

BAHIA ANÁLISE & DADOS

SALVADOR • v.26 • n.2 • JUL./DEZ. 2016

ISSN 0103 8117

SAÚDE NA BAHIA

Rx

FILE

SUS

pre-medicação por
eratura corporal fora
do paracetamol (p-
sco comparativo (p =
a infusão de lipopolis-
300) se que o paracet-
studo duplo-cego, ra-
analgesico do para-
ndo de dor moderada
da dor foram avalia-
ta 6 horas após a ac-
comparativo na difer-
da dor obtida (p < 0,0
rências:

ames, Carter T., et al.
in In Endotoxemia: A
Anesth. Ther. 1999; 66
Fehlings, D.R., Fra-
aminophen and Aspir-
89-97.

INDICAÇÕES:

adultos, para a redu-
zadas, tais como: do-
ca, dor de dente, dor
menorréia.

CONTRA-INDICAÇÕES:

deve ser administrado
pacientes da formul-
O DE USAR E CUID-
comprimidos devem se

DOLOGIA:

os e crianças de 12
das de 12 anos ou m-
entre cada administr-
acetamol 500mg: 1
trínidos, em doses fr-
acetamol 750mg: 1 co-
oses fracionadas; em

PRECAUTELAS:

acetamol não deve s-
mais de 3 dias.

dois crônicos de bebi-
ças do fígado, caso (e
doses) de paracetam-
idez (Categoria B) e
ases de uso por múlti-
por períodos curtos.

medicamento não
tuação médica ou do
ção: Este medicam-
cautela em portador
use outro produto q-
EM IDOSOS, CRIAN-
momento não são c-
cientes idosos.





BAHIA ANÁLISE & DADOS

Foto: Stock.XCHNG

ISSN 0103 8117

Bahia anál. dados

Salvador

v. 26

n.2

p. 277-418

jul./dez. 2016

Governo do Estado da Bahia
Rui Costa

Secretaria do Planejamento (Seplan)
João Leão

**Superintendência de Estudos Econômicos
e Sociais da Bahia (SEI)**
Eliana Boaventura

Diretoria de Pesquisas (Dipeq/SEI)
Armando Affonso de Castro Neto

Coordenação de Pesquisas Sociais (Copes/Dipeq/SEI)
Guillermo Javier Pedreira Etkin

BAHIA ANÁLISE & DADOS é uma publicação trimestral da SEI, autarquia vinculada à Secretaria do Planejamento. Divulga a produção regular dos técnicos da SEI e de colaboradores externos. Disponível para consultas e download no site <http://www.sei.ba.gov.br>. As opiniões emitidas nos textos assinados são de total responsabilidade dos autores. Esta publicação está indexada na *Ulrich's International Periodicals Directory* e na *Library of Congress* e no sistema *Qualis* da Capes.

Conselho Editorial

Ângela Borges, Ângela Franco, Ardemirio de Barros Silva, Asher Kiperstok, Carlota Gottschall, Carmen Fontes de Souza Teixeira, Cesar Vaz de Carvalho Junior, Edgard Porto, Edmundo Sá Barreto Figueirôa, Eduardo L. G. Rios-Neto, Eduardo Pereira Nunes, Elsa Sousa Kraychete, Inaiá Maria Moreira de Carvalho, José Geraldo dos Reis Santos, José Ribeiro Soares Guimarães, Laumar Neves de Souza, Lino Mosquera Navarro, Luiz Filgueiras, Luiz Mário Ribeiro Vieira, Moema José de Carvalho Augusto, Mônica de Moura Pires, Nádia Hage Fialho, Nadya Araújo Guimarães, Oswaldo Guerra, Renato Leone Miranda Léda, Rita Pimentel, Tereza Lúcia Muricy de Abreu, Vitor de Athayde Couto

Editoria-Geral

Elisabete Cristina Teixeira Barretto

Conselho Temático

Alberto Novaes Ramos Júnior, Carmen Fontes Teixeira, Eduardo Luiz Andrade Mota, Fabiana Kubiak, Fernando Martins Carvalho, Florence Romijn Tocantins, Maria da Conceição N. Costa, Maria Guadalupe Medina, Rita de Cássia Pereira Fernandes, Washington Luiz Abreu de Jesus, Zuinara Pereira Gusmão Maia

Coordenação Editorial

Ita de Cácia Aguiar Cunha (Suvisa/Sesab), Lucicleide Nery Nascimento (SEI), Rosana Aquino (ISC/UFBA), Zenaide Calazans Oliveira (DIS/Sesab)

Coordenação de Disseminação de Informações (Codin)

Augusto Cezar Pereira Orrico

Coordenação de Produção Editorial

Elisabete Cristina Teixeira Barretto

Editoria de Arte e de Estilo

Ludmila Nagamatsu

Revisão de Linguagem

Calixto Sabatini

Capa

Julio Vilela

Design Gráfico

Nando Cordeiro

Editoração

Rita de Cássia Assis

Coordenação de Biblioteca e Documentação (Cobi)

Eliana Marta Gomes da Silva Sousa

Normalização

Eliana Marta Gomes da Silva Sousa, Isabel Dino Almeida, Patrícia Fernanda Assis da Silva

Bahia Análise & Dados, v. 1 (1991-)
Salvador: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia, 2015.
v.26
n.2
Trimestral
ISSN 0103 8117

CDU 338 (813.8)

Impressão: EGBA
Tiragem: 1.800 exemplares

Av. Luiz Viana Filho, 4ª Av., nº 435, 2º andar – CAB
CEP: 41.745-002 – Salvador – Bahia
Tel.: (71) 3115-4822 / Fax: (71) 3116-1781
sei@sei.ba.gov.br www.sei.ba.gov.br



SUMÁRIO

Apresentação	281	Mortalidade por homicídio de jovens em Salvador (BA): tendências no período de 2005 a 2012 <i>Eliene dos Santos de Jesus</i> <i>Jessidenes Teixeira de Freitas M. Leal</i>	367
Entrevista Múltiplas Abordagens <i>Jairnilson Paim</i>	283		
Regionalização do Sistema Único de Saúde da Bahia <i>Joana Angélica Oliveira Molesini</i> <i>Hadson Namour Rocha de Mattos</i>	287	Avaliação da notificação de agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação <i>Iracema Viterbo Silva</i> <i>Delsuc Evangelista Filho</i> <i>Letícia Coelho da Costa Nobre</i>	375
Características das ações judiciais contra o estado que requerem medicamentos para diabetes na Bahia <i>Erick Soares Lisboa</i> <i>Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza</i>	309	Evolução da mortalidade por acidente de trânsito no estado da Bahia: 2000-2014 <i>Virgínia de Souza Aguiar</i> <i>Zenaide Calazans Oliveira</i> <i>Gabriella Moraes Duarte Miranda</i> <i>Suzana Costa Carvalho</i> <i>Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto</i> <i>Márcia de Paulo Costa Mazzei</i> <i>Renato Queiroz dos Santos Junior</i> <i>Luciana de Freitas Caribé</i>	395
Mortalidade materna na Bahia: principais causas de morte e tendência <i>Liane Santiago Andrade</i> <i>Gabriella Moraes Duarte Miranda</i>	321		
A humanização no processo de desinstitucionalização: análise da percepção dos usuários e ex-usuários de um hospital psiquiátrico <i>Lais Maciel Vasconcelos</i> <i>Kessya Cristine Cerqueira de Britto</i> <i>Kaio Vinicius Freitas de Andrade</i>	335	Acidentes de trânsito envolvendo motocicletas em um município do recôncavo baiano: perfil e distribuição espacial <i>Aline Pires Reis Machado</i> <i>Ardemirio de Barros Silva</i>	409
Perfil da mortalidade dos adolescentes no estado da Bahia no período de 2000 a 2014 <i>Luciana de Freitas Caribé</i> <i>Márcia de Paulo Costa Mazzei</i> <i>Zenaide Calazans Oliveira</i> <i>Gabriella Moraes Duarte Miranda</i> <i>Suzana Costa Carvalho</i> <i>Virginia de Souza Aguiar</i> <i>Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto</i>	347		



APRESENTAÇÃO

A Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), autarquia vinculada à Secretaria do Planejamento, lança, em parceria com a Secretaria da Saúde e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, a revista *Bahia Análise & Dados: Saúde na Bahia*. A publicação contou com a contribuição de pesquisadores, profissionais de saúde, estudiosos, gestores públicos e outros interessados.

Grandes desafios devem ser respondidos por políticas e serviços de saúde para controlar as doenças transmissíveis, reduzir os índices de mortalidade infantil e materna, desenvolver estratégias para prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações e lidar com a complexidade da violência, em suas múltiplas dimensões – apenas para citar as principais causas de adoecimento e morte da população. Estes problemas exigem políticas intersetoriais, sociais, regulatórias e de segurança pública para promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco e conformam uma agenda de prioridades complexa a ser atendida pelo estado.

Ultrapassando barreiras disciplinares, contendo nove artigos e uma entrevista, a presente publicação analisa as características das ações judiciais que requerem medicamentos para diabetes no estado, avalia a humanização no processo de desinstitucionalização na percepção dos usuários e ex-usuários de um hospital psiquiátrico e mapeia a regionalização do sistema único de saúde do estado. A revista também examina a notificação de agravos relacionados ao trabalho e investiga as principais causas de morte e tendências da mortalidade materna no estado. Dois artigos avaliam as lesões e os óbitos por violência e acidentes de trânsito, e outros dois traçam o perfil da mortalidade dos adolescentes da Bahia e dos homicídios de jovens em Salvador.

A coordenação editorial da revista agradece aos autores, ao conselho editorial, ao conselho temático e a todos que ajudaram a realizar este trabalho. Espera-se que a presente publicação colabore com os esforços de entendimento desta temática de grande importância.

Múltiplas Abordagens

ENTREVISTA COM JAIRNILSON PAIM



Um dos maiores estudiosos do Sistema Único de Saúde e uma das lideranças do movimento da reforma sanitária brasileira, Jairnilson Silva Paim concedeu entrevista à Bahia Análise & Dados, revista multitemática cujo principal objetivo é subsidiar o planejamento do estado com estudos oriundos de reconhecidos pesquisadores. Este volume traz a preciosa colaboração deste respeitável professor doutor, que leciona na Universidade Federal da Bahia (UFBA) desde 1974, sendo professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA desde 2000 e também pesquisador 1-B do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Paim tem experiência na área de saúde coletiva, atuando principalmente em política de saúde, planejamento em saúde, reforma sanitária brasileira e Sistema Único de Saúde. Fez graduação e mestrado em Medicina e doutorado em Saúde Pública na Universidade Federal da Bahia.

BA&D – *A conjuntura atual de crise social, política e econômica, especialmente, devido ao congelamento de gastos públicos e medidas de austeridade fiscal, pode afetar as condições de saúde da população brasileira? Quais os efeitos desse cenário sobre a atenção à saúde da população?*

Jairnilson Paim – Os efeitos podem aparecer nas condições de saúde da população no que diz respeito ao agravamento de doenças crônicas e às epidemias, bem como na saúde mental e em grupos vulneráveis, como idosos e crianças, no uso abusivo de álcool e outras drogas, suicídios, violências e homicídios etc. E os desfechos tendem a ser mais visíveis na atenção à saúde com aumento da demanda por serviços, o crescimento das filas e dificuldades no acesso, serviços de urgência e emergência superlotados, falta de material, inclusive medicamentos e vacinas, insuficiência de profissionais de saúde nos serviços públicos, estresse dos trabalhadores no SUS e no setor privado, expansão da judicialização da saúde etc. A literatura especializada já registra muitos desses problemas nos países europeus que foram obrigados a adotar as chamadas políticas de “austeridade”, a exemplo da Grécia, Portugal e Espanha. Desse modo, tenho defendido a elaboração de um programa de pesquisa para monitorar e avaliar

nos próximos anos o impacto das políticas de ajuste sobre o estado de saúde da população brasileira

O principal desafio é político. O subfinanciamento crônico do SUS vai se agravar com o congelamento dos gastos públicos nos próximos 20 anos, decorrente da vigência da EC 95, resultante da aprovação das PEC 241, na Câmara dos Deputados, e PEC 55, no Senado, em 13 de dezembro de 2016

e sobre o atendimento no SUS.

BA&D – *No momento atual, quais os principais desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)? Tendo em vista a crise internacional, como o senhor avalia a implementação de nosso sistema de saúde em comparação com outros sistemas universais no mundo?*

JP – O principal desafio é político. O subfinanciamento crônico do SUS vai se agravar com o congelamento dos gastos públicos nos próximos 20 anos, decorrente da vigência da EC 95, resultante da aprovação das PEC 241, na Câmara dos Deputados, e PEC 55, no Senado, em 13 de dezembro de 2016. A sub-regulação do setor privado, especialmente das operadoras de planos de saúde, tende a comprometer, ainda mais, a relação público-privado no sistema de saúde brasileiro, que, além de espúria e promíscua, privilegia as empresas privadas com subsídios e desonerações

em detrimento do SUS. São vias de aprofundar as desigualdades em saúde no Brasil e de subverter o direito à saúde assegurado pela Constituição de 1988 e pela legislação do SUS. E o desafio continua sendo político face às frágeis bases sociais e políticas que defendem o SUS no Brasil, diferentemente de outros sistemas universais, que têm nos trabalhadores, nos partidos políticos, nos sindicatos e na população em geral seus efetivos defensores. Nem a senhora Margaret Thatcher conseguiu, com seu ultraliberalismo ensandecido, extinguir o serviço nacional de saúde inglês (NHS), universal e público.

BA&D – *Com relação à situação de saúde da população baiana, que, de forma semelhante ao que vem ocorrendo no Brasil, congrega as consequências do envelhecimento populacional, o crescimento da violência e o aparecimento e recrudescimento de epidemias de doenças infectocontagiosas (dengue, chikungunya, zika e febre amarela), que aspectos o senhor destacaria sobre os efeitos deste quadro complexo na provisão de ações de saúde pública?*

JP – A situação da Bahia, como de outros estados do Nordeste, é muito mais grave do que nos estados do Sul e do Sudeste. Temos uma elevada proporção de pobres na nossa população e não dispomos da infraestrutura

suficiente e adequada para atender às necessidades de saúde e de serviços de saúde.

BA&D – *O senhor considera que esses problemas estão sendo priorizados pelas políticas públicas sociais e de saúde no estado da Bahia?*

JP – Não tenho pesquisado as políticas públicas sociais e de saúde no estado da Bahia (meu objeto de investigação tem sido o processo da reforma sanitária brasileira) e assim não me sinto confortável em responder, com base em evidências científicas, essa questão. Todavia, constato certo empenho dos governos no sentido de ampliar a infraestrutura hospitalar no estado.

BA&D – *Em relação à ampliação do acesso aos serviços de saúde e redução das iniquidades, o senhor considera que existem avanços no estado da Bahia?*

JP – A ampliação do acesso e a redução de iniquidades nos países que optaram por sistemas de saúde universais de caráter público se realizam, fundamentalmente, através de uma forte rede de atenção básica, resolutiva e de qualidade, com trabalhadores de saúde atuando em tempo integral e com dedicação exclusiva, o que possibilita um vínculo contínuo com a comunidade da área de abrangência da unidade de saúde do território. O recurso à vigilância da saúde, enquanto modo tecnológico de intervenção, permitiria atuar

integralmente sobre danos, riscos e determinantes socioambientais de saúde e, desse modo,

Constato certo empenho dos governos no sentido de ampliar a infraestrutura hospitalar no estado

com o uso do método e dos conhecimentos epidemiológicos, poderia visar à equidade, sem comprometer a igualdade. Essas alternativas, criadas na Bahia há cerca de 30 anos, continuam sem ser priorizadas.

BA&D – *Como o senhor vê o aumento da judicialização para garantia do acesso aos serviços e procedimentos de saúde? Existem reflexos desse fenômeno sobre as desigualdades de saúde?*

JP – O fenômeno da judicialização da saúde é complexo e requer mais investigações. No Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) (www.analisepoliticaemsaude.org), que coordeno, constitui um dos eixos de pesquisa. Há aspectos positivos, pois ativa a cidadania em defesa do direito à saúde, mas apresenta aspectos negativos quando se constata distorções decorrentes de interesses de indústrias farmacêuticas e de produtores de serviços e procedimentos, sem suficientes evidências científicas produzidas pelos centros de pesquisa e instâncias de avaliação tecnológica em saúde. Não surpreenderia o aprofundamento das desigualdades em saúde, já que o acesso à justiça não é igualitário.

BA&D – *O senhor considera que existem políticas e programas de saúde que podem ser destacados como iniciativas de sucesso no estado da Bahia?*

JP – Sim, ainda que mereçam maiores estudos, discussões e pesquisas. Poderiam ser citados o HGE2, alguns novos hospitais do interior, policlínicas e consórcios, investimentos em equipamentos e em construção ou ampliação de unidades. Os programas de residência médica e multiprofissional, a integração entre a Escola Técnica do SUS e a Escola de Saúde Pública, o desenvolvimento da Bahiafarma e o esforço para implantar um complexo produtivo em saúde no estado representam, também, iniciativas relevantes.

BA&D – *Quanto aos entraves, quais os principais problemas existentes?*

JP – A questão do financiamento insuficiente, os problemas da gestão do trabalho em saúde (sobretudo a ausência de mecanismos que assegurem o tempo integral e a dedicação exclusiva para a maioria dos profissionais e dos trabalhadores de saúde), a relação problemática com o setor privado, a interferência político-partidária nos cargos de direção e assessoramento, o predomínio do modelo médico hegemônico, em detrimento da promoção e da proteção da saúde (bem como da prevenção de doenças e agravos), são

entraves do SUS que certamente se reproduzem na Bahia.

BA&D – *Qual a sua opinião sobre o modelo de gestão em organização social e gestão por terceirização implantado pelo Governo do Estado da Bahia nos serviços de saúde pública?*

JP – A literatura disponível e as pesquisas em andamento no OAPS não indicam que este seja o melhor caminho para fortalecer o SUS.

BA&D – *Qual a opinião do senhor quanto às parcerias público-privadas na saúde e suas*

repercussões para a consolidação do SUS?

JP – Os países que optaram por esta via, antes de mais nada, fortaleceram o sistema público de saúde. Desse modo, criaram as condições técnicas e institucionais para implantar uma robusta regulação do setor privado, sob o domínio do interesse público, montar um sistema de informação que oferecesse as bases para a contratualização de serviços, fortalecendo o planejamento, a programação, o acompanhamento e a avaliação,

além de desenvolver uma *expertise* em economia da saúde. Este não tem sido o nosso caso. O SUS é refém do setor privado, e este interfere por diferentes meios, inclusive mediante o financiamento de campanhas eleitorais, na definição das políticas de saúde. Instâncias da gestão participativa, como conferências e conselhos de saúde, deliberativos e paritários, segundo a Lei 8142/90, não dispõem de poder político e administrativo para contrabalançar o poder real do setor privado.

Regionalização do Sistema Único de Saúde da Bahia

*Joana Angélica Oliveira Molesini**

*Hadson Namour Rocha de Mattos***

* Doutora em Enfermagem e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora da Universidade Católica do Salvador (UCSal) e coordenadora do Planejamento Regional Integrado da Assessoria de Planejamento e Gestão da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab).
jmolesini@hotmail.com

** Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e especialista em Planejamento, Orçamento e Gestão Financeira do SUS pela Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto Magalhães Neto (EESP). Superintendente da Atenção Básica de Lauro de Freitas (Bahia), consultor Opas da Assessoria de Planejamento e Gestão da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab).
hadsonnamour@hotmail.com

Resumo

A descentralização na conformação dos sistemas de saúde pode ser incorporada de diversas formas. O sistema de saúde público brasileiro tem um conjunto de leis e normas que induzem a descentralização do governo central para as esferas subnacionais. Com o objetivo de descrever a evolução da descentralização da setorial saúde do estado da Bahia, com foco na estrutura atual, este trabalho faz uma revisão desde a criação da primeira secretaria estadual de saúde até a última reforma administrativa. Conclui-se que a descentralização na saúde teve uma característica predominante de desconcentração, apesar de alguns períodos de aproximação com a perspectiva de devolução.

Palavras-chave: Descentralização. Regionalização. Política de saúde. Planejamento em saúde.

Abstract

Decentralization in the shaping of health systems can be implemented in a number of ways. The Brazilian public health system has a set of laws and norms that induce decentralization from the central government to the subnational spheres. With the objective of describing the evolution of the decentralization of the health sector of the state of Bahia focusing on the current structure, a review of the decentralization in the state has been made since the creation of the first state health secretariat to date. It was concluded that decentralization in the health sector had a predominant characteristic of deconcentration, despite some periods that approached the perspective of devolution.

Keywords: Decentralization. Regionalization. Health policy. Planning in health.

INTRODUÇÃO

A descentralização está presente na agenda das reformas de sistemas de saúde em vários países e no Brasil principalmente a partir dos anos 1970. Entretanto, ela foi incorporada por diversos tipos de ideários, com distintos graus e formas (SILVA; MENDES, 2004; SOUZA; VIANA, 2014; DUARTE et al., 2015). Rondinelli e outros (1983 apud SILVA; MENDES, 2004) referem quatro formas de descentralização: desconcentração, devolução, delegação e privatização.

Para este artigo, serão adotados apenas os conceitos de desconcentração e de devolução, por trazerem no seu conteúdo as perspectivas da regionalização identificadas na divisão territorial para a saúde no estado da Bahia.

A desconcentração é entendida como o deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório (SOUZA; VIANA, 2014; SILVA; MENDES, 2004). A devolução consiste na transferência de poder decisório de uma esfera de governo para outra de âmbito subnacional, que adquire, assim, autonomia política e administrativa (SILVA; MENDES, 2004). A descentralização na forma de desconcentração, com a denominação de regionalização e hierarquização, orientou várias experiências de reordenamento do sistema de saúde brasileiro, mesmo antes da Constituição federal de 1988 (MOLESINI, 2011).

Para Costa (2010), a descentralização deve estar presente como estratégia de reforma democrática e precisa considerar duas dimensões: a intergovernamental, que se aproxima da forma de devolução, e a administrativa, relacionada com a desconcentração. Considerando esta perspectiva, a Constituição “cidadã” de 1988 traz no seu conteúdo muitos pontos do debate sobre a reforma sanitária brasileira, o que tem coerência com o momento de redemocratização do país. Deste modo, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) teve como

uma das diretrizes a descentralização para suporte de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988). A partir daí, este tema assumiu papel estratégico na política nacional de saúde.

Para implantação do SUS, os preceitos constitucionais foram acrescidos das leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), seguidas por normas operacionais básicas (01/91, 01/93 e 01/96), que, até o final da década de 1990, compuseram um conjunto de regras indutoras da descentralização das esferas federal, em especial, e estadual para a esfera municipal. Essa normatização teve a adesão da maioria dos municípios brasileiros (SILVA; MENDES, 2004; SOUZA; VIANA, 2014; DUARTE et al., 2015; SANTOS; CAMPOS, 2015). Contudo, os autores citados acima apontam problemas nos resultados, como fragmentação da atenção à saúde, perda de escala e ineficiência, gerando mais dificuldade no acesso da população aos serviços de saúde.

Esse processo passou a ser denominado de “municipalização da saúde”. Para Mendes (2001), ao executarem ações e serviços de saúde isoladamente, os municípios foram remetidos aos problemas da municipalização autárquica e se mantiveram fortemente dependentes das transferências federais. O mesmo autor sugere que a descentralização siga a diretriz da regionalização solidária e cooperativa, defendida por ele como modelo mais adequado, na medida em que propõe a institucionalização de sistemas regionais de saúde.

Embora a regionalização e a hierarquização sejam um princípio organizativo do SUS, apenas no ano 2000 uma nova regra apostou na regionalização como estratégia para superar os problemas da municipalização autárquica, dar mais racionalidade no uso dos recursos e garantir acesso da população.

Inicialmente foi proposta a norma operacional da assistência à saúde (NOAS-SUS-01/2001), logo depois substituída pela NOAS-SUS-01/2002 (BRASIL, 2002). Estas normas propõem uma nova compreensão para a relação entre descentralização e regionalização. Elas foram complementadas pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) e, mais recentemente,

pelo Decreto Presidencial nº 7.508 (BRASIL, 2011b), seguindo uma construção normativa do processo de regionalização. Por outro lado, estes documentos reforçam a necessidade de maior explicitação do papel das três esferas de governo.

A NOAS 01/2002 instituiu o plano diretor de regionalização (PDR), indicando que cada estado dividiu seu território em micro e macrorregiões de saúde, podendo não superpor a divisão administrativa existente. Por outro lado, o processo de regionalização deveria contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde. Outros dois instrumentos de apoio ao planejamento indicados foram o plano diretor de investimentos (PDI), demonstrando os recursos financeiros necessários para a organização da atenção à saúde regional, e a confirmação da programação pactuada integrada (PPI) já existente, como forma de garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2002).

Em 2016, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) confirmou todos os mecanismos de planejamento regional da NOAS 01/2002, mas reforçou a organização de sistemas regionais de saúde, centrando as orientações na relação entre os gestores para cooperação e compartilhamento de responsabilidades. O pacto indicou também a necessidade de organização de redes de atenção regionalizada, constituídas por colegiados gestores regionais (CGR) que, através de pactuações, assumiriam a responsabilidade sanitária na atenção à saúde no seu município e na região.

A regionalização em curso agregou mais elementos com a publicação do Decreto Presidencial nº. 7.508/11 (BRASIL, 2011b) e da Lei nº 12.466 (BRASIL, 2011a), fortalecendo a ideia da regionalização como estratégia principal para implementar

o princípio da descentralização no país. O decreto define como região de saúde:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011b, art. 2º).

O que há de novo no processo de planejamento regional é a ênfase no cumprimento das responsabilidades, a disponibilização de recursos pelos três entes federativos e a construção de redes interfederativas

Ao considerar as regiões de saúde como espaços privilegiados para garantia da integralidade na atenção à saúde da população, o decreto trouxe também a perspectiva de fortalecer a governança dessas regiões através de um processo de planejamento regional integrado (PRI) funcionando como indutor de políticas. Dessa forma, confirmou-se que no SUS deve se dar em um processo ascendente e integrado. Por outro lado, isso reforçou a criação de colegiados nas relações interfederativas, somados aos colegiados de gestores existentes desde 1993 (comissões intergestores tripartite e bipartite), formando as comissões intergestores regionais (CIR).

Deste modo, a governança do espaço regional deve ser conduzida pelas CIR, sustentadas por um planejamento integrado. Entretanto, as gestões municipais também precisam ser fortalecidas através da articulação interfederativa forte e solidária. O que há de novo no processo de planejamento regional é a ênfase no cumprimento das responsabilidades, a disponibilização de recursos pelos três entes federativos e a construção de redes interfederativas.

Novos mecanismos e instrumentos de coordenação e cooperação interfederativa foram implementados, como o contrato organizativo da ação pública (COAP), preconizado pelo Decreto nº. 7.508/11, impondo a necessidade de o planejamento (e o orçamento) regional explicitar a participação dos três entes federativos (município, estado e união). Outro instrumento são os consórcios

interfederativos, definidos na Lei 11.107/2005 (BRASIL, 2005) e no Decreto de Regulamentação nº 6.017/2007 (BRASIL, 2007), permitindo a união de entes federativos para gestão e execução de serviços de forma compartilhada.

Tomando-se como objeto a estrutura do governo estadual que responde pelas ações e serviços de saúde, uma das primeiras do período republicano brasileiro (daqui a oito anos completará um século), justificam-se estudos que descrevam sua conformação com o passar dos anos.

Este artigo relata como se moldou a Secretaria estadual da Saúde, identificando sua estrutura administrativa, a descentralização e as relações de poder no seu interior, desde sua criação, em 1925.

Foram usadas como suporte teórico basilar as categorias de poder de Testa (1992). Este autor, ao compreender os problemas de saúde como socialmente determinados, defende que, para provocar mudanças, interessa particularmente o comportamento dos atores sociais, com ênfase nas suas relações de poder. Também considera dois aspectos do poder: o cotidiano ou societal, que se articula ao longo dos espaços sociais, e o que está relacionado ao tipo de atividade. No segundo aspecto estão definidos o poder político (capacidade de mobilização de vontades de grupos sociais para defender seus interesses); poder técnico (capacidade de lidar com informações, o que se revela no saber como fazer); e poder administrativo (capacidade de manejar recursos para dispor de meios materiais para realização das ações desejadas).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa histórica para descrever como se conformou a setorial da saúde no estado da Bahia desde 1925 até os dias atuais (2017). As fontes de informação foram documentos

textuais que se constituíram no *corpus* documental do estudo (BARROS, 2007; BAUER; AARTS, 2007).

A coleta foi direcionada para documentos administrativos (planos, relatórios, portarias, leis, regimentos); artigos discorrendo sobre a estrutura da secretaria estadual publicados em revistas editadas no estado da Bahia; e estudos ou avaliações sobre o objeto do estudo (dissertações, teses). Aparecem nas referências apenas as fontes citadas. Todavia, outras fontes foram consultadas, constituindo-se em um inventário exaustivo do *corpus* documental para aprimorar a intensidade em buscar e/ou valorizar indícios sobre o objeto pesquisado.

Para a seleção dos documentos, cumpriu-se uma primeira etapa, recomendada por Bauer e Aarts (2007), de modo a selecionar, analisar e selecionar de novo. No delineamento do *corpus*, considerou-se a relevância, ou seja, o foco temático no objeto de estudo; a homogeneidade, a substância material dos dados, ou seja, apenas documentos textuais ou apenas imagens; e, por fim, a sincronicidade, que se refere ao intervalo de tempo ou se não houve mudanças significativas que se refletissem nos conteúdos.

Para a interpretação dos documentos textuais, utilizou-se como aporte as exigências da historiografia de analisar três dimensões (BARROS, 2008): o intratexto, buscando coerência interna do discurso (com o aporte da análise de discurso recomendada por Bardin (2009)); o intertexto, relacionando o texto com outros textos; e o contexto, relacionando a realidade que o produziu (considerando os contextos definidos no estudo).

Este artigo relata como se moldou a Secretaria estadual da Saúde, identificando sua estrutura administrativa, a descentralização e as relações de poder no seu interior, desde sua criação, em 1925

EVOLUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO NA ESTRUTURA DA SETORIAL SAÚDE NA BAHIA

Com a proclamação da República, em 15 de novembro de 1889, a Bahia deixou de ser província

unitária e passou a ser um dos estados federativos (BATALHA, 2008). Em 24 de fevereiro de 1891, foi promulgada a primeira Constituição republicana do país (MORAES, 2003), e, em julho do mesmo ano, a Constituição da Bahia. Começaram então a se delinear as estruturas burocráticas republicanas do Estado brasileiro (TAVARES, 2001).

Em 1892, no governo do médico Joaquim Manuel Rodrigues Lima, que, segundo Batalha (2008, p. 25), “[...] organizou e montou a máquina administrativa [...]”, com o primeiro registro de um secretariado responsável pelas pastas da Fazenda, Interior, Viação e Polícia, iniciou-se na Bahia uma estrutura de gestão para compor o governo estadual.

Com um quadro de precárias condições de saúde (SANTOS, 1998), foi criada a Inspeção de Higiene, o Conselho Geral de Saúde Pública e o Instituto Vacínico, com a Lei nº 30, de 29 de agosto de 1892, subordinados ao chefe do Poder Executivo. Em 1895, pela Lei nº 115, de 16 de agosto, a inspeção passou a ser vinculada à Secretaria do Interior e Justiça. As ações de saúde eram restritas, concentradas na capital e no seu entorno, apenas com medidas coletivas para responder ao controle de epidemias e de saneamento dos espaços públicos (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973; NERY, 1982; BATALHA, 2008; TAVARES, 2001; BAHIA, 1996b). Vale destacar a presença do governo estadual no repasse de recursos financeiros para instituições filantrópicas ou associações privadas para a assistência à saúde (BATALHA, 2006; BAHIA, 1996b), provavelmente pela ênfase dada à formação médica no estado, direcionada para a medicina clínica e o ensino retórico (SANTOS, 1998).

As informações sobre saúde na estrutura da administração do governo da Bahia, até o ano de 1925, estão detalhadas no relatório do setor saúde de 1926, apresentado por Antônio Luis Cavalcanti Albuquerque de Barros Barreto, gestor da época,

descrevendo (BAHIA, 1927, p. 2) que as ações de saúde eram executadas pela “[...] repartição de Saúde Pública [...]”, sem funções definidas, destacando que “[...] cada funcionário agia por conta própria [...]”, estando sua sede “[...] em commodos emprestados de uma outra repartição [...]”. Para o cargo de gestor, segundo Santos (1998), não havia exigência de formação acadêmica ou experiência profissional.

Essa situação foi modificada no governo de Góes Calmon (28/3/1924 a 28/3/1928), através da Lei nº 1.811, de 29 de junho de 1925, sendo criada a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia (Figura 1).

Constava na lei de criação a exigência de que a direção do órgão fosse ocupada por um médico especializado em higiene, o que denota a coerência

As ações de saúde eram restritas, concentradas na capital e no seu entorno, apenas com medidas coletivas para responder ao controle de epidemias e de saneamento dos espaços públicos

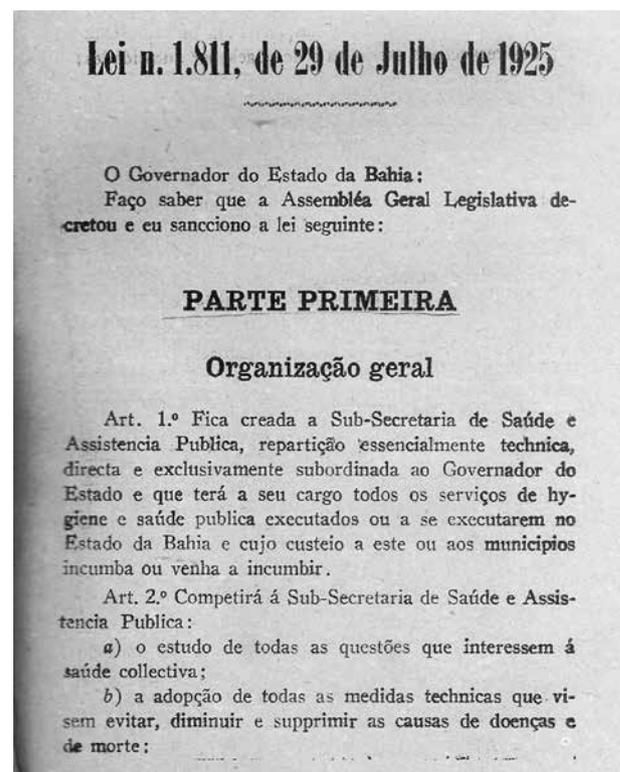


Figura 1
Lei que criou a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública

Fonte: Molesini (2011).

com o movimento higienista (SANTOS, 1985). O indicado para este cargo foi o dirigente do Serviço de Profilaxia Rural Federal, Antônio Luis Cavalcanti Albuquerque de Barros Barreto, que passou a acumular os dois cargos, sugerindo um papel indutor do órgão nacional para a organização da saúde pública no estado.

A atuação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia foi detalhada no primeiro código sanitário estadual do período republicano, criado pelo Decreto nº 4.144, de 20 de novembro de 1925.

O estado da Bahia é o quinto em território (564.732 km²), indicando a necessidade de uma desconcentração espacial e interiorização dos serviços. Guimarães (1983, p. 83) identifica na Lei nº 1.811/1925 a primeira subdivisão do território

estadual com característica de descentralização e regionalização das ações de saúde. Ele aponta que “[...] no artigo 51, criou quatro subdiretorias sanitárias: uma no Norte, uma no Sul e duas no Centro visando facilitar a administração central [...]”. Essa divisão é coerente com a diretriz nacional de interiorização dos serviços de saúde para todo o país.

Também em 1925 foi executada uma reforma para adaptação do Palácio da Victória (Figura 2), a fim de que o prédio abrigasse a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública. O local permaneceu como sede do órgão que administrou o setor de saúde estadual até a inauguração do Centro Administrativo da Bahia, em 1975.

Assim, a saúde foi ganhando espaço tanto físico como no desenvolvimento de ações de saúde

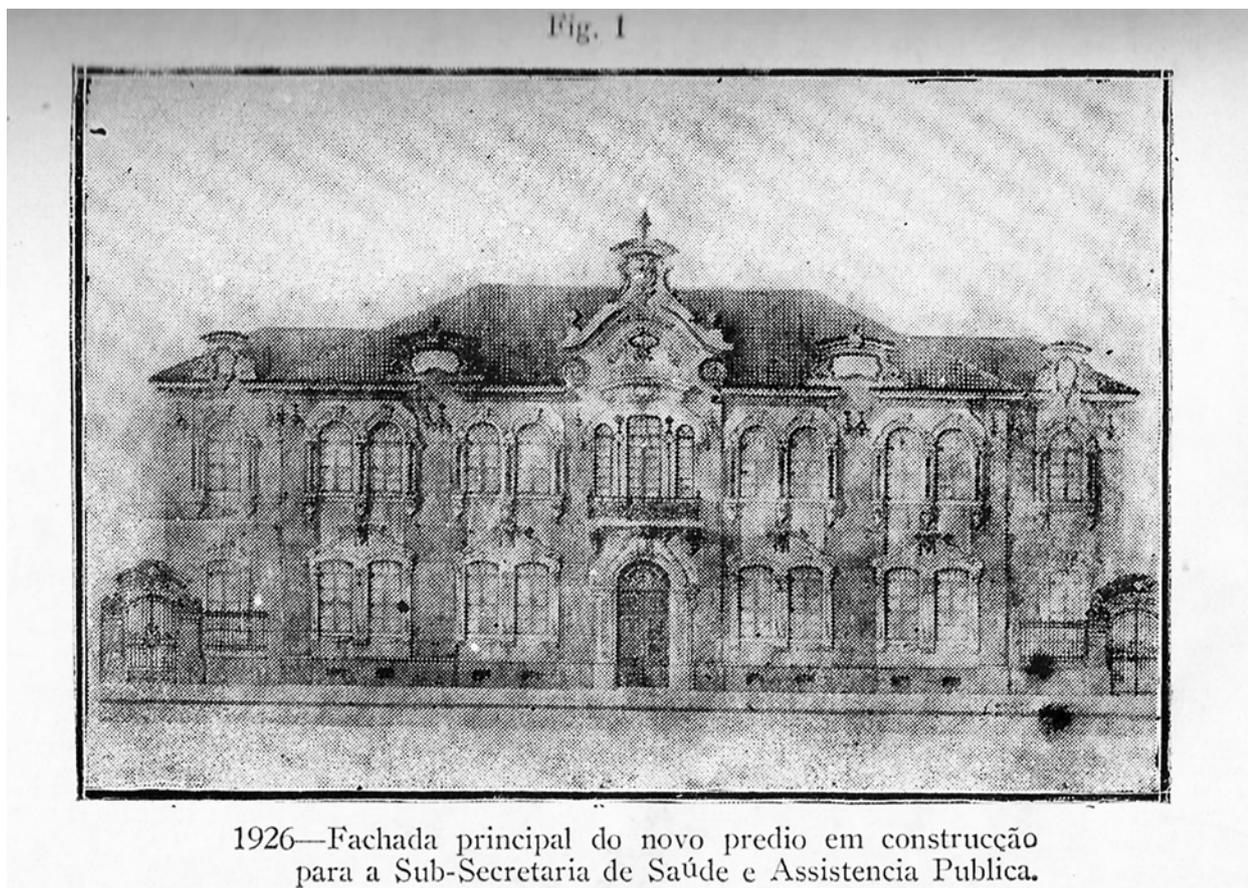


Figura 2
Fachada principal do prédio. Bahia (1927).

Fonte: Molesini (2011).

pública, sob o auspício do governo federal, que, no bojo das ideias de integração das áreas mais carentes do país ao desenvolvimento nacional, intensificou a intervenção na Bahia (SANTOS, 1985, 1998). Em 21 de julho de 1927, a Lei nº 1993 criou a Secretaria de Saúde e Assistência Pública, em substituição à subsecretaria existente, o que, segundo Santos (1998), foi uma iniciativa pioneira no país. Mas o mesmo autor ressalta tratar-se de um arranjo institucional idealizado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, testado na Bahia para posterior difusão para os outros estados.

O ementário elaborado por Bulcão, Oliveira e Nery (1984) identifica decretos, principalmente no governo de Juracy Montenegro Magalhães (19/9/1931 a 24/4/1937), detentor de dois mandatos seguidos, com modificações no setor saúde mais consistentes na organização administrativa estadual, culminando com a criação da Secretaria de Estado da Educação, Saúde e Assistência Pública, em 1935. Faziam parte da composição da secretaria os departamentos de Saúde Pública e de Educação e o Serviço Médico Social, indicando nova ordenação da gestão da saúde pública. Entretanto, as ações continuaram concentradas na capital do estado (BULCÃO; OLIVEIRA; NERY, 1984; ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973; TAVARES, 2001; BATALHA, 2008). Em 22 de abril de 1935, foi promulgada a nova Constituição estadual, segunda do período republicano.

Na prática, as modificações induzidas pelo governo federal na Bahia (SANTOS, 1998; HOCHMAN, 2005) não representaram ganho para a gestão da saúde no estado, servindo apenas para confirmar o forte poder de mando do governo federal.

A ampliação de serviços de saúde para o interior ocorreu no governo de Landolfo Alves de Almeida (28/3/1938 a 24/11/1942). Para tanto, foi reorganizada a pasta da Saúde, que passou a ser denominada Secretaria de Educação e Saúde, sendo criada, na sua estrutura, o Serviço de Saúde e Assistência

Pública do Interior. A partir daí, foram abertos postos de saúde em vários municípios (BULCÃO; OLIVEIRA; NERY, 1984; BATALHA, 2008).

Em 21 de julho de 1927, a Lei nº 1993 criou a Secretaria de Saúde e Assistência Pública, em substituição à subsecretaria existente

Acompanhando a ampliação da rede de assistência para o interior do estado, em 1942, por meio da Portaria nº 730, foram criadas dez regiões sanitárias no interior. Guimarães (1983, p.85), ao

explicar como era operacionalizada a descentralização até este período, e mesmo em governos seguintes, escreve: “[...] o que se procurava com estas reformas administrativas era tão somente a desconcentração das atividades técnicas”.

Santos (1998) afirma que o estado da Bahia foi utilizado como local de teste do governo federal para modelar uma estrutura para as pastas da Saúde nos estados. Alguns pontos tornam visível essa intervenção, a começar pela similaridade dos nomes dos órgãos após reformas administrativas. No âmbito federal, em 1930, criou-se o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), e, na Bahia, a Secretaria de Estado da Educação, Saúde e Assistência Pública, em 1935. Com uma modificação em 1937, o ministério passou a ser denominado de Ministério de Educação e Saúde (MES), e, na Bahia, logo em seguida, em julho de 1938, o órgão estadual passou a se chamar Secretaria de Educação e Saúde. Isso não parece apenas coincidência, até porque era um servidor federal que estava no comando do órgão estadual (BULCÃO; OLIVEIRA; NERY, 1984; HOCHMAN, 2005).

Dessa forma, a Bahia acompanhou o Brasil na conformação de um modelo de assistência à saúde, centralizado e fragmentado, organizado em serviços e programas especializados por enfermidades e implantado nos estados e municípios através de ações verticais (HOCHMAN, 2005).

Para superar as dificuldades na assistência à saúde, o governo de Octávio Mangabeira (10/4/1947 a 7/4/1951) promoveu a expansão da rede de postos de saúde, além de ampliar o leque das atividades

de saúde no interior, o que demandou instâncias regionais para acompanhar seu funcionamento. Fez-se uma modificação na divisão do espaço territorial para o setor saúde, através do Decreto nº 134, de 17 de dezembro de 1948, que criou oito distritos sanitários (BULCÃO; OLIVEIRA; NERY, 1984; ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973, BAHIA, 1996b; BATALHA, 2008).

Batalha (2008) cita que, no governo de Luiz Régis Pereira Pacheco (7/4/1951 a 7/4/1955), houve a construção de 18 postos de saúde em vários municípios, o que se intensificou no início da década de 1960. Também nesta gestão foram separados os setores da saúde e da educação, criando-se a Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social (Decreto nº 14.864, de 1951). No governo de Antônio Balbino de Carvalho Filho (7/4/1955 a 7/4/1959), não houve ampliação da rede de serviços para o interior, mas foram criados 12 municípios no estado (BAHIA, 1996b).

Um aspecto a ser considerado é que, ainda no governo de Antônio Balbino, foram desenvolvidos estudos para subsidiar as decisões do Executivo estadual, dando origem ao planejamento em saúde no estado. Kalil (1983), ao localizar os primórdios da assunção desta prática pelo governo estadual, identifica este início associado aos estudos do economista Rômulo Almeida.

No governo de Juracy Montenegro Magalhães (7/4/1959 a 7/4/1963) foi elaborado o Plano de Desenvolvimento da Bahia (Plandeb). Este plano inseriu a saúde como parte integrante do planejamento global no estado, definindo ações para saneamento, criação de hospitais regionais e para suprir a ausência de médicos no interior (TAVARES, 2001; KALIL, 1983). Outro aspecto que chama a atenção nesta gestão é a intensidade com que se ampliou a divisão do território estadual, com a criação de 130 municípios (BAHIA, 1996b).

Em relação ao setor da saúde, o planejamento global do governo indicou um deslocamento de

ações para o interior do estado, configurando uma desconcentração destes serviços. Entretanto, a forte presença federal na execução de ações, na produção de orientações técnicas e no financiamento não facilitou uma descentralização no estado com perspectiva de devolução (SILVA; MENDES, 2004) nem para estruturas regionais do governo estadual, nem para os municípios.

Para Noronha e Levcovitz (1994, p. 77), “[...] os estados passam a funcionar como agentes meramente complementares do poder central, sem nenhuma capacidade de iniciativa”.

Em 1963, elegeu-se como governador Antônio Lomanto Júnior (7/4/1963 a 7/4/1967), que fez uma reforma administrativa do estado da Bahia, através da Lei nº 2.321, de 11 de abril de 1966. A Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social foi dividida em duas, sendo que uma foi denominada de Secretaria da Saúde Pública (Sesap), e a outra recebeu o nome de Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social (Setrabes), voltada para a assistência social. Outra modificação foi a definição de um sistema de administração regionalizada, com o estabelecimento de 21 regiões administrativas, cada uma com uma sede regional denominada centro executivo regional (GUIMARÃES, 1983, ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973). Sobre a regionalização, Guimarães (1983) destaca alguns pontos com referência ao setor saúde.

O primeiro diz respeito aos atos administrativos editados, dividindo o território estadual em nove regiões de saúde (Decreto nº. 19.151, de 2 de abril de 1964), e à regulamentação das funções das suas chefias, através da Portaria nº. 96, de 19 de março de 1965. A autora cita que os decretos apontam iniciativas para ordenar a regionalização da saúde na Bahia, já que os órgãos descentralizados, até então, seguiam orientação de várias divisões técnicas, todas com funções normativas e executivas, duplicando suas atividades. Assim, ao definir

No governo de Antônio Balbino, foram desenvolvidos estudos para subsidiar as decisões do Executivo estadual, dando origem ao planejamento em saúde no estado

funções de acompanhamento da execução das ações de saúde por instâncias regionais, a saúde tornou-se precursora da descentralização executiva no estado da Bahia (GUIMARÃES, 1983; ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973).

O segundo ponto é que a reforma administrativa do estado da Bahia, de 1966, definiu a criação dos centros executivos regionais de saúde, que, inicialmente, deveriam acompanhar a nova divisão territorial da administração geral, mas, por dificuldades operacionais, foram implantados como centros macrorregionais. Estes, apesar de gerar expectativas quanto à regionalização com autonomia das instâncias regionais, não significaram um movimento de descentralização. Guimarães (1983, p. 86), ao examinar o regimento da nova estrutura da secretaria estadual da Saúde, concluiu que há indicação de uma desconcentração das atividades técnicas e que “[...] os centros não passariam de órgãos executores de ações repassadas pelo nível central”.

No governo de Luiz Viana Filho (7/4/1967 a 15/3/1971), a Lei nº 2.904, de 15 de fevereiro de 1971, definiu o novo código sanitário, que recomendava a descentralização das ações de saúde através dos centros executivos (KALIL, 1983; GUIMARÃES, 1983). Entretanto, não foram identificadas modificações na estrutura administrativa nem no processo de trabalho da Sesap que alterassem a regionalização da saúde no estado.

Uma nova mudança aconteceu no primeiro governo de Antonio Carlos Peixoto de Magalhães (1971 a 1975). Em maio de 1973, através da Lei nº 3.104, foi alterada a estrutura da Sesap, que passou a ser denominada de Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), comportando, além das regionais de saúde, a Fundação de Saúde do Estado da Bahia (Fuseb), resultante da junção das três fundações existentes (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973; NERY, 1982).

A regionalização do estado também foi revisada, resultando no estabelecimento de 17 regiões

administrativas (BAHIA, 1973), nas quais se implantaram as diretorias regionais de saúde (Dires). Estas, além de serem da estrutura da Sesab, também estavam subordinadas à FUSEB. As áreas de abrangência das Dires passaram por sucessivas modificações, resultando, em março de 1987, em 29 regiões de saúde (BAHIA, 1999).

Destaca-se que a descentralização não passava de uma regionalização administrativa, sem irradiar o poder político entre as esferas de governo. Tratava-se de subdividir o território para facilitar a administração do conjunto da rede de serviços estaduais (GUIMARÃES, 1983).

A partir de 1976, o Ministério da Saúde (MS) indicou para todo o país a implantação dos programas de extensão de cobertura de ações básicas (PEC), direcionados para a população das zonas rurais. Neste período, a Bahia era governada pelo médico Roberto Figueira Santos (15/3/1975 a 15/3/1979), que aderiu ao programa em 1977 (SADER, 1983). As fontes consultadas (TEIXEIRA, 1982; KALIL, 1983; GUIMARÃES, 1983; COSTA, 1983; SADER, 1983) são unânimes em registrar que, no contexto da implementação dos PECs, operou-se uma reorganização da estrutura administrativa da Sesab, em especial no nível central, com algum reflexo nas Dires.

O processo de trabalho dessas instâncias regionais, que funcionavam como repassadoras das normas às unidades de assistência ou executoras de ações de alguns programas, era incompatível com a lógica de organização exigida pelos PECs, que, ao incorporar os princípios da medicina comunitária, passaram a fazer o planejamento descentralizado, mudando a perspectiva da regionalização e permitindo mais autonomia dessas instâncias (GUIMARÃES, 1983).

Na implantação dos PECs, principalmente entre os anos de 1976 e 1979, houve modificações na setorial da saúde da Bahia, como indicado por Costa (1983, p. 30), ao escrever que “[...] com a

implantação dos PECs surgiu espaço para que os grupos técnicos começassem a discutir crítica e reflexivamente sobre a estrutura e dinâmica do trabalho na Sesab”. Guimaraes (1983) e Sader (1983) registram a elaboração de projetos e programações com participação das Dires, ensaiando-se uma autonomia das estruturas regionais; a incorporação de uma visão crítica, negando a neutralidade do planejamento; e a formação de novos sujeitos orgânicos ao projeto de modernização da burocracia estatal.

Entretanto, essa nova forma de planejar e operar a descentralização para as Dires teve uma duração fugaz. O curto espaço de tempo não permitiu a criação de uma tecnoburocracia capaz de modificar práticas centralizadoras consolidadas no processo histórico de conformação da estrutura do setor saúde do governo estadual.

Ao assumir o governo do estado pela segunda vez (15/3/1979 a 15/3/1983), Antonio Carlos Peixoto Magalhães tomou decisões administrativas que impuseram um retrocesso às modificações operadas na estrutura da Sesab e nas práticas de planejamento e regionalização. Ele promoveu um redirecionamento no nível central da Sesab, resgatando a preponderância dos programas verticais do MS (TEIXEIRA, 1982; KALIL, 1983; COSTA, 1983; GUIMARÃES, 1983; SADER, 1983).

A reforma na estrutura da Sesab, através da Lei nº 3.982, de 1981, colocou o órgão como coordenador da articulação interna do subsetor público e das relações com o setor privado. Extinguiu-se a Fuseb e se criou o Instituto de Saúde do Estado da Bahia (ISEB). Com este ato, não houve mudança significativa no processo administrativo, mantendo-se a diferenciação entre funções normativas, assumidas pela Sesab, e executivas, pelo ISEB. Com a reforma, a assunção da prática de planejamento na Sesab resultou no aumento de planos e projetos elaborados no nível central, com a participação das

instâncias regionais apenas no repasse de informações (KALIL, 1983; SADER, 1983).

**A reforma na estrutura da
Sesab, através da Lei no 3.982,
de 1981, colocou o órgão como
coordenador da articulação interna
do subsetor público e das relações
com o setor privado**

No início dos anos 1980, o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) aprovou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, tendo como uma das iniciativas a criação das ações integradas de saúde (AIS). Com isso, foi dado um passo na integração da rede ambulatorial estatal das três esferas de governo e surgiram dois atores importantes – o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) – na discussão da agenda da saúde do Brasil em um momento de redemocratização (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

O governador João Durval Carneiro (15/3/1983 a 15/3/1987) assumiu o governo da Bahia em 1983, mas só a partir de março de 1985, impulsionado pela mudança de governo no âmbito nacional, aderiu à implantação das AIS no estado (TEIXEIRA et al., 1989). No início, as ações abrangiam a Região Metropolitana de Salvador, sendo posteriormente ampliadas para outros municípios do estado (TEIXEIRA et al., 1989).

Embora as AIS criassem possibilidades de decisões colegiadas entre as três esferas de governo, através de comissões locais, regionais e estaduais, na Bahia, não modificaram a centralização das decisões nos governos federal e estadual (FLORES, 1991). Vale ressaltar que, no contexto das AIS, houve uma descentralização significava no repasse de recursos financeiros para o custeio da prestação de serviços nas unidades de saúde. A adesão limitada dos municípios às AIS (19,45%) na Bahia foi um dos impedimentos para viabilizar um sistema de planejamento integrado entre as esferas públicas (TEIXEIRA et al., 1989).

As novas situações impostas na operação das AIS foram o início de um processo para a adaptabilidade

institucional da Sesab ante a possibilidade de atuar como coordenadora do sistema estadual de saúde. Uma dessas situações foi o aprendizado com as negociações na Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS/BA) e a prática política pedagógica que se estabeleceu para elaboração da programação e orçamentação integrada (POI). Estas oportunidades permitiram uma aproximação com o exercício de poder técnico, administrativo e político pelos técnicos da saúde (TESTA, 1992), mesmo que isso ocorresse concentradamente no âmbito central da Sesab e com pouco alcance nas Dires (FLORES, 1991).

Em 1987, teve início o governo de Waldir Pires (1987-1988), seguido por Nilo Coelho (1989-1990). O ideário da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi colocado no projeto da Sesab ao se declarar seu propósito fundamental de democratizar a saúde, o que implicava ações de descentralização que, segundo Paim (2002, p.407), “[...] seguiram três vias: a distritalização, a municipalização e a implantação de unidades gestoras”.

A implantação de distritos sanitários (DS), similares aos sistemas locais de saúde (Silos), foi uma proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), que preconizava a autonomia de territórios, que poderiam ser de um ou de vários municípios, com forte característica de devolução (SILVA; MENDES, 2004). Apesar de estar contida no plano de 100 dias e de ter sido posteriormente aprimorada no Plano Estadual de Saúde (PES 1989/1992), a proposta teve um avanço no início da gestão, mas não se consolidou ao deparar com a escassez de recursos e a morosidade da reforma administrativa da Sesab, que, ao ser publicada, não incorporava os DS na sua estrutura. Por outro lado, existia um plano para a distritalização na saúde da Bahia, que começou por Salvador e avançou muito pouco para o interior do estado (FLORES, 1991; PAIM, 2002;

MOLESINI, 2011). Atualmente, a capital e poucos municípios têm a divisão administrativa em distritos sanitários, mas esta via não induziu uma nova divisão do território baiano.

A municipalização, como outra via da descentralização, foi operada através do convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que, embora tivesse o foco na estadualização, previa a adesão dos municípios na perspectiva de avançar a descentralização para esta esfera

A opção de nova forma de descentralização exigia mudanças profundas no processo de trabalho das 27 Dires existentes na época. Estas instâncias deveriam dar ênfase na capacitação gerencial das secretarias municipais da saúde, recorrendo aos princípios do planejamento estraté-

gico situacional. Este método permitiria absorver as demandas e subsidiar a tomada de decisão para a construção de um processo de planejamento ascendente, operacionalizado desde os municípios e as regiões até o nível central (FLORES, 1991). As Dires passaram a ser unidades gestoras, podendo administrar recursos financeiros, o que permitiu agilidade no provimento de insumos e obras de recuperação. Por outro lado, ao se propiciar uma relativa autonomia, se estabelecia uma consonância com o planejamento ascendente e participativo necessário à proposta em curso (PAIM, 2002). Entretanto, pela forma como se deu a indicação para os cargos de diretor e equipe, pela restrição de recursos financeiros e pela centralização promovida pela reforma administrativa, não foi possível modificar a atuação como instância de desconcentração dessas diretorias (MOLESINI, 2011).

A municipalização, como outra via da descentralização, foi operada através do convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que, embora tivesse o foco na estadualização, previa a adesão dos municípios na perspectiva de avançar a descentralização para esta esfera. Para cuidar da adesão dos municípios foi criado um grupo de trabalho referido por Flores (1991) como “grupo de municipalização da Sesab” (destaque do autor). Este tinha a finalidade de estabelecer estratégias para o incremento do processo de municipalização

e apoiar os municípios para cumprir os critérios que permitiam o ingresso no processo de adesão ao SUDS (TEIXEIRA et al., 1989; FLORES, 1991).

Para tanto, fazia-se necessária a redefinição de funções e competências do governo do estado e da Sesab, dos níveis intermediários e da esfera municipal. Por se tratar de um processo que levaria à modificação nas relações e a uma perda de poder pelas esferas centrais de governo, incluindo o nível central da Sesab, houve um impacto nas relações políticas da Sesab com as diversas estruturas de poder (MOLESINI, 2011).

Com a posse de Nilo Coelho (1989-1990), a proposta de descentralização em curso, que já vinha enfraquecida, perdeu ritmo e foi desacelerada sem implementar ações que modificassem a regionalização estabelecida nas 29 Dires.

Em 1991, no contexto do governo de Antonio Carlos Magalhães (1991-1994), foi elaborado o Plano Estadual de Saúde (PES) 1992-1995, no qual a descentralização é entendida como uma desconcentração de recursos e serviços para as Dires. No entanto, no capítulo das diretrizes, constava o desenvolvimento de “[...] um novo modelo de atenção à saúde, baseado na descentralização político-administrativa de serviços, configurando os Sistemas Locais de Saúde - Silos” (BAHIA, 1991, p. 32). Do ponto de vista da estrutura administrativa, propunha-se a incorporação dos Silos no organograma da Sesab. Embora constasse no plano estadual, não houve encaminhamento para implementação desta forma de descentralização, já que Silos é uma denominação utilizada pelas OPS que tem similaridade com o que na Bahia se chamou de distrito sanitário.

Em relação aos DS, como referido anteriormente, só houve concretização em Salvador. Durante essa gestão houve um esvaziamento técnico e

político, sendo que os gerentes não podiam tomar e implementar decisões. Na sequência, a Sesab se afastou da condução dos DS da capital, passando a sua coordenação para a Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. Estudo realizado por Silva (2004) revela uma atuação restrita das unidades de saúde da rede básica, indicando que os gerentes não detinham poder administrativo nem político. Atualmente, estes se constituem em divisão territorial para a gestão administrativa de Salvador e de poucos municípios do interior do estado.

Embora o PES 1992-1995 não indicasse a municipalização, a indução na norma operacional básica (01/93), que condicionava o avanço da adesão dos municípios e do estado a repasses de recursos federais, levou a Sesab a criar, através da Portaria nº 2.094, de 21 de junho de 1993 (DOE de 22/06/1993), a Comissão Intergestores Bipartite da Bahia (CIB/BA). Esta instância colegiada passou a decidir sobre a habilitação dos municípios para receber recurso federais e, quando acordado, gerir unidades de saúde cedidas pelas esferas federal e estadual. Embora no final de 1995, dos 415 municípios existentes, 318 (77%) tivessem alguma ação para aderir à municipalização, uma análise da descentralização feita para o plano estadual no governo seguinte – PES 1996-1999 – registrou uma atuação restrita das Dires e um processo apenas cartorial, com apresentação de documentos. Desta forma, a regionalização se manteve como uma desconcentração do órgão estadual da saúde.

Paulo Ganem Souto assumiu o governo da Bahia para o período de 1995-1998. No que diz respeito à descentralização para 30 Dires, a análise para elaboração do PES 1996-1999 foi de que deveriam ser reformuladas tanto na maneira de atuar como

Embora o PES 1992-1995 não indicasse a municipalização, a indução na norma operacional básica (01/93), que condicionava o avanço da adesão dos municípios e do estado a repasses de recursos federais, levou a Sesab a criar, através da Portaria nº 2.094, de 21 de junho de 1993 (DOE de 22/06/1993), a Comissão Intergestores Bipartite da Bahia (CIB/BA)

na quantidade. Quanto à atuação, o referido plano indicou prepará-los com capacitação para se transformar em “[...] núcleos de apoio à descentralização da gestão do SUS e de reorientação do modelo assistencial, tendo como referência a constituição de sistemas intermunicipais (consórcios de municípios), baseados nos princípios, métodos e instrumentos de distritalização” (BAHIA, 1996 p.123). Nesta proposta direcionada para a municipalização se mantém a perspectiva de desconcentração administrativa. Não foram encontrados documentos que registrassem uma atuação direcionada para a autonomia dessas instâncias e nem para a formação de consórcios nesse governo. Quanto à quantidade, a proposta de reduzir para 17 Dires, acompanhando a divisão administrativa geral do governo do estado, não se concretizou.

Chama a atenção neste período a edição de um novo regramento do SUS colocado na norma operacional básica (NOB 01/96), que, além de intensificar a descentralização do SUS para a esfera municipal, introduziu um mecanismo para gastos dos recursos federais para saúde denominado de Programação Pactuada Integrada (PPI). Esta deve ser resultante de processo de planejamento que define e quantifica as ações de saúde para a população residente em cada território ou resultado de pacto entre os gestores municipais. Para a esfera estadual foi reservado o papel coordenador do processo. A Bahia teve uma atuação tímida para incorporar os ditames desta norma neste período.

A reforma administrativa estadual promovida pela Lei nº 7.435, de 30 de dezembro de 1998, criou condições para o governo de César Augusto Rabello Borges (1999-2002) desenvolver ações para implementar a NOB 01/96 ao criar a Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde (Sudesc). Esta instância tinha a atribuição de assessorar, capacitar e monitorar a gestão municipal, além de intermediar as negociações da PPI. Também nesse governo a Bahia avançou pouco nas orientações da norma, mas desenvolveu internamente no estado um processo de

apoio aos municípios para elaboração dos planos municipais de saúde e organização das estruturas gestoras: fundos municipais, conselhos municipais e secretarias municipais de Saúde. As equipes técnicas das Dires participaram ativamente utilizando manuais produzidos pela equipe da nova superintendência, mas continuaram apenas como espaços de desconcentração da Sesab.

Nos anos 2003 a 2006, retornou ao governo Paulo Ganem Souto, período em que foi incluída na agenda dos gestores da saúde, após a publicação da NOAS 01/02, a “estratégia da regionalização” e direcionamento para implementação do SUS em todo o país. A norma condicionou o repasse aos fundos estaduais dos recursos federais destinados ao SUS a três processos:

- Elaboração da PPI contendo as metas físicas e financeiras resultantes dos acordos entre os municípios e/ou com o estado.
- Plano diretor de regionalização (PDR) com divisão do território estadual em regiões assistenciais em espaços que conduzissem a uma hierarquização das ações e serviços de saúde, denominados, em perspectiva ascendente, de módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões.
- Plano diretor de investimento (PDI) explicitando os recursos financeiros para a organização da rede assistencial de cada região definida pelo PDR.

O PDR de 2003 dividiu o território da Bahia em 125 módulos, 32 microrregiões e sete macrorregiões de saúde. Como um dos critérios para divisão das microrregionais era a cidade polo ser sede de Dires, a distribuição ficou próxima da organização administrativa do governo estadual para a saúde, que na época contava com 30 Dires. Ressalta-se que a divisão por módulos assistenciais não teve aplicação no estado, tanto que, posteriormente, em 2006, o PDR sofreu uma alteração, ficando apenas com as 32 microrregiões existentes e oito macrorregiões. Mesmo com a mudança, persistiu uma pequena diferença em relação ao número de Dires e microrregiões.

A Sesab coordenou o processo de pactuação com os gestores municipais, e o estado da Bahia elaborou, em 2003, a primeira PPI, o PDR e o PDI, que, após a aprovação da CIB/BA, permitiu ao estado ser habilitado para gestão plena do sistema estadual, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do mês de setembro do mesmo ano.

A partir da elaboração do PDR, o estado passou a conviver com duas divisões territoriais: as Dires, que se mantiveram como espaço desconcentrado da Sesab; e as micro e macrorregiões, funcionando como descentralização intragovernamental para territórios supramunicipais e subestaduais, não sendo esferas de governo, nem componentes da divisão administrativa estadual.

Como a NOAS 01/02 deu o direcionamento para “assistência à saúde”, o novo território necessitava de articulação interfederativa (município e estado) para se constituir em um espaço “programático-assistencial”, visto que dependia da PPI e do PDI para estruturar uma rede regionalizada e hierarquizada, garantindo acesso aos serviços de saúde na integralidade. Nesta etapa da implementação do SUS, a NOAS 01/02 preconiza uma irradiação para “novos” espaços territoriais desenhados pelo PDR, indicando uma descentralização na forma de devolução das funções de planejamento e gestão da rede de serviços nesses espaços.

Por outro lado, até então, as pactuações interfederativas ocorriam na CIB estadual, e como este colegiado tomava decisões para todo o estado, não conseguia alcançar as especificidades das micro e macrorregiões. Uma alternativa encontrada na reunião de 5 de agosto de 2004 foi a CIB/BA regulamentar as atribuições das oito CIB macrorregionais, seguindo o PDR vigente. Chama a atenção a não participação das Dires nessa comissão, sendo que a representação do estado se dava por meio de técnicos do nível central da Sesab.

Após três anos de governo, na nova reforma administrativa, através da Lei nº 9.831, de 1º de dezembro de 2005, a Sudesc passou a ser denominada de Superintendência de Planejamento e

Descentralização (Suplan), com pouca alteração nas funções e mantendo o foco na descentralização induzida pelas normatizações do SUS.

Foi implantada mais uma Dires, com sede no município de Cruz das Almas, somando 31, com as funções definidas no Art. 2º § 17: “As Diretorias Regionais têm por finalidade atender a descentralização de responsabilidades administrativas e delegação de atividades juntos as instâncias municipais”.

Nos oito anos seguintes, a Bahia foi governada por Jaques Wagner (2007-2010 e 2011-2014). Para efeito deste trabalho, focado na descentralização para regionalização, serão analisadas as duas gestões juntas.

No primeiro ano, a reforma administrativa, implantada pela Lei nº 10.955, de 21 de dezembro de 2007, não modificou a organização da Sesab em relação ao tema aqui tratado. Entretanto, a Lei nº 11.055, de junho de 2008 “[...] altera a estrutura organizacional e de cargos em comissão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB e dá outras providências”.

As Dires permaneceram com o mesmo número e mantiveram as funções indicadas no texto da reforma do governo anterior. Quanto à atuação, seguiram como desconcentração das ações centralizadas no nível central da Sesab.

Dois setores da nova estrutura da Sesab passaram a ter papel preponderante na descentralização intragovernamental para pactuação interfederativa: a Superintendência de Regulação dos Sistemas de Atenção à Saúde (Suregs) e a Coordenação de Projetos Especiais (Cope).¹

Considerando que o planejamento é fator determinante de uma ação de descentralização, tentou-se localizar os processos que resultaram em planos e programações neste período, para buscar evidências e apoiar as análises.

¹ A partir deste ponto, não foram encontradas novas legislações, em especial regimento da Sesab com detalhamento de funções. As análises são apoiadas por evidências em documentos como as agendas estratégicas da saúde 2007 e 2008 (cópias disponíveis na Assessoria de Planejamento e Gestão (APG/Sesab)), Plano Estadual de Saúde 2012-2015, atas da CIB/BA e conversas entre participantes que ainda atuam na Sesab, situação também dos dois autores deste artigo.

Nos primeiros quatro anos de governo, o planejamento da política estadual de saúde foi expresso em um documento entendido como agenda anual. Sua elaboração era coordenada por uma assessoria de planejamento (Asplan) integrante da estrutura do gabinete do secretário de Saúde. A Agenda Estratégica da Saúde fez parte de um processo de trabalho denominado de Planeja Sesab, com envolvimento de todas as áreas do nível central, que produziu as agendas e acompanhou o seu cumprimento nos quatro anos.

Embora essas agendas tragam um conjunto de ações de capacitação, com conteúdos para regionalização, na elaboração do planejamento do que seria a política estadual, não foram identificadas ações que promovessem a descentralização como devolução.

Na agenda de 2007 consta a linha estratégica Gestão Democrática, Solidária e Efetiva do SUS, indicando alguns compromissos, entre eles a regionalização viva e solidária do SUS no estado da Bahia. O órgão responsável pela coordenação da

execução desse compromisso foi a Suregs, através de uma diretoria da sua estrutura.

Para cumprir uma das metas da linha Consolidar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado, em 2007, houve uma reformulação que teve como ponto de destaque superpor o desenho territorial do PDR às áreas de abrangência das 31 Dires. O alinhamento com o PDR ocorreu de duas maneiras: junção de duas Dires, formando uma microrregião (a 17ª, de Mundo Novo, se incorporou à 2ª, de Feira de Santana; a 29ª, de Amargosa, à 4ª, de Santo Antônio de Jesus; a 24ª, de Caetitê, à 30ª, de Guanambi; a 23ª, de Boquirá, à 19ª, de Brumado) e uma Dires dividindo-se em duas microrregiões (a 1ª, de Salvador tornou-se microrregião Salvador e microrregião Camaçari). As demais já correspondiam ao território das microrregiões. Entretanto, quanto ao nome e ao município sede da microrregião, permaneceu a diferença: a 11ª, de Cícero Dantas, é microrregião de Ribeira do Pombal; a 8ª, de Eunápolis, é microrregião de Porto Seguro;



28 MICRORREGIÕES DE SAÚDE

Alagoinhas	Jequié
Barreiras	Juazeiro
Brumado	Paulo Afonso
Camaçari	Porto Seguro
Cruz das Almas	Ribeira do Pombal
Feira de Santana	Salvador
Guanambi	Santa Maria da Vitória
Ibotirama	Santo Antônio de Jesus
Ilhéus	Seabra
Irecê	Senhor do Bonfim
Itaberaba	Serrinha
Itabuna	Teixeira de Freitas
Itapetinga	Valença
Jacobina	Vitória da Conquista

Mapa 1

Plano diretor de regionalização com microrregiões de saúde – Bahia – 2007

Fonte: Bahia, 2017.

a 5ª, de Gandu, é microrregião de Valença. Finalizando, o PDR ficou com 28 microrregiões e nove macrorregiões (acrescentando a Leste).

Junto ao movimento de reformulação do PDR, foram criados, por diretiva do Pacto pela Saúde, os colegiados de gestão microrregionais (CGMR), para se constituírem no espaço de deliberação das pactuações interfederativas. Nestes colegiados aconteceram as negociações que resultaram na reformulação da PPI. Outras pautas foram objeto de pactuação e tomada de decisão nestes colegiados, principalmente com relação à elaboração dos planos de ação regional (PAR) direcionados às redes temáticas de atenção à saúde. Essas pactuações, associadas a ações de capacitação com conteúdo de regionalização, constituíram-se em indução para autonomia das microrregiões.

A elaboração dos PAR e das regras para PPI foram sempre apoiadas por grupos de trabalho com técnicos da Sesab e representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems/BA).

Para atender ao Decreto 7.508/2011, a CIB/BA aprovou um novo regimento (Resolução CIB nº 88, de 14 de abril de 2013) criando as comissões intergestores regionais (CIR) nas 28 regiões de saúde, como passaram a ser denominadas as microrregiões de saúde. Chama a atenção a participação de profissionais das Dires como membros efetivos de todas as comissões, o que não acontecia nos colegiados regionais anteriores. A publicização das discussões e decisões das CIR se deu através do Observatório Baiano de Regionalização (OBR), com a publicação das atas das reuniões. Ali também se encontram manuais e comunicações referentes à descentralização da saúde no estado.

Outra ação induzida pelo decreto foi a do PRI, o que levou a Sesab e o Cosems/BA a uma pactuação nas 28 CIR, juntando as ações da PPI para a Rede Cegonha, os indicadores e metas nacionais (Sispacto) e a programação da vigilância em saúde (ProgVS). Essa tentativa de integração foi frustrada por não haver consenso no fechamento de todo o estado na CIB/BA.

Os movimentos gerados pelo decreto tinham potencialidade para uma descentralização para as regiões de saúde e uma devolução para tomada de decisão sobre saúde. Entretanto, na Bahia ainda há características de desconcentração muito forte.

DESCONCENTRAÇÃO ADMINISTRATIVA E REGIÕES DE SAÚDE: REFORMA ADMINISTRATIVA DE 2014

A Lei Nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, modificou a estrutura organizacional da administração pública do Poder Executivo estadual. A desconcentração administrativa da Sesab está no Art. 13 § 2º:

Ficam extintas as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) e criados os Núcleos Regionais de Saúde (NRS), com a finalidade de acompanhar as atividades de regulação e de vigilância sanitária, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, à Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos Municípios. (BAHIA, 2014).

Em 2015, tomou posse o governador Rui Costa (2015-2018), e a Sesab iniciou o processo de implantação dos NRS. O Decreto nº 16.075, de 14 de maio de 2015, assumiu o estabelecido no PDR/2007 sobre os territórios, coincidindo com as nove macrorregiões de saúde, e manteve os escritórios administrativos nas mesmas cidades sedes (BAHIA, 2015) (Figura 3).

Desta forma, a desconcentração administrativa da Sesab foi recomposta em territórios maiores. Entretanto, alguns processos de trabalho, a exemplo de apoio aos municípios, vigilância em saúde, processo de negociação e pactuação entre os gestores, evidenciaram a necessidade de se manter as estruturas físicas das antigas Dires em funcionamento, como bases operacionais vinculadas aos NRS na microrregião de saúde de abrangência.

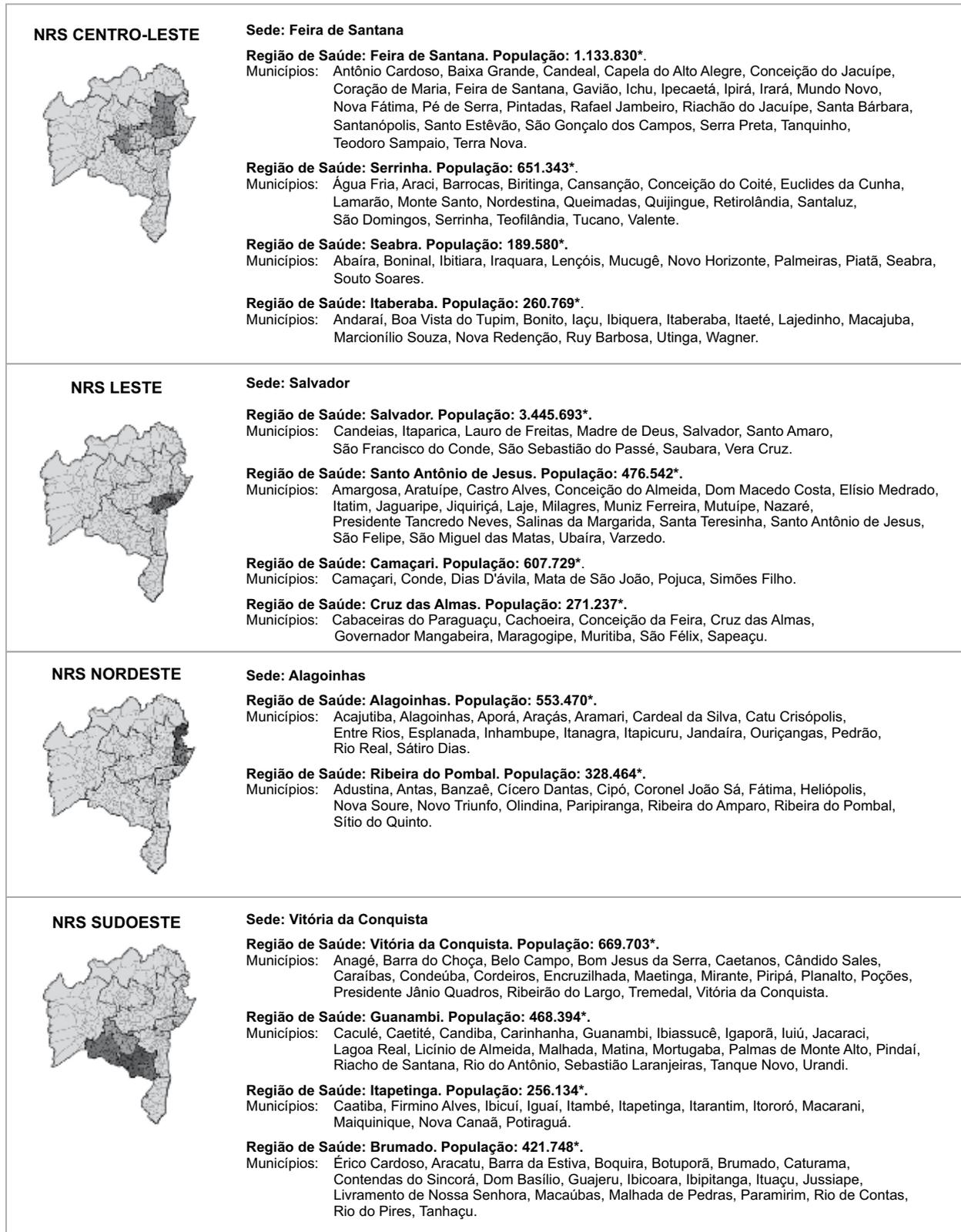


Figura 3 – Parte 1
Mapas dos núcleos regionais de saúde com população e municípios de abrangência – Bahia – 2017

Fonte: Bahia, 2017.

REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DA BAHIA

<p>NRS CENTRO-NORTE</p> 	<p>Sede: Jacobina</p> <p>Região de Saúde: Jacobina. População: 404.406*</p> <p>Municípios: Caém, Caldeirão Grande, Capim Grosso, Jacobina, Mairi, Miguel Calmon, Mirangaba, Morro do Chapéu, Ourolândia, Piritiba, Quixabeira, São José do Jacuípe, Saúde, Serrolândia, Tapiramutá, Umburanas, Várzea da Roça, Várzea do Poço, Várzea Nova.</p> <p>Região de Saúde: Irecê. População: 424.670*</p> <p>Municípios: América Dourada, Barra do Mendes, Barro Alto, Cafarnaum, Canarana, Central, Gentio do Ouro, Ibipeba, Ibititá, Irecê, Itaguaçu da Bahia, João Dourado, Jussara, Lapão, Mulungu do Morro, Presidente Dutra, São Gabriel, Uibaí, Xique-xique.</p>
<p>NRS EXTREMO SUL</p> 	<p>Sede: Teixeira de Freitas</p> <p>Região de Saúde: Teixeira de Freitas. População: 458.075*</p> <p>Municípios: Alcobaça, Caravelas, Ibirapuã, Itamaraju, Itanhém, Jucuruçu, Lajedão, Medeiros Neto, Mucuri, Nova Viçosa, Prado, Teixeira de Freitas, Vereda.</p> <p>Região de Saúde: Porto Seguro. População: 382.250*</p> <p>Municípios: Belmonte, Eunápolis, Guaratinga, Itabela, Itagimirim, Itapebí, Porto Seguro, Santa Cruz Cabrália.</p>
<p>NRS SUL</p> 	<p>Sede: Ilhéus</p> <p>Região de Saúde: Itabuna. População: 534.585*</p> <p>Municípios: Almadina, Aurelino Leal, Barro Preto, Buerarema, Camacan, Coaraci, Floresta, Azul, Gongogi, Ibicaraí, Ibirapitanga, Itabuna, Itaju do Colônia, Itajuípe, Itapé, Itapitanga, Jussari, Marau, Pau Brasil, Santa Cruz da Vitória, São José da Vitória, Ubaitaba, Ubatã.</p> <p>Região de Saúde: Valença. População: 318.165*</p> <p>Municípios: Cairu, Camamu, Gandu, Igrapiúna, Ituberá, Nilo Peçanha, Nova Ibiá, Pirai do Norte, Taperoá, Teolândia, Valença, Wenceslau Guimarães.</p> <p>Região de Saúde: Ilhéus. População: 325.294*</p> <p>Municípios: Arataca, Canavieiras, Ilhéus, Itacaré, Mascote, Santa Luzia, Una, Uruçuca.</p> <p>Região de Saúde: Jequié. População: 511.221*</p> <p>Municípios: Aiquara, Apuarema, Barra do Rocha, Boa Nova, Brejões, Cravolândia, Dário Meira, Ibirataia, Ipiaú, Irajuba, Iramaia, Itagi, Itagibá, Itamarí, Itaquara, Itiruçu, Jaguaquara, Jequié, Jitaúna, Lafaiete, Coutinho, Lajedo do Tabocal, Manoel Vitorino, Maracás, Nova Itarana, Planaltino, Santa Inês.</p>
<p>NRS NORTE</p> 	<p>Sede: Juazeiro</p> <p>Região de Saúde: Juazeiro. População: 540.656 *</p> <p>Municípios: Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaçá, Juazeiro, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho, Uauá.</p> <p>Região de Saúde: Paulo Afonso. População: 257.969*</p> <p>Municípios: Abaré, Chorrochó, Glória, Jeremoabo, Macururé, Paulo Afonso, Pedro Alexandre, Rodelas, Santa Brígida.</p> <p>Região de Saúde: Senhor do Bonfim. População: 307.070*</p> <p>Municípios: Andorinha, Antônio Gonçalves, Campo Formoso, Filadélfia, Itiúba, Jaguarari, Pindobaçu, Ponto Novo, Senhor do Bonfim.</p>
<p>NRS OESTE</p> 	<p>Sede: Barreiras</p> <p>Região de Saúde: Barreiras. População: 454.966*</p> <p>Municípios: Angical, Baianópolis, Barreiras, Brejolândia, Catolândia, Cotegipe, Cristópolis, Formosa do Rio Preto, Luís Eduardo Magalhães, Mansidão, Riachão das Neves, Santa Rita de Cássia, São Desidério, Tabocas do Brejo Velho, Wanderley.</p> <p>Região de Saúde: Ibotirama. População: 200.447*</p> <p>Municípios: Barra, Brotas de Macaúbas, Buritirama, Ibotirama, Ipupiara, Morpará, Muquém de São Francisco, Oliveira dos Brejinhos, Paratinga.</p> <p>Região de Saúde: Santa Maria da Vitória. População: 311.784*</p> <p>Municípios: Bom Jesus da Lapa, Canápolis, Cocos, Coribe, Correntina, Feira da Mata, Jaborandi, Santa Maria da Vitória, Santana, São Félix do Coribe, Serra do Ramalho, Serra Dourada, Sítio do Mato.</p>

Figura 3 – Parte 2
Mapas dos núcleos regionais de saúde com população e municípios de abrangência – Bahia – 2017

Fonte: Bahia, 2017.

Na Bahia, a regionalização está fortemente vinculada à desconcentração da Sesab. A participação dos coordenadores e técnicos dos NRS como membros das CIR poderá ter um efeito sinérgico para a tomada de decisão na constituição da rede de atenção à saúde organizada de forma regionalizada e hierarquizada, por estarem mais próximos e conhecerem os serviços de saúde do território.

Considerando-se as regiões de saúde como espaços privilegiados para garantia da integralidade na atenção à saúde da população, sustentar um processo de planejamento regional integrado na perspectiva de fortalecer a governança destes territórios poderá significar uma aproximação de uma descentralização na forma de devolução.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Secretaria estadual de Saúde, durante a sua conformação, estabeleceu raízes de um processo de concentração de poder no nível central, embora, em alguns momentos, como na implantação do PEC e das AIS, se ensaiou uma modificação na sua estrutura de poder para as instâncias regionais.

Mesmo tendo seu conteúdo de discussão restrito às normativas do SUS, os colegiados, ao se tornarem espaço de governança capaz de fortalecer a articulação entre os entes federados nas regiões – buscando uma gestão colegiada, sustentada por um planejamento integrado e com decisões baseadas em consensos e pactuações interfederativas –, poderão otimizar recursos e avançar na consolidação do SUS.

A regionalização em curso, ainda sem ultrapassar a visão de mera divisão administrativa do território estadual, não construiu um alicerce para superar a fragmentação dos serviços de saúde e conformar redes de atenção regionalizada e hierarquizada.

O Decreto 7.508/2011 indica um contrato entre os gestores para subsidiar a gestão da região de saúde. O estado da Bahia optou por estimular o caráter cooperativo entre estado e municípios, através dos consórcios interfederativos de saúde.

Por fim, a perspectiva de retração de gastos da saúde no atual cenário nacional, em antagonismo com o crescimento e o envelhecimento da população brasileira, vai necessitar de negociação constante e de uma forte solidariedade entre os gestores para o enfretamento da restrição de recursos financeiros.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, José Duarte de; FERREIRA, Emerson S. M.; NERY, Gabriel Cedraz. Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do Estado da Bahia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 1-19, 1973.
- BAHIA. Decreto nº 16.075 de 14 de maio de 2015. Define o âmbito de atuação territorial dos Núcleos Regionais de Saúde, instituídos pela Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, e dá outras providências. *Diário Oficial [do] Estado da Bahia*, Salvador, v. 99, n. 21.696, 15 maio 2015.
- BAHIA. Decreto nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. *Diário Oficial [do] Estado da Bahia*, Salvador, v. 99, n. 21.594, 12 dez. 2014.
- BAHIA. Decreto nº 7.546, de 24 de março de 1999. Aprova Regimento da Secretaria de Saúde. *Diário Oficial [do] Estado da Bahia*, Salvador, v. 83, n. 17.064, 25 mar. 1999.
- BAHIA. *Lei nº 3.104 de 28 de maio de 1973*. Reorganiza a Secretaria de Saúde Pública. Institui a Fundação de Saúde do Estado da Bahia e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, Salvador, 30 ago. 1973.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 1996-1999*. Salvador: SESAB, 1996a. 168 p.
- BAHIA. Assembléia Legislativa. Superintendência de Apoio Parlamentar. Divisão de Pesquisa. *Bahia de todos os fatos: cenas da vida republicana - 1889-1991*. Salvador: AL, 1996b. 384 p.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Plano estadual de saúde 1992/1995*. Salvador: SESAB, 1991.
- BAHIA. Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública. Relatório de gestão do ano de 1926. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1927.
- BAHIA. Lei nº 1.811 de 29 de junho de 1925. Cria a sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública. *Imprensa Oficial do Estado*, Salvador, 2 ago. 1925.
- BAHIA. Observatório Baiano de Regionalização. 2017. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=home&MAPA=MACRO#pdr>. Acesso: 5 maio 2017.

- BARDIN, Laurence. *A análise de conteúdo*. Lisboa, PT: Edições 70, 2009. 281 p.
- BARROS, José D'Assunção. *O campo da história: especialidades e abordagens*. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- _____. *O projeto de pesquisa em história: da escolha do tema ao quadro teórico*. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- BATALHA, Silvio. *Cartilha histórica da Bahia*. 8. ed. Salvador: Edição do Autor, 2008. 256 p.
- BAUER, Martin W.; AARTS, Bas. A construção do corpus: um princípio para coleta de dados qualitativos. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 39-63.
- BRASIL. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta artigos 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 ago. 2011a.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jun. 2011b.
- BRASIL. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 jan. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 fev. 2006.
- BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 abr. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS nº 01/2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 fev. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUS 01/1996. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 nov. 1996.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BULCÃO, Livinia de Argolo; OLIVEIRA, Margarida Pinto; NERY, Gabriel Cedraz. Legislação sanitária da Bahia: 1892–1983. *Revista Baiana Saúde Pública*, Salvador, v. 11, n. 1, p. 7-17, jan./mar. 1984.
- COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves. *Operacionalização dos programas de extensão de cobertura na Bahia*. 1983. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1983.
- COSTA, Frederico Lustosa da. Contribuição de um projeto de reforma democrática de Estado. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 239-270, mar./abr. 2010.
- DUARTE, Ligia Schiavon et al. *Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise*. Saude soc., São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, June 2015.
- FLORES, Oviomar. *O processo de distritalização da atenção à saúde na Bahia*. 1991. 247 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária)-Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1991.
- GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. *Os impasses da modernização em saúde: o caso da regionalização*. 1983. 180 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1983.
- HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar em Revista*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, jan./jun. 2005.
- KALIL, Maria Eunice Xavier. *Ideologia e prática do planejamento de saúde na Bahia*. 1983. 108 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, 1983.
- MENDES, Eugenio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. tomo 2.
- MOLESINI, Joana Angelica Oliveira. *Reforma sanitária na Bahia: um lugar na história*. 2011. 268 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2011.
- MORAES, José Geraldo Vinvi de. *História: geral e Brasil*. São Paulo: Atual, 2003. 96 p.
- NERY, Gabriel Cedraz. A organização sanitária do estado da Bahia: algumas notas para o estudo de sua história. *Revista Baiana Saúde Pública*, Salvador, v. 9, n. 1, p. 45-51, jan./mar. 1982.
- NORONHA, José Carvalho; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A. W. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 72-111.
- PAIM, Jairnilson Silva. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 447 p.
- SADER, Neusa Maria Barbosa. *O desenvolvimento da medicina comunitária no estado da Bahia*. 1983. 100 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, 1983.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, abr./jun. 2015.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. As origens da Reforma Sanitária e da modernização conservadora na Bahia durante a Primeira República. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, 1998.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 193-210, 1985.

SILVA, Marcus Vinícius C.; MENDES, Eugênio Vilaça. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: SES-MG, 2004. 80 p.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de.; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. *Descentralização, Regionalização e Participação Social*. In: Paim, J.S.; Almeida-Filho, N de. SAÚDE COLETIVA: Teoria e Prática. 1. ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p 261-269

TAVARES, Luís Henrique Dias. *História da Bahia*. 10. ed. São Paulo: UNESP; Salvador: EDUFBA, 2001.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. *Educação e saúde: contribuição ao estudo da formação dos agentes das práticas de saúde no Brasil*. 1982. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.

TEIXEIRA, Carmen Fontes et al. *As AIS-SUDS na Bahia: relatório de pesquisa*. Salvador: FINEP, 1989. 180 p.

TESTA, Mário. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226 p.

Artigo recebido em 11 de maio de 2017
e aprovado em 11 de julho de 2017.

Características das ações judiciais contra o estado que requerem medicamentos para diabetes na Bahia

*Erick Soares Lisboa**

*Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza***

* Mestre em Saúde Comunitária e doutorando em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
es.lisboa18@gmail.com

** Doutor em Saúde Pública pela Universidade de Montreal (UdeM) e mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. luiseugenio@ufba.br

Resumo

Na Bahia, as demandas judiciais relativas à saúde crescem a cada ano, em particular para os medicamentos relacionados a diabetes. O presente estudo tem por objetivo analisar as ações judiciais impetradas contra a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) para acesso aos medicamentos para diabetes. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, apoiado em fonte documental. A unidade de análise foram as ações judiciais movidas no período de 2010 a 2013 no estado da Bahia, sendo examinadas as características sociodemográficas, processuais, médico-sanitárias e político-administrativas destas ações. No período, foram impetradas 154 ações judiciais solicitando medicamentos para diabetes, para atender a 158 pessoas. A Defensoria Pública foi o representante jurídico mais atuante, e as insulinas análogas formaram a maioria dos medicamentos demandados. A judicialização do acesso aos medicamentos para diabetes na Bahia é um fenômeno que requer atenção dos gestores da saúde e das instituições jurídicas.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Direito à saúde. Decisões judiciais. Medicamentos.

Abstract

In Bahia, increasingly the legal route is being pursued to access medicine treating diabetes. This study analyzes the lawsuits brought against the Bahia State Department of Health (Sesab) in order to obtain access to medicines for diabetes. It is a descriptive and retrospective study, supported by a documentary evidence whose unit of analysis were the lawsuits filed in the period from 2010 to 2013 in Bahia. The sociodemographic, procedural, medical-sanitary and political-administrative characteristics of these claims were analyzed. During this period, 154 lawsuits were filed requesting diabetes medicines to serve 158 people. The Public Defender was the most active legal representative. Analog insulins accounted for most of the demanded drugs. The access to diabetes medicines by legal means in Bahia is a phenomenon that requires attention of health managers and legal institutions.

Keywords: Diabetes mellitus. Health rights. Court decisions. Medicines.

INTRODUÇÃO

O crescente número de ações judiciais com o fim de garantir o fornecimento de medicamentos tem sido motivo de preocupação para gestores da saúde e operadores do direito. A Constituição federal brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) representou um significativo avanço na democratização do país, incluindo a garantia do direito universal à saúde. Diversos cidadãos, de forma individual ou coletiva têm buscado no Judiciário o meio para garantir o seu direito pleno à saúde. Essa busca na justiça por acesso a medicamentos gera tensões entre os poderes Executivo e Judiciário e entre empresas farmacêuticas, prescritores, advogados e usuários, criando uma pressão para o sistema público incorporar novos medicamentos (MACHADO; DAIN, 2012; CAMPOS NETO et al., 2012).

Mesmo com o processo de reorganização da assistência farmacêutica e a ampliação do elenco de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente a partir da instituição da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2004, as dificuldades de acesso explicam, em parte, o crescimento das demandas judiciais a medicamentos nos últimos anos (PEPE et al., 2010a).

A judicialização do acesso a medicamentos tem causado impactos significativos na estruturação, no financiamento e na organização da assistência farmacêutica. Envolve questões legais, éticas, políticas, econômicas e sociais, além de conflitos entre direitos individuais e coletivos. Iniciou-se com ações que exigiam o fornecimento de medicamentos para o tratamento da infecção por HIV/aids na década de 1990 e se estendeu, a seguir, para as mais variadas doenças (PEPE et al., 2010b; SANT'ANA et al., 2011).

Na Bahia, o número de ações judiciais visando ao acesso a medicamentos tem crescido a cada ano. Segundo Torres (2010), o primeiro registro de ação judicial de medicamentos na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) ocorreu em 2002, e, em 2008, já havia 361 processos contra o estado. As primeiras ações estavam relacionadas à fibrose cística

e à hepatite C. Posteriormente, abrangeram outros tratamentos, incluindo a diabetes. Vale destacar que, entre 2002 e 2008, dos quatro medicamentos mais requisitados judicialmente, dois eram para o tratamento da diabetes (TORRES, 2010).

Em outros estados da Região Nordeste o panorama não é diferente. No Ceará, por exemplo, Nunes e Ramos Jr. (2016) verificaram que, entre as patologias demandadas judicialmente, a diabetes mellitus aparecia como a segunda mais citada. A insulina análoga Lantus®, juntamente com insumos como lancetas, agulhas e glicosímetros, estava entre os bens mais requisitados judicialmente no estado. Assim, o objetivo desse artigo é analisar as ações judiciais impetradas contra a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) para acesso a medicamentos para a diabetes, a partir da caracterização do perfil sociodemográfico dos autores, dos procedimentos processuais e dos elementos médico-sanitários e político-administrativos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza retrospectiva, apoiado em fontes documentais sobre as ações judiciais movidas contra a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) para o fornecimento de medicamentos para o tratamento da diabetes mellitus. A unidade de análise foram as ações judiciais movidas contra a Sesab no período de 2010 a 2013. Esse período justifica-se pelo fato de que, a partir de 2010, as ações judiciais na secretaria já estavam informatizadas, facilitando o acesso e a manipulação da base de dados.

A coleta de dados foi realizada em novembro de 2014, na Diretoria de Assistência Farmacêutica da Sesab, órgão que mantinha os registros dos processos judiciais, organizados por tipo de medicamento. Foram incluídas na análise as ações pleiteando medicamentos para o tratamento da diabetes que tiveram como réu o estado da Bahia. Foram excluídos os processos que se referiam ao diabetes, mas que

não tinham como objeto o medicamento, e aqueles que não estavam disponíveis na íntegra ou eram ilegíveis devido à má qualidade da digitalização.

Ao todo, foram identificadas 325 ações judiciais que requereram medicamentos para diabetes. Destas, excluíram-se 58 que estavam fora do período de 2010 a 2013 e duas cujo réu não era a Sesab. Foram, então, selecionados 265 processos.

Posteriormente, descartaram-se 111 ações, pois se encontravam incompletas ou digitalizadas de forma ilegível. Ao final, foram estudadas 154 ações.

Para a análise das características das ações judiciais foram tomadas como referência as quatro dimensões propostas pelo Manual de Indicadores de Avaliação e Monitoramento das Demandas Judiciais de Medicamentos (PEPE, 2011), que são: características sociodemográficas dos autores, processuais das ações, médico-sanitárias e político-administrativas. Sendo este trabalho relacionado a uma doença específica e a uma gama de medicamentos limitada, foram selecionados indicadores de Pepe (2011) que contemplassem os objetivos do estudo.

Para a construção do banco de dados, as variáveis foram categorizadas, e os dados consolidados em planilha Microsoft Excel® 2010. As variáveis selecionadas para análise foram: a) características sociodemográficas dos autores: sexo, idade, renda mensal, ocupação, município de residência; b) características processuais: tipo de representação jurídica, quantidade de autores da ação, concessão de liminar ou antecipação de tutela, gratuidade da justiça, prescrição emitida por médico vinculado ao SUS, tempo de entrega do medicamento; c) características médico-sanitárias: medicamentos requeridos, origem da prescrição médica, documento adicional além da prescrição, número de medicamentos prescritos por ação, medicamentos prescritos por nome genérico, medicamentos que figuram nas listas de medicamentos essenciais vigentes, paciente

que já recebe algum medicamento do SUS e; d) características político-administrativas: número de medicamentos registrados na Anvisa; medicamentos que compõe o bloco de financiamento da assistência farmacêutica.

As variáveis sexo e renda mensal do autor não estão contempladas nos indicadores propostos no manual de Pepe (2011), que propõe a renda familiar mensal per

capita. Porém, nas ações analisadas pelo presente estudo, foi identificada somente a renda mensal do autor, não havendo dados que permitissem estimar a renda familiar. Por sua vez, a variável sexo foi incluída pela sua importância na avaliação do perfil de pacientes com diabetes.

Por fim, deve-se registrar que o estudo obedeceu aos critérios éticos exigidos para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos, seguindo-se as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Acrescenta-se que a coleta de dados foi realizada após autorização formal da Sesab e aprovação no comitê de ética do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

RESULTADOS

Das 154 ações selecionadas para análise, 24 (15,6%) foram instauradas no ano de 2010; 38 (24,7%), em 2011; 59 (38,3%), no ano de 2012; e 33 (21,4%), em 2013.

Houve 158 autores, pois três destas ações tinham mais de um autor. A maioria dos autores era do sexo feminino (82 – 51,9%). A faixa etária de maiores que 60 anos foi a predominante, com 43 (27,2%) autores. Não foi possível identificar a renda mensal do autor em 33 (20,1%) ações, e, em 61 (38,3%), os autores tinham renda de até um salário mínimo. Eram, na maioria, aposentados (39 – 24,7%), salientando que 51 (32,3%) autores não

tiveram a ocupação informada. A maioria residia na capital Salvador (65 autores – 41,1%) (Tabela 1).

O principal representante jurídico dos autores foi a Defensoria Pública (DP), responsável por

68 (44,1%) ações. As participações da advocacia particular e do Ministério Público também foram relevantes, com 41 (26,7%) e 40 (26%) ações, respectivamente.

Tabela 1
Características sociodemográficas dos autores das ações judiciais e processuais referentes à solicitação de medicamentos para diabetes – Bahia – 2010-2013

Variável	n	%
<i>Características sociodemográficas dos autores das ações judiciais</i>		
Sexo (n= 158)		
Masculino	76	48,1
Feminino	82	51,9
Faixa etária (anos, n= 158)		
0 a 18	42	26,6
19 a 39	33	20,9
40 a 59	25	15,8
60 e mais	43	27,2
Não informado	15	9,5
Renda mensal (n= 158)		
Até 1 SM	61	38,3
1 a 3 SM	26	16,9
Maior que 3 SM	2	1,3
Sem renda	36	23,4
Não informado	33	20,1
Ocupação (n= 158)		
Aposentado	39	24,7
Desempregado	21	13,3
Estudante	13	8,2
Do lar	6	3,8
Comerciante	5	3,2
Outros	23	14,5
Não informado	51	32,3
Município de residência (n= 158)		
Salvador	65	41,1
Feira de Santana	18	11,4
Vitória da Conquista	17	10,8
Outros	58	36,7
<i>Características processuais das ações judiciais</i>		
Quantidade de autores da ação (n= 154)		
Individual	151	98
Coletiva	3	2
Concessão de liminar ou antecipação de tutela (n= 154)		
Sim	134	87
Não	20	13
Autor com gratuidade da justiça (n=154)		
Sim	128	83,1
Não	26	16,9
Prescrição emitida por médico vinculado ao SUS (n= 154)		
Sim	40	26
Não	86	55,9
Não Informado	28	18,1
Tempo de entrega do medicamento (n=105)		
Mediana		30 dias

Fonte: Elaboração própria.

As ações individuais foram as mais frequentes (151 – 98%). As três ações coletivas tinham dois autores, em duas delas, e três autores em outra. No total, havia 158 autores. Para 134 ações (87%), foram concedidas liminares ou antecipações de tutela, e 128 (83,1%) obtiveram reconhecimento judicial da hipossuficiência financeira do requerente, sendo concedida a gratuidade de justiça. Identificou-se que 86 (55,9%) prescrições foram emitidas por médicos não vinculados ao SUS. Foi possível calcular o tempo de entrega do medicamento em 105 ações, sendo o mínimo de cinco dias e o máximo de 270 dias, o qual teve uma mediana de 30 dias (Tabela 1).

Foram identificados 253 medicamentos prescritos, sendo que 230 (91%) eram insulinas análogas, representadas por cinco fármacos diferentes: insulina glargina (118 – 46,6%), insulina asparte (44 – 17,4%), insulina glulisina (31 – 12,3%), insulina lispro (28 – 11,1%) e insulina detemir (9 – 3,6%).

Os outros medicamentos identificados foram metformina, citada em sete casos; glicazida, em dois casos; e glibenclamida e insulina NPH, citadas uma vez cada, sendo esses os únicos presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2014 (Rename 2014). Os demais foram glimepirida, presente em três casos; sitagliptina, sitagliptina+metformina, vildagliptina+metformina,

Tabela 2
Características médico-sanitárias e político-administrativas das ações judiciais que solicitaram medicamentos para diabetes – Bahia – 2010-2013

Variável	n	%
<i>Características médico-sanitárias das ações judiciais</i>		
Origem das prescrições médicas (n= 154)		
Setor privado	81	52,6
SUS	34	22
Hospitais universitários	6	3,9
Setor conveniado ao SUS	5	3,2
Não informado	28	18,3
Outro documento médico, além da prescrição médica (n= 154)		
Relatório médico	113	73,4
Relatório médico e exames	21	13,6
Não informado	20	13
Número de medicamentos por ação (n= 154)		
Um medicamento	58	37,7
Dois ou mais medicamentos	96	62,3
Medicamentos prescritos pelo nome genérico (n= 253)		
Sim	33	13
Não	178	70,4
Não informado	42	16,6
Medicamentos que pertencem às listas de medicamentos essenciais (n= 253)		
Sim	12	4,7
Não	241	95,3
Autor recebe algum medicamento pelo SUS (n=158)		
Sim	82	51,9
Não	59	37,3
Não informado	17	10,8
<i>Características político-administrativas das ações judiciais</i>		
Medicamentos registrados na Anvisa (n= 253)		
Medicamentos que pertencem ao bloco de financiamento da assistência farmacêutica (n= 253)		
Pertencem	11	4,4
Não pertencem	242	95,6

Fonte: Elaboração própria.

vildagliptina, citadas duas vezes cada; e acarbose, aparecendo uma vez.

A maioria das prescrições médicas teve origem na iniciativa privada (81 – 52,6%), seguidas pelas originadas no SUS (34 – 22%). E 113 (73,4%) ações apresentaram relatório médico como documento adicional, além da prescrição. Identificou-se ainda que 96 (62,3%) ações tiveram dois ou mais medicamentos prescritos para diabetes (Tabela 2). O nome de marca dos medicamentos prevalece nas prescrições, sendo apenas 33 (13%) medicamentos prescritos pelo nome genérico. E 241 (95,3%) medicamentos não pertencem às listas de medicamentos essenciais. Dos autores, 82 (51,9%) já recebem ou receberam algum medicamento pelo SUS, como pode ser visualizado na Tabela 2.

Todos os medicamentos solicitados pelas ações analisadas são registrados na Anvisa, mas apenas 11 (4,4%) figuram em algum componente do bloco de financiamento da assistência farmacêutica.

DISCUSSÃO

Características sociodemográficas

A prevalência do sexo feminino neste estudo pode estar relacionada com a maior prevalência da diabetes em mulheres, como mostram os estudos de Ferreira e Ferreira (2009) e Freitas e Garcia (2012). Deve-se acrescentar ainda que o sexo feminino foi também mais frequente em outros estudos que analisaram ações judiciais, incluindo, além da diabetes, outras doenças (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; MACHADO et al., 2011; CAMPOS NETO et al., 2012). A existência do tipo de diabetes gestacional e o fato de as mulheres terem maior preocupação com a saúde e, conseqüentemente, procurarem mais os serviços de saúde do que os

homens podem também ter influência nesta maior proporção (BRASIL, 2012).

A maior procura por medicamentos para diabetes por via judicial se concentra nos grandes centros do estado, que, somados, representam 63,3% das ações

Segundo Freitas e Garcia (2012), a maior parcela da população diabética do Brasil encontra-se acima dos 60 anos de idade. Analisando ações judiciais que pleitearam medicamentos, Machado e colaboradores (2011) também encontraram uma proporção maior de autores com 60 anos ou mais, cerca de 35,5%. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida dos brasileiros tem aumentado ao longo dos anos, atingindo 74,9 anos em 2013 (SÍNTESE..., 2013). As doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes, acometem em maior número a população mais idosa, sendo um possível fator que justifique a predominância da faixa etária acima de 60 anos nas ações analisadas nesse estudo. A faixa etária de até 18 anos assume um papel importante, com 26,6% dos autores pleiteando medicamentos, uma vez que, o tipo I da diabetes ou a diabetes infanto-juvenil é diagnosticada de forma mais comum em crianças e adolescentes.

Os achados desse estudo com relação à renda dos autores vão de encontro aos de Vieira e Zucchi (2007), Chieffi e Barata (2009) e Machado e outros (2011), que constataram evidências de que a maioria dos autores tem situação econômica favorável. No que se refere à ocupação, o fato de a maioria estar representada por aposentados pode estar associado à maior prevalência da diabetes em idosos.

Além de Salvador, as cidades de Feira de Santana e Vitória da Conquista foram as mais citadas, sendo estas as duas maiores do interior da Bahia, com cerca de 556 mil e 306 mil habitantes, respectivamente, segundo censo do IBGE de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Isso mostra que a maior procura por medicamentos para diabetes por via judicial se concentra nos grandes centros do estado, que, somados, representam 63,3% das ações.

Características processuais

A Defensoria Pública (DP) foi o principal representante jurídico das ações analisadas neste estudo. Nas demandas judiciais relacionadas à saúde, sua atuação também é predominante no Rio de Janeiro, Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Minas Gerais (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; ROMERO, 2008; PEPE et al., 2010a; TRAVASSOS et al., 2013). Destaca-se que, no Rio Grande do Sul, esta proporção foi 90,2%. Esses resultados demonstram a importância desta instituição na oferta de serviços de defesa e orientação jurídica, promovendo, para todos, a garantia dos direitos fundamentais, sendo uma importante variável de análise para a compreensão da demanda judicial em saúde (PEPE et al., 2010a).

A representação da Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE-BA) está disponível para qualquer pessoa que não tenha condições financeiras de arcar com os custos da justiça. O fato de grande parte dos autores que recorreram a medicamentos para a diabetes declarar renda de até um salário mínimo é, certamente, um fator que justifica a maior proporção de ações com representação da DP (44,1%) e com gratuidade da justiça (83,1%).

Apesar de os defensores públicos responderem pela maioria das ações, uma parcela importante dos autores teve representação jurídica privada. Isso pode não significar melhor condição socioeconômica dos autores ou que estes poderiam arcar com os custos do processo ou ainda do medicamento, uma vez que 31 (75,6%) que tiveram representação jurídica particular foram beneficiados com a gratuidade da justiça, e 23 (56,1%) se declararam sem renda ou com renda de até um salário mínimo. Trata-se, contudo, de uma questão a ser esclarecida, pois, como salientam Chieffi e Barata (2009), o fato de as ações terem a representação jurídica

privada pode demonstrar que os pacientes arcaram com os custos e que poderiam fazer a aquisição do medicamento pleiteado. Essa situação pode também indicar a existência de interesses além da proteção à saúde, em benefício do mercado farmacêutico, envolvendo médicos e advogados, como apontam Machado e outros (2011).

O maior percentual de médicos não vinculados ao SUS identificado neste estudo sugere que, mesmo o paciente tendo acesso ao serviço privado de saúde, ele recorre ao SUS para obter medicamentos de alto custo. Majoritariamente, foi concedida liminar ou antecipação de tutela visando a garantir o fornecimento do medicamento com urgência. Os magistrados usaram como principal justificativa para a concessão o Art. 196 da Constituição – “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” (BRASIL, 1988) –, tendo como respaldo para a exigência do fornecimento do medicamento a prescrição ou o relatório médico.

O tempo de entrega do medicamento variou de cinco a 270 dias. O fato de em algumas ações não ter sido concedida a tutela no início, mas somente depois, pode estar relacionado ao tempo de espera. Pereira (2013) encontrou uma mediana inferior à achada neste estudo, de 18 dias, com uma variação de um a 647 dias, e também relacionou essa variação à concessão ou não da tutela inicial.

A busca individual por medicamentos junto ao Judiciário tem se mostrado a forma mais rápida de garantia do tratamento. Alguns autores discutem se as ações não estariam privilegiando o individual em detrimento do coletivo, o que não seria compatível com ideia de igualdade do SUS (BORGES; UGÁ, 2009; CHIEFFI; BARATA, 2009). Ainda que seja uma discussão válida, é importante lembrar, seguindo Marques e Dallari (2007), que o direito à assistência farmacêutica depende de uma política pública. E na perspectiva da justiça distributiva, é

O maior percentual de médicos não vinculados ao SUS identificado neste estudo sugere que, mesmo o paciente tendo acesso ao serviço privado de saúde, ele recorre ao SUS para obter medicamentos de alto custo

preciso que as necessidades individuais sejam contempladas pela política pública de medicamentos, beneficiando o coletivo e as próprias necessidades terapêuticas individuais.

Características médico-sanitárias

As insulinas análogas foram as mais requisitadas judicialmente. No estado do Rio de Janeiro, Lima (2012), ao analisar as demandas judiciais de medicamentos entre 2009 e 2010, identificou a insulina aspartate como o medicamento mais requisitado, e os análogos de insulina como o segundo subgrupo farmacológico mais demandado, situação semelhante à encontrada por Leitão (2012) na Paraíba. Em 2006, Chieffi e Barata (2010) identificaram, no estado de São Paulo, que as insulinas lispro e glargina estavam entre os três medicamentos mais solicitados nos processos. A glargina aparece também entre os três medicamentos mais requisitados judicialmente em dois estudos no estado de Minas Gerais, em períodos diferentes (MACHADO et al., 2011; CAMPOS NETO et al., 2012), em Santa Catarina (PEREIRA et al., 2010) e em Pernambuco (MARÇAL, 2012). Percebe-se que a presença das análogas em ações judiciais foi uma tendência ao longo dos últimos anos em diferentes estados do país, inclusive na Bahia.

A origem da prescrição está diretamente relacionada ao vínculo do médico. Das 41 ações com representação jurídica por advogado particular, 38 tiveram prescrição emitida por médicos particulares, o que representa 92,7%. Todas as prescrições do setor privado solicitaram algum tipo de análogo de insulina, o que pode sugerir uma relação entre a área privada médica e jurídica e o setor de medicamentos para diabetes. A origem mais frequente das prescrições de médicos particulares foi também relatada por Campos Neto e outros (2012) e Pereira e outros (2010). Essa situação é oposta ao que foi

observado por Vieira e Zucchi (2007), Sant'Ana e outros (2011), Marçal (2012), Lima (2012) e Conti (2013), que constataram a prevalência das prescrições originadas no SUS.

Para Campos Neto e outros (2012), a sintonia entre médicos e advogados privados pode favorecer os interesses dos laboratórios farmacêuticos, pressionando o sistema público para a incorporação de novos medicamentos. Pereira e outros

(2010) consideram que o Judiciário e a medicina podem estar sendo utilizados para favorecer os interesses dos fabricantes de medicamentos.

Nas ações analisadas neste estudo, a prescrição médica é o elemento que respalda a decisão do Judiciário no deferimento das liminares. O relatório médico, apesar de presente na maioria das ações, não é uma exigência do Judiciário para que se prove a necessidade do medicamento. Segundo Pereira (2013), é uma peculiaridade da prática jurídica no estado do Paraná para as demandas de medicamentos o fato de as ações incluírem documentos adicionais, devido à grande proporção de exigência de antecipação de tutela. Catanheide, Lisboa e Souza (2016) destacam que a prescrição médica é um ponto bem estabelecido no que se refere à prova necessária e suficiente para embasar a sentença judicial no deferimento de liminares. Além disso, Silva (2011) observa que, em geral, não há embasamento científico na justificativa médica e que os relatórios e as prescrições médicas têm mostrado poder nas decisões judiciais para o fornecimento de medicamento, o que se assemelha aos achados deste estudo.

A baixa proporção de prescrições que utilizam o nome genérico é preocupante. Segundo Catanheide, Lisboa e Souza (2016), há um predomínio do nome comercial nas prescrições que buscam o acesso a medicamentos por via judicial. Nas prescrições originadas no âmbito do SUS, no caso

A prescrição médica é o elemento que respalda a decisão do Judiciário no deferimento das liminares. O relatório médico, apesar de presente na maioria das ações, não é uma exigência do Judiciário para que se prove a necessidade do medicamento

deste estudo, a minoria aparecia com o nome genérico. Isso demonstra o desconhecimento e o não cumprimento da Lei dos Genéricos, que estabelece a obrigatoriedade da nomenclatura genérica de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Internacional (DCI) para as prescrições originadas do SUS.

Esse fato mostra que, muitas vezes, as ações são deferidas pelo Judiciário sem exigência dos mínimos critérios para prescrição, conforme estabelecem a Lei dos Genéricos e as normativas do Conselho Federal de Farmácia (2001). Esses critérios incluem data da prescrição, posologia, via de administração, legibilidade, nome do medicamento, nome genérico, no âmbito do SUS, dentre outros. Sant'Ana e outros (2011) também identificaram que as prescrições não seguem os preceitos de boas práticas e, mesmo assim, são deferidas pelo Judiciário. O uso do nome genérico proporcionaria ao Judiciário maior segurança na avaliação da ação e, ao usuário, a garantia do uso correto, evitando possíveis problemas relacionados ao medicamento.

O alto percentual de remédios não pertencentes à lista de medicamentos essenciais se deve ao fato de as insulinas análogas serem os medicamentos mais solicitados. Situação semelhante foi vista nas ações judiciais analisadas por Chieffi e Barata (2009) em São Paulo, que identificaram a associação de algum tipo de insulina análoga com outros medicamentos da rede SUS. Ademais, a identificação de autores que já recebem algum remédio pelo SUS evidencia que a maioria tem acesso a medicamentos do sistema público de saúde.

Vale destacar que os programas Farmácia Popular e Aqui Tem Farmácia Popular, ambos voltados à ampliação do acesso a medicamentos para doenças mais comuns, disponibilizam remédios para diabetes gratuitamente. Esses programas podem ser um fator explicativo do alto percentual de autores que já recebem algum medicamento pelo

SUS e do fato de medicamentos das listas oficiais do SUS não serem objeto principal da ação judicial.

Os programas Farmácia Popular e Aqui Tem Farmácia Popular, ambos voltados à ampliação do acesso a medicamentos para doenças mais comuns, disponibilizam remédios para diabetes gratuitamente

Características político-administrativas

A metformina, a glibenclâmida, a glicazida e a insulina NPH foram os medicamentos identificados nas ações como pertencentes ao componente básico de financiamento da

assistência farmacêutica. Contudo, nenhum deles foi o objeto principal da ação, mas a integravam por estarem associados a algum tipo de insulina análoga. Os demais medicamentos solicitados não estão incluídos nos blocos de financiamento da assistência farmacêutica, segundo a Rename 2014 (BRASIL, 2015).

O fato de todos os medicamentos solicitados para diabetes no estado da Bahia por via judicial estarem registrados na Anvisa é um achado importante. Como bem destacam Nunes e Ramos Jr. (2016), a obrigatoriedade de aprovação pela agência de vigilância sanitária tem base legal e consta na Recomendação nº 31 definida pelo Conselho Nacional de Justiça.

No estado de São Paulo, Chieffi e Barata (2009) identificaram que cerca de 77% dos medicamentos pleiteados não pertenciam aos componentes da assistência farmacêutica do SUS. Outros estudos sobre judicialização encontraram proporção menor, variando de 30,8%, no estado do Rio de Janeiro (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005), 35,4%, no Paraná (PEREIRA, 2013), e 56,7% em Minas Gerais (MACHADO et al., 2011).

CONCLUSÕES

A judicialização do acesso aos medicamentos é um fenômeno relevante e presente na realidade baiana, com impacto nas políticas públicas de

saúde. A caracterização das ações judiciais que requerem medicamentos para a diabetes no estado da Bahia ajudou a elucidar algumas questões importantes para a compreensão do fenômeno da judicialização, apesar da limitação do estudo, que teve que excluir 111 ações pelo fato de estarem incompletas ou digitalizadas de forma ilegível.

O desconhecimento, por parte do Judiciário, da legislação sanitária – que orienta o uso racional da prescrição – e das políticas de medicamentos, principalmente quanto ao uso do nome genérico nas prescrições originadas no SUS, foi algo relevante. Isso demonstra que, neste caso, as ações judiciais foram deferidas sem a observação de todos os critérios relativos à segurança do medicamento. Outra questão constatada neste estudo foi o maior número de autores de ações residentes na capital e em cidades de grande porte, o que indica que os habitantes dessas regiões têm maior acesso aos serviços jurídicos e de saúde.

A questão relativa à renda mensal dos autores das ações ainda não está bem estabelecida. Por um lado, este estudo somou-se a outros que identificaram uma maioria de autores com renda de até um salário mínimo, o que mostra que indivíduos com condições socioeconômicas limitadas tiveram acesso à Justiça. Corroborando este fato, dados referentes à representação jurídica e ao benefício da gratuidade da justiça demonstram a forte atuação da Defensoria Pública do Estado na defesa do direito à saúde. Por outro lado, há estudos sugerindo que os autores das ações judiciais são, em sua maioria, pessoas com boa situação econômico-financeira (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; CHIEFFI; BARATA, 2009; MACHADO et al., 2011).

O número de medicamentos pleiteados na justiça pertencentes ou não ao bloco de financiamento da assistência farmacêutica é uma lacuna que merece ser melhor explorada, principalmente pelo fato

de a Sesab ter incorporado as insulinas análogas na sua lista de medicamentos em 2013.

Assim, continua sendo importante a realização de estudos que aprofundem o conhecimento acerca da judicialização e, em especial, de seus efeitos sobre a equidade ou a iniquidade da atenção à saúde. Ademais, reitera-se a necessidade da busca do diálogo pelos atores envolvidos, direta ou indiretamente, na judiciali-

zação da saúde, particularmente entre os gestores da saúde e representantes do Poder Judiciário. Com isso, talvez seja possível reduzir as ações judiciais, fortalecer a assistência farmacêutica e, principalmente, garantir o direito à saúde, disponibilizando o melhor tratamento, com medicamentos seguros, eficazes e com relação custo/benefício favorável ao SUS.

Outra questão constatada neste estudo foi o maior número de autores de ações residentes na capital e em cidades de grande porte, o que indica que os habitantes dessas regiões têm maior acesso aos serviços jurídicos e de saúde

REFERÊNCIAS

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites para a atuação judicial. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 13-38, mar./jul. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13144/14950>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

BRASIL. Constituição 1988. Constituição Federal República Federativa do Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 4 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: MS, 2012. 444 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologias e Insumos Estratégicos, Departamento de

- Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*: RENAME 2014. 9. ed. rev. e atual. Brasília: MS, 2015. 230 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_essenciais_rename_2014.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2017.
- CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 784-790, out. 2012.
- CATANHEIDE, Izamara Damasceno; LISBOA, Erick Soares; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1335-1356, out./dez. 2016.
- CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421-429, jun. 2010.
- _____. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). Resolução 357, de 27 de abril de 2001. In: _____. *A organização jurídica da profissão farmacêutica*. 3. ed. Brasília: CFF, 2001. 342 p.
- CONTI, Marcela de Andrade. *Avaliação das demandas judiciais por acesso a medicamentos no Distrito Federal*. 2013. 100 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 80-86, fev. 2009.
- FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; GARCIA, Leila Posenato. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 7-19, mar. 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=29&search=bahia>>. Acesso em: 7 jul. 2017.
- LEITÃO, Luana Couto Assis. *Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos no Estado da Paraíba*. 2012. 73 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande, 2012.
- LIMA, Grazielle Silva de. *Demanda judicial de medicamentos e uso de indicadores de avaliação e monitoramento no estado do Rio de Janeiro*. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.
- MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. Direito e saúde: contribuições para o estudo da judicialização. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni. (Org.). *Direito sanitário*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. cap. 26. p. 463-489.
- MACHADO, Marina Amaral de Ávila et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, jun. 2011.
- MARÇAL, Khelle Karolinn de Souza. *A judicialização da assistência farmacêutica: o caso de Pernambuco em 2009 e 2010*. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado)-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- MARQUES, Sílvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 101-107, fev. 2007.
- MESSEDER, Ana Márcia; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; LUIZA, Vera Lúcia. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-534, mar./abr. 2005.
- NUNES, Carlos Francisco Oliveira; RAMOS JÚNIOR, Alberto Novaes. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 192-199, jun. 2016.
- PEPE, Vera Lúcia Edais et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 461-471, mar. 2010a.
- PEPE, Vera Lúcia Edais et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, ago. 2010b.
- PEPE, Vera Lúcia Edais. (Org.). *Manual de indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 56 p.
- PEREIRA, Januária Ramos et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3551-3560, nov. 2010.
- PEREIRA, José Gilberto. *Demandas judiciais de medicamentos no estado do Paraná*: aplicação de indicadores de avaliação e monitoramento e qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários. 2013. 163 f. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- ROMERO, Luiz Carlos. *Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal*. Brasília: Conleg, 2008. 48 p. (Textos para discussão, 41).

SANT'ANA, João Mauricio Brambati et al. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 714-721, ago. 2011.

SILVA, Raquel Tavares Boy da. *Conflitos bioéticos decorrentes do acesso a medicamentos órfãos no Brasil: o exemplo da laronidase para o tratamento da mucopolissacaridose tipo I*. 2011. 132 f. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

SÍNTESE DE INDICADORES SOCIAIS: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 266 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

TORRES, Izamara Damasceno Catanheide. *Análise das ações judiciais de medicamentos na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – 2002 a 2008*. 2010. 67 f. Monografia (Especialização)-Faculdade de Farmácia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

TRAVASSOS, Denise Vieira et al. Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3419-3429, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/31.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n2/5587.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

Artigo recebido em 23 de fevereiro de 2017
e aprovado em 12 de maio de 2017.

Mortalidade materna na Bahia: principais causas de morte e tendência¹

Liane Santiago Andrade*

Gabriella Morais Duarte Miranda**

* Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e especialista em Análise de Situação de Saúde Universidade Federal de Goiás (UFG). Enfermeira sanitária da Superintendência de Vigilância em Saúde.

liane.andrade@saude.ba.gov.br
** Doutora e mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Professora adjunta do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). gabymduarte@yahoo.com.br

Resumo

O presente trabalho apresenta um estudo ecológico que analisa o risco de morte materna em mulheres de 10 a 49 anos de idade na Bahia, no período de 2000 a 2012. Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), da base de dados do estado da Bahia. A tendência temporal foi calculada utilizando os indicadores de razão de mortalidade materna (RMM) para cada agregado, através do modelo de regressão linear simples. A Bahia apresentou tendência de crescimento anual de 1,5 óbito para cada 100 mil nascidos vivos. A maioria das regionais exibiu tendência de crescimento, exceto a oeste e a sudoeste. Apenas as regiões extremo sul e leste tiveram valores estatisticamente significantes, com crescimento médio anual de 4,6 e 2,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos, respectivamente. As causas maternas diretas predominam, embora com menor aumento proporcional (21,7%), quando comparadas com as causas indiretas (84,8%). As mulheres com maior idade, baixa escolaridade e de cor preta/parda apresentaram o maior risco de morte. As elevadas taxas encontradas na Bahia e suas macrorregiões evidenciam o problema como prioridade para políticas de saúde.

Palavras-chave: Mortalidade materna. Saúde da mulher. Tendência temporal. Estatísticas vitais.

Abstract

This ecological study analyzes the risk of maternal death of women aged 10 to 49 years in Bahia from 2000 to 2012. Secondary data from the Mortality Information System (SIM) and Live births (Sinasc) were used, from the database of the state of Bahia. The time trend was performed using the Maternal Mortality Ratio (RMM) indicators for each household, using the simple linear regression model. Bahia presented an annual growth trend of 1.48 deaths per 100,000 live births. Most of the regions have a tendency to grow, except for the West and Southwest regions. Only the extreme south and east had statistically significant values, with an annual average growth of 4.6 and 2.4 deaths per 100,000 live births, respectively. Direct maternal causes predominate, although with less proportional increase (21.7%), when compared with indirect causes (84.8%). Women with greater age, low schooling and who are black/brown were at higher risk of death. The high rates found for Bahia and its macro regions point to the problem as a priority for Health Policy.

Keywords: Maternal mortality. Women's health. Temporal trends. Vital statistics.

¹ Este artigo é produto do trabalho de conclusão de curso de especialização apresentado no Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP).

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um marcador da qualidade de vida de uma população, pois, ao identificar as mortes precoces, evitáveis, que, em sua maioria, atingem mulheres com menor acesso aos bens sociais, caracteriza o desenvolvimento social e médico-científico local (BRASIL, 2012a). A análise de sua magnitude e principais causas tem sido tema de diversas discussões e investigações científicas por evidenciar a qualidade da atenção à saúde da mulher (MORSE, 2011). Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2010).

Países mais desenvolvidos, como França, Itália e Alemanha, por exemplo, apresentam uma razão de mortalidade materna entre quatro e dez óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, demonstrando uma relação direta com o desenvolvimento socioeconômico e de organização dos serviços de saúde (BITTENCOURT, 2013). Por outro lado, em países das regiões da África Subsaariana e parte da Ásia, os riscos de uma mulher morrer durante a gravidez, parto ou puerpério podem ultrapassar 1.000 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BITTENCOURT, 2013; GONZALEZ, 2010).

Apesar destas disparidades, segundo as Nações Unidas (UNITED NATIONS, 2012), há uma tendência de redução dos óbitos maternos em relação aos dados de 1990 (47%), embora o quadro ainda esteja distante da meta proposta para o milênio (redução de 75% até 2015). No Brasil, entre 1990 e 2011, a mortalidade materna caiu de 141 para 64 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. No entanto, a velocidade desta queda sofreu uma redução desde 2001, passando a exibir níveis estáveis (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014, 2012a; VICTORA et al., 2011).

Em artigo recente sobre a mortalidade materna no Brasil e suas regiões no período de 2001 a 2012, Silva e outros (2016) destacam a tendência de diminuição da razão de mortalidade materna para o Nordeste e o Sul, com redução de três e de seis mortes maternas por 100 mil nascidos vivos a cada ano, respectivamente. Entretanto, na Região Centro-Oeste, houve um incremento de três mortes maternas por 100 mil nascidos vivos a cada ano. Nas demais regiões e no Brasil, os valores de RMM mostraram-se estáveis. A RMM mais elevada no Brasil foi encontrada no ano de 2009 (77 por 100 mil nascidos vivos), e a mais baixa, no ano de 2012 (65 por 100 mil nascidos vivos). Utilizando-se fator de correção, dentre as cinco regiões do país, a maior RMM foi registrada no ano de 2005 na Região Nordeste (118 por 100 mil nascidos vivos), e a menor, no ano de 2011, na Região Sul (49 por 100 mil nascidos vivos).

As causas predominantes são as obstétricas diretas (67%), principalmente as hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, que se mantêm como as principais responsáveis pela mortalidade materna ao longo das últimas décadas (BRASIL, 2012a).

Ressalta-se que, na análise da tendência temporal da razão de mortalidade materna, deve-se considerar as melhorias nas estatísticas vitais, o que requer cuidado e metodologias adequadas para comparações (VICTORA et al., 2011; LAURENTI et al., 2000, 2008). Nos últimos anos, algumas ações vêm sendo realizadas para melhorar a cobertura e a qualidade das informações sobre mortes maternas e para reduzir os óbitos. Citam-se a implantação e a estruturação de comitês de mortalidade materna, a institucionalização da Vigilância do Óbito Materno (BRASIL, 2008), o projeto para a busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal (SZWARCOWALD et al., 2011) e a organização e implementação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011a, 2011b).

Entretanto, apesar das evidências de diminuição nas razões de óbitos maternos nos últimos 30 anos, alguns artigos já apontam para o não alcance

da meta do milênio de redução de três quartos da mortalidade materna entre 1990 e 2015 (BRASIL, 2012a; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; VICTORA et al., 2011). Segundo os dados oficiais do Ministério da Saúde/Datasus-SIM, o Brasil não atingiu a meta em 2015 (BRASIL, 2017). Além disso, a produção científica sobre esta temática na Região Nordeste e, em especial, na Bahia ainda é insuficiente, concentrando-se na Região Sudeste do país (MORSE et al., 2011).

Monitorar a morte materna é necessário para identificação de áreas prioritárias para investimentos, levantamento de hipóteses causais, produção de informações que possam apoiar os gestores na tomada de decisão e identificação da necessidade de investigações futuras. Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi analisar a tendência da mortalidade materna e suas principais causas e características sociodemográficas e reprodutivas no estado da Bahia e macrorregiões, no período de 2000 a 2012.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo agregado, de série temporal e espacial da mortalidade materna em mulheres de 10 a 49 anos residentes na Bahia, no período de 2000 a 2012. As unidades de análise empregadas foram ano/calendário e estado e suas nove macrorregiões de saúde (BAHIA, 2013).

O estado da Bahia está localizado na Região Nordeste do Brasil e possui área territorial de 564.733,177 km², população de 14.016.906 habitantes, em 2010, e densidade demográfica de 24,82 hab./km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). É composto por 417 municípios, organizados em nove macrorregiões (BAHIA, 2013).

As macrorregiões leste, sul e extremo sul compõem a região do litoral. As outras mais centrais e continentais também constituem parte do sertão nordestino. A macrorregião leste é a mais populosa, onde está localizada a capital do estado, Salvador, com 2.675.656 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Esta concentração se reflete também nos nascimentos, óbitos totais e óbitos entre mulheres em idade fértil, de modo que a

macrorregião leste e a centro-leste ocupam, respectivamente, a primeira e a segunda posição no que se refere à magnitude de ocorrência desses eventos vitais. As macrorregiões sudoeste e centro-leste têm o maior número de municípios, representando, respectivamente, 17,5% e 17,3% do total do estado.

No ano de 2012, todas as macrorregiões de saúde da Bahia apresentaram número de leitos obstétricos superior ao mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de 0,28 leito para cada mil habitantes da população SUS-dependente (BRASIL, 2011a). As menos populosas, como extremo sul (87,8%) e centro-norte (82,8%), possuíam as melhores coberturas da Estratégia de Saúde da Família. Dentre as quatro macrorregiões com cobertura da Estratégia de Saúde da Família acima de 75%, apenas a Sudoeste tinha mais de 50% das mães com sete ou mais consultas de pré-natal (56,1%). Apesar do baixo percentual de cobertura (36,4%), na macrorregião leste, 46,2% das mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal naquele ano.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), a macrorregião leste apresentou as mais baixas taxas de analfabetismo (7,2%) e proporção da população com renda inferior a um quarto do salário mínimo (18,9%). Nas demais macrorregiões, esses indicadores exibiram médias superiores às observadas no estado, 16,2% e 28,4%, respectivamente.

Monitorar a morte materna é necessário para identificação de áreas prioritárias para investimentos, levantamento de hipóteses causais, produção de informações que possam apoiar os gestores na tomada de decisão e identificação da necessidade de investigações futuras

Os sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), disponibilizados pela Diretoria de Informação em Saúde (DIS) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), foram as fontes de dados para realizar o cálculo da razão de mortalidade materna (BAHIA, 2017; BRASIL, 2009b).

Foram consideradas como mortes maternas aquelas incluídas no Capítulo XV da CID - 10 – Gravidez, Parto e Puerpério, exceto os óbitos maternos tardios (O96) e por sequelas (O97), acrescentando-se as mortes consideradas maternas classificadas em outros capítulos: doença causada pelo HIV (B20 - B24), desde que a mulher esteja grávida no momento da morte ou tenha estado grávida até 42 dias antes da morte; neoplasia de placenta (D39.2); necrose pós-parto da hipófise (E23.0); osteomalácia puerperal (M83.0); tétano obstétrico (A34); e transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53). Foram utilizados os conceitos de morte materna e óbitos maternos diretos e indiretos apresentados no Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno (BRASIL, 2009b).

A descrição de algumas características da mortalidade materna foi realizada segundo variáveis sociodemográficas (faixa etária, raça/cor, escolaridade e estado civil); obstétricas (período de ocorrência do óbito - durante gravidez, parto ou aborto; durante o puerpério, até 42 dias); tipo de causa obstétrica (direta e indireta); e principais causas obstétricas diretas e indiretas, as quais foram agrupadas nos quatro triênios do período 2001 a 2012. Em seguida, calculou-se a razão de mortalidade materna/RMM (geral e específica), dividindo-se o somatório do número de óbitos maternos no período em análise pelo somatório do número de nascidos vivos no mesmo período, multiplicado por 100.000, conforme a categoria especificada no numerador e denominador. Apenas para a variável raça/cor foi

utilizado no denominador o total de nascidos vivos sem discriminar a raça/cor da mãe, pois o campo só foi inserido na declaração de nascidos vivos em 2011 (BRASIL, 2013).

Para avaliação da tendência temporal deste indicador, segundo as variáveis numéricas discretas (idade e escolaridade), foi utilizado o teste qui-quadrado de tendência linear, definido como $Y = \alpha + \beta \text{ ano}$, sendo α o intercepto e β o incremento (acréscimo ou decréscimo) médio no período. O qui-quadrado de Pearson foi empregado para as variáveis categóricas (raça/cor e estado civil). Foi considerado como favorável o nível de significância estatística de 5,0%. As informações classificadas como ignoradas não foram consideradas para o cálculo dos testes.

Para a construção do banco de dados, foram utilizados os softwares Tabwin 36b e Microsoft Excel 2010, e para análise dos dados, os softwares R e Bioestat.

O presente estudo foi realizado com dados secundários de domínio público, e, portanto, o seu registro e avaliação pelo sistema CEP/Conep não é necessário, conforme dispõe o Artigo 1º, Parágrafo Único, item III da Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

RESULTADOS

Entre os anos de 2000 e 2012, ocorreu, no estado da Bahia, uma média anual de 159 óbitos maternos. A RMM passou de 50,9 para 70,5, entre 2000 e 2012, com um crescimento anual de 1,5 óbito materno para cada 100 mil nascidos vivos. A tendência de crescimento estatisticamente significativa deste indicador representou, em todo o período, um aumento de 38,5%. A partir de 2003, os valores ficaram mais próximos, variando entre 68,4 (2007) e 72,4 (2003), exceto no período de 2008 a

2010, no qual houve uma elevação para 91,2/100 mil nascidos vivos em 2009 (Gráfico 1 e Tabela 1).

As causas diretas de óbitos maternos predominaram durante o período estudado (Gráfico 1). A RMM por causa direta passou de 37,2 para 45,2, entre 2000 e 2012, representando um aumento de 21,7%. Em relação às causas indiretas, a razão específica apresentou um maior crescimento proporcional em 2012 (84,8%), quando comparada ao ano 2000.

Em 2000, a mortalidade por causas diretas era 3,1 vezes superior à mortalidade por causas indiretas. Essa relação caiu para 2,02 vezes em 2012. Nos anos de 2002 e 2005, houve queda das causas diretas e elevação das causas indiretas, diferentemente de 2009, quando ambas registraram elevação (Gráfico 1).

Dentre as macrorregiões da Bahia, observou-se uma tendência de crescimento da RMM, exceto nas regiões oeste e sudoeste. Apenas extremo sul e leste tiveram valores estatisticamente

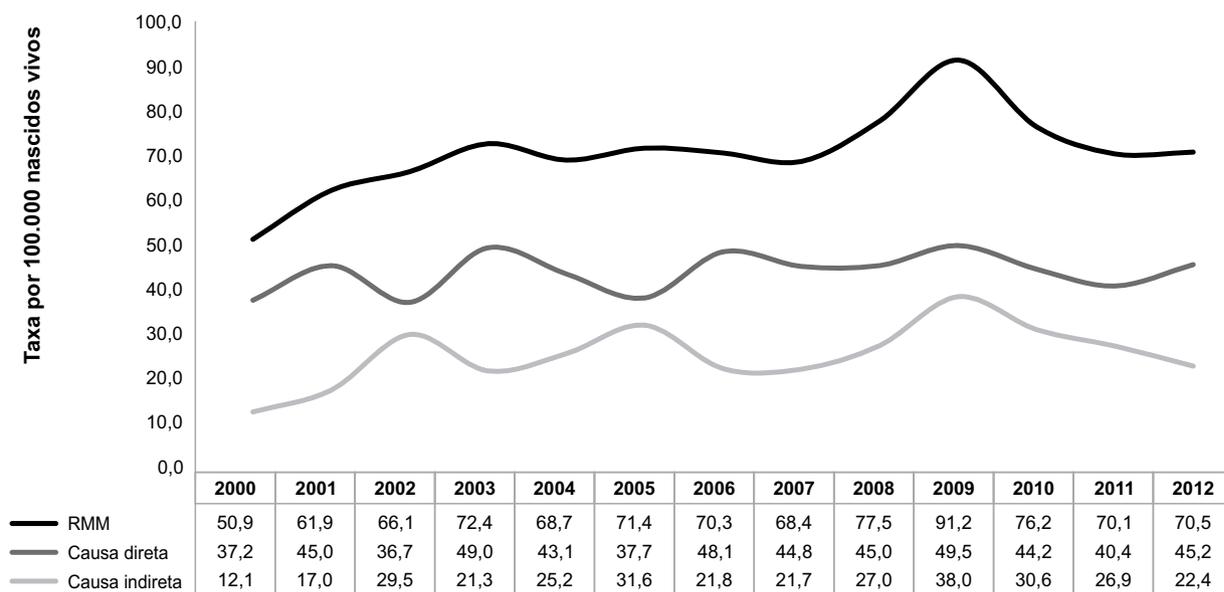


Gráfico 1
Razão de mortalidade materna geral e por tipo de causa obstétrica – Bahia – 2000-2012

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS. Base de dados SIM e Sinasc.

Tabela 1
Razão de mortalidade materna e incremento anual (β) e valor de ρ , segundo as macrorregiões Bahia – 2000-2012

Macrorregião	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	β	ρ
Bahia	50,9	61,9	66,1	72,4	68,7	71,4	70,3	68,4	77,5	91,2	76,2	70,1	70,5	1,48	0,02
Centro-leste	54,6	40,5	58,1	76,2	49,9	38,4	87,5	79,2	76,1	82,7	74,6	79,7	41,1	1,62	0,24
Centro-norte	52,4	40,9	66,1	85,2	60,4	74,9	59,1	95,6	82,8	107,6	74,2	56,4	51,4	1,30	0,38
Extremo sul	35,2	50,7	64,7	94,5	113,4	104,1	88,6	64,9	35,3	109,8	128,1	104,1	112,2	4,58	0,04
Leste	33,1	53,2	67,5	54,9	49,8	58,0	59,7	56,2	85,7	73,6	94,4	56,6	65,2	2,44	0,03
Nordeste	51,5	63,9	64,0	109,2	51,9	67,1	87,2	102,9	110,2	148,6	68,4	50,5	78,2	2,10	0,36
Norte	62,3	81,2	51,8	80,9	66,9	115,4	80,9	83,6	100,2	76,8	63,5	81,4	113,4	2,07	0,15
Oeste	98,5	58,8	82,7	66,1	72,4	40,1	94,3	60,4	47,5	99,5	49,5	108,9	49,1	-0,59	0,80
Sudoeste	68,7	90,1	70,4	67,3	94,0	91,2	58,3	51,1	31,0	96,5	49,3	53,4	75,6	-1,68	0,28
Sul	46,0	71,8	69,2	65,9	94,4	92,0	57,0	66,1	109,9	81,5	60,1	75,8	82,7	1,40	0,29

Fontes: Sesab/Suvisa/DIS. Base de dados SIM e Sinasc.

Nota: A RMM foi calculada com dados diretos, sem aplicação de fatores de correção. Aplicado modelo de regressão linear simples ($Y = \alpha + \beta \text{ ano}$), sendo α o intercepto e β o incremento (acréscimo ou decréscimo) médio no período.

significantes, com crescimento médio anual de 4,6 e 2,4 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, respectivamente.

As RMM nas macrorregiões apresentaram padrão irregular na série temporal. O maior valor da razão de mortalidade materna foi registrado em 2009, na macrorregião nordeste (148,6 por 100 mil nascidos vivos), e o menor valor foi na sudoeste, em 2008 (31,0 por 100 mil nascidos vivos).

Na Tabela 2, é possível observar que, das nove macrorregiões, cinco tiveram as causas diretas com tendência de aumento. As exceções foram leste, nordeste, oeste e sudoeste, embora sem significância estatística. A macrorregião nordeste, em 2003, apresentou maior valor da RMM por causas diretas (94,6 por 100 mil nascidos vivos), e a extremo sul teve o menor no ano de 2009 (14,1 por 100 mil nascidos vivos).

Para as causas maternas indiretas, todas as macrorregiões mostraram tendência de aumento, exceto sudoeste e sul. Apenas leste e extremo sul tiveram valores estatisticamente significantes, com um incremento anual de 2,4 e 1,7 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, respectivamente. A macrorregião centro-leste apresentou, em 2009, o maior valor da RMM por causas indiretas (107,6 por 100 mil nascidos vivos), e a norte, o menor registro em 2001 (5,1 por 100 mil nascidos vivos). Destaca-se a ausência de registro de óbito materno por causas indiretas no ano de 2000, para a macrorregião centro-norte.

Relacionando os tipos de causa materna, entre as macrorregiões, nos anos inicial e final, a oeste destaca-se em 2000, quando a mortalidade por causas diretas foi cerca de 6,0 vezes superior à mortalidade por causas indiretas. Em 2012, o destaque foi para a sul, que apresentou uma relação de aproximadamente 9,0 óbitos maternos diretos para cada um indireto. Ainda nesse ano, observou-se que as causas indiretas apresentaram números maiores que as diretas nas macrorregiões leste e centro-leste.

Analisando-se algumas características sociodemográficas da RMM no estado (Tabela 3), notou-se que, quanto maior a idade das mulheres, maior o risco de morte materna, e esta

tendência foi estatisticamente significativa nos quatro triênios ($p < 0,0001$). Observou-se uma relação inversa, estatisticamente significativa, entre a mortalidade materna e o nível de escolaridade nos quatro triênios ($p < 0,0001$). Foi muito elevado o valor da RMM,

principalmente no último triênio, entre mulheres com nenhuma escolaridade (254,6 por 100 mil nascidos vivos de mães sem escolaridade), quando comparado com o daquelas com 12 anos e mais de estudo (36,5 por 100 mil nascidos vivos de mães com 12 e mais anos de estudo escolaridade).

Em relação à cor/raça, as mulheres de cor preta/parda apresentaram maior risco de morte quando comparadas com as brancas. O teste qui-quadrado de Pearson indicou significância estatística para todos os triênios estudados. No quesito estado civil, no triênio 2001-2003, a RMM foi mais elevada entre as mulheres solteiras, enquanto que, nos outros períodos, esta razão foi maior entre as casadas. Entretanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes.

Dentre as causas diretas, destacam-se os transtornos hipertensivos e hemorragias, nesta ordem, para todos os triênios. Em relação às indiretas, predominam as doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho respiratório. Quanto aos óbitos por aids, observa-se um incremento de 96,4% entre os triênios 2001-2003 e 2010-2012 (Tabela 4).

DISCUSSÃO

No período de 2000 a 2012, o estado da Bahia apresentou tendência de crescimento da mortalidade materna, com incremento anual de 1,5 óbito materno

Dentre as causas diretas, destacam-se os transtornos hipertensivos e hemorragias, nesta ordem, para todos os triênios. Em relação às indiretas, predominam as doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho respiratório

Tabela 2
Razão de mortalidade materna por causa obstétrica, incremento anual (β) e valor de p segundo as macrorregiões – Bahia – 2000-2012

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	β	p
Bahia															
Causa direta	37,2	45,0	36,7	49,0	43,1	37,7	48,1	44,8	45,0	49,5	44,2	40,4	45,2	0,38	0,26
Causa indireta	12,1	17,0	29,5	21,3	25,2	31,6	21,8	21,7	27,0	38,0	30,6	26,9	22,4	0,88	0,08
Leste															
Causa direta	24,4	32,5	37,5	32,0	38,9	32,9	34,6	35,9	40,5	26,6	36,8	25,1	30,2	-0,08	0,84
Causa indireta	8,6	20,7	30,0	21,3	10,9	25,1	25,1	20,3	42,1	47,0	56,0	29,9	33,4	2,38	0,01
Centro-leste															
Causa direta	41,0	32,4	19,4	43,5	30,5	17,7	62,5	42,7	51,7	33,7	52,9	42,9	28,5	0,82	0,42
Causa indireta	32,8	20,4	92,5	72,1	47,0	47,7	59,1	73,5	52,7	107,6	57,7	88,7	34,3	1,95	0,32
Nordeste															
Causa direta	29,4	55,9	35,6	94,6	44,4	22,4	47,5	79,1	55,1	90,8	34,2	33,7	34,8	-0,10	0,96
Causa indireta	22,1	8,0	28,5	14,6	7,4	37,3	39,6	23,7	47,2	24,8	34,2	0,0	26,1	0,57	0,60
Centro-norte															
Causa direta	45,9	27,2	33,0	52,4	40,2	20,4	51,7	51,5	37,7	76,8	49,5	40,3	25,7	0,60	0,61
Causa indireta	-	13,6	33,0	26,2	20,1	47,7	7,4	44,1	30,1	30,7	24,7	16,1	25,7	0,90	0,39
Norte															
Causa direta	36,4	76,1	36,3	50,6	51,4	83,9	63,5	72,4	66,8	43,9	46,2	46,5	89,5	1,15	0,41
Causa indireta	20,8	5,1	15,6	30,4	15,4	26,2	17,3	5,6	16,7	27,4	17,3	29,1	17,9	0,46	0,47
Oeste															
Causa direta	84,4	51,5	37,6	52,9	50,6	26,7	58,0	37,7	40,8	49,8	28,3	74,9	35,1	-1,29	0,33
Causa indireta	14,1	7,4	45,1	13,2	21,7	13,4	36,3	22,6	6,8	49,8	21,2	34,0	14,0	0,70	0,53
Sudoeste															
Causa direta	44,7	64,9	45,8	49,6	36,2	51,1	50,5	23,6	19,3	60,3	41,1	37,0	50,4	-0,84	0,41
Causa indireta	17,2	25,2	24,7	14,2	57,9	36,5	7,8	27,5	7,7	36,2	4,1	16,4	16,8	-0,94	0,41
Sul															
Causa direta	36,2	45,7	39,5	46,1	48,9	37,5	39,2	58,8	75,8	54,3	40,1	43,9	74,4	1,77	0,07
Causa indireta	9,9	26,1	29,6	19,8	42,3	54,5	14,2	7,3	26,5	23,3	20,0	27,9	8,3	-0,59	0,58
Extremo sul															
Causa direta	26,4	33,8	50,3	72,7	70,9	62,4	59,1	36,0	14,1	87,8	90,5	66,9	74,8	2,87	0,10
Causa indireta	8,8	16,9	14,4	14,5	42,5	34,7	29,5	21,6	21,2	22,0	30,2	37,2	37,4	1,66	0,03

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS. Base de dados SIM e Sinasc.

para cada 100 mil nascidos vivos. No estudo de Silva e outros (2016), que utilizou fator de correção para o cálculo da mortalidade materna, no período de 2001 a 2012, a RMM no Brasil não apresentou tendência de crescimento ou diminuição. Nas regiões Nordeste e Sul do país, foi observada uma tendência significativa de redução de três e seis mortes por 100 mil nascidos vivos a cada ano, respectivamente. A Região Centro-Oeste, assim como a Bahia, exibiu uma tendência significativa de crescimento, com incremento de três mortes maternas por 100 mil nascidos vivos a cada ano.

Dentre as macrorregiões da Bahia, a extremo sul e a leste tiveram valores estatisticamente significantes, com crescimento médio anual de 4,6 e 2,4 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, respectivamente. Nota-se um incremento anual bem maior que o observado para o estado. Apenas as regiões oeste e sudoeste mostraram uma tendência de redução semelhante à encontrada para o Nordeste do país, embora sem significância estatística.

Comparando-se os valores da RMM corrigida em 2012 divulgados por Silva e outros (2016), a

Tabela 3
Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos), segundo faixa etária, escolaridade, cor da pele e estado civil Bahia – triênios 2001-2012

Variável	2001-2003	2004 -2006	2007 -2009	2010-2012
Faixa etária (anos)(1)				
10 - 19	45,9	43,3	35,4	45,6
20 - 34	56,7	58,1	66,8	65,6
35 - 49	226,7	246,0	257,3	166,9
p-valor	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Escolaridade (anos)(1)				
Nenhuma	112,4	186,2	235,2	254,6
1 - 3	48,1	66,4	106,6	106,9
4 - 7	32,3	37,6	48,5	58,5
8 - 11	23,8	26,3	35,1	32,8
12 e mais	19,4	34,5	37,4	36,5
p-valor	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Cor/raça(2)				
Branca	11,7	11,7	10,3	9,7
Preta + Parda	38,8	47,2	59,4	56,0
p-valor	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Estado civil(3)				
Solteira	73,6	56,1	59,8	66,4
Casada	59,1	61,1	74,4	71,7
p-valor	0,11	0,54	0,11	0,61

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS. Base de dados SIM e Sinasc.

Notas: (1) Qui-quadrado de tendência linear (excluídas as mães com informação ignorada).

(2) Qui-quadrado de Pearson (excluídas as mães classificadas com cor amarela, indígena e ignorada. Para cálculo da RMM específica foi utilizado no denominador o total de nascidos vivos sem discriminar a raça/cor da mãe, o campo cor da mãe só foi inserido na declaração de nascidos vivos em 2011).

(3) Qui-quadrado de Pearson (excluídas as mães classificadas com viúva, separada, outros e com informação ignorada).

mortalidade materna na Bahia, mesmo sem considerar o fator de correção, encontra-se entre os índices do Brasil (65 por 100 mil nascidos vivos) e do Nordeste (78 por 100 mil nascidos vivos). Segundo estudo do Ministério da Saúde, o Brasil, nos últimos 20 anos, apresentou uma tendência de queda da RMM, com redução da velocidade a partir de 2000 – período do estudo –, alcançando, em 2010, uma razão corrigida de 68 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012a).

Nas macrorregiões extremo sul, nordeste, norte e sul, a mortalidade materna está acima da encontrada para a Região Nordeste do país. Em alguns anos, foram observados valores semelhantes aos

do sudoeste da Ásia, de 100 óbitos por 100 mil nascidos vivos (UNITED NATIONS, 2012).

No presente estudo, deve-se tomar como limitação a utilização do método direto para cálculo da RMM, considerando-se a cobertura e qualidade das bases de dados do SIM e do Sinasc, bem como o elevado percentual de óbitos com causa mal definida na Bahia (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2012). A magnitude da mortalidade poderia ter sido ainda maior caso fosse aplicado o fator de correção estimado para o Nordeste do país (LUIZAGA et al., 2010). Entretanto, segundo Borges e outros (2013), deve-se ter cautela no uso desse fator, pois, em algumas regiões, os dados obtidos diretamente do SIM podem já estar corrigidos por investigação sistemática dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva.

Além disso, resultados que aparentemente apresentam-se contraditórios, podem estar relacionados ao processo de implementação/ estabilização de ações e a questões regionais de funcionamento dos serviços gerenciais, assistenciais e de vigilância. Ou seja, a qualificação da atenção obstétrica levaria à redução da RMM, enquanto que as ações para a melhoria da informação, bem como a implementação da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil, determinam o aumento da notificação de óbitos maternos (BRASIL, 2012a; SILVA et al., 2016).

Deve-se considerar, durante os anos, o trabalho de investigação e identificação dos óbitos maternos, seja pelos comitês implantados no final da década de 1980 (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003), seja pela atuação da vigilância epidemiológica regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1172/2004, seguida da Portaria GM/MS nº 1119/2008 (JORGE; LAURENTI; DI NUBILA, 2010). Porém, várias ingerências têm comprometido o funcionamento pleno desses espaços, interferindo no resgate e na qualificação das informações da mortalidade materna, o que justifica as oscilações na série histórica apresentada (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003).

Ademais, a elevação da RMM observada no ano de 2009 pode estar relacionada à pandemia

Tabela 4
Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos), segundo período de ocorrência do óbito, tipo de causa obstétrica, causa obstétrica direta e indireta
Bahia – triênios 2001-2012

Variável	2001-2003	2004 -2006	2007 -2009	2010-2012
Período de ocorrência do óbito(1)				
Durante a gravidez, parto ou aborto	18,0	31,5	44,0	27,4
Durante o puerpério, até 42 dias	5,6	12,7	25,3	32,6
Causa obstétrica				
Direta	43,5	42,9	46,4	43,3
Indireta	22,6	26,2	28,9	26,6
Causa obstétrica direta				
Transtornos hipertensivos (O12-O16)	12,8	10,5	13,0	11,3
Hemorragias (O46.9, O47.9, O72.0-O72.3)	10,0	9,5	7,3	7,8
Infecções (O85, O86.0-O86.8)	5,5	2,2	3,8	3,4
Gravidez que termina em aborto (O00-O08)	6,0	7,9	5,7	6,3
Aborto (O03-O07)	3,9	5,0	3,0	2,8
Causa obstétrica indireta				
Aids (B20-B24)	0,6	1,9	1,7	1,1
Anemia (O99.0)	2,8	1,2	1,8	2,0
Doenças do aparelho circulatório (O99.4)	7,0	8,6	5,3	7,7
Doenças do aparelho respiratório (O99.5)	5,2	2,9	3,6	3,4
Outras doenças infecciosas e parasitárias maternas (O98.8)	1,0	2,2	0,8	0,9

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS. Base de dados SIM e Sinasc.

Nota: (1)Excluídos os óbitos durante o puerpério de 43 dias a um ano.

de gripe pelo vírus da influenza A (H1N1) que atingiu o Brasil (BRASIL, 2012a), bem como à regulamentação da Vigilância de Óbitos Maternos em 2008 (BRASIL, 2008).

Seguindo a recomendação da OMS de valores “aceitáveis” para a mortalidade materna (20 óbitos por 100 mil nascidos vivos), as razões encontradas podem ser classificadas como elevadas, próprias de países em desenvolvimento da América Latina (UNITED NATIONS, 2012). Considerando o que foi encontrado em 2012, a Bahia e o Brasil deveriam reduzir a mortalidade, alcançando a meta proposta para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em 2015 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; SILVA et al., 2016), o que não ocorreu, segundo dados preliminares de mortalidade materna do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Quanto ao tipo de causa das mortes, constata-se um predomínio das causas maternas diretas, embora com menor aumento proporcional no

período estudado (21,7%), quando comparadas com as causas indiretas (84,8%). Situação diversa foi encontrada por Carreno, Bonilha e Costa (2012) no Rio Grande do Sul, com aumento de causas indiretas e redução das diretas, comparando os anos de 2004 e 2007. Esse comportamento foi encontrado nas macrorregiões leste, nordeste e oeste, embora sem significância estatística. Ressalta-se que os valores encontrados foram superiores aos do Rio Grande do Sul, com 27,7 óbitos por causas diretas e 20,2 óbitos por causas indiretas por 100 mil nascidos vivos, em 2007 (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012).

A maioria das macrorregiões exibiu tendência de aumento das causas indiretas, sendo que a leste e a extremo sul tiveram valores estatisticamente significantes. Algumas discrepâncias regionais podem ser observadas, por exemplo, na macrorregião sul, onde a mortalidade materna por causas diretas era nove vezes superior à por causas indiretas em 2012.

No estado, dentre as causas diretas, há destaque para os transtornos hipertensivos e hemorragia, assim como foi encontrado por Silva e outros (2016) para o Nordeste, nos anos de 2001 e 2006, e por Carreno, Bonilha e Costa (2012) para o Rio Grande do Sul, no período de 2004 a 2007. Em relação às causas indiretas, predominam as doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho respiratório. Chama a atenção a elevação dos casos de óbito materno por aids, quando comparados os triênios 2001-2003 e 2010-2012.

Observa-se um indicativo de mudança no perfil das causas dos óbitos maternos com uma melhor identificação e classificação dos óbitos maternos, principalmente após a investigação de mortes não declaradas, identificação de doenças preexistentes que complicaram a gravidez e posterior reclassificação dos óbitos (causa indireta). Entretanto, os estudos ainda demonstram o predomínio das causas maternas diretas (BRASIL, 2009b, 2012a).

Em relação a alguns fatores de risco para a mortalidade materna, o estudo apontou um risco crescente de morte materna com a elevação da idade. No triênio 2010 a 2012, mulheres acima de 35 anos de idade apresentaram 3,7 vezes maior chance de morrer por causa materna do que aquelas na faixa etária de 10 a 19 anos, o que corrobora outros estudos (BRASIL, 2010; LEITE et al., 2011). Situação inversa foi identificada com a escolaridade: quanto maior, menor o risco de morte (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012). Destaca-se o valor elevado da razão específica entre mulheres sem nenhuma escolaridade, quando comparadas com aquelas com 12 anos e mais de estudo. Este contexto reafirma a relação direta entre a mortalidade materna e as condições socioeconômicas da região em estudo.

Observa-se um indicativo de mudança no perfil das causas dos óbitos maternos com uma melhor identificação e classificação dos óbitos maternos, principalmente após a investigação de mortes não declaradas, identificação de doenças preexistentes que complicaram a gravidez e posterior reclassificação dos óbitos (causa indireta)

Quanto à raça/cor, as mulheres de cor preta/parda apresentaram maior risco de morte quando comparadas com as brancas, situação também identificada em outros estudos (BORGES et al., 2013; CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012; BRASIL, 2012a). O cálculo RMM por raça/cor teve uma limitação porque apenas após a reformulação do formulário de declaração de nascidos vivos, em 2011, foi inserido o campo raça/cor da mãe do recém-nascido (BRASIL, 2013).

Este contexto traduz a relação das desigualdades sociais e dificuldade de acesso, baixa qualidade do atendimento, além das limitações da formação de alguns profissionais de saúde em relação aos riscos específicos aos quais as mulheres de raça negra estão expostas (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012). Além disso, fatores relacionados à predisposição biológica na população negra para o desenvolvimento de hipertensão, bem como para doença falciforme, por exemplo, devem ser considerados.

Quanto ao estado civil, no triênio 2001-2003, as maiores RMM estavam relacionadas às mulheres solteiras, enquanto que, nos demais períodos, foram superiores entre as casadas. Entretanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Este achado também foi relatado por Leite e outros (2011). Por outro lado, outros estudos apontam que a presença de um companheiro no período gravídico-puerperal torna-se um fator de proteção relevante na redução da morbimortalidade materna (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012; BORGES et al., 2013).

A análise dessas variáveis deve considerar as mudanças que ocorreram nos formulários de declaração de óbito e de nascidos vivos em 2011, que comprometeram o preenchimento e a consolidação dos dados, o que pode ter contribuído para a elevada frequência de óbitos maternos com “informação

ignorada” em relação às variáveis raça/cor, escolaridade e estado civil (BRASIL, 2013).

Quanto às variáveis obstétricas, observou-se um predomínio dos óbitos “durante a gravidez, parto ou aborto” nos primeiros triênios, invertendo-se a situação no triênio 2010 a 2012 para o puerpério. Segundo Carreno, Bonilha e Costa (2012), o momento do parto e do pós-parto imediato apresentou maior frequência de óbitos maternos no Rio Grande do Sul, apontando que este é o momento mais vulnerável do período gravídico-puerperal, principalmente por estar relacionado a questões administrativas e técnicas da atenção obstétrica. Recomenda-se um estudo mais detalhado para avaliação do aumento dos óbitos no puerpério, provavelmente relacionado às condições de alta hospitalar e acompanhamento insatisfatório da puérpera na atenção básica. Apesar das limitações na realização deste estudo, os achados apontaram características sociodemográficas e obstétricas importantes a serem consideradas no desenvolvimento da política de saúde no estado e suas regiões.

CONCLUSÕES

A mortalidade materna na Bahia e em todas as regiões deve ser uma prioridade na política de saúde do estado, por apresentar valores elevados, com tendência de crescimento nos últimos anos, exceto nas regiões oeste e sudoeste. No entanto, deve-se ter cautela na análise da tendência, devido à influência de vários fatores que contribuem para a redução ou para a elevação (ampliação da atenção obstétrica, atuação da vigilância do óbito e melhoria da qualidade da informação). Os valores encontrados indicam que não houve uma redução importante para alcançar a meta prevista para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Considerando o elevado grau de evitabilidade dos óbitos maternos, as ações até então realizadas devem ser reforçadas ou reconduzidas para a qualificação da atenção à saúde reprodutiva, ampliando a investigação dos óbitos e melhorando as informações em saúde.

REFERÊNCIAS

- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Regiões de saúde do Estado da Bahia: 2007 a 2013*. [Salvador]: Sesab, 2013. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/PDR_POP2012_atualizado10-07-2013.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2014.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Portal de Vigilância da Saúde. *Informação em saúde*. 2017. Disponível em: <<http://www.suvisa.ba.gov.br/content/%C3%B3bito>>. Acesso em: 30 mar. 2017.
- BITTENCOURT, S. D. de A. (Org.) *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade*. Rio de Janeiro: EaD; Ensp, 2013.
- BORGES, C. L. et al. Evolução temporal e diferenciais intra-urbanos da mortalidade materna em Aracaju, Sergipe, 2000-2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 307-316, jun. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de outubro de 1996, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, resolve: Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 out. 1996.
- _____. Portaria nº 1119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. *[Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 05 jun. 2008
- _____. *Manual para investigação do óbito com causa mal definida*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- _____. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- _____. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *[Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 24 jun. 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 16 jun. 2014.
- BRASIL. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha. *[Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 5 out. 2011b. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mortalidade/Portaria-1119_Materna.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2014.

BRASIL. Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010. In: BRASIL. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. p. 347-346.

_____. Departamento de Informática do SUS. *Informações de Saúde (Tabnet)*. 2012b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

_____. *Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM*: consolidação da base de dados de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2014.

_____. *Informações de Saúde (Tabnet)*: dados preliminares de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=1139862>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 07 abr. 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

CARRENO, Ioná; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 396-406, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2014.

GONZALEZ P., Rogelio. Salud materno-infantil en las Américas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Santiago, v. 75, n. 6, p. 411-421, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000600011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 5 abr. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=29&dados=0>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Brasília: IPEA, 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatoriiodm.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2014.

JORGE, Maria Helena; LAURENTI, Ruy; DI NUBILA, Heloisa Brunow. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 561-576, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X201000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2014.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena; GOTLIEB, Sabina. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 23-30, jan./mar. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2014.

_____. Mortes maternas e mortes por causas maternas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 17, n. 4, 283-292, out./dez. 2008. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2014.

LEITE, Régia Maria Batista et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2014.

LUIZAGA, Carolina Terra de Moraes et al. Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 19, n. 1, p. 8-15, mar. 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2014.

MORSE, Marcia Lait et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 abr. 2014.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. Características dos indicadores: razão de mortalidade materna. Brasília: RIPSA, 2010. Disponível em: <<http://fichas.ripsa.org.br/2010/c-3/>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

_____. *Indicadores e dados básicos*. Brasília: RIPSA, 2012. Disponível em: <<http://www.ba.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=91&item=14>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

RODRIGUES, Ana Verônica; SIQUEIRA, Arnaldo A. Franco de. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 183-189, jan./fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2014.

SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro da et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 484-493, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300484&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2017.

SZWARCWALD, C. L. et al. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimação das coberturas do SIM e do SINASC nos municípios brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 79-98.

UNITED NATIONS. *The millennium development goal report: 2012*. New York: United Nations, 2012.

VICTORA, Cesar G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9780, p. 32-46, maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2014.

Artigo recebido em 20 de novembro de 2016
e aprovado em 16 de março de 2017.

A humanização no processo de desinstitucionalização: análise da percepção dos usuários e ex-usuários de um hospital psiquiátrico

*Lais Maciel Vasconcelos**

*Kessya Cristine Cerqueira de Britto***

*Kaio Vinicius Freitas de Andrade****

- * Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).
laismaciell@hotmail.com
- ** Especialista em Saúde Mental com ênfase em dependência química e neuropsicologia e graduada em Educação Física.
kessyacristine@hotmail.com
- *** Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e doutorando em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor-assistente do Departamento de Saúde da UEFS.
kaiovinicius@yahoo.com.br

Resumo

Este estudo buscou discutir a humanização durante o processo de desinstitucionalização vivenciado por usuários de um hospital especializado em saúde mental. Os participantes do estudo foram usuários em processo de desinstitucionalização e desinstitucionalizados. O instrumento para a coleta de dados foi a entrevista dirigida e semiestruturada, além da análise do prontuário médico, utilizado como fonte secundária. O registro ocorreu pela gravação em áudio e posterior transcrição. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. A partir dos resultados, concluiu-se que o processo de desinstitucionalização tem se deparado com muitas dificuldades, que culminam com o comprometimento da humanização do serviço e da reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais.

Palavras-chave: Saúde mental. Reforma psiquiátrica. Humanização. Desinstitucionalização.

Abstract

This study aims to discuss the humanization of care during the period of deinstitutionalization of a mental health hospital. Study participants were patients in the deinstitutionalization process. Data collection was performed through directed and semi-structured interviews. In addition, medical records were reviewed as secondary data sources. The records were made by audio recording and subsequent transcription. Data were analyzed by content analysis. The results showed many difficulties in deinstitutionalization process, which compromise the humanization in care and psychosocial rehabilitation of individuals with mental disorders.

Keywords: Mental health. Psychiatric reform. Humanization. Deinstitutionalization.

INTRODUÇÃO

A loucura sempre foi, ao longo da história, um conceito permeado de inferências e temores, construído com base em olhares superficiais e que, alheios à realidade dos sujeitos envolvidos, não poderiam criar outro tipo de comportamento que não o excludente. Os indivíduos considerados loucos assumiram o peso de um preconceito que os qualificou com base em sua aparência e comportamento, considerados desarrazoados para o convívio em uma sociedade que, dessa forma, se exime de responsabilidades (MIRANDA, 2012).

Pode-se dizer que o prestígio delegado à racionalidade contribuiu grandemente para o estímulo ao isolamento dos “loucos”, criando as ferramentas necessárias para a sua institucionalização e o exclusivismo do cuidado médico. Esse enclausuramento do paciente, como um objeto a ser estudado, trouxe duas grandes repercussões: a detenção do conhecimento a respeito da loucura por uma única classe de profissionais, afastando toda e qualquer tentativa de compreensão de outras partes, e o isolamento e perda da pluralidade individual (SANDER, 2010).

O cuidado dirigido a esses sujeitos, durante um longo período, baseou-se em práticas que se assemelhavam aos maus-tratos e que somente agravavam o estado de comprometimento mental em que estes se encontravam. Em meados do século XX, no entanto, esta forma de enxergar a doença mental e os indivíduos acometidos ganhou uma nova direção, conduzida pelos que julgavam a abordagem excludente e que tinham simpatia pela contracultura, em voga na época. Surgiu, assim, o movimento de antipsiquiatria (SANDER, 2010).

Um novo olhar para a sociedade começou com o fim do período das duas grandes guerras mundiais. As práticas terapêuticas empregadas em pacientes portadores de transtorno mental ganharam maior destaque, e se percebeu que tinham muita

semelhança com o tratamento aos prisioneiros nos campos de concentração. Muitos críticos e revolucionários da época então iniciaram a estruturação do movimento, que ficou conhecido como reforma psiquiátrica (GUEDES, 2010).

A reforma psiquiátrica expandiu-se por diversos países com o intuito de extinguir os hospitais psiquiátricos. Ficou entendido entre os seus defensores que as práticas que lá ocorriam resultavam na exclusão dos sujeitos e não em seu tratamento. Essa reforma defendia a substituição dos hospitais por serviços territorializados de saúde mental, buscando, assim, novas formas de tratamento, sem a ideia de diferenciação e em liberdade, trazendo os sujeitos de volta para a sociedade (GUEDES et al., 2010).

O modelo manicomial começou a apresentar os primeiros sinais de falência na década de 50 do século XX, com a constatação da superlotação das instituições hospitalares, quadro que proporcionou condições ideais para se repensar a forma de se fazer psiquiatria. Os novos conceitos dividiram-se em dois grupos: um propunha a reestruturação do modelo vigente sob uma ótica mais humanizada, aliada à extensão do tratamento para a comunidade, enquanto que o outro, encabeçado pelo italiano Franco Basaglia, empenhava-se na desconstrução total dos moldes aplicados na época (BATISTA, 2014).

Na Itália, a psiquiatria democrática de Basaglia ganhou força, sendo esta a primeira nação a extinguir as “instituições da violência”, forma como ele se referia aos estabelecimentos de tratamento. O propósito era tornar os hospitais psiquiátricos apenas uma das ferramentas terapêuticas, à qual o indivíduo teria acesso quando necessário e onde ele não seria mais prisioneiro e dependente. Sua reabilitação, a partir de então, seria resultado das práticas advindas do convívio em sociedade. A força do movimento contestador foi tamanha que, em 1978, foi aprovada, pelo parlamento italiano, a chamada Lei Basaglia,

Os indivíduos considerados loucos assumiram o peso de um preconceito que os qualificou com base em sua aparência e comportamento

que inseriu a doença mental na legislação sanitária do país (BATISTA, 2014).

A reforma psiquiátrica brasileira, cujo início remonta ao final da década de 1970, caracteriza-se pela reorientação do atendimento em saúde mental, pautado na substituição do modelo manicomial por formas de atenção que priorizem a humanização do cuidado. Como parte de sua operacionalização, removeu dos hospitais psiquiátricos a incumbência absoluta no tratamento do indivíduo com transtorno mental e, simultaneamente, a detenção de todo o saber psiquiátrico (GOULART, 2010).

Essa reforma foi efetivada no Brasil com a promulgação, em 6 de abril de 2001, da Lei nº 10.216, que dá proteção e direitos aos sujeitos portadores de qualquer transtorno mental e também busca redirecionar o modelo de assistência a esses usuários, antes centrado na doença e agora, no sujeito (BRASIL, 2001).

Dentre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, citados nessa lei, têm-se a garantia de acesso ao melhor tratamento para o sujeito, humanização no seu processo de ressocialização e acesso às informações referentes ao seu quadro psiquiátrico. Há também a proibição do funcionamento do hospital psiquiátrico como instituição asilar, sendo permitida a internação por um breve período, com alta após o quadro se estabilizar. A lei também propiciou a fiscalização e a redução dos leitos psiquiátricos como um dos principais objetivos da nova política de saúde mental (BRASIL, 2001).

Segundo Guedes e outros (2010), a desinstitucionalização é o principal meio para a desconstrução das práticas manicomiais, pois rompe com o modelo segregador e proporciona o cuidado em liberdade, sendo uma das metas da reforma psiquiátrica. Entretanto, ainda hoje, esse processo enfrenta dificuldades para se efetivar.

A desinstitucionalização psiquiátrica requer não somente a desconstituição do espaço físico de hospitais e a criação de locais para serviços

extra-hospitalares, mas, especialmente, a desconstituição de uma cultura e de uma forma de “tratamento”, de valores construídos ao longo dos séculos. A discussão, portanto, deve ser ampliada em torno de saberes, práticas e relações de poder político, cultural e social (BANDEIRA, 1991).

Em contrapartida ao processo de desinstitucionalização, faz-se necessário, segundo Amorim e Dimenstein (2009), considerar a existência de uma lógica manicomial que atravessa as diversas realidades na área da saúde mental, dizendo respeito ao caráter asilar, segregador e tutelar dos processos de subjetivação e se estendendo além desse campo específico de interesse. Esta lógica manicomial parece estar presente nos diferentes espaços e tempos, configurando aspectos de controle da vida que superam as formas disciplinares de aprisionamento dos corpos.

A matriz da política de saúde mental comunga com o entendimento da política do humanismo: um envolvimento de homens, com valores próprios e histórias individuais, responsáveis por sua existência na coletividade (FILIPPON; KANTORSKI, 2012). A evolução do “doente” de sujeito passivo e alvo de todo tipo de tratamento para o *status* de corresponsável na produção de cuidado, sua reinserção na sociedade e a consideração de que seus múltiplos fragmentos – social, cultural, histórico – interferem em seu estado são princípios básicos da humanização do cuidar que ganharam respaldo e incentivo do movimento antipsiquiátrico (MARÇAL; NUNES; PEDROSA, 2010).

Segundo Reis, Marazina e Gallo (2004), a humanização em saúde mental parte da luta antimanicomial, pelo fim dos castigos corporais e mentais, que eram disfarçados em técnicas terapêuticas e abuso de medicamentos, e pelo diálogo e conquistas dos direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico. De acordo com Dimenstein (2004), isso está diretamente relacionado ao processo de desinstitucionalização,

A humanização em saúde mental parte da luta antimanicomial, pelo fim dos castigos corporais e mentais

que pressupõe a desmontagem do dispositivo psiquiátrico, baseado no modelo hospitalocêntrico.

O acolhimento humanizado em saúde mental requer reorganização dos serviços de saúde, de modo a possibilitar a intervenção da equipe multiprofissional, encarregada da escuta e compromissada em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelos indivíduos em sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

A lembrança de que os profissionais envolvidos nesse processo de mudanças diárias também são sujeitos únicos, dotados de sentimentos e impressões, igualmente responsáveis e atingidos pela rotina de humanização do cuidado prestado, é indispensável. Especial atenção deve ser dedicada à interpretação do cuidado humanizado, buscando-se evitar a tendência de reduzi-lo ao bom relacionamento profissional-paciente. Compreensão, empatia, consciência dos limites, estímulo à corresponsabilização do usuário sobre seu tratamento são atitudes básicas esperadas destes em quem se deposita a expectativa de melhora do cuidar (MARÇAL; NUNES; PEDROSA, 2010).

Nesse contexto, a extensão do atendimento a serviços comunitários, a importância de outras áreas de conhecimento além da psiquiatria, a consideração do outro como ser único e medidas práticas como auxílio financeiro a antigos moradores de instituições psiquiátricas são exemplos que reafirmam a mudança de enfoque das ações políticas e gerenciais. O que antes se baseava apenas em dados clínicos passa a ser guiado por histórias individuais de sujeitos únicos (FILIPPON; KANTORSKI, 2012).

A desinstitucionalização e o acolhimento em saúde mental estão interligados, pois almejam a reinserção social e fazem parte do mesmo processo de oportunizar o acesso à cidadania. No processo de desinstitucionalização, o acolhimento se dá através dos instrumentos ligados à saúde mental. Dentro do panorama

atual no Brasil, os centros de atenção psicossociais (Caps) e os serviços residenciais terapêuticos (SRT) configuram-se como ferramentas de assistência e acolhimento em saúde mental (BRASIL, 2004).

Segundo Luzio e Sinibaldi (2012), a produção de conhecimento sobre desinstitucionalização ainda é escassa. A maior parte dos estudos ainda está voltada para a mudança de assistência, pouco se referindo à reinserção social do usuário e à retomada de sua cidadania. Diante do exposto, considerou-se relevante avaliar a humanização no processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica a partir da vivência de usuários em processo de desinstitucionalização ou desinstitucionalizados, em um hospital especializado no interior da Bahia.

MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo, transversal e de caráter descritivo, desenvolvido entre os meses de julho de 2014 e junho de 2015, em um hospital especializado em transtornos mentais localizado no município de Feira de Santana, Bahia. Visando identificar problemas relacionados ao processo de desinstitucionalização e programar estratégias para a sua melhoria, adotou-se a técnica da pesquisa-ação.

Os participantes do estudo foram usuários desinstitucionalizados ou em processo de desinstitucionalização, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar institucionalizado ou ter passado por desinstitucionalização, sem delimitação temporal; aceitar participar voluntariamente do estudo; estar em condições físicas e psíquicas para responder aos questionamentos do entrevistador. Com base nestes critérios, foram selecionados sete usuários em processo de desinstitucionalização e sete desinstitucionalizados.

Os dados foram coletados por meio de observação sistemática, entrevista dirigida e semiestruturada (Anexo 1 - Roteiro de entrevista para participantes desinstitucionalizados.

Anexo 2 - Roteiro de entrevista para participantes em processo de desinstitucionalização) e análise de prontuários, para complementar as informações obtidas pelas técnicas anteriores. A entrevista semiestruturada possibilita que o entrevistado acrescente questões que poderiam não estar presentes. As entrevistas ocorreram em uma sala privativa, e o registro se deu por meio de gravação e posterior transcrição.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática, que busca encontrar os núcleos de sentido que resumem a comunicação em cada resposta. Segundo Silva e Assis (2010), a análise de conteúdo temática procura identificar um núcleo de sentido compreendido em uma fala, sendo necessário que este núcleo esteja coerente com o objetivo do estudo.

A pesquisa atendeu às normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013), e todos os participantes foram convidados a assinar voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foi assegurado o sigilo de identidade e informações que pudessem causar qualquer tipo de constrangimento. Houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS), por meio do parecer nº 912.851 (CAAE nº 33021214.5.0000.0053). Dentre os possíveis riscos oferecidos pela pesquisa, destacam-se a proximidade entre o pesquisador e participantes, o que pode influenciar os resultados, além da possibilidade de divulgação de informações pessoais dos participantes.

No entanto, a minimização de todos os riscos foi garantida pela equipe de pesquisadores. Os dados coletados foram armazenados na sala do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) da Universidade Estadual de Feira de Santana

(UEFS), sendo utilizados única e exclusivamente para fins de publicações científicas. A revisão de literatura foi realizada por meio de busca nas bases de dados Scielo, Portal Bireme/Biblioteca Virtual em Saúde e Google Scholar, utilizando os descritores: saúde mental, reforma psiquiátrica, humanização, acolhimento, desinstitucionalização.

Quando questionados sobre a vivência durante o processo de saída do hospital, tanto os institucionalizados quanto desinstitucionalizados relataram a participação ativa do profissional de saúde

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram três categorias, descritas adiante: vivência durante o processo de saída do hospital, diferenças entre a vida no hospital e na residência terapêutica e satisfação dos entrevistados institucionalizados e desinstitucionalizados com o processo de desinstitucionalização.

Vivência durante o processo de saída do hospital

Através dessa categoria, buscou-se compreender a humanização das ações de saúde mental durante o processo de desinstitucionalização. Quando questionados sobre a vivência durante o processo de saída do hospital, tanto os institucionalizados quanto desinstitucionalizados relataram a participação ativa do profissional de saúde na tentativa de restabelecimento de vínculo com familiares, realização de visitas às residências terapêuticas e manutenção permanente do diálogo com os usuários, como se pode constatar nos trechos em destaque:

Disse que tão procurando meus parentes e minhas parentas em Minas Gerais. É a diretora, é seu F., é seu A., é D (informação verbal)¹.

¹ INST 1. Entrevista concedida para essa pesquisa com institucionalizados, 2015.

Os meninos tá tudo querendo me ajudar pra eu ir ou pra residência terapêutica ou então que eu vá embora pra casa da minha mãe [...]. Eu fui de carro, fiquei lá, conversei [...]. Vi o que que é esse lugar, de residência terapêutica [...]. Eu acho que eu vou embora e vou numa boa (informação verbal)².

Ele conversa, ele falou que eu vou sair daqui, que eu vou pra Catu, ele falou que eu vou pra Catu, pra Mata de São João (informação verbal)³.

O diálogo dos profissionais de saúde mental com os usuários é de extrema importância durante o processo de saída da instituição hospitalar. Como afirma Guedes (2010), o comprometimento dos profissionais de saúde com o processo de reabilitação psicossocial é estratégico para o redirecionamento da assistência em saúde mental. Estes indivíduos são atores principais para a efetivação da reforma psiquiátrica.

Tu quer sair? Ela dizia assim, tu quer ir para outro lugar e eu dizia quero sair. Eu dizia quero [...] quero sair. Era um bocado de paciente, paciente não, enfermeiras, era um bocado que dizia que a vida ia ser bom [...]. Eu queria mudar de uma casa para outra (informação verbal)⁴.

A escuta ativa do indivíduo institucionalizado pelo profissional de saúde relatada no discurso acima é uma das características do cuidado humanizado. Deve haver o reconhecimento do sujeito como atuante no processo, permitindo que ele assuma o centro do cuidado, que, por longo período, esteve focado na doença. Considerando este aspecto, a sensibilização dos cuidadores a fim de que seja criado um forte vínculo com o usuário mostra-se fundamental (CASTRO, 2008).

O diálogo dos profissionais de saúde mental com os usuários é de extrema importância durante o processo de saída da instituição hospitalar

Os sujeitos desinstitucionalizados relataram que, durante o processo de saída, foram realizadas algumas visitas às residências terapêuticas, a fim de que eles entrassem em contato com a nova realidade. Esta ação evidenciou o cuidado da equipe em relação a esses indivíduos que, ao longo de anos de institucionalização, tiveram os seus direitos subtraídos.

Falaram que era outra vida na comunidade, outra vida, outros movimentos, outra situação, morar dentro de uma casa era diferente [...]. A minha saída foi uma maravilha, minha vida lá era outra. Oh Deus! Eu adorei a convivência. Não foi essa residência, foi outra. Fiz a visita primeiro, até lembro das casinhas terapêuticas (informação verbal)⁵.

Aí ele falou assim: quer ir pra casa, eu te levo. Ai eu falei: eu quero ir. Você me trouxe duas vezes, não foi? Nós veio duas vezes [...]. Gosto daqui. Eu me senti bem, eu fiquei com o corpo arrepiado. Senti meu corpo arrepiando. Foi bom demais, foi beleza. Eu sinto saudade de vocês (informação verbal)⁶.

A partir do discurso dos usuários, foram identificadas ações de suma importância para a humanização durante o processo de desinstitucionalização, como as constantes visitas às residências terapêuticas, a escuta e o respeito à subjetividade e às escolhas dos usuários.

Diferenças entre a vida no hospital e na residência terapêutica

Quando questionados sobre as diferenças entre a instituição e a residência terapêutica, os participantes institucionalizados demonstraram

² INST 2. Entrevista concedida para essa pesquisa com institucionalizados, 2015.

³ INST 5. Entrevista concedida para essa pesquisa com institucionalizados, 2015.

⁴ INST 6. Entrevista concedida para essa pesquisa com institucionalizados, 2015.

⁵ DESINS 2. Entrevista concedida para essa pesquisa com desinstitucionalizados, 2015.

⁶ DESINS 6. Entrevista concedida para essa pesquisa com desinstitucionalizados, 2015.

expectativas positivas para a vida fora do hospital, receio diante das situações do porvir e dúvidas sobre a reinserção social.

Ah vai ter que ter uma pessoa pra me ajudar, fazer comida, lavar casa, lavar [...] umas duas, três pessoas (informação verbal)⁷.

Que acontece lá de noite, os homem respeita as meninas de noite ou abre a porta com chave e cadeado? Eu vou conhecer aquelas outras coisas, olha eu vou voltar pra escolinha pra me aprender a fazer conta, trabalhar num emprego bonzinho. O melhor que podia acontecer. Eu imagino a vida do lado de fora é boa. Eu já levei tanta furada, tomei tanta furada de agulha [...] eu vou voltar pra casa, lá numa escolinha onde eu vou estudar e me formar que eu quero arrumar um empreguinho bom em qualquer lugar (informação verbal)⁸.

Segundo Gonçalves e Sena (2001, p.50), a desinstitucionalização corresponde à reinserção social de sujeitos com transtorno mental. Trata-se de uma “[...] progressiva ‘devolução à comunidade’ da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos [...]”, antes confinados nos manicômios e agora mais próximos da estrutura familiar e social ou em SRT, que são destinados a pessoas provenientes de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos.

Em contrapartida, perceberam-se críticas dos usuários desinstitucionalizados direcionadas ao relacionamento com os cuidadores e adaptação ao novo lar. Alguns indivíduos também mencionaram a falta de atividades terapêuticas nas residências,

bem como o sentimento de prisão dentro delas, em comparação com a “liberdade” que tinham na instituição hospitalar.

Eu preferia no hospital, tinha mais atividades. Se divertia mesmo [...]. Eu passeava no ônibus mais a finada B., passe livre com a finada [...]. Nós ia até o Tomba, rodando a rua toda e depois voltava. Eu não era assim não fia [...]. Só fico hoje quieta, com cigarro na mão, dentro do quarto (informação verbal)⁹.

Eu achei uma residência boa, normal, boa, boa, quem não tem cachorro caça com gato. O banheiro do hospital é melhor, tem muitos banheiros, tem muitos quartos, o banheiro é melhor que o daqui, o daqui é um banheiro pra oito homens. Tá igual a de lá, não vejo melhora nenhuma, tá igual a de lá, não tá nem melhor nem pior, tá igual. Tanto faz lá como aqui, é tudo a mesma coisa. Quando eu posso sair, eles ficam dizendo que eu não posso sair, eu tive falando aí pra eles, aqui é uma residência, uma casa, aqui não é uma penitenciária não, uma cadeia não, não matei não, não roubei não, pra tá preso. Lá no hospital eu saía mais. Aqui é meio “presoquinho”. Aquela multidão tinha pra onde ir, tinha pra onde ir. Eu tinha pra onde ir por lá. Aqui só tem de bom a geladeira, muita água gelada e o cigarro quando eu fumo com eles e quando escuto música que eu adoro música. Não vejo mais motivo nenhum nesse lugar. Só tem essas três coisas. Me tratam bem, normalmente, igual as de lá. Quer dizer as de lá também tinha umas que implicava comigo (informação verbal)¹⁰.

Humanizar implica o compromisso com a valorização dos trabalhadores e usuários do serviço, inclusão desses no processo de produção de saúde

Humanizar implica o compromisso com a valorização dos trabalhadores e usuários do serviço, inclusão desses no processo de produção de saúde e reconhecimento da diversidade cultural e da individualidade dos sujeitos

⁷ INST 1. Entrevista concedida para essa pesquisa com institucionalizados, 2015.

⁸ INST 2. Entrevista concedida para essa pesquisa com institucionalizados, 2015.

⁹ DESINST 2. Entrevista concedida para essa pesquisa com desinstitucionalizados, 2015.

¹⁰ DESINST 3. Entrevista concedida para essa pesquisa com desinstitucionalizados, 2015.

e reconhecimento da diversidade cultural e da individualidade dos sujeitos. Dessa forma, humanizar a atenção em saúde mental não se restringe apenas ao processo de saída do hospital e ao aumento de unidades prestadoras de serviços de assistência extra-hospitalares substitutivos (DIMENSTEIN, 2004). O respeito à pessoa humana e a transformação da cultura institucional são fundamentais para esse processo, como é possível verificar nos discursos dos participantes.

Gostei, só que a cuidadora tá gritando com eu. Não tem como eu voltar pra o hospital, não? Tá bem... O mal é que as cuidadoras grita demais. Ruim ou bom, a cuidadora gritando ou não eu fico aqui mesmo. Eu tenho meu quarto, DVD botado com meu dinheiro. Bem, só grita as cuidadoras (informação verbal)¹¹.

Na fala, foram identificadas algumas fragilidades no modelo de cuidado ofertado pelos SRT. Os indivíduos apontaram déficits em sua autonomia, inexistência de atividades voltadas ao lazer e dificuldades no relacionamento interpessoal com cuidadores. Diante disso, é necessário enfatizar que o acolhimento aos usuários nas residências terapêuticas é de suma importância para o processo de desinstitucionalização em saúde mental. Segundo Guedes e outros (2010), é imprescindível que os profissionais estejam comprometidos com a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos sujeitos. Para isso, é necessário que haja sensibilização dos profissionais.

Os mesmos autores (2010) enfatizam que foi através da reforma psiquiátrica que se privilegiou o cuidado humanizado e individualizado aos sujeitos em sofrimento psíquico. Entretanto, esse cuidado deve ir muito além de aspectos inerentes à saúde, contemplando todos os âmbitos que perpassem a vida cotidiana. Isso proporciona uma maior autonomia do indivíduo, que resgata sua cidadania em todas as nuances do viver.

¹¹ DESINST 6. Entrevista concedida para essa pesquisa com desinstitucionalizados, 2015.

Satisfação dos entrevistados institucionalizados e desinstitucionalizados com o processo de desinstitucionalização

Dos sete usuários institucionalizados que participaram do estudo, três revelaram-se satisfeitos com o processo de desinstitucionalização, e quatro, insatisfeitos, com desejo de permanecer no hospital. A satisfação esteve relacionada com a reaproximação do doente com a sua família e com a comunidade, além do fato de a desinstitucionalização oferecer descanso, sanar o medo de morrer dentro da instituição e contribuir para o restabelecimento da autonomia, como evidenciado na fala dos entrevistados:

Eu ia me sentir melhor [...]. Sair do hospital minha fia, oh que alívio! Oh, meu Deus! Mas eu ia ficar tão feliz! Perto de minha família, perto de meu povo, meu povo todo, tem minha família, tem meu povo, que meu povo tem muita gente. Eu fico alegre. Eu quero me mudar (informação verbal)¹².

Eu quero ir me embora, não, eu não posso morar em Feira mais não. Eu quero ir me embora. É isso mesmo, descansar pra Deus me chamar. Eu não posso morrer aqui dentro... eu tenho muito medo de morrer aqui dentro [...]. Eu não tenho mais conhecimento de ser feliz, nem emoção eu tenho mais. Eu tô mesmo preso (informação verbal)¹³.

A longa permanência no hospital determina no sujeito uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e restrição do eu, o induz a um vazio emocional (BRAGANÇA, 2013). Sair da instituição, para o INST 1, iria possibilitar uma mudança no seu modo de sentir e pensar, contribuindo para o restabelecimento de suas emoções e autonomia.

¹² INST 3. Entrevista concedida para essa pesquisa com institucionalizados, 2015.

¹³ INST 1. Entrevista concedida para essa pesquisa com institucionalizados, 2015.

A ideia de que no ambiente externo ao hospital não existem os “privilégios” que há dentro dele, associada à adaptação às condições de vida da instituição e ao isolamento social, relaciona-se com a resistência e a insatisfação que alguns sujeitos apresentaram diante do processo de desinstitucionalização, relatadas nas seguintes falas:

Eu não acho bom não [...]. Eu queria ficar aqui nessa casa sozinha, dona de tudo pra eu mandar aqui em tudo [...]. Comer bem, dormir bem, tomar banho bem, calçar bem, vestir bem, tudo melhor pra nós [...]. Eu queria era aqui mesmo [...]. Eu vou-me embora se as meninas quiser, mas aqui eu vou gostar [...] Porque eu preferia aqui [...]. Eu acho que lá fora eu não vou ter o privilégio que eu tenho aqui não (informação verbal)¹⁴.

Eu não vou sair daqui [...]. Eu prefiro ficar [...]. Aqui eu trabalho [...]. Eu gosto de ver mesa, tem mesa, almoço, dorme no colchão. Quero ficar no hospital (informação verbal)¹⁵.

Percebeu-se que o sujeito institucionalizado submetido a uma vida monótona ou rotineira, a um tratamento massificado e a condições pouco humanizadas sofre danos graves à sua autoestima, o que pode dificultar a reintegração na sociedade (BRAGANÇA, 2013). Os participantes que se declararam satisfeitos consideravam a residência terapêutica mais preparada que o hospital, além de aprovarem o tratamento oferecido pelos cuidadores.

Depois que eu me aposentei eu fiquei aqui e foi mais melhor [...]. É, meu canto aqui é mais preparado [...]. As pessoas tá tratando todo mundo bem (informação verbal)¹⁶.

É bom. É bom é. Tô gostando. Gosto de morar aqui. Não volto mais pra lá não! Passava

tempo em casa e tempo no CAK e aqui não (informação verbal)¹⁷.

Alguns dos desinstitucionalizados demonstraram arrependimento por ter deixado o hospital e desejavam retornar para a instituição ou mudar de residência terapêutica. Observou-se certo desapontamento com o retorno para a comunidade, pois a ideia construída antes da desinstitucionalização não se concretizou com a vivência na residência terapêutica.

Eu preferia continuar lá. Gostei não, queria voltar pra lá ou então mudar de casa, pra outra casa (informação verbal)¹⁸.

Em contrapartida, percebeu-se, no discurso do DESIST 3, uma visão positiva em relação à saída do hospital e a noção de que o ambiente institucional poderia estar prejudicando o seu bem-estar.

Pra mim era uma coisa melhor do que aqui viu, pra mim era melhor, era uma coisa muito melhor [...]. Eu preferia mudar porque o povo de lá [hospital], os funcionários, as pacientes, o povo de lá, não tava contribuindo muito pro meu bem próprio, tava não (informação verbal)¹⁹.

Nem todas as falas foram esclarecedoras do real motivo da insatisfação. No entanto, a inexistência de atividades nas residências terapêuticas foi uma das razões apontadas.

Quando eu saí [...]. Ave Maria! Aquilo foi uma alegria, misericórdia, sair com as coleguinhas, misericórdia! Pegava seus trenzinhos tudo, tomava banho e se arrumava [...]. Mas quando chega aqui não quer ajudar, fica jogada aí [...]. Com mais atividade seria melhor (informação verbal)²⁰.

A continuidade do isolamento e a falta de envolvimento em atividades comunitárias dificultam a reabilitação e a interação social dos

¹⁴ INST 2. Entrevista concedida para essa pesquisa com institucionalizados, 2015.

¹⁵ INST 5. Entrevista concedida para essa pesquisa com institucionalizados, 2015.

¹⁶ DESINST 1. Entrevista concedida para essa pesquisa com desinstitucionalizados, 2015.

¹⁷ DESINST 5. Entrevista concedida para essa pesquisa com desinstitucionalizados, 2015.

¹⁸ DESINST 4. Entrevista concedida para essa pesquisa com desinstitucionalizados, 2015.

¹⁹ DESINST 3. Entrevista concedida para essa pesquisa com desinstitucionalizados, 2015.

²⁰ DESINST 2. Entrevista concedida para essa pesquisa com desinstitucionalizados, 2015.

desinstitucionalizados. Entretanto, sabe-se que a reinserção acontece de forma gradativa e que a desinstitucionalização talvez não anule o sofrimento psíquico, mas pode remover os motivos, mudando as formas e o peso com que este sofrimento entra no jogo da vida do indivíduo (ROTELLI, 1992).

CONCLUSÃO

A experiência do processo de desinstitucionalização vivenciada pelos usuários institucionalizados ou desinstitucionalizados não foi totalmente satisfatória. Fragilidades foram identificadas no modelo de cuidado ofertado pelos SRT que acabam comprometendo a humanização da assistência e a reabilitação psicossocial.

Há avanços, como a gradual desmistificação da loucura e o comprometimento dos profissionais de saúde mental com a humanização do processo de desinstitucionalização, através da valorização da autonomia, do respeito ao direito de escolha e da escuta qualificada.

No entanto, para que a reforma psiquiátrica seja efetivada com qualidade e humanização, muitos desafios devem ser superados, desde os estigmas familiares e comunitários até a resistência do sujeito portador de transtorno mental ao processo de desinstitucionalização.

Analisar os obstáculos é importante para que sejam elaboradas melhores estratégias de intervenção, visando a resultados concretos que ofereçam qualidade de vida e promoção de saúde mental a partir da reinserção social humanizada e efetiva.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, jan./fev. 2009.
- BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 7, p. 355-360, ago. 1991.
- BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Revista de Ciências Sociais Política & Trabalho*, João Pessoa, n. 40, p. 391-404, abr. 2014.
- BRAGANÇA, O. A. *Desinstitucionalização do doente mental*. 2013. 175 f. Dissertação (Mestrado em Educação Social)-Escola Superior de Educação de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CASTRO, D. C. *Humanização da assistência da saúde aos portadores de doenças mentais pelos profissionais de enfermagem e sua equipe, nas unidades básicas de saúde-PSF*. 2008. 65 f. Monografia (Graduação em Enfermagem)-Faculdade de Ciências da Saúde de Campos Gerais, Campos Gerais, MG, 2008.
- DIMENSTEIN, M. A. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 24, n. 4, p. 112-117, dez. 2004.
- FILIPPON, J.; KANTORSKI, L. P. Humanização e loucura, em busca do humano que dialoga saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 659-680, abr./jun. 2012.
- GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar. 2001.
- GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 112-120, jan./abr. 2010.
- GUEDES, C. A. et al. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 547-553, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/pdf/v12n3a19.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.
- LUZIO, C. A.; SINIBALDI, B. Atenção psicossocial e psicologia: um mapeamento da produção científica. *Revista de Psicologia da UNESP*, Assis, SP, v. 12, n. 2, p. 99-110, 2012.

MARÇAL, F.; NUNES, M. J.; PEDROSA, L. A. K. O significado da humanização da assistência entre profissionais de enfermagem no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 44, p. 237-240, 2010.

MIRANDA, A. B. S. A desmistificação da loucura: um processo de humanização pelo Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologado*, maio 2012. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/a-desmistificacao-da-loucura-um-processo-de-humanizacao-pelo-centro-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 19 abr. 2015.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.13, n. 3, p. 36-43, set./dez. 2004.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 1992. p.17-59.

SANDER, J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 382-387, maio/ago. 2010.

SILVA, J. R.; ASSIS, S. M. B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos transtornos do desenvolvimento. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v.10, n.1, p. 146-152, 2010.

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PARTICIPANTES DESINSTITUCIONALIZADOS

Como era sua vida no hospital?

Por que você foi internado no hospital?

O que falaram com você sobre sua saída do hospital?

Você se recorda da pessoa que participou da sua saída?

O que você achava sobre tal possibilidade naquele momento?

Você foi conhecer a residência terapêutica na qual hoje você reside?

O que você achou da residência terapêutica?

Você, naquele momento, queria se mudar ou preferia continuar morando no hospital?

Como foi a experiência da saída?

Como você se sentiu?

Como está sua vida hoje fora do hospital?

O que você gostaria de dizer sobre sua saída do hospital?

O que você gostaria de dizer para os moradores que ainda estão no hospital?

Qual é a diferença da vida que você tinha no hospital e sua vida agora na residência terapêutica?

Como as pessoas lhe tratam agora?

ANEXO 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PARTICIPANTES EM PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Como é sua vida no hospital?

Por que você foi internado no hospital?

O que falaram com você sobre sua saída do hospital?

Qual a pessoa que está participando da sua saída (profissional de referência)?

O que você acha sobre a possibilidade de sair do hospital?

Você foi conhecer a residência terapêutica na qual você irá residir?

O que você achou da residência terapêutica?

Você quer se mudar ou prefere continuar morando no hospital?

Como está sendo sua experiência de saída?

Como você se sente ao saber que irá sair do hospital?

Como você imagina sua vida fora do hospital?

O que você gostaria de dizer sobre sua saída do hospital?

Artigo recebido em 26 de outubro de 2016

e aprovado em 14 de abril de 2017.

Perfil da mortalidade dos adolescentes no estado da Bahia no período de 2000 a 2014

*Luciana de Freitas Caribé**

*Márcia de Paulo Costa Mazzei***

*Zenaide Calazans Oliveira****

*Gabriella Morais Duarte Miranda*****

*Suzana Costa Carvalho******

*Virginia de Souza Aguiar******

*Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto******

- * Especialista em Análise de Situação de Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG). luciana.caribe@saude.ba.gov.br
- ** Especialista em Informação em Saúde e graduada em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- *** Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- **** Doutora e mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).
- ***** Doutora e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- ***** Especialista em Análise de Situação de Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG) e em Administração Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- ***** Doutora em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e mestre em Odontologia Legal e Deontologia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Resumo

As mortes de adolescentes representam um grave problema de saúde pública, uma vez que acometem uma população com pouca idade e elevado potencial para o desenvolvimento individual e coletivo, representando perdas para seus familiares e para a sociedade. Este trabalho traz um estudo descritivo de série temporal dos óbitos de adolescentes na Bahia, no período de 2000 a 2014, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas segundo os principais grupos de causas de morte da CID 10 e características dos adolescentes por sexo, faixa etária, escolaridade e raça/cor. Observa-se que a taxa de mortalidade apresentou uma tendência de aumento, correspondendo a um incremento de 56,7%, ao sair de 55,4/100 mil (2000) para 86,8/100 mil (2014). No ano de 2014, do total de óbitos de adolescentes (2.496), 74,6% foram decorrentes de causas externas (homicídios).

Palavras-chave: Adolescente. Mortalidade. Causas externas. Homicídio.

Abstract

The deaths among teenagers represent a serious public health problem. They affect the population at a young age and high potential for individual and collective development, representing losses for the family and society. A descriptive study of the temporal series of the deaths of teenagers from Bahia between 2000 and 2014 has been performed, where the relative and absolute frequencies were calculated based on the main groups of causes of death according to the ICD 10 and the teenager characteristics by sex, age group, schooling and race/color. It was possible to observe that the mortality rate showed an increasing trend, with a growth of 56.7% since it grew from 55.4/100,000 (2000) to 86.8/100,000 (2014). In 2014, 74.6% of the teenager deaths, among the total (2,496), was due to external causes (homicides).

Keywords: Teenagers. Mortality. External causes. Homicide.

INTRODUÇÃO

A violência que vitima crianças e adolescentes acompanha a trajetória humana desde os mais antigos registros, conformando uma rede na qual se interligam as várias violências, oriundas do sistema social, às praticadas no nível das relações interpessoais (ASSIS, 1994). As mortes representam um grave problema no grupo de adolescentes, uma vez que acometem uma parcela da população com pouca idade e elevado potencial para o desenvolvimento individual e coletivo, acarretando perdas para seus familiares e para a sociedade.

Este fato se torna mais preocupante quando se percebe que a maioria destas perdas ocorre principalmente devido à violência, apontada como um importante problema de saúde pública, quadro igualmente observado na maioria dos países em desenvolvimento (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Uma das explicações para o aumento da mortalidade pela violência relaciona o fato ao processo de migração interna ou interiorização deste fenômeno, fazendo com que tanto os municípios localizados na Região Nordeste do país quanto os do interior e das regiões metropolitanas dos estados apresentem taxas de mortalidade maiores em comparação com os municípios da Região Sudeste e com as capitais dos estados (SOUZA, 2013).

“Os acidentes e as violências, sob a denominação de causas externas (causas não intencionais e intencionais) configuram-se como um dos mais importantes temas da atualidade, tornando-se um dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo” (BLANK; LIBERAL, 2005 apud MATOS; MARTINS, 2013, p. 83). No grupo infanto-juvenil, faixa etária de 0 a 24 anos de idade, as causas externas ocupam as primeiras posições como determinantes de mortalidade (PAES; GASPAS, 2005). Em 2014, a taxa de mortalidade geral, para a população adolescente, no Brasil, foi de 80,3/100 mil adolescentes, sendo que as taxas mais elevadas foram registradas nas regiões Nordeste, com 94,4/100 mil, e Centro-Oeste, com 85,5/100 mil. O

estado da Bahia apresentou a sexta maior taxa de mortalidade (94,5/100 mil), quando comparado a outras unidades da federação, sendo superado por Alagoas (125,4 óbitos por 100 mil), Ceará (118,1/100 mil), Espírito Santo (114,6/100 mil), Rio Grande do Norte (96,8/100 mil) e Rio de Janeiro (96,2/100 mil) (BRASIL, 2016).

No entanto, essa mortalidade não ocorre de maneira indiscriminada, por se tratar de uma forma seletiva de violência, que acomete, principalmente, adolescentes em vulnerabilidade social (COSTA; LUDERMIR; SILVA, 2009). Para Yunes e Primo (1983, p. 263),

[...] a situação de saúde do adolescente deve ser considerada sob o enfoque de um processo vital contínuo, sobre o qual influem os fatores que atuaram nas fases anteriores do desenvolvimento biológico [...]. Por outro lado, as circunstâncias próprias dos meios social, cultural, geográfico e situação econômica, em que o adolescente está inserido, criam uma situação de risco contínuo, a qual já está presente em etapas anteriores de seu ciclo vital.

Não acreditamos que a juventude seja produtora de violência. As novas gerações, mais que fatores determinantes da situação de nossa sociedade, são um resultado da mesma, espelho onde a sociedade pode descobrir suas esperanças de futuro e também seus conflitos, suas contradições e, por que não, seus próprios erros. (WAISELFISZ, 2014, p. 4)

Neste sentido, a violência se apresenta como produto de um sistema frágil e inoperante em alguns setores da sociedade brasileira, aumentando, assim, as discrepâncias sociais, as quais legitimam diversas desigualdades, promovendo violências generalizadas e generalizantes.

Desta forma, faz-se necessário compreender a tendência da mortalidade entre os adolescentes, com vistas a orientar a realização de ações prioritárias em prol deste grupo etário. Assim, esse estudo

se propõe a descrever o perfil da mortalidade geral e das principais causas de mortalidade da população adolescente do estado da Bahia, entre os anos 2000 e 2014, preocupando-se com o cenário epidemiológico deste período e considerando a magnitude da violência como um problema de saúde pública.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de série temporal, do período de 2000 a 2014, que analisou os dados de mortalidade da população adolescente residente no estado da Bahia, considerando sua distribuição geográfica por Núcleo Regional de Saúde (NRS) e Base Regional de Saúde (BRS), segundo grupos de causas e causa específica de morte, conforme categorias da CID 10 e CID 10 BR.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera como adolescente o indivíduo na faixa etária entre 12 e 18 anos de idade, garantindo:

[...] os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990).

No entanto, para este estudo, considerou-se como adolescente a população na faixa etária de 10 a 19 anos, conforme definição preconizada pela Organização Mundial de Saúde, ratificada pelo Ministério da Saúde brasileiro, em virtude do programa de atenção à saúde do adolescente que considera essa faixa de idade como público-alvo (BRASIL, 1996, 2007).

O primeiro registro acerca da cor ou raça de um indivíduo foi apontado pelo IBGE no censo

demográfico realizado no Brasil em 1872, com a definição de quatro categorias raciais: branca, preta, parda e cabocla, sendo que a categoria cabocla visava contabilizar a população indígena do país. Nos censos subsequentes, as categorias étnico-raciais continuaram a ser consideradas, porém com algumas alterações, a exemplo da utilização do termo mestiço em substituição ao termo pardo e da inclusão da cor amarela, visando mensurar a população japonesa que imigrou

para o Brasil entre 1908 e 1930. No censo demográfico de 1991, foi incorporada a categoria indígena. Atualmente, o IBGE utiliza cinco categorias para classificação da raça ou cor: branca, preta, parda, indígena e amarela, sendo a definição autodeclarada (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Dessa forma, este estudo utilizou esta classificação do IBGE na análise dos dados de mortalidade da população adolescente residente no estado da Bahia.

A partir desses dados, foram calculadas, para o estado da Bahia, as frequências absolutas e relativas, além das taxas de mortalidade (por 100 mil adolescentes), para cada grupo de causa da CID 10, nos anos em estudo. Assim, considerando as características do grupo de adolescentes, foram consideradas as seguintes variáveis: faixa etária (10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 10 a 19 anos), sexo (masculino e feminino), escolaridade (nenhuma; um a três anos; quatro a sete anos; oito a 11 anos; 12 ou mais anos) e raça ou cor (branca, parda, preta, amarela, indígena), conforme classificação definida pelo IBGE no Censo Demográfico 1991 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Para os cálculos dos indicadores de mortalidade do estado da Bahia, as informações sobre os óbitos são provenientes dos dados registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), sob Gestão

da Diretoria de Informação em Saúde/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e de população, foi fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo estratificada, por sexo e faixa etária, pelo Grupo de Trabalho de Demografia da Diretoria de Informação em Saúde/Sesab. Com relação ao cálculo das taxas de mortalidade para as demais Unidades Federadas e Regiões do Brasil, os dados referentes aos óbitos foram extraídos do sítio do Departamento de Informática do Sistema Único

de Saúde (Datasus) do Ministério da Saúde, assim como da população que foram oriundos das estimativas intercensitárias e censos demográficos realizados pelo IBGE, também extraídos do Datasus.

A verificação da tendência temporal das séries e sua significância foram realizadas por meio da análise de tendência linear, calculando-se modelos de regressão linear simples ($Y_i = \alpha_i + \beta_i \times \text{ano}$, sendo α o intercepto, β o incremento médio anual no período e Y os indicadores analisados). Para tabulação dos

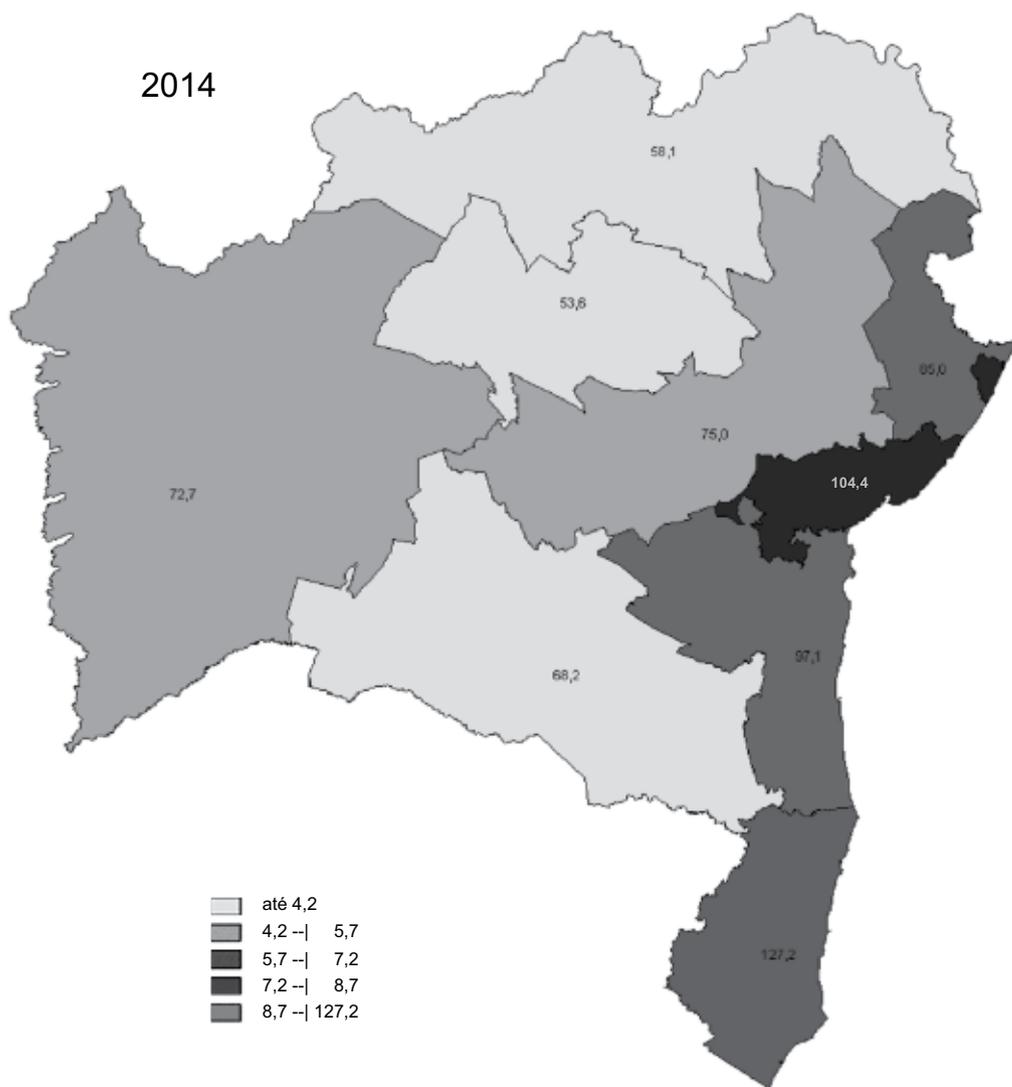


Figura 1
Taxa de mortalidade (por 100 mil) na população adolescente, segundo Núcleo Regional de Saúde Estado da Bahia – 2014

Fonte: IBGE - Projeção da População 2000 – 2030, Sesab/Suvisa/DIS - SIM/Tabwin (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

Nota: as informações sobre os óbitos são provenientes dos dados registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), sob Gestão da Diretoria de Informação em Saúde/Sesab. Os dados de população foram fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para as demais Unidades Federadas e Regiões do Brasil, os dados referentes aos óbitos foram extraídos do sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) do Ministério da Saúde, assim como da população que foram oriundos do IBGE, também extraídos do Datasus. Nota referente a todas as tabelas e gráficos.

dados, elaboração e análise das tabelas e gráficos, foram utilizados os softwares Tabwin 36b, The R Project for Statistical Computing 3.0.2 e Microsoft Excel 2007. Além disso, adotou-se o nível de significância estatística 5% em todo o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram registrados 2.496 óbitos na população de 10 a 19 anos residente no estado da Bahia, no Sistema de Informação sobre Mortalidade em 2014. De acordo com a Figura 1, que exibe uma análise comparativa por Núcleo Regional de Saúde (NRS) no ano de 2014, os NRS com as maiores taxas de mortalidade foram aqueles que comportam os grandes centros urbanos, a exemplo do NRS Leste (104,4/100 mil adolescentes), onde está localizada Salvador, capital do estado, bem como os NRS Extremo Sul (127,2/100 mil adolescentes), Sul

(97,1/100 mil adolescentes) e Nordeste (85,0/100 mil adolescentes), que possuem outros municípios com populações maiores do que 100 mil habitantes.

Em 2014, a taxa de mortalidade entre os adolescentes baianos foi de 86,8 óbitos para cada 100 mil adolescentes. Observou-se uma tendência crescente significativa ($p < 0,05$), com aumento médio anual de 3,8 óbitos por 100 mil adolescentes, o que representou, no período em análise, um acréscimo de 56,7% dos óbitos no estado em relação ao ano 2000, quando a taxa foi de 55,4 óbitos/100 mil adolescentes. A análise das faixas etárias desagregadas também mostrou uma tendência crescente na taxa de mortalidade dos adolescentes entre 15 e 19 anos, com um incremento equivalente a 88,8% no período. O aumento médio anual ficou em torno de 5,2 óbitos para cada 100 mil adolescentes nesta mesma faixa etária (Gráfico 1).

Quando analisado o risco de morte segundo sexo e faixa etária, observa-se que, na Bahia,

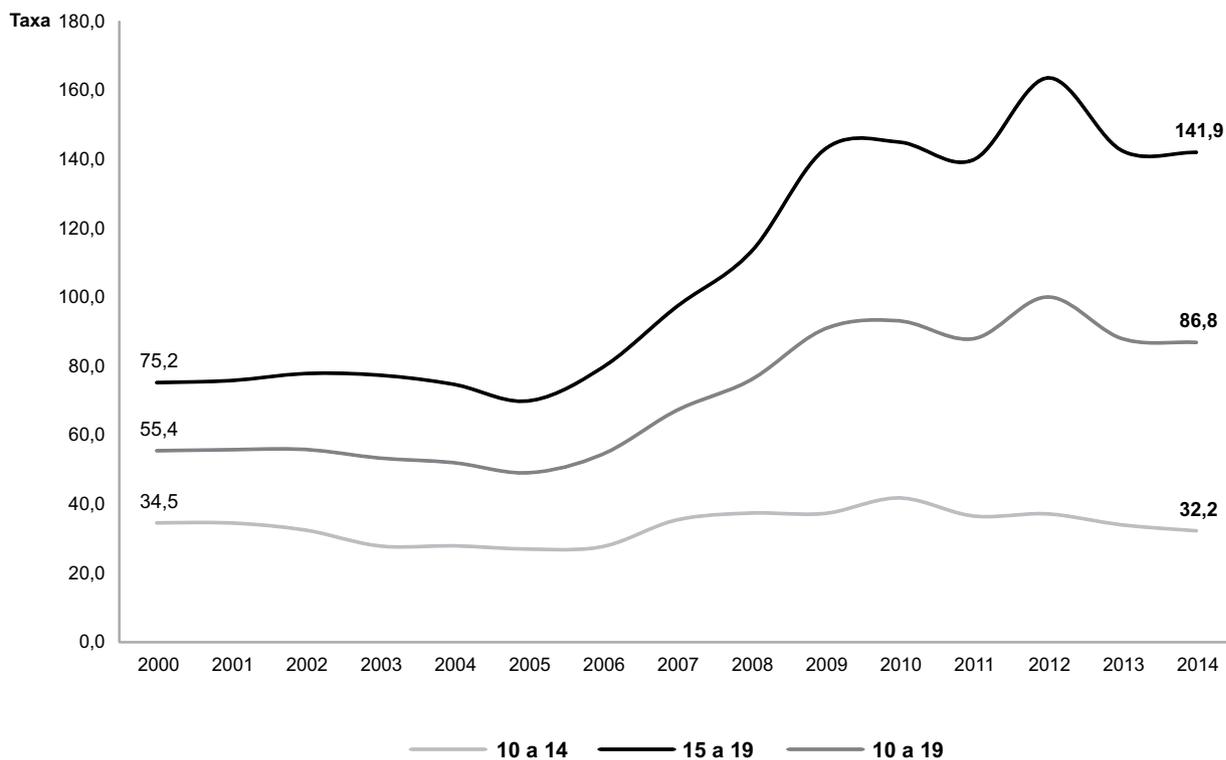


Gráfico 1
Taxa de mortalidade entre adolescentes (por 100 mil) segundo faixa etária – Bahia – 2000/2014

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

o sexo masculino apresentou as maiores taxas de mortalidade para os adolescentes de 10 a 14 anos (44,4/100 mil adolescentes) e de 15 a 19 anos (243,4/100 mil adolescentes). Destaca-se que, na faixa etária de 10 a 14 anos, morreram 2,3 adolescentes do sexo masculino para cada adolescente do sexo feminino. Ainda, verificou-se que, na população de 15 a 19 anos, esta sobremortalidade foi superior, morrendo 6,3 adolescentes do sexo masculino para cada adolescente do sexo feminino da mesma idade (Tabela 1).

Conforme observado na Tabela 1, o NRS Leste concentrou a maior frequência de óbitos (847), em ambos os sexos e faixas etárias, sendo responsável por 33,9% das mortes de adolescentes ocorridas no estado.

A mortalidade de acordo com a variável cor ou raça apontou para uma maior concentração dos óbitos de adolescentes pardos, no período avaliado, com um incremento de 38,9%, ao passar de 51,6% (2000) para 71,8% (2014). A população preta acompanhou a tendência de aumento, com um crescimento de 39,5% no mesmo período. Em contrapartida, os óbitos de jovens de cor ou raça branca apresentaram uma redução de 22,9%, quando analisados os anos de 2000 (11,5%) e 2014 (8,9%). Estes achados demonstram que, no ano de 2014, a proporção de óbitos de adolescentes

pardos e pretos (85,7%) foi quase dez vezes maior que a soma dos percentuais de brancos, amarelos e indígenas (9,1%).

Nota-se ainda a melhoria da qualidade da informação, pois se observou a redução de registros cujo campo raça/cor não se encontrava preenchido na declaração de óbito, variando de 26,6% em 2000 para 5,2% em 2014, diminuição equivalente a 80,2% (Gráfico 2).

Importante destacar que, de acordo com o Ministério da Saúde (2011), a cor deve ser perguntada ao responsável pelas informações do falecido, não devendo nunca ser decidida pelo médico a partir da observação. Fica, assim, o questionamento sobre a forma como foi preenchida esta variável na declaração de óbito.

De modo semelhante, as taxas de mortalidade de acordo com a escolaridade apresentaram tendência crescente entre um e 11 anos de estudo, correspondendo a um incremento de 42,1% no período avaliado. No entanto, entre os adolescentes com mais de doze anos de escolaridade, a mortalidade mostrou tendência decrescente, com redução percentual de 71,9%, comparando-se os anos de 2000 e 2014 (Gráfico 3). Pesquisa realizada pelo Observatório de Favelas (SILVA, 2006) indicou que muitos adolescentes moradores de favelas e periferias abandonam a escola entre 11 e 14 anos de idade, faixa próxima à

Tabela 1
Óbitos (número e taxa por 100 mil) segundo Núcleo Regional de Saúde, sexo e faixa etária Bahia – 2014

Núcleo Regional de Saúde	Masculino						Feminino					
	10-14a		15-19a		10-19a		10-14a		15-19a		10-19a	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Centro-Leste	40	34,8	226	201,1	266	117,0	21	19,0	49	44,5	70	31,7
Centro-Norte	17	39,1	58	137,1	75	87,5	6	14,4	9	22,3	15	18,3
Extremo Sul	31	70,0	151	376,1	182	215,5	11	25,9	19	47,8	30	36,5
Leste	81	39,6	660	325,0	741	181,8	34	17,1	72	35,1	106	26,2
Nordeste	23	49,6	102	226,2	125	136,7	7	15,4	21	48,5	28	31,6
Norte	16	27,6	70	126,8	86	76,0	17	30,6	26	48,7	43	39,5
Oeste	28	54,4	91	178,5	119	116,1	9	18,0	19	38,2	28	28,1
Sudoeste	32	37,0	149	168,2	181	103,3	20	24,0	35	40,0	55	32,2
Sul	54	63,3	229	276,7	283	168,4	14	17,1	25	30,7	39	23,9
Bahia	326	44,4	1.754	243,4	2.080	142,9	139	19,6	277	39,0	416	29,3

Fonte: IBGE - Projeção da População 2000 – 2030; Sesab/Suvisa/DIS - SIM/Tabwin (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

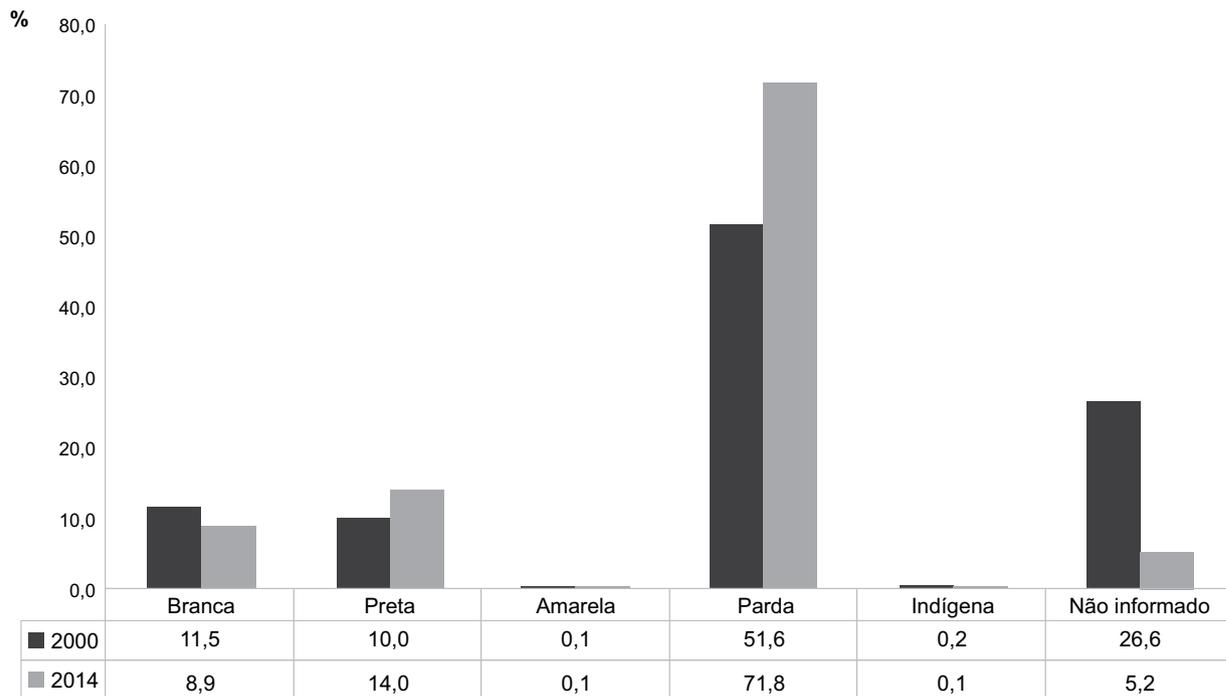


Gráfico 2
Mortalidade proporcional em adolescentes segundo cor ou raça – Bahia – 2000/2014

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

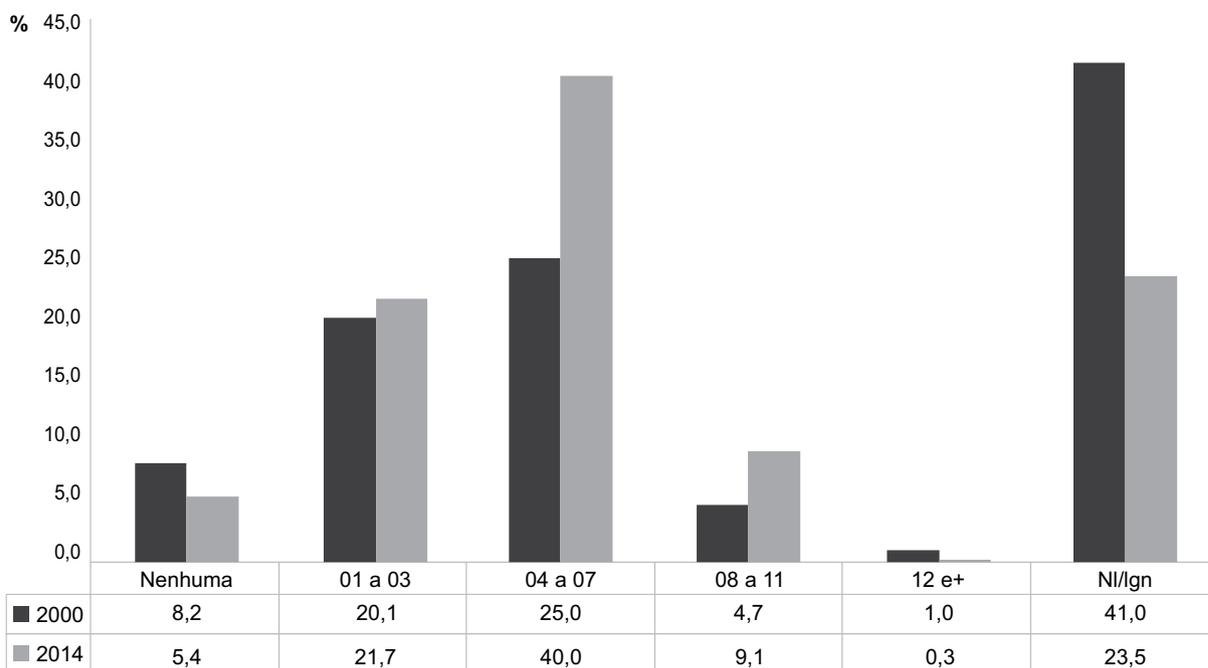


Gráfico 3
Proporção de óbitos segundo tempo de escolaridade do adolescente (em anos) – Bahia – 2000/2014

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

da entrada deste grupo no tráfico ou do envolvimento em outras redes de convivência social que concorrem para o aumento de sua vulnerabilidade.

Com relação à escolaridade, observou-se um avanço na qualidade desses registros nas declarações de óbito, uma vez que a frequência de não preenchimento desta variável oscilou de 41,0% no ano de 2000 para 23,5% em 2014.

A análise dos principais grupos de causas de óbito revelou que, no período avaliado, o principal risco de morte da população adolescente esteve relacionado às causas externas, que apresentaram um incremento de 134,4%, passando de 27,6 óbitos/100 mil adolescentes em 2000 para 64,7/100 mil adolescentes em 2014.

A Tabela 2 mostra a análise comparativa das taxas de mortalidade pelos demais grupos de causas, evidenciando poucas oscilações durante o período avaliado, de modo que as neoplasias ocuparam a segunda causa de morte no ano de 2014 (3,4/100 mil adolescentes), apresentando uma redução de 3,8% em relação ao ano 2000 (3,5/100 mil adolescentes). As doenças do aparelho circulatório (terceira causa), respiratório (quinta causa) e as doenças infecciosas e parasitárias (sexta causa) também mostraram tendência de redução no período em análise, com destaque para as doenças do aparelho respiratório, com queda de 48,6%, variando de 3,2/100 mil adolescentes em 2000 para 1,7/100 mil adolescentes no ano 2014. Em contrapartida, as doenças do sistema

Tabela 2
Taxas de mortalidade em adolescentes (por 100 mil) segundo principais grupos de causas Bahia – 2000-2014 (apenas anos pares)

Grupos de causas	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Causas externas	27,6	31,0	29,4	31,8	49,5	65,6	75,0	64,7
Neoplasias	3,5	3,4	2,8	3,2	4,5	3,8	4,0	3,4
Doenças ap. circulatório	4,1	3,8	3,0	3,0	3,1	3,4	2,9	3,2
Doenças sistema nervoso	1,9	1,3	2,1	2,3	2,8	2,7	2,2	2,4
Doenças ap. respiratório	3,2	2,4	2,5	2,9	2,8	3,3	2,9	1,7
Doenças infec. parasitárias	2,6	2,3	2,2	2,2	2,1	2,7	2,3	1,6
Doenças ap. digestivo	0,8	1,2	0,6	0,6	0,9	0,9	1,3	1,4
Doenças do sangue	1,0	0,8	0,7	0,7	0,7	1,3	1,0	1,1

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

Tabela 3
Número e proporção de óbitos na população adolescente por Núcleo Regional de Saúde de residência, segundo os principais grupos de causas – Bahia – 2014

Núcleo regional de saúde	Causas externas		Neoplasias		Doenças do aparelho circulatório		Doenças do sistema nervoso		Demais causas		Total (1)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Centro-Leste	228	67,9	15	4,5	5	1,5	13	3,9	75	22,3	336
Centro-Norte	64	71,1	2	2,2	4	4,4	5	5,6	15	16,7	90
Extremo Sul	175	82,5	5	2,4	5	2,4	6	2,8	21	9,9	212
Leste	691	81,7	33	3,9	30	3,5	27	3,2	65	7,7	846
Nordeste	113	73,9	10	6,5	8	5,2	3	2,0	19	12,4	153
Norte	83	64,3	9	7,0	6	4,7	1	0,8	30	23,3	129
Oeste	97	66,0	4	2,7	11	7,5	3	2,0	32	21,8	147
Sudoeste	152	64,4	5	2,1	13	5,5	9	3,8	57	24,2	236
Sul	234	72,7	14	4,3	10	3,1	6	1,9	58	18,0	322
Bahia	1.861	74,6	97	3,9	92	3,7	73	2,9	373	14,9	2.496

Fonte: IBGE - Projeção da População 2000 - 2030; Sesab/Suvisa/DIS - SIM/Tabwin (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

Nota: (1) Incluídos óbitos de NRS ignorado.

Tabela 4
Frequência absoluta e relativa de óbitos no grupo de adolescentes, segundo os principais grupos de causa – Bahia – 2000/2014

2000			2014		
Grupo de causa			Grupo de causa		
Causas externas	N	%	Causas externas	N	%
Homicídios	190	22,4	Homicídios	1.175	63,1
Acidentes de transporte	157	18,5	Acidentes de transporte	265	14,2
Afogamento e submersões acidentais	111	13,1	Afogamento e submersões acidentais	106	5,7
Demais causas	392	46,1	Demais causas	315	16,9
Total	850	100,0	Total	1.861	100,0
Neoplasias	Nº	%	Neoplasias	Nº	%
Leucemia	31	28,7	Leucemia	33	34,0
Neopl malig mening,encéf e out partes SNC	19	17,6	Neopl malig mening,encéf e out partes SNC	17	17,5
Linfoma não-Hodgkin	7	6,5	Linfoma não-Hodgkin	8	8,2
Demais causas	51	47,2	Demais causas	39	40,2
Total	108	100,0	Total	97	100,0
Doença aparelho circulatório	Nº	%	Doença aparelho circulatório	Nº	%
Febre reumát. e doença reum. crônica coração	24	19,0	Doenças cerebrovasculares	32	34,8
Doenças cerebrovasculares	23	18,3	Febre reumát. e doença reum. crônica coração	14	15,2
Doenças hipertensivas	6	4,8	Doenças hipertensivas	6	6,5
Demais causas	73	57,9	Demais causas	40	43,5
Total	126	100,0	Total	92	100,0
Todas as causas	1.703		Todas as causas	2.496	

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

nervoso (quarta causa), do aparelho digestivo (sétima causa) e do sangue (oitava) tiveram um aumento percentual de 32,7%, 67,0% e 10,6%, respectivamente.

As causas externas foram responsáveis pela maior proporção dos óbitos ocorridos em adolescentes na Bahia (74,6%), assim como em todos os núcleos regionais de saúde em 2014 (Tabela 3).

Ao se analisar a mortalidade proporcional, segundo os principais grupos de causas, observa-se uma tendência de aumento das causas externas, correspondendo a 118,9%, quando comparados os anos de 2000 (850) e 2014 (1.861) (Tabela 4). A maioria destes óbitos foi decorrente de homicídios, que, em 2014, representaram 63,1% do total. As mortes em consequência de acidentes de transporte e afogamentos/submersões foram responsáveis, respectivamente, pela segunda e terceira causa de óbito decorrente das causas externas nos anos analisados.

As neoplasias registraram uma redução de 10,2% na sua frequência entre os anos de 2000 (108) e 2014 (97). Os tipos de câncer mais prevalentes nesse grupo de causas foram as leucemias, as neoplasias malignas meningo, encefálicas e em outras partes do sistema nervoso central, e os linfomas não Hodgkin.

As doenças do aparelho circulatório apresentaram uma redução de 27,0% no período em análise. Observa-se uma oscilação entre as posições das principais causas de óbito selecionadas. As doenças cerebrovasculares apresentaram uma tendência de aumento, correspondendo a 39,1%, ao saírem da segunda colocação no ano de 2000 (23) para a primeira em 2014 (32). Em seguida surgem a febre reumática aguda e doenças reumáticas crônicas do coração, que tiveram comportamento inverso ao passarem da primeira posição em 2000 (24) para a segunda em 2014 (14), apontando para uma redução de 41,7%.

A Tabela 5 evidencia que as causas externas são as principais responsáveis pelos óbitos entre adolescentes, inclusive quando desagregado por sexo e faixa etária. Ressalta-se ainda a tendência de aumento em ambos os sexos e faixa etária, com destaque para a população masculina, que apresentou percentuais superiores à feminina.

jovens de 15 a 19 anos (176,3%), quando comparados os anos 2000 e 2014 (Gráfico 4).

Considerando-se ainda o grupo das causas externas, os homicídios representaram as maiores taxas de mortalidade no período, com tendência crescente e significativa ($p < 0,05$). Dessa forma, o incremento observado no período foi de 562,2%,

Tabela 5
Número e proporção dos óbitos, segundo principais grupos de causas(1), sexo e faixa etária Bahia – 2000/2014

Sexo masculino											
10 a 14 anos						15 a 19 anos					
2000			2014			2000			2014		
Cap.	Nº	%	Cap.	Nº	%	Cap.	Nº	%	Cap.	Nº	%
XX	147	48,8	XX	183	56,1	XX	547	63,0	XX	1535	87,5
IX	25	8,3	II	26	8,0	X	43	5,0	IX	37	2,1
II	20	6,6	VI	24	7,4	IX	42	4,8	II	33	1,9
Subtotal(1)	192	63,8	Subtotal(1)	233	71,5	Subtotal(1)	632	72,8	Subtotal(1)	1605	91,5
Total(2)	301	100,0	Total(2)	326	100,0	Total(2)	868	100,0	Total(2)	1754	100,0
Sexo feminino											
10 a 14 anos						15 a 19 anos					
2000			2014			2000			2014		
Cap.	Nº	%	Cap.	Nº	%	Cap.	Nº	%	Cap.	Nº	%
XX	51	23,9	XX	43	31,2	XX	103	32,1	XX	100	36,1
IX	24	11,3	VI	17	12,3	IX	35	10,9	II	25	9,0
II	20	9,4	IX	14	10,1	II	27	8,4	IX	21	7,6
Subtotal(1)	95	44,6	Subtotal(1)	74	53,6	Subtotal(1)	165	51,4	Subtotal(1)	146	52,7
Total(2)	213	100,0	Total(2)	138	100,0	Total(2)	321	100,0	Total(2)	277	100,0

Fontes: IBGE – Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

Nota: (1) Excluídas causas mal definidas. (2) Somatório das três causas de óbito mais frequentes. (3) Todas as causas de óbito na faixa etária. II = Neoplasias, VI = Doenças do sistema nervoso, IX = Doenças do aparelho circulatório e XX = Causas externas.

Considerando-se apenas as causas externas, observou-se que, no período de 2000 a 2014, 19.766 adolescentes morreram na Bahia, representando 64,4% do total de óbitos (30.677) ocorridos neste grupo, na Bahia, no mesmo período em análise. Essa frequência indica uma média de 1.318 óbitos/ano, 110/mês e 4/dia, permitindo-se inferir que, a cada seis horas, aproximadamente um adolescente morre por causas externas na Bahia.

Quando analisada a taxa de mortalidade por causas externas segundo faixa etária desagregada, observou-se um aumento mais evidente entre os

passando de 6,2/100 mil adolescentes em 2000 para 40,9/100 mil em 2014 (Gráfico 5).

Os acidentes de transporte mantiveram-se como o segundo motivo de óbitos por causas externas em adolescentes, revelando uma tendência crescente e aumento de 80,7% das taxas entre os anos 2000 (5,1/100 mil adolescentes) e 2014 (9,2/100 mil adolescentes). Este aumento pode estar relacionado ao consumo de álcool e/ou de outras drogas e ao desrespeito às leis de trânsito, associado ao ato de dirigir veículo motor, principalmente pelos adolescentes do sexo masculino. Destaca-se ainda a tendência crescente da mortalidade por intervenções

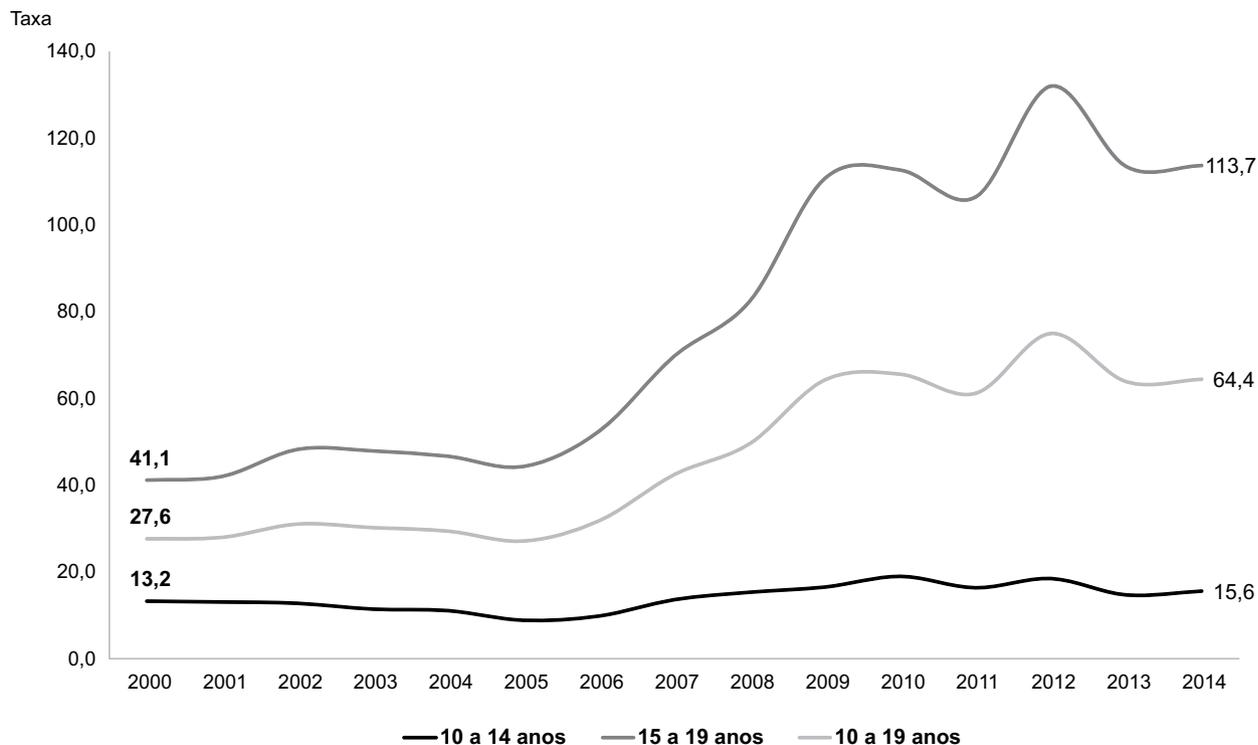


Gráfico 4
Taxa de mortalidade por causas externas em adolescentes (por 100 mil), segundo faixa etária
Bahia – 2000-2014

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

legais¹, que, no ano de 2014, ocuparam a quarta posição, com uma taxa de 1,4/100 mil adolescentes (Gráfico 5).

É válido ressaltar, que o principal instrumento utilizado para perpetrar a morte dos adolescentes foi a arma de fogo, 8.954 entre 2000 a 2014, revelando um crescimento exponencial da violência por arma de fogo, em mais de 600%, ao passar de 134 (2000) para 1.044 (2014). Destaca-se ainda, que no ano de 2014, 88,9% dos homicídios da população adolescente, foi decorrente das armas de fogo.

Com relação aos homicídios de adolescentes, o SIM registrou 10.540 óbitos entre os anos de 2000 a 2014. Ainda considerando a taxa de mortalidade por homicídio no ano 2000, é visível a concentração nos NRS Sul (10,3/100 mil adolescentes),

Extremo Sul (9,4/100 mil adolescentes), Norte (8,1/100 mil adolescentes) e Leste (7,7/100 mil adolescentes). Com o passar dos anos, observa-se a expansão da violência por todos os núcleos regionais de saúde, com variação percentual, no período em análise, superior a 2.000%, a exemplo do NRS Sudoeste, que registrou o maior percentual de aumento, com a taxa de mortalidade por homicídio variando de 2,7/100 mil adolescentes em 2000 para 68,2/100 mil adolescentes em 2014. Todavia, os NRS Extremo Sul e Leste tiveram as maiores taxas de mortalidade, de 127,2/100 mil adolescentes e 104,4/100 mil adolescentes, respectivamente (Figura 2).

A análise dos homicídios segundo as 28 bases regionais de saúde (BRS) do estado da Bahia permitiu a observação de um aumento gradativo da frequência de óbitos registrados no SIM na maioria das BRS, com destaque para a base de Salvador, que teve o maior volume de homicídios no período

¹ 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.

PERFIL DA MORTALIDADE DOS ADOLESCENTES NO ESTADO DA BAHIA NO PERÍODO DE 2000 A 2014

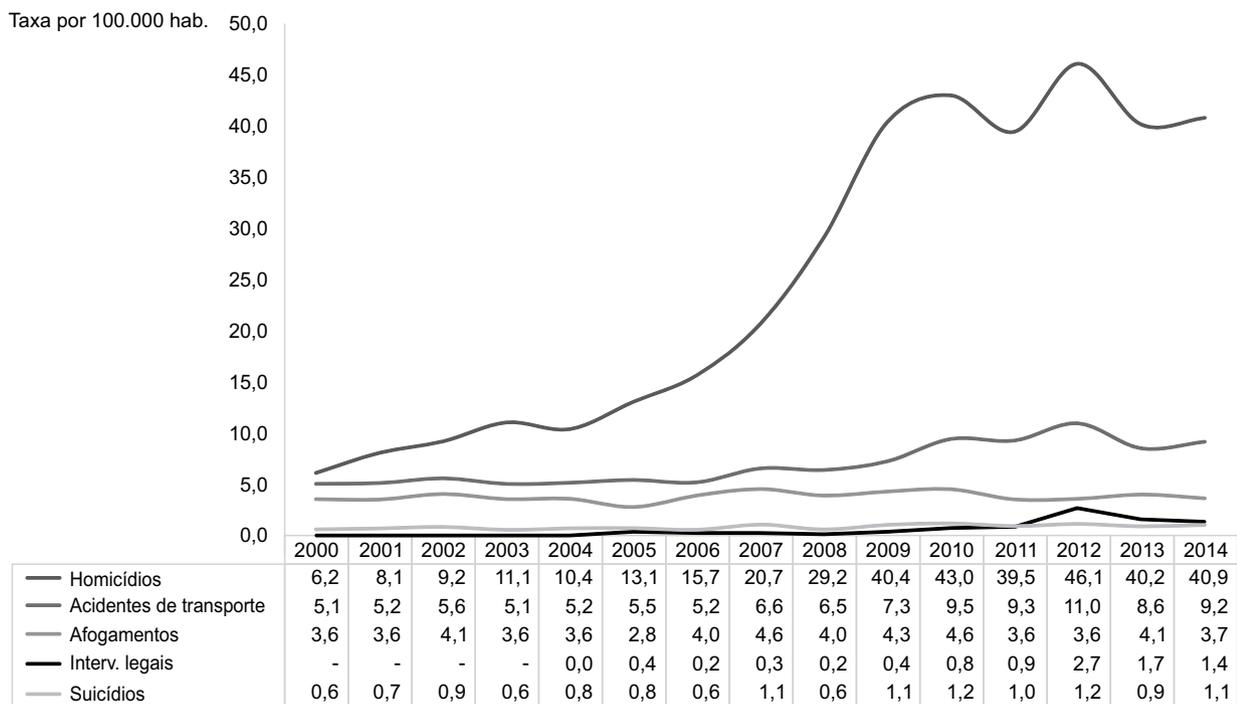


Gráfico 5
Taxa de mortalidade por causas externas em adolescentes (por 100 mil), segundo intenção da lesão Bahia – 2000-2014

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

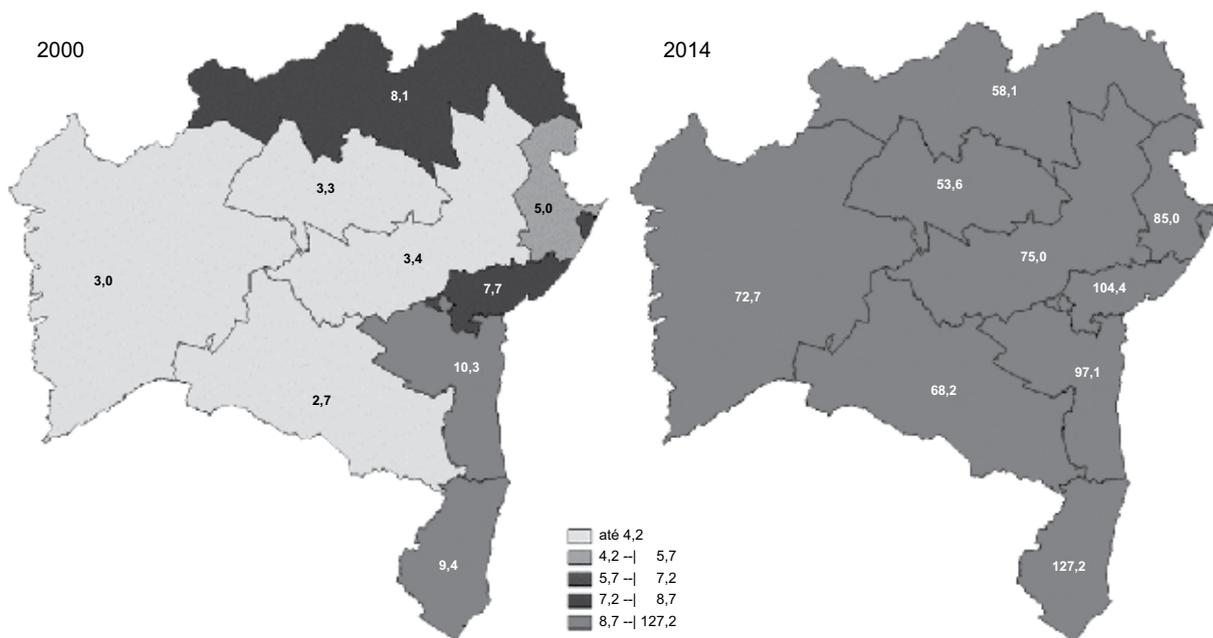


Figura 2
Taxa de mortalidade por homicídio em adolescentes (por 100 mil), segundo Núcleo Regional de Saúde (NRS) – Bahia – 2000/2014

Fonte: IBGE – Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

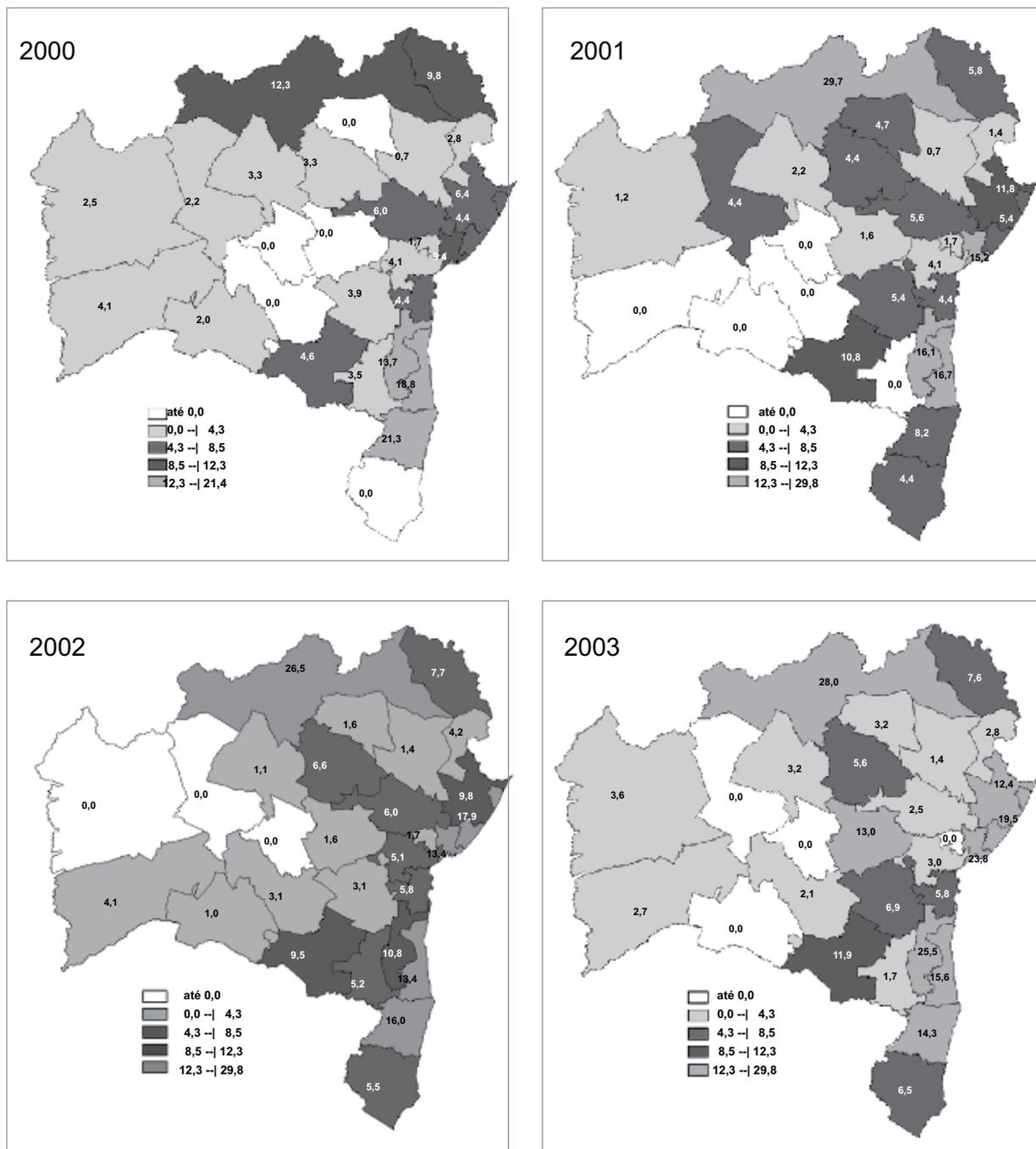


Figura 3 – Parte 1
Taxa de mortalidade por homicídio em adolescentes (por 100 mil), segundo Base Regional de Saúde Bahia – 2000-2007

Fonte: IBGE – Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

de 2000 a 2014 (4.334 óbitos), seguida de Camaçari (770 óbitos), Itabuna (718 óbitos), Feira de Santana (689 óbitos) e Porto Seguro (634 óbitos). As figuras 3, 4 e 5 possibilitam a análise do crescimento do

risco de morte por homicídio entre os adolescentes no período de 2000 a 2014.

As BRS de Cruz das Almas, Camaçari e Serriinha registraram as maiores variações percentuais

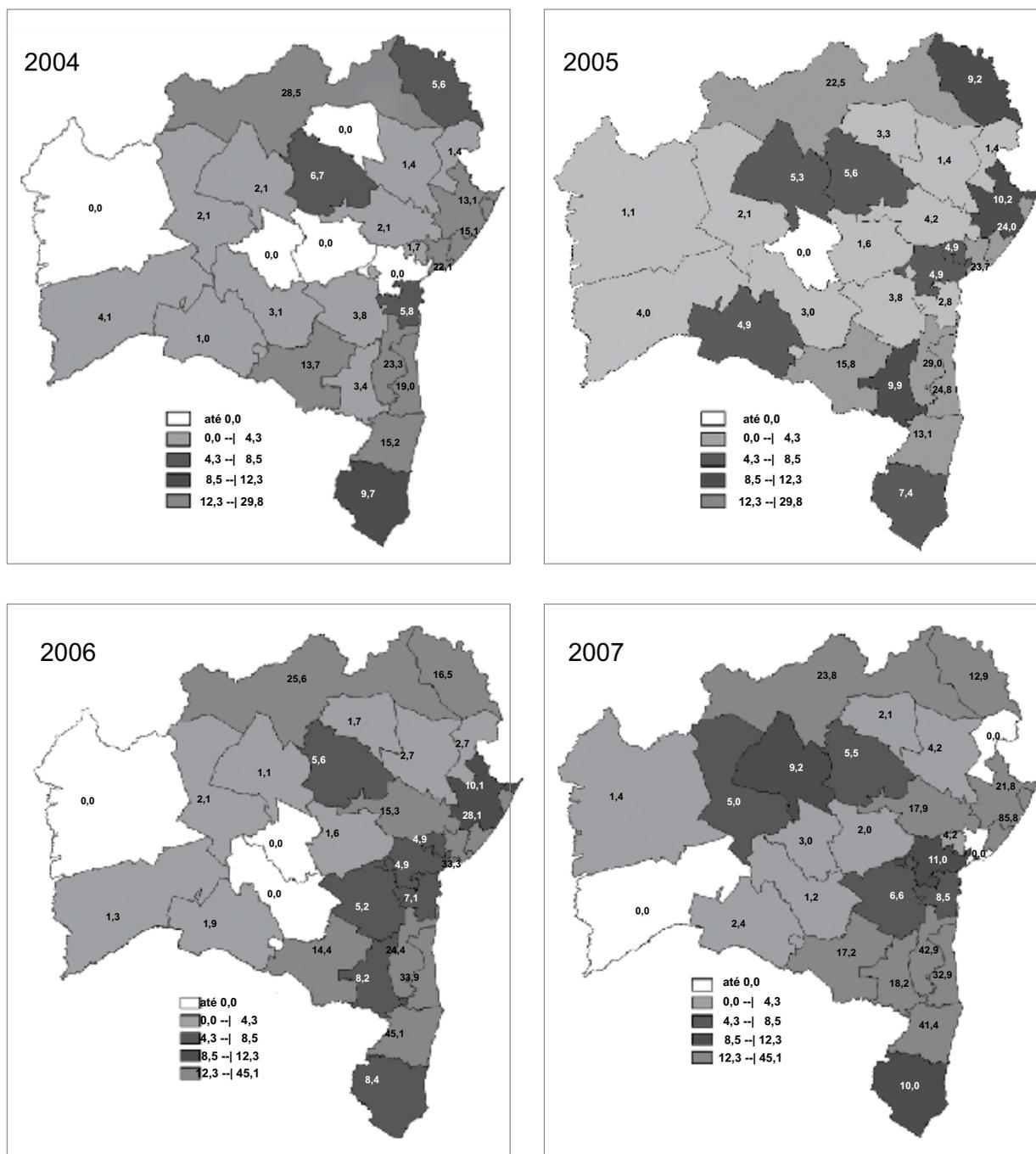


Figura 3 – Parte 2
Taxa de mortalidade por homicídio em adolescentes (por 100 mil), segundo Base Regional de Saúde Bahia – 2000-2007

Fonte: IBGE – Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

(acima de 1.500%) no período em análise. Entretanto, o que mais chama a atenção é a evolução progressiva das taxas de mortalidade nos NRS Norte e Extremo Sul, que correspondem às posições

extremas do estado, do ponto de vista geográfico. Constata-se a ascensão das taxas de mortalidade nas BRS de Teixeira de Freitas e Porto Seguro, pertencentes ao NRS Extremo Sul, avançando por

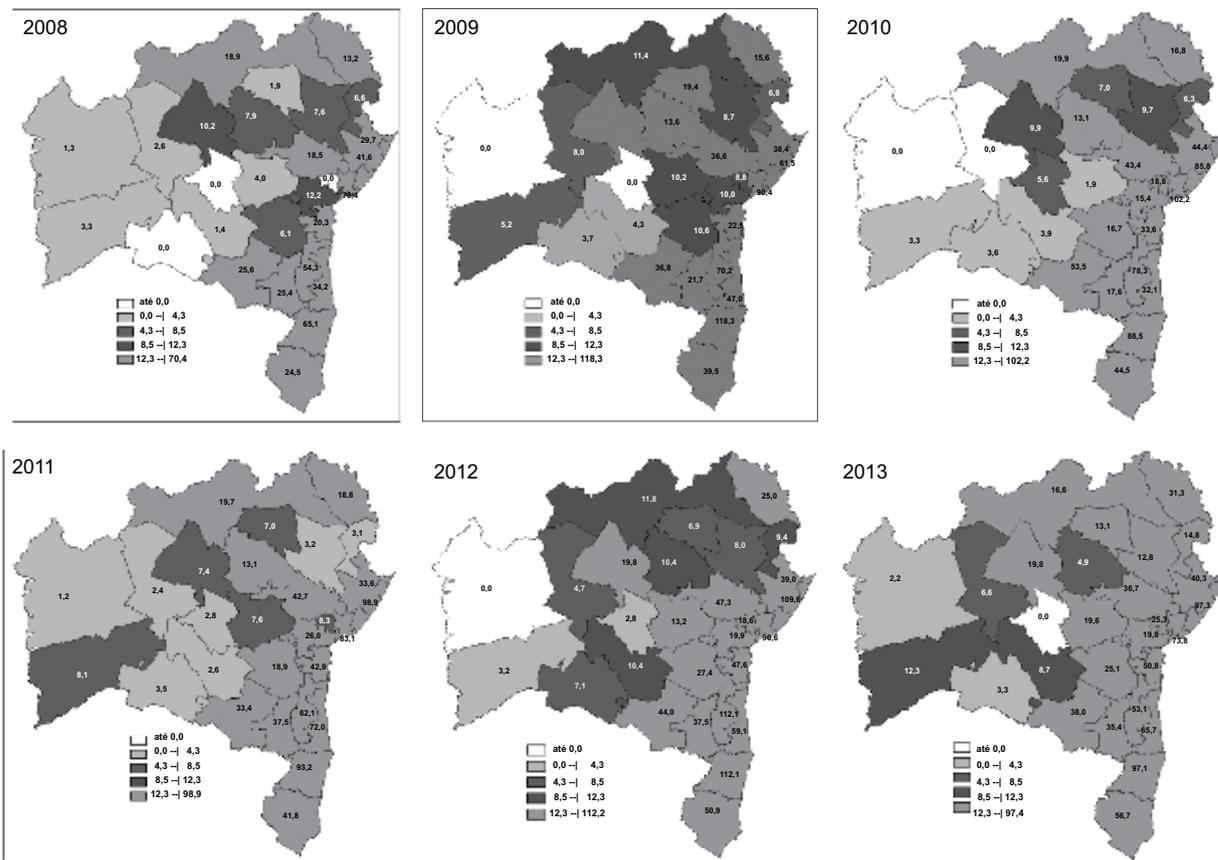


Figura 4
Taxa de mortalidade por homicídio em adolescentes (por 100 mil), segundo Base Regional de Saúde Bahia – 2008-2013

Fonte: IBGE – Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

todo litoral baiano, assim como nas bases de Juazeiro e Paulo Afonso, no NRS Norte do estado.

Segundo o Mapa da Violência (WASELFSZ, 2014), a taxa de homicídio juvenil (15 a 29 anos) no estado da Bahia, em 2012, foi de 87,4/100 mil jovens, ocupando a quinta posição no ranking do país. Entre as capitais, Salvador apresentou-se na quinta posição, com taxa de homicídio juvenil de 138,5/100 mil. Complementando a pesquisa, este mesmo autor analisou os 100 municípios do Brasil com população superior a 10 mil jovens que registraram as maiores taxas de homicídio juvenil. Fazem parte desse rol 20 municípios baianos, com ênfase para Mata de São João (371,5/100 mil jovens) e Simões Filho (308,8/100 mil jovens), ocupantes do primeiro e segundo lugares, respectivamente.

Waiselfisz (2014) apresenta ainda uma variedade de motivos que podem contribuir para o aumento das taxas de homicídios nos municípios, tais como municípios de zona de fronteira dominados por megaestruturas dedicadas ao contrabando de armas, de produtos, de pirataria e/ou rotas de tráfico; municípios com domínio territorial de quadrilhas, milícias, tráfico e produção ilegal de entorpecentes; e municípios e áreas onde impera uma sólida cultura da violência, crimes por motivos fúteis e banais. Essa análise corrobora a situação do estado, principalmente com relação a alguns municípios da região norte, a exemplo de Juazeiro, Curaçá, Glória e Paulo Afonso, que se delimitam com a região conhecida como “polígono da maconha”, no estado de Pernambuco, o que pode ter cooperado para as

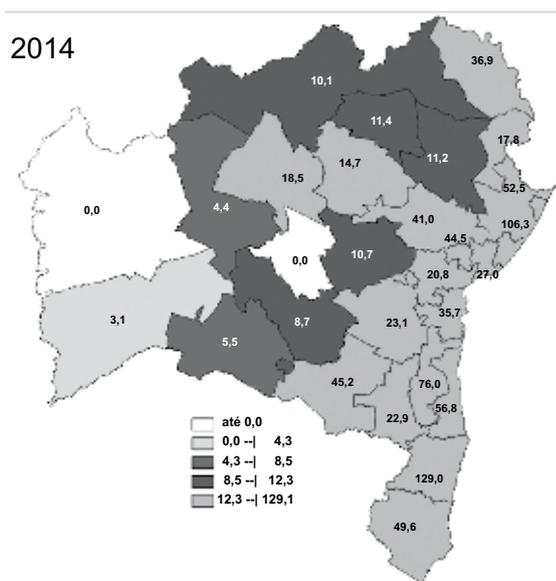


Figura 5
Taxa de mortalidade por homicídio em adolescentes (por 100 mil), segundo Base Regional de Saúde – Bahia – 2014

Fonte: IBGE – Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

altas taxas de mortalidade nessa região. O cenário do NRS Extremo Sul, remete a acreditar que ao longo dos anos, também, foi vivenciada essa dinâmica social violenta, associada a incorporação do “aumento das desigualdades sociais, a metropolização das capitais dessas regiões sem condições adequadas de infraestrutura urbana e migração do crime organizado para áreas com ausência de políticas de segurança pública” (BRASIL, 2012, p. 159).

Importante destacar ainda que a BRS de Seabra contrastou com a tendência de aumento da mortalidade de adolescentes na Bahia por registrar óbitos por homicídio apenas nos anos de 2007, 2010, 2011 e 2012, sendo que a taxa mais alta nesta base foi observada no ano de 2010 (5,6/100 mil adolescentes). Já outras BRS (Barreira, Brumado, Cruz das Almas, Guanambi, Ibotirama, Itaberaba, Itapetinga, Ribeira do Pombal, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Senhor do Bonfim e Teixeira de Freitas), ao longo do período, não registraram óbitos

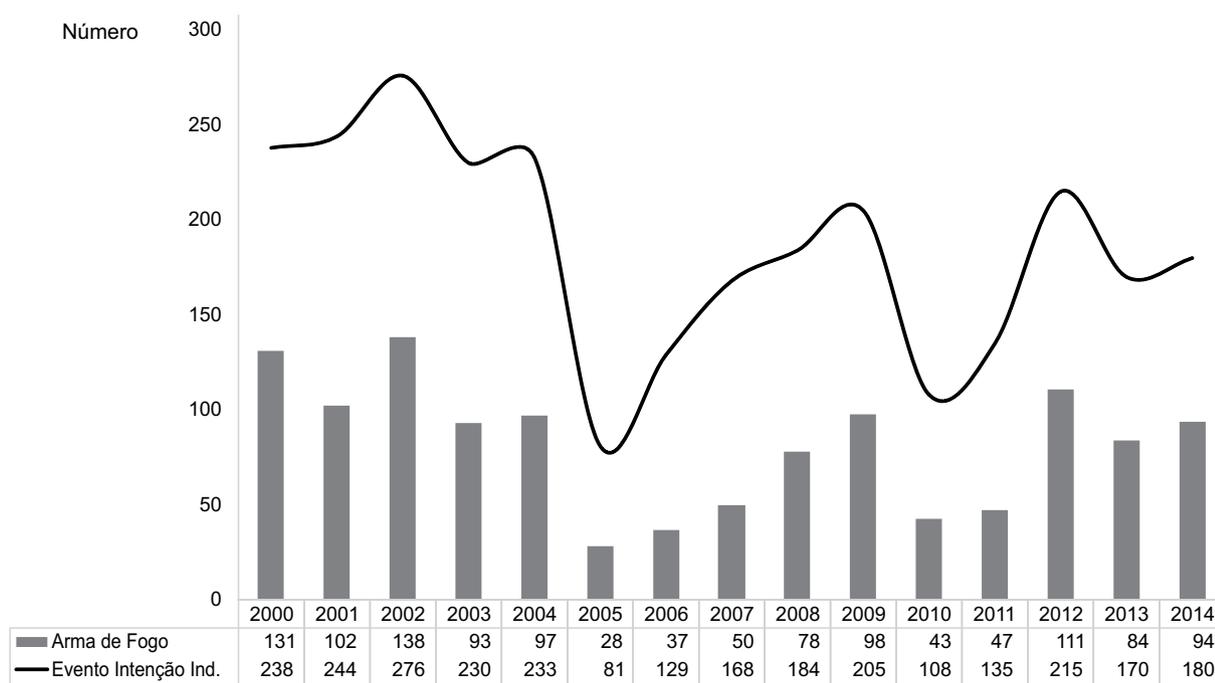


Gráfico 6
Número de eventos e lesões por arma de fogo de intenção indeterminada na faixa etária de 10 a 19 anos Bahia – 2000-2014

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

de adolescentes em decorrência de homicídios no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Cabe ressaltar a possibilidade de imprecisão no registro da circunstância da morte na declaração de óbito (DO) nestes locais, visto que é frequente o preenchimento inadequado deste documento por parte de alguns médicos-legistas, que se atêm à notificação da natureza das lesões, sem informar a causa ou o que motivou essas lesões. Nestes casos, as DO são classificadas no grupo de “fatos ou eventos

cuja intenção é indeterminada”, o que fragiliza sobremaneira o Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Essa situação pode ser observada por meio do Gráfico 6. No período em análise, registraram-se no SIM 2.796 eventos de intenção indeterminada e 1.231 lesões por arma de fogo.

Ressalta-se uma tendência de redução, ao se comparar os anos de 2000 e 2014, correspondendo a 28,2% para as lesões por arma de fogo de intenção indeterminada, que variaram de 131 (2000) para

Tabela 6
Número de eventos de intenção indeterminada e lesões por arma de fogo na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo Base Regional de Saúde – Bahia – 2000/2014

Local de residência	Eventos de intenção indeterminada			Lesões por arma de fogo		
	2000	2014	Variação %	2000	2014	Variação %
Alagoinhas	8	4	-50,0	3	-	-100,0
Barreiras	10	38	280,0	2	18	800,0
Brumado	1	1	0,0	-	-	-
Camaçari	5	8	60,0	3	4	33,3
Cruz das Almas	3	-	-100,0	-	-	-
Feira de Santana	17	35	105,9	3	27	800,0
Guanambi	1	1	0,0	-	1	-
Ibotirama	3	6	100,0	3	3	0,0
Ilhéus	2	2	0,0	-	2	-
Irecê	6	2	-66,7	2	-	-100,0
Itaberaba	-	10	-	-	6	-
Itabuna	14	3	-78,6	10	1	-90,0
Itapetinga	2	-	-100,0	2	-	-100,0
Jacobina	8	1	-87,5	-	1	-
Jequié	2	2	0,0	-	-	-
Juazeiro	6	1	-83,3	6	1	-83,3
Paulo Afonso	4	-	-100,0	1	-	-100,0
Porto Seguro	2	5	150,0	-	1	-
Ribeira do Pombal	2	3	50,0	-	1	-
Salvador	111	23	-79,3	88	14	-84,1
Santa Maria da Vitória	4	10	150,0	-	3	-
Santo Antônio de Jesus	3	1	-66,7	2	-	-100,0
Seabra	1	-	-100,0	-	-	-
Senhor do Bonfim	3	1	-66,7	2	-	-100,0
Serrinha	3	7	133,3	1	4	300,0
Teixeira de Freitas	13	1	-92,3	2	-	-100,0
Valença	2	-	-100,0	-	-	-
Vitória da Conquista	2	1	-50,0	1	-	-100,0
Bahia(1)	238	180	-24,4	131	94	-28,2

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2000 e 2010) e Projeção da População 2000 - 2030 (anos intercensitários); Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade)
Nota: (1) Incluídos os óbitos de BRS ignorada.

94 (2014). A mesma situação foi observada para os eventos de intenção indeterminada, que passaram de 238 (2000) para 180 (2014), correspondendo a 24,4%.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos eventos de intenção indeterminada e lesões por arma de fogo, segundo as BRS, nos anos de 2000 e 2014. Destaca-se que algumas BRS que não registraram homicídios no SIM, ao longo do período de análise desse estudo, apresentaram as maiores variações percentuais, quando comparados os anos de 2000 e 2014, a exemplo de Barreiras (280,0%), Santa Maria da Vitória (150,0%), Ibotirama (100,0%) e Ribeira do Pombal (50,0%). Esse fato sugere que este incremento pode estar diretamente relacionado com a imprecisão no registro da circunstância da morte na DO, na qual, por vezes, há apenas a definição da natureza das lesões, sem explicitar a causa ou o que motivou essas lesões.

Segundo estudos realizados por Souza (2012), a violência seguida de homicídio se apresenta de maneira heterogênea entre as regiões e os continentes, situando o Brasil entre os 15 países mais violentos do mundo, com uma taxa de 26,4 homicídios por 100 mil habitantes em 2008. Nessa mesma análise, a autora cita o predomínio da mortalidade por homicídio em pessoas jovens do sexo masculino, negras ou descendentes dessa raça/etnia, pertencentes ao estrato socioeconômico menos favorecido e com baixo nível de escolaridade. Assim, os resultados do presente estudo corroboram pesquisas semelhantes que tratam da temática da mortalidade entre adolescentes e jovens.

CONCLUSÕES

O estudo aponta para o aumento da magnitude da mortalidade, colocando os adolescentes baianos em um cenário de sobremortalidade análogo ao de uma guerra civil, uma vez que, no período de 2000 a 2014, o risco de morte dos adolescentes apresentou um crescimento vertiginoso, ceifando a vida, principalmente, da população masculina, na

faixa etária de 15 a 19 anos, de cor negra, residente, em sua maioria, nos municípios da Região Metropolitana de Salvador e do litoral baiano. Este fato se reveste de preocupação quando se constata que a perda destes jovens decorre de causas externas, com absoluto predomínio dos homicídios.

Sendo assim, considerando a violência como um problema de saúde pública, urgentemente se faz necessário implementar ações e medidas intersetoriais visando à efetivação de políticas estruturantes, que vão além das áreas da educação, saúde, justiça e segurança pública, com vistas a contribuir para a sobrevivência e a qualidade de vida da população adolescente do estado da Bahia.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, Simone G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 126-134, 1994. Supl. 1.
- BLANK, Danilo; LIBERAL, Edson F. O pediatra e as causas externas de morbimortalidade. *Jornal Pediatria*, Rio Janeiro, v. 81, p. S119-S122, 2005. Supl. 5.
- BRASIL. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 1 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde do Adolescente*: bases programáticas. 2. ed. Brasília: MS, 1996.
- _____. *Marco legal*: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: MS, 2007.
- _____. *Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito*. Brasília: MS, 2011.
- BRASIL. *Saúde Brasil 2011*: uma análise da situação de saúde e vigilância da saúde da mulher. Brasília: MS, 2012.
- _____. *Estatísticas vitais*: mortalidade 1996–2015: mortalidade geral. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- _____. *Demográficos e Socioeconômicas*: população residente. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- COSTA, Inês Eugênia R.; LUDERMIR, Ana B.; SILVA, Isabel A. Diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes

segundo estrato de condição de vida e raça/cor na cidade do Recife. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1781-1788, 2009.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça: 2008*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. p. 16.

MATOS, Karla F.; MARTINS, Christine B. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 14, n. 1-2, p. 82-93, dez. 2013.

PAES, Carlos E. N.; GASPAR, Vera L. V. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. *Jornal Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. S146-S154, nov. 2005.

SILVA, Jailson de Souza e. *Caminhada de crianças, adolescentes e jovens na rede do tráfico de drogas no varejo do Rio de Janeiro, 2004-2006*. Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2006.

SOUZA, Edinilza R. et al. Estudo multicêntrico da mortalidade por homicídios em países da América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3183-3193, dez. 2012.

SOUZA, Tiago O. *Perfil epidemiológico da mortalidade por homicídio no estado da Bahia no período de 1996 a 2010*. 2013. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil*. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2014. Disponível em: <<http://www.juventude.gov.br/juventudeviva>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

YUNES, João; PRIMO, Edneia. Características da mortalidade em adolescentes brasileiros das capitais das Unidades Federadas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 263-278, ago. 1983. Disponível em: <<http://revistas.usp.br/rsp/article/view/23175/25201>>. Acesso em: 6 dez. 2016.

Artigo recebido em 22 de novembro de 2016
e aprovado em 28 de fevereiro de 2017.

Mortalidade por homicídio de jovens em Salvador (BA): tendências no período de 2005 a 2012¹

*Eliene dos Santos de Jesus**

*Jessidenes Teixeira de Freitas Mendes Leal***

* Especialista em Análise de Situação de Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UF) e especialização em andamento em Impactos da Violência na Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Subcoordenadora de Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.
insantosjesus@gmail.com

** Pós-graduado em Saúde Pública pela AVM Faculdade Integrada da Universidade Candido Mendes (Ucam) e graduado em Estatística pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Técnico da Subcoordenação de Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

Resumo

Em uma análise do Plano Municipal de Saúde (PMS 2014-2017) de Salvador/BA, notou-se uma redução da população jovem do sexo masculino, na faixa etária de 15 a 29 anos, fato verificado entre os censos demográficos de 2000 e 2010. A principal causa dessa redução, de acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foi a morte de jovens negros (pretos e pardos) nessa faixa etária por causas externas, principalmente homicídios por arma de fogo. Este trabalho objetiva analisar a tendência da mortalidade por homicídio em jovens na faixa etária de 15 a 29 anos, segundo raça/cor, residentes em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012 e sua correlação. Trata-se de estudo ecológico, longitudinal, com base nos dados secundários do SIM.

Palavras-chave: Jovens. Adultos. Homicídio.

Abstract

This analysis of the health situation in the Municipal Health Plan (PMS 2014-2017) of Salvador/BA reveals a reduction of the young male population, in the age range of 15 to 29 years of the municipality. The fact is confirmed by demographic census data for 2000 and 2010. The main cause of this reduction, after analyzing the Mortality Information System (SIM), was the mortality in young blacks (blacks and browns) in this age group due to external causes, especially gunshot homicides. This study aims to analyze the trend of homicide mortality in young people between 15 and 29 years of age, according to race / color, living in Salvador / BA from 2005 to 2012 and its correlation. It is an ecological, longitudinal study based on the secondary data of the SIM.

Keywords: Youth. Adults. Homicide.

¹ Este artigo é um produto do trabalho de conclusão de curso de especialização apresentado à coordenação do curso de Especialista em Análise de Situação de Saúde do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP).

INTRODUÇÃO

A partir dos censos demográficos, foi possível verificar a evolução do contingente de jovens na população brasileira, que, a partir da década de 1970, apresentou um paulatino processo de desaceleração no ritmo do crescimento, fruto da geração nascida sob o efeito de uma fecundidade declinante, decorrente da urbanização e da modernização da sociedade (WAISELFISZ, 2014). Esse fato pode ser verificado no estreitamento da base da pirâmide populacional entre censos (BRASIL, 2005b).

Com relação à razão de sexo, historicamente, os censos apresentam-se com um número maior de mulheres do que de homens, visto que os riscos da mortalidade se intensificam sobre o sexo masculino. Verifica-se o aumento da sobremortalidade a partir dos 15 anos, sendo que, nos jovens e nos adultos, este fenômeno está diretamente associado às mortes por causas externas (GONSAGA et al., 2012).

Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID (OMS, 1985 e OMS, 1995) – sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e/ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros (BRASIL, 2002, p.8).

Segundo Waiselfisz (2014), estudos históricos realizados em São Paulo e no Rio de Janeiro por Vermelho e Mello Jorge mostram que as epidemias e doenças infecciosas, que eram as principais causas de morte entre os jovens cinco ou seis décadas atrás, foram sendo progressivamente substituídas

pelas denominadas causas externas, principalmente acidentes de trânsito e homicídios.

O homicídio é a principal causa de morte prematura violenta nos países do Terceiro Mundo, sendo considerado um problema de saúde pública de elevada magnitude. A população jovem, do sexo masculino, negra e residente nas áreas periféricas das grandes cidades é a mais vulnerável (BARATA; RIBEIRO; MORAES, 1999).

O relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2010) intitulado “Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children”, chama a atenção para a situação dos homicídios no Brasil, segundo país em número de homicídios na faixa etária de até 19 anos, com 11 mil mortes em 2012, ficando atrás apenas da Nigéria, com 13 mil. Proporcionalmente, são 17 mortes para cada 100 mil habitantes, o que coloca o país em sexto lugar, atrás de El Salvador (27 homicídios), Guatemala (22), Venezuela (20), Haiti (19) e Lesoto (18). Segundo o relatório, os negros têm até três vezes mais chances de morrer do que os brancos.

Confrontando-se algumas pesquisas realizadas no Brasil que demonstram existir um diferencial nas condições de viver, adoecer e morrer relacionado fortemente à raça/cor da população, surge a necessidade de análises sobre esses diferenciais na saúde da população negra comparada com a da população branca (BATISTA; WERNICK; LOPES, 2012).

No ano de 2013, Salvador possuía uma população de 2.883.672 habitantes, o que colocava a cidade como a mais populosa do Nordeste e a terceira do Brasil. O município vem seguindo a tendência nacional de redução dos níveis de fecundidade verificada nas últimas décadas, alterando o seu perfil demográfico, como foi constatado nos censos de 2000 e 2010 (SALVADOR, 2014). Também vem ocorrendo uma diminuição da população masculina, jovem e negra (15 a 29 anos), por morte violenta, tendo como causa principal os homicídios por arma de fogo.

Diante do quadro apresentado, o objetivo deste estudo foi analisar a tendência do padrão de morte dos jovens de 15 a 29 anos por homicídio, de 2005 a 2012, numa dimensão racial.

MÉTODO

A base espacial do estudo foi o município de Salvador, capital do estado da Bahia, que ocupa uma extensão territorial de 693,3 km². A sua organização político-administrativa compreende 10 regiões administrativas, denominadas prefeituras bairros, e 12 distritos sanitários (DS). A cidade tem população de 2.883.672 habitantes (2013), sendo 46,7% do sexo masculino e 53,3% do sexo feminino. Do ponto de vista regional, integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS), ao lado de mais 12 municípios (SALVADOR, 2014).

A população por raça/cor utilizada para cálculo da taxa de mortalidade por homicídio foi calculada por dados interpolados nos anos de 2005 a 2012 (denominador), sendo usada a base do banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do mesmo período (numerador). Para o cálculo dessa taxa, excluíram-se os óbitos sem informação da raça/cor.

Foram selecionados os registros cuja causa básica de morte está classificada na base do SIM com os códigos do Capítulo XX da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10), os agrupamentos X85 – Y09, Y35 – homicídios e as intervenções legais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

Salvador apresentou, em 2013, 91,3% no desempenho do indicador “Proporção de registro de óbitos com causa básica definida” (BRASIL, 2013), destacando-se, para esse objetivo, a busca ativa nos laudos cadavéricos do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR). Ali são resgatadas as informações

que qualificam a causa básica do óbito, principalmente por homicídio e outras mortes violentas, com posterior recodificação no banco de dados.

Foi utilizada a categoria raça/cor negra, resultante do somatório das categorias preta e parda, e não negra, somatório das raças branca, amarela e indígena, para o cálculo da taxa de mortalidade específica por homicídio, para a razão de risco e a correlação de Pearson

Foi utilizada a categoria raça/cor negra, resultante do somatório das categorias preta e parda, e não negra, somatório das raças branca, amarela e indígena, para o cálculo da taxa de mortalidade específica por homicídio, para a razão de risco e a correlação de Pearson.

Dentro da série temporal da mortalidade por homicídio, o componente não observável selecionado foi a tendência. Para análise dessa tendência, foi utilizado o componente ajuste de função polinomial do tempo por meio do modelo de regressão polinomial, onde os valores da série da taxa de mortalidade por homicídio por raça/cor foram considerados como variável dependente (Y), e os períodos do estudo, como variável independente (X). A partir do diagrama de dispersão construído no aplicativo Excel Office 2010, a função linear foi a que mais se ajustou à trajetória dos dados.

Cabe aqui propor o aprofundamento futuro desta pesquisa, mediante a utilização de outras metodologias de análise das séries temporais, com os devidos usos do processo de suavização e estimativa de tendência, sazonalidade e ruído branco.

Os dados analisados fazem parte da base do banco de dados do SIM do município de Salvador, de acesso público por meio do sítio do Tabnet-Salvador.¹ Esse estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, por terem sido utilizados somente dados numéricos.

O programa Excel também foi utilizado para análise de regressão e razão de risco entre as raças, e o p-valor foi calculado por meio do software SPSS versão 20. Para o teste de significância da

¹ O acesso ao Tabnet-Salvador ocorreu através do link: <http://172.22.17.196/tabnet/tabcgi.exe?sivitais/sim/obito.def>

taxa de mortalidade e da razão de risco foi utilizado o Teste t-Student.

A verificação da correlação da raça/cor com a causa de morte foi medida através do coeficiente de correlação de Pearson (r), método estatístico de associação linear entre variáveis, ou seja, que mede a semelhança existente na distribuição dos escores. A classificação dos valores da correlação de Pearson é: $r = 0,10$ até $0,30$ (fraco); $r = 0,40$ até $0,6$ (moderado); $r = 0,70$ até 1 (forte) (FIGUEIREDO FILHO et al., 2014).

RESULTADOS

Os resultados apresentados foram a análise da frequência de homicídios segundo raça/cor, em jovens de 15 a 29 anos, residentes em Salvador, de 2005 a 2012; análise da taxa de mortalidade e série temporal das tendências; razão de risco entre negros e não negros; realização de necropsia; e correlação de Pearson.

O estudo foi composto de 8.417 óbitos em decorrência de homicídios e 236 devido à intervenção legal, totalizando 8.653 ocorrências na população jovem, na faixa etária de 15 a 29 anos. Esse quantitativo representa 72% do total de homicídios ocorridos na população de Salvador (12.045 óbitos) nos anos estudados. Com relação à raça/cor, representa 92% (7.958 óbitos) do total de óbitos, para os jovens negros (pardos e pretos). Foram excluídos 252 óbitos (2,9%) sem a informação sobre a raça/cor, para cálculo das taxas. Não houve registro de óbitos por intervenção legal nas raças amarela e indígena. Para o grupo não negro (branco, amarelo e indígena), os homicídios representaram 5% (443 casos) (Gráfico 1).

No Gráfico 2, observa-se inclinação ascendente da reta ou índice de efeito, para os negros que apresentaram o maior coeficiente angular da reta ($y=3,06$), quando comparados aos não negros ($y=2,25$). O coeficiente de variação para os negros foi o menor $R^2 = 50\%$, quando comparado aos

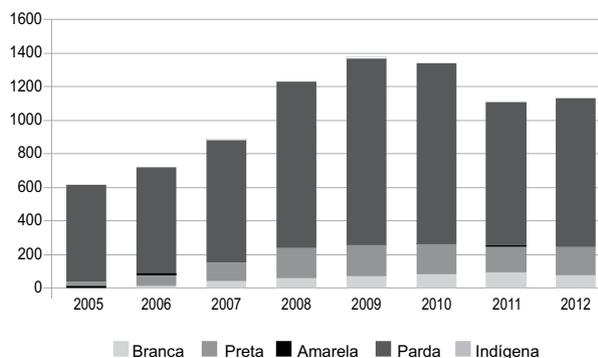


Gráfico 1
Frequência de homicídios(1) segundo raça/cor, em jovens (15 a 29 anos) residentes em Salvador 2005-2012

Fonte: Tabnet Salvador/Sistema de Mortalidade.

Nota: (1) Excluídas a raça/cor amarela (sete casos) e a indígena (dois casos) – representando 0,1%.

outros grupos. Os não negros apresentaram um coeficiente de variação de $R^2 = 89\%$ no decorrer dos anos analisados.

O teste de significância, realizado para verificar se o valor encontrado do coeficiente de determinação (r) tem significado estatístico, foi baseado nas seguintes hipóteses:

H_0 = As variáveis ano e taxa de mortalidade por homicídio (negro, não negro e geral) não são correlacionadas.

H_1 = As variáveis ano e taxa de mortalidade por homicídio são correlacionadas.

O p-valor apresentou os valores 0,047, 0,000 e 0,017, quando correlacionado à variável ano com taxa de mortalidade por homicídio em negros, não negros e mortalidade geral, respectivamente, evidenciando que os valores de (r) encontrados têm significância estatística, e as variáveis em questão são correlacionáveis.

Quanto à taxa de mortalidade por homicídio (Tabela 1), apresentou-se alta nos anos estudados para os negros, tendo um expressivo aumento em 2010, com queda em 2011 e 2012. Para o grupo dos não negros, a taxa foi menor nos anos de 2005 e 2006, aumentando em 2007 e 2008, sendo a maior taxa verificada em 2011, com queda em 2012, enquanto o grupo dos negros apresentou elevação nesse mesmo ano.

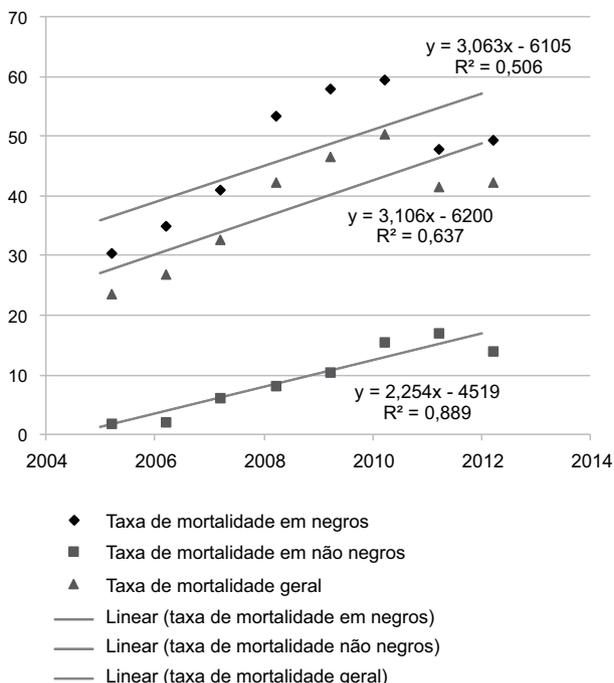


Gráfico 2
Taxa de mortalidade por homicídio (100 mil hab.) e retas de tendências, segundo raça/cor, em jovens (15 a 29), residentes em Salvador 2005-2012

Fonte: Tabnet Salvador/Sistema de Mortalidade.

Destaque para o fato de a taxa de mortalidade por homicídio em negros ser mais alta do que a taxa da população em geral.

Quanto à razão de risco, o p-valor calculado foi de 0,034. O grupo de negros apresentou, em todos os anos estudados, altas taxas, ou seja, maiores chances de morrer por homicídio do que os não negros.

Quanto ao local de residência, esses jovens moravam em bairros populares e populosos do centro e do entorno de Salvador, como Paripe, São Caetano, Pernambucoés, dentre outros. Chama a atenção o fato de que, nesse período, não foi identificado óbito por essa causa em residentes de bairros como Itaigara, Vitória e Horto Florestal, consideradas “áreas nobres”. Por não se dispor da população estratificada por raça/cor para os distritos sanitários e bairros de Salvador, não foi possível calcular as taxas de mortalidade.

Outro fato que chama bastante a atenção é com relação à variável “realização de necropsia” (Tabela 2). Por se tratar de morte violenta, 100% dos óbitos deveriam ter a causa da morte declarada através desse procedimento, gerando o laudo cadavérico,

Tabela 1
Taxa de mortalidade por homicídio(1) (por 100 mil hab.), segundo raça/cor(2) e razão de risco, de jovens (15 a 29 anos), residentes em Salvador – 2005-2012

Ano do óbito	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Taxa de mortalidade em negros	30,2	34,6	40,8	53,1	57,7	59,2	47,5	49,2
Taxa de mortalidade em não negros	1,6	1,8	5,9	7,9	10,1	15,3	16,8	13,6
Taxa de mortalidade geral	23,2	26,7	32,3	42,1	46,2	50,1	41,2	41,9
Razão de risco	19,5	18,8	6,9	6,7	5,7	3,9	2,8	3,6

Fonte: Tabnet Salvador/Sistema de Mortalidade.

Notas: (1) Incluindo os óbitos por intervenção legal.

(2) Negros (parda + preta), não negros (branca + amarela + indígena).

Obs. População por raça/cor – dados interpolados.

Tabela 2
Situação de necropsia dos óbitos por homicídio, segundo raça/cor, em jovens (15 a 29 anos), residentes em Salvador – 2005-2012

Necropsia	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Não informado	Total
Não Informado	2	8	-	33	-	2	45
Sim	430	1.066	7	6.812	2	249	8.566
Não	1	5	-	23	-	-	29
Ignorado	1	2	-	8	-	1	12
Total	434	1.081	7	6.876	2	252	8.652

Fonte: Tabnet Salvador/Sistema de Mortalidade.

expedido exclusivamente pelo Instituto Médico Legal, em obediência à resolução do Conselho Federal de Medicina CFM N° 1.779 (BRASIL, 2005a). Entretanto, observa-se que 29 desses óbitos não tiveram a necropsia realizada, 45 não tinham informação, e 12 exibiam a informação de ignorado.

Do ponto de vista jurídico, a necropsia determina a causa da morte, constituindo-se em elemento de prova material. Sua ausência impossibilita definir a causa que levou à morte e que deve compor o processo criminal (COELHO, 2011). A maior ocorrência de não realização da necropsia foi identificada no grupo dos negros (28 casos).

Para o coeficiente de correlação de Pearson, observa-se uma correlação entre ser jovem negro e morrer por homicídio em Salvador. O valor encontrado para a correlação entre taxa de mortalidade em negros e taxa de mortalidade em não negros foi de $r=0,76$ (Gráfico 3), demonstrando correlação positiva entre estas variáveis. Ou seja, ser jovem negro aumenta a chance de morrer por homicídio nesse município.

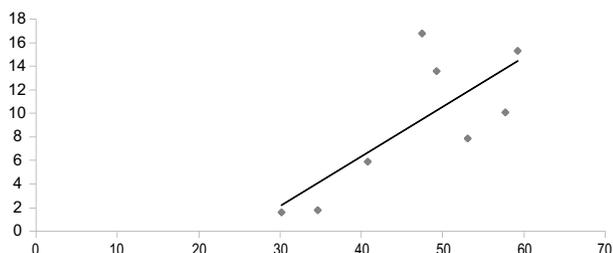


Gráfico 3
Correlação entre taxa de mortalidade por homicídio em jovens negros e taxa de mortalidade por homicídio em não negros

Fonte: Tabnet Salvador/Sistema de Mortalidade.

DISCUSSÃO

Para os estudos de situação de saúde na população negra, é necessária a utilização do quesito raça/cor nas análises, mas isso ainda se configura um desafio. Encontrou-se resistência para o preenchimento desse quesito nos diversos instrumentos de coleta dos formulários dos sistemas de informação em saúde.

As questões socioeconômicas e raciais têm papel determinante nesses eventos. A ocorrência dessas mortes está relacionada com as disparidades econômicas e sociais entre regiões, países e populações, entre indivíduos ricos e pobres, e também entre os grupos raciais/étnicos (ARAÚJO et al., 2010).

O Mapa da Violência (WASELFSZ, 2014) apresentou uma taxa média de mortalidade (por 100 mil) por homicídio em jovens (15 a 29 anos) de 52,8% no Brasil, no mesmo período desse estudo. A taxa média de Salvador, no mesmo período, foi de 46,5% para os negros, com uma diferença de 6,3 pontos percentuais.

Pode-se perceber uma tendência crescente de mortalidade por homicídio, estando o jovem negro mais vulnerável. Há uma sobremortalidade masculina desse segmento populacional, o que já pode ser visualizado graficamente na pirâmide populacional de Salvador (SALVADOR, 2014).

O instrumento mais utilizado para o evento violento – nesse caso, o homicídio – foi arma de fogo. Peres (2007) aborda que as armas de fogo se consolidam, desde a década de 1990, como meio privilegiado não apenas das mortes por homicídio, mas, sobretudo, das mortes por causas externas. Salienta que, na população jovem, o quadro é ainda mais dramático: em 2000, ocupou o primeiro lugar entre as causas de morte na faixa etária de 15 a 24 anos.

Quanto ao espaço geográfico, houve um predomínio de mortes de jovens que residiam em bairros populares e populosos de Salvador, em área periférica e suburbana. Lopes (2005) alerta que a incorporação de novas perspectivas de análise, como local de moradia, ocupação, condições gerais de vida, dentre outras, e a interpretação dos dados serão instrumentos úteis para a atuação no campo das políticas públicas, tanto do ponto de vista administrativo (planejamento de serviços e alocação de recursos), da avaliação e acompanhamento da qualidade e efetividade da assistência médica prestada, como da educação permanente (envolvimento dos profissionais que prestam

atendimento direto às vítimas na discussão sobre as várias dimensões do tema).

Com relação à realização da necropsia, ocorre mais uma violação dos direitos desses jovens, pois, além da violência que ceifa suas vidas, poderá não haver julgamento do crime. De acordo com o Art. 158 de Processo Penal, quando a infração deixa vestígios, é indispensável a perícia médico legal, para provar a materialidade do crime ou ensejar consequências jurídicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência provoca impactos negativos na vida das pessoas. Para determinados segmentos populacionais, apresenta-se com um elevado fator de risco, colocando-os ainda mais em situação de vulnerabilidade, como observado nesse estudo com relação aos jovens homens negros, moradores de bairros periféricos.

Algumas questões, tanto socioeconômicas, como raciais, surgiram como determinantes nesses eventos. Estudos com essa dimensão vêm sendo feitos, e cada vez mais essa desigualdade pode ser verificada.

Araújo e outros (2010), em seus estudos, reafirmam esses achados. A ocorrência dessas mortes está relacionada com as disparidades econômicas e sociais entre regiões, países e populações, entre indivíduos ricos e pobres, e também entre grupos raciais/étnicos.

Para Batista, Werneck e Lopes (2012), são necessárias análises sobre o impacto desses diferenciais na saúde da população negra, comparada com a da população branca. Pesquisas realizadas no Brasil demonstram existir um diferencial assustador nas condições de viver, adoecer e morrer relacionado fortemente à raça/cor da população.

Esse estudo corrobora essa triste realidade.

A incorporação de novas perspectivas de análise, como local de moradia, ocupação, condições gerais de vida, dentre outras, e a interpretação dos dados serão instrumentos úteis para a atuação no campo das políticas públicas, tanto do ponto de vista administrativo (planejamento de serviços e alocação de recursos), da avaliação e acompanhamento da qualidade e efetividade da assistência médica prestada, como da educação permanente (envolvimento dos profissionais que prestam atendimento direto às vítimas na discussão sobre as várias dimensões do tema) (LOPES, 2005).

A partir deste estudo, e da provocação de Lopes (2005), surge a necessidade de outros trabalhos exploratórios sobre essa temática, visto que também foi identificado que, em 45,7% desses casos de homicídio, o óbito se deu em instituição de saúde, como hospitais, suscitando alguns questionamentos sobre a assistência prestada.

Outro aspecto dessas mortes está no fato de que a sociedade soteropolitana perde muitos de seus jovens negros, em idade produtiva e reprodutiva, causando, além de um reflexo no âmbito demográfico populacional, impactos econômicos e afetivos sem precedentes, principalmente para a raça negra.

Esse estudo, além de apresentar a tendência dos homicídios em jovens, possibilitou a revisão da base de dados do SIM, com correção das inconsistências encontradas, reforçando a necessidade de ações para a melhoria do preenchimento de determinados campos. Destaca-se, nesse caso, a variável "ocupação", que apresentou 71% de "não informado", além da não realização da necropsia, que tem implicações legais para o médico e a instituição que deixou de realizar o procedimento.

Sabe-se que o setor de saúde não conseguirá sozinho reduzir a ocorrência de mortes ou preveni-las, requerendo, portanto, articulações com diversas áreas e setores governamentais e da sociedade

civil organizada e/ou organizações não governamental, além dos movimentos negros e da juventude. Entretanto, o setor tenta cumprir seu papel com relação aos sistemas de informação notificando a situação de mortalidade e suas causas. Assim, já são perceptíveis as consequências dessa alta mortalidade na pirâmide populacional (por sexo e faixa etária) do município.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Edna Maria de et al. Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according to race/skin color in an intra-urban Brazilian space. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 549-560, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/01.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.
- BARATA, Rita B.; RIBEIRO, Manoel C. A.; MORAES, José C. Desigualdades sociais e homicídios em adolescentes e adultos jovens na cidade de São Paulo em 1995. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 2, n. 1-2, p. 50-59, abr./ago. 1999.
- BATISTA, Luis E.; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. *Saúde da população negra*. 2. ed. Brasília: ABPN, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013–2015*. Brasília: MS, 2013. 156 p. (Série Articulação Interfederativa, 1).
- BRASIL. Resolução CFM nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 05 dez. 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: MS, 2005b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: MS, 2002.
- COELHO, Bruna F. A importância da perícia médico-legal para o processo penal na persecução da verdade real. *Revista Âmbito Jurídico*, Rio Grande, ano 14, n. 90, jul. 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9789>. Acesso em: 12 out. 2016.
- FIGUEIREDO FILHO, Dalson B. et al. Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de Pearson: o retorno. *Leviathan*, São Paulo, n. 8, p. 66-95, 2014.
- GONSAGA, Ricardo A. et al. Avaliação da mortalidade por causas externas. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 263-267, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912012000400004&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2016.
- LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, set./out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10. ed. São Paulo: USP, 1997. v. 1.
- PERES, Maria Fernanda T. Homicídios, riscos e vulnerabilidade: para uma discussão da dinâmica da vitimização por homicídios. In: CRUZ, Marcos V.; BATITUCCI, Eduardo C. *Homicídios no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2007. p. 125-176.
- SALVADOR. Prefeitura. *Plano Municipal de Saúde: 2014–2017*. Salvador: SMS, 2014. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versaofinal.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.
- UNICEF. *Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children*. New York, 2014. Disponível em: <http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2014.
- WASELFISZ, Julio J. *Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil*. Rio de Janeiro: FLACSO, 2014. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

Artigo recebido em 12 de dezembro de 2016

e aprovado em 24 de abril de 2017.

Avaliação da notificação de agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação

*Iracema Viterbo Silva**

*Delsuc Evangelista Filho***

*Letícia Coelho da Costa Nobre****

* Doutora em Saúde Pública e mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Sanitarista da Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). iviterbos@yahoo.com.br

** Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e especialista em Epidemiologia pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Médico da Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). delsuc@gmail.com

*** Doutora em Saúde Pública e mestre em Medicina Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Sanitarista da Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). leticia.nobre@saude.ba.gov.br

Resumo

As informações sobre os agravos relacionados ao trabalho são de extrema relevância para subsidiar ações em saúde do trabalhador. O objetivo deste trabalho é apresentar resultados dos registros dos agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), na Bahia. Trata-se de estudo descritivo com a utilização do banco de dados do Sinan, disponibilizado à Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador / Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Divast/Cesat) pela Diretoria de Informação em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DIS/Sesab), contendo registros de agravos relacionados ao trabalho, investigados na Bahia, no período de 2013 a 2015. Utilizou-se o aplicativo Tabnet, disponível no Canal de Saúde do Trabalhador, para a tabulação dos dados de notificação de casos confirmados. Na Bahia, no período estudado, foi notificado no Sinan um total de 18.578 casos de agravos relacionados ao trabalho (ART), sendo 7.762 acidentes de trabalho graves. Um percentual médio de 36,2% dos casos de acidente grave resultou em incapacidade temporária; 21,3% tiveram cura; 3,7% resultaram em óbito pelo acidente; e 0,9% apresentaram incapacidade total permanente. Observa-se uma tendência de crescimento no número de notificações de ART, mas se estima que haja sub-registro, uma vez que a cobertura desse tipo de notificação no Sinan ainda é baixa. A inconsistência e a incompletude constituem-se nas principais dificuldades enfrentadas, demandando novos estudos para identificação das causas.

Palavras-chave: Agravos relacionados ao trabalho. Sistema de informação. Saúde do trabalhador. Acidente de trabalho.

Abstract

Information on work-related injuries is extremely relevant to occupational health-related actions. This paper aims to present results of work-related injuries in the Notification System (Sinan). This is a descriptive study from 2013 to 2015, in Bahia, which uses Sinan's database provided to Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador / Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Divast/Cesat) by the Health Information Board (DIS/Sesab), containing records of injuries related to the work,

investigated in Bahia. It used the Tabnet application, available at worker's health internet page, to tabulate the data about the confirmed cases. In Bahia, during the study period, a total of 18,578 cases of work-related injuries (ART) were reported in Sinan, of which 7,762 were serious work-related accidents. An average percentage of approximately 36.2% of serious accident resulted in temporary incapacity and 21.3% in treatment; 3.7% (290) resulted in death from the accident and 0.9% had permanent total disability. There is a growing trend in the number of work-related injuries notifications; yet they might still be underestimated as the coverage of this type of notification in Sinan is low. The inconsistency and incompleteness constitute the main difficulties faced, demanding new studies to identify causes.

Keywords: *Work-related injuries. Information system. Worker's health. Work accident.*

INTRODUÇÃO

As doenças e os acidentes relacionados ao trabalho constituem-se em importante problema de saúde pública e de interesse do Sistema Único de Saúde (SUS), em razão do número elevado de casos que resultam em afastamento temporário do trabalho, sequelas irreversíveis e morte. Apesar de pouco estudados, são inquestionáveis os prejuízos econômicos e sociais, com impacto na vida familiar das vítimas, decorrentes das doenças e agravos relacionados ao trabalho. Do mesmo modo, sabe-se que muitos acidentes só tardiamente são identificados como associados ao trabalho, o que resulta na subestimativa dos casos e na menor visibilidade do problema.

O acompanhamento e o monitoramento de dados referentes às doenças e acidentes ocupacionais são importantes para que se possa conhecer o impacto do trabalho sobre a saúde, contribuindo, assim, para o planejamento de ações pertinentes no âmbito do sistema de saúde. O desconhecimento sobre o assunto tem como uma das consequências a ausência de respostas organizadas por parte do SUS em relação à prevenção e ao controle. Deste modo, a existência de sistemas de informação não restritos a dados da população previdenciária coberta pelo seguro acidente do trabalho (SAT) é, sem dúvida, um instrumento necessário e útil para a consolidação de dados importantes para a análise da situação de saúde dos trabalhadores.

Ademais, as informações sobre os agravos relacionados ao trabalho são de relevância para o levantamento e o reconhecimento de prioridades das ações objetivando a melhoria das condições dos ambientes e processos de trabalho e a saúde dos trabalhadores. Essas informações possibilitam revelar aspectos importantes e dimensionar a magnitude, a gravidade, a evolução temporal e características sociodemográficas, bem como os ramos de atividade econômica e ocupação nos quais prevalecem esses problemas.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é uma base de dados gerenciada pelo Ministério da Saúde (MS), alimentada com dados coletados pelas unidades de saúde públicas e privadas e transferidos do nível municipal para os níveis estadual e federal. É facultada a estados e municípios a inclusão de problemas de saúde considerados importantes nas suas respectivas regiões, ainda que não façam parte da lista nacional de agravos e doenças de notificação compulsória.

Este trabalho tem como objetivo apresentar os principais resultados dos registros do grupo de agravos relacionados ao trabalho (ART) específicos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação na Bahia. Espera-se contribuir com a produção de informações para a Rede Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast-BA) sobre os nove agravos relacionados ao trabalho específicos no sistema de notificação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com a utilização do banco de dados do Sinan disponibilizado à Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador / Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Divast/Cesat) pela Diretoria de Informação em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DIS/Sesab), contendo registros de agravos relacionados ao trabalho de todo o estado, investigados na Bahia, no período de 2013 a 2015. Utilizou-se o aplicativo Tabnet, disponível no Canal de Saúde do Trabalhador, para a tabulação dos dados de notificação de casos confirmados.

Foram analisados os casos registrados dos seguintes agravos que são definidos como de notificação compulsória no território nacional (BRASIL, 2016a): lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT), transtorno mental, dermatoses ocupacionais, pneumoconioses, perda auditiva induzida por ruído (PAIR), câncer ocupacional, intoxicações exógenas

ocupacionais, acidente de trabalho grave e acidente de trabalho com exposição a materiais biológicos. Para cada um desses agravos há uma ficha específica de notificação/investigação, em que consta a definição do caso a ser notificado, segundo protocolos específicos de orientação, manejo e prevenção (BRASIL, 2006a, 2006b, 2006c, 2012, 2016b).

Em acidentes de trabalho graves estão incluídos os eventos traumáticos que levam a óbito; os que produzem lesões graves não fatais (fraturas, mutilações, politraumatismos, traumatismo cranioencefálico e ruptura de órgãos); os que levam à hospitalização, entre outros critérios, e aqueles ocorridos com crianças e adolescentes, independentemente da gravidade da lesão. Os acidentes com exposição a materiais biológicos, predominantemente ocorridos em serviços de saúde, e aqueles que levam a intoxicações exógenas são notificados em fichas próprias. Em algumas tabelas, as doenças relacionadas ao trabalho foram agrupadas.

As fichas de notificação/investigação dos agravos no Sinan contêm três blocos de variáveis. No grupo de campos de identificação do indivíduo foram analisados faixa etária, sexo, raça/cor e escolaridade. Em outro grupo, com as características sócio-ocupacionais do trabalhador e informações sobre a empresa e local de ocorrência e de trabalho, analisaram-se a situação no mercado de trabalho e a ocupação, registrada conforme a Classificação Brasileira de Ocupações.

Um terceiro bloco de variáveis compreende os dados sobre o agravo relacionado ao trabalho que está sendo objeto da notificação, quadro clínico, circunstâncias de ocorrência e fatores associados, diagnóstico específico, evolução do caso no momento do fechamento da investigação e notificação, além dos campos sobre a unidade de saúde notificante.

A análise levou em consideração a distribuição geográfica e regional de saúde do estado. A Bahia é constituída por 417 municípios, agrupados em nove

A análise levou em consideração a distribuição geográfica e regional de saúde do estado. A Bahia é constituída por 417 municípios, agrupados em nove macrorregiões e 28 regiões de saúde

macrorregiões e 28 regiões de saúde. A Rede Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador é composta por 14 centros de referência regional em saúde do trabalhador (Ceres), que cobrem metade das regiões de saúde, pelo centro estadual de referência, por nove núcleos regionais de saúde (NRS), pelos setores de vigilância em saúde dos municípios e pelas unidades das redes de atenção básica, urgência/emergência e de atenção especializada. Neste estudo, as notificações foram analisadas ao nível de agregação das macrorregiões de saúde (MRS) e das regiões de saúde (RS), considerando os municípios de residência dos trabalhadores cujos casos foram notificados.

Os dados foram apresentados em tabelas com uso de percentuais e coeficiente de incidência. Para o cálculo do coeficiente de incidência de acidente de trabalho grave, considerou-se, no numerador, o número de casos de acidente de trabalho grave (AT) registrados no Sinan. Para o denominador, utilizou-se como população de referência a população em idade ativa (PIA), que compreende a população de 15 anos ou mais em idade produtiva, estimada anualmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015), na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

A análise foi realizada comparando os dados apresentados no Documento Técnico 02/2015, do Núcleo de Informação em Saúde do Trabalhador (Nisat), setor da Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador/Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, referente ao período de 2012 a 2014 (CARDIM; EVANGELISTA FILHO; FREIRE, 2015).

RESULTADOS

Na Bahia, no período de 2013 a 2015, foi notificado no Sinan um total de 18.578 casos de agravos

relacionados ao trabalho (ART). Em 2013, foram registrados 5.574 casos de ART, verificando-se um incremento de 19,6% em relação a 2012 (4.659 notificações). Em 2014, foram notificados 6.241 casos, um acréscimo de 11,9% comparando-se com 2013. Em 2015, foram registradas 6.763 notificações, o que equivale a uma elevação de 8,4%, na comparação com o ano anterior. Entre os anos de 2013 e 2015, o incremento nas notificações ficou em 21,3%.

No que tange à distribuição dos casos notificados no estado da Bahia para o período analisado, segundo as características sociodemográficas, observa-se que o sexo masculino representou, em média, 55,8%. As faixas etárias mais frequentes foram as de 20 a 39 anos (59,6%) e de 40 a 59 anos (32,6%). Importante destacar que foram observadas notificações para a faixa etária classificada como “menor de 1 ano” (1,4%) e para a faixa etária de 1 a 4 anos (0,1%). Na variável raça/cor, a maior parte dos trabalhadores (49,8%) foi declarada como parda. Cerca de 25,8% dos trabalhadores completaram o ensino médio. Destaca-se a incompletude (“ignorada/branco”) elevada nas variáveis escolaridade, com média de 34,6%; raça/cor, em torno de 23,5%; e situação no mercado de trabalho (13,4%) (Tabela 1).

Avaliando-se o panorama geral das notificações dos agravos relacionados ao trabalho, segundo o tipo de agravo, na Bahia, para o período de 2013 a 2015, observa-se uma distribuição percentual semelhante entre os acidentes de trabalho graves (40,3%, 40,6% e 44,1%) e os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos (39,9%, 40,1% e 38,1%). As doenças relacionadas ao trabalho são o terceiro grupo de agravos de maior proporção, porém apresentaram uma queda em suas notificações (15,8%, 13,5% e 12,6%). As intoxicações exógenas ocupacionais exibiram percentuais de 4,0%, 5,8%

e 5,3%, respectivamente, para o período de 2013, 2014 e 2015 (Gráfico 1).

Quando são consideradas as distribuições das notificações dos agravos relacionados ao trabalho por ano, segundo a macrorregião de saúde, destacam-se as MRS leste, com percentual médio de 35,4%; sul (16,7%); centro-leste (13,9%); e sudoeste (11,1%). As MRS norte e centro-norte apresentaram as menores médias percentuais de notificação: 3,6% e 2,3%, respectivamente (Tabela 2).

Observando-se a distribuição das notificações por tipo de agravo, segundo as MRS, no período acumulado de 2013 a 2015, destacam-se, na MRS leste: os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos (2.309 casos), os acidentes de trabalho graves (2.822 casos) e as LER/DORT (958); na MRS sul: os acidentes de trabalho graves (1.429 casos) e os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos (1.189 casos); na MRS centro-leste: os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos (962 casos); na MRS sudoeste: os acidentes de trabalho graves (868 casos) e os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos (1.030 casos) (Tabela 3).

Na Tabela 4 são analisados os coeficientes de notificação de agravos relacionados ao trabalho para cada 10.000 integrantes da população em idade ativa (PIA), segundo as Regiões de Saúde. Em 2013, sobressaiu-se a Região de Saúde de Itabuna (25,7) com a maior taxa de notificação. Em seguida, Teixeira de Freitas (16,4) e Santo Antônio de Jesus (14,1). Em 2014, Itabuna (33,3) permaneceu em destaque com expressivo aumento da sua taxa de notificação, seguida pela Região de Saúde de Itaberaba (20,7) que, também, apresentou aumento significativo em relação ao ano anterior e pelas regiões de Teixeira de Freitas (17,8) e Valença (17,5).

No que tange à distribuição dos casos notificados no estado da Bahia para o período analisado, segundo as características sociodemográficas, observa-se que o sexo masculino representou, em média, 55,8%. As faixas etárias mais frequentes foram as de 20 a 39 anos (59,6%) e de 40 a 59 anos (32,6%)

AVALIAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Tabela 1
Distribuição dos casos de agravos relacionados ao trabalho notificados no Sinan, segundo as características sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor) e ocupacionais
Bahia – 2013-2015

Características	2013		2014		2015		Total	
	(n = 5.574)	%	(n = 6.241)	%	(n= 6.763)	%	(n = 18.578)	%
Sexo(1)								
Masculino	3.010	54	3.494	56	3.871	57,2	10.375	55,8
Feminino	2.564	46	2.747	44	2.890	42,8	8.201	45,2
Faixa Etária ST (anos)								
< 1 ano	87	1,6	84	1,6	78	1,2	252	1,4
1 a 4	3	0,1	6	0,1	6	0,1	15	0,1
5 a 9	4	0,1	5	0,1	11	0,2	20	0,1
10 a 19	196	3,5	215	3,4	217	3,2	628	3,4
20 a 39	3.343	60	3.783	60,6	3946	58,3	11.072	59,6
40 a 59	1.793	32,2	1.975	31,6	22297	34	6.065	32,6
60 e +	148	2,7	170	2,7	208	3,1	526	2,8
Escolaridade								
Analfabeto	102	1,8	80	1,3	74	1,1	256	1,4
1ª a 4ª série incompleta do EF	39	7	363	5,8	272	4	1.026	5,5
4ª série completa do EF	198	3,6	162	2,6	173	2,6	533	2,9
5ª a 8ª série incompleta do EF	414	7,4	461	7,4	386	5,7	1.261	6,8
Ensino fundamental completo	223	4	231	3,7	216	3,2	670	3,6
Ensino médio incompleto	244	4,4	284	4,6	295	4,4	823	4,4
Ensino médio completo	1.613	28,9	1.598	25,6	1575	23,3	4786	25,8
Educação superior incompleta	270	4,8	288	4,6	268	4	826	4,4
Educação superior completa	540	9,7	558	8,9	595	8,8	1693	9,1
Não se aplica	91	1,6	98	1,6	91	1,3	280	1,5
Ignorados/Branco	1.488	26,7	2.118	33,9	2.818	41,7	6.424	34,6
Raça/Cor								
Parda	2.844	51	3.101	49,7	3.305	48,9	9.250	49,8
Branca	806	14,5	901	14,4	895	13,2	2.602	14
Preta	805	14,4	764	12,2	646	9,6	2.215	11,9
Amarela	33	0,6	40	0,6	38	0,6	111	0,6
Indígena	10	0,2	15	0,2	16	0,2	41	0,2
Ignorados/Branco	1.076	19,3	1.420	22,8	1863	27,5	4.359	23,5
Sit. Mercado do Trabalho								
Empregado registrado	2.278	40,9	2.360	37,8	2218	32,8	6856	36,9
Empregado não registrado	480	8,6	593	9,5	498	7,4	1.571	5,5
Autônomo	735	13,2	958	15,4	709	10,5	2.402	12,9
Servidor Público Estatutário	595	10,7	592	9,5	654	9,7	1.841	9,9
Servidor Público Celetista	212	3,8	197	3,2	163	2,4	572	3,1
Aposentado	30	0,5	25	0,4	26	0,4	81	0,4
Desempregado	167	3	180	2,9	192	2,8	539	2,9
Trabalhador temporário	151	2,7	184	2,9	169	2,5	504	2,7
Cooperativado	125	2,2	156	2,5	151	2,2	432	2,3
Trabalhador avulso	72	1,3	109	1,7	40	0,6	221	1,2
Empregador	15	0,3	14	0,2	19	0,3	48	0,3
Outros	324	5,8	337	5,4	354	5,2	1015	5,5
Ignorados/Branco	390	7	536	8,6	1570	23,2	2.496	13,4

Fonte: Sinan, Divast/Suvisa/Sesab.

Notas: (1) dados extraídos de <http://www3.saude.ba.gov.br/cesat/tabnet.htm>, em 2/8/2016. Banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) disponibilizado à Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador / Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Divast/Cesat) pela Diretoria de Informação em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DIS/Sesab). Nota referente a todas as tabelas e gráficos.

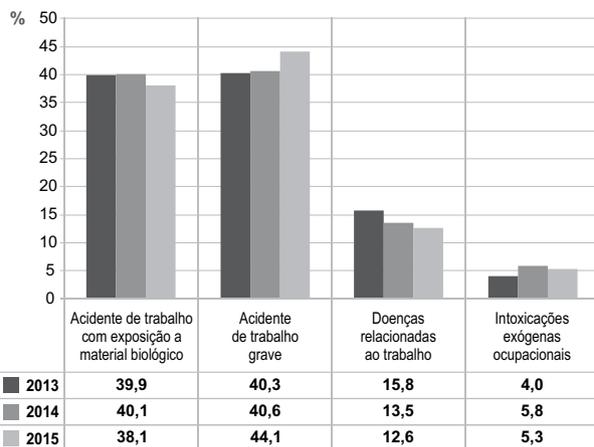


Gráfico 1
Distribuição proporcional das notificações de agravos relacionados ao trabalho, segundo o tipo Bahia – 2013-2015

Fonte: Sinan, Divast/Suvisa/Sesab.

Ao se considerar o número de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados por ano, segundo as regiões de saúde na Bahia, de 2013 a 2015, observa-se, pela Tabela 4, que a região de Salvador liderou as notificações (29,2%). Em seguida, vieram Feira de Santana (9,5%), Itabuna (8,3%) e Vitória da Conquista (6,8%). As regiões de saúde de Ibotirama e Ribeira do Pombal apresentaram uma média percentual próxima a zero (0,2%).

No que se refere à taxa de notificação, em 2015, a região de Itabuna (23,8) continuou na liderança, apesar da redução quando comparada aos anos de 2013 e 2014. A região de Teixeira de Freitas (22,2) manteve a tendência de crescimento de sua taxa observada nos anos anteriores. Em seguida, aparecem

Tabela 2
Distribuição das notificações de agravos relacionados ao trabalho no Sinan por ano, segundo a macrorregião de saúde – Bahia – 2013-2015

Macrorregião de Saúde	2013		2014		2015		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Leste	1.941	34,8	1.901	30,5	2734	40,4	6.576	35,4
Sul	924	16,6	1.265	20,3	917	13,6	3.106	16,7
Centro-Leste	824	14,8	886	14,2	881	13	2.591	13,9
Sudoeste	583	10,5	710	11,4	777	11,5	2.070	11,1
Extremo Sul	428	7,7	470	7,5	569	8,4	1.467	7,9
Nordeste	276	5	364	5,8	242	3,6	882	4,7
Norte	246	4,4	237	3,8	188	2,8	671	3,6
Oeste	215	3,9	257	4,1	313	4,6	785	4,2
Centro-Norte	137	2,5	151	2,4	142	2,1	430	2,3
Total	5.574	100	6.241	100	6.763	100	18.578	100

Fonte: Sinan, Divast/Suvisa/Sesab.

Tabela 3
Distribuição das notificações por tipo de agravos relacionados ao trabalho, segundo a macrorregião de saúde – Bahia – 2013-2015

Macrorregião de Saúde	Doenças relacionadas ao trabalho									Total	
	AT Grave(1)	ATMB(2)	IE Ocup(3)	Câncer	Dermatoses	LER/Dort	PAIR	PO(4)	TM(5)	N	%
Leste	2.822	2.309	387	4	22	958	13	12	49	6.576	35,4
Sul	1.429	1189	234	2	12	210	8	1	21	3.106	16,7
Centro-Leste	630	962	55	2	21	826	14	4	77	2.591	13,9
Sudoeste	868	1.030	40	-	3	118	3	2	7	2.070	11,1
Extremo Sul	781	534	40	-	4	107	-	1	-	1.467	7,9
Nordeste	498	326	4	-	1	50	3	-	1	882	4,7
Norte	151	401	118	-	-	-	1	-	2	671	3,6
Oeste	454	295	31	-	2	3	-	-	-	765	4,2
Centro-Norte	129	259	29	-	-	7	-	4	2	430	2,3
Total	7.762	7.305	938	8	65	2.279	42	23	156	18.578	100

Fonte: Sinan, Divast/Suvisa/Sesab.

Nota: (1) AT grave = acidente de trabalho grave; (2) ATMB = acidente de trabalho c/ exposição a materiais biológicos; (3) IE ocup = intoxicações exógenas ocupacionais; (4) PO = pneumoconioses ocupacionais; (5) TM = transtorno mental.

Tabela 4
Número, coeficiente e percentual de notificações de agravos relacionados ao trabalho por ano, segundo as regiões de saúde – Bahia – 2013-2015

Região de Saúde	2013			2014			2015			Total	
	n	%	Coef.(1)	n	%	Coef.(1)	n	%	Coef.(1)	n	% Médio
Alagoinhas	258	4,6	12	353	5,6	16,8	232	3,4	11,8	843	4,5
Barreiras	178	3,2	11,6	200	3,2	11,8	264	3,9	16,8	642	3,4
Brumado	76	1,4	5,9	88	1,4	5,9	92	1,4	8,3	256	1,4
Camaçari	126	2,3	5	157	2,5	5	186	2,8	7	469	2,5
Cruz das Almas	27	0,5	3,7	77	1,2	6,8	45	0,7	5,4	149	0,8
Feira de Santana	594	10,7	12	576	9,2	12	590	8,7	12,2	1.760	9,5
Guanambi	100	1,8	8,6	147	2,3	10	139	2,1	11,3	386	2,1
Ibotirama	4	0,1	1,2	1,8	0,3	3,4	6	0,1	1,3	28	0,2
Ilhéus	111	2	8,9	128	2	10,3	135	2	10,4	374	2
Irecê	87	1,6	5,7	79	1,3	5,4	69	1	5,7	235	1,3
Itaberaba	110	2	11,5	182	2,9	20,7	183	2,7	19,5	495	2,5
Itabuna	459	8,2	25,7	633	10,1	33,3	444	6,7	23,8	1.536	8,3
Itapetinga	47	0,8	5,5	37	0,6	4,5	29	0,8	3,5	113	0,7
Jacobina	50	0,9	36	72	1,2	5,4	73	1,1	5,2	195	1,1
Jequié	269	4,8	133	286	4,8	13,8	248	3,7	13,1	803	4,4
Juazeiro	130	2,3	6,8	119	2,3	5,9	83	1,2	4,1	332	1,9
Paulo Afonso	38	0,7	4	34	0,7	3,7	34	0,5	5	106	0,6
Porto Seguro	119	2,1	7,2	128	2,1	8,4	142	2,1	8,5	389	2,1
Ribeira do Pombal	18	0,3	2,3	11	0,3	1,8	10	0,1	1,9	39	0,2
Salvador	1504	27	8,9	1.411	27	8,4	2.270	33,6	13,5	5.185	29,2
Santa Maria da Vitória	33	0,6	3,3	39	0,6	4,6	43	0,6	4,1	115	0,6
Santo Antonio de Jesus	284	5,1	14,1	256	5,1	12,2	233	3,5	11,7	773	4,6
Seabra	24	0,4	46	4,5	0,4	7,2	26	0,4	3,9	95	0,4
Senhor do Bonfim	78	1,4	6,7	84	1,4	7,2	71	1,1	6,1	233	1,3
Serrinha	96	1,7	4	83	1,7	3,2	82	1,2	3,1	261	1,5
Teixeira de Freitas	309	5,5	16,4	342	5,5	17,8	427	6,3	22,2	1078	5,8
Valença	85	1,5	6,8	218	1,5	17,5	90	1,3	7,7	393	1,4
Vitória da Conquista	360	6,5	13,2	438	6,5	15,5	517	7,6	18,5	1315	6,8
Total	5.574	100	9,3	6.241	100	9,3	6.763	100	10,1	18.578	100

Fonte: Sinan, Divast/Suvisa/Sesab.

Nota: (1) Coeficiente por 10.000 integrantes da PIA.

as regiões de Itaberaba (19,5) e Vitória da Conquista (18,5). Além das regiões de saúde que se destacaram por apresentar as maiores taxas de notificação, observa-se um aumento importante no coeficiente de notificação da região de saúde de Barreiras (16,8).

Entretanto, a região de Itabuna que, no ano anterior, registrou um coeficiente de 33,3 notificações para cada 10.000 integrantes da PIA, reduziu para 23,8 no ano de 2015. Essa mesma tendência foi verificada nas regiões de Alagoinhas (11,8) e Valença (7,7), que em 2014, apresentaram aumento significativo, de aproximadamente 17 notificações para cada 10.000 integrantes da PIA, mas com redução

no ano de 2015. Nas demais regiões de saúde, as taxas mantiveram-se constantes, com pequenas variações para mais ou para menos.

Ao se examinar a Tabela 5, observa-se que, no período de 2013 a 2015, dos 417 municípios do estado, 377 tiveram algum caso de agravo relacionado ao trabalho notificado no Sinan. Na análise por região de saúde, verifica-se que as regiões de Camaçari, Cruz das Almas, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Santo Antônio de Jesus, Senhor do Bonfim, Serrinha e Vitória da Conquista alcançaram o percentual de 100% de seus municípios como notificantes desses agravos.

Tabela 5
Número e proporção de municípios notificantes, segundo região de saúde de notificação Bahia – 2013-2015

Região de Saúde	Número de municípios na região de saúde	Número e percentual de municípios notificantes	
	n	n	%
Alagoinhas	18	16	88,8
Barreiras	15	13	86,6
Brumado	21	16	76,1
Camaçari	6	6	100
Cruz das Almas	9	9	100
Feira de Santana	28	25	89,2
Guanambi	21	14	66,6
Ibotirama	9	7	77,7
Ilhéus	8	5	62,5
Irecê	19	17	89,5
Itaberaba	14	13	92,8
Itabuna	22	21	95,4
Itapetinga	12	10	83,3
Jacobina	19	18	94,7
Jequié	25	24	96
Juazeiro	10	10	100
Paulo Afonso	9	9	100
Porto Seguro	8	8	100
Ribeira do Pombal	15	12	80
Salvador	10	9	90
Santa Maria da Vitória	13	12	92,3
Santo Antônio de Jesus	23	23	100
Seabra	11	10	90,9
Senhor do Bonfim	9	9	100
Serrinha	19	19	100
Teixeira de Freitas	13	12	92,3
Valença	12	11	91,6
Vitória da Conquista	19	19	100
Total	417	377	90,4

Fonte: Sinan, Divast/Suvisa/Sesab.

Na Tabela 6 são apresentadas as notificações realizadas por unidades de saúde e pelos centros de referência em saúde do trabalhador, por região de saúde. Observa-se que, no período de 2013 a 2015, 1.392 unidades de saúde notificaram agravos relacionados ao trabalho. Em destaque aparecem as regiões de saúde de Salvador e Jequié, ambas com o maior percentual de unidades de saúde notificantes (7,6%), seguidas de Santo Antônio de Jesus (6,4%), Vitória da Conquista (6,3%), Feira de Santana (5,8%) e Teixeira de Freitas (5,8%).

Do total das notificações da região de saúde de Salvador, 15,1% (785 casos) foram realizadas pelo Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cesat/Divast), enquanto que o Cerest-Salvador foi responsável por 4,0% das notificações (222). As demais foram feitas por outras unidades de saúde. Os Cerest das regiões de Camaçari (58,8%), Itaberaba (56,2%), Teixeira de Freitas (48,1%) e Feira de Santana (39,7%) destacaram-se ao apresentar os maiores percentuais de notificação. A região de saúde de Jacobina, que, na avaliação anterior, não teve identificado nenhum registro feito pelo Cerest, apresentou um percentual de 4,1% de notificações. Apenas o Cerest de Juazeiro apresentou número muito baixo de notificação: um caso (0,3%).

Quando se analisam separadamente os casos de doenças e de acidentes de trabalho, de acordo com o sexo, para a média acumulada do período de 2013 a 2015, observa-se que as LER/DORT estão na liderança das patologias notificadas, tanto para o sexo masculino (86,4%) quanto para o feminino (90,7%). Os transtornos mentais são o segundo grupo de doenças relacionadas ao trabalho mais notificadas no sexo masculino (6,3%) e no sexo feminino (5,8%). Outras doenças tiveram registro para ambos os sexos, porém com maior proporção entre os homens, a exemplo da perda auditiva induzida por ruído (PAIR), com 2,9% para os homens e 0,4% para as mulheres; as pneumoconioses, com 1,6% entre os homens e 0,2% entre as mulheres. Dermatoses ocupacionais apresentaram valores muito próximos para homens (2,4%) e mulheres (2,6%), enquanto que câncer relacionado ao trabalho, o mesmo percentual para ambos os sexos (0,3%) (Tabela 7).

Quanto à incidência de doenças relacionadas ao trabalho (DRT) por macrorregião de saúde de notificação, na Bahia, no período acumulado de 2013 a 2015, destaca-se a MRS centro-leste (1,9 por 10.000), seguida pela MRS leste (0,9 por 10.000), em contraposição às demais, que apresentaram um coeficiente de incidência igual a 0,6

AVALIAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Tabela 6
Número e percentual de notificações por tipo de unidade de saúde, segundo região de saúde de notificação – Bahia – 2013-2015

Região de Saúde	US		Número de notificações realizadas			
	Notificante(1)		Pelo Cerest		Por outras US	Total
	n	%	n	%	n	n
Alagoinhas	54	3,9	67	7,9	776	843
Barreiras	42	3	7	2,7	612	619
Brumado(2)	49	3,5	...	...	249	249
Camaçari	39	2,8	276	58,8	193	469
Cruz das Almas(2)	34	2,4	...	...	149	149
Feira de Santana	81	5,8	698	39,7	1.062	1.760
Guanambi(2)	35	2,5	...	...	386	386
Ibotirama(2)	14	1	...	...	28	28
Ilhéus(2)	28	2	...	...	374	374
Irecê(2)	48	3,4	...	...	235	235
Itaberaba	48	3,4	267	56,2	208	475
Itabuna	71	5,1	286	18,6	1.250	1.536
Itapetinga(2)	31	2,2	...	...	113	113
Jacobina	49	3,5	8	4,1	187	195
Jequié	106	7,6	176	21,9	627	803
Juazeiro	31	2,2	1	0,3	331	332
Paulo Afonso(2)	16	1,1	...	...	106	106
Porto Seguro(2)	41	2,9	...	...	389	389
Ribeira do Pombal(2)	23	1,7	...	...	39	39
Salvador	106	7,6	1.007	19,4	4.178	5.185
Santa Maria da Vitória(2)	30	2,2	...	...	115	115
Santo Antonio de Jesus	89	6,4	91	11,8	682	773
Seabra(2)	26	1,9	...	...	95	95
Senhor do Bonfim(2)	36	2,6	...	...	233	233
Serrinha	49	3,5	38	14,6	223	261
Teixeira de Freitas	81	5,8	519	48,1	559	1078
Valença(2)	48	3,4	...	...	393	393
Vitória da Conquista	87	6,3	195	14,8	1.120	1.315
Total	1.392	100	3.636	19,6	14.942	18.578

Fonte: Sinan, Divast/Suvisa/Sesab.

Notas: (1)US notificante: unidades de saúde que notificaram agravos relacionados aos trabalho.

(2) Região de saúde sem Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Tabela 7
Doenças relacionadas ao trabalho registradas no Sinan, segundo tipo e sexo Bahia – 2013-2015

Agravos Relacionados ao Trabalho	Masculino			Feminino		
	n	Média acumulada	%	n	Média acumulada	%
Doenças Relacionadas ao Trabalho						
Lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT)	1.092	364,0	86,4	1.187	395,6	90,7
Transtorno Mental	80	26,6	6,3	76	25,3	5,8
Perda auditiva induzida por ruído (PAIR)	37	12,3	2,9	5	1,6	0,4
Dermatoses Ocupacionais	30	10,0	2,4	35	11,6	2,6
Pneumoconiose	21	7,0	1,6	2	0,6	0,2
Câncer Relacionado ao Trabalho	4	1,3	0,3	4	1,3	0,3
Total	1.264	421,2	100	1.309	436,3	100

Fonte: Sinan, Divast/Suvisa/Sesab.

ou próximo de zero. As maiores incidências acumuladas de acidentes de trabalho (AT) graves encontraram-se nas macrorregiões extremo sul (4,4 por 1.000), sul (3,8 por 1.000) e nordeste (2,6 por 1.000). De acordo com os dados do Sinan, a incidência acumulada para os três anos de doenças relacionadas ao trabalho foi de 0,7 caso por 10.000 integrantes da população em idade ativa, e a de acidentes de trabalho graves foi de 2,3 casos por 1.000 (Tabela 8).

No período de 2013 a 2015, na Bahia, foram registrados no Sinan 7.762 casos de acidentes de trabalho graves, sendo 2.248 em 2013, 2.534 em 2014 e 2.980 em 2015. No que se refere à evolução desses acidentes, avaliada no momento da conclusão da investigação, observou-se um percentual médio de 36,2% de casos que evoluíram para incapacidade temporária; 21,3% evoluíram para cura; 3,7% (290) resultaram em óbito pelo acidente; e 0,9% (72 trabalhadores) apresentaram incapacidade total permanente. Ressalta-se o percentual médio elevado para o preenchimento do campo “Ignorado/Branco” (25,2%) para o período analisado (Gráfico 2).

Quanto às notificações de agravos relacionados ao trabalho segundo ocupação, no período de 2013 a 2015, verifica-se que trabalhadores na condição de “técnicos e auxiliares de enfermagem” predominaram, com média de 21,4%, seguidos de “pedreiros” (5,5%) e “trabalhadores agropecuários em geral” (5,3%) (Tabela 9).

Ao se observarem os tipos de agravos que mais ocorreram em cada grupo ocupacional, identificou-se que os acidentes de trabalho graves apresentaram maiores percentuais de casos notificados entre “motociclistas no transporte de documentos e pequenos volumes” (97,5%), “trabalhadores volantes da agricultura” (90,0%), “pedreiros” (86,8%), “trabalhadores agropecuários em geral” (82,8%) e “motoristas de caminhão (rotas regionais e internacionais)” (82,1%). Os “médicos clínicos”, “técnicos de enfermagem e enfermeiros” tiveram os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos dentre os agravos com maior notificação (97,8%, 94,9% e 93,1%, respectivamente). Ainda entre as ocupações que mais notificaram, os “serventes de obras” tiveram 21,3% de suas notificações por intoxicações exógenas ocupacionais,

Tabela 8
Coeficientes de incidência de doenças relacionadas ao trabalho (DRT) e acidentes de trabalho (AT) graves por macrorregião de saúde de notificação – Bahia – 2013-2015

Macrorregião de saúde	2013		2014		2015		2013-2015	
	Coeficiente de Incidência						Coefic. Incid. acumulada	
	DRT(1)	AT Grave(2)	DRT(1)	AT Grave(2)	DRT(1)	AT Grave(2)	DRT(1)	AT Grave(2)
Centro-leste	1,6	0,9	2	1,2	2	1,6	1,9	1,2
Centro-norte	-	0,6	0,1	0,8	0,2	0,7	0,1	0,7
Extremo sul	0,6	3,9	0,6	3,7	0,7	5,5	0,6	4,4
Leste	1,1	2,3	0,9	1,9	0,8	3,4	0,9	2,5
Nordeste	0,2	2,4	0,3	3,5	0,3	1,8	0,3	2,6
Norte	-	0,4	-	0,9	0	0,6	0	0,6
Oeste	-	1,5	-	2,1	0,1	3	0	2,2
Sudoeste	0,3	2,2	0,3	2,1	0,4	2	0,3	2,1
Sul	0,9	3	0,4	5	0,7	3,4	0,6	3,8
Total	0,8	2	0,7	2,2	0,7	2,6	0,7	2,3

Fonte: Sinan, Divast/Suvisa/Sesab.

Notas: (1) Incidência por 10 mil integrantes da PIA ou habitantes; População e PIA dos municípios da Bahia que notificaram pelo menos um caso.
(2) Incidência por 1.000 integrantes da PIA.

**DRT (doenças relacionadas ao trabalho): LER/DORT, transtorno mental, dermatoses ocupacionais, pneumoconioses, perda auditiva induzida por ruído.
• Excluído um caso para 2013 com informação incorreta sobre sexo ou idade.
• Excluídos quatro casos para 2014: três notificados em outro estado e um com informação incorreta sobre sexo e idade.

Legenda: - Dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento.

0,0 Dado numérico igual a 0 resultante de arredondamento de um dado originalmente positivo.

AVALIAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

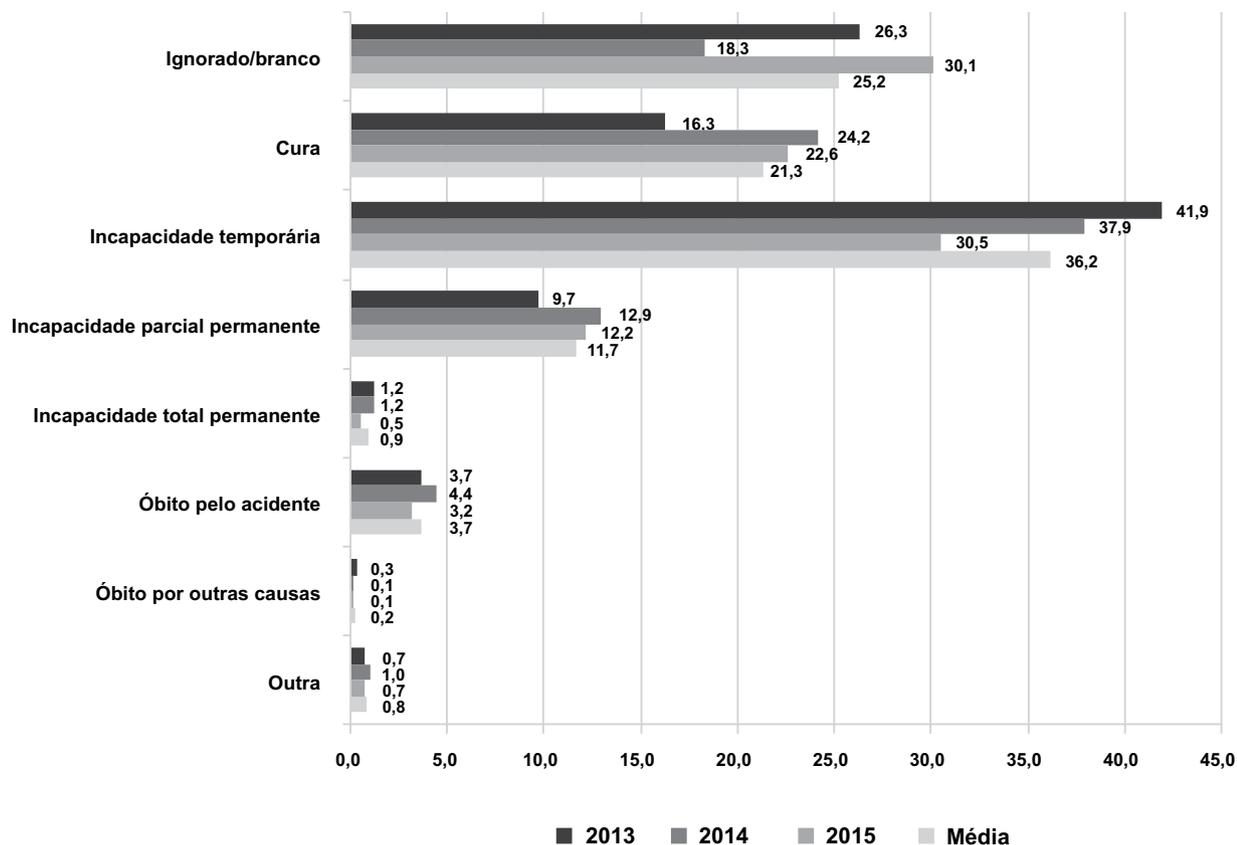


Gráfico 2
Percentual de acidentes de trabalho graves registrados no Sinan (N=2.248, N=2.534 e N=2.980) segundo o tipo de evolução – Bahia – 2013-2015

Fonte: Sinan, Divast/Suvisa/Sesab.

enquanto que, entre os “faxineiros”, a predominância foi para as LER/DORT (Tabela 9.1).

A apresentação dos dados com a distribuição dos casos notificados segundo a atividade econômica, para os anos de 2013 a 2015, ficou prejudicada devido ao percentual elevado (86,3%) de não preenchimento deste campo específico. Dentre os que tiveram essa informação registrada, as sete divisões de atividade econômica da CNAE que apresentaram mais de 100 casos de ART notificados foram: administração pública, defesa e seguridade social (2,1%); saúde e serviços sociais (1,9%); construção (1,3%); serviços prestados principalmente às empresas (0,9%); intermediação financeira (0,7%); silvicultura, exploração florestal e serviços relacionados (0,7%); e comércio varejista e reparação de objetos pessoais e domésticos (0,7%).

DISCUSSÃO

Analisando-se as notificações de agravos relacionados ao trabalho do período de 2013 a 2015, observa-se uma tendência de crescimento no número de notificações e investigações, sendo significativo o fato de que 1.392 unidades de saúde, em 90,4% dos municípios, tenham registrado algum caso. Parte desse incremento pode ser atribuída ao processo de fortalecimento da descentralização das ações de saúde do trabalhador empreendido pela Divast/Cesat, que incluiu, desde 2012, um indicador composto específico para a ST pactuado entre os gestores municipais e o estado (Sispacto), também inserido no Plano Estadual de Saúde e no plano plurianual nos últimos três períodos de gestão (BAHIA, [2015]).

Tabela 9
Número e percentual de notificações de agravos relacionados ao trabalho segundo ocupação
Bahia – 2013-2015

Ocupação	2013		2014		2015		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	% médio
Técnico de enfermagem	1021	18,3	1.138	18,3	1.093	18,5	3.252	18,4
Pedreiro	282	5,1	282	5,1	396	6,4	447	5,5
Trabalhador agropecuário em geral	259	4,6	347	4,7	263	5,5	869	5,3
Enfermeiro	154	3,3	239	4,3	263	4,3	656	4
Estudante	145	3,1	167	3	200	3,3	512	3,1
Auxiliar de enfermagem	154	3,3	173	3,1	157	2,6	484	3
Faxineiro	115	2,5	114	2	103	1,7	332	2
Servente de obras	67	1,4	85	1,5	147	2,4	299	1,8
Trabalhador volante da agricultura	76	1,6	131	2,4	82	1,3	289	1,8
Médico clínico	54	1,2	66	1,2	73	1,2	193	1,2
Motociclista no transp. documentos e peq. vol.	27	0,6	58	1	103	1,7	188	1,1
Motorista de caminhão (rotas regionais e intern.)	44	0,9	61	1,1	65	1,1	170	1
Gari	38	0,8	54	1	61	1	153	0,9
Agente de higiene e segurança	46	1	49	0,9	45	0,7	140	0,9
Médico cirurgião geral	61	1,3	42	0,8	31	0,5	134	0,8
Operador de máquinas fixas, em geral	35	0,8	47	0,8	52	0,8	134	0,8
Cirurgião dentista - clínico geral	40	0,9	32	0,6	53	0,9	125	0,8
Auxiliar de pessoal	14	0,3	37	0,7	74	1,2	125	0,8
Cozinheiro geral	24	0,5	54	1	45	0,7	123	0,8
Mecânico manut. autom., motoc. e veic similares	31	0,7	46	0,8	44	0,7	121	0,7
Marceneiro	26	0,6	41	0,7	53	0,9	120	0,7
Carpinteiro	36	0,8	39	0,7	44	0,7	119	0,7
Agente Comunitário de Saúde	32	0,7	46	0,8	37	0,6	115	0,7
Empregado doméstico nos serviços gerais	40	0,9	37	0,7	36	0,6	113	0,7
Agente de Saúde Pública	19	0,4	51	0,9	35	0,6	105	0,6
Eletricista de instalações	27	0,6	42	0,8	32	0,5	101	0,6
Desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter	10	0,2	42	0,8	48	0,8	100	0,6
Ignorada	80	1,7	77	1,4	170	2,8	327	2
Não informada ou não se aplica	309	6,6	150	2,7	164	2,7	623	3,8
Outras(1)	1.656	35,6	2.024	36,4	2.048	33,4	5.728	35
Total	5.574	100	6.241	100	6.763	100	18.578	100

Fonte: Sinan, Divast/Suvisa/Sesab.

Nota: (1) Outras: ocupações que apresentaram menos de 100 notificações no período.

Todavia, mesmo com tendência de aumento nos últimos anos, a cobertura desse tipo de notificação no Sinan ainda é baixa e precisa ser ampliada. Muitas unidades de saúde não fizeram notificações, e outras apresentam poucos casos registrados no sistema. Do total de estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES em 2015 no estado da Bahia, cerca de 8.460 estavam classificados como clínicas gerais ou especializadas, ambulatoriais ou hospitalares (postos de saúde, policlínicas, unidades básicas de saúde, pronto atendimento, hospitais gerais

ou especializados) (BRASIL, 2015). Há, portanto, um grande potencial de ampliação da identificação e notificação de agravos relacionados ao trabalho para o conjunto dessas unidades de saúde, especialmente nas redes de urgência/emergência e de atenção básica.

O monitoramento dos indicadores do Sispacto e das ações desenvolvidas pelas instâncias da rede estadual de atenção integral à saúde do trabalhador realizado pela Divast/Cesat tem mostrado que a maioria dos municípios notificou menos de 12 casos

Tabela 9.1
Percentual de notificações por agravos relacionados ao trabalho e ocupação – Bahia – 2013-2015

Ocupação	Agravos relacionados ao trabalho									
	AT c/MB(1)	AT Grave(2)	Câncer	DO(3)	LER/Dort	PAIR	PO(4)	TM(5)	IE Ocup(6)	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Técnico de enfermagem	94,9	3,6	-	0,2	1	0	-	0	0,3	3.252
Trabalhador agropecuário em geral	1,5	82,8	-	0,5	4,3	0,2	0,2	0,1	10,4	869
Pedreiro	1,2	86,8	-	0,7	3,6	0,1	0,2	0,2	7,2	1.125
Enfermeiro	93,1	5,1	-	0,1	1,2	-	0,1	-	0,2	727
Estudante	85,1	12,7	-	-	-	-	-	0,4	1,8	558
Auxiliar de enfermagem	88,4	6,3	0,2	0,5	3,5	-	-	0,2	0,9	432
Faxineiro	50,2	24,9	-	0,9	23	-	-	0,6	0,3	317
Servente de obras	8	61,9	-	0,7	7,3	0,7	-	-	21,3	286
Trabalhador volante da agricultura	1,3	90	0,3	1,25	1,25	-	0,3	-	5,6	320
Médico clínico	97,8	1,7	-	-	0,4	-	-	-	-	230
Motociclista no transp. documentos	0,4	97,5	-	-	1,7	-	-	0,4	-	239
Motorista de caminhão (rotas)	3,7	82,1	-	-	12,1	-	0,5	1,6	-	190

Fonte: Sinan, Divast/Suvisa/Sesab.

Notas: (1) ATMB = acidente trabalho c/ exposição a material biológico.

(2) AT grave = acidente de trabalho grave.

(3) DO = dermatoses ocupacionais.

(4) PO = pneumoconioses ocupacionais.

(5) TM = transtorno mental.

(6) IE ocup = intoxicações exógenas ocupacionais.

Legenda: - Dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento.

0,0 Dado numérico igual a 0 resultante de arredondamento de um dado originalmente positivo.

de ART por ano (BAHIA, [2015]; CARDIM; EVANGELISTA FILHO; FREIRE, 2015). Se às unidades de saúde silenciosas for acrescentado o dimensionamento da população trabalhadora potencialmente exposta sob risco de acidentar-se ou adoecer em seu trabalho no estado, é possível supor que o número de casos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho seja bem maior do que o identificado neste estudo.

Além das limitações da cobertura identificada no Sinan, a qualidade dos dados ainda está aquém do desejável. Observa-se que a inconsistência e a incompletude constituem as principais dificuldades enfrentadas. Registros de acidentes e agravos relacionados ao trabalho em menores de um ano merecem ser investigados, em virtude da possível incoerência na origem dos dados, indicando erro de preenchimento do campo referente à data de nascimento, que pode estar sendo confundida com a data da notificação.

Algumas variáveis apresentaram elevada proporção de dados ignorados ou em branco, a

exemplo de escolaridade, raça/cor, situação no mercado de trabalho e, de forma mais crítica, divisão de atividade econômica, coletada conforme a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), cuja proporção chegou a 86.3%. Em relação a esta última variável, a definição operacional do sistema informatizado que coloca este campo como não obrigatório (ou não essencial) para fins de preenchimento e digitação pode concorrer para a elevada proporção de não registro. É possível que esse índice varie conforme o tipo de unidade de saúde notificante, o tipo de agravo e se a notificação desencadeou ou não a investigação das circunstâncias de ocorrência do caso no local de trabalho. As categorias ocupação, atividade econômica e tipo de inserção no mercado de trabalho frequentemente são de difícil compreensão para os profissionais de saúde e não têm sido incorporadas de modo sistemático e adequado, seja nos momentos de acolhimento e identificação dos usuários trabalhadores nas redes de serviços de saúde, seja nos processos de vigilância em saúde e na

investigação de casos e surtos. Garantir a coleta de dados e a produção de informações sobre o trabalho, de modo a melhor entender o processo saúde-doença, é um importante desafio no âmbito do SUS (FACCHINI et al., 2005).

A informação sobre a distribuição dos ART segundo atividade econômica é fundamental para a análise da situação de saúde dos trabalhadores, para a identificação de ramos, setores e atividades produtivas que implicam maiores riscos à saúde, para a definição de prioridades e para o planejamento das ações de vigilância e intervenção sanitária nos ambientes e processos de trabalho. Esse índice de incompletude chama a atenção para a urgência de investimentos na melhoria da qualidade dessa informação em todas as instâncias da rede SUS no estado.

Verificou-se que algumas macrorregiões e regiões de saúde ainda denotam possíveis problemas na notificação, tanto na qualidade do seu preenchimento quanto na baixa cobertura. A elevada proporção de dados ignorados ou faltantes compromete a qualidade e, conseqüentemente, a análise e interpretação. Considera-se um excelente grau de completude quando a ausência de registro válido situa-se abaixo de 5%. Uma proporção de registros ausentes superior a 30% é considerada muito elevada e classifica como precária a situação dos dados (MOTA; ALMEIDA; VIACAVA, 2011).

Embora 15,1% das notificações da região de saúde de Salvador tenham sido realizadas pelo Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cesat/Divast), e apenas 4% pelo Cerest-Salvador, o percentual apresentado pelo centro regional representa um aumento de aproximadamente 50% nas notificações que foram realizadas por este órgão, em comparação ao período 2012-2014 (CARDIM; EVANGELISTA FILHO; FREIRE, 2015).

Os agravos que apareceram com maior número de casos, e com incremento desse número ao longo dos anos, foram os acidentes de trabalho graves e os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos, além de, em menor quantidade e proporção, as intoxicações exógenas

Em estudo sobre a atuação dos Cerest estaduais e regionais em todo o Brasil, Galdino (2010) identificou como principais fatores associados ao aumento das notificações de acidentes de trabalho o maior tempo de existência do Cerest, a presença de equipe técnica mínima, o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador, os investimentos em capacitação dos profissionais da rede e estruturação da rede sentinela para a identificação e notificação dos agr-

vos relacionados ao trabalho e o funcionamento de instâncias de controle social em ST, a exemplo de conselho gestor no Cerest e comissão intersectorial de saúde do trabalhador no conselho municipal de saúde. Esses mesmos fatores têm sido observados no acompanhamento da rede estadual no estado, com destaque para a descontinuidade e a alta rotatividade das equipes dos Cerest e a insuficiência de técnicos de referência em ST nas instâncias regionais da Sesab responsáveis pelo apoio e acompanhamento aos municípios, especialmente nas regiões de saúde que não contam com a cobertura de um centro regional (BAHIA, [2015]).

Os agravos que apareceram com maior número de casos, e com incremento desse número ao longo dos anos, foram os acidentes de trabalho graves e os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos, além de, em menor quantidade e proporção, as intoxicações exógenas. Provavelmente por serem eventos agudos e graves, são mais facilmente identificados na rede de urgência/emergência, além de ser objeto mais frequente das ações de vigilância (investigação e busca ativa de casos) desenvolvidas pelos Cerest e técnicos das regionais de saúde. Mesmo assim, considerando a precariedade da inserção e das condições de trabalho, a informalidade e os índices de desemprego e de trabalho precário, frequentemente não se identificam nem a situação

nem a atividade de trabalho que o usuário estava exercendo ao se acidentar, conforme demonstram alguns estudos (NOBRE, 2007; LACERDA; FER-NANDES; NOBRE, 2014).

Já as intoxicações exógenas ocupacionais, mesmo as agudas, mas especialmente as crônicas, apresentam maior complexidade para a investigação diagnóstica de sua multiplicidade de efeitos à saúde nos diversos órgãos e sistemas biológicos. Resulta que, a despeito de um quantitativo estimado de centenas de milhares de trabalhadores expostos a agrotóxicos, a solventes orgânicos, metais e inúmeras outras substâncias, inclusive carcinogênicas, em atividades na agricultura, silvicultura e pecuária, na mineração, em indústrias (metalúrgica, plásticos, química, petroquímica, papel/celulose, farmacêutica, entre outras), o número de casos identificados e registrados é muito baixo.

Dentre as doenças relacionadas ao trabalho que constam da lista de notificação compulsória, observou-se maior número de casos registrados e algum incremento em sua identificação e notificação para as LER/DORT e os transtornos mentais relacionados ao trabalho. Pode-se afirmar que o conhecimento médico clínico sobre as LER/DORT esteja razoavelmente disseminado em toda a rede de saúde, desde meados da década de 1990, especialmente em serviços de ortopedia, neurologia, na rede de fisioterapia e nos próprios serviços de empresas e na rede de ST, para o que contribuíram o movimento dos trabalhadores portadores de LER/DORT e os vários protocolos produzidos pelo SUS (BRASIL, 2012). Além disso, esses agravos podem ocorrer em praticamente quaisquer ramos de atividade econômica e estão disseminados, dadas as características de seus fatores condicionantes, especialmente aqueles relacionados à organização do trabalho no contexto da flexibilização e da intensificação da atividade observadas nas últimas

décadas. Esse contexto também é responsável pelo crescimento dos problemas de saúde mental relacionados ao trabalho, que vêm progressivamente aumentando no Brasil e no mundo. No entanto, dadas a natureza do adoecimento psíquico e a gama de fatores intersubjetivos nas relações de trabalho e no trabalho, o estabelecimento do diagnóstico e da relação com o trabalho é bastante complexo, assim como as intervenções sanitárias para sua prevenção e

vigilância. Estima-se que o registro represente percentual muito abaixo da realidade (SOUZA, 2014).

As demais patologias – dermatoses, cânceres, perdas auditivas, pneumoconioses – apresentam-se com números extremamente baixos de casos notificados em relação ao esperado, considerando o perfil produtivo do estado e o contingente de trabalhadores potencialmente expostos aos diversos ambientes e fatores de risco. Pode-se supor que essa subnotificação decorre, parcialmente, por um lado, da falta de acesso dos trabalhadores a serviços diagnósticos adequados nas regiões de saúde do estado; por outro, do despreparo dos profissionais para investigarem a possível relação do adoecimento dos trabalhadores com seu trabalho. Essa situação é mediada por diversos outros fatores e dimensões, inclusive pelas implicações legais na atribuição do diagnóstico da relação com o trabalho, como as da legislação trabalhista, previdenciária, responsabilidade civil etc.

As diferenças entre o Sinan e as bases de dados da Previdência Social são consideráveis. Mais do que comparar o perfil das doenças relacionadas ao trabalho, que ainda são bastante subnotificadas no Sinan, o acesso aos dados da Previdência Social permite complementar essa análise, traçando um quadro mais próximo da realidade. Na morbidade, observa-se que essas diferenças vêm se ampliando, o que pode ser atribuído, em parte, à

modificação na sistemática de estabelecimento do nexo entre o agravo e o trabalho ocorrida no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) com a implantação do nexo técnico epidemiológico (NTEP) a partir de 2007, que culminou com um aumento no reconhecimento desses agravos neste órgão (CARDIM; EVANGELISTA FILHO; FREIRE, 2015).

Na avaliação dessas diferenças, também se deve considerar que, para fins de registro, a Previdência Social admite todo o elenco de patologias constante da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2001), desde que comprovado o nexo com o trabalho. Já a notificação no Sinan está restrita a menor número de agravos, definidos como de notificação compulsória, segundo critérios epidemiológicos e de importância para o estabelecimento de medidas de prevenção e proteção.

No caso dos acidentes de trabalho (graves), pode-se fazer uma comparação do Sinan com os dados da Previdência Social (INSS, Dataprev) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), desde que se considerem as características e diferenças quanto à definição de caso, critérios de inclusão e cobertura de cada sistema, entre outras.

Tomando-se como exemplo os óbitos por acidentes relacionados ao trabalho, apesar das especificidades de cada sistema de informação, chama a atenção o baixo número de casos notificados no Sinan em relação aos dados da Previdência Social e do SIM. Em 2013, o INSS registrou 108 óbitos por acidente de trabalho na Bahia, e o SIM, 201 óbitos, enquanto que, no Sinan, foram notificados 83 óbitos por AT no mesmo ano (CARDIM; EVANGELISTA FILHO; FREIRE, 2017). Pelos dados do Sinan disponíveis para o ano de 2013, o coeficiente de incidência de acidentes de trabalho graves estimado ficou em 2,0 casos/1.000 integrantes da PIA, enquanto que, na Previdência Social, a incidência

de acidentes de trabalho registrados (medida que engloba todos os tipos de acidente de trabalho típicos) foi de 43,7 por 1.000 trabalhadores com carteira assinada).

Ressalta-se que os dados da Previdência Social estão restritos aos trabalhadores segurados, empregados de empresas, com vínculo de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que na Bahia equivalem a cerca de um terço do

total de trabalhadores da população economicamente ativa (PEA). Todavia, ainda que a Previdência Social limite as suas notificações aos trabalhadores segurados, o número de óbitos por acidente de trabalho registrados no INSS superou os registros do Sinan. Pelo princípio constitucional da universalidade do SUS, o Sinan deve cobrir toda a população trabalhadora, independentemente do tipo de vínculo empregatício (formais, inclusive servidores públicos, informais, autônomos, por conta própria). Mesmo assim, o sistema apresentou número menor de notificações no ano estudado.

Tanto a Previdência Social quanto o SUS consideram acidentes de trabalho, além dos classificados como “típicos”, ocorridos no exercício da atividade de trabalho, os casos de agressões de terceiros decorrentes de brigas, assaltos, roubos, homicídios, bem como os casos de acidentes de transporte (ou de trânsito), quando ocorridos nos locais de trabalho, a serviço da empresa ou no trajeto de casa para o trabalho e vice-versa. Como há a responsabilidade da empresa, provavelmente esses casos, especialmente quando resultam em óbito, são mais registrados para os trabalhadores segurados da Previdência Social. Ainda é reduzida a capacidade de identificação desses eventos como relacionados ao trabalho pelos serviços de urgência/emergência e sua investigação pelas equipes dos Cerest e de vigilância em saúde. Desse modo, essas outras formas de violência – homicídios,

Pelo princípio constitucional da universalidade do SUS, o Sinan deve cobrir toda a população trabalhadora, independentemente do tipo de vínculo empregatício (formais, inclusive servidores públicos, informais, autônomos, por conta própria)

acidentes de transporte, suicídios – apresentam dificuldades para serem caracterizadas como acidentes relacionados ao trabalho, o que pode também influenciar o sub-registro de dados e a invisibilidade da relação desses eventos com o trabalho (LACERDA; FER-NANDES; NOBRE, 2014).

O Sistema de Informação sobre Mortalidade apresenta cobertura nacional e capta acima de 90% dos óbitos que o IBGE estima que ocorram no país (RABELLO NETO et al., 2011). No período de 2013 a 2015, foram registrados no SIM 597 óbitos por acidente de trabalho, enquanto que no Sinan, no mesmo período, foram notificados 290 óbitos, ou seja, somente metade do número de casos.

Esta situação compromete a realização de análises mais detalhadas sobre o perfil dos trabalhadores e das circunstâncias dos acidentes. A avaliação dos dados do Sinan pode gerar informações importantes para a prevenção de novos acidentes, mas, para que isso aconteça, é necessário que a qualidade desses dados seja assegurada.

Desde 2008, o número de óbitos por AT registrados no SIM é maior do que o registrado na Previdência Social, com tendência de aumento dessa diferença ao longo dos anos. Entretanto, estima-se que há também um sub-registro considerável das mortes relacionadas ao trabalho no SIM. Ao investigarem 91 mortes por eventos acidentários ocorridos no município de Salvador em 2004 e identificados no estudo de Nobre (2007) como acidentes de trabalho, Lacerda e outros (2014) constataram relevante sub-notificação e invisibilidade de tais eventos como ocupacionais, fato que, segundo as autoras, corrobora as discussões e evidências de outros estudos.

Em pesquisa sobre a mortalidade por acidente de trabalho na agropecuária no Brasil, no período 2000-2010, Sousa e Santana (2016) recuperaram quase metade (44,8%) do total de óbitos por acidente de trabalho, aplicando técnica de recuperação de dados faltantes para ocupação e acidente de

trabalho no banco de dados do SIM. Ainda assim, a mortalidade geral por acidente de trabalho na agropecuária foi considerada baixa quando comparada à de outros países, levando as autoras a sugerir um sub-registro residual, apesar da recuperação obtida, e a concluir pela necessidade de melhoria da qualidade dos registros.

O fortalecimento das ações de vigilância, a investigação de casos suspeitos e a busca ativa em outras fontes de informação são importantes para que se chegue a um dado mais próximo da realidade, ao mesmo tempo em que se obtêm subsídios e elementos para a adoção de medidas de proteção e prevenção de novos casos. No tocante aos óbitos, a comparação dos dados e a interligação das informações do Sinan com as do SIM poderão potencializar a capacidade de produzir informações fidedignas. A utilização de ferramentas e métodos de interligação de bancos de dados, articulando SIM, Sinan e, se possível, Dataprev, factíveis para utilização pelos Cerest e setores de vigilância em saúde, poderá ser uma das estratégias para isso.

Os dados do Sinan, quando bem registrados, podem gerar informações que irão contribuir nas ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho; facilitar o mapeamento de riscos e a identificação dos trabalhadores mais vulneráveis e das atividades/processos de trabalho de maior risco; e produzir conhecimento das causas e das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores que podem resultar em agravos e doenças relacionadas ao trabalho.

Assim, recomenda-se que a Divast e as instâncias regionais continuem investindo no processo de capacitação das equipes e dos profissionais envolvidos com a vigilância em saúde e assistência, de modo que identifiquem os processos produtivos de seus territórios e os agravos relacionados ao trabalho, procedendo à devida notificação. É

No tocante aos óbitos, a comparação dos dados e a interligação das informações do Sinan com as do SIM poderão potencializar a capacidade de produzir informações fidedignas

necessário que se investiguem as causas da baixa cobertura da notificação dos agravos relacionados ao trabalho, bem como da baixa qualidade dessas informações, em especial dos acidentes de trabalho graves e com óbito. Providências devem ser adotadas junto aos Cerest, no sentido de trazer suporte e melhorias para o cumprimento de ações de promoção e proteção à saúde do trabalhador nos municípios e regiões de saúde do estado da Bahia.

REFERÊNCIAS

- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. *Relatório anual de gestão*: 2015. Salvador: SESAB, [2015]. Mimeo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Lista de doenças relacionadas ao trabalho*: Portaria GM/MS nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Brasília: MS, 2001. (Série F. Comunicação e educação em saúde).
- _____. *Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes*. Brasília: MS, 2006a. 28 p. (Série A. Normas e manuais técnicos. Saúde do trabalhador, 2. Protocolos de complexidade diferenciada).
- _____. *Exposição a materiais biológicos*. Brasília: MS, 2006b. 76 p. (Série A. Normas e manuais técnicos. Saúde do trabalhador, 3. Protocolos de complexidade diferenciada).
- _____. *Câncer relacionado ao trabalho*: leucemia mielóide aguda – síndrome mielodisplásica decorrente da exposição ao benzeno. Brasília: MS, 2006c. 48 p. (Série A. Normas e manuais técnicos. Saúde do trabalhador, 8. Protocolos de alta complexidade).
- _____. *Dor relacionada ao trabalho*: Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Brasília: MS, 2012. 68 p. (Série A. Normas e manuais técnicos. Saúde do trabalhador, 10. Protocolos de complexidade diferenciada).
- _____. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 fev. 2016a.
- _____. Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 fev. 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. *Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: DATASUS, 2015. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=29&VMun=&VComp=201312>. Acesso em: 20 maio 2017.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social - Dataprev; Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT, Sistema Único de Benefícios - SUB. *Dados extraídos do Dataprev*. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/2015/01/estatisticas-anuario-estatistico-de-acidentes-do-trabalho-2013>>. Acesso em: 12 set. 2015.
- CARDIM, A.; EVANGELISTA FILHO, D.; FREIRE, J. P. F. *Avaliação da notificação de agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)*: Bahia, 2012 a 2014. Salvador: Suvisa, 2015. (Documento técnico Nisat, 2). Disponível em: <http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/galeria/texto/2015/11/24/AvaSinan_2012-2014.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2017.
- _____. *Análise da situação da saúde do trabalhador da Bahia*: 2013. Salvador: Suvisa, 2017. Disponível em: <http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/galeria/texto/2017/04/13/AnaliseSituacaoST_Bahia2013_Divast_12abril2017.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2017.
- FACCHINI, L. A. et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 857-867, out./dez. 2005.
- GALDINO, A. *Os Cerest e os fatores associados à notificação de acidentes de trabalho no Sinan no Brasil*. 2010. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2015, 102p.
- LACERDA, K.; FERNANDES, R. C. P.; NOBRE, L. C. C. Acidentes de trabalho fatais em Salvador, Ba: descrevendo o evento subnotificado e sua relação com a violência urbana. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 39, n. 129, p. 63-74, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v39n129/0303-7657-rbso-39-129-0063.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2017.
- MOTA, E.; ALMEIDA, M. F.; VIACAVA, F. O dado epidemiológico: estrutura, fontes, propriedades e instrumentos. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Org.). *Epidemiologia & saúde*: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- NOBRE, L. C. C. *Trabalho precário e mortes por acidentes de trabalho*: a outra face da violência e a invisibilidade do trabalho. 2007. 283 f. Tese (Doutorado)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

AVALIAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS
DE NOTIFICAÇÃO

RABELLO NETO, D. L. et al. As fontes de informação do Sistema Único de Saúde para a saúde do trabalhador. In: CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. (Org.). *Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores*. Brasília: IPEA, 2011. cap. 8, p. 233-375.

SOUSA, F. N.; SANTANA, V. S. Mortalidade por acidentes de trabalho entre trabalhadores da agropecuária no Brasil, 2000-2010. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 1-13, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n4/1678-4464-csp-32-04-e00071914.pdf>>. Acesso em: -4 maio 2017.

SOUZA, S. F. (Org.). *Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho*. Salvador: DIVAST, 2014. 60 p. (Caderno de saúde do trabalhador. Série vigilância da saúde do trabalhador).

Artigo recebido em 19 de dezembro de 2016
e aprovado em 3 de maio de 2017.

Evolução da mortalidade por acidente de trânsito no estado da Bahia: 2000-2014

*Virgínia de Souza Aguiar**

*Zenaide Calazans Oliveira***

*Gabriella Moraes Duarte Miranda****

*Suzana Costa Carvalho*****

*Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto******

*Márcia de Paulo Costa Mazzei******

*Renato Queiroz dos Santos Junior******

*Luciana de Freitas Caribé******

- * Especialista em Análise de Situação de Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG) e em Administração Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- ** Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- *** Doutora e mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).
- **** Doutora e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- ***** Doutora em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e mestre em Odontologia Legal e Deontologia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
- ***** Especialista em Informação em Saúde e graduada em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- ***** Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e especialista em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- ***** Especialista em Análise de Situação de Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG).
luciana.caribe@saude.ba.gov.br

Resumo

Os acidentes de trânsito (AT) constituem-se em grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, expresso pelo elevado número de internações hospitalares, sequelas e mortes, com reflexos negativos para os indivíduos, a sociedade e a economia. Este trabalho é um estudo descritivo do tipo ecológico que retrata a tendência das mortes por AT entre 2000 e 2014 no estado da Bahia. Foram utilizados os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), considerando-se as categorias V01-V89 do Capítulo XX da CID-10. Os resultados mostraram que as mortes decorrentes de AT ocorrem com elevada frequência e com tendência crescente na Bahia. O estudo destaca a importância da continuidade das ações para melhoria da qualidade da informação, visando à adoção de medidas de prevenção e redução dos óbitos por acidente de trânsito no estado.

Palavras-chave: Acidente de trânsito. Taxa de mortalidade. Saúde pública.

Abstract

Traffic accidents (TA) are a serious public health problem in Brazil and in the world as shown by the high number of hospitalizations, sequels and deaths, with negative repercussions for individuals, society and the economy. This work is a descriptive study of ecological nature, which depicts the trend of TA deaths between 2000 and 2014 in the state of Bahia. Data from the Mortality Information System (SIM) were used, considering the V01-V89 group in chapter XX of ICD-10. The results showed that deaths due to TA occur with high frequency and with an increasing trend in Bahia. The study highlights the importance of continued actions to improve the quality of information, aiming to the adoption of measures to prevent and reduce deaths due to traffic accidents in the state.

Keywords: Traffic accident. Mortality rate. Public health.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (2009), as causas externas fazem referência a fatores que, independentemente das condições orgânicas, provocam lesões ou agravos à saúde, sendo responsáveis por sequelas e até pela morte de indivíduos. Essas causas externas englobam um conjunto de circunstâncias, classificadas de acordo com a intencionalidade da ação. Nesse contexto, tem-se a seguinte definição:

Acidente de trânsito é todo acidente com veículo ocorrido na via pública [i.e. originando-se, terminando ou envolvendo um veículo parcialmente situado na via pública]. O acidente de veículo é considerado como tendo ocorrido na via pública a menos que haja a especificação de outro local, exceto nos casos de acidentes envolvendo somente veículos especiais a motor [veículos a motor não-de-circulação] que, salvo menção em contrário, não são classificados como acidentes de trânsito. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009, p. 977).

Os acidentes de trânsito (AT) constituem-se em um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, em virtude da sua magnitude e transcendência, expressas no elevado número de internações hospitalares, sequelas e mortes, com reflexos negativos para os indivíduos, a sociedade e a economia (BRASIL, 2007). O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre políticas e estratégias de prevenção de acidentes de trânsito adverte que, no mundo, cerca de 1,2 milhão de pessoas morrem por essa causa a cada ano e entre 20 milhões e 50 milhões sobrevivem com traumatismos e ferimentos decorrentes desses acidentes. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Ademais, as lesões por acidentes de trânsito respondem por 2,1% do total de óbitos e por 23,0% das mortes por causas externas registradas anualmente no planeta e figuram como as primeiras causas de óbitos entre

os jovens do sexo masculino na faixa etária de 15 a 44 anos (GRANADOS, 1998).

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus) do Ministério da Saúde (MS), cerca de 43 mil pessoas são vítimas de acidentes fatais de trânsito a cada ano, representando uma das principais causas de morte no país, com forte impacto sobre o orçamento público e a renda das famílias atingidas (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2015). A ocorrência desse tipo de acidente tende a se agravar devido ao contexto de franca expansão da frota de veículos automotores no país desde o final do século passado (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2015). Para Martins, Boing e Peres (2013), o Brasil é um dos países com maior índice de acidentes de trânsito, destacando o aumento da frota de veículos automotores, sobretudo de motocicletas, que, por características intrínsecas, apresentam baixas condições de proteção aos usuários em caso de colisão e queda, acarretando o aumento da severidade desses acidentes e elevando as estatísticas de mortes e feridos graves (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2015, p. 7).

É válido salientar que a taxa de mortalidade por acidente de motocicleta no Brasil aumentou 800%, variando de 0,5 para 4,5/100.000 habitantes entre 1996 e 2009, um incremento médio anual de 19% (MARTINS; BOING; PERES, 2013).

Os cerca de 170 mil acidentes de trânsito ocorridos nas rodovias federais brasileiras no ano de 2014 geraram um custo para a sociedade de R\$ 12,3 bilhões, sendo que 64,7% desses custos estavam associados às vítimas dos acidentes, como cuidados com a saúde e perda de produção, devido às lesões ou morte, enquanto 34,7% estavam relacionados aos veículos, como danos materiais e perda de cargas, além dos procedimentos de remoção dos veículos acidentados. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2015, p. 19).

Waiselfisz (2013) observa que a Região Nordeste do Brasil, no ano de 2011, apresentou 22,5 óbitos por acidente de trânsito por 100.000 habitantes, sendo a terceira taxa mais elevada do país. Neste mesmo ano, a taxa de mortalidade no estado da Bahia foi de 18,7 óbitos por 100.000 habitantes, ocupando a 22ª posição em relação aos demais estados da federação (ANDRÉ et al., 2014).

Assim, considerando a relevância do tema, este trabalho se propõe a descrever a situação atual das mortes por acidentes de trânsito (AT) e sua tendência no período de 2000 a 2014, no estado da Bahia e em seus núcleos regionais de saúde (NRS), com vistas a subsidiar a elaboração de políticas públicas voltadas para o setor, contribuindo com as instituições envolvidas com o problema na adoção de medidas de prevenção e controle.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo ecológico dos aspectos da mortalidade por acidentes de trânsito de residentes no estado da Bahia e sua distribuição geográfica, ocorridos entre os anos 2000 e 2014, a partir de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Os arquivos de mortalidade foram extraídos do banco de dados estadual, gerenciado pela Diretoria de Informação em Saúde (DIS), vinculada à Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (Suvisa) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), a qual tem a finalidade de definir e coordenar a política de informação em saúde na esfera estadual, monitorar e avaliar os sistemas de informação em saúde, bem como elaborar, participar e coordenar estudos e projetos. Os dados populacionais referentes ao período de 2000 a 2014 foram oriundos dos censos demográficos

Os arquivos de mortalidade foram extraídos do banco de dados estadual, gerenciado pela Diretoria de Informação em Saúde (DIS), vinculada à Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (Suvisa) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab)

e das estimativas populacionais intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Vale salientar que, para o processamento dos dados levantados, utilizou-se o tabulador para Windows (Tabwin), aplicativo produzido e disponibilizado aos estados e municípios pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (Datusus/MS). Ademais, tanto para os dados de mortalidade quanto para os de população, foi necessária a criação de arquivos de definição e conversão pela DIS, com vistas a facilitar a elaboração das tabelas e gráficos. Quanto à frota de veículos, os dados foram fornecidos pelo setor de certificação e licenciamento de veículos do Departamento Estadual de Trânsito do Estado da Bahia (Detran-BA), órgão subordinado à Secretaria de Administração do Estado da Bahia (SAEB), que controla e monitora o Registro Nacional de Veículos Automotores (Renavam) no estado. (BAHIA, 2014a).

A partir da publicação da Lei estadual nº 13.204 (BAHIA, 2014b), que modifica a estrutura organizacional da administração pública do Poder Executivo estadual e dá outras providências, as nove macrorregiões de saúde do estado da Bahia passaram a corresponder aos então criados núcleos regionais de saúde (NRS). Dessa forma, as informações foram desagregadas para os nove NRS do estado – Norte, Sul, Leste, Oeste, Nordeste, Sudoeste, Centro-Leste, Centro-Norte e Extremo Sul –, conforme o plano diretor de regionalização (PDR).

Para este trabalho, adotou-se a definição de acidente de trânsito da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). Assim, relacionados às mortes por acidentes de trânsito, foram utilizados os seguintes códigos da causa de óbito do Capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade da CID-10, de acordo com os agrupamentos dos

tipos de vítimas: V01-V09 - Pedestres; V10-V19 - Ciclistas; V20-V29 - Motociclistas; V40-V49 - Ocupantes de automóvel; V30-V39, V50-V59, V60-V69 e V70-V79 - Ocupantes de outros veículos; V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). Vale destacar que a exclusão da categoria V99 da CID-10 – acidentes de transporte não especificados – se fundamenta no seu caráter inespecífico, podendo incluir tanto acidentes de trânsito quanto outros relacionados a transporte.

Na análise estatística, calcularam-se as taxas de mortalidade por acidente de trânsito (por 100.000 habitantes) e por veículo a motor (por 10.000 veículos), mortalidade proporcional por acidente de trânsito, bem como variações percentuais, entre 2000 e 2014. Por fim, calculou-se a razão entre as taxas de mortalidade por sexo.

Para a verificação da tendência temporal das séries e sua significância estatística, realizou-se a análise de tendência linear para observar a tendência no tempo. Adotou-se como nível de significância p -valor $<0,05$. Para isso, foram estimados modelos de regressão linear simples.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estado da Bahia, entre 2000 e 2014, foram registrados 28.759 óbitos causados por acidentes de trânsito, uma média de 1.917 mortes por ano e de 5,3 por dia. No período, verificou-se um aumento de 126,6% na frequência absoluta de mortes por este tipo de acidente. Em relação ao total dos óbitos por causas externas, os AT apresentaram um incremento de 9,4% entre 2000 e 2014, elevando-se de 19,1% para 20,9%.

Ademais, observou-se neste período uma tendência crescente da taxa de mortalidade por AT com significância estatística de $p < 0,05$. O

No estado da Bahia, entre 2000 e 2014, foram registrados 28.759 óbitos causados por acidentes de trânsito, uma média de 1.917 mortes por ano e de 5,3 por dia

incremento médio anual foi de 0,83 óbito/100.000 habitantes, acumulando no período uma elevação de 96,7%, quando as taxas passaram de 9,2 óbitos/100.000 habitantes, em 2000, para 18,1/100.000, em 2014 (Gráfico 1). Estes últimos resultados são semelhantes aos achados por Waiselfisz (2013), que revelou uma taxa de óbitos por

AT no estado da Bahia de 18,7/100.000 habitantes, no ano de 2011.

No ano de 2014, a maior proporção de óbitos por AT foi observada entre os indivíduos na faixa etária de 30 a 49 anos (37,5%), seguidos dos jovens com idades entre 10 e 29 anos (34,1%). Já entre os menores de 10 anos de idade, observou-se um decréscimo de 51,6% na proporção dos óbitos, variando de 6,2%, em 2000, para 2,0%, em 2014. Quando se avalia o risco de morrer em decorrência de AT por faixa etária, observa-se um crescimento para quase todas as idades, com exceção dos menores de 10 anos, com redução de 5,9%. A faixa etária que apresentou maior elevação (119,1%) foi a de 70 e mais anos de idade, cujas taxas de mortalidade passaram de 10,6 óbitos/100.000 habitantes para 23,2/100.000 habitantes entre os anos de 2000 e 2014 (Tabela 1).

Os jovens e adultos, sobretudo do sexo masculino, foram as principais vítimas de acidentes de trânsito fatais, ilustrando a realidade mundial, ratificada pelos estudos publicados pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). No Brasil, os AT vêm contribuindo para as mortes precoces de homens na faixa etária entre 10 e 29 anos e influenciando a redução da expectativa de vida das mulheres (REDE INTERGERACIONAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2009). Segundo Minayo (2005), as colisões ocorridas nos AT com jovens estão associadas, em sua maioria, ao uso de bebidas alcoólicas, excesso de velocidade, transgressão às normas e inexperiência ao volante.

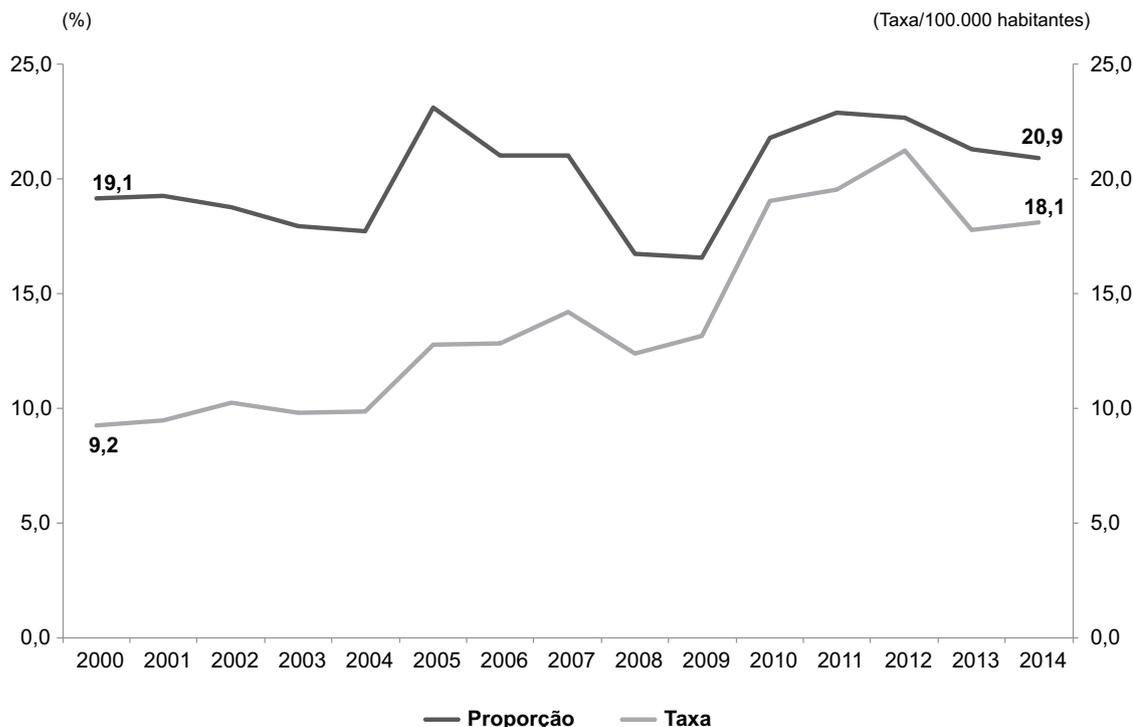


Gráfico 1
Mortalidade proporcional e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidentes de trânsito Bahia – 2000-2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE.

Nota: dados de mortalidade extraídos do banco de dados estadual (Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)), gerenciado pela Diretoria de Informação em Saúde (DIS) da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (Suvisa) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Os dados populacionais são oriundos dos censos demográficos e das estimativas populacionais intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Refere-se a todas as tabelas.

Entre 2000 e 2014, observou-se uma tendência crescente da taxa de mortalidade por acidente de trânsito em indivíduos de ambos os sexos. Destaca-se que as taxas masculinas estiveram sempre superiores às femininas no período estudado, chegando a ser 5,8 vezes maiores em 2014. O crescimento médio anual da taxa de mortalidade no sexo masculino (2,0 óbitos/100.000 habitantes) também foi superior ao do feminino, que apresentou

um aumento médio de 1,6 vez. Durante o período analisado, verificou-se um aumento de 107,1% da taxa de mortalidade por AT para os homens e de 64,8% para as mulheres (Gráfico 2).

Em 2014, na Bahia, 75,1% dos óbitos por acidente de trânsito foram de indivíduos de raça/cor parca; 10,3%, branca; e 9,8%, preta (Gráfico 3). Esses resultados guardam coerência com a distribuição populacional do estado, que apresenta maioria da

Tabela 1
Tendência da taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidente de trânsito, segundo faixa etária Bahia – 2000-2014

Faixa Etária	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	β	p	VP
0 a 9 anos	2,8	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,6	3,2	2,3	2,4	4,3	3,6	2,8	2,5	2,6	0,042	>0,05	-5,9
10 a 29 anos	8,8	8,2	9,7	9,0	8,6	11,9	10,9	12,7	11,2	13,0	17,3	16,6	18,6	14,9	16,2	0,699	<0,05	84,6
30 a 49 anos	13,2	14,1	14,9	14,3	15,3	19,0	19,7	19,8	16,9	17,0	25,4	26,5	28,0	24,3	24,6	0,996	<0,05	86,3
50 a 69 anos	12,8	12,8	13,9	14,9	13,4	18,9	21,4	19,0	16,6	16,5	23,0	24,2	24,5	25,5	24,8	0,964	<0,05	94,0
70 anos ou mais	10,6	14,3	10,5	10,6	13,3	14,6	16,6	16,3	15,3	16,2	17,8	20,2	21,2	27,9	23,2	0,990	<0,05	119,1

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE.

raça/cor parda (59,2%), seguida da branca (22,2%) e preta (17,1%). Além disso, os estudos mostram o maior risco na população de cor parda em todos os agravos, provavelmente por apresentar maior vulnerabilidade socioeconômica (BAHIA, 2017).

Com relação ao tipo de vítima de acidente de trânsito fatal, no ano de 2014, os maiores valores de mortalidade proporcional, tanto no Brasil (28,8%) quanto no Nordeste (39,1%), foram observados entre os motociclistas. A segunda posição foi ocupada pelos pedestres, com percentuais de 18,5% e 23,7%, no Brasil e na Região Nordeste, respectivamente. No estado da Bahia, os maiores percentuais de vítimas fatais foram entre ocupantes de automóvel (30,7%) e motociclistas (28,3%) (Gráfico 4).

Quando comparados os anos de 2000 e 2014, verificou-se que tanto o Brasil quanto a Região Nordeste e o estado da Bahia apresentaram aumento da mortalidade proporcional por acidentes que

vitimaram motociclistas, cujos valores apresentados foram de 238,8%, 217,9% e 258,2%, respectivamente. No entanto, observa-se uma diminuição da mortalidade proporcional para os ocupantes de automóvel no Nordeste (-39,0%), na Bahia (-30,5%) e no Brasil (-30,2%). Destaca-se, ainda, o aumento da mortalidade de ciclistas na Bahia (37,5%), no Nordeste (562,1%) e no Brasil (14,8%) (Gráfico 4). As mortes por atropelamento na Bahia registraram um decréscimo de 36,4%, entre 2000 e 2014, correspondendo à terceira causa de óbitos em 2014, entre os acidentes de trânsito.

Quando se avalia o risco de morrer por AT, observa-se uma tendência crescente das taxas de mortalidade para todos os tipos de vítimas de acidentes, com valor de $p < 0,05$, com exceção do pedestre, que apresentou $p > 0,05$. As menores variações percentuais das taxas de mortalidade por AT, no período de 2000 a 2014, segundo a condição da vítima,

(Taxa/100.000 habitantes)

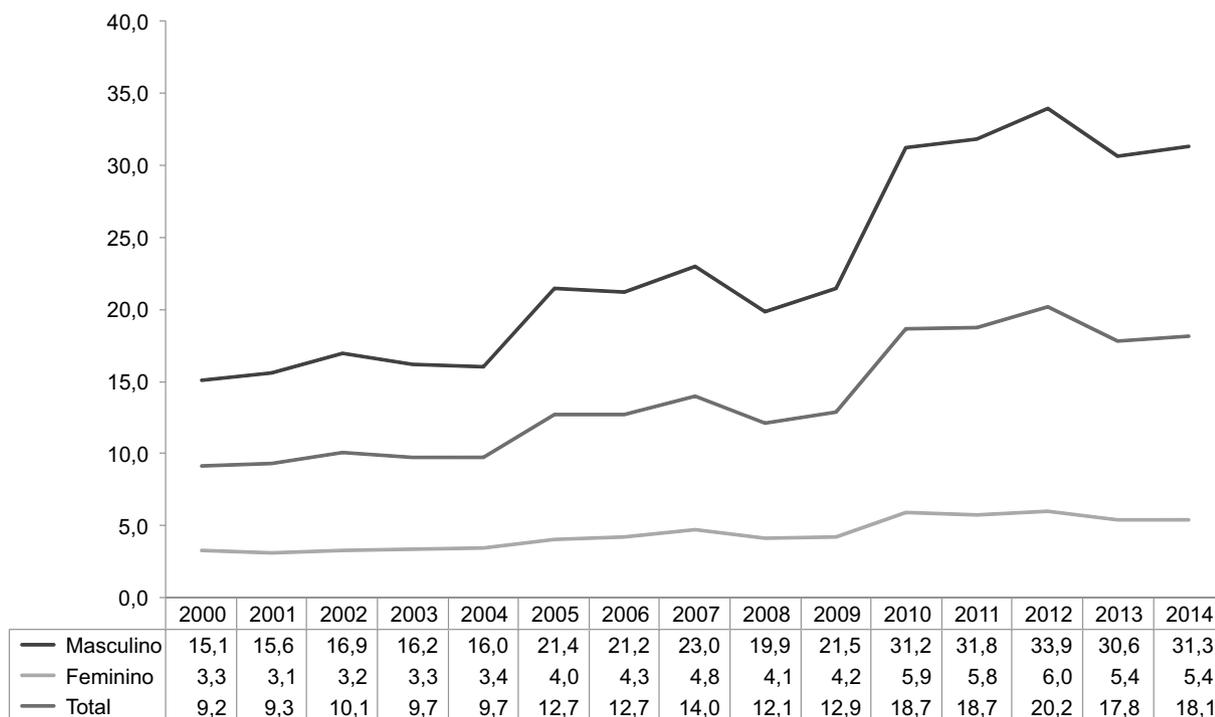


Gráfico 2
Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidente de trânsito, segundo sexo
Bahia – 2000-2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE.

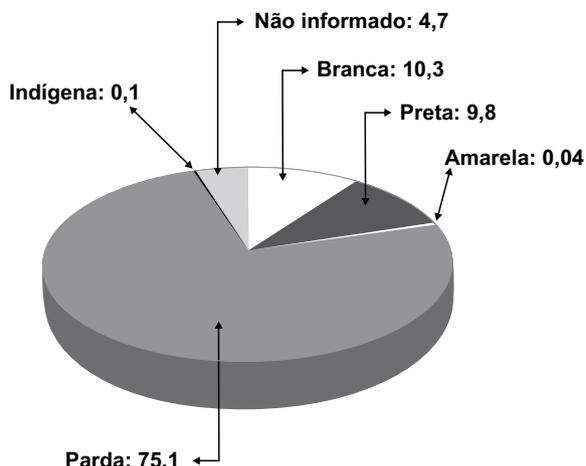


Gráfico 3
Distribuição percentual dos óbitos por acidente de trânsito, segundo raça/cor Bahia – 2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE.

foram registradas para as mortes por atropelamento de pedestres (26,8%) e de usuários de automóveis (35,9%), enquanto as mortes entre os motociclistas

apresentaram a maior elevação (631,0%), com taxas que passaram de 0,7/100.000 habitantes, em 2000, para 5,1/100.000, em 2014 (Tabela 2).

O NRS Leste concentrou 22% do total de óbitos por acidentes de trânsito no ano de 2014. Vale salientar que, nesta região, está situada a capital do estado, Salvador, onde foram registrados 9,3% do total dessas mortes na Bahia. Além disso, os NRS Sudoeste (16,5%) e Centro-Leste (13,5%) representaram a segunda e terceira posição, respectivamente. Desse modo, estes três núcleos foram responsáveis por cerca de 52% dos óbitos por AT no estado.

De um modo geral, as taxas de mortalidade por AT apresentaram elevação em quase todo o estado da Bahia, com exceção do NRS Extremo Sul, que teve um decréscimo de 6,2%. Houve uma variação percentual na série analisada entre -6,2%, no Extremo Sul, e 188,5%, no Nordeste. Em quatro dos nove NRS, a média anual de crescimento foi superior à do estado (Tabela 3).

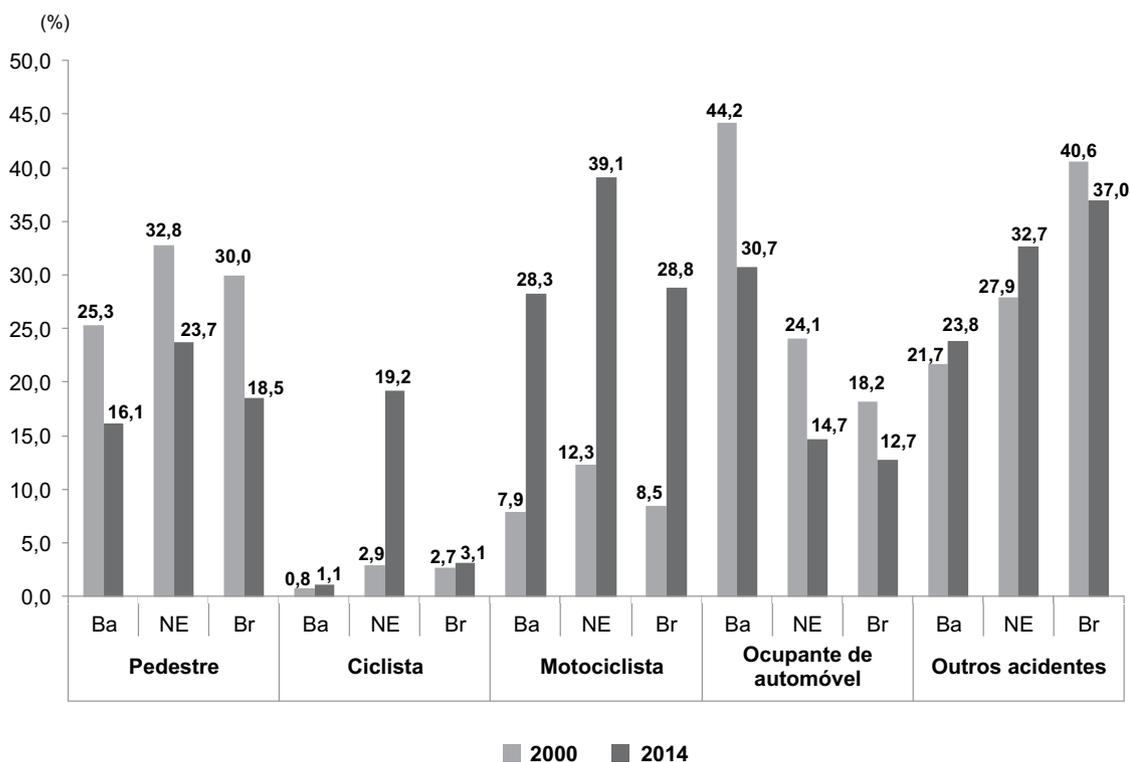


Gráfico 4
Mortalidade proporcional por acidente de trânsito segundo o tipo de vítima, por local de residência Brasil – Nordeste e Bahia – 2000-2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE.

Tabela 2
Tendência da taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidente de trânsito segundo a condição da vítima – Bahia – 2000-2014

Acidente de Trânsito	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	β	p	vp
Pedestre	2,3	2,6	2,8	2,5	2,3	3,5	3,5	3,3	2,3	2,2	3,6	3,3	3,1	3,0	2,9	0,042	>0,05	26,8
Ciclista	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,014	<0,05	104,9
Motociclista	0,7	0,7	1,3	1,3	1,2	2,0	1,8	2,2	1,8	2,4	3,8	3,6	4,4	4,6	5,1	0,314	<0,05	631,0
Ocupante de automóvel	4,1	4,7	4,4	4,0	4,4	4,2	3,8	5,1	4,8	5,1	5,9	6,7	7,1	5,9	5,6	0,174	<0,05	35,9

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE.

Tabela 3
Tendência da taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidente de trânsito, segundo núcleo regional de saúde – Bahia – 2000-2014

NRS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	β	p	vp
Centro-Leste	7,3	6,6	7,8	6,4	7,2	9,8	11,4	13,4	12,1	12,4	17,6	20,4	21,1	15,3	16,1	0,978	<0,05	120,9
Centro-Norte	7,2	9,1	7,6	6,6	9,0	12,3	11,5	12,1	13,0	14,1	24,0	22,1	30,8	20,4	20,6	1,392	<0,05	185,8
Extremo Sul	22,4	15,7	21,8	24,1	21,7	19,4	23,2	22,8	26,8	19,0	28,3	27,9	24,1	24,0	21,0	0,321	0,114	-6,2
Leste	4,9	6,0	5,5	5,6	4,4	12,6	12,6	13,0	6,6	8,0	15,1	14,4	15,5	13,0	12,4	0,704	<0,05	154,1
Nordeste	9,1	9,1	12,0	13,4	14,0	12,2	12,5	14,9	13,4	15,9	20,9	22,5	28,1	21,9	26,3	12,25	<0,05	188,5
Norte	13,2	13,5	14,1	13,0	12,1	12,3	9,9	13,0	14,3	13,7	20,0	25,0	25,7	22,0	22,5	0,902	<0,05	70,2
Oeste	8,0	9,3	10,4	8,9	10,8	11,5	11,5	8,9	6,3	6,6	8,9	11,9	10,1	8,1	9,2	0,0	0,758	14,6
Sudoeste	13,4	13,5	15,0	14,1	12,5	13,3	11,8	14,9	15,9	21,0	23,1	24,4	27,1	24,7	24,7	1,068	<0,05	84,1
Sul	11,2	11,9	12,5	11,3	14,5	13,2	13,0	15,7	17,5	16,5	22,0	18,9	21,4	18,7	19,9	0,749	<0,05	77,3
Bahia	9,2	9,5	10,2	9,8	9,8	12,8	12,8	14,2	12,4	13,2	19,1	19,5	21,2	17,6	17,9	0,827	<0,05	94,4

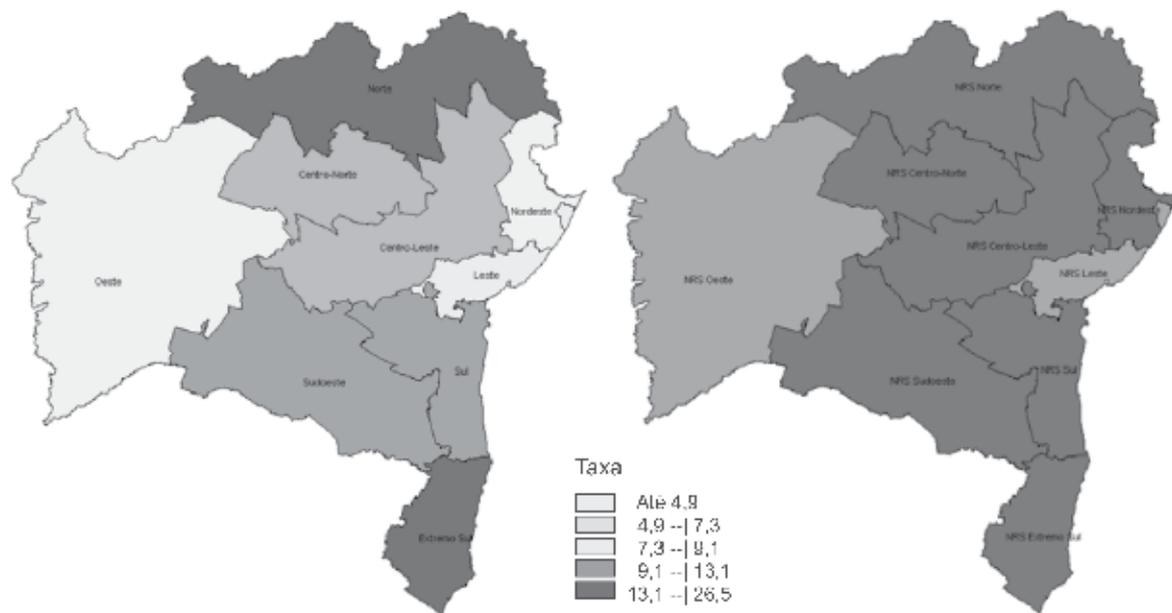
Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE.

Em 2000, os NRS que exibiram as taxas de mortalidade por acidente de trânsito mais elevadas foram o Extremo Sul e o Sudoeste, com 22,4 e 13,4 óbitos/100.000 habitantes, respectivamente. Em 2014, as maiores taxas foram observadas nos NRS Nordeste (26,3/100.000 habitantes) e Sudoeste (24,7/100.000 habitantes). Quando se compararam os anos 2000 e 2014, verifica-se que 88,8% dos NRS mostraram aumento nas suas taxas, destacando-se o NRS Centro-Norte, com variação de 185,8%, e o NRS Nordeste, com variação de 188,5% (Mapa 1).

Os ocupantes de automóvel apresentaram as mais elevadas proporções de vítimas de AT, cujos valores oscilaram entre 21,6%, no NRS Sudoeste, e 42,2%, no Sul. No entanto, este tipo de vítima registrou crescimento nas suas taxas de mortalidade em quase todos os NRS entre 2000 e 2014, exceto no Extremo Sul (-42,8%) e Sudoeste (-26,7%).

A mortalidade por atropelamento de pedestre teve elevação em quatro (44,4%) dos nove NRS, e as maiores reduções das taxas foram no Oeste (75,8%) e Extremo Sul (29,9%), entre 2000 e 2014. Já as taxas de mortalidade entre os motociclistas foram as que registraram as maiores elevações em todos os NRS, entre 2000 e 2014, com variações percentuais entre 236,6% – no Norte, passando de 2,1 óbitos/100.000 para 6,9/100.000 habitantes – e 1.199,5% – no Leste, onde essas taxas passaram de 0,3 óbito por 100.000 para 3,7/100.000 habitantes no período (Tabela 4).

A rápida urbanização e a concomitante motorização nos países em desenvolvimento contribuíram para o crescimento dos acidentes de trânsito, e isso não foi acompanhado por engenharia adequada de estradas e por programas de sensibilização, educação, prevenção de riscos e repressão das infrações (MINAYO, 2005). Neste contexto, no Brasil,



Mapa 1
Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidente de trânsito, segundo núcleo regional de saúde Bahia – 2000-2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE.

foram implementadas algumas ações para o enfrentamento do problema, tais como implantação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB) (Lei federal nº 9.503, de 23 de setembro de 2012), reforço da “Lei Seca” (Lei federal nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012), aumento da fiscalização e das ações educativas, realização de ações intersetoriais de órgãos que atuam no trânsito e implantação de serviços

de urgência, a exemplo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e da unidade de pronto atendimento (UPA).

Além do aumento da frota de veículos, em especial das motocicletas, os fatores estruturais (falta de conservação das estradas e das vias urbanas), o uso do álcool e outras drogas associados à direção veicular, o não uso de equipamentos de segurança,

Tabela 4
Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidente de trânsito, segundo condição da vítima e núcleo regional de saúde – Bahia – 2000-2014

NRS	Pedestre		Ciclista		Motociclista		Ocupante de automóvel	
	2000	2014	2000	2014	2000	2014	2000	2014
Centro-Leste	1,9	1,6	0,0	0,1	0,3	3,8	3,3	5,7
Centro-Norte	1,4	2,1	0,1	0,5	0,9	9,3	3,9	6,9
Extremo Sul	5,0	3,5	0,2	0,2	1,1	5,2	9,0	5,2
Leste	1,3	3,4	0,1	0,2	0,3	3,7	0,2	3,0
Nordeste	2,6	3,7	0,1	0,0	1,1	9,8	3,6	9,8
Norte	4,1	2,9	0,0	0,1	2,1	6,9	5,5	7,6
Oeste	1,3	0,3	0,1	0,0	0,5	3,1	4,3	4,5
Sudoeste	2,3	2,7	0,1	0,3	1,4	6,3	7,3	5,4
Sul	3,8	3,5	0,1	0,5	0,6	4,9	4,6	8,6
Bahia	2,3	2,9	0,1	0,2	0,7	5,1	4,1	5,6

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE.

como capacete, bebê-conforto, poltrona ou assento de elevação, air bags, cintos de segurança dianteiros e traseiros, dentre outros, são fatores agravantes para o aumento do número de lesões e óbitos no trânsito (MALTA et al., 2011). Acrescenta-se ainda o uso do celular e de outros aparelhos eletrônicos ao dirigir, o que contribui para a distração no trânsito, favorecendo a ocorrência de acidentes (MARÍN-LEON et al., 2012).

No período entre 2000 e 2014, observou-se, na Bahia, um incremento de 264,4% na frota de veículos, bem como um aumento de 95,2% na taxa de mortalidade por AT (Gráfico 5). Em 2014, segundo o Detran-BA, 45,7% da frota de veículos do estado era formada por automóveis, e 31,0%, por motocicletas (BAHIA, 2014a).

Quanto à taxa de mortalidade da população exposta por acidente de trânsito (por 10.000 veículos),

observa-se um decréscimo de 37,3%, variando de 12,3 óbitos/10.000 veículos, em 2000, para 7,7 óbitos/10.000 veículos, em 2014, ao mesmo tempo em que foi verificado um aumento (de 264,4%) no número de veículos, passando de 977.437 para 3.561.551, no período analisado (Gráfico 6). A queda na curva da taxa de mortalidade da população exposta por acidente de trânsito, nos anos de 2013 e 2014, pode estar associada às ações de prevenção e controle já destacadas.

A partir da década de 1990, políticas federais apoiaram a massificação do uso da motocicleta como meio de transporte, que inicialmente passou a ser intensamente utilizada na entrega de documentos e pequenas mercadorias nas grandes cidades (VASCONCELLOS, 2008). Diante do trânsito congestionado, da ineficiência do transporte coletivo, do crescimento do mercado de tele-entrega,

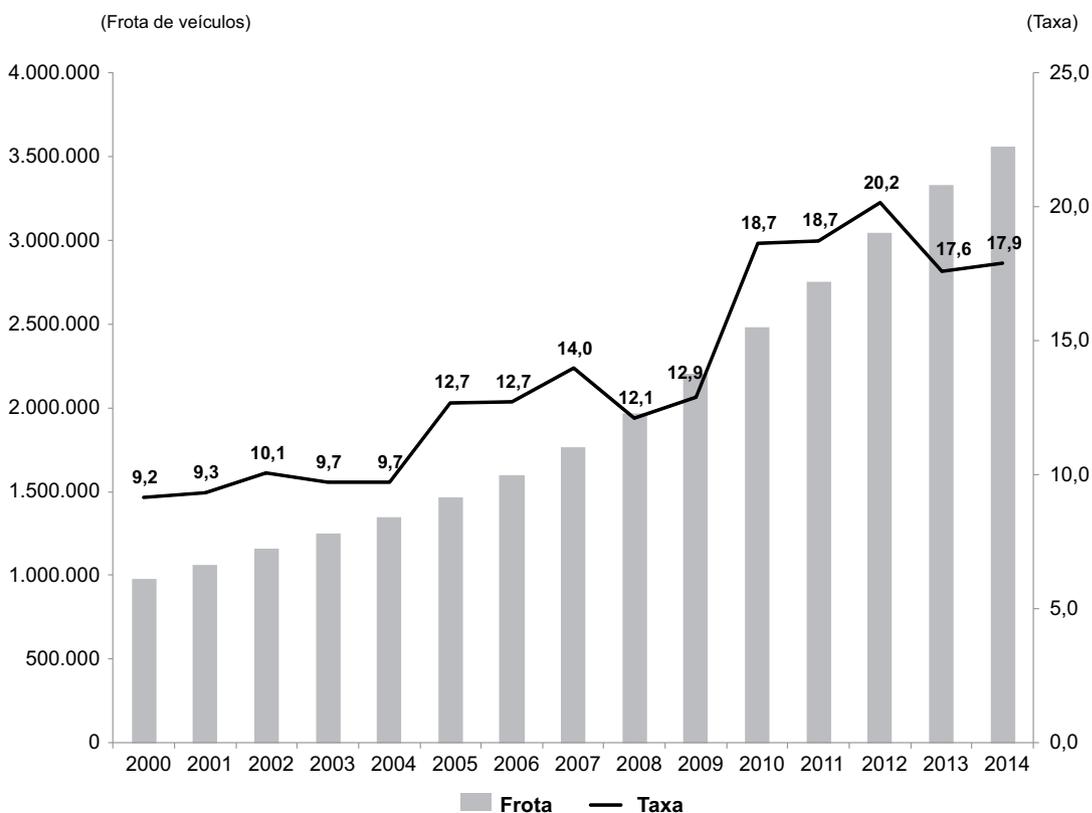


Gráfico 5
Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidente de trânsito e frota de veículos Bahia – 2000-2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE, SAEB/Detran-Renavam.

Nota: Frota de veículos fornecida pelo setor de certificação e licenciamento de veículos do Departamento Estadual de Trânsito do Estado da Bahia (Detran-BA), órgão subordinado à Secretaria de Administração do Estado da Bahia (SAEB).

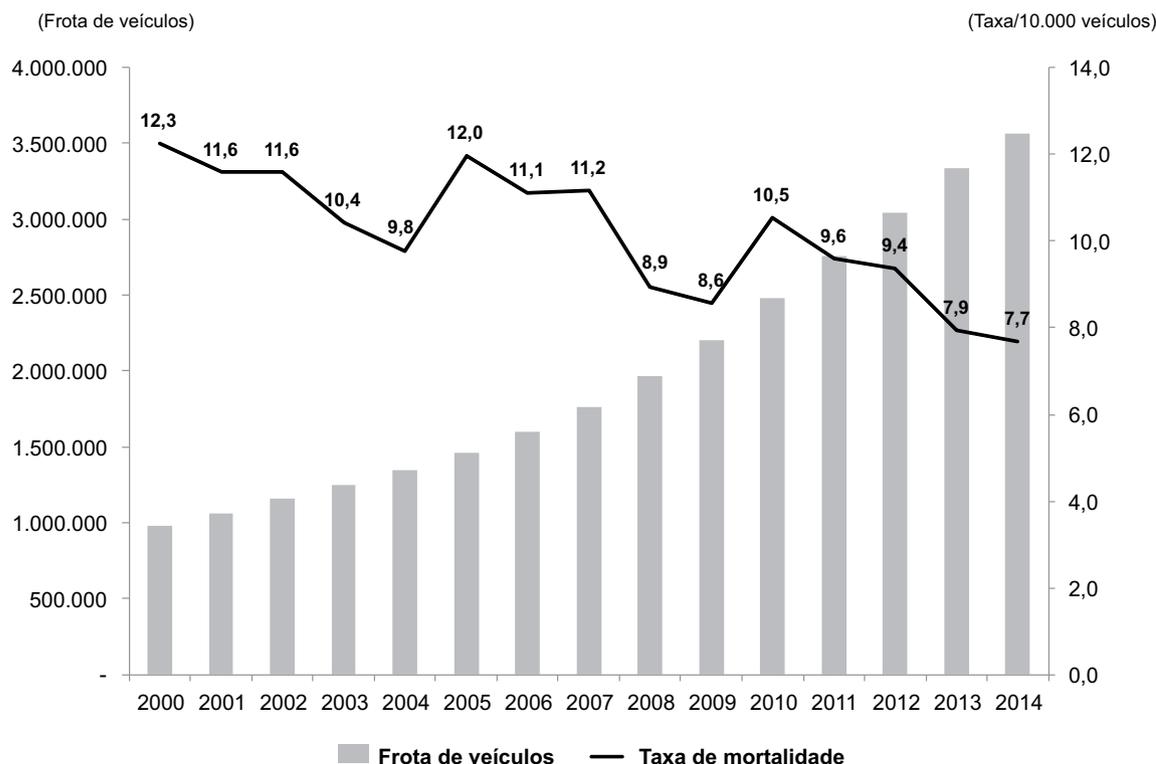


Gráfico 6
Evolução da taxa de mortalidade (por 10.000 veículos) por acidente de trânsito e da frota de veículos Bahia – 2000-2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE, SAEB/Detran-Renavam.

da possibilidade de renda para jovens sem qualificação profissional e da facilidade de aquisição desse meio de transporte, houve um aumento significativo do número de motocicletas, que passaram a ser uma importante ferramenta de transporte e trabalho (BACCHIERI; BARROS, 2011). Entretanto, a falta de treinamento e de fiscalização contribuiu para o aumento de acidentes envolvendo este tipo de veículo, tornando os motociclistas um grupo de altíssimo risco para eles próprios e para os outros, especialmente os pedestres (BARROS et al., 2003).

O aumento da frota de motocicletas na Bahia, entre os anos 2000 e 2014 (809,2%), elevou a taxa de mortalidade por acidentes envolvendo motociclistas, que variou de 0,7/100.000 habitantes para 5,1/100.000, o que corresponde a um aumento de 604,0% no período (Gráfico 7).

Em virtude da tendência de crescimento tanto dos óbitos de motociclistas quanto da frota de

motocicletas, alguns autores apontam a necessidade de “atenção especial” para conter este grave problema de saúde pública, por meio da implantação de ações específicas para este público (SILVA et al., 2011; MARÍN-LEON et al., 2012).

Apesar do aumento da frota e do número de acidentes envolvendo motocicletas, o risco de morte da população baiana exposta a esse tipo de acidente decresceu em 10,4%, passando de 7,8 óbitos por 10.000 motos, em 2000, para 7,0 óbitos por 10.000 motos, em 2014 (Gráfico 8).

No estado da Bahia, entre os anos de 2000 e 2014, verificou-se um aumento na frequência de óbitos por acidentes com motocicletas, variando de 95 óbitos, em 2000, para 774, em 2014, correspondendo a um crescimento de 714,7%.

No ano 2000, 68 dos 417 municípios baianos registraram óbitos por acidente com motociclista, ao passo que, em 2014, o quantitativo aumentou

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTE DE TRÂNSITO NO ESTADO DA BAHIA: 2000-2014

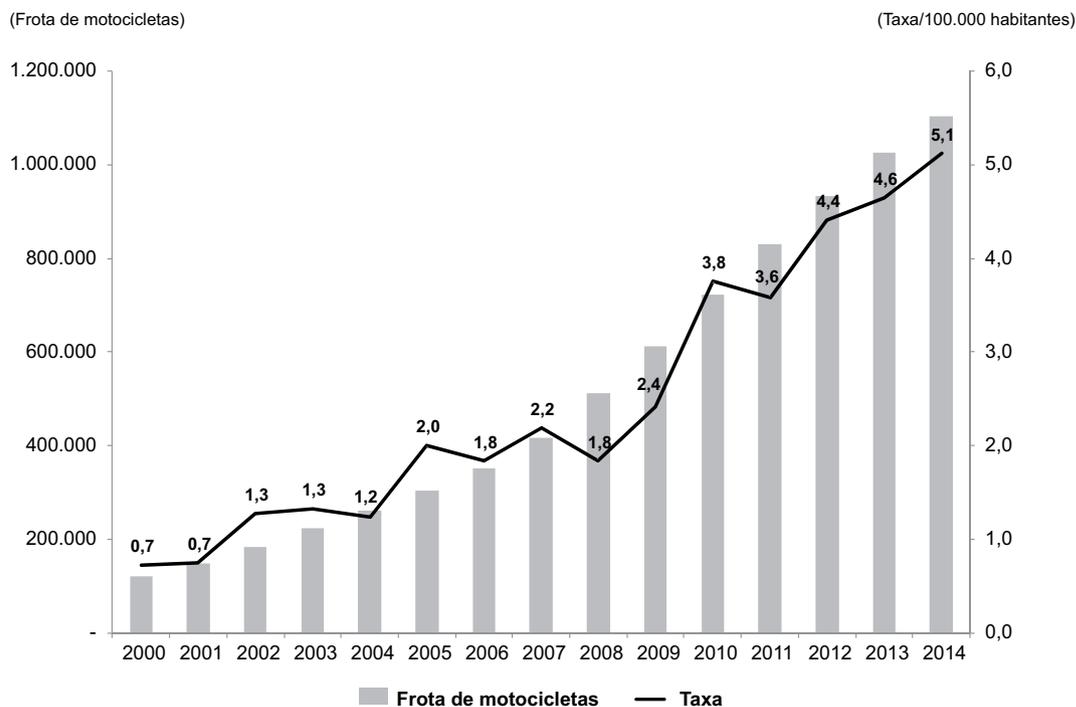


Gráfico 7
Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidente com motocicleta e frota do veículo Bahia – 2000-2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE, SAEB/Detran-Renavam.

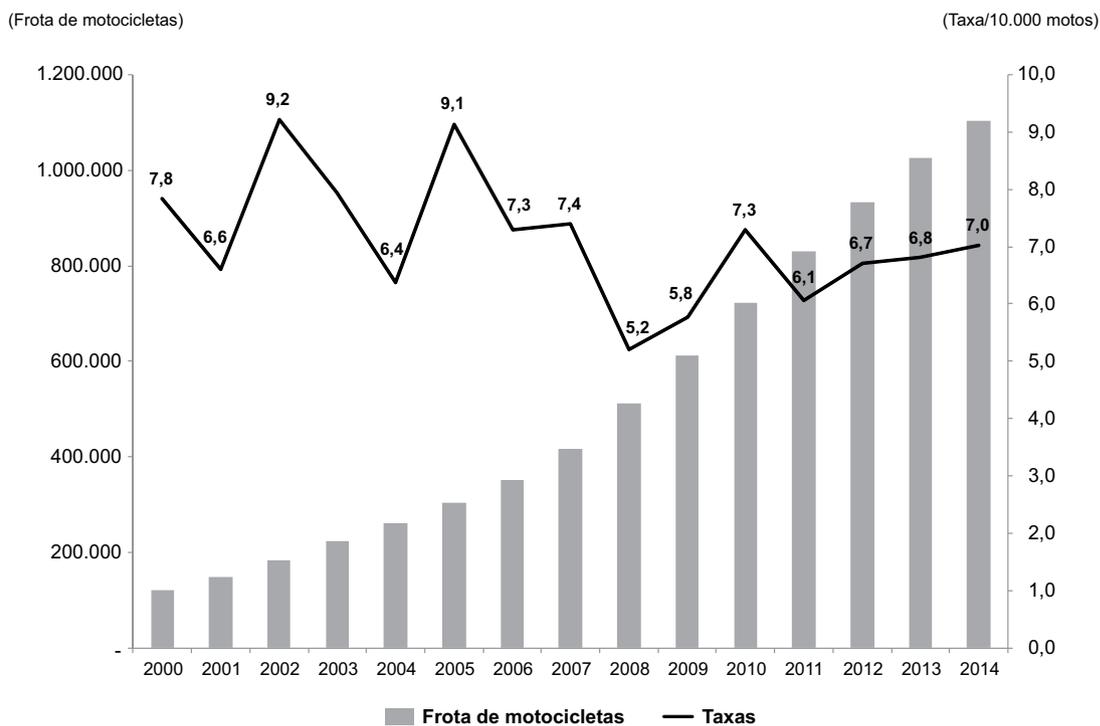
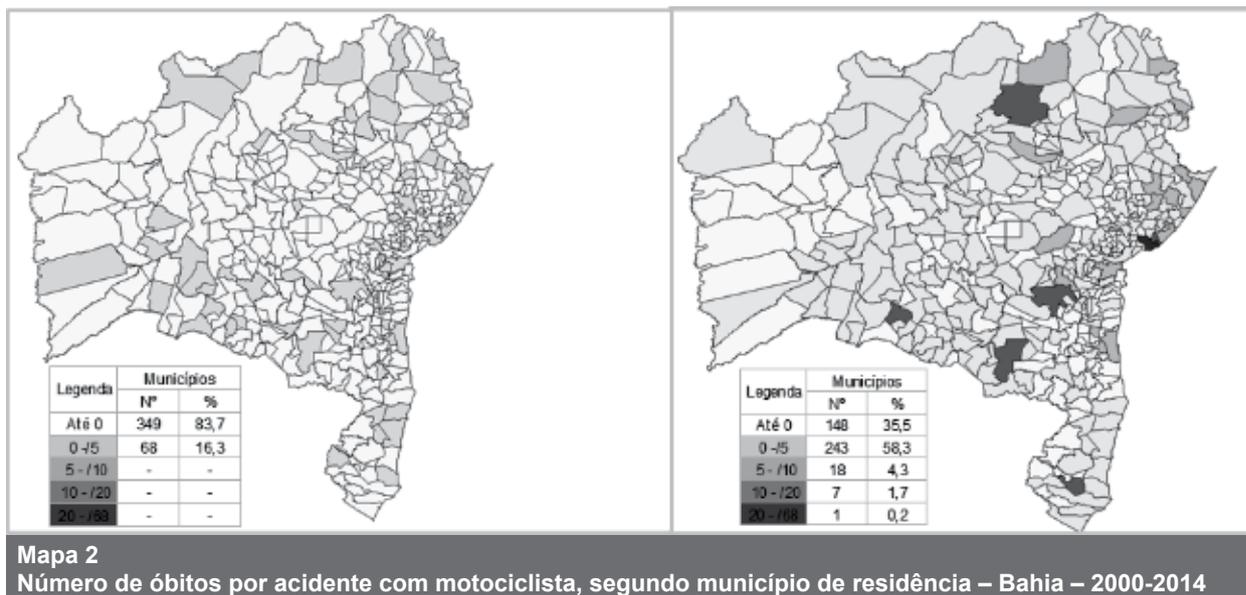


Gráfico 8
Evolução da taxa de mortalidade (por 10.000 motos) por acidentes com motociclistas e da frota de motocicleta – Bahia – 2000-2014

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE, SAEB/Detran-Renavam.

para 269 municípios. Neste último ano, entre os municípios que apresentaram as maiores frequências de óbitos por acidente com motociclista estiveram Salvador (68), Jequié (19), Teixeira de Freitas (16) e Guanambi (15) (Mapa 2).

diz respeito à fiscalização dessas ações e à garantia do cumprimento da legislação pertinente, com especial atenção aos motociclistas, que apresentaram o maior incremento de acidentes no período analisado. O crescimento da frota de motocicletas, o desprepara-



Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, IBGE.

CONCLUSÕES

As mortes por acidentes de trânsito permanecem com elevada frequência e tendência crescente, principalmente entre os homens jovens e adultos, que são as principais vítimas fatais, caracterizando-se como um grave problema de saúde pública a ser enfrentado no estado da Bahia. Embora os ocupantes de automóvel ainda apresentem o maior percentual de mortes, chamou a atenção o aumento das vítimas de acidentes entre os motociclistas, que, em 2014, já ocupavam a segunda posição no total das mortes por AT.

Assim, o investimento em infraestrutura viária, associado às ações intra e intersetoriais – educação para o trânsito, fortalecimento da legislação e aplicação das penalidades para as infrações do trânsito –, deve ser priorizado pelos poderes públicos. Estes são os responsáveis pelas ações integradas de enfrentamento do problema do trânsito no que

ro dos seus condutores e a posição de vulnerabilidade destes ao se envolverem em acidentes mostram a necessidade da adoção de medidas específicas de prevenção de acidentes que vitimizam este grupo.

É importante registrar as limitações encontradas nos dados oriundos do Sistema de Informação sobre Mortalidade, como sub-registro e subnotificação, decorrentes principalmente da expressiva proporção de óbitos classificados como “eventos cuja intenção é indeterminada” e “acidente de transporte não especificado”. Porém, cabe destacar as ações para melhoria da qualidade da informação, trabalho de rotina instituído pela Sesab, através da Diretoria de Informação em Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, nos arquivos do Instituto Médico Legal (IML). Nesse intuito, os laudos periciais são analisados, possibilitando a complementação dos dados contidos nas declarações de óbito, especialmente no que diz respeito à identificação e especificação das circunstâncias da morte, e a consequente

reclassificação da causa básica. Desta forma, a investigação de óbitos tem ajudado a aprimorar as informações sobre causas externas e, por conseguinte, sobre as mortes por acidente de trânsito.

Nesse sentido, é imperioso destacar a importância da continuidade das ações para melhoria da qualidade da informação, realizadas pela DIS em parceria com o IML, bem como a necessidade de implementação dessas rotinas nos núcleos regionais de saúde, bases operacionais e municípios, junto aos departamentos de Polícia Técnica no interior do estado. Com isso, é possível evidenciar os problemas e contribuir para que os gestores tenham informações válidas e confiáveis, que possam subsidiar a adoção de medidas de prevenção e controle, com vistas à redução dos óbitos por acidente de trânsito no estado da Bahia.

REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, Sumaia B. et al. Epidemiologia dos acidentes em uma comunidade de baixa renda de Salvador, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 38, n. 3, p. 585-597, jul./set. 2014.
- BACCHIERI, Giancarlo; BARROS, Aluísio D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 949-963, 2011.
- BAHIA. Secretaria de Administração do Estado. Departamento Estadual de Trânsito. Departamento de Estatística. *Evolução da frota de veículo*: RENAAM /Ba, 1989 a 2013. Salvador: Detran, 2014a.
- BAHIA. Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Salvador, BA, 12 dez. 2014b.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. *Regiões de saúde do estado da Bahia*: 2007 a 2013. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/PDR_POP2012_atualizado10-07-2013.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2014c.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. *Plano Estadual de Saúde*: 2016-2019. Salvador: SESAB, 2017. 123 p.
- BARROS, Aluísio J. D. et al. Acidentes de trânsito com vítimas: sub-registro, caracterização e letalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 979-986, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil*. Brasília: MS, 2007. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_mortalidade_transito.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- GRANADOS, José T. La reducción del tráfico de automóviles: una política urgente de promoción de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 3, n. 3, p. 137-51, 1998.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras: caracterização, tendências e custos para a sociedade*. Brasília: IPEA, 2015. (Relatório de pesquisa).
- MALTA, Deborah C. et al. Análise das ocorrências das lesões no trânsito e fatores relacionados segundo resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – Brasil, 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3679-3687, set. 2011.
- MARÍN-LEÓN, Letícia et al. Tendência dos acidentes de trânsito em Campinas, São Paulo, Brasil: importância crescente dos motociclistas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 39-51, jan. 2012.
- MARTINS, Evandro T.; BOING, Antonio F.; PERES, Marco A. Motorcycle accident mortality time trends in Brazil, 1996-2009. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 931-941, out. 2013.
- MINAYO, Maria C. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: MS, 2005. p. 9-33.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10. rev. São Paulo: USP, 2009. v. 1.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. *Demografia e saúde: contribuições para análise de situação e tendência*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 114 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- SILVA, Paul H. et al. Estudo espacial da mortalidade por acidentes de motocicleta em Pernambuco. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 2, fev. 2011.
- VASCONCELLOS, Eduardo A. O custo social da motocicleta no Brasil. *Revista dos Transportes Públicos*, São Paulo, v. 30/31, n. 119/120, p. 127-142, 2008. Disponível em: <<http://files.antp.org.br/2016/4/7/revista-completa-119.20.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- WASELFISZ, Julio J. *Mapa da violência 2013: acidentes de trânsito e motocicletas*. Rio de Janeiro: CEBELA, 2013. 96 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action*. Switzerland: WHO, 2013. 318 p.

Artigo recebido em 21 de novembro de 2016
e aprovado em 19 de abril de 2017.

Acidentes de trânsito envolvendo motocicletas em um município do recôncavo baiano: perfil e distribuição espacial

*Aline Pires Reis Machado**

*Ardemirio de Barros Silva***

* Mestre em Planejamento Territorial pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Docente da Faculdade Maria Milza. alinepreis@hotmail.com

** Doutor em Geographical Information Systems pela The Open University (OU) e mestre em Mineral Exploration pela Imperial College (IC). Professor titular pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). abarros@uefs.br

Resumo

O objetivo deste estudo é descrever o perfil e a distribuição espacial das vítimas de acidentes de trânsito envolvendo motocicletas em um município do Recôncavo baiano, nos anos de 2011 a 2014. Para tanto, adotou-se uma metodologia descritiva, quantitativa e retrospectiva, utilizando dados secundários extraídos das fichas de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Como resultados, 81,2% das vítimas eram do sexo masculino; a faixa etária predominante foi a de 20 a 39 anos; 71,9% das ocorrências aconteceram em área urbana; 47,6%, no turno da noite/madrugada; e o domingo concentrou o maior número de atendimentos. Predominou a queda de motocicleta (64,7%), seguida da colisão com automóvel (31,8%). Espera-se que os achados deste estudo contribuam para que os gestores adotem políticas de prevenção destes agravos e estimulem a produção de novas pesquisas.

Palavras-chave: Acidentes de trânsito. Distribuição espacial. Motocicleta.

Abstract

The objective of this study is to describe the profile and spatial distribution of traffic accident victims involving motorcycles in a municipality of Recôncavo Baiano, during the years 2011 to 2014. For that, a descriptive, quantitative and retrospective methodology was adopted, using secondary data extracted from an emergency mobile car service (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) – the SAMU 192. The results show that, 81.2% were male victims, the predominant age group was 20 to 39 years old; 71.9% of occurrences were in urban areas; 47.6% on night shift /dawn and Sunday was the day that concentrated the largest number of assistance. Motorcycle falling was predominant (64.7%) followed by a collision with a motor vehicle (31.8%). The findings of this study will help managers to adopt policies to prevent these health problems, as well as stimulating the production of new research.

Keywords: Traffic accident. Spatial distribution. Motorcycle.

INTRODUÇÃO

A morbimortalidade por acidentes de trânsito vem se tornando um problema de saúde pública em função das lesões permanentes e temporárias que causam às vítimas. Neste contexto, os acidentes envolvendo motociclistas merecem destaque em função da vulnerabilidade e dos riscos aos quais o condutor e o passageiro estão expostos. Diversos autores afirmam que, nas ocorrências de trânsito nas últimas décadas, há uma tendência crescente do número de vítimas envolvidas em acidentes de motocicleta. Esta observação está relacionada ao fato de que este meio de transporte vem ganhando espaço, dada a sua agilidade no trânsito e a facilidade de aquisição, sobretudo dos modelos populares (OLIVEIRA; SOUSA, 2003; RIOS; MOTA, 2013).

De acordo com um estudo sobre os acidentes de trânsito realizado pela Confederação Nacional de Municípios (CNM) no ano de 2009, o uso da motocicleta como meio de transporte aumentou expressivamente na última década, ocasionando maior exposição do usuário de moto nas vias públicas. Isso pode trazer como consequência maior probabilidade de acidentes. Ainda em relação ao estudo, os dados apontam um crescimento de 276% no número de óbitos em decorrência dos acidentes com motociclistas no país entre os anos de 2000 e 2009, passando de 2.465 para 9.468 óbitos (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2010). Entretanto, essa realidade não é exclusiva do Brasil. Acidentes fatais envolvendo motociclistas correspondem a um terço de todos os óbitos no trânsito no sul da Ásia e na região do Pacífico ocidental, com mortalidade crescente também nas Américas e na África (BRASIL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, desde 1998, a taxa de mortalidade envolvendo motociclistas traumatizados em acidentes de transportes terrestres (ATT) cresceu ininterruptamente em todas as regiões, sobretudo em municípios com menor porte populacional. O ministério reforça ainda que, no ano de 2012, os motociclistas foram as principais

vítimas no trânsito, com 28% do total de óbitos por ATT e taxa de internação de 4,2 por 10 mil habitantes (BRASIL, 2015).

Esse cenário é reflexo do aumento da circulação desse tipo de veículo nos últimos anos, seja em decorrência das facilidades para aquisição, seja pela praticidade e economia da motocicleta no trânsito. De acordo com dados do Ministério das Cidades, o país tem uma frota de 66.116.077 veículos automotores, sendo que 26% são motocicletas, motonetas e ciclomotores. As regiões que apresentam as maiores concentrações são Sul e Sudeste, com 60% das motocicletas que circulam no país. No Nordeste, os percentuais são similares entre automóveis e motocicletas, 43% e 41%, respectivamente (BRASIL, 2009).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015, apontam que, em 14,5 milhões de domicílios brasileiros (21,2%), existe pelo menos um morador que possui uma motocicleta, revelando um crescimento de 1,6% em relação ao ano de 2014. Segundo a PNAD, as regiões Norte e Nordeste têm as maiores proporções de pelo menos uma motocicleta por domicílio, 31,6% e 29,1%, respectivamente (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Outro ponto importante a ser considerado é o impacto social e a consequência dos acidentes para saúde pública, vez que esses eventos vitimam crianças, jovens, adultos e idosos, independentemente de sexo, idade e classe social, resultando em vidas ceifadas. Muitas vezes, esses acidentes estão relacionados a fatores externos e previsíveis, como a falta de uso de capacete, do cinto de segurança e a não observância dos limites de velocidade. Por outro lado, além do desrespeito às leis de trânsito, observa-se também que as vias públicas e estradas nem sempre oferecem boas condições de tráfego. Também o comportamento de pedestres e motoristas pode interferir e ocasionar uma situação de acidente. Para minimizar esse impacto, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências aponta a articulação

intersetorial e a participação social como estratégias para prevenção desses agravos.

Neste sentido, devem-se buscar meios para intervir nas causas, sobretudo porque os acidentes de trânsito são eventos evitáveis. Assim, acredita-se que o geoprocessamento pode se tornar uma ferramenta importante por estabelecer associações diretas com o território e servir de parâmetro para o planejamento local e para a adoção de medidas voltadas para a prevenção de tais ocorrências.

Baseado neste contexto, o presente trabalho surge com o objetivo de descrever o perfil e a distribuição espacial das vítimas de acidentes de trânsito envolvendo motocicletas em um município do Recôncavo baiano, nos anos de 2011 a 2014.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2009), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. A abordagem quantitativa foi escolhida por possibilitar uma análise direta de dados secundários, de forma objetiva, além de permitir generalização pela representatividade destes dados. Esse estudo também adota uma abordagem retrospectiva, tendo em vista que o processo investigado já havia ocorrido.

Foram utilizados dados secundários extraídos das fichas de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) referentes aos acidentes de trânsito envolvendo motocicletas ocorridos no município de Cruz das Almas, no período de setembro de 2011 (quando ocorreu a implantação do SAMU na região) a dezembro de 2014. A escolha

deste serviço para coleta de dados assegurou o cumprimento dos objetivos propostos, vez que é função do SAMU prestar atendimentos às vítimas no local da ocorrência do evento. Justifica-se também por apresentar dados que às vezes não são captados através dos sistemas de informações oficiais na área de saúde, pois muitas destas ocorrências podem não resultar em internação ou morte das vítimas.

A escolha do cenário desta pesquisa deu-se em função de o município de Cruz das Almas ocupar posição estratégica no Recôncavo baiano. Ele é entrecortado pela rodovia BR-101, que, historicamente, apresenta um alto índice de acidentes, além de possuir atividades econômicas que favorecem o deslocamento da população a trabalho e/ou estudo. O município é sede da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) e da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB). Dispõe ainda de uma malha viária extensa, formada por estradas vicinais que dão acesso a outros municípios do Recôncavo, como Maragogipe, São Félix, Governador Mangabeira, Muritiba e Sapeaçu, favorecendo o aumento do fluxo de veículos nas vias.

As variáveis utilizadas neste estudo foram sexo, faixa etária, local de ocorrência, dia da ocorrência, horário da ocorrência, tipo de acidente e uso de capacete. Para análise do perfil das vítimas e das características dos acidentes, foram calculadas frequências absolutas e relativas. Para análise da distribuição espacial, foram coletados os pontos de ocorrência dos acidentes de trânsito envolvendo motocicletas, através da identificação das coordenadas geográficas (latitude e longitude), com o auxílio do programa de computador Google Earth®, de acordo com os endereços informados nas fichas de atendimento. Após a obtenção das coordenadas, os dados foram trabalhados em um *software* de informação geográfica.

O geoprocessamento pode se tornar uma ferramenta importante por estabelecer associações diretas com o território e servir de parâmetro para o planejamento local e para a adoção de medidas voltadas para a prevenção de tais ocorrências

Cumprir destacar que o SAMU foi implantado na região em setembro de 2011, abrangendo 32 municípios pertencentes às regiões de saúde de Santo Antônio de Jesus (23 municípios) e de Cruz das Almas (nove municípios), conforme apresentado na Figura 1. O serviço é denominado SAMU 192 Regional Reconvale, por abranger municípios do Recôncavo baiano e do Vale do Jiquiriçá. Segundo Barbosa, Daltro e Pituba (2011), trata-se do primeiro projeto regionalizado na área de saúde da Bahia, implantado através da atuação dos colegas de gestores destas regiões de saúde.

Em relação à população assistida pelo serviço, 473.695 mil pessoas residem na região de saúde de Santo Antônio de Jesus, e 269.949 mil, na região de Cruz das Almas, totalizando 743.644 habitantes (BAHIA, 2011). Ressalta-se que os dados empíricos deste trabalho são relativos apenas à área de abrangência do município de Cruz das

Almas, que integra a região de Cruz das Almas, da qual ele é sede.

Este trabalho é um recorte de uma pesquisa que foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS), obtendo parecer favorável, conforme nº 798.905. Acresce-se a isso que todos os parâmetros bioéticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram adotados. Por terem sido utilizados dados secundários, o trabalho não acarreta risco à população participante do estudo, em nenhuma de suas fases e nem posteriormente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o período analisado, foram identificadas, através dos registros da base descentralizada do

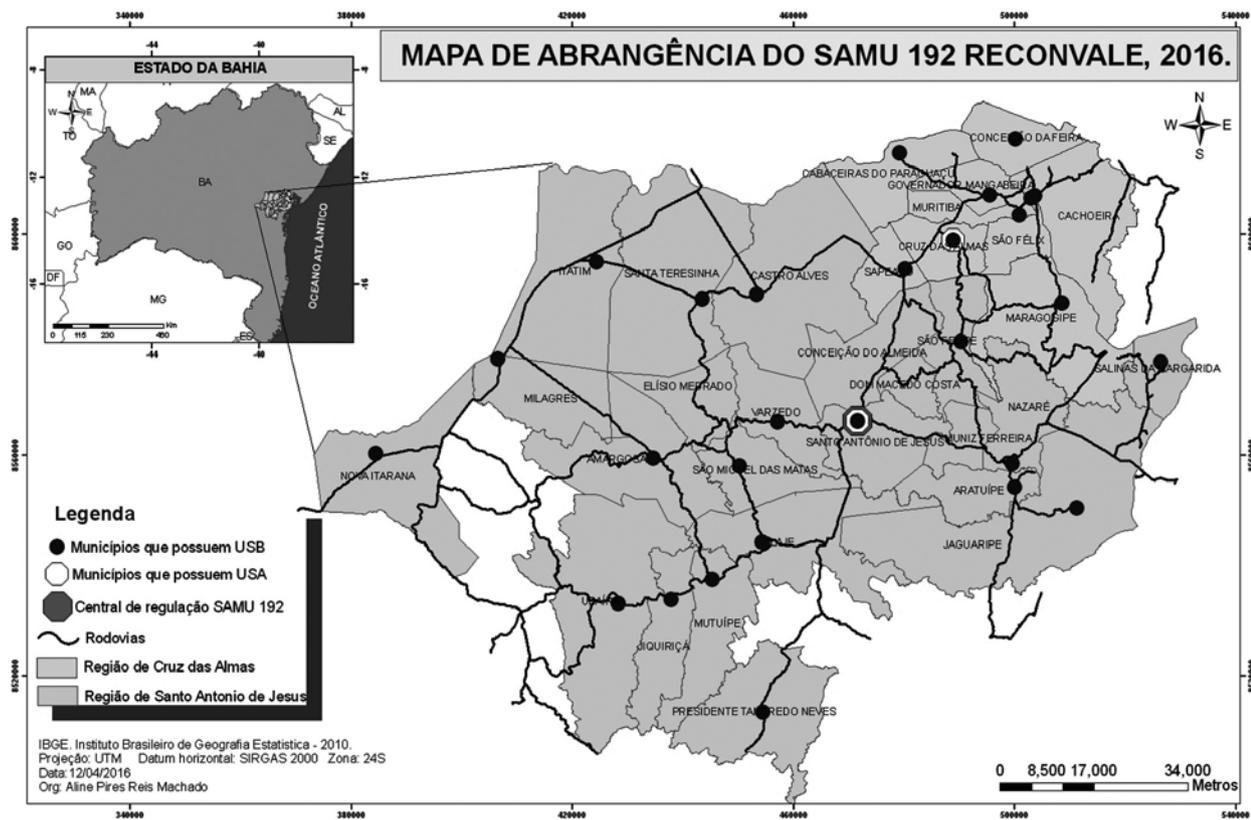


Figura 1
Mapa de abrangência do SAMU 192 Reconvale – Bahia – 2016

Fonte: Base Cartográfica do IBGE, 2010.

SAMU, 552 ocorrências de acidentes de trânsito no município de Cruz das Almas. Destes, 431 envolveram motocicletas. No entanto, devido às características do atendimento realizado pelo SAMU, não foi possível classificar as vítimas em condutor ou passageiro.

Os atendimentos anuais foram assim distribuídos: 11 (2,6%) vítimas no ano de 2011, 118 (27,5%) em 2012, 136 (31,6%) em 2013 e 166 (38,5%) motociclistas acidentados em 2014, revelando, assim, um aumento do número de vítimas.

No que se refere ao perfil das vítimas, a Tabela 1 apresenta a distribuição dos acidentes de trânsito envolvendo motociclistas segundo o sexo.

Tabela 1
Número e proporção das vítimas dos acidentes de trânsito envolvendo motociclistas atendidas pelo SAMU segundo o sexo Cruz das Almas – Bahia – 2011-2014

Sexo	n	%
Masculino	350	81,2
Feminino	80	18,6
Ignorado	1	0,2
Total	431	100,0

Fonte: Elaboração própria, 2015.

De acordo com os dados, observa-se uma predominância das ocorrências de acidentes envolvendo motociclistas do sexo masculino (350 vítimas), perfazendo 81,2% das vítimas atendidas pelo SAMU. Foram registradas 80 ocorrências para o sexo feminino, sendo que, no caso de uma vítima, não houve a identificação do sexo na ficha de atendimento.

Esses achados se mostram compatíveis com outros estudos já realizados em relação à temática, que apontam os indivíduos do sexo masculino em idade economicamente ativa como os mais vulneráveis às ocorrências de trânsito. Ganne (2010) afirma que, dentre as vítimas de acidentes de trânsito envolvendo motocicletas na cidade de Corumbá e região, no Mato Grosso do Sul, no ano de 2007, as mulheres condutoras acidentadas são em número reduzido se comparadas aos homens.

Neste sentido, o reconhecimento do sexo e da idade das vítimas de acidentes de trânsito é

relevante, sobretudo para se pensar nas estratégias de promoção da saúde e prevenção dos agravos. Fernandes (2004) chama a atenção que a idade e o sexo dos pacientes merecem destaque quando são analisadas as ocorrências por causas externas, em função de serem a primeira causa de morte quando considerada a faixa etária menor que 40 anos, representada predominantemente por pacientes do sexo masculino.

Buscou-se neste estudo conhecer a faixa etária mais exposta ao acidente de trânsito envolvendo motocicletas, por se entender que a idade determina e influencia o deslocamento da população para as diversas atividades, sobretudo para estudo e trabalho, nas principais vias do município. A Tabela 2 apresenta a distribuição das vítimas de acordo com a faixa etária.

Tabela 2
Número e proporção das vítimas dos acidentes de trânsito envolvendo motociclistas atendidas pelo SAMU segundo faixa etária Cruz das Almas – Bahia – 2011-2014

Faixa etária	n	%
0 - 9	3	0,7
10 - 19	59	13,7
20 - 39	246	57,1
40 - 59	96	22,3
60 e +	12	2,8
Ignorado	15	3,5
Total	431	100,0

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Assim, a faixa etária de 20 a 39 anos foi a mais frequente, com 57,1% das ocorrências, seguida por indivíduos de 40 a 59 anos e de 10 a 19 anos (22,3% e 13,7%, respectivamente).

Segundo Mascarenhas e outros (2011), os homens na faixa etária de 20 a 39 anos encontram-se expostos a um risco seis vezes superior ao das mulheres na mesma faixa etária. Acrescentam ainda que, se fossem motociclistas, o risco de morte atingiria 8,9 vezes o observado na população feminina.

O Ministério da Saúde divulgou dados da análise da situação de saúde e das causas externas no Brasil mostrando que, em 2013, foram registrados

12.040 óbitos por acidentes envolvendo motociclistas, sendo que 89,3% eram homens com idade entre 20 e 39 anos (BRASIL, 2015). Tal análise revelou ainda que o risco de morte entre homens foi 8,3 vezes o observado entre mulheres (10,8/100 mil homens e 1,3/100 mil mulheres), bem como que a taxa de mortalidade por acidentes envolvendo motociclistas no Brasil cresceu 115,5% entre os anos 2004 e 2013. Em relação à morbidade, os dados apontam que a taxa de internação praticamente dobrou de 2009 a 2013, saindo de 2,9 para 4,4 internações por 10 mil habitantes.

O predomínio dos acidentes de trânsito com motociclistas no grupo de indivíduos jovens, conforme já apontado por diversos estudos realizados no país, reforça que a utilização deste tipo de veículo vem sendo demandada como opção de transporte individual mais acessível, bem como para fins profissionais.

Analisando-se a distribuição espacial destes acidentes, nota-se que as áreas/localidades das ocorrências permanecem as mesmas ao longo dos anos, com concentração das vítimas do sexo feminino nas áreas centrais dos mapas e uma distribuição mais uniforme do sexo masculino em todas as regiões dos mapas (Figura 2). Observa-se ainda uma predominância das ocorrências nas regiões norte e oeste dos mapas, áreas de entrada e saída da cidade, que é entrecortada pela BR-101, e na região central da cidade.

A análise da distribuição das ocorrências de trânsito com motocicleta, segundo características do local, apontou que 71,9% dos atendimentos ocorreram na zona urbana (310 atendimentos), e 28,1%, na zona rural (121 ocorrências). Isso reforça a caracterização dos acidentes de trânsito como um evento eminentemente urbano e consequente das ações

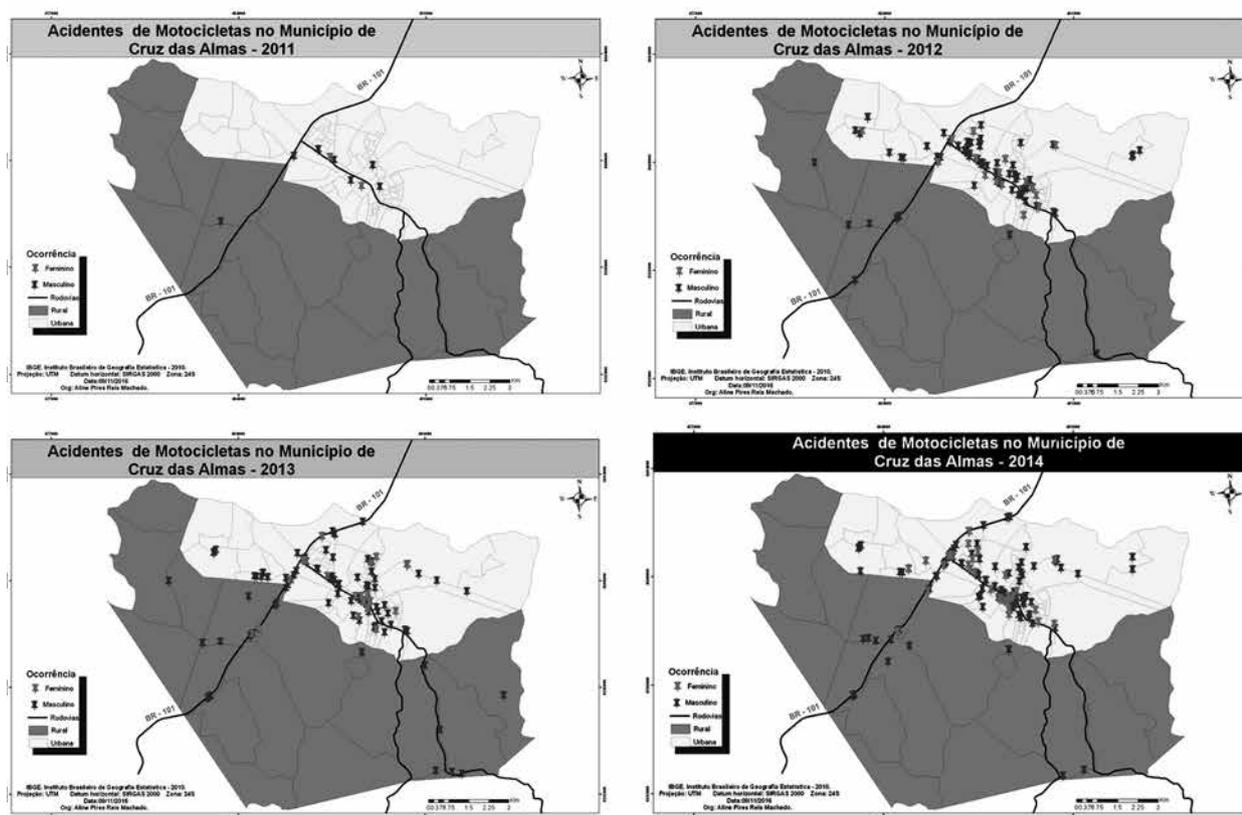


Figura 2 - Parte 1
Distribuição espacial das vítimas de acidentes de trânsito envolvendo motociclistas segundo sexo e área
Cruz das Almas – Bahia – 2011-2014

Fonte: Elaboração própria, 2015.

decorrentes do ritmo de vida acelerado da população, concentrando-se mais no centro da cidade.

Corroborando esses achados, Freitas e Ferreira (2010), ao analisarem os acidentes de trânsito em Uberlândia, Minas Gerais, relatam que a área central da cidade, bem como seus entornos, concentrou o maior número de ocorrências por apresentar polos geradores de tráfego, como bancos, escolas, igrejas, comércio, o que favorece o deslocamento de pessoas e

veículos. Em um estudo sobre acidentes de trânsito envolvendo motocicletas na cidade de Corumbá, no Mato Grosso do Sul, foi constatado que o volume maior de acidentes ocorreu em áreas de concentração de atividades humanas, no centro e em vias com características de avenidas preferenciais e de duas pistas, uma vez que possibilitam o desenvolvimento de velocidade mais elevada (GANNE, 2010).

A partir da análise dos mapas, nota-se que as ocorrências de acidentes com motociclistas no meio rural podem estar associadas ao fato de que a área do município entrecortada pela BR-101 corresponde a trechos periurbanos e rurais, bem como em função de estas áreas interligarem-se a outros municípios do Recôncavo baiano, como Muritiba, Governador Mangabeira e Sapeaçu.

Neste contexto, a Bahia configura-se como o segundo estado da federação com a maior taxa de mortes em acidentes nas rodovias federais, superado apenas por Minas Gerais. Segundo dados da Polícia Rodoviária Federal na Bahia (PRF-BA), “[...] foram 10.347 acidentes em 2014, com 792 óbitos. Na comparação com 2013 (quando foram registradas 10.384 ocorrências, com 799 mortos), houve uma redução de 0,36%. Já o número de feridos aumentou 0,95%: foram 6.372 registrados no ano de 2014, contra 6.312 em 2013” (SOTERO, 2015).

A PRF-BA informa ainda que, na Bahia, “[...] as rodovias mais perigosas são as BRs-324, 116 e 101,

onde há mais fluxo, sendo que os trechos mais ariscados são aqueles em que há cruzamentos em trechos urbanos porque mistura pessoas no ritmo urbano com o fluxo pesado das rodovias” (SOTERO, 2015).

Ressalta-se que, para este estudo, não foi possível analisar a procedência das vítimas, de modo que não necessariamente se trata de vítimas residentes no município estudado, podendo ser pessoas transitando na região.

A distribuição dos acidentes de trânsito envolvendo motocicletas de acordo com os dias da semana revela que o período correspondente ao final de semana (sábado e domingo) apresentou maiores frequências, com curva crescente ao longo dos anos analisados, conforme apresentado na Figura 3.

Os dados encontrados corroboram outros estudos, com predominância dos acidentes nos dias correspondentes ao final de semana. Rezende Neta e outros (2012), ao analisarem a distribuição

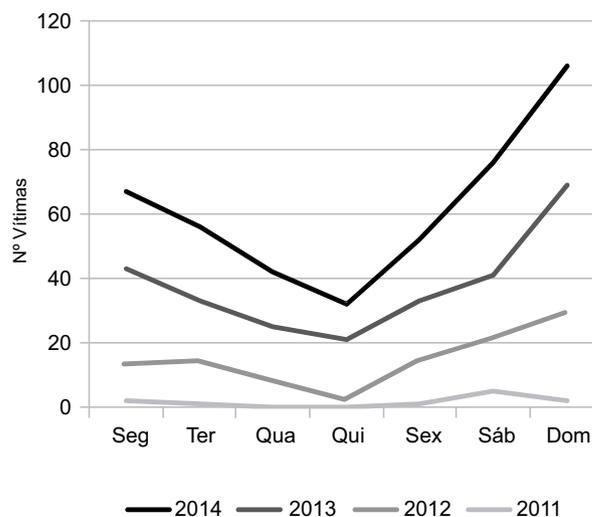


Figura 3
Distribuição das vítimas de acidentes de trânsito envolvendo motociclistas atendidos pelo SAMU segundo o dia da semana
Cruz das Almas – Bahia – 2011-2014

Fonte: Elaboração própria, 2015.

das vítimas de acidentes motociclísticos atendidos pelo SAMU segundo o dia da semana, apontam que 45% dos atendimentos concentraram-se nos sábados e domingos. Ganne (2010) refere que os acidentes de trânsito envolvendo motocicletas na cidade de Corumbá e região, no Mato Grosso do Sul, são mais frequentes nos finais e no início da semana (sábado, domingo e segunda-feira).

Segundo os dados encontrados, é perceptível que, a partir da sexta-feira, as ocorrências aumentam significativamente, porém, para todos os anos analisados, o domingo apresentou a maior frequência de atendimentos. Esses resultados podem estar associados à diminuição das atividades laborativas, ao aumento das práticas de lazer e principalmente à redução da fiscalização nos finais de semana. Chama-se a atenção também para a segunda-feira, que apresentou grande número de ocorrências.

No que se refere ao horário da ocorrência, a Tabela 3 apresenta a distribuição das ocorrências segundo turno de atendimento.

	n	%
Manhã (08:01 às 12:00)	55	12,8
Tarde (12:01 às 18:00)	167	38,7
Noite/Madrugada (18:01 às 07:59)	205	47,6
Ignorado	4	0,9
Total	431	100,0

Fonte: Elaboração própria, 2015.

De acordo com os resultados apresentados, o período em que ocorreram mais atendimentos foi durante a noite/madrugada (205 atendimentos), representando 47,6% do total das ocorrências, seguido do período da tarde, com 167 atendimentos. Em apenas 0,9% dos atendimentos (quatro ocorrências), não houve o preenchimento desta variável.

Considerando-se esses achados, e em se tratando de um município de médio porte, onde as atividades laborativas tendem a diminuir no turno da

noite e/ou madrugada, fazem-se necessárias medidas de fiscalização mais efetivas, sobretudo no que tange ao uso de bebidas alcoólicas e ao excesso de velocidade, fatores que podem estar associados aos eventos descritos.

Buscou-se também analisar o tipo de acidente de trânsito referido nas fichas de atendimento. Neste sentido, a Tabela 4 apresenta as variações de acidentes envolvendo motocicletas atendidos pelo SAMU no cenário estudado.

	n	%
Atropelo	15	3,5
Queda de motocicleta	279	64,7
Colisão com automóvel	137	31,8
Total	431	100,0

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Analisando-se os dados, constata-se que a queda de motocicleta foi o acidente que mais acometeu as vítimas, segundo os registros encontrados, totalizando 279 ocorrências (64,7%). A colisão de motocicleta com automóvel foi a segunda ocorrência mais registrada, perfazendo 31,8% do total. Nota-se também que 3,5% dos atendimentos foram classificados como atropelo.

Esses dados apontam a necessidade de se repensar estratégias de sensibilização para um trânsito mais seguro. Isso porque as motocicletas são opções mais acessíveis em termos de custos para a população, sobretudo de classe média/baixa, e também são consideradas um meio de transporte que favorece o deslocamento rápido, o que pode estar contribuindo para o aumento da frota deste veículo em circulação.

Acrescenta-se a isso o fato de o município estudado não dispor de uma política eficiente de transporte público, o que poderia evitar o fluxo demasiado de meios de transporte individual. Associada a esta questão, encontra-se a legalização dos mototaxistas

e motoboys, através da Lei Municipal nº 2.100, de 23 de dezembro de 2009, que dispõe sobre a exploração dos serviços de táxi, mototáxi, motoboy, moto-frete e serviços comunitários de rua (motovigia). O dispositivo legaliza o funcionamento desses serviços, possibilitando a sua ampliação e criando condições para facilitar a mobilidade nos fluxos e nos deslocamentos de passageiros e trabalhadores.

Golias e Caetano (2013) referem que a colisão de uma moto com um carro passou a ser fato comum nas cidades, usualmente com maior risco para o motociclista, em função da sua vulnerabilidade, tornando-o mais sujeito aos traumas decorrentes destes acidentes.

Segundo o Ministério da Saúde, as lesões graves envolvendo motociclistas ocorrem principalmente em áreas do corpo que compreendem a cabeça e o pescoço, ocasionando invalidez ou morte. Neste sentido, o uso do capacete adequado e de boa qualidade pode reduzir o risco de morte em 40% e o risco de ferimentos graves em mais de 70% (BRASIL, 2015).

Considerando-se que o capacete é um dispositivo de segurança e deve ser usado pelo condutor e pelo passageiro, buscou-se conhecer a utilização deste equipamento pelas vítimas. No entanto, em função do sub-registro desta informação por parte do serviço, não foi possível analisar este aspecto. Assim, em 321 atendimentos, não houve o preenchimento desta informação nas fichas de atendimento do SAMU, o que corresponde a 74,5% das ocorrências. Observa-se que o uso do capacete foi registrado em apenas 13,5% ocorrências (58). Já a não utilização do equipamento de proteção foi anotada em 52 atendimentos (12,1% das ocorrências). Os resultados reforçam as características acima descritas e sinalizam para a necessidade de qualificar os registros nas fichas de atendimento dos serviços de saúde e desenvolver ações de sensibilização para o uso do dispositivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste estudo destacam a presença dos motociclistas entre as vítimas de acidentes de trânsito no município de Cruz das Almas e apontam que houve um aumento significativo do número de ocorrências ao longo dos anos analisados. O estudo destaca o maior en-

volvimento nos acidentes de trânsito dos indivíduos do sexo masculino na faixa etária de 20 a 39 anos.

Neste sentido, conhecer a dinâmica do fluxo de veículos nas vias, bem como os horários de maior deslocamento, torna-se elemento essencial para o planejamento das ações adequadas para o enfrentamento desta questão. Os achados sinalizam para a necessidade de desenvolvimento de estratégias de fiscalização nos finais de semana e no período da noite, que concentraram a maior parte das ocorrências, vez que o trânsito mais livre e a associação com bebidas alcoólicas nesses períodos podem estar associados às causas das ocorrências.

A distribuição espacial das ocorrências dos acidentes no cenário estudado chama a atenção para a necessidade de intensificar ações de sensibilização para um trânsito mais seguro na região central da cidade, provavelmente em função da concentração das atividades comerciais.

Observa-se, a partir destes achados, que, embora cada estudo retrate a situação dos acidentes de trânsito em um cenário específico, nota-se uma grande aproximação e semelhanças dos resultados com outros estudos. Assim, é possível pensar na adoção de estratégias de enfrentamento, sobretudo para os municípios com características comuns a várias cidades do interior, principalmente as localizadas na Região Nordeste, que apresentam clima favorável à utilização de motocicletas.

Cumprir destacar ainda alguns limites para a realização deste estudo, em função da falta de

informatização dos registros, da não padronização da classificação para definição do tipo de acidente e do preenchimento incompleto de algumas fichas de atendimento. Sugere-se investir na qualificação dos serviços para garantia da qualidade da informação em saúde.

Espera-se que os achados deste estudo contribuam para que os gestores adotem políticas de prevenção mais eficientes e promovam, investimentos na sinalização e manutenção das vias e instalação de semáforos, passarelas e/ou redutores de velocidade em pontos estratégicos. Também se espera que este trabalho possa estimular a produção de novas pesquisas e de conhecimentos para além do que foi apresentado.

REFERÊNCIAS

- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. *Regiões de saúde do estado da Bahia*. Salvador: SESAB, 2011. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp>. Acesso em: 15 fev. 2016.
- BARBOSA, D. S. J.; DALTRO, E. F. M. A.; PITUBA, S. M. S. Projeto SAMU Regional Reconvale: exercitando a regionalização solidária. *Revista Textura*, Cruz das Almas, BA, v. 4, n. 8, p. 149-153, jul./dez. 2011.
- BRASIL. Ministério das Cidades. Departamento Nacional de Trânsito/DENATRAN. *Anuário Estatístico de Trânsito de 2009*. Disponível em: <<http://www.denatran.gov.br/estatistica/237-frota-veiculos>>. Acesso em: 7 jul. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília: MS, 2015.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. *Mapeamento das mortes por acidentes de trânsito no Brasil*. Brasília: CNM, 2010. p. 201-219. (Estudos Técnicos CNM, v. 2). Disponível em: <http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/ET%20Vol%202%20-%2018.%20Mapeamento%20das%20mortes%20por%20acidentes%20de%20tr%C3%A2nsito%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2016.
- CRUZ DAS ALMAS. Lei Municipal nº 2.100, de 23 de dezembro de 2009. Dispõe sobre a exploração dos Serviços de táxi, mototáxi, motoboy, motofrete e serviços comunitários de rua (motovigília). Câmara Municipal de Vereadores de Cruz das Almas, Bahia, 2009.
- FERNANDES, R. J. *Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto – SP*. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- FREITAS, M. P.; FERREIRA, D. L. Acidentes de trânsito no Brasil e em Uberlândia (MG): análise do comportamento e a forma de utilização deste indicador para a gestão da mobilidade urbana. *Observatorium*, Uberlândia, v. 2, n. 5, p. 114-133, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.observatorium.ig.ufu.br/pdfs/2edicao/n5/Acidentes%20de%20transito%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.
- GANNE, N. Estudo sobre acidentes de trânsito envolvendo motocicletas na Cidade de Corumbá e região, estado do Mato Grosso do Sul, Brasil, no ano de 2007. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Ananindeua, PA, v. 1, n. 3, p. 19-24, set. 2010.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.
- GOLIAS, A. R. C.; CAETANO, R. Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1235-1246, maio 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores - 2015*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
- MASCARENHAS, M. D. M. et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e evidências selecionadas de impactos de ações de vigilância em saúde*. Brasília: MS, 2011. p. 203-224.
- OLIVEIRA, N. L. B.; SOUSA, R. M. C. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 749-756, nov./dez. 2003.
- REZENDE NETA, D. S. et al. Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclistas atendidos pelo SAMU de Teresina-PI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 6, p. 936-941, nov./dez. 2012.
- RIOS, P. A. A.; MOTA, E. L. A. Traffic deaths: recent evolution and regional differences in Bahia State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 131-144, jan. 2013.
- SOTERO, A. Bahia ocupa 2º lugar em mortes nas vias federais. *A Tarde*, Salvador, 12 fev. 2015. Disponível em: <<http://atarde.uol.com.br/bahia/noticias/1659649-bahia-ocupa-2o-lugar-em-mortes-nas-vias-federais>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

Artigo recebido em 21 de novembro de 2016
e aprovado em 20 de abril de 2017.

Normas para publicação

Os artigos devem:

- Ser enviados por e-mail, preferencialmente, desde que não excedam o limite de dois megabytes. Acima desse limite, em mídia de CD-ROM, acompanhada de cópia impressa.
- Ser apresentados em editor de texto de maior difusão (Word), formatados com entrelinhas de 1,5, margem esquerda de 3 cm, direita e inferior de 2 cm, superior de 2,5 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- Preferencialmente, ser assinados por, no máximo, três autores.
- Ser apenas um por autor, exceto no caso de participação como coautor.
- Incluir, em nota de rodapé, os créditos institucionais do autor, referência à atual atividade profissional, titulação, endereço para correspondência, telefone, e-mail.
- Ter, no mínimo, 15 páginas e, no máximo, 25.
- Vir acompanhados de resumo e *abstract* com, no máximo, 10 linhas, entrelinha simples, contendo, quando cabível, tema, objetivos, metodologia, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo e do *abstract*, incluir até cinco palavras-chave e *keywords*, separadas entre si por ponto e finalizadas também por ponto.
- Apresentar padronização de título, de forma a ficar claro o que é título e subtítulo. O título deve se constituir de palavra, expressão ou frase que designe o assunto ou conteúdo do texto. O subtítulo, apresentado em seguida ao título e dele separado por dois pontos, visa esclarecê-lo ou complementá-lo.
- Contar com tabelas e demais tipos de ilustrações (desenhos, esquemas, figuras, fluxogramas, fotos, gráficos, mapas etc.) numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto, com os títulos, legendas e fontes completas, e serem localizados o mais próximo possível do trecho a que se referem.
- Conter todo e qualquer tipo de ilustração acompanhado dos originais, de forma a garantir fidelidade e qualidade na reprodução, observando que a publicação é impressa em preto e branco. Se as fotografias forem digitalizadas, devem ser escaneadas em 300 dpi (CMYK), com cor real e salvas com a extensão TIFF. Se forem em preto e branco, devem ser escaneadas em 300 dpi, em tons de cinza. Se for usada máquina digital, deve-se utilizar o mesmo procedimento com relação a dpi e extensão, de acordo com o item “Ilustrações” do *Manual de Redação e Estilo da SEI*, disponibilizado em www.sei.ba.gov.br, no menu “Publicações”.
- Destacar citações diretas que ultrapassem três linhas, apresentando-as em outro parágrafo, com recuo de 4 cm à esquerda, tamanho de fonte 10 e sem aspas (NBR 10520:2002 da ABNT).
- Quando da inclusão de depoimentos dos sujeitos, apresentá-los em parágrafo distinto do texto, entre aspas, com letra e espaçamento igual ao do texto e recuo esquerdo, de todas as linhas, igual ao do parágrafo.
- Evitar as notas, sobretudo extensas, usando-as apenas quando outras considerações ou explicações forem necessárias ao texto, para não interromper a sequência lógica da leitura e não cansar o leitor.
- Indicar as notas de rodapé por números arábicos, aparecendo, preferencialmente, de forma integral na mesma página em que forem inseridas.
- Conter referências completas e precisas, adotando-se o procedimento informado a seguir.

Referências

No transcorrer do texto, a fonte da citação direta ou da paráfrase deve ser indicada pelo sobrenome do autor, pela instituição responsável ou, no caso de autoria desconhecida, pela primeira palavra do título da obra seguida de reticências, ano e página. Quando incluída na sentença, deve ser grafada em letras maiúsculas e minúsculas, e quando estiver entre parênteses, deve ter todas as letras maiúsculas.

Exemplos:

- A estruturação produtiva deveria se voltar para a exploração econômica de suas riquezas naturais, conforme esclarece Castro (1980, p. 152).
- “O outro lado da medalha dessa contraposição da Inglaterra civil e adulta às raças selvagens e de menoridade é o processo pelo qual a barreira, que na metrópole divide os servos dos senhores, tende a perder a sua rigidez de casta” (LOSURDO, 2006, p. 240).

No final do artigo, deve aparecer a lista de referências, em ordem alfabética, em conformidade com a norma NBR 6023:2002 da ABNT.

Exemplos:

Para livros:

- BORGES, Jafé; LEMOS, Gláucia. *Comércio baiano: depoimentos para sua história*. Salvador: Associação Comercial da Bahia, 2002.

Para artigos e/ou matéria de revista, boletim etc.:

- SOUZA, Laumar Neves de. Essência x aparência: o fenômeno da globalização. *Bahia Análise & Dados*, Salvador, v. 12, n. 3, p. 51-60, dez. 2002.

Para partes de livros:

- MATOS, Ralfó. Das grandes divisões do Brasil à idéia do urbano em rede tripartite. In: _____ (Org.). *Espacialidades em rede: população, urbanização e migração no Brasil contemporâneo*. Belo Horizonte: C/Arte, 2005. p. 17-56.

Na lista de referências, os títulos dos livros devem aparecer sempre em itálico. Os subtítulos, apesar de citados, não recebem o mesmo tratamento. No caso de artigo/matéria de revista ou jornal, o itálico deve ser colocado no título da publicação. A lista de referências deve ser alinhada à esquerda e conter apenas os trabalhos efetivamente utilizados na elaboração do artigo.

Originais

Os originais apresentados serão considerados definitivos. Caso sejam aprovados, as provas só serão submetidas ao autor quando solicitadas previamente, cabendo ao mesmo fornecer informações adicionais, se necessário. Serão também considerados como autorizados para publicação por sua simples remessa à revista, não implicando pagamento de direitos autorais. A editoria-geral da SEI e a coordenação editorial do volume, em caso de aceitação do texto, reservam-se o direito de sugerir ou modificar títulos, formatar tabelas e ilustrações, entre outras intervenções, a fim de atender ao padrão editorial e ortográfico adotado pela instituição e expresso no *Manual de Redação e Estilo da SEI*, disponibilizado em www.sei.ba.gov.br, no menu “Publicações”. Comprometem-se ainda a responder por escrito aos autores e, em caso de recusa, a enviar-lhes os resumos dos pareceres.

COLABORARAM NESSE NÚMERO:

Aline Pires Reis Machado

Ardemirio de Barros Silva

Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto

Delsuc Evangelista Filho

Eliene dos Santos de Jesus

Erick Soares Lisboa

Gabriella Moraes Duarte Miranda

Hadson Namour Rocha de Mattos

Iracema Viterbo Silva

Jairnilson Paim

Jessidenes Teixeira de Freitas M. Leal

Joana Angélica Oliveira Molesini

Kaio Vinicius Freitas de Andrade

Kessya Cristine Cerqueira de Britto

Lais Maciel Vasconcelos

Letícia Coelho da Costa Nobre

Liane Santiago Andrade

Luciana de Freitas Caribé

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

Márcia de Paulo Costa Mazzei

Renato Queiroz dos Santos Junior

Suzana Costa Carvalho

Virginia de Souza Aguiar

Zenaide Calazans Oliveira



SECRETARIA DE
**CIÊNCIA, TECNOLOGIA
E INOVAÇÃO**

SECRETARIA DA
SAÚDE

SECRETARIA DO
PLANEJAMENTO

BAHIA
GOVERNO DO ESTADO

ISSN 0103 8117



977010381100-1