemia de COVID-19, observou-se uma redução nas consultas odontológicas na APS, tanto as primeiras consultas quanto os retornos.

Essa queda ocorreu, principalmente, devido ao alto risco de contaminação que as equipes de saúde bucal estavam expostas, por tratarem as vias aéreas superiores. Ainda que com o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), os aparelhos geram aerossóis que podem permanecer suspensos no ar por horas, aumentando o risco de contaminação cruzada (VICENTE et al., 2020). Em resposta a essa vulnerabilidade, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outras entidades restringiram diversos procedimentos odontológicos ao longo do período pandêmico (CARLETO & SANTOS, 2020).

A primeira consulta odontológica programática avalia se as equipes de saúde bucal têm organizado o processo de trabalho, permitindo o acesso ao serviço (BRASIL, 2025). O Gráfico 125 apresenta a evolução da produção anual de primeiras consultas odontológicas realizadas na

rede municipal, observa-se uma tendência de crescimento, de 1.868 em 2015 para 46.756 consultas em 2023. A partir de 2021, o número de primeiras consultas não apenas retornou aos níveis pré-pandemia, mas estabeleceu novos patamares a cada ano.

Gráfico 125 - Número de primeiras consultas odontológicas programática em Salvador-BA, 2015-2023.



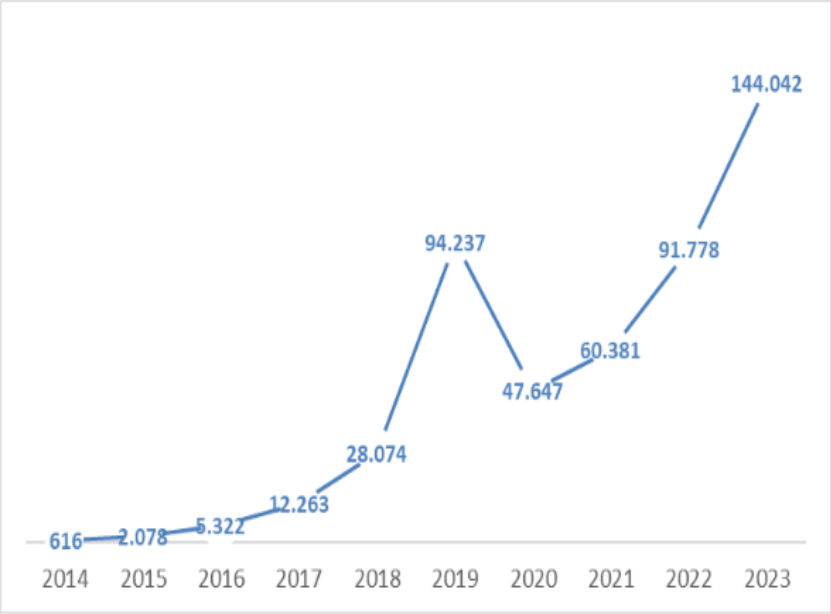
Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em 20/08/2025

Em 2023, observa-se um crescimento de 155% no número de primeiras consultas (46.756) em relação ao ano de 2019 (18.296). Este desempenho pode estar atrelado à ampliação do acesso com o aumento da cobertura de saúde bucal na APS, assim como à reorganização do processo de trabalho na rede municipal.

Em relação às consultas odontológicas de retorno e manutenção, apresentou um aumento no período pré-pandemia, passando de 2.078 em 2015 para 94.237 em 2019. Cabe destacar o ano de 2023 (144.042). Esse crescimento demonstra a capacidade da RASB de retomar o acompanhamento longitudinal e a manutenção da saúde bucal da população (Gráfico 126).

CONSULTA

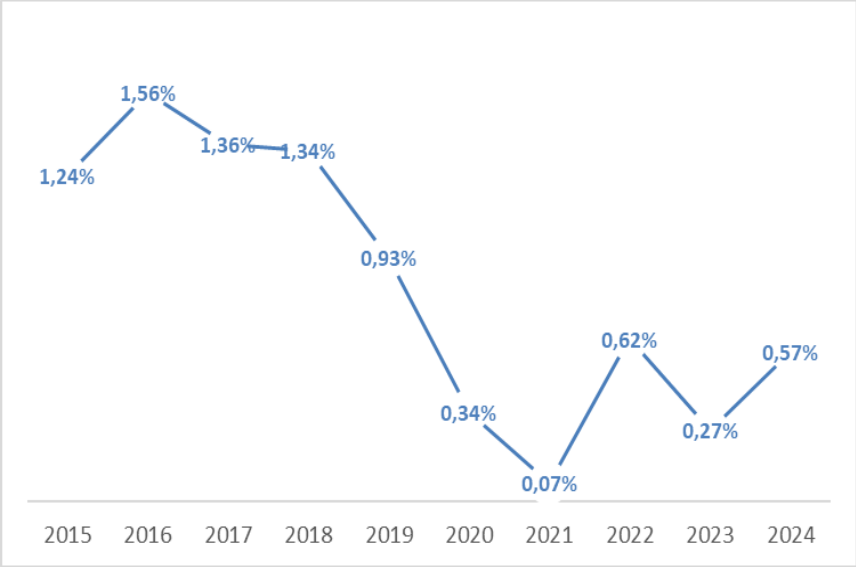
Gráfico 126 - Número de consultas odontológicas (retorno e manutenção) na APS, Salvador/BA, 2015-2023.



Fonte: BI ORACLE/Sistema Vida. Acesso em: 21/08/25

No que tange ao percentual de atendimento de urgência odontológica na APS, observa-se uma tendência de redução ao comparar o ano de 2015 (1,24%) com o ano de 2023 (0,27%). Esse comportamento pode estar relacionado à reorganização da rede de atenção à saúde bucal, mudanças nos protocolos de atendimento ou redirecionamento da população para outras portas de entrada da rede (Gráfico 127).

Gráfico 127 - Percentual do atendimento de urgência odontológica na APS, Salvador-BA, 2015-2024.



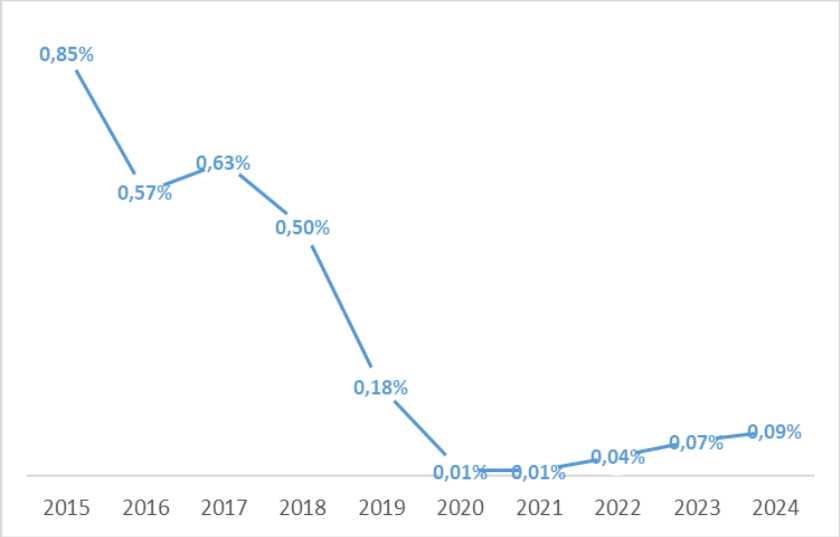
Fonte: Sistema Vida. Acesso em 21/08/25.

Avaliando a demanda não programada, sugere-se que, à medida que os serviços de prevenção, tratamento de rotina e manutenção se tornam mais acessíveis e eficazes, como evidenciado pelo aumento das primeiras consultas e dos retornos, a incidência de agravos que evoluem para quadros de urgência tende a diminuir.

No que se refere às ações preventivas, como a escovação supervisionada e a aplicação tópica de flúor, possibilitam redução significativa na incidência de cáries, sangramento gengival e biofilme dental. A ação combinada com as informações sobre a saúde bucal permite que o conhecimento seja solidificado e maior ação sobre os fatores causadores das doenças bucais (BARRETO et al., 2013).

A análise da média da ação coletiva da escovação dental supervisionada mostra padrão de queda desde 2016, que se intensifica no período da pandemia COVID 2019. A partir de 2023 tem sido realizado monitoramento das ações coletivas, principalmente relacionadas ao Programa Saúde na Escola (PSE). Vale ressaltar, que existe subnotificação dos registros das atividades no sistema de informação devido a questões como, por exemplo, dificuldade de lançamento por parte das equipes (Gráfico 128).

Gráfico 128 - Média da ação coletiva de escovação supervisionada em Salvador-BA, entre 2015-2023.



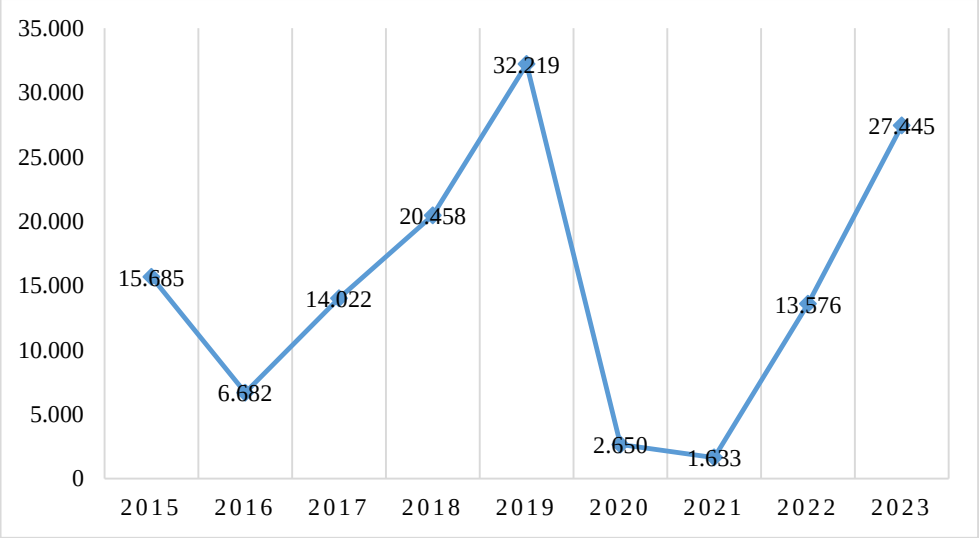
Fonte: SISAB/SAPS/MS/IBGE. Acesso em: 20/08/25.

Quanto ao número de participantes em ações coletivas de aplicação tópica de flúor gel, evidencia-se uma evolução marcada por oscilações ao longo do período analisado. Observa-se um crescimento consistente entre os anos de 2015 a 2019, resultado da ampliação da cobertura.

Em 2020, entretanto, ocorre uma queda abrupta, diretamente associada às restrições impostas pela pandemia de COVID-19, que inviabilizaram a realização de atividades coletivas presenciais. A partir de 2021, verifica-se um movimento gradual de retomada, com recuperação

mais expressiva em 2022 e incremento significativo em 2023, quando o número de participantes alcança 27.445 participantes, indicando reordenamento das ações das equipes de saúde bucal.

Gráfico 129 - Número de participantes das ações coletivas de aplicação tópica de flúor gel total, Salvador-BA, 2015-2023.



Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em: 20/08/25.

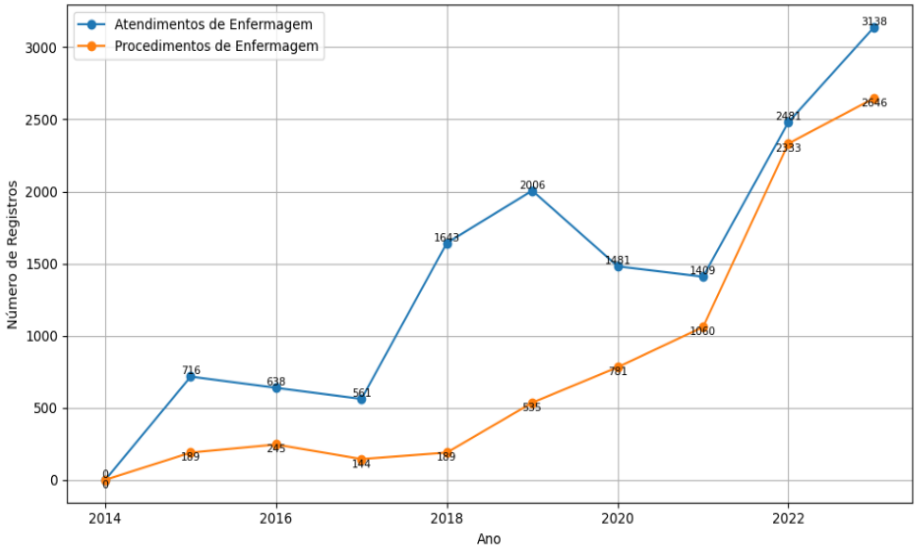
7.10 Atendimento Domiciliar tipo 1 (AD1)

A modalidade Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1) é definida como o cuidado a pacientes com problemas de saúde controlados ou compensados que possuem dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, e/ou que necessitam de cuidados de menor intensidade e frequência, dentro da capacidade das equipes da APS (BRASIL, 2024a).

Para a análise da produção do AD1, utilizou-se o registro de atendimentos individuais e procedimentos realizados no ambiente "domicílio", por médicos e enfermeiros da APS municipal, conforme dados extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). No período de 2014 a 2023, a produção total de AD1 registrada em Salvador totalizou 14.073 atendimentos individuais e 8.122 procedimentos realizados por enfermeiros.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 130 - Número de atendimentos individuais e procedimentos na APS realizados em domicílio, registrados por enfermeiros, Salvador-BA, 2014-2023.

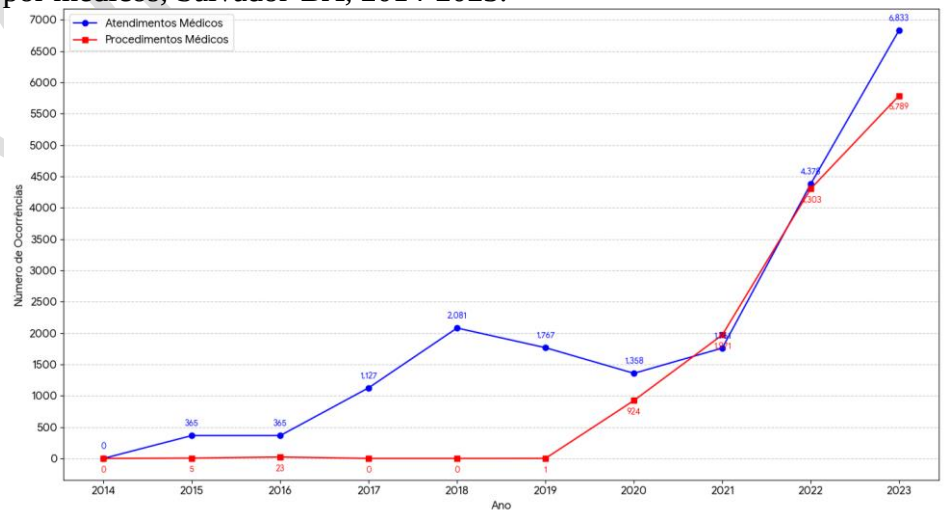


Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em: agosto 2025

A série histórica da enfermagem na AD1 revela trajetórias distintas. Os atendimentos individuais cresceram desde 2018, mas sofreram queda em 2020 e 2021 devido à pandemia, alcançando seu ápice em 2023. Já os procedimentos de enfermagem mantiveram ascensão contínua, inclusive durante a crise sanitária. Esse comportamento evidencia a priorização de cuidados clínicos essenciais e de maior complexidade para usuários com limitações de mobilidade ou doenças crônicas.

Evidencia-se que o desempenho da AD1 está relacionado à estrutura e capacidade instalada da APS, o que influencia também a produção médica. No mesmo período, os médicos realizaram 20.035 atendimentos individuais e 13.016 procedimentos.

Gráfico 131- Número de atendimentos individuais e procedimentos na APS realizados em domicílio por médicos, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SISAB/SAPS/MS. Acesso em agosto/2025.

A produção médica na modalidade AD1 em Salvador (2014-2023) consolidou-se em duas fases: uma expansão gradual até 2019 e uma aceleração robusta a partir de 2020. Mesmo com a queda nos atendimentos individuais no início da pandemia, a produção de procedimentos aumentou, indicando foco em casos complexos. A rápida retomada em 2021 reafirma o papel da AD1 na resolutividade da APS e na prevenção de internações.

A produção da AD1 em Salvador (2014-2023) consolidou-se como estratégia vital da APS, demonstrando resiliência ao superar a queda da pandemia de 2020 com uma rápida retomada. O futuro do serviço depende do fortalecimento do monitoramento de doenças crônicas, da integração multiprofissional e da adoção de telemonitoramento, sempre alinhado ao Programa Melhor em Casa para garantir resolutividade e eficiência no território.

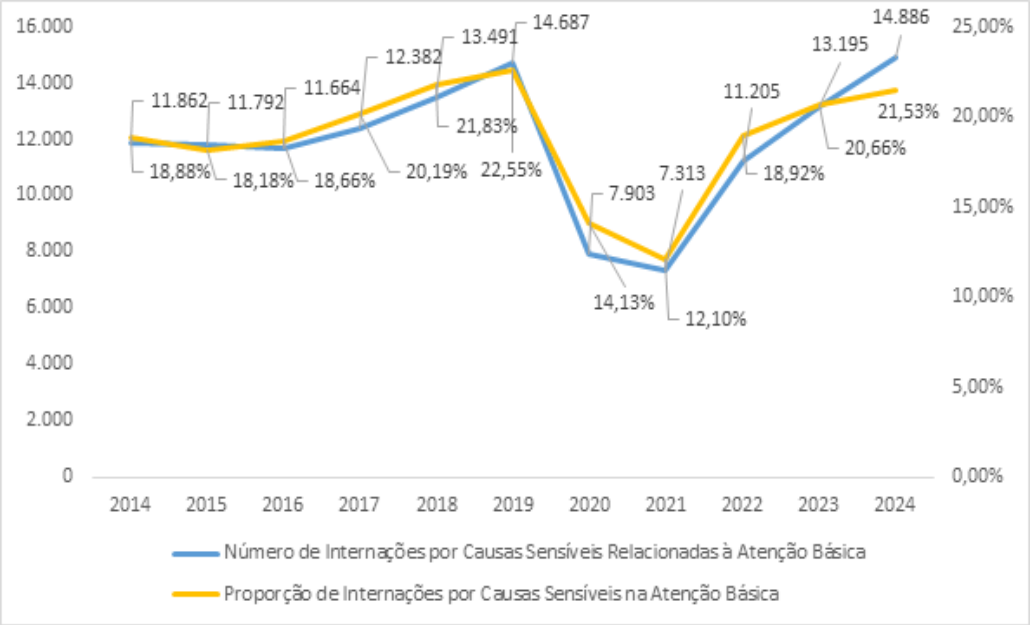
7.11 Proporção de Internações Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)

O indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) avalia a proporção de hospitalizações evitáveis mediante uma Atenção Primária eficaz, acessível e de qualidade. Assim, valores menores de ICSAP indicam melhor desempenho do sistema de saúde na prevenção de doenças e no manejo adequado de condições de saúde. O indicador abrange desde doenças infecciosas às crônicas e não transmissíveis.

No período de 2014 a 2024, o indicador no município de Salvador manteve-se relativamente estável, oscilando em torno da faixa de 20%, exceto nos anos de 2020 e 2021, quando observou-se uma queda nesses percentuais, influenciada pela pandemia de COVID-19. O cenário pandêmico impactou significativamente o padrão de internações hospitalares no município, com a priorização de casos relacionados à infecção pelo novo coronavírus e a consequente redução da demanda e oferta de atendimentos ambulatoriais regulares, especialmente para condições crônicas.

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 132 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Município de Salvador, 2014-2024.



Fonte: Sala de situação de Salvador/SIH. Acesso em: 04/09/25.

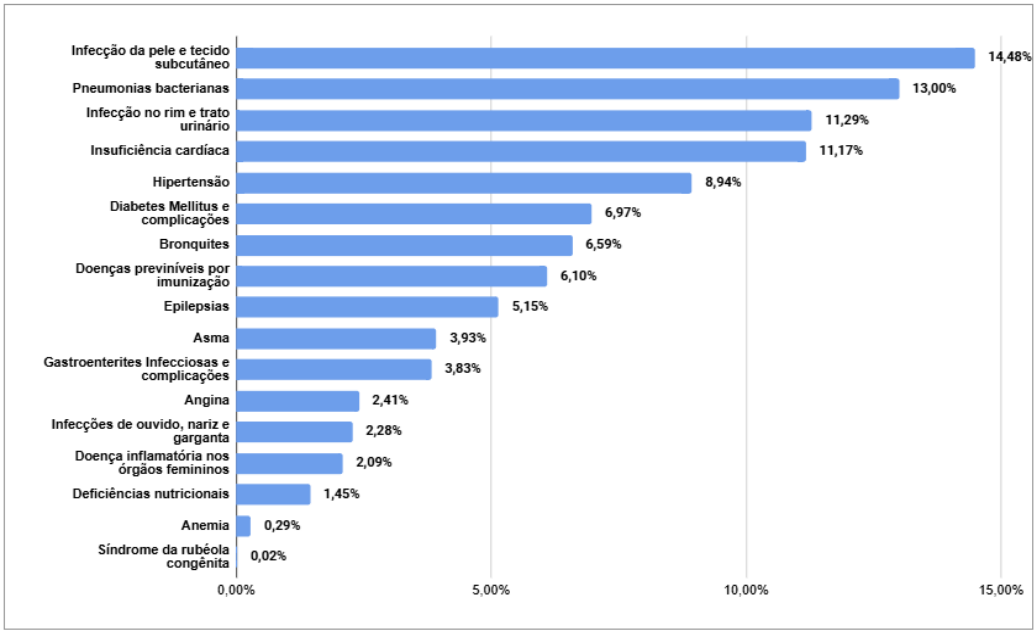
Ao avaliar o indicador por tipo de condição, observa-se no gráfico a seguir que, no mesmo período, os maiores números de internações em Salvador estão associados às infecções da pele e do tecido subcutâneo, às pneumonias bacterianas e às infecções dos rins/trato urinário.

A diversidade dessas causas revela a complexidade dos desafios enfrentados pela APS, que vai do controle de agravos infecciosos até o manejo de condições crônicas e agudizações. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como a insuficiência cardíaca (11,17%), a hipertensão (8,94%) e o diabetes (6,97%), representam um quarto das internações evitáveis.

Similarmente, a alta prevalência de infecções da pele, pneumonias e infecção urinária (11,29%), que juntas somam 38,77% das ICSAP, sinaliza a necessidade de intervenções estratégicas na atenção às condições agudas comuns. Esses dados sugerem que a resolutividade do primeiro nível de atenção deve ser ampliada por meio da melhoria dos fluxos de acolhimento da demanda espontânea, do fortalecimento da capacidade diagnóstica precoce e da garantia de tratamento ambulatorial oportuno.

CONSULTA PU

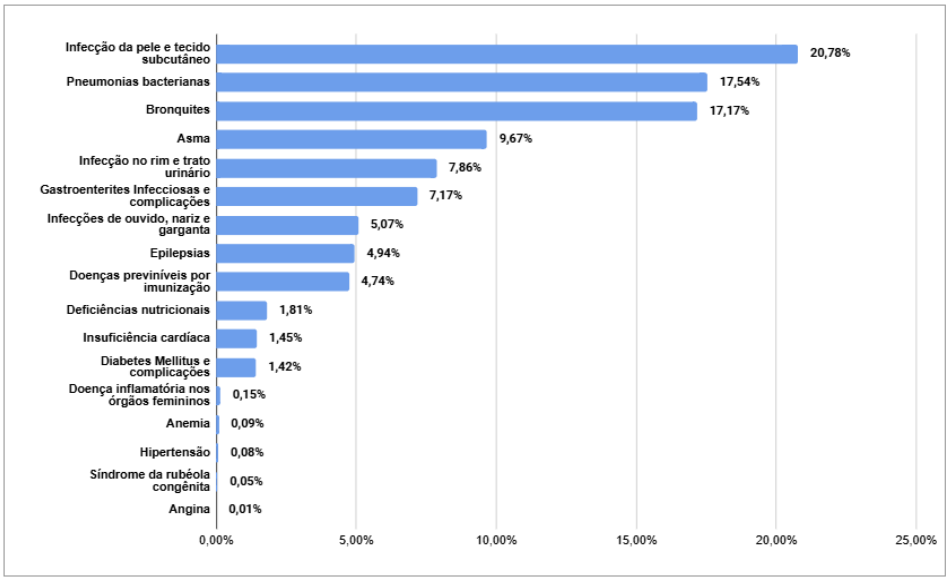
Gráfico 133 - Proporção de Internações Sensíveis Relacionadas à Atenção Básica da População de Salvador-BA, 2014-2024.



Fonte: Sala de situação de Salvador/SIH. Acesso em 11/09/25.

Quanto ao perfil na população de 0 a 10 anos, identifica-se que três causas representativas, sendo elas infecção da pele e tecido subcutâneo (20,78%), pneumonias bacterianas (17,54%) e bronquites (17,17%), o que correspondem mais da metade das internações. Este cenário indica a necessidade do reforço das ações de prevenção, qualificação do manejo clínico das síndromes respiratórias e infecciosas e o aprimoramento da vigilância em saúde.

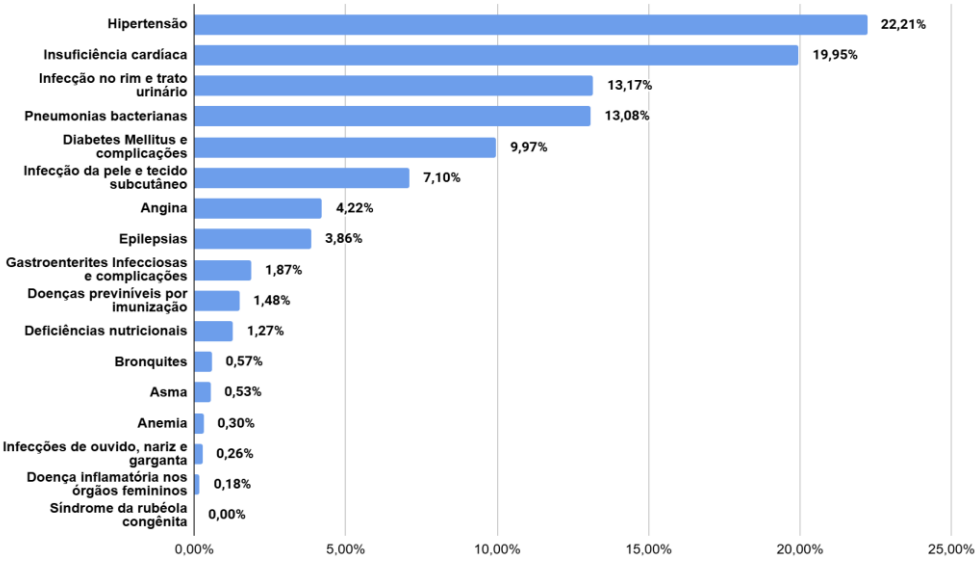
Gráfico 134 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), por tipo de condição, população de 0 a 10 anos, Salvador-BA, 2014-2024.



Fonte: Fonte: Sala de situação de Salvador/SIH. Acesso em: 04/09/25.

No que se refere a população idosa (a partir de 60 anos), as condições mais prevalentes são Hipertensão (22,21%) e Insuficiência Cardíaca (19,95%), que representam 42% das internações no grupo. A proporção elevada de Infecção no rim e trato urinário e de Pneumonias bacterianas (13,08%) também aponta para a necessidade da detecção precoce de infecções em idosos, um grupo de alta vulnerabilidade.

Gráfico 135 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), por tipo de condição, população a partir de 60 anos, Salvador-BA, 2014-2024.



Fonte: Sala de situação de Salvador/SIH. Acesso em: 04/09/25.

As Internações por ICSAP em Salvador revelam perfis distintos por sexo. No público feminino, predominam infecções urinárias (13,68%) e hipertensão (13,58%), seguidas por infecções de pele (12,48%), insuficiência cardíaca (10,19%) e diabetes (6,57%). Já no masculino, as principais causas são infecções de pele (16,71%) e pneumonias (13,87%), com índices relevantes de insuficiência cardíaca (12,27%) e diabetes (7,42%). Esses dados reforçam a urgência de um manejo proativo das doenças crônicas e o fortalecimento do cuidado longitudinal na APS.

Entre 2014 e 2024, a população negra concentrou a maioria das internações evitáveis (68.689), evidenciando profundas desigualdades no acesso à saúde. O perfil epidemiológico revela contrastes significativos: enquanto na população branca predomina a hipertensão (32%), na população negra prevalecem agravos infecciosos, como infecções de pele e pneumonias (14% cada). Esse cenário indica que a população negra enfrenta maiores barreiras na prevenção

primária de infecções, enquanto o grupo branco demanda foco no manejo de condições crônicas.

O estudo também aponta para a vulnerabilidade de grupos minoritários, como a população indígena, que registra alta proporção de descompensação por Insuficiência Cardíaca (50%), e a necessidade de investigação das Doenças Preveníveis por Imunização em grupos como o Amarela (5%) e aqueles Sem Informação (10%). A elevada proporção de registros "Sem Informação" representa uma fragilidade crítica que mascara a real extensão das iniquidades e precisa ser resolvida com o aprimoramento contínuo da qualidade do registro.

A série histórica, sinaliza a necessidade de intervir em dois pilares para a redução do indicador sendo eles o cuidado continuado das DCNTs, que causam grande parte das hospitalizações evitáveis, e a capacidade de resposta imediata a condições agudas. As ações deverão focar em elevar a efetividade clínica e a resolutividade da APS, garantindo que o investimento em acesso se traduza em um impacto real na prevenção de agravos e na melhora dos resultados de saúde para a população.

8. Atenção Especializada

A Atenção Especializada[35] integra a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e tem como finalidade atender às necessidades da população, assegurando a continuidade do cuidado por meio de ações de média e alta complexidade voltadas à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento, compartilhando o cuidado com a Atenção Primária.

Os EAS vinculados à Atenção Especializada compreendem os Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Multicentros de Saúde, Centros Especializados em Reabilitação (CER), Ambulatório Municipal Especializado em Saúde LGBT+, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS tipo II, III, AD III e Infanto-Juvenil), Centros de Saúde Mental, Residências Terapêuticas, Unidades de Acolhimento e o Laboratório Central (LACS), Hospital Municipal de Salvador (HMS) e o Hospital Municipal do Homem (HMH).

[35] No município de Salvador, a Atenção Especializada à Saúde abrange a Atenção Especializada Ambulatorial, a Rede da Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede de Urgência e Emergência, a Rede Laboratorial e Assistência Farmacêutica (Decreto nº 40.544 de 2025).

CONSULTA PUBLICA

8.1.1 Atenção Especializada Ambulatorial

A Atenção Especializada Ambulatorial do município de Salvador compreende os ambulatórios especializados, unidades voltadas ao apoio diagnóstico e terapêutico que ofertam consultas médicas e multiprofissionais em diversas especialidades, estruturadas em Linhas de Cuidado definidas de acordo com o perfil epidemiológico da população.

Desde 2014, o município vem investindo de forma contínua na modernização e ampliação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incorporando tecnologias diagnósticas e fortalecendo a integração entre os serviços. Em consonância com esse movimento de fortalecimento da rede, foram implantados cinco Multicentros de Saúde, equipamentos estratégicos que concentram serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, reabilitação e realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, como biópsias e exames de anatomia patológica. Nos Multicentros, o usuário encontra os serviços especializados relacionados à sua Linha de Cuidado em um mesmo espaço, o que reduz o itinerário assistencial e qualifica o cuidado prestado.

Quadro 13 - Cronologia da Implantação dos Multicentros de Saúde, Salvador-BA, 2014-2024.

Mês/Ano	Março/2014	Julho/2014	Abril/2016	Junho/2016	Maio/2024
Multicentro de Saúde	Vale das Pedrinhas	Dr. Adriano Pondé	Prof. Bezerra Lopes	Carlos Gomes	AME Pirajá
Distrito Sanitário	Barra Rio Vermelho	Barra Rio Vermelho	Liberdade	Centro Histórico	São Caetano Valéria

Fonte: DAES/SMS.

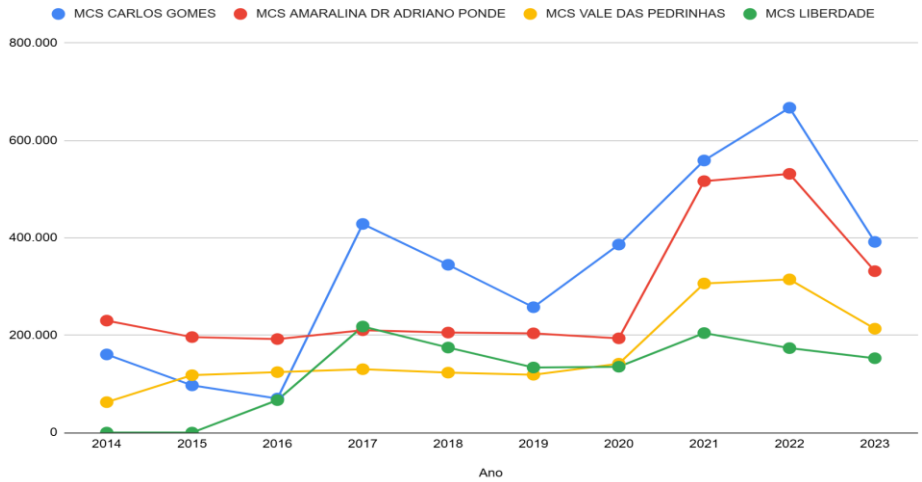
A carteira de serviços dos Multicentros de Saúde apresenta pequenas variações entre si, adequadas às especificidades de cada território e às linhas de cuidado priorizadas. De forma integrada, os Multicentros de Saúde ofertam uma ampla carteira de consultas e exames em múltiplas especialidades médicas e atendimento multiprofissional, além da dispensação de medicamentos e de um robusto serviço de apoio diagnóstico ambulatorial e de reabilitação

Em relação aos procedimentos gerais, tem-se que o Multicentro Carlos Gomes mantém, desde sua implantação, o maior volume de produção ambulatorial registrado na série histórica, seguido pelo Multicentro Dr. Adriano Pondé, o que evidencia a consolidação dessas unidades como polos estruturantes da atenção especializada no município (Gráfico 136).

No período de 2014 a 2023, os Multicentros de Saúde realizaram 2.250.728 consultas médicas especializadas, com maior concentração na especialidade de Cardiologia, enquanto a Neurologia configura como a área de maior dificuldade de contratação de profissionais.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 136 - Número de procedimentos realizados por Multicentro de Saúde, Salvador-BA, 2014-2024.



Fonte: SIA/SUS.

8.1.2 Doença Falciforme

A Doença Falciforme (DF) é uma doença genética e hereditária mais comum no Brasil, caracterizada pela presença da hemoglobina S (HbS) mutante, em homozigose (HbSS) ou em heterozigose por associação com outras hemoglobinas mutantes. Ocorre predominantemente entre afrodescendentes, com prevalência maior nas regiões com composição étnica de pretos e pardos. A Bahia se destaca como o Estado de maior incidência de acordo com os dados da triagem neonatal, com 01 caso para cada 650 nascidos vivos (CANÇADO; JESUS, 2007; JESUS, 2010).

A importância epidemiológica da DF não se limita a gravidade da doença, caracterizada por sua morbidade e alta mortalidade precoce, mas pelo reconhecimento de que mudanças no curso da doença e no seu prognóstico requer intervenções que promovam transformações sociais, econômicas e de cuidados à saúde, sobretudo para a população negra que sofre com o racismo e suas repercussões.

Nas últimas décadas houve avanços na atenção às pessoas com DF, com destaque para o protagonismo de Salvador com a inclusão da DF como doença de notificação compulsória, no ano de 2009[36]; com a instituição do Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme (PAPDF); implantação da Linha de Cuidado da Pessoa com DF[37] e recentemente com a

[36] Portaria Municipal N°. 217/2009, republicada em Portaria N°. 344/2017, com retificação em Diário Oficial do Município Ano 2017/ N°6.907.
[37] Diário Oficial do Município, ANO 2022| N º 8.227

definição de indicador de prevalência, na Sala de Situação do município. A nível nacional destacam-se: a implantação do Programa de Triagem Neonatal que incluiu a DF entre as doenças triadas[38]; a instituição da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias[39]; a incorporação do transplante de células-tronco hematopoéticas para a DF[40], a inclusão da DF no rol das doenças de notificação compulsória a nível nacional[41] e atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas com a ampliação do arsenal terapêutico disponível[42].

No período de 2014 a 2023 foram registradas 2.443 notificações de pessoas com doença falciforme no SINAN (Tabela 43). Do total de 1.477 com registro de raça/cor, identifica-se 94,5% serem de pessoas negras (pretos e pardos). O número de casos ignorados, quanto à alimentação deste quesito correspondeu a 39.5% (N= 966).

Tabela 43- Número de notificações por doença falciforme, Salvador-BA, 2014-2023.

ANO	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Número	413	231	122	399	217	269	173	173	158	288

Fonte: SINAN.

Os ambulatórios especializados no cuidado à Doença Falciforme integram a atenção especializada e estão situados nos Multicentros Vale das Pedrinhas e Carlos Gomes. Cada unidade conta com equipe multiprofissional para o acompanhamento integral e contínuo dos usuários, além da oferta de exames complementares.

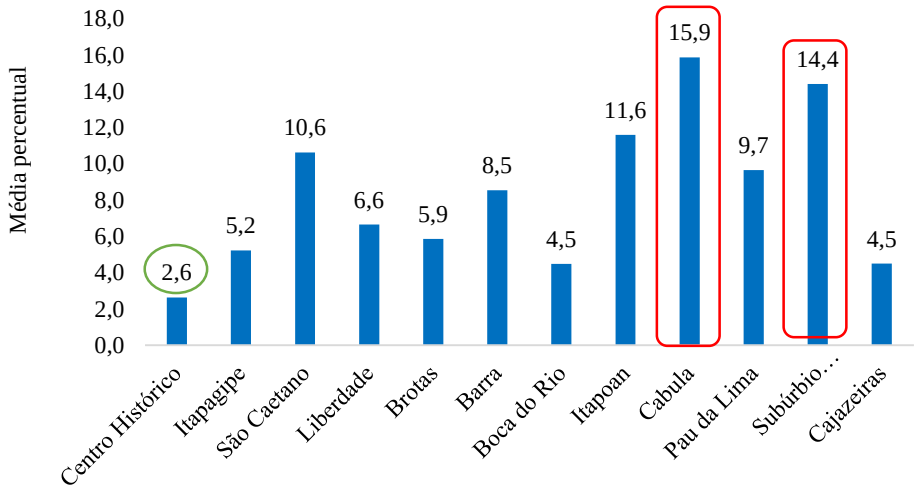
Ao desagregar as notificações por DS de residência, observa-se que os DS Cabula/Beirú e Subúrbio Ferroviário apresentaram as maiores médias percentuais com 15,9% e 14,4% respectivamente (Gráfico 137). Esse achado encontra correspondência com o perfil populacional destes territórios, que concentram importante parcela de afrodescendentes. O DS com a menor média percentual foi o Centro Histórico com 2,6%. Há que se considerar que as notificações são realizadas em um dado momento temporal e que não acompanham os movimentos migratórios.

O reconhecimento da concentração geográfica das pessoas com DF é de suma importância para a definição de políticas e ações de saúde que objetivem melhorar a qualidade de vida e aumentar a longevidade dessas pessoas nos territórios.

[38] Portaria MS/GM Nº 822/2001
[39] Portaria MS/GM Nº 1391/2005
[40] Portaria MS/SAS Nº 1321/2015
[41] Portaria GM/MS N° 2.010/ 2023
[42] Portaria GM/MS N° 2.010/ 2023

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 137 - Média percentual de casos notificados por DF por DS de residência, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN.

Considerando a morbidade hospitalar, segundo os dados do SIH-SUS, para o período de 2014 a 2023, Salvador registrou 3.103 internamentos de pessoas com DF com CID principal de internamento o D57.

A análise das internações demonstra que não há uma regularidade nas taxas, com as maiores representadas pelos anos de 2019 e 2023, ambos com 1,3 por 10 mil habitantes. Os anos de 2020 e 2021 apresentaram as menores taxas com 0,8 internações por 10 mil habitantes (Tabela 44). Essa redução ocorre em plena crise da saúde pública da COVID- 19, o que pode ter impactado no número de casos de internamento pelo CID D57.

Tabela 44- Taxas e variação das taxas de internação hospitalar por DF (CID D57), por 10 mil habitantes, Salvador-BA, 2014-2023.

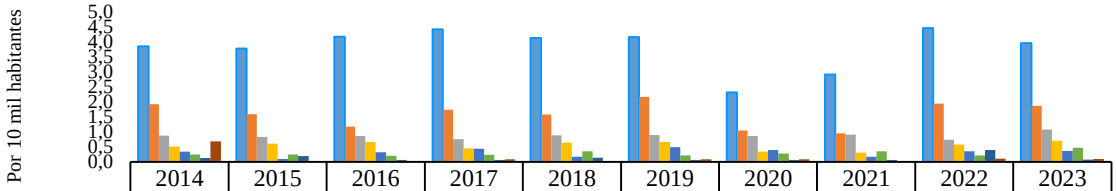
Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Taxas	1,2	1,1	1,1	1,2	1,1	1,3	0,8	0,8	1,2	1,3
Variação das Taxas		-9,6	2,0	7,9	-2,3	11,6	-38,2	4,8	49,0	

Fonte: SIH-DATASUS.
Fonte população: SMS/DVIS/SUIS. Para os anos 2022 a 2025 - Dados preliminares e sujeito a alterações.

Examinando as internações por faixa etária observou-se predomínio na população de menores de 10 anos em toda série histórica, com as maiores taxas representadas pelos anos de 2022 e 2017 com 4,5 e 4,4 por 10 mil habitantes, respectivamente (Gráfico 138). A faixa etária

de 10 a 19 anos ocupou o segundo lugar, com a maior taxa, 2,2 por 10 mil habitantes, encontrada no ano de 2022.

Gráfico 138 - Morbidade hospitalar pelo SUS por DF e faixa etária, Salvador-BA, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
< 10	3,9	3,8	4,2	4,4	4,1	4,2	2,3	2,9	4,5	4,0
10 a 19	1,9	1,6	1,2	1,7	1,6	2,2	1,0	1,0	2,0	1,9
20 a 29	0,9	0,8	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,7	1,1
30 a 39	0,5	0,6	0,7	0,5	0,6	0,7	0,3	0,3	0,6	0,7
40 a 49	0,3	0,1	0,3	0,4	0,2	0,5	0,4	0,2	0,4	0,4
50 a 59	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	0,3	0,2	0,5
60 a 69	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1
70e+a	0,7	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1

Fonte: SIH-DATASUS.
Fonte população: SMS/DVIS/SUIS. Para os anos 2022 a 2025 - Dados preliminares e sujeito a alterações.

A desagregação da faixa etária de menor de 10 anos revelou que as maiores taxas, para todos os anos, estão entre as crianças de 1 a 4 anos com média de 4,7 por 10 mil habitantes, com exceção para o ano de 2020, quando houve superação pela faixa de 5 a 9 anos, com 2,8 internações por 10 mil habitantes (Tabela 45).

Os achados corroboram com estudos sobre a morbidade de crianças com DF, onde as infecções e suas complicações demandam internamentos. Isso deve-se à condição de asplenia funcional, que em crianças com o genótipo HbSS geralmente começa a se desenvolver no primeiro ano de vida, e as torna mais susceptíveis às infecções (PEARSON; GALLAGHER; CHILCOTE, 1985). Crianças menores de 5 anos tem risco de 30 a 100 vezes maior de ter infecção por pneumococo do que as crianças sem a DF (LOGGETTO et al, 1999). Desta forma a gravidade dessa condição continua a justificar os esforços em medidas preventivas para essa população.

Tabela 45- Taxas e médias das taxas de morbidade hospitalar pelo SUS por Doença Falciforme, em menores de dez anos, por 10 mil habitantes. Salvador-BA, 2014 a 2023.

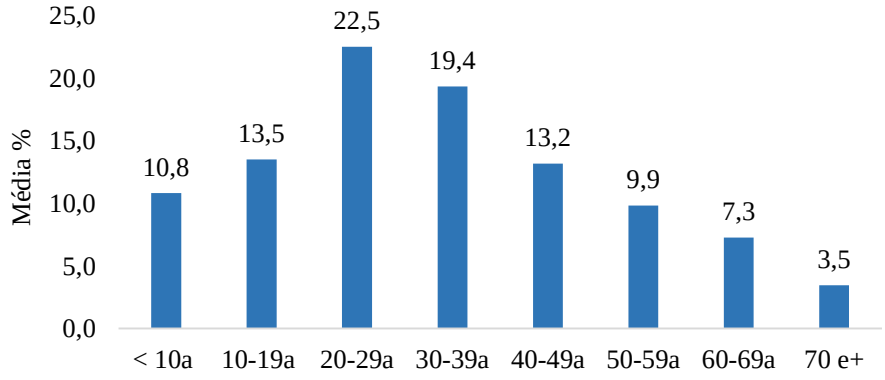
Faixa etária	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Média das Taxas
< 1a	2,5	1,4	2,5	3,6	1,4	3,1	0,6	2,0	3,0	1,3	2,1
1-4a	4,2	5,1	5,2	6,5	5,4	5,6	2,2	3,1	4,8	4,4	4,7
5-9a	3,8	3,2	3,7	3,0	3,7	3,3	2,8	2,9	4,5	4,2	3,5

Fonte: SIH-DATASUS.
Fonte população: SMS/DVIS/SUIS. Para os anos 2022 a 2025 - Dados preliminares e sujeito a alterações.

Examinando a mortalidade de residentes em Salvador, a desagregação por faixa etária, mostra o predomínio das faixas de 20 a 29 e de 30 a 39, com médias percentuais de 22,5% e 19,4% respectivamente. Também é expressiva o percentual de 13,5% entre a faixa de 10 a 19 anos (Gráfico 139). Estudo que analisou 3.320 registros de óbitos de indivíduos com DF no Brasil, no período de 2015 a 2019, encontrou mediana de idade ao óbito de 37 anos, menor que a da população em geral, com mediana de sobrevida estimada de 40 anos para indivíduos com DF e 80 anos para a população em geral.

Os percentuais representados pela faixa dos 20 a 29 anos e 30 a 39 anos demonstra a evolução grave de uma doença crônica, com o acometimento progressivo de múltiplos órgãos, mas também pode revelar a existência de limitações na atenção à saúde, que não se restringe, mas pode ter relação direta com ciclo de vida, onde pessoas saindo da adolescência passam a ter autonomia e a assumir o cuidado à saúde antes delegado à família (pai e mãe), além disto, e para ambas as faixas etárias, a inserção no mercado de trabalho também expõe estes indivíduos a situações de maior vulnerabilidade.

Gráfico 139 - Média proporcional de mortalidade por DF por faixa etária, Salvador-BA, 2014-2023.



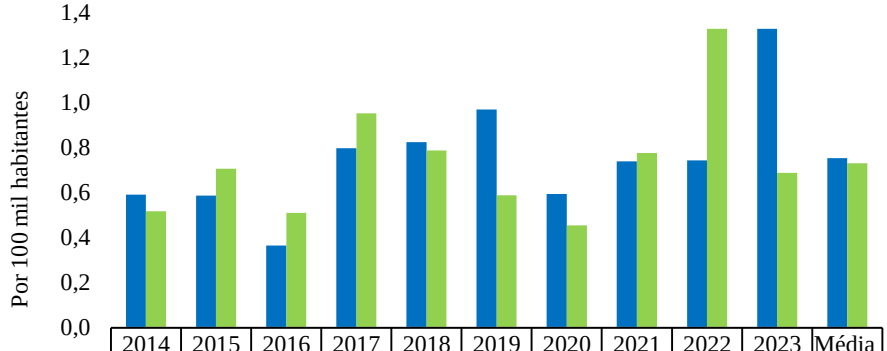
Fonte: SMS/SUIS-SIM.

Em relação ao sexo, a taxa de mortalidade não apresentou diferenças significativas com média de 0,7 para o sexo feminino e 0,8 para o sexo masculino (Gráfico 140). Estudo de tendências das taxas estimadas de mortes por DF em crianças e adolescentes no Brasil, no período de 2000 a 2019, apontou que a frequência foi maior no sexo masculino com 54,24% (NASCIMENTO et al, 2022).

Na literatura consultada não há informações sobre relação direta da mortalidade pela doença com o sexo biológico, no entanto, assim como já pontuado sobre a morbidade, não se pode

deixar de considerar que aspectos de vida e de cuidado com a saúde, que difere essas duas populações, podem, em certo grau, impactar na perpetuação desse achado.

Gráfico 140 - Taxa de mortalidade de indivíduos com DF, segundo sexo, Salvador-BA, 2014-2023.

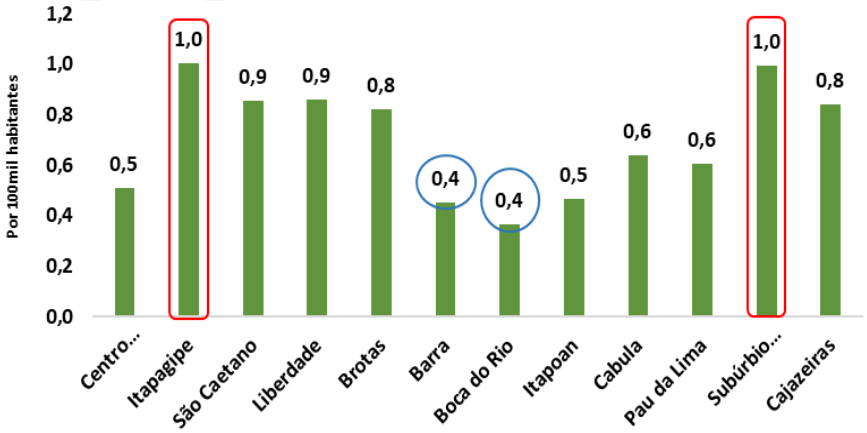


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Média
Masculino	0,6	0,6	0,4	0,8	0,8	1,0	0,6	0,7	0,7	1,3	0,8
Feminino	0,5	0,7	0,5	1,0	0,8	0,6	0,5	0,8	1,3	0,7	0,7

Fonte: SMS/SUIS-SIM.

A taxa de mortalidade por Distrito Sanitário (DS) de residência demonstra que as maiores taxas se concentra nos DS Subúrbio Ferroviário e Itapagipe, com média das taxas de 1,0 por 100 mil habitantes para ambos, seguidos pelos DS São Caetano/Valéria e Liberdade, com média das taxas de 0,9 por 100 mil habitantes. As menores taxas foram encontradas nos DS Barra/Rio Vermelho e Boca do Rio, estes com média das taxas de 0,4 por 100 mil habitantes (Gráfico 141).

Gráfico 141 - Média das taxas de mortalidade[43] por DF e por DS de residência, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SIM.

[43] Excluído do cálculo dez casos de óbito com DS não informado

O conhecimento do perfil epidemiológico por território possibilita o direcionamento de ações específicas, a organização dos serviços e da rede de atenção.

8.1.3 Hepatites virais

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

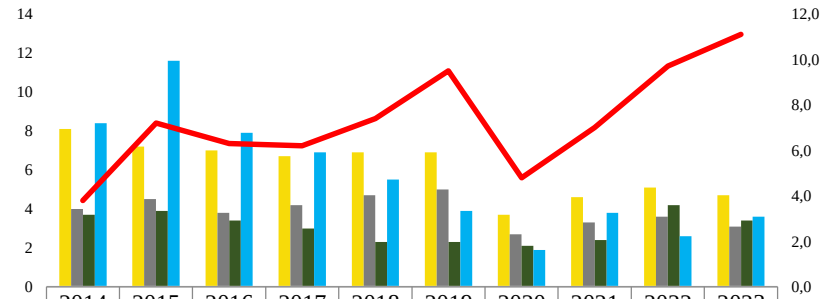
Hepatite B

A via primária de transmissão da Hepatite B é a parenteral, por contato com sangue e hemoderivados, além de contato sexual e de mãe infectada para o recém-nascido (durante o parto ou no período perinatal). Grupos de alto risco incluem os usuários de drogas injetáveis, homossexuais/heterossexuais com múltiplos parceiros.

A análise comparativa da taxa de detecção da hepatite B de Salvador com o Brasil e as capitais que tem o mesmo perfil epidemiológico como Fortaleza e Belo Horizonte demonstrou que Salvador está abaixo de Belo Horizonte até 2016 e tangencia a taxa de detecção do Brasil até 2017, porém em curva ascendente. No ano de 2018, Salvador assume taxas de detecção maiores que as capitais citadas e maiores que o Brasil, tendo uma queda abrupta em 2020, provavelmente impulsionada pelo contexto pandêmico da COVID-19. A partir de 2021 recupera taxas ascendentes até o final da série histórica estudada (Gráfico 142).

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 142 - Taxa de detecção de Hepatite B (por 100.000/hab), Brasil, Bahia, Salvador, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Brasil	8,1	7,2	7	6,7	6,9	6,9	3,7	4,6	5,1	4,7
Bahia	4,0	4,5	3,8	4,2	4,7	5	2,7	3,3	3,6	3,1
Fortaleza	3,7	3,9	3,4	3	2,3	2,3	2,1	2,4	4,2	3,4
Belo Horizonte	8,4	11,6	7,9	6,9	5,5	3,9	1,9	3,8	2,6	3,6
Salvador	3,8	7,2	6,3	6,2	7,4	9,5	4,8	7,0	9,7	11,1

Fonte: Ministério da Saúde.

Considerando os casos de Hepatite B por DS, observa-se aumento nas notificações ao longo da série histórica, provavelmente pela maior sensibilidade da vigilância epidemiológica nos territórios. No ano de 2023, nota-se que os DS de Centro Histórico, Itapagipe e São Caetano apresentam as maiores taxas de detecção (Tabela 46).

Tabela 46 - Taxa de detecção Hepatite B (por 100.000/hab.) por DS de residência, Salvador, 2014-2023.

Distrito Residência	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro Histórico	3,8	11,5	17,7	16,4	14,3	19,5	6,4	11,6	29,4	28,0
Itapagipe	2,3	5,6	4,5	5,0	6,9	12,1	3,4	5,7	6,2	14,4
São Caetano/Valeria	6,4	11,7	8,5	8,4	6,5	11,2	2,9	12,2	12,1	13,0
Liberdade	3,6	4,1	3,6	6,6	5,2	4,7	5,2	5,7	8,7	7,5
Brotas	5,4	9,0	6,3	1,8	4,6	8,3	2,3	8,2	5,9	12,6
Barra/Rio Vermelho	2,2	6,5	4,0	6,1	5,0	5,0	4,6	6,3	6,8	7,9
Boca do Rio	7,3	10,2	10,1	6,5	6,7	7,4	6,6	7,3	15,3	9,7
Itapoan	4,4	6,6	4,0	5,8	9,0	6,3	6,3	4,1	5,1	12,0
Cabula/Beiru	2,6	5,2	6,4	6,3	8,3	10,4	5,0	7,2	7,4	9,0
Pau da Lima	3,4	8,8	3,3	4,1	6,4	6,0	5,9	5,9	12,6	10,7
Subúrbio Ferroviário	2,3	6,3	9,0	5,9	10,8	9,3	5,2	6,3	11,4	11,4
Cajazeiras	5,8	5,8	6,9	7,4	7,7	3,5	4,7	5,8	13,3	11,2
Salvador	3,8	7,2	6,3	6,2	7,4	8,2	4,8	7,0	9,7	11,1

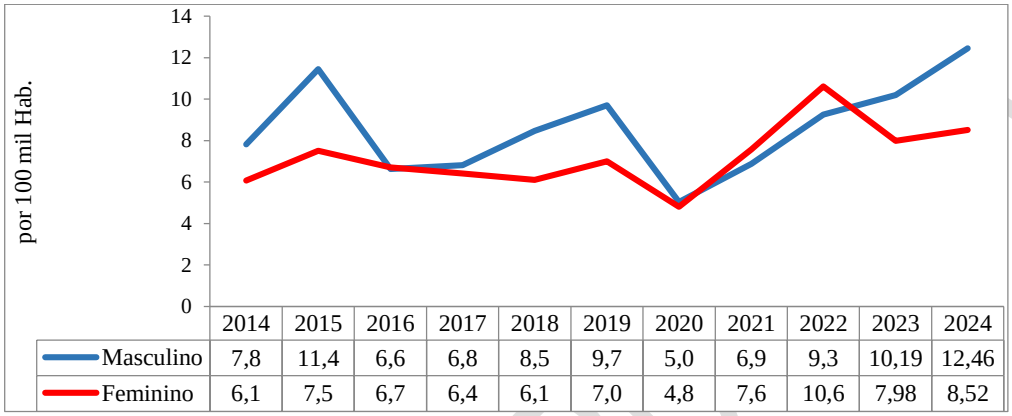
Fonte: Sinannet

Ao longo da série estudada percebe-se que o sexo masculino tem uma preponderância em relação ao sexo feminino, mas não existem estudos que definam maior probabilidade do sexo masculino em se infectar pelo vírus B. Esses achados podem, talvez, estar relacionado com um provável comportamento de alto risco sexual dos homens em detrimento as mulheres.

CONSULTA PÚBLICA

Em muitos contextos, condições socioeconômicas e ocupacionais há uma influência ao risco da exposição, homens podem estar mais frequentemente inseridos em atividades de risco ou informais, acesso à vacinação/tratamento. Saber que homens têm maior risco ou maior prevalência ajuda nas ações de planejamento de saúde pública como vacinação e direcionamento de triagem (Gráfico 143).

Gráfico 143 - Taxa de detecção Hepatite B (por 100.000/hab.) por sexo, Salvador-BA, 2014-2023.

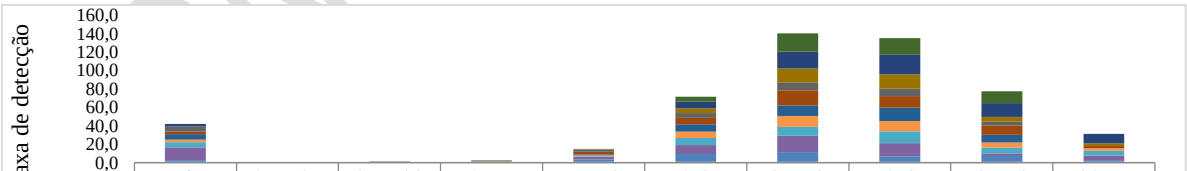


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Masculino	7,8	11,4	6,6	6,8	8,5	9,7	5,0	6,9	9,3	10,19	12,46
Feminino	6,1	7,5	6,7	6,4	6,1	7,0	4,8	7,6	10,6	7,98	8,52

Fonte: Sinannet

A faixa etária mais acometida é a faixa sexualmente ativa, corroborando com o fato do vírus B ter caráter de uma infecção sexualmente transmissível. Outra forma importante de infecção é através da transmissão vertical, contudo não se pode atribuir como casos de transmissão vertical as crianças notificadas abaixo de 1 ano, pois para que um caso seja confirmado como transmissão vertical, a criança deverá ter pelo menos 12 meses, calendário vacinal atualizado e exames específicos para comprovação da transmissão.

Gráfico 144 - Taxa de detecção de Hepatite B (por 100.000/hab.) por faixa etária, Salvador, 2014-2023.

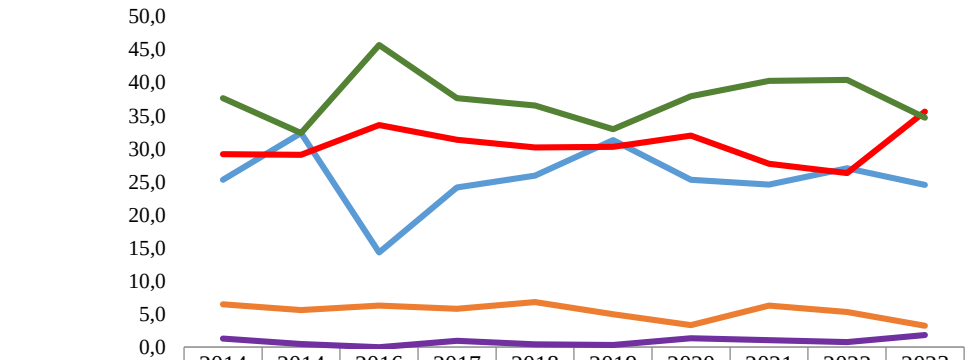


	<1 Ano	01 a 04	05 a 09	10 a 14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e+
2023	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	5,3	20,0	17,9	13,0	0,0
2022	2,8	0,0	0,5	0,4	0,4	7,3	18,3	21,0	15,0	10,4
2021	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	5,1	14,9	15,9	5,0	2,6
2020	5,6	0,0	0,0	0,0	2,1	5,2	8,6	7,7	4,3	0,0
2019	2,84	0,70	0,00	0,00	3,01	7,11	16,53	12,56	10,14	2,63
2018	5,7	0,0	0,0	0,0	0,9	7,7	11,4	14,5	8,0	0,0
2017	2,8	0,0	0,0	0,0	1,3	7,0	11,6	11,4	5,6	2,6
2016	5,5	0,0	0,0	0,0	0,4	7,7	10,0	12,8	6,4	5,1
2015	13,9	0,0	0,5	0,4	3,0	9,7	17,6	14,2	2,8	5,2
2014	2,8	0,0	0,5	0,4	3,4	9,3	11,4	6,9	7,2	2,6

Fonte: Sinannet

A melhor forma e a mais eficaz de se prevenir contra a Hepatite B, ainda é por meio da vacinação. As novas infecções pelo vírus B (HBV) estão diminuindo em função do aumento da cobertura vacinal entre crianças nas últimas décadas. A vacina contra a hepatite B (HBV) é universal, ou seja, está disponível para todas as pessoas no SUS (BANDEIRA et al., 2018). O campo "ignorado" foi o mais preenchido no que se refere ao critério raça/cor e a escolaridade dos indivíduos notificados com hepatite B, sendo um importante sinalizador para trabalhar com os profissionais de saúde a importância do preenchimento correto da ficha de notificação.

Gráfico 145 - Percentual de Hepatite B (por 100.000/hab.) por raça/cor, Salvador-BA, 2014-2023.

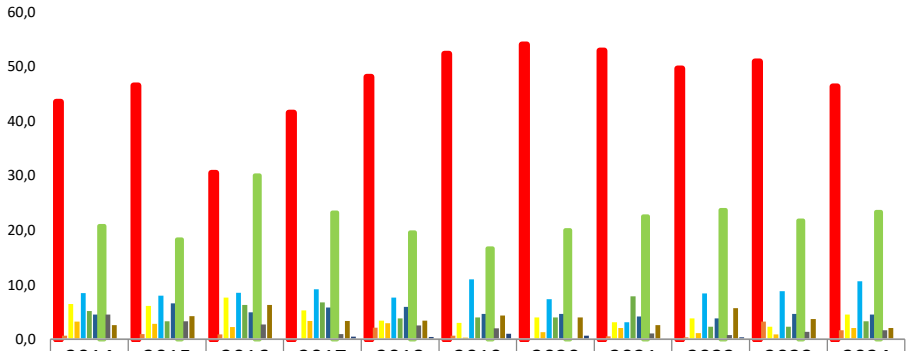


	2014	2014	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ign/Branco	25,3	32,4	14,3	24,2	26,0	31,3	25,3	24,6	27,1	24,5
Branca	6,5	5,6	6,3	5,8	6,8	5,0	3,3	6,3	5,3	3,2
Preta	29,2	29,1	33,6	31,4	30,2	30,3	32,0	27,7	26,3	35,6
Amarela	1,3	0,5	0,0	1,0	0,4	0,3	1,3	1,0	0,8	1,9
Parda	37,7	32,4	45,7	37,7	36,6	33,0	38,0	40,3	40,5	34,7

Fonte: Sinannet

O segundo campo mais preenchido em relação a escolaridade foi o ensino médio completo em todos os anos da série histórica. Estudos apontam que populações com menor acesso a saúde ou cobertura vacinal têm maior prevalência para as Hepatites (Gráfico 146).

Gráfico 146 - Percentual Hepatite B (por 100.000/hab.) por escolaridade, Salvador, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ign/Branco	43,5	46,5	30,5	41,5	48,1	52,3	54,0	52,9	49,6	50,9	46,3
Analfabeto	0,6	0,9	0,9	0,0	2,1	0,7	0,0	0,5	0,4	3,2	1,6
1ª a 4ª série incompleta do EF	6,5	6,1	7,6	5,3	3,4	3,0	4,0	3,1	3,8	2,3	4,5
4ª série completa do EF	3,2	2,8	2,2	3,4	3,0	0,3	1,3	2,1	1,1	0,9	2,0
5ª a 8ª série incompleta do EF	8,4	8,0	8,5	9,2	7,7	11,0	7,3	3,1	8,4	8,8	10,7
Ensino fundamental completo	5,2	3,3	6,3	6,8	3,8	4,0	4,0	7,9	2,3	2,3	3,3
Ensino médio incompleto	4,5	6,6	4,9	5,8	6,0	4,7	4,7	4,2	3,8	4,6	4,5
Ensino médio completo	20,8	18,3	30,0	23,2	19,6	16,7	20,0	22,5	23,7	21,8	23,4
Educação superior incompleta	4,5	3,3	2,7	1,0	2,6	2,0	0,0	1,0	0,8	1,4	1,6
Educação superior completa	2,6	4,2	6,3	3,4	3,4	4,3	4,0	2,6	5,7	3,7	2,0
Não se aplica	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4	1,0	0,7	0,0	0,4	0,0	0,0

Fonte: Sinannet

Hepatite C

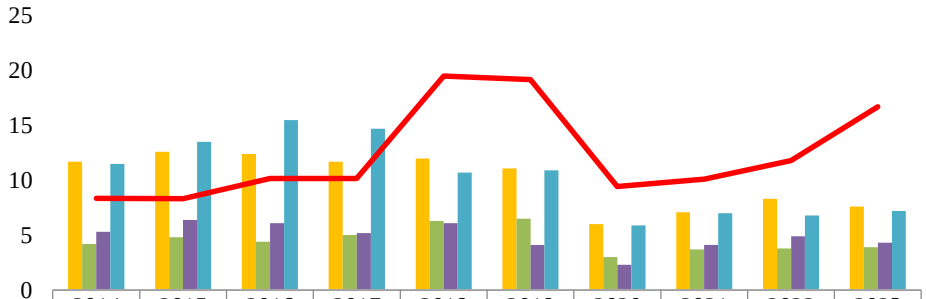
A maior prevalência de hepatite C está entre pessoas que têm idade superior a 40 anos. A forma mais comum de transmissão é a parenteral, por exposição percutânea direta ao sangue, hemoderivados ou instrumental cirúrgico contaminado. Receptores de sangue e derivados, usuários de drogas injetáveis, pacientes de hemodiálise e profissionais de saúde (vítimas de acidentes perfuro-cortantes) apresentam alto risco de infecção pelo HCV.

A inserção dos antivirais de ação direta (DAA) para o tratamento da hepatite C no SUS, em 2015 e a remodelação no modo de aquisição desses medicamentos em 2019, permitiu a efetivação da universalização do acesso aos tratamentos na rede pública. Essas ações tornaram-se marcos históricos rumo à eliminação da hepatite C no Brasil (BRASIL, 2020).

Ao comparar Salvador com o Brasil e a outras capitais de mesmo perfil epidemiológico, nota-se que Salvador vem abaixo da taxa de detecção do Brasil e de Belo Horizonte até o ano de 2017, seguido de aumento nos anos de 2018 e 2019. Em relação à Fortaleza, Salvador tem taxas superiores até o final da série histórica. O ano de 2020 há uma queda importante na taxa de detecção e provavelmente associada a pandemia de covid-19 e a partir de 2021 assume curva ascendente.

CONSULTA

Gráfico 147- Taxa de detecção de Hepatite C (por 100.000/hab.), Brasil, Bahia, Salvador, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Brasil	11,7	12,6	12,4	11,7	12	11,1	6	7,1	8,3	7,6
Bahia	4,2	4,8	4,4	5,0	6,3	6,5	3,0	3,7	3,8	3,9
Fortaleza	5,3	6,4	6,1	5,2	6,1	4,1	2,3	4,1	4,9	4,3
Belo Horizonte	11,5	13,5	15,5	14,7	10,7	10,9	5,9	7,0	6,8	7,2
Salvador	8,4	8,3	10,2	10,2	19,5	19,2	9,4	10,1	11,8	16,7

Fonte: Ministério da Saúde.

A taxa de detecção por distrito sanitário demostra que o DS do Centro Histórico tem taxas elevadas em todos os anos da série histórica. Acredita-se que o perfil populacional da área do centro histórico é constituído por populações chaves para a Hepatite C, que incluem usuários de drogas, profissionais do sexo, pessoas em situação de rua, dentre outras, o que justifica o aparecimento de taxas tão superiores que dos demais territórios. Nos anos de 2018 e 2019 houve uma maior notificação em todos os DS, pois foi introduzido no Brasil a campanha de erradicação do vírus C através dos tratamentos com elevadas taxas de cura (Tabela 47).

Tabela 47- Taxa de detecção Hepatite C (por 100.000/hab.) por Distrito Sanitário, Salvador, 2014-2023.

Distritos Sanitário	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro Histórico	24,4	30,6	34,2	29,0	67,8	54,5	29,7	27,0	33,2	41,9
Itapagipe	13,6	10,7	12,9	12,3	24,8	39,6	18,3	18,7	19,8	34,4
São Caetano/Valeria	8,6	7,8	7,8	10,6	17,8	15,6	8,3	9,0	12,5	17,8
Liberdade	9,2	8,7	13,2	9,6	24,5	20,3	10,8	11,8	10,7	10,0
Brotas	10,4	11,3	10,8	11,1	13,8	11,9	6,4	10,0	9,0	11,0
Barra/Rio Vermelho	4,4	6,2	9,7	9,6	24,3	16,5	6,3	9,5	11,4	16,8
Boca do Rio	10,9	10,9	12,3	19,4	20,0	17,0	8,8	11,7	9,4	14,1
Itapoan	7,7	5,9	7,6	8,3	15,7	13,0	7,8	10,3	12,5	18,7
Cabula/Beiru	7,6	5,7	9,4	8,2	11,4	14,0	11,8	7,7	8,8	11,9
Pau da Lima	5,9	8,4	6,2	6,2	9,8	12,4	4,7	8,9	9,7	18,9
Subúrbio Ferroviário	7,7	6,5	7,1	7,0	14,2	14,8	9,2	6,6	10,0	16,3

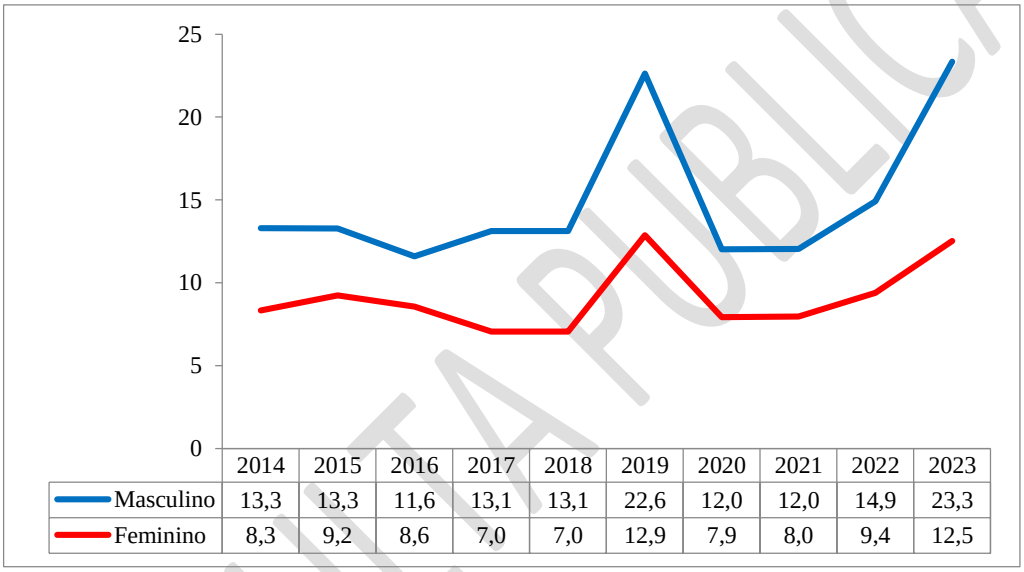
CONSULTA PÚBLICA

Cajazeiras	4,6	6,3	12,0	10,8	17,7	11,7	6,4	7,5	12,7	11,2
Total	8,3	8,2	10,1	10,1	18,4	17,2	9,4	10,1	11,8	16,9

Fonte: Sinannet

Ao longo da série estudada, o sexo masculino tem uma preponderância em relação ao sexo feminino, mas não existem estudos que definam maior probabilidade do sexo masculino em se infectar pelo vírus C, nem pelo vírus B. Pode se inferir é uma maior exposição sexual dos homens em detrimento às mulheres (Gráfico 148).

Gráfico 148 - Taxa de detecção de Hepatite C (por 100.000/hab.) por sexo, Salvador, 2014-2023.



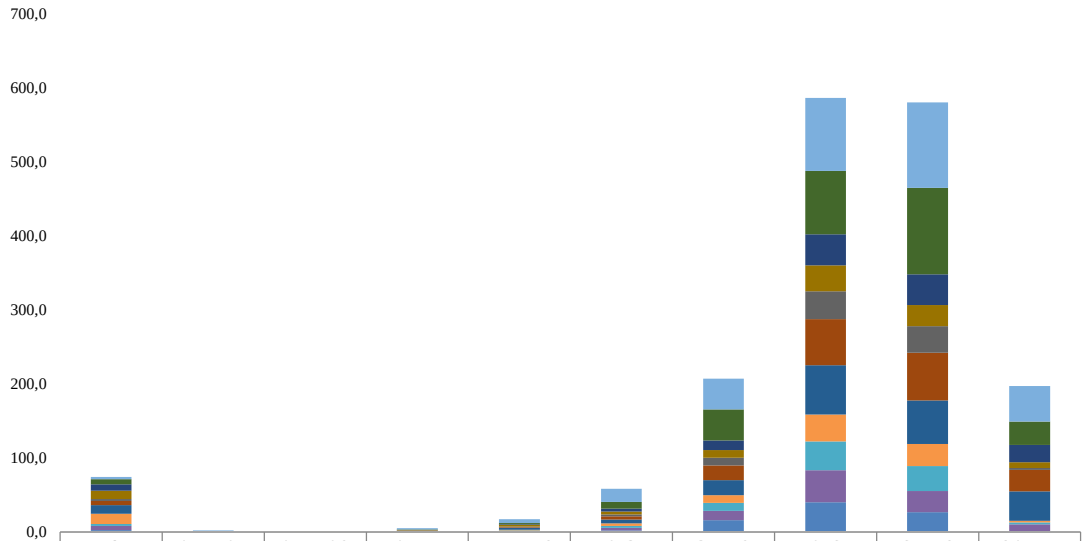
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Masculino	13,3	13,3	11,6	13,1	13,1	22,6	12,0	12,0	14,9	23,3
Feminino	8,3	9,2	8,6	7,0	7,0	12,9	7,9	8,0	9,4	12,5

Fonte: Sinannet

Verifica-se também que as maiores taxas de detecção da infecção pelo vírus C ocorrem nas faixas etárias de 65-79 anos, 50-64 anos e até 80 e+, uma vez que o indivíduo infectado pode levar décadas sem manifestar a doença. Sendo assim, é de vital importância que toda a população acima de 40 anos faça o teste para verificar possível infecção pelo vírus e iniciar tratamento. A testagem rápida com diagnóstico para hepatites virais pode ser realizada nos Multicentros de Saúde e nas unidades básicas de saúde da rede municipal.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 149 - Taxa de detecção de Hepatite C (por 100.000/hab.) por faixa etária, Salvador, 2014-2023.



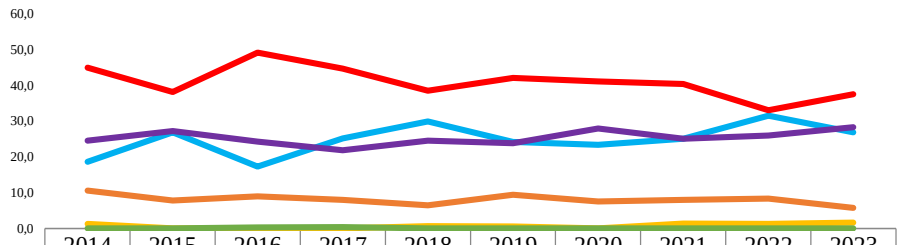
	<1 Ano	01 a 04	05 a 09	10 a 14	15 a 19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e +
2024	3,5	0,9	0,0	1,6	5,2	17,6	41,6	98,3	115,5	48,1
2023	6,8	0,0	0,6	1,1	1,5	9,2	42,2	85,8	117,0	31,5
2022	8,4	0,0	0,0	0,0	0,8	3,8	13,0	42,1	41,3	23,3
2021	11,2	0,0	0,0	0,4	2,1	4,1	10,1	34,9	28,6	7,8
2020	2,8	0,0	0,0	0,4	0,9	2,3	10,5	37,7	36,0	2,6
2019	5,7	0,0	0,0	0,4	0,9	4,4	19,7	62,0	64,4	29,0
2018	11,4	0,0	0,0	0,9	2,6	5,1	20,5	66,6	58,9	39,6
2017	13,8	0,0	0,0	0,0	1,3	3,6	10,4	36,6	29,5	2,6
2016	2,8	0,0	0,0	0,0	0,8	2,5	10,9	38,9	33,9	2,6
2015	5,6	0,7	0,0	0,4	0,8	3,4	12,5	43,3	28,4	10,3
2014	2,8	0,7	0,0	0,0	0,4	2,4	16,0	40,2	26,9	0,0

Fonte: Sinannet

Quanto à raça cor, nota-se que pretos e pardos somados são a maioria das pessoas infectadas pelo vírus C. também não se pode deixar de salientar que o campo “ignorado/branco” tem altos percentuais, mas, ainda, menores do que o observado no vírus B.

Para tanto será necessário um trabalho junto aos profissionais acerca da relevância do preenchimento desse quesito de acordo com a autodeclaração do indivíduo. Buscas em prontuário comprometem o preenchimento adequando por falta dessa informação.

Gráfico 150 - Distribuição de casos de Hepatite C (por 100.000/hab.) por raça/cor, Salvador, 2014-2023.

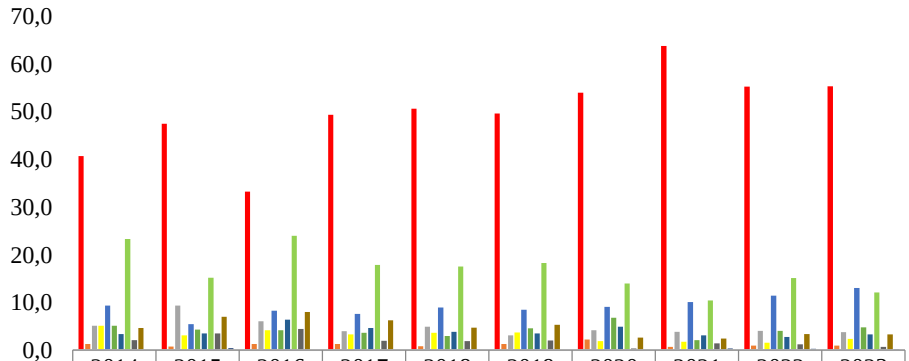


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ign/Branco	18,6	26,8	17,3	25,2	29,9	24,2	23,4	25,1	31,5	26,8
Branca	10,6	7,8	8,9	7,9	6,4	9,4	7,5	8,0	8,3	5,7
Preta	24,6	27,2	24,3	21,9	24,6	23,8	27,9	25,1	25,9	28,3
Amarela	1,3	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,0	1,4	1,2	1,7
Parda	44,9	38,1	49,2	44,7	38,5	42,1	41,1	40,4	33,0	37,5
Indigena	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: Sinannet

Assim como no vírus B, no vírus C o campo "ignorado" foi o mais preenchido no que se refere a escolaridade dos indivíduos notificados com hepatite C. O segundo campo mais preenchido em relação a escolaridade foi o ensino médio completo em todos os anos da série histórica (Gráfico 151).

Gráfico 151 - Distribuição de Hepatite C (por 100.000/hab.) por escolaridade, Salvador, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ign/Branco	40,7	47,5	33,2	49,3	50,6	49,6	54,0	63,8	55,2	55,3
Analfabeto	1,3	0,8	1,3	1,3	0,9	1,3	2,3	0,7	0,9	1,0
1ª a 4ª série incompleta do EF	5,1	9,3	6,1	4,0	4,9	3,1	4,2	3,8	4,0	3,8
4ª série completa do EF	5,1	3,1	4,2	3,3	3,6	3,7	1,9	1,7	1,5	2,4
5ª a 8ª série incompleta do EF	9,3	5,4	8,3	7,6	9,0	8,5	9,1	10,1	11,4	13,1
Ensino fundamental completo	5,1	4,3	4,2	3,6	3,0	4,6	6,8	2,1	4,0	4,8
Ensino médio incompleto	3,4	3,5	6,4	4,6	3,8	3,5	4,9	3,1	2,8	3,3
Ensino médio completo	23,3	15,2	24,0	17,9	17,5	18,3	14,0	10,5	15,1	12,1
Educação superior incompleta	2,1	3,5	4,5	2,0	1,9	2,0	0,4	1,4	1,2	0,7
Educação superior completa	4,7	7,0	8,0	6,3	4,7	5,4	2,6	2,4	3,4	3,3
Não se aplica	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,2

Fonte: Sinannet

8.1.4 HTLV

O HTLV é um retrovírus que infecta humanos, com tropismos aos linfócitos T, que são células de defesa do organismo, apresentando no Brasil a circulação predominante dos subtipos 1 e 2. Com aproximadamente 800.000 pessoas infectadas pelo HTLV-1, o país é uma das maiores áreas endêmicas do mundo (BRASIL, 2021). Estudos em bancos de sangue revelam que as maiores prevalências estão nas regiões Norte e Nordeste, enquanto o Sul apresenta as menores taxas (BRASIL, 2021).

As principais formas de contágio incluem a transmissão vertical (parto ou aleitamento), relações sexuais desprotegidas e o compartilhamento de materiais perfurocortantes, como seringas e alicates (BAHIA, [s.d.]).

A Bahia inseriu o HTLV como doença de notificação compulsória por meio da Portaria nº. 125, em janeiro de 2011. A partir de 2012, a testagem para o HTLV foi implantada na triagem pré-natal em papel filtro no estado da Bahia (BAHIA, 2019).

Em 2024, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS N° 3.148/2024 que altera a portaria de Consolidação GM/MS Nº 4/2017, incluindo a Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e, a criança exposta ao risco de transmissão vertical pelo HTLV, na Lista de Notificação Compulsória Agravos e Eventos de Saúde Pública (BRASIL, 2024).

No município de Salvador, gestantes que iniciam o pré-natal na atenção primária são submetidas à triagem sorológica e à confirmação diagnóstica para o HTLV. Quando o resultado é positivo, a amamentação é contraindicada para prevenir a transmissão vertical do vírus. Para esse fim, o município fornece fórmula infantil como substituto do leite materno até que a criança complete um ano de idade. A fim de assegurar a efetividade desse protocolo, é imprescindível a continuidade da capacitação dos profissionais responsáveis pela atenção ao pré-natal.

O diagnóstico do HTLV-1 e 2 encontra-se disponível nas Unidades de Saúde do município, sendo realizado conforme protocolo padronizado que utiliza um algoritmo diagnóstico composto por testes de triagem seguidos de exames confirmatórios.

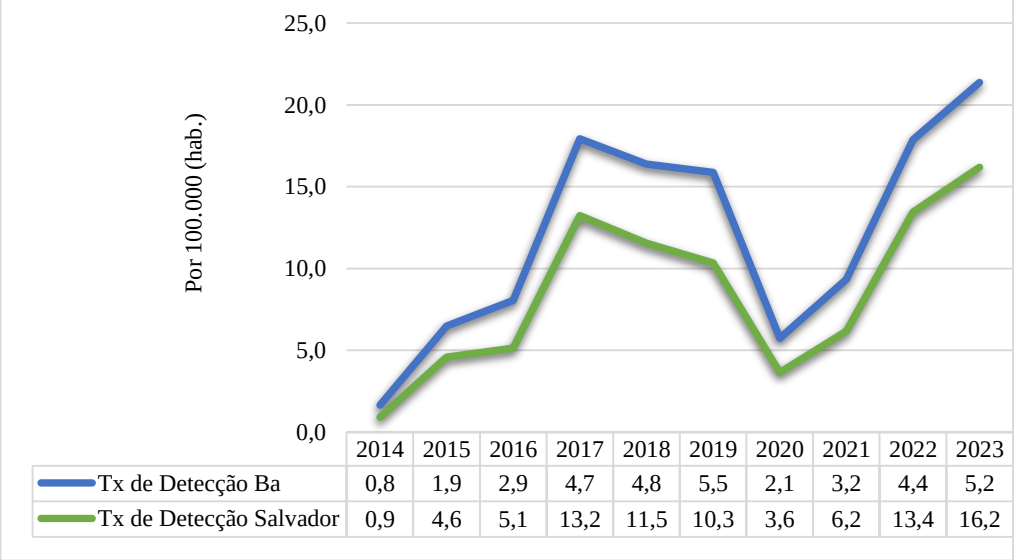
De 2014 até 2023, foram notificados, no SINAN-NET, 2.357 casos de HTLV diagnosticados entre residentes do município de Salvador. Neste período observa-se tendência de crescimento acentuado e com picos na taxa de detecção[44] (TD) ao longo dos anos. A taxa inicia baixa em 2014 (1/100.000 hab.), passa por um período de taxas elevadas (2017 a 2019), seguido de uma queda brusca em 2020 (4/100.000 hab.) que pode estar relacionada ao impacto

[44] A taxa de detecção (TD) de Salvador é consistentemente mais alta do que a do estado da Bahia em todos os anos analisados, por outro lado, na Bahia a curva é sempre de ascendência.

CONSULTA PÚBLICA

da pandemia de COVID-19 nos serviços de saúde e na notificação de casos, voltando a subir de forma acelerada em 2022 (13/100.000 hab.). O aumento na TD indica uma melhoria dos registros de HTLV nos sistemas de informação, pois existe uma invisibilidade com relação a infecção. Tal fato pode ser atribuído, provavelmente, ao aumento da sensibilidade da vigilância epidemiológica nos territórios, o que possibilitou uma detecção mais eficiente dos casos.

Gráfico 152 - Taxa de detecção HTLV (por 100.000/hab.), Salvador e Bahia, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tx de Detecção Ba	0,8	1,9	2,9	4,7	4,8	5,5	2,1	3,2	4,4	5,2
Tx de Detecção Salvador	0,9	4,6	5,1	13,2	11,5	10,3	3,6	6,2	13,4	16,2

Fonte: SMS/DVIS/SUIS/SINAN-Net

Em relação ao território, o DS do Centro Histórico tem mantido as maiores TD de HTLV nos últimos anos, o que pode estar relacionado à presença de populações mais vulneráveis. No entanto, em 2018, o DS de Pau da Lima se destacou por apresentar a maior TD de toda a série histórica, com 27 casos por 100.000 habitantes. Em 2023, os DS da Barra e Pau da Lima (19 por 100.000 hab.), Subúrbio Ferroviário Lima (18 por 100.000 hab.), São Caetano, Liberdade e Cabula Beiru (16 por 100.000 hab.) apresentaram altas TD e uma proximidade nos números, demonstrando uma distribuição proporcional do HTLV em Salvador.

A tabela abaixo mostra uma queda nas notificações em 2020, que pode está relacionada à pandemia de COVID-19, que impactou a rotina dos serviços de saúde e a busca da população por exames de rotina, levando a uma subnotificação.

Tabela 48- Taxa de detecção HTLV (por 100.000/hab.), Distrito Sanitário(DS), Salvador, 2014-2023

Distrito Residência	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro Historico	0	1	5	11	20	21	9	17	26	22
Itapagipe	0	5	2	16	7	8	3	3	12	14
Sao Caetano/Valéria	1	2	3	15	13	12	3	11	15	16
Liberdade	1	2	5	19	8	7	4	5	13	16
Brotas	1	3	6	11	12	9	7	3	10	14
Barra/Rio Vermelho	0	3	3	12	6	6	3	5	11	19
Boca do Rio	1	1	5	10	3	11	4	3	11	5
Itapoan	1	4	5	14	14	7	1	5	14	15
Cabula/Beiru	1	3	4	11	12	10	5	7	15	16
Pau da Lima	2	15	14	19	27	14	3	7	13	19
Suburbio Ferroviário	1	4	6	12	9	10	2	8	13	18
Cajazeiras	1	10	4	7	9	13	3	4	10	12

Fonte: SUIS/ DVIS/SMS/SINAN-Net

A taxa de detecção do HTLV tem sido maior em mulheres do que em homens ao longo dos anos analisados. A transmissão por meio do sexo é mais eficiente do homem para a mulher, em virtude disso a infecção revela-se mais elevada em mulheres (BITTENCOURT, 2015).

Outro fator que contribui para uma maior taxa de detecção entre as mulheres é a triagem sorológica que faz parte da rotina de pré-natal em Salvador e, além de detectar a infecção, contribui para a prevenção da transmissão vertical (de mãe para filho), já que a amamentação é contraindicada para mulheres soropositivas. O monitoramento regular nas gestantes contribui para o aumento no número de casos detectados no sexo feminino.

Para aumentar a detecção em homens é importante fortalecer as estratégias de rastreamento. Uma abordagem seria incluir a testagem para HTLV nas ações de O Sábado do Homem, Pré-Natal do Parceiro e extensão do horário de atendimento de algumas unidades de saúde.

Quanto ao perfil sociodemográfico, a maioria dos casos ocorre entre indivíduos pardos e pretos, embora o alto índice de dados "ignorados" ainda dificulte análises de equidade, apesar da melhora nos registros a partir de 2020. No quesito escolaridade, embora a subnotificação também seja um entrave, predomina a infecção em pessoas com ensino médio completo, seguidas por aquelas com o ensino fundamental incompleto (5ª a 8ª série).

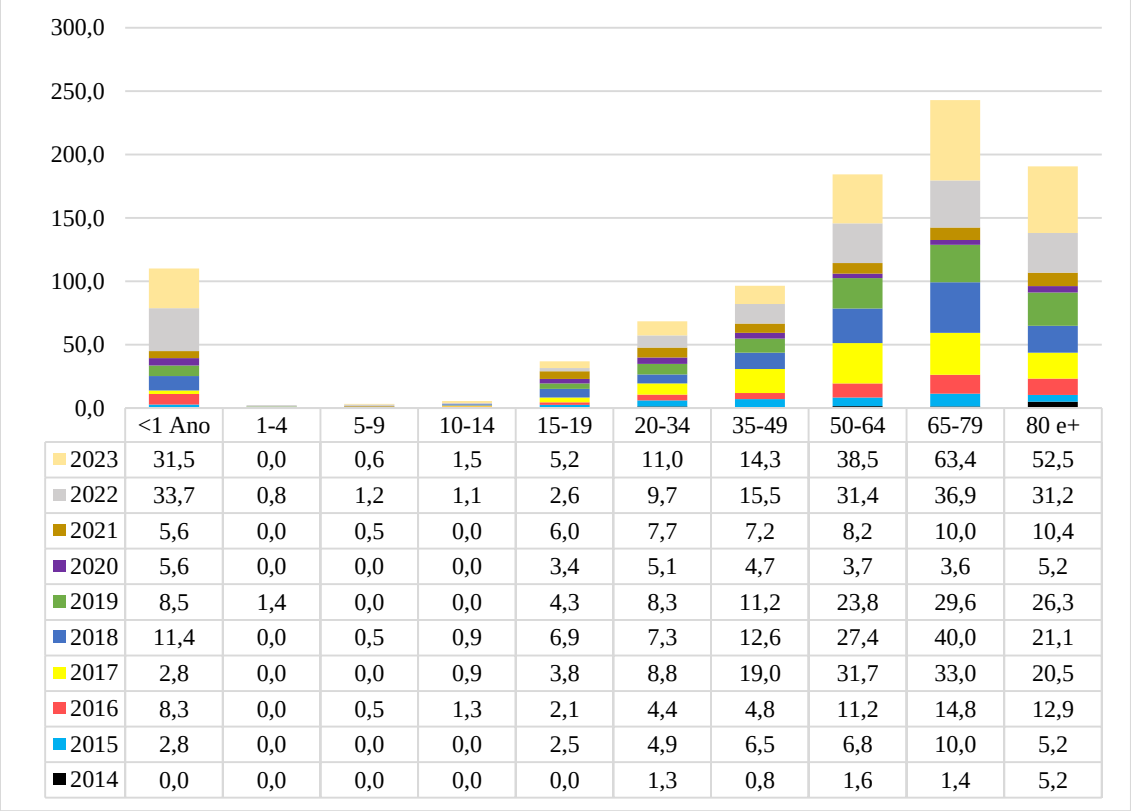
A analise da infecção pelo HTLV, demonstrou que as maiores TD ocorrem nas faixas etárias de 65-79 anos, 80 e+, e 50-64 anos. Estudos indicam que a prevalência do HTLV-1 aumenta com a idade, devido à sua progressão lenta no organismo, sendo as doenças associadas predominantemente de manifestação tardia. No entanto, também se observa uma frequência importante de casos notificados nas faixas etárias de 35-49 e 20-34 anos, grupos compostos por

CONSULTA PÚBLICA

pessoas jovens, sexualmente ativas, com maior risco de exposição a relações sexuais desprotegidas (Gráfico 153).

Observa-se também notificações em crianças menores de 1 ano, principalmente em 2022 e 2023 foi identificado registros nas maternidades de crianças expostas como crianças vivendo com HTLV (Gráfico 17). No entanto, para a confirmação do caso, faz-se necessário o seguimento da criança e a realização de exames laboratoriais, pois um teste positivo antes de um ano de idade pode corresponder a transferência de anticorpos maternos através da placenta, em vez de uma infecção real (BITTENCOURT, 2015).

Gráfico 153 - Taxa de detecção HTLV (por 100.000/hab.), por faixa etária, Salvador, 2014-2023.



	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e+
2023	31,5	0,0	0,6	1,5	5,2	11,0	14,3	38,5	63,4	52,5
2022	33,7	0,8	1,2	1,1	2,6	9,7	15,5	31,4	36,9	31,2
2021	5,6	0,0	0,5	0,0	6,0	7,7	7,2	8,2	10,0	10,4
2020	5,6	0,0	0,0	0,0	3,4	5,1	4,7	3,7	3,6	5,2
2019	8,5	1,4	0,0	0,0	4,3	8,3	11,2	23,8	29,6	26,3
2018	11,4	0,0	0,5	0,9	6,9	7,3	12,6	27,4	40,0	21,1
2017	2,8	0,0	0,0	0,9	3,8	8,8	19,0	31,7	33,0	20,5
2016	8,3	0,0	0,5	1,3	2,1	4,4	4,8	11,2	14,8	12,9
2015	2,8	0,0	0,0	0,0	2,5	4,9	6,5	6,8	10,0	5,2
2014	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,8	1,6	1,4	5,2

Fonte: SUIS/ DVIS/SMS/SINAN-Net

A atenção especializada ambulatorial dispõe de dois ambulatórios voltados ao tratamento das Hepatites Virais, localizados nos Multicentros Vale das Pedrinhas e Carlos Gomes. Esses serviços oferecem testagem rápida, exames complementares, acompanhamento médico e multiprofissional para tratamento integral dos pacientes diagnosticados com hepatites virais.

Salvador também dispõe de três Serviços de Atenção Especializada (SAE) em IST, caracterizados como unidades ambulatoriais voltadas à atenção integral às pessoas que vivem com HIV, HTLV e outras infecções. Esses serviços desenvolvem ações de assistência,

prevenção, tratamento e acompanhamento contínuo, compondo uma rede articulada com a Atenção Primária e demais pontos da RAS. Além de três Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) para acesso regular aos antirretrovirais.

A partir de 2020, o município iniciou a oferta da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Em 2022, implantou o Ambulatório de PrEP no SAE Liberdade e o Ambulatório Municipal Especializado em HTLV.

Tendo em vista o aumento no número de crianças expostas às IST, a SMS estabeleceu um fluxo de cuidado que assegura o encaminhamento das crianças desde a maternidade, a partir da APS, para o SAE Liberdade. As crianças são acompanhadas por equipe multiprofissional, em compartilhamento com a APS, até os 18 meses de vida, assegurando o monitoramento clínico e laboratorial e a adoção de medidas de prevenção de agravos.

Ambulatório LGBT+

Salvador também implantou o primeiro Ambulatório Municipal Especializado em Saúde LGBT+, no Multicentro Carlos Gomes, com o propósito de garantir atenção integral e qualificada à população LGBT+ e de consolidar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros no município. O ambulatório oferece cuidado especializado nos eixos de atenção integral a pessoas trans e travestis – incluindo hormonização e acompanhamento das transformações corporais –, atenção aos casos de sofrimento mental moderado, disponibilização de insumos de prevenção combinada ao HIV (como a PrEP) e ações de detecção precoce de cânceres do colo do útero e da mama.

O Ambulatório Municipal Especializado em Saúde LGBT+ configura-se como espaço estratégico de promoção da saúde e garantia de direitos, voltado ao atendimento integral e humanizado da população LGBTQIAPN+. Desde sua implantação, observa-se que a maior parte do público atendido é composta por pessoas cisgênero, seguidas pela população trans. Em relação à orientação sexual, o serviço é majoritariamente acessado por pessoas gays e transsexuais, o que reforça o caráter de acolhimento seguro e inclusivo. No quesito raça/cor, os usuários autodeclaram-se predominantemente pretos, pardos e brancos, demonstrando a diversidade racial e a necessidade de um olhar interseccional sobre as desigualdades em saúde.

As principais motivações de busca pelo serviço estão associadas às demandas de saúde mental, harmonização corporal e atenção integral à população trans e travesti. Esses dados

CONSULTA PUBLICA

refletem a complexidade das necessidades dessa população, frequentemente exposta a contextos de vulnerabilidade social, discriminação e exclusão em outros espaços de cuidado.

O perfil de funcionamento do Ambulatório LGBT demonstra que o serviço tem cumprido papel fundamental na promoção do acesso equitativo à saúde, assegurando acolhimento, escuta qualificada e cuidado integral. A análise dos dados reforça não apenas o alcance do serviço entre diferentes segmentos da comunidade LGBT, mas também a urgência de fortalecimento das políticas públicas que garantam a continuidade, ampliação e humanização do cuidado prestado.

Nesse contexto, a participação popular e o envolvimento da sociedade civil têm se mostrado determinantes na implantação e implementação dessas políticas, contribuindo para a identificação das necessidades reais da população, para a educação em saúde e para o fortalecimento da gestão democrática e participativa, pautada na transparência e no controle social.

Ambulatório de Alergias Alimentares

Uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) é a organização da Atenção Nutricional, que estrutura serviços de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos alimentares. Nesse contexto, Salvador conta com o Ambulatório Infantil de Alergia Alimentar, em funcionamento desde 2014 no Complexo de Saúde Clementino Fraga (DS Barra/Rio Vermelho). A unidade oferece atendimento especializado por equipe multiprofissional (pediatria, gastropediatria, nutrição e enfermagem) para crianças menores de 02 anos com diagnóstico de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV).

As doenças alérgicas resultam da complexa interação entre fatores genéticos, ambientais e comportamentais, sendo a Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) a manifestação mais comum em crianças de até 24 meses. Essa condição caracteriza-se por uma resposta imunológica às proteínas do leite, como a caseína e as proteínas do soro, e possui fatores de risco bem estabelecidos, conforme o Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar (SBAN, 2012; 2018). Entre os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento estão a privação do aleitamento materno, o uso precoce de fórmulas lácteas ou leite de vaca integral, a introdução alimentar antecipada, além de comorbidades como asma, dermatite atópica e a deficiência de vitamina D (SOLÉ et al., 2018).

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses é a estratégia mais eficaz para prevenir sintomas alérgicos, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde e OMS. O tratamento da

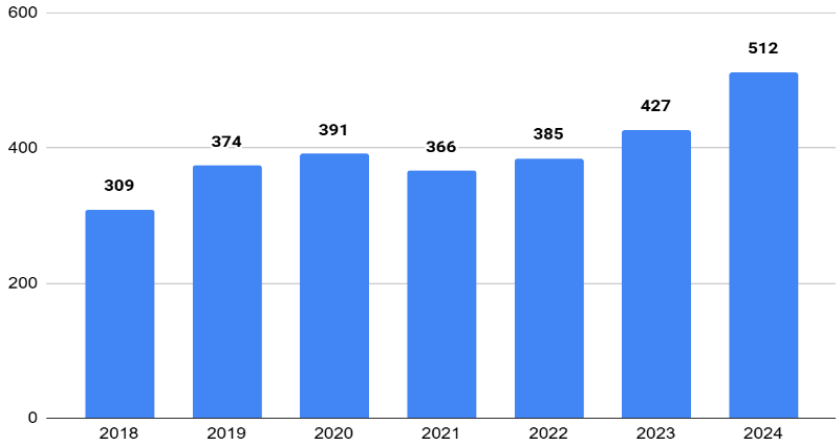
CONSULTA PUBLICA

APLV é fundamentalmente nutricional, baseado na exclusão de proteínas do leite de vaca (e de outros mamíferos) da dieta da criança e da nutriz. Quando o aleitamento não é possível ou suficiente, utilizam-se fórmulas infantis especiais de hidrolisado proteico ou aminoácidos livres (SOLÉ et al., 2018; WHO, 2017; VICTORA, 2016).

Em Salvador, a SMS garante esse cuidado por meio do Ambulatório Infantil de Alergia Alimentar, que oferece acompanhamento multiprofissional e fornecimento de fórmulas nutricionais para crianças até dois anos. Embora as Unidades Básicas de Saúde (UBS/ESF) realizem o atendimento inicial, o ambulatório funciona como a referência especializada para casos que exigem suporte denso.

Atualmente, os registros do Ambulatório Infantil de Alergia Alimentar são realizados em prontuários físicos compartilhados pela equipe. Devido a esse modelo de arquivamento, os dados quantitativos de atendimentos por categoria profissional ainda não estão disponíveis em formato eletrônico.

Gráfico 154 - Evolução do número de crianças com APLV acompanhadas que utilizaram fórmulas nutricionais para tratamento, Salvador-BA, 2018-2024.



Fonte: DAPS/SMS, 2025.

A série histórica de Salvador demonstra um crescimento de 65,7% no número de crianças assistidas por APLV, saltando de 309 em 2018 para 512 em 2024. Esse aumento constante indica um aprimoramento no diagnóstico e no acompanhamento da saúde infantil no município.

8.2 Atenção Psicossocial

O cuidado em saúde mental por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Salvador baseia-se na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, fundamentada na Lei

nº 10.216/2001 e na Portaria GM/MS nº 3.088/2011. A RAPS é composta por diversos pontos de atenção, desde a atenção primária à saúde e a atenção hospitalar. Em Salvador, a RAPS está constituída conforme descrito no Quadro 14.

Quadro 14 - Caracterização da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Salvador, 2025.

COMPONENTES DA RAPS	PONTOS DE ATENÇÃO
ATENÇÃO BÁSICA	115 UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) / 46 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) 16 E-MULTI / 5 EQUIPES DE CONSULTÓRIOS NA RUA (CNR) 1 CENTRO DE CONVIVÊNCIA (OSID/SESAB)
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA/ ESPECIALIZADA	12 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) II (1 CONVENIADO UFBA) 1 CAPS I (CONTRATUALIZADO) / 2 CAPS III / 3 CAPS i / 2 CAPS AD (1 SESAB/UFBA) / 1 CAPS AD III 3 CENTROS DE SAÚDE MENTAL (CSM) / 1 AMBULATÓRIO PSIQUIATRIA (CONTRATUALIZADO) 1 EQUIPE DE ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL (EMAESM) (CONTRATUALIZADO) 2 AMBULATÓRIOS ESTADUAIS HEML/HJM (SESAB) / 7 AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS (HUPES/SESAB) 1 EQUIPE ITINERANTE DE SAÚDE MENTAL (EISM)
ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	1 PRONTO-ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO (PAP) / 12 UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO 24H (UPA) 10 PRONTO-ATENDIMENTOS (PA) / 50 USB SAMU 192 / 12 USA SAMU 192
ATENÇÃO DE CARÁTER TRANSITÓRIO	1 UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTA (UAA) (CONTRATUALIZADA) 1 UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO-JUVENIL (UAI) (CONTRATUALIZADA)
ATENÇÃO HOSPITALAR	2 HOSPITAIS ESPECIALIZADOS EM PSIQUIATRIA SESAB (HEML/HJM) 2 HOSPITAL GERAL COM LEITOS DE SAÚDE MENTAL SESAB (HGE – INFANTO-JUVENIL/HPEL) 1 HOSPITAL GERAL COM ENFERMARIA FEMININA EBSERH (HUPES)
ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	7 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (SRT) PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA
ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	1 PROJETO CASA GERAR (ISC-UFBA)
PROJETO GIRASSÓIS NA RUA	2 PONTOS DE CIDADANIA (CONTRATUALIZADO)

Fonte: COAPS/DAES/SMS, 2025.

A Atenção Primária à Saúde na RAPS tem o papel de desenvolver ações de promoção à saúde mental, redução de danos, prevenção e cuidado aos transtornos mentais leves, incluindo aqueles decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em articulação com os demais pontos da rede. Os Consultórios na Rua (CnR) atua com foco na população em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas.

A atenção à população em situação de rua é realizada para além dos serviços da rede e dos consultórios na rua, pelos Pontos de Cidadania, gerido através do Projeto Girassóis na Rua. Atualmente, Salvador conta com duas unidades do Ponto de Cidadania – Aquidabã e Largo de Roma – com equipes multiprofissionais que assistem à população e realizam, em média, mil atendimentos por mês a pessoas que formam um público predominantemente de jovens negras e negros; famílias, bebês, crianças e adolescentes, com vínculos familiares precarizados ou rompidos; usuários de duas ou mais substâncias psicoativas, e que dormem na rua; apresentam baixa atividade econômica e vulnerabilidades ligadas à saúde, assistência, moradia, emprego e renda.

Como estratégia complementar, em outubro de 2023 foi criada a Equipe Itinerante de Saúde Mental (EISM). A equipe tem atuado no cuidado de pessoas em situação de rua com Transtorno

CONSULTA

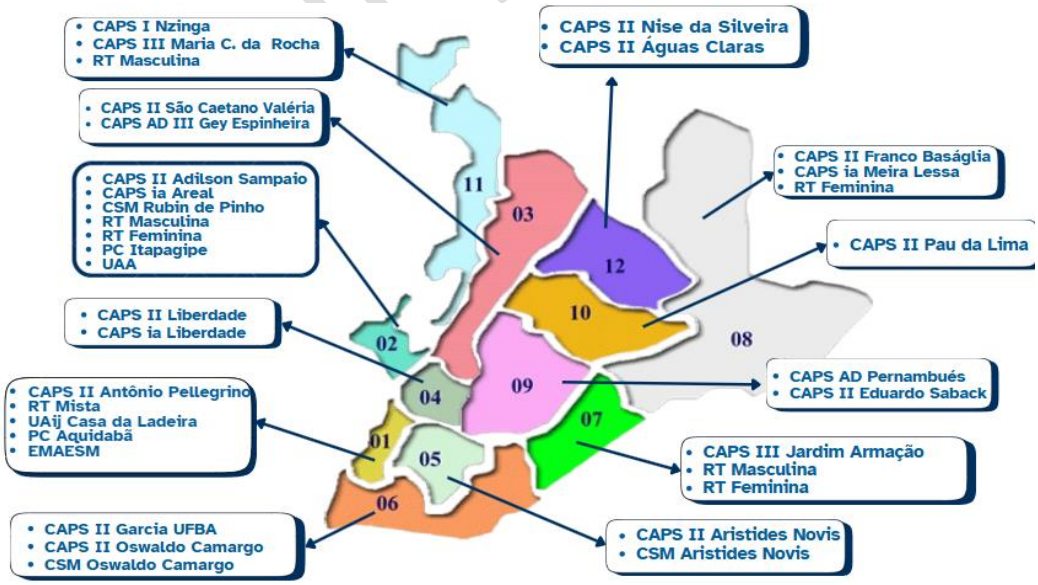
Mental Grave (TMG), utilizando como principais estratégias a Intensificação de Cuidados (IC) e a Redução de Danos (RD). Com visitas regulares aos territórios, atenção às crises, apoio à construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e articulação intersetorial com saúde, assistência, moradia e justiça, a equipe busca aproximar esse público da RAPS e garantir cuidado integral.

O componente especializado da Atenção Psicossocial é ofertado através dos CAPS[45] e ambulatórios. Atualmente, Salvador conta com 21 CAPS, sendo 19 municipais, 1 contratualizado e 1 sob gestão estadual.

A distribuição dos CAPS no território municipal é heterogênea, de modo que cada DS tem uma organização específica da RAPS. Em números, Salvador possui 1 CAPS I, 14 CAPS II (para adultos e idosos), 1 CAPS III (funcionamento 24h), 2 CAPS AD II (destinado à população que faz uso abusivo ou prejudicial de álcool e outras drogas), 1 CAPS AD III (24 horas) e 3 CAPS ia (para infância e adolescência). Os CAPS ad e ia atuam como regionais, cobrem mais de um DS.

Embora Salvador conte com uma rede diversificada de CAPS, a ausência de novos serviços durante quase uma década e a limitação de CAPS III refletem uma insuficiência na capacidade de resposta às demandas de crises e aos casos de maior complexidade.

Mapa 16- Distribuição espacial dos serviços da RAPS especializada nos Distritos Sanitários, Salvador, 2025.



Fonte: COAPS/DAES/SMS, 2025.

[45] Os CAPS são serviços substitutivos ao modelo asilar, de porta aberta, destinados prioritariamente a pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes, e àqueles com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Nos CAPS, são realizados procedimentos de acolhimento, atendimento individual e em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, oferta de medicação, estímulo ao protagonismo de usuários e familiares, atenção à população em situação de rua e matriciamento.

Os Centros de Saúde Mental (CSM) e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM) representam o nível de atenção intermediário entre a APS e os CAPS. Salvador conta com 3 CSM, 1 EMAESM e 1 Equipe Itinerante de Saúde Mental para população em situação de rua e acolhimento institucional.

No que diz respeito a rede de urgência e emergência a RAPS é composta pelos Pronto-Atendimento Psiquiátrico[46] (PAP), Prontos-Atendimentos (PA), Unidades de Pronto-Atendimento[47] (UPA) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

No componente hospitalar, Salvador carece de enfermaria especializada com leitos municipais de saúde mental em hospital geral para adultos. Em caso de crises, os pacientes são absorvidos pelos hospitais psiquiátricos estaduais (Juliano Moreira e Mário Leal). No campo da infância e juventude, o Hospital Geral do Estado oferece 08 (oito) leitos em enfermaria pediátrica, com fluxo de acesso e alta construído com o CAPSia e PAP, porém, ainda, carece de sistema de regulação digital que favoreça a implementação mais eficaz do fluxo.

Quanto a estratégias de desinstitucionalização, Salvador conta com 07 Serviços Residenciais Terapêuticos[48] (SRT) com 55 moradores (03 Femininas, 04 Masculinas), dos quais 16 moradores estão contemplados com o Programa de Volta pra Casa[49]. Além de duas unidades de acolhimento[50]: Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI) Casa da Ladeira (10 vagas) e Unidade de Acolhimento Adulto (UAA Itapagipe) com 15 vagas.

No âmbito da informatização, destaca-se o avanço no desenvolvimento do Prontuário Eletrônico de Atenção Psicossocial no Sistema VIDA+, que, até 2022, havia alcançado 85% de sua implementação, sendo ampliado em 2023 com a inclusão de campos específicos para identidade de gênero e orientação sexual, promovendo maior adequação ao cuidado integral e respeito à diversidade.

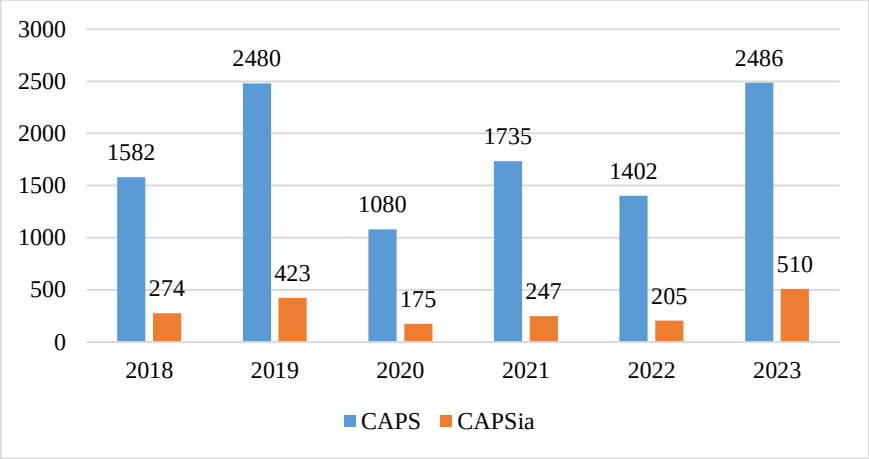
No que tange a produção assistencial nota-se diminuição nos procedimentos de acolhimentos iniciais no período da pandemia pela COVID-19, provavelmente em decorrência das orientações sanitárias para distanciamento social e restrições no funcionamento das instituições. No entanto, o efeito da pandemia sobre à saúde mental da população, como anunciado pela OMS, tem sido constatado com aumento no número de acolhimentos,

[46] O Pronto-Atendimento Psiquiátrico (PAP), implantado em 2011, é um equipamento de urgência e emergência em saúde mental, com equipe multiprofissional especializada 24h.
[47] Duas UPA contam com serviço de saúde mental.
[48] Moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia (Portaria GM / MS 3.090/2011).
[49] Programa que oferece auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtorno mental.
[50] Consiste na atenção residencial de caráter transitório que visam oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade.

CONSULTA PÚBLICA

principalmente no âmbito da infância e adolescência, superando o cenário pré-pandêmico (Gráficos 18).

Gráfico 155 - Acolhimentos iniciais dos CAPS e CAPSia habilitados, Salvador, 2018-2023.

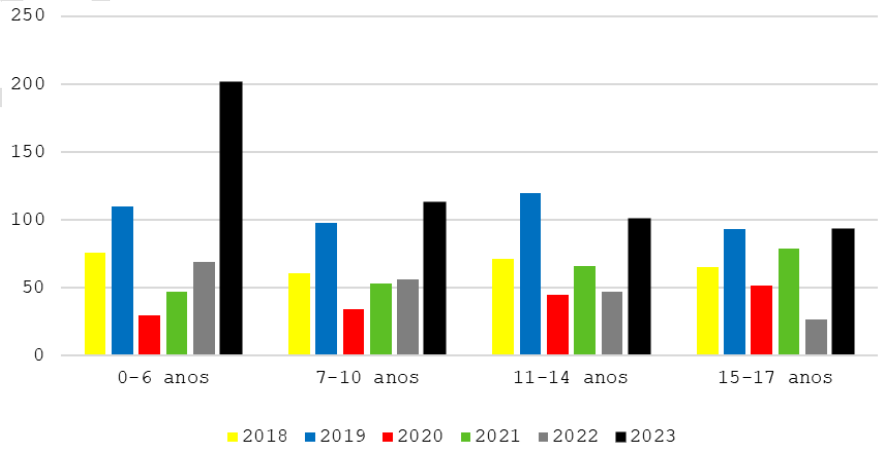


Fonte: SIA-SUS

Com relação aos acolhimentos iniciais em CAPS infantil (CAPSi) nota-se aumento nos acolhimentos de crianças de 0 a 6 anos em 2023, quando comparado aos anos anteriores, crescimento nos atendimentos das faixas de 7 a 10 anos e 11 a 14 anos em alguns períodos, enquanto os adolescentes de 15 a 17 anos apresentam tendência de maior estabilidade.

Esses dados evidenciam a relevância do acompanhamento contínuo da demanda por cuidados em saúde mental infantojuvenil e indicam a necessidade de atenção às especificidades de cada faixa etária. Observa-se na rede um aumento na identificação de crianças com suspeita de neurodesenvolvimento atípico, acompanhado por maior demanda por avaliações na faixa etária da primeira infância, conforme demonstrado a seguir.

Gráfico 156 - Número de acolhimento inicial em CAPSi habilitados, por faixa etária, Salvador, 2018-2023.



Fonte: SIA-SUS

CONSULTA PÚBLICA

A RAPS de Salvador evidencia avanços significativos no modelo de cuidado territorializado e comunitário, alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental. Contudo, esta análise também demostra a necessidade de expansão dos serviços, da valorização e qualificação dos trabalhadores, do fortalecimento da regulação e da informatização dos sistemas para consolidação de um cuidado mais humanizado, descentralizado e resolutivo.

8.3 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)

De acordo com os dados do Censo Demográfico (2020), a prevalência de pessoas com deficiência no Brasil é de 7,3%, englobando diferentes graus de severidade de leve a grave nas dimensões visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. Na análise por sexo, observa-se que o índice atinge 8,4% da população feminina e 6% da masculina. Quanto à natureza das limitações, a deficiência visual é a mais prevalente (4,2%), seguida pela dificuldade de locomoção ou subida de degraus (2,6%), limitações motoras em membros superiores (1,4%), deficiência mental (1,3%) e auditiva (1,29%). Por fim, ao avaliar a distribuição por faixa etária, identifica-se que a ocorrência de deficiências se concentra majoritariamente no grupo de idosos (60 anos ou mais), conforme evidenciado no gráfico de prevalência por idade.

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) conta, além dos serviços isolados de reabilitação no Multicentro de Saúde Vale das Pedrinhas, Multicentro de Saúde Carlos Gomes e Centro de Saúde Mental e Reabilitação (CSMR) Dr. Álvaro Rubim de Pinho, com instituições de referência em reabilitação, a saber: Núcleo de Atendimento à Criança com Paralisia Cerebral (NACPC – CER II), Instituto Baiano de Reabilitação (IBR – CER II), Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE – Coutos – CER II), Instituto de Cegos da Bahia (ICB), Instituto de Organização Neurológica (ION), Clínica de Reabilitação Física (CLIFIR), Centro de Logopedia e Psicomotricidade da Bahia (CLPB), Instituto Guanabara, Centro Pestalozzi de Reabilitação, CER II Bairro da Paz, CER II Occasio e CER II Dom Bosco.

A RCPD e os Centros Especializados em Reabilitação (CER) apresentam desafios estruturais e operacionais que repercutem no cuidado integral, principalmente nos casos que demandam articulação com a RAPS. Destacam-se como pontos prioritários a ampliação e qualificação da oferta de serviços de reabilitação, o fortalecimento da acessibilidade e da inclusão social, bem como o fornecimento de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPME), além da promoção de ações de educação permanente, enfrentamento ao

CONSULTA PÚBLICA

capacitismo. Ressalta-se, ainda, a importância da formalização de uma instância municipal específica, seja a partir de coordenação, comitê gestor ou grupo de trabalho intersetorial, voltada ao acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da RCPD, garantindo a integração das ações e a continuidade das políticas de cuidado à pessoa com deficiência.

No âmbito da Atenção Especializada, ainda persistem desafios relacionados à ampliação da oferta de consultas, exames e procedimentos, à redução de filas e tempos de espera e à qualificação dos processos de regulação e integração com a APS. Impõe-se a necessidade de investir em sistemas de informação interoperáveis, revisar protocolos de encaminhamento, fortalecer a governança e planejar regionalmente a oferta de serviços, assegurando equidade e eficiência. A superação das limitações requer planejamento articulado, financiamento adequado e monitoramento contínuo, com vistas à consolidação de uma rede resolutiva, acessível e de alta qualidade, capaz de responder às necessidades de saúde dos munícipes.

8.4 Saúde Bucal na Atenção Especializada

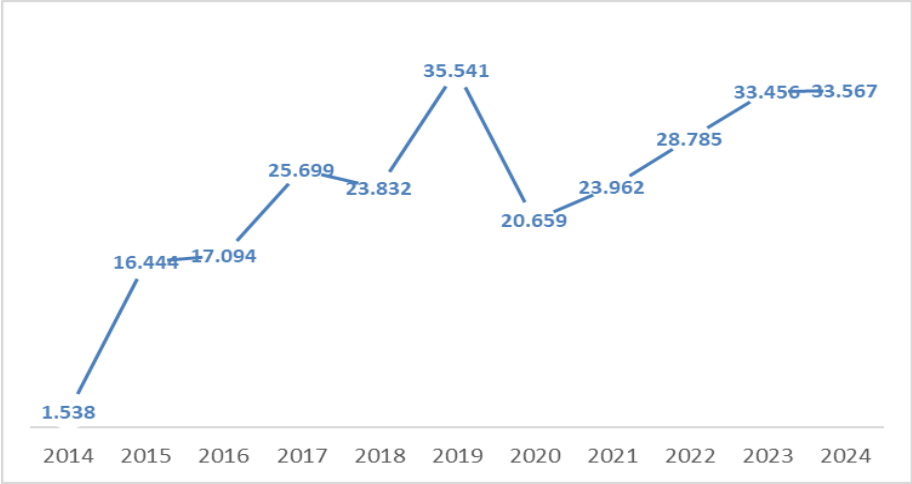
A Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) de Salvador está estruturada em diferentes pontos de atenção, iniciando-se na APS, por meio das UBS/USF. Complementarmente, a Atenção Especializada é composta pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a Unidade de Atendimento Odontológico (UAO), na Rede de Urgência e Emergência conta com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e PA, garantindo a referência para casos de maior complexidade.

No nível especializado, a rede conta com 06 CEO, 01 Unidade de Atendimento Odontológico de Urgência (2ª UAO) e 01 Centro Municipal da Liberdade (CEMOL). Além disso, possui Equipes de Saúde Bucal atuando no Multicentro Amaralina Adriano Pondé, para atendimento a cardiopatas, e no Serviço Municipal de Atenção Especializada - SEMAE para atendimento a portadores de ISTs. Adicionalmente, o município conta na Urgência e Emergência com 01 PA com serviço de saúde bucal e 10 UPAs com serviços odontológicos implantados.

No que tange às consultas odontológicas na atenção especializada, realizadas pelo Centro de Especialidades, verifica-se um aumento de 103%, quando comparado 2015 (16.44) com 2023 (33.456). Atualmente, os CEOs funcionam com agendamento prévio, com ofertas de vagas estabelecidas por nota técnica institucional.

CONSULTA PUBLICA

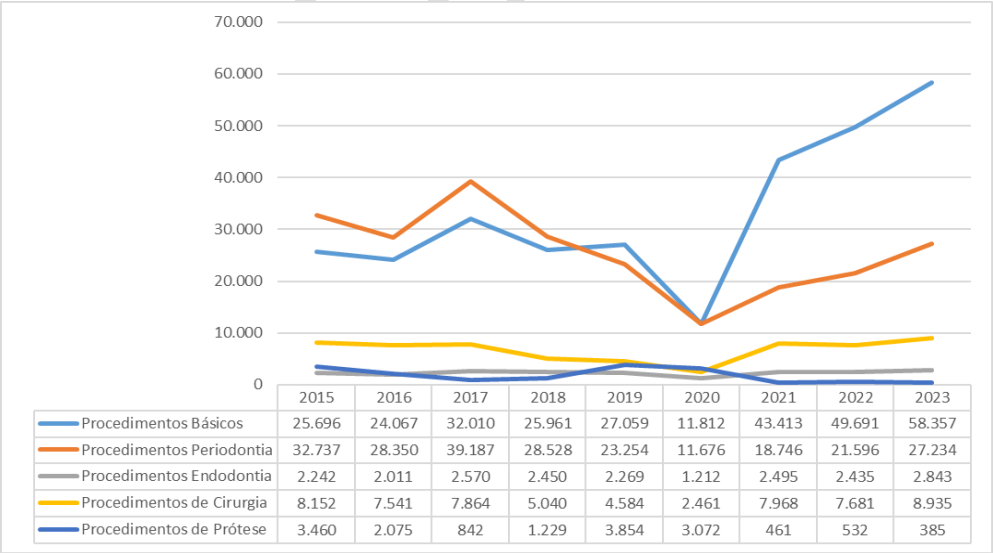
Gráfico 157- Número de consultas odontológicas especializadas realizadas nos CEOs, Salvador-BA, 2014-2024.



Fonte: Sistema Vida+. Acesso em 21/08/25.

Os procedimentos odontológicos básicos na APS cresceram 127%, saltando de 25.696 (2015) para 58.357 (2023), enquanto as áreas de periodontia, endodontia e cirurgia mantiveram tendência linear. Em contraste, a especialidade de prótese sofreu redução de 88,8%, dado alarmante diante dos indicadores do projeto SB Brasil, que apontam o aumento de perdas dentárias e mutilações na população, exigindo maior investimento e atenção.

Gráfico 158 - Número de procedimentos odontológicos realizados no CEO por tipo de especialidades, Salvador-BA, 2015-2024.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Procedimentos Básicos	25.696	24.067	32.010	25.961	27.059	11.812	43.413	49.691	58.357
Procedimentos Periodontia	32.737	28.350	39.187	28.528	23.254	11.676	18.746	21.596	27.234
Procedimentos Endodontia	2.242	2.011	2.570	2.450	2.269	1.212	2.495	2.435	2.843
Procedimentos de Cirurgia	8.152	7.541	7.864	5.040	4.584	2.461	7.968	7.681	8.935
Procedimentos de Prótese	3.460	2.075	842	1.229	3.854	3.072	461	532	385

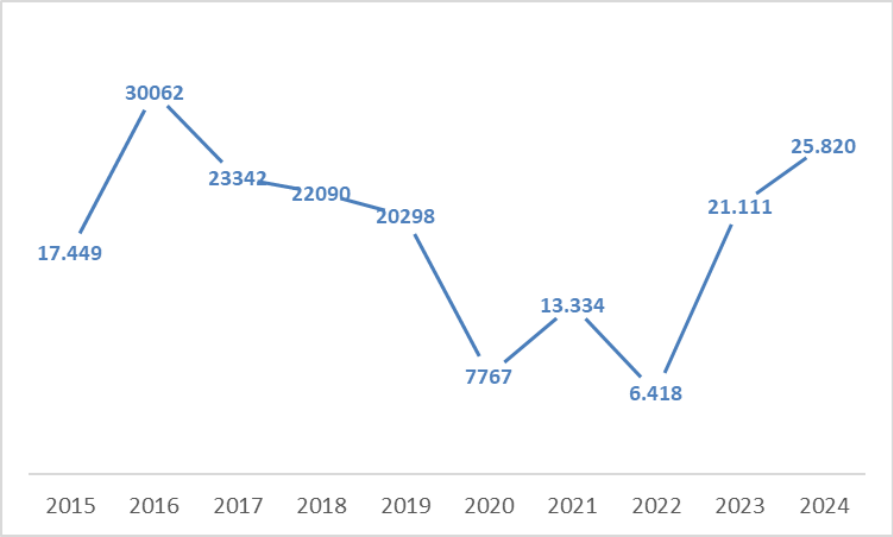
Fonte: Sistema Vida. Acesso em 21/08/25.

Em 2023, foi publicado o protocolo de encaminhamento para estomatologia nos CEOs, em 2024, o protocolo de radiologia e imaginologia odontológica, com o objetivo de normatizar os procedimentos, garantindo a padronização e a qualidade dos exames para diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes. Cabe destacar que o protocolo de anquiloglossia trouxe

diretrizes que subsidiam a organização da rede, por meio de um fluxograma para o manejo dos casos e otimização do encaminhamento para a cirurgia de freio lingual no município.

Em relação ao número de atendimentos de urgência odontológica no município de Salvador, houve ampliação passando de 17.449 em 2015 para 21.111 em 2023 (Gráfico 159).

Gráfico 159 - Número de atendimento de urgência odontológica em Salvador-BA, 2015-2024.



Fonte: Sistema Vida+. Acesso em 21/08/25

O desafio para a SMS é consolidar a universalidade desse acesso e garantir a equidade na distribuição da oferta, mantendo a qualidade dos serviços especializados e de urgência em toda a sua rede de atenção.

8.5 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é composta por 10 Unidades de Pronto Atendimento[51] (UPA), 8 (oito) Pronto Atendimentos[52] (PA), um Pronto Atendimento Psiquiátrico e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Todas as unidades funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana. Algumas unidades das UPA e PA dispõe de exames laboratoriais, radiologia (raio-X), Ultrassonografia (USG), Doppler venoso e/ou arterial e eletrocardiograma.

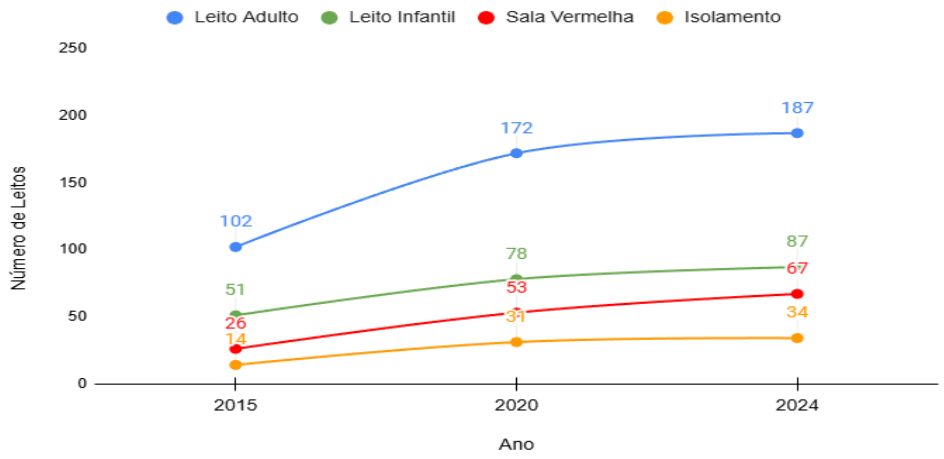
No período de 2015 e 2024, observa-se uma ampliação progressiva do número de leitos nas UPA e PA de Salvador, passando de 193 (2015) para 375 leitos (2024), o que representa

[51] UPA: Adroaldo Albergaria, Brotas, Hélio Machado, Parque São Cristóvão, Paripe, Pirajá, Santo Inácio, Santo Antônio, San Martin, Valéria e Vale dos Barris.
[52] Alfredo Bureau, Edson Teixeira, Maria Conceição Santiago Imbassahy (Maria Conceição Santiago Imbassahy), Orlando Imbassahy, Rodrigo Argolo, Ilha de Maré e São Marcos.

incremento de 94,3% da capacidade instalada. O maior incremento ocorreu no período de 2015 a 2020, quando os leitos passaram para 334 leitos, principalmente devido à implantação de novas UPA. Entre 2020 e 2024, verificou-se uma estabilização, com crescimento moderado, chegando a 375 leitos.

Em termos de tipo de leito, o aumento foi maior nos leitos adultos, de 102 em 2015 para 187 em 2024, e dos leitos em sala vermelha de 26 para 67 leitos, reforçando a capacidade de resposta a situações de maior gravidade clínica. Também houve crescimento nos leitos infantis (de 51 para 87) e nos leitos de isolamento (de 14 para 34), este último de importância estratégica para o manejo de síndromes respiratórias e outras condições transmissíveis (Gráfico 160).

Gráfico 160 - Número de leitos por tipo, Salvador, 2015, 2020 e 2024.



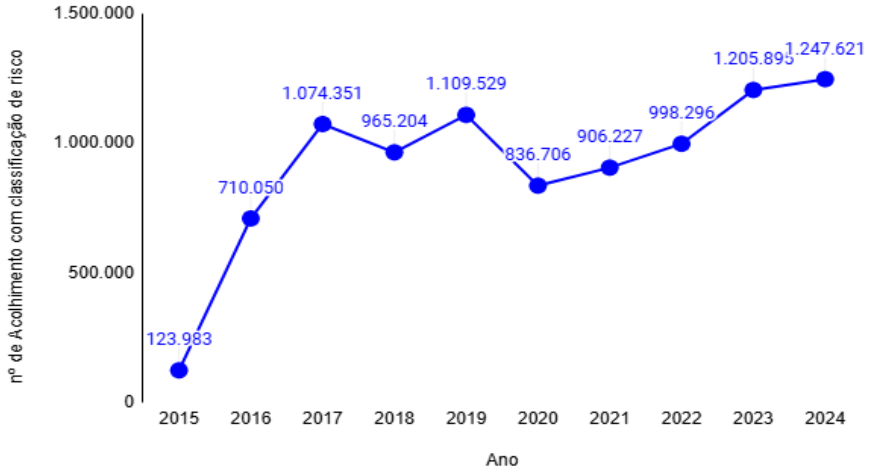
Tipos de Leito	2015	2020	2024
Leito Adulto	102	172	187
Leito Infantil	51	78	87
Sala Vermelha	26	53	67
Isolamento	14	31	34
Total	193	334	375

Fonte: DAES/SMS, 2025

No que se refere ao Acolhimento com Classificação de Risco[53] (ACCR) observa-se crescimento de mais de 1,2 milhão ao longo do período analisado (Gráfico 161). De acordo com o Protocolo de Manchester, há predominância nos atendimentos de casos mais leves (verde e azul) em comparação com aqueles classificados como amarelo e vermelho. No período de 2021 a 2024, os pacientes com classificação verde representaram a média de 76,5% dos atendimentos, com destaque para o ano de 2023, quando alcançaram 87%.

[53] A Estratégia de Acolhimento com Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, além de organizar o fluxo assistencial, direcionando os pacientes para as áreas de atendimento mais adequadas. As unidades da RUE utilizam o Protocolo de Manchester, um sistema de triagem amplamente reconhecido que permite classificar os pacientes em diferentes níveis de prioridade.

Gráfico 161 - Número de acolhimento com classificação de risco realizados em UPA e PA. Salvador, 2015-2024.



Fonte: SIA/SUS.

Os casos classificados como azul apresentaram queda progressiva, passando de 5% em 2021 para 2% em 2024. Nos atendimentos de maior gravidade, os casos amarelos mantiveram relativa estabilidade, enquanto os casos vermelhos permanecem com baixa representatividade, reduzindo de 3% em 2021 para 1% em 2024 (Quadro 1).

Quadro 15 - Média percentual de atendimentos nas UPA conforme classificação de risco. Salvador, 2021-2024.

Ano	Classificação de Risco			
	Azul	Verde	Amarelo	Vermelho
2021	5%	70%	21%	3%
2022	4%	74%	20%	1%
2023	2%	87%	22%	1%
2024	2%	75%	22%	1%

Fonte: DAES, SMS.

De acordo com a literatura, a maior procura pelos serviços de urgência e emergência, como as UPA, está relacionada à percepção da população de que esses serviços são mais resolutivos e acessíveis que a APS, em razão da maior disponibilidade de recursos diagnósticos e de exames (CONSTANTINO et al., 2021; AZEVEDO et al., 2021).

Nessa perspectiva, estudos indicam que os principais motivos relatados pelos usuários para buscar atendimento nas UPA incluem a necessidade de realização rápida de exames, renovação de receitas e obtenção de orientações imediatas (AMARANTE et al., 2023). Ademais, fatores como a proximidade geográfica, o funcionamento contínuo e o modelo de atendimento em

CONSULTA PÚBLICA

regime de demanda aberta também influenciam a preferência pelos serviços de urgência em detrimento da APS (SAMPAIO et al., 2022; MARQUES; LIMA, 2007). Acrescenta-se, ainda, que aspectos culturais relacionados ao comportamento de busca por cuidado — marcado pela tendência de procurar os serviços de saúde principalmente diante de agravos agudos — contribuem para esse padrão de utilização da rede.

A predominância dos atendimentos é de consulta médica, correspondendo a 76,6% do total, seguido do atendimento de urgência com observação até 24h corresponde com 22,9%, enquanto o atendimento ortopédico com imobilização provisória ocupa participação de somente 0,5%.

A análise evidencia o esforço contínuo na ampliação e qualificação da RUE. Contudo, permanecem desafios relacionados à elevada demanda espontânea que pressiona a porta de entrada das UPA e PA; às fragilidades operacionais dos sistemas de apoio e regulação e a necessidade de uma qualificação continua das equipes de atendimento às urgências, tendo em vista a alta rotatividade profissional.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência[54] (SAMU 192) de Salvador é um serviço regionalizado, abrangendo os municípios de Candeias, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Santo Amaro, São Francisco do Conde, Saubara, Simões Filho, Vera Cruz e Salvador. Contempla 01 Central de Regulação das Urgências, 08 Unidades de Suporte Avançado (USA), das quais um Veículo de Intervenção Rápida (VIR), 33 Unidades de Suporte Básico (USB), 08 Motos e de 01 Lancha.

Cabe informar que houve implementação da frota de ambulâncias por custeio próprio, em 2020, visto que já estavam previstas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e atualmente (2025), já foi autorizada ampliação pelo Ministério da Saúde, estando no aguardo do envio dos veículos para posterior habilitação e recebimento dos custeios estaduais e federais.

Ainda com destaque para o período da pandemia, calhou a implementação do Núcleo de Epidemiologia (NEPA) do SAMU, que foi aprimorado com ferramentas de vigilância ativa e um fluxo de comunicação ágil, desempenhando um papel vital no monitoramento e acompanhamento direto dos profissionais de saúde. Esta iniciativa foi crucial para minimizar o impacto da contaminação entre as equipes, permitindo a identificação precoce de casos, o rastreamento de contatos e a implementação de medidas de isolamento eficazes. O sucesso e a

[54] O SAMU 192 de Salvador foi criado através da Lei Municipal nº 6.729, publicada em 10 de maio de 2005, considerado como emergencial e de excepcional interesse público; e habilitado e qualificado pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria GM/MS nº 1.103 de 05 de julho de 2005 e Portaria GM/MS nº 3.165, de 14 de fevereiro de 2024. Presta assistência à saúde da população, com o objetivo de chegar precocemente à vítima e prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, independente da natureza, e que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte. É essencial estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e ter acesso a rede de serviços de saúde de forma hierarquizada e integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

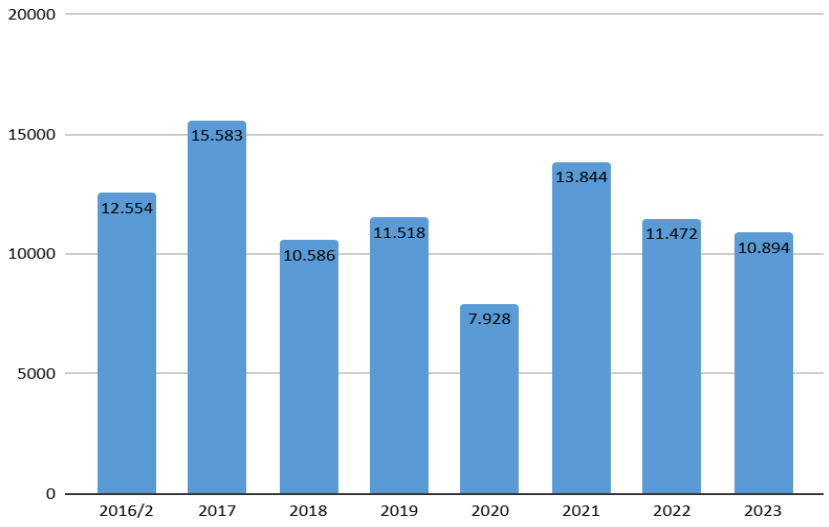
CONSULTA PUBLICA

metodologia desse monitoramento foram reconhecidos nacionalmente, sendo objeto de trabalho e apresentação de destaque a nível nacional, demonstrando um modelo de gestão de saúde ocupacional em cenários de crise.

Ademais, salienta-se que houve a movimentação de 08 (oito) ambulâncias tipo A para dar suporte às UPAs e PAs do município, em 2017, a fim de disponibilizar veículos para o transporte de pacientes para realização de exames e afins.

Destaca-se que no período houve desfazimento de veículos inservíveis e renovação da frota de ambulâncias, onde em 2019 e 2020 conseguiu-se fazer a renovação de 100% a frota de ambulâncias (41 veículos novos), que deve acontecer a cada 05 anos de uso dos veículos. Além disso, houve a troca do Veículo de Intervenção Rápida (VIR), em 2021, que é uma picape locada, que atua como Unidade de Suporte Avançado com equipamentos e equipe, garantindo um deslocamento mais ágil até as vítimas.

Gráfico 162 - Número de transporte de pacientes realizado pelo SAMU 192, 2016-2023.



Fonte: e-SUS SAMU e SAMU+, 2025.

No que diz respeito às bases descentralizadas do SAMU 192, que são pontos estratégicos, onde as ambulâncias e equipes ficam alocadas, a fim de manter um menor tempo resposta aos atendimentos, e seguem um padrão mínimo estabelecido pelo Ministério da Saúde, finalizou 2023 com um número de 12 e estão distribuídas estrategicamente no município de Salvador, nominadas de: Boca do Rio, Cajazeiras, Campus Cabula, Centenário, Itapuã, Paralela, Pau Miúdo, Periperi, San Martin, Santo Antônio, São Cristóvão e Valéria. Estas foram reformadas e realocadas a fim de manter a adequação designada pelo Ministério da Saúde e garantisse a cobertura local e pudesse oferecer melhor conforto a equipe assistencial.

Além das bases descentralizadas, a estrutura do SAMU 192 compreende diversos setores administrativos, logísticos e assistenciais. O serviço conta com chefias especializadas, centrais de regulação e esterilização, além do novo setor de padronização de ambulâncias, onde técnicos garantem a conformidade dos equipamentos e materiais das unidades.

É importante destacar que as inovações tecnológicas foram inúmeras, durante o período em destaque, desde equipamentos para as ambulâncias como videolaringoscópio, aparelho de ultrassom portátil, ventilador pulmonar de transporte, bomba de infusão para seringas, aparelho de hemogasometria, capnômetros, câmara fria para conservação de medicamentos e outros insumos, desta forma ampliando as possibilidades de diagnósticos e tratamentos.

A modernização tecnológica iniciada em 2020 incluiu a renovação de equipamentos (rádios, computadores e telefones) e a implementação do Sistema SAMU+. Esta ferramenta otimizou a Central de Regulação (CRU) ao permitir o georreferenciamento de unidades, controle de pessoal e acesso a dados e indicadores em tempo real, além de digitalizar o fluxo de processos.

Além disso, a implantação do aplicativo do Sistema SAMU + como ferramenta de comunicação; a homologação do Business Intelligence (BI), ferramenta que permitia a análise dos dados gerados pelo e-SUS SAMU – Sistema utilizado na Central de Regulação do SAMU, que posteriormente foi substituído pelo Sistema SAMU +; implantação de Declarações de Óbito nas Unidades de Suporte Avançado; acesso ao Sistema de Gestão de Materiais (SIGM), que auxiliou para controle de consumo e planejamento das aquisições; e movimentações de processos pelo sistema e-Salvador.

A gestão de RH avançou com seleções via REDA para administrativos/higienização (2017), médicos (2018) e assistenciais (2020, devido à Covid-19). Em 2022, condutores passaram ao gerenciamento por empresa contratada. A maioria dos médicos, em torno de 80%, passou a ser contratado por Chamamento Público, de forma qualificada, considerando a exigência de cursos relevantes para o atendimento pré-hospitalar como Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS), Suporte Pré-hospitalar de Vida no Trauma (PHTLS) e Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS); e, no momento, aguarda-se o resultado do Concurso Público, realizado em 2024, para profissionais da saúde.

Para promover bem-estar e acolhimento do trabalhador, o SAMU implantou em outubro de 2022 o Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (NUPICS), que oferece terapias integrativas (como auriculoterapia, massoterapia, dentre outros) para prevenir o burnout e o estresse e promoção da qualidade de vida.

CONSULTA PUBLICA

Outras medidas incluem: a implantação do fluxo para acidentes de trabalho com material biológico, em 2015, que foi atualizado posteriormente; a concessão do auxílio alimentação direto no salário para os profissionais estatutários; instituição da avaliação do estágio probatórios dos servidores, bem como da avaliação de desempenho e progressão; implantação da Comissão de Ética de Enfermagem e Médica; publicação do Manual de Normas e Rotinas da Enfermagem; inclusão de um profissional no Centro de Operações e Inteligência (COI), na Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia, a fim de salvaguardar as equipes de intervenção em ocorrências que gerem risco, bem como para facilitar a integração entre as equipes e agilizar os atendimentos; implementação do registros de acidente de trabalho dos servidores; reorganização da central de regulação, a fim de melhorar o processo de trabalho.

O SAMU 192 desempenha um papel fundamental nas festas populares de Salvador, especialmente no Carnaval. O serviço garante a assistência de urgência e emergência haja vista que os módulos assistenciais ficam localizados ao longo do percurso da festa e as remoções para as unidades de pronto atendimento e para os hospitais são efetuadas pelas ambulâncias do serviço.

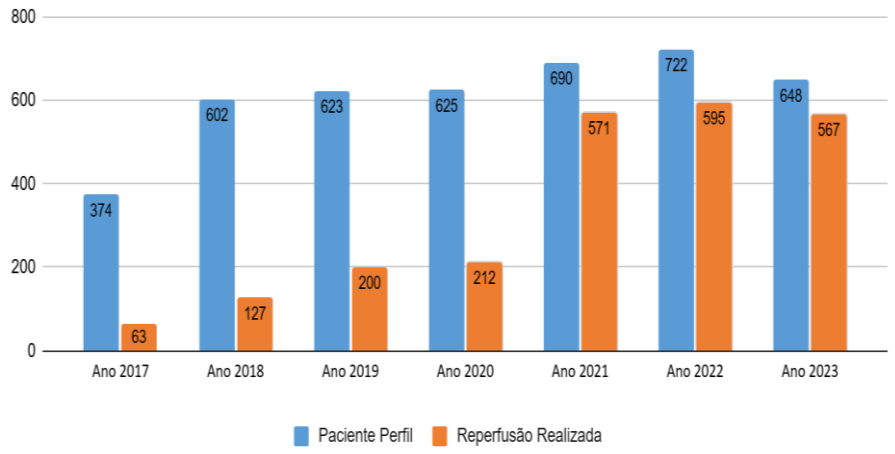
Durante os dias de festa, a Central de Regulação das Urgências (CRU) do SAMU funciona com um fluxo diferenciado, aprimorado ano a ano. São disponibilizadas 13 ambulâncias de apoio aos módulos assistenciais dos circuitos e dos carnavais de bairro, é montada uma base descentralizada com 06 (seis) ambulâncias próximas ao circuito para efetuar as transferências. É realizada atuação importante do Núcleo de Educação Continuada do SAMU com o Simulado do Carnaval - ação estratégica e anual, que integra o plano de preparação para o Carnaval, envolvendo a participação do SAMU e diversos órgãos da esfera municipal e estadual. Em 2022, a Central de Material e Esterilização (CME) foi reformada e reinaugurada com total adequação às normas regulamentadoras, para fazer o processamento dos insumos das festas populares, além de todo o sistema operacional do SAMU.

Além disso, disponibiliza-se um profissional para estar em conjunto no Centro Integrado de Comando e Controle (CICC), na Secretaria de Segurança Pública, um local estratégico para gerenciamento e tomada de decisões de segurança, onde estarão todos os órgãos envolvidos no planejamento da festa. Ademais, o SAMU atuou em outros diversos eventos como a Copa das Confederações, a Copa do Mundo, a Copa América, Festa em Comemoração à Canonização de Irmã Dulce, a Semana do Clima da América Latina e Caribe em 2019, onde em alguns momentos foi sede do Centro Integrado de Operações Conjuntas de Saúde (CIOCS).

CONSULTA PUBLICA

Destaca-se ainda, a implantação do Protocolo de atendimento às vítimas acometidas pela Síndrome Coronariana Aguda, na modalidade mais grave, conhecida por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST – rede intitulada "Protocolo IAM", que permanece ativa beneficiando de forma crescente as vítimas com diagnósticos Síndrome Coronariana Aguda (SCA) de alto risco, que com o passar dos anos foi ampliando sua extensão, com destaque para 2021 onde foram disponibilizados para as UPAs, além das ambulâncias de suporte avançado do SAMU 192, aumentando a capacidade de intervenção em tempo oportuno em 84% (2023), reduzindo o tempo resposta para administração do medicamento quando há indicação (Gráfico 163).

Gráfico 163 - Relação de pacientes perfis versus trombólise realizada, acompanhadas pelo PIAM/SAMU 192 de Salvador, 2017-2023.



Fonte: PIAM/ SAMU/ DAES/SMS 2025.

Além dos atendimentos prestados, o Protocolo IAM realiza treinamentos de toda a rede de urgência, especialmente nas unidades de gestão municipal e auxilia no monitoramento da qualidade de assistência orientada por metas estipuladas nas diretrizes vigentes; foi implementado com a distribuição do trombolítico na rede, melhorando os tempos de atendimento e garantindo um acesso mais fácil a população de Salvador, quando não é possível realizar a angioplastia primária.

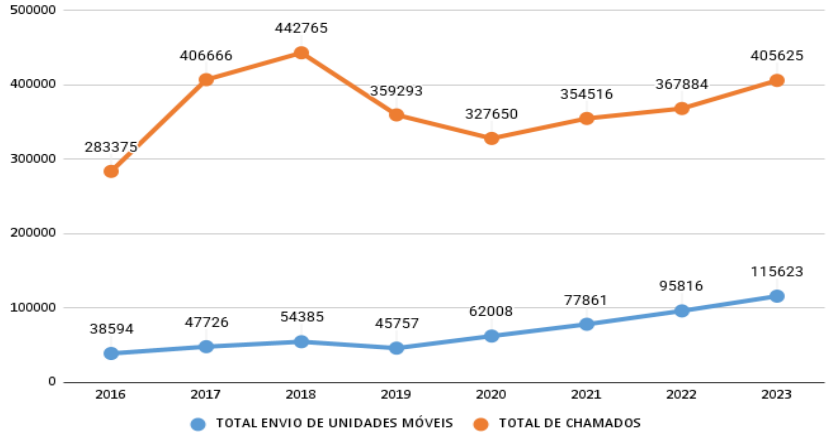
Em relação ao Núcleo de Educação Continuada do SAMU, o Setor de Operações Especiais (SEOPE/NEP), passou por importantes transformações com desenvolvimento e execução de projetos que impactaram na habilitação e qualificação dos profissionais da RUE do município e região metropolitana e, consequentemente, na qualidade no atendimento à população.

De 2014 a 2023 houve 17.120 participações registradas nos cursos ofertados pelo SEOPE/NEP. Destes 2.084 médicos, 2.092 enfermeiros, 3.895 técnicos de enfermagem, 3.825 condutores e 5.224 profissionais de outras áreas da saúde e estudantes de nível superior. Além disso, o SEOPE/NEP desenvolveu diversos projetos de extensão: Projeto SAMU nas Escolas, voltado para orientação em primeiros socorros do público infanto-juvenil; Projeto Primeiros Socorros e Prevenção de Acidentes nas Escolas (PSPAE), destinado à capacitação dos profissionais da educação das escolas municipais de Salvador, no qual aborda a prevenção de acidentes e primeiros socorros, assim como o manejo das principais afecções clínicas das crianças. No período de 2015 a 2024, os projetos contemplaram 3.825 alunos e 740 profissionais de educação respectivamente. Os treinamentos nas escolas não foram realizados em 2020/2021 em virtude da pandemia.

O Projeto SAMU Solidário, iniciado em 2016, oferece palestras para empresas, instituições de ensino e órgãos públicos em troca de doações para instituições cadastradas na Secretaria de Promoção Social e Combate à Pobreza (SEMPRE).

Para análise dos indicadores do SAMU 192 de Salvador, considerou-se o período de 2016 a 2023, cujos dados foram extraídos de dois sistemas BI e-SUS SAMU, referente ao período de maio de 2016 a janeiro de 2021, e do sistema SAMU+, referente a fevereiro de 2021 a dezembro de 2023. A Central de Regulação das Urgências (CRU) Salvador, que regula dez municípios, apresenta uma tendência de crescimento nos chamados e atendimentos móveis, acompanhando o aumento populacional. O único recuo ocorreu em 2020, devido ao isolamento social pela Covid-19, que reduziu riscos externos como acidentes de trânsito. O serviço destaca-se como facilitador de acesso à rede de saúde, sendo que as Unidades de Suporte Básico (USB) realizam a maioria dos atendimentos (77%).

Gráfico 164 - Comparativo do número total de chamados atendidos na CRU, com o número total de envio de unidades móveis, no SAMU 192 de Salvador, 2016-2023



Fonte: e-SUS SAMU/ SAMU+, 2025.

CONSULTA PUBLICA

Quanto ao comparativo de envio de unidades, vale ressaltar que os atendimentos do SAMU 192 de Salvador são realizados pelas unidades móveis, caracterizadas como: Unidade de Suporte Avançado (USA), Unidade de Suporte Básico (USB) , Moto, Ambulancha e Helicóptero.

As USA's são unidades tripuladas por médicos, enfermeiros e condutores-socorristas, aptas para fazer atendimentos de maior gravidade, as UBS's são tripuladas por técnicos de enfermagem e condutores-socorristas, as Motos são pilotadas por técnicos de enfermagem, a Ambulancha e o Helicóptero são componentes montados como USA.

Os dados confirmam a predominância das USB com 411.888 atendimentos, seguidas pelas USA com 107.787. Paralelamente, o serviço conta com 08 motolâncias que operam no período diurno. Elas são estratégicas para alcançar locais de difícil acesso, iniciar cuidados precoces em casos graves ou resolver ocorrências de menor complexidade que dispensam remoção.

Quadro 16 - Saída das unidades móveis do SAMU 192 de Salvador, por tipo de unidade móvel, entre 2016 e 2023.

Unidade Móvel	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
USA	7.597	8.907	10.497	9.730	13.525	17.155	18.975	21.401
USB	29.300	36.350	41.744	33.647	46.979	58.729	74.365	90.774
Moto	1.647	2.428	2.083	2.320	1.413	1.754	2.350	3.310
Ambulancha	19	34	45	56	85	219	122	126
Helicóptero	31	7	16	4	6	4	4	12

Fonte: e-SUS SAMU/SAMU +, 2025

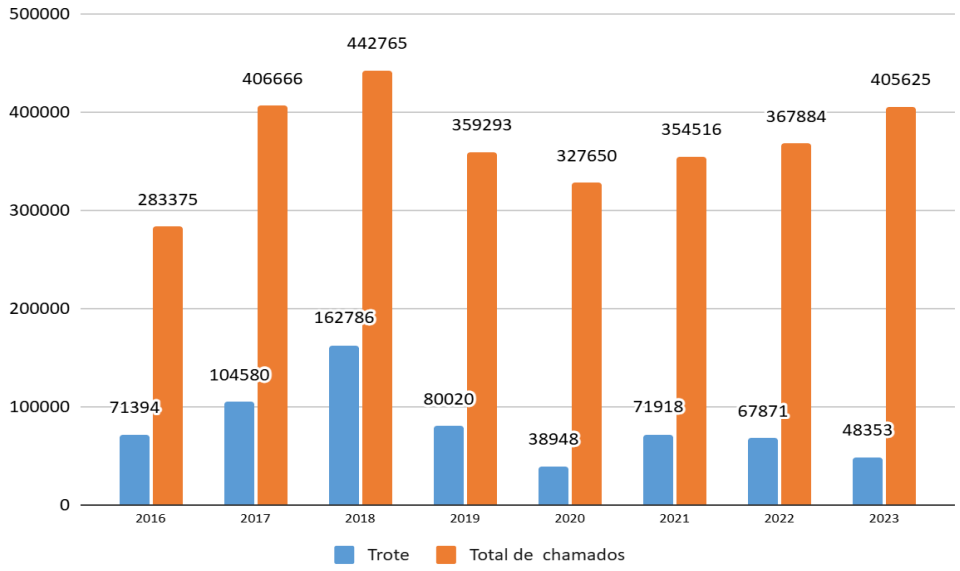
Salienta-se ainda que o serviço dispõe de duas lanchas, que ficam posicionadas, respectivamente, na Bahia Marina e na Marina Ocema Iate Clube em Simões Filho, para melhor atender as ilhas. Já o serviço aeromédico (helicóptero), há um número menor de atendimentos, pois não há aeronave própria nem há convênio firmado. Assim, quando necessário os profissionais do SAMU tripulam o helicóptero da polícia militar ou do corpo de bombeiros da Bahia e fazem os atendimentos e remoções.

Dentre os chamados que não geram saída de unidades, existem os trotes, que são ligações que não procedem de uma ocorrência real e impacta diretamente nos atendimentos às urgências e emergências, quando ocupam a linha telefônica ou quando uma unidade móvel é enviada, sem necessidade. Sem contar que é classificado como crime art. 266 do Código Penal Brasileiro.

CONSULTA PUBLICA

É possível verificar uma tendência decrescente do número de trotes identificados, quando relacionado ao número total de chamados recebidos na CRU do SAMU, no entanto o número bruto é bastante elevado e tem ocasionado alguns problemas ao serviço, principalmente porque a linha telefônica fica presa, sem permitir o atendimento das urgências. Houveram casos como uma mesma pessoa ligava por várias vezes, diariamente, inclusive mudando números para conseguir ligar, bem como tem inúmeros chamados de adultos com palavras obscenas, além dos trotes por crianças, o que ocasionou ocupação de linha telefônica e desgaste dos TARM – telefonista auxiliar de regulação médica.

Gráfico 165 - Comparativo do número de trotes com o número total de chamados atendidos na CRU do SAMU, 2016-2023.



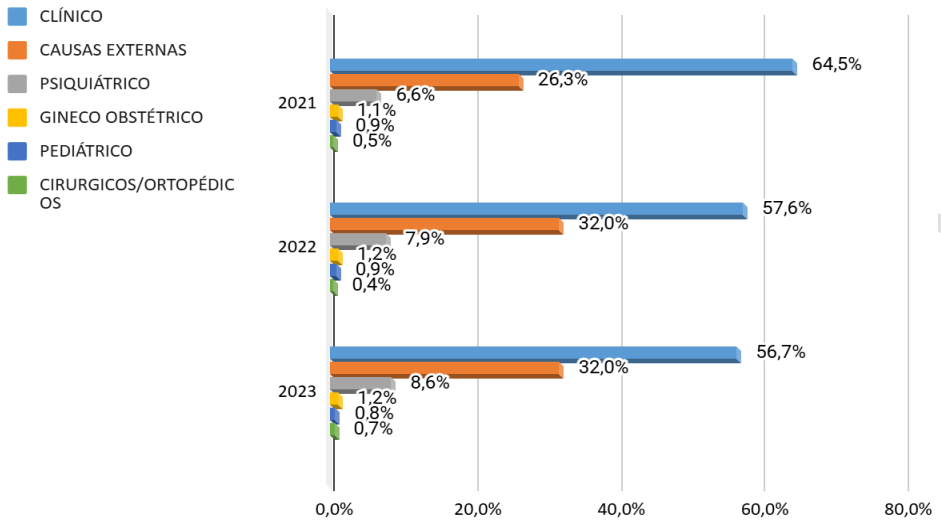
Fonte: e-SUS SAMU/ SAMU +, 2025

A análise dos atendimentos entre 2021 e 2023 revela mudanças no perfil epidemiológico de Salvador. Durante a pandemia de Covid-19, houve o menor registro histórico de trotes, fato atribuído ao fechamento de escolas e menor circulação de pessoas. Apesar das medidas educativas e jurídicas, como a abertura de processos no Ministério Público, a conscientização sobre os prejuízos do trote ao salvamento continua sendo um desafio.

Quanto à natureza das ocorrências, os atendimentos clínicos permanecem na liderança, embora apresentem um recuo percentual. Em contrapartida, houve um aumento nos atendimentos psiquiátricos, reflexo tanto dos impactos da pós-pandemia na saúde mental quanto da dificuldade de acesso à rede preventiva. Nota-se, simultaneamente, um crescimento

nas causas externas (acidentes e violências), o que evidencia o agravamento da violência urbana no município no período analisado.

Gráfico 166 – Proporção de atendimentos realizados pelo SAMU por Tipo de Agravo, 2021-2023.



Fonte: e-SUS SAMU e SAMU +, 2025

Por fim, a gestão do SAMU, nos últimos dez anos, foi marcada por um período de transformações significativas, resiliência é um compromisso inabalável com a assistência pré-hospitalar de urgência. Desde 2015, atuando por cenários desafiadores, buscando aprimorar continuamente os processos e a qualidade do atendimento à população, consolidando este serviço como pilar estratégico na resposta a emergências.

8.5.1 Serviço de Atenção Domiciliar

A continuidade do cuidado na Rede de Atenção às Urgências (RAU) é viabilizada pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), instituído pela Portaria nº 2029/2011 (MS) como uma modalidade substitutiva ou complementar à hospitalização, serviços de urgência ou ao atendimento ambulatorial. Integrado ao Programa Melhor em Casa (PMeC) e orientado pela Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), o serviço foca na garantia da continuidade do cuidado, na redução do tempo das internações hospitalares desnecessárias, visando a otimização de leitos e a redução de custos (Brasil, 2023).

A operacionalização é realizada por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e técnicos de

enfermagem, contando ainda com o suporte das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que reúnem minimamente três categorias do nível superior como fonoaudiologia, nutrição, psicologia, dentre outros para garantir a integralidade da assistência no domicílio (Brasil, 2024).

O acesso ao SAD é realizado prioritariamente por pacientes de hospitais, UPAs e PAs, embora possa ser referenciado por qualquer ponto da RAS. Segundo a Portaria GM/MS nº 3.005/2024, municípios com duas equipes EMAD devem dispor de três veículos para garantir mobilidade e agilidade ao Programa Melhor em Casa. A assistência é organizada em três modalidades de Atenção Domiciliar (AD): a AD1, sob responsabilidade da APS, atende casos de menor complexidade; a AD2, sob responsabilidade da atenção especializada, foca em condições agudas ou crônicas-agudizadas para evitar hospitalizações; e a AD3, que abrange casos de alta complexidade como ventilação mecânica e nutrição parenteral, é gerida pelo Estado da Bahia em Salvador. Adicionalmente, a presença de um cuidador é obrigatória para usuários vulneráveis ou com dependência funcional (Brasil, 2024).

O primeiro serviço de AD2 foi implantado em 2011 na unidade da UPA Hélio Machado. Considerando a série histórica houve acréscimo no quantitativo dos serviços implantados totalizando 18 EMAD's tipo I, as quais contam com duas equipes nas UPAs Professor Adroaldo Albergaria, Santo Antônio, Vale dos Barris, San Martin, Parque São Cristóvão, PA's Dr. Edison Teixeira Barbosa, Maria Da Conceição Santiago Imbassay, Alfredo Bureau e no Hospital Municipal de Salvador (HMS). Quantos às EMAP's, foram implantadas três na UPA Vale dos Barris, PA Adroaldo e no HMS.

Os principais desafios do SAD municipal incluem a dificuldade de entes jurídicos em distinguir assistência domiciliar de internação domiciliar (Home-care), além da falta de clareza sobre as competências do serviço. Operacionalmente, a gestão é dificultada pela ausência de um sistema de informação próprio, o que obriga o monitoramento da produção a ser realizado de forma manual e assistemática, por meio de planilhas, visitas in loco e comunicações oficiais com as prestadoras.

Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar

A oxigenioterapia domiciliar no âmbito da AD é uma estratégia do Ministério da Saúde para reduzir internações, personalizar o tratamento e promover a autonomia do paciente (De Souza; Weis; Blatt, 2021). O serviço atende portadores de patologias pulmonares, cardíacas e neuromusculares de todas as idades, mediante prescrição médica. Implementado em 2009 no

CONSULTA PÚBLICA

município, o serviço cumpre a Resolução CIB nº 17/2007, que obriga municípios em gestão plena a fornecer Oxigênio Domiciliar (OD) em seu território.

Durante os 16 anos de existência do Serviço de Oxigênio Domiciliar (SOD) foram realizados em mais de 3.000 usuários. No ano de 2024, no município possuia 382 usuários cadastrados no SODS em uso de equipamentos de OD, sem lista de espera. Este serviço possui cobertura municipal e atende aos usuários do SUS em todos os 12 Distritos Sanitários.

Em consonância, o SODS consolida seu papel estratégico dentro da RAS, contribuindo de maneira significativa para uma assistência integral, contínua e humanizada, alinhada às demandas da saúde pública, porém vale destacar que um dos desafios é a ausência do sistema de informação para monitorar e acompanhar o serviço de oxigenoterapia domiciliar, atualmente está atividade é realizada por meio de planilhas e comunicação via meios oficiais a qual compromete o tempo para levantamento do dado.

8.5.2 Apoio Diagnóstico e Terapêutico

8.5.2.1 Laboratório Central de Salvador - LACS

A rede laboratorial é composta por um Laboratório Central (LACS), três laboratórios próprios na Rede de Urgência e Emergência (UPA Hélio Machado, PA Orlando Imbassahy e PA Rodrigo Argolo) e 82 postos de coleta laboratorial.

O Laboratório Central de Salvador (LACS), equipamento localizado no Distrito Sanitário Barra Rio Vermelho, realiza exames nas áreas de hematologia, microbiologia, bioquímica, uroanálise, dosagens hormonais, imunologia e parasitologia, com o intuito de auxiliar o diagnóstico e o monitoramento dos agravos à saúde pública (HIV, hepatites, sífilis e tuberculose, dentre outros) e das doenças crônicas (diabetes, doença renal, doença falciforme, etc.).

O Laboratório Central de Salvador (LACS) inaugurou sua nova sede em junho de 2024, contando com moderna infraestrutura e automação para processar exames de hematologia, microbiologia, bioquímica e outras áreas. A rede de coleta está distribuída pelos 12 distritos sanitários, somando postos de coleta e um laboratório de análise de água. No entanto, com apenas 74 postos instalados em Unidades Básicas de Saúde (UBS), a cobertura alcança 46% das unidades com ou sem Estratégia de Saúde da Família.

A distribuição dos postos de coleta laboratorial pelos distritos sanitários de Salvador revela uma estrutura capilarizada, com maior concentração nas regiões do Subúrbio Ferroviário e

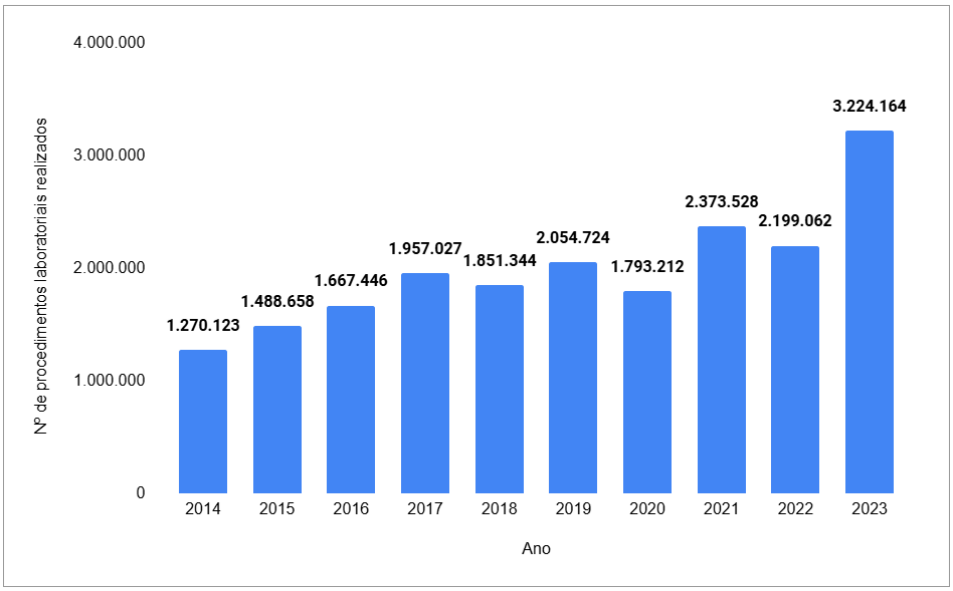
CONSULTA PUBLICA

Cabula/Beirú, que lideram a rede com 11 unidades cada. Em seguida, destacam-se os distritos de Itapuã e São Caetano/Valéria, ambos com 10 postos, seguidos por Barra/Rio Vermelho e Pau da Lima, que contam com 9 unidades cada. O Centro Histórico dispõe de 6 postos, enquanto a Boca do Rio possui 5. Por fim, as regiões de Brotas, Itapagipe, Cajazeiras e Liberdade apresentam a menor densidade da rede, contando com 3 unidades cada (com exceção da Liberdade, que possui 2.

A logística envolve o transporte especializado de amostras biológicas dos distritos até a sede para processamento. A gestão dos dados é realizada por um sistema tecnológico contratado, que automatiza desde o cadastro e interfaceamento dos analisadores até a liberação dos laudos. Este fluxo permite que os pacientes acessem seus resultados via internet, utilizando uma chave de acesso fornecida no momento do exame.

Quanto à produção, o LACS tem apresentado uma trajetória de crescimento expressivo no número de procedimentos laboratoriais realizados ao longo da última década. Entre 2014 e 2023, observou-se um aumento de aproximadamente 154% no volume de exames, passando de 1.270.123 para 3.224.164 procedimentos anuais. Essa expansão reflete tanto o fortalecimento da capacidade técnica e operacional do laboratório quanto o aumento da demanda pelos serviços de diagnóstico laboratorial na rede municipal de saúde (Gráfico 167).

Gráfico 167 - Quantidade de procedimentos realizados no Laboratório Central, 2012-2024.



Fonte: SIA/SUS, 2025.

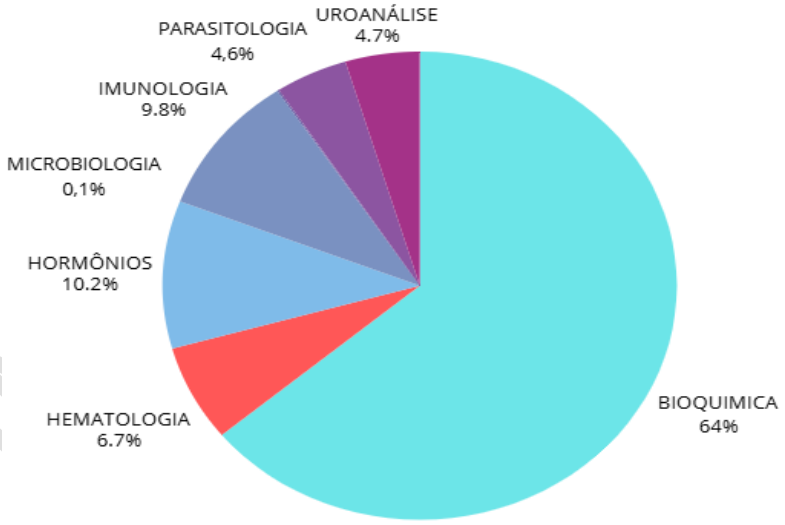
A série histórica do LACS demonstra crescimento contínuo, com exceção de 2020 (devido à Covid-19), atingindo em 2023 o pico de produtividade. Atualmente, o laboratório realiza cerca de 1.000 coletas e 12.000 processamentos diários, com média de 19 exames por

paciente. Esse volume resulta em uma produção anual superior a 3 milhões de exames, consolidando o papel central da unidade na rede municipal.

Entretanto, o quantitativo registrado em sistemas oficiais, como o SIA/SUS, é inferior à produção real, pois o LACS executa exames sem código correspondente na Tabela SUS. Essa defasagem mascara o volume efetivo de trabalho, evidenciando a necessidade de reconhecimento institucional para fins de planejamento e financiamento da rede.

A distribuição dos exames no LACS por categoria revela a predominância da bioquímica (64%), essencial para o diagnóstico e acompanhamento de doenças crônicas, como diabetes, e avaliações metabólicas e hepatorrenais. Em seguida, destacam-se os hormônios (10,2%) e a imunologia (9,8%), refletindo uma demanda significativa por exames de maior complexidade. As áreas de hematologia, uroanálise e parasitologia somam 16%, enquanto a microbiologia representa 0,1% do volume total, dado que sugere a centralização dessa especialidade em unidades de referência.

Gráfico 168 - Percentual de distribuição dos procedimentos realizados no Laboratório Central de Salvador por categoria de análise.

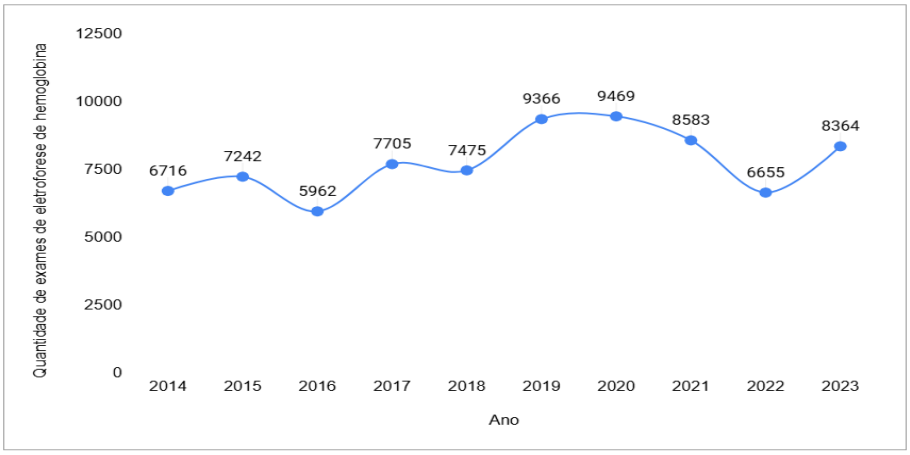


Fonte: SIA/SUS, 2025

A série histórica (2014-2023) da Eletroforese de Hemoglobina destaca a relevância da detecção de doenças hematológicas, em especial no rastreamento da doença falciforme, prevalente na Bahia. O volume de exames cresceu de 6.716 em 2014 até o pico de 9.469 em 2020, refletindo o fortalecimento da triagem na rede de Salvador. Após uma redução em 2021 (8.583) e 2022 (6.655) devido aos impactos da pandemia em diagnósticos eletivos, o serviço

iniciou uma recuperação em 2023, totalizando 8.364 exames. Os dados reforçam o papel essencial deste procedimento para a vigilância e o cuidado em saúde no município.

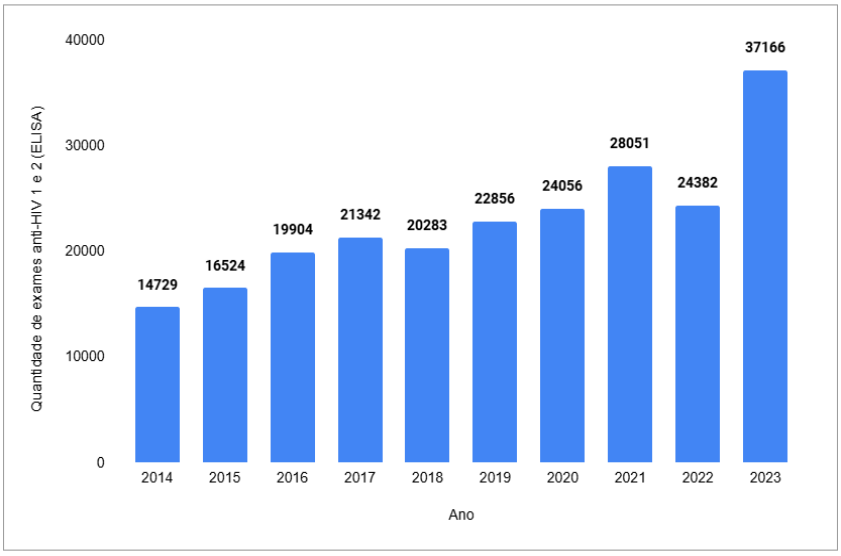
Gráfico 169 - Quantidade de exames de eletroforese de hemoglobinas realizado em Salvador via LACS, 2014-2023.



Fonte: SIA/SUS, 2025.

A oferta de exames Anti-HIV 1 e 2 (ELISA) pelo LACS registrou um crescimento, saltando de 14.729 para 37.166 testes anuais. Apesar de leves oscilações em 2018 e 2022, a tendência é de avanço consistente, com destaque para a retomada em 2021 pós-pandemia. Esse progresso reflete a intensificação de estratégias de ampliação do diagnóstico como o programa "Fique Sabendo" e a expansão da testagem rápida nas UBS, consolidando o papel do laboratório na detecção precoce e no fortalecimento da vigilância e prevenção do HIV em Salvador.

Gráfico 170 - Quantitativo de exames de exames Anti-HIV 1 e 2 (ELISA) realizados em Salvador via LACS, 2014-2023.

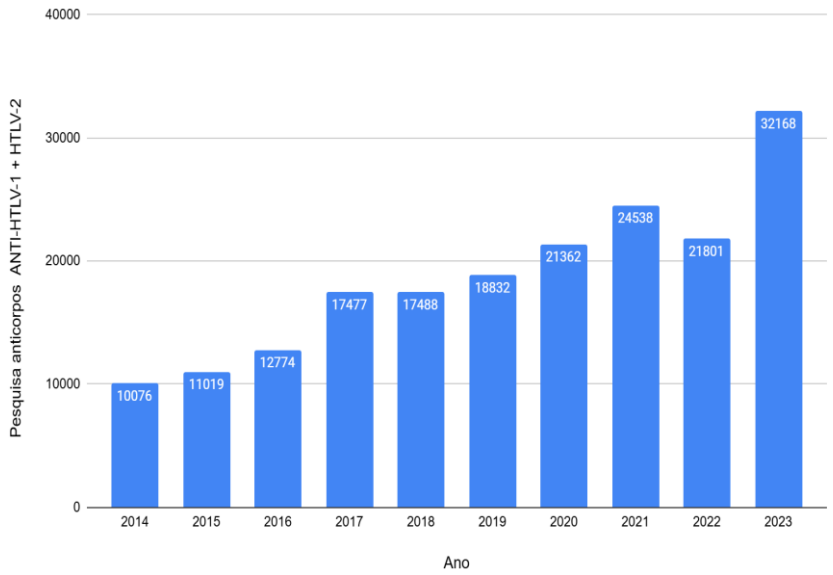


Fonte: SIA/SUS, 2025

CONSULTA PÚBLICA

Sobre o número de exames de triagem para HTLV I/II realizados houve um crescimento expressivo e contínuo, passando de 10.076 exames em 2014 para 36.675 em 2023. Os avanços vivenciados para o monitoramento do agravo explicam a expressiva quantidade de testes processados no LACS, ainda se faz necessário investimentos, especialmente nas estratégias de triagem de gestantes e de prevenção da transmissão vertical do HTLV. Observa-se um salto mais acentuado de realização de testes a partir de 2018, com destaque para o crescimento pós 2020, possivelmente associado à retomada do acesso aos testes após a pandemia de COVID-19.

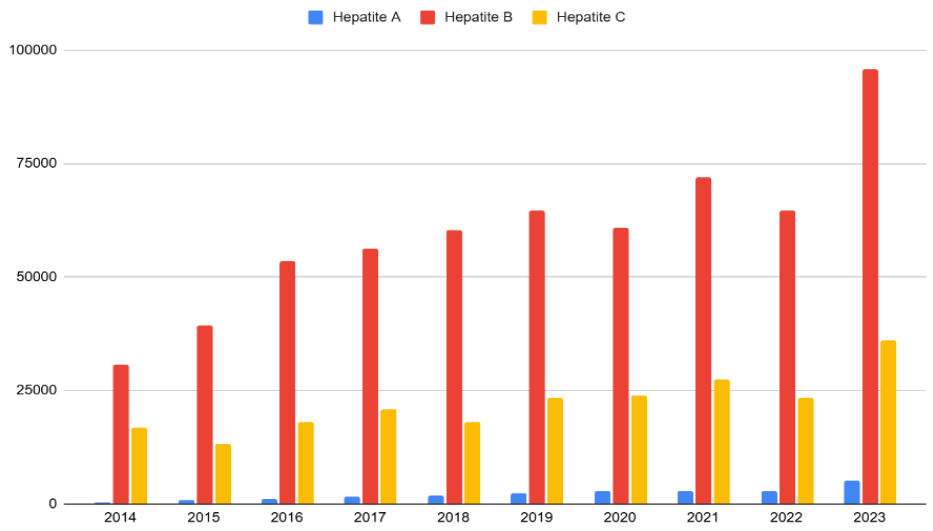
Gráfico 171 - Quantitativo de exames de ANTI-HTLV realizados em Salvador via LACS, 2014-2023.



Fonte: SIA/SUS, 2025.

Quanto ao panorama das hepatites, os dados apontam para um desafio de saúde pública diante da evidência para a Hepatite B, que apresenta o maior volume de casos em toda a série histórica, e também exibe uma tendência de crescimento exponencial, culminando em um pico em 2023. Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de outras análises para o entendimento da situação, como o contraste com o percentual de cobertura vacinal e a incidência da doença no município. Por outro lado, as Hepatites A e C, embora verificadas em patamares mais baixos, demonstram crescimento, sobretudo no ano de 2022 e 2023.

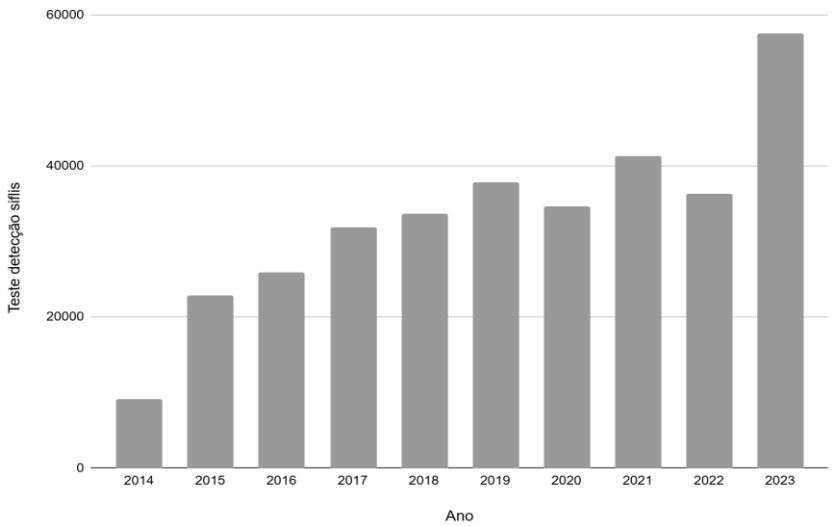
Gráfico 172 - Quantitativo de exames para detecção de hepatites realizados em Salvador via LACS, 2014-2023.



Fonte: SIA/SUS, 2025.

No que tange a variação ao longo dos anos, para a realização dos testes para detecção de sífilis, foram realizados no ano de 2023 mais de 5 mil exames, sendo este o quantitativo máximo presente na série histórica, este aumento expressivo de testes, acompanha a curva ascendente da incidência de sífilis no território e o crescimento das ações voltadas à testagem rápida.

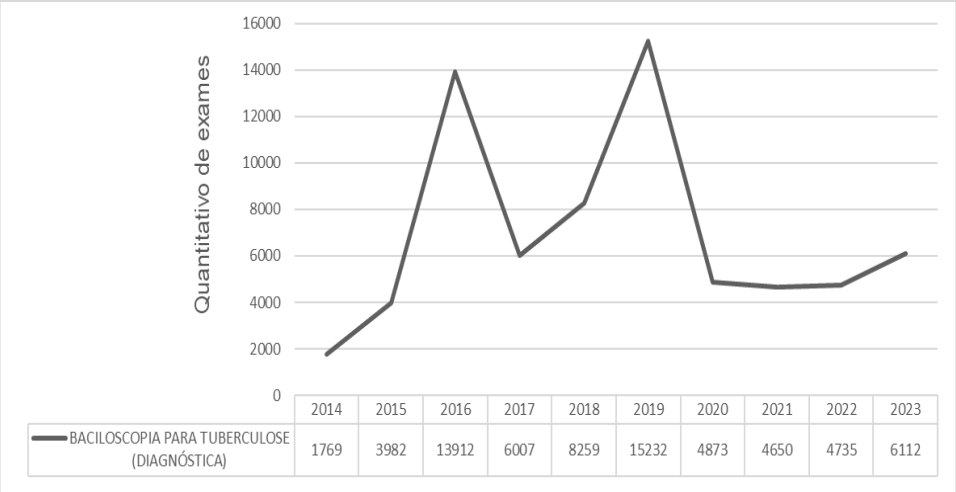
Gráfico 173 - Quantitativo de exames para detecção de Sífilis realizados em Salvador por meio do LACS, 2014-2023.



Fonte: SIA/SUS, 2025.

A análise do quantitativo de exames para detecção da tuberculose evidencia uma baixa testagem em 2014, seguida de um aumento expressivo em 2016. Após uma leve redução em 2017, observa-se o maior volume de exames realizados em 2019, ultrapassando 15 mil registros. A queda acentuada em 2020 pode estar associada aos impactos da pandemia de COVID-19 sobre os serviços laboratoriais e a busca por diagnóstico. A partir desse período, verifica-se uma tendência de estabilização no número de testes realizados. Entretanto, quando comparada à incidência da doença, a qual apresenta curva ascendente de casos novos, sugere a possibilidade de que parte dos diagnósticos esteja ocorrendo fora da rede própria do SUS, apontando para a necessidade de fortalecimento do acompanhamento do usuário na atenção primária e da vigilância laboratorial, a partir da ampliação dos postos de coleta laboratorial.

Gráfico 174 - Quantitativo de exames para detecção de tuberculose realizados em Salvador por meio do LACS, 2014-2023.



Fonte: SIA/SUS, 2025.

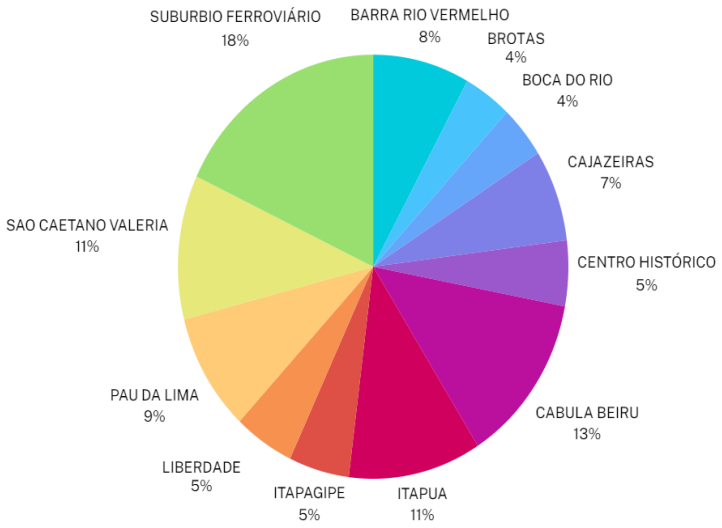
A análise indica que o LACS desempenha papel essencial na sustentação das ações de assistência à saúde. A alta capacidade produtiva, aliada ao aumento progressivo da demanda, reforça a necessidade de investimentos contínuos em infraestrutura, automação de processos, ampliação de insumos e recursos humanos, de modo a garantir a manutenção da qualidade na entrega dos resultados laboratoriais. Diante desse cenário, o fortalecimento da rede laboratorial municipal se configura como eixo estratégico para o novo ciclo de planejamento em saúde. A consolidação de sistemas informatizados de gestão, a ampliação da capacidade de coletas e o aprimoramento do acompanhamento do controle de qualidade são ações prioritárias para favorecer o crescimento observado e assegurar respostas efetivas às demandas de saúde pública.

8.5.2.2 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica municipal atua de forma integrada ao suporte diagnóstico e terapêutico do SUS, garantindo o acesso equitativo e o uso racional de medicamentos. Enquanto o suporte laboratorial identifica condições de saúde por meio de exames, a Assistência Farmacêutica assegura a continuidade do tratamento, sendo regida pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução nº 338/2004).

Em Salvador, essa rede é organizada por níveis de atenção, contando com 196 unidades distribuídas entre os 12 Distritos Sanitários no ano de 2025. A rede é composta por 162 farmácias na Atenção Primária, 10 em Prefeituras-Bairro, 19 em CAPS, 01 no Centro de Saúde Mental, 04 distribuídas na UPAs de gestão própria, 01 na Unidade Dispensadora de Antirretrovirais (UDM), 03 nos SAEs (São Francisco, Marymar Novais e Liberdade) e 01 no Ambulatório LGBT+. A rede conta ainda com farmácias parceiras integradas ao Sistema Vida+ e um quadro de 104 farmacêuticos, garantindo a capilaridade da assistência farmacêutica no território.

Gráfico 175 - Distribuição percentual das farmácias segundo distrito sanitário.



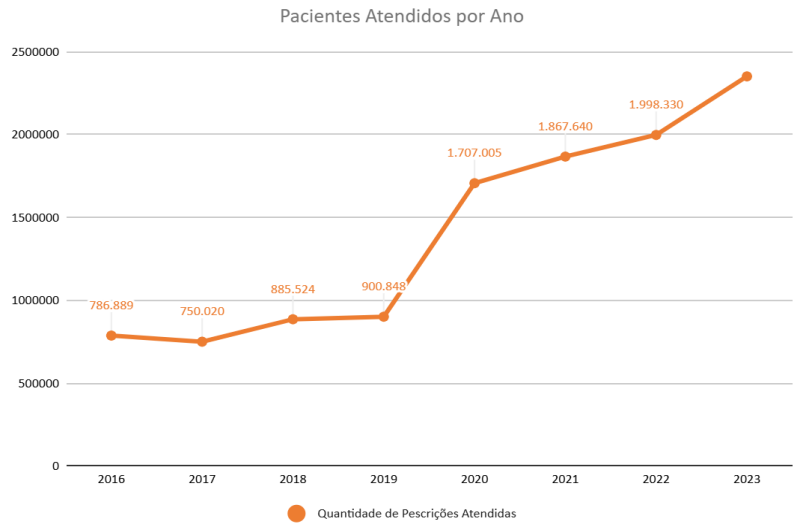
Fonte: DAES/SMS, 2025.

A distribuição espacial das farmácias em Salvador revela maior concentração no Distrito Subúrbio Ferroviário, que detém 18% das unidades do município, acompanhando a expansão da Atenção Primária nesse território. Contudo, essa cobertura não acompanha o quantitativo de atendimentos, sobretudo quando a análise é realizada por bairro. O volume de atendimentos por bairro apresenta um ranking distinto, liderado por Cajazeiras (34,11 mil pacientes), seguido por Fazenda Grande do Retiro (22,59 mil) e Paripe (20,34 mil), evidenciando uma demanda

acentuada em áreas periféricas e populosas, o que pode indicar maior demanda por serviços de saúde e/ou menor acesso prévio à prevenção em saúde.

Na série histórica de 2016 a 2023, o serviço registrou um crescimento, com o número de prescrições atendidas saltando de 786.889 para 2.351.869. Esse avanço demonstra o fortalecimento da capacidade operacional da rede e a ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais.

Gráfico 176 - Número de pacientes atendidos nas farmácias da rede municipal de Salvador entre 2016-2023.

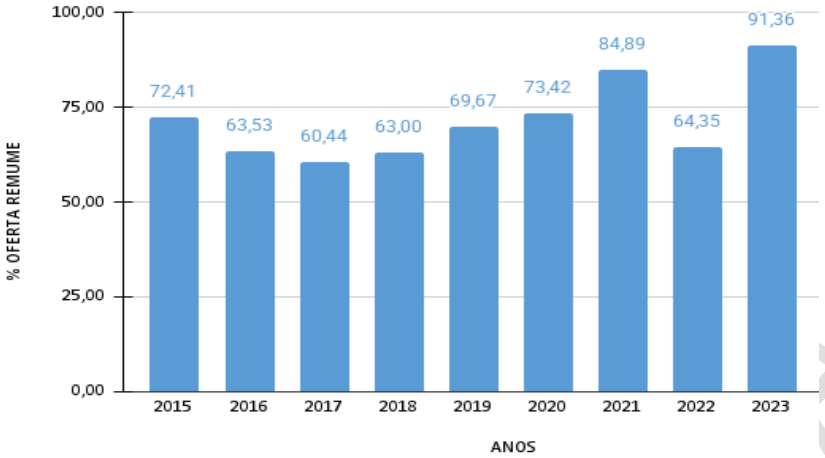


Fonte: SIGAF, 2025.

Para otimizar a micrologística de armazenamento e distribuição da rede e garantir o reabastecimento em tempo oportuno, existem três Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) estrategicamente localizadas nos Distritos Sanitários.

A Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), em sua 2ª edição (2023), disponibiliza 388 itens para a população de Salvador. O elenco contempla o tratamento de patologias prevalentes como hipertensão, diabetes, asma e condições de saúde mental, além de doenças infecciosas e negligenciadas (IST/HIV, Tuberculose, Hanseníase, Doença Falciforme, entre outras). Essas ofertas estão integradas às linhas de cuidado da Atenção Primária e seguem os protocolos do Ministério da Saúde (RENAME, 2014).

Gráfico 177 - Percentual de Oferta Regular de Medicamentos REMUME, Salvador, 2015-2024.

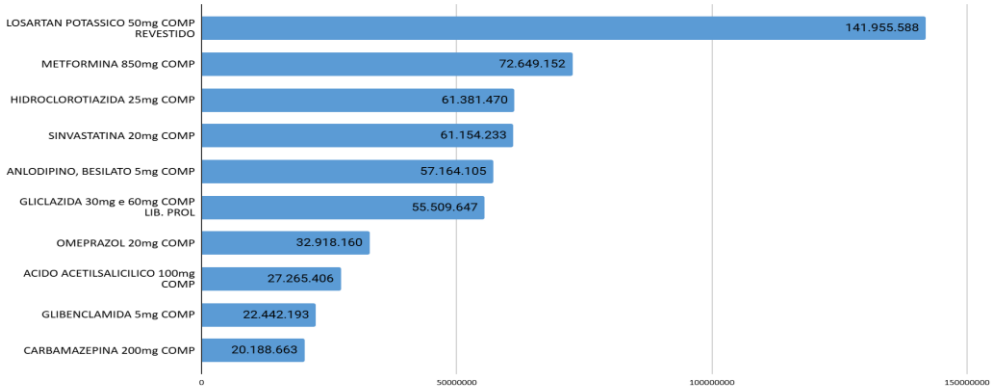


Fonte: Relatórios Anuais de Gestão (2015-2024).

O indicador de Oferta Regular de Medicamentos da REMUME reflete o percentual de medicamentos disponibilizados na rede e foi impactado pela pandemia entre 2021 e 2022. Em 2021, o isolamento social reduziu a procura por consultas e gerou estoques elevados, especialmente de itens de urgência. Contudo, em 2022, o percentual decresceu devido a fatores globais e administrativos, como falta de matéria-prima, alta do dólar, processos de compra fracassados e atrasos logísticos na fabricação e entrega.

Paralelamente, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico (PNPMF) fortaleceram o SUS ao incorporar a fitoterapia. Esse avanço permitiu a inclusão de 12 fitoterápicos industrializados na RENAME (2014), facilitando a inserção desses itens no elenco do Componente Básico do município. No que se refere aos medicamentos mais dispensados na rede, observa-se predominância daqueles utilizados no tratamento de doenças crônicas.

Gráfico 178 - Consolidado dos 10 medicamentos mais dispensados na rede, Salvador, 2015-2025.



Fonte: SIGAF, 2025.

A análise por grupo reforça o perfil crônico: 53% correspondem a medicamentos para doenças cardiovasculares, 17% para diabetes, 10% para dislipidemias e 10% para condições de saúde mental, representando 72% da totalidade de dispensações apenas para estes quatro grupos.

A assistência farmacêutica no território abrange desde o ciclo logístico até a gestão da clínica, com foco na promoção do uso racional de medicamentos, na farmacovigilância e na segurança do paciente. Para garantir a efetividade dessas ações, as atividades são monitoradas por indicadores que orientam melhorias contínuas e suporte técnico à rede.

Em alinhamento com as diretrizes nacionais, a Política Municipal de Assistência Farmacêutica (PMAF) de Salvador busca assegurar o acesso qualificado e humanizado a medicamentos essenciais em todos os níveis de atenção. Um marco importante ocorreu em 2022, com a inclusão da elaboração da Política Municipal de Assistência Farmacêutica (PMAF) no Plano Municipal de Saúde (PMS), consolidando este documento como ferramenta estratégica para a gestão qualificada e o dimensionamento da realidade social soteropolitana.

A judicialização da saúde é um desafio crítico que reflete fragilidades no acesso a insumos, especialmente itens fora da relação oficial ou de alto custo, gerando ônus financeiro e dificultando o planejamento orçamentário. Entre 2015 e 2024, a Assistência Farmacêutica Municipal gerenciou 2.142 processos judiciais, o que representa um aumento acumulado de 318% no período. Esse cenário exige maior articulação entre os entes federados para racionalizar gastos, agravado pela ausência de um sistema informatizado específico, o que limita a gestão das demandas ao uso de planilhas.

Embora a atuação farmacêutica seja vital para a adesão ao tratamento e redução de internações, limitações estruturais e de recursos humanos ainda restringem as atividades clínicas na rede. A expectativa de avanço reside na implementação da PMAF e na recomposição das equipes, visando maior efetividade no cuidado integral ao usuário.

CONSULTA PUBLICA

8.6 Rede de Atenção Hospitalar

A atenção hospitalar no SUS é um ponto estratégico da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para casos agudos ou crônicos instáveis. Caracterizados pela alta densidade tecnológica e atuação multiprofissional, os hospitais integram ações de promoção, diagnóstico e reabilitação. Conforme a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), o modelo foca na

horizontalização do cuidado, protocolos clínicos e gestão da clínica para garantir qualidade, segurança e efetividade (Brasil, 2013).

A rede própria de Salvador é composta pelo Hospital Municipal do Homem e pelo Hospital Municipal de Salvador (HMS). Inaugurado em 04 de abril de 2018 no distrito de Cajazeiras (Boca da Mata) e gerido pela Santa Casa da Bahia, o HMS foi o primeiro hospital da rede própria municipal, é uma unidade estratégica para demandas ambulatoriais e hospitalares da capital e região. Por sua alta complexidade e densidade tecnológica, o hospital representa a estrutura mais onerosa do sistema, exigindo investimentos contínuos em infraestrutura e recursos humanos para garantir a qualidade assistencial.

O HMS é classificado como hospital geral de grande porte, com habilitações junto ao Ministério da Saúde (MS) para os seguintes serviços: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia; Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional; Enteral e Parenteral; Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia; UTI II adulto; UTI II Pediátrica e Videocirurgias.

Quadro 17 - Distribuição dos leitos hospitalares, no Hospital Municipal de Salvador, por especialidade, 2025.

Tipo de Leito	Nº de Leitos
Complementar	
UTI- Adulto Tipo II	**30**
UTI- Pediátrica Tipo II	**10**
Cirúrgico	
Cirurgia Geral	**35**
Neurocirurgia	**10**
Ortopedia traumatologia	**30**
Clínico	
Clínica Geral	**55**
Neurologia	**10**
Hospital Dia	
Cirurgico/Diagnostico/Terapêutico	**2**
Outras Especialidades	
Psiquiatria	**10**
Pediátrico	

CONSULTA PUBLICA

Pediatria clínica cirúrgica	**12**
Pediatria clínica	**18**
Total De Leitos	**222**

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, 2025.

A estrutura do HMS inclui um Bloco Operatório com seis salas cirúrgicas (quatro para grande porte e duas para médio porte), sete leitos de RPA, laboratório, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e centro de bioimagem completo (incluindo ressonância e tomografia). A unidade dispõe de heliponto, facilitando a admissão de pacientes graves e servindo de apoio estratégico ao SAMU 192. Em termos de qualidade, o hospital possui a certificação Acreditado Pleno Nível 2 (ONA) e o certificado Green Kitchen, que reconhece boas práticas em sustentabilidade e excelência na área de nutrição hospitalar, além de integrar o Projeto Hospitais Saudáveis e a Rede Global de Hospitais Verdes e Saudáveis.

O HMS mantém sua Porta de Urgência e Emergência operando sob regime de demanda regulada e referenciada, com funcionamento ininterrupto de 24 horas para casos de necessidade médica imediata. Esta estrutura desempenha um papel estratégico na Rede de Atenção à Saúde (RAS) Municipal, garantindo a continuidade e a integralidade da assistência à população. Complementando o suporte hospitalar, o Ambulatório de Egresso realiza o acompanhamento de pacientes cirúrgicos no pré e pós-operatório, revisões clínicas e consultas especializadas para pacientes que receberam alta da unidade. Já o Ambulatório de Cirurgia Bariátrica, atua na alta complexidade ao indivíduo com obesidade conforme a Portaria GM/MS nº 425/2013, oferecendo suporte multiprofissional a esse perfil de usuários por meio de encaminhamentos realizados pela Central Municipal de Regulação.

Entre 2018 e 2023, a oferta de consultas médicas especializadas ambulatoriais apresentou uma expansão significativa, saltando de 5.884 para 37.017 atendimentos. As especialidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica concentram a maior parte dessa produção, desempenhando um papel essencial na continuidade do cuidado e no preparo cirúrgico. Esse crescimento foi mais acentuado nos anos de 2021 e 2022, refletindo o aumento tanto da demanda quanto da capacidade instalada do serviço (Quadro 18).

CONSULTA PÚBLICA

Quadro 18 - Quantitativo de Consultas Médicas Especializadas por Especialidade na Produção Ambulatorial do HMS, 2018 - 2023.

Profissional-CBO	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Anestesiologista	282	1.848	1.781	2.877	3.559	3.910	14.257
Cardiologista	1.102	2.616	2.131	3.174	3.656	4.187	16.866
Cirurgião do aparelho digestivo	0	0	94	1.464	1.809	2.163	5.530
Cirurgião geral	1.752	4.891	3.650	4.228	8.022	6.043	28.586
Cirurgião pediátrico	7	446	301	322	569	1.392	3.037
Clínico	134	1.834	1.496	1.910	2.579	3.025	10.978
Endocrinologista e metabologista	0	0	1	1.179	1.570	1.719	4.469
Gastroenterologista	0	0	88	347	214	252	901
Nefrologista	0	76	205	308	353	447	1.389
Neurocirurgião	20	266	250	337	453	722	2.048
Neurologista	216	958	883	1.284	1.687	1.954	6.982
Ortopedista e traumatologista	1.725	4.385	4.047	3.931	5.548	6.694	26.330
Pediatra	0	3	4	423	611	996	2.037
Urologista	646	2.227	1.872	2.071	2.968	3.513	13.297
Total	**5.884**	**19.550**	**16.803**	**23.855**	**33.598**	**37.017**	**136.707**

Fonte: SIA/SUS, 2025.

Especialidades de apoio e alta complexidade demonstraram ampliação progressiva, com destaque para a neurocirurgia, que passou de 20 atendimentos em 2018 para 722 em 2023. A Pediatria, consolidou-se como área em expansão, alcançando quase mil atendimentos em 2023. Esse crescimento global do ambulatório reforça a função do hospital como referência qualificando o cuidado na rede municipal ao oferecer suporte à APS.

No âmbito cirúrgico, a unidade realizou 33.168 dos principais procedimentos no período. O maior volume concentrou-se em cirurgias do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal com 14.283 procedimentos (43%), seguidas pelas do sistema osteomuscular com 8.877 procedimentos (26,76%), refletindo a alta demanda traumato-ortopédica. Destacam-se

CONSULTA PUBLICA

ainda as cirurgias do aparelho geniturinário (2.236) e do aparelho circulatório (1.649), evidenciando a diversificação da assistência.

Quadro 19 - Quantitativo de cirurgias realizadas por subgrupo em Internações Hospitalares (AIH) - SUS no HMS, 2018-2023.

Subgrupo de Procedimentos Cirúrgicos	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	12	43	28	19	7	18	127
Cirurgia do aparelho circulatório	7	53	397	569	263	360	1.649
Cirurgia do aparelho digestivo, orgãos anexos e parede abdominal	1.047	2.029	2.058	2.795	3.591	2.763	1.4283
Cirurgia do aparelho geniturinário	47	313	279	289	648	660	2.236
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	9	33	108	87	127	164	528
Cirurgia do sistema osteomuscular	901	1783	1848	1547	1358	1.440	8.877
Cirurgia em nefrologia	12	97	193	147	105	98	652
Cirurgia torácica	60	103	267	265	277	354	1.326
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	115	109	544	211	300	518	1.797
Outras cirurgias	124	334	366	392	267	210	1.693
Total	**2.334**	**4.897**	**6.088**	**6.321**	**6.943**	**6.585**	**33.168**

Fonte: SIH/SUS, 2025.

CONSULTA PUBLICA

Vale destacar ainda o crescimento de áreas especializadas mais recentes, como a Cirurgia Bariátrica, refletindo a incorporação de linhas de cuidado voltadas para doenças crônicas como a obesidade. Já os subgrupos de cirurgias de maior complexidade tecnológica, como as cirurgias do sistema nervoso central e periférico e as Torácicas, apesar de menor volume, indicam a ampliação do escopo assistencial do hospital.

Os dados do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) entre 2018 e 2023 confirmam o papel estratégico do setor na assistência hospitalar. O laboratório clínico lidera a

produção, saltando de 150 mil exames em 2018 para mais de 300 mil anuais a partir de 2020. Nos exames de imagem, houve um crescimento expressivo que reflete a maior complexidade diagnóstica da unidade: a ultrassonografia evoluiu de 10.576 para 29.295 procedimentos, enquanto a tomografia computadorizada passou de 6.715 para 21.118 no mesmo período.

Quadro 20 - Quantitativo de Atendimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) em Internações Hospitalares (AIH) - SUS no HMS, 2018-2023.

Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Diagnóstico em laboratório clínico	120.973	161.236	267.063	333.526	254.091	246.029
Diagnóstico por radiologia	8.296	13.710	14.242	11.863	11.462	11.647
Diagnóstico por ultrassonografia	2.984	5.341	5.512	5.966	5.663	5.696
Diagnóstico por tomografia computadorizada	3.387	6.303	7.558	8.439	8.263	8.632
Diagnóstico por ressonância magnética	247	1.466	1.653	1.752	1.493	1.865
Diagnóstico por endoscopia	192	710	461	591	407	379
Eletrocardiografia	2.287	3.518	2.897	2.546	1.862	1.652
Ecocardiografia Transtorácica	901	1.670	1.630	1.974	1.659	1.764
Holter	77	196	195	225	236	213
CPRE	0	0	98	227	225	234

Fonte: SIH/SUS. Dados detalhados das AIH - por gestor - Bahia, 2025.

Quadro 21 - Quantitativo Anual de Atendimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) na Produção Ambulatorial (SIA/SUS) do HMS

Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Diagnóstico em laboratório clínico	38.200	136.692	58.869	39.475	43.095	53.550
Diagnóstico por radiologia	17.562	40.644	15.405	14.289	17.373	17.853
Diagnóstico por ultrassonografia	7.592	23.082	13.206	17.788	21.690	23.599

CONSULTA PUBLICA

Diagnóstico por tomografia computadorizada	3.328	16.251	10.324	10.849	12.172	12.476
Diagnóstico por ressonância magnética	821	4.211	3.669	5.232	6.094	4.965
Diagnóstico por endoscopia	1.457	5.648	5.320	7.764	9.255	7.560
Eletrocardiografia	4.328	11.781	5.451	6.121	8.931	9.744
Ecocardiografia Transtorácica	1.849	5.961	3.567	5.128	6.802	6.466
Holter	2.205	4.525	2.006	3.388	4.903	5.096
MAPA	0	1.166	1.344	2.934	4.456	4.436
Teste ergométrico	0	1.199	1.254	3.299	4.412	3.954

Fonte: SIA/SUS, 2025

Os exames cardiológicos ambulatoriais apresentaram crescimento expressivo entre 2018 e 2023: a eletrocardiografia saltou de 4.328 para 8.931 registros, enquanto Holter e Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) superaram 4 mil procedimentos anuais. Serviços como endoscopia, ressonância magnética, ecocardiografia e colonoscopia consolidaram-se no fluxo assistencial, com destaque para a incorporação da Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) a partir de 2020, que atingiu 234 exames em 2023. No total, o SADT qualifica a assistência hospitalar ao ampliar o acesso a tecnologias de alta complexidade essenciais para diagnóstico e monitoramento terapêutico.

Em 05 de julho de 2024 foi inaugurado o Hospital Municipal do Homem (HMH) o segundo hospital municipal de Salvador, com função estratégica no atendimento das demandas hospitalares e ambulatoriais da população local e de municípios vizinhos, além de promover a qualificação da rede para a atenção à saúde sexual e reprodutiva e às doenças prevalentes na população masculina.

Quadro 22 - Distribuição dos leitos hospitalares do HMH por especialidade.

Tipo de Leito	**Nº de Leitos**
Complementar	
UTI- Adulto Tipo II	**10**
Cirúrgico	

CONSULTA PUBLICA

Cirurgia Geral	**75**
Clínico	
Clínica Geral	**45**
Hospital Dia	
Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico	**10**
Total de leitos	**140**

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, 2025.

9. REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

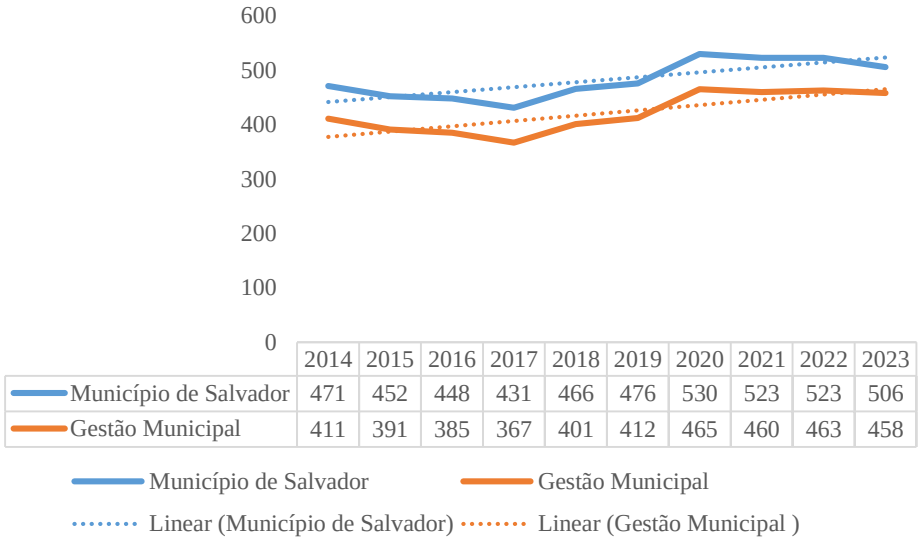
A rede de serviços de Salvador está composta por 4.022 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Deste total, 3.491 (87%) correspondem a estabelecimentos privados não vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e 531 (13%) encontram-se vinculados ao SUS. Do total EAS vinculados ao SUS, 444 estão sob gestão municipal, 73 sob gestão estadual e 14 sob gestão dupla. Em relação à esfera administrativa, 331 EAS são públicos municipais, 10 públicos federais, 57 públicos estaduais e 133 estabelecimentos privados e filantrópicos que compõem a rede complementar de saúde do município.

Ao analisar a evolução do número de EAS vinculados ao SUS, destacam-se duas dimensões estruturantes dessa rede: a) EAS SUS localizados no território de Salvador, abrangendo todas as esferas de gestão (municipal, estadual e federal), e b) EAS sob gestão direta da SMS de Salvador. A comparação entre essas dimensões indica a ampliação da capacidade de gestão direta municipal sobre a rede assistencial, a expansão de serviços próprios e a reorganização das pactuações interfederativas no âmbito do SUS.

No período de 2014 e 2023, observa-se tendência de crescimento no número total de EAS vinculados ao SUS situados no território de Salvador e sob gestão municipal, cujas variações alcançaram patamares de 7,4% e 11,43%, respectivamente, demonstrando a ampliação da capacidade da SMS para prover ações e serviços de saúde aos seus munícipes, bem como o fortalecimento da gestão local, enquanto os EAS de outras esferas de gestão (estadual ou federal) reduziram 20%.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 179 - Número de EAS SUS no município de Salvador e sob gestão municipal, 2014–2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Município de Salvador	471	452	448	431	466	476	530	523	523	506
Gestão Municipal	411	391	385	367	401	412	465	460	463	458

Fonte: SCNES

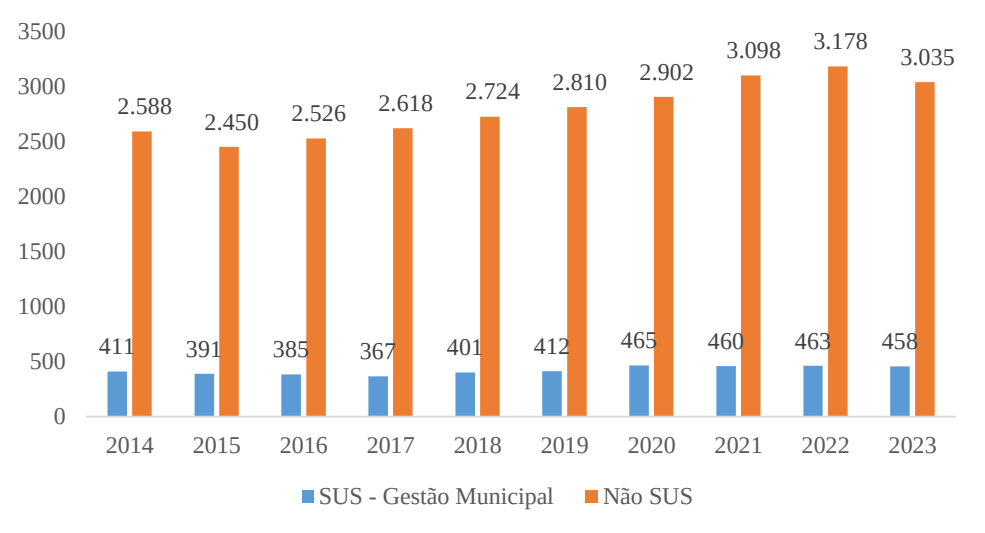
No que tange a relação entre EAS SUS e Não SUS, a série histórica demonstra uma dupla tendência de crescimento na rede assistencial de Salvador, caracterizada pelo fortalecimento da rede pública municipal e pela expansão e predominância do setor privado de saúde, cujo crescimento alcançou a ordem de 17,27%, no território soteropolitano (Gráfico 180).

O crescimento do setor privado reflete um adensamento do mercado de saúde que, embora amplie a oferta de serviços, pode gerar disputas por força de trabalho especializada e elevar a rotatividade de profissionais na rede pública, impactando a continuidade e a qualidade da atenção. Além disso, a expansão da oferta privada tende a favorecer a conformação de itinerários terapêuticos híbridos, nos quais o usuário transita entre serviços públicos e privados conforme custo, conveniência e disponibilidade de acesso, o que impõe novos desafios à coordenação do cuidado e à integralidade da atenção no âmbito do SUS.

Importa assinalar que o estudo de Melo e Miranda apontaram a mesma tendência no cenário nacional, ao observar o incremento da rede assistencial no Brasil no período de 2010 a 2019 (MELO; MIRANDA, 2022).

CONSULTA PÚB

Gráfico 180 - Número de estabelecimentos SUS e Não-SUS. Salvador, 2014–2023.



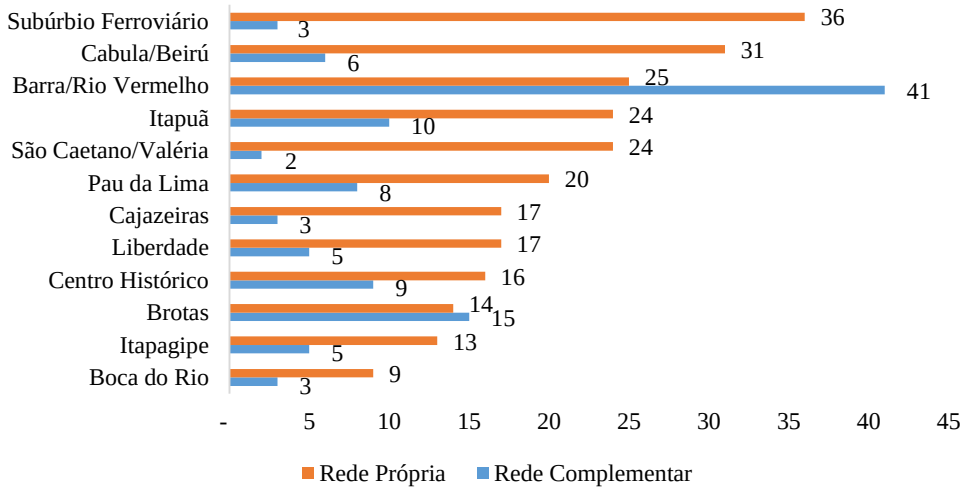
Fonte: SCNES

Ao analisar a distribuição territorial dos EAS vinculados ao SUS sob gestão direta da SMS, a partir dos Distritos Sanitários, observa-se um padrão assimétrico de conformação da rede assistencial, com predominância da rede complementar. Importa considerar que, historicamente, Salvador estruturou uma rede complementar expressiva, apoiada na contratualização de entidades filantrópicas e privadas, estratégia que, ao longo das décadas, desempenhou papel central na oferta de serviços especializados, principalmente concentrada nos Distritos Sanitários Barra/Rio Vermelho, Brotas e Centro Histórico, o que revela a preferência histórica dos prestadores por áreas centrais da cidade (Gráfico 181).

Esses EAS da rede complementar, em sua totalidade, prestam serviços de média e alta complexidade, e de acordo com sua natureza jurídica, 89 EAS são privados com fins lucrativos e 14 EAS são filantrópicos e/ou sem fins lucrativos. Desta totalidade, 3 EAS possuem habilitação em alta complexidade em oncologia; 2 em alta complexidade cardiovascular; 2 em alta complexidade em oftalmologia; 06 em reabilitação (05 CER tipo II e 01 Serviço isolado de reabilitação visual); e 01 habilitado em CAPS I.

CONSULTA PUBLICA

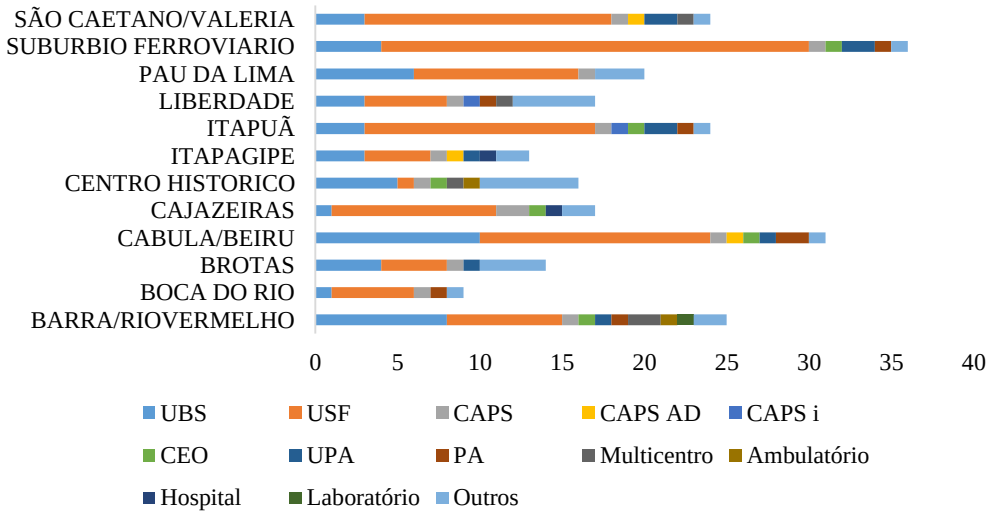
Gráfico 181 - Distribuição dos estabelecimentos SUS da rede própria e complementar por distrito sanitário, Salvador, 2025.



Fonte: SCNES.

Em contrapartida, a rede própria municipal mostra-se prevalente nos Distritos Sanitários periféricos, especialmente em Itapuã, São Caetano/Valéria, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras, onde predominam Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família (Gráfico 182).

Gráfico 182 - Distribuição dos EAS SUS da rede própria por distrito sanitário, Salvador, 2025.



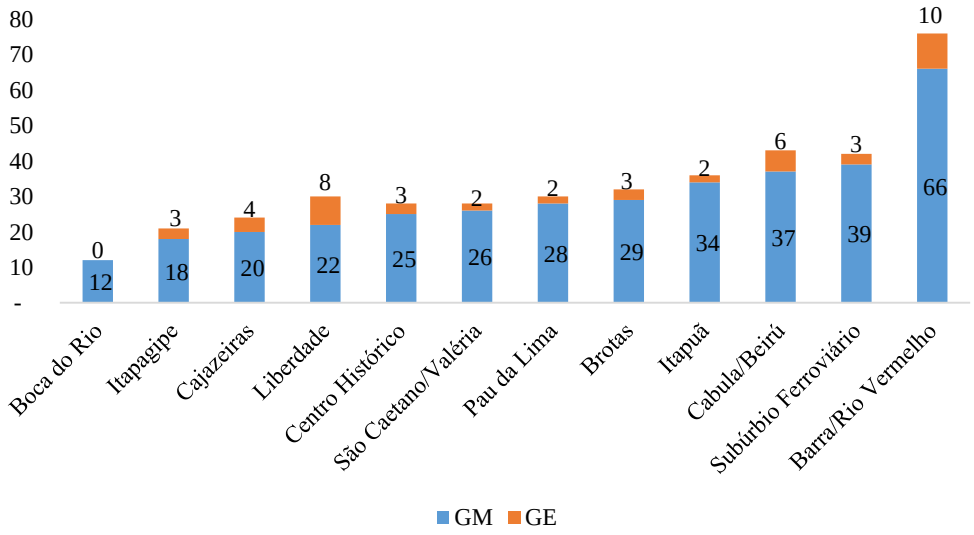
Fonte: SCNES

Nesse contexto, essa disparidade na distribuição da densidade tecnológica produz vazios assistenciais de serviços de média e alta complexidade nos Distritos Sanitários periféricos. Distritos como Cajazeiras, Boca do Rio e Subúrbio Ferroviário configuram áreas de baixa oferta local desse tipo de serviço. Outros territórios, como São Caetano/Valéria e Pau da Lima,

apresentam vazios relevantes, ainda que parcialmente atenuados por alguns serviços próprios, o que não rompe com o padrão estrutural de baixa complexidade instalada. Assim, embora a rede própria garanta o acesso inicial à atenção primária, ela não dispõe da escala necessária para assegurar a integralidade do cuidado dentro desses territórios.

A presença de EAS sob gestão estadual reflete e reforça esse mesmo padrão. Em DS como Boca do Rio, São Caetano/Valéria, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras, há baixa ou nenhuma inserção de equipamentos estaduais, o que acentua os vazios assistenciais previamente identificados e contribui para a manutenção de desigualdades territoriais no acesso ao cuidado especializado (Gráfico 183).

Gráfico 183 - Distribuição dos EAS SUS por tipo de gestão e distrito sanitário, Salvador, 2025.



Fonte: SCNES

Essa configuração territorial evidencia um padrão estruturalmente desigual de conformação da rede assistencial, que tem importante potencial para perpetuar assimetrias históricas de acesso aos serviços de saúde entre as regiões centrais e periféricas do município. A concentração de unidades de média e alta complexidade, que requerem maior densidade tecnológica, nos Distritos Sanitários centrais expressa a lógica de centralização da oferta especializada, orientada por fatores econômicos, logísticos e de infraestrutura urbana.

Os estudos científicos que discutem a organização das redes de saúde e o acesso em saúde, com frequência, abordam a relevância das repercussões das barreiras geográficas no cuidado em saúde (OLIVEIRA et al, 2019; MACHADO; LIMA, 2021; MENEZES et al, 2022). Tendo em vista que a distância entre a localização da demanda e da oferta se apresenta como

importante fator na utilização desses serviços (MACHADO; LIMA 2021), a acessibilidade geográfica aos serviços de saúde emerge como uma dimensão fundamental do planejamento, em função dos desafios que podem representar para a população que necessita de atenção à saúde (OLIVEIRA et al, 2019).

A literatura temática aponta ainda para o possível aprofundamento das iniquidades em saúde já existentes, a partir da ressalva de que, embora a expansão física da rede de serviços contribua para a ampliação do acesso, essa medida, de maneira isolada, não o garante de forma equânime (MENEZES et al, 2022). A distribuição territorial que não acompanha as necessidades expressas em demandas pode aprofundar as desigualdades já existentes, ao constituir barreiras concretas de acesso para as populações que vivem nas áreas periféricas do município, justamente aquelas que apresentam maior vulnerabilidade social e sanitária, reforçando as iniquidades territoriais no acesso aos serviços especializados de saúde (BALDERRAMA; SOUZA GALERIANO; PEDRESCHI, 2023; TOMASIELLO, 2023).

Nesse sentido, Salvador corrobora com a realidade, amplamente documentada e analisada cientificamente, por meio de pesquisas, que apontam que a oferta de ações de média complexidade ambulatorial e hospitalar nas regiões de saúde do Brasil são realizadas por estruturas híbridas (públicas e privadas), com predominância do prestador público municipal na esfera ambulatorial, e do prestador privado filantrópico na área hospitalar (LIMA et al, 2019; SILVA et al, 2020; GODOY; ROCHA, 2024; MINGUIM; ROCHA. 2024). Godoy e Rocha (2024) assinalam ainda, como este cenário evidencia a necessidade de aprimoramento contínuo das práticas de controle e monitoramento que circundam os processos de contratação para composição da rede complementar.

9.1 Oferta Assistencial – Ambulatorial

No componente de Média Complexidade (MC), os dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) indicam que, a cada 10 procedimentos ofertados à população de Salvador, 7 são disponibilizados pela rede complementar e apenas 3 pela rede própria. Tal proporção corrobora a dependência estrutural da RAS municipal em relação à capacidade instalada de prestadores privados e filantrópicos, sobretudo nas áreas diagnósticas e terapêuticas especializadas e de maior densidade tecnológica.

A desagregação dos dados por grupos de procedimentos revela nuances importantes dessa configuração, com predomínio das ações de promoção e prevenção na rede própria (RP), coerente com o papel da APS, enquanto os procedimentos com finalidade diagnóstica mantêm

CONSULTA PÚBLICA

alta e crescente dependência da rede contratualizada (RC). No caso dos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, verifica-se que a maior parte da oferta municipal ainda se restringe aos curativos de grau II, realizados em UBS e USF, evidenciando a permanência de um perfil assistencial de baixa complexidade na rede própria (Quadro 23).

Quadro 23 - Percentual da oferta assistencial de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, por grupo de procedimentos e tipo de rede, Salvador, 2017-2023.

Grupo	2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	RP	RC	RP	RC	RP	RC	RP	RC	RP	RC	RP	RC	RP	RC
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	69,78	30,22	70,12	29,88	69,99	30,01	70,78	29,22	27,91	72,09	27,99	72,01	26,18	73,82
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	13,13	86,87	18,70	81,30	17,37	82,63	14,80	85,20	15,74	84,26	13,93	86,07	11,53	88,47
03 Procedimentos clínicos	34,37	65,63	37,35	62,65	41,15	58,85	39,32	60,68	41,85	58,15	40,54	59,46	34,44	65,56
04 Procedimentos cirúrgicos	76,68	23,32	75,33	24,67	79,59	20,41	74,77	25,23	74,50	25,50	65,83	34,17	64,86	35,14
Total	**26,30**	**73,70**	**30,24**	**69,76**	**31,12**	**68,88**	**29,78**	**70,22**	**31,29**	**68,71**	**29,68**	**70,32**	**24,77**	**75,23**

Fonte: SIA/SUS

No âmbito da alta complexidade, a cada dez procedimentos ofertados à população de Salvador, 9,41 são realizados pela rede complementar. Esse padrão, praticamente inalterado ao longo da última década, confirma que a capacidade instalada de alta complexidade em Salvador está quase inteiramente concentrada em serviços privados e filantrópicos, com destaque para as áreas de oncologia, cardiologia, oftalmologia e reabilitação.

A partir de 2022 é possível identificar uma inflexão, com discreto crescimento da participação da rede própria, contudo, esse movimento ainda é incipiente e resulta, principalmente, do funcionamento de novos serviços vinculados ao Hospital Municipal de Salvador, do antigo Hospital Família Sagrada, atual Hospital Municipal do Homem e da expansão de setores diagnósticos sob gestão direta (Quadro 24).

Quadro 24 - Percentual da oferta assistencial de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, por grupo de procedimentos – Rede Própria (RP) e Rede Complementar (RC), 2017-2023.

Grupo	2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	RP	RC	RP	RC	RP	RC	RP	RC	RP	RC	RP	RC	RP	RC
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	0,07	99,9	27,9	72,1	29,5	70,5	30,7	69,3	32,2	67,8	24,8	75,2	24,4	75,6
03 Procedimentos clínicos	-	100,0	-	100,0	0,0	100,0	0,1	99,9	0,1	99,9	0,1	99,9	0,1	99,9
04 Procedimentos cirúrgicos	-	100,0	-	100,0	0,8	99,2	0,7	99,3	0,5	99,5	0,6	99,4	0,6	99,4
Total	**0,01**	**100,0**	**4,9**	**95,1**	**8,3**	**91,7**	**8,3**	**91,7**	**8,2**	**91,8**	**5,7**	**94,3**	**5,9**	**94,1**

Fonte: SIA/SUS

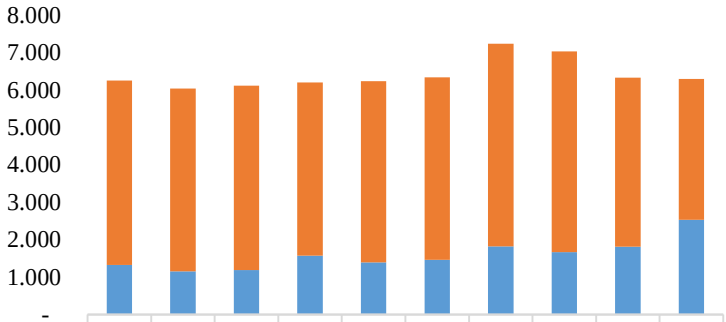
CONSULTA PÚBLICA

9.2 Oferta Assistencial – Hospitalar

A oferta de leitos hospitalares constitui em um importante marcador da capacidade de resposta do sistema de saúde, expressando o potencial da rede para absorver demandas de maior complexidade.

A evolução do número de leitos SUS em Salvador evidencia a histórica concentração destes sob gestão estadual. Essa predominância está diretamente associada ao papel da capital como polo de referência macrorregional e estadual, recebendo fluxos assistenciais provenientes de todos os municípios da Bahia. Até 2022, o padrão de oferta se mantém relativamente estável, com o Estado respondendo por cerca de dois terços do total de leitos SUS disponíveis na capital. Entretanto, o ano de 2023 marca uma inflexão importante na composição da oferta territorial. Observa-se uma elevação expressiva da oferta municipal, que atinge 2.528 leitos, combinada a uma redução significativa dos leitos estaduais. Essa combinação altera a distribuição relativa e eleva, de forma atípica, a participação municipal na rede hospitalar. No conjunto da série histórica, a participação da gestão municipal na disponibilidade total de leitos em Salvador evolui de 21,2% em 2014 para 40,2% em 2023, configurando o maior patamar da década (Gráfico 184).

Gráfico 184 - Número de leitos SUS por tipo de gestão, Salvador, 2014-2023.



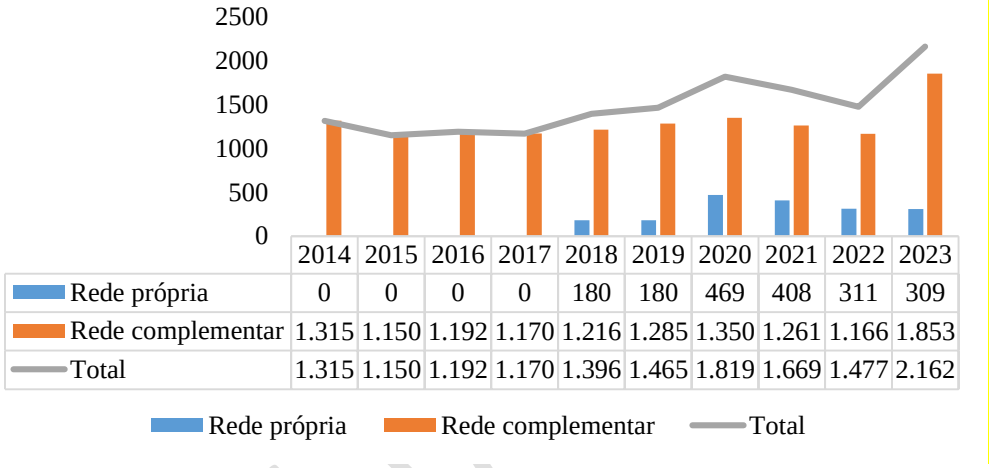
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Gestão Estadual	4.926	4.888	4.918	4.620	4.834	4.870	5.416	5.358	4.515	3.766
Gestão Municipal	1.327	1.150	1.192	1.576	1.396	1.465	1.819	1.669	1.813	2.528

Fonte: SCNES

Ao analisar o número total de leitos SUS sob gestão municipal, observa-se que, até 2017, 100% dos leitos SUS eram provenientes da rede complementar, evidenciando a completa dependência do município em relação aos prestadores contratualizados. À época, não havia oferta de leitos de internação pela rede própria, o que consolidava um modelo de atenção hospitalar predominantemente terceirizado, limitando a autonomia do município na organização e gestão do cuidado.

Esse cenário se altera a partir de 2018, com a inauguração do Hospital Municipal de Salvador, que introduz, pela primeira vez, leitos de rede própria na estrutura hospitalar sob gestão municipal. E posteriormente, em 2023, decorrente da implantação do Hospital Municipal do Homem. A incorporação de novos leitos constitui uma inflexão estrutural na evolução da oferta assistencial, ao promover a expansão da capacidade instalada e instituir um novo arranjo de governança municipal sobre a atenção hospitalar de média e alta complexidade (Gráfico 185).

Gráfico 185 - Número de leitos SUS sob gestão municipal, por tipo de rede, Salvador, 2014-2023.



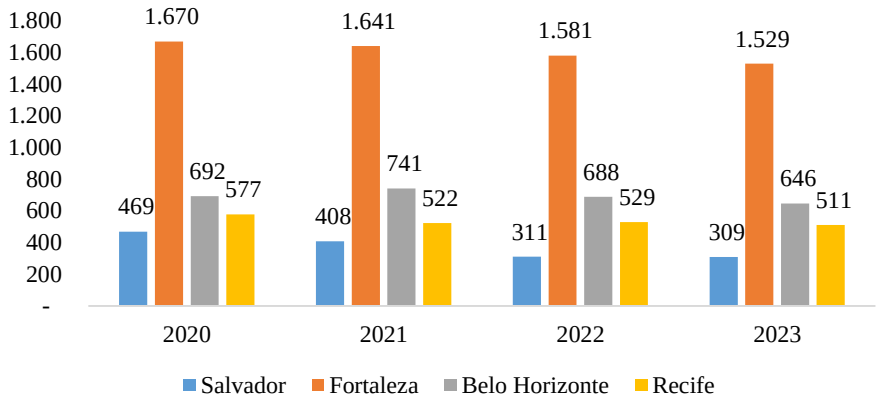
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Rede própria	0	0	0	0	180	180	469	408	311	309
Rede complementar	1.315	1.150	1.192	1.170	1.216	1.285	1.350	1.261	1.166	1.853
Total	1.315	1.150	1.192	1.170	1.396	1.465	1.819	1.669	1.477	2.162

Fonte: SCNES

A análise da distribuição dos leitos SUS sob gestão municipal, segundo a natureza da oferta (rede própria e rede complementar) revela diferenças estruturais relevantes entre as capitais de Salvador, Fortaleza, Belo Horizonte e Recife (Gráficos 186 e 187). Fortaleza mantém, de forma consistente, o maior volume de leitos próprios entre 2020 e 2023. Por outro lado, Belo Horizonte mantém quantitativos expressivos tanto na rede própria quanto na rede complementar, configurando um modelo híbrido no qual a gestão municipal exerce presença significativa na atenção hospitalar, mas ainda combinada com importante participação de prestadores contratualizados.

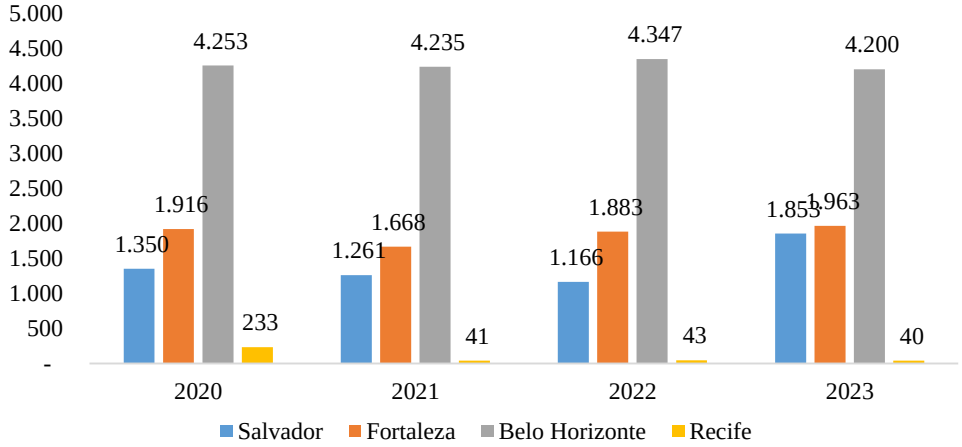
Salvador apresenta oferta crescente de leitos próprios, especialmente após a incorporação de novos equipamentos municipais, mas mantém proporção mais elevada de leitos provenientes da rede complementar, o que evidencia sua dependência histórica desse segmento para a sustentação da capacidade hospitalar. Recife, por sua vez, exibe quantitativos muito reduzidos em ambas as categorias, indicando participação limitada do gestor municipal na oferta direta de internações, com elevada probabilidade de predominância da oferta sob gestão estadual.

Gráfico 186 - Número de Leitos SUS de rede própria, sob gestão das capitais Salvador, Fortaleza, Belo horizonte e Recife, 2020–2023.



Fonte: SCNES

Gráfico 187 - Número de Leitos SUS de rede, sob gestão das capitais Salvador, Fortaleza, Belo horizonte e Recife, 2020–2023.



Fonte: SCNES

No que tange à oferta assistencial de leitos hospitalares clínicos e cirúrgicos sob gestão municipal, observa-se que, em ambos os tipos de leitos, a oferta municipal permanece fortemente ancorada nos estabelecimentos contratualizados, que constituem a principal base para internação no município. No caso dos leitos clínicos, essa dependência é mais pronunciada, refletindo a centralidade de hospitais filantrópicos, como o Hospital Martagão Gesteira (HMG), Hospital Aristides Maltez (HAM) e Hospital Santa Izabel (HSI), na garantia da retaguarda assistencial.

10.VIGILÂNCIA EM SAÚDE

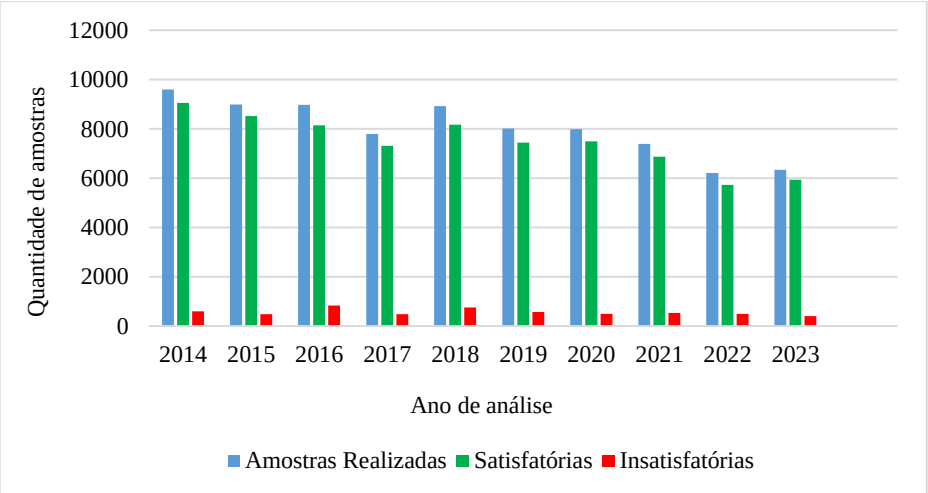
10.1 Vigilância Ambiental

10.1.1 Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA)

No município de Salvador, a Vigilância em Saúde Ambiental (VISAMB) é o setor da Secretaria de Saúde responsável para analisar os dados de controle gerados pela Embasa, que realiza as análises de monitoramento da qualidade da água distribuída à população.

No período de 2014 a 2023 foram realizadas 80.265 amostras com 74.686 satisfatórias e 5.579 insatisfatórias. O percentual de amostras satisfatórias foi de 93,05% e o de amostras insatisfatórias foi de 6,95%. Os dados de controle avaliados correspondem aos parâmetros básicos: cor, turbidez, cloro, coliformes totais e *E. coli*, que são analisados mensalmente pela Embasa.

Gráfico 188 - Controle da qualidade da água distribuída na cidade de Salvador-BAhia, 2014-2023.



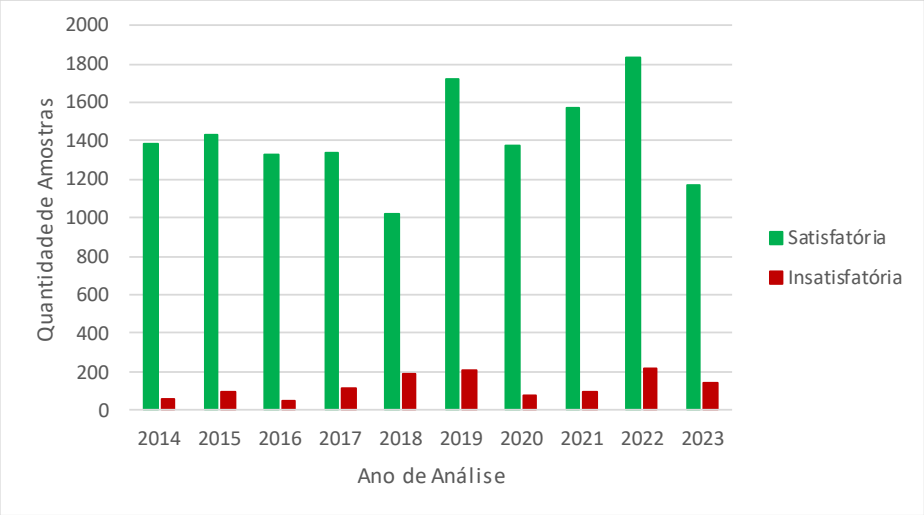
Fonte: SISAGUA, 2025.

Os percentuais de amostras fora do padrão foram predominantes em 2016, 2018 e 2019, devido as inconformidades relacionadas aos parâmetros cor e turbidez. Pode-se observar que durante o período de 2014 a 2023, o padrão de potabilidade da água se manteve adequado, de acordo com a legislação vigente, na maioria dos resultados encontrados.

Apesar das restrições da pandemia, o monitoramento da água foi intensificado entre 2020 e 2022. Em 2023, embora a meta do plano de amostragem tenha sido atingida, houve redução de coletas por falta de insumos e entraves licitatórios. No histórico de uma década, o padrão de potabilidade manteve-se adequado, com exceção de 2018 (15,42%), 2019 (10,93%), 2022 (10,47%) e 2023 (10,98%), anos em que as amostras insatisfatórias superaram 10%.

Nestes períodos, cor e turbidez representaram 79,17% das não conformidades entre os parâmetros analisados (cor, turbidez, cloro, coliformes e E. coli).

Gráfico 189 - Quantidade de amostras de água consumo humano da rede de distribuição que abastece a cidade de Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: VISAMB/SMS, 2025

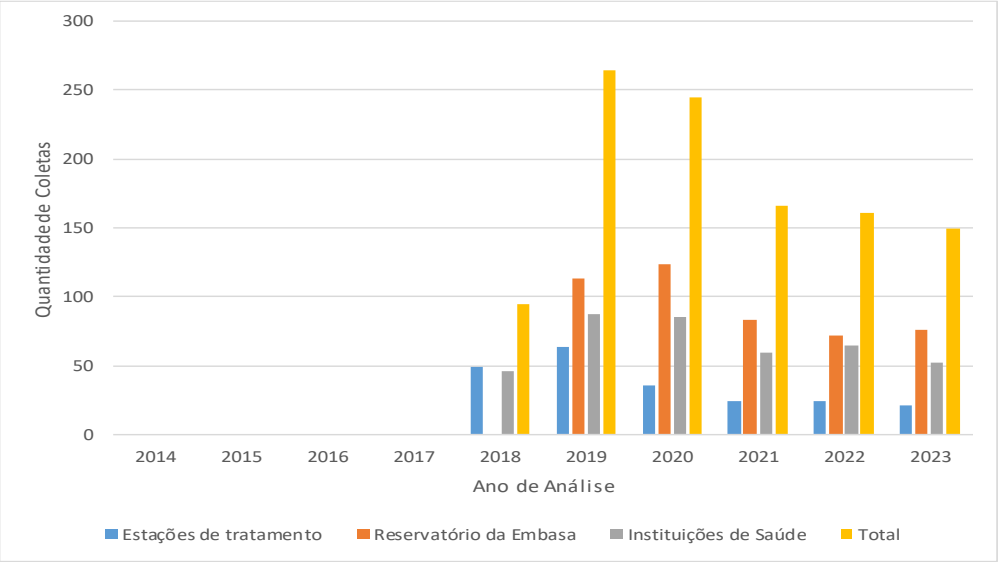
A alteração no parâmetro Cor gera rejeição do consumidor e busca por fontes inseguras. Segundo a Embasa, o problema decorre da degradação de mananciais por ocupações irregulares e despejo de esgoto, exigindo substâncias purificadoras que afetam a coloração. A VISAMB orienta a busca por alternativas que não comprometam a eficácia do tratamento. Já a Turbidez insatisfatória relaciona-se a fatores como obras urbanas, rompimento de canais, manutenções na rede e chuvas intensas. Para mitigar esses riscos, a Embasa aplica medidas corretivas, como descargas na rede.

A variação no volume de amostras ao longo dos anos deve-se a fatores climáticos, logísticos, mudanças estruturais e questões de segurança pública ou sanitária, a exemplo do COVID-19. No monitoramento de *cianobactérias* e *cianotoxinas*, identificou-se em 2014 a necessidade de um aumento desses parâmetros, sobretudo na Barragem em Joanes I, agravado pela eutrofização e ocupação do solo. Após mediação do Ministério Público e o insucesso inicial de remediadores à base de alumínio, a Embasa implementou em 2016 o uso de Phoslock® para redução do fósforo e a consequente diminuição das concentrações de cianobactérias. O monitoramento subsequente pela VISAMB confirmou a redução do fósforo e a melhoria significativa na qualidade da água.

Para cianobactérias, em 2018 foram realizadas coletas nas Estações de Tratamentos e em algumas Instituições de Saúde. Em 2019 houve uma ampliação com a inclusão dos reservatórios da Embasa. Em 2020 e 2021 foram excluídas as Unidades de Saúde. A partir de 2022, as coletas

de cianobactérias foram encerradas, visto que o protocolo do Ministério da Saúde definiu que apenas a avaliação da presença de cianotoxinas se constituía no componente mais diretamente impactante na saúde humana.

Gráfico 190 - Coletas de vigilância da qualidade da água para consumo humano para cianobactérias, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SMS/Visamb, 2025

A partir de 2018, o monitoramento de cianotoxinas foi ampliado, incluindo reservatórios da Embasa entre 2019 e 2023. Essa expansão qualificou a avaliação dos riscos à saúde humana, especialmente para pacientes em hemodiálise. Os resultados indicam uma redução considerável desses componentes nos últimos anos. Atualmente, a VISAMB acompanha as ações de melhoria contínua da Embasa (2025) por meio de inspeções nas Estações de Tratamento de Água (ETA).

Devido à natureza multicausal de doenças que podem ser transmitidas pela água, alimentos ou falta de higiene, o Ministério da Saúde recomenda a atuação conjunta das Vigilâncias. Desde 2015, a VISAMB correlaciona os dados de potabilidade (SISAGUA) com o monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) da Vigilância Epidemiológica (VIEP), visando identificar causas precisas e implementar medidas corretivas eficazes.

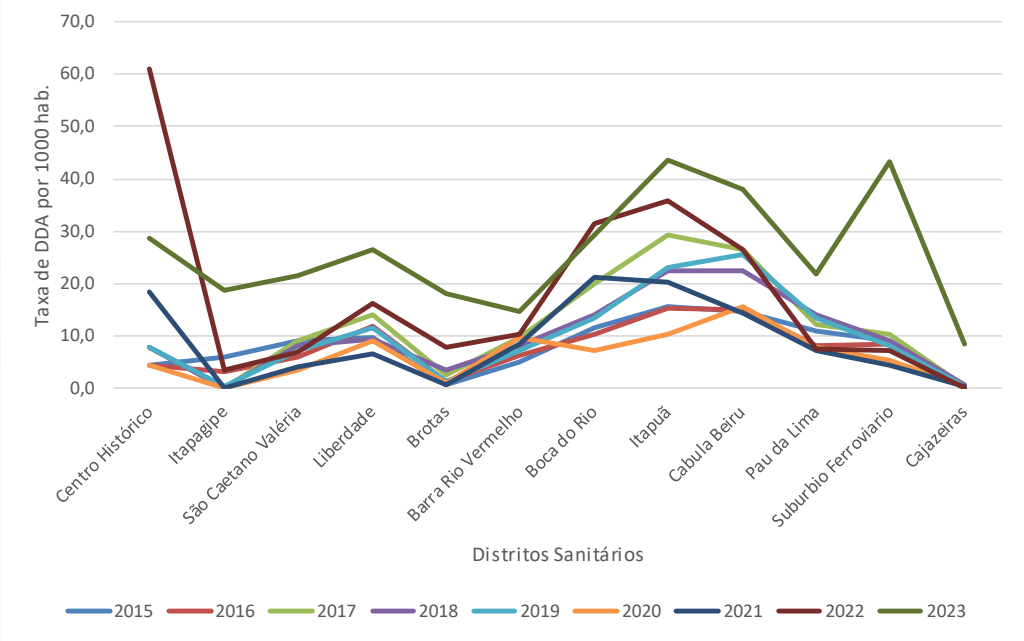
Quadro 25 - Percentuais de amostras insatisfatórias da vigilância da qualidade da água para consumo humano da rede de distribuição por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2014-2023.

Distritos Sanitários DS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro Histórico	8,3	2,4	15,7	21,6	14,8	5,0	5,32	15,8	10,53
Itapagipe	0,0	14,4	17,3	22,4	4,3	3,4	4,4	8,5	9,52
São Caetano Valéria	15,7	1,0	2,7	3,4	1,3	3,5	2,8	4,5	12,87
Liberdade	13,3	7,1	9,4	17,4	23,7	11,3	7,84	11,4	12,40
Brotas	2,3	0,7	10,4	25,3	10,8	4,0	10,98	8,0	10,85
Barra Rio Vermelho	4,3	3,6	5,7	19,9	18,8	5,6	4,4	13,4	10,14
Boca do Rio	12,4	3,6	8,9	26,9	18,2	9,5	10,37	12,3	19,59
Itapoa	3,5	1,3	6,3	8,9	8,2	4,2	1,5	15,6	12,17
Cabula Beiru	2,2	0,9	3,6	7,9	5,6	1,0	10,08	5,1	10,71
Pau da Lima	6,3	0,0	1,2	4,8	3,6	9,4	0,0	14,0	14,71
Suburbio Ferroviario	2,0	5,9	9,2	7,1	12,1	5,3	2,7	8,2	3,36
Cajazeiras	3,9	4,1	5,6	8,9	2,3	7,2	4,8	10,5	7,37

Fonte: VIEP/DVIS/SMS, 2025.

Os Distritos Sanitários (DS) Liberdade, Brotas, Barra e Boca do Rio apresentaram mais de 10% de amostras insatisfatórias em períodos críticos (2018/19 e 2022/23). Nestes anos, cor e turbidez representaram 79,17% das não conformidades, parâmetros sem relação causal direta com Doenças Diarreicas Agudas (DDA). Epidemiologicamente, considera-se ponto crítico a incidência de 1/1.000 habitantes com DDA. Vale ressaltar que, até 2022, a VIEP registrava os casos de DDA pelo local de atendimento e, a partir de 2023, pelo distrito de residência.

Gráfico 191 - Taxa de DDA por distrito de residência, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: VIEP/DVIS/SMS, 2025.

Os DS de Liberdade, Boca do Rio, Itapuã, Cabula-Beiru e Pau da Lima registraram taxas de DDA acima de 10/1.000 hab. em pelo menos cinco anos, com picos em 2017, 2019, 2022 e 2023. Houve convergência entre água insatisfatória (>10%) e alta taxa de DDA nos anos de 2019, 2022 e 2023, especialmente nos distritos Liberdade e Boca do Rio. Nesses anos críticos, o percentual de amostras fora do padrão foi de 21,42% para cloro residual e 1,73% para E. coli. No detalhamento por distrito, apenas a Liberdade apresentou amostra positiva para E. coli (0,76% em 2019).

Quadro 26- Resultados de amostras insatisfatórias para os parâmetros cloro residual livre e *Escherichia coli*, Salvador-BA 2019, 2022 e 2023.

Parâmetro	**Liberdade**		**Boca do Rio**	
	Cloro	***E coli***	**Cloro**	***E coli***
2019	12 (9,16%)	1 (0,76%)	6 (4,38%)	0 (0,0%)
2022	6 (3,03%)	0 (0%)	6 (5,26%)	0 (0,0%)
2023	9 (7,44%)	0 (0,0%)	5 (5,15%)	0 (0,0%)

Fonte: VISAMB/DVIS/ SMS, 2025.

Os distritos Liberdade e Boca do Rio apresentaram amostras de cloro residual livre fora do padrão (0,2 a 5,0 mg/L), o que pode comprometer a eliminação de patógenos (se baixo) ou causar irritações (se acima de 5,0 mg/L). Contudo, os dados indicam que não há relação direta entre esses parâmetros na rede de distribuição e os casos de DDA em Salvador. A doença é multicausal, envolvendo fatores como consumo de alimentos contaminados, água de fontes alternativas (poços), falta de higiene pessoal, viagens e viroses sazonais, dificultando o isolamento da água da rede como agente causador único.

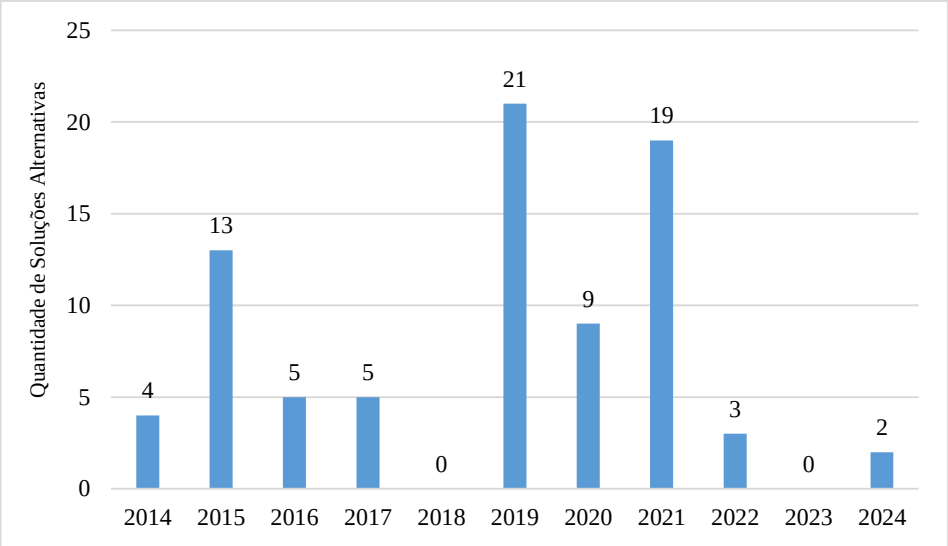
A análise histórica revelou que a maioria dos anos apresentou baixa correlação entre a qualidade da água e as taxas de DDA. Houve correlação positiva em 2019 (0,07), 2021 (0,12), 2015 (0,18) e 2022 (0,51) sendo este último o único índice moderado, sugerindo a necessidade de investigações mais profundas sobre os fatores causais. Por outro lado, registraram-se correlações negativas em 2020 (-0,01), 2023 (-0,06), 2016 (-0,21), 2018 (-0,35) e 2017 (-0,40), indicando que o aumento das doenças não acompanhou a piora na qualidade da água.

CONSULTA PÚBLICA

10.1.2 Qualidade da Água das Soluções Alternativas

A VISAMB monitora soluções alternativas de abastecimento (poços coletivos e individuais e fontes/minadouros) há uma década, com foco nas fontes históricas de Salvador e nas ilhas. O monitoramento das fontes ocorreu em 2015 e 2020, subsidiando órgãos de conservação como a Fundação Gregório de Mattos, SEDUR e Limpurb. Já nas Ilhas de Frades, Bom Jesus dos Passos e Maré, as coletas de 2019 e 2021 focaram na qualidade microbiológica, uma vez que a intermitência da rede oficial mantém o uso tradicional de poços e fontes pela população local.

Gráfico 192 - Quantidade de Soluções Alternativas de Abastecimento monitoradas pela VISAMB quanto a qualidade da água consumida, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SISAGUA/MS, 2025

10.1.3 Índices de poluição água, ar, solo

10.1.3.1 Hidrologia de Salvador: Indicadores de monitoramento

A hidrologia de Salvador compreende 160 bairros distribuídos em 12 bacias hidrográficas e 9 de drenagem, além das ilhas. Caracterizada por aquíferos rasos e vulneráveis, a rede hídrica urbana é regulamentada pelas Resoluções CONAMA nº 357/2005 e nº 396/2008. É crucial destacar que os rios locais não abastecem a capital; a água para consumo provém de mananciais externos: bacias Joanes-Ipitanga, Jacuípe e Paraguaçu. O monitoramento dessa qualidade segue a Portaria GM/MS nº 888/2021, sob responsabilidade da VISAMB via Programa VIGIAGUA

Sob responsabilidade do INEMA (2023), o monitoramento das bacias hidrográficas urbanas de Salvador revelou um cenário crítico. Das bacias analisadas (Camarajipe, Cobre, Ipitanga, Jaguaribe, Lobato, Lucaia, Macacos, Ondina, Paraguari, Passa Vaca, Pedras/Pituaçu, Sapato e Seixos), 86% dos trechos apresentaram qualidade "Ruim" (59%) ou "Péssima" (27%). Apenas

7% foram classificados como "Regular" e 7% como "Boa", não havendo nenhum trecho com qualidade "Ótima" (INEMA, 2023).

O monitoramento de 2023 reafirma a baixa qualidade ambiental dos rios de Salvador, cenário que persiste desde 2013 devido ao despejo de efluentes domésticos. Os piores índices (IQA "Péssimo") foram registrados nos rios do Cobre, Camarajipe, Lobato, Macacos, Paraguari, Pituaçu e Passa Vaca. Em contraste, o Rio dos Seixos e a barragem Ipitanga I apresentaram qualidade "Regular". Um exemplo de variação local ocorre no Rio Passa Vaca: qualidade "Péssima" em São Marcos e "Boa" em Patamares. Quanto ao Índice de Estado Trófico (IET), 86% dos trechos sofrem com elevado enriquecimento de nutrientes (Eutrófico a Hipereutrófico), tornando a água insatisfatória para usos múltiplos (INEMA, 2023).

10.1.3.2 Indicadores de Monitoramento do Solo – Programa de Vigilância em Saúde de Populações expostas a contaminantes químicos (VIGIPEQ) – VIGISOLO

O solo de Salvador (pedologia) é diretamente moldado por sua formação geológica, apresentando camadas superficiais avermelhadas com alta concentração de argila (acima de 35%) (NASCIMENTO, 2008). Os tipos predominantes são os Latossolos Vermelho-Escuro e Vermelho-Amarelo, originados do Complexo Granulítico e de sedimentos do Grupo Barreiras (PONTE; RIBEIRO, 1991). Embora essas características físicas sejam favoráveis, elas tornam o solo vulnerável: a contaminação por substâncias como combustíveis e pesticidas é de difícil reversão. Por isso, o controle químico desse compartimento segue rigorosamente os padrões da Resolução CONAMA nº 460/2013.

Diferente de outros programas, o VIGISOLO utiliza monitoramento indireto (inspeções e análise de laudos solicitados), alimentando o sistema SISSOLO conforme a Portaria GM/MS nº 1.172/2004. Esta norma prioriza a identificação de áreas com populações expostas em municípios acima de 100.000 habitantes. O cadastro abrange dez categorias: áreas desativadas (AD), industriais (AI), de resíduos industriais (ADRI), de resíduos urbanos (ADRU), depósitos de agrotóxicos (DA), contaminação natural (CN), mineração (AM), agrícola (AA), postos de combustível (UPAS) e acidentes com produtos perigosos (ACAPP). Entre 2014 e 2023, Salvador cadastrou 374 áreas, distribuídas em 06 dessas categorias.

Os Distritos Sanitários de São Caetano Valéria, Itapuã, Centro Histórico e Subúrbio Ferroviário aparecem em destaque pelo cadastro de áreas industriais, os DS Barra Rio Vermelho por cadastros de postos de combustíveis e o DS Cabula/Beiru se destaca pelas áreas agrícolas. A área equivalente à orla de Salvador foi impactada com o derramamento de petróleo (Acidente

CONSULTA PÚBLICA

com Produto Perigoso), em 2019, e o cadastro foi considerado nos três distritos de ocorrência: Barra Rio Vermelho, Boca do Rio e Subúrbio Ferroviário.

Entre 2014 e 2023, o programa VIGISOLO executou 07 Análises de Risco e 01 Plano de Comunicação de Risco em Salvador. As análises contemplaram os cemitérios das Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus; a área agrícola do Cabula/Saboeiro; um posto de combustível na Centenário; a rede da Bahia Gás; e o depósito da FUNASA. Para este último, foi desenvolvido o Plano de Comunicação focado na sensibilização de profissionais de saúde e da comunidade local sobre os riscos de contaminação no entorno.

10.1.3.3 Programa de Vigilância em Saúde de Populações expostas a contaminantes químicos (VIGIPEQ - VIGIAR)

A geografia peninsular de Salvador e sua topografia favorecem a dispersão de poluentes, impedindo inversões térmicas e garantindo equilíbrio térmico (LYRA, 2008). O sistema de brisas e a alta pluviosidade atuam na remoção e dispersão atmosférica (VICENTINI, 2011). Entre 2011 e 2016, um acordo entre CETREL, Braskem e o Estado permitiu o monitoramento em oito estações: Av. Paralela, Dique do Tororó, Campo Grande, Pirajá, Rio Vermelho, Av. ACM/DETRAN, Itaigara e Av. Barros Reis. Embora os dados da época não tenham indicado altas concentrações de poluentes (BRAGA, 2020), o serviço foi descontinuado em 2016, inexistindo aferição atual na cidade.

O Programa VIGIAR foca na implantação de Unidades Sentinelas e comunicação de risco, sem realizar coletas diretas de ar. Em Salvador, a principal fonte poluidora é a frota veicular, cujas emissões de material particulado concentram-se em corredores de tráfego intenso como as Avenidas Suburbana, Bonocô (Mário Leal Ferreira), Vasco da Gama e Paralela (Luís Viana Filho). Dados do IBGE (2022) confirmam o impacto dessa poluição, registrando milhares de internações e óbitos por doenças respiratórias na capital entre 2009 e 2019.

Unidades Sentinelas

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, as Unidades Sentinelas monitoram continuamente morbidades respiratórias para avaliar os efeitos da poluição na saúde humana. Em Salvador, os Distritos Sanitários Cabula-Beiru, São Caetano/Valéria e Pau da Lima lideram os registros de atendimentos por sintomas vinculados ao Programa VIGIAR. Desde a implantação da primeira unidade em 2018, a UPA Pirajá/Santo Inácio destacou-se como a que mais realizou registros no período até 2023.

CONSULTA PÚBLICA

Quadro 27 - Distribuição dos atendimentos por ano e por unidade sentinela, Salvador-BA, 2018-2023.

Unidade Sentinela	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
UPA San Martin	943	343	19	0	0	358	**1663**
US Paripe	0	199	0	0	0	157	**356**
US Pirajá	0	0	0	0	2053	1474	**3527**
Total por ano	943	542	19	0	2053	1989	**5546**

Fonte: VISAMB/SMS, 2025

O Programa VIGIAR também realizou ações de prevenção e promoção à saúde, no período de 2014 a 2023, tais como: encontros com representantes do Ministério da Saúde, da Organização PanAmericana de Saúde – OPAS e de organizações da sociedade civil; realização do *Workshop BreatheLife*; e discussões e análises da ferramenta AirQ+. A ferramenta AirQ+ apresentou os resultados de um estudo realizado em 2019 com o número de mortes atribuíveis à exposição a longo prazo ao PM 2,5, excedendo o nível de 10 microgramas previstos na legislação, para a população acima de 25 anos residente em Salvador e correlação com as causas prováveis (Quadro 27).

10.2 Vigilância Sanitária

Vigilância Sanitária (Visa) de Salvador fiscaliza as condições higiênico-sanitárias de ambientes de trabalho, habitação, lazer e serviços de saúde. Suas atribuições incluem o gerenciamento de resíduos hospitalares, o controle da cadeia de bens de consumo (comércio formal e ambulante), a segurança em serviços que utilizam radiação ou sangue, o monitoramento de terminais (rodoviários, portos e aeroportos) e a inspeção de veículos de suporte à saúde.

Entre 2014 e 2023, amparada pela Lei Federal nº 8.080/1990 e Resoluções CIB/BA nº 249/2014 e nº 34/2016, a Visa Salvador consolidou a descentralização[55] das equipes para os Distritos Sanitários (DS), ampliando a capilaridade das ações. Em 2018, os distritos de Cajazeiras e Subúrbio Ferroviário foram integrados ao modelo. O atendimento ao cidadão

[55] A consolidação da descentralização das equipes da Visa foi motivada com a publicação da Resolução CIB/BA nº 249/2014, atualizada pela nº 34/2016, que definiu as competências dos entes municipal e estadual quanto à fiscalização dos serviços. A partir dessas normativas, a Visa ampliou suas atribuições, passando a fiscalizar estabelecimentos de serviços de saúde e de interesse à saúde do Grupo III, de maior complexidade. Com isso, buscou-se se equiparar às Vigilâncias Sanitárias de outras capitais do país, que realizavam essas atividades.

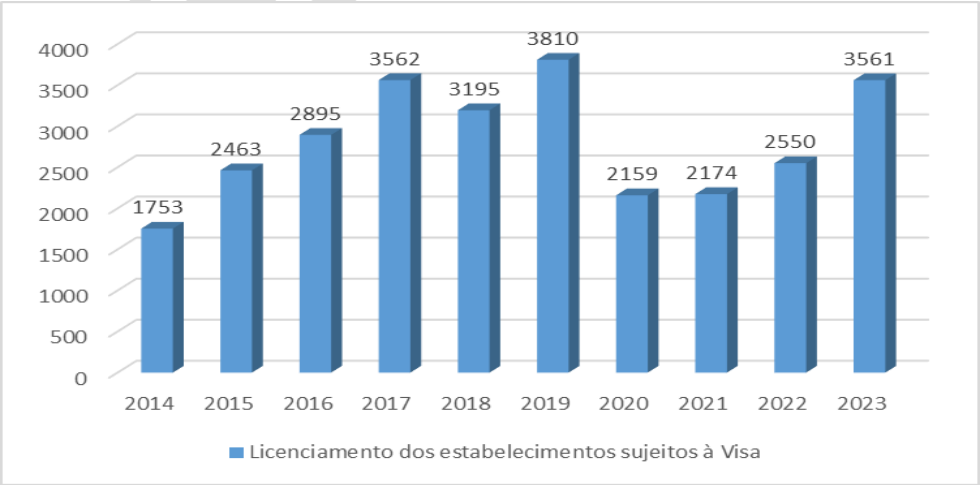
CONSULTA PÚBLICA

também foi descentralizado para os DS Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Brotas e Centro Histórico. Em 2020, o município assumiu a competência sobre 81 farmácias magistrais e, em 2021, concluiu a fiscalização de três fabricantes de saneantes e cosméticos (Portarias Estaduais nº 05 e nº 07). Em 2023, a equipe era composta por 133 fiscais de diversas áreas da saúde e infraestrutura, além de três arquitetos. Embora a descentralização tenha ampliado o alcance da Visa, a efetividade é limitada pela insuficiência de fiscais, carência de veículos, restrições de espaço físico e necessidade de digitalização e sistemas de informação gerencial.

O atual panorama não abrange todos os estabelecimentos sob responsabilidade da vigilância sanitária, evidenciando a urgência de um sistema de informação que integre cadastro, inspeção e licenciamento por risco sanitário. As ferramentas disponíveis como SALUS (Sistema Municipal) e PGLS (Plataforma On-line) carecem de funcionalidades para planejamento e monitoramento estratégico. Além disso, a falta de integração com outros órgãos de licenciamento da Prefeitura impede a identificação de locais irregulares, limitando a visão diagnóstica do município.

O histórico de licenciamentos da Visa demonstra crescimento, com pico em 2019 (3.810 alvarás) impulsionado pela implantação da PGLS, que automatizou a emissão para serviços de baixo e médio risco. As reduções de 2018 (mudança metodológica na contagem por atividade principal) e do biênio 2020-2021 (impacto da pandemia) foram superadas a partir de 2022. O aumento de cadastros em 2023 confirma a recuperação econômica pós-pandemia e a facilitação do acesso aos serviços on-line.

Gráfico 193 - Número de licenciamento de estabelecimentos de Salvador-BA, 2014-2023.



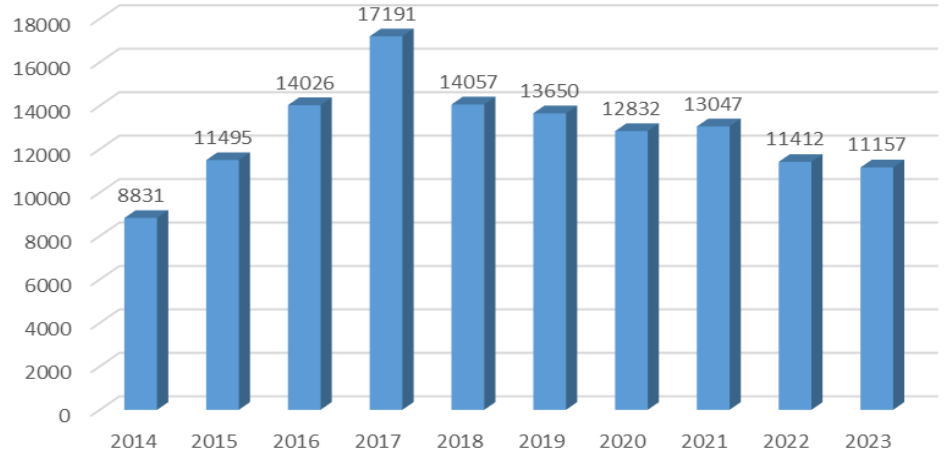
Fonte: SIA/SUS

No período em análise, é importante registrar os avanços em relação às regulamentações municipais. A modernização teve seu ordenamento jurídico em quatro marcos principais: em

2015, regulamentou o comércio de rua (acarajé e food trucks); em 2019, incluiu os serviços de delivery via aplicativos. O ano de 2020 foi decisivo com o novo Código Municipal de Vigilância em Saúde, que instituiu a classificação de risco e o Alvará Online. Por fim, em 2022, a legislação expandiu-se para abranger serviços veterinários e estabelecimentos pet friendly.

No que se refere as inspeções sanitárias, entre 2014 e 2023, foram 127.898 inspeções. A partir de 2017, observou-se uma redução no volume dessas ações devido à RDC Anvisa nº 153/2017, que reclassificou a exigência de inspeção prévia para a liberação de alvarás. Essa mudança normativa exigiu que o órgão readequasse seus processos de trabalho e estratégias de fiscalização ao novo perfil de risco.

Gráfico 194 - Número de inspeções sanitárias realizadas pela Visa, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SIA/SUS

Dentre os estabelecimentos sujeitos às inspeções sanitárias estão as unidades de saúde da rede própria, com o objetivo de monitorar e garantir a qualidade da assistência e estrutura física oferecida aos usuários. Esse trabalho, que culmina com a obtenção da Licença Sanitária das unidades, tem sido foco de cobertura das ações desde 2018. Importante destacar que o número de unidades programadas para inspeção é cumulativo.

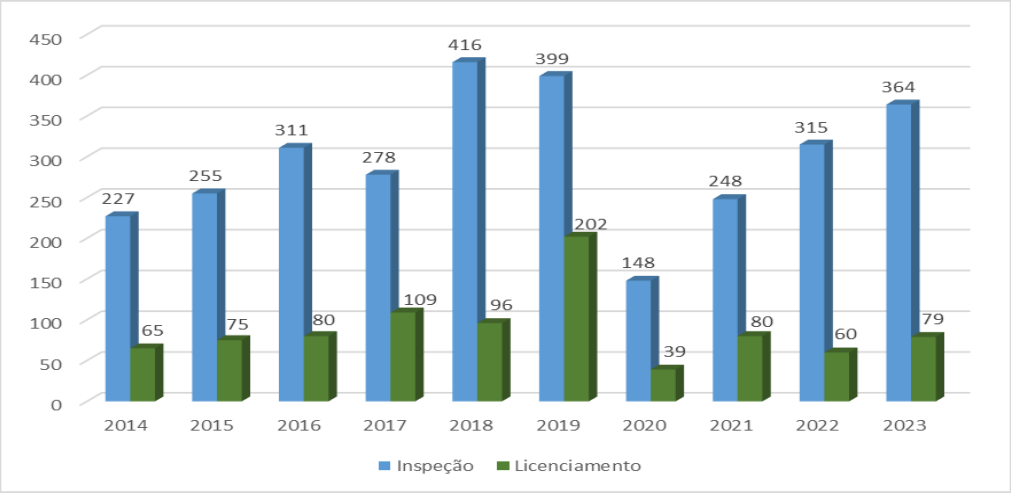
No que se refere aos serviços de radiodiagnóstico, cabe salientar que a VISA possui competência regulatória sobre clínicas, unidades ambulatoriais e hospitais dia, excluindo-se os hospitais de alta complexidade. São considerados de competência do município os serviços de radiologia médica e odontológica, bem como os serviços de diagnóstico por imagem e de radiologia intervencionista, mamografia, fluoroscopia, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ressonância magnética nuclear.

A mamografia, em especial, é tratada como prioridade estratégica devido à sua importância no rastreamento do câncer de mama. Por isso, a fiscalização concentra esforços na qualidade

da imagem e na radioproteção, garantindo diagnósticos precoces e a segurança técnica dos equipamentos distribuídos no município.

Na análise da série histórica observou-se variação no número de inspeções e licenciamentos realizados em serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero e de mama. Após um período de expansão até 2019, quando as inspeções e licenciamentos alcançaram seus maiores patamares, houve queda acentuada em 2020, refletindo o impacto da pandemia. A partir de 2021, nota-se retomada gradual das atividades.

Gráfico 195 - Quantitativo de inspeções e licenciamentos dos serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SIA/SUS

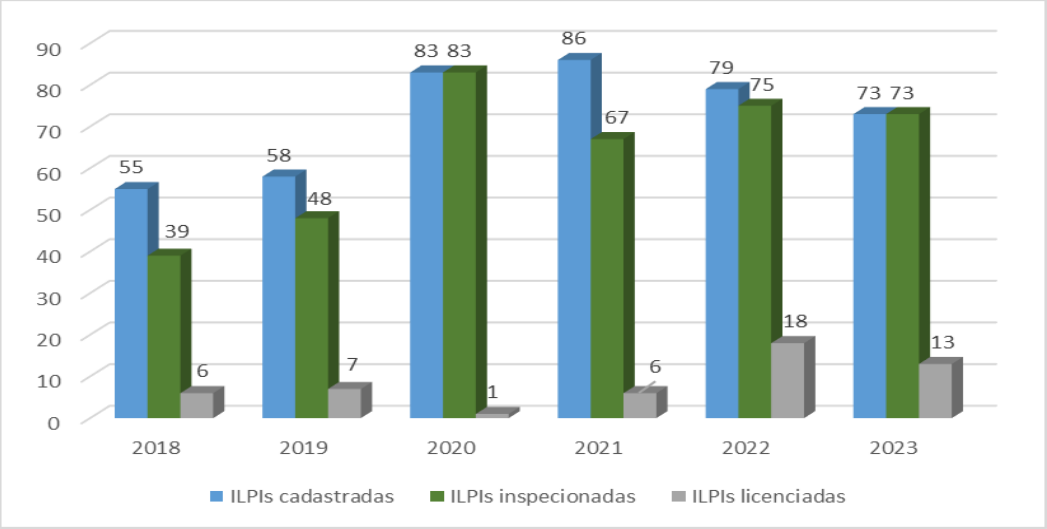
A análise realizada com base nos registros do Notivisa[56] revela que a maioria das queixas técnicas são para a categoria "Equipamentos Médicos" que refere-se a insumos, acessórios e processos operacionais (cateteres, transdutores, componentes elétricos, etc). Como os registros concentram-se na rede hospitalar de média e alta complexidade, sobretudo nas unidades sentinelas estaduais, ocorrendo uma lacuna na captação de riscos em nível municipal. Para corrigir isso, é necessário estimular a notificação ativa nos serviços locais e criar indicadores específicos que acompanhem o uso, a manutenção e a segurança assistencial.

Classificadas como alto risco sanitário, as ILPIs em Salvador apresentaram crescimento de 2018 a 2023, porém sem uma estrutura assistencial proporcional. Durante a pandemia de 2020, a Visa intensificou as ações nessas unidades devido à vulnerabilidade dos idosos. O baixo índice

[56] Notivisa - Sistema informatizado nacional para o registro de problemas relacionados ao uso de tecnologias e de processos assistenciais, por meio do monitoramento da ocorrência de queixas técnicas de medicamentos e produtos para a saúde, incidentes e eventos adversos, com o propósito de fortalecer a vigilância pós uso das tecnologias em saúde, conhecida como VIGIPOS, e na vigilância dos eventos adversos assistenciais.

de licenciamento reflete irregularidades críticas, como infraestrutura inadequada, falta de acessibilidade e escassez de profissionais, o que levou ao fechamento de várias instituições a partir de 2020. No entanto, em 2022 e 2023, houve um aumento no número de ILPIs regularizadas, fruto do trabalho de orientação e fiscalização do órgão.

Gráfico 196 - Quantitativo de ILPIs cadastradas, inspecionadas e licenciadas pela Visa, Salvador-BA, 2018-2023.



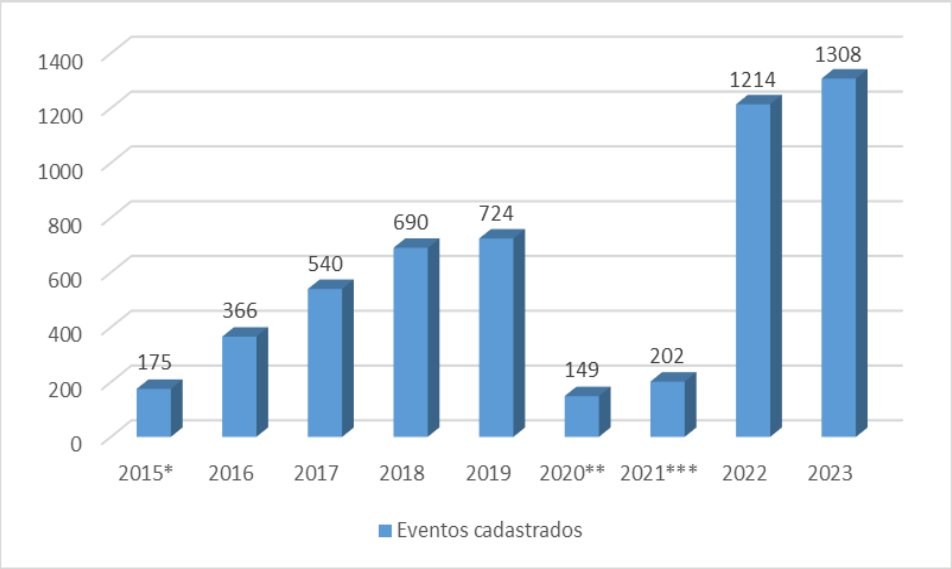
Fonte: SIA/SUS e Visa/DVIS/SMS

Desde 2015, a Visa Salvador utiliza a Central Integrada de Licenciamento de Eventos (CLE)[57] , instituída pelo Decreto nº 26.021/2015, como ferramenta estratégica para o controle sanitário de eventos e festas populares[58]. Sob esta normativa, a Visa realizou a análise documental de 5.368 eventos (shows, esportivos e religiosos). O fluxo sofreu interrupção crítica na pandemia, com dados de 2020 restritos ao primeiro bimestre e retomada apenas em setembro de 2021. O volume crescente de cadastros evidencia a urgência de implementar monitoramento in loco e plantões em fins de semana para mitigar riscos inerentes a grandes aglomerações.

[57] O sistema de CLE foi implementado em maio de 2015, por isso os dados desse ano só contabilizam os eventos a partir desse mês. No ano de 2020, os dados são de janeiro e fevereiro, visto que em março houve a proibição de eventos devido à pandemia. O ano de 2021 só teve eventos registrados a partir do mês de setembro. A CLE é formada por diversos órgãos da Prefeitura, com a finalidade de aperfeiçoar a regulamentação do licenciamento e a expedição da autorização especial para a realização de eventos temporários na cidade.

[58] As festas populares, elemento cultural de grande relevância em Salvador, ocorrem ao longo de todo o ano e desempenham papel fundamental não apenas na promoção do entretenimento para residentes e visitantes, mas também no fortalecimento da economia local, por meio da geração de empregos e renda. Nesse cenário, a Visa consolida-se como parceira estratégica, atuando como um dos pilares da saúde pública e da segurança em grandes eventos, assegurando que milhões de pessoas possam celebrar e trabalhar em condições de proteção e confiança.

Gráfico 197 - Número de eventos cadastrados na CLE e com análise documental pela Visa, Salvador – BA, 2015-2023.



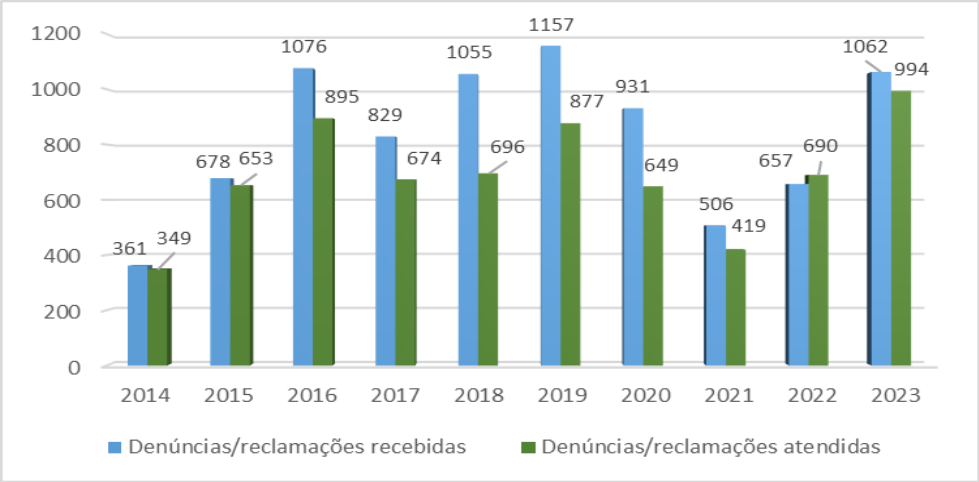
Fonte: Sistema CLE.

A atuação no Carnaval abrange desde o licenciamento especial de estruturas e serviços até inspeções intensivas durante a festa. O foco recai sobre a conformidade de ambulâncias, camarotes, postos de saúde, comércios de alimentos e hospedagens, monitorando rigorosamente itens como potabilidade da água, higiene e descarte de resíduos. Entre 2014 e 2023, foram registradas 51.303 ações, com uma mudança estratégica para o modelo preventivo: em 2023, houve um aumento de 66% nas ações educativas em comparação a 2020. Essa priorização da educação em saúde resultou em maior conformidade sanitária e redução de medidas coercitivas.

A fiscalização das instituições de ensino visa garantir infraestrutura, higiene e segurança alimentar adequadas. Em 2021, o foco principal foi o cumprimento dos protocolos de biossegurança para o retorno às aulas presenciais. Entre abril e outubro daquele ano, foram inspecionadas 283 escolas (de um universo de 1.928 na capital), abrangendo as redes municipal, estadual e privada. A maioria das unidades já estava em conformidade com as normas, enquanto as demais receberam orientações educativas e notificações para adequação.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 198 - Denúncias/reclamações recebidas e atendidas pela Visa, Salvador-BA, 2014-2023.

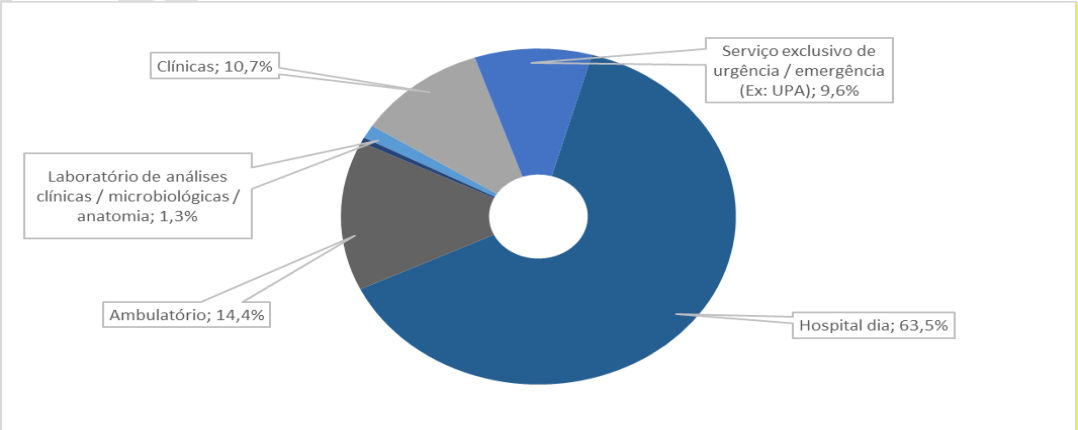


Fonte: SIA/SUS

As denúncias registradas pela Ouvidoria municipal foram contabilizadas 5.203 denúncias no período. Dentre essas, destacam-se 67% (3.477) referentes a reclamações relacionadas a alimentos e bebidas e 14% (696) a serviços de interesse à saúde. Esse dado reflete o cenário municipal, caracterizado pelo predomínio dos serviços de alimentação e a maior demanda da população por esses produtos.

Em abril de 2018, a Portaria Municipal 234/2017 instituiu o Núcleo Municipal de Controle das IRAS e Segurança do Paciente (NSP), levando a Visa a fiscalizar planos de segurança conforme a RDC Anvisa nº 36/2013. No histórico analisado (2014-2023), 63,2% das notificações concentraram-se em hospitais-dia, seguidos por ambulatórios (14,4%) e clínicas (10,7%). Essa concentração reflete a alta complexidade e o uso intensivo de tecnologias nesses locais. Já o baixo índice nos demais serviços sugere subnotificação, indicando a necessidade de expandir as estratégias de vigilância ativa em toda a rede.

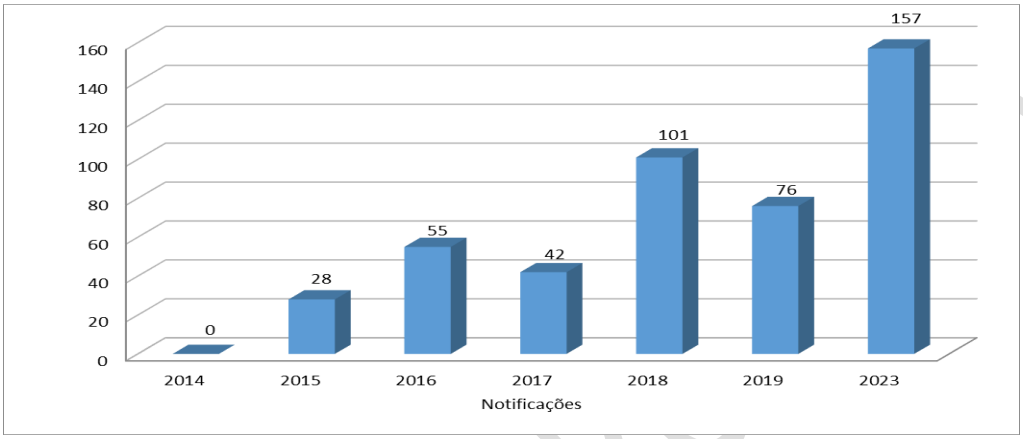
Gráfico 199 - Tipos de serviços de saúde notificadores no município de Salvador – BA, 2014 a 2019 e 2023.



Fonte: Notivisa, 2025.

O aumento das notificações de eventos adversos registrados no sistema Notivisa, especialmente a partir de 2018, revela uma adesão dos serviços de saúde à plataforma. Por outro lado, o aumento das notificações pode indicar a persistência de riscos sanitários nos processos assistenciais, ressaltando a necessidade de aprofundar a análise qualitativa dos eventos e seus fatores contribuintes para promover melhorias efetivas na segurança do cuidado.

Gráfico 200 - Número de notificações de eventos adversos nos serviços de saúde sujeitos à Visa, Salvador – BA, 2014 a 2019 e 2023.



Fonte: Notivisa

A incidência de eventos adversos aponta falhas majoritárias em procedimentos cirúrgicos, demandando o reforço de protocolos como checklists e time-out. A Visa monitora o cumprimento das metas de segurança (identificação, medicamentos, cirurgia segura, higiene das mãos e prevenção de quedas/úlceras) por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). O DS Barra-Rio Vermelho concentra 89,7% das notificações, seguido por Itapagipe (5,9%) e Subúrbio Ferroviário (3,7%). Essa centralização exige alta mobilização de recursos e especialistas para esse distrito, enquanto os baixos índices nos demais sugerem subnotificação por carência de NSPs ativos.

A trajetória da Visa Salvador reafirma seu papel essencial na proteção da saúde coletiva e na regulação de riscos, mesmo diante dos desafios impostos pela pandemia. O período consolidou o órgão como pilar da vigilância municipal, mas evidenciou a urgência de investimentos em infraestrutura tecnológica, integração de dados e capacitação. Para os próximos anos, a Visa projeta um modelo focado em inovação e eficiência, priorizando a educação sanitária e a corresponsabilidade entre poder público, empreendedores e cidadãos para garantir a qualidade de vida no município.

CONSULTA P

10.3 Doenças associadas a Vetores, Artrópodes e Roedores de relevância para a Saúde Publica

10.3.1 Arboviroses

As arboviroses dengue, chikungunya e Zika, transmitidas pelo mosquito Aedes aegypti, representam um grave problema de saúde pública nas Américas, com aumento expressivo de incidência no Brasil devido a fatores socioambientais, como a urbanização desordenada, mudanças climáticas, desigualdades socioeconômicas e falhas na infraestrutura de saneamento, e fatores climáticos. O aumento das temperaturas e as variações no regime de chuvas, somados ao armazenamento precário de água, favorecem a proliferação do Aedes aegypti e a transmissão em centros urbanos densamente povoados. Além do alto potencial epidêmico, essas doenças geram significativos impactos socioeconômicos, incluindo a sobrecarga dos serviços de saúde, custos elevados com assistência e perdas financeiras decorrentes do absenteísmo laboral e mortes prematuras (BRASIL, 2024).

Salvador convive com o Aedes aegypti desde a década de 1970, enfrentando um vetor altamente adaptado ao ambiente urbano. O clima tropical úmido da capital baiana favorece o ciclo reprodutivo do mosquito, acelerando o desenvolvimento das larvas e a transmissão viral. Esse cenário é agravado pelas profundas desigualdades sociais e infraestrutura urbana deficiente, que dificultam a eliminação de criadouros. Diante dessa complexidade, os métodos tradicionais de controle, como o uso de inseticidas e a remoção física, têm demonstrado impacto limitado e temporário na prevenção das doenças (BOWMAN et al., 2016; TUN-LIN et al., 2009).

No que se refere a febre amarela entre 2017 e 2018, o Brasil enfrentou um dos eventos mais críticos de sua história, marcado pela dispersão do vírus para a Mata Atlântica e a região Sudeste, áreas com grandes populações não vacinadas. Essa emergência sanitária resultou no maior surto do século, registrando, apenas entre julho de 2016 e junho de 2017, 779 casos humanos, 262 óbitos e a morte de mais de 2.500 primatas não humanos (Nota Informativa Nº 187-SEI/2017 - CGDT/DEVIT/SVS/MS).

Quanto o controle vetorial em Salvador, o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), fundamentado em diretrizes nacionais (PNCD/2002 e Diretrizes de 2009), executa a vigilância do Aedes aegypti e Aedes albopictus por meio de atividades programadas. Essas ações incluem o reconhecimento geográfico, a realização de quatro LIRAa anuais, ciclos de inspeção

CONSULTA PUBLICA

domiciliar, monitoramento quinzenal de Pontos Estratégicos (PE), bloqueios de transmissão e iniciativas especiais como o "Projeto Verão sem Mosquito" e mutirões em áreas vulneráveis.

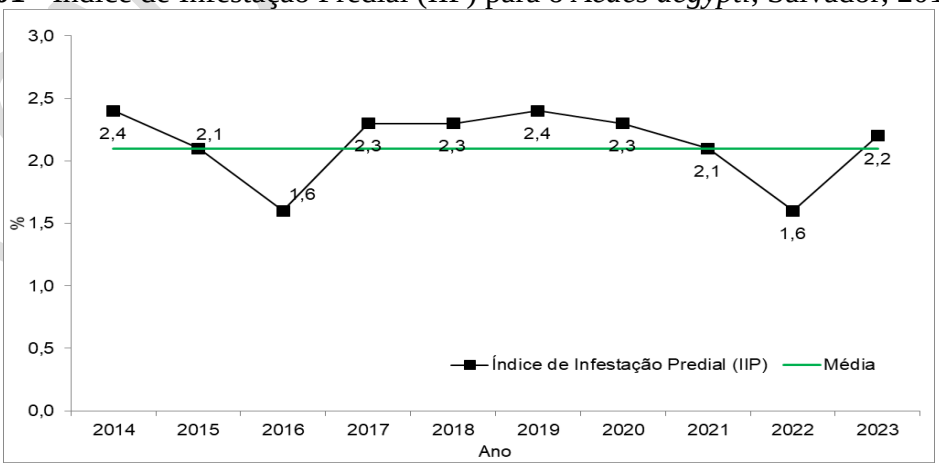
10.3.2 Monitoramento Entomológico - LIRAa

O Levantamento Rápido de Índices para Aedes aegypti (LIRAa) é uma metodologia de vigilância entomológica adotada no Brasil para mensurar, de forma ágil e sistemática, os índices larvários de Infestação Predial (IIP), Breteau (IB) e Tipo de Recipiente (ITR). A pesquisa larvária destaca-se por fornecer dados rápidos e confiáveis, permitindo a estratificação de áreas de risco entomológico, o monitoramento das ações de controle e a avaliação das metodologias empregadas.

Entre 2014 e 2023, o CCZ realizou sistematicamente quatro ciclos anuais do LIRAa, abrangendo os 12 Distritos Sanitários de Salvador, com exceções pontuais durante a pandemia ocasionada pelo COVID-19 e a epidemia de dengue em 2023. A cada ciclo, cerca de 42 mil imóveis são inspecionados para identificar criadouros, coletar formas imaturas e realizar análise laboratorial. Essa vigilância contínua permite monitorar a infestação do Aedes aegypti e Aedes albopictus, fornecendo dados essenciais para o planejamento e o redirecionamento estratégico das ações de controle vetorial no município.

No período de 2014 a 2023, o município apresentou um Índice de Infestação Predial (IIP) médio de 2,1% para o Aedes aegypti, evidenciando um cenário persistente de vulnerabilidade entomológica, com oscilações pouco expressivas ao longo da série histórica considerada.

Gráfico 201 - Índice de Infestação Predial (IIP) para o *Aedes aegypti*, Salvador, 2014-2023.



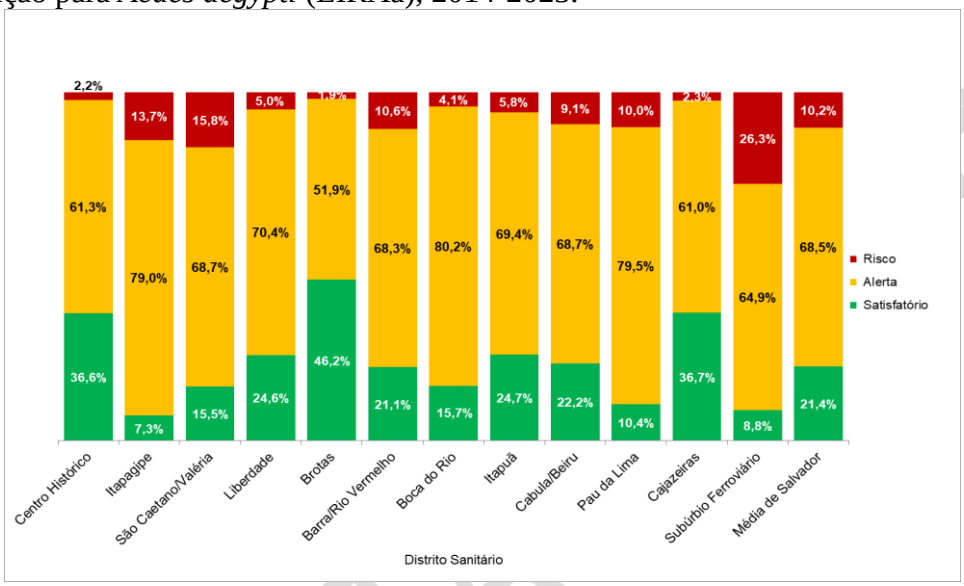
Fonte: SUGARBO/CCZ, 2025.

Entre 2014 e 2023, Salvador manteve-se predominantemente em nível de "Alerta" (68,4%) para o risco de arboviroses, evidenciando a ampla disseminação do Aedes aegypti. Os dados

CONSULTA PUBLICA

mostram que a classificação de "Risco" atingiu 10,2%, indicando condições favoráveis a surtos e epidemias, enquanto o nível "Satisfatório" (21,4%) foi três vezes menor que o de alerta. Esse histórico reforça a necessidade de melhorias no controle da infestação, já que o município permanece em patamares críticos de risco entomológico segundo os critérios do Ministério da Saúde.

Gráfico 202 - Percentual de classificação dos estratos nos Levantamentos Rápidos de Índices de Infestação para *Aedes aegypti* (LIRAa), 2014-2023.



Fonte: SUGARBO/CCZ, 2025.

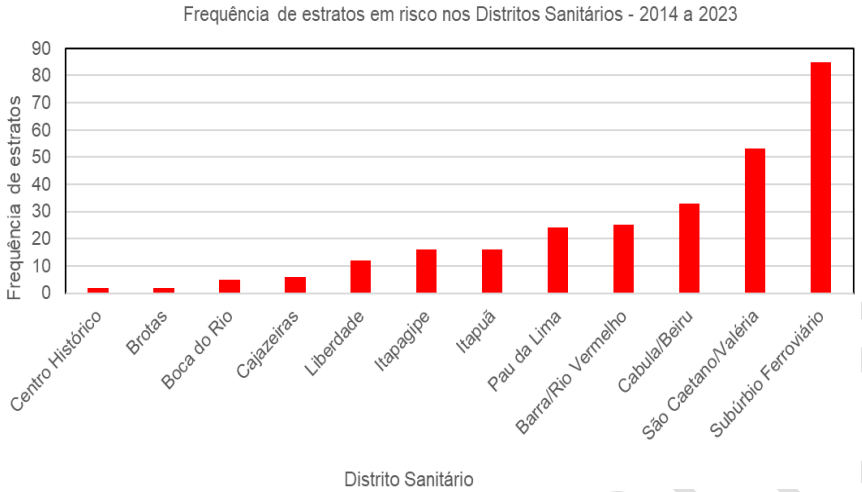
A maioria dos Distritos Sanitários de Salvador (68,5%) manteve-se na classificação de risco "Alerta" (IIP entre 1% e 3,9%), exigindo ações de controle intensificadas. Enquanto a categoria "Satisfatório" variou entre os distritos, os D.S. de Itapagipe, Pau da Lima e Subúrbio Ferroviário registraram as menores proporções nessa classificação.

Esse cenário indica um elevado risco entomológico e maior potencial de transmissão sustentada de arboviroses, reforçando a necessidade de priorizar intervenções de prevenção e controle nesses territórios específicos.

A diferença entre os D.S. evidencia não apenas a heterogeneidade na distribuição do risco, mas também a influência de fatores estruturais, socioeconômicos e ambientais que impactam diretamente na dinâmica de infestação, refletindo a complexidade do controle vetorial em contextos urbanos marcados por desigualdades intramunicipais.

CONSULTA

Gráfico 203 - Número de estratos em risco (IIP>3,9%), em 27 LIRAa realizados, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SUGARBO/CCZ, 2025.

Os resultados do LIRAa (Tabela 49) indicam que os criadouros mais predominantes em Salvador são os tipos A2 (35,4%), B (33%) e D2 (15,2%). Esses recipientes estão diretamente ligados a problemas estruturais: o tipo A2 (tonéis e cisternas) reflete a oferta irregular de água em áreas vulneráveis, enquanto os tipos B (vasos e pratos) e D2 (resíduos plásticos e entulhos) evidenciam falhas no manejo e descarte de resíduos sólidos.

Tabela 49 - Distribuição percentual dos tipos de criadouros[59], por distrito sanitário, obtido pelo LIRAa, no município de Salvador - BA, 2014-2023

Distrito Sanitário	**Criadouros (%)**						
	A1	**A2**	**B**	**C**	**D1**	**D2**	**E**
Centro Histórico	2,5	18,2	42,7	20,7	3,8	12,1	0,0
Itapagipe	1,6	31,2	39,9	11,6	3,4	11,8	0,5
São Caetano/Valéria	2,8	42,2	27,4	5,9	5,0	16,2	0,6
Liberdade	5,5	26,2	43,9	6,6	3,6	14,0	0,3
Brotas	1,1	17,1	49,3	10,6	3,5	18,3	0,1
Barra/Rio Vermelho	4,6	24,4	42,1	18,9	1,5	7,5	1,0
Boca do Rio	3,6	28,8	34,2	14,1	3,7	14,0	1,6
Itapuã	1,6	43,0	28,3	7,3	4,1	14,3	1,4
Cabula/Beirú	3,6	39,7	29,2	4,4	3,6	18,8	0,7
Pau da Lima	2,2	46,1	20,9	3,8	5,7	20,6	0,6
Cajazeiras	2,1	45,0	19,4	3,3	4,7	25,2	0,4
Subúrbio Ferroviário	1,7	62,5	19,1	4,0	3,2	9,2	0,4
Média	**2,7**	**35,4**	**33,0**	**9,3**	**3,8**	**15,2**	**0,6**

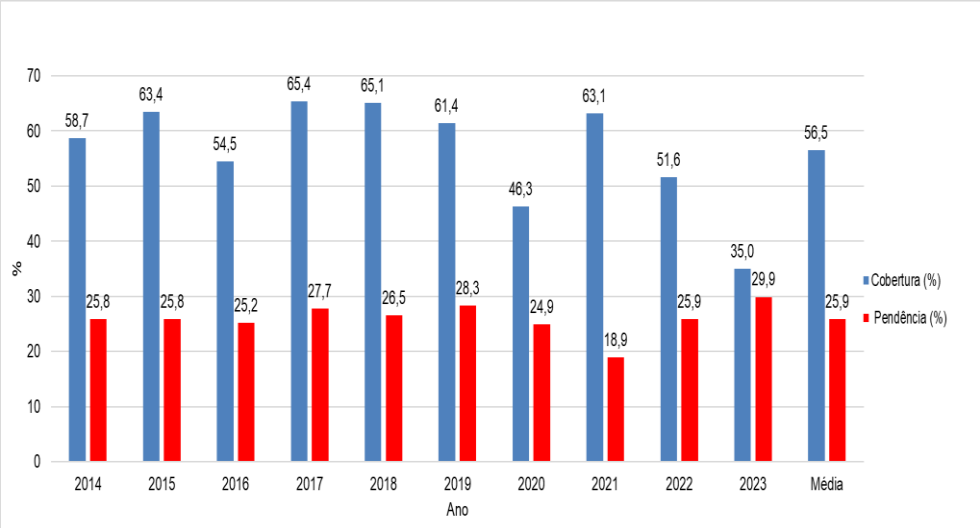
Fonte: CCZ/SUGARBO, 2025.

[59] Tipos de criadouros - A1 (depósitos de água elevados); A2 (depósitos de água ao nível do solo); B (depósitos móveis); C (depósitos fixos); D1 (pneus); D2 (lixo); E (depósitos naturais).

CONSULTA PÚBLICA

A cobertura de visita aos imóveis do município é um importante indicador de avaliação da efetividade de parte das ações do controle do vetor *Aedes aegypti*. A cobertura média de inspeção predial em Salvador, entre 2014 e 2023, foi de 56,5%, com uma taxa de pendência de 25,9%. Esse índice é considerado limitado e está significativamente abaixo dos 80% preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). Como o Aedes aegypti possui hábitos predominantemente domiciliares, a baixa cobertura permite que muitos focos permaneçam ativos no intra e peridomicílio, favorecendo a reprodução do vetor e dificultando a interrupção de seu ciclo de vida e o controle das arboviroses no território.

Gráfico 204 - Percentual de cobertura e pendência de visita aos imóveis e a média do município de Salvador, 2014-2023.



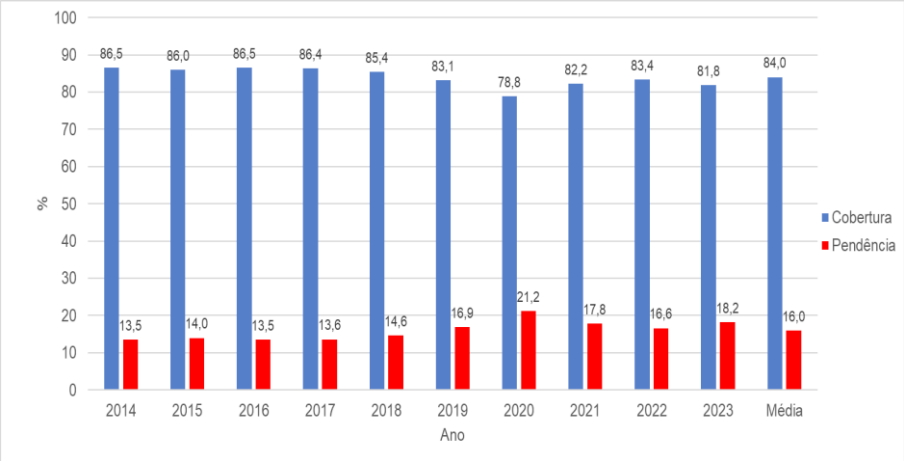
Fonte: SUGARBO/CCZ, 2025.

10.3.3 Vigilância dos Pontos Estratégicos (PE)

De acordo com as diretrizes nacionais (BRASIL, 2009), os Pontos Estratégicos (PE) são imóveis com alto risco de proliferação do Aedes aegypti devido às suas características, como borracharias, cemitérios, ferros-velhos e obras. Pelo seu impacto epidemiológico, esses locais exigem inspeções quinzenais obrigatórias pelos Agentes de Combate às Endemias (ACE). As ações incluem a identificação e eliminação de focos, coleta de larvas para análise, tratamento focal com larvicidas em depósitos fixos e aplicação de inseticidas residuais, conforme as normas técnicas de vigilância.

Com base na série histórica, 1.195 imóveis foram monitorados anualmente, e a cobertura média das inspeções foi de 84%, enquanto a taxa média de pendência foi de 16% no período compreendido entre 2014 e 2023.

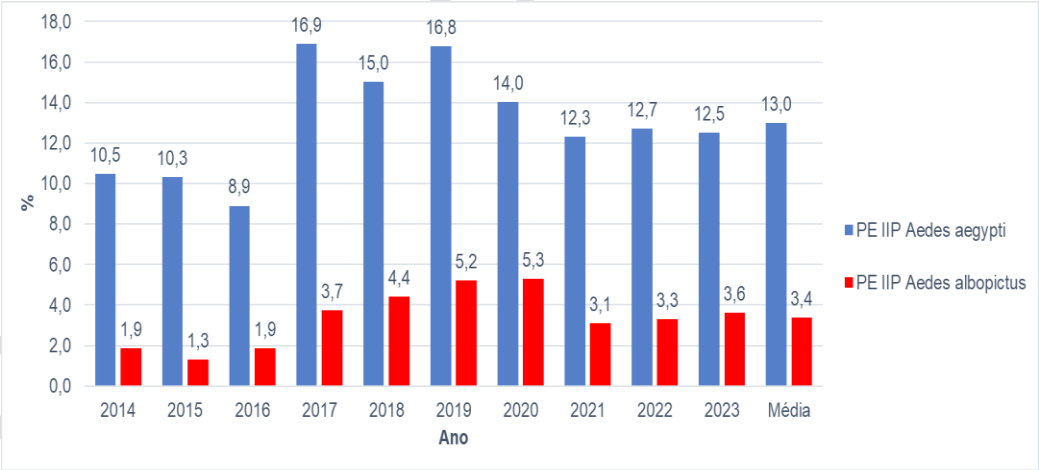
Gráfico 205 - Percentual de cobertura e pendência de visita aos pontos estratégicos e a média do município de Salvador, 2014-2023.



Fonte: SUGARBO/CCZ, 2025.

O IIP médio para vetor Aedes aegypti nos PE foi de 13%, enquanto para Aedes albopictus, foi de 3,4%, evidenciando a persistência dos vetores nesses ambientes. Esses indicadores reforçam a relevância do monitoramento sistemático e a necessidade de ações contínuas e intensificadas de controle vetorial nesses locais, que atuam como potenciais centros disseminadores dos vetores no território municipal.

Gráfico 206 - Percentual do índice de infestação para *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* nos Pontos Estratégicos (PE), 2014-2023.

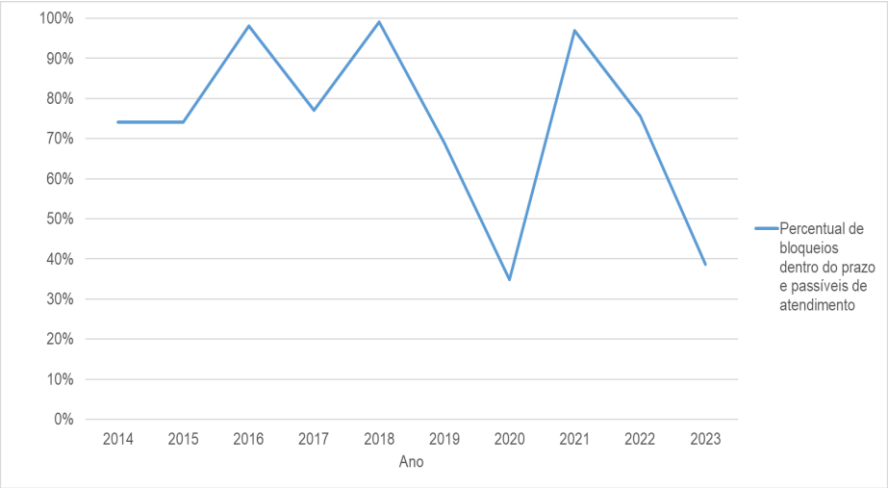


Fonte: SUGARBO/CCZ, 2025.

A execução oportuna do bloqueio de transmissão é uma prioridade para interromper o ciclo de transmissão viral entre o mosquito vetor, principalmente o Aedes aegypti, e seres humanos, especialmente em períodos sazonais. Entre 2014 e 2023, o município registrou uma execução média de 74% dos bloqueios em resposta aos casos notificados e passíveis de atendimento. Houve, no entanto, uma redução desses indicadores nos anos de 2020 e 2021, queda que

coincide com a pandemia de COVID-19 e a redução das notificações, afetando as atividades operacionais do CCZ no período.

Gráfico 207 - Percentual de bloqueios de transmissão de casos notificados de arboviroses, Salvador, 2014-2023.



Fonte: SUGARBO/CCZ, 2025.

10.3.4 Monitoramento Entomológico de Vetores da Febre Amarela em Fragmentos de Mata Atlântica no Município de Salvador (2019–2022)

Devido à reemergência da febre amarela silvestre e ao risco de sua urbanização via Aedes aegypti entre 2017 e 2018, o CCZ iniciou o levantamento da fauna de culicídeos em áreas de mata. Essa iniciativa visou identificar os vetores silvestres locais para fundamentar a implantação das vigilâncias entomológicas ativa e passiva contra a doença no município.

Entre 2019 e 2022, o CCZ realizou cinco levantamentos em fragmentos de Mata Atlântica de Salvador (Jardim Botânico, Pituaçu, Olhos d'Água, São Bartolomeu e 19º Batalhão de Caçadores do Exército Brasileiro), coletando 3.156 exemplares de 23 espécies dos gêneros Aedes, Anopheles, Culex, Mansonia e Wyeomyia. As espécies mais frequentes foram Aedes albopictus, Aedes scapularis, Limatus durhami e Wyeomyia mediocolbeus. A presença de vetores de importância médica em áreas de floresta urbana, como Aedes aegypti e Psorophora ferox, revela a adaptação dessas espécies ao ambiente antropizado e o impacto da fragmentação florestal sobre a dinâmica ecológica local, gerando preocupação epidemiológica.

A degradação de remanescentes florestais urbanos, causada pela pressão antrópica e mudanças climáticas, altera a ecologia dos vetores e eleva o risco de transmissão de arboviroses, tornando a vigilância entomológica contínua uma ferramenta indispensável. Embora o controle físico e químico do Aedes aegypti e Aedes albopictus seja a estratégia central do município, a gestão enfrenta sérios desafios estruturais e operacionais. Apesar do alinhamento com as

diretrizes nacionais (PNCD/2002 e MS/2009), as intervenções atuais não têm sido suficientes para reduzir a densidade vetorial e interromper a transmissão viral de forma eficaz.

10.3.5 Leismaniose Visceral Canina (LVC)

Com uma população canina estimada em 385.339 animais, Salvador enfrenta na leishmaniose visceral um grave problema de saúde pública devido à sua magnitude, letalidade e expansão geográfica. A transmissão da doença depende da tríade composta pelo vetor (Lutzomyia longipalpis e Lutzomyia cruzi), pelo reservatório e pelo homem suscetível. No ambiente urbano, o cão figura como o principal reservatório doméstico e fonte de infecção para o vetor, sendo que a ocorrência da doença em cães (enzootia) geralmente antecede o surgimento de casos humanos.

Entre 2014 e 2023, a Bahia registrou 1.949 novos casos de Leishmaniose Visceral Humana (média de 194,9/ano), enquanto o Brasil manteve uma média anual de 2.636 casos (BRASIL, 2024). As estratégias de controle focam no diagnóstico e tratamento humano, vigilância entomológica, controle químico, saneamento e monitoramento canino.

Em Salvador, a expansão urbana e o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU) de 2016 anexaram áreas limítrofes como Barro Duro e partes de Jardim das Margaridas e Ipitanga, intensificando o desmatamento da Mata Atlântica. Esse processo favorece a domiciliação da fauna silvestre e aumenta o risco de disseminação da doença nas áreas de fronteira com Lauro de Freitas.

O município de Salvador, até o ano de 2021 era classificado como área silenciosa. A partir de 2024, teve sua classificação oficialmente atualizada para baixo risco pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contando com casos autóctones caninos desde o ano de 2021.

Tabela 50 - Taxa de positividade da Leishmaniose Visceral Canina em Salvador, 2016-2023.

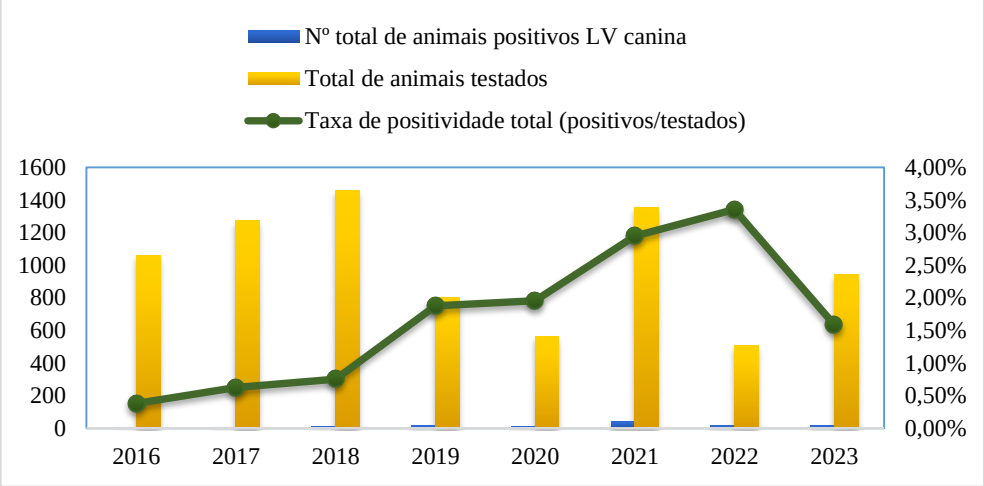
ANO	Total de cães testados	Total de cães positivos LVC	Taxa de positividade total (positivos/testados)
2016	1058	4	0,38%
2017	1276	8	0,63%
2018	1458	11	0,75%
2019	800	15	1,88%
2020	563	11	1,95%
2021	1357	40	2,95%
2022	507	17	3,35%

CONSULTA PÚBLICA

2023	944	15	1,59%

Fonte: SEVTV/SEIZO/CCZ/SMS.

Gráfico 208 - Taxa de positividade total de leishmaniose canina em áreas vulneráveis e atendimento de demanda espontânea em Salvador, 2016-2023.



Fonte: SEVTV/SEIZO/CCZ/SMS.

10.3.6 Animais Peçonhentos

No Brasil, os acidentes com animais peçonhentos estão se agravando com o decorrer do tempo. Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2023 houve cerca de 342.000 acidentes com animais peçonhentos no Brasil, e cerca de 31.000 no estado da Bahia.

Os acidentes por animais peçonhentos, especialmente os acidentes ofídicos, foram incluídos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na lista das doenças tropicais negligenciadas que acometem na maioria das vezes, populações pobres que vivem em áreas rurais. (www.gov.br/saude).

Ao contrário do que vem acontecendo nos últimos anos no Brasil e na Bahia, no município de Salvador houve uma redução no número de notificações por acidentes com animais peçonhentos. Vale ressaltar que, devido ao desmatamento de remanescentes de Mata Atlântica para expansão urbana, houve aumento do aparecimento de escorpiões no município, o que eleva a probabilidade de ocorrência de acidentes com esses animais. Na tabela 05, gráficos 05 e 06 se observa o número de acidentes por espécie de animais peçonhentos em Salvador (2014-2023).

Tabela 51- Número de acidentes por espécie de animais peçonhentos em Salvador, 2014-2023.

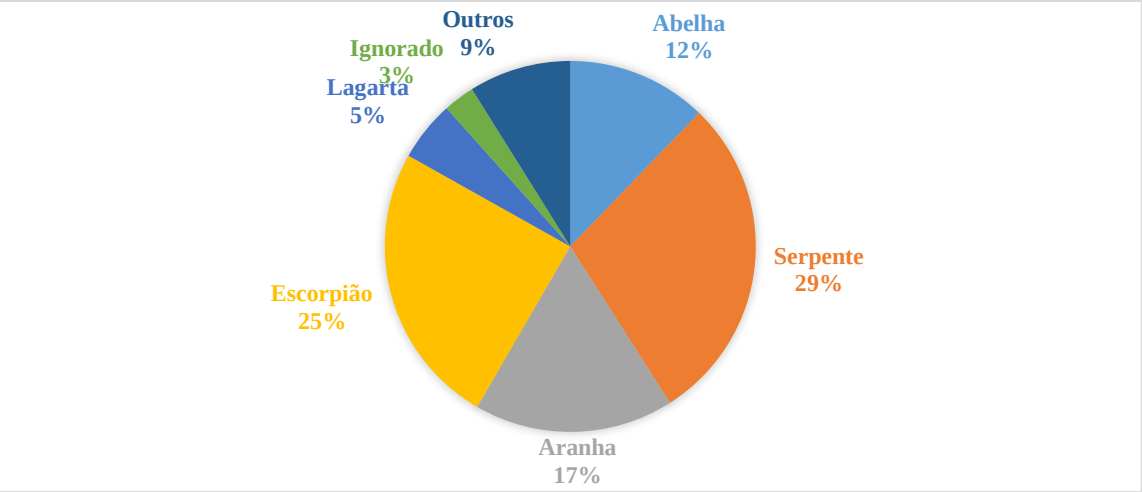
ANO	Abelha	Serpente	Aranha	Escorpião	Lagarta	Ignorado	Outros	Total
2014	25	32	22	43	11	13	12	158

CONSULTA PÚBLICA

2015	28	59	21	43	5	7	13	176
2016	21	59	27	38	14	2	17	178
2017	23	45	28	62	6	6	19	189
2018	20	49	41	52	10	6	14	192
2019	31	47	52	44	9	2	20	205
2020	7	47	26	25	4	4	17	130
2021	7	23	12	19	6	0	0	67
2022	8	34	20	21	8	0	6	97
2023	14	38	13	26	6	1	16	114
Total	184	433	262	373	79	41	134	1506

Fonte: Dados SINAN.

Gráfico 209 - Proporção de acidentes por espécie de animais peçonhentos em Salvador, 2014-2023.



Fonte: Dados SINAN

No período de 2014 a 2023 ocorreram 343 notificações de acidentes por escorpião. As solicitações sobre a presença de escorpiões e as notificações de acidentes são atendidas, através da inspeção zoosanitária, busca ativa, captura/coleta, orientações técnicas, identificação da espécie com liberação do laudo. Quando ocorre reincidência da solicitação e da notificação do SINAN de uma área, ela passa a ser priorizada e monitorada pelo PCEsc, de acordo com orientação da Secretaria de Vigilância à Saúde (Brasil, 2009).

O município identifica áreas de risco para acidentes com animais peçonhentos via notificações espontâneas (CCZ, 156, e-mail) e registros no SINAN. Devido à imprecisão de endereços no sistema, a Vigilância Epidemiológica (VIEP) realiza busca ativa para identificar o local exato do acidente e acionar a investigação zoossanitária do CCZ. O Programa de

Controle de Escorpiões foca na inspeção semestral de oito áreas prioritárias, com busca ativa e captura de espécimes para análise laboratorial. Em Salvador, predominam as espécies *Tityus stigmurus*, *Tityus brazilae* e o *Tityus serrulatus*, sendo este último o de maior gravidade clínica.

10.3.7 *CULEX*

Os culicídeos são insetos pertencentes à ordem Diptera, subordem Nematocera, família Culicidae, conhecidos também como mosquitos, pernilongos, muriçocas ou carapanãs. Os culicídeos recebem atenção especial devido a seu hábito hematófago, por meio do qual se tornam importantes vetores de doenças (dengue, febre amarela, malária, filarioses, encefalites, entre outras arboviroses).

O município de Salvador encontra-se livre de zoonoses transmitidas por muriçocas até o presente momento. Contudo, com o trânsito frequente de pessoas e animais entre municípios, Estados e Federações, existe risco potencial de introdução e reintrodução de enfermidades atualmente fora do escopo de atuação. As ações de controle são divididas em medidas ambientais e químicas (controle vetorial), visando reduzir a população do vetor. Manejo ambiental é a medida mais eficaz e sustentável, consistindo em ações que modificam o ambiente para torná-lo desfavorável à reprodução do mosquito.:

Tabela 52- Índice de infestação de larvas e pupas do *Culex ssp* nas coleções hídricas de Salvador, 2014-2023.

ANO	Total de amostras coletadas	Número de larvas e pupas	Densidade de larvas e pupas (DLP) - índice de infestação
2019	174	1315	7,56
2020	163	1532	9,40
2021	213	3430	16,10
2022	147	1471	10,01
2023	154	2549	16,55

Fonte: SEVTV/SEIZO/CCZ/SMS.

10.3.8 Leptospirose

A leptospirose é uma enfermidade cuja prevenção e controle exigem uma abordagem intersetorial, que articule políticas de urbanismo, saneamento ambiental, vigilância epidemiológica e promoção da equidade social (PUGLIESE e CERQUEIRA, 2025). O controle

CONSULTA PÚBLICA

dos roedores visa reduzir a incidência da leptospirose tomando como medidas a antirratização e desratização.

De 2014 a 2023, as ações de vigilância e controle da leptospirose do Centro de Controle de Zoonoses foram realizadas em bairros com maiores números de casos confirmados da doença, a partir da análise de uma série histórica de 5 anos, que é atualizada anualmente para subsidiar a definição das áreas prioritárias de intervenção através dos dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

As atividades envolvem a inspeção dos peridomicilios dos imóveis localizados nos quarteirões mais críticos dos bairros selecionados; orientação em saúde para o munícipe e intervenção química com o uso de raticidas no peridomicílio das residências, se houver necessidade. É realizada a técnica de iscagem, que consiste na realização de pelo menos três aplicações de rodenticidas em intervalos regulares de 7 a 10 dias. No total são realizados 3 ciclos com 3 ações nos bairros críticos selecionados.

Os Distritos Sanitários com maiores números de casos confirmados foram o Subúrbio Ferroviário (101), Cabula/Beirú (82), São Caetano Valéria (80) e Pau da Lima (63), sendo estes atendidos pelo Plano de Controle da leptospirose (elaborado em 2008), o qual é realizado anualmente.

A proporção de bloqueios realizados no período encontra-se na tabela 53 e apesar da média dos bloqueios para o período analisado ser relativamente baixa (< 50%), com a exceção de 2021 (58,2%), deve-se destacar que do total de casos notificados, existem aqueles que são descartados, outros onde não há possibilidade de atendimento devido à falta de endereço e/ou contato telefônico, casos que não podem ser atendidos devido à violência urbana e casos onde o paciente não é localizado.

Tabela 53 - Proporção de bloqueios de casos de leptospirose realizados de 2014-2023

Ano	***Casos notificados***	***Bloqueio de casos***	***Proporção de bloqueios realizados***
2014	136	55	40,4
2015	162	65	40,1
2016	77	23	29,9
2017	95	28	29,5
2018	114	32	28,0
2019	151	34	22,5
2020	76	24	31,6

CONSULTA PUBLICA

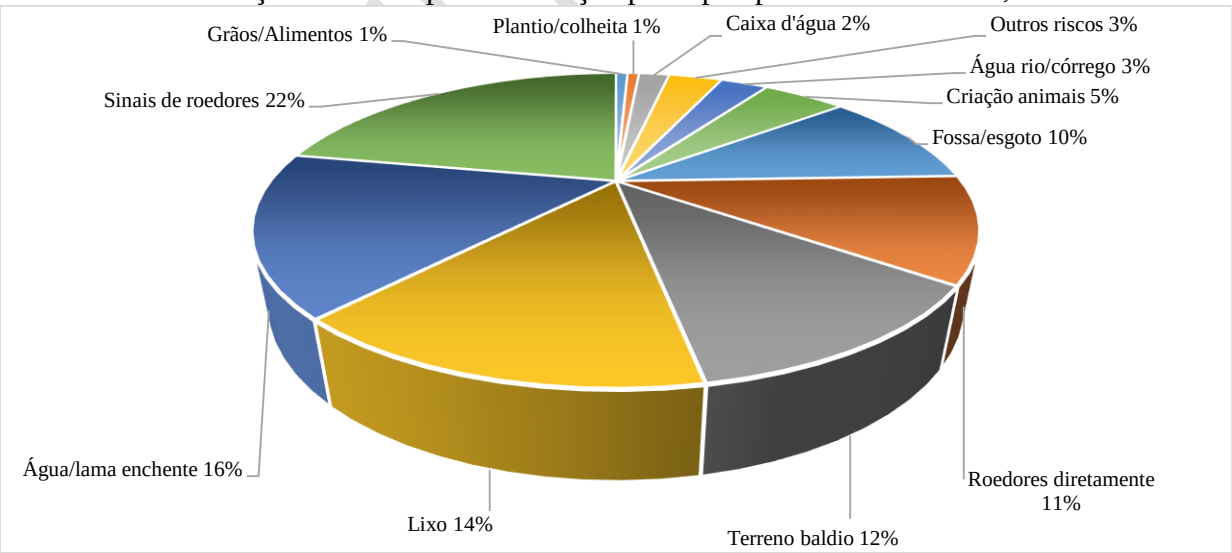
2021	91	53	58,2
2022	116	51	44,0
2023	183	59	32,2
Total	1201	424	35,3

Fonte: CCZ/SMS, 2025.

Em relação as situações de risco para a infecção por leptospirose registrados nas fichas do SINAN do período de 2014 a 2023, nota-se que sinais de roedores (22%), água de lama e enchente (16%) e a presença de lixo (14%) foram os principais fatores citados pelos pacientes.

Estudos demonstram que a transmissão da leptospirose é influenciada por fatores socioambientais, com maior risco em áreas de relevo baixo, próximas a córregos e com saneamento precário, que favorecem a infestação pelo roedor hospedeiro da bactéria *Leptospira interrogans* (HANG et al., 2016). A redução da transmissibilidade depende de melhorias na infraestrutura urbana como esgotamento sanitário, drenagem pluvial, coleta de lixo e canalização de rios para evitar inundações aliadas ao controle de roedores. Complementarmente, são essenciais ações educativas e o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como luvas e botas, especialmente para grupos de risco ocupacional (garis, recicladores e trabalhadores da construção civil).

Gráfico 210 - Situações de risco para a infecção por leptospirose em Salvador, 2014-2023.



Fonte: SinanNet, 2025.

10.3.9 - Plano de Controle das Esquistossomose (PCE) – Malacologia

A esquistossomose mansônica é uma endemia grave na Bahia, associada à ausência de saneamento básico e ao contato humano com águas contaminadas por cercárias de Schistosoma mansoni. O ciclo de transmissão exige a presença do homem como hospedeiro definitivo e de caramujos do gênero Biomphalaria como hospedeiros intermediários (BRASIL, 2024b). Em áreas urbanas, o descarte de esgoto em coleções hídricas infecta os caramujos, e transbordamentos causados por chuvas facilitam o contágio acidental (BARBOSA, 2011). O controle ambiental foca na eliminação dos habitats dos moluscos por meio de drenagem, canalização de cursos d'água, aterros e remoção de vegetação (GOMES, 2017).

Entre 2014 e 2023, o Programa de Controle de Esquistossomose em Salvador realizou 240 inquéritos malacológicos (24 anuais, sendo dois por Distrito Sanitário) para identificar moluscos transmissores em coleções hídricas como rios, lagoas e canais. No período, o monitoramento expandiu de 53 para 92 coleções ativas. Em 2023, 4 coleções (4% do total) apresentaram positividade para o Schistosoma mansoni, consolidando-se como focos de transmissão. Historicamente, a presença do parasito foi confirmada em coleções distribuídas por 07 distritos sanitários do município.

Tabela 54 – Monitoramento malacológico realizado em Salvador, 2014-2023.

Distrito Sanitário	Ano																													
	2014			2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022			2023		
	CHs*	*Sm*	%	CHs*	*Sm*	%	CHs*	*Sm*	%	CHs*	*Sm*	%	CHs*	*Sm*	%	CHs*	*Sm*	%	CHs*	*Sm*	%	CHs*	*Sm*	%	CHs*	*Sm*	%	CHs*	*Sm*	%
Centro Histórico	2	0	00	8	1	13	8	0	00	8	0	00	9	0	00	9	1	11	9	0	00	8	0	00	8	0	00	8	0	00
Itapagipe	1	0	00	2	0	00	3	0	00	3	0	00	2	0	00	3	0	00	3	0	00	2	0	00	2	0	00	1	0	00
São Caetano/Valéria	8	2	25	13	0	00	13	0	00	11	0	00	6	0	00	6	0	00	7	0	00	3	1	33	6	0	00	8	0	00
Liberdade	0	0	00	2	0	00	3	0	00	2	0	00	2	0	00	2	0	00	2	0	00	2	0	00	2	0	00	2	0	00
Brotas	2	0	00	3	0	00	5	0	00	5	0	00	5	0	00	2	0	00	2	0	00	2	0	00	4	0	00	4	0	00
Barra/Rio Vermelho	3	0	00	6	0	00	6	0	00	7	0	00	5	0	00	5	0	00	5	0	00	5	0	00	6	0	00	6	0	00
Boca do Rio	5	0	00	6	1	17	8	1	13	8	0	00	7	0	00	7	1	14	8	2	25	10	2	20	8	2	25	10	1	10
Itapuã	4	0	00	13	0	00	14	0	00	14	0	00	14	1	07	14	0	00	14	0	00	10	1	10	10	2	20	10	1	10
Cabula/Beirú	7	0	00	13	1	08	14	0	00	13	1	08	10	1	10	9	0	00	8	0	00	7	0	00	6	1	17	5	0	00
Pau da Lima	7	1	14	8	1	13	12	0	00	12	1	08	9	0	00	10	1	10	11	1	09	7	2	29	5	2	40	5	2	40
Subúrbio Ferroviário	10	0	00	21	0	00	20	0	00	21	0	00	20	0	00	20	0	00	20	0	00	16	1	06	24	0	00	26	0	00
Cajazeiras	4	0	00	9	0	00	9	0	00	9	0	00	10	0	00	10	0	00	10	0	00	9	0	00	9	0	00	7	0	00
Total	53	3	06	104	4	04	115	1	01	113	2	02	99	2	02	97	3	03	99	3	03	81	7	09	90	7	08	92	4	04

* CHs ativas

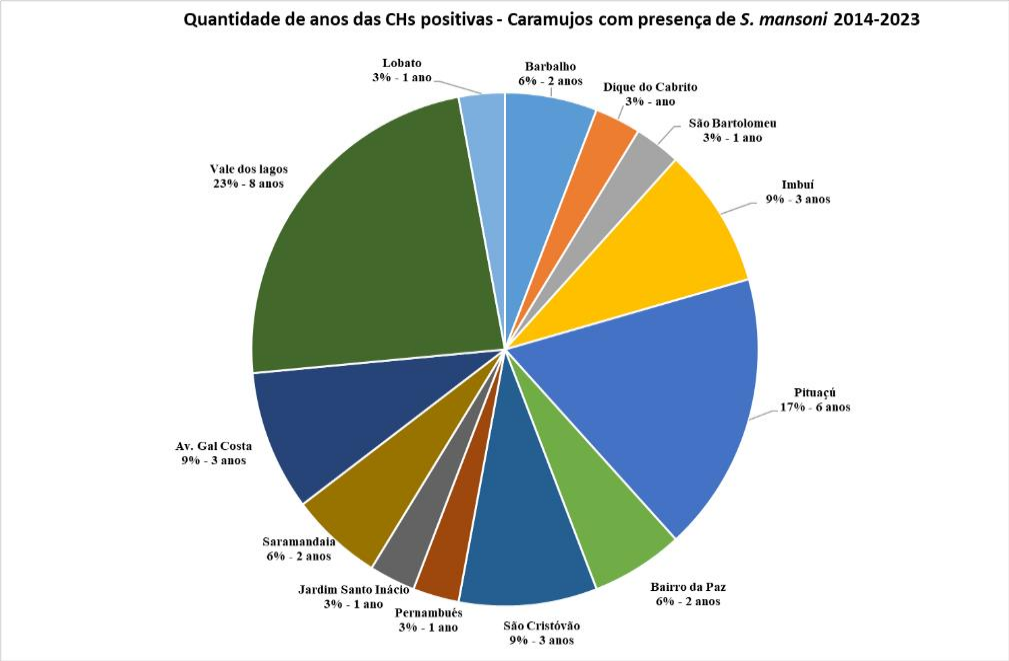
Nota: CHs – coleções hídricas monitoradas; *Sm* - CHs com caramujos eliminando larvas do *Schistosoma mansoni*

FA PUBLICA

As coleções hídricas que foram diagnosticadas com foco ativo na transmissão da esquistossomose com caramujos eliminando cercárias de Schistosoma mansoni, são pertencentes a diversos bairros, conforme o gráfico a seguir. Dentre as coleções hídricas analisadas, a do Vale dos Lagos é a que mais apresenta positividade ao longo do periodo, registrando resultados positivos em 8 dos últimos 10 anos.

Diversos locais da cidade onde estavam inseridas coleções hídricas passaram por obras de infraestrutura urbana, como aterramento, drenagem e canalização de rios e córregos, resultando na eliminação de 36 coleções hídricas anteriormente monitoradas. Essas intervenções contribuíram para a redução de áreas com presença de caramujos, evidenciando a importância das ações de saneamento para o controle da transmissão.

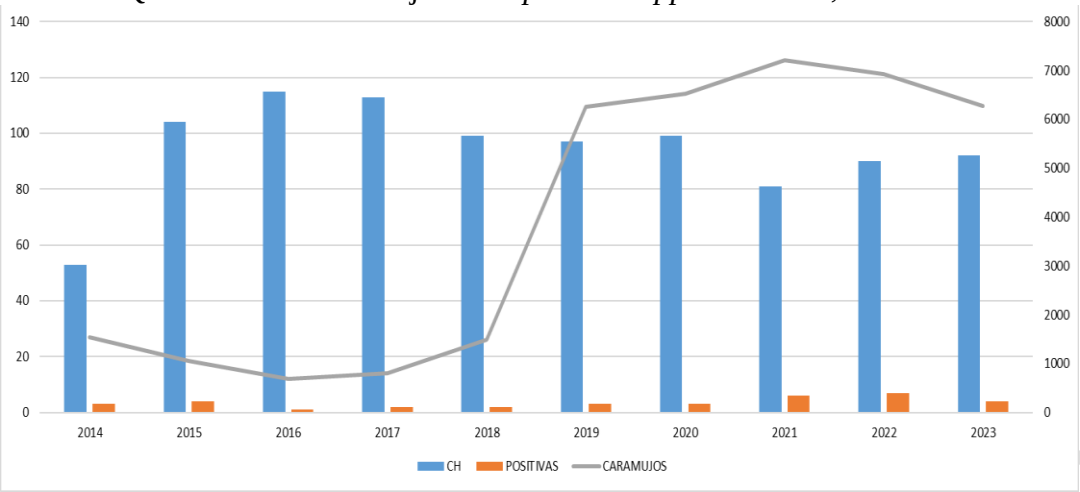
Gráfico 211 – Quantidade de anos das coleções hídricas positivas – caramujos com presença de *S. mansoni* entre 2014-2023.



Fonte: CCZ/SMS/SEVAS, 2025.

Devido à mudança na metodologia dos inquéritos malacológicos, em que, anteriormente, as CHs eram monitoradas uma vez ao ano e passaram a ser monitoradas duas vezes por ano, além das coleções hídricas com histórico de eliminação de cercárias passaram a ser monitoradas mensalmente, observou-se um aumento na quantidade de caramujos coletados a partir de 2019, com média anual de 6.636 exemplares.

Gráfico 212 - Quantidade de caramujos *Biomphalaria spp*. Coletados, 2014-2023.



Fonte: CCZ/SMS/SEVAS, 2025.

As coleções hídricas são pontos estratégicos para subsidiar a busca ativa de portadores, uma vez que os caramujos do gênero *Biomphalaria* — especialmente *B. glabrata* — são identificados nessas áreas e atuam como hospedeiros intermediários do *Schistosoma mansoni*. A detecção de caramujos liberando cercárias no ambiente serve para orientar as ações de vigilância epidemiológica, como a realização de exames coproscópicos na comunidade, o tratamento de casos positivos e a identificação de localidades que demandam melhorias em saneamento básico.

10.3.10 *Achatina fulica* (Caracol-Africano)

O molusco Achatina (Lissachatina) fulica (Bowdich, 1822) pertence ao grupo dos caramujos pulmonados terrestres, popularmente conhecido como caracol-africano.

O caramujo herbívoro A. fulica transmite doenças a humanos por meio do muco depositado em vegetais, que pode conter larvas de Angiostrongylus cantonensis ou A. costaricensis, causadores da meningite eosinofílica e da angiostrongilíase abdominal (THIENGO et al., 2010). Disseminado por 23 estados brasileiros (TELES et al., 1997; VASCONCELLOS; PILE, 2001; TELES; FONTES, 2002), o molusco está presente na Bahia em cidades como Salvador, Porto Seguro, Ilhéus, Caravelas e Lauro de Freitas (ALBUQUERQUE, 2004). A vigilância em Salvador baseia-se no atendimento a demandas do canal Fala Salvador, com registros desde 2017, envolvendo inspeções zoossanitárias e orientações técnicas para mitigar riscos à saúde pública.

Em dezembro de 2021, o CCZ recebeu uma denúncia sobre a presença de A. fulica na praia de Boca do Rio próximo ao Centro de Convenções, e após a realização de uma inspeção zoossanitária, foi constatado a infestação em diversas praias da orla de Salvador como

CONSULTA PUBLICA

Patamares, Corsário, Boca do Rio, Armação, Jardim dos Namorados, e Jardim de Alah. Diante desse cenário, nos anos de 2022 a 2023 foram realizados dois monitoramentos anuais na orla para verificação da presença do caracol africano nestes locais e em 2023, promovemos um dia para catação manual dos caramujos africanos - método de controle orientado na NOTA TÉCNICA Nº 30/2022 (BRASIL, 2022), além de orientação em saúde para a população nas praias da Boca do Rio e Armação juntamente com a Secretaria Municipal de Sustentabilidade e Resiliência.

Por se tratar de hospedeiros potenciais de nematódeos do gênero Angiostrongylus spp., em parceria com o LACEN/BA, o CCZ enviou amostras dos moluscos da orla marítima de Salvador para análise na Fiocruz-RJ. As amostras foram submetidas a ensaios de determinação taxonômica (identificação do molusco), analise parasitológico para a detecção de Angiostrongylus spp, utilizando o método de digestão artificial de moluscos (WALLACE e ROSEN, 1969 – modificado), além de métodos moleculares de reação em cadeia da polimerase (PCR) e sequenciamento genético.

Os resultados podem ser vistos na Quadro 28, na qual observa-se positividade das amostras enviadas para Angiostrongylus spp. A análise molecular confirmaram larvas de Angiostrongylus cantonensis - helminto que causa a zoonose meningite eosinofílica ou angiostrongilíase cerebral - em todas as amostras enviadas.

Quadro 28 - Resultados das amostras de *Achatina fulica* enviadas das praias de Salvador, 2024

LOCAL	Nº amostras	Angiostrongylus cantonensis
Praia de Armação	30	Positivo
Praia da Boca do Rio - próximo ao Parque dos ventos	10	Positivo
Praia da Boca do Rio - próximo ao Centro de Convenções	10	Positivo
Praia da Boca do Rio - próximo a quadra de tênis	09	Positivo
Praia do Corsário	20	Positivo
Próximo ao Parque de Pituaçu	10	Positivo
Praia de Ondina	20	Positivo
Praia de Patamares	20	Positivo

Fonte: CCZ/SMS/SEVAS, 2025

CONSULTA PUBLICA

10.3.11 Raiva Animal

A raiva é uma zoonose viral fatal que causa encefalopatia grave em mamíferos, transmitida pela saliva infectada de carnívoros e quirópteros através de mordeduras ou lambeduras. Em Salvador, os últimos registros em cães e gatos ocorreram em 2009 e 2004, respectivamente. Embora o Brasil tenha notificado 252 casos nessas espécies entre 2014 e 2023, o município não registrou ocorrências no período (BRASIL, 2025). Entretanto, a urbanização de morcegos eleva o risco de transmissão; nacionalmente, houve 2.754 casos de raiva em quirópteros entre 2014 e 2023 (BRASIL, 2025). Em Salvador, a positividade em morcegos atingiu 4,2% (21 amostras), incluindo um exemplar hematófago (Desmodus rotundus) em 2016.

A detecção de morcegos infectados com vírus rábico expõe o risco de transmissão viral para seres humanos e para animais de estimação, a exemplo do caso de raiva humana ocorrido em 2017 no município de Paramirim – BA e do último caso de raiva canina em Salvador no ano de 2009 com variante típica de quirópteros. No ano de 2017 tivemos 223 amostras de primatas não humanos (PNH) devido ao surto de febre amarela e dentre estas, uma amostra foi positiva para raiva, mostrando a relevância da vigilância da raiva em animais silvestres. Em 2019 um equino foi positivo para raiva no bairro de Ondina.

O monitoramento da circulação do vírus rábico pelo envio de amostras de animais suspeitos ao LACEN é de suma importância, pois mantém a vigilância da raiva ativa o que possibilita uma rápida intervenção em casos de positividade. Esse tipo de acompanhamento é realizado através de demanda passiva, ou seja, quando a população notifica um animal suspeito com a doença.

Quadro 29 – Número de amostras enviadas e positivas para vigilância da Raiva, Salvador, 2014-2023.

Espécie animal		**Ano**										**Total**	**% Positividade**
		2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**		
Canina	Total	37	24	19	37	48	40	26	17	22	26	**296**	**0**
	Positivas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	
Felina	Total	13	14	13	28	51	63	35	31	35	19	**302**	**0**
	Positivas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	
PNH	Total	1	4	1	223	211	69	14	7	5	11	**546**	**0, 4**
	Positivas	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	**2**	

CONSULTA PÚBLICA

Quiróptero	Total	4	8	32	98	81	81	50	42	50	55	**501**	**4,2**
	Positivas	0	2	2*	3	4	1	1	1	2	5	**21**	
Raposa	Total	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	**5**	**0**
	Positivas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	
Marsupial	Total	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	**2**	**0**
	Positivas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	

Fonte: SEVIR/CCZ/SMS
*Um morcego hematófago

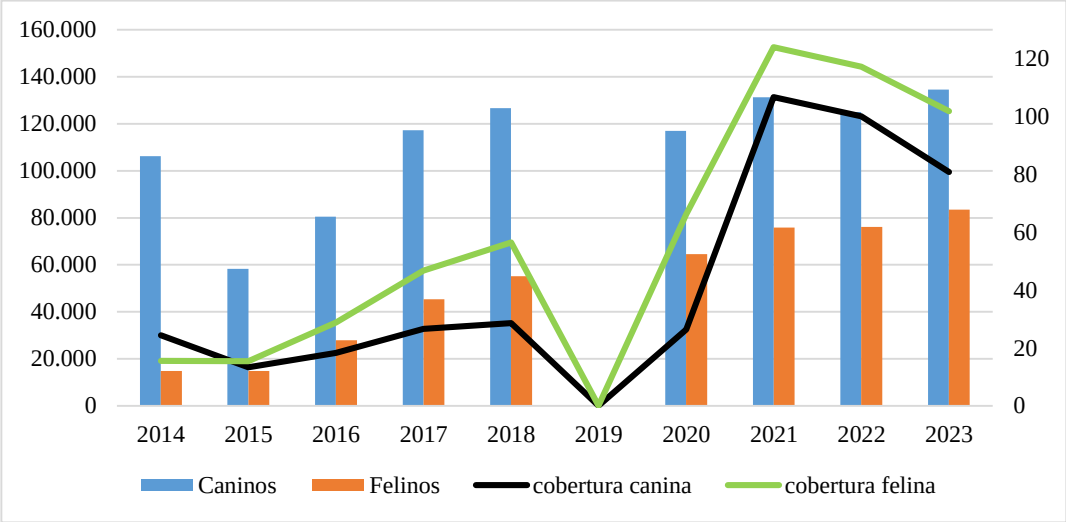
O Ministério da Saúde preconiza a vacinação de 80% da população canina, meta dificultada em Salvador pela ausência de um censo animal atualizado. Em 2019, o desabastecimento nacional da vacina impediu a campanha regular, sendo realizada uma vacinação estratégica que imunizou 49.269 animais (33.045 cães e 16.224 gatos).

Nas campanhas de 2021, 2022 e 2023, o município vacinou, respectivamente, 207.184, 201.232 e 218.104 animais. As taxas de cobertura atingiram 96% para cães e 114% para gatos devido a mudanças metodológicas da SESAB: entre 2021 e 2022, a meta baseou-se na média das três campanhas anteriores (2017, 2018 e 2020). Em 2023, adotou-se o parâmetro do IBGE (1 cão/4 habitantes e 1 gato/8 habitantes), definindo a meta pelo maior número de vacinados nos três anos anteriores, acrescido de 20%.

Com isso, para o município de Salvador, a meta de 2023 foi fixada em 248.566 animais a serem vacinados. Nesse ano, Salvador vacinou 218.104 animais, atingindo 81% da meta estabelecida. A DIVEP/SESAB recomenda que essa metodologia seja mantida até que o município alcance um número de animais vacinados igual ou superior à estimativa do IBGE. No Brasil, 23 Unidades Federadas realizam campanhas nacionais de vacinação contra a raiva em cães e gatos, o que resulta em uma cobertura vacinal de 60,4% (BRASIL, 2025).

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 213 - Número de animais vacinados e cobertura das campanhas de vacinação antirrábica canina e felina em Salvador, Bahia, 2014-2023.



Fonte: SEVIR/CCZ/SMS

10.3.12 Esporotricose Felina

A esporotricose é uma micose causada por fungo do gênero Sporothrix sp., com alta prevalência zoonótica no Brasil tendo, especialmente, como espécie envolvida o S. brasiliensis, cuja transmissão ocorre principalmente pela arranhadura e mordedura de gatos infectados, podendo ocorrer também por aerossóis e o contato com exsudato de lesões. A partir das primeiras notificações de casos de esporotricose felina, o município de Salvador estruturou-se para implementar a vigilância da esporotricose e o agravo passou a ser de notificação compulsória a partir da publicação da Portaria nº 191/2018.

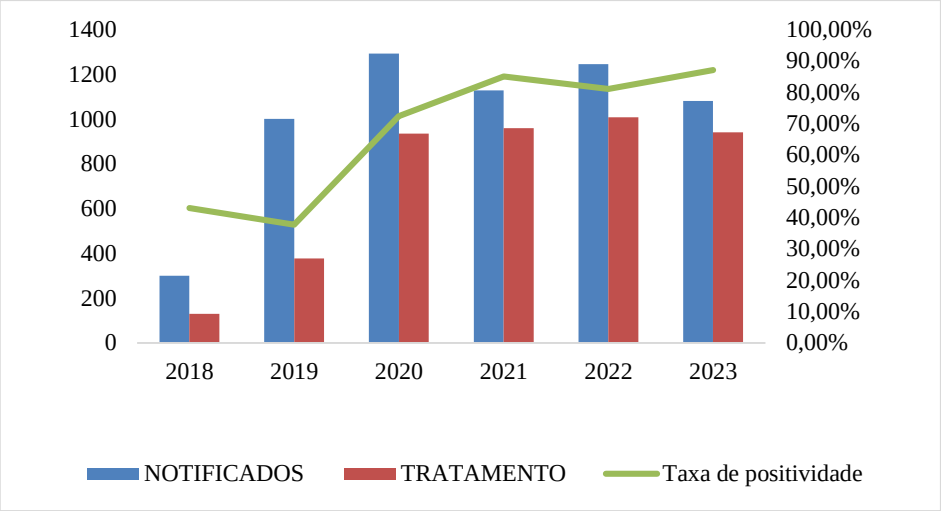
O CCZ passou a realizar as capacitações, ações educativas, buscas ativas, fornecimento do antifúngico, investigação dos felinos suspeitos de esporotricose, dentre outras estratégias. A partir do ano de 2021, o Laboratório do Centro de Controle de Zoonoses começou a realizar o exame citológico para esporotricose, e no ano de 2022, foi inaugurada a Unidade Móvel de Zoonoses, equipamento para avaliação exclusiva dos felinos suspeitos de esporotricose. Esse serviço ofertado otimizou o tempo de atendimento, melhorou a qualidade da avaliação e trouxe mais segurança para a equipe técnica. No período de 2022 a 2023, a equipe realizou 1.111(67,4%) avaliações em felinos de forma domiciliar e 537(32,6%) na Unidade Móvel.

O gráfico abaixo ilustra a evolução dos casos notificados e confirmados de esporotricose animal no município de Salvador, entre os anos de 2018 e 2023, bem como a variação anual da taxa de positividade no período analisado. Os dados evidenciam uma tendência contínua de

CONSULTA PÚBLICA

crescimento nas notificações e confirmações da doença, refletindo o avanço da endemia no município e a ampliação das estratégias de diagnóstico e vigilância.

Gráfico 214 – Número de notificações, casos confirmados e taxa de positividade da esporotricose animal em Salvador, 2018-2023.

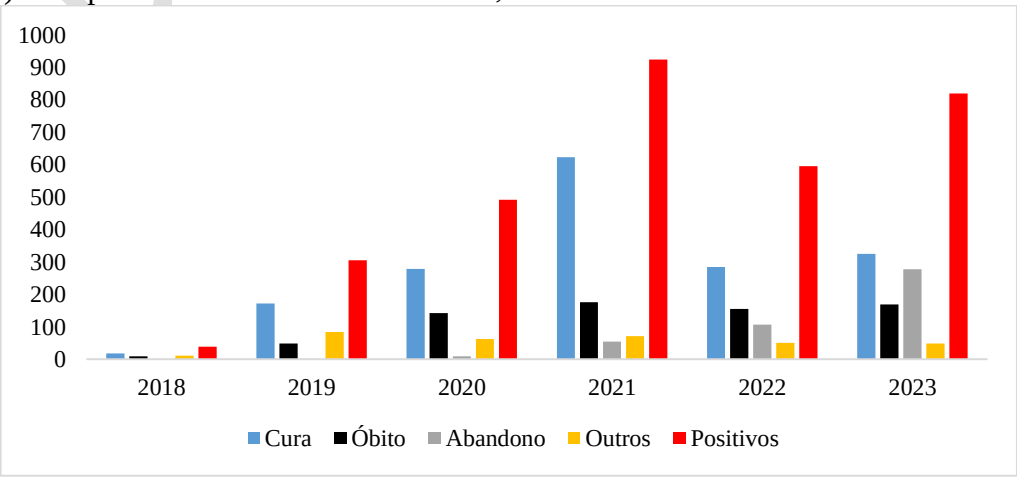


Fonte: SEVIR/CCZ/SMS

Desde o início da notificação compulsória em 2018, Salvador registrou um crescimento de 729% nos casos confirmados de esporotricose animal (de 129 para 941). No total, o período acumulou 6.047 notificações suspeitas. A taxa de positividade saltou de 43% em 2018 para 87,05% em 2023, elevação atribuída à melhor triagem diagnóstica e à oferta gratuita de antifúngicos pelo CCZ a partir de 2020.

Apesar da expansão diagnóstica, os desafios no tratamento persistem. Embora o número de casos finalizados tenha subido de 38 para 819, a taxa de cura flutuou entre 39,7% e 67,4%, atingindo seu patamar mais baixo em 2023 (39,7%). Esse cenário consolida a esporotricose como um problema emergente de saúde pública no município.

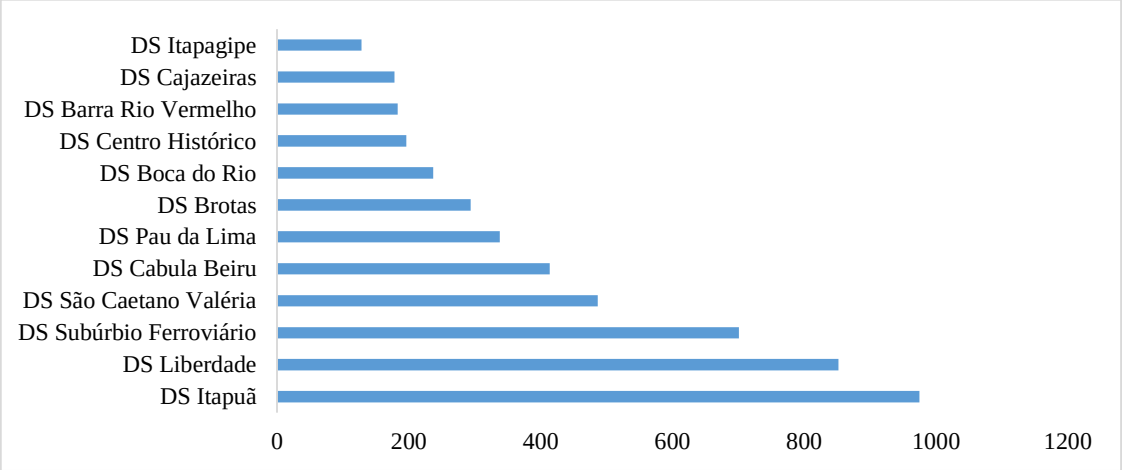
Gráfico 215 - Distribuição anual dos casos finalizados, curados, óbitos, abandonos e taxa de cura (%) da esporotricose animal em Salvador, 2018-2023.



Fonte: SEVIR/CCZ/SMS

Paralelamente, os abandonos cresceram de forma expressiva, especialmente em 2023, quando foram registrados 277 casos, o que possivelmente contribuiu para a redução da taxa de cura nesse ano. O número de óbitos também aumentou ao longo do período, refletindo possíveis desafios no manejo e tratamento da doença. Esses dados indicam fragilidades importantes no processo de adesão ao tratamento por parte dos tutores sugerindo uma relação direta com a baixa posse responsável.

Gráfico 216 - Distribuição dos casos confirmados de esporotricose felina por Distrito Sanitário e os bairros de maior ocorrência em Salvador, 2018-2023.



Fonte: SEVIR/CCZ/SMS

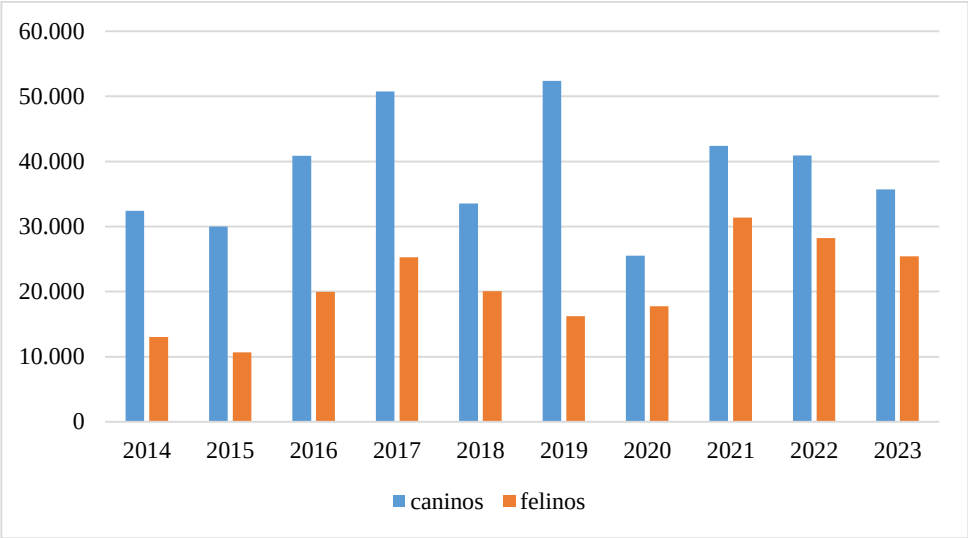
Entre 2018 e 2023, Salvador confirmou 4.983 casos de esporotricose felina, concentrados principalmente nos Distritos Sanitários de Itapuã (975), Liberdade (852) e Subúrbio Ferroviário (701). Juntos, esses distritos somam 50,73% das ocorrências municipais, com destaque para bairros periféricos e densamente povoados como Itapuã, Caixa D'Água e Paripe. A alta ocorrência nessas áreas reflete condições que favorecem a circulação fúngica, reforçando a necessidade de fortalecer a vigilância e integrar ações de promoção da posse responsável e educação em saúde para o controle da doença.

Vacinação antirrábica de cães e gatos

Com o objetivo de diminuir o contingente de cães e gatos suscetíveis à raiva, o município de Salvador possui a oferta da vacina antirrábica durante o ano inteiro em 100 unidades de saúde distribuídas nos 12 DS. Aliado a esse incremento, também realiza vacinação domiciliar, nas ilhas, regiões fronteiriças e em bairros com ocorrência de positividade de raiva em quirópteros. A vacinação de rotina possibilita o acesso da população à vacinação antirrábica

animal de forma ininterrupta, o que é relevante para manutenção da cobertura vacinal, tendo em vista que desta forma viabilizamos a imunização de animais nascidos fora do período da campanha ou ainda daqueles que foram agredidos por animais silvestres.

Gráfico 217 - Número de animais vacinados contra a raiva na rotina em Salvador, 2014-2023.



Fonte: SEVIR/CCZ/SMS

10.3.13 Vigilância entomológica da Doença de Chagas

Como o município de Salvador está classificado como área de baixo risco para transmissão da Doença de Chagas, dentro do Programa Nacional de Controle de Chagas - PCDCh instituído pelo MS compete ao CCZ a implantação da Vigilância Entomológica passiva, através da instalação de Pontos de Informação de Triatomíneos - PITs para que a população possa entregar as amostras de insetos que suponham ser "barbeiros" e realização de pesquisa domiciliar nos locais onde foram encontrados triatomíneos, sejam eles positivos ou não para formas flageladas. No quadro abaixo, encontram-se elencados os 28 PITs em funcionamento por DS e Unidade de Saúde instalado. Os PITs que recebem o maior número de amostras (exemplares de instetos) são, por ordem: o PIT do CCZ, o PIT instalado no Alphaville I, Greenville e na empresa Battre.

Quadro 30 - Distribuição dos PITs por DS e localização, instalados como estratégia para a vigilância entomológica da Doença de Chagas em Salvador -Ba.

DS	UNIDADE	LOCAL
Barra/Rio Vermelho	5º CS Clementino Fraga	Avenida Centenário s/n, Centenário.
Boca do Rio	USF Parque Pituaçu	Rua Gonçalves Cezimbra, Jardim Imperial, Pituaçu.

Brotas	C.S Santa Luzia	Rua Almirante Alves Câmara nº112, Engenho Velho de Brotas
Brotas	USF Candeal Pequeno	Rua 18 de agosto s/n, Candeal Pequeno.
Cabula/Beiru	CS de Sussuarana (USF Raimundo Agripino)	Av. Ulisses Guimarães, s/nº.
Cabula/Beiru	CS Mata Escura II	Rua Jardim Pampulha, s/n, Mata Escura.
Cajazeiras	C.S. Nelson Piauhy Dourado	Avenida Endel Nascimento, Quadra C, CJ III, Aguas Claras.
Cajazeiras	USF Yolanda Pires	Qd. F, Rua Direita, nº.23, Faz. Grande I.
Cajazeiras	USF Palestina	Rua Sargento Bonifácio, s/n, Palestina.
Cajazeiras	USF Boca da Mata	Fazenda Grande IV, Setor 6, Caminho 58, Boca da Mata
Centro Histórico	19º CS Pelourinho	Rua JJ Seabra, Baixa dos Sapateiros
Itapagipe	10º C.S. Ministro Alkimin	Rua Lopes Trovão s/n, Massaranduba
Itapuã	Alphaville I	Associação de moradores, Av. Alphaville
Itapuã	CS Orlando Imbassahy	Rua Tancredo Neves s/n, Bairro da Paz
Itapuã	Alpha Mall	Sala da Administração, Mirante, Av. Alphaville
Itapuã	13º C.S. Prof. Eduardo B. Mamede	Setor E, Rua 1, Caminho 16, Mussurunga I.
Itapuã	Le Parc	Avenida Luiz Viana Filho s/n, unidade dos bombeiros
Itapuã	Battre	Estrada Cia Aeroporto, km 6, São Cristóvão.
Itapuã	Greenville	Rua do Salgueiro, 455, Edifício ATMOS
Itapuã	Alphaville II	Avenida Paralela s/n.
Liberdade	3º C. S Professor Bezerra Lopes	Rua Lima e Silva nº 217, Liberdade.
Pau da Lima	CCZ	Rua do Mocambo, s/n, Trobogy.
Pau da Lima	C.S. Pau da Lima - Edgar Pires da Veiga	Rua Jaime Vieira Lima, Marotinho
Pau da Lima	USF Canabrava	Rua Artênio de Castro Valente, s/n, Canabrava.
São Caetano/Valéria	USF Jaqueira de Carneiro	Rua Jaqueira de Carneiro, s/n Retiro.
Subúrbio Ferroviário	USF Ilha Amarela	Rua Esperança, s/n, Ilha amarela.
Subúrbio Ferroviário	USF Beira Mangue	Avenida Afrânio Peixoto, s/n, São Bartolomeu.

CONSULTA PÚBLICA

Subúrbio Ferroviário	USF São João do Cabrito	Largo São João Cabrito n.02, São João do Cabrito.

Fonte: DVIS/CCZ/SEVTV

Educação e Mobilização Social

O Setor de Educação e Mobilização Social do Centro de Controle de Zoonoses – CCZ denominado inicialmente como SEMOB quando criado em 05 de janeiro de 2017 é o responsável pelo planejamento, desenvolvimento e o monitoramento das ações de Educação e Mobilização Social no CCZ e tem por bases conceituais a Educação Popular em Saúde, Educação Permanente em Saúde e a Mobilização Social.

Anteriormente, as ações de educação eram compreendidas e registradas como Mobilização social para prevenção e controle da Dengue pelos Agentes de Combate às Endemias do Grupo de Mobilização Social – GEMOB/CCZ. Na época, outros grupos desenvolviam atividades educativas pontuais sobre a prevenção à Leptospirose, Doença de Chagas e Acidentes por animais peçonhentos (Escorpionismo) em escolas e unidades de saúde, porém de forma incipiente, sendo as estratégias modificadas a partir da criação do setor de Educação e Mobilização Social – SEMOB/CCZ. As estratégias foram reorganizadas para ampliar o alcance e a difusão de conhecimento sobre as diversas endemias e zoonoses sob vigilância do órgão.

Durante a pandemia de COVID-19 em 2020, o fechamento de instituições de ensino e associações forçou o setor a substituir atividades presenciais por tecnologias de informação e comunicação. As novas estratégias incluíram orientações educativas via telefone (Fala Salvador - 156) e a criação de materiais digitais, como cards e placas informativas.

No período pós-pandemia (2021-2023), as ações foram ampliadas e fundamentadas na análise de indicadores de saúde e condições socioambientais. Esse ajuste resultou em um aumento expressivo das atividades de mobilização social, com intervenções diretas nas comunidades para atender às necessidades específicas de cada território.

Tabela 55 – Ações de mobilização social, pós intervenções metodológicas, Salvador, Ba 2021-2023.

EIXOS	PERÍODO			
	2021	**2022**	**2023**	**Total**
Educação Popular	2459	4591	3331	10381
Educação Permanente	21	15	12	48
Mobilização Social	78913	106704	70912	256.529
Total geral de ações	**81393**	**111310**	**74255**	**266.958**

Fonte: CCZ/DVIS/SMS/ SEMZO

CONSULTA PUBLICA

O fortalecimento das articulações intersetoriais com órgãos como SPMIJ, CODESAL, SECIS e unidades de saúde foi determinante para os resultados alcançados. No âmbito da Educação Permanente em Saúde, houve a ampliação de capacitações e eventos anuais, como o Simpósio do CCZ e o Seminário de Educação, estruturados pelo Projeto Calendário de Zoonoses.

A partir de 2022, a criação do NUGETES-CCZ e a vinculação à Escola de Saúde Pública (ESPS) consolidaram a integração ensino-serviço, viabilizando estágios, pesquisas e residências. Baseadas na Educação Popular e Permanente, essas estratégias visam transformar os hábitos da população de Salvador nos 12 Distritos Sanitários, mitigando riscos de adoecimento e epidemias por zoonoses, arboviroses e animais peçonhentos.

10.4 Vigilância Epidemiológica

10.4.1 Doenças Negligenciadas

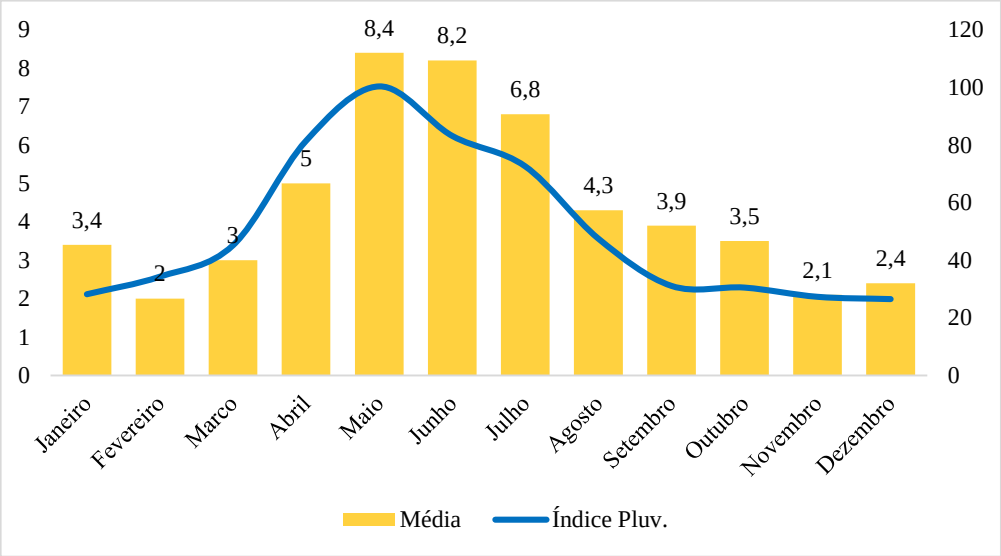
As Doenças Infecciosas Negligenciadas representam um dos maiores desafios de saúde pública e justiça social, afetando predominantemente populações em situação de vulnerabilidade (OMS, 2023). A vigilância dessas doenças é crucial para romper o ciclo de invisibilidade e para a formulação de políticas públicas que promovam a equidade no acesso ao tratamento. Ao coloca-las em visibilidade, as sociedades mobilizam recursos para o diagnóstico precoce e o controle de vetores, alinhando-se aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da ONU, que visam a redução das desigualdades estruturais e a eliminação dessas patologias persistentes no SUS (OPAS, 2022).

10.4.1.1 Leptospirose

A leptospirose é uma doença endêmica no município, com o aumento do índice pluviométrico diretamente relacionado à elevação do número de casos, conforme observado na série histórica (Gráfico 218). Nesse período, foram notificados 1.246 casos de leptospirose, dos quais 530 (42,5%) foram confirmados.

CONSULTA PUBLICA

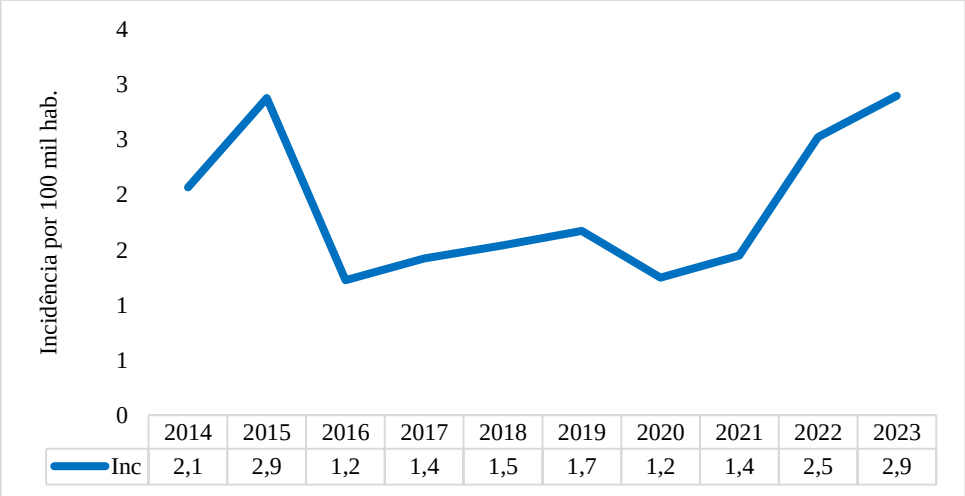
Gráfico 218 - Índice pluviométrico e média dos números de casos confirmados por leptospirose, 2014-2023.



Fonte: SINAN/TABWIN. Acesso: 06.10/2025.
INMET 1991-2020. Acesso 06.10.25.

A incidência média no período ficou em 1,9 por 100.000 habitantes. Ressalta-se oscilação nos anos de análise, com queda significativa em 2016 e 2020, além de tendência de aumento a partir de 2022.

Gráfico 219 - Incidência de leptospirose em residentes de Salvador, 2014-2023.

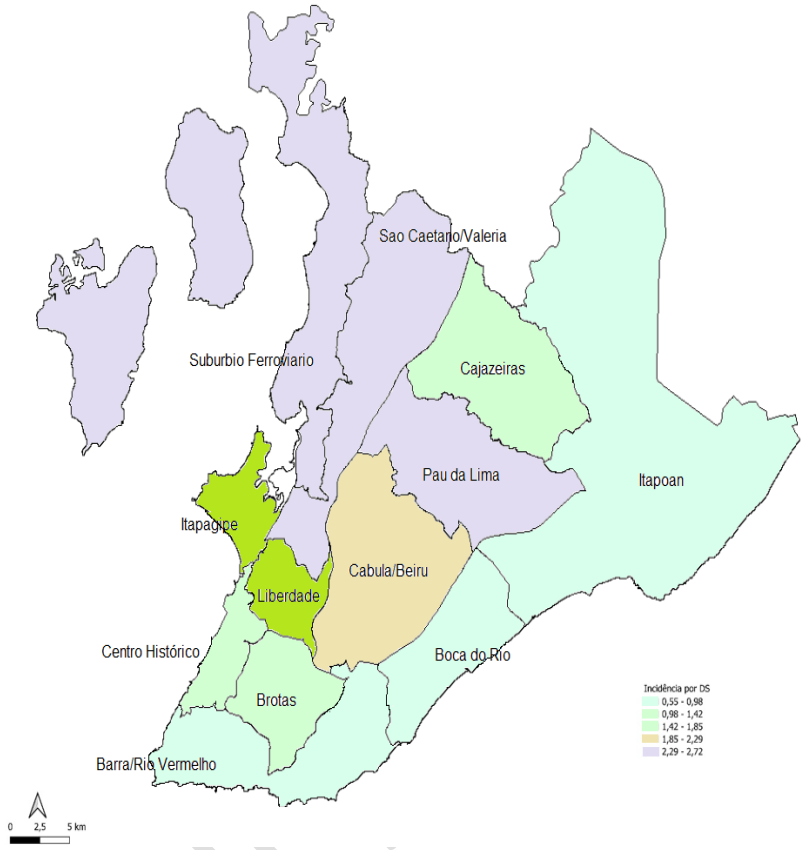


Fonte: SINAN/TABWIN. Acesso: 06.10/2025.

A infecção por leptospirose em áreas urbanas está relacionada a fatores condicionantes para manutenção da cadeia de transmissão da doença, a exemplo de aglomerações populacionais de baixa renda, condições inadequadas de saneamento básico e alta infestação de roedores infectados (BRASIL, 2022). Os Distritos Sanitários que apresentaram as maiores médias nas

taxas de incidência são Subúrbio Ferroviário com 2,7 por 100.000 habitantes, e São Caetano/ Valéria e Pau da Lima com 2,5 por 100.000 habitantes.

Mapa 17 - Incidência de Leptospirose por Distrito Sanitário em Salvador, 2014-2023.



Fonte: SINAN/TABWIN. Acesso: 26/06/2025.

Há predomínio de casos no sexo masculino 84,9% (n= 449). As faixas etárias mais acometidas são a população de 20 a 39 anos e 40 a 59 anos, sendo responsável por 40,5% (n= 214) e 35,5% (n=188) dos casos confirmados respectivamente. Pelo quesito raça/cor 75,2% (n= 398) se autodeclararam pretos e pardos. Esse grupo apresenta maior exposição ocupacional e ambiental.

Tabela 56- Distribuição dos casos confirmados por sexo, faixa etária e raça/cor em residentes de Salvador, 2013-2024.

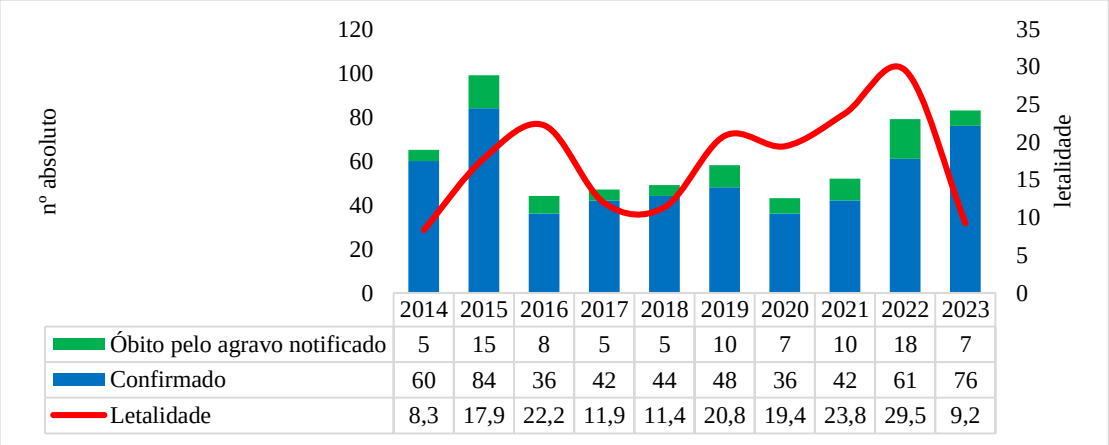
Variável	Número de Casos confirmados	%
Sexo		
Masculino	449	84,9
Feminino	80	15,1
Fx Etária		
< 14 anos	15	2,8
15 a 19 anos	48	9,1

20 a 39 anos	214	40,5
40 a 59 anos	188	35,5
60 e mais	64	12,1
Raça cor		
Ign/Branco	101	19,1
Branca	23	4,3
Preta	114	21,6
Amarela	6	1,1
Parda	284	53,7
Indígena	1	0,2

Fonte: SINAN/TABWIN. Acesso: 08/10/2025.

No período analisado foram registrados 90 óbitos por leptospirose. A taxa de letalidade variou, apresentando o maior coeficiente no ano de 2022, onde 29,5% dos casos confirmados evoluíram para óbito, o menor valor observado foi no ano de 2014, com taxa de 8,3%. No mesmo período a maior média nacional foi encontrada no ano de 2020 com 10,32%. (Gráfico 220).

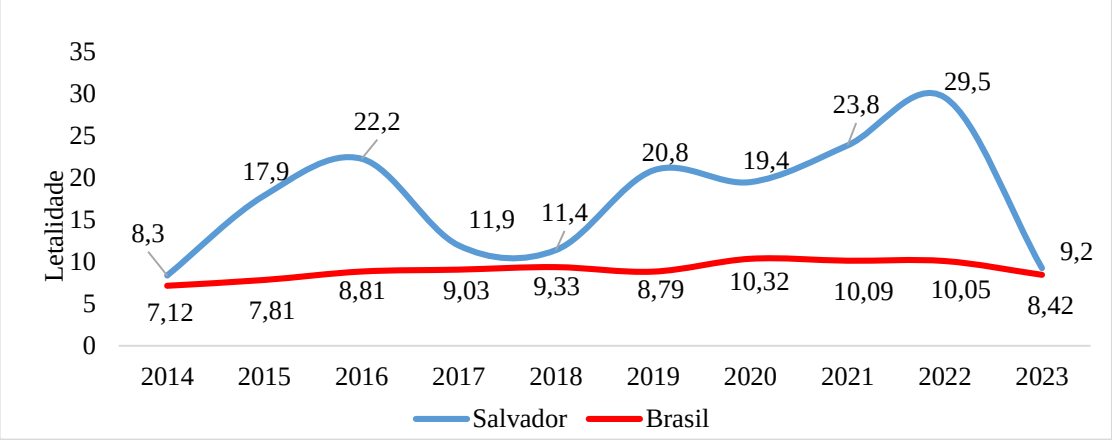
Gráfico 220 – Número de casos confirmados, óbitos e letalidade por leptospirose em residentes de Salvador-BA, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Óbito pelo agravo notificado	5	15	8	5	5	10	7	10	18	7
Confirmado	60	84	36	42	44	48	36	42	61	76
Letalidade	8,3	17,9	22,2	11,9	11,4	20,8	19,4	23,8	29,5	9,2

Fonte: SINA/TABWIN. Acesso: 29/09/2025.

Gráfico 221 - Letalidade por leptospirose em Salvador e no Brasil, 2014-2023.



Fonte: SINAN/TABWIN. Acesso 26/06/2025.

10.4.1.2 Tuberculose

A tuberculose (TB) persiste como um grave problema de saúde pública de caráter multifatorial, associado a desigualdades sociais e vulnerabilidades biológicas (BRASIL, 2019). Em 2023, a doença retomou o posto de principal causa de morte por agente infeccioso no mundo, com 10,8 milhões de doentes e 1,25 milhão de óbitos, colocando o Brasil na lista de países com alta carga de TB e TB-HIV (WHO, 2024).

O risco de adoecimento é drasticamente maior em grupos vulneráveis: 56 vezes superior em pessoas em situação de rua, 26 vezes em pessoas privados da liberdade e 23 vezes em pessoas vivendo com HIV (BRASIL, 2019). No Brasil, após uma tendência de alta entre 2016 e 2019 (chegando a 37,1 casos/100 mil habitantes) e uma queda na detecção durante a pandemia de Covid-19, a tuberculose mantém-se como a primeira causa de morte entre pessoas com Aids (BRASIL, 2021).

Para enfrentar esse cenário, o Ministério da Saúde atua por meio do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, que estabelece metas até 2030 alinhadas à Agenda 2030 da ONU, sendo elas reduzir a incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes, limitar os óbitos a 230 anuais e zerar os custos catastróficos para as famílias afetadas (BRASIL, 2024a).

A tendência temporal dos casos novos de TB no estado da Bahia é semelhante ao que ocorre no nível nacional, onde observa-se um aumento de casos entre 2021 a 2023 configurando neste último ano 4.419 casos novos representando 29,8 casos novos por 100 mil habitantes. Salvador ocupou em 2023 o 7º lugar entre as capitais do país em número de casos novos de Tuberculose (N=1509) com dados consolidados pelo Ministério da Saúde, representando 34,2% dos casos novos da Bahia, sendo considerado um dos municípios prioritários pelo Programa Nacional de

CONSULTA PUBLICA

Controle da Tuberculose, devido a sua alta carga de tuberculose (BRASIL, 2025). Analisando os dados da região Nordeste, a tendência nas capitais não é uniforme, sendo que as três capitais com maiores cargas de tuberculose são Recife, Fortaleza e Salvador.

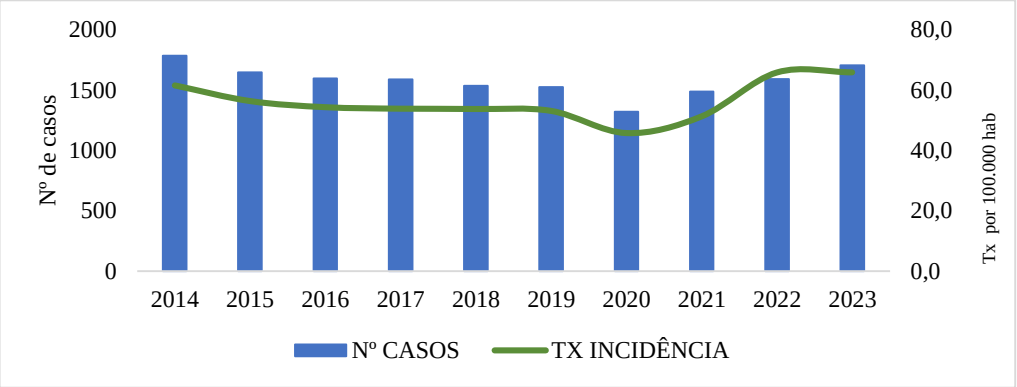
Tabela 57 – Número de Casos Novos de Tuberculose, todas as formas, por capital do Nordeste de Residência, 2014-2023.

Capital de residência	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Recife	1499	1443	1553	1549	1381	1381	1325	1542	1757	1715
Fortaleza	1422	1447	1564	1563	1642	1637	1357	1320	1521	1511
Salvador	1742	1596	1559	1529	1478	1482	1257	1397	1449	1509
São Luís	540	621	688	676	773	740	714	817	825	980
João Pessoa	377	364	293	364	432	380	295	354	448	478
Maceió	511	457	481	464	534	450	402	400	445	475
Natal	356	350	347	456	482	415	435	370	423	402
Teresina	248	214	264	231	253	249	232	263	253	298
Aracajú	183	217	215	235	237	229	230	239	279	290

Fonte: MS/ DATASUS/SINANNET. Acesso em 01/07/2025.

Salvador acompanha a tendência nacional de detecção da tuberculose, conforme dados do Sinanet municipal. O coeficiente de incidência na capital apresentou queda durante a pandemia de Covid-19, mas registrou uma recuperação crescente, saltando de 51,2 casos por 100.000 habitantes em 2021 para 65,8 em 2023, superando os patamares pré-pandêmicos (Gráfico 222). Essa oscilação é atribuída, inicialmente, às mudanças nos fluxos de atendimento e à menor procura por serviços de saúde em 2020. Já o aumento recente reflete a recuperação do diagnóstico de casos reprimidos e a manifestação da doença em contatos que não realizaram o tratamento preventivo oportunamente.

Gráfico 222 – Número de casos e taxa de incidência de tuberculose, todas as formas, Salvador - Bahia, 2014-2023.



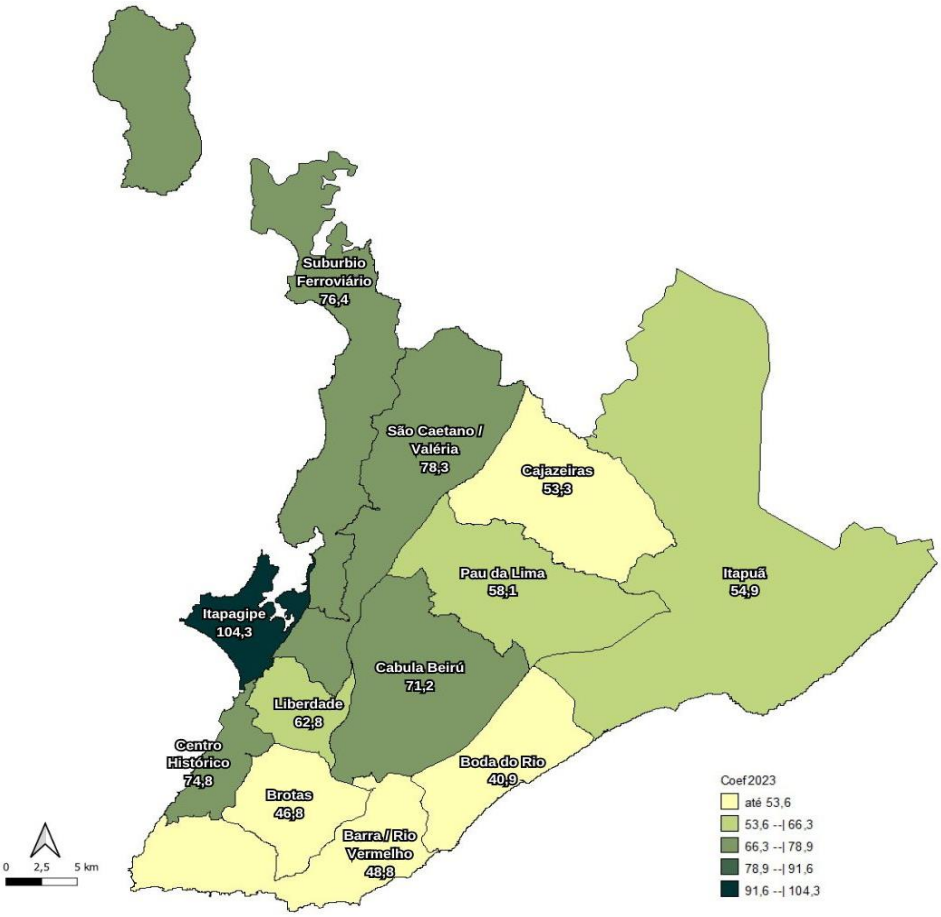
Fonte: SMS/DVIS/VIEP/SINANNET. Acesso em 01/07/2025.

Quanto à taxa de incidência, os principais DS são DS Itapagipe e DS Centro Histórico na maioria dos anos da série histórica. Em 2023, O DS de Itapagipe encontrava-se com maior taxa

CONSULTA PÚBLICA

de incidência, ultrapassando os demais DS e com nível acima de 100 casos novos por 100.000 habitantes, incidência encontrada somente em 2014 no DS do Centro Histórico.

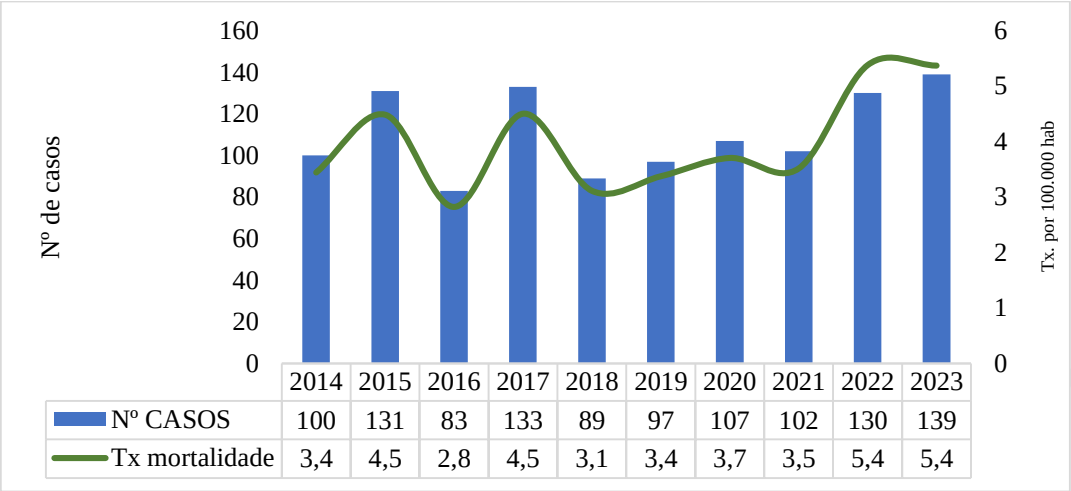
Mapa 18- Taxa de incidência de casos novos de tuberculose, todas as formas por distrito sanitário de residência de Salvador, 2023.



Fonte: SMS/DVIS/VIEP/SINANNET. Acesso em 01/07/2025

A mortalidade por este agravo variou entre os anos de 2014 e 2023 de 100 a 139 óbitos por TB como causa básica, respectivamente. Entre esses óbitos não estão contabilizados os óbitos cuja causa básica foi a Aids, doenças a qual a TB tem uma forte associação. Ainda assim, identifica-se uma tendência de aumento a partir de 2021 (Gráfico 223). Assim como a detecção, a confirmação de óbito por TB sofreu impacto com a pandemia, momento onde houve dificuldade no diagnóstico das doenças.

Gráfico 223 – Número de óbitos e taxa de mortalidade por tuberculose, Salvador - Bahia, 2014-2023.



Fonte: TABNET SALVADOR/SIM, Acesso em 09/07/2025.

A TB em Salvador tem maior concentração dos casos em adultos jovens, entre 20 a 49 anos, entretanto o risco de adoecer se apresenta com maior intensidade na faixa etária entre 50 a 79 anos (Tabela 58). Em Salvador, a maior carga de tuberculose concentrou-se no sexo masculino, com 67% dos casos no ano de 2023, e a taxa de incidência em homens (89, 1/100.000hab.) foi duas vezes maior que a do sexo feminino (43,0/ 100.000 hab.) neste mesmo ano.

Tabela 58- Número de casos novos e coeficiente de incidência de tuberculose, todas as formas, por faixa etária, Salvador, 2014-2023.

Ano	<1 Ano		01 a 04		05 a 09		10 a 14		15 a 19		20 a 34		35 a 49		50 a 64		65 a 79		80 e+	
Diag.	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef
2014	12	33,7	5	2,6	11	5,7	15	6,6	115	48,9	627	72,2	497	77,3	383	101,2	101	72,3	19	49,4
2015	10	27,9	4	2,1	6	3,1	22	9,6	120	50,8	495	56,6	492	76,1	353	92,7	124	88,2	19	49,1
2016	8	22,2	4	2,0	4	2,0	25	10,9	125	52,6	539	61,3	426	65,5	313	81,7	123	86,9	28	72,0
2017	6	16,5	6	3,0	2	1,0	17	7,4	117	48,9	499	56,5	456	69,7	312	81,0	144	101,2	30	76,7
2018	3	8,6	4	2,1	7	3,7	25	11,2	109	47,1	504	59,0	422	66,7	332	89,1	105	76,3	23	60,8
2019	4	11,3	6	3,1	12	6,3	12	5,4	106	45,6	439	51,1	454	71,4	334	89,2	130	94,0	26	68,4
2020	0	0,0	5	2,6	5	2,6	12	5,3	64	27,4	406	47,0	427	66,8	270	71,7	106	76,3	26	68,0
2021	4	11,2	7	3,6	5	2,6	11	4,9	76	32,4	434	50,0	438	68,2	356	94,1	131	93,8	25	65,1
2022	2	6,7	7	4,3	6	3,7	18	9,5	90	46,0	453	62,6	461	86,1	355	112,6	150	128,9	45	140,6
2023	2	6,3	7	4,0	9	5,2	15	7,4	87	41,5	492	63,5	508	88,6	397	117,6	149	119,5	33	96,3

Fonte: SMS/DVIS/VIEP/SINANNET. Acesso em 14/10/2025

Tabela 59- Número de casos novos, percentual e coeficiente de incidência de tuberculose por sexo, Salvador, 2014-2023.

Ano Diagnóstico	Ign	Masculino				Feminino				Total
		Nº	%	POP	Coef Incid	Nº	%	POP	Coef Incid	
2014	0	1087	60,9	1354981	80,2	698	39,1	1547946	45,1	1785
2015	0	1015	61,7	1363458	74,4	630	38,3	1557629	40,4	1645
2016	0	1000	62,7	1371392	72,9	595	37,3	1566700	38,0	1595
2017	0	981	61,7	1378809	71,1	608	38,3	1575177	38,6	1589
2018	0	984	64,1	1333697	73,8	550	35,9	1523632	36,1	1534
2019	0	965	63,3	1340699	72,0	559	36,7	1531648	36,5	1524
2020	0	868	65,8	1347396	64,4	452	34,2	1539302	29,4	1320
2021	0	939	63,2	1353765	69,4	547	36,8	1546554	35,4	1486
2022	3	1005	63,2	1211817	82,9	582	36,6	1205861	48,3	1590
2023	0	1141	67,0	1280745	89,1	563	33,0	1308551	43,0	1704

Fonte: SMS/DVIS/VIEP/SINANNET/VIEP. Acesso em 01/07/2025

A apresentação clínica mais frequente é a forma pulmonar, mantendo-se entre 83,6 % e 81,6% no período de 2014 a 2023. Os casos extrapulmonares sofreram um acréscimo nesta mesma série histórica, passando de 2,4% para 4,6%, respectivamente. Esta mudança pode caracterizar melhoria do diagnóstico, como também, condições associadas de comorbidade que propiciam o aparecimento de formas diversas da mais frequentes (Tabela 60).

Tabela 60- Casos novos de tuberculose por forma, Salvador-BA, 2014-2023.

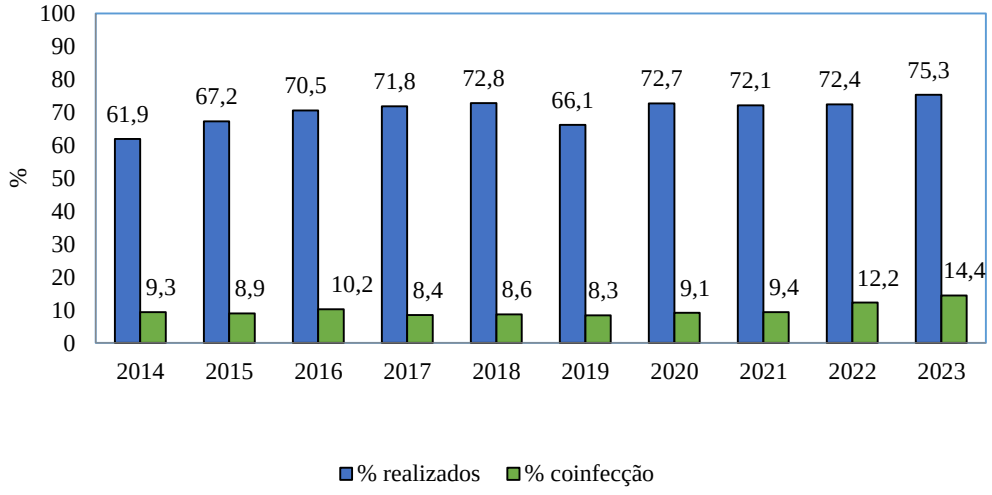
Ano Diagnóstico	Pulmonar		Extrapulmonar		Pulmonar + Extrapulmonar		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2014	1493	83,6	249	13,9	43	2,4	1785
2015	1372	83,4	223	13,6	50	3,0	1645
2016	1302	81,6	245	15,4	48	3,0	1595
2017	1294	81,4	242	15,2	53	3,3	1589
2018	1283	83,6	213	13,9	38	2,5	1534
2019	1281	84,1	209	13,7	34	2,2	1524
2020	1110	84,1	164	12,4	46	3,5	1320
2021	1259	84,7	183	12,3	44	3,0	1486
2022	1277	80,3	239	15,0	74	4,7	1590
2023	1391	81,6	235	13,8	78	4,6	1704

Fonte: SMS/DVIS/VIEP/SINANNET/VIEP. Acesso em 01/07/2025

A coinfecção TB/HIV é um fator crítico para o controle epidemiológico, pois a tuberculose frequentemente revela o diagnóstico de HIV, e a concomitância de ambas agrava o quadro clínico. Por isso, o tratamento simultâneo é indicado para garantir melhores desfechos. O diagnóstico ocorre preferencialmente nos primeiros dias de tratamento da TB via teste rápido

na atenção primária. Embora a realização do teste anti-HIV apresente tendência de alta, Salvador ainda não atingiu a meta de 100% recomendada pelo Ministério da Saúde. Nos últimos dois anos, a positividade dos exames cresceu, resultando em um percentual de 14,4% de coinfecção TB/HIV em 2023 (Gráfico 224).

Gráfico 224 – Percentual de casos com Teste HIV realizados e Testes HIV Positivos nos Casos Novos de Tuberculose, Salvador-BA, 2014- 2023.



Fonte: SMS/DVIS/VIEP/SINANNET/VIEP. Acesso em 01/07/2025

A cura de casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial (baciloscopia, TRMTB ou cultura) é o principal indicador de sucesso do programa de controle, sinalizando a quebra da cadeia de transmissão quando atinge 85%. Esse índice depende tanto da eficácia das equipes de saúde e do acesso aos serviços quanto das vulnerabilidades socioeconômicas e comorbidades dos pacientes.

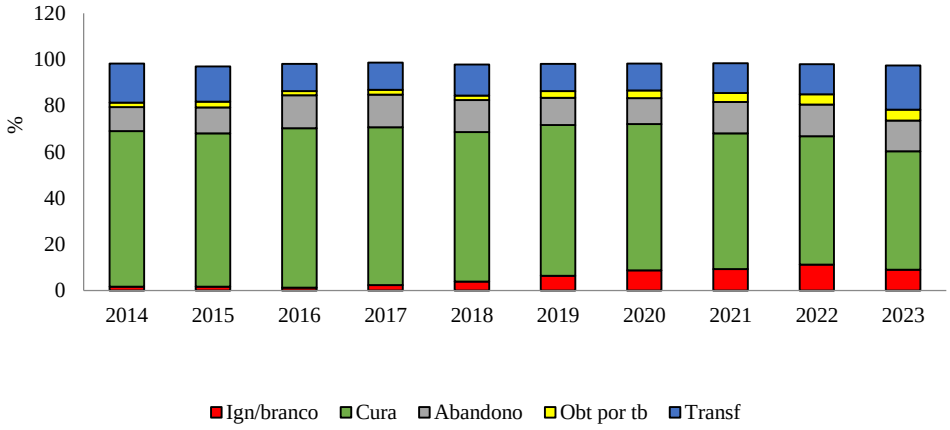
Em Salvador, o percentual de cura de casos novos com confirmação laboratorial permanece abaixo de 70% ao longo da série histórica, não atingindo as metas pactuadas com a Secretaria de Saúde do Estado. Esse desempenho é influenciado por fatores individuais e sistêmicos, destacando-se o alto volume de transferências sem continuidade e de fichas não concluídas no sistema de informação, o que impede a verificação real dos desfechos (cura, abandono ou óbito) (Gráfico 225).

O percentual de interrupção de tratamento (abandono) está elevado nos anos do período analisado, variando entre 10,4% e 14,3%. Segundo padrões ministeriais entende-se como tolerável quando está abaixo de 5%. Convém salientar que na tabulação de tais dados, são excluídos os casos que foram diagnosticados como mudança de esquema por reação adversa ou

CONSULTA

intolerância aos medicamentos, bem como as fichas das pessoas que evoluíram com resistência medicamentosa, quando são notificadas em outro sistema de informação, denominado SITETB.

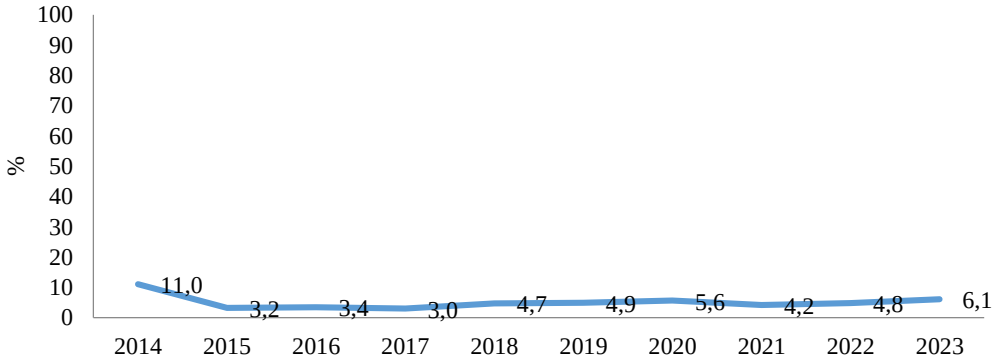
Gráfico 225 – Situação de Encerramento dos Casos Novos de Tuberculose pulmonar, com confirmação laboratorial, Salvador-BAhia, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVIS/VIEP/SINANNET/VIEP. Acesso em 01/07/2025

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma estratégia global para assegurar a cura da tuberculose ativa, consistindo no monitoramento diário (segunda a sexta-feira) pela equipe de saúde. A redução do percentual de tratamento diretamente observado dos casos novos de tuberculose entre 2014 e 2015 e continuidade de percentuais baixos pode ter sido o reflexo da atualização do conceito do TDO do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, restringindo às equipes de saúde a realização do acompanhamento. É provável que anteriormente, as equipes referiam o monitoramento realizado por familiares. No entanto, o percentual é muito baixo para alcance do objetivo, ficando abaixo de 7% a partir de 2015 (Gráfico 226).

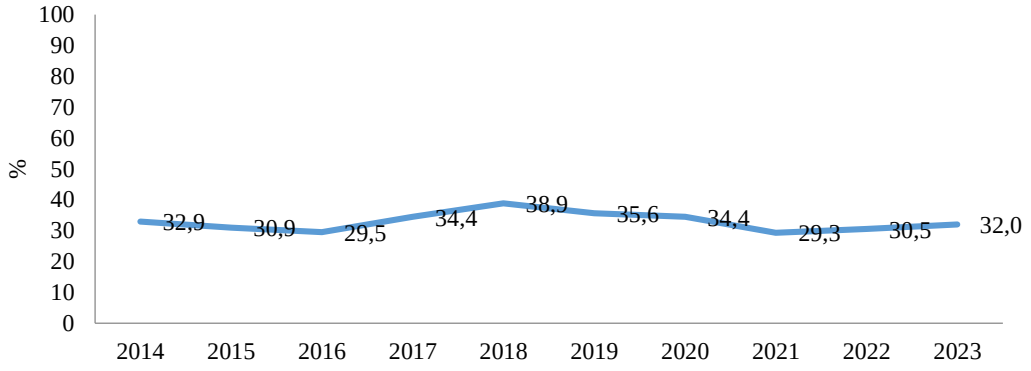
Gráfico 226 – Percentual de tratamento diretamente realizado nos casos novos de tuberculose, todas as formas, Salvador-BAhia, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVIS/VIEP/SINANNET/VIEP. Acesso em 01/07/2025

Segundo orientações do Ministério da Saúde, a avaliação de contatos é uma das ações prioritárias para o enfrentamento da TB, quebra da cadeia de transmissão e ocorrência de novos casos. A série histórica de exame de contatos em Salvador está abaixo de 40%, distante da meta pactuada pelo Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (Gráfico 227).

Gráfico 227 – Percentual de contatos examinados entre os contatos identificados dos casos novos pulmonares de tuberculose com confirmação laboratorial, Salvador-BA, 2014-2023.

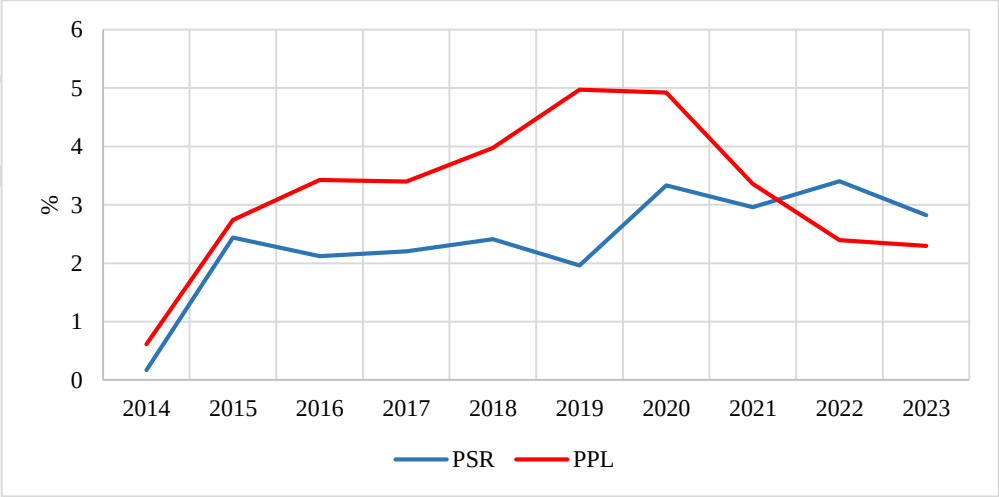


Fonte: SMS/DVIS/VIEP/SINANNET/VIEP. Acesso em 01/07/2025

A análise da situação de saúde evidencia a alta vulnerabilidade de Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) e Pessoas em Situação de Rua (PSR), cujos percentuais de casos novos variam de 2,0% a 5,0% em relação à população geral (Gráfico 21).

O grupo de PPL registrou crescimento acentuado com pico na série histórica entre 2019 e 2020, reflexo do confinamento e da superlotação prisional. Já a população em situação de rua (PSR) apresentou oscilações marcadas, com pico em 2020.

Gráfico 228 – Percentual de casos novos de tuberculose em Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) e Pessoas em Situação de Rua (PSR), Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SINANNET. Acesso em 23/10/2025

Enquanto o aumento em PPL é impulsionado pelas condições do sistema, o pico tardio em PSR pode indicar tanto a manutenção da busca ativa durante a pandemia quanto o agravamento das condições de vida. Essas variações reforçam a urgência de políticas públicas adaptadas e busca ativa contínua para superar as barreiras de acesso específicas de cada grupo.

10.4.1.3 Doenças Diarreicas Agudas (DDA)

As Doenças Diarreicas Agudas (DDA) correspondem a uma síndrome caracterizada por fezes de consistência diminuída e pelo menos três evacuações em 24 horas, com duração de até 14 dias. Podem vir acompanhadas de febre, vômitos e dor abdominal, sendo causadas por bactérias, vírus ou parasitas transmitidos via água, alimentos ou contato direto (BRASIL, 2024).

Embora a gravidade varie conforme o agente etiológico e a imunidade do hospedeiro, o quadro pode evoluir de formas leves até o óbito. Pessoas de todas as idades são suscetíveis, mas crianças, idosos e imunodeprimidos são os grupos de maior vulnerabilidade devido ao alto risco de desidratação (BRASIL, 2024).

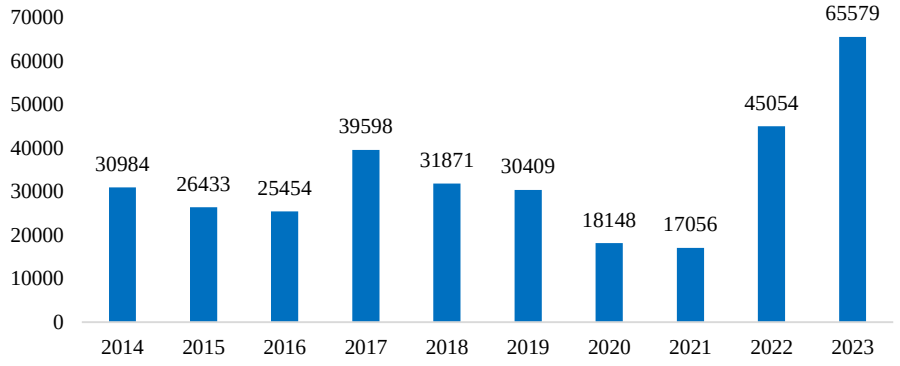
O monitoramento das DDA é realizado por meio das notificações de casos individuais atendidos em Unidades Sentinelas (US), através do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica das DDA (SIVEP-DDA). Além disso, dois ou mais casos relacionados, possivelmente com a mesma fonte de contaminação, são notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) como surto de DDA.

Atualmente, Salvador dispõe de 18 Unidades Sentinelas responsáveis pelo monitoramento das DDA no município, com o objetivo de detectar alterações no padrão epidemiológico e identificar possíveis surtos.

Ao longo da série histórica de 2014 a 2023, observou-se um aumento significativo no registro de casos individuais de DDA, especialmente a partir do ano de 2022. O ano de 2023 apresentou o maior quantitativo de casos da série analisada, totalizando 65.579 registros. Ressalta-se que o menor número de casos registrados pelas unidades sentinelas ocorreu durante o período da pandemia (2020 e 2021) (Gráfico 229). Essa redução possivelmente está relacionada ao isolamento social e às medidas de prevenção contra a COVID-19, especialmente a higiene das mãos.

CONSULTA PÚBLICA

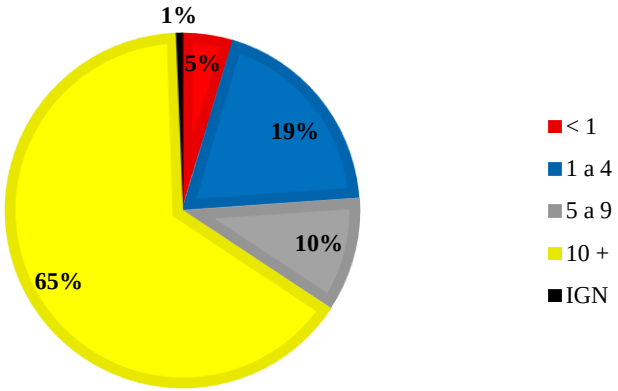
Gráfico 229 - Número de casos de Doenças Diarreicas Agudas ocorrido em Salvador, 2014-2023.



Fonte: SIVEP DDA/ Ministério da Saúde. Acesso em: 01/07/2025.

Em relação a faixa etária, durante o período de análise, observou-se que houve predominância de casos de DDA entre os maiores de 10 anos, representando 65% do total, seguidas das faixas etárias de 1 a 4 anos (19%), 5 a 9 anos (10%) e menores de 1 ano (5%) (Gráfico 2). De acordo com dados do SIVEP-DDA, esse mesmo cenário se repete em outras capitais, como Fortaleza, Recife e Belo Horizonte. É importante destacar que, entre os menores de 1 ano, Fortaleza (8%) e Recife (7%) apresentaram maior proporção de casos nessa faixa etária em relação a Salvador, enquanto que Belo Horizonte mostrou o menor percentual de casos registrados (3%). No mesmo período a maior média nacional foi encontrada no ano de 2020 com 10,32% (Gráfico 230).

Gráfico 230 - Proporção de casos de DDA por faixa etária, Salvador, 2014-2023.

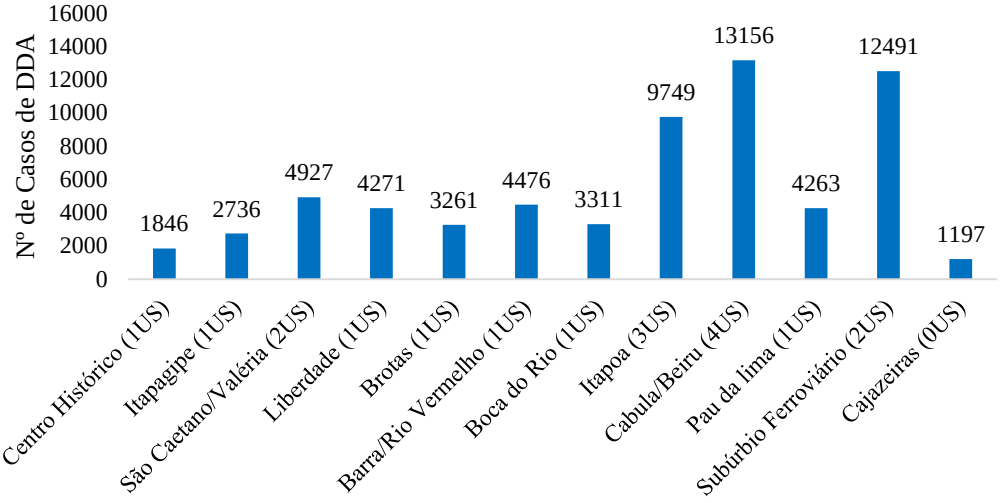


Fonte: SIVEP DDA/ Ministério da Saúde. Acesso em: 01/07/2025.

O Distrito Sanitário (DS) que apresentou maior número de casos registrados entre seus residentes foi o Cabula/Beiru, com 13.156, seguido do Subúrbio Ferroviário, com 12.491, e Itapuã, com 9.749. O DS que apresentou o menor número de registros foi o DS de Cajazeiras,

com 1.197 casos. É importante destacar que o DS Cabula/Beiru possui quatro unidades sentinelas notificadores de DDA, enquanto Itapuã possui três e os DS do Subúrbio Ferroviário e São Caetano/Valéria possuem duas cada. Os demais distritos contam com apenas uma unidade sentinela em seu território, com exceção de Cajazeiras que ainda não possui unidade sentinela para DDA, o que pode ter relação com o menor número de casos registrados. Cabe ressaltar que a predominância de casos no DS do Cabula/Beiru pode estar relacionada com a maior captação de casos, devido ao maior número de unidades sentinelas na região. Por outro lado, apesar do Subúrbio Ferroviário possuir duas unidades, registrou número expressivo de casos.

Gráfico 231 - Número de casos de DDA por Distrito Sanitário de residência no ano de 2023.



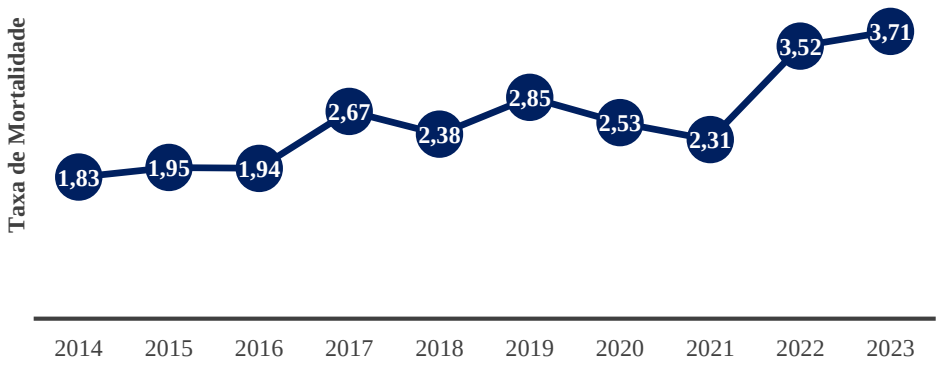
Fonte: Setor de Agravos/VIEP/DVIS. Acesso em: 01/07/2025.

CONSULTA

Mortalidade Por Doenças Diarreicas Agudas (DDA)

No que diz respeito a taxa de mortalidade por DDA, observou-se um aumento de óbitos de 2014 (1,83/100.000 hab.) para 2023 (3,71/100.000 hab.) (Gráfico 232).

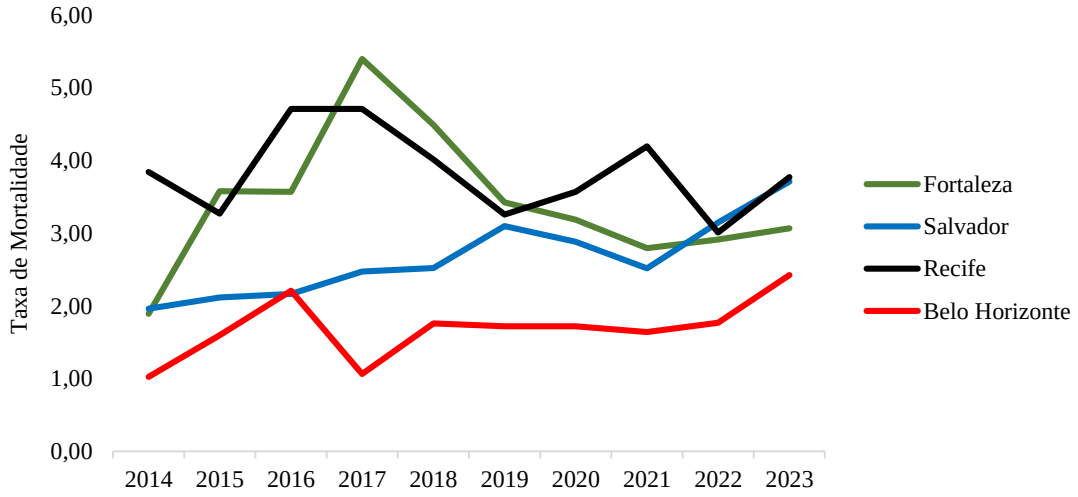
Gráfico 232 - Taxa de mortalidade de DDA por 100.000 habitantes, Salvador, 2014-2023.



Fonte: SIM. Acesso em: 15/07/2025.

Em comparação com outras capitais de perfil demográfico semelhante, observou-se que segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) disponíveis no Datasus/Tabnet, Grupo CID-10 (Doenças infecciosas intestinais), no qual se encontra as doenças diarreicas agudas, a curva da taxa de mortalidade de Salvador na série histórica 2014-2023 foi superior à de Belo Horizonte e inferior à de Fortaleza e Recife (BRASIL, 2025) (Gráfico 233).

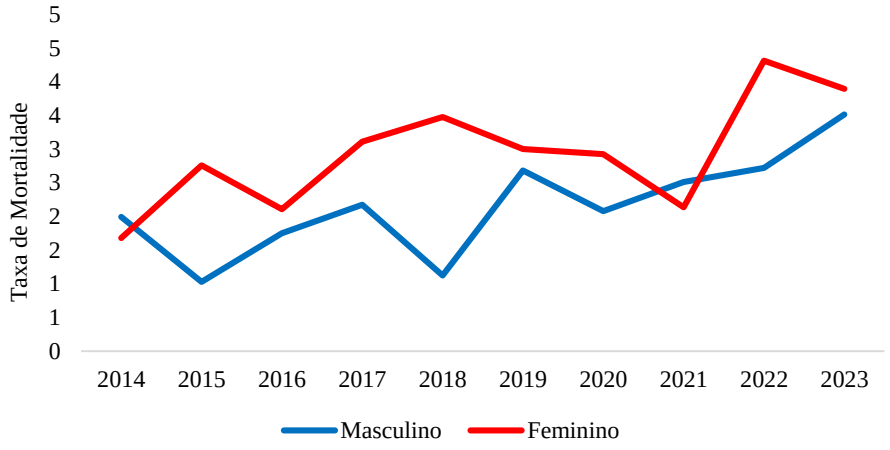
Gráfico 233 - Taxa de mortalidade de DDA por 100.000 habitantes em Salvador, Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2014-2023.



Fonte: SIM/DATASUS/TABNET. Acesso em: 15/07/2025.

Quanto à proporção de óbitos por sexo, verificou-se que as mulheres representaram 60% dos casos, em comparação com os homens, que corresponderam a 40% (Gráfico 234). Ao longo da série histórica, observou-se um aumento na taxa de mortalidade tanto entre as mulheres, de 1,68/100.000 hab. em 2014 para 3,90/100.000 hab. em 2023, quanto entre os homens, de 1,99/100.000 hab. em 2014 para 3,51/100.000 hab. em 2023.

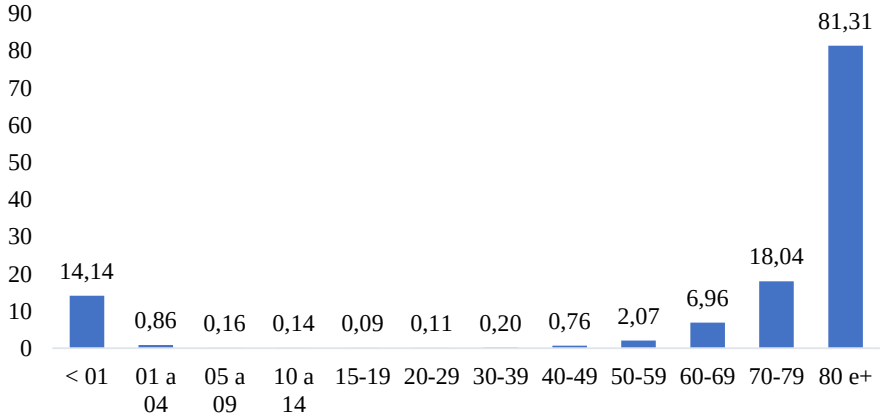
Gráfico 234 - Taxa de mortalidade de DDA por 100.000 habitantes por sexo, Salvador 2014-2023.



Fonte: SIM. Acesso em: 15/07/2025.

Quanto à taxa de mortalidade por faixa etária, para maiores de 80 anos foi de 81,31/100.000 hab., para 70–79 anos foi de 18,04/100.000 hab. e para menores de 1 ano foi de 14,14/100.000 hab. (Gráfico 235).

Gráfico 235 - Taxa de mortalidade de DDA por 100.000 habitantes por faixa etária em Salvador, 2014-2023.



Fonte: SIM. Acesso em: 15/07/2025.

No que se refere à raça/cor, a maioria dos óbitos por DDA ocorreu entre pessoas que se autodeclaram pardas (42%), seguidas por brancas (30%) e pretas (19%). Quando somadas as pessoas pardas e pretas, a proporção de óbitos na população negra representou 61% do total de casos. Cabe ressaltar que em 8% dos casos de óbito a variável raça/cor não foi informada.

10.4.1.4 Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica e infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, transmitida via contato prolongado entre indivíduos bacilíferos e suscetíveis. Caracteriza-se como um relevante problema de saúde pública devido ao seu alto potencial incapacitante, risco de lesões neurais e ao persistente estigma social associado (BRASIL, 2018).

No período de 2014 a 2023, Salvador registrou 2.463 novos casos de hanseníase, sendo 128 (6,9%) na faixa etária de 0 a 14 anos. A taxa de detecção geral oscilou entre os parâmetros "alto" e "médio", apresentando tendência de declínio tendo o ápice em 2014 (12,16/100 mil hab.) e o menor índice em 2020 (5,89/100 mil hab.).

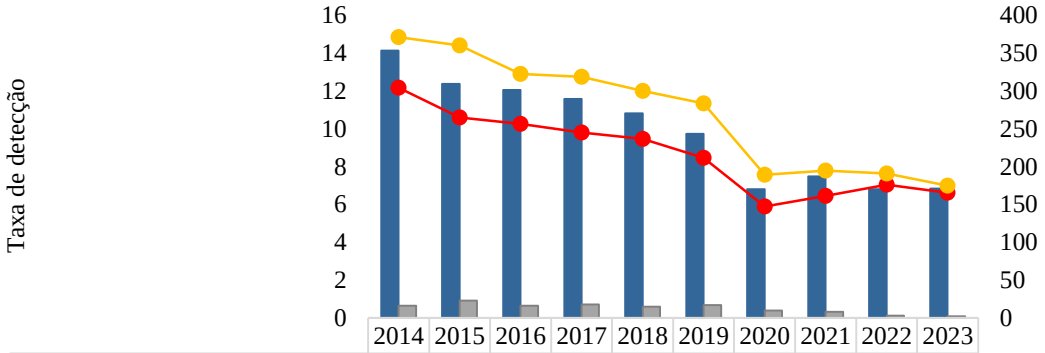
Na faixa etária de 0 a 14 anos, a tendência também foi de redução, variando de um pico de 3,81/100 mil hab. em 2015 para o valor mínimo de 0,37 em 2023. Ressalta-se que a queda acentuada em 2020 possivelmente reflete o impacto da pandemia de Covid-19 e o desabastecimento nacional de medicamentos, fatores que podem ter mascarado a real incidência da doença no período.

Embora as taxas de detecção de hanseníase em Salvador tenham declinado na última década, essa redução pode não representar um recuo real da endemia. A persistência de diagnósticos em menores de 15 anos é um indicativo crítico de exposição precoce e focos ativos de transmissão, o que contradiz um cenário de declínio efetivo. Ademais, a taxa de detecção é altamente sensível à capacidade técnico-operacional do Programa Municipal de Controle da Hanseníase (PMCH), refletindo diretamente a eficácia das ações de notificação, investigação e confirmação diagnóstica.

Gráfico 236 - Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população geral e na população de zero a 14 anos, por 100.000 habitantes[60], Salvador – Ba, 2014-2023.

[60] Parâmetros população geral: Baixo < 2,00/100.000 hab.; Médio 2,00 a 9,99 / 100.000 hab.; Alto 10,00 a 19,99/100.000 hab.; Muito alto 20,00 a 39,99 por 100.00 hab.; Hiperendêmico ≥ 40,00 por 100.00 hab.
Parâmetros população de zero a 14 anos: Baixo < 0,50/100.000 hab.; Médio 0,50 a 2,49/100.000 hab.; Alto 2,50 a 4,99/100.000 hab.; Muito alto 5,00 a 9,99/100.000 hab.; Hiperendêmico ≥10,00/100.000 hab.

CONSULTA PÚBLICA



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nº de casos	353	309	301	289	270	243	170	187	170	171
Nº de casos (zero a 14 anos)	16	23	16	18	15	17	10	8	3	2
Taxa detecção pop. (0 a 14 anos)	2,7	3,8	2,6	2,9	2,5	2,9	1,7	1,3	0,6	0,4
Taxa de detecção	12,2	10,6	10,2	9,8	9,4	8,5	5,9	6,4	7,0	6,6

Fonte: SMS/DVIS/VIEP/AGRAVOS/SINAN. Acesso em: 06/2025.

Entre 2014 e 2023, Salvador registrou casos novos de hanseníase em todos os seus distritos sanitários. Os distritos do Subúrbio Ferroviário, Itapuã, São Caetano/Valéria e Cajazeiras apresentaram as maiores taxas de detecção, mantendo parâmetros de "alta" endemia tanto na população geral quanto na infantil, o que indica fontes ativas de transmissão e desafios na eliminação da doença. Em contrapartida, os menores índices foram observados nos distritos Boca do Rio, Brotas e Barra/Rio Vermelho. Entretanto, a análise por bairros revela que todos os distritos possuem áreas endêmicas com risco elevado de contágio.

Tabela 61- Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população geral, por Distrito Sanitário. Salvador – Ba, 2014-2023.

Distrito Residência	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro Histórico	5,13	3,82	7,60	3,78	5,21	6,48	7,74	7,70	3,08	1,44
Itapagipe	15,32	15,23	9,53	15,06	9,22	6,88	9,13	3,98	7,50	7,63
São Caetano/Valeria	23,27	13,87	14,15	16,18	9,46	14,47	8,64	9,32	7,74	8,03
Liberdade	9,76	5,10	4,57	6,56	4,18	9,86	2,58	5,14	4,32	8,06
Brotas	4,53	3,15	3,14	2,67	2,76	3,67	1,82	1,82	2,18	1,52
Barra/Rio Vermelho	4,35	5,14	4,84	3,21	5,53	3,02	1,91	2,45	1,96	2,44
Boca do Rio	2,92	6,53	5,05	5,02	3,71	5,16	2,20	2,19	1,75	1,64
Itapuã	19,52	15,74	20,38	18,10	16,47	19,73	10,37	15,85	15,04	16,11
Cabula/Beiru	7,41	10,92	7,08	8,69	9,22	6,28	6,25	3,11	6,02	4,55
Pau da Lima	8,01	7,54	7,50	4,56	5,14	5,96	3,39	6,33	5,06	4,72
Subúrbio Ferroviário	22,61	18,77	20,36	16,59	17,15	9,25	7,48	9,74	14,43	10,59
Cajazeiras	15,07	12,67	12,03	10,25	18,84	9,37	9,91	9,86	9,05	7,80
Salvador	**12,16**	**10,58**	**10,24**	**9,78**	**9,45**	**8,46**	**5,89**	**6,45**	**7,03**	**6,60**

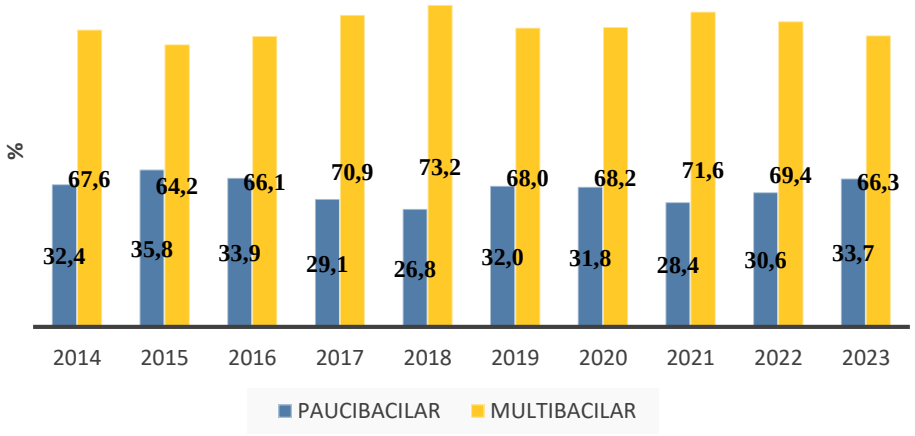
Fonte: SMS/DVIS/VIEP/AGRAVOS/SINAN.

CONSULTA PUBLICA

Entre 2014 e 2023, a classificação multibacilar predominou em Salvador e em todos os seus distritos sanitários, representando 68,1% dos novos diagnósticos. Observa-se uma tendência de redução nos casos paucibacilares concomitantemente ao aumento das formas multibacilares.

A alta prevalência de formas multibacilares é um indicador de diagnóstico tardio, o que sugere deficiências na rede de saúde. Por apresentarem elevada carga bacilar e alto risco de transmissibilidade, essas formas reforçam a necessidade urgente de busca ativa para garantir o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno.

Gráfico 237 - Percentual de casos novos de hanseníase na população geral, segundo classificação operacional, conforme tendência, Salvador – Ba, 2014-2023.



Fonte: SMS/DVIS/VIEP/AGRAVOS/SINAN. Acesso em: 06/2025.

No período compreendido entre 2014 e 2023, o perfil epidemiológico da hanseníase em Salvador revelou o predomínio da forma clínica dimorfa, que respondeu por 41,5% das notificações, seguida pelas formas tuberculoide (22,6%), virchowiana (16,9%) e indeterminada (11,5%). A prevalência agregada das formas dimorfa e virchowiana totaliza 64,1%, o que consolida a classificação operacional multibacilar como a majoritária no município. Esse cenário é considerado um sinal de alerta para os serviços de saúde, pois as formas multibacilares possuem carga bacilar elevada, alto risco de transmissibilidade e potencial incapacitante, sugerindo que o diagnóstico tem ocorrido de forma tardia. Corroborando essa tese de identificação tardia, observou-se que 58,4% dos casos novos apresentavam mais de cinco lesões no momento do diagnóstico, característica intrínseca ao perfil multibacilar.

Quanto à dinâmica operacional e de acesso aos serviços, os casos novos representaram 83,78% das entradas no sistema. O modo de detecção evidenciou a predominância de uma vigilância passiva, na qual 49,3% dos diagnósticos ocorreram por encaminhamento de outras unidades e 23,7% por demanda espontânea de pacientes com sinais dermatológicos ou

neurológicos. Em contrapartida, as estratégias de vigilância ativa apresentaram percentuais reduzidos, com apenas 8,6% dos casos detectados via exame de contatos e 1,8% por exame de coletividade. Apesar do menor volume comparativo, o exame de contatos é destacado como uma ferramenta de alta potencialidade para a investigação epidemiológica, sendo fundamental para interromper a cadeia de transmissão do M. leprae e viabilizar o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno.

Entre 2014 e 2023, Salvador apresentou uma predominância de casos novos de hanseníase no sexo feminino, representando 51% do total. Essa realidade difere do cenário nacional observado entre 2015 e 2019, onde prevaleceu o sexo masculino. No contexto sociocultural, a doença acentua desigualdades de gênero e gera prejuízos biopsicossociais, colocando a mulher em desvantagem devido à multiplicidade de discriminações ligadas a raça, escolaridade e ao próprio adoecimento. Por outro lado, o menor registro em homens pode estar associado a um déficit no autocuidado em saúde, embora também se investiguem fatores de suscetibilidade genética e interferências hormonais na resposta imune ao *M. leprae* (OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998; BRASIL, 2015;2019;2021; ROCHA et al., 2020).

Tabela 62- Frequência e proporção de casos de hanseníase, segundo sexo, entre o total de casos novos diagnosticados, na população geral, segundo local de residência. Salvador – Ba, 2014-2023.

Distrito Residência	Masculino	% Masculino	Feminino	% Feminino
Centro Histórico	18	45,0	22	55,0
Itapagipe	94	54,7	78	45,3
São Caetano/Valeria	168	48,8	176	51,2
Liberdade	57	50,0	57	50,0
Brotas	33	55,9	26	44,1
Barra/Rio Vermelho	58	46,0	68	54,0
Boca do Rio	22	44,9	27	55,1
Itapuã	224	50,6	219	49,4
Cabula/Beiru	135	47,4	150	52,6
Pau da Lima	67	49,6	68	50,4
Subúrbio Ferroviário	245	48,8	257	51,2
Cajazeiras	86	44,3	108	55,7
Salvador	**1207**	**49,0**	**1256**	**51,0**

Fonte: SMS/DVIS/VIEP/AGRAVOS/SINAN. Acesso em: 06/2025.

Entre 2014 e 2023, a análise sociodemográfica da hanseníase em Salvador revelou que a maior frequência de casos novos ocorreu entre pessoas autodeclaradas pardas (55,1%), seguidas por pretas (22,5%) e brancas (15,6%). Ao consolidar a população negra (pretos e

CONSULTA PÚBLICA

pardos), constata-se que este grupo concentra 77,7% das detecções no município, com proporções ainda mais elevadas nos distritos do Subúrbio Ferroviário (83,1%) e Cajazeiras (81,4%). O predomínio de casos de hanseníase na população negra no município reproduz o contexto histórico dessa população no Brasil, pois, além de representar a maioria da população, é a que mais padece com as desigualdades em diversos aspectos da vida socioeconômica, inclusive aos serviços de saúde no país (BRASIL, 2018; CASTRO SANTOS et al., 2008; LOPES; RANGEL, 2014). Por fim, nota-se que 6% dos registros foram classificados como "ignorado/branco", o que pode indicar avanços na conscientização sobre o registro do quesito raça/cor, enquanto a população indígena representou 0,2% dos casos.

Tabela 63- Frequência e proporção de casos novos de hanseníase segundo raça/cor, conforme local de residência. Salvador - BA, 2014-2023.

Distrito Residência	Branca	Preta	Parda	Indígena	Total	% Branca	% Preta	% Parda	% Indígena
Centro Histórico	10	10	18	1	40	25,0	25,0	45,0	2,5
Itapagipe	24	40	99	0	172	14,0	23,3	57,6	0,0
São Caetano/Valeria	50	64	202	1	344	14,5	18,6	58,7	0,3
Liberdade	13	34	55	0	114	11,4	29,8	48,2	0,0
Brotas	20	8	27	0	59	33,9	13,6	45,8	0,0
Barra/Rio Vermelho	42	20	49	1	126	33,3	15,9	38,9	0,8
Boca do Rio	11	7	29	0	49	22,4	14,3	59,2	0,0
Itapuã	72	116	234	0	443	16,3	26,2	52,8	0,0
Cabula/Beiru	35	70	156	0	285	12,3	24,6	54,7	0,0
Pau da Lima	23	23	77	0	135	17,0	17,0	57,0	0,0
Subúrbio Ferroviário	60	124	293	1	502	12,0	24,7	58,4	0,2
Cajazeiras	24	39	119	0	194	12,4	20,1	61,3	0,0
Salvador	**384**	**555**	**1358**	**4**	**2463**	**15,6**	**22,5**	**55,1**	**0,2**

Fonte: SINAN. Acesso em: 06/2025.

No período de 2014 a 2023, a análise da variável escolaridade revelou que indivíduos com ensino fundamental (completo ou incompleto) e analfabetos somam 43,9% dos casos de hanseníase em Salvador. Esse perfil, aliado à alta prevalência na população negra, evidencia a forte influência de fatores socioeconômicos e da vulnerabilidade social na disseminação da doença (CASTRO SANTOS et al., 2008; LOPES; RANGEL, 2014; BRASIL, 2018). Nota-se, contudo, uma fragilidade nos registros, visto que 17,3% dos casos novos constam com a escolaridade "ignorada/em branco".

Entre 2014 e 2023, do total de 2.463 casos de hanseníase notificados, 2.256 foram avaliados quanto ao Grau de Incapacidade Física (GIF) no momento do diagnóstico,

CONSULTA PÚBLICA

correspondendo a 94,4% dos casos. Embora a maioria (74,3%) não tenha apresentado Grau 0, observa-se que 16,87% foram diagnosticados com Grau 1 e 8,83% com Grau 2.

A soma desses índices revela que 25,7% dos pacientes já iniciam o tratamento com algum nível de incapacidade física, um percentual considerado preocupante. Este cenário evidencia que a detecção precoce da doença depende diretamente da capacidade operacional da rede de saúde, incluindo a cobertura assistencial, a qualificação das equipes multiprofissionais e o nível de informação da população sobre os sintomas.

Tabela 64- Frequência e proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física, na população geral, no momento do diagnóstico, conforme local de residência. Salvador, 2014-2023.

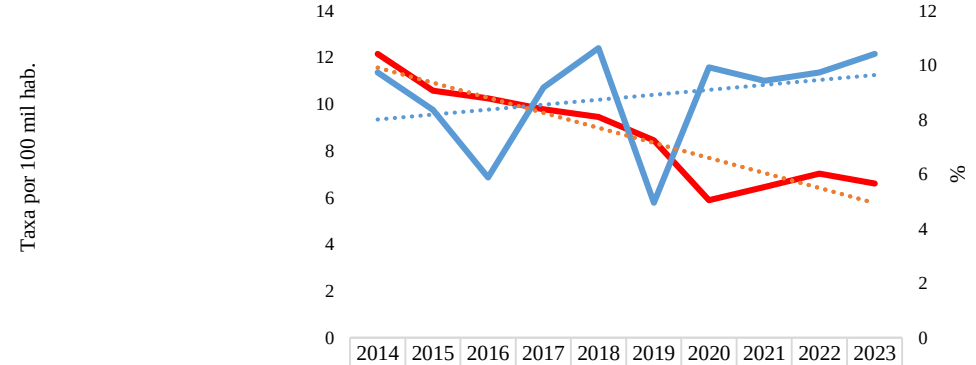
Distrito Residência	Grau 0	Grau I	Grau II	Total	Avaliados	% GIF 0	% GIF 1	% GIF 2	% Avaliados
Centro Histórico	32	4	0	40	36	88,89	11,11	00,00	08,33
Itapagipe	131	22	9	172	162	80,86	13,58	05,56	04,32
São Caetano/Valeria	253	40	23	344	316	80,06	12,66	07,28	14,20
Liberdade	77	20	11	114	108	71,30	18,52	10,19	02,47
Brotas	42	9	4	59	55	76,36	16,36	07,27	02,47
Barra/Rio Vermelho	88	18	11	126	117	75,21	15,38	09,40	04,94
Boca do Rio	36	5	3	49	44	81,82	11,36	06,82	02,47
Itapuã	295	83	32	443	410	71,95	20,24	07,80	17,28
Cabula/Beiru	188	44	33	285	265	70,94	16,60	12,45	11,73
Pau da Lima	97	17	12	135	126	76,98	13,49	09,52	04,32
Subúrbio Ferrov.	324	88	37	502	449	72,16	19,60	08,24	20,37
Cajazeiras	120	32	25	194	177	67,80	18,08	14,12	08,02
Salvador	**1683**	**382**	**200**	**2463**	**2265**	**74,30**	**16,87**	**08,83**	**94,44**

Fonte: SMS/DVIS/VIEP/AGRAVOS/SINAN. Acesso em: 06/2025.

A análise conjunta das taxas de detecção e do grau 2 de incapacidade física é utilizada para o monitoramento da tendência de detecção oportuna dos casos novos de hanseníase. Desse modo, para o intervalo de 2014 a 2023, o declínio da taxa de detecção de casos novos, associado a tendência crescente da proporção de grau 2 de incapacidade física no diagnóstico (Gráfico 37), sugere e ratifica as hipóteses da existência de transmissão ativa do bacilo, diagnóstico tardio e subnotificação no município.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 238 - Tendência da taxa de detecção e da proporção de grau 2 de incapacidade física de casos novos de hanseníase no momento do diagnóstico. Salvador – BA, 2014-2023.



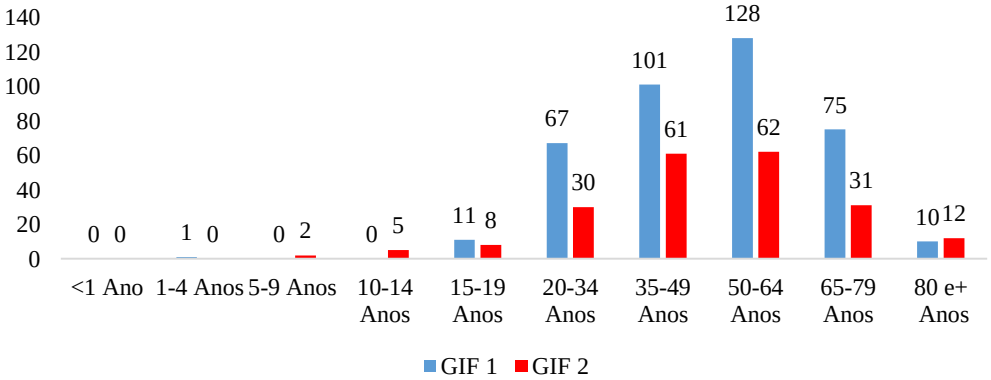
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Taxa de detecção por 100.000 h	12,16	10,58	10,24	9,78	9,45	8,46	5,89	6,45	7,03	6,60
% GIF 2	9,74	8,36	5,88	9,19	10,63	4,96	9,93	9,43	9,74	10,42

Fonte: SINAN. Acesso em: 06/2025.

Conforme recomendado pela Estratégia Global de Hanseníase (2016-2020), a análise por grupos etários é essencial para caracterizar a dinâmica da doença (ROCHA et al., 2020). Entre 2014 e 2023, em Salvador, as maiores frequências de Grau de Incapacidade Física (GIF) 1 e 2 no diagnóstico concentraram-se entre 20 e 79 anos, atingindo diretamente a população "adulto jovem", "adulto" e "idoso" no município. Assim, essa parcela considerável da população que possuem algum grau de incapacidade física correspondente a população economicamente ativa, influenciando questões socioeconômicas

Nos extremos de idade, observou-se uma disparidade significativa observando que o grupo de 65 a 80+ anos registrou 128 casos com incapacidade, enquanto menores de 15 anos somaram 8 casos. Estudos indicam que idosos multibacilares, frequentemente avós, são fontes prováveis de infecção para crianças no convívio domiciliar (PEDROSA et al., 2018; ROCHA et al., 2020).

Gráfico 239 - Frequência de casos novos de hanseníase com grau 1 e 2 de incapacidade física, no momento do diagnóstico, por faixa etária. Salvador – BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN. Acesso em: 06/2025.

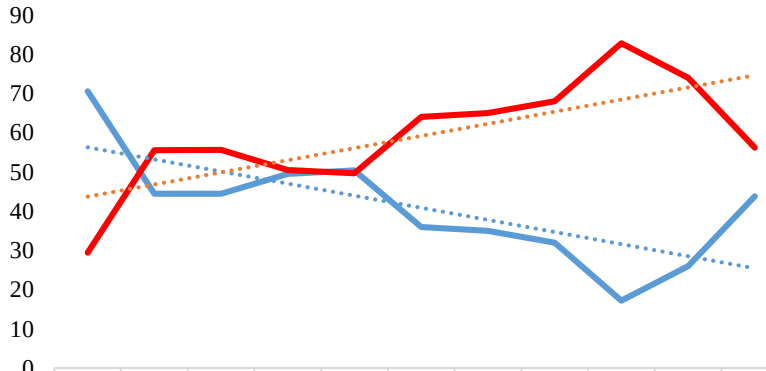
CONSULTA PÚBLICA

Embora a hanseníase seja considerada uma doença do adulto devido ao seu longo período de incubação, Salvador registrou ocorrências graves em menores de 15 anos entre 2014 e 2023. Os dados revelam um caso com GIF 1 na faixa de 1-4 anos, dois casos com GIF 2 entre 5-9 anos e cinco casos com GIF 2 no grupo de 10-14 anos. A presença de incapacidade física Grau 2 em crianças é alarmante, pois sinaliza diagnóstico tardio, falhas na detecção precoce pela rede de saúde e baixa conscientização comunitária, além de acarretar sérios danos psicossociais e estigma.

Para enfrentar esse cenário, as estratégias Global (2016-2021) e Nacional (2019-2023) estabeleceram a redução de casos com GIF 2 em menores de 15 anos como indicador prioritário, com meta brasileira de limitar esse evento a 30 casos. Desde 2018, o Ministério da Saúde intensificou a vigilância nessa faixa etária para identificar causas do diagnóstico tardio. Em Salvador, esse monitoramento específico iniciou em 2019 com a investigação de um caso no Distrito Sanitário de Cajazeiras, finalizada em 2020. A investigação de casos em menores de 15 anos com GIF 2 é concluída ao término do tratamento, embora medidas assistenciais preventivas contra complicações devam ser mantidas no pós-alta com a poliquimioterapia.

Para enfrentar os desafios de controle, Salvador tem investido na descentralização da assistência por meio da ampliação do PMCH. Desde 2015, o monitoramento dos atendimentos indica uma tendência de crescimento na assistência realizada pela rede municipal de saúde e um declínio nos casos novos em unidades hospitalares de referência. Entretanto, o percentual de atendimentos em unidades terciárias ainda excede o esperado, revelando que esses serviços de referência permanecem como centros primordiais de diagnóstico e tratamento, o que contraria as diretrizes da política nacional de controle da hanseníase.

Gráfico 240 - Percentual de casos novos de hanseníase residentes em Salvador, por tipo de Unidade de Saúde Atual, conforme tendência. Salvador, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
UNIDADES HOSPITALARES	70,5	44,4	44,4	49,5	50,4	35,9	35,0	32,0	17,2	26,0	43,8
UNIDADES DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL	29,5	55,6	55,6	50,5	49,6	64,1	65,0	68,0	82,8	74,0	56,2

CONSULTA PÚBLICA

Fonte: SINAN. Acesso em: 06/2025.

Considerando-se o perfil epidemiológico na série histórica 2014 a 2023, a maioria dos pacientes de hanseníase em Salvador foram mulheres (51%), negros (77,7%), com baixa escolaridade (43,9%), casos novos da doença (83,78%), que chegam às unidades assistenciais por encaminhamento (49,3%) e diagnosticados como multibacilares dimorfa (41,5%).

Em Salvador, a hanseníase mantém-se em patamares de média e elevada magnitude, com distribuição desigual entre os distritos. Embora as taxas de detecção geral e pediátrica apresentem declínio, o cenário é preocupante visto que a ocorrência em menores de 15 anos confirma a transmissão ativa e falhas na vigilância de contatos. Além disso, a alta proporção de casos multibacilares e o aumento de incapacidades físicas no momento do diagnóstico revelam um diagnóstico tardio e a existência de prevalência oculta. Essas falhas nos serviços de saúde em captar precocemente os doentes não apenas favorecem complicações clínicas, mas também perpetuam o estigma associado à doença.

10.4.1.5 Doenças de Chagas

Em 2023, o Brasil confirmou 516 casos de Doença de Chagas Aguda (DCA), com a região Norte registrando a maior incidência e o estado do Pará concentrando 57% dos óbitos (letalidade geral de 1%). A Bahia mantém-se como estado endêmico, abrigando 26 das 63 espécies de triatomíneos encontradas no país, incluindo as prioritárias para a transmissão da doença.

Em Salvador, a vigilância destaca a presença das espécies silvestres Panstrongylus tibiamaculatus e Panstrongylus geniculatus em áreas de remanescente ou desmatamento de Mata Atlântica. A adaptação desses vetores ao peridomicílio e intradomicílio, motivada pela proximidade com fontes alimentares silvestres, eleva significativamente o risco para as populações humanas locais.

Embora espécies como o Panstrongylus megistus tenham sido recentemente coletadas em áreas de proteção ambiental em Salvador, ainda não há indícios de domiciliação (presença de ninfas ou ovos) ou afinidade dessas espécies pelo sangue humano na capital. Vale ressaltar que o P. megistus possui histórico comprovado de transmissão do Trypanosoma cruzi em outros municípios baianos.

No contexto epidemiológico de Salvador, entre 2014 e 2023, foram notificados 34 casos suspeitos de Doença de Chagas Aguda (DCA). Destes, 33 (97%) foram descartados e 01 (3%)

CONSULTA PUBLICA

permaneceu inconclusivo, sem qualquer registro de óbitos ou casos confirmados da doença no período.

Análise de Doença de Chagas Crônica (DCC)

Em 2020, o Ministério da Saúde estabeleceu a notificação compulsória da Doença de Chagas Crônica (DCC), tornando o registro obrigatório no e-SUS Notifica a partir de 2023. No primeiro ano de obrigatoriedade, o Brasil confirmou 5.564 casos, dos quais 70% haviam sido diagnosticados em anos anteriores.

A região Sudeste liderou as notificações (48,55%), seguida pelo Nordeste (45,42%). Destacam-se os estados de Minas Gerais, com 93,68% dos casos de sua região, e a Bahia, concentrando 70,5% dos registros do Nordeste. No tocante às variáveis relativas à pessoa, a faixa etária acima de 60 (55,4%) foi a mais acometida, sendo 61 anos a idade média do total dos casos de DCC. A maioria dos casos são do sexo feminino (56,6%) cerca de 0,66% das mulheres estavam gestantes. A respeito da raça/cor,49.86% dos casos declararam-se como pertencentes a cor parda.

Na Bahia, foram registrados 1.716 casos confirmados de DCC, sendo que 79,6% destes haviam sido diagnosticados em anos anteriores. A distribuição por macrorregiões de saúde concentrou-se no Sudoeste (47,4%), seguido pela Leste (21,3%) e Oeste (16,9%). Dos 60 óbitos vinculados à doença no estado, 86,6% tiveram a DC como causa básica.

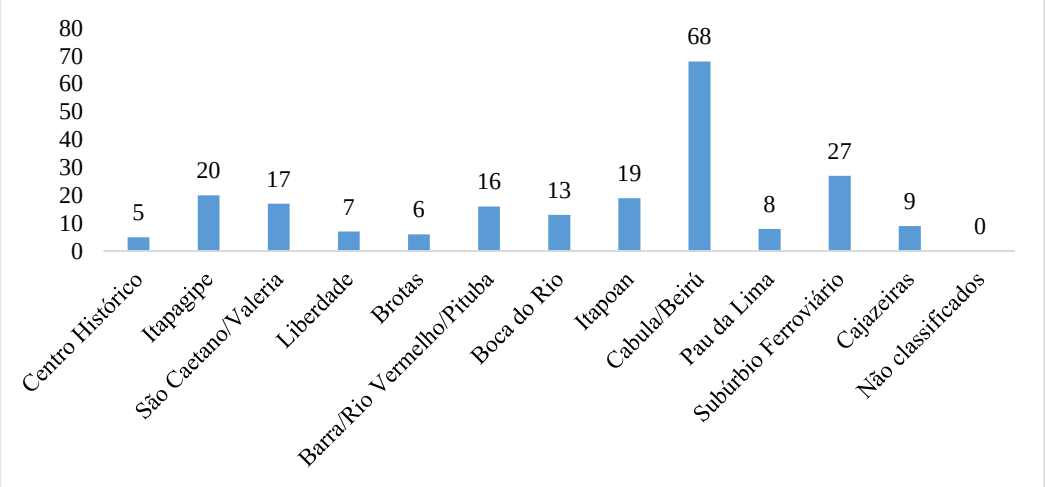
Em Salvador, as notificações de 2023 totalizaram 215 casos confirmados de DCC, dos quais 193 (89,77%) foram diagnósticos retroativos. Quanto à mortalidade na capital, registraram-se 26 óbitos de portadores de DCC, sendo a doença a causa básica em 88,46% (23 casos).

Os dados sociodemográficos dos casos de DCC notificados no e-SUS Notifica revelam um predomínio do sexo feminino (60,93%), sem registros de gestantes no período. A população idosa é a mais atingida, com 82,79% dos casos na faixa de 60 anos ou mais e uma idade média de 68 anos, seguida pelo grupo de 50 a 59 anos (15,35%).

No quesito raça/cor, a maioria dos pacientes declarou-se parda (62,33%), seguida por pretos (23,26%). Espacialmente, a maior concentração de casos ocorreu nos distritos Cabula/Beiru (25,58%), Subúrbio Ferroviário (12,56%) e Itapagipe (9,3%).

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 241 - Casos de Doença de Chagas Aguda por Distritos Sanitários, 2023.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação E SUS Notifica. 19/08/2025

Para o Processo da Implantação da Vigilância da doença de Chagas Crônica em Salvador, tornou-se necessário o estabelecimento de um fluxo de atendimento integrado que contemple vigilância epidemiológica, entomológica, e a rede de Assistência à saúde.

10.4.1.6 Esquistossomose

A esquistossomose é uma doença tropical negligenciada causada pelo parasita Schistosoma mansoni, que utiliza caramujos do gênero Biomphalaria como hospedeiros intermediários. Segundo a OMS, a patologia afeta mais de 200 milhões de pessoas globalmente, integrando as metas de eliminação da Agenda 2030 da ODS da ONU.

Sua ocorrência está diretamente vinculada à precariedade do saneamento básico e a fatores socioeconômicos e ambientais que favorecem o ciclo biológico do parasita. No Brasil, permanece como um grave problema de saúde pública; embora a prevalência nacional tenha reduzido, a doença ainda apresenta um número expressivo de óbitos e pode evoluir de quadros assintomáticos para formas clínicas graves (BRASIL, 2024).

A Bahia possui vasta extensão territorial endêmica para a esquistossomose, sendo Salvador classificada como um município focal sendo uma localidade endêmica em região livre de transmissão. Essa condição é impulsionada pela precariedade do saneamento e pelo fluxo migratório de áreas endêmicas. No município, a notificação é dividida em casos graves que são registrados no SINAN, enquanto casos leves constam no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE).

Em 2023, Salvador notificou 121 casos, sendo 101 leves e 20 graves. No cenário regional, a capital baiana registrou o segundo maior número de notificações de casos graves

CONSULTA PÚBLICA

entre as capitais do Nordeste, superada apenas por Recife, que contabilizou 31 registros graves no mesmo período (BRASIL, 2025).

Em 2023, Salvador apresentou um coeficiente de incidência de 3,9 casos por 100 mil habitantes de casos leves, sendo DS Cabula/Beirú aquele com maior incidência (7,23/100 mil hab.), seguido do DS Boca do Rio (6,54/100 mil hab.) e do DS Barra/Rio Vermelho (6,10/100 mil hab). Cabe ressaltar que nesse período, a Fundação Oswaldo Cruz realizou um projeto de investigação e análise de positividade de casos de esquistossomose na região de Saramandaia, pertencente ao território do DS Cabula/ Beirú, e 15 notificações das 27 foram oriundas dos resultados dessa iniciativa. Ao analisar o banco de endereços dos casos de residência no DS Barra/Rio Vermelho percebe-se que uma parte significativa encontram-se em bairros de alto poder aquisitivo com condições adequadas de saneamento, sendo possível supor que alguns casos sejam oriundos de contatos com rios e lagoas de outras regiões endêmicas do estado e do país.

Tabela 65- Coeficientes de incidência por 100 mil habitantes de casos leves e casos graves de esquistossomose em Salvador por distrito sanitário de residência, 2023

Distritos Sanitários	Casos Leves	Incidência Casos Leves	Casos Graves	Incidência Casos Graves
Centro Histórico	2	2,88	0	0,00
Itapagipe	2	1,27	1	0,64
São Caetano/Valeria	6	2,41	4	1,61
Liberdade	1	0,58	0	0,00
Brotas	5	2,54	2	1,02
Barra/Rio Vermelho	20	6,10	2	0,61
Boca do Rio	8	6,54	1	0,82
Itapoan	9	3,72	3	1,24
Cabula/Beirú	27	7,23	2	0,54
Pau da Lima	9	4,25	3	1,42
Subúrbio Ferroviário	6	1,92	1	0,32
Cajazeiras	5	3,25	1	0,65
Não classificados	1	0,04	0	0,00
SALVADOR	**101**	**3,90**	**20**	**0,77**

Fonte: SINAN e SISPCE. Acesso em 23/07/2025

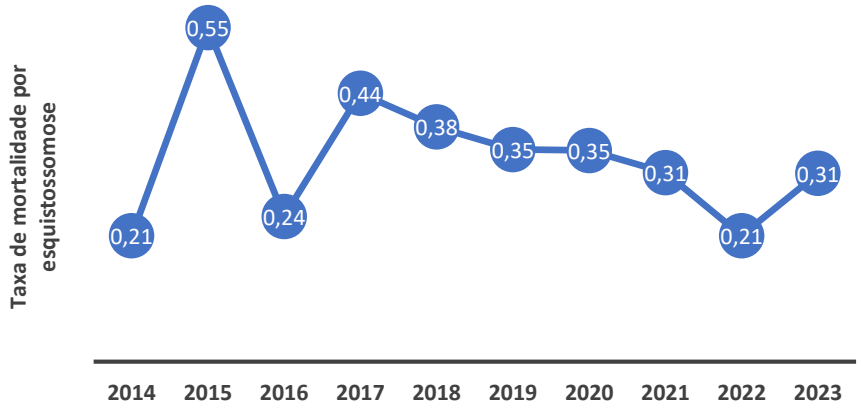
Quanto aos casos graves de esquistossomose em 2023, os distritos de São Caetano/Valéria (1,61/100 mil hab.), Pau da Lima (1,42) e Itapoan (1,24) registraram as maiores incidências, enquanto Liberdade e Centro Histórico não apresentaram ocorrências. O perfil epidemiológico revela que os casos leves predominam na faixa de 50 a 64 anos (38%) com divisão equitativa entre sexos, já os casos graves concentram-se em homens (70%) e na faixa de 60 a 69 anos (35%). No recorte de raça/cor dos casos graves, 46% declararam-se pardos, 16% pretos, 5% brancos e 1% indígenas, sendo impossível analisar este dado nos casos leves

CONSULTA PÚBLICA

devido à defasagem do sistema SISPCE. Por fim, ressalta-se que o Ministério da Saúde classifica o óbito pela doença como um evento evitável, condicionado à eficácia do diagnóstico e tratamento precoce para impedir lesões hepáticas crônicas.

Considerando a série histórica de 2014 a 2023, ocorreram 95 óbitos entre residentes de Salvador, cuja a causa básica registrada na declaração de óbito foi esquistossomose. O ano de 2015 se destacou no período da série com a ocorrência de 16 óbitos e uma taxa de mortalidade de 0,55/100 mil hab. No ano de 2023 a taxa foi de 0,31/100 mil hab., um valor 47,6% maior que o ano anterior, que vinha apresentando uma tendência de redução na curva analisada.

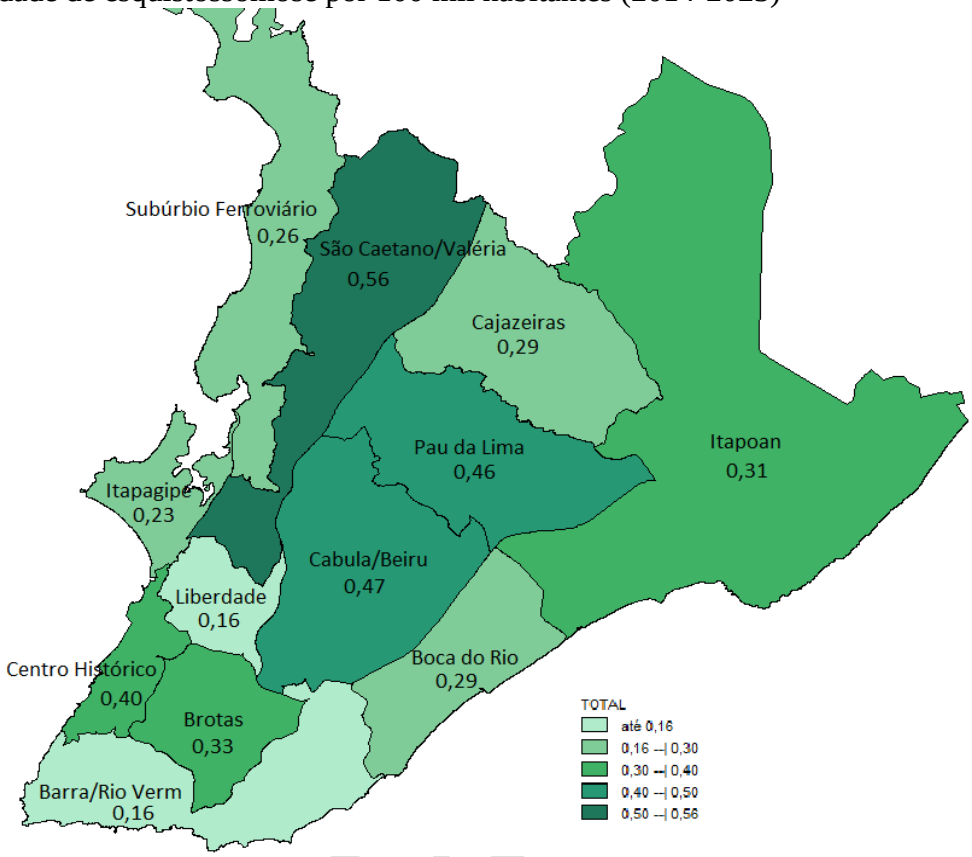
Gráfico 242 - Taxa de mortalidade/100 mil hab. de esquistossomose em Salvador,2014-2023.



Fonte: SIM e TABNET. Acesso em 29/07/2025

Entre 2014 e 2023, a média da taxa de mortalidade por esquistossomose em Salvador foi maior nos distritos de São Caetano/Valéria (0,56/100 mil hab.), Cabula/Beirú (0,47) e Pau da Lima (0,46). Em contrapartida, as menores médias ocorreram na Liberdade e na Barra/Rio Vermelho, ambas com 0,16/100 mil hab. O caso da Barra/Rio Vermelho chama atenção por aliar uma alta incidência de casos leves à menor mortalidade histórica, o que sugere que as melhores condições socioeconômicas da região favorecem o diagnóstico e o tratamento precoces, evitando o agravamento do quadro clínico.

Mapa 19 - Distribuição espacial dos distritos sanitários de Salvador com as médias das taxas de mortalidade de esquistossomose por 100 mil habitantes (2014-2023)



Fonte: Figura elaborada pelo Setor de Agravos/VIEP/DVIS/SMS em 30/07/2025

No intuito de monitorar os focos de transmissão da esquistossomose no município, o Centro de Controle de Zoonoses de Salvador (CCZ) desenvolve sistematicamente inquéritos malacológicos identificando coleções hídricas com foco ativo para transmissão. De 2010 até o presente momento, 12 coleções hídricas monitoradas apresentaram episódios de positividade para eliminação da forma larvária do parasita. As referidas áreas com potencial risco de contaminação estão localizadas nos seguintes bairros: Barbalho, Pirajá, Marechal Rondon, Pituaçu, Imbuí, Itapuã, Parque São Cristóvão, Santo Inácio, Pau da Lima, Itacaranha e Lobato.

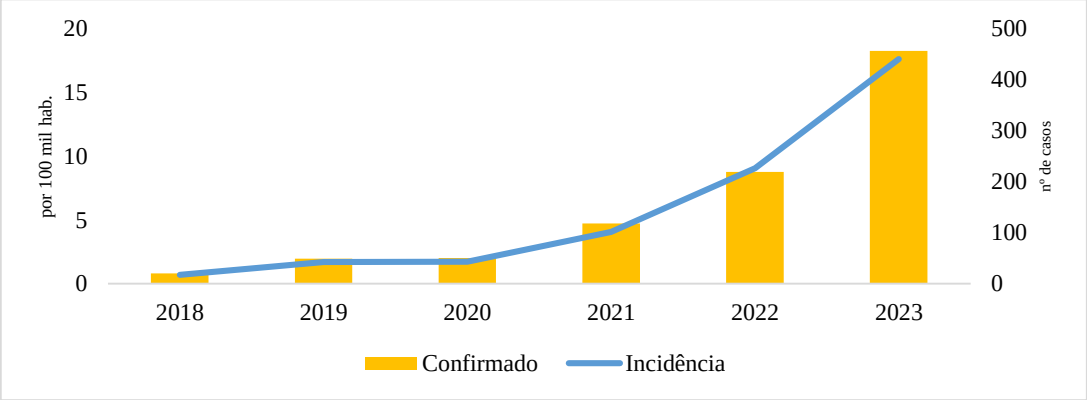
Em termos ambientais, considera-se também que as mudanças climáticas são um fator que pode vir a ocasionar a emergência de novos casos de esquistossomose devido às chuvas de maior magnitude e a ocorrência de alagamentos, expondo a população ao maior risco de contato com as coleções hídricas onde há ameaça de transmissão da doença (OLIVEIRA et al, 2023).

CONSULTA

10.4.1.7 Esporotricose

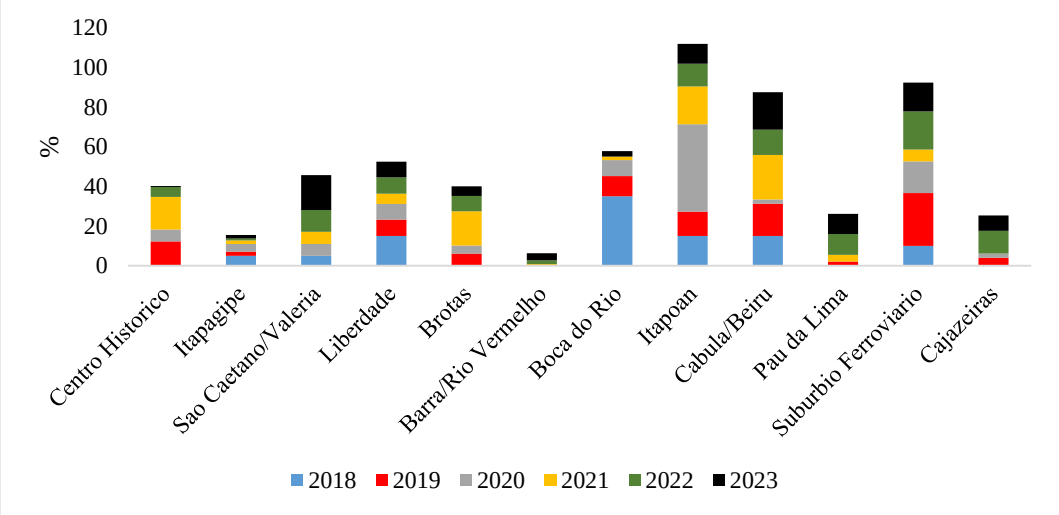
Entre 2018 e 2023, Salvador consolidou-se como o principal polo de esporotricose humana na Bahia, registrando 1.075 casos no período. A doença, causada por fungos do gênero *Sporothrix* com destaque para *S. schenckii* e transmitida por matéria orgânica ou animais infectados (principalmente felinos), apresentou um crescimento expressivo quando saltou de 30 casos em 2018 para 528 em 2023. Atualmente, a enfermidade atinge todos os 12 distritos sanitários da capital, com maior concentração e disseminação nos distritos do Subúrbio Ferroviário, Cabula/Beiru, São Caetano/Valéria e Itapoan.

Gráfico 243 – Número de casos confirmados e taxa de incidência de esporotricose humana, Salvador-BA, 2018- 2023.



Fonte: Tabnet Salvador. Acesso 26/09/25.

Gráfico 244 - Percentual de casos notificados de Esporotricose Humana, Salvador 2018-2023.



Fonte: Tabnet Salvador. Acesso 26/09/25.

Quanto às características sociodemográficas dos casos em Salvador, observou-se predominância no sexo feminino (67%), na população parda (54,14%) e na faixa etária de 20 a 49 anos (47%). A taxa de cura clínica de 56% dos casos evoluindo para esse desfecho, e a

confirmação da doença baseou-se majoritariamente em critérios clínico-epidemiológicos (76% dos casos).

O perfil socioeconômico e ambiental da cidade cujo clima é tropical, quente e úmido contribui para a disseminação da esporotricose, uma vez que o fungo está em vegetais em decomposição, solo e matéria orgânica, e a manifestação frequente da transmissão zoonótica, principalmente pelo contato com gatos infectados que circularam amplamente pela cidade, em situação semi-domiciliada e com acesso à rua, favorecendo a circulação da doença humana.

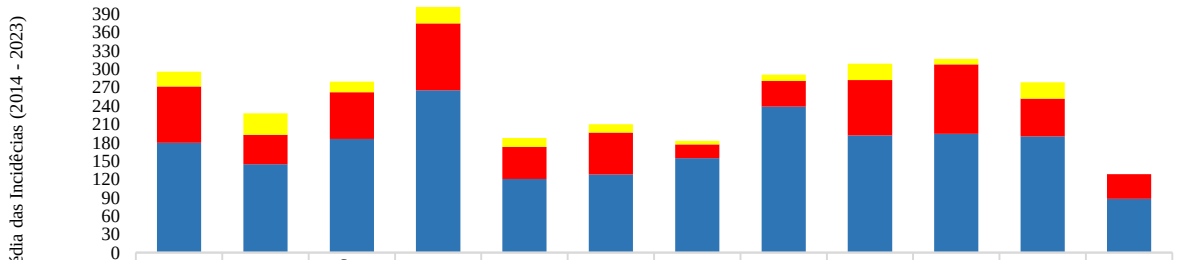
Importante salientar que a construção da série histórica no período indicado para a análise de situação de saúde está comprometida pois ao longo dos anos da análise a Esporotricose passou de notificação individual (2018) para notificação Estadual (2023) e este ano de 2025 tornou-se de notificação Nacional.

10.4.2 Doenças de Transmissão Vetorial

Assim, como no restante do Brasil, Salvador, vivencia um contexto de circulação simultânea dos vírus dengue, chikungunya e Zika. Verifica-se no gráfico 1 as incidências médias de dengue, chikungunya e Zika por Distrito Sanitário ao longo do tempo de 2014 a 2023.

A chikungunya, apesar de apresentar uma incidência inferior à da dengue pode cursar com dores crônicas nas articulações, com complicações neurológicas e, nas pessoas com morbidades prévias pode significar o agravamento do quadro de saúde e evolução para óbito. Em relação à Zika, embora, a maioria dos casos, se manifeste como uma doença leve e autolimitada, continua sendo monitorada atentamente devido a possibilidade de complicações neurológicas e da ocorrência de Zika Congênita.

Gráfico 245 - Média das incidências de dengue, chikungunya e Zika, Salvador-BA, 2014-2023.



	Centro Histórico	Itapagipe	Sao Caetano/Valeria	Liberdade	Brotas	Barra/Rio Vermelho	Boca do Rio	Itapoan	Cabula/Beiru	Pau da Lima	Suburbio Ferroviario	Cajazeiras
Zika	24,2	34,9	17,6	34,1	14,8	13,8	5,7	10,7	26,2	9,1	26,9	
Chikungunya	91,5	48,1	76,3	109,4	52,3	68,0	22,8	41,6	90,6	113,4	61,3	39,9
Dengue	179,7	144,3	185,6	264,9	120,3	128,0	154,3	238,5	191,4	194,0	190,1	88,2

Fonte: Sinan net e Sinan online. Dados acessados em: 07/07/2025.

CONSULTA PUBLICA

10.4.2.1 Dengue

A dengue circula de forma endêmica em Salvador, com os sorotipos 1 e 2 causando casos graves e óbitos. No cenário nacional, 2024 registrou o recorde histórico com 6.593.268 casos prováveis (incidência superior a 3.000/100 mil hab.). Embora o Ministério da Saúde considere grave a taxa acima de 300/100 mil hab., Salvador superou esse limite em 2019 (326,25), 2020 (381,16) e 2023 (495,23). Entre 2019 e 2022, o Brasil enfrentou epidemias consecutivas, com as maiores incidências acumuladas em Goiás (5.101,9), Mato Grosso do Sul (4.898,6) e Distrito Federal (4.512,5).

No município de Salvador, entre 2014 e 2023, foram notificados 52.547 casos prováveis de dengue e 30 óbitos, com incidências anuais variando de 29,13 casos por 100 mil habitantes em 2021 a 495,23 casos por 100 mil habitantes em 2023. Em 2020 e 2021, verificou-se uma redução expressiva no número de notificações de todas as doenças, atribuída à pandemia de COVID-19. Para fins de comparação, no município de Belo Horizonte, no mesmo período, foram notificados 316.853 casos prováveis, com incidências variando de 20,0 a 6.217,7 casos por 100 mil habitantes. A incremento dos casos prováveis do município de Belo Horizonte em relação à Salvador neste intervalo de tempo foi de 503,0%.

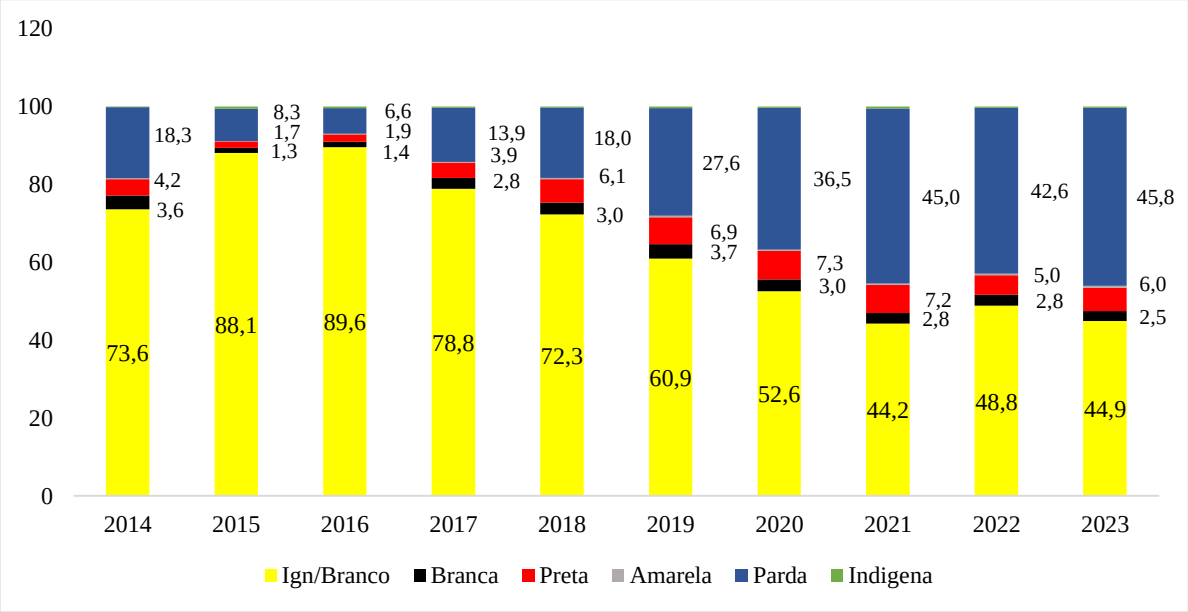
Em 2023, as maiores incidências de dengue em Salvador ocorreram nos distritos de Itapuã (1.113,6/100 mil hab.), Liberdade (649,6) e Itapagipe (608,4). Verifica-se que os sorotipos de dengue que circularam na população durante o período analisado, considerando os casos prováveis, foram o **DENV1 (n=513)**, **DENV2 (n=22)** e **DENV4 (n=197)**. Ressalta-se que o **DENV1** foi identificado em todos os anos da série, exceto em 2021. O **DENV2** apresentou circulação nos anos de 2017, 2018 e 2023, e o **DENV4** foi detectado apenas em 2014 e 2015. Destaca-se ainda que, em 2025, houve isolamento do **DENV3** em Salvador. Assim, pode-se afirmar que, a partir dessa detecção, todos os quatro sorotipos que circulam no Brasil já foram identificados na capital baiana, o que reforça a condição de risco frequente para a ocorrência de surtos e epidemias na cidade.

A distribuição dos casos por sexo de nascimento manteve-se relativamente semelhante ao longo dos anos, com discreto predomínio das notificações em pessoas do sexo feminino. A maior diferença foi observada em 2014, quando 56,9% dos casos ocorreram em mulheres e 43,0% em homens. Em relação a raça/ cor da pele, apesar de se verificar melhoria no preenchimento desse dado, ainda é elevado o número de notificações incompletas nesse quesito (Gráfico 2). O percentual de notificações com esse dado “ignorado” saiu de 73,6% em 2014 para 44,9% em 2023. O percentual de pessoas autodeclaradas negras (pretas e pardas)

CONSULTA PÚBLICA

notificadas por suspeita de dengue superou o percentual de pessoas brancas, amarelas e indígenas somadas, representando 35,6% durante todo o período de análise.

Gráfico 246 - Distribuição de casos prováveis de dengue por raça/cor da pele, Salvador 2014 – 2023.



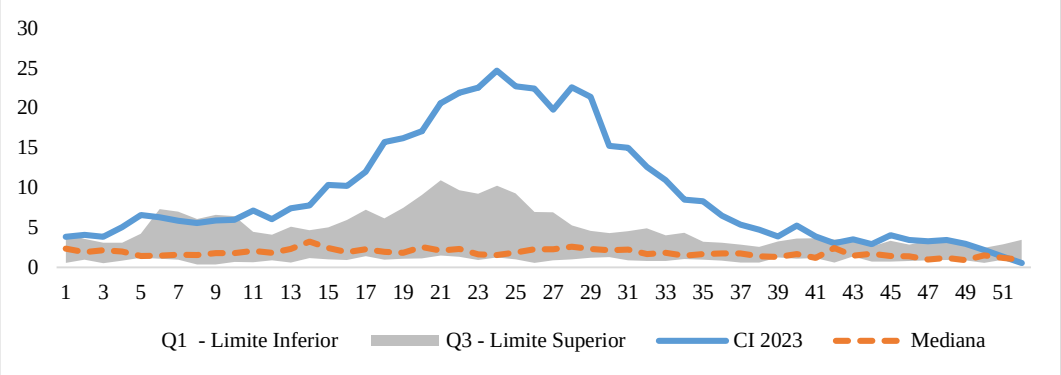
Fonte: Viep/DVIS/ Sinan. Dados acessado em: 07/07/2025.

Quanto à necessidade do internamento, verifica-se que a hospitalização historicamente (considerando o período de 2014 a 2023) foi mais frequente na faixa etária de 10 a 14 anos (20,89%), seguida de 1 a 4 anos (17,9%) e 20 a 34 (17%). Após estabelecimento de faixa etária prioritária pelo Ministério da Saúde, a vacinação contra a dengue foi iniciada em Salvador em 2024 na faixa etária dos 10 aos 14 anos, perfazendo uma cobertura de 2,98% (dados até 03/07/2025). Nos anos subsequentes, poderá ser possível acompanhar o impacto do imunobiológico, com expectativa de ampliação da cobertura vacinal.

Na série apresentada ocorreram 30 óbitos por dengue em Salvador, com a maior quantidade em 2014 e 2023 (8), seguido de 2015 e 2019 (5). O estado da Bahia em 2019 esteve em 5º lugar no Brasil no número de óbitos (38), atrás de São Paulo (273), Minas Gerais (185), Goiás (91) e Distrito Federal (60).

CONSULTA

Gráfico 247 - Diagrama de controle da dengue, Salvador, 2023.



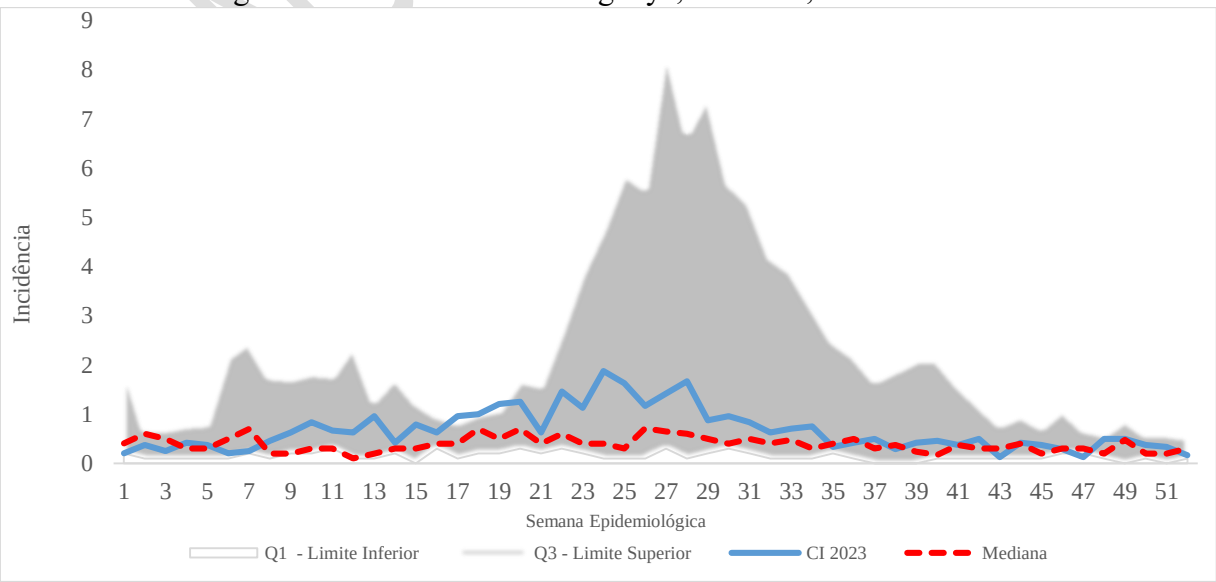
Fonte: Viep/DVIS/ Sinan. Dados acessado em: 07/07/2025.

10.4.2.2 Chikungnya

Desde a sua introdução em 2014, o vírus chikungunya circula em Salvador com alternância entre períodos endêmicos e epidêmicos, podendo causar quadros crônicos e óbitos, especialmente em idosos e pessoas com comorbidades. No cenário regional, o Nordeste concentrou o maior número de casos prováveis entre 2014-2017 e 2020-2022. Nesse contexto, a Bahia liderou as notificações nos anos de 2014 (1.473 casos), 2015 (23.636), 2016 (51.684) e 2020 (40.599).

No município de Salvador, no período de 2014 a 2023 foram notificados 21.210 casos prováveis de chikungunya, com incidências anuais que variaram de 3,71 (2018) a 428,07 casos por 100 mil habitantes em 2020. Esta amplitude estruturou o diagrama de controle com largo corredor endêmico entre as semanas epidemiológicas 13 a 35 (Gráfico 4).

Gráfico 248 - Diagrama de controle da chikungunya, Salvador, 2023.

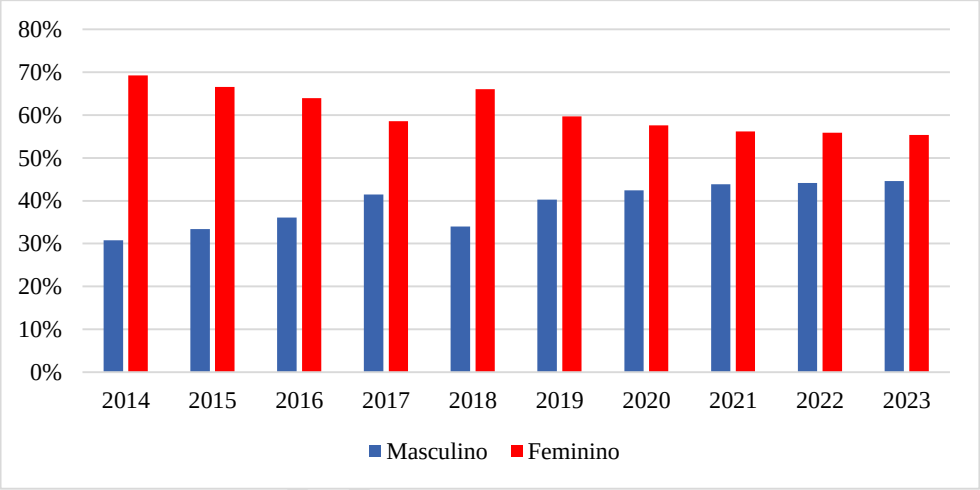


Fonte: Viep/DVIS/ Sinan. Dados acessado em: 07/07/2025.

CONSULTA PUBLICA

A análise por Distrito Sanitário aponta risco sustentado em Pau da Lima e Liberdade, que lideraram a incidência em pelo menos 5 anos da série histórica que em 2020, registraram 724,28 e 646,76 casos/100 mil hab., respectivamente. No período de 2014 a 2023, houve 8 óbitos sendo 2 em 2019 (Itapuã), 3 em 2020 (Cabula/Beiru e Barra/Rio Vermelho), 1 em 2022 (Cajazeiras) e 2 em 2023 (Subúrbio Ferroviário e Centro Histórico). Embora as mulheres ainda sejam as mais afetadas, a disparidade de sexo vem diminuindo drasticamente em Salvador já que a diferença, que era de 38,5% em 2014 (69,2% mulheres vs. 30,8% homens), caiu para 10,7% em 2023 (55,4% mulheres vs. 44,6% homens).

Gráfico 249 - Distribuição percentual dos casos de chikungunya por sexo de nascimento, Salvador, 2014 – 2023.



Fonte: Viep/DVIS/ Sinan net e Sinan online. Dados acessado em: 07/07/2025.

10.4.2.3 ZIKA

Detectado em Salvador em 2015, o vírus Zika acumulou 21.057 casos prováveis até 2023. O pico ocorreu no ano de introdução, com quase 17 mil notificações (incidência de 568,9/100 mil hab.). Embora a taxa tenha caído para 2,76/100 mil hab. em 2021, costuma subir em anos epidêmicos de dengue devido à semelhança clínica e à reação cruzada em exames sorológicos. No perfil por sexo, a distribuição é semelhante à das outras arboviroses, com uma maioria discreta de mulheres (59% em média na série histórica).

Analisando-se as incidências por Distrito Sanitário, observa-se que por 5 anos as incidências do Subúrbio Ferroviário estiveram entre as maiores no município (2016-2020), bem como o Centro Histórico (2015, 2018 e 2019) e Itapagipe (2015, 2022 e 2023). Destacam-se as taxas verificadas nos Distritos de Itapagipe em 2023, com 207,4 casos por 100 mil habitantes; e na Liberdade e no Subúrbio Ferroviário com 171,5 e 67,33 casos por 100 mil habitantes

respectivamente em 2020.

Embora Salvador não tenha registrado óbitos por Zika, a doença é grave pela ocorrência da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) em gestantes. Entre 2015 e 2023, o Brasil notificou 22.251 casos suspeitos, confirmando 3.742 (16,8%). Destes confirmados, 1.828 (48,9%) tiveram etiologia por Zika, com a grande maioria (1.380 ou 75,5%) concentrada na região Nordeste (BRASIL, 2024b).

Entre 2015 e 2023 foram notificadas 495 crianças que nasceram com microcefalia e/ou outras más formações atribuíveis ao Zika e/ou outras doenças como sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes (Tabela 66).

Tabela 66 - Casos prováveis de crianças com síndrome congênita, Salvador, 2015-2023[61]

Ano de notificação	Desconhecida	Não informado	STORCH	Zika	STORCH + Zika	Total
2015	44	1	5	83	-	133
2016	67	37	5	83	-	192
2017	33	23	7	1	-	64
2018	32	3	3	-	-	38
2019	8	7	1	-	-	16
2020	8	-	1	1	1	11
2021	11	3	4	-	1	19
2022	2	11	-	-	1	14
2023	-	8	-	-	-	8
Total	205	93	26	168	3	495

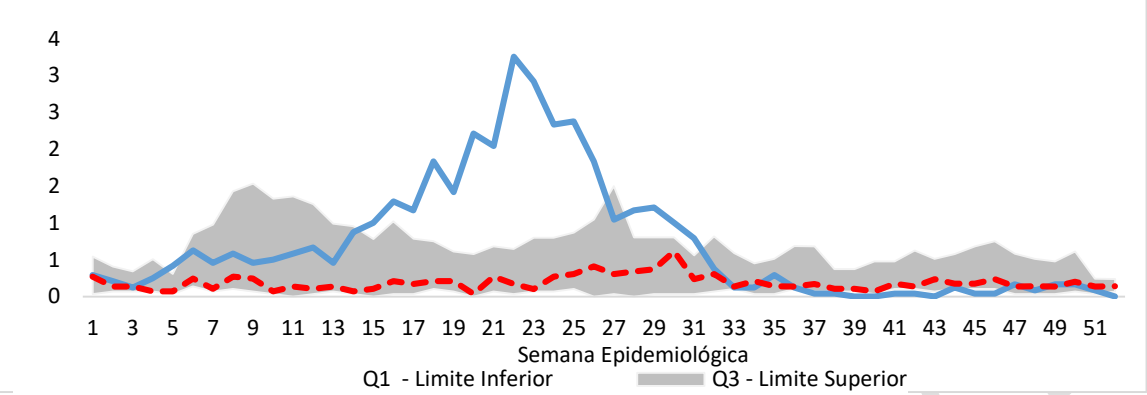
Fonte: RESP-Microcefalia. Tabulado em 25/08/2025

A definição da etiologia da Zika é dificultada pela falta de exames diagnósticos especialmente no início da epidemia, pela natureza assintomática da doença e pela ausência de rastreamento no pré-natal. A propagação das arboviroses está ligada a determinantes sociais (renda, saneamento e acesso à saúde) e ambientais (clima, pluviosidade e gestão de resíduos). No contexto atual de emergências climáticas, a interdependência desses fatores dinâmicos tem impulsionado a frequência de surtos e epidemias (ROMANELLO et al, 2024).

Nesse novo cenário, a sazonalidade menos previsível exige monitoramento contínuo de notificações, positividade laboratorial e vírus circulantes. A maior ocorrência entre mulheres pode refletir tanto sua maior presença nos serviços de saúde quanto padrões culturais de cuidado e exposição. Já a análise por raça/cor aponta maior vulnerabilidade da população negra, que predomina em áreas com condições precárias de saneamento, moradia e saúde, fatores que agravam a exposição às arboviroses.

[61] Excluídos casos inativos e descartados

Gráfico 250 - Diagrama de controle da Zika, Salvador, 2023.



Fonte: DVIS/BIEP//Sinan net e Sinan online. Dados acessado em: 07/07/2025.

10.4.2.4 Leishmaniose Visceral e Tegumentar

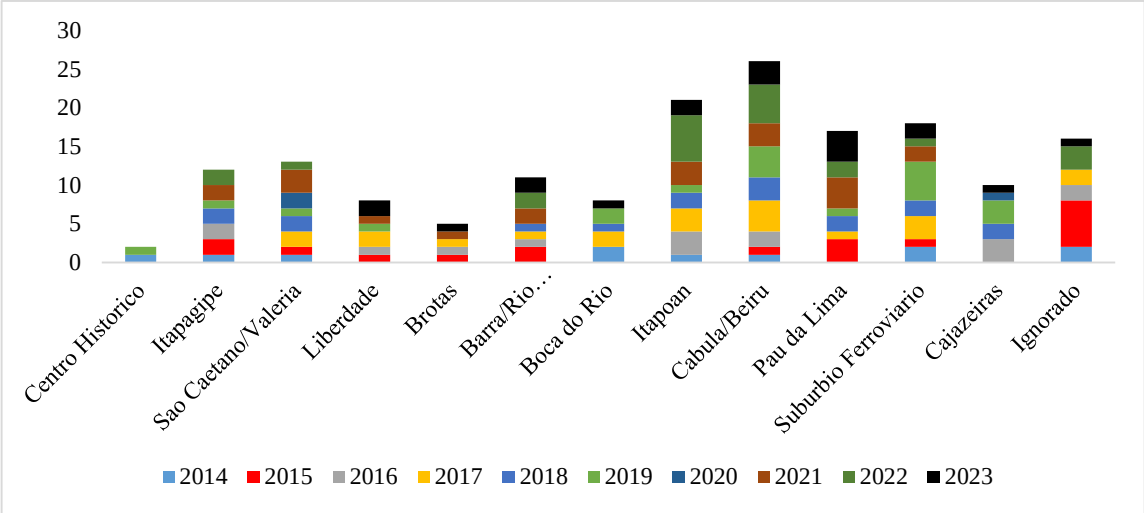
As leishmanioses são zoonoses que, ao atingirem seres humanos, tornam-se antropozoonoses. Devido à sua alta letalidade e incidência, a leishmaniose visceral é classificada como uma doença emergente e crítica, especialmente em crianças desnutridas, pacientes sem tratamento e indivíduos com HIV, sendo uma das prioridades atuais da saúde pública (BRASIL, 2014).

Ao analisarmos a situação de saúde da Leishmaniose Visceral Humana no município Salvador observamos que segue a mesma característica nacional revelando-se uma zoonose de evolução crônica, com acometimento sistêmico e, se não tratada, pode levar a óbito até 90% dos casos. É transmitida ao homem pela picada de fêmeas do inseto vetor infectado, denominado flebotomíneo e conhecido popularmente como mosquito palha, asa-dura, tatuquiras, birigui, dentre outros. No Brasil, a principal espécie responsável pela transmissão é a *Lutzomyia longipalpis*. (BRASIL, 2014)

No que diz respeito ao perfil epidemiológico, entre 2014 e 2023, Salvador apresentou 167 casos notificados, sendo o DS Cabula/Beiru responsável pelo maior número de registros, com 15,5% (26/167) dos casos.

Gráfico 251 - Número de casos notificados de Leishmaniose Visceral segundo distrito sanitário, Salvador-BA, 2014-2023.

CONSULTA PUBLICA



Fonte: SINAN/TABWIN. Acesso: 21.08.25.

Vale destacar que 72,1% (109/151) dos casos notificados permaneceram com o critério de confirmação ignorado ou em branco, enquanto apenas 23,1% (35/151) foram confirmados pelo critério laboratorial, padrão ouro para o agravo e 4,6% (7/151) por critério clínico epidemiológico.

Ao analisarmos os casos de Leishmaniose Visceral segundo unidade notificadora, observamos que o município de Salvador registrou 177 casos notificados tanto em residentes e não residentes. As unidades hospitalares foram responsáveis por 89,3% (158/177) do total de registros.

10.4.3 Doenças Imunopreviniveis

10.4.3.1 Vírus Respiratório (Influenza/SRAG/Covid-19)

Os vírus respiratórios, como influenza, Vírus Sincicial Respiratório (VSR), vírus parainfluenza, metapneumovírus, rinovírus, coronavírus, adenovírus e bocavirus, possuem alto impacto na morbimortalidade global devido à sua eficiente transmissão pessoa a pessoa (BRASIL, 2024). A vigilância da influenza é coordenada mundialmente pela OMS, focando no monitoramento de Síndrome Gripal (SG), Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e na emergência de novos subtipos virais (WHO, 2022).

No Brasil, essa vigilância foi implantada no ano 2000 pelo Ministério da Saúde, operando por meio de unidades sentinelas que coletam amostras de casos de SG e hospitais que monitoram casos de SRAG. Todos os dados e amostras clínicas coletados devem ser obrigatoriamente notificados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) (BRASIL, 2023).

CONSULTA PUBLICA

Em Salvador, a rede Sentinela de Influenza é composta pelas seguintes Unidades de ProntoAtendimento (UPA): UPA Adroaldo Albergaria, UPA Vale dos Barris, UPA Hélio Machado, PA Edson Teixeira e PA Alfredo Bureau.

A dinâmica da circulação viral no território apresentou variações significativas ao longo da última década: em 2014, observou-se o predomínio do VSR e Influenza B, seguido por um 2015 com crescimento expressivo do VSR no início do ano e ausência de registros nos cinco meses finais. Entre 2016 e 2017, a Influenza A predominou nos primeiros quadrimestres, enquanto a Influenza B destacou-se nos períodos posteriores. O ano de 2018 foi marcado pela circulação de nove vírus diferentes, com hegemonia da Influenza A, enquanto em 2019 o Adenovírus e a Influenza B foram constantes, com presença inicial do Metapneumovírus. A partir de 2020, a pandemia de SARS-CoV-2 impôs uma dominância desse vírus que se estendeu por todo o ano e pela maior parte de 2021, quando a Influenza A ressurgiu nos dois meses finais e novamente em 2022. Por fim, em 2023, o Rinovírus circulou durante todo o período, embora o SARS-CoV-2 tenha retomado grande intensidade no último trimestre.

10.4.3.2 Meningites

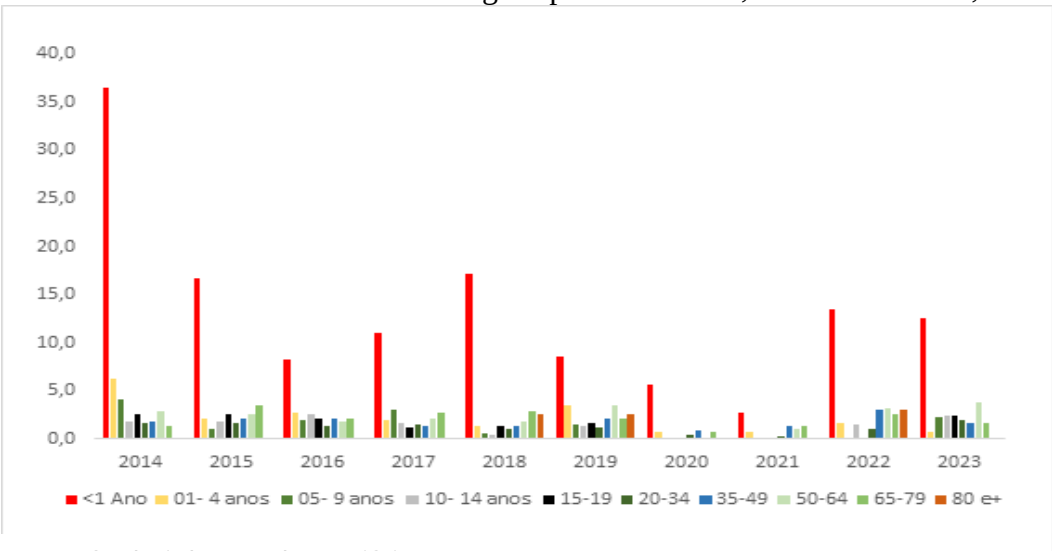
As meningites bacterianas têm um maior destaque no cenário da saúde pública, em especial as causadas pela Neisseria meningitidis (meningococo), Streptococccus pneumoniae e Haemophilus influenzae tipo b.

No período desta análise foram registrados 2879 casos de meningite, destes 1828 (63,5%) foram confirmados. Com relação às etiologias os maiores registros são de meningites de etiologia viral, responsável por 833 (45,7%) dos casos, seguidos das meningites bacterianas com 499 (27,4%) e das meningites de etiologia não especificada com 406 (22,3%). No quesito raça/cor o predomínio dos casos ocorre na população autodeclarada parda com 951 (52%). O número de ignorados/branco ainda representa uma parcela significativa da amostra 533 (29,2%), o que gera a incompletude de dados.

No período analisado foram registrados 206 óbitos, sendo a maior taxa de letalidade encontrada na meningite por Pneumococo com taxa de letalidade 46,7% (42 óbitos). A faixa etária de maior risco para adoecimento pelas meningites é a população menor de 1 ano. Justificado as ações de saúde pública voltadas para esse público alvo, na tentativa de prevenção e controle da doença. Observa-se uma redução dos valores de incidência ao longo da série histórica.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 252 - Incidência de casos de Meningites por faixa etária, em Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN/TABWIN. Acesso: 03.07.25.

A incidência média de casos de meningites bacterianas no período analisado ficou em torno de 1,8 casos por 100 mil habitantes, sendo o maior registro no ano de 2014 com 2,8 casos por 100 mil habitantes. A redução dos valores de incidência no período de 2020 - 2022 pode ter influência da pandemia do COVID-19 (Gráfico 253).

Gráfico 253 - Incidência das meningites bacterianas, Salvador-BA, 2014-2023.

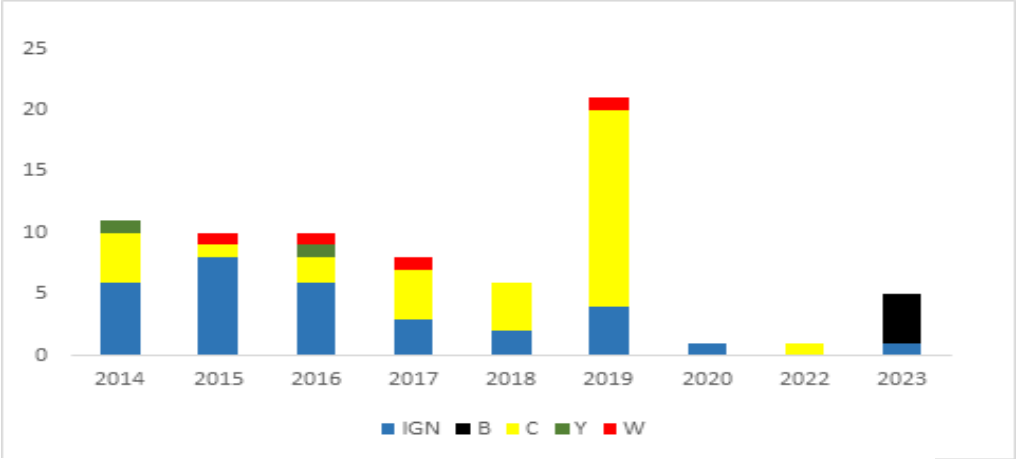
Fonte: SINAN/TABWIN. Acesso: 03.07.25.

Ao longo da série histórica foram confirmados 73 casos de doença meningocócica, sendo o maior registro de casos no ano de 2019 com 21 casos (Inc. 0,73 por 100.000mil hab. Vale pontuar que 23,3% (4) dos casos da doença meningocócica ocorridos no ano de 2019 ocorreram ao surto ocorrido na Feira de São Joaquim. No momento foi necessário realizar medidas de controle com uma ação multisetorial e bloqueio vacinal em 2.060 trabalhadores.

Com relação à identificação dos sorogrupos houve predomínio do sorogrupo C com 32 registros (46,4%). Vale destacar, que no ano de 2023, todos os casos da doença meningocócica

registrados foram do sorogrupo B. No mesmo período foi registrado surto da doença em Alagoas com a identificação deste sorogrupo, com registro 16 casos (72,7%) dos 26 casos registrados e taxa de letalidade de 27,7% com 06 óbitos (MS, 2023)[1]

Gráfico 254 - Sorogrupos dos casos de Doença Meningocócica, Salvador-BA, 2014-2023.



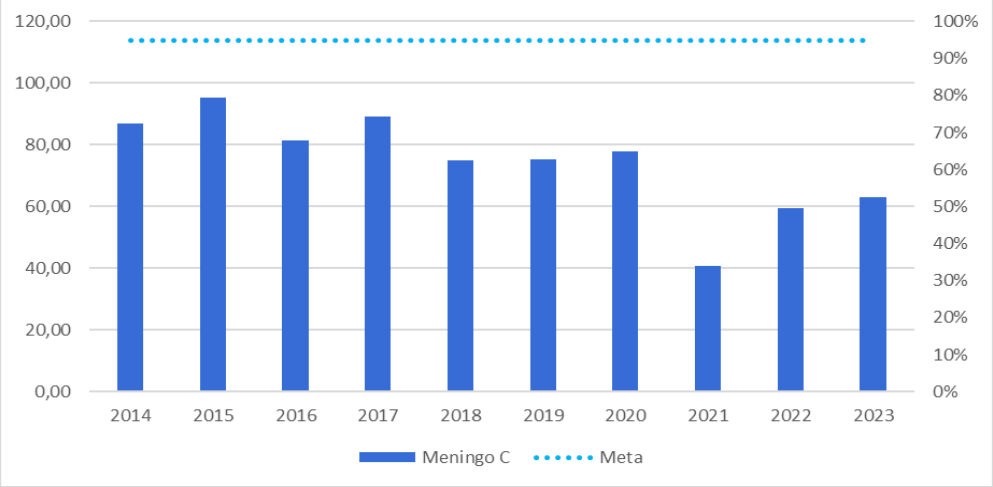
Fonte: SINAN/TABWIN. Acesso: 03.07.25.

A vacina Meningocócica C é uma vacina inativada essencial para prevenir doenças causadas pelo meningococo C, patógeno de alta gravidade e letalidade no Brasil. Introduzida no Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 2010, ela é indicada para crianças de 3 meses a menores de 5 anos e adolescentes de 11 e 12 anos, servindo também para o controle de surtos e bloqueios vacinais (BRASIL, 2025; RIBEIRO; PERCIO; MORAES, 2017).

Contudo, a rede de saúde enfrentou um desabastecimento da Meningo C iniciado em setembro de 2023 e estendido por 2024 devido ao descumprimento de cronogramas de entrega. Essa escassez resultou no aumento não previsto do consumo da vacina Meningo ACWY, que passou a ser utilizada como alternativa substituta no período (BRASIL, 2025).

Com base no Gráfico 255, percebe-se que a cobertura vacinal da meningo C, em Salvador, no decênio estudado, apresentou oscilação com menor percentual em 2021 e maior em 2015. Nota-se que no período de 2014 a 2020, as coberturas flutuaram, com alternância de percentual entre 75 e 95%.

Gráfico 255 - Percentual de Cobertura Vacinal da Meningo C, em Salvador, 2014-2023.



Fonte: SI-PNI. Dados até 2022 no LocalizaSUS. Acesso em 15/09/2025.

10.4.3.3 Coqueluche

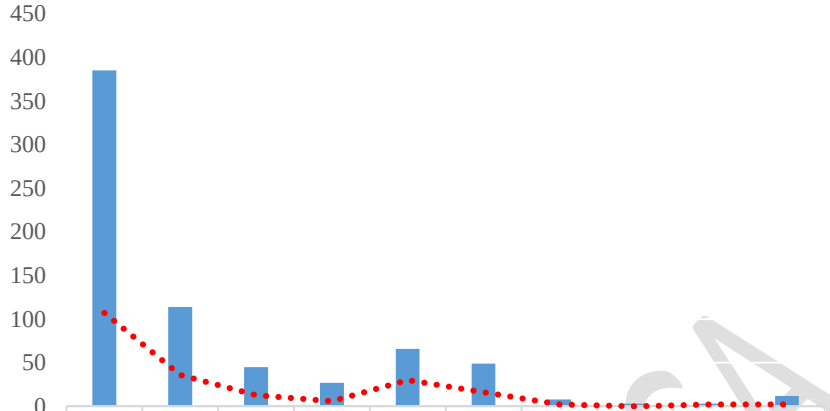
A coqueluche é uma doença infecciosa aguda, imunopreveníveel e transmissível que afeta a traqueia e os brônquios, caracterizando-se por paroxismos de tosse seca e alto risco de complicações e morte em lactentes. Sua transmissão ocorre pelo contato direto com secreções da orofaringe de pessoas infectadas.

A vigilância epidemiológica da doença foca na detecção precoce de casos para prevenir surtos, no fortalecimento das notificações e investigações via SINAN e na sensibilização de profissionais de saúde para o diagnóstico clínico e tratamento oportuno. Os objetivos centrais incluem a interrupção da cadeia de transmissão, a redução de portadores da bactéria B. Pertussis e a disseminação de dados epidemiológicos para orientar serviços de saúde e a população.

A principal forma de prevenção da coqueluche é a vacinação. As vacinas Pentavalente (vacina adsorvida Difteria, Tétano, Pertussis, Hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae tipo b (conjugada) e a Tríplice Bacteriana (Difteria, Tétano e Pertusis) são disponibilizadas pelo SUS, na rotina dos serviços de saúde de todo o país. A vacina dTpa (Difteria, Tétano e Pertusis acelular), recomendada para crianças com risco de desenvolver ou que desenvolveram eventos graves adversos à vacina, está disponibilizada nos Centros de Referências para Imunobiológicos Especiais (CRIES). Desde 2014 o Ministério da Saúde oferece no Calendário Nacional de Vacinação a dTpa para todas as gestantes, atualmente a partir da 20ª semana e todos os profissionais de saúde (BRASIL, 2025).

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 256 - Número de casos notificados e confirmados de coqueluche em Salvador-BA, 2014 - 2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Notificados	385	114	45	27	66	49	8	3	3	12
Confirmados	107	36	13	6	30	16	2	0	2	2

Fonte: SINAN/TABWIN. Acesso: 30.09.25.

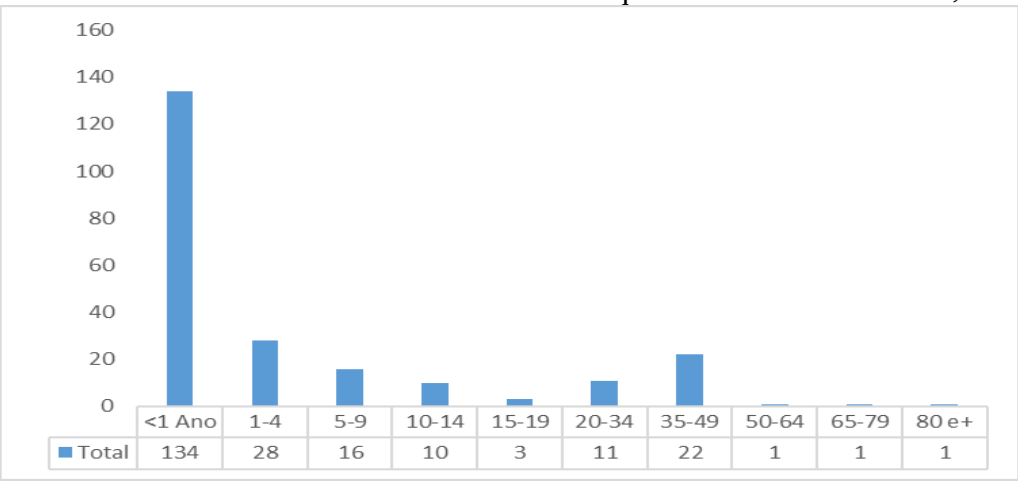
O descreve o número de casos notificados e confirmados no período de 2014 a 2023, em Salvador. Observa-se que, 760 casos de coqueluche foram notificados, destes 227 (29,8%) foram confirmados, 505 (66,4%) foram descartados, 22 casos (3%) estão com encerramento inconclusivo e 08 (0,8) estão com campo de encerramento em branco/ignorado. Reitera-se que não houve óbito no período analisado.

Percebe-se que o ano de 2014 apresentou quantitativo de casos expressivo quando comparado aos outros anos do período analisado. Isso é resultado do pico epidêmico de coqueluche vivenciado no país, quando foram confirmados 8.614 casos (BRASIL, NT 70, 2024).

Uma das características da coqueluche é a ciclicidade. Espera-se pela própria dinâmica natural da doença, a redução e estabilidade de casos pelo menos nos 3° a 5° anos subsequentes a um ciclo epidêmico. Assim, observa-se que desde 2015, a coqueluche tem permanecido endêmica em Salvador, seguindo o mesmo parâmetro do Brasil, com a ocorrência de um número de casos dentro do esperado. Alguns fatores também podem ter contribuído para esse decréscimo como: a inclusão da Vacina dTpa para gestantes e profissionais de saúde, ampliação da quimioprofilaxia aos contatos dos casos suspeitos, novos esquemas terapêuticos e quimioprofiláticos que contribuem para a adesão ao tratamento e eficácia do resultado.

CONSULTA PÚBLICA

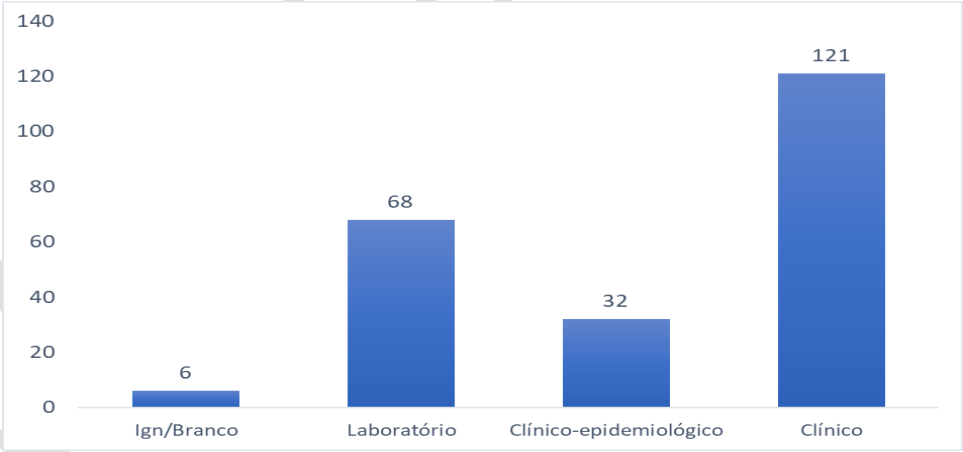
Gráfico 257 - Faixa etária dos casos confirmados de coqueluche em Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN/TABWIN. Acesso: 30.09.25.

No que concerne à faixa etária dos casos confirmados de coqueluche: 134 (59%) casos ocorreram em < 1 ano, 28 (12,3%) casos entre 1 - 4 anos, 16 (7%) casos estavam na faixa etária 5-9 anos, 10 (4,4%) caos dos 10-14 anos, 3 (1,3%) casos de 15 - 19 anos, 11 (4,8%) casos dos 20 - 34 anos, 22 (9,7%) casos na faixa etária de 35 a 49 anos, 01 (0,4%) caso de 50 - 64 anos, 01 (0,4%) caso de 65-79 anos e 01 (0,4%) casos com 80 anos e +.

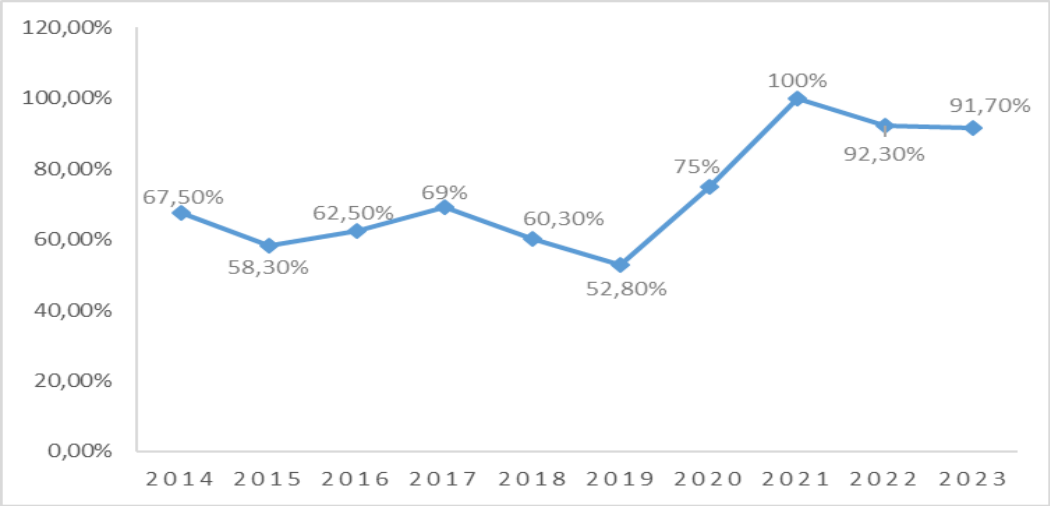
Gráfico 258 - Critério de encerramento dos casos confirmados de coqueluche em Salvador-BA 2014-2023.



Fonte: SINAN/TABWIN. Acesso: 30.09.25.

Em relação ao critério de encerramento dos casos (gráfico 18), 121 (53,3%) casos foram encerrados por critério clínico, 68 (30%) encerrados por critério laboratorial, 32 (14,1%) por critério clínico epidemiológico e 6 (2,6%) casos classificados como ignorados/branco, situações essas que geram incompletude dos dados epidemiológicos.

Gráfico 259 - Percentual de encerramento oportuno dos casos confirmados de coqueluche em Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN/TABWIN. Acesso: 30.09.25.

Conforme análise do acima, em relação ao encerramento oportuno dos casos de coqueluche, no período de 01/01/2014 a 31/12/2023, dos 760 casos notificados, 494 (65%) foram encerrados oportunamente, ou seja, até o 60° dia da notificação, não cumprindo a meta preconizada de 80% entre os anos de 2014 a 2020.

10.4.3.4 Poliomielite

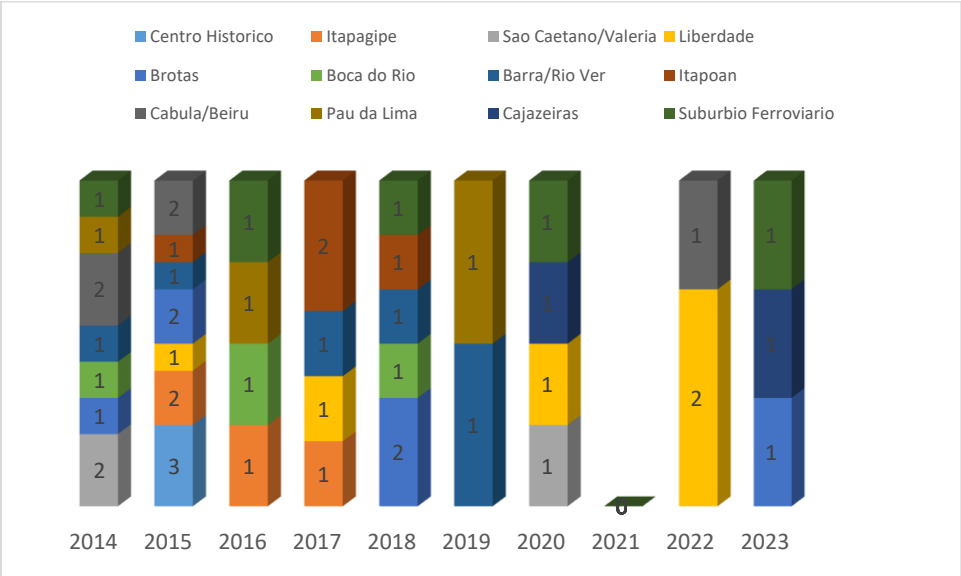
A poliomielite é uma doença viral aguda de transmissão fecal-oral e oral-oral que, embora ocorra em apenas 1% das infecções, causa paralisia flácida súbita e assimétrica, atingindo principalmente os membros inferiores com sensibilidade preservada.

Em Salvador, a Vigilância Epidemiológica monitora casos suspeitos PFA semanalmente por meio de busca ativa em 27 unidades de urgência e emergência que se enquadram no perfil de atendimento de urgência/emergência para menores de 15 anos. O fluxo exige que toda notificação seja investigada em até 48 horas, garantindo o rastreamento rigoroso conforme o calendário de notificação vigente.

Em 2023, foram notificados 03 casos suspeitos de PFA, nos Distritos Sanitários de Brotas, Cajazeiras e Subúrbio Ferroviário. No indicador sobre investigação em 48h, o gráfico 260, mostra a taxa de notificação das PFAs no município de Salvador, no período de 2014 a 2023. Ressalta-se que, a busca deve atender a um (01) caso a cada 100.000 habitantes menores de 15 anos de idade. Exemplificando, o último ano de 2023, a meta tem como objetivo a notificação de cinco (05) casos suspeitos de PFA no ano, sendo que em 2023, notificamos apenas três (03) casos (60%), não atendendo a meta prevista (80%).

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 260 - Percentual de casos suspeitos de PFA por Distrito Sanitário, em Salvador-BAhia, 2014-2023.



Fonte: IMUNIZAÇÃO/DVIS/SMS, acesso em 29/09/25.

Acerca da notificação negativa, o indicador orienta que, 80% das unidades notificadoras informem mensalmente a ocorrência ou não de PFA. Dentre os desafios do agravo, está a sensibilização das unidades notificadoras ou Unidades de Saúde quanto à importância da vigilância sistemática, oportuna e regular, e necessidade de maior mobilização considerando a baixa adesão 10/27 (37%) da notificação semanal, no ano de 2025, mesmo diante de orientações e da importância sistemática deste agravo.

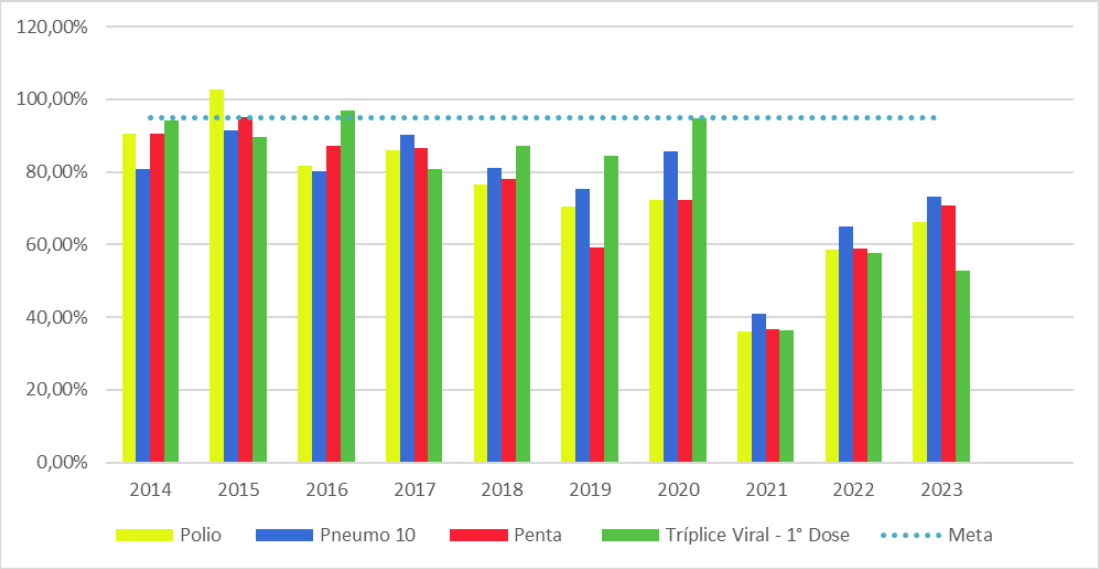
Em relação a coleta oportuna de fezes, pelo menos 80% dos casos devem ter uma amostra de fezes, para cultivo do vírus, coletada até o 14º dia do início da deficiência motora, em quantidade e condições de temperatura para análise. No ano de 2023, tivemos 100% (n=03) no indicador coleta oportuna de fezes.

10.4.3.5 Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e em maiores de 1 ano (Tríplice viral (1ª dose)) - com cobertura vacinal preconizada.

A prática de vacinação possibilita a erradicação de doenças imunopreveníveis, sendo uma das intervenções em saúde mais custo-efetivas e seguras, apresentando-se como componente estratégico e obrigatório dos programas de saúde (CAVALCANTE, 2015).

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 261 - Percentual de Cobertura Vacinal da Pólio, Pneumocócica 10-Valente, Pentavalente e Tríplice Viral, Salvador, 2014-2023.



Fonte: SI-PNI. Dados até 2022 do LocalizaSUS. Acesso em 15/09/2025.

No Brasil, em 2012 o esquema vacinal da poliomielite foi adequado e desde 2016, recomendam-se três doses da vacina inativada de poliovírus no primeiro ano de vida, seguidas de duas doses de reforço com a vacina oral bivalente (sorotipos 1 e 3) (SILVA et al, 2025). Essa mudança de esquema vacinal ficou conhecida mundialmente como estratégia switch (ou estratégia "de reposição"), recomendada pela OMS no contexto da erradicação do poliovírus selvagem.

O gráfico 261 descreve o percentual de cobertura vacinal da Polio, Pneumocócica 10-Valente, Pentavalente e Tríplice Viral, em Salvador, no período de 2014 a 2023. O esquema vacinal contra a poliomielite no Brasil foi adequado em 2012 e, desde 2016, segue a estratégia switch recomendada pela OMS, composta por três doses da vacina inativada no primeiro ano de vida e dois reforços com a vacina oral bivalente (VOPb) (SILVA et al, 2025). Essa mudança de esquema vacinal ficou conhecida mundialmente como estratégia switch (ou estratégia "de reposição"), recomendada pela OMS no contexto da erradicação do poliovírus selvagem.

Ademais, o cenário de 2019 foi marcado pela escassez nacional da vacina pentavalente, após a interdição de milhões de doses de um laboratório pela ANVISA por desvios de qualidade. Esse episódio reforçou o debate sobre a necessidade de fortalecer o parque industrial nacional para garantir a autonomia e sustentabilidade do Programa Nacional de Imunização (PNI) (BRASIL, 2015).

De acordo com o gráfico 261, a análise de cobertura vacinal da poliomielite, no período de 2014 a 2023, demonstrou que, ao ano de 2015 foi o de maior cobertura, com alternância de

CONSULTA PÚBLICA

crescimento e queda até 2020. Em 2021 houve uma redução expressiva da cobertura vacinal, com retomada a partir de 2022.

A vacinação é a principal medida de saúde pública para reduzir o surgimento de novos casos de doença meningocócica. A vacina pneumocócica é ofertada pelo SUS desde 2010, para crianças de dois meses a menos de dois anos de idade para prevenção de infecções causadas por 10 sorotipos da bactéria S. pneumoniae, são eles: 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F (BRASIL, 2025).

No período de 2013 a 2024, em Salvador, é possível identificar uma flutuação de cobertura vacinal até 2019, entre 75% e 91% de cobertura, sendo 2015 o ano mais expressivo. Em 2021 houve queda significativa, com retomada em 2022 e 2023. Ressalta-se que em nenhum ano do decênio houve alcance da meta pactuada pelo Ministério da Saúde, de 95% (Gráfico 20).

A vacina pentavalente confere proteção contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B (estendendo-se ao vírus da hepatite D) e infecções por Haemophilus influenzae tipo b. O esquema vacinal padrão consiste em três doses, administradas aos 2, 4 e 6 meses de idade (BRASIL, 2025). A análise do Gráfico 261 mostra que a cobertura vacinal de pentavalente alcançou a meta preconizada pelo Ministério da Saúde apenas no ano de 2015, com menor cobertura em 2021.

A vacina tríplice viral protege contra o sarampo, caxumba e rubéola, que são doenças infecciosas virais, transmitidas por via respiratória, tipicamente benignas (não fatais), mas que podem agravar e resultar em sequelas irreversíveis. A primeira dose da vacina Tríplice viral deve ser administrada aos 12 meses de idade.

Entre 1990 e 2016, o Brasil manteve coberturas da vacina tríplice viral, contra sarampo, caxumba e rubéola, acima de 95%, alcançando a certificação de área livre de sarampo em 2016. Entretanto, a queda da cobertura vacinal entre 2017 e 2021, somada à importação de casos em Roraima em 2018, causou a perda do certificado em 2019. Após esforços de intensificação, o país obteve a recertificação de livre de sarampo em 2024 (MOURA; NETO; SILVA-SANTOS, 2024). Em Salvador, a vacina tríplice viral manteve cobertura vacinal superior à 80% no período de 2014 a 2020, apresentando piores resultados nos anos de 2021, 2022 e 2023.

CONSULTA PUBLICA

10.4.4 Doenças Sexualmente Transmissíveis

10.4.4.1 HIV/AIDS

Em 2023, o cenário epidemiológico da AIDS registrou 476 diagnósticos em Salvador (com 194 gestantes com HIV), 732 em Fortaleza (132 gestantes) e 467 em Belo Horizonte (49 gestantes), enquanto o estado da Bahia contabilizou 2.128 casos e 457 gestantes infectadas. Diante desse panorama e alinhado à Estratégia Global da OMS, o programa Brasil Saudável estabeleceu metas rigorosas para eliminar a doença como problema de saúde pública até 2030. O objetivo central é diagnosticar 95% das pessoas que vivem com o vírus, tratar 95% dos diagnosticados e garantir que 95% destes alcancem a supressão da carga viral. Adicionalmente, o país busca reduzir em 90% a incidência de novos casos e o número de óbitos em relação aos índices de 2010, contando com a integração entre diferentes níveis de gestão e a sociedade civil para acelerar essa resposta.

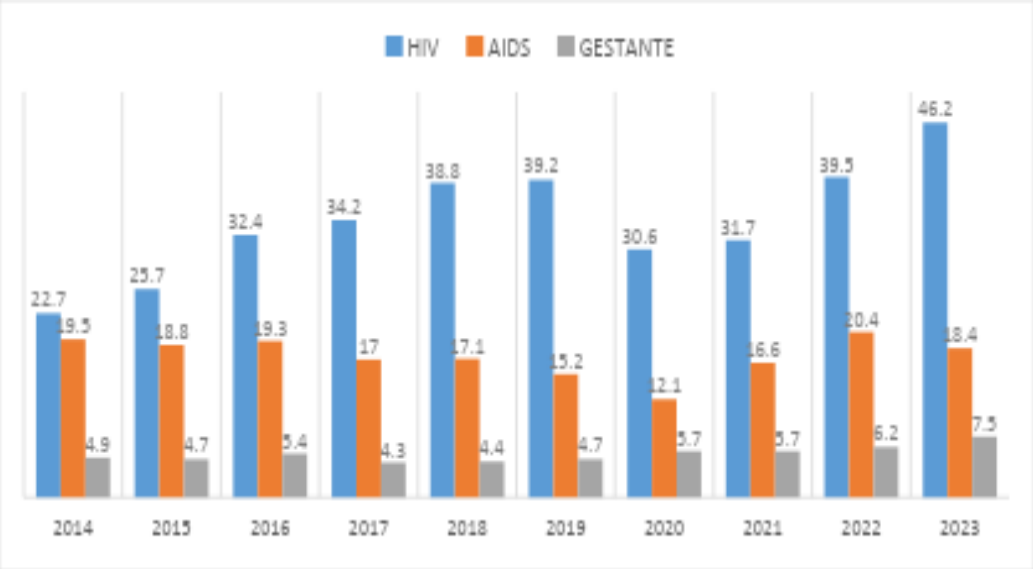
Com a pactuação das Diretrizes para a Eliminação da Aids e da Transmissão do HIV como problemas de saúde pública até 2030 na Comissão Intergestores Triparte (CIT), a expectativa é acelerar a resposta brasileira à epidemia, com a participação ativa de todos os níveis de gestão e da sociedade civil, para o alcance das metas de eliminação assumidas pelo país.

A notificação compulsória da AIDS vigora desde 1986, a de gestantes desde 2000 e a de infecção por HIV desde 2014. Em Salvador, entre 2014 e 2023, registraram-se 4.914 casos de AIDS, com forte predominância masculina visto que a razão de sexos subiu de 24 homens para cada 10 mulheres em 2014, para 33 homens em 2023. O perfil epidemiológico local revela que 74,19% das pessoas são negras (48,2% pardas e 26% pretas) e 35,45% são homens que fazem sexo com homens (HSH).

No que tange às gestantes, Salvador notificou 1.697 casos de HIV entre 2013 e 2023, com a taxa de detecção atingindo 7,5 por mil nascidos vivos no último ano. Após a queda durante a pandemia, houve um aumento de 1,3% entre 2022 e 2023, enquanto a taxa geral de detecção de AIDS em 2023 foi de 18,4 por 100 mil habitantes. Esses indicadores reforçam a urgência de políticas públicas integradas que combatam desigualdades e estigmas para viabilizar a eliminação da transmissão como problema de saúde pública até 2030.

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 262 - Taxas de detecção de gestante (por 1.000 nascidos vivos), taxa de detecção de HIV e aids (por 100 mil habitantes), por ano, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: Sinan; Sinasc, acesso em 26/08/2025.

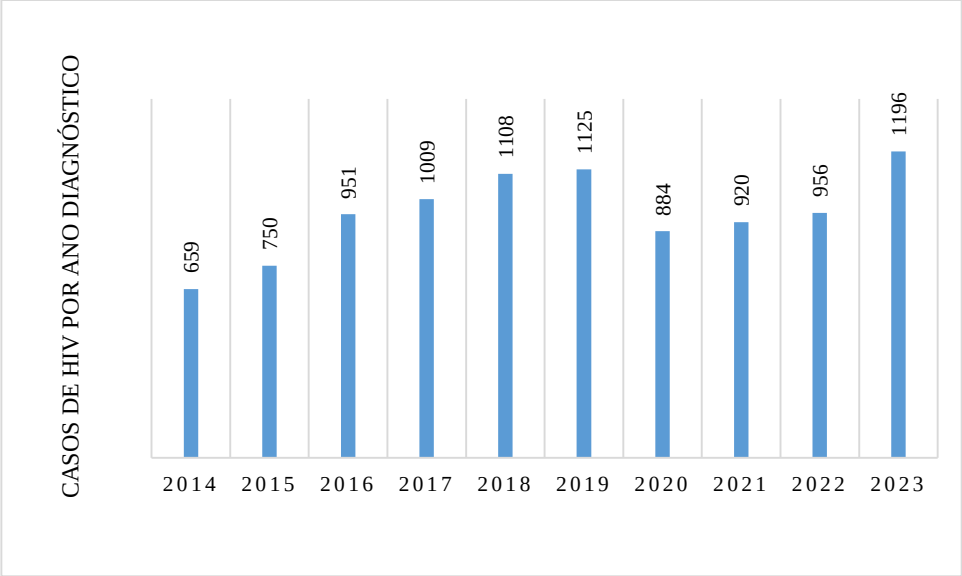
Diante do exposto estamos intensificando a ampliação do acesso da Pré-Exposição- (PrEP) e Pós-Exposição (PEP), especialmente para homens que fazem sexo com homens e outras populações prioritárias, facilitando o acesso em unidades de saúde de referência e de atenção primária. Desenvolvendo campanhas de prevenção e testagem específicas e culturalmente adaptadas para homens e para a população negra, utilizando canais de comunicação e linguagens que promovam a identificação e o engajamento. Ações nas Comunidades: Realizando testagem rápida em locais de fácil acesso e em horários alternativos (fora do horário comercial) em comunidades e territórios com alta prevalência, facilitando o diagnóstico precoce.

Infecção pelo HIV

Entre 2014 e 2023, em Salvador, foram notificados no Sinan 9.558 casos de HIV em maiores de 13 anos. (Gráfico 02). Na série histórica, foram notificados 6.994 casos de infecção pelo HIV em homens (73,17%) e 2.535 em mulheres (26,52%). Na série histórica analisada observa-se uma alteração na razão de sexos. Em 2014, a razão era de 23 homens para cada 10 mulheres, passando para 27 homens para cada dez mulheres em 2023. (Quadro 01).

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 263 - Casos de HIV notificados por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: Sinan, acesso em 26/08/2025

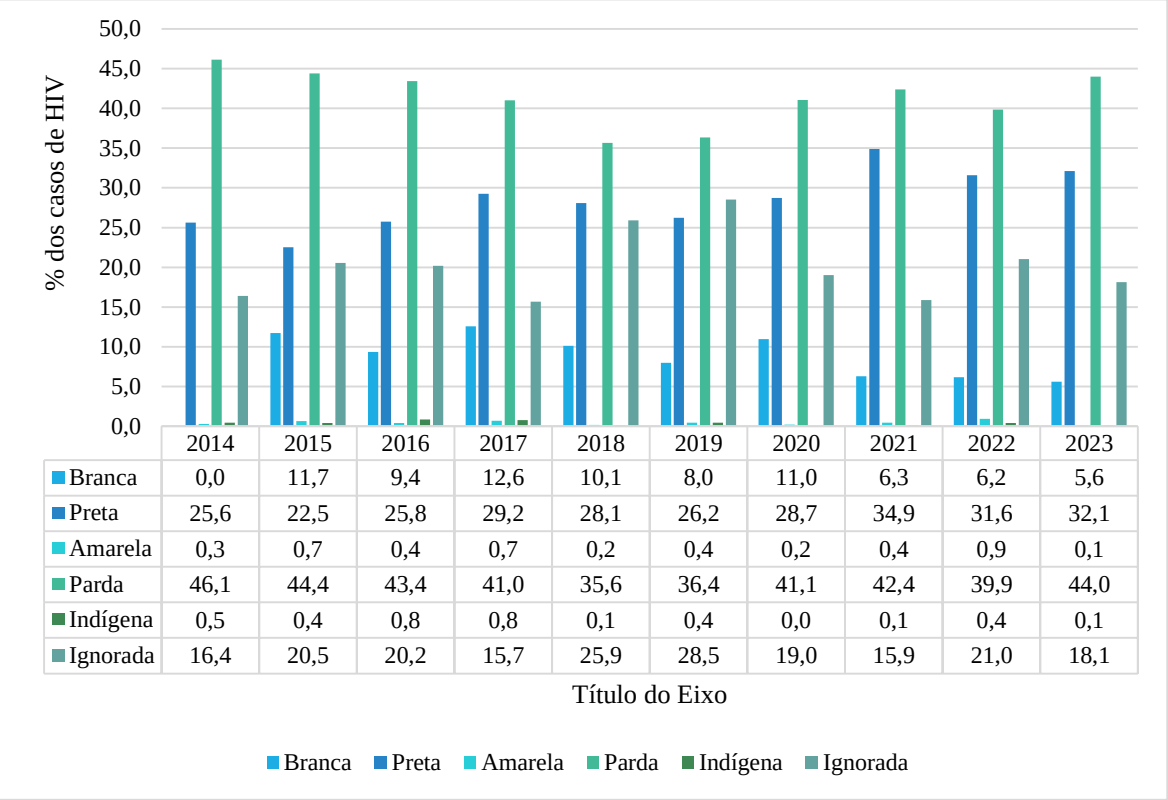
Quadro 31 - Razão de casos de HIV por sexo Notificados no SINAN, Salvador-BA 2014-2023

Razão por sexo	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	23	23,6	24,8	23,7	29,4	31,7	30,2	33,7	28,9	27,5
Homens	457	526	676	708	825	854	659	708	707	874
Mulheres	199	223	273	299	281	269	218	210	245	318

Fonte: Fonte: Sinan acessado em 26/08/2025.

Na análise da variável raça/cor autodeclarada, observa-se que, ao longo da série estudada, a maior parte dos casos notificados são de pretos e, principalmente, pardos, que passaram a representar mais da metade das ocorrências a partir de 2014. Em 2023, entre os casos notificados no Sinan, 76,07% foram de pessoas negras (43,97% de pardos e 32,10% de pretos) e 5,60% de pessoas brancas. Um dado relevante foi a incompletitude das informações sobre raça/cor registradas no Sinan. O percentual de casos com raça/cor ignorada aumentou de 5,28% em 2014 para 10,61% em 2023, o que contribui para um olhar mais criterioso para essa variável. (Gráfico 264).

Gráfico 264 - Distribuição percentual dos casos de HIV segundo raça/cor, Salvador-BA 2014-2023.

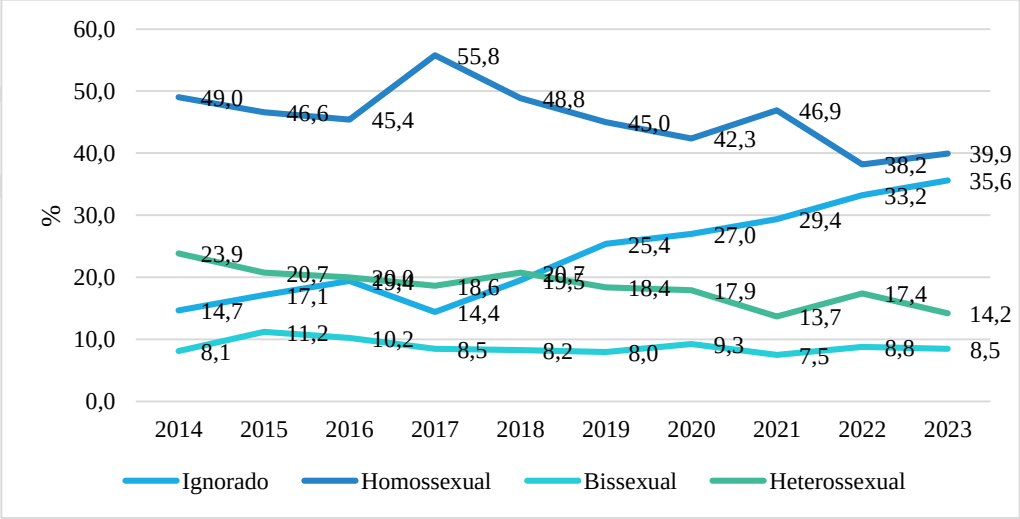


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Branca	0,0	11,7	9,4	12,6	10,1	8,0	11,0	6,3	6,2	5,6
Preta	25,6	22,5	25,8	29,2	28,1	26,2	28,7	34,9	31,6	32,1
Amarela	0,3	0,7	0,4	0,7	0,2	0,4	0,2	0,4	0,9	0,1
Parda	46,1	44,4	43,4	41,0	35,6	36,4	41,1	42,4	39,9	44,0
Indígena	0,5	0,4	0,8	0,8	0,1	0,4	0,0	0,1	0,4	0,1
Ignorada	16,4	20,5	20,2	15,7	25,9	28,5	19,0	15,9	21,0	18,1

Fonte: Sinan, acesso em 26/08/2025.

Entre 2013 e 2023, nos indivíduos com 13 anos ou mais de idade, a principal categoria de exposição no sexo masculino foi a de homens que fazem sexo com homens, que representou 47,06% dos casos (Gráfico 265).

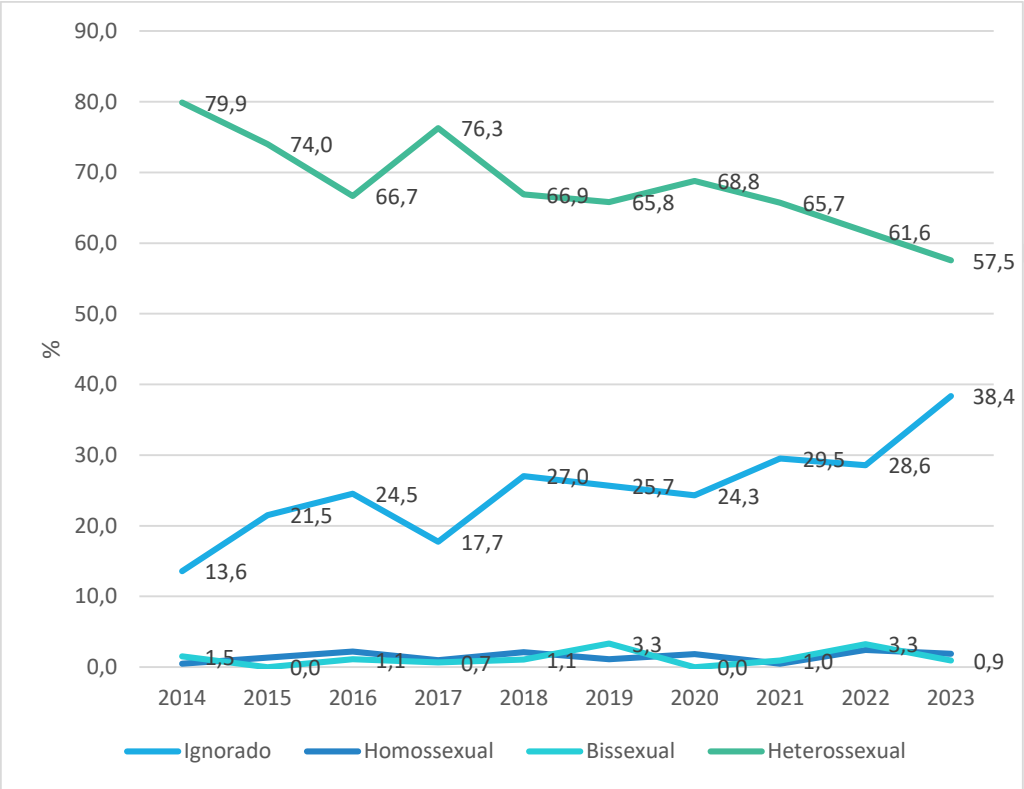
Gráfico 265 - Distribuição percentual dos casos de HIV >13 anos por categoria de exposição do sexo masculino, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação em 26/08/2025

No sexo feminino, a principal categoria de exposição foi a prática heterossexual que correspondeu a 70,47% dos casos (Gráfico 266).

Gráfico 266 - Distribuição percentual dos casos de HIV >13 anos por categoria de exposição do sexo feminino, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: Sinan acessado em 26/08/2025

Infecção pelo HIV em gestantes/parturientes/puérperas

Entre 2014 e 2023, a taxa de detecção de gestantes com infecção pelo HIV aumentou 8,98%, passando de 4,9 para 7,5 casos por 1.000 nascidos vivos (NV). Ao longo dessa série histórica, a taxa apresentou um discreto crescimento, com períodos de estabilidade entre 2014, 2015, 2017, 2018 e 2019, e crescimento nos anos de 2020, 2021, 2022 e 2023. As diretrizes do Ministério da Saúde (através do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - PCDT) recomendam a testagem em, pelo menos, três momentos-chave da gestação e parto, com foco no diagnóstico oportuno e na identificação de soroconversão (infecção adquirida durante a gravidez).

O protocolo de TV exige intervenções específicas no parto para as gestantes que não atingiram a supressão viral (CV detectável) ou para as que tiveram o diagnóstico tardio. Porém, estamos com gestantes que iniciam as consultas tardiamente ou que apresentam falha na

repetição da testagem no terceiro trimestre. Existe também a possibilidade de a gestante ter sido infectada após o primeiro teste (janela imunológica), podendo a ausência do teste de repetição ou o diagnóstico tardio levar a uma alta carga viral no parto.

A notificação da infecção pelo HIV em gestante parturiente ou puérpera necessita ser realizada a cada evento gestacional, ou seja, toda vez que uma mulher com HIV ficar grávida ela deverá ser notificada. Em especial, nesse tipo de notificação deve-se atentar para a data de diagnóstico a ser preenchida na ficha, conforme as orientações da 6.ª edição do Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023b)

Quadro 32- Casos de Gestantes notificadas por 1.000 nascidos vivos e taxa de detecção, Salvador-BA, 2014-2023

	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
HIV em gestantes	178	173	189	152	152	156	171	163	169	194
Taxa de detecção em gestantes	4,9	4,7	5,4	4,3	4,4	4,7	5,7	5,7	6,2	7,5

Fonte: Sinan, acesso em 26/08/25

Crianças expostas ao HIV

Entre 2014 e 2023, foram notificados no SINAN 1.951 casos de crianças expostas em Salvador (Quadro 33). No período analisado 98,90% tinham menos de 01 ano de vida. A notificação de crianças expostas deve ser realizada imediatamente após o nascimento permitindo que a vigilância epidemiológica efetue o monitoramento. Esse acompanhamento inclui a verificação da realização adequada de exames clínicos-laboratoriais e do acompanhamento médico, até que o estado de infecção da criança seja definido. Estamos buscando assegurar a testagem rápida para o HIV no primeiro trimestre do pré-natal, repetindo no terceiro trimestre e no momento do parto bem como um fluxo de encaminhamento e tratamento ultrarrápido para as gestantes diagnosticadas, visando a supressão viral antes do parto e a profilaxia do recém-nascido.

Quadro 33- Casos de Crianças expostas < 05 anos notificadas, Salvador-BA 2014-2023.

Ano da Notific	**< 01 ano**	**01 ano**	**02 anos**	**03 anos**	**04 anos**	**Total**
2014	334	2	1	1	1	339
2015	367	3	7	1	1	379
2016	116	1	0	0	0	117
2017	170	0	1	0	0	171

CONSULTA PUBLICA

2018	157	0	0	0	0	157
2019	167	0	0	0	0	167
2020	176	0	0	0	0	176
2021	116	0	0	0	0	116
2022	121	0	1	0	0	122
2023	205	2	0	0	0	207
Total	1929	8	10	2	2	1951

Fonte: Sinan, acesso em 26/08/2025

Aids

Entre 2014 e 2023, foram registrados 4.914 casos de aids em Salvador, com uma média anual de 491,4 casos novos nos últimos 10 anos. Desse total 71,63% ocorreram e pessoas do sexo masculino, e 28,12% no sexo feminino.

No mesmo período no Estado da Bahia foram notificados 46.448 casos de AIDS e nas cidades de Belo Horizonte e Fortaleza respectivamente 18.850 e 30.876 casos. A taxa de detecção de AIDS do Estado da Bahia correspondeu a 13,18 casos por 100 mil habitantes, Salvador 17,45 casos por 100 mil habitantes; Belo Horizonte 22,14 casos por 100 mil habitantes e Fortaleza 25,63 casos por 100 mil habitantes. Observa-se que a taxa da Capital está maior que o Estado da Bahia, porém, comparada com a média nacional que apresentou 20,57 casos por 100 mil habitantes, encontra-se em declínio.

Ao avaliar a taxa de detecção por distrito, nos últimos dez anos, os maiores decréscimos das taxas de detecção dos casos de aids ocorreram nos distritos do Centro Histórico e Boca do Rio, que passaram respectivamente de 51,3 casos por 100 mil habitantes para 31,63 casos por 100 mil habitantes e 21,2 casos por 100 mil habitantes para 13,1 casos por 100 mil habitantes.

Quadro 34 - Taxa de detecção de aids por ano diagnóstico segundo distrito sanitário, Salvador-BA 2014-2023.

Distrito Residência	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro Histórico	51,30	44,61	36,74	37,81	43,00	37,59	30,95	20,54	30,80	31,63
Itapagipe	20,3	14,1	21,3	15,1	19,0	17,9	10,8	15,3	13,6	21,0
Sao Caetano/Valeria	27,9	23,5	20,9	24,3	15,6	20,3	14,4	22,9	25,8	20,9
Liberdade	17,0	21,4	21,8	16,2	18,8	22,8	10,3	17,0	24,1	13,8
Brotas	17,2	14,4	15,2	16,5	14,3	9,2	9,6	15,9	17,4	17,3
Barra/Rio Vermelho/Pitub	23,4	20,8	20,7	15,2	13,0	14,3	9,0	11,4	13,7	20,1
Boca do Rio	21,2	21,8	18,0	13,6	17,8	21,4	11,0	13,9	7,0	13,1

CONSULTA PUBLICA

Itapoan	13,3	18,3	15,6	13,0	18,0	11,9	13,3	18,1	23	16,9
Cabula/Beiru	14,6	15,2	14,6	13,6	16,0	14,2	13,2	18,4	20,7	17,7
Pau da Lima	14,3	13,0	17,1	14,1	14,1	10,6	10,2	16,0	20,2	12,3
Suburbio Ferroviario	14,9	15,1	20,1	17,2	17,2	10,1	10,4	13,5	18,2	17,6
Cajazeiras	18,0	17,3	20,6	19,4	20,0	12,3	12,2	14,5	22,1	23,0

Fonte: Sinan, acesso em 26/08/2025.

Observa-se uma alteração na razão de sexos, com um aumento progressivo de casos de AIDS entre os homens ao longo do tempo. Em 2014, a razão era de 24 homens para cada dez mulheres, passando para 33 homens para cada dez mulheres em 2023 (Quadro 35).

Quadro 35 - Razão de sexos de casos de aids, Salvador-BA 2013-2024.

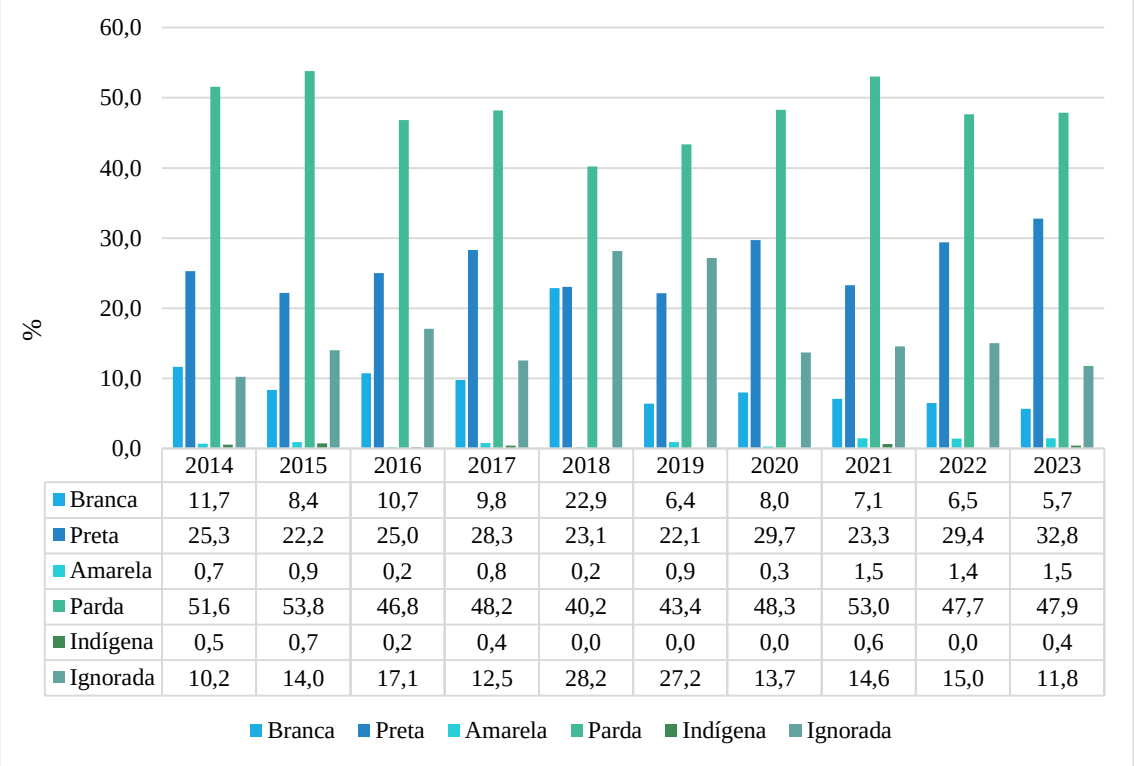
Casos de AIDS	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Razão	24,1	30,1	24,1	19,5	23,8	25,7	26,1	23,9	28,1	33,5
Homens	400	413	400	332	345	313	253	339	360	365
Mulheres	166	137	166	170	145	122	97	142	128	109

Fonte: Sinan, acesso em 26/08/2025.

Na análise da variável raça/cor autodeclarada, observa-se que, ao longo da série estudada, a maior parte dos casos notificados são de pretos e, principalmente, pardos, que passaram a representar mais da metade das ocorrências a partir de 2014. Em 2023, entre os casos notificados no Sinan, 76,07% foram de pessoas negras (43,97% de pardos e 32,10% de pretos) e 5,60% de pessoas brancas. Um dado relevante foi a incompletitude das informações sobre raça/cor registradas no Sinan. O percentual de casos com raça/cor ignorada aumentou de 5,28% em 2014 para 10,61% em 2023, o que contribui para um olhar mais criterioso para essa variável (Gráfico 267).

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 267 - Distribuição percentual dos casos de aids segundo raça/cor, Salvador-BA, 2013-2024.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Branca	11,7	8,4	10,7	9,8	22,9	6,4	8,0	7,1	6,5	5,7
Preta	25,3	22,2	25,0	28,3	23,1	22,1	29,7	23,3	29,4	32,8
Amarela	0,7	0,9	0,2	0,8	0,2	0,9	0,3	1,5	1,4	1,5
Parda	51,6	53,8	46,8	48,2	40,2	43,4	48,3	53,0	47,7	47,9
Indígena	0,5	0,7	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,4
Ignorada	10,2	14,0	17,1	12,5	28,2	27,2	13,7	14,6	15,0	11,8

Fonte: Sinan, acesso em 26/08/2025

10.4.4.2 Sífilis

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela Treponema pallidum, que permanece como um importante problema de saúde pública no Brasil, em suas formas adquirida, em gestantes e congênita. A despeito da existência de protocolos clínicos bem estabelecidos, da ampla oferta de testes rápidos e da disponibilidade de tratamento eficaz, os indicadores epidemiológicos da sífilis seguem em ascensão em diversos territórios do país, evidenciando falhas nos serviços de saúde e desafios estruturais na prevenção e controle da doença.

Em Salvador, observa-se uma tendência crescente e preocupante dos principais indicadores relacionados à sífilis ao longo da última década. A cidade apresenta, atualmente, taxas superiores à média nacional em importantes indicadores, ocupando posições de destaque entre as capitais brasileiras com maior número de casos. Entre 2014 e 2023, houve aumento significativo da taxa de detecção de sífilis adquirida, de sífilis em gestantes e da incidência de sífilis congênita, revelando fragilidades na rede de atenção à saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária e do cuidado pré-natal.

Está análise tem por finalidade demonstrar o cenário epidemiológico da sífilis em Salvador nas suas três formas: sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita.

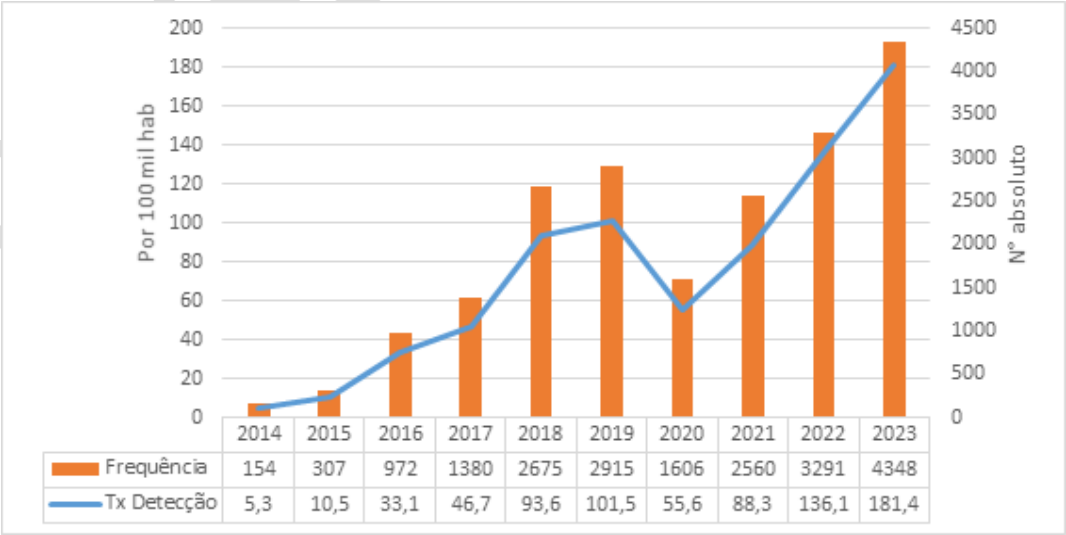
Sífilis Adquirida

A sífilis adquirida é um agravo de notificação compulsória no Brasil desde 2010, conforme estabelecido pela Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, e reafirmado pela Portaria de Consolidação nº 4, de 2017 (BRASIL, 2010; 2017). Desde então, observa-se um aumento progressivo dos casos em todo o país. Em 2023, foram registrados 242.826 casos de sífilis adquirida no Brasil, correspondendo a uma taxa de detecção de 113,8 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2024).

No estado da Bahia, também em 2023, foram confirmados 11.300 casos, o que representa uma taxa de detecção de 75,4 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2024). No município de Salvador, a análise da série histórica entre 2014 e 2023 evidencia um aumento expressivo na taxa de detecção da doença, que passou de 5,3 para 181,4 casos por 100.000 habitantes nesse período, tendo registrado 4.348 casos em 2023 (Gráfico 1). Neste ano, Salvador ocupava a 11ª posição entre as capitais brasileiras com as maiores taxas de detecção de sífilis adquirida.

Para fins de comparação, Belo Horizonte e Fortaleza apresentaram, no mesmo ano, taxas de detecção de 209,8 e 69 casos por 100.000 habitantes, ocupando respectivamente o 6º e o 25º lugares no ranking nacional das capitais.

Gráfico 268 - Taxa de detecção e frequência de casos de sífilis adquirida, por ano de notificação, Salvador - BA, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Frequência	154	307	972	1380	2675	2915	1606	2560	3291	4348
Tx Detecção	5,3	10,5	33,1	46,7	93,6	101,5	55,6	88,3	136,1	181,4

Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

CONSULTA PÚBLICA

O aumento da taxa de detecção a partir de 2015 pode estar associado à implantação da testagem rápida no município, bem como, a alteração dos critérios na definição de caso para vigilância epidemiológica em 2017, que passou a incorporar o teste rápido positivo como suficiente para a notificação, reduzindo a espera por exames confirmatórios VDRL, inclusive para iniciar tratamento. Essas mudanças levaram à intensificação das ações de vigilância, que se tornou mais sensível na captação de casos, e possibilitou ampliar as estratégias de diagnóstico precoce e de garantir o tratamento oportuno e adequado, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão, especialmente no que se refere à sífilis congênita e à transmissão vertical.

Entre 2019 e 2020, observou-se uma redução de 45,2% na taxa de detecção, passando de 101,5 para 55,6 casos por 100 mil habitantes. Essa queda pode estar relacionada aos impactos da pandemia de Covid-19, que afetou diretamente a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, além de ter reduzido significativamente a procura da população pelas unidades de Atenção Primária. No entanto, com a diminuição dos casos de Covid-19, o fim das restrições de circulação e o retorno da população aos serviços de saúde, registrou-se um aumento de 226,3% na taxa de detecção de sífilis adquirida entre 2020 (55,6/100.000 hab.) e 2023 (181,4/100.000 hab.).

A análise por Distritos Sanitários (DS) revela que, em 2023, as maiores taxas de detecção de sífilis adquirida foram observadas nos DS Centro Histórico (444,3/100.000 hab.), Barra/Rio Vermelho (250,7/100.000 hab.) e Boca do Rio (181,2/100.000 hab.) (Tabela 67).

Tabela 67- Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo Distrito Sanitário de residência e ano de notificação. Salvador - Ba, 2014-2023

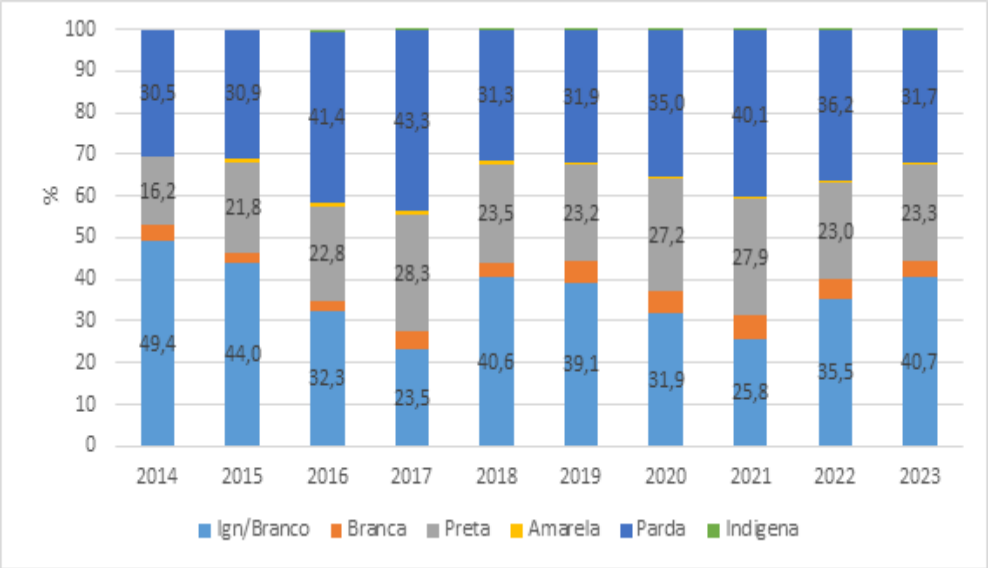
Distrito Sanitário	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro Histórico	9,0	21,7	116,6	141,1	149,8	176,3	122,5	213,1	372,6	444,3
Itapagipe	7,9	6,8	31,4	37,9	53,0	81,4	47,9	64,2	113,1	156,7
São Caetano/Valeria	2,1	12,5	24,4	46,8	81,8	82,9	50,4	73,8	122,9	138,8
Liberdade	3,1	4,6	19,3	80,8	81,4	41,5	29,4	47,8	112,9	102,0
Brotas	1,4	5,0	46,1	57,9	72,3	63,7	44,2	64,9	130,6	157,6
Barra/Rio Vermelho	4,9	5,9	24,5	36,6	88,1	77,5	48,1	105,3	151,8	250,7
Boca do Rio	2,2	12,3	34,6	51,6	94,9	88,5	23,5	72,3	117,4	181,2
Itapoan	2,9	4,0	16,4	34,4	80,8	102,4	55,2	79,3	107,9	172,2
Cabula/Beiru	10,3	27,1	50,5	45,8	116,5	148,5	84,6	116,7	144,5	170,7
Pau da Lima	10,1	6,3	44,6	43,1	137,4	146,5	34,8	97,9	111,8	147,5
Subúrbio Ferroviário	4,0	7,7	20,1	28,1	64,0	92,3	57,3	65,0	112,0	147,3
Cajazeiras	1,7	6,9	20,6	33,6	127,8	99,6	56,5	92,8	136,4	162,2

Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

CONSULTA PÚBLICA

No período de 2014 a 2023 (Gráfico 269), observou-se maior proporção de casos de sífilis adquirida entre indivíduos que se autodeclaram pardos e pretos. Em 2023, 31,7% dos casos notificados referiam-se a pessoas pardas e 23,3% a pessoas pretas, totalizando 55% dos registros. Destaca-se, ainda, o elevado percentual de registros com a informação de raça/cor "ignorada" ou em branco ao longo do período analisado, o que compromete significativamente a qualidade da informação, dificultando uma análise mais precisa da situação de saúde da população e a formulação de políticas públicas pautadas na equidade.

Gráfico 269 - Percentual dos casos de sífilis adquirida por raça/cor, por ano de notificação, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Em relação ao quesito faixa etária, as maiores taxas de detecção da sífilis adquirida concentraram-se entre jovens e adultos em idade reprodutiva, especificamente na faixa etária de 20 a 39 anos. Em 2023, a maior taxa foi observada entre indivíduos de 20 a 29 anos, alcançando 31 casos por 100 mil habitantes. Observa-se crescimento nas faixas etárias mais avançadas (50 a 80 anos e mais), indicando a necessidade de desenvolver ações de prevenção e diagnóstico para este grupo populacional (Tabela 68).

Tabela 68 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) por faixa etária, por ano de notificação. Salvador - Ba, 2014-2023

Faixa Etária	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Menor 1 ano	1,9	2,6	1,2	1,6	0,5	0,7	1,2	1,2	1,2	1,4
1 a 4 anos	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
5 a 9 anos	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10 a 14 anos	0,0	0,7	0,4	0,4	0,4	0,2	0,4	0,5	0,5	0,4
15 a 19 anos	11,7	13,4	12,0	11,6	9,2	8,1	9,0	7,4	6,4	5,2

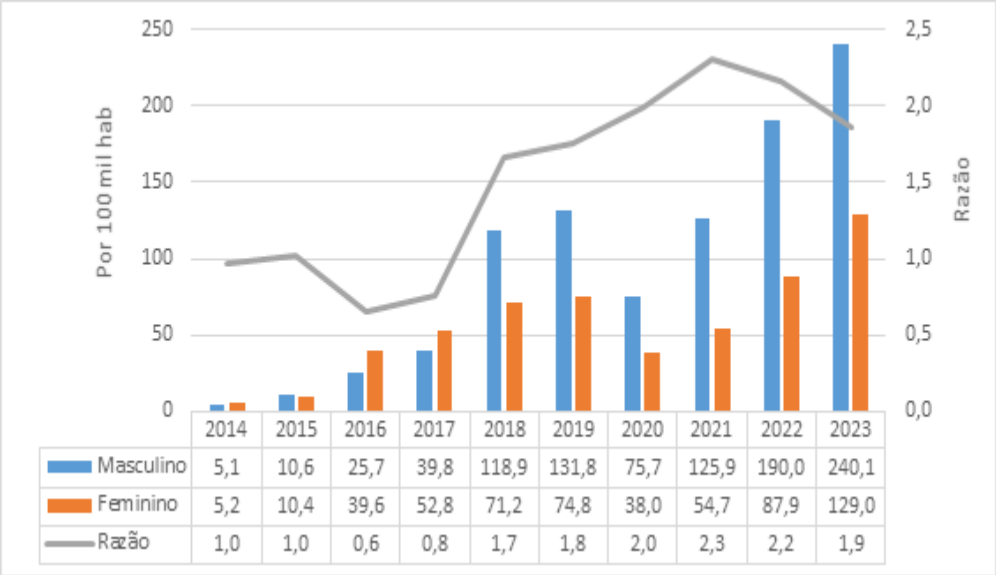
20 a 29 anos	31,8	37,1	38,2	34,0	32,4	33,6	35,9	35,9	32,8	31,0
30 a 39 anos	27,9	23,1	24,6	28,0	22,8	22,3	23,2	22,9	23,9	23,3
40 a 49 anos	14,3	12,7	10,8	11,7	14,8	13,7	13,7	14,4	16,9	15,5
50 a 59 anos	12,3	10,4	12,7	12,6	19,7	21,2	16,3	17,6	18,1	23,0
60 a 69 anos	9,1	5,9	6,2	8,2	9,9	9,7	8,8	8,9	8,9	10,2
70 a 79 anos	1,9	2,9	4,4	2,8	5,7	6,7	5,3	5,8	6,1	7,4
80 anos e mais	0,6	1,6	1,2	1,2	2,8	3,3	1,5	2,2	2,3	3,8

Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Em relação a categoria sexo, a taxa de detecção da sífilis adquirida manteve-se consistentemente mais elevada entre pessoas do sexo masculino. Em 2023, a razão de sexos foi de 1,9 (19 homens para cada dez mulheres) (Gráfico 270).

Destaca-se que, a partir de 2017, o Ministério da Saúde passou a recomendar que todos os casos de sífilis diagnosticados em mulheres durante o pré-natal, parto ou puerpério sejam notificados como sífilis na gestação, e não como sífilis adquirida (BRASIL, 2017). Essa mudança pode ter contribuído para o aumento da razão entre as taxas de detecção entre homens e mulheres observado a partir de 2018.

Gráfico 270 - Taxa de detecção de sífilis adquirida segundo sexo, por ano de notificação. Salvador - BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Quanto ao grau de escolaridade, ao longo da série histórica, observa-se maior proporção dos casos de sífilis adquirida concentrada na categoria “ignorado/branco”. Em 2023, essa classificação representou 71% dos registros, seguida por 9,3% de indivíduos com ensino médio completo, e incompleto (Tabela 69).

Conforme já mencionado, a elevada proporção de dados ausentes compromete a qualidade da informação, dificultando a compreensão do perfil educacional da população afetada, o planejamento e implementação de ações mais eficazes e direcionadas para o enfrentamento da sífilis.

Tabela 69 - Percentual de casos de sífilis adquirida por escolaridade, por ano de notificação. Salvador - Ba, 2014-2023

Escolaridade[62]	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ign/Branco	68,8	56,7	45,7	39,7	59,1	65,9	56,8	55,1	62,9	71,0
Sem escolaridade	1,3	1,0	0,6	0,5	0,6	0,7	0,3	0,1	0,4	0,5
1ª a 4ª série incompleta do EF	1,9	7,5	5,2	4,5	3,3	2,1	1,9	1,8	1,8	1,6
4ª série completa do EF	1,3	1,3	2,7	4,1	2,6	1,7	1,5	1,5	1,1	1,1
5ª a 8ª série incompleta do EF	10,4	8,5	12,7	11,7	8,5	6,7	6,3	6,8	5,5	4,9
EF completo	1,9	3,3	4,2	3,9	3,7	2,2	3,7	3,8	3,9	2,3
EM incompleto	6,5	9,8	15,9	19,3	11,8	10,2	14,6	15,2	12,9	9,3
EM completo	6,5	9,8	15,9	19,3	11,8	10,2	14,6	15,2	12,9	9,3
Ed. superior incompleta	0,0	1,6	2,3	2,4	2,1	2,2	2,7	3,0	2,2	1,5
Ed. superior completa	0,0	2,3	2,5	3,0	2,6	3,5	4,5	4,3	3,2	2,2
Não se aplica	1,9	2,6	1,3	1,7	0,6	0,9	1,5	1,4	1,3	1,5

Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

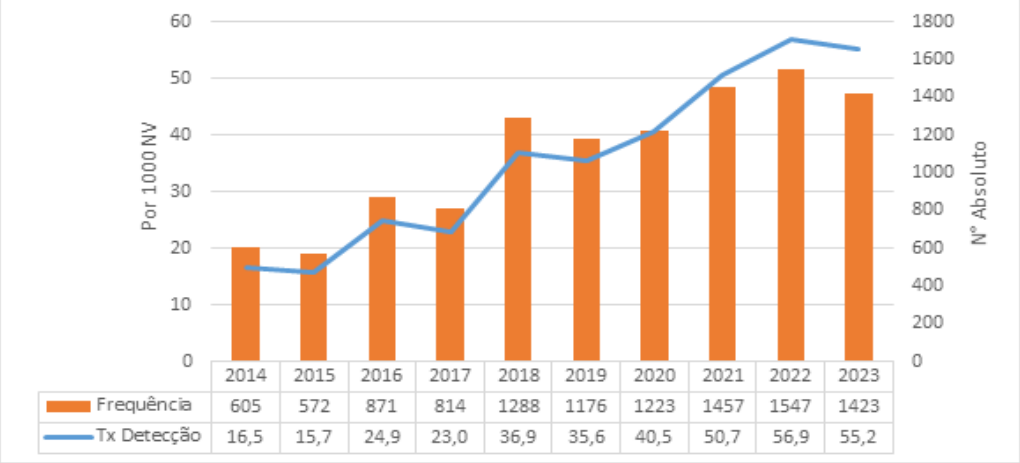
Sífilis em Gestantes

Durante o período gestacional, a sífilis leva a mais de 300.000 mortes fetais e neonatais por ano no mundo e aumenta o risco de morte prematura em outras 215.000 crianças (BRASIL, 2018). Em 2023 foram registrados no Brasil 86.111 casos de sífilis em gestantes, resultando em uma taxa de detecção de 34 casos por 1.000 nascidos vivos (NV) (BRASIL, 2024). Na Bahia, foram confirmados 4.213 casos, correspondendo a uma taxa de 24,8 por 1.000 NV (BRASIL, 2024). Em Salvador, a taxa de detecção da sífilis em gestantes apresentou um aumento de 234,5% entre 2014 e 2023, passando de 16,5 para 55,2 casos por 1.000 NV (Gráfico 4), o que colocou o município na 7ª posição entre as capitais brasileiras com maior incidência desse agravo. Já Belo Horizonte e Fortaleza, com taxas de 39,2 e 39 casos por 1.000 NV, ocuparam o 18º e o 19º lugares, respectivamente, no ranking nacional.

[62] Legenda: Ign – Ignorado; EF – Ensino Fundamental; EM – Ensino Médio; Ed. – Educação

CONSULTA PUBLICA

Gráfico 271 - Taxa de detecção e frequência de casos de sífilis na gestação (por 1.000 nascidos vivos), por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Em 2023, os Distritos Sanitários com as maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes foram São Caetano/Valéria (85,6 por 1.000 nascidos vivos), Liberdade (85,3/1.000 NV) e Centro Histórico (78,7/1.000 NV), conforme apresentado na Tabela 4.

Esses dados reforçam a necessidade de fortalecer o acompanhamento das gestantes durante o pré-natal, bem como garantir o diagnóstico e tratamento adequado das parcerias sexuais, como estratégia fundamental para a prevenção da transmissão vertical da sífilis.

Tabela 70 - Taxa de detecção de sífilis na gestação (por 1.000 nascidos vivos) por Distrito Sanitário, por ano diagnóstico, Salvador - Ba, 2014-2023

Distrito Sanitário	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro Histórico	22,7	20,8	48,0	29,3	56,6	35,1	46,8	50,7	96,3	78,7
Itapagipe	13,2	14,4	25,7	29,8	47,4	54,8	80,9	98,0	90,3	60,7
São Caetano/Valéria	23,0	25,6	43,3	27,8	53,1	71,8	75,7	79,7	82,0	85,6
Liberdade	19,0	17,5	29,4	25,9	43,2	33,4	43,4	54,9	84,4	85,3
Brotas	16,0	5,5	11,6	13,4	28,1	17,1	21,1	29,8	41,0	37,3
Barra/Rio Vermelho	10,9	10,4	19,4	27,2	34,0	25,0	32,0	45,2	49,5	49,9
Boca do Rio	15,8	20,2	23,0	16,7	32,1	16,0	29,1	25,6	29,9	18,7
Itapuã	9,6	9,6	16,7	13,5	21,9	19,5	20,9	25,9	28,5	28,9
Cabula/Beiru	12,0	14,2	19,5	20,8	39,4	32,7	38,2	54,3	59,6	57,2
Pau da Lima	14,5	16,8	18,8	15,5	23,2	22,3	19,6	34,6	50,0	50,7
Subúrbio Ferroviário	28,1	21,9	34,1	33,9	45,4	48,6	48,5	67,2	56,9	54,4
Cajazeiras	10,0	8,3	19,7	23,4	29,1	29,0	37,3	41,5	49,5	49,4

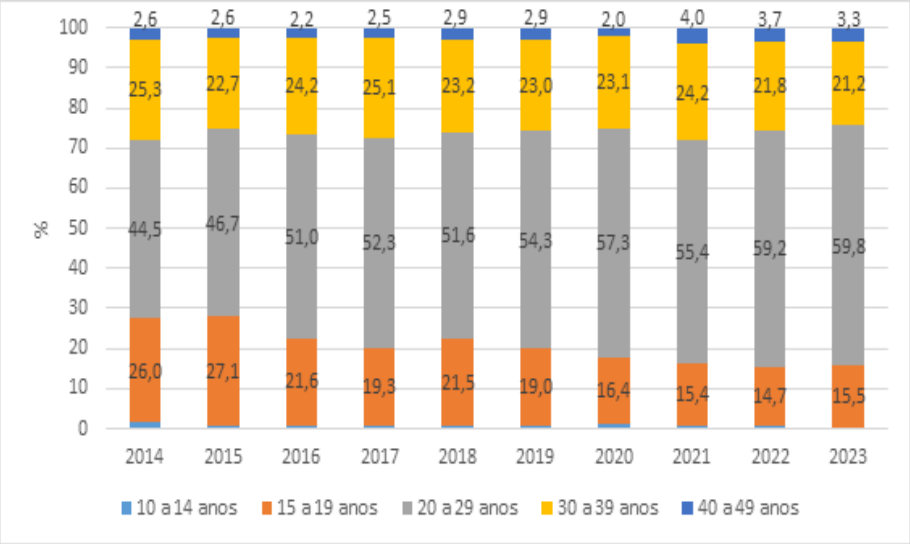
Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

CONSULTA PÚBLICA

Conforme demonstrado no Gráfico 5, entre 2014 e 2023, a maior proporção de casos de sífilis na gestação foi registrada entre gestantes com idade entre 20 e 29 anos — faixa etária que corresponde ao período de maior atividade sexual e reprodutiva.

Em 2023, 59,8% das gestantes diagnosticadas com sífilis estavam nessa faixa etária, seguidas por 21,2% entre 30 e 39 anos, 15,5% entre 15 e 19 anos e 3,3% entre 40 e 49 anos.

Gráfico 272 - Percentual dos casos de sífilis na gestação segundo faixa etária, por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

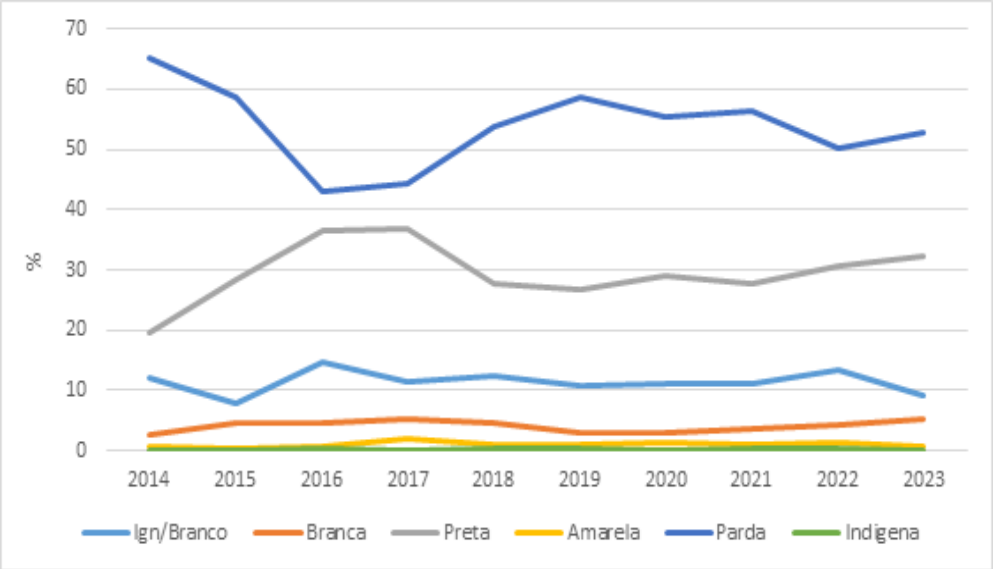


Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

No critério raça/cor, os maiores percentuais de casos de sífilis na gestação foram observados entre gestantes que se autodeclararam pardas e pretas, seguidas pela categoria “ignorado/em branco” (Gráfico 273). Em 2023, 52,8% das gestantes diagnosticadas com sífilis eram pardas e 32,3% pretas. Considerando a classificação unificada de "população negra" — que engloba pretas e pardas — esse percentual alcança 85,1%.

Observa-se, ainda, uma redução na proporção de registros com raça/cor “ignorado/em branco” ao longo da série histórica, passando de 12,1% em 2014 para 9% em 2023, o que indica uma melhora na qualidade do preenchimento dessa variável. A adequada identificação da raça/cor é essencial para subsidiar o planejamento e a implementação de políticas públicas antirracistas, permitindo a formulação de estratégias mais equitativas de enfrentamento das desigualdades raciais em saúde, especialmente no contexto da sífilis na gestação.

Gráfico 273 - Percentual dos casos de sífilis na gestação segundo raça/cor, por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Em relação ao tratamento, observou-se que, em 2014, os maiores percentuais de casos em gestantes concentraram-se nos esquemas com uma dose (15,4%) e três doses (45,6%) de Penicilina G Benzatina. Já em 2023, 58,5% dos casos registraram tratamento com três doses de Penicilina G Benzatina; 18,3% constavam como "ignorado/branco"; 14,1% não realizaram o tratamento; 7,5% receberam uma dose 0,6% duas doses.

Apesar dos percentuais elevados de prescrições de tratamento, é fundamental intensificar o acompanhamento das gestantes e de suas parcerias para assegurar a conclusão adequada do tratamento, monitorar possíveis reinfecções e evitar a ausência de tratamento ou a falta de registro adequado (Tabela 71). Nas ações de capacitação voltadas para a rede assistencial, os profissionais têm sido continuamente orientados quanto à necessidade de intensificar o monitoramento dos casos e assegurar o correto preenchimento das informações nos sistemas de vigilância.

Tabela 71 - Percentual dos casos de sífilis na gestação segundo esquema de tratamento, por ano diagnóstico, Salvador - Ba, 2014-2023

Esquema de tratamento	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ign/Branco	15,5	7,2	5,2	6,8	7,5	10,9	11,2	9,8	16,7	18,3
Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	15,4	20,1	20,9	10,2	9,7	12,1	12,8	10,9	6,0	7,5
Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	12,2	9,8	4,9	1,4	1,8	2,0	1,5	1,0	1,6	0,6

CONSULTA PÚBLICA

Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	45,6	56,1	60,8	76,5	72,7	67,8	62,5	66,3	66,0	58,5
Outro esquema	2,0	2,1	1,4	2,3	1,4	1,0	1,0	1,3	0,6	1,1
Não realizado	9,3	4,7	6,8	2,8	6,9	6,3	11,0	10,6	9,1	14,1

Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Em relação ao grau de escolaridade das gestantes diagnosticadas com sífilis, a série histórica revela uma predominância da categoria "ignorado/branco", que em 2023 representou 28,5% dos casos. No mesmo ano, 25,8% das gestantes tinham ensino médio completo e 16,6%, ensino médio incompleto (Tabela 72).

Tabela 72 - Percentual de casos de sífilis na gestação segundo escolaridade, por ano diagnóstico, Salvador - Ba, 2014-2023

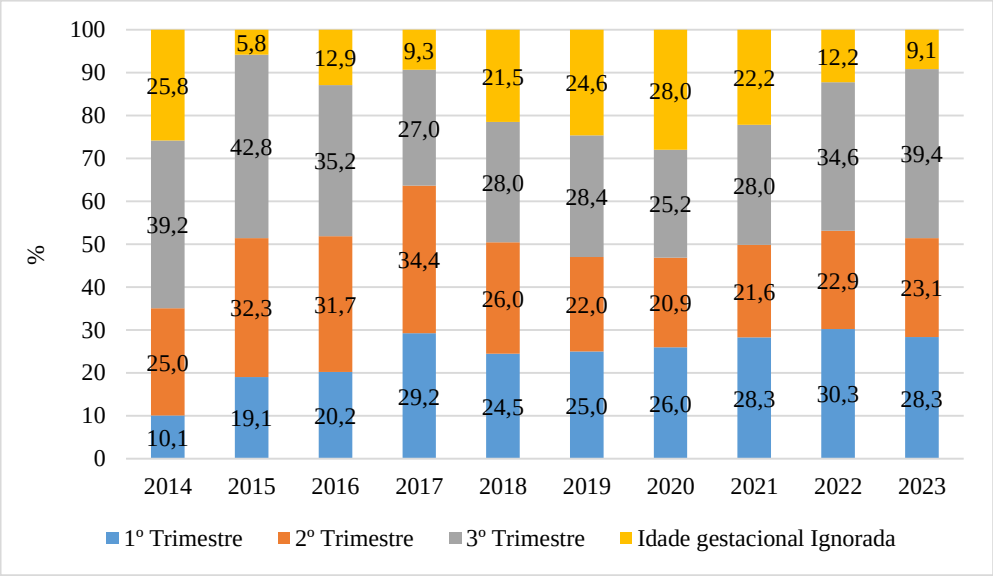
Escolaridade	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Não se aplica/ Ign/Branco	51,4	33,9	36,1	33,5	34,5	45,6	49,2	40,5	35,9	28,5
Analfabeto	0,8	0,5	0,6	0,1	0,3	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0
1ª a 4ª série incompleta do EF	3,5	3,7	4,5	3,9	3,3	1,9	1,7	2,2	2,3	2,1
4ª série completa do EF	3,3	2,6	5,9	3,9	2,9	2,6	1,7	2,2	2,7	1,8
5ª a 8ª série incompleta do EF	20,0	25,0	17,9	18,7	19,3	15,7	13,2	14,2	13,6	15,0
Ensino fundamental completo	3,5	7,5	7,6	7,1	8,0	5,7	4,9	6,2	5,8	7,5
Ensino médio incompleto	8,3	14,0	11,8	14,4	11,3	10,4	10,3	12,8	14,7	16,6
Ensino médio completo	8,8	10,3	14,6	16,8	17,9	16,5	16,8	19,6	22,8	25,8
Educação superior incompleta	0,3	1,9	0,8	1,0	1,6	1,2	0,9	1,0	1,0	1,3
Educação superior completa	0,2	0,5	0,3	0,5	0,9	0,3	1,0	1,2	1,2	1,5

Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

De acordo com o gráfico 274, no ano de 2023, os maiores percentuais de diagnóstico de sífilis em pessoas gestantes ocorreram no terceiro e no primeiro trimestres, 39,4% e 28,3% respectivamente. Esses dados podem indicar a necessidade de ampliar a captação precoce da gestante ao pré-natal (até a 12ª semana) com realização imediata da testagem rápida. Destaca-se que o monitoramento, para diagnóstico e tratamento das pessoas gestantes, deve ocorrer durante todo pré-natal, sendo preconizado a realização de testes trepônemicos e não treponêmicos nos 1° e 3° trimestres de gestação, a fim de detectar infecções e/ou reinfecções inclusive no final do período gestacional.

CONSULTA PÚBLICA

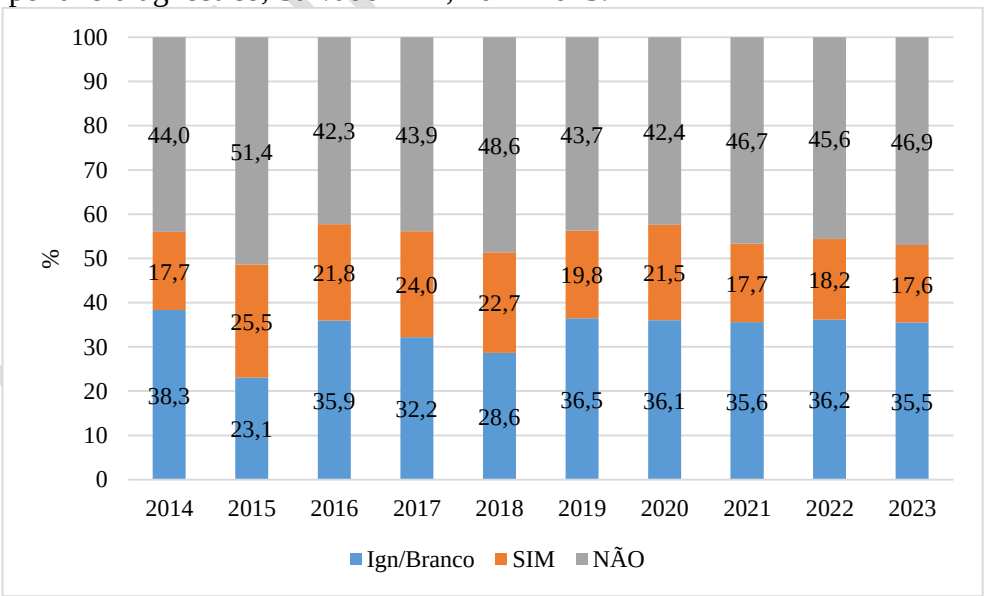
Gráfico 274 - Percentual de casos de sífilis na gestação, por trimestre gestacional no momento do diagnóstico, segundo ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Considerando a série histórica entre os anos de 2014 e 2023, observa-se que em relação as parcerias, não tiveram o esquema de tratamento prescrito concomitantemente às pessoas gestantes 46,9%, seguido pelos "ignorados/branco" e tratados, com 35,5 e 17,6%, respectivamente (Gráfico 275).

Gráfico 275 - Percentual de sífilis na gestação segundo tratamento concomitante com o parceiro, por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Sífilis Congênita

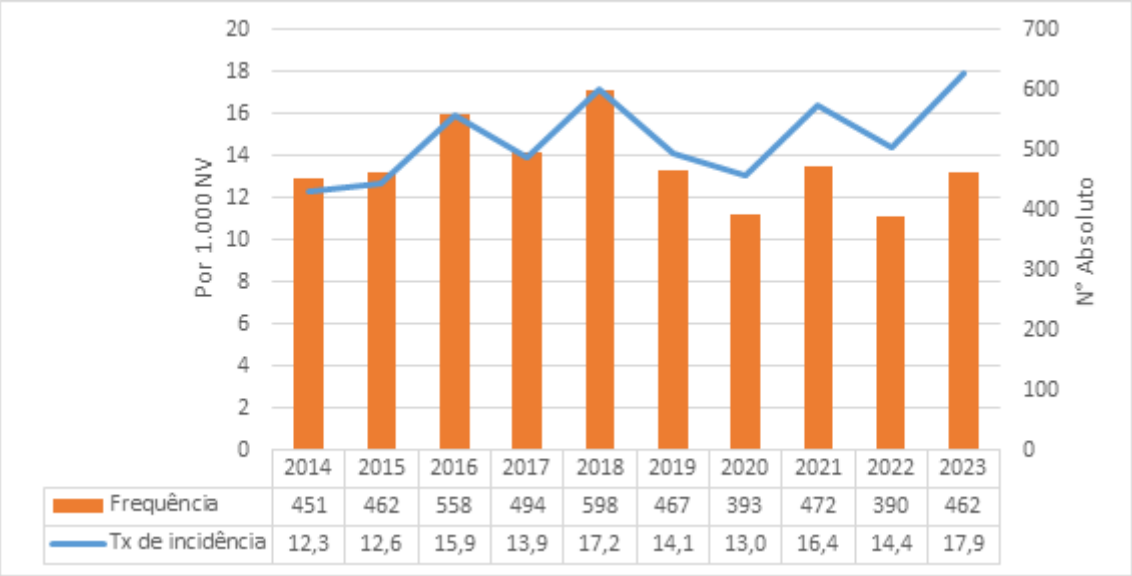
A eliminação da sífilis congênita depende do esforço conjunto de gestores, organismos internacionais, profissionais de saúde e sociedade civil para garantir a qualidade da atenção às pessoas gestantes e puérperas, captação e diagnóstico de suas parcerias sexuais durante o pré-natal. Em 2023 o Brasil registrou 25.002 casos confirmados, com uma taxa de incidência de 9,9 casos por 1.000 NV (BRASIL, 2024). No estado da Bahia, foram confirmados 1.244 casos, correspondendo a uma taxa de 7,3 por 1.000 NV (BRASIL, 2024). Em Salvador, a taxa de incidência apresentou um aumento de 45,5% no período de 2014 a 2023, passando de 12,3 para 17,9 casos por 1.000 NV (Gráfico 9). Com esse índice, Salvador figurou como a 8ª capital do país com maior taxa de incidência de sífilis congênita. Como comparação, Fortaleza e Belo Horizonte apresentaram, respectivamente, taxas de 26,0 e 7,7 casos por 1.000 NV, ocupando o 5º e o 14º lugares no ranking nacional, respectivamente.

Ao comparar as taxas de incidência de sífilis congênita entre 2022 (14,4/1.000 nascidos vivos) e 2023, observa-se um aumento de 24,3%. Esse crescimento reforça a necessidade de intensificar esforços em todos os níveis do sistema de saúde para a redução e eliminação da sífilis congênita.

Entre as ações prioritárias previstas no Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis, destacam-se o diagnóstico precoce da sífilis adquirida e da sífilis na gestação, o tratamento oportuno e adequado dos casos e a implementação do pré-natal do parceiro. Tais estratégias são essenciais para interromper a cadeia de transmissão, prevenir a ocorrência de sífilis congênita e fortalecer as ações de controle da transmissão vertical no município.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 276 - Taxa de incidência e frequência de casos de sífilis congênita (por 1000 NV), por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Em 2023, os Distritos Sanitários (DS) que registraram as maiores taxas de incidência de sífilis congênita foram Subúrbio Ferroviário (26,7 por 1.000 nascidos vivos), Centro Histórico (24,1/1.000 NV) e São Caetano/Valéria (21,1/1.000 NV), conforme apresentado na Tabela 7.

Vale destacar que os DS Centro Histórico e São Caetano/Valéria também apresentaram as maiores taxas de detecção de sífilis na gestação, evidenciando a necessidade de intensificação das ações de vigilância, diagnóstico e tratamento nesses territórios.

Tabela 73 - Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1000 NV), por distrito sanitário de residência, por ano diagnóstico, Salvador - Ba, 2014-2023

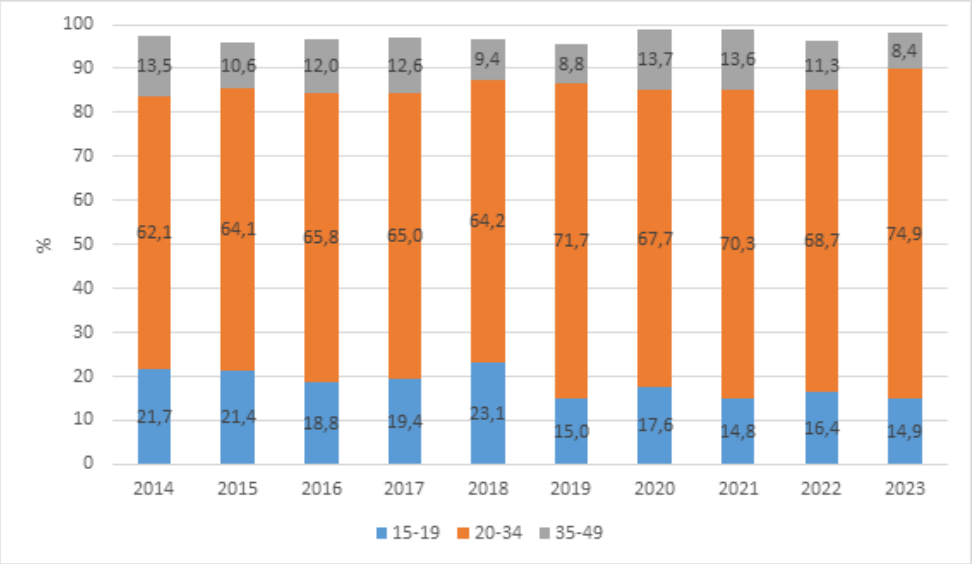
Distrito Sanitário	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro Histórico	20,1	15,6	33,6	38,7	15,8	12,5	6,2	19,6	32,1	24,1
Itapagipe	13,2	13,9	14,0	10,1	24,3	27,7	22,5	29,7	20,0	18,4
São Caetano/Valeria	14,8	15,2	14,2	13,4	22,1	30,4	25,2	25,6	12,0	21,1
Liberdade	15,0	12,1	14,9	13,0	29,0	6,6	12,0	21,2	12,0	19,0
Brotas	12,3	10,5	19,6	15,4	16,1	6,1	6,5	10,5	11,4	13,1
Barra/Rio Vermelho/Pituba	14,8	14,0	24,2	20,2	13,8	4,0	9,8	11,7	18,5	15,2
Boca do Rio	10,7	6,9	13,1	16,0	11,5	7,0	9,0	5,4	8,9	7,1
Itapuã	6,9	9,3	10,3	9,5	9,2	8,8	5,6	6,6	8,1	14,0
Cabula/Beiru	10,4	9,0	14,3	9,1	18,3	13,0	12,0	17,6	15,4	17,8
Pau da Lima	10,6	17,4	10,2	13,0	11,9	10,3	12,4	11,3	8,0	14,4
Subúrbio Ferroviário	14,0	12,8	19,5	18,5	22,9	24,4	17,5	20,6	20,6	26,7
Cajazeiras	5,9	12,9	11,3	7,8	11,2	5,8	10,3	10,9	10,5	16,8

Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

CONSULTA PÚBLICA

Conforme o Gráfico 277, que apresenta a distribuição proporcional por faixa etária das gestantes nos casos de sífilis congênita (SC) entre 2014 e 2023, observa-se que a maior proporção das mães dos recém-nascidos com SC está na faixa etária de 20 a 34 anos, período considerado sexualmente ativo e reprodutivo. Em 2023, essa faixa etária representou 74,9% dos casos, seguida pela faixa de 15 a 19 anos, com 14,9%.

Gráfico 277 - Percentual de casos de sífilis congênita, por faixa etária da pessoa gestante, por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

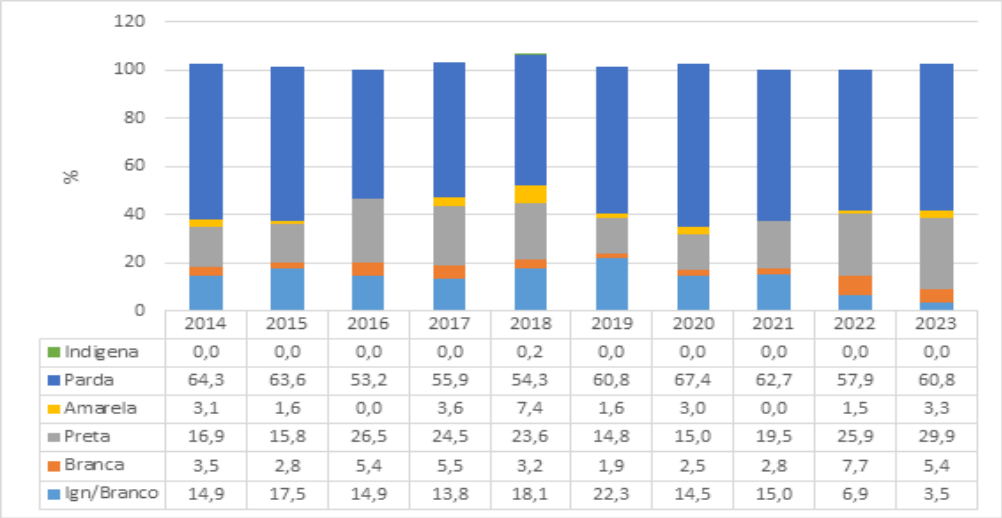


Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

No quesito raça/cor, as categorias parda e preta apresentaram os maiores percentuais, seguidas pela categoria branca (Gráfico 278). Em 2023, verificou-se que 90,7% das gestantes diagnosticadas com sífilis pertenciam à população negra, sendo 60,8% pardas e 29,9% pretas.

Além disso, houve uma significativa redução na proporção de registros classificados como "ignorado/branco" ao longo da série histórica, passando de 14,9% em 2014 para 3,5% em 2023, indicando uma melhora na qualidade e completude dos dados.

Gráfico 278 - Percentual de casos de sífilis congênita, por raça/cor da pessoa gestante, por ano diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Em relação ao grau de escolaridade, a série histórica revela predominância de casos entre gestantes com ensino médio completo, que representaram 29,4% dos casos em 2023. No mesmo ano, 20,8% dos casos corresponderam a gestantes com 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental, seguidos por 18,6% com ensino médio incompleto (Tabela 74).

Tabela 74- Percentual de casos de sífilis congênita, por nível de escolaridade da pessoa gestante, por ano diagnóstico, Salvador - Ba, 2014-2023

Escolaridade	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Não se aplica/ Ign/Branco	53,4	56,7	38,7	29,6	29,1	41,5	53,4	41,7	25,4	13,0
Analfabeto	0,4	0,2	0,0	0,2	0,2	0,2	0,0	0,2	0,5	0,2
1ª a 4ª série incompleta do EF	3,8	3,7	2,7	4,0	4,5	2,6	2,5	3,2	3,8	3,7
4ª série completa do EF	2,9	1,7	5,2	2,6	2,0	2,4	1,5	2,8	1,8	2,6
5ª a 8ª série incompleta do EF	20,6	18,4	18,8	22,3	23,9	20,8	15,0	16,5	14,6	20,8
Ensino fundamental completo	4,4	7,8	6,3	6,9	9,7	8,1	5,1	5,5	6,4	9,3
Ensino médio incompleto	8,2	4,8	8,4	13,4	12,9	9,0	6,4	12,9	18,7	18,6
Ensino médio completo	5,8	5,8	18,1	18,4	16,4	13,3	13,7	15,9	26,2	29,4
Educação superior incompleta	0,2	0,2	1,3	1,4	0,8	1,1	1,0	0,4	1,3	1,1
Educação superior completa	0,2	0,6	0,5	1,2	0,5	1,1	1,3	0,8	1,3	1,3

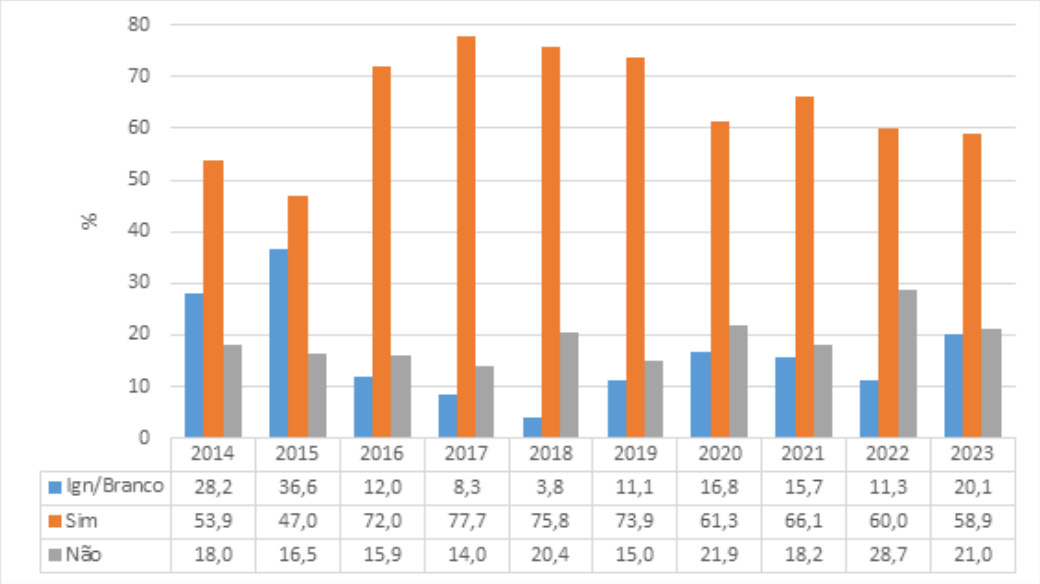
Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado da sífilis na gestação é fundamental para prevenir a sífilis congênita e suas complicações. Ao longo da série histórica, a maioria dos casos

CONSULTA PUBLICA

confirmados de sífilis congênita ocorreu em gestantes que realizaram o pré-natal, conforme indicado no Gráfico 12. Em 2023, 58,9% das gestantes com sífilis congênita haviam realizado o pré-natal, enquanto 21% não tiveram acompanhamento pré-natal.

Gráfico 279 - Percentual dos casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da pessoa gestante, por ano de diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ign/Branco	28,2	36,6	12,0	8,3	3,8	11,1	16,8	15,7	11,3	20,1
Sim	53,9	47,0	72,0	77,7	75,8	73,9	61,3	66,1	60,0	58,9
Não	18,0	16,5	15,9	14,0	20,4	15,0	21,9	18,2	28,7	21,0

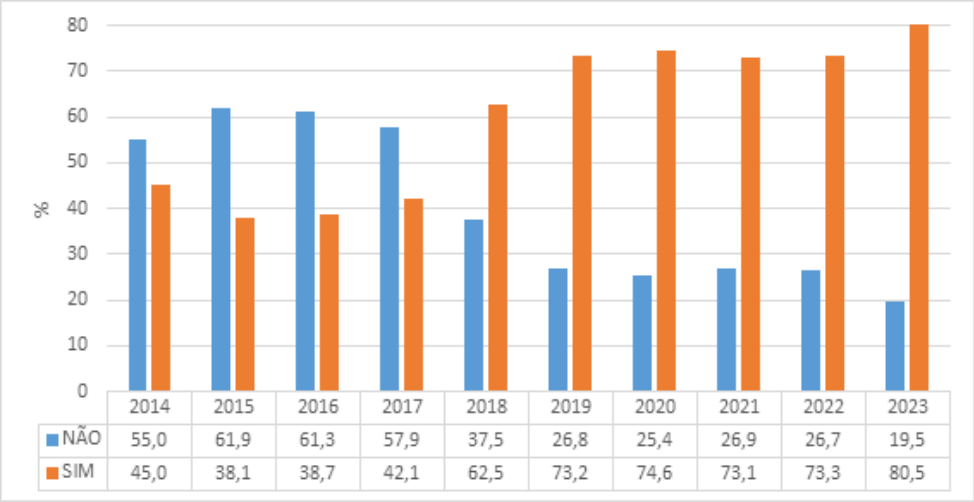
Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Embora os percentuais de gestantes que não realizaram pré-natal e dos registros classificados como "ignorado/branco" sejam menores, esses dados indicam a necessidade de ampliação de acesso ao pré-natal, melhor comunicação em saúde com a comunidade, destacando a importância do pré-natal, especialmente quanto ao número de consultas realizadas, prescrição e seguimento do tratamento, além de registros adequados das consultas. Isso é fundamental para prevenir ou detectar reinfecções e garantir a adesão ao tratamento, considerando o impacto significativo da sífilis congênita para o recém-nascido, sua família e os serviços de saúde.

Ao comparar os casos de sífilis congênita com notificação prévia da gestante e os casos sem essa notificação, observa-se que entre 2014 e 2016 houve uma redução no percentual de notificações de sífilis na gestação, de 45% para 38,7% (Gráfico 280). A partir de 2017, esse percentual aumentou progressivamente, alcançando 74,6% em 2020. Apesar de uma queda em 2021, o índice voltou a subir, atingindo 80,5% em 2023.

É importante destacar que a maioria das notificações de sífilis na gestação foi realizada pelas maternidades, mesmo quando a investigação dos casos de sífilis congênita indica que as gestantes tiveram acompanhamento pré-natal.

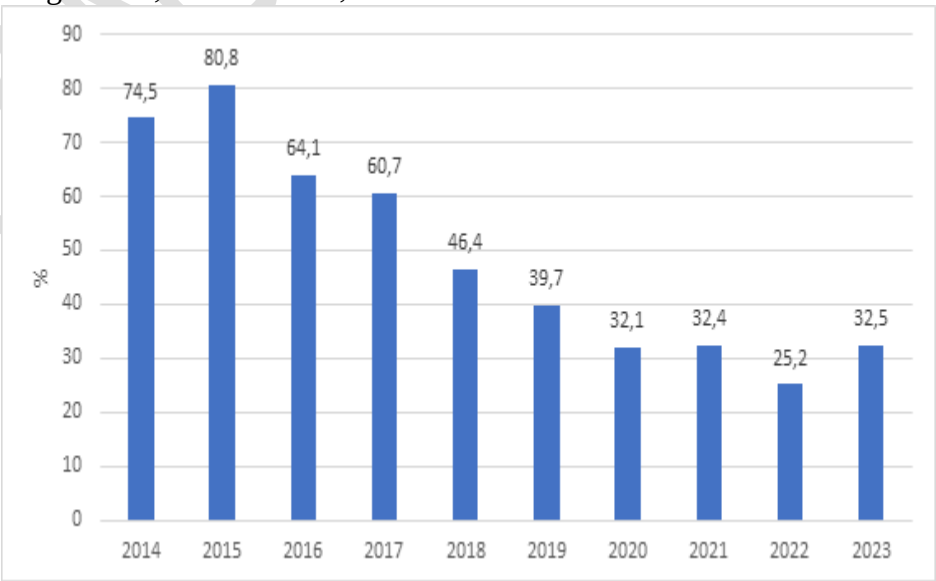
Gráfico 280 - Percentual de casos de sífilis congênita segundo notificação de sífilis na gestação, por ano de diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Quando se avalia o percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes, observa-se diminuição a partir de 2016 (64,1%), finalizando 2023 com 32,5% (Gráfico 281), o que significa que neste ano de cada 100 gestantes notificadas com sífilis, cerca de 33 tiveram recém-nascidos com sífilis congênita. Embora este indicador tenha apresentado redução ao longo do período, os valores permanecem elevados, refletindo falhas na identificação e tratamento adequado da sífilis em gestantes, evidenciando necessidade de aprimoramento do processo de trabalho da atenção básica, visto que a maioria dos casos de sífilis congênita foram de recém-nascidos de mães que realizaram pré-natal.

Gráfico 281 - Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de sífilis na gestação, por ano de diagnóstico, Salvador-BA, 2014-2023.

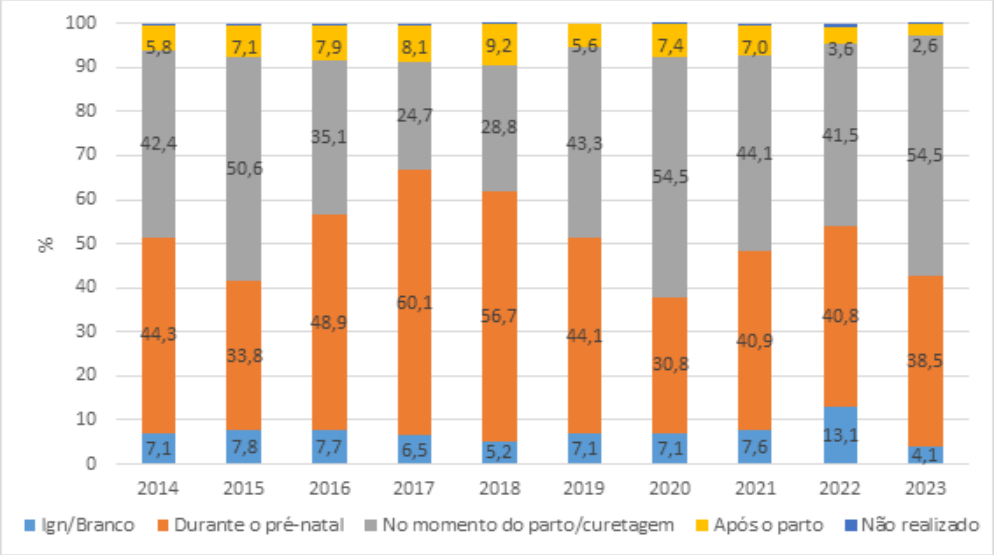


Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Em relação ao momento do diagnóstico da sífilis na gestação especificamente dos casos de sífilis congênita, observa-se uma redução nos casos diagnosticados durante o pré-natal a partir de 2018. Por outro lado, o percentual de diagnósticos realizados no momento do parto ou curetagem apresenta uma tendência crescente, indicando possíveis fragilidades no acompanhamento pré-natal, no diagnóstico precoce, possibilidade de reinfecção ou tratamento inadequados, o que aumenta o risco de transmissão para o recém-nascido.

Em 2023, 54,5% dos casos de sífilis congênita, a pessoa gestante foi diagnosticada no parto ou curetagem, enquanto 38,5% foram identificados durante o pré-natal (Gráfico 282). Ressalta-se que a realização do teste rápido é obrigatória na admissão da gestante nas maternidades e, nos casos reagentes, deve ser realizado o teste não treponêmico para confirmação.

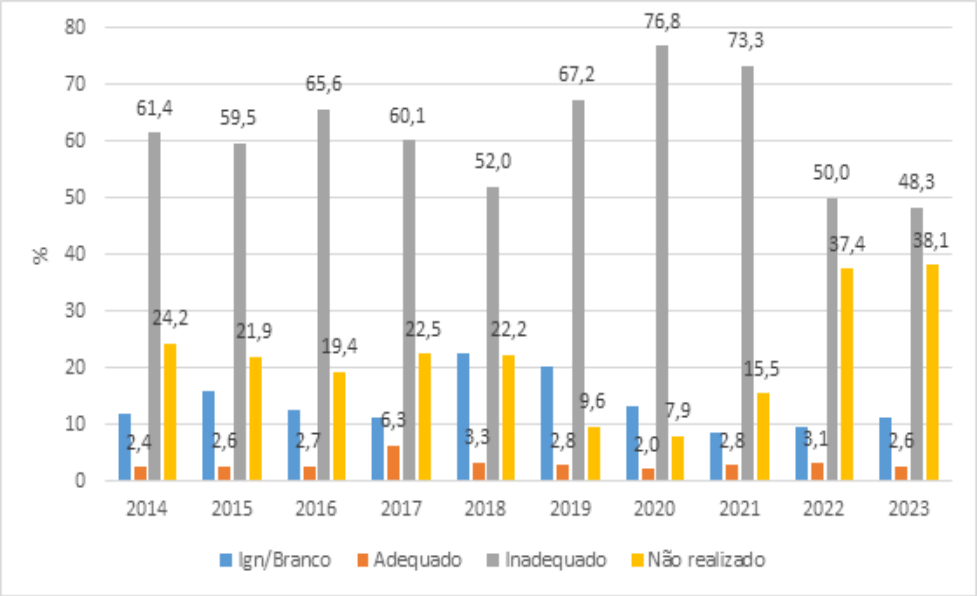
Gráfico 282 - Percentual de sífilis congênita segundo momento do diagnóstico de sífilis na gestação, por ano de diagnóstico, Salvador - BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Ainda em relação aos casos de sífilis congênita, ao analisar o esquema de tratamento das gestantes durante o pré-natal, observa-se que o tratamento inadequado apresentou os maiores percentuais ao longo de toda a série histórica, apesar das oscilações, atingindo o maior valor em 2020, 76,8%, e o menor resultado em 2023 (48,3%). Em seguida, destaca-se o percentual de casos em que o tratamento não foi realizado, tendo pior desempenho em 2023, alcançando 38,1%. Por fim, o tratamento considerado adequado registrou os menores valores, alcançando seu melhor desempenho em 2017(6,3%) (Gráfico 283).

Gráfico 283 - Percentual de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da pessoa gestante durante o pré-natal, por ano de diagnóstico, Salvador - BA, 2014-2023.



Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

Diante desses dados, é fundamental avaliar como está sendo realizada a classificação clínica da sífilis e prescrição do tratamento na gestação, a adesão das usuárias ao tratamento, bem como a efetividade da busca ativa pelas equipes de saúde.

A SMS através da articulação entre a Vigilância Epidemiológica e Atenção Primária à Saúde e demais áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde, instituiu o Grupo de Trabalho de Enfrentamento à Sífilis (GT de Sífilis), espaço intersetorial voltado à discussão, planejamento e implementação de ações estratégicas para o controle do agravo. Entre as principais iniciativas, destacam-se a reorganização do processo de trabalho dos profissionais da rede, a qualificação dos fluxos assistenciais e de vigilância, o monitoramento do estoque de insumos e medicamentos, e a melhoria do registro, da qualidade e do monitoramento das informações nos sistemas oficiais.

Entre 2014 e 2023, a maioria dos casos de sífilis congênita evoluiu para nascidos vivos. Os óbitos mantiveram-se em torno de 1%, permanecendo como evento evitável e indicador de falhas no pré-natal. Observou-se aumento de abortos e natimortos a partir de 2020, especialmente em 2021 e 2023. Destaca-se ainda a redução de registros ignorados nos anos mais recentes, indicando melhoria na qualidade dos dados (Tabela 75).

Tabela 75 - Percentual de casos de sífilis congênita, segundo evolução do caso, por ano de diagnóstico, Salvador - Ba, 2014-2023.

EVOLUÇÃO DO CASO	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Vivo	97,1	85,9	90,5	84,4	82,9	91,9	90,1	87,3	89,7	87,0

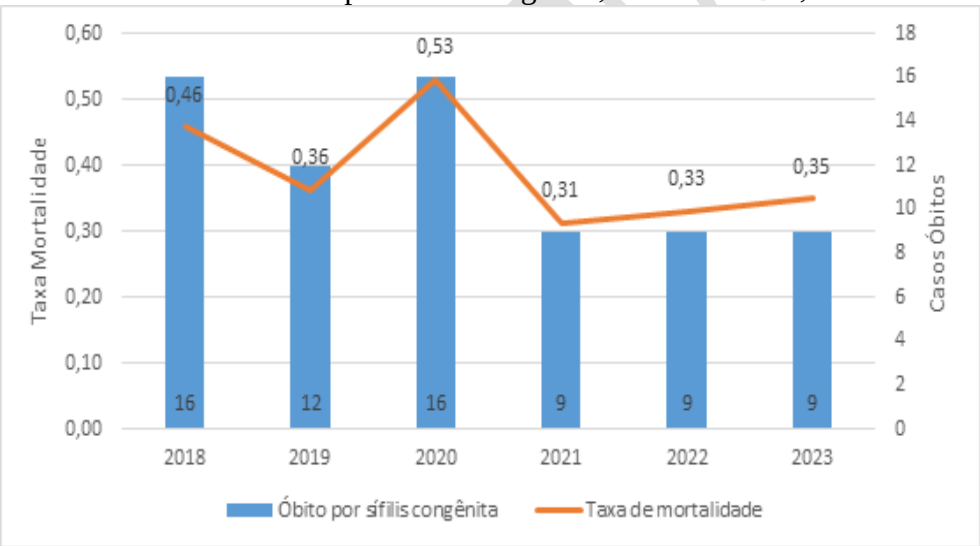
CONSULTA PÚBLICA

Óbito por sífilis congênita	0,0	0,9	0,5	1,2	0,2	0,9	1,0	0,2	1,0	1,1
Óbito por outras causas	0,2	0,0	0,9	0,4	0,0	0,6	1,5	1,1	1,0	0,6
Aborto	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,8	6,1	2,3	6,5
Natimorto	0,4	0,9	0,4	0,6	0,7	1,1	1,8	3,6	3,3	1,9
Ignorado	2,2	12,1	7,5	13,4	16,1	5,6	4,8	1,7	2,6	2,8

Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

No Gráfico 284, observa-se que no período analisado, a taxa de mortalidade por sífilis congênita apresentou oscilação, variando de 0,31 a 0,53 óbitos por 1.000 nascidos vivos. O maior valor foi registrado em 2020 (0,53), ano que também apresentou maior número absoluto de óbitos (16 casos), período coincidente com o início da pandemia de COVID-19. Esse comportamento pode refletir o impacto indireto da pandemia sobre o acesso ao pré-natal, a testagem oportuna e o tratamento adequado da gestante e do parceiro. Em seguida, observa-se redução em 2021 (0,31), mantendo-se relativamente estável em 2022 (0,33) e 2023 (0,35).

Gráfico 284 - Taxa de mortalidade por sífilis congênita, Salvador - BA, 2018-2023.



Fonte: SINAN Net, acesso 09/08/2024.

A evolução dos indicadores relacionados à sífilis adquirida, em gestantes e congênita no município de Salvador entre 2014 e 2023 revela um cenário preocupante e desafiador para a saúde pública local. O expressivo aumento na taxa de detecção da sífilis adquirida, que passou de 5,3 para 181,4 casos por 100.000 habitantes, aliado ao crescimento de 234,5% na taxa de sífilis em gestantes e de 45,5% na incidência da sífilis congênita, evidencia falhas importantes nas estratégias de prevenção, rastreamento e tratamento dessas infecções.

Apesar da notificação compulsória e da existência de protocolos estabelecidos para o enfrentamento da sífilis, os dados de Salvador colocam a capital baiana entre as dez cidades brasileiras com os piores indicadores dos três desdobramentos da doença, ocupando a 11ª

posição em sífilis adquirida, a 7ª em sífilis em gestantes e a 8ª em sífilis congênita, segundo os dados de 2023.

O panorama evidenciado reforça a necessidade de intensificar as ações intersetoriais e de saúde pública voltadas ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno, sobretudo durante o pré-natal. Essa diretriz vem sendo operacionalizada pelo GT de Sífilis, por meio do plano de ações de enfrentamento, que contempla iniciativas voltadas à capacitação das equipes de saúde e ao aprimoramento dos fluxos de cuidado da gestante e do recém-nascido.

10.4.4.3 Hepatites Virais

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

Embora a hepatite A esteja historicamente ligada a condições precárias de saneamento e indicadores socioeconômicos baixos, a melhoria na infraestrutura e a vacinação infantil reduziram sua incidência geral no Brasil (MS, BRASIL, 2024; BANDEIRA et al., 2018). Paradoxalmente, observa-se agora um aumento significativo de casos em homens de faixas etárias sexualmente ativas. Por isso, a imunização é considerada fundamental não apenas na pediatria (FERREIRA et al., 2014), mas também para populações elegíveis e usuários de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), conforme diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2025).

Atualmente, as unidades de saúde de Salvador disponibilizam a vacina para o público-alvo do Programa Nacional de Imunizações — crianças de 1 a 4 anos — e para grupos específicos definidos pelos manuais do Ministério da Saúde, como imunossuprimidos, pessoas vivendo com HIV/Aids, portadores de hepatites B e C e transplantados.

As infecções causadas pelos vírus das hepatites B ou C frequentemente evoluem para formas crônicas e não apresentam sintomatologia. Isso faz com que a doença possa evoluir por décadas sem o devido diagnóstico. Atualmente, existem testes rápidos para a detecção da infecção pelos vírus B ou C, que estão disponíveis no SUS para toda a população. É importante ressaltar que todas as pessoas precisam ser testadas pelo menos uma vez na vida para esses tipos de hepatite. Populações mais vulneráveis precisam ser testadas periodicamente (MS,2020).

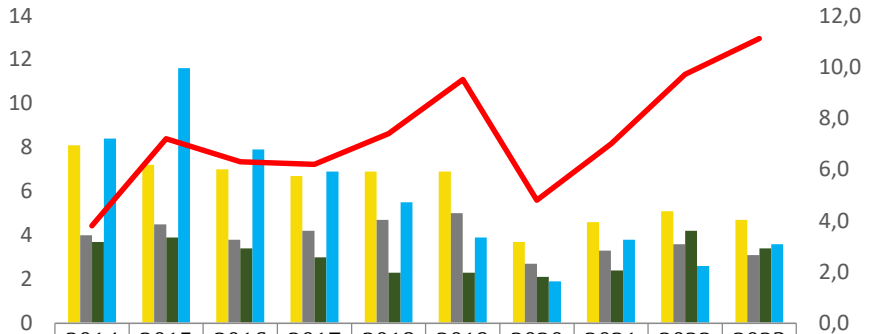
CONSULTA PUBLICA

Hepatite B

A via primária de transmissão é a parenteral, por contato com sangue e hemoderivados. É também transmitida por contato sexual e de mãe infectada para o recém-nascido (durante o parto ou no período perinatal). Grupos de alto risco incluem os usuários de drogas injetáveis, homossexuais/heterossexuais com múltiplos parceiros. A melhor forma e a mais eficaz de se prevenir contra a Hepatite B, ainda é por meio da vacinação. As novas infecções pelo vírus B (HBV) estão diminuindo graças ao aumento da cobertura vacinal entre crianças nas últimas décadas. A vacina contra a hepatite B (HBV) é universal, ou seja, está disponível para todas as pessoas no SUS (BANDEIRA et al., 2018).

Ao compararmos Salvador com o Brasil e com as capitais que tem o mesmo perfil demográfico como Fortaleza e Belo Horizonte, verifica-se que nos intervalos de 2014 a 2016, Salvador apresenta registros de ocorrências próximos a capital mineira. A partir de 2017 os registros verificados excedem inclusive aqueles verificados para o Brasil e apresenta tendência de crescimento em todos os anos do intervalo embora apresente uma queda nos registros do ano de 2020 provavelmente impulsionada pelo contexto pandêmico

Gráfico 285 - Taxa de detecção de Hepatite B (por 100.000/hab), Brasil, Bahia, Salvador, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.



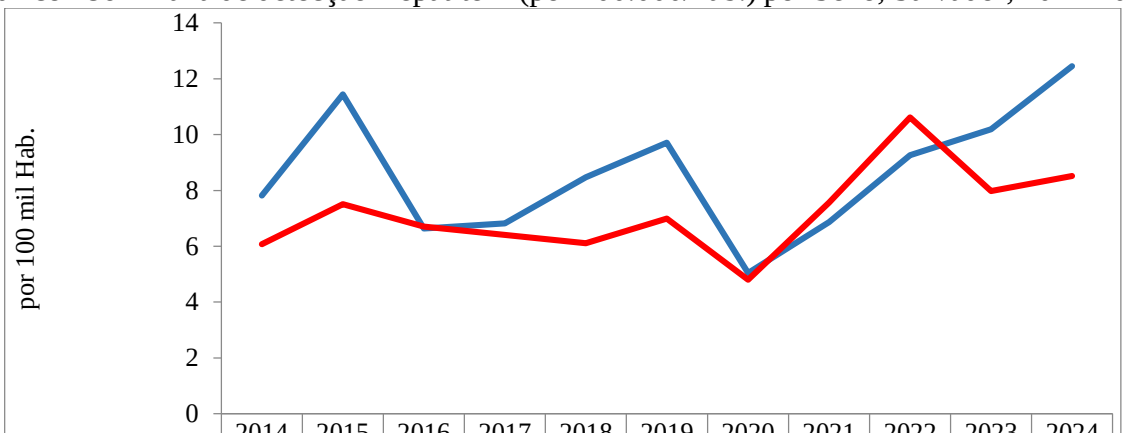
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Brasil	8,1	7,2	7	6,7	6,9	6,9	3,7	4,6	5,1	4,7
Bahia	4,0	4,5	3,8	4,2	4,7	5	2,7	3,3	3,6	3,1
Fortaleza	3,7	3,9	3,4	3	2,3	2,3	2,1	2,4	4,2	3,4
Belo Horizonte	8,4	11,6	7,9	6,9	5,5	3,9	1,9	3,8	2,6	3,6
Salvador	3,8	7,2	6,3	6,2	7,4	9,5	4,8	7,0	9,7	11,1

Fonte: Ministério da Saúde. Dados coletados em 27/08/2025.
Dados preliminares para 2023 disponíveis no Site do Ministério da Saúde

Ao longo da série estudada percebemos que o sexo masculino tem um predomínio em relação ao sexo feminino, mas não existem estudos que definam maior probabilidade do sexo masculino em se infectar pelo vírus B. Podemos talvez relacionar com um provável

comportamento de alto risco sexual dos homens em detrimento as mulheres. Em muitos contextos, condições socioeconômicas e ocupacionais há uma influência ao risco da exposição, homens podem estar mais frequentemente inseridos em atividades de risco (Gráfico 286).

Gráfico 286 - Taxa de detecção Hepatite B (por 100.000/hab.) por Sexo, Salvador, 2014-2023.



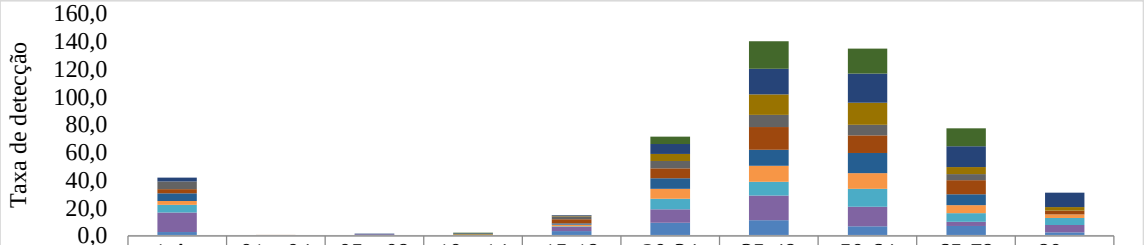
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Masculino	7,8	11,4	6,6	6,8	8,5	9,7	5,0	6,9	9,3	10,19	12,46
Feminino	6,1	7,5	6,7	6,4	6,1	7,0	4,8	7,6	10,6	7,98	8,52

Fonte: Sinannet 14/08/2025

Quando analisamos o gráfico 287, percebemos claramente que a faixa etária mais acometida é a faixa sexualmente ativa, corroborando com o fato do vírus B ter caráter de uma infecção sexualmente transmissível. Outra forma importante de infecção é através da transmissão vertical, contudo não podemos atribuir como casos de transmissão vertical as crianças notificadas abaixo de 1 ano, pois para que um caso seja confirmado como transmissão vertical, a criança deverá ter pelo menos 12 meses, ter o calendário vacinal atualizado e exames específicos para comprovação da transmissão.

CONSULTA PÚ

Gráfico 287 - Taxa de detecção de Hepatite B (por 100.000/hab.) por faixa etária, Salvador, 2014-2023.

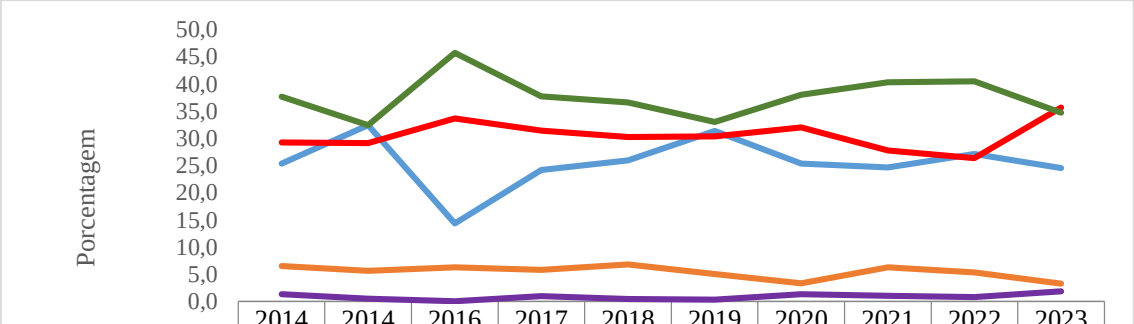


	<1 Ano	01 a 04	05 a 09	10 a 14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e+
2023	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	5,3	20,0	17,9	13,0	0,0
2022	2,8	0,0	0,5	0,4	0,4	7,3	18,3	21,0	15,0	10,4
2021	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	5,1	14,9	15,9	5,0	2,6
2020	5,6	0,0	0,0	0,0	2,1	5,2	8,6	7,7	4,3	0,0
2019	2,84	0,70	0,00	0,00	3,01	7,11	16,53	12,56	10,14	2,63
2018	5,7	0,0	0,0	0,0	0,9	7,7	11,4	14,5	8,0	0,0
2017	2,8	0,0	0,0	0,0	1,3	7,0	11,6	11,4	5,6	2,6
2016	5,5	0,0	0,0	0,0	0,4	7,7	10,0	12,8	6,4	5,1
2015	13,9	0,0	0,5	0,4	3,0	9,7	17,6	14,2	2,8	5,2
2014	2,8	0,0	0,5	0,4	3,4	9,3	11,4	6,9	7,2	2,6

Fonte: Sinannet 14/08/2025

Ao realizar a análise do critério raça/cor, percebemos que o campo ignorado/branco ainda é a grande maioria e seria oportuno realizar um trabalho de conscientização dos profissionais de saúde quanto ao preenchimento correto da ficha de notificação. Outro dado relevante em relação a esse preenchimento é que, como esse critério é autodeclarado, as buscas e notificações baseadas no prontuário dos pacientes podem não ter esse campo preenchido adequadamente. (Gráfico 288).

Gráfico 288 - Percentual de Hepatite B (por 100.000/hab.) segundo critério Raça/cor, Salvador, 2014-2023.

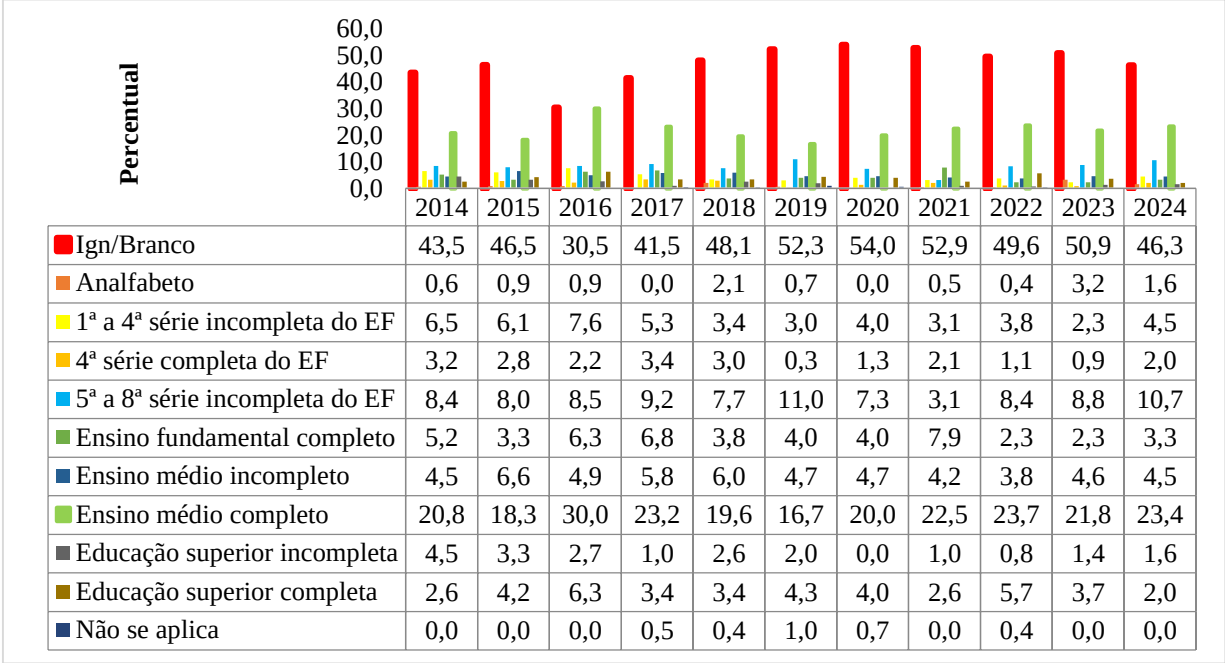


	2014	2014	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ign/Branco	25,3	32,4	14,3	24,2	26,0	31,3	25,3	24,6	27,1	24,5
Branca	6,5	5,6	6,3	5,8	6,8	5,0	3,3	6,3	5,3	3,2
Preta	29,2	29,1	33,6	31,4	30,2	30,3	32,0	27,7	26,3	35,6
Amarela	1,3	0,5	0,0	1,0	0,4	0,3	1,3	1,0	0,8	1,9
Parda	37,7	32,4	45,7	37,7	36,6	33,0	38,0	40,3	40,5	34,7

Fonte: Sinannet, acesso em 28/08/2025

O campo “ignorado” foi o mais preenchido no que se refere a escolaridade dos indivíduos notificados com hepatite B. O segundo campo mais preenchido em relação a escolaridade foi o ensino médio completo em todos os anos da série histórica. Estudos apontam que populações com menor acesso a saúde têm maior prevalência para as Hepatites.

Gráfico 289 - Percentual Hepatite B (por 100.000/hab.), segundo escolaridade, Salvador, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ign/Branco	43,5	46,5	30,5	41,5	48,1	52,3	54,0	52,9	49,6	50,9	46,3
Analfabeto	0,6	0,9	0,9	0,0	2,1	0,7	0,0	0,5	0,4	3,2	1,6
1ª a 4ª série incompleta do EF	6,5	6,1	7,6	5,3	3,4	3,0	4,0	3,1	3,8	2,3	4,5
4ª série completa do EF	3,2	2,8	2,2	3,4	3,0	0,3	1,3	2,1	1,1	0,9	2,0
5ª a 8ª série incompleta do EF	8,4	8,0	8,5	9,2	7,7	11,0	7,3	3,1	8,4	8,8	10,7
Ensino fundamental completo	5,2	3,3	6,3	6,8	3,8	4,0	4,0	7,9	2,3	2,3	3,3
Ensino médio incompleto	4,5	6,6	4,9	5,8	6,0	4,7	4,7	4,2	3,8	4,6	4,5
Ensino médio completo	20,8	18,3	30,0	23,2	19,6	16,7	20,0	22,5	23,7	21,8	23,4
Educação superior incompleta	4,5	3,3	2,7	1,0	2,6	2,0	0,0	1,0	0,8	1,4	1,6
Educação superior completa	2,6	4,2	6,3	3,4	3,4	4,3	4,0	2,6	5,7	3,7	2,0
Não se aplica	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4	1,0	0,7	0,0	0,4	0,0	0,0

Fonte: Sinannet, acesso em 28/08/2025

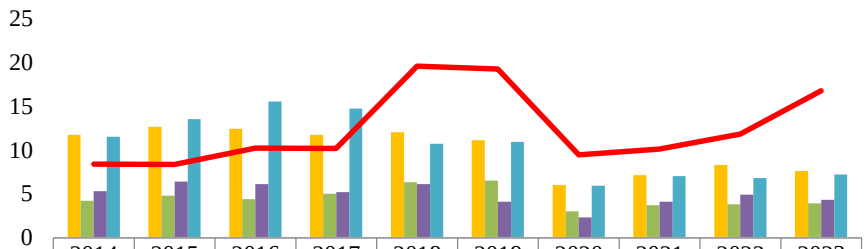
Hepatite C

A maior prevalência de hepatite C está entre pessoas que têm idade superior a 40 anos. A forma mais comum de transmissão é a parenteral, por exposição percutânea direta ao sangue, hemoderivados ou instrumental cirúrgico contaminado. Receptores de sangue e derivados, usuários de drogas injetáveis, pacientes de hemodiálise e profissionais de saúde (vítimas de acidentes perfuro-cortantes) apresentam alto risco de infecção pelo HCV.

A inserção dos antivirais de ação direta (DAA) para o tratamento da hepatite C no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2015 e a remodelação no modo de aquisição desses medicamentos em 2019, permitiu a efetivação da universalização do acesso aos tratamentos na rede pública. Essas ações tornaram-se marcos históricos rumo à eliminação da hepatite C no Brasil (BRASIL, 2020).

Quando comparamos (Gráfico 290), Salvador com o Brasil e a outras capitais de mesmo perfil demográfico, percebemos que Salvador tem valores inferiores a taxa de detecção do Brasil e de Belo Horizonte até o ano de 2017 e com aumento significativo na taxa de detecção em 2018 e 2019, Já quando comparamos com Fortaleza, percebemos que Salvador tem taxas superiores até o final da série histórica. O ano de 2020 há uma queda importante na taxa de detecção e provavelmente associada a pandemia de covid-19 e a partir de 2021 assume curva ascendente.

Gráfico 290 - Taxa de detecção de Hepatite C (por 100.000/hab.), Brasil, Bahia, Salvador, Fortaleza e Belo Horizonte, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Brasil	11,7	12,6	12,4	11,7	12	11,1	6	7,1	8,3	7,6
Bahia	4,2	4,8	4,4	5,0	6,3	6,5	3,0	3,7	3,8	3,9
Fortaleza	5,3	6,4	6,1	5,2	6,1	4,1	2,3	4,1	4,9	4,3
Belo Horizonte	11,5	13,5	15,5	14,7	10,7	10,9	5,9	7,0	6,8	7,2
Salvador	8,4	8,3	10,2	10,2	19,5	19,2	9,4	10,1	11,8	16,7

Fonte: Ministério da Saúde. Dados coletados em 14/08/2025.
Dados preliminares para 2023 disponíveis no Site do Ministério da Saúde

Quando estratificamos a taxa de detecção por distrito sanitário, percebemos que o distrito do Centro Histórico tem taxas elevadas em todos os anos da série histórica. Acredita-se que o perfil populacional da área do centro histórico é constituído por populações de risco para a Hepatite C, que incluem usuários de drogas, profissionais do sexo, pessoas em situação de rua, dentre outras, o que justifica o aparecimento de taxas superiores aos demais distritos. Nos anos de 2018 e 2019 houve um crescimento da notificação em todos os distritos, pois foi introduzido no Brasil a campanha de erradicação do vírus C objetivando o crescimento da cura (Tabela 76).

Tabela 76- Taxa de detecção Hepatite C (por 100.000/hab.) por Distrito Sanitário, Salvador, 2014 a 2023.

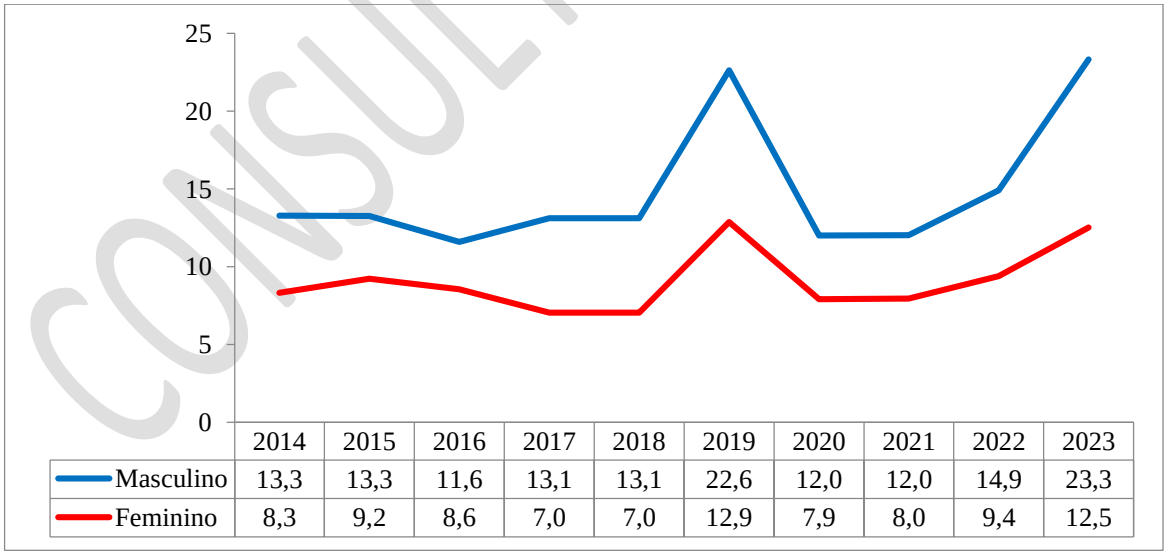
Distritos Sanitário	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro Histórico	24,4	30,6	34,2	29,0	67,8	54,5	29,7	27,0	33,2	41,9
Itapagipe	13,6	10,7	12,9	12,3	24,8	39,6	18,3	18,7	19,8	34,4
São Caetano/Valeria	8,6	7,8	7,8	10,6	17,8	15,6	8,3	9,0	12,5	17,8

Liberdade	9,2	8,7	13,2	9,6	24,5	20,3	10,8	11,8	10,7	10,0
Brotas	10,4	11,3	10,8	11,1	13,8	11,9	6,4	10,0	9,0	11,0
Barra/Rio Vermelho	4,4	6,2	9,7	9,6	24,3	16,5	6,3	9,5	11,4	16,8
Boca do Rio	10,9	10,9	12,3	19,4	20,0	17,0	8,8	11,7	9,4	14,1
Itapoan	7,7	5,9	7,6	8,3	15,7	13,0	7,8	10,3	12,5	18,7
Cabula/Beiru	7,6	5,7	9,4	8,2	11,4	14,0	11,8	7,7	8,8	11,9
Pau da Lima	5,9	8,4	6,2	6,2	9,8	12,4	4,7	8,9	9,7	18,9
Subúrbio Ferroviário	7,7	6,5	7,1	7,0	14,2	14,8	9,2	6,6	10,0	16,3
Cajazeiras	4,6	6,3	12,0	10,8	17,7	11,7	6,4	7,5	12,7	11,2
Total	8,3	8,2	10,1	10,1	18,4	17,2	9,4	10,1	11,8	16,9

Fonte: Sinannet, 14/08/25

Ao longo da série estudada percebemos que o sexo masculino tem um predomínio em relação ao sexo feminino, mas não existem estudos que definam maior probabilidade do sexo masculino em se infectar pelo vírus C, nem pelo vírus B, podendo este comportamento estas associadas a exposição sexual (Gráfico 291).

Gráfico 291 - Taxa de detecção de Hepatite C (por 100.000/hab.) por Sexo, Salvador, 2014-2023.



Fonte: Sinannet 14/08/25

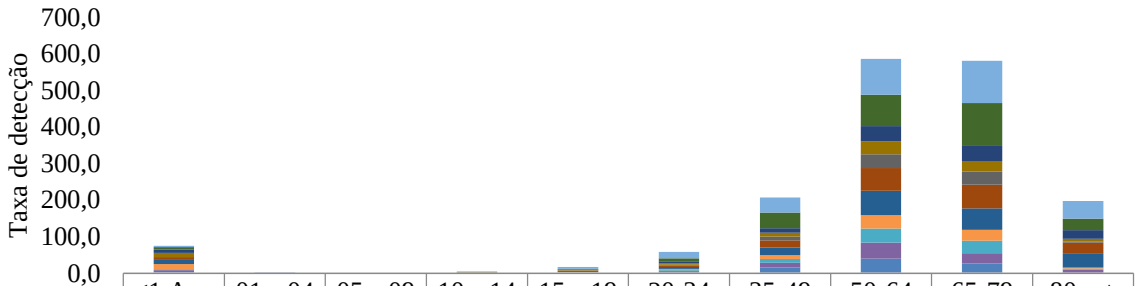
Ao analisar a infecção pelo vírus C, verifica-se que as maiores taxas de detecção ocorrem nas faixas etárias de 50-64 anos, 65-79 anos e até 80 e+, pois o indivíduo infectado pelo vírus pode levar décadas para manifestar a doença. Sendo identificado em fases avançadas. É de vital

CONSULTA PUBLICA

importância que toda a população acima de 40 anos faça o teste para verificar possível infecção pelo vírus e iniciar o tratamento

A testagem rápida com diagnóstico para hepatites virais pode ser realizada nos Multicentros de Saúde de Salvador e nas unidades básicas de saúde da rede municipal, com resultado em até 30 minutos.

Gráfico 292 - Taxa de detecção de Hepatite C (por 100.000/hab.) por faixa etária, Salvador, 2014-2023.

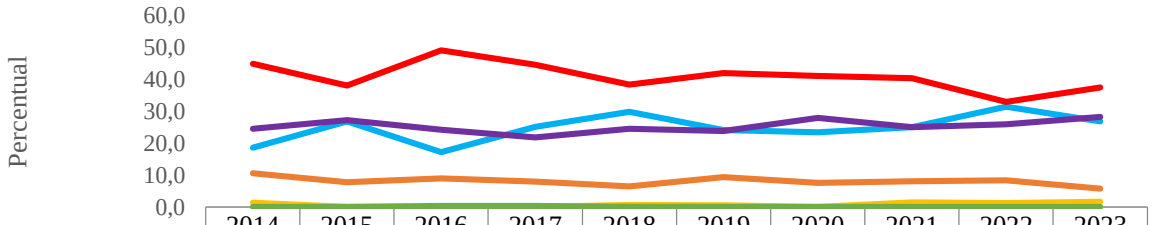


	<1 Ano	01 a 04	05 a 09	10 a 14	15 a 19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e +
2024	3,5	0,9	0,0	1,6	5,2	17,6	41,6	98,3	115,5	48,1
2023	6,8	0,0	0,6	1,1	1,5	9,2	42,2	85,8	117,0	31,5
2022	8,4	0,0	0,0	0,0	0,8	3,8	13,0	42,1	41,3	23,3
2021	11,2	0,0	0,0	0,4	2,1	4,1	10,1	34,9	28,6	7,8
2020	2,8	0,0	0,0	0,4	0,9	2,3	10,5	37,7	36,0	2,6
2019	5,7	0,0	0,0	0,4	0,9	4,4	19,7	62,0	64,4	29,0
2018	11,4	0,0	0,0	0,9	2,6	5,1	20,5	66,6	58,9	39,6
2017	13,8	0,0	0,0	0,0	1,3	3,6	10,4	36,6	29,5	2,6
2016	2,8	0,0	0,0	0,0	0,8	2,5	10,9	38,9	33,9	2,6
2015	5,6	0,7	0,0	0,4	0,8	3,4	12,5	43,3	28,4	10,3
2014	2,8	0,7	0,0	0,0	0,4	2,4	16,0	40,2	26,9	0,0

Fonte: Sinannet 14/08/25

A partir do gráfico abaixo, percebemos que pretos e pardos somados são a maioria das pessoas infectadas pelo vírus C. Embora salientemos que o campo “ignorado/branco” também tem altos percentuais, mas ainda assim menores do que o observado no vírus B. Será necessário um trabalho maior de orientação e sensibilização dos profissionais acerca da relevância do preenchimento desse quesito de acordo com a autodeclaração do indivíduo.

Gráfico 293 - Distribuição percentual de casos de Hepatite C (por 100.000/hab.) segundo raça/cor, Salvador, 2014-2023.

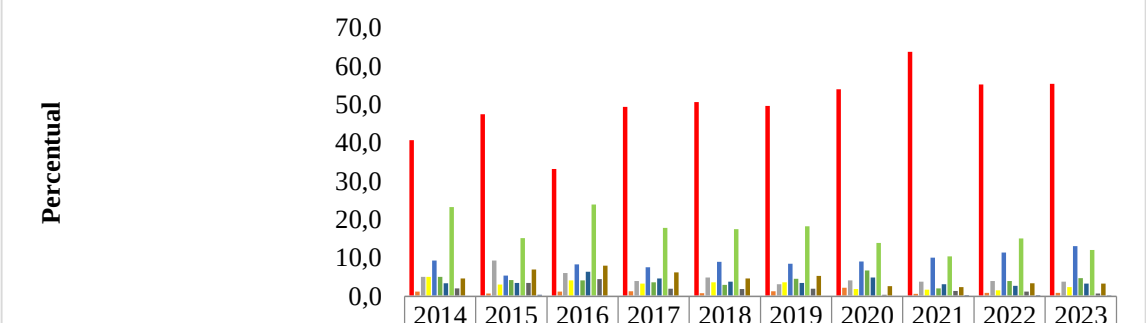


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ign/Branco	18,6	26,8	17,3	25,2	29,9	24,2	23,4	25,1	31,5	26,8
Branca	10,6	7,8	8,9	7,9	6,4	9,4	7,5	8,0	8,3	5,7
Preta	24,6	27,2	24,3	21,9	24,6	23,8	27,9	25,1	25,9	28,3
Amarela	1,3	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,0	1,4	1,2	1,7
Parda	44,9	38,1	49,2	44,7	38,5	42,1	41,1	40,4	33,0	37,5
Indigena	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: Sinannet 28/08/25

Assim como no vírus B, no vírus C o campo "ignorado" foi o mais preenchido no que se refere a escolaridade dos indivíduos notificados com hepatite C. O segundo campo mais preenchido em relação a escolaridade foi o ensino médio completo em todos os anos da série histórica.

Gráfico 294 - Distribuição percentual de Hepatite C (por 100.000/hab.) segundo escolaridade, Salvador, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ign/Branco	40,7	47,5	33,2	49,3	50,6	49,6	54,0	63,8	55,2	55,3
Analfabeto	1,3	0,8	1,3	1,3	0,9	1,3	2,3	0,7	0,9	1,0
1ª a 4ª série incompleta do EF	5,1	9,3	6,1	4,0	4,9	3,1	4,2	3,8	4,0	3,8
4ª série completa do EF	5,1	3,1	4,2	3,3	3,6	3,7	1,9	1,7	1,5	2,4
5ª a 8ª série incompleta do EF	9,3	5,4	8,3	7,6	9,0	8,5	9,1	10,1	11,4	13,1
Ensino fundamental completo	5,1	4,3	4,2	3,6	3,0	4,6	6,8	2,1	4,0	4,8
Ensino médio incompleto	3,4	3,5	6,4	4,6	3,8	3,5	4,9	3,1	2,8	3,3
Ensino médio completo	23,3	15,2	24,0	17,9	17,5	18,3	14,0	10,5	15,1	12,1
Educação superior incompleta	2,1	3,5	4,5	2,0	1,9	2,0	0,4	1,4	1,2	0,7
Educação superior completa	4,7	7,0	8,0	6,3	4,7	5,4	2,6	2,4	3,4	3,3
Não se aplica	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,2

Fonte: Sinannet, acesso em 28/08/2025.

10.4.4.4 HTLV

O HTLV é um retrovírus com tropismo pelos linfócitos T, apresentando quatro subtipos, dos quais apenas o HTLV-1 e o HTLV-2 circulam no Brasil. Globalmente, estima-se que entre 15 e 20 milhões de pessoas estejam infectadas pelo HTLV-1. No cenário nacional, o país é uma das maiores áreas endêmicas do mundo, com aproximadamente 800.000 pessoas infectadas pelo subtipo 1 (BRASIL, 2021). Estudos de prevalência em bancos de sangue de 12 unidades federativas indicam que as taxas mais elevadas de infecção concentram-se nas regiões Norte e Nordeste, enquanto a região Sul registra os menores índices (BRASIL, 2021).

O HTLV 1 e 2 possuem algumas características em comum, podem ser encontrados no sangue, leite materno, sêmen e secreção vaginal de pessoas infectadas. A sua dispersão pelo corpo humano acarreta diferentes formas de transmissão. Dentre as principais formas de transmissão do vírus está a chamada 'transmissão vertical', que acontece quando a pessoa que gesta infectada transmite o vírus para o bebê, seja na hora do parto ou no aleitamento e a relação sexual desprotegida, o que faz do HTLV uma infecção sexualmente transmissível além disso o uso compartilhado de seringas, agulhas, alicates de unha ou outros utensílios também pode levar ao contágio (BAHIA, [s.d.]).

Desde 2011, a Bahia estabeleceu o HTLV como doença de notificação compulsória (Portaria nº 125/2011), implementando a testagem em papel filtro no pré-natal em 2012 para fortalecer o diagnóstico (BAHIA, 2019). Recentemente, o Ministério da Saúde incluiu a infecção por HTLV em gestantes, parturientes, puérperas e crianças expostas na Lista de Notificação Compulsória nacional (BRASIL, 2024; Portaria GM/MS nº 3.148/2024).

Em Salvador, a triagem sorológica e a confirmação diagnóstica ocorrem já na atenção primária. Caso o resultado seja positivo, a amamentação é contraindicada para evitar a transmissão vertical, e o município garante o fornecimento de fórmula infantil até que a criança complete um ano de idade. O diagnóstico utiliza protocolos padronizados com testes de triagem e confirmatórios, exigindo capacitação contínua dos profissionais de saúde para assegurar a eficácia do cuidado.

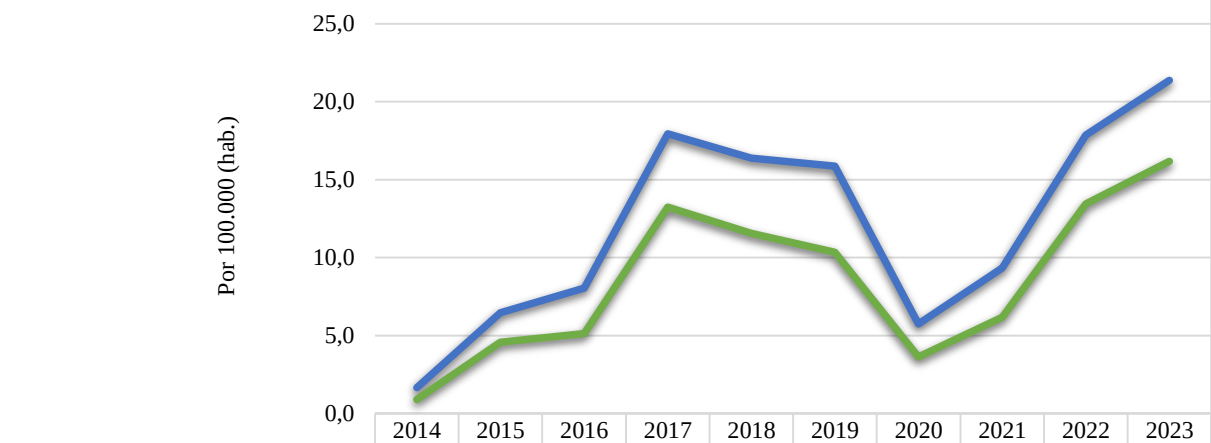
De 2014 até 2023, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINANNET –, 2.357 casos de HTLV diagnosticados entre residentes do município de Salvador, no período em análise observa-se tendência de crescimento acentuado e com picos na taxa de detecção (TD) ao longo dos anos. A taxa inicia baixa em 2014 (1/100.000 hab.), mas tem um aumento expressivo em 2017 (13/100.000 hab.), representando um salto considerável em apenas três anos (Gráfico 295).

CONSULTA PUBLICA

Após um período de taxas elevadas (2017 a 2019), há uma queda brusca em 2020 (4/100.000 hab.). Essa redução pode estar relacionada ao impacto da pandemia de COVID-19 nos serviços de saúde e na notificação de casos. A taxa volta a subir de forma acelerada em 2022 (13/100.000 hab.). O aumento na taxa de detecção indica uma melhoria dos registros de HTLV nos sistemas de informação, pois existe uma invisibilidade com relação a infecção. Tal fato pode ser atribuído, provavelmente, ao aumento da sensibilidade da vigilância epidemiológica nos territórios, o que possibilitou uma detecção mais eficiente dos casos

A taxa de detecção (TD) de Salvador é consistentemente mais alta do que a do estado da Bahia em todos os anos analisados. Enquanto a Bahia alcança sua taxa mais alta em 2019 (6/100.000 hab.) e se mantém próxima desse valor, Salvador atinge seu pico em 2023 (16/100.000 hab.), mostrando uma elevação da taxa muito mais acentuada.

Gráfico 295 - Taxa de detecção HTLV (por 100.000/hab.), Bahia, Salvador, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tx de Detecção Ba	0,8	1,9	2,9	4,7	4,8	5,5	2,1	3,2	4,4	5,2
Tx de Detecção Salvador	0,9	4,6	5,1	13,2	11,5	10,3	3,6	6,2	13,4	16,2

Fonte: SMS/DVIS/SUIS/ SINAN Net (acesso 21/07/2025).

A Tabela 1 apresenta a taxa de detecção de HTLV por distrito sanitário (DS) no município de Salvador, que é considerado como área endêmica para a doença, identifica-se que houve um crescimento notável na TD entre os distritos sanitários a partir de 2015, atingindo um pico significativo em 2017 período que coincide com início das capacitaçoes direcionadas aos dos profissionais da rede. O DS do Centro Histórico tem mantido as maiores taxas de detecção nos últimos anos, o que pode estar relacionado à presença significativa de populações mais vulneráveis.

No entanto, em 2018, o DS de Pau da Lima se destacou por apresentar a maior taxa de detecção de toda a série histórica, com 27 casos por 100.000 habitantes. Em 2023, os distritos

sanitários (DS) da Barra e Pau da Lima (19 por 100.000 hab.), Subúrbio Ferroviário Lima (18 por 100.000 hab.) e São Caetano, Liberdade e Cabula Beiru (16 por 100.000 hab.) apresentaram altas TD e uma proximidade nos números, demonstrando uma distribuição proporcional do HTLV em Salvador. A tabela 1 mostra uma queda brusca nas notificações em 2020, essa redução possivelmente está relacionada à pandemia de COVID-19, que impactou a rotina dos serviços de saúde e a busca da população por exames de rotina, levando a uma subnotificação.

Tabela 77 - Taxa de detecção HTLV(por 100.000/hab.), Distrito Sanitário(DS). Salvador, 2014– 2023

Distrito Residência	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro Historico	0	1	5	11	20	21	9	17	26	22
Itapagipe	0	5	2	16	7	8	3	3	12	14
Sao Caetano/Valéria	1	2	3	15	13	12	3	11	15	16
Liberdade	1	2	5	19	8	7	4	5	13	16
Brotas	1	3	6	11	12	9	7	3	10	14
Barra/Rio Vermelho	0	3	3	12	6	6	3	5	11	19
Boca do Rio	1	1	5	10	3	11	4	3	11	5
Itapoan	1	4	5	14	14	7	1	5	14	15
Cabula/Beiru	1	3	4	11	12	10	5	7	15	16
Pau da Lima	2	15	14	19	27	14	3	7	13	19
Suburbio Ferroviário	1	4	6	12	9	10	2	8	13	18
Cajazeiras	1	10	4	7	9	13	3	4	10	12

Fonte: SINAN Net, acesso 21/07/2025.

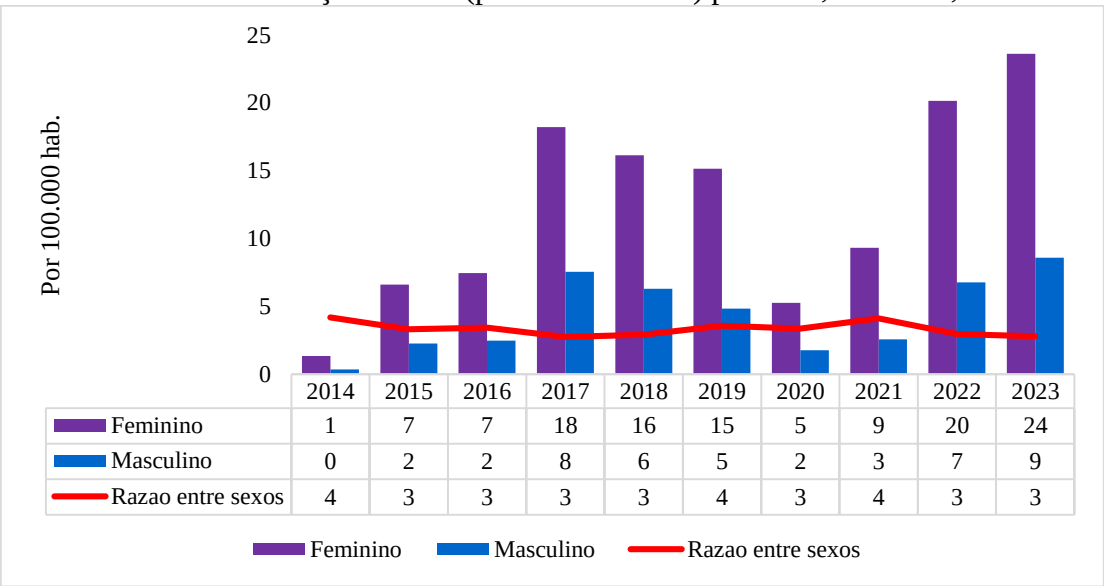
A taxa de detecção do HTLV tem sido consistentemente maior em mulheres do que em homens ao longo dos anos analisados. A transmissão por meio do sexo é mais eficiente do homem para a mulher, em virtude disso a infecção revela-se mais elevada em mulheres (BITTENCOURT, 2015).

Outro fator que contribui para uma maior taxa de detecção entre as mulheres é a triagem sorológica que faz parte da rotina de pré-natal em Salvador e, além de detectar a infecção, contribui para a prevenção da transmissão vertical (de mãe para filho), já que a amamentação é contraindicada para mulheres soropositivas. Esse monitoramento regular nas gestantes contribui significativamente para o maior número de casos detectados no sexo feminino.

Para aumentar a detecção em homens, é importante fortalecer as estratégias de rastreamento. Uma abordagem eficaz seria incluir a testagem para HTLV em atividades já existentes no Município, como O Sábado do Homem e o Pré-Natal do Parceiro. Ao abordar o tema das infecções sexualmente transmissíveis (IST) nessas consultas e oferecer a sorologia, é possível ampliar o diagnóstico e melhorar o controle da infecção na população masculina.

CONSULTA

Gráfico 296 – Taxa de detecção HTLV (por 100.000/hab.) por sexo, Salvador, 2014-2023.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Feminino	1	7	7	18	16	15	5	9	20	24
Masculino	0	2	2	8	6	5	2	3	7	9
Razao entre sexos	4	3	3	3	3	4	3	4	3	3

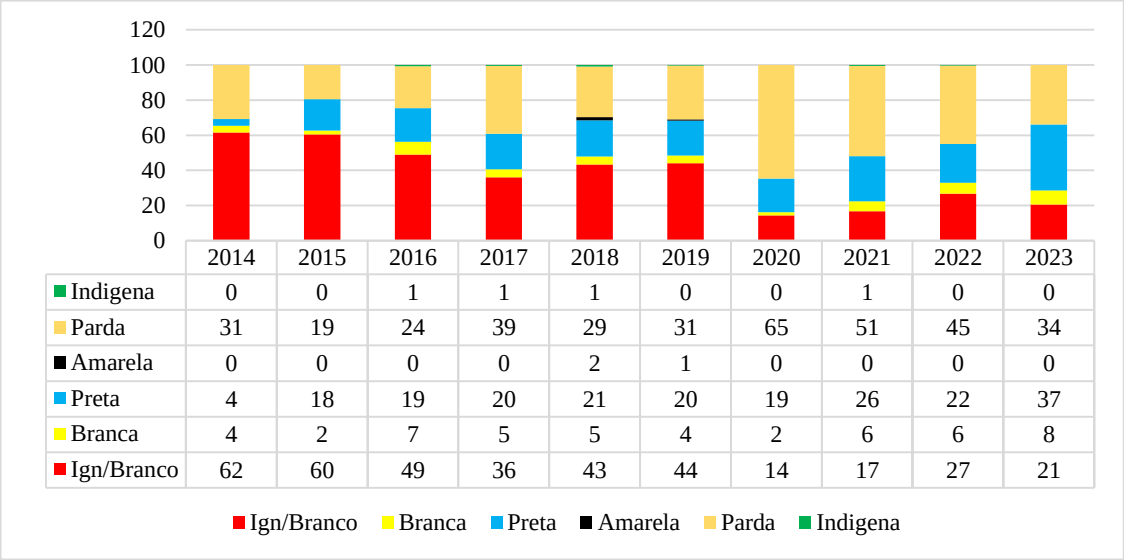
Fonte: SINAN Net, acesso 21/07/2025.

O perfil de morbimortalidade, considerando a autodeclaração étnico-racial, possibilita o planejamento de políticas públicas que abordem as desigualdades sociais e a exposição diferenciada ao risco de adoecimento e morte. Observa -se um maior percentual de casos de HTLV entre indivíduos que se identificam como pardos e pretos, salienta-se, no entanto, que estes valores podem estar sendo comprometidos pelo elevado percentual de “ignorados e branco” (Gráfico 297).

O percentual de informações "ignoradas/em branco" foi reduzido de forma considerável, caindo para apenas 14% em 2020, apresentando 65% de indivíduos que se declararam pardos e 19% pretos. Em 2023, os indivíduos que se declararam pretos (37%) e pardos (34%), somados, representam 71%. O mapeamento desta varável contribui para a identificação das vulnerabilidades em saúde.

CONSULTA PÚBLICA

Gráfico 297 – Distribuição percentual de casos notificados de HTLV segundo raça/cor, Salvador, 2014-2023.



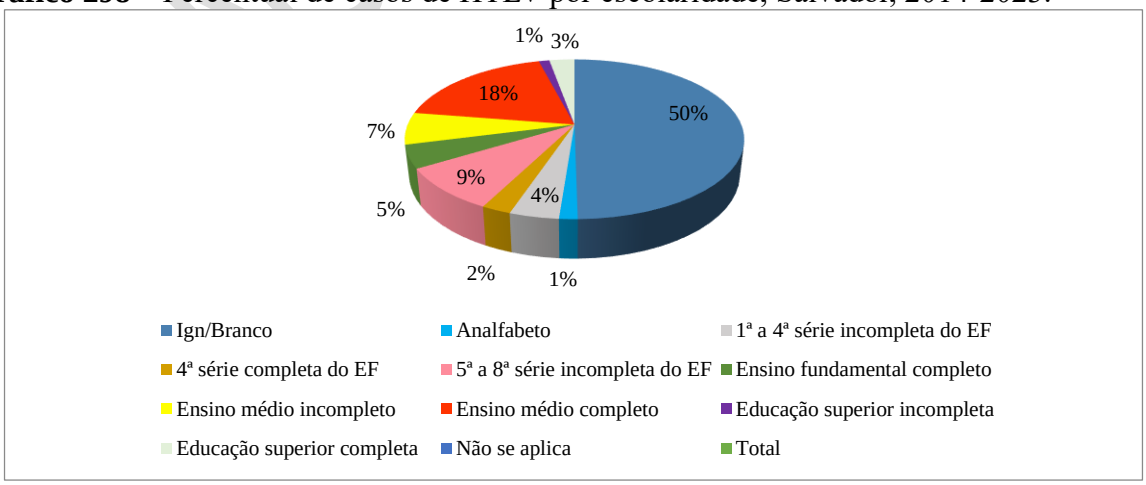
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Indigena	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0
Parda	31	19	24	39	29	31	65	51	45	34
Amarela	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0
Preta	4	18	19	20	21	20	19	26	22	37
Branca	4	2	7	5	5	4	2	6	6	8
Ign/Branco	62	60	49	36	43	44	14	17	27	21

Fonte: SINAN Net, acesso 21/07/2025.

Quanto à escolaridade um elevado percentual de dados não preenchidos "ignorado/branco" compromete a consistência das informações, no entanto, entre os casos preenchidos, a maior parte concentra-se em indivíduos com ensino médio completo (18%), seguido de 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental (9%).

Estudos epidemiológicos têm evidenciado uma relação entre indicadores socioeconômicos desfavoráveis, como menor nível de escolaridade e maior vulnerabilidade ao vírus e a elevação das taxas de prevalência do HTLV-1, tanto em áreas endêmicas quanto em regiões não endêmicas.

Gráfico 298 – Percentual de casos de HTLV por escolaridade, Salvador, 2014-2023.

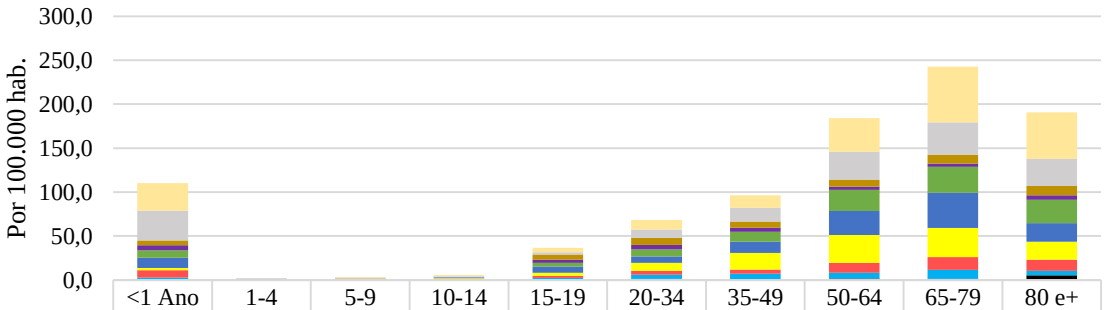


Fonte: SINAN Net, acesso 21/07/2025.

Ao analisar a infecção pelo HTLV, verifica-se que as maiores taxas de detecção ocorrem nas faixas etárias de 65-79 anos, 80 e+, e 50-64 anos. Estudos indicam que a prevalência do HTLV-1 aumenta com a idade, devido à sua progressão lenta no organismo, sendo as doenças associadas predominantemente de manifestação tardia. No entanto, também se observa uma frequência significativa de casos notificados nas faixas etárias de 35-49 e 20-34 anos, grupos compostos por pessoas jovens, sexualmente ativas, com maior risco de exposição a relações sexuais desprotegidas (Gráfico 298).

Registra-se notificações em crianças menores de 1 ano, nos anos de 2022 e 2023 identificadas nas maternidades de crianças expostas como crianças vivendo com HTLV. No entanto, para a confirmação do caso, faz-se necessário o seguimento da criança e a realização de exames laboratoriais, pois um teste positivo antes de um ano de idade pode corresponder a transferência de anticorpos maternos através da placenta, em vez de uma infecção real (BITTENCOURT, 2015).

Gráfico 299 - Taxa de detecção HTLV (por 100.000/hab.), segundo faixa etária, Salvador, 2014-2023.



	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e+
2023	31,5	0,0	0,6	1,5	5,2	11,0	14,3	38,5	63,4	52,5
2022	33,7	0,8	1,2	1,1	2,6	9,7	15,5	31,4	36,9	31,2
2021	5,6	0,0	0,5	0,0	6,0	7,7	7,2	8,2	10,0	10,4
2020	5,6	0,0	0,0	0,0	3,4	5,1	4,7	3,7	3,6	5,2
2019	8,5	1,4	0,0	0,0	4,3	8,3	11,2	23,8	29,6	26,3
2018	11,4	0,0	0,5	0,9	6,9	7,3	12,6	27,4	40,0	21,1
2017	2,8	0,0	0,0	0,9	3,8	8,8	19,0	31,7	33,0	20,5
2016	8,3	0,0	0,5	1,3	2,1	4,4	4,8	11,2	14,8	12,9
2015	2,8	0,0	0,0	0,0	2,5	4,9	6,5	6,8	10,0	5,2
2014	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,8	1,6	1,4	5,2

Fonte: SINAN Net, acesso 21/07/2025.

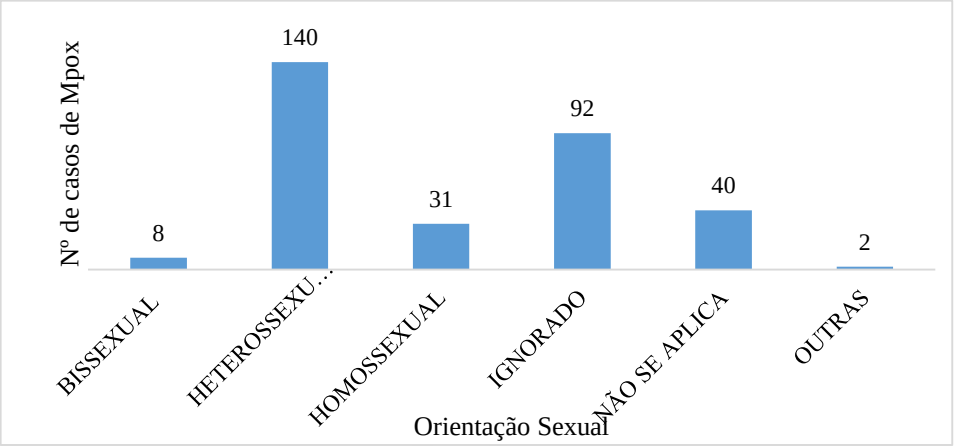
10.4.4.5 Monkeypox

A Monkeypox (mpox) ou varíola símia é uma doença causada pelo Monkeypox vírus, do gênero Orthopovírus e família Poxviridae. Desde maio de 2022, têm sido confirmados casos de

mpox em países não endêmicos para o vírus (SANTA CATARINA, 2024). No Brasil, o primeiro caso importado foi confirmado em 09 de junho de 2022. Em 25 de julho, haviam 813 casos confirmados de transmissão comunitária registrada no país (BOING, et al, 2022). Em 11 de maio de 2023 a OMS declarou a suspensão da emergência em saúde pública em virtude do declínio das incidências dos casos (BRASIL, 2024).

De 2022 a 2023, com base no banco de dados e-SUS Sinan, observou-se maior número de registros de mpox entre pessoas heterosexuais com 140 casos, seguido de pessoas homossexuais com 31 casos e bissexuais com 8 casos. Cabe destacar que houve um número significativo de casos aonde não foi mencionado a orientação sexual (n=92) (Gráfico 300).

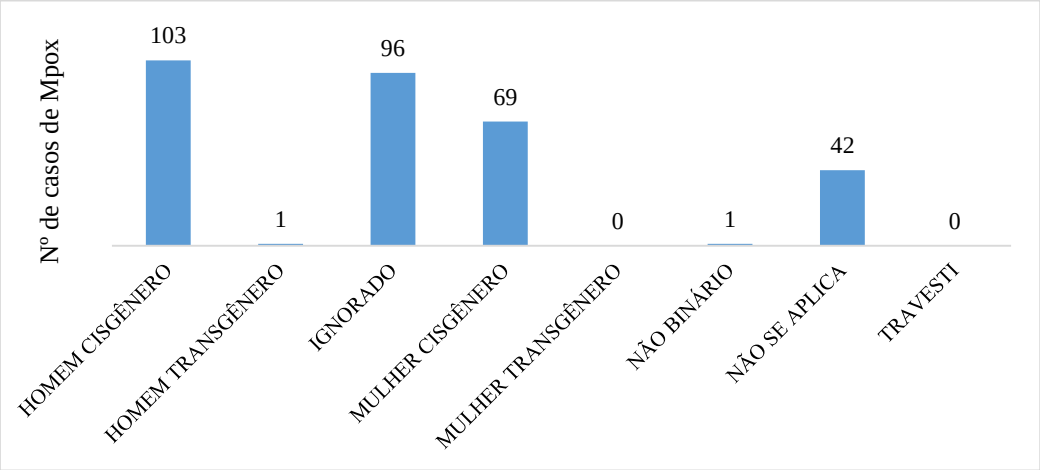
Gráfico 300 - Número de casos de Mpox por orientação sexual, Salvador, 2022-2023.



Fonte: E-SUS Sinan, acesso em 13 de agosto 2025.

Quanto a identidade de gênero, do total de 312 pessoas notificadas, percebeu-se predominância de casos de mpox entre homens cigênero (n=103). As mulheres cisgênero apresentaram um total de 69 casos. Ressalta-se um número expressivo de casos em que a variável identidade de gênero foi ignorada (n=96) (Gráfico 301).

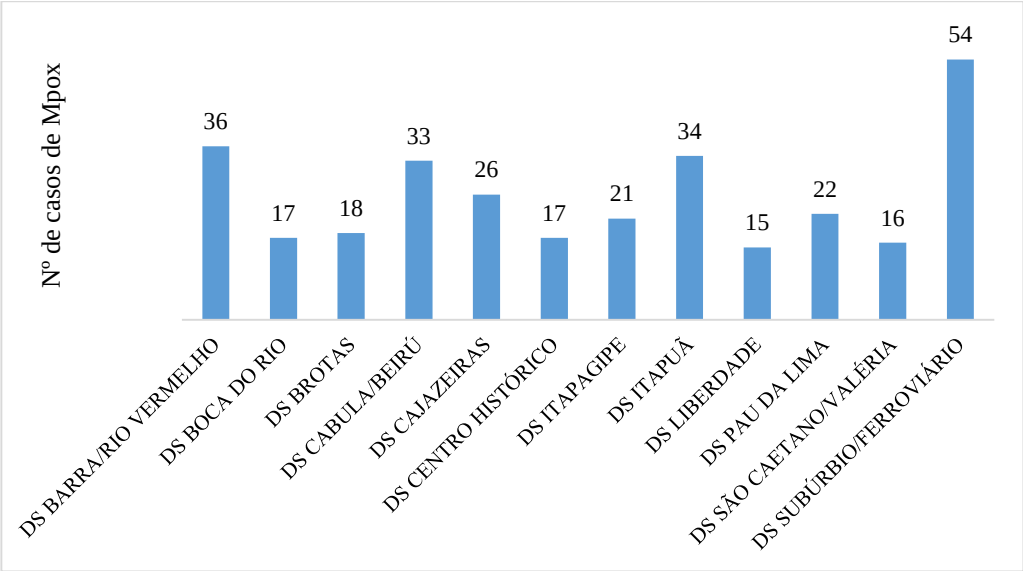
Gráfico 301 - Número de casos de Mpox por identidade de gênero em Salvador, 2022-2023.



Fonte: E-SUS Sinan, acesso em: 13 de agosto/2025.

Em relação à distribuição geográfica, em Salvador a partir de 2022 observou-se o registro de casos de Mpox distribuídos em todos os distritos sanitários. O Distrito Sanitário que apresentou o maior quantitativo de casos foi o Subúrbio Ferroviário (n=54), seguido do Barra Rio Vermelho (n=36), Itapuã (n=34) e Cabula Beiru (n=33) (Gráfico 302).

Gráfico 302 - Número de casos de Mpox por Distrito Sanitário, Salvador, 2022-2023.



Fonte: E-SUS Sinan, acesso em: 13 de agosto 2025

No que diz respeito a raça/cor, o maior número de casos ocorreu entre pessoas pardas (n=113). O número de registros entre pessoas que se autodeclararam como pretas foi de 49 casos. A raça/cor amarela apresentou um quantitativo de 33 casos e branca 25 casos. O número de casos com raça/cor ignorada foi bastante representativo (n=93).

10.5 Emergências em Saúde Pública

A Organização Mundial de Saúde (OMS) na 58ª Assembleia em 25 de maio de 2005 aprovou o novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (OMS,2016) passou a ser um dos principais documentos internacionais no âmbito da saúde pública (WILSON et al., 2008). O RSI revisado destaca-se pela necessidade da criação de pontos focais para detectar e gerenciar emergências de saúde pública e coordenar resposta apropriada pelo Ministério da Saúde, junto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no Brasil, o que originou a rede de Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) (BRASIL, 2007), a qual pertence o CIEVS Salvador (CIEVS SSA).

Em saúde pública, um evento refere-se a qualquer situação incomum ou emergencial que represente um risco para a saúde da população, como um surto de doença, um desastre natural, ou a propagação de uma ameaça sanitária, exigindo ações de prevenção, controle e contenção pela comunidade e pelas autoridades de saúde. Um evento em saúde pública pode originar uma emergência em saúde pública, que por sua vez, é uma situação que ameaça à saúde da população, exigindo a adoção imediata de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos e danos à saúde pública.

O CIEVS SSA[63] foi criado em 2009 (SALVADOR, 2009) e em consonância com o seu Regimento interno (SALVADOR, 2016), atua como sentinela para eventos em saúde pública de forma articulada, interagindo externamente com o nível nacional junto à rede CIEVS e internamente com a rede de vigilância local, além de outros parceiros.

Nos anos de 2015-2016 e 2020-2023, o CIEVS SSA manteve um papel fundamental durante o enfrentamento das emergências em saúde pública de importância internacional (ESPII) do vírus Zika e suas consequências, do Mpox e da pandemia da COVID-19.

10.5.1 Síndrome Congênita do Vírus Zika

A Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional do virus Zika (Anos 2015-2016) o município de Salvador foi a única capital do Brasil a descrever o surto do vírus Zika (CARDOSO et al, 2015), o que foi possível devido a ação do CIEVS SSA na implantação da captação, registro dos dados e monitoramento do fluxo da notificação dos casos iniciais de doença exantemática indeterminada (posteriormente conhecida como infecção pelo vírus Zika), através das unidades sentinelas de Pronto Atendimento. Além do monitoramento da morbidade pelo virus Zika devido elevado número de casos no ano epidêmico (Ano: 2015; N=17.503 casos), o CIEVS SSA atuou na captação, monitoramento e resposta da Síndrome Congênita do Vírus ZIKA (SCVZ) e dos casos da Síndrome de Guillan-Barré.

Sabe-se que além da microcefalia congênita, uma série de manifestações, incluindo desproporção craniofacial, espasticidade, convulsões, irritabilidade, disfunção do tronco encefálico, déficits auditivos e oculares, e anomalias cerebrais detectadas por neuroimagem têm

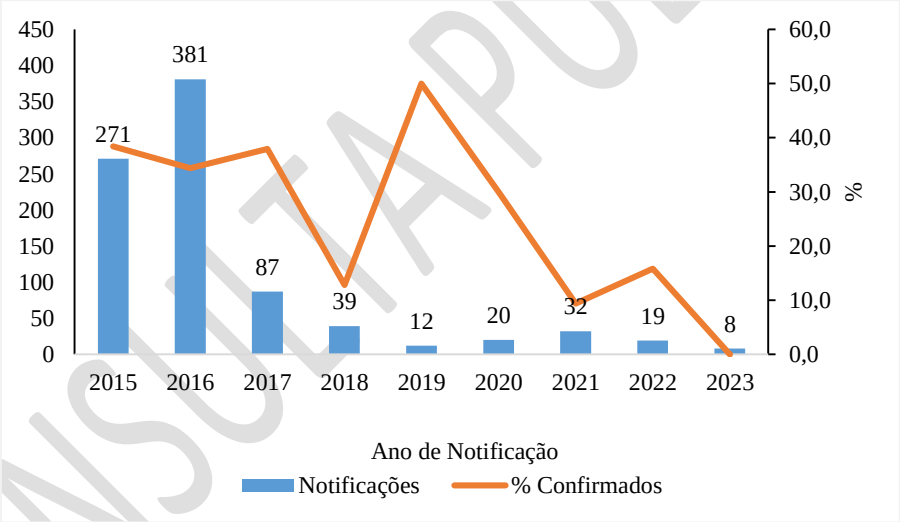
[63] A equipe do CIEVS SSA atua 24 horas, incluindo finais de semana e feriados, e fundamenta-se na Vigilância baseada em evidências (VBE) com a utilização de dados científicos e informações confiáveis para orientar a tomada de decisões em saúde pública e a prática de vigilância. Essa abordagem busca superar a lacuna entre a geração de dados e a sua transformação em informações utilizáveis, permitindo ações de saúde pública mais eficazes, focadas na prevenção e controle de riscos à saúde. Utiliza como princípios fundamentais: 1) uso de dados confiáveis realizando a coleta e análise de dados de qualidade, obtidos por meio de sistemas de informação, que devem ser interpretados para se transformar em informações úteis; 2) tomada de decisão sobre prevenção, controle de doenças e outros agravos à saúde fundamentadas nas evidências científicas e nas informações geradas pelo sistema de vigilância; 3) ação e resposta não se limitada a registrar problemas, mas atuando ativamente para evitar a ampliação de riscos à saúde, utilizando as informações coletadas para implementar medidas de saúde pública e 4) integração de fontes envolvendo a integração de dados de diversas fontes, como os dados epidemiológicos do sistema de saúde, a experiência clínica dos profissionais e as necessidades e o contexto da comunidade.

CONSULTA PÚBLICA

sido relatadas entre neonatos que foram expostos ao vírus Zika durante a gestação e que a ocorrência desses casos deixou de ser considerada ESPII em novembro de 2016. A partir de 2017, observa-se um decréscimo no quantitativo dos casos notificados, com um discreto aumento nos anos de 2020 e 2021. Essa tendência de redução pode ser explicada pela redução da circulação viral, imunidade adquirida (infecção prévia) e medidas de proteção por parte das gestantes. O aumento da proporção de casos confirmados em relação aos notificados em 2019-2020 pode ser atribuída a nova tendência das unidades notificadoras de registrar os casos apenas baseando-se na forte suspeita de se tratar de um caso de SCVZ. No período de 2015 a 2023, dos 869 casos notificados da SCVZ, 291 (33,4%) foram confirmados.

O CIEVS SSA manteve o monitoramento do banco de dados e da investigação dos casos até o ano 2022. A partir deste ano, a SCVZ foi integrada nas ações desenvolvidas pela VIEP/Setor de Agravos/área técnica das arboviroses.

Gráfico 303 - Casos de SCVZ, Salvador-BA, 2020-2013.



Fonte: CIEVS SSA/ DVIS/SMS

10.5.2 COVID-19

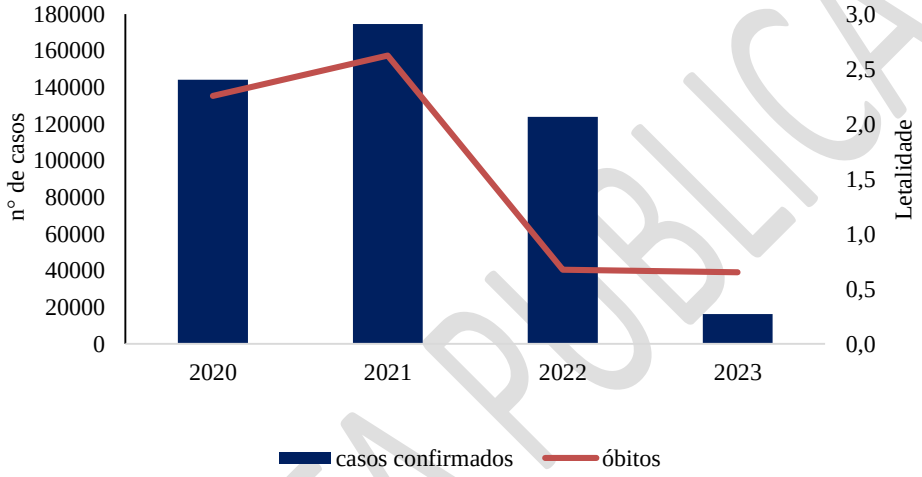
Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional do virus SARS CoV-2 (pandemia da COVID-19) (Anos 2020-2023): Em 11 de março de 2020, o CIEVS Salvador investigou o primeiro caso confirmado da COVID-19 (caso importado) de residente de Salvador. A equipe do CIEVS SSA realizou a revisão diária dos dados da COVID-19 utilizando os sistemas de informação disponíveis para monitoramento dos casos, incluindo a busca dos resultados laboratoriais, realizou investigação dos casos, orientações de distanciamento social e de medidas de precaução, monitoramento dos casos e seus respectivos contatos além do

CONSULTA PÚBLICA

acompanhamento das mudanças de cenário epidemiológico devido a introdução de variantes do vírus SARS CoV-2. Além das análises da situação da COVID-19, foram realizadas investigações de surtos da COVID-19 em escolas e em embarcações (CARDOSO et al., 2022).

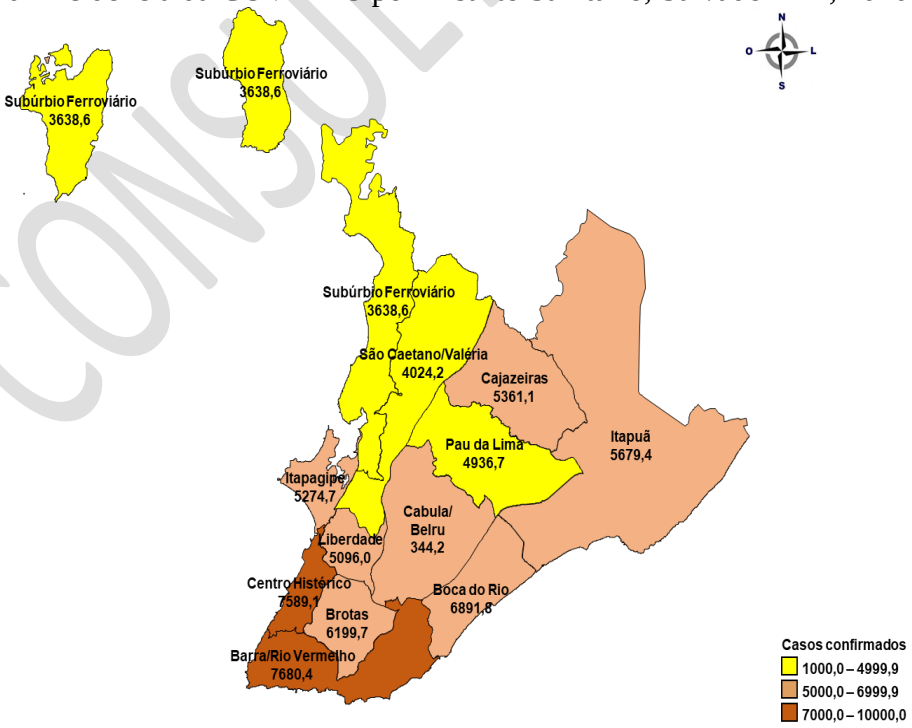
Entre os anos de 2020 e 2023 foram confirmados 458.715 casos da COVID-19, dos quais 8770 óbitos (Letalidade: 1,9%). A incidência de casos confirmados por Distrito Sanitário variou no período, conforme demonstrado nos mapas a seguir.

Gráfico 304 - Casos e óbitos por COVID-19, Salvador-BA, 2020-2013.



Fonte: CIEVS SSA/ DVIS/SMS/ ESUS Notifica/SIVEP Gripe/GAL

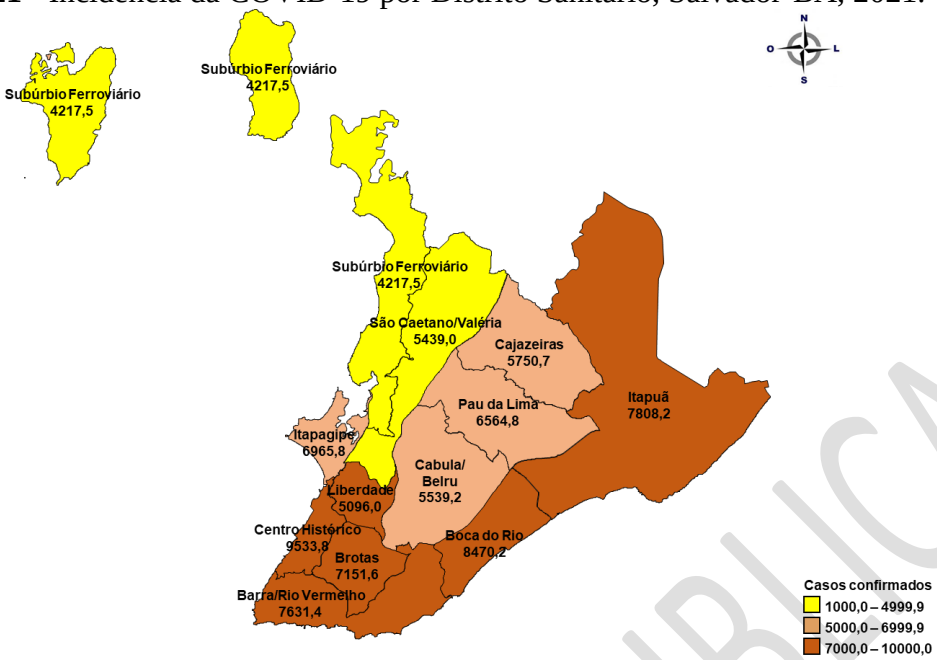
Mapa 20- Incidência da COVID-19 por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2020.



Fonte: CIEVS SSA/ DVIS/SMS/ ESUS Notifica/SIVEP Gripe/GAL

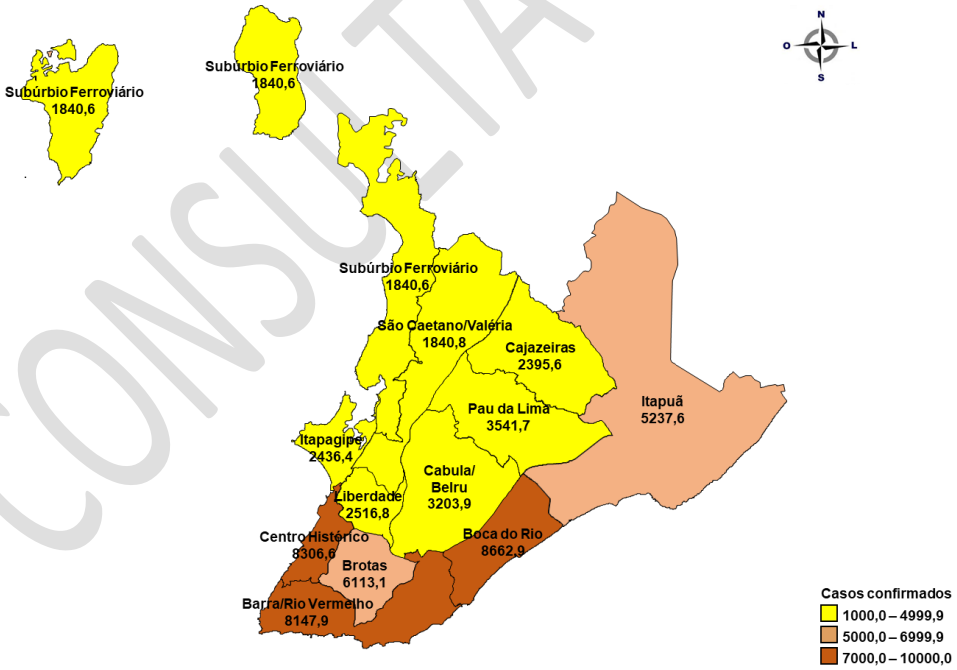
CONSULTA PÚBLICA

Mapa 21- Incidência da COVID-19 por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2021.



Fonte: CIEVS SSA/ DVIS/SMS/ ESUS Notifica/SIVEP Gripe/GAL

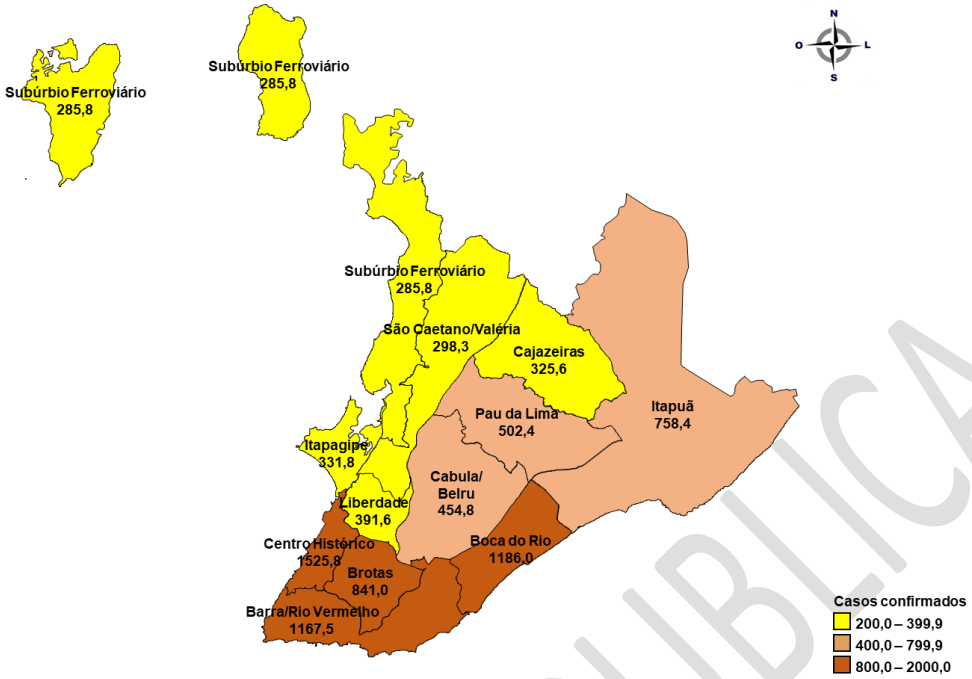
Mapa 22- Incidência da COVID-19 por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2022.



Fonte: CIEVS SSA/ DVIS/SMS/ ESUS Notifica/SIVEP Gripe/GAL

CONSULTA PUBLICA

Mapa 23- Incidência da COVID-19 por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2023.



Fonte: CIEVS SSA/ DVIS/SMS/ ESUS Notifica/SIVEP Gripe/GAL

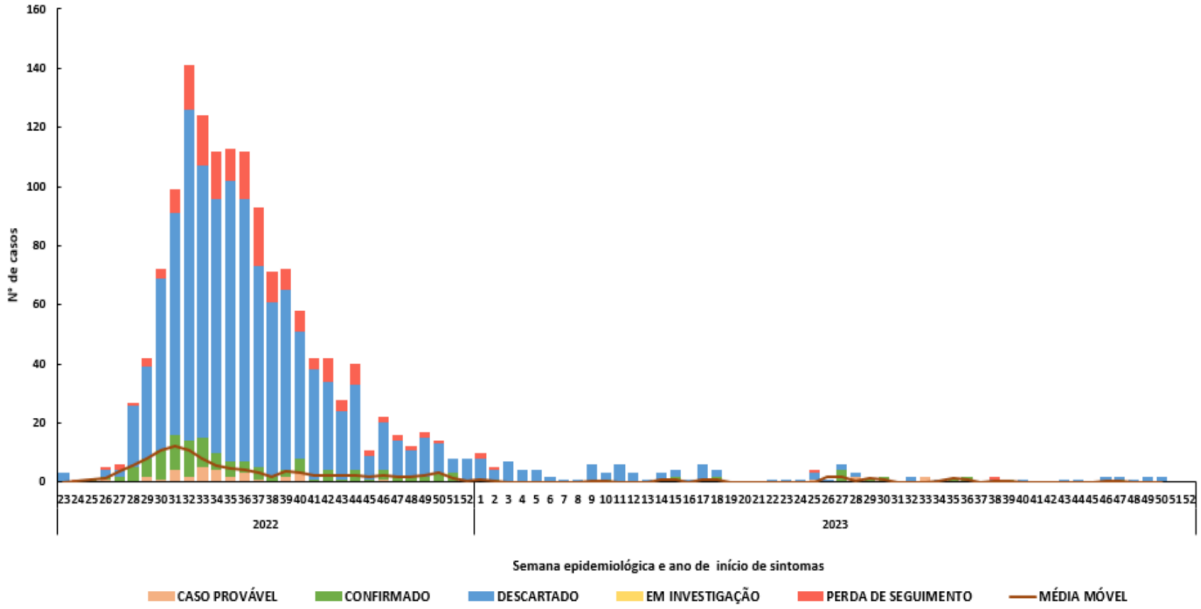
10.5.3 Monkeypox

Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional do virus Mpox (Anos 2022-2023): Em junho/22, o CIEVS/DVIS SSA elaborou e encaminhou um plano de contingência para o enfrentamento da Mpox em Salvador à Diretoria de Vigilância em Saúde, o qual foi revisado pelas demais áreas técnicas da SMS/Salvador em agosto/22. O 1º caso confirmado de Monkeypox em Salvador foi investigado pela equipe do CIEVS e ocorreu em 12/07/22. A OMS constituiu MPOX duas vezes como uma ESPII: 1ª declaração em 23 de julho de 2022 (encerramento em 11/05/2023) e 2ª declaração em 14 de agosto de 2024 com encerramento em 05 de setembro de 2025. Com o encerramento da 1ª ESPII, Mpox passou a ser monitorada pela área técnica da Vigilância Epidemiológica, setor de vigilância e controle das IST/Aids a partir de 18 de outubro de 2023.

De julho de 2022 a dezembro de 2023, foram notificados 1526 casos de Mpox de residentes de Salvador em todos os Distritos Sanitários, dos quais 132 confirmados e 1182 descartados. Dentre os 19 casos confirmados em 2023, houve o registro de um óbito por outras causas (Taxa de letalidade: 5,2%).

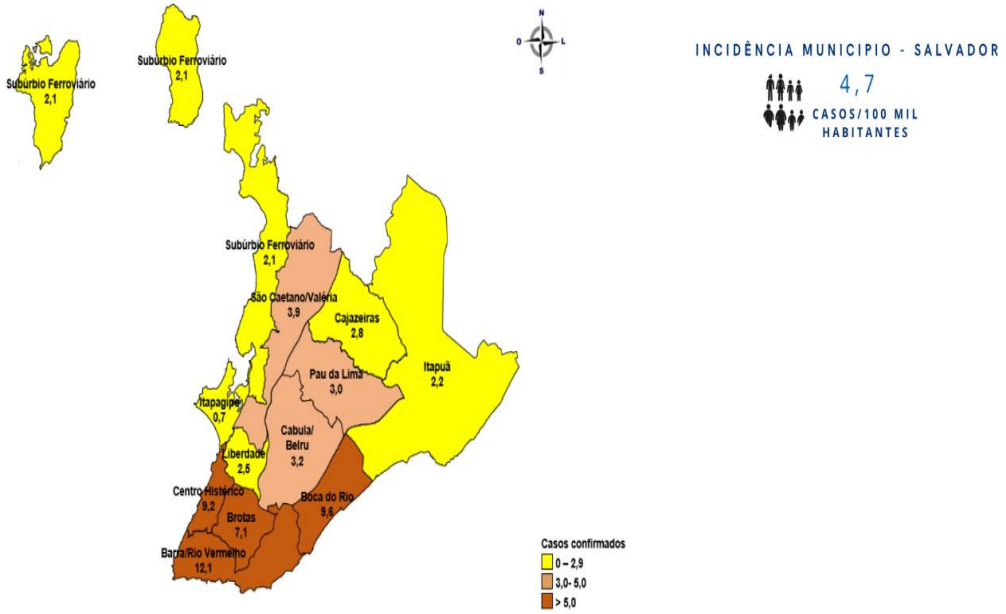
CONSULTA PUBLICA

Gráfico 305 - Casos confirmados, prováveis e descartados de Mpox, Salvador-BA, 2022-2023.



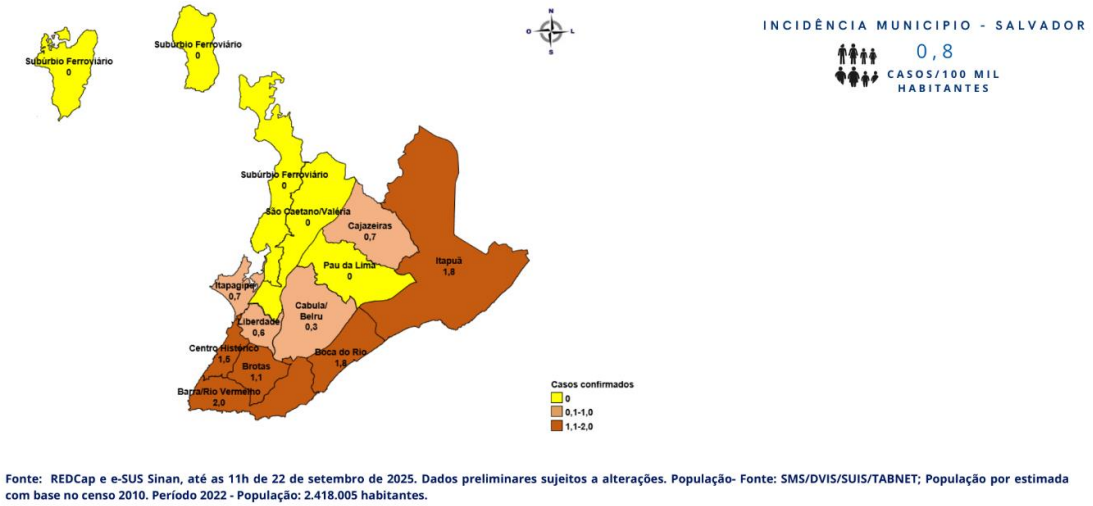
Fonte: REDCap e e-SUS Sinan, até as 11h de 22 de setembro de 2025. Dados preliminares sujeitos a alterações.

Mapa 24 - Incidência de Mpox por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2022



Fonte: e-SUS Sinan, até as 11h de 22/09/2025. Dados preliminares sujeitos a alterações. População- Fonte: SMS/DVIS/SUIS/TABNET; População por estimada com base no censo 2010. Período 2022 - População: 2.418.005

Mapa 25 -Incidência de Mpox por Distrito Sanitário, Salvador-BA, 2023.



Fonte: REDCap e e-SUS Sinan, até as 11h de 22 de setembro de 2025. Dados preliminares sujeitos a alterações. População- Fonte: SMS/DVIS/SUIS/TABNET; População por estimada com base no censo 2010. Período 2022 - População: 2.418.005 habitantes.

Descrição das ações desenvolvidas

No período de 2014 a 2023, o CIEVS Salvador investigou e monitorou 23.116 eventos e emergências em saúde pública (Quadro 36). Deste total de eventos, não se encontram incluídos os casos contidos nos surtos e epidemias. A meta de 100% dos eventos de Saúde Pública (ESP) notificados e investigados pactuada na programação anual de saúde (PAS) incluindo surtos, epidemias e pandemias, foi atingida em todos os anos do referido período.

Quadro 36- Principais atividades desenvolvidas pelo CIEVS Salvador, 2014-2023.

Ano	N. de eventos de saúde pública investigados e monitorados[1]	Principais investigações de Surtos e Epidemias	Investigação de Eventos inusitados[2]	Principais Marcos
2014	2.097	Surto de Febre do Chikungunya	Febre do Chikungunya	Participação em eventos de massa: (CIOCS) na Copa do mundo 2014
2015	2.698	Surtos de DTA/Surto de norovírus em navio/Surto de doença exantemática indeterminada atribuído ao vírus Zika/Surto de Guillan-Barré/ESPIN SCVZ[3]/Surto de Febre do Chikungunya	Intoxicação Exógena do Tribunal Regional do Trabalho (5ª região) Doença de Lyme/introdução do vírus Zika e aumento nos casos de Síndrome de Guillan-Barré e Microcefalia	Vírus Zika e microcefalia: monitoramento da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)/1º seminário técnico-comemorativo do CIEVS/Inserção do CIEVS no escopo da Diretoria de Vigilância em Saúde e no organograma da SMS

2016	2.109	Surto de Caxumba/Surto de Mialgia aguda a esclarecer (Síndrome de Haff)/ESPII SCVZ[4]	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)/difteria não especificada/Síndrome de Haff	Vírus Zika e microcefalia: monitoramento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)/Participação em eventos de massa: CIOCS nas Olimpíadas/Publicação do regimento CIEVS/Fortalecimento do Comitê CIEVS com instituição de membros apoiadores /Elaboração de projeto de intervenção das arboviroses/2º seminário técnico-científico do CIEVS
2017	2.440	Surto de conjuntivite/ Surto de parotidite	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)/ Surto de Doença de Haff/Febre do Oropouche	Monitoramento da Febre Amarela (inquérito epidemiológico) /monitoramento da Febre do Oropouche (inquérito epidemiológico)/ 3º seminário técnico-científico do CIEVS SSA
2018	2.018	Monitoramento Febre Amarela/surto Diarréia/Surto Chikungunya	Surto de conjuntivite/Surto de gastroenterite/ Surto de dermatose	Surto de dermatose/casos de Doença de Haff/aumento de óbitos por Síndrome respiratória Aguda (SRAG)/ Situação de alerta para o sarampo e Febre Amarela/Casos de Esporotricosee inclusão como notificação compulsória em Salvador/4º seminário técnico-científico do CIEVS SSA
2019	3.105	Surtos de Chikungunya/Surto de mão-pé-boca/Surto de sarampo	Casos de sarampo/Casos de doença de Haff	Sala de situação do sarampo/ Curso de TABNET para os profissionais do NEPAS/Treinamento de vigilância e manejo clínico para Esporotricose/Capacitações em arboviroses para a rede da urgência/emergência/ Oficinas para os NEPAS e elaboração do regimento dos NEPAS/5º seminário técnico-científico do CIEVS SSA.
2020	3.264	Pandemia da COVID-19/Surto de Doença de Haff/ Surto da COVID-19 em embarcações/ Surto de Doença de Haff	Investigação de novas variantes do SARS-COV-2/Identificação do primeiro caso de *Candida auris* em Salvador e no Brasil/epizootia em aves/tétano.	COVID-19: Investigação, monitoramento e resposta a pandemia/ Investigação, monitoramento e resposta dos casos de *Candida auris*/6º seminário técnico-científico do CIEVS SSA
2021	2.320	Pandemia da COVID-19/ surtos da COVID-19 em embarcações/ surto de mão-pé-boca/surto de varicella/doença de Haff	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)/2º caso de *Candida auris* em Salvador e no Brasil/	Workshop nacional em parceria com o Centro de Controle de Doenças dos EUA (CDC), VI Encontro Nacional da Rede CIEVS e Iº simulado de Emergências Epidemiológicas/Webnários sobre COVID-19/7º seminário técnico-científico do CIEVS SSA
2022	3.504	Pandemia da COVID-19/ ESPII Mpox/Surtos COVID-19 em escolas/surto de Chikungunya	Tétano accidental/ Infecção por Cândida auris/Hantavirose/ Doença de Haff/Criptococose/ Doença de Cretzfeldt-Jakob (DCJ)/Histoplasmose/Leishmaniose visceral/ Malária/ Sarampo/ Síndrome de Guillan-Barré/Síndrome inflamatória multissistêmica/ Meningites a esclarecer/ Hepatites a esclarecer/suspeita raiva humana/Toxoplasmose/Síndrome de mão-pé-boca/ intoxicação exógena por medicamento e Botulismo.	Webinários sobre o tema Monkeypox em parceria com a área da assistência e laboratório/7º seminário técnico-científico do CIEVS SSA

CONSULTA PUBLICA

2023	4.356	Surto de arboviroses/Surto de varicela em escolas/surto de meningite por *Haemophilus influenza*/Surto de gripe aviária/Surto de intoxicação exógena por medicamento/ ESPII Mpox.	Doença de Chagas/ Doença neuroinvasiva por arbovirus/Febre Amarela/Hantavirose/Síndrome de Kawasaki/Doença de Haff/Doença de Lyme/Acidente ofídico/Tétano/Miosite/Coqueluche/ Gripe aviária	Visitas para monitoramento aos Núcleos de Epidemiologia das Unidades de Pronto-Atendimento (NEPAS)/Trabalhos no 58º Congresso Medicina Tropical/Ações educativas em escolas/ Convênio de cooperação técnica do CIEVS/DVIS/ SMS/MS/OPAS

Fonte: SMS/DVIS/CIEVS SSA.

[1]Não incluídos os casos contidos nos surtos

[2] Investigação de Eventos inusitados incluem casos suspeitos e casos confirmados.

[3] ESPIN SCVZ: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional da Síndrome Congênita do virus Zika

[4] ESPII SCVZ: Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional da Síndrome Congênita do virus Zika

Durante o período de 2014-2023, o CIEVS SSA elaborou e divulgou 847 documentos técnicos. Entre os anos da pandemia da COVID-19 e da ESPII Mpox (2021-2023), o número de documentos elaborados e divulgados aumentou em mais de 100% quando comparado aos anos de 2014-2022. Neste período foram elaborados informes diários e introduzida a elaboração de clippings.

Os clippings consistem na monitorização sistemática de notícias e rumores sobre saúde pública em diversas mídias, como jornais, revistas e sites, com o objetivo de detectar precocemente possíveis riscos à população e otimizar a resposta a emergências. a elaboração de clippings. Os principais documentos técnicos encontram-se disponíveis em: http://www.cievs.saude.salvador.ba.gov.br/

11.GESTÃO FINANCEIRA

A Gestão Financeira do SUS baseia-se nas linhas orçamentária e financeira com objetivo de subsidiar o processo de planejamento orçamentário, a partir das necessidades de saúde da população, com base no seu perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico. Antes de se planejar qualquer despesa é imperioso verificar se haverá lastro financeiro para financiá-la. Na composição do orçamento, primeiro faz-se a previsão de arrecadação das receitas, sejam elas receitas correntes ou de capital e então se fixa as despesas, visto que não se pode provisionar nenhum tipo de dispêndio acima da capacidade de pagamento. A Secretaria Municipal da Saúde dispõe de diferentes fontes de recurso para o financiamento de suas despesas, onde as principais são: recursos próprios do município, oriundos de transferências constitucionais de parte dos tributos arrecadados pela esfera federal e estadual, além da própria arrecadação tributária do município; recursos transferidos fundo a fundo pelo Ministério da Saúde para financiamento de despesas do Sistema Único de Saúde – SUS. Os recursos são

CONSULTA PUBLICA

divididos em dois grandes blocos, sendo eles o bloco de custeio, destinado ao financiamento de ações de custeio da SMS, como prestações de serviço e a compra de materiais, sejam eles administrativos, penso e quaisquer outros destinados à manutenção da máquina administrativa. O segundo bloco é o de investimento, onde registram-se receitas voltadas à aquisição de equipamentos, mobiliários e construção de novas unidades.

Ainda com relação aos recursos do SUS, é importante ressaltar que, independente dos blocos de financiamento, cada recurso tem sua subclassificação, visto que a receita é transferida com uma destinação específica, não podendo ter seu objeto desviado.

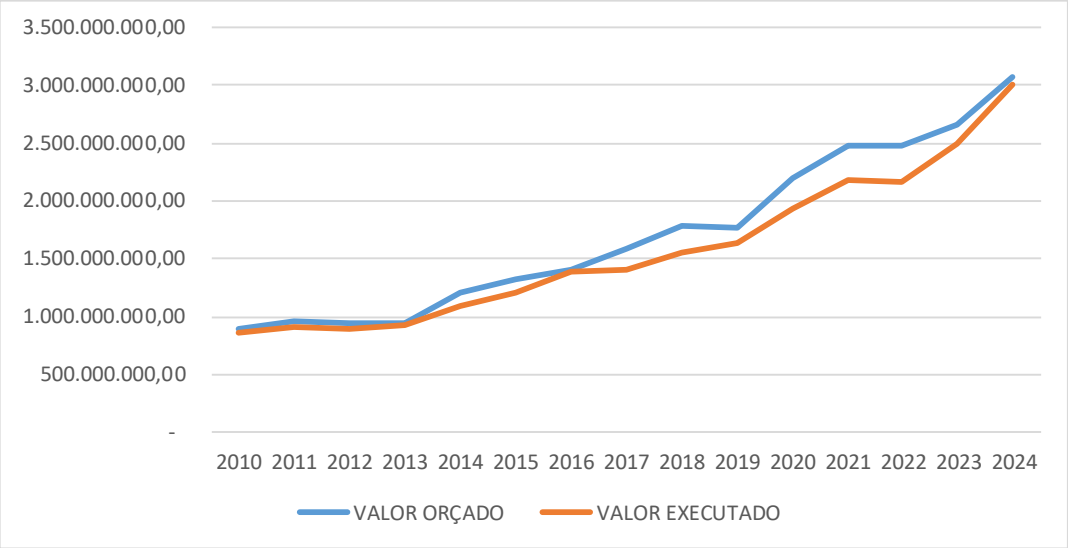
11.1 Receitas e Despesas

11.1.1 Receitas

Ao analisar a evolução do Orçamento em Saúde (Gráfico 235), percebe-se que o mesmo sofreu aumentos em 2014, 2020 e 2023/2024. No que se refere ao exercício de 2014, a gestão municipal concentrou-se em analisar as contas com o objetivo de chegar ao equilíbrio entre a receita e a despesa, através de programas de parcelamento de dívidas represadas e o fechamento de contratos de operação de crédito com entidades nacionais e internacionais.

Além das medidas citadas, é importante destacar as ações voltadas à criação de uma nova política de arrecadação de receita, com medidas direcionadas à arrecadação de débitos, bem como a reavaliação da política tributária do município

Gráfico 306 - Orçamento total em saúde segundo valor orçado e valor executado, Salvador/BA, 2010-2024.

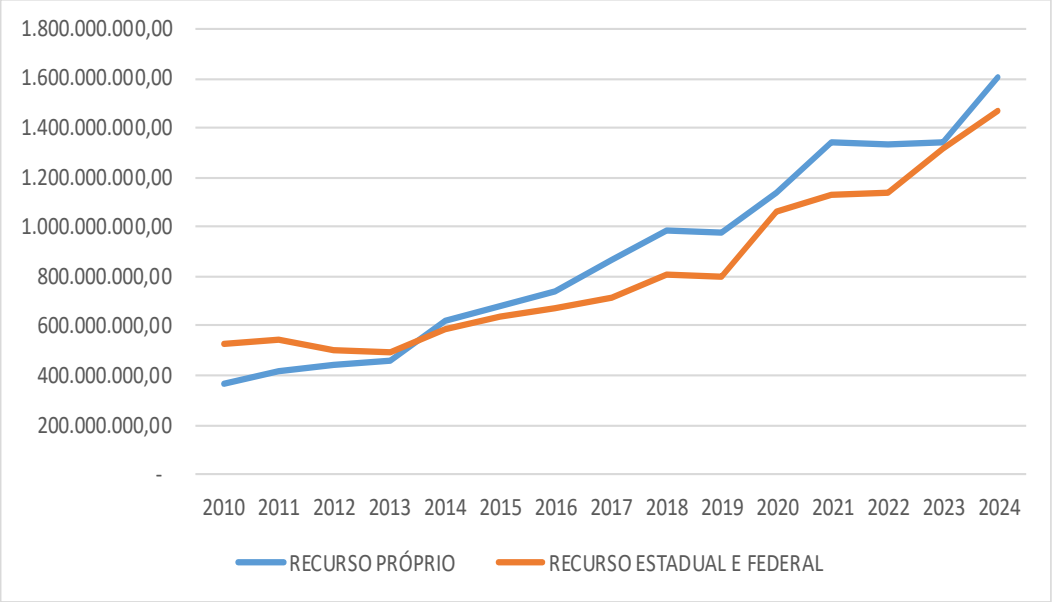


Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal - SIGEF e Sistema de Informações de Orçamento Público - SIOPS

CONSULTA PÚBLICA

Conforme Gráfico 307, a participação do Ministério da Saúde – MS e Estado, nas ações de saúde pública no município do Salvador, foi mais incisiva no início do período analisado, contudo sua participação no cofinanciamento vem diminuindo ao longo dos anos até período da pandemia (2019/2020). Em contrapartida o município vem aplicando cada vez mais recursos próprios em despesas com saúde. Esse comportamento é reflexo da ampliação da rede de serviço municipal e da oferta de serviços de saúde à população. Destaca-se que, o incentivo que mais recebe financiamento é o da Média e Alta Complexidade, chegando a representar aproximadamente 71,08% de todo o recurso federal creditado nas contas no município.

Gráfico 307 - Recursos Próprios X Recursos Federal e Estadual, Salvador-BA, 2010-2024.



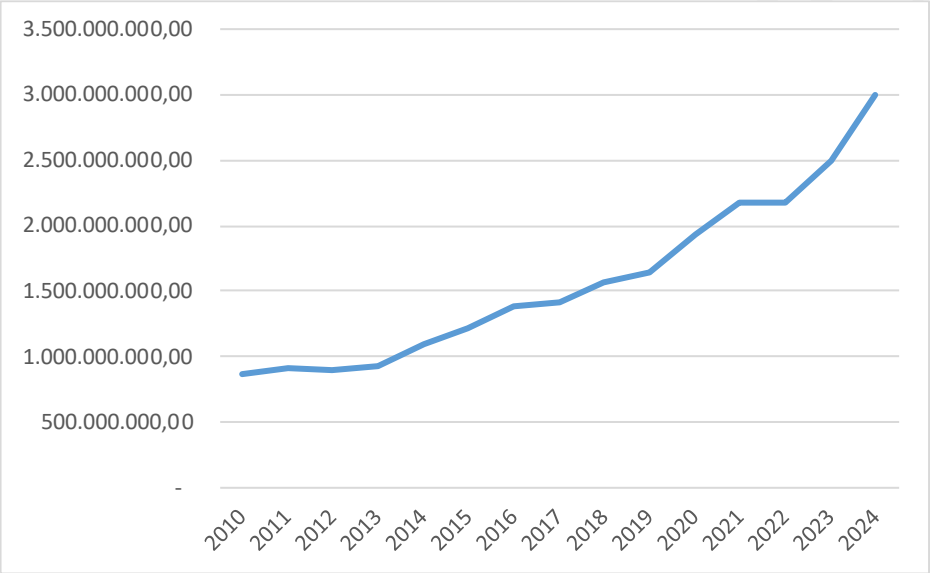
Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal - SIGEF e Sistema de Informações de Orçamento Público – SIOPS

Vale ressaltar que em 2018, novas regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS entraram em vigor, através da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28/09/2017, alterada pela Portaria nº 3.992, de 28/12/2017117. Ainda com relação às políticas de financiamento no MS, é preciso mencionar a Atenção Básica. Ao longo do tempo o MS vem realizando repasses para o bloco da atenção básica levando-se em consideração o pagamento fixo per capita, a oferta de serviços, o desempenho e o provimento, contudo, em 2019, nova política foi implantada com a publicação da Portaria nº 2.983 de 11 de novembro de 2019. Destaca-se em 2020, transferências de recursos pela União, voltados ao enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus, evitando assim o colapso nas contas públicas municipais.

11.1.2 Despesas

No período em análise, percebe-se que as despesas da Secretaria Municipal da Saúde – SMS vêm aumentando, observa-se a curva de crescimento das despesas do município destinadas às ações de saúde pública, na qual o custo passou de R$ 867.408.913,80 (oitocentos e sessenta e sete milhões, quatrocentos e oito mil, novecentos e treze reais e oitenta centavos) em 2010 para R$ 3.075.092.289,00 (Três bilhões, setenta e cinco milhões, noventa e dois mil, duzentos e oitenta e nove reais, em 2024, isso ocorre devido ao constante investimento tanto com o aumento da rede de saúde, como na contratação de profissionais (Gráfico 308).

Gráfico 308 - Evolução da despesa em saúde, Salvador-BA, 2010-2024.



Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal - SIGEF e Sistema de Informações de Orçamento Público – SIOPS

No que diz respeito ao aumento da despesa com investimento, durante esse período, destaca-se a construção do primeiro Hospital Municipal de Salvador, inaugurado em abril de 2018, as Unidades de Pronto Atendimento, e as novas Unidades de Saúde da Família, culminando na ampliação da rede de serviços em todos os níveis de atenção. Nota-se que o exercício de 2017 representa o período de maior dispêndio nessa categoria, visto que o município estava focado em cumprir uma de suas principais metas, que era a entrega do primeiro Hospital Municipal da cidade do Salvador (Tabela 78).

Vale lembrar que as despesas com a construção ou requalificação de unidades é pontual, com um custo relativamente pequeno se comparado com o total de gastos planejado para o exercício. A despesa aumenta consideravelmente a partir do momento em que a unidade entra em operação, pois nessa fase começam os custos operacionais regulares – RH, manutenção de

equipamentos e predial, materiais, medicamentos e outros, voltados ao bom funcionamento da unidade de saúde.

Tabela 78- Execução da SMS em relação ao crédito orçamentário em cada exercício financeiro por categoria de despesa Investimento e custeio, Salvador-BA, 2010-2024.

INVESTIMENTO		
EXERCÍCIO	**VALOR ORÇADO**	**VALOR EXECUTADO**
2010	10.782.000,00	9.847.000,57
2011	11.461.000,00	6.170.761,75
2012	8.686.000,00	7.669.936,53
2013	8.139.045,00	6.301.700,32
2014	66.589.979,00	26.136.583,87
2015	69.330.342,00	9.952.038,95
2016	55.800.310,00	33.658.870,66
2017	194.096.949,00	81.070.762,39
2018	177.867.165,00	56.808.384,45
2019	58.531.243,00	36.710.972,22
2020	40.197.768,00	27.871.516,33
2021	32.643.130,00	19.998.086,28
2022	59.173.470,00	19.764.381,06
2023	69.766.233,00	48.449.244,54
2024	158.365.211,00	155.258.558,33
TOTAL	**793.298.401,00**	**302.198.528,04**

CUSTEIO		
EXERCÍCIO	**VALOR ORÇADO**	**VALOR EXECUTADO**
2010	644.410.976,00	622.641.561,39
2011	647.572.000,00	605.373.122,16
2012	569.186.000,00	528.424.737,55
2013	468.677.622,00	457.436.266,92
2014	541.821.362,00	520.513.519,98
2015	628.052.436,00	594.541.667,10
2016	719.495.583,00	714.372.057,30
2017	688.809.025,00	671.788.994,97
2018	864.463.447,00	789.996.891,00
2019	899.137.046,00	833.142.928,03
2020	1.009.687.358,00	893.190.353,94
2021	2.444.869.558,00	2.154.795.890,18
2022	2.416.692.879,00	2.148.818.098,50
2023	2.594.779.238,00	2.445.480.509,20
2024	2.916.727.078,00	2.845.006.601,84
TOTAL	**12.542.875.292,00**	**7.231.422.100,34**

Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal - SIGEF e Sistema de Informações de Orçamento Público – SIOPS

Com relação à aplicação de recursos próprios em serviços e ações públicas de saúde, em cumprimento à EC n. º 29/2000, regulamentada pela Lei Complementar n. º 141/2012, que estabelece o mínimo de aplicação de recursos próprios de 15%, e considerando o gasto em saúde per capta (Tabela 79), nota-se um aumento ao longo dos exercícios, com o município

CONSULTA PÚBLICA

aplicando cada vez mais em ações de saúde pública com recursos oriundos de fonte específica e com aumento do gasto público per capta.

Tabela 79- Proporção de recursos próprios em saúde e gasto per capta. Salvador, 2010-2024

GASTOS EM SAÚDE PER CAPTA				
ANO	ÍNDICE CONSTITUCIONAL	DESPESAS COM SAÚDE LIQUIDADAS	POPULAÇÃO ESTIMADA (IBGE)	GASTO PÚBLICO PER CAPTA
2010	10,59%	819.599.415,18	2.675.656	306,32
2011	16,13%	861.640.840,38	2.693.605	319,88
2012	15,94%	843.529.964,26	2.710.968	311,15
2013	16%	932.421.106,47	2.883.672	323,34
2014	16,92%	1.093.066.600,35	2.902.927	376,54
2015	18,79%	1.211.500.973,72	2.921.087	414,74
2016	19,21%	1.384.061.990,46	2.938.092	471,08
2017	19,87%	1.410.557.333,53	2.953.986	477,51
2018	19,29%	1.559.872.625,76	2.857.329	545,92
2019	19,03%	1.584.205.370,41	2.872.347	551,54
2020	22,17%	1.930.710.121,63	2.886.698	668,83
2021	22,29%	2.079.466.902,95	2.900.319	716,98
2022	17,71%	2.072.629.879,50	2.900.319	714,62
2023	19,36%	2.456.978.804,18	2.418.055	1016,10
2024	18,32%	2.981.134.925,59	2.417.678	1233,06

Fonte: SIOPS

As despesas, apesar de terem apresentado crescimento, não vêm sendo acompanhadas pelos repasses financeiros do Ministério da Saúde, que manteve sua linha de financiamento praticamente estática durante o período, culminando em um comprometimento cada vez maior dos recursos próprios do município.

12. GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

As áreas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (GTES) da SMS Salvador são coordenadas pela Diretoria Estratégica de Gestão de Pessoas e Processos da Saúde (DEGPPS), que se divide em duas gerências principais. A primeira, a Gerência Executiva de Gestão de Pessoas (GEGP), foca na força de trabalho e remuneração, estruturando-se nas coordenadorias de Informações Funcionais e Carreira (Cadastro, Lotação e Gestão), Relacionamento e Processos (Aposentadoria e Averbação) e Gestão de Folha de Pagamento.

CONSULTA PÚBLICA

A segunda frente é a Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS), implantada em dezembro de 2023 via Decreto Municipal nº 37.586/2023. Sua estrutura organizacional abrange as unidades de Educação Digital, Gestão da Secretaria Acadêmica, Integração Ensino-Serviço (Estágios, Pesquisa e Residências) e Educação na Saúde (Educação Permanente e Popular). A ESPS tem a missão de fortalecer a educação e formação de profissionais e estudantes por meio da integração ensino-serviço-comunidade, visando a qualificação da gestão e do cuidado no SUS.

Em conjunto, GEGP e ESPS são responsáveis pela gestão da força de trabalho em saúde da SMS Salvador, incluindo as ações relacionadas a condições de trabalho, remuneração e formação de pessoas, considerando as necessidades locais. Para tanto, as pautas relacionadas à gestão do trabalho e educação na saúde são capilarizadas a partir das relações estabelecidas com as diretorias da SMS Salvador e com os 12 Distritos Sanitários, por meio das referências dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGETES), implantados por meio da Portaria Municipal Nº 304/2015, de 21 de maio de 2015.

Atualmente, a SMS Salvador conta com 10 NUGETES implantados e compete a estes núcleos as seguintes atribuições: desenvolver localmente ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), voltadas para as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde da população dos territórios; acompanhar ações educativas locais provenientes de convênio (estágios nível médio e superior, PET Saúde, dentre outros); e apoiar as ações de movimentação de pessoal, benefícios, controle de acesso; dentre outras atividades correlacionadas às pautas de GTES (SALVADOR, 2015).

12.1 Força de Trabalho da SMS Salvador

No SIGP foram obtidos dados de 10.233 trabalhadores (as) ativos (as) em junho de 2025 na SMS e 92,2% (n=9.441) deles responderam ao Censo do Funcionalismo Público. No que se refere às características sociodemográficas (Tabela 80), a maioria dos(as) trabalhadores(as) ativos(as) da SMS são do sexo feminino (75,3%) e em relação ao quesito raça/ cor da pele, 54,2% declararam-se como pardos(as) e 30,6% como pretos(as), conforme dados do SIGP. Vale ressaltar que, no SIGP, só estão registrados (as) como pessoas com deficiência dois (duas) trabalhadores(as) e ambas apresentam deficiência do tipo física.

Em relação ao nível de escolaridade, 50,9% possuem ensino superior completo e as ocupações com maior proporção de trabalhadores foram às categorias de técnico em enfermagem (19,6%) e agente de combate às endemias (19,6%), seguidas pelas categorias de agente comunitário de saúde (14,2%) e enfermeiro (11,2%).

CONSULTA PÚBLICA

Tabela 80- Características sociodemográficas dos trabalhadores ativos da Secretaria Municipal de Saúde, 2025

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	**7.705**	**75,3**
Masculino	2.528	24,7
Faixa etária		
até 29 anos	207	2,0
30 a 39 anos	1.216	11,9
40 a 49 anos	4.021	39,3
50 a 59 anos	3.205	31,3
60 anos ou mais	1.584	15,5
Raça/Cor da pele		
Preta	**3.134**	**30,6**
Parda	**5.549**	**54,2**
Branca	1.309	12,8
Amarela	120	1,2
Indígena	26	0,3
Não Informado	95	0,9
Estado civil		
Casado	4.777	46,7
Solteiro	4.474	43,7
Divorciado	853	8,3
Viúvo	129	1,3
Escolaridade		
Até ensino médio incompleto	264	2,6
Ensino médio completo	4.305	42,1
Ensino superior incompleto	458	4,5
Ensino superior completo	**5.206**	**50,9**
Tipo de deficiência		
Física	**2**	**0,02**

Fonte: SIGP, 2025.

CONSULTA PÚBLICA

Ainda sobre os aspectos ocupacionais dos (as) trabalhadores (as) da SMS, a maioria possui regime de trabalho estatutário (80,0%). A carga horária de trabalho de 40 horas semanais distribuída em 5 dias da semana foi declarada por 63,4% e a remuneração mais frequente está entre 3.000,00 e 6.000,00 reais (54%). O tempo de trabalho na SMS que foi mais frequentemente citado foi de 16 a 20 anos (37,4%), seguido de até 5 anos (19,1%).

Tabela 81 – Características ocupacionais dos trabalhadores ativos da SMS, 2025.

Variáveis	N	%
Regime de trabalho		
Estatutário	**8.185**	**80,0**
Temporário/REDA	1.434	14,0
Cargo comissionado	280	2,7
Cedido	185	1,8
Residente	93	0,9
Estagiário	45	0,4
Outros	11	0,1
Carga horária de trabalho		
1 dia - 24h	42	0,4
5 dias - 20h	910	8,9
5 dias - 30h	2.752	26,9
5 dias - 36h	45	0,4
5 dias - 40h	6.484	63,4
Tempo de trabalho		
até 5 anos	1.956	19,1
6 a 10 anos	1.245	12,2
11 a 15 anos	1.896	18,5
16 a 20 ano	3.829	37,4
21 anos ou mais	1.307	12,8
Remuneração		
até 3.000	526	5,1
3.001 a 6.000	5.521	54,0
6.001 a 9.000	1.933	18,9
9.001 a 12.000	693	6,8
12.001 ou mais	1.303	12,7
não informada	257	2,5

CONSULTA PUBLICA

Fonte: SIGP, 2025

Tabela 82- Distribuição dos trabalhadores ativos da Secretaria Municipal de Saúde de acordo com a ocupação, 2025

Ocupação	N	%
agente de combate as endemias	**1.954**	**19,6**
técnico em enfermagem	**1.951**	**19,6**
agente comunitário de saúde	1.417	14,2
enfermeiro	1.114	11,2
odontólogo	548	5,5
medico	430	4,3
auxiliar em saúde bucal	285	2,9
técnico em saúde bucal	262	2,6
gerente	219	2,2
farmacêutico	202	2,0
técnico em laboratório	198	2,0
assistente social	191	1,9
psicólogo	155	1,6
técnico administrativo	124	1,3
nutricionista	102	1,0
atendimento	95	1,0
fiscal de controle sanitário	92	0,9
terapeuta ocupacional	65	0,7
técnico em radiologia	46	0,5
auxiliar de serviços gerais	40	0,4
fisioterapeuta	39	0,4
sanitarista	38	0,4
técnico em nutrição	37	0,4
subcoordenador	31	0,3
educador físico	30	0,3
estagiário graduação	30	0,3
biólogo	28	0,3
medico veterinário	25	0,3

CONSULTA PUBLICA

operacional	20	0,2
cuidador em saúde	19	0,2
agente de suporte de serviços extinção	18	0,2
agente de suporte operacional	16	0,2
estagiário nível médio	15	0,2
assessor	14	0,1
oficineiro	14	0,1
coordenador	13	0,1
técnico em saúde ambiental	8	0,1
eng. civil	7	0,1
operador de maq. e veículos	7	0,1
técnico em contabilidade	7	0,1
arquiteto	6	0,1
telefonista	6	0,1
subgerente	5	0,1
Outros	36	0,3

Fonte: SIGP, 2025

Em relação à identidade de gênero, a maioria das pessoas que responderam ao Censo se declarou como mulher cis (68,0%), seguidas pelos homens cis (22%). Tiveram também 43 pessoas que se declararam como não binárias, 21 como mulheres trans e 8 como homens trans. Ademais, em relação à orientação sexual, 90,0% das pessoas respondentes se declararam como heterossexuais.

Tabela 83- Características sociodemográficas dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde que responderam ao Censo do Funcionalismo, 2024

Variáveis	N	%
Como você se identifica em relação ao gênero?		
Mulher Cis	**6.421**	**68,0**
Homem Cis	**2.119**	**22,0**
Prefiro Não Informar	829	9,0
Pessoa Não Binária	43	0,0
Mulher Trans	21	0,0
Homem Trans	8	0,0
Como você identifica sua orientação sexual?		

CONSULTA PÚBLICA

Heterossexual	8.469	90,0
Prefiro Não Informar	483	5,0
Gay	121	1,0
Assexual	115	1,0
Bissexual	112	1,0
Lésbica	74	1,0
Outro	64	1,0
Pansexual	3	0,0
Como você se identifica em relação a etnia ou raça?		
Pessoa Parda	4.457	47,0
Pessoa Preta	3.563	38,0
Pessoa Branca	1.378	15,0
Pessoa Indígena	23	0,0
Pessoa Amarela / Asiática	20	0,0
Você se considera quilombola?		
Sim	73	0,01
Você se considera pertencente à comunidade cigana?		
Sim	2	0,00

Fonte: Censo do Funcionalismo, 2024.

No que concerne às condições de saúde dos (as) trabalhadores (as), 28,0% referiram possuir alguma doença crônica, 0,03% (n=263) se declararam como pessoa com deficiência e 0,01% (n=79) referiram possuir diagnóstico de transtorno do espectro autista (Tabela 6). A maioria dos respondentes praticam atividade física, com a frequência de três vezes (63,0%) ou mais (61,0%) por semana. Entre as pessoas que não praticam, o principal motivo é a falta de tempo (48,0%). Ademais, 97,0% referem não fazer uso de cigarro, 66,0% não consomem bebida alcóolica e 52,0% dormem de cinco a sete horas por dia.

Os dados revelam que 263 pessoas (0,03%) se identificam como Pessoa com Deficiência (PcD), incluindo deficiências ocultas, enquanto 79 (0,01%) possuem diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista. Em relação à saúde clínica, 28% (2.604) dos entrevistados afirmam possuir alguma doença crônica, contra 68% (6.435) que não possuem. Sobre hábitos de vida, 63% (5.992) praticam atividades físicas, sendo que, deste grupo, 61% treinam três vezes ou mais por semana, 25% duas vezes e 9% esporadicamente; entre os que não praticam (37%), o principal motivo é a falta de tempo (48%), seguido pela falta de recursos financeiros (21%).

CONSULTA PUBLICA

Quanto ao consumo de substâncias, a grande maioria não utiliza cigarro ou tabaco (97%) nem bebidas alcoólicas (66%), embora 29% dos respondentes confirmem o uso de álcool. Por fim, sobre a rotina de sono, a maior parte da população dorme entre 5 e 7 horas por dia (52%), seguida por aqueles que dormem de 7 a 8 horas (26%), enquanto uma parcela de 17% dorme menos de 5 horas diárias.

Também foram investigados aspectos relacionados ao estresse e, mais frequentemente, os trabalhadores referiram possuir nível de estresse médio (44,0%). (Tabela 7). Entre os que referiram estresse alto (18,0%), a causa inclui aspectos do trabalho e do âmbito privado (51,0%). Já entre quem referiu estresse muito alto (9,0%), a causa mais comum foi o trabalho (48,0%), seguido por aqueles que referiram o trabalho em conjunto com o âmbito privado (46,0%).

Tabela 84- Aspectos relacionados ao estresse entre servidores da Secretaria Municipal de Saúde que responderam ao Censo do Funcionalismo, 2024

Variáveis	N	%
Qual seu nível de estresse?		
Muito baixo	868	9,0
Baixo	1.869	20,0
Médio	4.193	44,0
Alto	1.687	18,0
Muito alto	824	9,0
O que está causando o seu nível atual de estresse? (Estresse alto)		
Trabalho	682	40,0
Âmbito Privado	140	8,0
Ambos	865	51,0
O que está causando o seu nível atual de estresse? (Estresse muito alto)		
Trabalho	396	48,0
Âmbito Privado	53	6,0
Ambos	375	46,0

Fonte: Censo do Funcionalismo, 2024

Mais comumente os respondentes do Censo foram admitidos na prefeitura de Salvador por concurso público (76,0%), sendo que 6,0% ingressaram por cotas para pessoas pretas ou pardas e 1,0% ingressaram por cotas para pessoas com deficiência. (Tabela 8). Além disso, 19,0% dos

CONSULTA PUBLICA

(as) trabalhadores(as) referiram trabalhar em outro ente público em paralelo à prefeitura. A maioria dos (as) respondentes (59,0%) referiu que, geralmente, consegue completar todas as atividades exatamente dentro da jornada de trabalho e 55,0% das pessoas afirmou que participa dos cursos oferecidos e os considera satisfatórios.

Tabela 85- Aspectos relacionados ao trabalho dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde que responderam ao Censo do Funcionalismo, 2024

Variáveis	N	%
Qual foi sua forma de admissão na Prefeitura?		
Concurso público	7.213	76,0
Seleção por REDA	1.404	15,0
Empregado público	264	3,0
Cargo em comissão	256	3,0
Outros	137	1,0
Servidor de outra esfera cedido ou à disposição	97	1,0
Contrato de trabalho	51	1,0
Agente político	19	0,0
A resposta foi cargo efetivo ou REDA: Você ingressou por cotas?		
Não	8.033	93,0
Sim, para pessoas pretas ou pardas	516	6,0
Sim, para pessoas com deficiência	63	1,0
Você trabalha em outro ente público em paralelo à Prefeitura?		
Não	7.645	81,0
Sim	1.796	19,0
Como você avalia suas atividades em relação à sua jornada de trabalho (diária ou escala)?		
Geralmente consigo completar todas as atividades exatamente dentro da minha jornada de trabalho	5.598	59,0
Geralmente consigo completar todas as atividades antes de terminar minha jornada de trabalho	2.568	27,0
Geralmente não consigo completar uma parte das minhas atividades dentro da minha jornada de trabalho	1.121	12,0
Geralmente não consigo completar a maioria das minhas atividades dentro da minha jornada de trabalho	154	2,0
Como você avalia os treinamentos, cursos e capacitações oferecidos pela prefeitura?		
Participo dos cursos oferecidos e os considero satisfatórios	5.226	55,0

CONSULTA PUBLICA

Não são oferecidos cursos para minha área ou cargo	1.554	16,0
Participo dos cursos, mas não os considero satisfatórios	1.522	16,0
São oferecidos cursos, mas não costumo participar	1.139	12,0

Fonte: Censo do Funcionalismo, 2024

12.2 Gestão do Trabalho

Entre os anos de 2000 a 2005, foram lançadas as primeiras estruturas e políticas voltadas à gestão do trabalho na cidade de Salvador sendo marcada pela criação da Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CDRH), essencial para estruturação de políticas voltadas ao planejamento e à formação profissional, com foco na qualificação contínua dos trabalhadores da saúde (SALVADOR, 2025). Em 2005 ocorreu a implantação do SAMU, que exigiu reestruturação de equipes, investimentos em infraestrutura e autonomia municipal na educação e gestão do trabalho (BRASIL, 2005; SALVADOR, 2021). No entanto, o período de 2006 a 2012 foi caracterizado por uma crise política e financeira, resultando em alta rotatividade de nomeações para o cargo de Secretário de Saúde e na descontinuidade de projetos, o que fragilizou a gestão institucional do município (SILVA-SANTOS, 2012).

Neste contexto, ocorre ainda a ampliação da terceirização na contratação dos profissionais de saúde para atuação em áreas estratégicas, inclusive do Programa de Saúde da Família (SILVA-SANTOS, 2012). Embora a terceirização via licitações e convênios filantrópicos tenha suprido demandas imediatas, o município foi compelido, a partir de 2008, a abolir a terceirização, adotando vínculos diretos via processos seletivos simplificados por meio do regramento do Tribunal Superior do Trabalho. Diante da precariedade desses vínculos excepcionais, a prefeitura buscou a definição do quadro mediante a realização de concurso público e a implantação do Plano de Cargos e Vencimentos (PCV) (Lei nº 7.867/2010), alinhando a estrutura de pessoal em consonância com as diretrizes do SUS.

A implantação do Plano de Cargos e Vencimentos (PCV) abrange a reestruturação de carreiras, criação de novas carreiras e estabeleceu a avaliação de desempenho como estratégia de gestão e progressão funcional, com a instituição de um novo padrão remuneratório e a oportunidade de avanço de nível por motivo de titulação. Entre 2010 e 2011, o foco foi a consolidação dessa estrutura, que busca valorizar o profissional ao combinar progressão funcional, avaliação de desempenho e incentivos financeiros a partir da educação permanente, mobilidade funcional e humanização.

CONSULTA PÚBLICA

No entanto, o plano enfrenta desafios como a dependência de disponibilidade orçamentária, a necessidade de transparência nos processos avaliativos e a carência de infraestrutura para capacitações. Para sua plena efetividade, é essencial priorizar o Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP), que visa assegurar o investimento em infraestrutura, a revisão periódica do plano com metas claras, garantindo a valorização profissional e a melhoria contínua dos serviços de saúde (SALVADOR, 2010).

Em 2011 foi realizado o concurso público para o provimento de pessoal, ofertando 3.470 vagas para recompor o quadro de profissionais em diversos níveis (SALVADOR, 2018). Em 2015, houve a criação da Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde (CGPS) que centralizou as ações de educação permanente e educação continuada, visando tanto à qualificação do atendimento quanto ao desenvolvimento de competências dos trabalhadores da saúde (SALVADOR, 2004).

No mesmo ano, a Portaria nº 304 oficializou os Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGETES), visando integrar trabalho e educação de forma descentralizada. Entretanto, observa-se que as atividades desses núcleos ainda se concentram em rotinas administrativas e burocráticas como controle de frequência e movimentação de pessoal não desenvolvendo e estratégias transversais à gestão do trabalho (SOUZA, 2018).

A implantação dos NUGETES revelou desafios como a sobrecarga de tarefas, falta de exclusividade dos trabalhadores, infraestrutura precária e carência de apoio central. Contudo, apresentaram avanços na autonomia local para desenvolver suas ações, no apoio das coordenações distritais e no fortalecimento das atividades de integração ensino-serviço (SOUZA, 2018). Essa estrutura de gestão enfrenta desafios históricos desde 2007, como a precariedade dos vínculos e a necessidade de regulamentação do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (BAHIA, 2007).

Entre 2020 e 2022, a gestão da saúde em Salvador priorizou o enfrentamento da pandemia por meio do Plano de Contingência (2020), que estruturou ações para mitigar os impactos da crise, incluindo a reorganização de escalas, capacitações emergenciais e novos protocolos de segurança. Este cenário reforçou o papel estratégico dos NUGETES no planejamento e cuidado aos profissionais, evidenciando a capacidade adaptativa da gestão através de medidas como o afastamento de grupos de risco e contratações temporárias via REDA.

Contudo, a crise também expôs a fragilidade do sistema e sua dependência de vínculos emergenciais, ressaltando a urgência de políticas estruturais de longo prazo. O plano ainda inovou ao instituir núcleos de apoio psicológico e práticas integrativas para combater o

CONSULTA PUBLICA

adoecimento ocupacional, embora a continuidade dessas ações de valorização e proteção do trabalhador dependa de investimentos e infraestrutura permanentes.

12.3 Gestão da Educação

Entre 2000 e 2004, a SMS Salvador fundamentou a gestão da educação na saúde por meio da estruturação da área de desenvolvimento de pessoas e da criação de Núcleos de Recursos Humanos para apoiar a descentralização, com foco na capacitação para a Atenção Primária e PSF/PACS. No período seguinte, de 2005 a 2008, a organização tornou-se mais sistemática sob a coordenação da Subcoordenação de Educação Permanente.

Nesta fase, destacaram-se a formação de tutores e facilitadores, o fortalecimento do Pólo de Educação Permanente e promovidos eventos estratégicos como III Seminário do Pólo e a I Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a formação técnica de mais de 1.400 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A partir de 2006, houve um avanço na institucionalização de instrumentos de gestão educacional e definição de modalidades formativas, voltadas à institucionalização da Educação Permanente, culminando, em 2007, na proposta preliminar da Política Municipal de Educação e Desenvolvimento de Pessoas. Em 2008, a criação do Grupo de Trabalho de Educação Permanente e a oferta de cursos para Agentes de Combate às Endemias consolidaram a expansão das ações educativas no município.

No mesmo período, a SMS institucionalizou as práticas de comunicação e educação em saúde com a criação de um Grupo de Trabalho de Comunicação e Educação em Saúde, que culminou na elaboração da Política Municipal de Comunicação e Educação em Saúde em 2006. Esta política fundamentou-se na comunicação como direito cidadão e elemento de gestão democrática, estabelecendo diretrizes para a transparência, educação popular, fortalecimento da comunicação interna e subsídios às políticas como ESF, Promoção da Saúde e SAMU.

Simultaneamente, o município reorganizou a integração ensino-serviço para gerir a alta demanda das instituições por campos de prática, exigindo pactuações com os Distritos Sanitários, reorganização de fluxos, definição de critérios e monitoramento de estágios e pesquisas. Esse acúmulo técnico e político reforçou a necessidade estratégica de um Centro Formador municipal e da consolidação da Educação Permanente em Saúde para equilibrar ensino e assistência.

A criação do Centro de Formação e Educação dos Trabalhadores do SUS Municipal (CEFORT), em 2010, estabeleceu um marco na qualificação profissional e no ordenamento da integração ensino-serviço-comunidade em Salvador (SALVADOR, 2010). No mesmo ano,

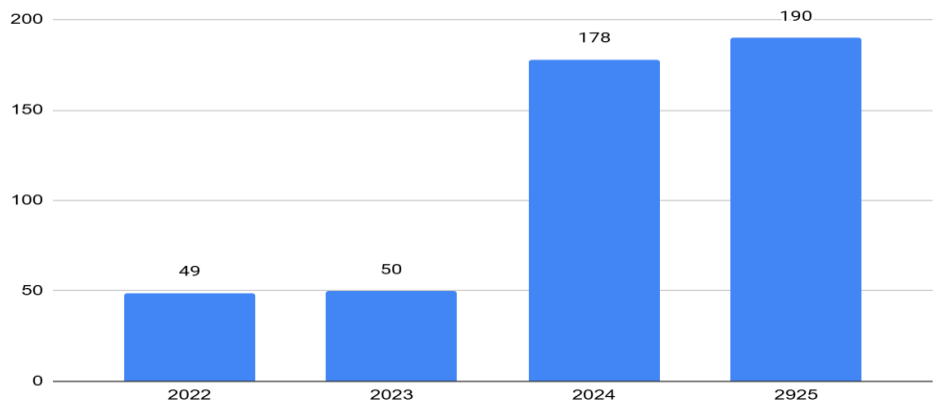
CONSULTA PUBLICA

para gerenciar o aumento de convênios com Instituições de Ensino Superior (IES) que excediam a capacidade da rede, a SMS instituiu fluxos de solicitação de estágio e a atuação das IES nos Distritos Sanitários. Este processo, formalizado pela Portaria nº 244/2010 (vigente até 2025), buscou transformar a rede em um espaço de aprendizagem compartilhado e corresponsável.

Dando continuidade ao aprimoramento da gestão, em 2016 foi implantada a Agenda Integrada de Ações Educativas, otimizando o monitoramento da Educação Permanente em Saúde (EPS) abrangendo ações de educação da atenção e vigilância à saúde, gestão e controle social. Posteriormente, impulsionado pela Portaria GM/MS nº 3.194/2017, que instituiu Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS (PRO EPS-SUS) (BRASIL, 2018), o município retomou o planejamento participativo das ações de EPS. Esse movimento culminou na elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) em 2019, construído de forma ascendente e participativa com oficinas nos 12 Distritos Sanitários e a participação de trabalhadores, gestores, controle social e IES conveniadas.

Inicialmente, a vigência do PMEPS foi prevista para dois anos (2020-2021), visando a compatibilização com o Plano Municipal de Saúde - PMS 2018-2021. No entanto, novos desafios surgiram a partir de 2020, principalmente com o advento da pandemia de Covid-19 e a inclusão do projeto da Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS) no plano de governo da nova gestão municipal. Diante disso, foi elaborada uma nova versão do PMEPS, com ampliação do período de vigência para quatro anos (2022-2025) e aumento das ações educativas programadas (Gráfico 309).

Gráfico 309 - Número de ações educativas programadas por ano de vigência do PMEPS, Salvador, Bahia, 2022-2025.



Fonte: ESPS/SMS, 2025.

A implementação do PMEPS possibilitou avanços significativos, como a criação da Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS), que centralizou e valorizou as ações educativas, além de

consolidar o próprio plano como instrumento estratégico de planejamento. Esse progresso foi acompanhado pela profissionalização pedagógica, com o uso de manuais, relatórios estruturados e a crescente adoção de metodologias ativas no ensino-aprendizagem. Por outro lado, o processo enfrenta desafios operacionais críticos, como a inexistência de um sistema padronizado para gestão de dados, a ausência de uma cultura de monitoramento e registros sistemáticos, e a falta de normas que tornem obrigatório o preenchimento de formulários das ações realizadas.

A implantação da Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS)

Seguindo o processo de fortalecimento das ações de educação e formação no SUS, a Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS) foi implantada em dezembro de 2023 com a missão de fortalecer a educação na saúde para trabalhadores e estudantes, por meio de propostas pedagógicas inovadoras e dialógicas, integrando ensino-serviço e comunidade, desenvolvendo gestores e contribuindo para a qualificação da atenção e gestão no SUS (SALVADOR, 2024).

O Projeto Político Pedagógico (PPP) da ESPS define os princípios e fundamentos que direcionam suas práticas e orientam para um processo educativo crítico-reflexivo, democrático, dialógico e comprometido com a transformação da realidade e a defesa intransigente do SUS. São estes: Educação Crítica, Abordagem Interseccional, Educação Antirracista, Educação Permanente, Educação Interprofissional, Educação Popular e Andragogia (Salvador, 2024).

Em seu primeiro ano de funcionamento (2024), a Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS) realizou 366 atividades de educação permanente para 15.644 trabalhadores. A instituição inovou ao adotar trilhas formativas, como a "Trilha de Acolhimento Institucional", que treinou 147 profissionais de nível médio das UBS entre 2024 e 2025. No âmbito nacional, a ESPS aprovou, junto à SGTES/MS, o Convênio nº 952873 para o projeto "Trilha Formativa de Equidade na Saúde", focado em interseccionalidades e valorização do trabalhador, cuja execução aguarda liberação de recursos. Além disso, a I Jornada Pedagógica da ESPS reuniu 80 participantes e representantes do Ministério da Saúde para debater os fundamentos do seu Projeto Político Pedagógico (PPP) e os processos educacionais no SUS.

É importante destacar também que o município de Salvador, por meio da ESPS, integra em âmbito nacional a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA), fortalecendo sua identidade enquanto uma escola de formação e qualificação do SUS e para o SUS.

Entretanto, apesar das inúmeras iniciativas para a qualificação da gestão da educação no município, ainda persistem fragilidades na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores da SMS. Essa realidade nos impõe a responsabilidade de repensar os pressupostos e as

CONSULTA PUBLICA

metodologias dos processos formativos uma vez que o modelo predominante de educação na SMS caracteriza-se ainda por ser pontual, fragmentado, desarticulado e descontinuado.

Ademais, cumpre assinalar que a Escola de Saúde Pública de Salvador obteve, no final de 2025, a aprovação do Parecer Técnico do Conselho Educação do Estado da Bahia favorável ao credenciamento da Instituição para a oferta de cursos de Pós-Técnico e Pós-Graduação. Esse resultado marca a consolidação da ESPS enquanto Escola de Governo, ampliando suas possibilidades de qualificação da força de trabalho e fortalecendo as ações formativas desenvolvidas no município.

Todas as ações descritas evidenciam que inovar nos processos educacionais, instituir a Educação Digital e fortalecer a Educação Permanente em Saúde (EPS) constituem desafios centrais para a gestão da educação na Secretaria Municipal da Saúde. A EPS se afirma como uma proposta político-pedagógica estratégica, ao promover a análise crítica do cotidiano de trabalho, valorizar os saberes produzidos nos serviços e estimular processos contínuos de aprendizagem. Nesse sentido, a atuação da Escola de Saúde Pública de Salvador consolida-se como elemento estruturante para a qualificação da força de trabalho, ao incentivar a democratização institucional, a autonomia dos trabalhadores e o enfrentamento criativo das demandas e necessidades de saúde da população, contribuindo de forma decisiva para o fortalecimento do SUS no município.

12.3.1 Integração Ensino-Serviço-Comunidade na SMS Salvador

A SMS de Salvador consolidou-se como um cenário estratégico de ensino-aprendizagem, mantendo convênios de cooperação técnica com 24 instituições de ensino, sendo 19 instituições de ensino superior e 5 escolas técnicas, para regular o acesso de estudantes e docentes, além de pactuar contrapartidas. Nos últimos quatro anos, houve um aumento na inserção de alunos na rede municipal, impulsionado pela abertura de novos cursos de saúde e pelas diretrizes da Resolução nº 7/2018 do CNE, que exige a curricularização da extensão. Adicionalmente, o crescimento reflete a obrigatoriedade de que 30% da carga horária do internato de medicina seja cumprida na Atenção Básica, fortalecendo a formação profissional voltada às necessidades reais do SUS.

Em um passo significativo para formalizar e otimizar essa articulação, foi implantado em 2024 o Colegiado de Integração Ensino-Serviço e Comunidade (CIESC). Sua criação reforça o compromisso da SMS em aprimorar a integração entre a formação acadêmica e a prática nos serviços de saúde, considerando as demandas do SUS. O Colegiado é composto por

CONSULTA PÚBLICA

representantes das instituições de ensino superior e de nível técnico, públicas e privadas, da ESPS e do NUGETES.

O Núcleo de Pesquisas (NP) é a instância, vinculada à Unidade de Integração Ensino-Serviço da ESPS, responsável pela análise e validação dos projetos de pesquisas quanto aos seus aspectos: metodológicos, éticos e operacionais. O NP emite o Parecer Técnico (PT) para a concessão do Termo de Anuência Institucional, de autorização dos estudos que serão desenvolvidos na rede própria de serviços de saúde da Secretaria Municipal da Saúde, instituição coparticipante da pesquisa.

O ano de 2020 foi marcado pelo início da pandemia da Covid-19, que impactou no desenvolvimento presencial dos estudos (61 projetos), o que resultou na redução em 39% do total de pesquisas se comparado ao total do ano anterior 2019 (100 estudos). As pesquisas foram classificadas por instituição e tipo de estudo.

Quadro 37 - Consolidado de pesquisas realizadas no Núcleo da ESPS, 2020.

Instituições	Quantitativo	Tipos De Estudos[64]	Quantitativo
Federal	**28** (45,9%)	**TCC**	**19** (31,4%)
Estadual	**12** (19,9%)	**TCE**	**01** (1,6%)
Privada	**05** (8,1%)	**TCR**	**03** (4,9%)
Filantrópica	**06** (9,8%)	**Dissertação**	**15** (24,5%)
Serviço	**10** (16,3%)	**Tese**	**12** (19,6%)
		Intervenção / Serviço	**11** (18,0%)
Temática COVID-19: 11 (18,0%)			

Fonte: Núcleo de Pesquisas/ESPS

Em 2021, apesar de estar em plena pandemia da Covid-19, este ano, apresentou um total de 79 estudos de pesquisas, o que representou um aumento de 29% em relação ao ano anterior, início da pandemia no Brasil. A temática Covid-19 representou 27,8% das pesquisas submetidas à análise, o que podemos considerar um esforço das instituições em estudar os assuntos relacionados com a pandemia.

Quadro 38 -Consolidado de pesquisas realizadas no Núcleo da ESPS, 2021.

INSTITUIÇÕES	QUANTITATIVO	TIPOS DE ESTUDOS	QUANTITATIVO
Federal	**43** (54,7%)	**TCC**	**20** (25,5%)
Estadual	**15** (18,9 %)	**TCE**	**04** (5,0%)

[64] Legendas utilizadas nas Tabelas: TCC -Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação); TCE - Trabalho de Conclusão de Especialização; TCR -Trabalho de Conclusão de Residência

CONSULTA PUBLICA

Privada	**13** (16,4 %)	**TCR**	**08** (10,1%)
Filantrópica	**03** (3,7%)	**Dissertação**	**22** (27,8 %)
Serviço	**05** (6,3%)	**Tese**	**14** (17,7%)
		Intervenção / Serviço	**11** (13,9 %)
Temática COVID-19: 22 (27,8%)			

Fonte: Núcleo de Pesquisas/ESPS/SMS

No ano de 2022 o quantitativo geral dos estudos (78 projetos) se manteve, semelhante ao ano anterior, porém, em relação a temática Covid-19, houve uma diminuição de 8,6 % do número de projetos, isso em relação aos estudos do ano anterior. Percebe-se também, neste ano, a participação do Programas de Residência Médica da SMS, com 3,8% dos estudos de Trabalho de Conclusão de Residência.

Quadro 39 - Consolidado de pesquisas realizadas no Núcleo da ESPS, 2022.

INSTITUIÇÕES	QUANTITATIVO	TIPOS DE ESTUDOS	QUANTITATIVO
Federal	**36** (46,4%)	**TCC**	**15** (19,2%)
Estadual	**18** (23,0%)	**TCE**	**00** (00%)
Municipal/SMS	**03** (3,8%)	**TCR**	**14** (17,9%)
Privada	**17** (21,7%)	**Dissertação**	**26** (33,5 %)
Filantrópica	**04** (5,1%)	**Tese**	**11** (14,1%)
		Institucional	**12** (15,3 %)
Temática COVID-19: 15 (19,2%)			

Fonte: Núcleo de Pesquisas/ESPS/SMS

No ano de 2023, sem a restrição da pandemia da Covid-19, foram submetidos 82 projetos, mas ainda com a retomada dos estudos de pesquisas e a possibilidade de desenvolvimento presencial, houve diminuição dos estudos referentes à temática da pandemia, pois, apenas 9,7% do total de pesquisas era relacionada a covid-19.

Quadro 40- Consolidado de pesquisas realizadas no Núcleo da ESPS, 2023.

INSTITUIÇÕES	QUANTITATIVO	TIPOS DE ESTUDOS	QUANTITATIVO
Federal	**42** (51,4%)	**TCC**	**16** (19,5%)
Estadual	**19** (23,1%)	**TCE**	**00** (00%)
Municipal/SMS	**06** (7,3%)	**TCR**	**11** (13,4%)
Privada	**13** (15,8%)	**Dissertação**	**23** (28,2%)
Filantrópica/ ONG	**02** (2,4%)	**Tese**	**14** (17,0%)
		Institucional	**18** (21,9%)

CONSULTA PÚBLICA

Temática COVID- 19: 08 (9,7%)

Fonte: Núcleo de Pesquisas/ESPS/SMS

Ao longo do ano de 2024, o Núcleo de Pesquisas recebeu um total de 84 projetos, com a seguinte distribuição nos quadrimestres: primeiro (33,3%); segundo (38,0%) e terceiro (28,7%). Ainda com relação a estes estudos, podemos constatar que os projetos acadêmicos propostos, são oriundos de instituições de ensino superior, como atividade de conclusão dos cursos de graduação e pós-graduação, estes corresponderam a cerca de 80% das pesquisas desenvolvidas. Já os serviços de saúde, demandaram um percentual de apenas 20% do total dos estudos.

Com isso, podemos perceber que os serviços de saúde, apesar de se constituir em "lócus" para o desenvolvimento dos estudos, pouco demandaram em relação ao total das pesquisas. Destes projetos, podemos destacar ainda que os aspectos mais abordados foram: usuários com 34,7%; seguidos dos serviços com 29,7%, isso demonstra uma preocupação dos estudos com a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde que a eles são ofertados e com a melhoria da qualidade dos serviços para a comunidade.

Quadro 41 - Consolidado de pesquisas realizadas no Núcleo da ESPS, 2024.

INSTITUIÇÕES	QUANTITATIVO	TIPOS ESTUDOS	QUANTITATIVO	ABORDAGENS
Federal	**35** (41,6%)	**TCC**	**25** (26,9%)	**Usuários: 29** (34,7%)
Estadual	**21** (25,0%)	**TCR**	**13** (13,9%)	**Serviços: 25** (29,7%)
Municipal/SMS	**10** (11,9%)	**TCE**	**04** (4,3%)	**Trabalhador: 23** (27,3%)
Privada	**17** (20,2%)	**Dissertação**	**23** (24,8%)	**Outros: 07** (8,3%)
Serviços	**01** (1,19%)	**Tese**	**08** (8,6%)	
		Institucional	**20** (21,5%)	

Fonte: Núcleo de Pesquisas/ESPS/SMS

A concessão de pesquisas na rede municipal de saúde de Salvador é influenciada por diversos fatores técnicos e éticos, apresentando um crescimento contínuo entre 2020 e 2024, com o desenvolvimento de, respectivamente, 61, 79, 78, 82 e 84 projetos anuais. Impulsionado pela obrigatoriedade da curricularização da extensão (Resolução nº 07/2018), que exige 10% da carga horária acadêmica para esta modalidade, a SMS criou, em 2024, o Núcleo de Extensão da ESPS. Em seu primeiro ano, o núcleo analisou 25 propostas, induzindo três delas a partir de temas prioritários como saúde mental, bucal e das populações LGBTQIAPN+ e com deficiência. Além disso, a Unidade de Integração Ensino-Serviço (UIES) da ESPS gere projetos

CONSULTA PUBLICA

do PET-Saúde, instituído pelas Portarias Interministeriais nº 421/10 e nº 422/10, reafirmando seu papel na articulação entre os Ministérios da Educação e da Saúde para a qualificação do SUS.

Desde sua criação em 2008, o PET-Saúde consolidou-se como uma estratégia essencial para a integração ensino-serviço-comunidade por meio da educação pelo trabalho (BRASIL, 2008). Em sua 11ª edição, o programa inovou com a pauta PET-Saúde Equidade, incluindo bolsistas de movimentos sociais e de cursos fora da área da saúde. Esta edição foca na valorização de trabalhadores a partir de eixos como gênero, sexualidade, raça, etnia, deficiências e maternagem, além de abordar a saúde mental e violências laborais. O objetivo central é atenuar desigualdades sociais no ambiente de trabalho e promover a equidade para os profissionais do SUS (BRASIL, s.d.).

12.3.2 Formação de profissionais por meio das Residências em Saúde

A SMS Salvador tem desempenhado um papel ativo na implantação e no fortalecimento dos programas de residência em saúde, que são amplamente reconhecidos como modalidades de formação "padrão-ouro" pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Além de apoiar e organizar as residências de instituições parceiras e conveniadas no território do município, no ano de 2019 a SMS de Salvador implantou dois programas próprios de residência médica: Medicina de Emergência e Medicina de Família e Comunidade.

Vale ressaltar que o Programa de Residência em Medicina de Emergência (PRME) utiliza o Hospital Municipal de Salvador como seu principal cenário de aprendizagem, enquanto o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) vincula seus residentes às Equipes de Saúde da Família (EqSF) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), promovendo uma imersão na Atenção Primária à Saúde.

O Programa Integrado de Residências em Saúde (PIRS), instituído pela Lei Complementar nº 072/2019, consolidou-se como estratégia central para a qualificação de profissionais e preceptores em Salvador. Seus objetivos incluem o fortalecimento da rede de atenção à saúde, a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, e o estímulo à incorporação de especialistas no município. A partir desta legislação, a SMS viabilizou o financiamento de bolsas para coordenadores, apoiadores pedagógicos e preceptores (próprios e conveniados). Além disso, o PIRS instituiu bolsas de complementação para residentes de Medicina de Família e Comunidade, resultando em um incremento significativo de médicos residentes nas Unidades de Saúde da Família (USF) em comparação aos períodos anteriores à lei.

CONSULTA PÚBLICA

Além do PRMFC de credenciamento próprio da SMS, compõem o PIRS os PRMFC das seguintes instituições: ESPBA, UFBA, ZARNS, EBMSP e FESF. O gráfico abaixo indica a quantidade de residentes de Medicina de Família e Comunidade vinculados ao PIRS, inseridos na rede municipal, no período de 2017 a 2025.

Quadro 42- Número de residentes do PRFMCs atuando no município de Salvador do ano de 2017-2025

N° De Residentes Por Ano PRMFC - Parceiros	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
R1	3	9	29	55	70	47	49	40	49
R2	0	3	9	26	48	53	35	48	38
Ano Adicional	0	0	0	0	0	0	3	5	7
Total	3	12	38	81	118	100	87	93	94

Fonte: PIRS/ ESPS/SMS

Esse aumento do número de médicos residentes na rede municipal de saúde exigiu, por parte da gestão, um maior investimento no quadro de preceptoria, tendo sido nomeados seis profissionais médicos como preceptores vinculados ao PIRS/SMS no primeiro ano de vigência do programa. Nos anos subsequentes, houve incremento no número de residentes e, por consequência, no número de preceptores, conforme demonstra o gráfico abaixo:

Seguindo o compromisso de se consolidar como instituição formadora e fortalecer as residências em saúde, a SMS de Salvador implantou, em 2023, mais dois programas de residência médica: o Programa de Residência em Medicina Intensiva (PRMI) e um ano de residência opcional (R3) do PRMFC, com foco específico em saúde mental e população em situação de rua, sendo este último o primeiro programa implantado no país nessa especialidade.

Nesse mesmo compromisso, no ano de 2024, foi aprovada a abertura de mais três programas de residência médica: Cirurgia Vascular (PRMCV), Anestesiologia (PRMA) e o ano adicional em Medicina de Família e Comunidade, com ênfase em gestão e preceptoria. Os programas de Anestesiologia e Cirurgia Vascular iniciaram suas atividades em 2025, e o ano adicional em MFC com ênfase em gestão e preceptoria iniciará suas atividades em 2026.

CONSULTA PUBLICA

Quadro 43- Número de residentes médicos atuando no município de Salvador do ano de 2017-2025.

N° De Residentes Por Ano	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
R1	3	9	34	60	75	54	58	47	64
R2	0	3	9	30	50	57	40	57	45
R3	0	0	0	0	3	1	4	5	9
Ano Adicional	0	0	0	0	0	0	3	5	7

Fonte: PIRS/ ESPS/SMS

A implantação da Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS) ao final de 2023 impulsionou a expansão das residências na rede municipal. Além de consolidar os programas já existentes, a iniciativa obteve aprovação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) para dois novos programas multiprofissionais: Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental. Com início previsto para 2026, esses novos programas representam um investimento estratégico da SMS para fortalecer as redes de atenção e qualificar a assistência à saúde no município.

Ainda no que se refere às residências em área profissional da saúde, a SMS Salvador já é campo primário de prática para cinco programas de residência, a saber: REDICA (ISC/UFBA), Saúde da Família e Saúde Mental (UNEB), Planejamento e Gestão (ISC/UFBA), Epidemiologia (ISC/UFBA) e Saúde da Família (FESF-SUS), além de ser campo secundário de prática de outros programas de residência.

Quadro 44 - Número de residentes multiprofissionais atuando no município de Salvador do ano de 2017-2025.

N° De Residentes Por Ano	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
R1	12	59	64	80	55	87	57
R2	0	11	55	57	79	53	85
TOTAL	12	70	119	137	134	140	142

Fonte: PIRS/ ESPS/SMS

Embora as residências em saúde possuam um alto potencial transformador, a consolidação do Programa Integrado de Residências em Saúde (PIRS) em Salvador enfrenta desafios pedagógicos e organizacionais significativos. Entre os principais entraves destacam-se a

CONSULTA PUBLICA

dificuldade de fixação dos egressos no município, a carência de médicos estatutários para exercer a preceptoria e o déficit de equipe técnica no Núcleo de Residências da ESPS. Além disso, observa-se a necessidade de maior rigor na supervisão pedagógica de instituições parceiras, a urgência na institucionalização da equipe docente da SMS e a busca por alinhar os Projetos Político-Pedagógicos (PPP) das universidades ao da Escola de Saúde Pública, visando superar lacunas na coordenação dos programas.

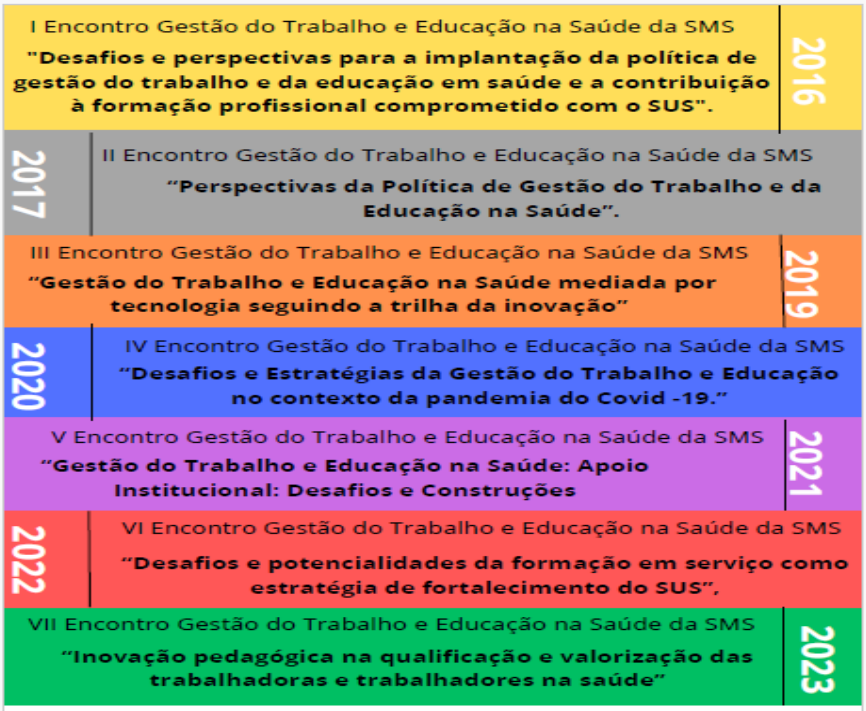
Os Desafios da Integração da Gestão do Trabalho e da Educação

Historicamente, a gestão do trabalho e da educação na SMS Salvador evoluiu da antiga Coordenadoria de Recursos Humanos para a atual estrutura organizacional fazendo parte da Diretoria Estratégica de Gestão de Pessoas. Esta diretoria abriga as duas gerências executivas responsáveis por essas pautas: a Gerência Executiva de Gestão de Pessoas (GEGP) e a Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS).

Apesar da origem comum, a integração entre essas áreas enfrenta o desafio histórico da fragmentação dos processos de trabalho. Na última década, buscou-se fortalecer essa articulação por meio de ações conjuntas nos Planos Municipais de Saúde e da realização de encontros anuais. Esses eventos funcionam como agendas positivas de integração, reunindo trabalhadores, gestores e pesquisadores para promover a circulação de saberes e mitigar as dificuldades de coordenação entre o desenvolvimento de pessoas e as práticas educativas no município.

Figura 04- Linha do tempo referente às temáticas dos Encontros de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde da SMS, durante o período de 2016 a 2023.

CONSULTA PUBLICA



Fonte: ESPS/SMS.

Nesse contexto, o VIII Encontro de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da SMS Salvador, realizado em novembro de 2025, teve como pauta o Plano Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PMGTES 2026-2029), que deverá ter um papel crucial como estratégia de integração das duas áreas no âmbito municipal. Dessa forma, o PMGTES é fundamental para a formulação e implementação de políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar as estratégias político-pedagógicas de formação dos profissionais do SUS, alinhando-as às necessidades do serviço e ao desenvolvimento dos trabalhadores.

CONSULTA PÚBLICA

13 Ouvidoria em Saúde

A Ouvidoria[65] do Sistema Único de Saúde (SUS) é um instrumento de participação popular que busca assegurar os direitos dos cidadãos de serem ouvidos e de terem suas manifestações (pessoais e coletivas) tratadas adequadamente no âmbito do SUS. Dessa forma, intermedia a comunicação dos cidadãos com os gestores do SUS no que concerne a solicitações e informações, reclamações, denúncias, sugestões, elogios, proporcionando o diálogo entre as partes. O trabalho desta ouvidoria está organizado em seis macroprocessos principais.

Quadro 45 - Principais macroprocessos da Ouvidoria SUS. Salvador-BA

Macroprocesso	Foco Principal	Atividades Chave	Prazos/Metas de Destaque
1. Relacionamento com os Cidadãos	Ponto de contato (início e fim) com o usuário.	Atendimento multicanal (presencial, telefônico, e-mail, digital) e o retorno da resposta.	Prazo de resposta: **30 dias** (prorrogável por igual período).
2. Tratamento das Demandas	Núcleo operacional de processamento da manifestação.	Análise, triagem, distribuição para a área competente ("Ponto de resposta"), acompanhamento e controle do prazo.	Encaminhamento da manifestação: **prioritariamente em até 24 horas**.
3. Gestão do Conhecimento	Transformação de dados em informação útil para a gestão.	Armazenamento, gestão da informação e elaboração de estatísticas/relatórios.	Resultado: Subsidiar o **Planejamento Anual de Saúde**.
4. Articulação com a Rede SUS	Comunicação e alinhamento com o sistema.	Articulação com unidades administrativas, órgãos e demais Ouvidorias do SUS.	Garantir o **alinhamento** e a **resolução** dentro da rede.
5. Apoio Estratégico	Fornecimento de subsídios para a tomada de decisão.	Subsidiar o gestor, participar de articulações em temas relevantes do SUS.	Informar as demandas para a **melhoria dos serviços ofertados**.
6. Gestão Interna	Funcionamento e organização interna da Ouvidoria.	Planejamento, monitoramento dos processos finalísticos, gestão de pessoas e gestão logística.	Garantir a **eficácia** e o **bom funcionamento** da própria Ouvidoria.

Fonte: Ouvidoria SUS/SMS

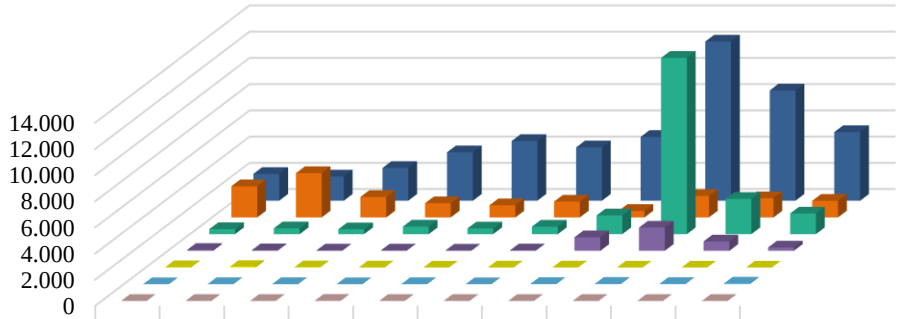
[65] A atuação da Ouvidoria atende ao art. 37, parágrafo 3º, da Constituição Federal, regulamentada pela Lei nº13.460/2017. Surge como uma ferramenta de gestão para viabilizar os princípios estabelecidos na Lei, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. A Ouvidoria em Saúde de Salvador foi inserida na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) pelo Art. 6° da Lei nº. 5845/2000, renumerada pela Lei 6085/2002. Sua estrutura regimental foi alterada pelo Decreto nº 37.074 do D.O.M. em 20 de junho de 2023, passando a ser subordinada à Diretoria Estratégica de Gestão de Pessoas e Processos da Saúde (DEGPPS).

Os usuários se comunicam com a Ouvidoria em Saúde de Salvador por meio do telefone, atendimento presencial e internet (e-mail e site da SMS). Ao longo dos anos, esses canais de comunicação foram aprimorados para facilitar o acesso e dar mais agilidade no atendimento.

Em 2015, o antigo "Disque Saúde 160" foi substituído pela Central Fala Salvador 156, que opera 24 horas, inclusive nos fins de semana. Todas as demandas são processadas via sistema OuvidorSUS[66] , que integra registros das esferas federal, estadual e municipal. Em novembro de 2023, a implantação da versão III do sistema trouxe avanços significativos, como a possibilidade de incluir anexos e o acompanhamento eletrônico do trâmite pelo usuário.

A partir de novembro de 2023, a nova versão do OuvidorSUS permitiu o cadastro direto de manifestações via site da SMS, com acesso facilitado por QR Codes em cartazes nas unidades de saúde. Historicamente, o ano de 2021 registrou um pico de demandas, com 13.450 acessos pelo site e 12.134 por telefone. Esse volume excepcional foi motivado pela campanha de vacinação contra a COVID-19, quando a Ouvidoria assumiu o agendamento de casos especiais e a prestação de informações sobre a imunização.

Gráfico 310 - Meios de comunicação dos usuários do SUS com a Ouvidoria em Saúde Salvador-BA, 2014-2023.



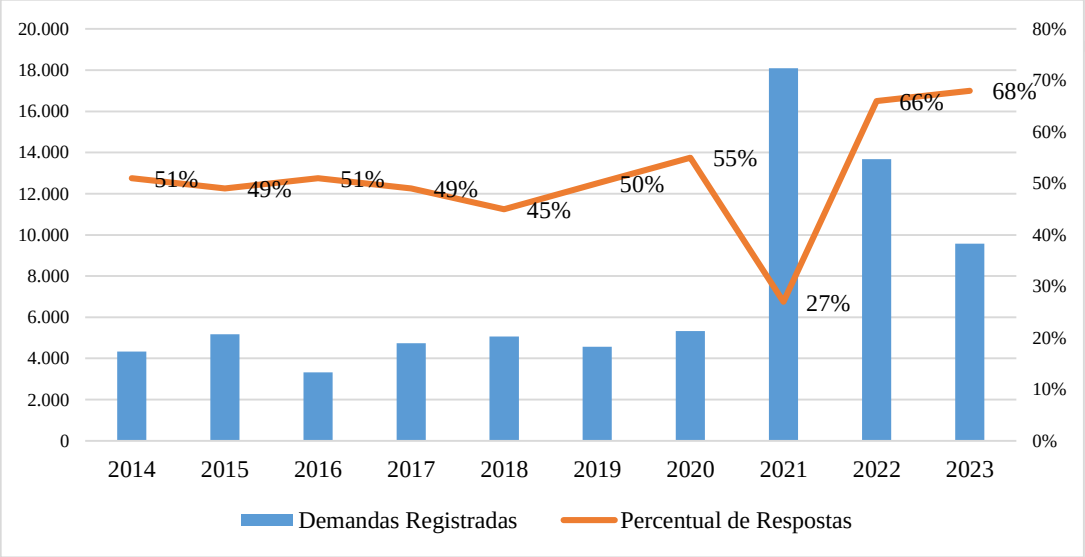
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Outros (Instância Federal)	0	0	0	9	1	0	0	1	1	0
Carta	6	13	11	8	10	7	19	30	25	55
Correspondência Oficial	22	47	18	4	0	5	4	0	0	1
E-MAIL	76	42	25	25	21	31	1.036	1.777	714	257
Internet (Site)	384	445	371	579	434	570	1.432	13.450	2.694	1.576
Presencial	2.386	3.386	1.562	1.085	931	1.208	497	1.641	1.466	1.268
Telefone (156)	2.050	1.851	2.504	3.703	4.559	4.075	4.874	12.134	8.413	5.242

Fonte: Sistema OuvidorSUS

[66] O OuvidorSUS é o sistema de registro das ouvidorias do SUS em âmbito nacional, desenvolvido pelo DATASUS/MS, é gerenciado pela Ouvidoria-Geral do SUS/MS. As manifestações registradas por meio da Ouvidoria-Geral do SUS/MS, da Ouvidoria SUS/BA (Estado) e da Ouvidoria Geral do Município (OGM/SSA) são cadastradas nesse sistema e tratadas em conjunto com as demandas inseridas pela Ouvidoria em Saúde/DEGPPS/SMS. Buscando aprimorar o registro das demandas, o sistema OuvidorSUS, na versão III, foi implantado em novembro de 2023 com algumas melhorias. Dentre elas, destaca-se a ferramenta "Anexo", que permite a inclusão de documentos importantes para o registro da demanda ou para a resposta. Além disso, a nova versão possibilita que o usuário acompanhe todo o trâmite de forma eletrônica pelo link: https://ouvidor.saude.gov.br/public/form-web/consultar.

As manifestações recebidas pela Ouvidoria em Saúde são tratadas como insumos para a melhoria dos serviços públicos. O monitoramento rigoroso garante o cumprimento dos prazos da Lei nº 13.460/2017, que estabelece 30 dias para a decisão final ao usuário (prorrogáveis por mais 30). Todas as demandas registradas ao longo do período foram analisadas pelas áreas técnicas, respondidas aos cidadãos e devidamente encerradas pela Ouvidoria.

Gráfico 311 - Percentual de demandas respondidas no prazo, Salvador-BA, 2014-2023.



Fonte: Ouvidoria SUS/SMS

Entre 2014 e 2023, o sistema OuvidorSUS processou 91.368 manifestações. O pico ocorreu em 2021, com 18.089 demandas (quatro vezes a média pré-pandemia), das quais 27% foram respondidas no prazo devido ao volume da COVID-19. As "Solicitações" lideraram o histórico com 52.014 registros (57%), focadas na dificuldade de agendar exames (Ressonância e Ultrassonografia) e consultas (Oftalmologia, Neurologia e Ortopedia). Já as "Reclamações" somaram 21.013 (23%), motivadas por falhas no funcionamento das unidades e no atendimento profissional.

A dificuldade de agendamento de consultas e exames liderou as solicitações. Para monitorar esse gargalo, o NTI implantou em 2015 a ferramenta "Lista de Procura", que rastreia tentativas frustradas de agendamento nas unidades. Apesar disso, "Solicitação" e "Reclamação" (focada em gestão e protocolos) seguiram como principais classificações. Em 2020, o cenário mudou com a integração da DIPA à SMS, elevando o volume de "Denúncias" sobre maus-tratos animais e, simultaneamente, sobre aglomerações e riscos de contágio por COVID-19.

Quadro 46- Principais Classificações e Assuntos demandados, registrados no Sistema OuvidorSUS, Salvador-BA, 2014-2023.

Ano	Total de Demandas	Classificação	Assunto
2014	4.335	Solicitação (71%)	Assistência à Saúde: Dificuldade em agendar consultas (Destaque: Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Neurologia, Angiologia, Cirurgião Geral e Cardiologia) e exames (Destaque: Ultrassonografia e exames para diagnóstico em cardiologia).
		Reclamação (17%)	Recursos Humanos: insatisfação quanto ao atendimento da equipe de saúde.
2015	5.171	Solicitação (74%)	Assistência à Saúde: Dificuldade em agendar consultas (Oftalmologia, Neurologia, Angiologia, Ortopedia/Traumatologia, Cirurgião Geral e Urologia) e Ultrassonografia.
		Reclamação (14%)	Gestão: Rotinas e protocolos de Saúde das unidades, dificuldade de acesso aos atendimentos e atendimento prestado pelos profissionais de saúde.
2016	3.325	Solicitação (51%)	Assistência à Saúde: Dificuldade em agendar consultas (Oftalmologia, Neurologia, Cardiologia e Angiologia) e Ultrassonografia.
		Reclamação (34%)	Gestão: Rotinas e protocolos de Saúde das unidades, dificuldade de acesso aos atendimentos e serviços prestados pelos profissionais de saúde.
2017	4.744	Solicitação (46%)	Assistência à Saúde: Dificuldade em agendar consultas (Oftalmologia, Ginecologia/Obstetrícia, Neurologia e Cardiologia) e Ultrassonografia e RM.
		Reclamação (36%)	Gestão: Rotinas e protocolos de Saúde das unidades, dificuldade de acesso aos atendimentos, horário de funcionamento e atendimento prestado pelos profissionais de saúde.
2018	5.063	Solicitação (52%)	Assistência à Saúde: Dificuldade em agendar consultas (Oftalmologia, Neurologia, Cardiologia e Urologia) e Ultrassonografia.
		Reclamação (30%)	Gestão: Rotinas e protocolos de Saúde das unidades, dificuldade de acesso aos atendimentos, horário de funcionamento e atendimento prestado pelos profissionais de saúde.
2019	4.572	Solicitação (46%)	Assistência à Saúde: Dificuldade em agendar consultas (Oftalmologia, Neurologia, Cardiologia, Angiologia e Otorrinolaringologia) e Ultrassonografia.
		Reclamação (34%)	Gestão: Rotinas e protocolos de Saúde das unidades, dificuldade de acesso aos atendimentos, horário de funcionamento e atendimento prestado pelos profissionais de saúde.
2020	5.331	Denúncia (34%)	Animais em Vigilância à Saúde: Condições inadequadas de criação e ambientes com potencial contágio do Coronavirus, por conter aglomeração de pessoas.
		Solicitação (32%)	Assistência à Saúde: Dificuldade em agendar consultas (Otorrinolaringologia, Neurologia, Cardiologia e Oftalmologia) e Ultrassonografia.

		Reclamação (31%)	Gestão: Dificuldade para ter acesso ao resultado de exame (COVID), dificuldade de acesso às Unidades de saúde e rotinas e protocolos de funcionamento das Unidades de Saúde.
2021	18.089	Solicitação (71%)	Vigilância em Saúde: Acesso para vacinação contra o Coronavírus e informações sobre a campanha de vacinação.
		Reclamação (13%)	Gestão: Dificuldade de acesso às Unidades de saúde, dificuldade para vacinação contra a Covid-19 e rotinas e protocolos de funcionamento das Unidades de Saúde.
2022	13.673	Solicitação (51%)	Assistência à Saúde: Dificuldade em agendar consultas (Destaque: Oftalmologia, Neurologia, Ginecologia e Cardiologia) e Exames (Destaque: Ressonância Magnética, Ultrassonografia e Endoscopia).
		Reclamação (25%)	Gestão: Agendamento para o Vacina Express, ausência do registros no cartão de vacina digital e informações sobre os serviços prestados contra o Coronavírus.
2023	9.572	Solicitação (50%)	Assistência à Saúde: Dificuldade em agendar consultas (Destaque: Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia Ginecologia e Cardiologia) e Exames (Destaque: Ressonância Magnética, Ultrassonografia e Endoscopia).
		Reclamação (26%)	Gestão: Rotinas e protocolos de Saúde das unidades, dificuldade de acesso aos atendimentos, interrupção dos serviços sem aviso prévio e atendimento prestado pelos profissionais de saúde.

Fonte: Sistema OuvidorSUS

Quanto as demandas recorrentes no assunto Gestão concentram-se em falhas estruturais e de acesso, como o encerramento antecipado de unidades, equipamentos defeituosos, paralisações e cancelamentos de agendamentos sem aviso. Embora o comportamento das manifestações tenha mantido um padrão ao longo da década, ele apresentou variações pontuais motivadas por fatores externos, como a pandemia de COVID-19.

Anterior à pandemia, as demandas da Ouvidoria se concentraram em eixos, que se repetem de 2014 a 2019. O primeiro refere as manifestações de "Solicitação de consultas especializadas" que evidenciam fragilidades no acesso e na regulação de consultas especializadas, com destaque para Oftalmologia, Ortopedia, Neurologia, Angiologia e Cardiologia. Paralelamente, as "Reclamações" sobre gestão e atendimento revelam falhas persistentes na organização dos fluxos, no cumprimento de protocolos e na qualidade da assistência prestada pelos profissionais. Essa constância nas demandas pré-pandemia sugere que esses problemas são estruturais e não pontuais, representando desafios para a gestão do SUS em Salvador.

A crise sanitária ocasionada pela pandemia alterou temporariamente o perfil da Ouvidoria. Assim, em 2020, predominaram denúncias sobre aglomerações e riscos de contágio, em 2021,

CONSULTA PÚBLICA

o foco mudou para reclamações sobre testes de COVID-19 e dificuldades no agendamento da vacinação. O ano de 2022 marcou uma transição, com queixas voltadas à gestão digital (cartão de vacina e vacina express). Já em 2023, as demandas retornaram ao padrão pré-pandemia (solicitações de consultas e queixas de gestão), mas com o agravante da dificuldade de acesso a exames de alta complexidade, como Ressonância Magnética, e falhas na comunicação sobre interrupção de serviços.

Em relação às demandas por Distrito Sanitário, observa-se que das 73.875 demandas registradas no período de 2014 a 2023, 23.996 (32%) foram trabalhadas e direcionadas aos DS. Destas 11.335, referiram-se à Gestão (47,2%), focada em acesso, protocolos e atendimento profissional. Sobre Vigilância Sanitária registou-se 5.468 (22,8%) queixas, enquanto as queixas relacionadas a ESF teve 3.078. Os distritos de Cabula/Beiru (3.226) e Barra/Rio Vermelho (3.093) foram os mais demandados no geral. Especificamente, o Cabula/Beiru liderou em demandas relacionadas à Gestão (1.730), a Barra em Vigilância Sanitária (1.252) e o Subúrbio Ferroviário na ESF (668). Barra, Cabula e Itapuã concentraram as demandas de vacinação.

CONSULTA PÚBLICA

MÓDULOS OPERACIONAIS

CONSULTA PÚBLICA

MÓDULOS OPERACIONAIS

Os módulos operacionais organizam um conjunto de proposições relativas às intervenções que se pretende realizar para o enfrentamento de um dado problema (TEIXEIRA, 2001), logo referem-se ao programa direcional do Plano Municipal de Saúde. As operações deste PMS encontram-se organizadas em cinco Módulos Operacionais: Promoção da Saúde, Vigilância em Saúde, Atenção Integral à Saúde, Gestão do Sistema Único de Saúde Municipal e Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, conforme descritos a seguir:

I – Promoção da Saúde

A Promoção da Saúde, segundo a Carta de Ottawa, contempla cinco amplos campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde (BRASIL, 2002).

II – Vigilância em Saúde

Entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018).

III – Atenção Integral à Saúde

A Atenção Integral à Saúde oferta de cuidados promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos; plano de cuidado individual; autocuidado apoiado; uso de ferramentas de gestão da clínica: gestão das condições de saúde e gestão de caso; coordenação da RAS pela APS; suporte especializado à APS; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde das pessoas usuárias; presença de profissional de saúde comunitária; e articulação do sistema de atenção à saúde com os recursos comunitários (MENDES, 2007).

IV – Gestão do Sistema Único de Saúde Municipal

A gestão pode ser entendida como o conjunto de atividades políticas, técnicas e administrativas desenvolvidas com o propósito de assegurar a condução, o planejamento, a programação, a direção, organização e controle dos sistemas de serviços de saúde em sua totalidade (TEIXEIRA & MOLESINI, 2002).

V – Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é eixo estruturante para qualificar as práticas assistenciais e fortalecer a gestão pública. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 atribui ao SUS a competência de ordenar a formação de recursos humanos em saúde (art. 200, III). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde orienta que os processos formativos estejam articulados às necessidades do serviço e do território. Nesse contexto, a gestão do trabalho envolve planejamento da força laboral e valorização profissional. Inclui ainda provimento, vínculos adequados e condições dignas de exercício. Articula-se à educação permanente como estratégia de qualificação contínua (BRASIL, 1990; 1988; 2009)

CONSULTA PÚBLICA

MÓDULO OPERACIONAL I - PROMOÇÃO DA SAÚDE				
Objetivo Geral: Fortalecer as ações de promoção da saúde por meio de ações intersetoriais, visando à melhoria da qualidade de vida da população, à redução das vulnerabilidades sociais dos fatores de risco, e ao estímulo a ambientes e comportamentos saudáveis em todos os ciclos de vida				
Diretriz 1 - Articular ações intra e intersetoriais voltadas à redução das iniquidades e à melhoria dos determinantes e condicionantes da saúde				
Objetivo Específico 1: Desenvolver e fortalecer ações articuladas intra e intersetorialmente que promovam ambientes e modos de vida saudáveis				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
103 Unidades Básicas de Saúde com o Programa de Controle do Tabagismo em funcionamento	88	93	98	103
70% das escolas com PSE com ações dos temas prioritários realizadas, conforme o ciclo vigente	50%	60%	65%	70%
40% das Unidades de Saúde do município com oferta de pelo menos 01 ações de PICS	25%	30%	35%	40%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
1. Implementação das ações de saúde do Programa Vida no trânsito	DVIS/VIEP/ DANT/CEREST		10.305.0002.210700	
2. Integração dos setores da saúde e educação para o desenvolvimento da promoção da saúde, especialmente através do Programa Saúde na Escola	DAPS		10.301.0002.260000	
3. Implementação da Política Municipal das Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de saúde municipais	DAPS		10.301.0002.260000 10.303.0002.210400	
4. Implementação de ações de prevenção e controle do tabagismo	DAPS/DVIS/VISA		10.301.0002.260000 10.303.0002.210400	
Objetivo Específico 2: Desenvolver ações integradas voltadas à promoção da cultura de paz e à prevenção das diversas formas de violência nos territórios e serviços de saúde				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**

CONSULTA PUBLICA

600 Profissionais qualificados na temática de prevenção da violência e promoção da cultura da paz	150	300	450	600
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
5. Articulação intra e intersetorial para a promoção da cultura da paz e o enfrentamento das violências, mediante o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado a grupos populacionais vulneráveis e vítimas de violência	DAPS		10.301.0002.260000 10.305.0002.210700	
6. Desenvolvimento de ações de prevenção enfrentamento da violência autoprovocada	DAPS		10.301.0002.260000 10.305.0002.210700 10.302.0002.210300	
7. Desenvolvimento de ações intrasetoriais e intersetoriais voltadas para promoção do enfrentamento da violência contra mulher	DAPS		10.301.0002.260000 10.302.0002.210300	
Objetivo Específico 3: Promover a alimentação adequada e saudável por meio de ações educativas, intersetoriais e sustentáveis, fortalecendo ambientes promotores da saúde e da segurança alimentar e nutricional				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
60% de crianças menores de ≤ 6 meses em aleitamento materno exclusivo	58,50%	59%	59,50%	60%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
8. Desenvolvimento de ações de promoção à adoção de hábitos alimentares saudáveis e estímulo à redução do consumo de sal, açúcar, gordura e alimentos processados e ultraprocessados	DAPS/DVIS/ VISA		10.304.0002.210800 10.301.0002.260000	
9. Implementação e qualificação dos Programas Nacionais preconizados pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição no município	DAPS		10.301.0002.260000	
10. Implementação de ações de promoção da saúde, prevenção, controle e cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da APS	DAPS		10.301.0002.260000	

CONSULTA PUBLICA

11. Aprimoramento do uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional pelas equipes da APS	DAPS		10.301.0002.260000	
Objetivo Específico 4: Promover processos participativos de comunicação e educação em saúde que fortaleçam o protagonismo social, a autonomia dos sujeitos e a promoção da saúde nos territórios				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Componente de formação, comunicação e produção do conhecimento da Política Nacional de Educação Popular em Saúde implantado	25%	50%	75%	100%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
12. Implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no município do Salvador	DEGPPS/ESPS		10.131.0002.251802	
Diretriz 2 – Fortalecer políticas e ações voltadas à promoção da equidade em saúde, com foco na redução das iniquidades entre grupos e territórios				
Objetivo Específico 5: Fortalecer políticas e ações intersetoriais voltadas à redução das desigualdades e à promoção da equidade em saúde, com foco em grupos populacionais e territórios em situação de vulnerabilidade				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
2.000 profissionais de saúde e gestores(as) qualificados(as) sobre Equidade em Saúde	500	500	500	500
Alcançar 65% de preenchimento válido do quesito raça/cor nos atendimentos de gestantes em pré-natal na Atenção Primária.	50%	55%	60%	65%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
13. Implementação do Programa de Combate ao Racismo Institucional	DAPS		10.422.0002.212700	
14. Desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas para a População em Situação de Rua	DAPS		10.301.0002.260000	
15. Implementação do programa de combate à LGBTfobia institucional	DAPS		10.301.0002.260000	
MÓDULO OPERACIONAL II - VIGILÂNCIA EM SAÚDE				

CONSULTA PÚBLICA

Objetivo Geral: Promover ações integradas de prevenção, controle e promoção da saúde, voltadas para vigilância ambiental, sanitária, epidemiológica e do trabalhador				
Diretriz 3 - Emergências em Saúde Pública				
Objetivo Específico 6: Fortalecer a capacidade de preparação, detecção, resposta e recuperação frente às emergências em saúde pública, por meio da vigilância ativa				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
100% de eventos de Saúde Pública (ESP) notificados e investigados	100%	100%	100%	100%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
16. Implementação das ações de Vigilância em Saúde para detecção, avaliação, resposta e monitoramento das Emergências em Saúde Pública	DVIS/CIEVS		10.305.0002.210700	
17. Integração das ações de Vigilância em Saúde da SMS para o manejo dos eventos de Emergências em Saúde Pública	DVIS/CIEVS		10.305.0002.210700 10.301.0002.212900	
Diretriz 4 - Vigilância em Saúde Ambiental				
Objetivo Específico 7: Desenvolver ações preventivas e de controle, em articulação com outros setores, a fim de reduzir riscos e promover ambientes saudáveis				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
100% de Monitoramento dos Sistemas de Informação dos Agravos relacionados à contaminação Ambiental	100%	100%	100%	100%
100% de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100%	100%	100%	100%
100% do Monitoramento dos abrigos temporários para situação de desastres	100%	100%	100%	100%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
18. Avaliação dos riscos decorrentes da contaminação da água, do solo e do ar na saúde humana para intervenção oportuna	DVIS/VISAMB		10.304.0002.210800	
19. Implementação de ações de vigilância e monitoramento da qualidade da água para consumo humano (VIGIAGUA)	DVIS/VISAMB		10.304.0002.210800	
20. Implementação das ações da Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres (VIGIDESASTRES)	DVIS/VISAMB		10.304.0002.210800	
Diretriz 5 - Vigilância Sanitária				

CONSULTA PÚBLICA

Objetivo Específico 8: Desenvolver ações de fiscalização, regulação e monitoramento de produtos, serviços, ambientes e processos que possam representar risco à saúde, assegurando o cumprimento das normas vigentes, promovendo práticas seguras e de qualidade em estabelecimentos públicos e privados				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Realizar 6.000 ações de fiscalização nos segmentos de competência da Vigilância Sanitária Municipal conforme normativas vigentes visando a proteção da saúde da população	6.000	6.000	6.000	6.000
Informatizar e harmonizar10 processos da Vigilância Sanitária Municipal, buscando maior eficiência, transparência e qualidade nas ações	10	10	10	10
Desenvolver 70 ações de comunicação e educação em saúde que promovam informação qualificada, prevenção e adoção de práticas sanitárias seguras pela população	70	70	70	70
Implementar 70 ações voltadas para Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde do município pactuados conforme as resoluções CIB/BA nº 249/2014 e 034/2016 e das Portarias Estaduais nº 05 e 07/2020	70	70	70	70
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
21. Fortalecimento das ações de fiscalização nos segmentos de competência da Vigilância Sanitária Municipal	DVIS/VISA		10.304.0002.210800	
22. Informatização e harmonização dos processos da Vigilância Sanitária Municipal, buscando maior eficiência, transparência e qualidade nas ações	DVIS/VISA		10.304.0002.210800	
23. Fortalecimento da comunicação e educação em saúde que promovam informação qualificada, prevenção e adoção de práticas sanitárias seguras.	DVIS/VISA		10.304.0002.210800	
24. Implementação do Plano de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde do município no âmbito da Vigilância Sanitária	DVIS/VISA		10.304.0002.210800	
Diretriz 6 - Vigilância Epidemiológica de doenças e agravos à saúde				
Objetivo Específico 9: Desenvolver ações de prevenção, controle das doenças e agravos transmissíveis, reduzindo riscos e impactos na população				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
95% de óbitos notificados por arboviroses investigados e encerrados	80%	85%	90%	95%

CONSULTA PUBLICA

Reduzir a taxa de incidência de sífilis congênita de 23,4/1000NV para 7,5/1000NV	14,8	10,8	7,5	7,5
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
25. Implementação da vigilância das doenças diarreicas agudas (DDA)	DVIS/VIEP/ AGRAVOS/ VISA/VISAMB		10.305.0002.210700	
26. Vigilância e controle do HIV/AIDS, Sífilis, Hepatites, HTLV e MPOX, com ênfase nos grupos de maior vulnerabilidade	DVIS/VIEP/IST		10.305.0002.210700	
Objetivo Específico 10: Fortalecer a vigilância e o monitoramento das doenças imunopreveníveis, garantindo altas coberturas vacinais e a detecção oportuna de casos				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
95% de cobertura média das vacinas selecionadas (Pentavalente, Pneumocócica 10 valente, Poliomielite e Tríplice Viral) do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 02 anos de idade	70%	73,5%	87,5%	95%
100% dos casos graves de ESAVI notificados e investigados	100%	100%	100%	100%
90% das salas de vacinação em funcionamento no Município monitoradas e supervisionadas	90%	90%	90%	90%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
27. Ampliação das coberturas vacinais do calendário básico de rotina e campanhas	DVIS/IMUNO		10.305.0002.210700	
28. Implementação das ações de investigação e medidas de controle das doenças e agravos imunopreveníveis e Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação e Imunização	DVIS/IMUNO		10.305.0002.210700	
29. Implantação do Projeto “Mini Zé Gotinha” nas escolas Municipais de Salvador, vinculadas ao Programa Saúde na Escola para promover educação em saúde e fortalecer o aumento da cobertura vacinal	DVIS/IMUNO		10.305.0002.210700	
30. Qualificação das condições de armazenamento, conservação, distribuição e transporte dos imunobiológicos e outros insumos	DVIS/IMUNO		10.305.0002.210700	

CONSULTA PÚBLICA

Objetivo Específico 11: Implementar ações integradas de prevenção e controle das arboviroses, zoonoses e doenças negligenciadas				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
85,0% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	73,8%	78%	81,3%	85%
90% de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes	80,2%	83,4%	86,9%	90%
100% dos casos suspeitos de malária notificados monitorados	100%	100%	100%	100%
90% dos casos de arboviroses notificados em data oportuna com bloqueios de transmissão realizados	90%	90%	90%	90%
100% das coleções hídricas positivas para eliminação de cercárias monitoradas e informadas aos Distritos Sanitários	100%	100%	100%	100%
100% dos DS com perfil vetorial para Leishmaniose Visceral realizado	25%	50%	75%	100%
293.002 cães e gatos vacinados contra raiva fora da campanha de vacinação antirrábica	67.980	71.379	74.948	78.695

Ações	**Responsável**	**Projeto/Atividade**
31. Implementação do Programa de Controle da Tuberculose	DVIS/VIEP/ AGRAVOS/DAPS	10.305.0002.210700
32. Implementação do Programa de Controle da Hanseníase	DVIS/VIEP/ AGRAVOS/DAPS	10.305.0002.210700
33. Implementação da Vigilância da Malária	DVIS/VIEP/ AGRAVOS	10.305.0002.210700
34. Implementação da Vigilância Epidemiológica da Doença de Chagas Crônica	DVIS/VIEP/ AGRAVOS	10.305.0002.210700
35. Fortalecimento da prevenção e do controle das doenças transmitidas por vetores	DVIS/VIEP/ AGRAVOS/CCZ	10.305.0002.210700
36. Prevenção, vigilância e controle da Leptospirose	DVIS/VIEP/ AGRAVOS/CCZ/ CIEVS	10.305.0002.210700
37. Prevenção e controle da Esquistossomose no município	DVIS/VIEP/ AGRAVOS	10.305.0002.210700
38. Prevenção, vigilância e controle da Esporotricose	DVIS/VIEP/ AGRAVOS	10.305.0002.210700

CONSULTA PUBLICA

39. Fortalecimento do Programa de Vigilância e Controle da Raiva	DVIS/VIEP/ AGRAVOS/CCZ		10.305.0002.210700	
40. Desenvolvimento de ações educativas e de mobilização social para prevenção e controle das arboviroses, zoonoses e acidentes causados por animais peçonhentos de interesse à Saúde Pública	DVIS/IMUNO/ CCZ		10.305.0002.210700	
41. Implementação da vigilância da Toxoplasmose gestacional e congênita	DVIS/CCZ		10.305.0002.210700	
Objetivo Específico 12: Fortalecer a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis, e dos óbitos especiais, visando a melhoria da qualidade de vida da população				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Reduzir 1% ao ano a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	341,8	338,4	335	331,6
100% dos óbitos maternos analisados e investigados	100%	100%	100%	100%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
42. Implementação do Plano Municipal de Enfrentamento às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (PMDANT)	DVIS/VIEP/DANT/ DAPS/DAES/ DRCA/DEGPPS		10.305.0002.210700	
43. Implementação da vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	DVIS/VIEP/DANT		10.305.0002.210700	
44. Implementação da vigilância da Doença Falciforme	DVIS/VIEP/DANT		10.305.0002.210700	
45. Implementação da vigilância de acidentes de transporte terrestre	DVIS/VIEP/DANT		10.305.0002.210700	
46. Implementação da vigilância da violência interpessoal e autoprovocada	DVIS/VIEP/DANT		10.305.0002.210700	
47. Implementação das ações de vigilância do óbito fetal, materno, infantil e de mulher em idade fértil	DVIS/VIEP/ ANÁLISES		10.305.0002.210700	
48. Implementação da Vigilância da Intoxicação Exógena	DVIS/VISAMB		10.305.0002.210700	
Diretriz 7 - Vigilância em Saúde do Trabalhador				
Objetivo Específico 13: Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador na implementação de ações integradas de promoção, prevenção e proteção da saúde da população trabalhadora, com foco na redução de riscos, agravos e vulnerabilidades relacionadas ao trabalho				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
7700 notificações de agravos/doenças relacionadas à saúde do trabalhador registradas no SINAN	6050	6600	7150	7700

CONSULTA PÚBLICA

56 ações de apoio técnico pedagógico, matricial/ institucional e educação permanente à rede notificadora de Agravos e Doenças Relacionadas ao Trabalho - ADRT	49	52	54	56
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
49. Implementação de prevenção e vigilância das doenças e agravos relacionados ao trabalho	DVIS/CEREST		10.304.0002.210800	
50. Desenvolvimento da Atenção em Saúde do Trabalhador e da vigilância em ambientes e processos de trabalho entre trabalhadores do mercado formal e informal para prevenção de ADRT	DVIS/CEREST		10.304.0002.210800	
51. Implementação do Apoio Técnico Pedagógico para a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador	DVIS/CEREST		10.304.0002.210800	
MÓDULO OPERACIONAL III- ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE				
Objetivo Geral: Fortalecer e integrar os níveis de atenção primária, secundária e terciária, consolidando a Rede de Atenção à Saúde no município de Salvador, com foco na ampliação do acesso, na integralidade do cuidado e na resolutividade dos serviços				
Diretriz 8 - Atenção Primária à Saúde				
Objetivo Específico 14: Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado e coordenadora das Redes de Atenção à Saúde, garantindo acesso, integralidade, continuidade e resolutividade na atenção à saúde da população				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Ampliar para 70% de cobertura de Atenção Básica	63%	65%	68%	70%
Ampliar em 10% ao ano a oferta de atendimento às pessoas com Doença Falciforme nos serviços da Atenção Primária à Saúde	638	702	772	849
80% dos beneficiários do Programa Bolsa Família com acompanhamento das condicionalidades da saúde realizado	70%	72%	75%	80%
100% das unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) com registros de teleconsultorias	98%	99%	100%	100%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
52. Ampliação e reorganização das equipes da rede de Atenção Primária à Saúde no município de Salvador, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família	DAPS		10.301.0002.260000 10.122.0011.250005	

CONSULTA PÚBLICA

53. Qualificação do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde	DAPS	10.301.0002.260000
54. Implementação das Linhas de Cuidado para pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis com fortalecimento do diagnóstico precoce	DAPS	10.301.0002.260000 10.302.0002.210100
55. Implantação de Linha de Cuidado para pessoas com Tuberculose	DAPS/DVIS/ VIEP/AGRAVOS	10.301.0002.260000
56. Implantação da Linha de Cuidado às pessoas com Sífilis	DAPS	10.301.0002.260000
57. Implementação da Linha de Cuidado às pessoas com Doença Falciforme	DAPS	10.301.0002.260000 10.302.0002.210100 10.305.0002.210700
58. Ampliação do acesso aos métodos de prevenção combinada ao HIV e outras ISTs na APS e Atenção Especializada	DAPS	10.301.0002.260000 10.302.0002.210100
59. Reorganização do acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família	DAPS	10.301.0002.260000
60. Ampliação e fortalecimento do Telessaúde no processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária à Saúde	DAPS	10.301.0002.260000 10.126.0002.210500

Objetivo Específico 15: Implementar ações integradas de promoção, proteção e cuidado integral voltadas à saúde da infância e adolescência

Metas/Indicadores	2026	2027	2028	2029
Aumentar 7% ao ano o número de atendimentos individuais por médicos e enfermeiros na APS para crianças de 0 a 09 anos	136.934	146.520	156.776	167.750
Ampliar em 12,5% ao ano o número de atendimentos individuais de adolescentes por médicos e enfermeiros na APS	117.335	132.002	148.502	167.065

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
61. Ampliação do acesso e qualificação do acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de crianças no âmbito da APS	DAPS	10.301.0002.260000
62. Ampliação das ações de vigilância alimentar e nutricional, visando a redução da subnutrição, do sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes de Salvador	DAPS	10.301.0002.260000 10.304.0002.210800

CONSULTA PÚBLICA

63. Reorganização e qualificação do Ambulatório Infantil de Alergia Alimentar	DAPS		10.301.0002.260000	
64. Ampliação do acesso e qualificação do atendimento para adolescentes na APS	DAPS		10.301.0002.260000	
65. Qualificação da atenção à saúde da pessoa adolescente autora de ato infracional	DAPS		10.301.0002.260000	
66. Fortalecimento da realização da triagem neonatal biológica (teste do pezinho) na APS	DAPS		10.301.0002.260000	
67. Implementação da atenção à saúde sexual reprodutiva de adolescentes e jovens com foco na prevenção, manejo de IST e gravidez na adolescência	DAPS		10.301.0002.260000	
Objetivo Específico 16: Implementar ações integradas de promoção, prevenção e cuidado voltadas à saúde integral da mulher em todas as fases do ciclo de vida				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Razão de exames de rastreamento do câncer de colo do útero para mulheres de 25 a 64 anos realizados	0,23	0,40	0,42	0,45
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	103.761	116.743	131.335	147.752
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
68. Implementação de ações para rastreio organizado dos cânceres de colo do útero e mama articulado aos serviços de média complexidade na rede municipal de saúde	DAPS		10.301.0002.260000 10.302.0002.210100	
69. Promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações	DAPS		10.301.0002.260000	
70. Implementação das ações para atenção integral à mulher no climatério	DAPS		10.301.0002.260000 10.302.0002.210100	
Objetivo Específico 17: Implementar e fortalecer ações integradas de atenção à saúde materna e infantil na perspectiva de promover o cuidado integral				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
25% das usuárias que realizam pré-natal na UBS, com pelo menos 01 registro de consulta presencial ou remota por profissional médica(o) ou enfermeira(o) realizada durante o puerpério	15%	18,3%	21,6%	25%

CONSULTA PÚBLICA

81% de gestantes com 07 ou mais consultas de pré-natal realizadas	75%	77%	79%	81%
58% de gestantes com captação precoce até a 12ª semana	53%	55%	56,5%	58%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
71. Promoção do Aleitamento humano e alimentação complementar saudável para crianças de zero a 2 anos	DAPS		10.301.0002.260000	
72. Redução da mortalidade materna, fetal e infantil por causas preveníveis	DAPS		10.301.0002.260000	
73. Fortalecimento da atenção à saúde no pré-natal, parto e puerpério	DAPS		10.301.0002.260000	
74. Ampliação do acesso ao pré-natal do parceiro	DAPS		10.301.0002.260000	
75. Ampliação da cobertura do diagnóstico e tratamento oportuno e adequado das IST para pessoas no ciclo gravídico puerperal, parcerias sexuais e crianças expostas à transmissão vertical	DAPS		10.301.0002.260000 10.302.0002.210100	
76. Implantação da Maternidade Municipal	DAES		10.302.0002.107300	
77. Implementação do Programa Mãe Salvador	DAPS		10.301.0002.260000	
Objetivo Específico 18: Fortalecer políticas e ações integradas de atenção integral à saúde do homem, promovendo o acesso, o autocuidado, a prevenção de agravos e a equidade na atenção à saúde				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Ampliar em 3% ao ano o número de atendimentos individuais a homens de 20 a 59 anos, por médicos e enfermeiros	649.822	669.317	689.396	710.078
159 das Unidades Básicas de Saúde realizando pré-natal do parceiro	148	151	155	159
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
78. Fortalecimento da Estratégia Sábado do Homem na Atenção Primária em Saúde	DAPS		10.301.0002.260000	
79. Fortalecimento das ações para a atenção à saúde sexual e reprodutiva e às doenças prevalentes na população masculina	DAPS		10.301.0002.260000 10.302.0002.210100	
Objetivo Específico 19: Fortalecer políticas e ações integradas de atenção integral à saúde da pessoa idosa, promovendo o envelhecimento ativo e saudável, a autonomia, a qualidade de vida e a continuidade do cuidado				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
159 Unidades Básicas de Saúde com registro de Avaliação Multidimensional ao ano	148	151	155	159

CONSULTA PUBLICA

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
80. Fortalecimento da atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde por meio da avaliação multidimensional	DAPS	10.301.0002.260000
81. Implementação do cuidado à pessoa idosa residente em Instituições de Longa Permanência (ILPI)	DAPS	10.301.0002.260000 10.304.0002.210800
82. Promoção do cuidado voltada para preservação da autonomia e independência da pessoa idosa	DAPS	10.301.0002.260000

Objetivo Específico 20: Fortalecer ações de atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, garantindo a organização e a integração da Rede de Cuidados no âmbito do SUS

Metas/Indicadores	2026	2027	2028	2029
600 profissionais das atenção primária qualificados em rastreio de alterações no neurodesenvolvimento	150	300	450	600

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
83. Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência- RCPD	DAES	10.302.0002.210100 10.301.0002.260300
84. Fortalecimento do cuidado integral à pessoa com o Transtorno do Espectro Autista	DAES	10.302.0002.210100 10.301.0002.260300

Objetivo Específico 21: Promover a atenção integral e equitativa à saúde da população LGBT+, assegurando acesso universal e livre de discriminação no SUS

Metas/Indicadores	2026	2027	2028	2029
Unidades Básicas de Saúde, com e sem saúde da família, com a estratégia UBS Amiga da Saúde LGBT implementada	62	66	70	74

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
85. Ampliação do acesso da população LGBT+ aos serviços de saúde	DAPS	10.301.0002.260000
86. Qualificação da rede de atenção à saúde nos cuidados às pessoas trans (transexuais, travestis e pessoa não-binária)	DAPS	10.301.0002.260000 10.302.0002.210100

Objetivo Específico 22: Promover Atenção Integral à Saúde da População Negra assegurando acesso universal equitativo e livre de racismo no SUS

Metas/Indicadores	2026	2027	2028	2029
61 Unidades Básicas de Saúde, com e sem saúde da família, com a estratégia Unidade Antirracista implementada	25	37	49	61
04 Cursos de racismo e saúde ofertado	1	1	1	1
25% das equipes da APS com conceito igual ou superior “suficiente” no Indicador de Qualidade	10%	15%	20%	25%

CONSULTA PÚBLICA

C5 (cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica), considerando apenas a população preta e parda cadastrada				
25% das equipes da APS com conceito igual ou superior "suficiente" no Indicador de Qualidade C4 (cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus), considerando apenas a população preta e parda cadastrada	10%	15%	20%	25%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
87. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	DAPS		10.301.0002.260000 10.422.0002.212700	
88. Transversalização das ações de enfrentamento ao racismo na Saúde	DAPS		10.301.0002.26000010. 422.0002.212700	
89. Implantação da Política Municipal de Saúde da População Negra	DAPS		10.301.0002.260000 10.422.0002.212700	
Objetivo Específico 23: Promover Atenção Integral e Equânime a saúde da população em situação de rua, assegurando acompanhamento longitudinal e livre de discriminação nas redes de atenção do SUS no âmbito do Município de Salvador				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
600 profissionais das Atenção Primária à Saúde qualificados sobre cuidado às pessoas em situação de rua	150	300	450	600
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
90. Ampliação do acesso da população em situação de rua aos serviços do SUS no âmbito Municipal de Salvador	DAPS		10.301.0002.260000 10.302.0002.210100 10.302.0002.210300 10.303.0002.210400	
91. Implantação da Política Municipal de Saúde integral da população em situação de rua	DAPS		10.301.0002.260000 10.302.0002.210100 10.302.0002.210300 10.303.0002.210400	
Diretriz 9 - Atenção à Saúde Bucal				
Objetivo Específico 24: Implementar e fortalecer a Rede de Atenção à Saúde Bucal no município, assegurando a integralidade do cuidado e a ampliação do acesso aos serviços				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Alcançar 50% de cobertura de saúde bucal	43%	45%	48%	50%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
92. Ampliação e reorganização da Rede de Atenção à Saúde Bucal	DAPS		10.301.0002.260000 10.302.0002.210100	
93. Qualificação do processo de trabalho das equipes da Rede de Atenção à Saúde Bucal	DAPS		10.301.0002.260000	

CONSULTA PÚBLICA

94. Promoção do Acesso e Cuidado Qualificado em Saúde Bucal para a redução das Iniquidades em Saúde	DAPS	10.301.0002.260000
95. Ampliação do acesso aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	DAPS	10.301.0002.260000 10.302.0002.210100

Diretriz 10 - Atenção à Saúde Mental

Objetivo Específico 25: Fortalecer a organização e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial assegurando o respeito aos Direitos Humanos, o combate aos estigmas e preconceitos, bem como, o desenvolvimento de estratégias de cuidado no Município

Metas/Indicadores	2026	2027	2028	2029
2 novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de gestão direta implantados	-	1	-	1

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
96. Qualificação do acesso aos componentes da RAPS na rede de Atenção à saúde no Município	DAES	10.302.0002.210300 10.302.0002.222500
97. Promoção do acesso equitativo às populações em situação de vulnerabilidade aos serviços da RAPS	DAES	10.302.0002.210300
98. Desenvolvimento de estratégias reabilitação psicossocial e inclusão social	DAES	10.302.0002.210300
99. Promoção de estratégias de Educação Permanente e matriciamento na RAPS	DAES	10.302.0002.210300

Diretriz 11 - Atenção Especializada

Objetivo Específico 26: Ampliar e qualificar a Rede Municipal de Serviços Especializados e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, assegurando acesso equitativo, integral e resolutivo, articulado às demais redes de atenção à saúde

Metas/Indicadores	2026	2027	2028	2029
100% Multicentros de Saúde com Núcleo de Gestão do Cuidado (NGC) implantado	25%	50%	75%	100%
Redução do tempo médio em 60% de liberação de exames laboratoriais de sorologia e hormônios	15% (17 dias)	30% (14 dias)	45% (11 dias)	60% (8 dias)
Implantação de 18 novos postos de coleta laboratorial	6	4	4	4

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
100. Reorganização da oferta assistencial dos serviços especializados em conformidade com a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES)	DAES	10.302.0002.207200 10.302.0002.210100

CONSULTA PUBLICA

101. Qualificação da rede laboratorial e apoio diagnóstico no município do Salvador	DAES	10.302.0002.207200 10.302.0002.210100
102. Implantação de Referência Secundária Municipal para os Programas de Controle da Tuberculose	DAES	10.302.0002.207200 10.302.0002.210100

Diretriz 12 - Assistência Farmacêutica

Objetivo Específico 27: Reestruturar a Assistência Farmacêutica Municipal em conformidade com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica de forma integrada com as demais políticas públicas fortalecendo a governança da Assistência Farmacêutica no município de Salvador

Metas/Indicadores	2026	2027	2028	2029
Ampliar em 30% as consultas de profissional de nível superior com CBO farmacêutico na Rede Municipal	10%	15%	20%	30%

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
103. Implementação da Política Municipal de Assistência Farmacêutica	DAES	10.303.0002.210300

Objetivo Específico 28: Fortalecer o processo de aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos e insumos estratégicos, assegurando disponibilidade com qualidade, segurança, eficiência e economicidade

Metas/Indicadores	2026	2027	2028	2029
87% de medicamentos da REMUME disponibilizados nas farmácias da rede municipal de saúde	87%	87%	87%	87%
Redução de 15% do tempo médio de ressuprimento de medicamentos	4%	8%	12%	15%

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
104. Qualificação do processo de aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos e insumos estratégicos	GEAPF	10.303.0002.210300
105. Aprimoramento de sistema de informação para monitoramento da disponibilização de produtos farmacêuticos e insumos estratégicos	GEAPF	10.303.0002.210300
106. Requalificação dos processos de trabalho das Centrais de Abastecimento Farmacêutico - CAF	GEAPF	10.303.0002.210300

Diretriz 13 - Atenção às urgências e emergências

Objetivo Específico 29: Garantir atenção integral, oportuna e resolutiva às urgências e emergências, por meio da organização e integração dos componentes pré-hospitalar fixo, móvel, hospitalar e pós-hospitalar

Metas/Indicadores	2026	2027	2028	2029
Ampliar em 80% os Núcleos de Especialidade para assistência às Unidades de Pronto Atendimento	20%	40%	60%	80%

CONSULTA PÚBLICA

Implantar a Política Municipal de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS de Salvador	25%	50%	75%	100%
Ampliar em 1% ao ano a execução de procedimentos de alta complexidade no Hospital Municipal de Salvador	7%	8%	9%	10%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
107. Fortalecimento e Qualificação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)	DAES		10.302.0002.210200	
108. Qualificação do componente pré-hospitalar fixo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	DAES		10.302.0002.210200	
109. Qualificação do serviço de atenção em Urgência e Emergência em Saúde Mental	DAES		10.302.0002.210200 10.302.0002.210300	
110. Implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS em Salvador	DAES		10.302.0002.210100	
111. Fortalecimento e qualificação da Atenção Domiciliar (EMAD e EMAP)	DAES		10.302.0002.21020010. 302.0002.210100	
Diretriz 14 - Regulação do acesso à atenção à saúde				
Objetivo Específico 30: Fortalecer a organização, regulação, controle e avaliação do acesso aos serviços de saúde, assegurando atenção integral, equitativa, oportuna e articulada nas redes de atenção				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
100% de solicitações classificadas como prioritárias com acesso em tempo oportuno aos procedimentos de perfil regulado com finalidade diagnóstica	57,01%	71,34%	85,67%	100%
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
112. Qualificação da regulação do acesso aos serviços eletivos ambulatoriais de média e alta complexidade no âmbito do SUS municipal	DRCA		10.302.0002.210100	
113. Aprimoramento da regulação do acesso aos serviços hospitalares de média e alta complexidade no âmbito do SUS em Salvador	DRCA		10.302.0002.210100	
114. Aprimoramento e integração das ações de controle e avaliação da rede complementar estabelecida através de contratos e convênios firmados com estabelecimentos assistenciais de saúde privados com e sem fins lucrativo	DRCA		10.302.0002.210100	
MÓDULO OPERACIONAL IV- GESTÃO DO SUS MUNICIPAL				

CONSULTA PÚBLICA

Objetivo Geral: Fortalecer os mecanismos de gestão do SUS no âmbito municipal, qualificando as práticas de planejamento, monitoramento, avaliação, gestão da informação, gestão financeira, material e participativa				
Diretriz 15 - Fortalecimento da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS)				
Objetivo Específico 31: Fortalecer a gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, mediante o fortalecimento e a integração dos Distritos Sanitários				
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
115. Implementação do apoio institucional aos Distritos Sanitários para descentralização das ações de vigilância em saúde do trabalhador	DVIS/CEREST		10.304.0002.210800	
116. Implementação e fortalecimento da estratégia dos NUGETES, com a alocação de profissionais de referência exclusivos	DEGPPS/ESPS		10.128.0002.210600	
Diretriz 16 - Fortalecimento das ações de planejamento, monitoramento, avaliação e apoio qualificado à gestão				
Objetivo Específico 32: Desenvolver mecanismos e ferramentas de apoio à gestão para subsidiar a tomada de decisão				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
100% dos SIS monitorados a partir dos atributos de qualidade selecionados.	100%	100%	100%	100%
06 cruzamentos/ano realizados entre as bases de dados do SIM e do SINAN e SIM, SINAN e SINASC	6	6	6	6
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
117. Avaliação dos dados dos Sistemas de Informação em Saúde geridos pela SUIS, quanto aos atributos de qualidade	DVIS/SUIS		10.302.0002.210100 10.126.0002.210500	
118. Fortalecimento da comunicação a partir da produção e divulgação de informação qualificada com base nos Sistemas de Informação em Saúde	DVIS		10.131.0002.251802	
119. Fortalecimento dos sistemas de informação em saúde na APS	DAPS		10.126.0002.210500	
120. Qualificação das informações provenientes dos Sistemas de Informação em Saúde geridos pela SUIS com vistas à reorientação dos serviços de saúde	DVIS		10.122.0002.210000	
121. Implementar a gestão do ciclo da informação em saúde a partir do Mapa Estratégico de Gestão da Sala de Situação de Salvador	SDDS		10122.0002.210000	

CONSULTA PÚBLICA

122. Aperfeiçoamento de Sistemas para subsidiar processos de regulação e monitoramento de indicadores estratégicos em saúde no SUS municipal	NTI	10122.0002.210000
123. Implantação e expansão dos Sistemas de Informação de saúde	NTI	10.126.0002.210500
124. Implementação de integração estratégica entre os sistemas de informação	NTI	10.126.0002.210500
125. Criação e implantação de um sistema integrado de GTES, que contemple as necessidades relacionadas às duas áreas e as diversidades das(os) trabalhadoras(es) da rede municipal de saúde	DEGPPS/ESPS	10.126.0002.210500

Objetivo Específico 33: Desenvolver e qualificar as práticas de planejamento, monitoramento e avaliação no âmbito da Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde

Metas/Indicadores	2026	2027	2028	2029
100% das metas do PMS com monitoramento sistemático registrado	100%	100%	100%	100%

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
126. Planejamento, monitoramento e avaliação das ações do SUS municipal	DEGPPS/ASPLAN	10.122.0002.210000
127. Implementação de Projetos Estratégicos da PMS no âmbito da SMS	DEGPPS/ASPLAN	10.122.0002.210000
128. Implantação e monitoramento do Plano Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PMGTES) da SMS	DEGPPS/ESPS	10.122.0002.210000

Diretriz 17 - Fortalecimento das Ação s e Serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal

Objetivo Específico 34: Qualificar os processos relacionados à gestão administrativa, logística, de recursos materiais e de pessoal e de infraestrutura física da rede municipal

Metas/Indicadores	2026	2027	2028	2029
Construção de 06 novas unidades de saúde	2	4	-	-
Implantação de usinas fotovoltaicas nas unidades de saúde	5	6	5	5
Captção de recursos de custeio através de Emenda Parlamentar	100%	100%	100%	100%
Captção de recursos de investimentos através de Emenda Parlamentar	100%	100%	100%	100%

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
129. Construção, reforma e manutenção das Unidades de Saúde da Família	GEINFRA	10.301.0002.106800 10.301.0002.106900

CONSULTA PÚBLICA

130. Construção, reforma e manutenção das Unidades Especializadas	GEINFRA		10.302.0002.107000 10.302.0002107100 10.301.0002.107600	
131. Adequação e qualificação física das farmácias em estabelecimentos de saúde	GEINFRA		10.301.0002.106900	
132. Reestruturação física e implantação de novas unidades da RAPS	GEINFRA		10.302.0002.222500	
133. Aprimoramento de estratégias de gestão administrativa e logística de pessoas, materiais, equipamentos e insumos	CAD		10.122.0011.250106	
Diretriz 18 - Financiamento do SUS				
Objetivo Específico 35: Desenvolver processos para a aplicação e o uso eficiente dos recursos financeiros na saúde				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Gasto público com Saúde capita	R$ 1032	R$ 1062	R$ 1094	R$ 1127
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
134. Transparência dos gastos públicos em saúde	NOF		10.122.0002.210000	
Diretriz 19 - Gestão Participativa no SUS				
Objetivo Específico 36: Fortalecer a gestão participativa no SUS, ampliando e qualificando os espaços públicos de diálogo, escuta e participação social				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Implantação dos Conselhos Locais de Saúde	2	4	3	3
Ações	**Responsável**		**Projeto/Atividade**	
135. Expansão e consolidação da Rede de Conselhos de Saúde	CMS		10.122.0002.210000	
136. Educação Permanente para o Controle Social	CMS		10.122.0002.210000	
137. Atuação no processo de monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e gestão	CMS		10.122.0002.210000	
138. Fiscalização da Rede Própria e Complementar ao SUS	CMS		10.122.0002.210000	
139. Estruturação Administrativa e tecnológica	CMS		10.122.0002.210000	
140. Organização, divulgação e realização da Conferência Municipal de Saúde	CMS		10.122.0002.210000	
Objetivo Específico 37: Fortalecer os canais de interlocução e comunicação da sociedade na gestão do SUS municipal				
Metas/Indicadores	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**

CONSULTA PÚBLICA

Percentual das manifestações registradas na Ouvidoria em Saúde, respondidas ao cidadão	70%	70%	70%	70%

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
141. Fortalecimento da Ouvidoria do SUS enquanto espaço de controle social	Ouvidoria	10.122.0002.210000

MÓDULO OPERACIONAL V- GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Objetivo Geral: Fortalecer os processos de gestão do trabalho e de educação na saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Diretriz 20 - Fortalecimento da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da SMS

Objetivo Específico 38: Implementar e fortalecer a Política de Gestão de Pessoas na SMS

Metas/Indicadores	2026	2027	2028	2029
PMGTES 2026-2029 implantado	25%	50%	75%	100%

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
142. Implementação da gratificação de incentivo à qualidade e produtividade dos serviços de saúde na SMS	DEGPPS/GEEGP	10.122.0011.250005
143. Dimensionamento e recomposição da força de trabalho da SMS por áreas de atuação	DEGPPS/GEEGP	10.122.0011.250005
144. Participação da Mesa de Negociação Permanente e/ou outros espaços de discussão, negociação e pactuação coletiva na SMS	DEGPPS/GEEGP	10.122.0011.250005
145. Modernização do processo de trabalho da Administração de Pessoal e Folha de Pagamento	DEGPPS/GEEGP	10.122.0011.250005
146. Implantação da comissão de monitoramento e acompanhamento do Plano de Cargos e Vencimentos (Lei n° 7.867/2010)	DEGPPS/GEEGP	10.122.0011.250005

Diretriz 21 - Fortalecimento da gestão da educação no Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal

Objetivo Específico 39: Fortalecer e consolidar a Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS)

Metas/Indicadores	2026	2027	2028	2029
Lei Municipal de criação da ESPS aprovada e sancionada	-	-	1	-
Nova Lei do Programa Integrado de Residências em Saúde (PIRS) da SMS Salvador até 2026	1	-	-	-

CONSULTA PÚBLICA

Lei da instrutoria interna e externa SMS Salvador aprovada e sancionada	-	-	-	1
Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) implantado	1	-	-	-

Ações	Responsável	Projeto/Atividade
147. Formalização da Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS), através de Lei Municipal, com vistas a promover maior estabilidade e fortalecimento desse equipamento institucional	DEGPPS/ESPS	10.128.0002.210600
148. Implementação da estrutura organizacional, regimental e pedagógica da Escola de Saúde Pública de Salvador	DEGPPS/ESPS	10.128.0002.210600
149. Implementação da Instância Colegiada Interinstitucional de Integração Ensino Serviço e Comunidade	DEGPPS/ESPS	10.128.0002.210600
150. Fortalecimento da capacidade pedagógica da Rede SMS de Integração Ensino Serviço e Comunidade	DEGPPS/ESPS	10.128.0002.210600
151. Implementação do Programa Integrado de Residências em Saúde	DEGPPS/ESPS	10.128.0002.210600
152. Implementação do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade	DEGPPS/ESPS	10.128.0002.210600
153. Implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família	DEGPPS/ESPS	10.128.0002.210600
154. Implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental	DEGPPS/ESPS	10.128.0002.210600
155. Implementação de processos educacionais com práticas pedagógicas inovadoras orientadas pela abordagem interseccional da educação	DEGPPS/ESPS	10.128.0002.210600
156. Incorporação da pesquisa e extensão como estratégia de fortalecimento dos territórios e de campos de práticas a partir das demandas prioritárias do serviços e da comunidade	DEGPPS/ESPS	10.128.0002.210600
157. Estabelecimento de mecanismos de remuneração de docentes internos e externos na execução das ações formativas executadas pela ESPS	DEGPPS/ESPS	10.128.0002.210600

CONSULTA PUBLICA

158. Publicação da nova Lei do Programa Integrado de Residências em Saúde (PIRS) da SMS SSA	DEGPPS/ESPS	10.128.0002.210600

REFERÊNCIAS

AB'SABER, Aziz. A Cidade do Salvador. Boletim Paulista de Geografia, São Paulo, n. 11, 1952.

ABADE, E. A. F.; FRANÇA, J. A. N.; SOUZA, E. S. Cuidados de enfermagem à população LGBT+. In: ROCHA, E. S. C. et al. (orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn, 2022.

AGUIAR FILHO, A. M.; ALBUQUERQUE, É. L.; RAMOS, F. B. Inventário das emissões veiculares na região metropolitana de Salvador para o ano de 2010. In: 26º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental, 2012.

ALBUQUERQUE, F. S.; PESO-AGUIAR, M. C.; ASSUNÇÃO-ALBUQUERQUE, M. J. T. Distribuição, comportamento alimentar e estratégias de controle do caramujo exótico Achatina fulica no nordeste do Brasil. Braz. J. Biol., v. 68, n. 4, p. 837-842, 2008.

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; VIEIRA, C. A. L. Distritos Sanitários: Concepção e Organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

AMARANTE, L. C. de S. et al. Motivos apresentados por usuários para a utilização do serviço de emergência: análise de fatores associados. Revista Saúde e Pesquisa, v. 22, n. 4, p. 440-446, 2023.

ANDRADE, A. V. de et al. Desafios do rastreamento do câncer de mama. Femina, v. 51, n. 8, 2023.

ANVISA. Boletim informativo de monitoramento pós-mercado. Brasília: Anvisa, 2025.

APAE SALVADOR. Manual da Triagem Neonatal do Estado da Bahia. Salvador: APAE, 2010.

AZEVEDO, A. et al. Conhecimento da população relacionado à assistência das unidades de pronto atendimento de Curitiba-PR. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 25, n. 1, p. 3-10, 2021.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Manual prático de apoio à elaboração de Planos Municipais de Saúde. 2. ed. Salvador: SESAB, 2013.

BALDERRAMA, P.; SOUZA GLERIANO, J.; PEDRESCHI CHAVES, L. D. Reflexões sobre fatores que influenciam o acesso em uma região de saúde. Saúde Coletiva (Barueri), v. 13, n. 84, p. 12326–127339, 2023.

BANDEIRA, R. C. et al. Unidade de Pronto Atendimento e Atenção Primária à Saúde: complementaridade da atenção e processos de trabalho. Saúde & Debate, v. 49, n. 145, 2025.

BARRETO, D. M. et al. Avaliação da eficácia de uma atividade educativo-preventiva com pré-escolares. Arquivos em Odontologia, 2013.

CONSULTA PÚBLICA

BARBOSA, C; LEME, B; CASTRO, J. Para onde foram os moradores de Salvador? Análise do Censo 2022 para a região metropolitana. Observatório das Metrópoles, 10 maio 2024. Disponível em: https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/boletins/para-onde-foram-os-moradores-de-salvador-analise-do-censo-2022-para-a-regiao-metropolitana/. Acesso em: 14 ago. 2025.

BEZERRA, A. C. V. Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafios. Saúde Soc., v. 26, n. 4, p. 1044-1057, 2017.

BITTENCOURT, A. L. A infecção pelo HTLV-1 na faixa infanto-juvenil. In: PROIETTI, A. (org.). Cadernos Hemominas HTLV. 6. ed. atualizada e aumentada. Belo Horizonte: Fundação Hemominas, 2015. Formato eletrônico.

BITTENCOURT, A. L.; PRIMO, J.; OLIVEIRA, M. F. Manifestações infanto-juvenis pelo vírus linfotrópico de células T humana (HTLV-I). Jornal de Pediatria (Rio J.), Porto Alegre, v. 82, n. 6, nov./dez. 2006.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Secretaria de Vigilância e Saúde e Ambiente Ministério da Saúde – Número Especial – Dezembro de 2024;

BOING A.C; DONALÍSIO M.R; ARAÚJO TM; MURARO A.P; ORELLANA J.D.Y; Maciel EL; Abrasco Comissão de Epidemiologia da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Monkeypox: o que estamos esperando para agir? Revista Brasileira de Epidemiologia. 2022; 25: e220020. https://doi.org/10.1590/1980-549720220020.2

BOERMA, T. et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. The Lancet, v. 392, p. 1341-1348, 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

BRIGNOL, S.; KERR, L.; AMORIM, L. D.; DOURADO, I. Fatores associados à infecção por HIV em uma amostra respondent-driven sampling de homens que fazem sexo com homens, Salvador. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 19, n. 2, 2016.

BRITO, S. M. R. C. (Org.). Saúde do homem: epidemiologia, política, fatores de risco de doenças e agravos não transmissíveis. Teresina: EDUFPI, 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96, 1996.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília, 2001.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Brasília, 2015.

BRASIL. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Brasília, 2017.

CONSULTA PÚBLICA

BRASIL. Portaria GM/MS nº 10, de 03 de janeiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS. Brasília: CNS/MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.833, de 22 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 6. ed. Brasília: MS, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema e-SUS SAMU. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS). Dados referentes ao período: maio de 2016 a jan. 2020. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/e-sus-samu/. Acesso em: 19 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Informação em Saúde: Governança e Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – PNGTES. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Caderno de Textos da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde; Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Guia de planejamento da gestão do trabalho e da educação na saúde no âmbito estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 42 p. : il.

BRASIL. Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional. O que é monitoramento e avaliação? Brasília, 20 jan. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/desenvolvimento-regional/politica-nacional-de-desenvolvimento-regional/monitoramento-e-avaliacao/o-que-e-monitoramento-e-avaliacao.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 mar. 2010. Seção 1, p. 52. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html>. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital PET-Saúde 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://petsaude.org.br/images/editais_petsaude/edital_2008.pdf. Acesso em: 21 jul. 2025.

CONSULTA PUBLICA

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital PET-Saúde 2010.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://petsaude.org.br/images/editais_petsaude/edital_2010.1.pdf. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital PET-Saúde 2010.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://petsaude.org.br/images/editais_petsaude/edital_2010.2.pdf. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.–Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital PET-Saúde 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://petsaude.org.br/images/editais_petsaude/edital_2012.pdf. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital PET-Saúde 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://petsaude.org.br/images/editais_petsaude/edital_2013.pdf. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital PET-Saúde GraduaSUS 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://petsaude.org.br/images/editais_petsaude/edital_2015.pdf. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital PET-Saúde Interprofissionalidade 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://petsaude.org.br/images/editais_petsaude/edital_2018.pdf. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 3.194, 2018. Cria-se o Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS (PRO EPS) no SUS, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital nº 1/2022: Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde 2022/2023. Diário Oficial da União: seção 3, Brasília, DF, 04 abr. 2022. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/edital-n1/2022selecao-para-o-programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-pet-saude-2022/2023-373185459. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital SGTES/MS nº 11, de 16 de setembro de 2023. Diário Oficial da União: seção 3, Brasília, DF, 19 set. 2023. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/edital-sgtes/ms-n-11-de-16-de-setembro-de-2023-523637034. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. PET-Saúde Equidade. s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pet-saude/pet-saude-equidade>.

CANÇADO, R. D.; ARAGÃO, J. A. A Doença Falciforme no Brasil. Rev. bras. hematologia e hemoterapia, v. 29, n. 3, p. 203-206, 2007.

CARDOSO, C. W. et al. Outbreak of exanthematous illness associated with Zika, chikungunya, and dengue viruses, Salvador, Brazil. Emerg Infect Dis., v. 21, p. 2274–6, 2015.

CONSULTA PÚBLICA

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: revista de saúde coletiva, v. 14, p. 41-65, 2004.

CECCON, R. F. et al. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 1, p. 99–108, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Jh377DRYXCQwKQnTVjxvVPp/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 24 jul. 2025.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata, URSS: OMS/UNICEF, 1978.

COSTA, E. A. Fundamentos da vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. (org.). Vigilância sanitária: temas para debate. Salvador: EDUFBA, 2009.

COSTA, M. C. N. S.; MERCADANTE, E. F. O idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. Revista Kairós Gerontologia, v. 16, n. 2, p. 209–222, mar. 2013. São Paulo: PUC-SP. ISSN 2176-901X. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17641/13138.

COSTA, R. E. A. R. da et al. Tendência de indicadores de morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em menores de cinco anos no estado do Piauí (2000–2019). Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 23, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3VrWRzqrySntjy5zFRvC8wM/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 25 jun. 2025.

COUTINHO, R.Z; LIMA, L.C; LEOCÁDIO, V.A et al. Considerações sobre a pandemia de Covid-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras. R. bras. Est. Pop., 2020, v.37, pp. 1-9 [acesso em 01/09/2025]. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0130>

DUARTE, M. B. et al. Monitoramento das instituições de longa permanência para idosos no enfrentamento da COVID-19 na Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 45, n. 1, 2021. Relato de experiências. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3454/2943.

FERRAZ, T.R; NEVES, E.T. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. Rev Gaúcha Enferm., 2011, v.32, n.1, pp.86-92 [acesso em 09/09/2025]. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100011

FERREIRA, V. A., GOMES, N. S., Pissetti, C. W., Silva, S. R. da, & Ruiz, M. T. (2018). Perfil epidemiológico dos nascidos vivos em Belo Horizonte, MG, Brasil. Revista De Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro, 8. https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2550

FERREIRA, A.R et al. Hepatites Virais A, B e C em crianças e adolescentes. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA. Fecundidade e Dinâmica da População Brasileira. Brasília: 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493–545.

CONSULTA PÚBLICA

GOMES, M. L. et al. Atenção à saúde da criança na Atenção Primária: avaliação da qualidade da atenção em diferentes regiões do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 3, p. 1207–1218, 2019.

GUSKUMA, R. C. et al. Fatores associados à prevalência e intensidade de odontalgia em crianças de municípios da região de Campinas, São Paulo. Revista Paulista de Pediatria, 2017.

GURGEL, M. G. et al. Gravidez na adolescência: uma questão para a saúde pública. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 8, n. 1, p. 77–83, jan./mar. 2008.

HAGAN, J. E. et al. Favela Pau da Lima, em Salvador: fatores sociais e ambientais ligados à transmissão da leptospirose. Plos Neglected Tropical Diseases, 2016.

IBGE. Censo Demográfico 2022: Características da população: resultados do universo. Rio de Janeiro, 2024.

LYRA, D.G.P.D. Modelo integrado de gestão da qualidade do ar da região metropolitana de Salvador. Tese (Doutorado em Engeharia Química) - UNICAMP. Campinas, p. 255. 2008.

LOGGETTO SR, BRAGA JAP, CARVALHO BTC, SOLÉ D. Alterações imunológicas em pacientes com anemia falciforme. Revista Brasileira de Alergia Imunopatologia. 1999; 22:77-82.

LEMOS, C. A. G.; JORGE, M. T.; RIBEIRO, L. A. Perfil de vítimas e tratamento de lesões por causas externas segundo atendimento pelo Centro de Reabilitação Municipal de Uberlândia, MG – Causas externas e fisioterapia. Revista Brasileira de Epidemiologia, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 482-492, 2013.

LEITE, B. O. et al. Prevenção do HIV e discriminação de gênero entre adolescentes travestis e mulheres trans em três capitais do Brasil no período 2019–2023. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 33, esp. 1, e2024321, 2024.

LEITE, B. O.; MAGNO, L.; SOARES, F.; MACCARTHY, S.; BRIGNOL, S.; BASTOS, F. I. et al. HIV prevalence among transgender women in Northeast Brazil – Findings from two Respondent Driven Sampling studies. BMC Public Health, 2022.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1971–1979, 2018.

MATUS, C. Política, planejamento & governo. 3. ed. Brasília: IPEA, 1993.

MALTA, D.C; NETO, O.L.M; JUNIOR, J.B.S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 20(4):425-438,out-dez 2011. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002>. Acesso em 26 jul. 2021

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.

MELO, R. C.; MIRANDA, A. S. DE .. Incremento decenal de estabelecimentos assistenciais no Brasil e vinculações com o Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate, v. 46, n. 133, p. 346–357, jan. 2022.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS, 2011.

CONSULTA PUBLICA

MENEZES, T. A. et al.. Distribuição espacial dos serviços de saúde especializados para pessoas com deficiência em João Pessoa/PB: uma análise sobre o acesso em saúde. Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais, v. 24, p. e202241, 2022.

MIRANDA, G.M.D; MENDES, A.C; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(3):507-519. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/MT7nmJPPRt9W8vndq8dpzDP/?lang=pt>. Acesso em 17 jun 2021

MINGUIM , L. P.; ROCHA, J. B. do A. Contratualização hospitalar no Sistema Único de Saúde: um estudo de caso em Uberaba. Revista de Gestão e Secretariado, [S. l.], v. 15, n. 12, p. e4517, 2024. DOI: 10.7769/gesec.v15i12.4517. Disponível em: https://ojs.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/4517. Acesso em: 21 out. 2025.

MOXOTÓ, I. V. et al. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e comportamental pelo HTLV-1 em Salvador-BAhia, uma área endêmica para o HTLV. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 40, n. 1, jan./fev. 2007.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FINKELMAN, J. (Org.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MOREIRA, L. M. de A.; MOREIRA, S. C.; CABANELAS, I. T. D.; ROCHA, L. de M. Perfil do albinismo oculocutâneo no estado da Bahia. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 6, n. 1, p. 69–75, 2007. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4152.

MOREIRA, L.; PINHEIRO, M.; BORGES, V. M.; CECÍLIA, H. M. S. Estudo sobre albinismo oculocutâneo e etnia negra em bairros e localidades de Salvador-BAhia. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 15, p. 23, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/14224.

MURILLO, R.S. G. A visita domiciliar a pessoas idosas na ótica do agente comunitário de saúde e a noção de território sanitário. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 22, 2024, e02463247. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2463.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein. 2008; 6 (Supl 1): S4-S6. Disponível em <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>. Acesso em 14 jun. 2021

OMS. Global report on neglected tropical diseases 2023. Genebra: WHO, 2023.

OPAS. Marco de referência para a boa governança em saúde. Washington, D.C.: OPAS, 2020.

OLIVEIRA, R.F. S. R., SOUZA; V. F. H. G.; QUEIROZ, M. C. S. Perfil epidemiológico dos nascimentos na região norte do Brasil no período inicial da pandemia (2020 e 2021). REVISTA DELOS, 18(64), e4040. https://doi.org/10.55905/rdelosv18.n64-074

OLIVEIRA, T.C; MEDEIROS, W.R. LIMA, K.C. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015; 18(1):85-94. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/3mqVgMVnD6KftrDDKkXY6yn/abstract/?lang=es>. Acesso em 29 jun 2021

CONSULTA PÚBLICA

OLIVEIRA, N. L. N; MATOS, A. H. C. Saúde Do Idoso Na Atenção Primária À Saúde: Uma Revisão Integrativa De Literatura. Contemporânea – Revista de Ética e Filosofia Política, v. 3, n. 6, 2023. ISSN 2447-0961. Disponível em: https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/1022/664

PAZ, W.S. Mortalidade por Esquistossomose Mansoni no Brasil: Modelagem de Risco Espaço-Temporal e Associação com Indicadores Socioeconômicos. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Biologia Parasitária. Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 190 p. 2021.

PATAH, L.E.D; MALIK, A.M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev. Saúde Pública, 2011, v.45, n.1, pp. 185-194 [acesso em 09/09/2025]. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021

PORTO M.P.S et al. Saúde e ambiente na favela: reflexões para uma promoção emancipatória da saúde. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 523-543, jul./set. 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/9hdtxTmWYXqmJcTKKCVPG5J/?lang=pt>. Acesso em 10 jun 2021

PAIM, J. S. Desafios para a construção de uma política de saúde baseada na equidade. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 3, p. 711–720, 2009.

PERES, M. A. et al. Oral diseases: a global public health challenge. The Lancet, v. 394, p. 249–260, 2019. Disponível em: https://www.thelancet.com/series/oral-health.

PIRES, R. de C. C.; LUCENA, A. D.; MANTESSO, J. de O.; FORTALEZA, C. S. Manejo das úlceras do pé diabético no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): uma revisão integrativa. REASE – Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 8, n. 1, p. 761-778, jan. 2022.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, B. M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 11, n. 1, p. 29-43, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/pqL8MwzKwdhzTSv6hyCbYNB/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 23 jul. 2025.

KLAK A; RACIBORSKI F; TARGOWSKI T; RZODKIEWICZ P; BOUSQUET J; SAMOLINSKI B. A. Problema crescente de quedas na população idosa: Um estudo de caso na Polônia – 2015-2050 forecast. Eur Geriatr Med. 2017;8(2):105-10. https://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.02.004

KERBER, N. P. DA C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R.. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 17, n. 2, p. 304–312, abr. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/MNL4wwHwnvcs74Z5pK6Gvgz/?lang=pt

KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C.; GUIMARAES, M. D. C.; MOTA, R. S.; VERAS, M. A.; DOURADO, I. C.; BRITO, A. M.; MERCHAN-HAMANN, E. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil. Medicine, v. 97, p. S9–S15, 2018.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 23–29, 2006. DOI: 10.5712/rbmfc2(5)23. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/23. Acesso em: 15 out. 2025.

CONSULTA PUBLICA

RIBEIRO, M. N.; SANTO, F. H.; DINIZ, C. X.; ARAÚJO, K. B.; LISBOA, M. G.; SOUZA, C. R. Evidências científicas da prática da violência contra a pessoa idosa: revisão integrativa. Acta Paulista de Enfermagem, v. 34, eAPE00403, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/kgjXpP5yQM7FkYMcgNXjwJx/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 out. 2025.

RIBEIRO DE OLIVEIRA, J. V.; CRAVO, E. O. (2012). Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Aracaju - Sergipe, Brasil. Ideias E Inovação - Lato Sensu, 1(1), 09–17. Recuperado de https://periodicosgrupotiradentes.emnuvens.com.br/ideiaseinovacao/article/view/282

REDE INTERAGENCAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2002

ROMERO D.E., CUNHA C.B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. Cad Saude Publica. 2007;23:701-14.

ROSSI, P et al. Os anos 2010 no Brasil: uma década perdida nas dimensões produção, produtividade e trabalho. Economia e Sociedade, Campinas, v. 33, n. 1, jan./abr. 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-3533.2024v33n1art07.

ROLLINS, N. C.; BREWSTER, A. L.; DARO, A. C.; et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? The Lancet, v. 387, n. 10017, p. 491–504, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2.

RIBEIRO, M. N.; SANTO, F. H.; DINIZ, C. X.; ARAÚJO, K. B.; LISBOA, M. G.; SOUZA, C. R. Evidências científicas da prática da violência contra a pessoa idosa: revisão integrativa. Acta Paulista de Enfermagem, v. 34, eAPE00403, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/kgjXpP5yQM7FkYMcgNXjwJx/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 out. 2025.

ROLLINS, N. C.; BREWSTER, A. L.; DARO, A. C.; et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? The Lancet, v. 387, n. 10017, p. 491–504, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2.

SABROZA, P. C.; LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Determinantes sociais da saúde. In: LEAL, M. C.; SOUZA, C. A. M.; SABROZA, P. C. (orgs.). Saúde e desenvolvimento: perspectivas de políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

SANTOS, J. S. B. dos; SANTOS, M. V. dos; VIGÁRIO, P. dos S. Rastreamento do câncer de colo do útero: Perspectiva dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. Rev Enferm Atual In Derme, v. 98, n. 4, 2024. Disponível em: https://mail.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/2356/4290. Acesso em: 17 jun. 2025.

SANTOS, J.A; MOTTA, A.B. Significados de velhice para mulheres idosas na cidade de Salvador-BAhia, Brasil. Sexto Congreso Iberoamericano de Psicogerontologia. La Paz, Bolívia. p. 187-197, out. 2015. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Maria-Moreno-Sandoval/publication/326668333_SIGNIFICANTE_Y_MALESTAR_CULTURAL_DE_LA_VEJEZ_UNA_VISION_PSICOANALITICA_VI_congreso_psicogerontologia/links/5b5bff93aca272a2d6707f37/SIGNIFICANTE-Y-MALESTAR-CULTURAL-DE-LA-VEJEZ-UNA-VISION-PSICOANALITICA-VI-congreso-psicogerontologia.pdf#page=185>. Acesso em 29 jun 2021

CONSULTA PUBLICA

SANTOS, A. L. et al. Gestão do trabalho em saúde: desafios e estratégias. Revista Brasileira de Gestão em Saúde, v. 12, n. 3, 2020.

SANTANA, L.S. G. de et al. Uma análise sobre o crescimento da cidade de Salvador (BA) e os reflexos na segregação socioespacial. Conj. & Planej., Salvador, n.198, p.61-73, jan./jun. 2020. Disponível em <https://publicacoes.sei.ba.gov.br/index.php/conjunturaeplanejamento/article/view/254>. Acesso em 10 jun 2021

SALVADOR. Lei nº 9.148/2016. Salvador, 2016.

SALVADOR. Lei nº 9.525, de 2020. Salvador, 2020.

SALVADOR. Centro de formação e educação dos trabalhadores do SUS municipal (CEFORT). Projeto Político Pedagógico, 2010.

SALVADOR. Portaria Municipal no 304 de 21 de maio de 2015, cria o Núcleo de Gestão da Educação e Trabalho na Saúde NUGETES.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. Guia de Planejamento em Saúde da SMS Salvador. Salvador, 2020.

SALVADOR. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Gestão de Pessoas e Processos em Saúde. Escola de Saúde Pública de Salvador. Projeto Político-Pedagógico. Salvador: Secretaria Municipal da Saúde, 2024.

SALVADOR. Censo do Funcionalismo Público da Prefeitura Municipal do Salvador 2024. Salvador, 2024.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SEI demografia. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Envelhecimento da população baiana: desafios acerca da previdência Salvador: SEI, 2015. 8 p. Disponível em <https://www.sei.ba.gov.br/images/releases_mensais/pdf/demografia/demografia_sei_2015.pdf>. Acesso em 14 jun 2021

SEMOB, Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana de Salvador. PlanMob Salvador - Plano de Mobilidade Urbana Sustentável. Relatório Técnico RT06: Diagnóstico da Mobilidade em Salvador. Salvador, 2017. Disponível em <http://planmob.salvador.ba.gov.br/images/consulte/planmob/PlanMob-Salvador-Relatorio-Tecnico-RT07-_Revisao-11-09--2017-r.pdf>. Acesso em 14 mai. 2021

SEPARAVITCH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. Saúde e Sociedade, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QSYJggmjYNygGFkKQf4xTjc/?format=pdf&lang=pt.

SILVA, Wellington Souza. Densidade demográfica. [S.I.], [2014]. Disponível em <https://www.infoescola.com/geografia/densidade-demografica/>. Acesso em 11 jun 2021

SILVA, T. T. V. da; BORGES, D. T.; CARVALHO, L. M. F. de. Condições de saúde em idosos: prevalência e fatores associados no interior do Rio Grande do Sul/RS. Revista Foco, v. 17, n. 12, p.

CONSULTA PUBLICA

e7341, 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n12-177. Disponível em: https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/7341.

SILVA, F.; VIEIRA, M. R.; GUEDES, E. M.; FIGUEIREDO, A. C. M. G.; CRUZ, S. S.. Acesso e utilização dos serviços de saúde e raça/cor/etnia entre mulheres: uma metanálise. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 47, n. 2, p. 264–282, ago. 2023. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3908. Acesso em: 16 out. 2025.

SIQUEIRA, F. M.; CASTRO, E. A. B. de; CARVALHO, D. B. F.; et al. Expert system modeling for the multidimensional evaluation of aged people. Cogitare Enfermagem, 2023, v. 28. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91029.

SURITA, F.G.C et al. Fatores associados ao baixo peso ao nascimento entre adolescentes no Sudeste do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet., 2011, v.33, n.10, pp.286-91 [acesso em 09/09/2025]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011001000003>

SOLÉ, D. et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 – Parte 1: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, v. 2, n. 1, p. 7-38, 2018.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. Saúde em Debate, v. 45, n. 130, p. 832–846, jul. 2021.

SOUZA, A. P. et al. Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 5, p. 1741-1752, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/WjyQnccwSNKPd9CsMgPCV7q/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 29 jul. 2025.

SOBRINHO, L. C. dos S. L.; MENDES, A. L. de A. C.; LIMA, A. A. M. R.; VIEIRA, F. C.; MENDES, M. S. O. da C.; CAVALCANTI, T. A. S.; LACERDA, W. W. Envelhecimento populacional e feminização da velhice no contexto da atenção à saúde do idoso no Brasil. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 7, n. 2, p. e68369, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n2-207. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/68369.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE GASTROENTEROLOGIA. Diarreia Aguda Infecciosa. n. 74, 2023. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2023/junho/14/24048aPRESS-GPA-Diarreia_Aguda_Infecciosa-pSITE.pdf. Acesso em: 25 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Fibromialgia: cartilha para pacientes. 2011. Disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/SiteAssets/documentos/noticias/CartilhaSBR-Fibromialgia.pdf.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA. Consenso sobre alergia alimentar: diagnóstico e tratamento. São Paulo: SBAN, 2012.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. de. Corpo, gênero e saúde nas ciências sociais. In: GOMES, R. (Org.). Saúde, gênero e ciência: convenções e tensões. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 27-50.

STARFIELD, B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press, 1998.

CONSULTA PÚBLICA

TEIXEIRA, C. F. (org.). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

TOMASIELLO, D.B et al. Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2023. (Texto para Discussão, n. 2832). DOI: https://dx.doi.org/10.38116/td283.

UNESCO. Orientações internacionais sobre educação em sexualidade: uma abordagem baseada em evidências. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2018. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770.

UNICEF. Primeira Infância Primeiro: Avanços e Desafios da UAPI – 2º Ciclo. Brasília: UNICEF, 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua (OBPopRua). [S. l.]: UFMG/POLOS, 2025. Disponível em: https://obpoprua.direito.ufmg.br/. Acesso em: 22 out. 2025.

UNFPA BRASIL. Guia para saúde sexual e reprodutiva e atenção obstétrica: informações, orientações e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Brasília: UNFPA Brasil; Conasems, 2022.

VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. Rev Panam Salud Publica, v. 42, e170, 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rpsp/.

VASCONCELOS, N. M.; ALVES, F. T. A.; ANDRADE, G. N.; PINTO, I. V.; SOARES FILHO, A. M.; PEREIRA, C. A.; MALTA, D. C. Violência contra pessoas LGB+ no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Rev Bras Epidemiol., v. 26, supl. 1, e230005.supl.1, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720230005.supl.1.1.

VEZEDEK, L. et al. Sumário executivo de pesquisa: mapeamento, contagem e caracterização da população em situação de rua em Salvador [livro eletrônico]. Salvador, BA: Centro Projeto Axé, 2023.

VICENTE, K.; SILVA, B. M. D.; BARBOSA, D. D. N.; PINHEIRO, J. C. P.; LEITE, R. B. Diretrizes de biossegurança para o atendimento odontológico durante a pandemia do COVID-19: revisão de literatura. Revista Odontológica de Araçatuba, 2020.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet, London, v. 387, n. 10017, p. 475–490, 2016.

VIEIRA, L. M. et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 6, n. 1, p. 135–140, jan. 2006.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Hepatitis Report 2017. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017. Acesso em: 29 out. 2025.

WILSON, K. et al. Strategies for implementing the new International Health Regulations in federal countries. Bull World Health Organ. v. 86(3), p.215-220, 2008.

CONSULTA PÚBLICA

CONSULTA PUBLICA