

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão Participativa

Panorama da Saúde na  
Região Metropolitana de  
**Salvador**  
Reorganizando o SUS na Região

1.º Seminário de Gestão Participativa  
SALVADOR E REGIÃO  
METROPOLITANA

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF  
2006

© 2005 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que cite a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Tragem: 1.ª edição - 2006 - 1.000 exemplares

Série D: Reuniões e Conferências  
Série Cadernos Metropolitanos

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Participativa

Coordenação-Geral de Qualidade de Serviço e Humanização do Atendimento

Espanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, sala 435

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tels.: (61) 3315-3287 / 3321-1935

E-mail: [gestao participativa@saude.gov.br](mailto:gestao participativa@saude.gov.br)

Organização:

Projeto Mobilização Social para a Gestão Participativa SGP/MS

Coordenadora: Lúcia Regina Florentino Souto

Equipe: Rosemberg de Araújo Pinheiro

Valéria do Sul Martins

Equipe da Universidade Federal do Rio de Janeiro:

Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti - Docente NESC

Marta Maria Antonieta de Souza Santos - Docente INJC

Marta Henriques de Pina Cabral - Mestranda Saúde Coletiva/Assessoria técnica

Regina Lúcia Dodds Bomfim - Docente NESC

Tatiana de Matos Bozza - Assessoria técnica

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

#### Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa.

Panorama da saúde na região metropolitana de Salvador: reorganizando o SUS na região / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

102 p.; il., col., - (Série D: Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos)

ISBN 85-334-0985-0

1. Serviços de saúde. 2. Saúde pública. 3. Estatísticas de saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 540

Catálogo na fonte - Editora MS - 06 2006/0092

Título para indexação:

Em inglês: Health Panorama in the Metropolitan Area of Salvador: reorganizing the SUS in the region

Em espanhol: Panorama de la Salud en el Área Metropolitana de Salvador: reorganizando el SUS en la región

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília - DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe Editorial:

Normalização: Vanessa Kelly Leidão

Revisão: Lilian Alves Assunção de Sousa

Escargaria da Revisão: Lorena Bormi Pereira Silva

Editoração: Denis Ferreira

# SUMÁRIO

Lista de Figuras, Gráficos, Quadros e Mapas .....	5
Lista de Tabelas.....	7
Apresentação.....	9
1 Considerações Iniciais.....	11
2 Apresentações do Seminário.....	14
2.1 Mesa de Abertura .....	14
2.2 Painel Situação do Controle Social e Desafios da Gestão Participativa .....	15
2.3 Os Desafios da Gestão Participativa.....	20
3 Breves Comentários sobre a Regionalização do SUS: o Caso do Estado da Bahia.....	25
3.1 Regionalização do SUS no Estado da Bahia.....	27
4 Aspectos Demográficos e Socioeconômicos da Região Metropolitana de Salvador (RMS).....	30
4.1 Panorama Econômico da RMS.....	30
4.2 Indicadores Demográficos da RMS.....	31
5 Situação de Saúde na RMS .....	43
5.1 Hanseníase.....	44
5.2 Tuberculose.....	45
5.3 Aids.....	47
5.4 Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (Dant).....	49
5.5 Neoplasias (Tipos de Câncer) .....	54
6 Organização dos Serviços de Saúde na RMS .....	64
7 Na Trilha do Financiamento para o SUS .....	73
7.1 Orçamento Público .....	73
7.2 O Passo-a-Passo da Consulta ao Siops .....	80
Referências Bibliográficas.....	88

Anexos .....	93
Anexo A – Série Histórica (1999 – 2004) da Cobertura Populacional do Pacs e do PSE, no Brasil, na Bahia e nos Municípios da RMS.....	93
Anexo B – Planilhas de Transferência Fundo a Fundo Referentes ao Exercício 2003 – Municípios da RMS .....	97

# LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E MAPAS

QUADRO 1 – Expectativas de Mudanças no SUS a partir da Implementação da Noas.....	27
MAPA 1 – Localização Geográfica e Correspondência do Estado da Bahia com o Território Brasileiro e a Região Nordeste.....	27
MAPA 2 – Macrorregiões da Bahia, 2003.....	29
MAPA 3 – Municípios que Compõem a RMS.....	30
MAPA 4 – Densidade Populacional da RMS (2000).....	32
GRÁFICO 1 – Proporção da População Residente, segundo Sexo – RMS – BA, 2000.....	33
GRÁFICO 2 – Percentual da População, segundo Situação do Município e Sexo na RMS – Bahia, 2000.....	33
FIGURA 1 – Mapa do Índice de Carência Habitacional na Região Metropolitana de Salvador (2000).....	34
GRÁFICO 3 – Percentual da População Residente por Cor ou Raça, segundo Municípios – RMS/BA, 2000.....	35
GRÁFICO 4 – Proporção da População Residente por Grandes Grupos Etários na RMS – 2000.....	36
FIGURA 2 – Mapa da Distribuição de Renda na Região Metropolitana de Salvador (2000).....	40
GRÁFICO 5 – Taxa Bruta de Natalidade – RMS – 1994 e 2002.....	43
GRÁFICO 6 – Indicadores de Eliminação da Hanseníase na RMS – 2003.....	45
GRÁFICO 7 – Série Histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose Pulmonar Positiva, segundo Municípios da RMS.....	46
GRÁFICO 8 – Séries Históricas da Taxa de Mortalidade por Tuberculose, na Bahia e nos Municípios da RMS.....	47
GRÁFICO 9 – Coeficiente de Mortalidade – Aids, (por 100 Mil Habitantes), no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002.....	48
GRÁFICO 10 – Casos de Aids segundo Sexo na RMS 2003.....	48
GRÁFICO 11 – Mortalidade Proporcional na RMS – 2002.....	49
GRÁFICO 12 – Coeficiente de Mortalidade por Agressões, no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002.....	50
GRÁFICO 13 – Coeficiente de Mortalidade por Acidentes de Transporte, no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002.....	51
GRÁFICO 14 – Participação Percentual de Óbitos em Jovens do Sexo Masculino, na Faixa Etária de 15 a 24 Anos, segundo Total de Óbitos por Causas Externas em Todas as Idades e em Ambos os Sexos na RMS – 2002.....	51
GRÁFICO 15 – Coeficiente de Mortalidade por Acidentes de Transporte, no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002.....	52
GRÁFICO 16 – Proporção Percentual de Óbitos por Causas Externas, segundo RMS – 2002.....	52

GRÁFICO 17 – Coeficiente de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares, no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002 .....	53
GRÁFICO 18 – Coeficiente de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio, no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002 .....	53
GRÁFICO 19 – Coeficiente de Mortalidade por Diabetes Mellitus, no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002 .....	54
GRÁFICO 20 – Coeficiente de Mortalidade por Neoplasia Maligna da Mama (por 100 Mil Mulheres), no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002 .....	55
GRÁFICO 21 – Coeficiente de Mortalidade por Neoplasia Maligna do Colo do Útero (por 100 Mil Mulheres), no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002 .....	56
GRÁFICO 22 – Número Total de Casos Novos, segundo Localização do Câncer Primário, Salvador – Área de Cobertura, Homens, 1998 a 2002 .....	56
GRÁFICO 23 – Evolução da Mortalidade Infantil por Mil Nascidos segundo Municípios da RMS, 1999 e 2000 .....	58
GRÁFICO 24 – Informações sobre Condições de Nascimento dos Nascidos Vivos no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS, no Ano de 2002 .....	62
GRÁFICO 25 – Quantidade de Hospitais Existentes no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – Julho, 2003 .....	64
GRÁFICO 26 – Natureza dos Hospitais no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – Julho, 2003 .....	65
GRÁFICO 27 – Total de Leitos Hospitalares da RMS e Outras RMs do Estado da Bahia .....	65
GRÁFICO 28 – Percentual de Leitos segundo Especialidade, no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – Julho, 2003 .....	66
GRÁFICO 29 – Número de Leitos por Mil habitantes, no Brasil, no Estado da Bahia e na RMS – Julho, 2003 .....	67
GRÁFICO 30 – Número por Tipo de Unidades de Atenção Básica no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – Julho, 2003 .....	68
GRÁFICO 31 – Percentual (%) de Cobertura da Estratégia de Saúde da Família, Macrorregiões – BA – Junho, 2005 .....	68
QUADRO 2 – Dados dos Municípios Integrantes da Região Metropolitana de Salvador – Junho, 2005 .....	69
FIGURA 3 – Fluxo de Financiamento do SUS .....	78
QUADRO 3. Percentuais Mínimos de Vinculação Previstos na EC 29/2000 .....	69

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Taxa de Fecundidade Total segundo Municípios RMS, Bahia e Brasil, 1991 e 2000.....	37
TABELA 2 – Informações sobre Taxa de Fecundidade em Mulheres Adolescentes nos Municípios da RMS – 2000.....	38
TABELA 3 – Taxa de Analfabetismo das Pessoas de 15 Anos ou Mais de Idade, por Cor, segundo o Brasil, o Estado da Bahia e a RMS – 2003 .....	38
TABELA 4 – Esperança de Vida ao Nascer segundo Municípios RMS, e Brasil, 1991 e 2000.....	39
TABELA 5 – Indicadores de Pobreza, 1991 e 2000, nos Municípios da RMS.....	40
TABELA 6 – Casos de Aids por Categoria de Exposição Não Hierárquica, segundo RMS, 2003 .....	49
TABELA 7 – Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Insuficiência Coronariana Congestiva (ICC); Proporção Percentual de Internação por Cetoacidose/Coma e Diabetes Mellitus, na RMS – 2003 .....	54
TABELA 8 – Óbitos Neonatal e Pós-Neonatal por Residência no Brasil e na RMS – 2002.....	58
TABELA 9 – Síntese dos Indicadores de Saúde da Criança .....	60
TABELA 10 – População, Taxa de Mortalidade Materna, (%) Nascidos Vivos >3 Consultas Pré-natal, (%) Nascidos Vivos >7 e mais Consultas Pré-natal segundo Municípios da RMS – 2002 .....	62
TABELA 11 – Indicadores do PSF nos Municípios da RMS, segundo Modelo de Gestão – 2004 .....	69
TABELA 12 – Outros Indicadores da Atenção Básica, segundo Modelo de Atenção – RMS, 2004 .....	70
TABELA 13 – Número de Profissionais Médicos por Mil Habitantes nos Estados da Região Nordeste, 2001 .....	71
TABELA 14 – Número de Profissionais Enfermeiros por Mil Habitantes na Região Nordeste e no Estado da Bahia, 2001 .....	72
TABELA 15 – Proporção Percentual entre a Receita Realizada e a Despesa Empenhada nos Municípios da RMS – Exercício Financeiro 2003 .....	84
TABELA 16 – Proporção Percentual entre a Receita Realizada e a Despesa Paga nos Municípios da RMS – Exercício Financeiro 2003 .....	85



## APRESENTAÇÃO

Passados dezesseis anos de sua implementação, o Sistema Único de Saúde (SUS) se depara com novos desafios que se colocam no sentido de revitalizar a participação popular, para que a qualidade e a dignidade da atenção à saúde possam entrar em um outro momento, indo ao encontro das necessidades da população de forma singular e criativa, com a cara e o jeito de cada lugar.<sup>1</sup>

A mola propulsora dos Conselhos de Saúde consiste na informação. Porém, o desafio está em decifrar os atuais sistemas de informação, muitas vezes não muito claros até para os gestores, particularmente no que se refere aos dados disponíveis sobre a questão de financiamento da saúde.

A Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, ao dar continuidade à divulgação dos resultados de Seminários de Gestão Participativa realizados em regiões metropolitanas do País, disponibiliza um conjunto de dados considerados estratégicos para a dinâmica de funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, elaborado com as informações resultantes dos sistemas oficiais e, principalmente, com as apresentadas e discutidas nos referidos seminários.

Os Cadernos Metropolitanos têm como propósitos: a) divulgar o debate sobre a relevância dos problemas de saúde nas regiões metropolitanas brasileiras, o qual se constitui em movimento "alavancador" do processo de definição de uma agenda comum de prioridades que subsidiem a assistência à saúde nessas regiões; e b) apoiar a participação da sociedade civil organizada, dos trabalhadores do setor Saúde e de todas as pessoas que utilizam o SUS, por meio da difusão de informações e análises que os confira a capacidade de avaliar se o sentido/direção das ações e serviços de saúde oferecidos à população vai ao encontro do atendimento das suas principais necessidades.

O alcance desses propósitos possibilita que, de forma consciente e responsável, os conselheiros de Saúde possam deliberar sobre políticas efetivas para o enfrentamento das desigualdades sanitárias locais e contribuir propositivamente para a reversão dessa realidade rumo à promoção da saúde da população.

---

<sup>1</sup> Trecho extraído do texto produzido por Crescêncio Antunes da Silveira Neto, que compôs a Apresentação dos Cadernos Metropolitanos: Seminário de Gestão Participativa: Fórum de Conselhos de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: participar para conhecer!

Em síntese, para o efetivo exercício das práticas de controle social/público<sup>2</sup> e para a concretização da gestão participativa do SUS, é de fundamental relevância a ampliação dos mecanismos de acesso a informações que dêem clara visibilidade, em todas as suas dimensões, do panorama da saúde na região.

Nesse sentido, nas discussões travadas durante as reuniões preparatórias à realização do seminário, chegou-se ao entendimento de que a apresentação dos panoramas sanitários, da organização dos serviços e do financiamento da saúde seria um passo significativo para a popularização do cenário da saúde pública na região.

Conseqüentemente, em sua parte inicial, este caderno apresenta as sínteses de algumas das conferências proferidas no seminário e os resultados das discussões lá travadas. A segunda parte é composta pelos aspectos socioeconômicos e demográficos, o panorama sanitário, a organização dos serviços e os mecanismos de financiamento da saúde na Região Metropolitana de Salvador (RMS).

Por fim, pretende-se que esta publicação alcance seus propósitos, ao tornar-se um mecanismo de grande utilidade para qualquer cidadão brasileiro, especialmente os soteropolitanos e, particularmente, os conselheiros de Saúde da RMS, no sentido de contribuir significativamente para sua plena atuação, com vistas ao estabelecimento do processo da gestão participativa na política e na atenção à saúde, e para a consolidação de um novo ambiente de gestão do setor, em busca da garantia do direito à saúde.

A partir do pressuposto de que é preciso conhecer para participar e para se responsabilizar, é fundamental reforçar a necessidade de imprimir velocidade na construção de mecanismos de socialização, análise e reflexão das informações contidas nesta publicação, uma vez que não basta apenas o acesso à informação. É crucial que esta seja percebida e compreendida.

Acredita-se que com essa estratégia de informação, de forma objetiva e inédita, seja atingido o propósito de assessorar os conselheiros no estabelecimento de prioridades pelas quais irão lutar no Conselho e em outras instâncias para que se transformem em políticas efetivas.

<sup>2</sup> Vários pesquisadores, entre os quais, Amélia Cohen e Victor Vincent Valla defendem a tese de que o termo "controle público" deva substituir o de "controle social". Justificam a mudança pela constatação de que a correlação de forças que já existe no País é, de fato, controle social. Nesse sentido, o controle social já existe, por meio de uma forte concentração de poder de caráter conservador pela maioria dos governos, nos níveis federal, estadual ou municipal. O que é importante notar é que se trata de um controle essencialmente governamental e não da sociedade civil organizada e de caráter popular. Assim, propõem que se utilize o termo "controle público" para referir-se à possibilidade de que as questões da área da Saúde Pública sofram interferência da sociedade civil organizada e de caráter popular, quer dizer, que o controle governamental seja menor e o controle público seja maior.

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Caderno da Região Metropolitana de Salvador/BA é produto do 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde de Salvador e Região Metropolitana (RMS).

Para o planejamento do seminário, foram realizadas três reuniões preparatórias, em Salvador, nos dias 28 e 29 de setembro, 3 e 4 e 24 e 25 de novembro de 2004, com a participação dos Conselhos Municipais de Saúde da RMS, em conjunto com representantes da Secretaria de Gestão Participativa e demais representações das entidades organizadas e movimentos populares.

O Seminário foi realizado no dia 4 de dezembro de 2004, na Faculdade de Direito da UFBA. Contou com uma expressiva participação, superior a 400 pessoas, entre as quais, representantes das entidades organizadas, movimentos populares, ONGs, sindicatos, clubes de serviços, associações, órgãos de classe, federações, serviços de saúde, trabalhadores de saúde, Conselhos de Saúde e outros Conselhos Municipais, Secretarias de Saúde, Ministério Público, universidades, Fórum de Usuários e Fórum de Trabalhadores de Saúde.

Estavam representados os dez municípios da RMS: Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Salvador, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz.

Na solenidade, o Magnífico Reitor da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Prof. Naomar Monteiro, foi convidado a compor a Mesa de Abertura, também composta pelo Dr. Mitermayer Galvão, Pesquisador Titular da Fiocruz, pela Dra. Lúcia Souto representando a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (SGP/MS), pelo Sr. Francisco Santana, Representante dos Usuários e Diretor da Comissão de Saúde da Federação de Associação de Bairros de Salvador (Fabs), e pelo Dr. Alfredo Boa Sorte Júnior, Presidente do Sindicato dos Médicos da Bahia (Sindimed), Diretor da Federação Nacional dos Médicos e Conselheiro Estadual de Saúde da Bahia.





O seminário foi composto por dois painéis: um pela manhã, com exposições e debates sobre o “Panorama Sanitário e Gestão da Saúde na Região Metropolitana de Salvador”; e outro à tarde, com debates sobre a “Situação do Controle Social e Desafios da Gestão Participativa”.

No primeiro painel, coordenado por Déborah Dourado, Chefe da Divisão de Convênios e Gestão do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde na Bahia, a Profa. Carmem Teixeira, do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), fez um mapeamento da situação de saúde do Município de Salvador e dos demais municípios de sua Região Metropolitana (RMS), no qual expôs o perfil de morbidade, além das condições sanitárias e ambientais, enfatizando as condições socioeconômicas de Salvador, sendo sucedida pelo Dr. Marcos Vinícius Quito, representante do Ministério da Saúde, que apresentou complementações acerca do Panorama Sanitário e Gestão de Saúde.



Sob a coordenação do Professor do ICS/UFBA, Prof. Luiz Eugênio de Souza, o segundo painel contou com a participação da Dra. Lúcia Souto da SGP/MS, da Sra. Aladilce de Souza, Presidente do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado da Bahia (Sindisaúde-BA) e do Sr. Francisco Santana, Diretor da Comissão de Saú-

de da Federação de Associação de Bairros de Salvador (Fabs) e membro do Fórum Comunitário de Combate à Violência (FCCV), os quais buscaram desenvolver uma avaliação do Controle Social e apontaram desafios e aspectos que devem ser considerados no processo de gestão participativa.



## 2 APRESENTAÇÕES DO SEMINÁRIO

### 2.1 MESA DE ABERTURA

#### Palavras do Dr. Alfredo Boa Sorte Jr.

*“Gostaria inicialmente de cumprimentar e saudar a iniciativa das pessoas, especialmente Dra. Lucía Souto, da SGP/MS, e Instituições que conceberam e realizaram este evento.*

*Registrar que no processo de construção do controle social do SUS na Bahia, conseguimos uma articulação histórica dos usuários e dos profissionais de saúde: Fórum Popular e Sindical da Saúde, que evoluiu para o Fórum de Usuários e de Profissionais da saúde, um dos promotores deste evento.*

*A expectativa e a grande participação dos mais variados segmentos neste evento refletem o grande interesse em ver esmiuçados os problemas de saúde da Região Metropolitana de Salvador e a necessidade de organização para enfrentá-los.*

*Compreender este seminário como um “pontapé” inicial que irá desencadear oficinas municipais para aprofundar o estudo e diagnóstico dos perfis epidemiológicos e os problemas de gestão, que tanto têm atrasado o desenvolvimento do SUS na região.*

*Foram trazidos diversos dados, alguns já conhecidos, sobre o processo de determinação social dos agravos à saúde, levando-se em conta os processos sociais, culturais, econômicos e ambientais da região, porém, sem a estratificação por município ou agrupados por sub-regiões com problemas comuns (ex.: municípios próximos ao Pólo Petroquímico).*

*Relevante também para a saúde, devido à complexidade espacial e urbana das regiões metropolitanas, é a questão da intersetorialidade na atenção dos serviços públicos em saúde, educação, saneamento ambiental e transportes. Há um consenso, na discussão dos transportes, de que não há saídas isoladas dos municípios destas regiões, assim como o planejamento de estruturas e organizações da oferta de serviços de saúde deverá ser feito de forma regionalizada e integrada.*

*Na minha intervenção, gostaria de destacar, com muita ênfase, a questão dos modelos de gestão adotados nestes municípios que explicam a total desarticulação regional.*

*Apresenta uma grande disparidade e distorções políticas e administrativas caracterizadas pela “prefeiturização” de recursos e ações. A falta de democracia, a utilização fisiológica e clientelista dos serviços de saúde, por grupos políticos atrasados e oligárquicos, além da improbidade administrativa com afastamentos de prefeitos e gestores por corrupção, gerando instabilidade administrativa proposital, desviada*

*francamente do interesse público. Multiplica-se o processo de privatização e de terceirizações na gestão da saúde, feitos através de organizações sociais (sem fins lucrativos), empresas privadas (terceirizadas e quarteirizadas) e falsas cooperativas, comprometendo a acessibilidade, integralidade e equidade na atenção em total desrespeito aos preceitos legais e constitucionais do SUS.*

*Outro aspecto fundamental que reflete tal desestruturação é a forma como são tratados os "cuidadores do SUS". A ausência de uma política de recursos humanos, estável e organizada, demonstra total descaso com a saúde pública, através da precarização dos vínculos trabalhistas, sem reajustes salariais, sem concurso público, contratos temporários sendo eternizados, contratações por clientelismo político e através de falsas cooperativas.*

*Portanto, entendo que se faz necessária a permanente e persistente luta pela Reforma Sanitária, fortalecendo os princípios e diretrizes do SUS, garantindo seu financiamento estável, como apregoa a EC 29 e como política efetivamente de estado.*

*Nessa direção, o fortalecimento do instrumento da gestão participativa, fortalecido através de encontros, oficinas e seminários como este, tem caráter mobilizador de setores organizados da sociedade, do controle social e, principalmente, desencadeador de um processo de educação política participativa e libertária, integrando gestores, usuários, profissionais de saúde e instituições formadoras e de pesquisa, na busca de melhoria do planejamento, dos serviços e novas tecnologias adaptadas às necessidades e realidades regionais."*

## 2.2 PAINEL SITUAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL E DESAFIOS DA GESTÃO PARTICIPATIVA

Coordenado pelo Professor do ISC/UFBA, Dr. Luiz Eugênio de Souza, contou com a participação da Dra. Lúcia Souto da SGP/MS, da Sra. Aladilce de Souza do Sindi-saúde e do Sr. Francisco Santana da Fabs.

### Itens da apresentação da Sra. Aladilce de Souza

1. *Controle social – Controle da sociedade sobre as políticas públicas. Tem a ver com cidadania, participação, democracia, Estado.*

2. *A Constituição de 1988 reorganizou o País como Estado democrático de direitos e estabeleceu o princípio da participação que na área de Saúde concretiza-se através das Conferências de saúde, fóruns amplos compostos por representantes dos gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários da saúde para analisar a política de saúde e definir diretrizes políticas. Outro espaço de participação e controle social importante são os Conselhos de Saúde com a mesma composição, são órgãos permanentes e deliberativos das políticas de saúde inclusive das questões de ordem econômica e financeira.*

3. *Salvador tem experiência positiva de controle social na área de Saúde. Antes mesmo da CF e da Lei n.º 8.142 que regulamenta os Conselhos de Saúde Salvador*

já organizara o seu Conselho a partir do da estimulação do movimento provocado pelas AIS e Suds.

4. Até o ano de 2001, o Conselho Municipal de Salvador funcionava muito bem, com reuniões quinzenais, realizava atividades de capacitação, estimulava a organização dos Conselhos Locais de Saúde, era um Conselho que realmente elaborava e acompanhava a execução das políticas na área.

5. No ano de 2000, decorridos apenas 12 meses da gestão do Conselho o mesmo foi "cassado" através de uma Lei aprovada na Câmara, originada no Executivo. O Conselho era presidido pelo Padre André Seutin, eleito entre os membros do colegiado. O motivo do golpe no Conselho foi a rejeição da prestação de contas e do relatório de gestão do ano de 1999. Tal posição do Conselho deu-se em função de terem sido identificados vários indícios de irregularidade na prestação de contas como: recursos financeiros transferidos para a Propeg, sem comprovação do serviço, compra de ônibus sem autorização do Conselho, realização de obras de reforma e contratação de serviços sem licitação. No relatório de gestão, identificava-se devolução de verbas do Programa de Controle de Tuberculose e do Programa de Combate às Carências Nutricionais.

6. A gestão Imbasshy/Aldely implantou "novo" Conselho reduzido em tamanho e com distorções na composição. O primeiro ato deste conselho foi aprovar a prestação de contas rejeitada. As entidades de profissionais de saúde e de usuários mobilizaram-se, denunciaram publicamente, apelaram para a via judiciária, sem obter resultados. A última Conferência Municipal de Saúde decidiu por ampla maioria destituir o Conselho "biônico" e elegeu um novo Conselho.

7. A história da gestão da saúde em Salvador nestes oito anos é marcada pelo autoritarismo, precarização dos serviços e múltiplos escândalos envolvendo os recursos da saúde.

8. É necessário resgatar o efetivo controle social no Município de Salvador principalmente respeitando as deliberações da VII Conferência Municipal de Saúde.

#### **Palavras do Sr. Francisco dos Santos Santana**

"O SUS está em crise? Muitos já disseram: sem o aprofundamento e ampliação da participação e do Controle Social, o Sistema Único de Saúde morrerá. Se considerarmos que crise é a expressão das contradições e antagonismos vigentes na sociedade, o SUS sempre estará em crise, pois ele expressa no campo da Saúde justamente a luta dos interesses de classes latentes do capitalismo brasileiro. Dois interesses subjacentes estão em luta: o do capital que quer transformar tudo em mercadorias e o daqueles que lutam contra isso.

O dilema é: como avançar nesse processo de reforma se as condições políticas que asseguravam seu avanço se exauriram? Quem lutava contra o governo agora é governo. Há possibilidade concreta de levar a reforma até suas últimas conseqüências, mas por que não se leva? Quais as raízes da crise?

*O futuro da gestão participativa, do controle e da participação social nesse contexto não avança, nem poderá avançar porque a concepção que embasa é dar ao povo o poder. O poder popular, o poder da maioria. Para ser efetivo, deve-se decidir, transformar e se autotransformar, ocupar posições. Não se pode ser parcial, limitado e condicionado por outro grupo ou por outra classe que se sinta ameaçada. A história da luta de classe no mundo ensina que poder se conquista, pois nenhuma classe concede o poder de "mão beijada e sem luta". Podemos dizer que ter assegurado em lei a possibilidade de criar, participar e decidir políticas e ações de saúde através dos Conselhos de Saúde, não foi uma conquista, foi de certo modo uma dádiva de intelectuais de esquerda bem-intencionados vinda de "cima para baixo". E por isso mesmo é limitado, parcial e setorizado. Não foi resultante do aprendizado das lutas da população.*

*Qual o caminho para mudar isso? A gestão participativa oferece uma grande oportunidade para aproveitar as próprias contradições existentes no sistema para superá-las. Os conselhos são órgãos semi-institucionais que podem potencializar a educação política do povo. Radicalizar e levar às últimas conseqüências a gestão participativa pode ser um processo eficaz de conscientização coletiva. Pode estimular a união, a organização do povo. Da interação com profissionais e estudantes de nível médio e superior, pode-se desenvolver consciências.*

*Entretanto, para assegurar novos passos, há que superar as limitações inerentes a concepção reformistas. Penso que no plano ideológico, a crise também se alimenta na persistência da própria ideologia reformista que suportou o movimento de reforma e cria a ilusão da reforma como um "fim em si mesmo" subestimando o capital. A contradição agora não é mais contra um Estado privatizado pelo grande capital. A crise do SUS é fruto da contradição derivada do próprio sistema capitalista que é a base do sistema vigente que não foi quebrado. Ou seja, não se pode construir, manter e ampliar um sistema de saúde pública efetivo, universal, integral, com igualdade e fortalecendo o controle e a participação popular mantendo as bases capitalistas, propriedade privada, leis de mercado, liberdade para explorar a força de trabalho humana. Acreditar que isso é possível é acreditar que a "história acabou".*

*As conseqüências da persistência dessa concepção são que o capital se reorganiza, conquista posições no aparelho do Estado, adapta-se e começa a utilizar os mecanismos do próprio SUS para assegurar a transferência de recursos do Estado para seus bolsos. Basta ver o quanto significa no orçamento da Saúde o pagamento por produção, o superfaturamento, a contratação de serviços complementar e suplementar de hospitais filantrópicos e conveniados, medicamentos, aparelhos e serviços de assistência básica, de apoio diagnóstico, de média e alta complexidade. Planos de saúde privados utilizam a estrutura e os demais recursos do SUS para realizarem os procedimentos de maior custo cobrando do paciente e se apropriando, dessa forma, do dinheiro público.*

*O SUS é o maior plano de saúde público do mundo. Foi conquistado graças à junção do movimento intelectual, acadêmico e democrático com o movimento popular. Gestou-se da concepção política do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que*

*considero o mais bem-sucedido movimento político-ideológico já acontecido no Brasil. Sua história é uma aula prática de ciência e de política, ou seja, como podemos fazer da ciência um instrumento de transformação política da realidade, ao mesmo tempo em que afirma a ciência como política? Quebrando o paradigma positivista e metafísico da ciência conservadora burguesa contemporânea; seguindo por caminhos possíveis, retrocedendo quando necessário; acumulando forças e ocupando posições em pontos estratégicos do sistema; mesclando conhecimento científico e a formulação política prática e teórica; e formando e convencendo quadros técnicos-políticos críticos. Com a Reforma Sanitária Brasileira, a idéia informa a ciência e esta informa uma grande estratégia, em múltiplas frentes, articulando pessoas, instituições, passo a passo, vencendo obstáculos por dentro apesar do Estado militar e ditatorial, transformando os IAP, desaguando na constituinte, na elaboração da constituição máxima do País, que começa muitos anos antes da 8.ª Conferência Nacional de Saúde.*

*O marco teórico desse grande vitorioso movimento na saúde é a Reforma. É a afirmação de que mesmo sob uma máquina atrasada e retrógrada pode se gestar o novo. Não resta dúvida que todos construíram e contribuíram para levar a Reforma até onde levaram. A tática foi estrategicamente acertada e necessária e os fatos são os melhores argumentos, mas essa origem é o seu bem e o seu mal. Os limites da Reforma nos marcos do sistema capitalista, mesmo tendo sido levados em consideração pelos reformistas, foi subestimada. A história da social democracia alemã, espanhola, italiana, entre outras nos ensina que a Reforma tem fôlego e avança até que os interesses estruturais do capitalismo não sejam atingidos. Do ponto de vista de classe, a Reforma Sanitária é um movimento que gestou-se no ambiente da classe média revolucionária latino-americana e brasileira, da "pequena-burguesia" e no ambiente acadêmico, no bojo do retorno dos líderes intelectuais dos exilados da anistia, que tinham suas referências no movimento popular e democrático. Sua institucionalização ocorre durante o enfraquecimento das classes dominantes e ultraconservadoras brasileiras.*

*As normas legais (Leis n.º 8.080, n.º 8.142, NOB, Noas, etc.) refletem assim a contradição desse momento. Saúde é um direito do povo e um dever do Estado e ganha uma definição verdadeira, como resultante das condições sociais, econômicas, ambientais, culturais vigentes na sociedade e deve ser universal, integral e equânime. Avançadas na maioria dos pontos, mas até certo ponto incompletas ou até mesmo inócuas, mas consciente e superando as contradições e limitações das normas, a Reforma Sanitária assegura construção prática do SUS. A Redemocratização acontece e continua com a exacerbação das contradições, a esquerda avança, a "sociodemocracia" conquista o aparelho de Estado e a direita momentaneamente derrotada tenta se organizar, mas perde hegemonia no campo do Estado, embora suas idéias continuem a predominar no aparelho do Estado e da sociedade. Com o fim da história, as leis do mercado, o neoliberalismo ganha expressão e é a referência até entre a esquerda. A grande burguesia nacional e internacional tem grandes interesses na saúde. É um mercado de mais de US\$50 bilhões. A concepção vigente que valoriza a saúde individual e a ações curativas baseadas na "medicalização", na hospitalização e na utilização de alta tecnologia, tudo disponível só para quem pode pagar um mer-*

*cado assegura o processo de mercantilização na saúde. Desse modo, o fortalecimento da saúde pública sob o "velho" paradigma da Reforma Sanitária é uma ameaça.*

*Na Bahia, a situação de crise do controle e participação social do SUS é pior que no resto do Brasil. Aqui o estado é tratado como se fosse propriedade pessoal do "coronel" ACM. É a edição high tech do Estado feudal. Há 30 anos, aqui se mescla a vigência de políticas retrógradas: o coronelismo e o neoliberalismo. A implantação do SUS aqui é uma mostra viva de como o sistema pode ser implantado e transmutado de tal forma a se tornar o seu contrário, ou seja, em vez de assegurar saúde para todos, acaba beneficiando e fortalecendo justamente o setor privado reduzindo os recursos e o acesso à saúde.*

*Aqui se vive um estado de faz de conta. Cria-se na saúde uma realidade virtual, onde indicadores de saúde são manipulados, relatórios maquiados, falso atingimento de metas, para assegurar o recebimento "fundo a fundo" e dos convênios federais.*

*Nesse contexto de imbricação de empresários da saúde e governo, o controle social não poderia ficar imune. Manipula-se a lei, os conselhos são formados apenas para garantir o cumprimento dos critérios necessários ao recebimento dos fundos de saúde. Não funcionam, não cumprem seu papel de deliberação ou de fiscalização das ações e recursos públicos da saúde. Os conselheiros são manipulados ou cooptados. Não poderia ser diferente. Hospitais, clínicas, empresas de parlamentares, gente governo ou amigos do grupo hegemônico criam empresas prestadoras de serviços privados ou filantrópicos de saúde, pois sempre foram beneficiados com gordos contratos públicos, cumprindo todos os requisitos legais do SUS. As verbas do SUS aumentam, recebem-se incentivos por metas jamais cumpridas, obras jamais feitas. O impacto sobre a saúde do povo é mínimo ou nulo, se compararmos com o volume de verbas transferidas, basta ver as filas dos hospitais e nos postos médicos, ou ir aos bairros ou aos municípios do interior ou as mortes anônimas que acontecem no dia-a-dia sem mesmo entrar nas estatísticas oficiais ou notícias da imprensa em sua maioria comprada.*

*A privação e a pobreza crônica andam, lado a lado, com a brutal concentração de riqueza. Os 12% mais ricos concentram mais de 47% da riqueza gerada no Município Sede. Mais de 60% de pais e mães de famílias que trabalham ganham menos de três salários-mínimos. Há mais de 15 anos persiste desemprego crônico que atinge 450 mil pessoas. Fome, desnutrição, as maiores taxas de desemprego do País. O quadro sanitário da capital expressa isso: a violência mata mais de 1.500 pessoas por ano, mais de quatro por dia, principalmente negros, pobres sem antecedentes criminais residentes nos bairros populares. A taxa de mortalidade materna permanece acima de 30 por mil nascidos vivos, a infantil supera os dois dígitos (mais de 25 por mil nascidos vivos), a morbimortalidade de doenças redutíveis por saneamento ou por ações de prevenção e promoção da saúde permanece em níveis altos: tuberculose, hepatite, DST/sífilis, aids, pneumonia, diarreia infantil, raiva humana e canina, hipertensão e diabetes, leptospirose, esquistossomose, leishmaniose, e lepra fazem vítimas ou as deixam com seqüelas.*

*Esse é o quadro que emoldura e condiciona a construção da gestão participativa e do controle social na Bahia. Para os baianos, o desafio é dar conta da superação ideológica das contradições impostas pelas limitações e esgotamento da proposta Reforma Sanitária ao mesmo tempo em que temos de democratizar o Estado da Bahia e derrotar ACM no estado. O controle social pode jogar importante papel nisso. Nas últimas eleições, foram eleitos prefeitos das forças de esquerda em vários municípios importantes da RMS. A discussão nesses seminários aponta para organização de seminários como esse em todos esses municípios. Dessas reuniões, pode-se gestar articulações e até quem sabe, à luz da Noas-SUS-2001, Conselhos Regionais Metropolitanos de Saúde."*

## 2.3 OS DESAFIOS DA GESTÃO PARTICIPATIVA

### **Apresentação da Dra. Lucia Souto**

*"O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi, sem dúvida, um dos mais significativos processos de reforma democrática do Estado e da sociedade brasileira, foi deflagrado no período da ditadura militar com o Movimento Saúde é Democracia, quando se evidenciava a completa incompatibilidade entre a saúde e o autoritarismo expressos em fatos grotescos como: a censura, a epidemia de meningite, o aumento da mortalidade infantil em contraste com o chamado "milagre econômico" e outros.*

*Com a democratização política do País e a transição democrática representada pela "Nova República" o Movimento da Reforma Sanitária realizou uma ampla mobilização da sociedade, de forma pluralista, suprapartidária na luta pelo direito à saúde. Como movimento de reformas, introduz um componente distributivo ao afirmar uma agenda de democratização social e econômica sincrônica à democratização política.*

*Com essa compreensão, se realiza a 8.ª Conferência Nacional de Saúde com a participação de mais de cinco mil delegados que aprovam as bases da proposta de criação do Sistema Único de Saúde; um marco não só na luta pelo direito à saúde, mas da construção democrática e participativa de políticas públicas em nosso País. Esse amplo processo social gera um fato inédito e único: a apresentação, através de emenda popular com mais de cem mil assinaturas, do texto para a Constituinte de 1988, que consagra a saúde como direito de todo o cidadão. A gestão participativa é um componente estratégico e inerente ao processo da Reforma Sanitária Brasileira, sua marca emblemática.*

### **Os desafios da democracia brasileira**

*É parte da nossa história a tradição de apropriação privada do Estado Brasileiro. Os fundamentos e a experiência acumulada na luta pelo direito à saúde, como processo de reforma democrática do Estado, podem oferecer uma contribuição consistente a esse momento de mudanças de possibilidades de afirmação da República em*

*contraposição à histórica apropriação privada do bem público. O renascimento e o alargamento do espaço público são partes constituintes da superação das iniquidades de nossa sociedade, uma das mais desiguais do planeta.*

*Inspirados pelo espírito que norteou a luta da Reforma Sanitária Brasileira, como processo de construção de democracia social, de combinação da democracia direta e representativa, estamos instigados a inaugurar um novo ciclo do sus, onde a gestão participativa é componente estratégico para possibilitar a reorganização do SUS na perspectiva das necessidades da população.*

#### **Gestão participativa/reforma democrática do Estado em saúde**

*A gestão participativa é uma construção social que supera o poder tradicional, baseado em relações em que um manda e o outro obedece. É a afirmação de outro conceito de poder compartilhado de organização da sociedade sustentada em valores dos direitos do cidadão, onde o "comum", a comunidade, é contraponto à apropriação privada do que é de todos e da lógica do cada um por si e salve-se quem puder.*

*O momento em que vivemos é propício à retomada desse espírito participativo e de construção social do que é comum, de forma pluralista e suprapartidária. Todos os protagonistas são co-responsáveis pela construção de políticas públicas. Adotando como método a pluralidade, a co-responsabilidade e o envolvimento amplo da sociedade, é possível construir e dar visibilidade ao espaço comum a todos.*

*A afirmação e o alargamento do espaço público e a visualização do comum a todos permitem a tomada de iniciativas para a construção de agendas públicas com amplo envolvimento e compromisso de todos os co-responsáveis.*

*Esse novo ciclo democrático do SUS afirma a gestão participativa como componente estratégico a influir e interagir com outros fundamentos do processo de democratização, como a descentralização, a regionalização e mudança de cultura de gestão.*

*A descentralização e os variados arranjos locais/regionais que possam assumir são eixos fundamentais para viabilizar a gestão participativa ao trazerem a dimensão do território, do local e, com isso, possibilitar a emergência dos sujeitos, com nome e sobrenome, que se constituem como agentes públicos protagonistas da construção das políticas públicas na perspectiva e diante de suas reais necessidades, sem intermediários.*

*Além do protagonismo dos sujeitos e da maioria cidadã, a Gestão participativa implica em profunda mudança de cultura de gestão, outro componente estratégico de democratização.*

*Além da privatização do Estado por interesses particulares, há outra face mais sutil da privatização expressa na ação fragmentada do Estado, segundo uma lógica produtivista, cega e corporativa.*

*A fragmentação compartimentaliza, de forma artificial, realidades íntegras, além de dificultar a apreensão sincrônica das várias dimensões da realidade e a ação sinérgica e compartilhada sobre os problemas comuns que, pela mesma racionalidade, não conseguem ser vislumbrados e vivenciados como "comuns".*

*Na área da Saúde, o predomínio da lógica fragmentada dificulta:*

- **A análise e o conhecimento da realidade**

*A lógica da segmentação e da produção de serviços segundo a demanda caótica organizada por prestação de serviços gera um amontoado de dados sem ligação uns com os outros, obstruindo a gestão participativa, ao obscurecer e interditar a visualização, o conhecimento e a análise da realidade.*

- **A Cooperação**

*Induz a competição e não a cooperação por estimular a ação isolada que ignora iniciativas que poderiam, se associadas, influir e transformar significativamente a realidade. Exemplo disso é a violência, um dos maiores problemas de saúde pública, expressão da lógica do cada um por si e salve-se quem puder e na qual não se salva ninguém. Não contribui para a cultura da cooperação, da criação de vínculos de confiança mútua, de solidariedade e redes sociais.*

- **A Responsabilidade Sanitária**

*A lógica da fragmentação induz a um produtivismo cego e perdulário, sem gerar impacto algum sobre os indicadores na melhoria da qualidade de vida da população. É uma lógica insustentável que não trabalha com metas sociais em saúde e responsabilidade sanitária.*

*Em síntese, são partes integrantes desse novo momento de reorganização do SUS, na perspectiva das necessidades da população: a gestão participativa, a descentralização aperfeiçoando os arranjos locais/regionais, a mudança de cultura de gestão de forma ampla (produção da doença X promoção da saúde), a responsabilidade sanitária/necessidades da população X demanda caótica organizada por prestadores e no que se refere à superação da fragmentação.*

*Com um amplo movimento social que envolva todos os co-responsáveis, é possível criar as condições para a construção de uma agenda pública comum, identificando os obstáculos à consolidação do SUS, a construção de planos regionais/locais de saúde vivos não burocráticos com metas sociais em saúde (por exemplo, uma lista do inadmissível em saúde), os meios e as ações compartilhadas para atingi-las de forma participativa, estimulando a maioria cidadã e assim construir os caminhos de mudança para a superação das desigualdades sociais em nosso País."*

**Palavras do Dr. Marcos Vinícius Quito**

*"Bom, eu não vou falar tanto quanto eu falei. Prometo para vocês. Acho que me coube uma certa responsabilidade de encerrar o debate. Eu acho que nosso papel*

*de controle social é cobrar mesmo. Temos de fazer o papel que nos é dado por lei, pela 8.142, o de fazer acontecer. Então, é muito difícil para quem está aqui do lado e é engajado também sofrer essa pressão, mas a gente tem de fazer isso acontecer.*

*Agora, é bom ver que tem gente do estado, do município e do Governo Federal engajada nisso. Acho que fica claro para todo mundo que o sistema de saúde não é mérito, tanto do benefício quanto da cobrança de um elemento de gestão: todos são responsáveis.*

*Nós, enquanto Governo Federal, temos responsabilidade com os erros e com os acertos, na mesma medida que o estado e o município, frente a uma única questão. A problemática que a gente tem aqui não é diferente de todo o resto do País. Não é diferente de todo o restante das capitais brasileiras, falando em termos de zona urbana. Não são diferentes os problemas que o PSF tem aqui, no âmbito da região metropolitana de qualquer outro PSF. Agora, em momento algum, a gente pode dizer que o problema é a estratégia: ela vem como proposta de solução, ela está dada.*

*Agora, como a gente faz ela acontecer? É a mesma história. O orçamento está aí feito para a gente fazer intervenção, acompanhar, discutir. O papel do Conselho Municipal de Saúde é aprovar ou reprovar. O Conselho tem de sair para a Câmara Legislativa para dizer que está errado. Vou citar um exemplo para você que perguntou a respeito de como a gente vê essa questão de não aprovar as contas do município. Em Brasília, isso aconteceu ano passado. O Conselho não aprovou a proposta orçamentária da Secretaria de Saúde para o Distrito Federal. Eles mesmos já conseguiram negociar com os parlamentares, pressionaram a Câmara Legislativa e fizeram com que os R\$ 80.000.000 que estavam previstos para investimento em estrutura da Novacap, seriam mais ou menos para construção de outras coisas. E o conselho foi lá e conseguiu reverter o processo de aprovação da proposta orçamentária que tinha feito para o Distrito Federal e com os aliados da Câmara Legislativa.*

*Não pode ser aprovado da forma com que o conselho não aprovou. É cumprir a lei e, quando a lei não é cumprida, a gente tem o poder judiciário para cumprir. Para a gente encerrar, acho que fica evidente que a representação que temos agora, a construção do SUS, está sendo feita.*

*Esse sistema de saúde foi construído assim. As pessoas que lutaram pela Reforma Sanitária continuam lutando hoje. São pessoas que estão aqui sentadas. São pessoas que botaram a cara para bater e continuam tendo cara para ainda fazer esse movimento todo. Esse movimento, a inserção dessas pessoas não é toda e só dá resultado na medida em que há a inserção de outras pessoas. Eu não fui do Movimento de Reforma Sanitária, mas me considero como membro desse movimento.*

*As bandeiras que a gente discutiu na escadaria do Ginásio de Brasília na época da VII Conferência Nacional de Saúde continuam sendo discutidas por pessoas da mesma forma. E essas pessoas, se articulando, conseguem fazer com que esse sistema todo continue indo para o lado que eles pensaram naquela época.*

*Então, a nossa tarefa é trazer mais gente para cá. Trazer mais gente quer dizer trazer novas idéias. todo mundo tem de ter clareza de que o processo de construção do SUS está sendo feito com movimento como esse. Não vai ser feito com decisões em outras instâncias, mas com pressão dos movimentos que estão por de trás de conferências, de movimentos como esse da metropolitana, que repercute numa mudança de modelo que a gente está esperando.*

*Então, apesar de ser a primeira vez que eu venho aqui em Salvador para estar num fórum de Gestão participativa, tem um sinal de que a gente está começando a inserir novas pessoas no controle social. Aos poucos, os avanços estão se dando e a gente tem de continuar avançando nesse processo, superando as dificuldades.*

*Então, agradeço por ter tido um momento de expressar um pouco das opiniões que eu também tenho. Nós, do Ministério, estamos disponíveis e temos o entendimento de que esses espaços são os que vão permitir dar uma cara nova a esse sistema e à participação de quem mais interessa, que é o usuário, não apenas de quem está fazendo a política organizacional do sistema.*

*Todo mundo tem de estar envolvido e interado nesse processo para poder fazer com que ele seja de fato uma realidade e não uma utopia. Obrigado!"*

### 3 BREVES COMENTÁRIOS SOBRE A REGIONALIZAÇÃO DO SUS: O CASO DO ESTADO DA BAHIA

O processo de descentralização e regionalização visa à gradativa transferência aos municípios de deveres e responsabilidades na atenção à saúde da população, que anteriormente eram da competência do Estado e do Governo Federal. O objetivo dessa transferência é garantir melhor acesso aos serviços de saúde e atendimento integral, conforme preconiza a Lei n.º 8.080/90 que implementa o SUS.

Essa transferência, sob o ponto de vista do impacto gerado sobre as capacidades administrativas dos governos locais, representa um importante e positivo desafio, qual seja a necessidade de aumentar sua capacidade de autonomia e valorizar a participação social, na definição e no controle de ações estratégicas para o enfrentamento dos problemas e necessidades locais (ARRETCHE; MARQUES, 2002).

Como uma das principais estratégias do processo de descentralização no SUS, as normas operacionais têm representado um importante instrumento de regulamentação desse processo, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades para estados e municípios, particularmente, na gestão financeira, uma vez que os recursos federais, passaram a ser transferidos do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (SILVA, 2000).

Embora possamos apontar dificuldades no processo de descentralização, são de grande relevância seus aspectos positivos.

Os gestores locais, ao assumirem novas responsabilidades na assistência à saúde, depararam-se com duas importantes dificuldades: 1) lidar com a insuficiência de recursos financeiros federais e estaduais para realização dos procedimentos com resolutividade; 2) gerir a transferência do poder de decisão sobre a aplicação desses recursos para a esfera municipal, sem que houvesse um adequado planejamento e capacitação dos sujeitos envolvidos no processo, a fim de dar suporte à transição para o novo modelo de atenção, o qual incorpora ao modelo *clínico dominante* (ênfase no curativo e no individual), ao *modelo epidemiológico* (ênfase na prevenção/promoção e no coletivo) em busca da efetiva integralidade das ações de saúde. "Esse aspecto, de certa forma, sugeriu uma desresponsabilização dos governos federal e estadual para com as necessidades de saúde da população" (SOUZA, 2003; SILVA, 2000).

No entanto, o acúmulo teórico e prático no que se refere ao enfrentamento das dificuldades aqui destacadas para o processo de descentralização, apontou que a ca-

pacitação, por si só, não implicaria no rompimento com a lógica do antigo sistema, baseado na produtividade “cega”, isto é, descomprometido com as reais necessidades de saúde da população, e que, conseqüentemente, o repasse “frio” de recursos financeiros não asseguraria necessariamente a qualidade e efetividade na atenção básica em todos os municípios, nem seria suficiente para a garantia da universalidade de acesso aos demais níveis de atenção à saúde.

Segundo Silva (2000), atualmente essa modalidade de transferência de recursos fundo a fundo da União para os municípios ultrapassa 60% do total de transferências de recursos federais destinados à assistência. O depósito, efetuado em contas individualizadas específicas dos fundos, é realizado previamente à sua utilização pelo fundo beneficiário.

Entretanto, sua aplicação deve ser realizada conforme o previsto no plano de saúde do Estado, Distrito Federal ou Município<sup>3</sup>, isto é, respeitando a autonomia do ente federado e visando à superação urgente da lógica de pagamento meramente centrado na produtividade para uma lógica centrada na responsabilidade sanitária, ou seja, com base no perfil epidemiológico do município, de forma a garantir a máxima eficácia para esses recursos na plena garantia da atenção à saúde, prevista legalmente aos usuários do SUS.

A municipalização da saúde significou reconhecer a responsabilidade político-sanitária do município pela garantia da atenção universal, integral e de qualidade aos seus cidadãos. A gestão municipal, ao incorporar os sujeitos no processo decisório, permitiu ampliar as possibilidades do poder local interferir no direcionamento das políticas de saúde. Dessa maneira, a participação da comunidade – conselheiros, gestores e usuários – em discussões e debates sobre a saúde por todo o País, está se constituindo em um “grande patrimônio do SUS”. E mais ainda, além de promover a ampliação da consciência dos direitos à saúde, essa abertura para participação popular ativa, informada e propositiva, capaz de interferir positivamente na agenda política local, tem estimulado o controle e a fiscalização dos recursos públicos do setor (SILVA, 2000).

A Norma Operacional de Assistência a Saúde (Noas 01/02) constituiu um importante mecanismo indutor da conformação do novo modelo de atenção à saúde, na medida em que estabeleceu um novo pacto em relação à gestão do sistema, com definições explícitas de compromissos e co-responsabilidades entre gestores, profissionais de saúde e sociedade civil, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços (quadro 1).

<sup>3</sup> As normas que disciplinam essa forma de transferência no âmbito do FNS são a Lei n.º 8.142, de 19 de fevereiro de 1990, regulamentada pelo Decreto n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994.

**Quadro 1. Expectativas de Mudanças no SUS a partir da Implementação da Noas**

Até a Noas	Perspectivas com a Noas
Diversidade de ritmos e processos decisórios	Diversidade de ritmos e processos decisórios
Pouca adesão dos estados	Maior adesão dos estados
Fragmentação da responsabilidade de gestão sobre prestadores	Atribuição unívoca do comando único
Estagnação do volume de recursos financeiros transferidos fundo a fundo	Possibilidade de repasse fundo a fundo de 100% dos recursos financeiros
Barreiras ao acesso	Maior controle sobre as barreiras ao acesso
Fragilidade das estruturas dos órgãos e instrumentos de gestão	Reforço às estruturas de gestão estaduais e municipais (centrais de regulação, cartão nacional de saúde, câmaras de compensação, controle e avaliação)
Pouca resolutividade	Possibilidade de aumento da resolutividade ao melhorar o sistema de referência e incorporar recursos à assistência (básica e no primeiro nível de referência – M1)
Inexistência de sistema de referência e contra-referência	
Ausência de um processo contínuo de avaliação	Início de um sistema de monitoramento e avaliação

Fonte: Noas SUS 01/2002.

### 3.1 REGIONALIZAÇÃO DO SUS NO ESTADO DA BAHIA

Segundo a Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (BAHIA, 2005b), o Estado da Bahia apresenta um território de 567.295,3 Km<sup>2</sup>, correspondente a 6,64% do território brasileiro e a 36,34% da Região Nordeste. Localizada ao sul desta região, a Bahia possui uma população de 13.070.250 habitantes, que representam 7,70% da população brasileira. Estes dados iniciais dão uma idéia da dimensão territorial do Estado, que se reflete nas definições da regionalização do seu território.

**Mapa 1. Localização Geográfica e Correspondência do Estado da Bahia com o Território Brasileiro e a Região Nordeste**



Fonte: [www.mre.gov.br](http://www.mre.gov.br)

Politicamente o estado está dividido em 417 municípios, dos quais 61,92% possuem menos de 20 mil habitantes (BAHIA, 2002b).

O processo de urbanização da Bahia induziu a concentração de uma parcela expressiva da população na Capital (Salvador) – único município do estado com população acima de 500 mil habitantes e a dispersão da população em centenas de centros urbanos de pequeno porte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

O Ministério da Saúde (BAHIA, 2005a), refere que o Estado da Bahia ocupa a 9.<sup>a</sup> posição, dentre os 27 estados brasileiros, em quantitativo de municípios habilitados na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), tanto sob os critérios da NOB 01/96, quanto sob os critérios da Noas 01/01. No estado, o SUS provê e financia a assistência à saúde de 82 % da população, visto que:

apesar dos serviços serem providos tanto por instituições públicas quanto por empresas privadas, o financiamento do SUS é inteiramente público – um mix de impostos e contribuições do seguro social – (BAHIA, 2005a).

Informações da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (BAHIA, 2005a) revelam que a divisão territorial existente na área da Saúde permanece representada pelas diretorias regionais de saúde (Dires) – em número de 30. Entretanto, esta territorialização está sob foco de revisão em virtude do avanço do processo de implantação da descentralização administrativa e regionalização da saúde. Entendendo que a nova regionalização não necessariamente deva coincidir com a das Dires<sup>4</sup>, a Sesab vem avançando na implantação do modelo de regionalização do sistema de saúde do Estado, composto por macrorregiões, microrregiões e unidades assistenciais (KEINERT, 2003).

A disponibilidade de serviços de alta complexidade foi adotada como critério indicativo para a divisão por macrorregiões. A definição das microrregiões se baseou na existência dos procedimentos constantes no anexo 2 de média complexidade da Noas (BRASIL, 2002b), o qual estabelece o elenco de procedimentos que devem ser acrescentados aos da relação atual da atenção básica, financiada pelo Piso da Atenção Básica (PAB). Como critério adicional, a Sesab define que uma microrregião deverá ter em média 250 mil habitantes (BAHIA, 2005a).

Atualmente, o desenho geográfico do Plano Diretor de Regionalização (PDR) se compõe por sete macrorregiões (mapa 2) e 32 microrregiões e seus respectivos municípios-pólo que, de acordo com os pactos estabelecidos pela Programação Pactuada Integrada (PPI), devem atender à demanda de média e parte da alta complexidade de todos os municípios para eles referenciados.

Cabe ao Estado atuar como gestor do Sistema Estadual de Saúde, com função de coordenação e regulação do processo de programação integrada e pela garantia de revisão periódica da PPI e dos tetos financeiros dos municípios.

<sup>4</sup> Não construída sobre a lógica da saúde e, por conseguinte, não reflete o fluxo natural da população e da oferta de serviços, além de não considerar a economia de escala por meio da otimização dos serviços de maior densidade tecnológica – média e alta complexidade.

Mapa 2. Macrorregiões da Bahia, 2003

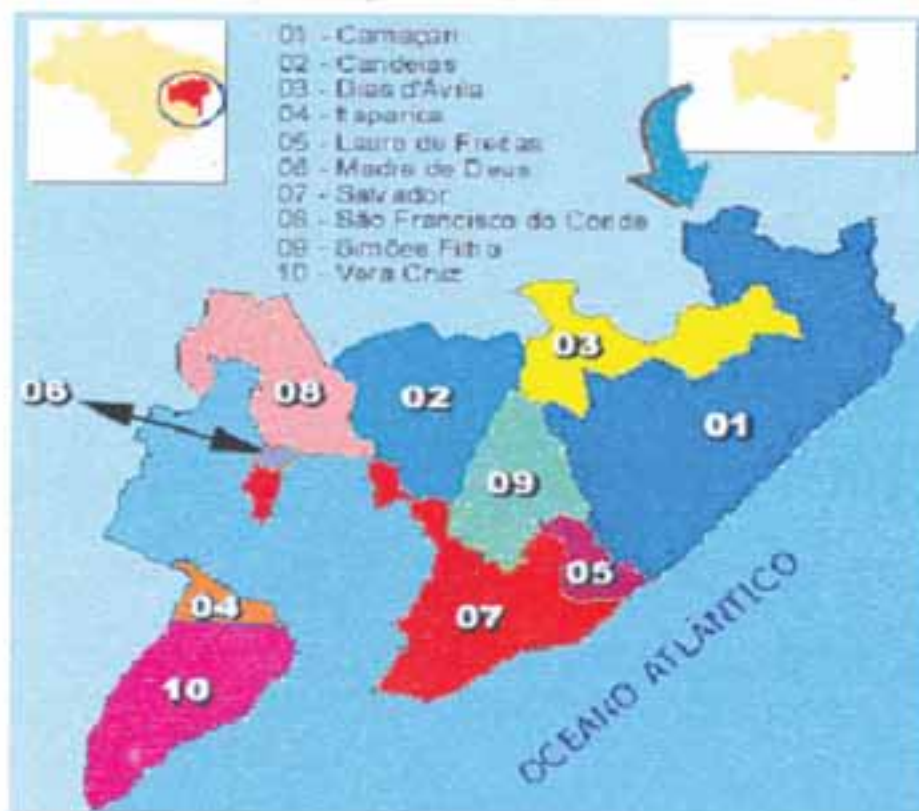


Fonte: IBGE, 2000.

## 4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR (RMS)

A Região Metropolitana de Salvador (RSM) é composta por dez municípios: Camaçari, Candeias, Dias d'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Salvador, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz (mapa 3).

Mapa 3. Municípios que Compõem a RMS



Fonte: Sesab, 2004.

### 4.1 PANORAMA ECONÔMICO DA RMS

A RMS caracteriza-se pela maior concentração industrial e dos investimentos direcionados à Bahia, com uma participação de 63% da produção do Estado e com 21,5% da população baiana. O Centro desse eixo é a Capital, Salvador, terceiro maior núcleo urbano brasileiro, primeiro pólo turístico do Nordeste e segundo do País, reunindo uma avançada infra-estrutura de serviços e os dois mais movimentados portos nordestinos: Aratu e Salvador, principais vias de exportação da produção baiana.

As indústrias química e petroquímica são as atividades econômicas mais importantes da região, respondendo por 35% das exportações estaduais e 50% da produção industrial do estado.

A economia da região está dando início a um novo ciclo de desenvolvimento, deflagrado pela implantação de uma unidade industrial da Ford no Município de Camaçari. O turismo e a indústria cultural também são atividades de grande destaque na composição do perfil econômico dessa região (BAHIA, 2000).

No entanto, na RMS, bem como na Bahia e no Brasil, a baixa renda também é fator importante de exclusão. A pobreza gerada pela injusta distribuição de renda é um dos fatores que muito contribuem para a deterioração da saúde da população. Na RMS, cerca de 45 % das famílias com crianças de 0 a 14 anos de idade, sobrevivem com renda mensal *per capita* menor que meio salário mínimo (BAHIA, 2004).

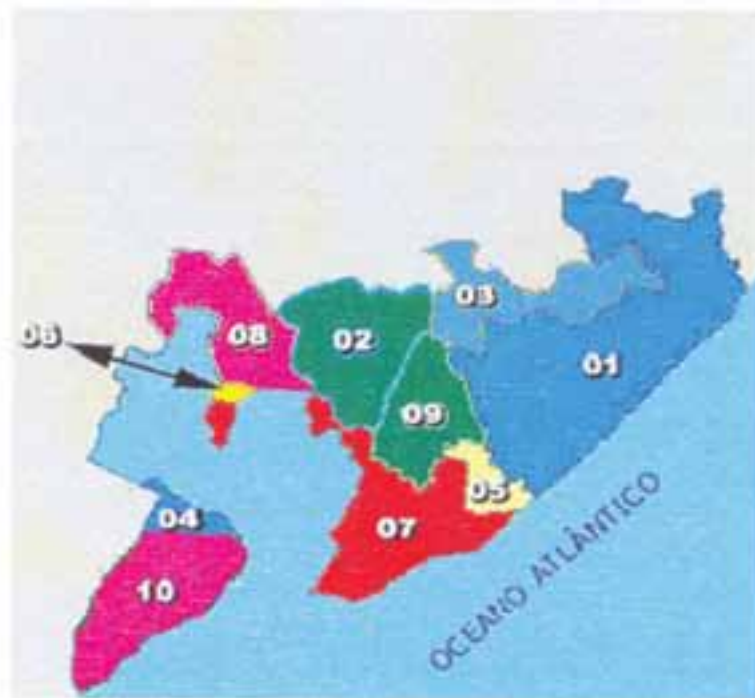
## 4.2 INDICADORES DEMOGRÁFICOS DA RMS

Os indicadores demográficos constituem um panorama importante por permitirem uma visão geral da população residente, facilitando a construção de outros indicadores necessários à tomada de decisão e às intervenções em saúde na RMS.

### • Principais Características da População Residente na RMS

Na RMS (mapa 4) existe um grande contingente populacional em Salvador, Camaçari e Lauro de Freitas, municípios com população superior a 100 mil habitantes. A análise da densidade demográfica reforça a concentração populacional, com valores que atingem índices superiores a 1.000 hab./km<sup>2</sup>, também nos municípios de Salvador (capital do estado) e Lauro de Freitas (que ocupa o 3.º lugar entre os municípios mais industrializados do estado e registra um crescimento na instalação de novas empresas), acrescentados por Madre de Deus (município de grande importância econômica, por abrigar o terminal marítimo da Petrobras, com facilidade de acesso ao continente por meio de uma ponte).

Mapa 4. Densidade Populacional da RMS (2000)



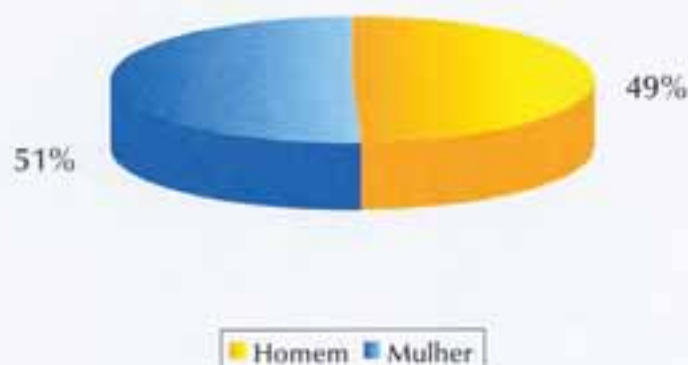
Fonte: IBGE, Estimativas da população 2000.

#### Densidade Populacional (Hab/Km<sup>2</sup>)

Estado da Bahia = 23,15		Municípios RMS/BA		População Total (2000)
<span style="color: red;">■</span>	3.443,42	<span style="color: blue;">■</span> 1	Camaçari	161.727 hab.
<span style="color: yellow;">■</span>	Entre 1.075 e 1.900	<span style="color: green;">■</span> 2	Candeias	76.783 hab.
<span style="color: blue;">■</span>	Entre 280 e 490	<span style="color: blue;">■</span> 3	Dias d'Ávila	45.333 hab.
<span style="color: lightblue;">■</span>	Entre 110 e 218	<span style="color: blue;">■</span> 4	Itaparica	18.945 hab.
<span style="color: pink;">■</span>	Entre 62 e 99	<span style="color: yellow;">■</span> 5	Lauro de Freitas	113.543 hab.
		<span style="color: green;">■</span> 6	Madre de Deus	12.085 hab.
		<span style="color: red;">■</span> 7	Salvador	2.443.107 hab.
		<span style="color: pink;">■</span> 8	São Francisco do Conde	26.282 hab.
		<span style="color: green;">■</span> 9	Simões Filho	94.066 hab.
		<span style="color: pink;">■</span> 10	Vera Cruz	29.750 hab.

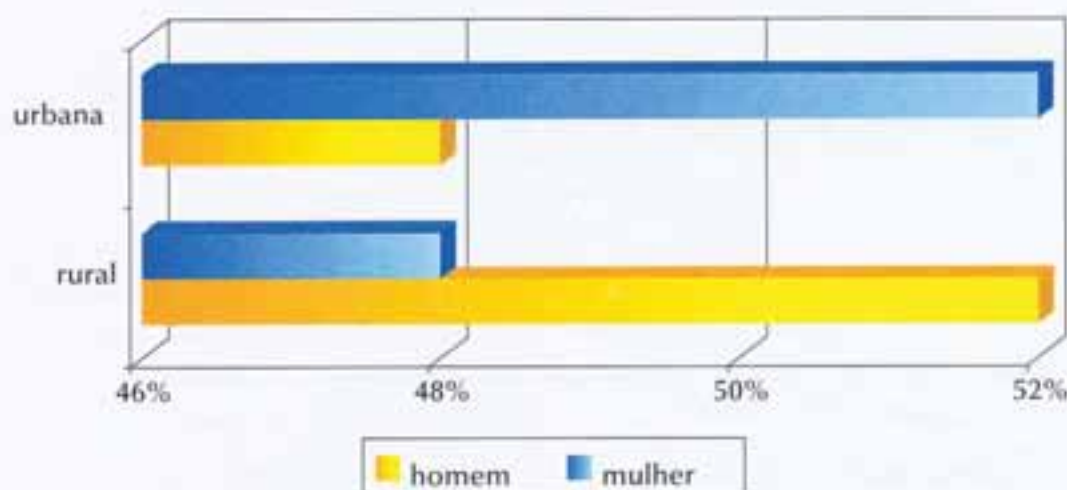
Os gráficos 1 e 2 ressaltam a estabilidade da distribuição por sexo e seu relativo equilíbrio, com ligeira predominância masculina (51% contra 49% de mulheres no ano 2000), porém com uma clara inversão na distribuição entre as regiões urbana e rural (aproximadamente 52% e 48% mulheres contra 48% e 52% homens, respectivamente).

**Gráfico 1. Proporção da População Residente, segundo Sexo – RMS – BA, 2000**



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

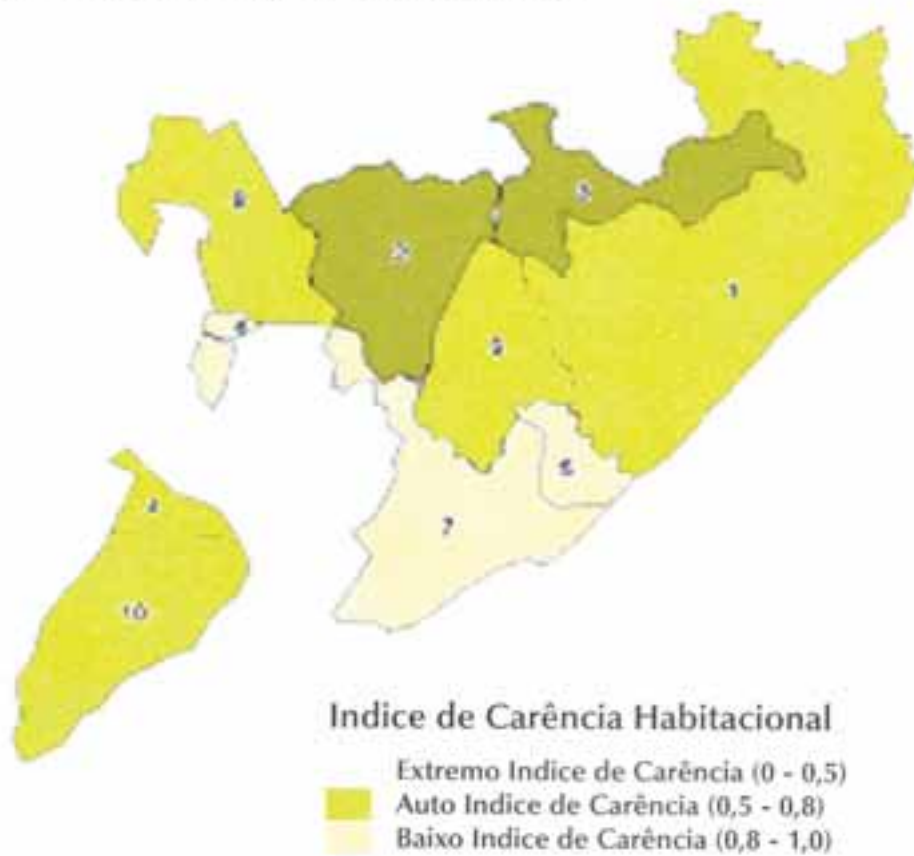
**Gráfico 2. Percentual da População, segundo Situação do Município e Sexo na RMS – Bahia, 2000**



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

A condição primordial de se ter saúde é a construção de um teto para cada cidadão. Um teto que represente um abrigo e a construção de um lar de acordo com seus desejos, valores e necessidades. Ambientes salubres, espaços tecnicamente construídos, onde o indivíduo obtenha a elevação da auto-estima e a realização de seu desejo enquanto cidadão, merecedor da sua cidadania. A melhoria da qualidade de vida dos moradores está intimamente ligada ao espaço em que habitam. Este espaço deve apresentar requisitos mínimos para serem considerados habitáveis.

Figura 1. Mapa do Índice de Carência Habitacional na Região Metropolitana de Salvador (2000)



No entanto, na figura 1 observa-se que apenas três municípios da RMS (Salvador, Lauro de Freitas e Madre de Deus) apresentam baixo índice de carência habitacional – ICH<sup>1</sup> (0,8 a 1,0), enquanto os municípios de Candeias e Dias d'Ávila oferecem as piores condições de habitabilidade aos seus cidadãos.

#### • Cor ou Raça

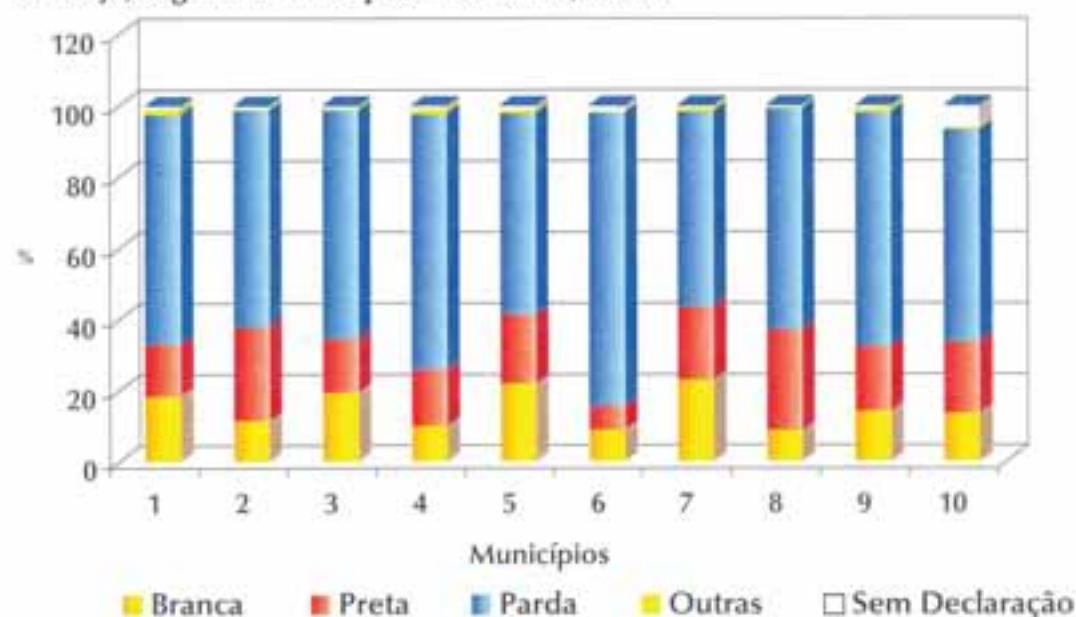
No Estado da Bahia os afrodescendentes representam 73,2% da população. No gráfico 3 observa-se que este percentual se acentua na população da RMS (82,7%), particularmente no Município de Madre de Deus, onde negros e pardos representam 90% da população local (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

De acordo com levantamentos desenvolvidos no Brasil por diferentes agências (IBGE, FGV e Dieese), na última década, as desigualdades sociais aumentaram no Brasil e, em muitos espaços, deteriorou-se a qualidade de vida, particularmente dos

<sup>1</sup> O ICH é um índice que tenta dar alguma noção sobre a oferta de serviços elementares de saneamento básico, oferecendo a possibilidade de vislumbrar a dimensão das carências na habitabilidade de pessoas nos municípios. As variáveis que tratam da oferta dos serviços de infra-estrutura básica oferecidos nos domicílios se resumem a: tipo de abastecimento de água nos domicílios particulares permanentes; presença de banheiro ou sanitário nos domicílios particulares permanentes e o tipo de esgoto disponível e, por fim, o destino do lixo dos domicílios particulares permanentes (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO; FEDERAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA ASSISTÊNCIA SOCIAL E EDUCACIONAL, 2000).

negros. Nesse sentido, justifica-se a extrema necessidade de que a essa majoritária parcela da população baiana, especialmente da RMS, sejam ofertados serviços e ações de saúde voltados ao enfrentamento de seus problemas de saúde, muitos dos quais relacionados com deficiências e distúrbios nutricionais, uma vez que as políticas oficiais de saúde aí aplicadas não têm se mostrado eficazes.

**Gráfico 3. Percentual da População Residente por Cor ou Raça, segundo Municípios – RMS/BA, 2000**



Fonte: IBGE, 2000.

Municípios RMS/BA	
1	Camaçari
2	Candeias
3	Dias d'Ávila
4	Itaparica
5	Lauro de Freitas
6	Madre de Deus
7	Salvador
8	São Francisco do Conde
9	Simões Filho
10	Vera Cruz

Segundo Guimarães (2004):

[...] as populações preta e parda, apesar de representarem respectivamente 20,4% e 54,8% da população soteropolitana no ano de 2000, estavam bastante sub-representadas nas mais diversas profissões de nível superior, que gozam de melhores condições de trabalho e maiores níveis de remuneração. De fato, 76,0% dos advogados, 72,5% dos cirurgiões-dentistas, 71,3% dos médicos, 66,2% dos administradores, e 62,8% dos professores do ensino superior eram de cor ou raça branca. Mesmo tratando-se de ocupações de nível superior, os diferenciais de rendimento inter-raciais prevalecem em praticamente todas as ocupações. Entre os médicos, o rendimento médio dos profissionais brancos (R\$ 3.521,79) era cerca de 86,5% superior ao dos pretos (R\$ 1.888,34) e 12,9% superior em relação aos pardos (R\$ 3.119,22).

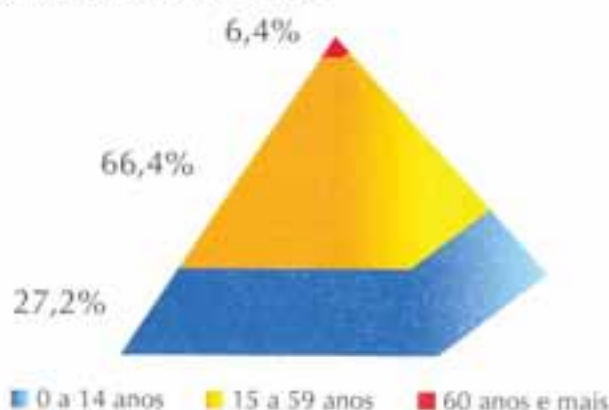
#### • O processo de envelhecimento da população na RMS

Segundo as estimativas do IBGE, atualmente, 8,6% da população brasileira tem mais de 60 anos. No Estado da Bahia, este número é de 8,25 %, ou seja, bem próximo à média nacional.

Com relação à distribuição da população por faixa etária, o gráfico 4 demonstra que há uma relativa proporcionalidade entre os municípios da RMS, expressando um aumento constante do grupo da terceira idade (60 e mais anos), particularmente nos municípios de Vera Cruz e Itaparica que concentram os maiores percentuais de idosos da região (7,69% e 7,47%, respectivamente).

Por outro lado, Madre de Deus e Salvador concentram os menores percentuais de crianças com menos de 5 anos de idade – 11,40% e 10,24%, respectivamente – (BAHIA, 2004; BRASIL 2005b).

**Gráfico 4. Proporção da População Residente por Grandes Grupos Etários na RMS – 2000**



Fonte: SEI, 2005.

Com essa nova dinâmica populacional, consequência da denominada transição demográfica, esse contingente gradativamente volumoso de pessoas idosas, apresenta uma forte demanda para o setor Saúde, principalmente em função do quadro de doenças crônico-degenerativas.

- **Fecundidade: Mudanças no Comportamento Reprodutivo das Mulheres na RMS**

Com a crescente participação da mulher no mercado de trabalho e difusão de métodos contraceptivos, a taxa de fecundidade total no Brasil (média de filhos por mulher brasileira em idade reprodutiva – 15 a 49 anos), sofreu uma severa redução, refletida no Estado da Bahia e em todos os municípios da RMS (Tabela 1), com destaque para os municípios de Simões Filho, Dias d'Ávila e Vera Cruz, que refletiram uma redução de 35%, 33% e 32%, respectivamente.

**Tabela 1. Taxa de Fecundidade Total segundo Municípios RMS, Bahia e Brasil, 1991 e 2000**

Municípios	1991	2000
Camaçari	2,99	2,23
Candeias	2,99	2,23
Dias d'Ávila	3,5	2,33
Itaparica	3,24	2,76
Lauro de Freitas	3,28	2,69
Madre de Deus	2,7	2,2
Salvador	2,12	1,69
São Francisco do Conde	3,44	2,51
Simões Filho	3,38	2,2
Vera Cruz	4,01	2,74
<b>RMS (Média)</b>	<b>3,2</b>	<b>2,4</b>
<b>Bahia</b>	<b>3,3</b>	<b>2,3</b>
<b>Brasil</b>	<b>2,9</b>	<b>2,4</b>

Fonte: MS, 2004; IBGE, 2000.

Em 2003, de 48,3 milhões de mulheres brasileiras em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos de idade), 63% tinham pelo menos um filho, enquanto no Estado da Bahia essa proporção foi de 45% (1,3 milhões de mulheres em idade reprodutiva), sendo que destas, 27% residentes na RMS.

A tabela 2 revela que entre mães de 10 a 14 anos de idade, as maiores proporções de nascidos vivos na RMS foram observadas em Candeias (1,5%) e Simões Filho (1,3%). Por outro lado, o município que apresentou menor proporção foi São Francisco do Conde (0,4%).

**Tabela 2. Informações sobre Taxa de Fecundidade em Mulheres Adolescentes nos Municípios da RMS – 2000**

Municípios	% de mães de 10-19 anos	% de mães de 10-14 anos
Camaçari	27,4	0,7
Candeias	26,9	1,5
Dias d'Ávila	26,5	0,9
Itaparica	28,8	0,6
Lauro de Freitas	23,8	0,7
Madre de Deus	26,1	S/inf.
Salvador	22,4	0,8
S. Francisco do Conde	28,6	0,4
Simões Filho	28,1	1,3
Vera Cruz	24,7	0,6

Fonte: Datasus/MS, 2005.

#### • Escolaridade

Muitas pesquisas demográficas têm demonstrado a correlação das condições socioeconômicas das mães em análises de fecundidade. A associação da variável escolaridade materna com a gestação tem sido amplamente relatada, já que expressa a situação socioeconômica e, particularmente na RMS se destaca pelas mais altas diferenças por cor – Tabela 3 (MELLO JORGE, 1993; RIO DE JANEIRO, 1997).

**Tabela 3. Taxa de Analfabetismo das Pessoas de 15 anos ou Mais de Idade, por Cor, segundo o Brasil, o Estado da Bahia e a RMS – 2003**

Referência	Taxa de Analfabetismo %				Taxa de Analfabetismo Funcional %*			
	Total	Cor			Total	Cor		
		Branca	Preta	Parda		Branca	Preta	Parda
<b>Brasil</b>	11,6	2,1	16,9	16,8	24,8	18,4	32,1	32,5
<b>Bahia</b>	21,4	17,8	22,5	22,4	39,3	33,8	38,1	41,5
<b>RMS</b>	7,1	4,1	9,5	7,0	17,7	10,4	21,9	18,4

Fonte: Síntese de Indicadores Sociais/IBGE – 2004.

\* Segundo critério estabelecido pelo IBGE, são analfabetos funcionais as pessoas com menos de quatro anos de escolaridade.

Quanto à esperança de vida ao nascer, a tabela 4 também demonstra um processo homogêneo entre os municípios da RMS, com exceção de Salvador, que apresentou menor ganho em anos de vida (1,69). Observa-se também que, apesar das maiores reduções na taxa de fecundidade total, verificadas nos municípios de Simões Filho e Dias d'Ávila, não se verificou reflexo em maiores ganhos em anos de vida.

**Tabela 4. Esperança de Vida ao Nascer segundo Municípios RMS, e Brasil, 1991 e 2000**

Municípios	1991	2000	Ganhos na esperança de vida ao nascer
Camaçari	60,18	67,45	7,27
Candeias	58,49	66,06	7,57
Dias d'Ávila	60,47	67,93	6,87
Itaparica	61,06	66,34	4,83
Lauro de Freitas	61,51	66,62	5,11
Madre de Deus	61,76	67,45	5,69
Salvador	65,73	69,64	3,91
São Francisco do Conde	60,59	66,34	5,75
Simões Filho	63,13	66,62	3,49
Vera Cruz	61,27	66,34	5,07
<b>RMS (Média)</b>	<b>61,4</b>	<b>67,1</b>	<b>5,7</b>
<b>Brasil</b>	<b>67,0</b>	<b>69,4</b>	<b>2,4</b>

Fonte: MS, 2004; IBGE, 2000.

#### • Desigualdade de Renda

Na RMS, bem como na Bahia e no Brasil, a baixa renda é um fator importante de exclusão. A pobreza gerada pela injusta distribuição de renda é um dos fatores que muito contribuem para a deterioração da saúde da população. Na RMS, cerca de 45% das famílias com crianças de 0 a 14 anos de idade sobrevivem com a renda mensal *per capita* menor que meio salário mínimo (BAHIA, 2004).

Os dados apresentados na tabela 5 revelam que os municípios de Lauro de Freitas, Madre de Deus, Salvador e Simões Filho apresentaram redução do percentual de indigentes no período. Houve também redução do percentual de pobres em todos os municípios da RMS, com exceção de Camaçari, que registrou um aumento de 1,65% em relação à população local, o que significa dizer que 2.913 pessoas passaram a engrossar o contingente de habitantes de Camaçari que não dispõem de renda para cobrir as despesas com suas necessidades básicas (alimentação, moradia, vestuário, transporte, etc.).

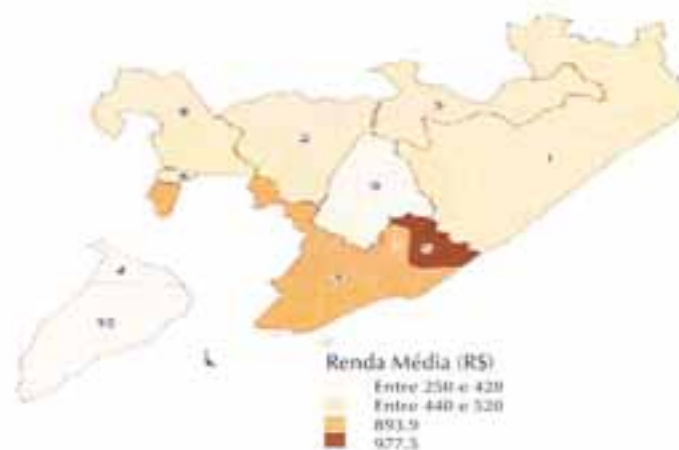
Tabela 5. Indicadores de Pobreza, 1991 e 2000, nos Municípios da RMS

Municípios	% de indigentes* 1991	% de indigentes* 2000	% de pobres* 1991	% de pobres* 2000
Camaçari	18,56	21,25	44,52	46,17
Candeias	27,44	23,69	50,84	43,78
Dias d'Ávila	25,61	24,18	46,89	44,22
Itaparica	43,17	26,94	69,74	54,72
Lauro de Freitas	20,1	17,01	46,9	36,24
Madre de Deus	21,8	15,1	50,24	42,97
Salvador	14,98	13,45	35,28	30,7
S. Fco Conde	41,18	32,81	69,72	55,48
Simões Filho	25,31	24,07	52,81	47,5
Vera Cruz	37,17	32,96	65,55	58,64
RMS	27,5	23,1	53,2	46,0

Fonte: MS, 2004; IBGE, 2000.

Para estabelecer essa diferença, os estatísticos trabalham com duas "linhas", definidas a partir da renda das famílias. Abaixo da "linha de pobreza" estão aquelas famílias cuja renda não é suficiente para cobrir os gastos elementares com alimentação, moradia, transporte e vestuário. Abaixo da "linha de miséria", ou indigência, estão aquelas famílias cuja renda é insuficiente para assegurar até mesmo o mínimo necessário para a alimentação.

Figura 2. Mapa da Distribuição de Renda na Região Metropolitana de Salvador (2000)



Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000

A figura 2 demonstra que a mais alta renda média mensal (R\$ 977,5) foi registrada no Município de Lauro de Freitas<sup>6</sup>.

Segundo Dias (2004), a atividade predominante da população ocupada no município em 1970 estava trabalhando no setor primário (28,4% da população economicamente ativa – PEA) e pelo resultado do último censo demográfico, menos de 3% dos habitantes de Lauro de Freitas ocupavam-se com agricultura, enquanto 64% dos moradores se deslocou do setor primário para o secundário (serviços e comércio).

Entretanto, como já pontuado nesta publicação, alguns importantes aspectos das desigualdades raciais também estão presentes no mercado de trabalho da Região Metropolitana e do Município de Salvador.

Segundo Guimarães (2004), que utilizou em seu estudo os dados da Pnad e do Censo Demográfico 2000, do IBGE, a RMS/BA apresenta “o mais contundente nível de desigualdade racial laboral do País entre trabalhadores brancos e pretos ou pardos” e coloca esse fato como um “grande desafio no âmbito das políticas públicas”, visto que essa região concentra as maiores proporções de pretos e pardos do todo o País.

[...] as populações preta e parda, apesar de representarem respectivamente 20,4% e 54,8% da população soteropolitana no ano de 2000, estavam bastante sub-representadas nas mais diversas profissões de nível superior, que gozam de melhores condições de trabalho e maiores níveis de remuneração. De fato, 76,0% dos advogados, 72,5% dos cirurgiões-dentistas, 71,3% dos médicos, 66,2% dos administradores, e 62,8% dos professores do ensino superior eram de cor ou raça branca. Mesmo tratando-se de ocupações de nível superior, os diferenciais de rendimento inter-raciais prevalecem em praticamente todas as ocupações. Entre os médicos, o rendimento médio dos profissionais brancos (R\$ 3.521,79) era cerca de 86,5% superior ao dos pretos (R\$ 1.888,34) e 12,9% superior em relação aos pardos (R\$ 3.119,22). (GUIMARÃES, 2004, p. 162).

#### • Condições de Saneamento

A pesquisa divulgada em abril de 2004 pelo IBGE revelou que Salvador e região metropolitana têm o melhor saneamento entre as RMS do Norte/Nordeste. Na mais recente Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad), a RMS atingiu índice de 78,4%.

Segundo informações do governo do Estado da Bahia (RMS..., 2004), o alto índice de saneamento registrado na RMS tem como principal fator o desenvolvimento do

<sup>6</sup> Gantois apud Dias (2004), verificou que, na década de 90, as políticas de incentivos fiscais do Estado da Bahia beneficiaram o Município de Lauro de Freitas, uma vez que despertando a atração da indústria de plásticos, trouxe como consequência a fixação de residência de seus funcionários para a na orla oceânica do município. O mesmo ocorrendo em relação a funcionários de outras empresas de grande porte (Ford, CIA e Copec) que estavam se instalando em municípios vizinhos (Centro Industrial de Aratu – CIA – em Simões Filho e o Complexo Petroquímico de Camaçari – Copec – e a Ford/Complexo Amazoni), ambas instaladas no município de Camaçari.

Programa Bahia Azul, que começou a ser executado pelo estado em 1995 e beneficia a capital e 11 cidades do entorno da Baía de Todos os Santos.

Quando o Bahia Azul começou, Salvador possuía 16% de cobertura na área de saneamento. A cidade conta hoje com cobertura próxima de 70% e tem a meta de, até o final do programa, atender a 80% do município. As comunidades da periferia que sofriam com o esgoto a céu aberto são as mais atendidas pelo Bahia Azul. A melhoria nos índices de cobertura traz benefícios diretos, como a elevação das condições de saúde pública.

Além do saneamento, as ações do Bahia Azul envolvem as áreas de abastecimento de água, resíduos sólidos (coleta, transporte e disposição final do lixo urbano em cinco aterros sanitários), educação ambiental, controle de efluentes industriais, a despoluição das praias do Farol da Barra ao subúrbio ferroviário e a melhoria da qualidade das águas da Baía de Todos os Santos.

## 5 SITUAÇÃO DE SAÚDE NA RMS

Este caderno não tem a pretensão de descrever uma análise completa da situação de saúde da RMS. Seu objetivo é apresentar as doenças mais comuns (perfil de morbidade) e as principais causas de morte da população (perfil de mortalidade) e, com isso, poder contribuir para o debate das questões de saúde pública da região. Incorpora-se, ainda, uma análise dos dados de procedimentos de média e alta complexidade e infra-estrutura dos serviços de saúde.

Inicialmente é necessário conhecer a natalidade da região, ou seja, quantos bebês nascem a cada ano.

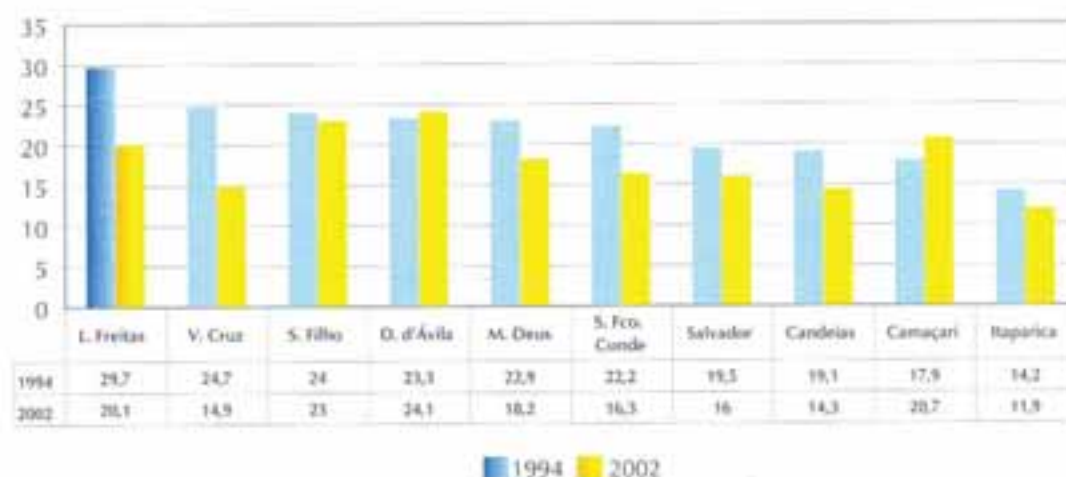
### • Natalidade

A taxa de natalidade (TN) indica o número de nascidos vivos, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, 2005a).

No Brasil, essa taxa vem diminuindo principalmente entre as famílias de renda mais alta. Nas regiões brasileiras com maior nível de desenvolvimento econômico a TN é menor, embora, a partir da década de 80, tenha apresentado um declínio dos nascimentos também em classes mais pobres e com menor grau de escolaridade.

De acordo com o gráfico 5, observa-se que a tendência de redução da TN foi confirmada em oito dos dez municípios da RMS, nos anos de 1994 e 2002. As exceções ficaram por conta dos municípios de Dias d'Ávila e Camaçari.

Gráfico 5. Taxa Bruta de Natalidade – RMS – 1994 e 2002



Fonte: Datavus, 2005.

- **Mortalidade Geral**

A análise da evolução da mortalidade permite acompanhar as mudanças na distribuição das causas de morte em certos grupos populacionais.

Nas últimas décadas, o Brasil tem experimentado grandes alterações na ordem de importância entre os principais grupos de causas, com destaque para a redução das mortes por doenças infecto-parasitárias em contraposição ao aumento por doenças do aparelho circulatório (DAC), neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório.

Apesar da redução significativa da participação do grupo de doenças transmissíveis no perfil da mortalidade do nosso País, ainda há um impacto importante sobre a morbidade, principalmente por aquelas doenças para as quais não se dispõe de mecanismos eficazes de prevenção e/ou que apresentam uma estreita associação com causas ambientais, sociais, sanitárias e econômicas.

Doenças "antigas" ressurgem com outras características e doenças "novas" disseminam-se com uma velocidade impensável há algumas décadas.

## 5.1 HANSENÍASE

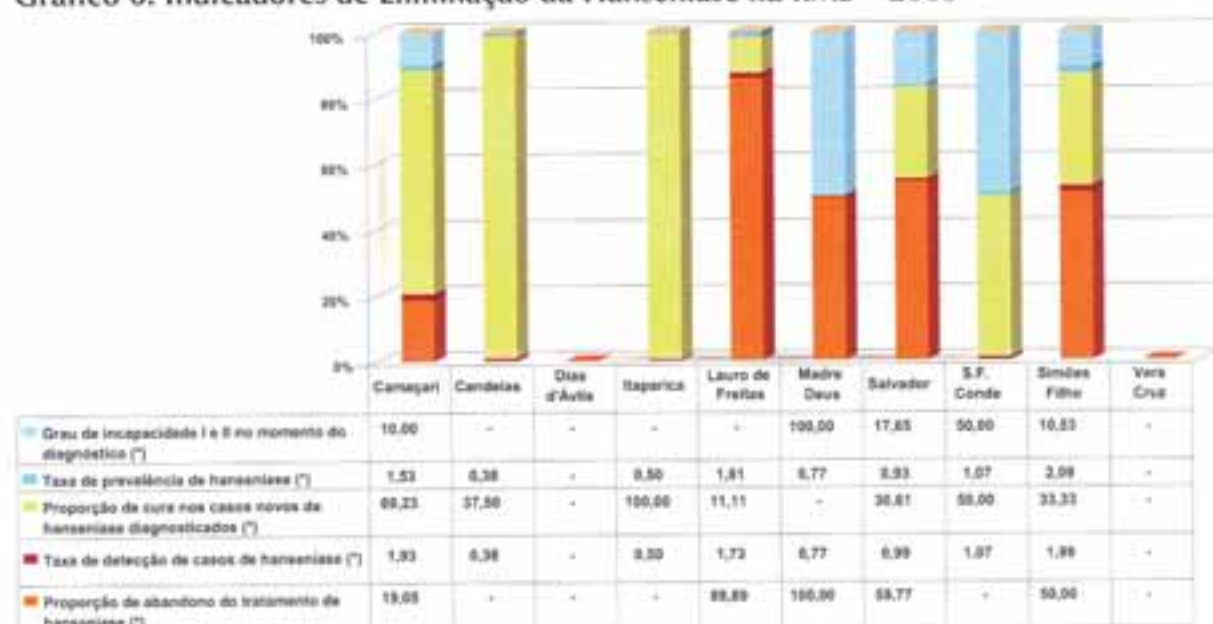
O Brasil detém o segundo maior número de casos de hanseníase – primeiro nas Américas, com a prevalência de 77.558 casos (4,44/10 mil habitantes). O País assumiu o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o final de 2005, o que significa alcançar a taxa de prevalência de menos de um paciente por 10 mil habitantes.

No Brasil, a prevalência em 2003 foi de 4,52 por 10 mil habitantes (BRASIL, [1997?]). Houve progressos no combate à hanseníase, mas o Brasil é o país com maior prevalência da doença no mundo e o segundo maior em número de casos.

Em 2001, a prevalência no Estado da Bahia foi de 4,36 por 10 mil habitantes e a prevalência na RMS foi de 0,91 por 10 mil habitantes (BRASIL, 2005a).

A estratégia para alcançar a prevalência de 1/10 mil habitantes está concentrada na integração com a atenção básica de maneira a tornar mais acessível o diagnóstico e o tratamento, impedindo a manutenção da cadeia de transmissão de pessoa a pessoa.

Gráfico 6. Indicadores de Eliminação da Hanseníase na RMS – 2003



Fonte: Sesab/DICS/Sinan.

(\*) Dados elaborados até março de 2004, sujeitos à modificação até a consolidação do Banco de Dados Nacional do Sinan. Não há informações disponíveis sobre os municípios de Dias D'Ávila e Vera Cruz, para o ano de 2003, assim como para o Estado da Ilhéus e o Brasil, exceto informações pontuais que não permitiram comparação neste gráfico.

## 5.2 TUBERCULOSE

As metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro são de descobrir 70% dos casos de tuberculose estimados e curá-los em 85%. A tuberculose ainda é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. Está intimamente ligada à pobreza e à má distribuição de renda, além do estigma que implica na não adesão dos portadores e/ou familiares/contactantes.

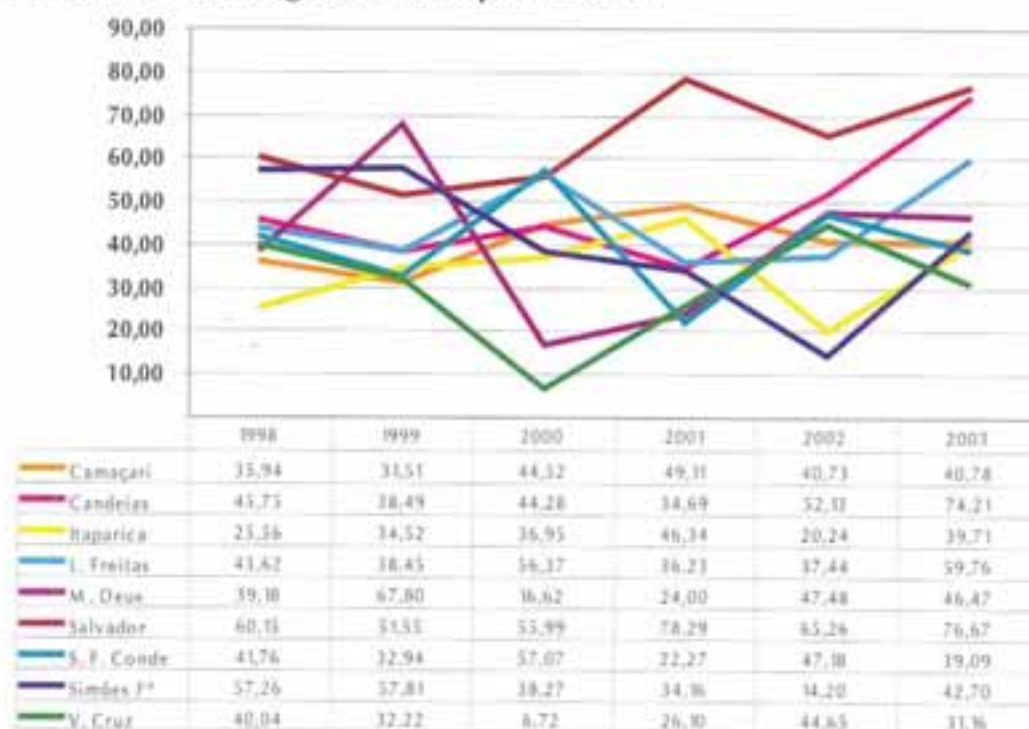
O surgimento da epidemia de aids e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistentes agravam ainda mais o problema da doença no mundo. Segundo os critérios da OMS, o País está entre os 22 de maior carga de tuberculose no mundo. Atinge principalmente a população em idade mais produtiva e com piores condições socioeconômicas, influenciando negativamente na vida pessoal e familiar do doente. (BRASIL, 2005d).

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde detectou lenta redução na incidência da tuberculose: caiu de 51,8 para 44,6 a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2004b).

No ano de 2002, a estimativa da OMS para o País foi de 124 mil casos novos por ano, causando 6 mil óbitos pela doença. É importante registrar que associação com a aids tem impulsionado seu crescimento em todo o mundo. No Brasil, cerca de 25,5% dos casos de aids apresentam a tuberculose como doença associada.

No Estado da Bahia, particularmente na RMS, a taxa de incidência da tuberculose apresenta alta expressividade: 47,67 a cada 100 mil habitantes e 97,67 a cada 100 mil habitantes, respectivamente (BRASIL, 2005c). No gráfico 7, pode-se observar que, em praticamente todos os municípios da RMS, houve uma elevação da taxa de incidência de TB pulmonar, no período de 1998 a 2003.

**Gráfico 7. Série Histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose Pulmonar Positiva, segundo Municípios da RMS\***



\* Por falta de informações, o Município de Dias d'Ávila não foi considerado neste gráfico.

Fonte: Sesab/DICS/SIM.

No entanto, o gráfico 8 aponta um movimento inverso, isto é, decrescente da taxa de mortalidade por tuberculose, tanto no Estado da Bahia, quanto em quase toda a RMS, com exceção do Município de Vera Cruz que quadruplicou em 2003, o valor da taxa de 2002.

Acredita-se que esse panorama seja resultado das ações do Programa Nacional de Combate à Tuberculose (PCNT), que foram estendidas a todos os serviços do SUS, visando à integração do PCNT à atenção básica (incluindo PACS e PSF), para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento.

Além da adoção da estratégia do tratamento supervisionado<sup>7</sup>, o PNCT enfatiza a necessidade do envolvimento de organizações não-governamentais (ONGs) e de

<sup>7</sup> Tratamento supervisionado: é um dos cinco elementos que compõem a estratégia Dots, recomendada pela OMS, quais sejam: vontade política, garantia da baciloscopia, aquisição e distribuição regular de medicamentos, tratamento diretamente observado e regular sistema de informação.

parcerias com organismos nacionais (universidades, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e internacionais de combate à tuberculose.

**Gráfico 8. Séries Históricas da Taxa de Mortalidade por Tuberculose, na Bahia e Municípios da RMS**



Fonte: Sesab/DICS/SIM.

Deve-se ter em conta que:

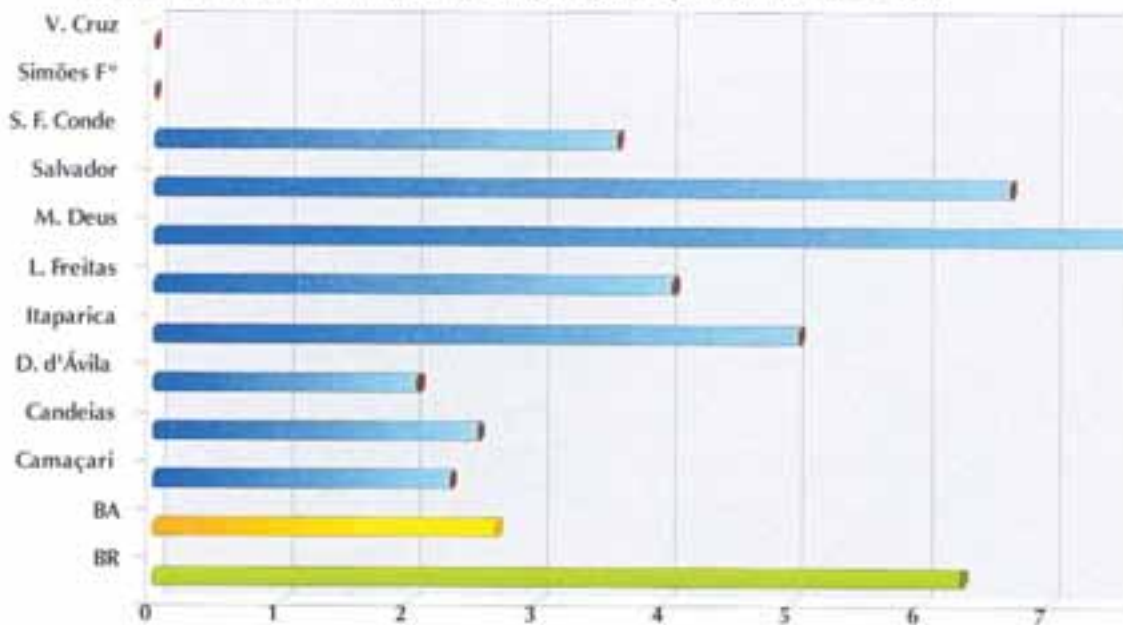
a tuberculose é uma doença velha que precisa urgentemente de um novo olhar. Um olhar capaz de enfrentar tabus e preconceitos, trazer novas alternativas de controle e, acima de tudo, ser capaz de resgatar profissionais e pacientes que estão investidos de uma cultura estigmatizante e perpetuadora de mazelas incalculáveis para a nossa saúde (BRASIL, 2002a).

### 5.3 AIDS

Os dados revelam que a epidemia de aids no Brasil está em um processo de estabilização, embora em patamares elevados, tendo sido diagnosticado, em 2003, um total de 32.247 casos novos com uma taxa de 18,2 casos por 100 mil habitantes.

Desde o início da década de 80 até setembro de 2003, o Ministério da Saúde notificou 277.154 casos de aids no Brasil. Desse total, 197.340 foram verificados em homens e 79.814 em mulheres. No ano de 2003, dos 589 casos de aids registrados no Estado da Bahia, 334 casos (56%) foram registrados na RMS.

Gráfico 9. Coeficiente de Mortalidade – Aids, (por 100 Mil Habitantes), no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002

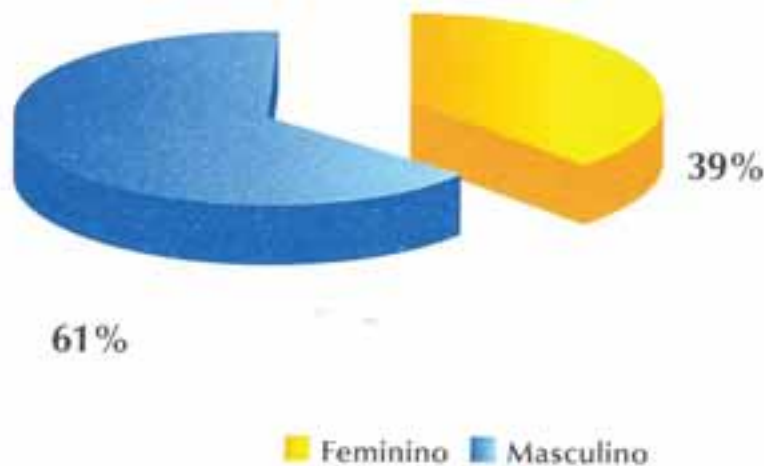


	BR	BA	Camaçari	Candeias	Dias d'Ávila	Itaparica	Lauro Freitas	Madre de Deus	Salvador	S. F. Conde	Simões Filho
Aids	6,330421	2,687052	2,327706	2,543073	2,070651	5,059961	4,069772	7,913097	6,705006	3,629105	0

Fonte: Sinan (dados consolidados até 30/6/2004).

Seguindo a tendência brasileira, a doença na RMS vem atingindo também, de maneira importante, o sexo feminino e os heterossexuais (gráficos 10 e tabela 6).

Gráfico 10. Casos de Aids segundo Sexo na RMS 2003



Fonte: Sinan (dados consolidados até 30/6/2004).

**Tabela 6. Casos de Aids por Categoria de Exposição Não Hierárquica, segundo RMS, 2003**

Homossexual	Bissexual	Heterossexual	Heterossexual c/ parceiro de risco indefinido	Drogas	Drogas/Heterossexual	Perinatal	Ign./Siman	Ign./Siscel
7	3	15	9	4	1	3	5	287

Fonte: Siman (dados consolidados até 30/6/2004).

#### 5.4 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO-TRANSMISSÍVEIS (DANT)

Entre os grandes grupos de causas de mortalidade proporcional (todas as idades), as doenças do aparelho circulatório são as mais expressivas na RMS, seguidas pelas causas externas e doenças do aparelho respiratório (gráfico 11).

**Gráfico 11. Mortalidade Proporcional na RMS – 2002**



Fonte: Datasus/MS, 2005.

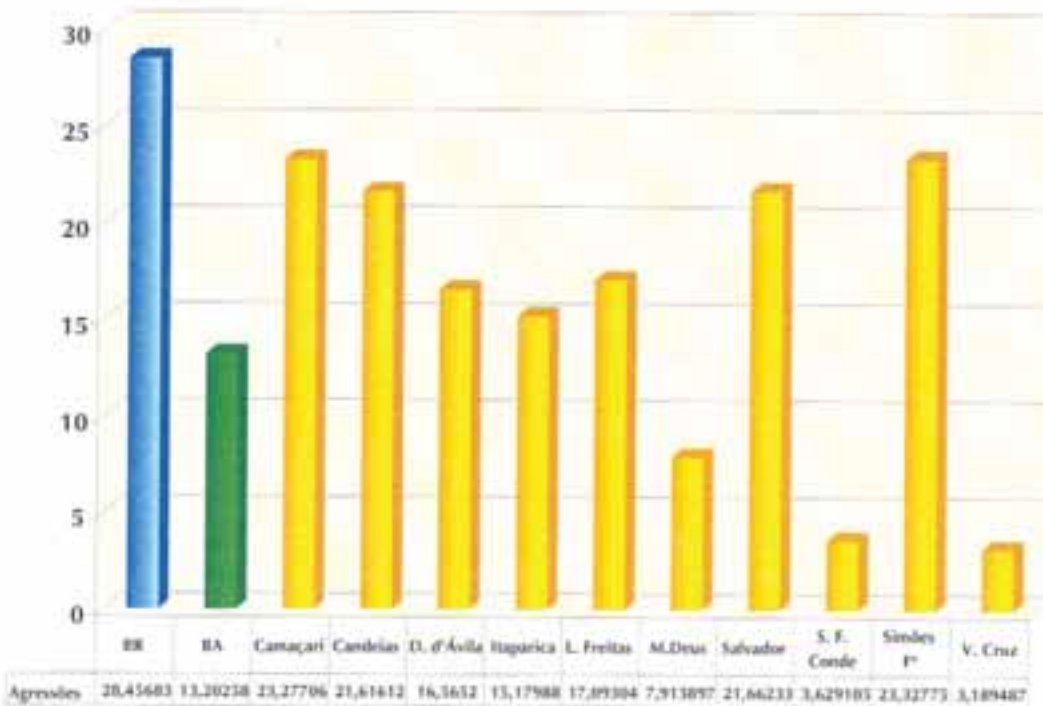
Entretanto, ao analisar município a município, observa-se importantes diferenças. Segundo Minayo (1994), *“a violência não é um problema específico da área da Saúde. No entanto, ela afeta a saúde”*.

Desde o final da década de 80, em decorrência do aumento muito expressivo de mortes e traumas ocorridos por causas violentas no Brasil, bem como no mundo, a violência foi incluída no grupo de causas externas de mortalidade. Entretanto, no caso do Brasil, a maioria das mortes assim classificadas são os acidentes de trânsito e os homicídios, sendo estes últimos os que mais se elevaram nos últimos anos.

As regiões metropolitanas do País concentram maior proporção da mortalidade por violência por todas as causas (homicídios, acidentes e suicídios) e em todas as faixas etárias, porém com maior expressividade na faixa etária de 15 a 24 anos, o que se traduz em muitas mortes precoces.

No Estado da Bahia, dados do "Mapa da Violência II", citado por Baptista (2001), demonstram que, do total de causas externas de morbidade e mortalidade entre os jovens de 15 a 24 anos de idade, do sexo masculino, no ano de 1998, a maior participação percentual é a dos eventos cuja intenção é indeterminada. Este grande percentual de indeterminação sugere considerar a relevância da proporção de agressões no total de causas externas (24,02%) e, ainda, de óbitos (15,23%), isto é, agressões que resultam em morte.

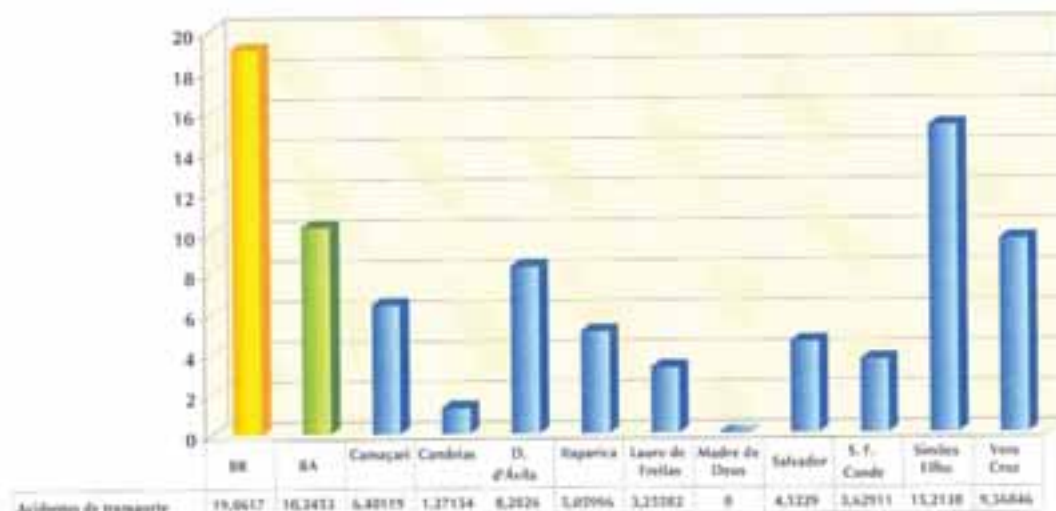
**Gráfico 12. Coeficiente de Mortalidade por Agressões, no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002**



Fonte: Datasus/MS, 2005.

A ocorrência desse fenômeno na RMS (gráficos 12 e 13) não é diferente daquele experimentado nas demais regiões do estado e do País.

Gráfico 13. Coeficiente de Mortalidade por Acidentes de Transporte, no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002

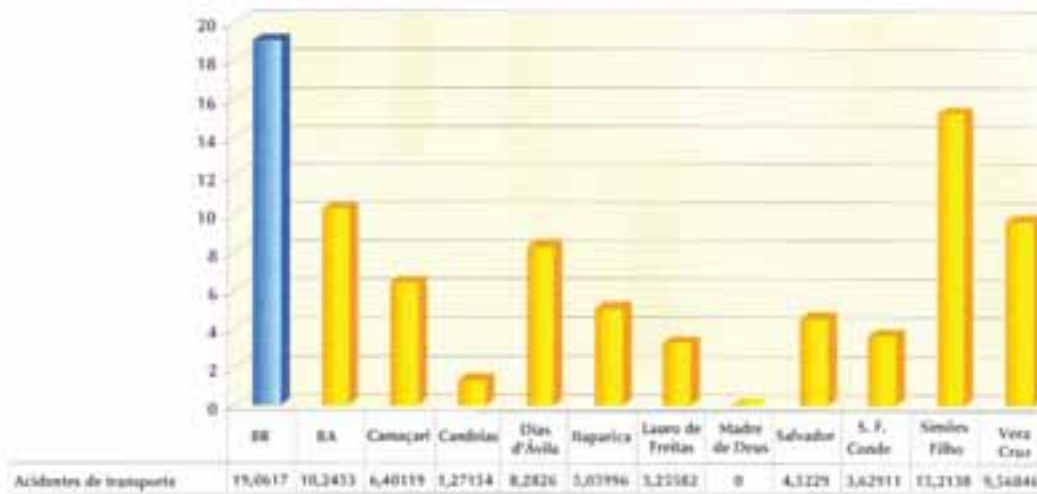


Fonte: Datasus/MS, 2005.

Gráfico 14. Participação Percentual de Óbitos em Jovens do Sexo Masculino, na Faixa Etária de 15 a 24 Anos, segundo Total de Óbitos por Causas Externas em Todas as Idades e em Ambos os Sexos na RMS – 2002



**Gráfico 15. Coeficiente de Mortalidade por Acidentes de Transporte, no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002**



Fonte: MS/SVS/Dasis – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

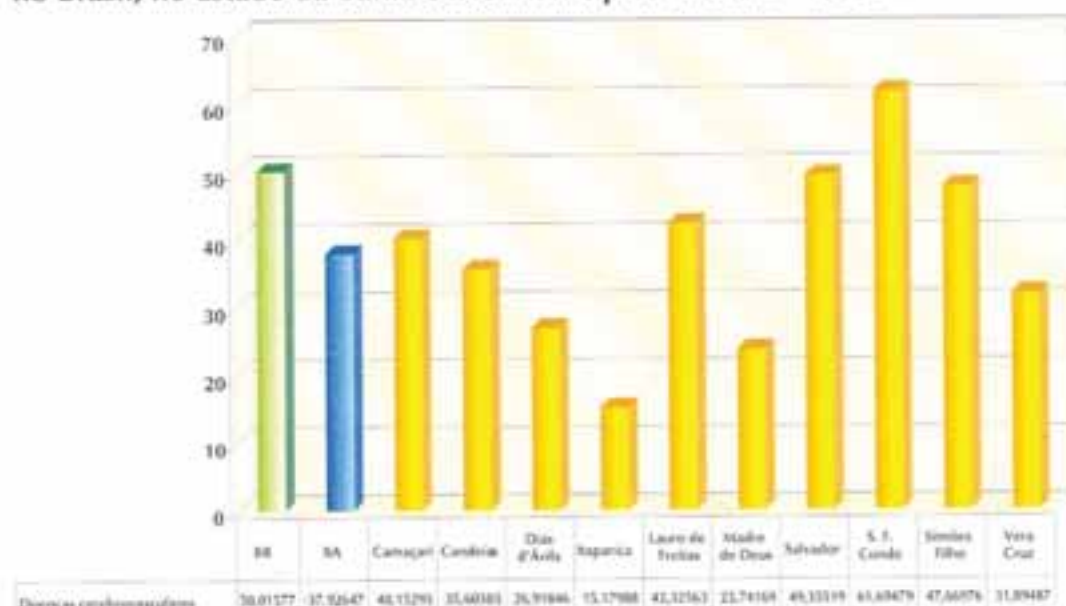
**Gráfico 16. Proporção Percentual de Óbitos por Causas Externas, segundo RMS – 2002**



Fonte: MS/SVS/Dasis – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

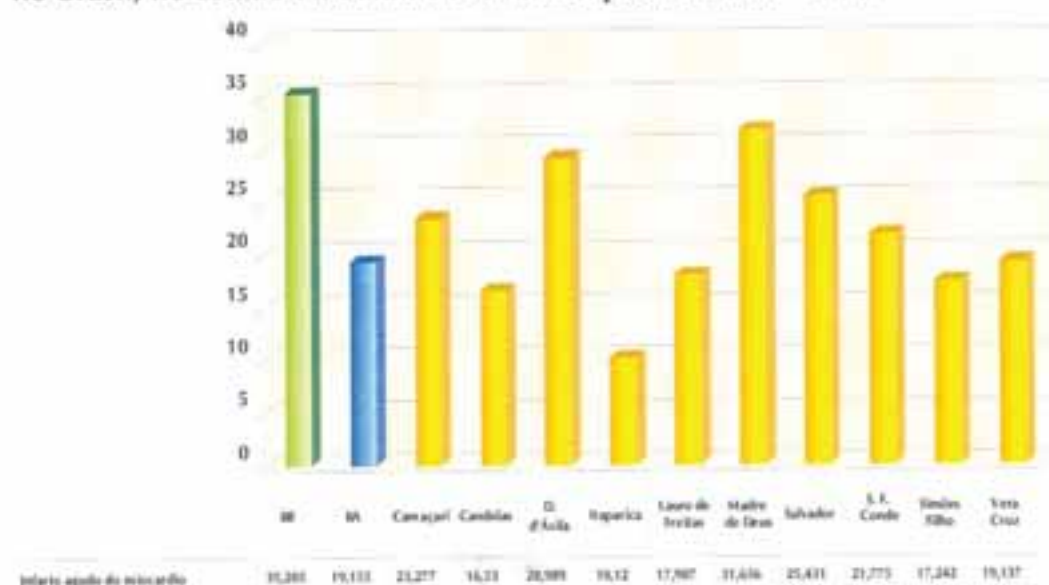
As doenças cardiovasculares e os diabetes do tipo 2 (caracterizado por resistência à insulina e deficiência relativa de produção de insulina, ocorre geralmente em pessoas com mais de 30 anos) contribuem com substancial parcela dos óbitos e da morbidade por doenças crônicas entre adultos e idosos no Brasil.

**Gráfico 17. Coeficiente de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares, no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002**



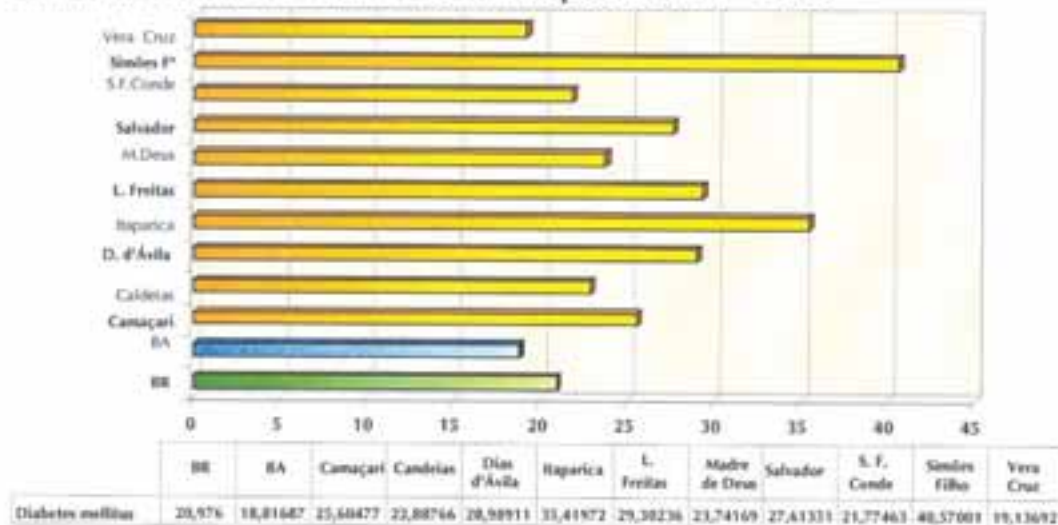
Fonte: MS/DAB/Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2003.

**Gráfico 18. Coeficiente de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio, no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002**



Fonte: MS/DAB/Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2003.

Gráfico 19. Coeficiente de Mortalidade por Diabetes *Mellitus*, no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002



Fonte: MS/DAB/Facto de Indicadores da Atenção Básica 2003.

Tabela 7. Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Insuficiência Coronariana Congestiva (ICC); Proporção Percentual de Internação por Cetoacidose/Coma e Diabetes *Mellitus*, na RMS – 2003

Município	Tx. Int. AVC	Tx. Int. ICC	% int. cetoacidose /coma	% int. diabetes mellitus
TOTAL RMS	22,43	28,00	4,86	0,73
Camaçari	25,29	58,14	1,82	1,78
Candeias	20,87	33,62	2,33	1,38
Dias d'Ávila	24,90	22,90	-	1,30
Itaparica	21,39	74,85	12,50	0,85
Lauro de Freitas	21,20	19,41	-	0,77
Madre de Deus	30,86	30,86	-	0,86
Salvador	22,17	25,93	4,82	0,62
São Francisco do Conde	24,21	29,40	-	0,66
Simões Filho	18,94	32,39	14,29	0,24
Vera Cruz	42,22	51,45	64,29	0,80

Fonte: Ministério da Saúde e IBGE.

## 5.5 NEOPLASIAS (TIPOS DE CÂNCER)

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2005), o câncer configura-se como um grande problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento.

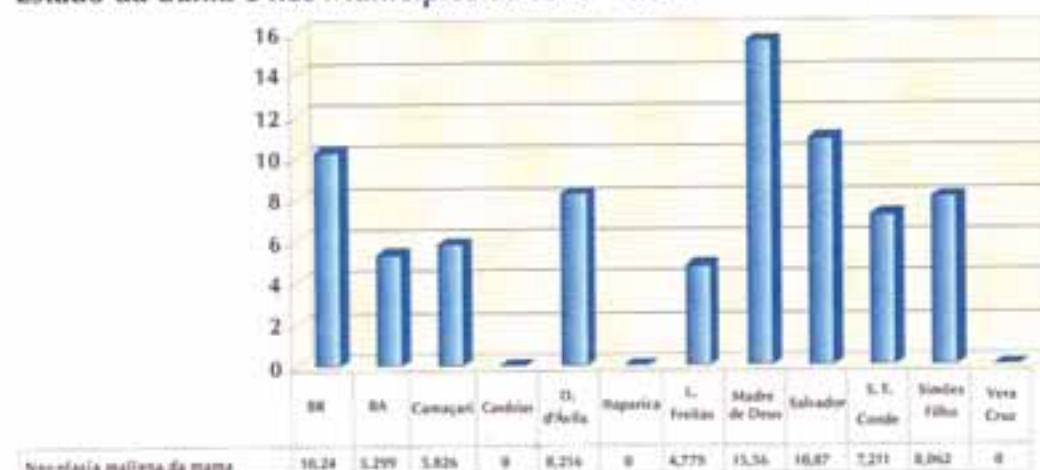
Resultados de numerosas pesquisas demonstraram que existem medidas efetivas de prevenção primária e secundária que podem reduzir substancialmente o número de casos novos de câncer e prevenir muitas mortes atribuídas à doença. Para reduzir o impacto do câncer, é necessário que se reduza, primeiramente, a prevalência dos fatores comportamentais e ambientais que aumentam seu risco. Também deve-se assegurar que programas de rastreamento e protocolos de tratamento baseados em evidência estejam acessíveis, particularmente nas populações menos assistidas pelos serviços de saúde (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2005).

Informações sobre a incidência do câncer originam-se principalmente dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), que são centros sistematizados de coleta, armazenamento e análise da ocorrência e das características de casos novos (incidentes) de câncer em uma população.

No Brasil, existem atualmente 22 RCBP implantados, quase em sua totalidade, em capitais. O RCBP do Estado da Bahia está localizado em Salvador.

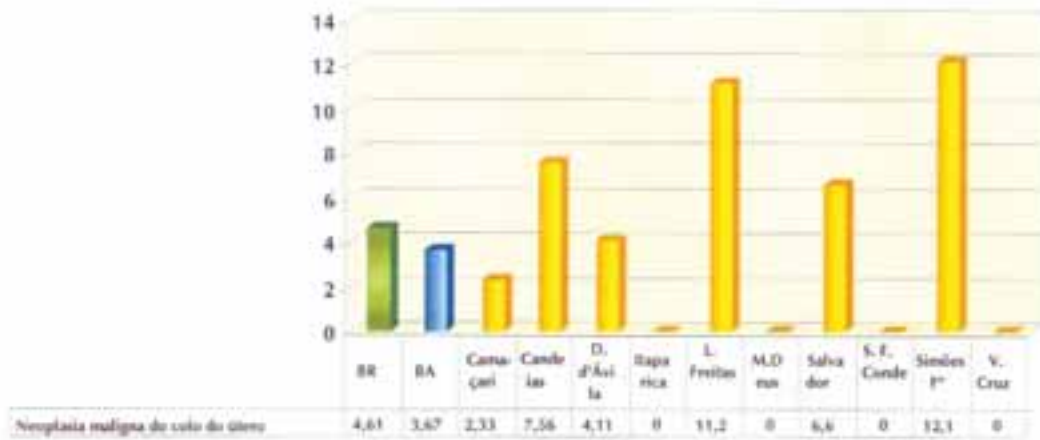
Segundo os gráficos 20, 21 e 22, na Bahia a incidência de neoplasias difere segundo a localização primária (órgão onde ocorreu o início da doença) e o sexo. Os dados do RCBP – Salvador, coletados no período de 1998 a 2002, demonstram que, nos homens baianos, o câncer na próstata apresenta o maior número de casos novos, seguidos pelo câncer no pulmão. Enquanto que nas baianas, o maior número de casos novos fica por conta do câncer de mama, seguido pelo do colo do útero.

**Gráfico 20. Coeficiente de Mortalidade por Neoplasia Maligna da Mama (por 100 Mil Mulheres), no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002**



Fonte: Inca/MS e IBGE.

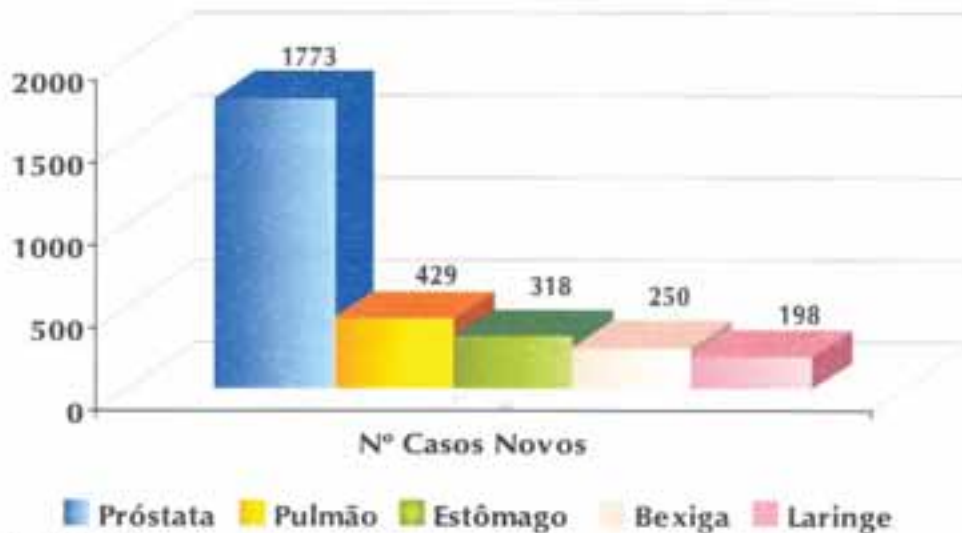
**Gráfico 21. Coeficiente de Mortalidade por Neoplasia Maligna do Colo do Útero (por 100 Mil Mulheres), no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS – 2002**



Fonte: Inca/MS e IBGE.

O gráfico 20 demonstra que na RMS as taxas de mortalidade (óbitos por cada 100 mil habitantes) por câncer de mama e colo de útero também são relevantes. O Município de Madre de Deus se destaca pela alta taxa de mortalidade por câncer de mama, enquanto os municípios de Simões Filho e Lauro de Freitas disputam a maior taxa de mortalidade por câncer de colo de útero (gráfico 21).

**Gráfico 22. Número Total de Casos Novos, segundo Localização do Câncer Primário, Salvador – Área de Cobertura, Homens, 1998 a 2002**



Fonte: MS/Inca.

- **Mortalidade Infantil**

A observação de desigualdades nos níveis do coeficiente de mortalidade infantil (óbitos em crianças menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos) é fundamental para a compreensão das relações entre saúde e condições socioeconômicas e ambientais. Além de permitir uma avaliação da disponibilidade, da utilização e da eficiência do sistema de atenção à saúde.

Segundo estimativas referentes a 1980, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), no Brasil, situava-se em 45,3 por mil nascidos vivos, enquanto no Estado da Bahia era de 69,1 (OLIVEIRA; FRANCO, 2003).

*As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em altas (50 ou mais), médias (20-49) e baixas (menos de 20), em função da proximidade ou distância de valores já alcançados em sociedades mais desenvolvidas, o que varia com o tempo. A tendência de queda das taxas de mortalidade infantil exige a revisão periódica desses valores (BRASIL, [1997]).*

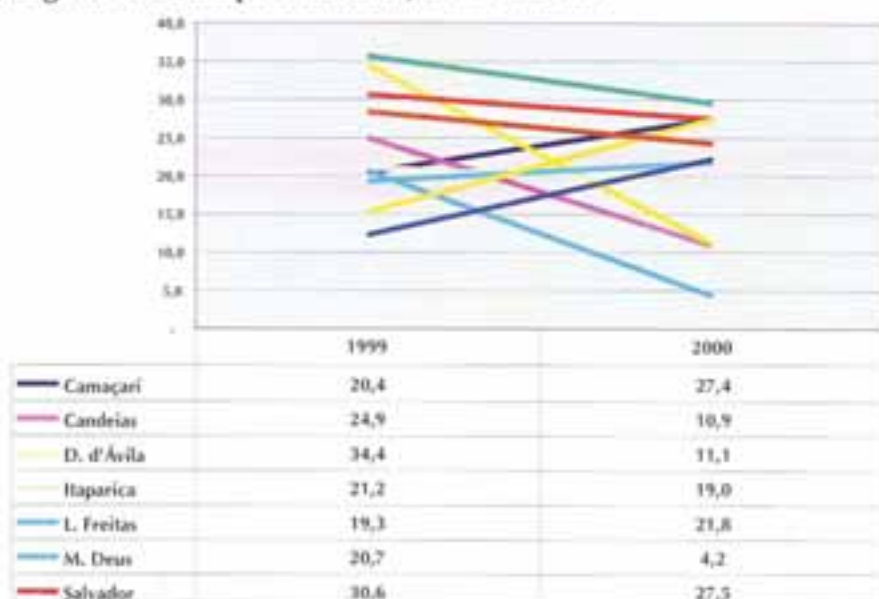
Embora tenha apresentado acentuada redução em quase todo o País, a TMI ainda representa um problema de grande magnitude para as políticas sociais e de saúde.

Ao analisar o gráfico 23, observa-se que, apesar de todos os municípios da RMS apresentarem TMI inferiores à média nacional, nem todos apresentaram redução deste indicador no período analisado.

Foi verificada redução da TMI entre os anos de 1999 e 2000 (variação negativa) nos municípios de: Salvador (-10,1%), Itaparica (-10,4%), Simões Filho (-14,1%), com destaque para Candeias (- 56,2%), Dias d'Ávila (- 68,0%) e Madre de Deus (- 79,7%), os quais apresentaram as menores taxas de mortalidade infantil no período.

Por outro lado, os municípios que apresentaram aumento da TMI no mesmo período (variação positiva) foram: Lauro de Freitas (+12,9%), Camaçari (+34,3%), com destaque para São Francisco do Conde (+79,7%) e Vera Cruz (+79,8%), ambos com altas taxas de mortalidade infantil no período.

**Gráfico 23. Evolução da Mortalidade Infantil por Mil Nascidos Vivos, segundo Municípios da RMS, 1999 e 2000**



Fonte: Datasus/SIMSInasc.

- **Mortalidade Neonatal**

À medida que os coeficientes de mortalidade infantil diminuíram, houve uma tendência à concentração dos óbitos nas primeiras semanas e dias de vida. Quando isso ocorre, devem-se valorizar indicadores mais específicos, que refletem melhor a atenção perinatal e ao parto, como os de mortalidade neonatal e perinatal (BRASIL, [1997?]).

As mortes no período neonatal (ocorrem entre 0 a 27 dias) se dividem em neonatal precoce (morte da criança até seis dias após o parto) e neonatais tardias (morte da criança entre seis e 27 dias após o parto).

A mortalidade neonatal precoce, em geral, têm causas associadas a doenças congênitas (crianças que já nascem com doenças), cujo tratamento é muito complexo e oneroso. Com grande frequência, não há possibilidade de evitar esses óbitos. Por outro lado, a mortalidade neonatal tardia (morte da criança entre sete e 27 dias após o parto), representa óbitos que, em geral, têm como causas situações que poderiam ser evitadas por meio de uma qualificada assistência no pré-natal, no parto e no pós-parto (BRASIL, 2004a).

**Tabela 8. Óbitos Neonatal e Pós-Neonatal por Residência no Brasil e na RMS – 2002**

RMS	NEONATAL	PÓS-NEONATAL
TOTAL	864	181
Camaçari	50	12

continua

continuação

Candeias	15	2
Dias d'Ávila	16	1
Itaparica	3	1
Lauro de Freitas	43	7
Madre de Deus	2	S/inf.
Salvador	699	153
São Francisco do Conde	1	1
Simões Filho	30	4
Vera Cruz	5	S/inf

Na tabela 8 observamos a relação entre óbitos neonatais e pós-neonatais (de 28 dias a 1 ano), no Brasil e na RMS. Entre os dez municípios que compõem a RMS, sete apresentam predominância de mortes infantis neonatais.

Para a redução da mortalidade neonatal, é fundamental o investimento nas condições pré-natais, na assistência ao parto e no pós-natal imediato.

#### • Mortalidade na Infância

Assim como a taxa de mortalidade infantil, a mortalidade na infância (morte em crianças menores de 5 anos) vem se reduzindo ao longo da última década. De acordo com as estimativas do IBGE, em 2000, essa taxa era de 35,1 óbitos para cada mil nascidos vivos.

No Brasil, as doenças respiratórias perfazem a quinta maior causa de morte em crianças de até 5 anos no País, antecedidas pelas afecções originadas no período perinatal, as quais correspondem à principal causa, seguidas pelas malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

Na RMS, em 2004, (tabela 9) foi registrada uma elevada taxa de internação por Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) em crianças menores de 5 anos. No ano de 2002, foram registrados 78 óbitos por IRA em crianças nesta faixa etária, sendo a pneumonia a responsável por 70 destas mortes (BRASIL, 2005d).

Outras causas de mortalidade na infância observadas na RMS, em 2002, foram diarreia (34 óbitos) e desnutrição (27 óbitos). Considerando a expressiva subnotificação das mortes por desnutrição, estudos têm demonstrado que mais da metade da mortalidade na infância poderia ser evitada se as crianças apresentassem um estado nutricional adequado.

Com base no comportamento dos indicadores relativos à parcela de crianças brasileiras que nascem com baixo peso, o percentual apresentado na tabela 9 projeta uma tendência bastante divergente em relação tanto às metas internacionais quanto às metas do Ministério da Saúde.

Tabela 9. Síntese dos Indicadores de Saúde da Criança

Ano/Fonte	2005/IBGE	2002/SIM	2002/SIM/ Sinasc	2002/Sinasc	2002/SIM	2004/SIH/SUS	2003/PNI	2002/SIM	2002/SIM/ Sinasc
Municípios	Pop. de referência	Número absoluto de óbitos em menores de 1 ano de idade	TMI	Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	Proporção de óbitos em menores de 1 ano de idade por causas mal definidas	Taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos	Homogen. da cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano <sup>(1)</sup>	Número absoluto de óbitos neonatais	TMI neonatal
Camaçari	191.855	77	21,62	11,49	1,30	17,04	100,00	62	17,41
Candeias	82.324	23	20,44	9,51	-	11,97	-	17	15,11
Dias d'Ávila	54.151	29	24,96	8,35	10,34	14,37	100,00	17	14,63
Itaparica	21.384	8	33,90	11,86	-	33,41	100,00	4	16,95
Lauro de Freitas	141.282	59	23,87	9,06	-	11,98	-	50	20,23
Madre de Deus	13.824	2	8,70	8,70	-	10,05	100,00	2	8,70
Salvador	2.673.557	1.128	27,96	10,43	1,33	20,14	-	852	21,12
São Fco. do Conde	30.067	3	6,68	8,69	-	7,49	-	2	4,45
Simões Filho	107.560	47	20,68	9,41	-	32,07	-	34	14,96
Vera Cruz	34.520	5	10,73	5,15	-	22,12	-	5	10,73
Total RMS	3.350.524	1.381	19,95	9,27	*	18,06	*	1.045	14,43

Notas:

<sup>(1)</sup> Em nível municipal, o valor de 100 em um ano indica que a meta foi atingida; caso contrário, é  $\leq 7$ . Para períodos superiores a um ano, indica o percentual de anos em que a meta foi atingida. Exemplo: se, no período de quatro anos, o município atingiu mais de 90% de cobertura em três anos, o indicador totalizado será 75%. Em níveis agregados de municípios (UF, Brasil), indica o percentual de municípios que atingiu a meta (ou) período(s).

(\*) Em decorrência da ausência de informações da maioria dos municípios, não foi possível o cálculo da média da RMS.

- **Mortalidade Materna**

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde da mulher em idade fértil, sendo definida como o óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela condição gestacional ou ainda por medidas relativas a esta, porém, não devida a causas acidentais ou incidentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998; TANAKA; MITSUIKI, 1999).

Embora a morte materna seja a mais subnotificada, quer dizer, para cada morte registrada há uma outra que não foi declarada como materna, a taxa de mortalidade materna no Brasil ainda é muito alta, chegando a 70 para cada mil partos, quando, segundo o Ministro da Saúde, Humberto Costa, o nível aceitável seria na faixa de 10 a 16 (AGÊNCIA BRASIL, 2004).

Na Bahia, calcula-se que o coeficiente de mortalidade materna esteja em torno de 45,7 por 100 mil nascidos vivos (ASSESSORIA GERAL DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DO ESTADO DA BAHIA, 2004).

Nos países desenvolvidos, essa taxa está abaixo de dez mortes para cada 100 mil nascimentos, chegando a cinco em países como Inglaterra e Canadá, enquanto no Brasil ocorrem aproximadamente 140 óbitos em 100 mil nascimentos. Estes dados revelam a forte associação entre morte materna e condições de vida e saúde da população, assim como a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério e, o fato mais importante é a demonstração de que essas mortes poderiam ser evitadas. Cadauma destas mortes tem um efeito devastador para a família, para a comunidade e para a sociedade em geral.

O Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) revela a qualidade da assistência prestada à saúde da mulher. Segundo informações de Tanaka (2001), as mortes maternas correspondem cerca de 6% dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil.

Os resultados da pesquisa realizada na Faculdade de Saúde Pública da USP, patrocinada pelo Ministério da Saúde, com a interveniência da Organização Pan-Americana da Saúde (TANAKA; MITSUIKI, 1999) mostraram que, no Brasil, ainda predominam amplamente, como causa de morte materna, as causas obstétricas diretas (síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas, infecções puerperais e aborto).

Esses achados reforçam a questão da má qualidade na assistência pré-natal e trazem contribuições relevantes que confirmam, tanto a necessidade de ações por parte dos gestores no sentido de aprimoramento da informação de mortalidade, como no estabelecimento de prioridades para a área de Saúde da Mulher.

Nesse sentido, para avaliação do panorama da mortalidade materna na RMS serão utilizados os seguintes indicadores: a própria taxa de mortalidade materna (TMM); o percentual de nascidos vivos de mães com mais de três consultas no pré-natal; o percentual de nascidos vivos de mães com mais de sete consultas no pré-natal; e o percentual de partos por cesariana.

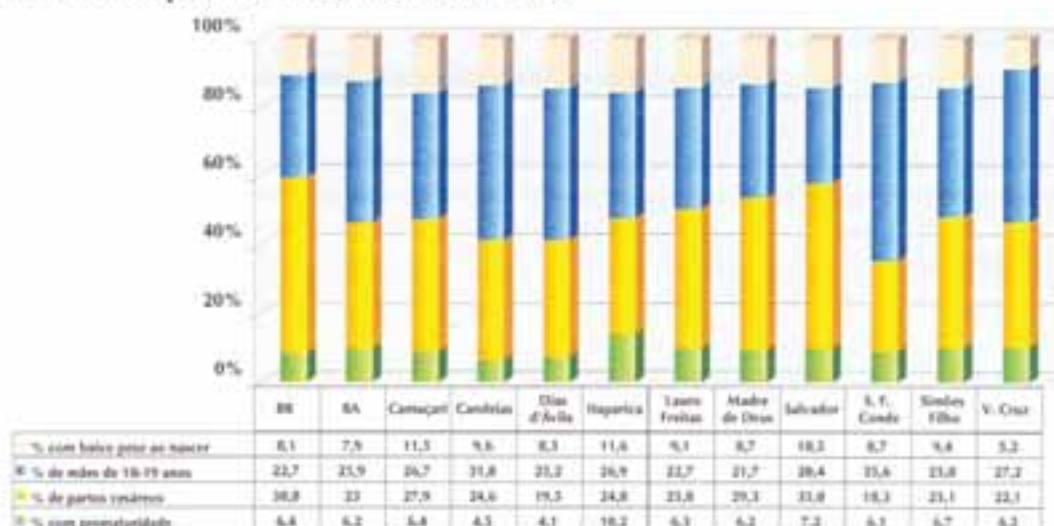
**Tabela 10. População, Taxa de Mortalidade Materna, (%) Nascidos Vivos >3 Consultas Pré-natal, (%) Nascidos Vivos >7 e mais Consultas Pré-natal segundo Municípios da RMS – 2002**

Município	N.º NV	(%) partos cesáreos	TMM	(%) NV >3 consultas pré-natais	(%) NV > 7 e mais consultas pré-natais
<b>TOTAL RMS</b>	<b>52.329</b>	<b>25,2</b>	<b>49,7</b>	<b>73,15</b>	<b>37,018</b>
Camaçari	3.572	27,8	28,08	74	29,17
Candeias	1.125	24,6	88,89	64,09	35,4
Dias d'Ávila	1.162	19,0	172,12	64,46	31,41
Itaparica	236	24,8	-	54,24	29,7
Lauro de Freitas	2.472	25,8	-	70,27	37,8
Madre de Deus	230	29,3	-	76,96	46,9
Salvador	40.344	35,0	52,05	74,77	44,6
São Francisco do Conde	449	18,3	-	78,62	54,7
Simões Filho	2.273	25,1	43,99	58,38	24,9
Vera Cruz	466	22,1	-	59,87	35,6

Fonte: Ministério da Saúde e IBGE.

A partir das análises dos indicadores apresentados, é possível afirmar que a situação mais crítica está relacionada ao acesso das mulheres grávidas às mínimas sete consultas no pré-natal recomendadas pela OMS. Verifica-se que, em 2002, na RMS, 73% das crianças nasceu de mães sem o número mínimo de consultas.

**Gráfico 24. Informações sobre Condições de Nascimento dos Nascidos Vivos no Brasil, no Estado da Bahia e nos Municípios da RMS, no Ano de 2002**



Fonte: DataSus, 2005.

Para o indicador, relativo ao percentual de partos por cesariana, o gráfico 24 demonstra uma elevada taxa nacional (38,8%), seguida de perto pelo Município de Salvador (35,0%), quando comparadas aos parâmetros da OMS, segundo os quais, não há justificativas para taxas maiores que 10 a 15% de cesáreas em qualquer região do mundo.

Estudos realizados pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (Clap), da Organização Mundial da Saúde (OMS), apontam que, no Brasil, são 74,5 óbitos maternos a cada 100 mil nascimentos e comprovam que este risco é sete vezes maior nos partos cesáreos, que também contribuem para o aumento, tanto da morbidade materna quanto da mortalidade infantil. Além disso, a cesárea aumenta o número de mortes por infecção pós-parto e riscos da anestesia.

Outro aspecto importante de ser destacado é que, segundo estudos da OMS, esse tipo de parto onera consideravelmente os serviços de assistência à mulher. No Brasil, cada cesariana sai 32% mais caro para o SUS.

O documento intitulado Tecnologia Apropriada ao Nascimento e Parto, da Organização Pan-americana da Saúde (Opas) destaca que países com as menores taxas de mortalidade perinatal e materna apresentam as menores taxas de cesáreas, abaixo de 10%.

#### • Aborto e Gravidez na Adolescência

No Brasil, a interrupção da gravidez se constitui na quinta maior causa de internações na rede pública de saúde, e estudos têm revelado que o aborto é a terceira causa de morte materna no País (TANAKA, 2001).

Na faixa de 15 a 19 anos, em todas as regiões do País, o principal motivo de internação das mulheres é a gravidez, o parto e o pós-parto.

O gráfico 24, embora referente ao ano de 2002 (informação mais recente disponibilizada pelo Datasus), permite apontar que o problema da gravidez na adolescência está presente, de forma importante, nas médias do Brasil (22,7%), da Bahia (25,9) e, também, dos municípios da RMS. Entretanto, observa-se que em São Francisco do Conde e Candeias, os percentuais (35,6% e 31,8%, respectivamente) apresentam-se bem mais elevados que nos demais municípios da RMS, onde o comportamento se assemelha à média estadual. Cabe destacar que o menor percentual (20,4%) foi registrado em Salvador, enquanto nos países desenvolvidos apresentam taxas inferiores a 10%.

A relação entre a mortalidade materna e a desigualdade social leva à concepção errônea da naturalização da mortalidade materna, ainda vista e percebida como um lugar de destino. É preciso desnaturalizar a morte materna.

As discussões e os debates sobre a mortalidade materna ganham força quando realizados com apoio das ações de controle social. Há urgência em discutir a grave situação da mortalidade materna no Brasil e a importância dos instrumentos de controle social nessa área para o enfrentamento do problema da morte materna no País.