



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E TRABALHO**



MORTALIDADE DOS SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL

ADRIANA GREGORCIC

Salvador
2013

ADRIANA GREGORCIC

**MORTALIDADE DOS SERVIDORES
DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Orientador: Marco Antônio Vasconcelos Rêgo

Salvador
2013

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadores e eletrônicos. Igualmente, autorizo sua exposição integral nas bibliotecas e em banco virtual de dissertações.

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Gregorcic, Adriana
G818 Mortalidade dos servidores de uma universidade federal / Adriana Gregorcic. Salvador:
2013.
xix: 84fls. : il. [tab., graf., quadros].
Anexos.
Orientador: Prof. Dr. Marco Antônio Vasconcelos Rêgo.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia,
2013.

1. Mortalidade proporcional. 2. Servidores públicos. 3. Docentes universitários. 4. Profissionais de nível médio. I. Rêgo, Marco Antônio Vasconcelos. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU – 616-057

ADRIANA GREGORCIC

MORTALIDADE DOS SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Aprovada em, 25 de julho de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA

Membros Titulares:

Marlene Silva _____

Professora adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, professora credenciada e colaboradora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, doutora em Saúde Pública - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2003)

Marco Antônio Vasconcelos Rêgo _____

Professor-orientador, professor associado do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, doutor em Saúde Pública - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (1998)

Rita de Cássia Pereira Fernandes _____

Professora adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, doutora em Saúde Pública - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2004)

DEDICATÓRIA

À família,
Aos meus queridos filhos,
Ao meu querido companheiro e grande amigo.
Peço desculpas, a todos, por tudo que não fiz.

AGRADECIMENTOS

Nesta caminhada agradeço a Deus pela oportunidade de viver e pela possibilidade da realização da vida, do mestrado e de apresentar esta dissertação;

A todos os professores, com quem tive a oportunidade de conviver. Em especial ao orientador Marco Antônio Vasconcelos Rêgo, pelo profissionalismo, receptividade, competência e disposição em apoiar, pela capacidade pessoal e por imprescindíveis comentários para a adequada condução deste trabalho;

À professora Rita de Cássia Pereira Fernandes, pela competência profissional, com importantes contribuições, as quais muito colaboraram com o aprimoramento deste trabalho;

À professora Marlene Silva, pela capacidade profissional, pelas assertivas que ofereceram contribuições para a melhoria deste trabalho;

Ao professor Fernando Martins Carvalho, cujas orientações foram imprescindíveis, norteando seus discípulos com seriedade e serenidade;

À Solange Xavier, nossa amiga, generosa e carinhosa;

À Inha, querida Marivalda, por sua energia, alegria e amizade;

Aos profissionais, colegas e amigos do MSAT que proporcionaram convivência frutífera e amizades especiais;

À Maria Luiza Dias dos Santos, Diretora do Serviço Médico Universitário Rubens Brasil, a qual muito contribuiu com seu apoio técnico e sugestões para melhor andamento do trabalho;

À discente Débora Fialho, do curso de Enfermagem, com quem compartilhei aspirações durante a realização da dissertação, o trabalho promoveu nossa amizade;

Agradeço a todos os colegas e profissionais, pelo apoio, contribuições e críticas construtivas que puderam tornar esse trabalho realidade;

Aos alunos e colegas, com os quais muito aprendi;

Aos amigos que contribuíram para a realização deste trabalho, que são muitos, sendo impossível nomeá-los, sem que falte espaço neste impresso;

Às conversas de corredor, com muitos Mestres, que me fizeram ver e rever o sentido da vida;

À família, núcleo de vida, ao meu pai, a minha mãe e ao meu irmão, que me possibilitaram iniciar a caminhada da vida;

Ao meu marido, pela compreensão, preocupação e interesse. Juntos nós construímos e solidificamos muitos de nossos sonhos;

Ao meu filho, a minha filha, pelo enorme estímulo e imenso carinho;

À minha mais nova filha, exemplo de dedicação impar, sem a qual seria impossível continuar o meu trabalho;

A todas as pessoas que colaboraram, doaram parte de si, possibilitando a realização este trabalho;

E à memória de todos os profissionais que fazem parte do corpo deste trabalho.

EPÍGRAFE

“A Universidade defende, ilustra e promove no mundo social e político valores intrínsecos à cultura universitária, tais como a autonomia da consciência e a problematização, o que tem como conseqüências o fato de que a investigação deva manter-se aberta e plural, que a verdade tenha sempre a primazia, dobre a utilidade, que a ética do conhecimento seja mantida”.

(Morin, 2000)

GREGORCIC, ADRIANA. **Mortalidade dos servidores de uma Universidade Federal**. Ano de depósito: 2013. Dissertação – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RESUMO

Título: MORTALIDADE DOS SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL

Introdução: trata-se de um estudo de mortalidade dos servidores de uma unidade de ensino superior. Uma das formas de se descrever as condições de saúde de uma comunidade é avaliar os indicadores de mortalidade, uma avaliação indireta do adoecimento. Esse tipo de informação é essencial como subsídio para o planejamento e a organização dos serviços de saúde. **Objetivos:** descrever a mortalidade proporcional dos servidores de uma Universidade Federal. **Métodos:** as informações sobre os óbitos foram obtidas nos prontuários dos servidores, arquivados no serviço médico da instituição e nas declarações de óbitos fornecidas pela Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. Calcularam-se as proporções de óbito e razões de mortalidade proporcional, segundo grupos de causa, idade, sexo, grupos ocupacionais e unidades de lotação, no período de 1998 a 2012. Calcularam-se razões de mortalidade proporcional (RMP) ajustadas por idade pelo método direto, tomando-se a população de Salvador como referência. **Resultados:** as RMP ajustadas por idade apontam para os transtornos mentais (RMPajustada= 1,73), doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e do sistema nervoso (RMPajustada= 1,50), doenças do aparelho geniturinário (RMPajustada= 1,37) e neoplasias (RMPajustada= 1,27) como as causas de maior mortalidade entre os servidores em comparação com a população de referência. Configuraram-se as doenças endócrinas e nutricionais e as doenças de pele e do tecido subcutâneo com menores RMP entre os servidores em comparação com a população de referência (RMPajustada= 0,66 e RMPajustada= 0,64, respectivamente). Quanto aos transtornos mentais, a RMP ajustada por idade para o sexo masculino foi de 2,08 e para o feminino de 1,31 e para doenças do sistema nervoso configurou-se respectivamente 2,18 e 0,72. Em referência as causas externas, a RMP ajustada foi de 0,81 para o sexo masculino e de 0,38 para o sexo feminino. **Conclusões:** os resultados apontam a necessidade de adoção de ações de saúde voltadas principalmente para a saúde mental. Identificou-se a necessidade de melhor caracterizar, estimar e avaliar riscos ocupacionais para grupos específicos de servidores.

Descritores: mortalidade proporcional; servidores públicos; trabalhadores do serviço público; docentes universitários; profissionais de nível médio.

ABSTRACT

Title: MORTALITY OF PUBLIC SERVANTS IN A FEDERAL UNIVERSITY

Introduction: This is a study on the mortality of public servants in a graduation course unit. One of the ways of describing health conditions in a community is to evaluate mortality assessment indexes, which are an indirect evaluation of the causes leading to illnesses. This kind of information is essential, since it will be the basis for planning and organizing health services. **Objectives:** To describe proportional mortality of public servants in a Federal University. **Methods:** Information concerning deaths were obtained from servants' files, in the institution's medical service and in the death certificates issued by the Municipal Health Secretariat in Salvador. Calculation of death proportions, as well as proportional mortality ratios, were done in accordance with groups defined by cause of death, age, gender, occupational groups and departments where servants used to work, between 1998 until 2012. Proportional mortality ratios (PMR) were calculated with adjustments that were done using the direct method, based on the age factor, using the population in Salvador as a reference. **Results:** PMR adjusted by age point to: mental disorders (adjusted PMR = 1.73), diseases originated from blood and hematopoietic organs and nervous system and (adjusted PMR = 1.50), diseases related to the genital-urinary system (adjusted PMR = 1.37) and neoplasia (adjusted PMR = 1.27) as the causes of largest mortality among public servants when compared to the population used as reference. On the other hand, nutritional and endocrine diseases, as well as skin diseases and subcutaneous diseases show lower PMR among servants, when compared to the reference population (adjusted PMR = 0.66 and adjusted PMR = 0.64, respectively). As to mental disorders, adjusted PMR by age for the masculine gender was 2.08 and for feminine gender 1.31. For nervous system diseases, ratios were 2.18 and 0.72, respectively. When referring to external causes, adjusted PMR was 0.81 for the masculine gender and 0.38 for the feminine gender. **Conclusions:** Results point to the need of adopting health actions that are especially meant for mental health, since the study was able to identify the need of better characterizing, estimating and evaluating occupational hazards for specific groups of public servants.

Keywords: proportional mortality; public servants; university teachers; professionals holding secondary level education.

RESUMEN

Título: MORTALIDAD EN LOS TRABAJADORES DE UNA UNIVERSIDAD FEDERAL

Introducción: Es este un estudio sobre la mortalidad de los trabajadores de una unidad de enseñanza superior. Una de las formas de describir las condiciones sanitarias de una comunidad es la de evaluar sus índices de mortalidad, evaluación indirecta de la morbilidad. Este tipo de información es fundamental como apoyo a la planificación de la organización de los servicios de salud. **Objetivos:** describir la mortalidad proporcional de los empleados de una Universidad Federal. **Métodos:** las informaciones sobre óbitos se obtuvieron en las fichas de los empleados, archivadas en el servicio médico de la institución y en los certificados de defunción proporcionados por la Secretaría Municipal de Salud de Salvador. Se calcularon las proporciones de óbito y las razones de mortalidad proporcional, según grupos de causa, edad, sexo, grupos de actividad y unidades de ocupación, en el período de 1998 a 2012. Se calcularon las razones de mortalidad proporcional (RMP), establecidas por edad por el método directo, tomando como referencia la población de Salvador. **Resultados:** las RMP por edad señalan los trastornos mentales (RMP establecida= 1, 73), las enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos y del sistema nervioso (RMP establecida= 1, 50), las enfermedades del aparato genitourinario (RMP establecida= 1, 37) y las neoplasias (RMP establecida= 1, 27) como las causas de mayor mortalidad entre los trabajadores en comparación con la población de referencia. Se configuran las enfermedades endocrinológicas y nutricionales y las dolencias de piel y del tejido subcutáneo con RMP más bajas entre los empleados en comparación con la población de referencia (RMP establecida= 0,66 y RMP establecida= 0,64, respectivamente). En cuanto a los trastornos mentales, la RMP establecida por edad para el sexo masculino fue de 2,08 y para el femenino de 1,31 y para las enfermedades del sistema nervioso, se configuró respectivamente de 2, 18 y 0, 72. En referencia a las causas externas, la RMP establecida fue de 0,81 para el sexo masculino y de 0, 32 para el femenino. **Conclusiones:** los resultados señalan la necesidad de adopción de medidas sanitarias dirigidas principalmente a la salud mental. Se detectó la necesidad de caracterizar mejor, estimar y evaluar los riesgos ocupacionales para grupos específicos de empleados.

Descriptores: mortalidad proporcional; trabajadores públicos; profesores de la universidad; profesionales de nivel medio

LISTA DE QUADROS

	Pág
Quadro I. Distribuição dos usuários cadastrados no SMURB, segundo a categoria, de agosto de 1998 a dezembro de 2007. Salvador, 2012.	93
Quadro II. Número de óbitos no Brasil, de 1998 a 2010, segundo capítulos da CID-10. Salvador, 2013.	94
Quadro III. Mortalidade proporcional dos principais grupos de causa no Brasil, de 1998 a 2010. Salvador, 2013.	95
Quadro IV. Número de óbitos em Salvador, de 2000 a 2012, segundo capítulos da CID-10. Salvador, 2013.	96
Quadro V. Mortalidade proporcional dos principais grupos de causas em Salvador, de 2000 a 2012. Salvador, 2013.	97
Quadro VI. Número de óbitos em Salvador, de 2000 a 2012, por faixa etária e segundo capítulos da CID-10. Salvador, 2013.	98
Quadro VII. Mortalidade proporcional por faixa etária e principais grupos de causas em Salvador, de 2000 a 2012. Salvador, 2013.	99
Quadro VIII. Categorização das variáveis do estudo de mortalidade dos servidores de uma Universidade Federal. Salvador, 2013.	100

LISTA DE TABELAS

	Pág
Tabela 1. Distribuição dos óbitos de servidores de uma universidade, segundo as variáveis sociodemográficas, de 1998 a 2012. Salvador, 2013.	110
Tabela 2. Distribuição dos óbitos de servidores de uma universidade, segundo as variáveis ocupacionais, de 1998 a 2012. Salvador, 2013	111
Tabela 3. Distribuição dos óbitos de servidores de uma universidade, segundo unidade de lotação, de 1998 a 2012. Salvador, 2013.	112
Tabela 4. Distribuição dos óbitos de servidores de uma universidade, segundo grupo de causas, de 1998 a 2012. Salvador, 2013.	113
Tabela 5. Distribuição da mortalidade proporcional por faixa etária em servidores de uma universidade segundo grupos de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.	114
Tabela 6. Distribuição da mortalidade proporcional ocorrida em servidores de uma universidade conforme área de ensino da unidade de lotação, de 1998 a 2012. Salvador, 2013.	115
Tabela 7. Distribuição da mortalidade proporcional (MP) e razão de mortalidade proporcional (RMP), segundo o sexo em servidores de uma Universidade segundo grupo de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.	116
Tabela 8. Distribuição da mortalidade proporcional (MP) e razão de mortalidade proporcional (RMP) em docentes e assistentes em administração de uma Universidade segundo grupos de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.	117
Tabela 9. Distribuição da mortalidade proporcional (MP) e razão de mortalidade proporcional (RMP) em servidores docentes e técnico-administrativos de uma Universidade segundo grupos de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.	118
Tabela 10. Distribuição da mortalidade proporcional por grupos ocupacionais em servidores de uma Universidade segundo grupos de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.	119
Tabela 11. Distribuição da mortalidade proporcional por área de ensino em servidores de uma Universidade segundo grupos de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.	120

Tabela 12. Distribuição da razão de mortalidade proporcional por áreas de ensino em relação às outras áreas em uma Universidade segundo grupos de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.	121
Tabela 13. Distribuição da mortalidade proporcional (MP) e razão de mortalidade proporcional (RMP) em servidores de uma Universidade e na população de referência segundo grupos de causas, período de 2000 a 2012. Salvador, 2013.	122
Tabela 14. Distribuição da mortalidade proporcional e razão de mortalidade proporcional por sexo nos servidores de uma Universidade em relação à população de referência segundo grupos de causas, período de 2000 a 2012. Salvador, 2013.	123

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág
Gráfico 1. Distribuição do total de óbitos e daqueles sem identificação da declaração de óbito, em servidores de uma Universidade, de 1998 a 2012. Salvador, 2013	125
Gráfico 2. Evolução da mortalidade proporcional em servidores de uma universidade segundo grupos de causas, 1998 a 2012. Salvador, 2013.	125
Gráfico 3. Distribuição da mortalidade proporcional por faixa etária nos servidores de uma universidade em relação à população de referência, 2000 a 2012. Salvador, 2013.	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AST	Assistente em administração
ADM	Assistente administrativo
AMN	Ambulatório Magalhães Neto
AOSD	Auxiliar operacional de serviços diversos
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
COMHUPES	Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos
CID-10	10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CID-9	9ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIPA	Comissões Internas de Prevenção a Acidentes
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTS	<i>California Teachers Study</i>
DAC	Doenças arteriais coronarianas
DACV	Doenças do aparelho cardiovascular
DAGU	Doenças do aparelho geniturinário
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DARP	Doenças do aparelho respiratório
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DCT	Docente
DIP	Doenças infecto-parasitárias
DO	Declaração de óbito
EXCEL	<i>Experimental Chloride Extraction Line</i>
FAMEB	Faculdade de Medicina da Bahia
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições Federais de Ensino ou Instituições de Ensino Superior
LOS	Lei Orgânica de Saúde
M C O	Maternidade Climério de Oliveira

M T E	Ministério do Trabalho e Emprego
MEC	Ministério da Educação
MP	Mortalidade proporcional
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NR	Normas Regulamentadoras
NT	Nível técnico
NU	Nível universitário
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PUCRCE	Plano Único de Classificação e Retribuição de Cargos e Empregos
RJU	Regime Jurídico Único
RMP	Razão de Mortalidade Proporcional
RMPbr	Razão de Mortalidade Proporcional bruta
RMPaj	Razão de Mortalidade Proporcional ajustada por idade
SIAPE	Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos
SIASS	Sistema Integrado de Assistência à Saúde do Servidor
SIM	Sistema da Informação de Mortalidade
SIP	Sistema Integrado de Pessoal
SISOSP	Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMU	Serviço Médico da Universidade Federal da Bahia
SMURB	Serviço Médico Universitário Rubens Brasil
SPE	Superintendência de Pessoal
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUIS	Subcoordenação de Informações em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Tabulados de Informações de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
WHO - OMS	Organização Mundial de Saúde

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

Universidade Federal da Bahia,

Faculdade de Medicina da Bahia

Serviço Médico Universitário Rubens Brasil.

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
RESUMEN	9
LISTA DE QUADROS	10
LISTA DE TABELAS	11
LISTA DE GRÁFICOS	13
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	14
INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES	16
SUMÁRIO	17
1. APRESENTAÇÃO	21
2. INTRODUÇÃO	22
3. JUSTIFICATIVA	23
4. OBJETIVOS	25
4.1. GERAL.....	25
4.2. ESPECÍFICOS.....	25
5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
5.1. Caracterização da universidade.....	25
5.2. Caracterização do trabalhador e o servidor.....	28
5.3. Aspectos legais da saúde do trabalhador e do servidor.....	32
5.4. Transição demográfica e epidemiológica.....	35
5.6. A saúde do servidor.....	44
6. MÉTODOS	50
6.1 Desenho do estudo.....	50
6.2 População e área.....	50
6.3 Caracterização de variáveis.....	50
6.4 Instrumentos e coleta de dados.....	53
6.5 Análise.....	54
7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	55
8. RESULTADOS	56
9. DISCUSSÃO	61
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
11. PROPOSIÇÃO DE ESTUDOS	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	85
ANEXO 1 – Declaração de óbito	86
ANEXO 2 – Parecer consubstanciado do CEP	88
ANEXO 3 – Quadros	92
ANEXO 4 – Categorização dos cargos técnico-administrativos em IES	101

APENDICES	108
APÊNDICE – TABELAS	109
APÊNDICE – GRÁFICOS	124
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	127

1. APRESENTAÇÃO

A dissertação intitulada “MORTALIDADE DOS SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL” está inserida na Linha de Pesquisa: Epidemiologia Ambiental e Ocupacional, área de concentração Epidemiologia do Câncer e das Doenças Crônico-degenerativas, do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Inicialmente o leitor encontra a introdução e justificativa da escolha do tema, a motivação do autor quanto à saúde desta parcela da população. Em seguida, são apresentados o objetivo geral e os específicos e a fundamentação teórica, constituída por revisão bibliográfica de publicações sobre Instituições de Ensino Superior (IES), trabalhadores e servidores.

Explanaram-se os aspectos gerais sobre o tema e descreveu-se o histórico da Universidade e a construção da identidade do servidor. Posteriormente discutiram-se questões da transição demográfica e a transição epidemiológica, questões essas que poderão servir de apoio a melhor entender o processo saúde doença e a possibilitar fornecer subsídios para o planejamento das intervenções pertinentes.

Em virtude da escassez de publicações sobre morbidade e mortalidade de servidores de IES, optou-se por buscar apoio bibliográfico direcionado às atividades laborais, ocupações ou funções existentes na IES, mesmo voltado a outros setores. Encontrou-se um maior número de artigos sobre o adoecimento de profissionais de assistência a saúde, mais especificamente, de enfermagem e sobre docentes. Selecionaram-se referências que abordaram aspectos epidemiológicos relacionados à mortalidade da população em geral e de trabalhadores, analisando suas tendências.

2. INTRODUÇÃO

O adoecimento do servidor público tem sido discutido em nível nacional nos últimos anos, com publicações de normas referentes à saúde e segurança dos servidores públicos no país. Como exemplo desta preocupação, foi criado o Subsistema Integrado de Assistência à Saúde do Servidor (SIASS) (BRASIL..., 2009a). Esse sistema tem por objetivo a execução de ações e de atividades de prevenção aos agravos, promoção e acompanhamento da saúde dos servidores, realização de perícia oficial e assistência, visando garantir a implantação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal (BRASIL..., 2009a). Uma das formas de se descrever as condições de saúde de uma comunidade é avaliar os indicadores de mortalidade, uma avaliação indireta do adoecimento. A análise desse tipo de informação é essencial como subsídio para o planejamento e a organização dos serviços de saúde (BRANCO, 2001; BRASIL..., 2005a).

Muitos estudos de mortalidade por categorias ocupacionais específicas já foram realizados, especialmente os de caráter retrospectivo. Estudos dessa natureza auxiliam a nortear as diretrizes de organização e implantação de medidas de promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho. Visam reduzir as de morbidade e mortalidade, recuperar a saúde e possibilitar a reabilitação do trabalhador. A utilização adequada das estatísticas vitais é imprescindível na avaliação das ações desempenhadas e para o planejamento pelos gestores em saúde. Como em outras áreas, também na área da saúde, a produção da informação permite a compreensão dos processos da saúde/doença, propiciando elementos para análise da situação de saúde de dada população e oferecendo subsídios para o planejamento e a organização dos serviços de saúde (BRANCO, 2001; BRASIL, 2005b; BRASIL..., 2006a).

Considera-se a maneira mais eficaz para prevenir a morte em um grupo populacional o conhecimento da causa básica de morte e o seu correto tratamento ou adequação das medidas de prevenção. Os registros oficiais de óbitos são precisos para expressar a mortalidade pelos parâmetros: sexo, idade, causas, local de residência do falecido, e local e época de ocorrência do

óbito (PEREIRA, 1998; SORLIE et al., 1992). A mortalidade pode ser analisada segundo causa específica, agrupamento de causas afins ou segundo grandes agrupamentos de causas.

O estudo da mortalidade por grupos específicos de causa, ainda segundo Pereira (1998), reflete as necessidades e demandas de saúde de uma dada população. A distribuição percentual de óbitos por grupos de causas definidas na população residente em determinado espaço geográfico e no ano considerado é influenciada pelas condições socioeconômicas, perfil demográfico, infra-estrutura de serviços públicos, acesso e qualidade dos serviços de saúde (BRASIL..., 2008a).

Este estudo de mortalidade dos servidores da Universidade Federal da Bahia (UFBA) visou contribuir para melhor conhecimento das características desta população, para a avaliação indireta do adoecimento deste grupo populacional, e possibilitar fornecer subsídios para a proposição de estudos específicos. A avaliação indireta das exposições ocupacionais poderá contribuir para a proposição de adequações dos ambientes de trabalho na Universidade e, além de, possivelmente colaborar para a adoção de medidas de prevenção a agravo à saúde destes profissionais.

3. JUSTIFICATIVA

Estudos sobre morbidade e mortalidade de servidores públicos civis são escassos tanto no Brasil, quanto a nível internacional. Segundo Gomez & Lacaz (2005) a produção brasileira de artigos científicos que abordam o tema trabalho e saúde representava menos de um por cento.

A saúde dos servidores públicos da UFBA apresenta-se como uma preocupação constante para os profissionais que atuam na área de perícia médica e de saúde do trabalhador desta Universidade. É elevado o número de servidores afastados de suas atividades laborais para tratamento de saúde, porém não há estudos epidemiológicos que comprovem o crescimento das

taxas de afastamento, o que poderia significar aumento da morbidade dos servidores no serviço público. Importante referir que a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) destaca a escassez e inconsistência das informações sobre a situação de saúde dos trabalhadores o que determina dificuldade de definição de prioridades para a adoção de políticas públicas, o planejamento e implementação das ações de saúde do trabalhador (BRASIL..., 2004a).

Não foram evidenciados estudos epidemiológicos que identificassem os grupos de causas mais frequentes de morbidade e mortalidade em servidores de Universidades, informações epidemiológicas estas que poderiam contribuir para a implantação de diretrizes adequadas para programas específicos de atenção à saúde no trabalho. A construção de banco de dados sobre os afastamentos do trabalho de servidores públicos, realizado pela universidade, visa identificar a frequência do absenteísmo e definição da folha de pagamento. Existe uma importante lacuna no conhecimento a respeito das patologias que acometem essa categoria profissional, o que motiva a realização deste estudo.

No ambiente universitário observa-se heterogeneidade quanto à formação profissional. Em função da multiplicidade de formações acadêmicas e atividades existe a possibilidade de exposição dos trabalhadores a diversos fatores e agentes de risco. Torna-se importante identificar as causas de morte dos servidores de Universidade e procurar analisar a associação entre a atividade ou ocupação exercida.

Buscou-se contribuir para a construção do perfil epidemiológico dos servidores de uma comunidade universitária, ampliando o conhecimento sobre as questões de saúde e doença dos trabalhadores de IES. Espera-se que os resultados possam ser apresentados às diversas comunidades que compõem a Universidade, contribuindo para a estruturação da política de atenção à saúde dos trabalhadores, servidores docentes e técnico-administrativos, que contemple ações nos diversos níveis de atenção e promoção à saúde.

4. OBJETIVOS

4.1. GERAL

Descrever a mortalidade dos servidores da Universidade Federal da Bahia no período de 1998 a 2012.

4.2. ESPECÍFICOS

1. Identificar as causas de morte nos servidores docentes, técnicos e administrativos da UFBA;
2. Descrever mortalidade proporcional por grupo de causas, em servidores da UFBA;
3. Analisar a mortalidade segundo gênero/sexo, raça/cor, idade, grupos ocupacionais e unidades da UFBA;
4. Comparar a mortalidade encontrada com a mortalidade de população de referência.

5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1. Caracterização da universidade

O “Real Colégio da Bahia, mais conhecido como Colégio do Terreiro de Jesus, criado pelos jesuítas no século XVI deu origem a Universidade Federal da Bahia” (UFBA, 2012a). Em 18 de fevereiro de 1808, o então Príncipe Regente, Dom João VI, por meio de decreto, instituiu a denominada Escola de Cirurgia da Bahia na cidade de Salvador, primeiro curso superior do Brasil. Foram inicialmente ministradas duas cadeiras básicas: cirurgia especulativa e prática e anatomia e operações cirúrgicas (FIOCRUZ, 2012). Esse ato visou representar um marco da independência científica e cultural do Brasil, logo após a família real portuguesa desembarcar em Salvador, a então capital do estado e primeira capital do Brasil. A atual Faculdade de Medicina da Bahia

(FMB) originou-se da antiga Escola de Cirurgia da Bahia, a primeira Faculdade de Medicina do país, primeiro curso universitário do Brasil (UFBA, 2012a).

Posteriormente, ainda no século XIX, foram criados os cursos anexos de Farmácia (1832), Odontologia (1864), Academia de Belas Artes (1877), Faculdade de Direito (1891) e Escola Politécnica (1896). “O núcleo da futura Universidade Federal da Bahia foi sendo gradativamente constituído pelas seguintes instituições: Faculdade de Ciências Econômicas (1905) e Faculdade de Filosofia Ciências e Letras (1941)” (UFBA, 2012a).

Em 1946 foi formalmente elevada à categoria de universidade federal, Universidade da Bahia (BRASIL, 1946), com a integração das escolas isoladas e com a instituição de diversos outros cursos. A UFBA é atualmente uma instituição pública de ensino superior brasileira vinculada ao Ministério da Educação, instituída pelo Decreto-Lei nº 9.155, de 08 de abril de 1946 (UFBA, 2012a). O primeiro reitor da Universidade foi o Professor Edgard Santos e, durante seus 15 anos de reitorado (1946-1961), implantou a infra-estrutura física e de pessoal, constituindo uma universidade integrada: Artes, Letras, Humanidades e Ciências. Em 1950, passa a ser denominada Universidade Federal da Bahia (UFBA, 2012b)

Houve um esforço de ampliação com a criação e instalação de novos cursos e também o desmembramento em novas escolas e órgãos suplementares. Neste processo foram constituídos o Hospital das Clínicas, as Faculdades de Arquitetura e de Educação, as Escolas de Música e Artes Cênicas e de Geologia, o Instituto de Matemática, o Instituto de Física, o Instituto de Química, o Instituto de Biologia, o Instituto de Ciências da Saúde, o Centro de Estudos Afro-Orientais e o Museu de Arte Sacra. Atualmente a UFBA é constituída de 33 Unidades de Ensino e de Órgãos Suplementares e desenvolve atividades acadêmicas de ensino de graduação e pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado), de pesquisa e outras voltadas para a comunidade (UFBA, 2012a).

O Serviço Médico da Universidade Federal da Bahia (SMU) foi implantado em 1952. Inicialmente concebido como um dos programas de assistência ao estudante carente, assim como o Restaurante e as Residências Universitárias. O SMU iniciou suas atividades no prédio da Reitoria, depois em dependências do então Hospital das Clínicas, hoje parte do denominado

Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COMHUPES). Gradativamente, o Serviço estendeu seu atendimento em saúde aos servidores docentes, técnicos e administrativos. O acompanhamento médico pericial dos servidores foi iniciado em 1965, com prontuários alocados no antigo HUPES (UFBA, 2012a).

Em 1971 o SMU passou a ser órgão diretamente subordinado à Reitoria, e foi inaugurada nova sede. De acordo com o Regimento Interno da Reitoria (1971), em seu Capítulo VIII, o SMU é o "Órgão pericial para atender aos docentes, servidores técnicos administrativos e estudantes da Universidade Federal da Bahia". As ações relacionadas com a atividade pericial são a avaliação da licença para tratamento de saúde, da aposentadoria por invalidez, da remoção por motivo de saúde, da readaptação, do exame admissional e de acidente em serviço (UFBA, 1971).

Alterou-se a denominação do SMU em 1985, passando a ser denominado Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB) e em 2011 foi alterada a localização de sua sede para o prédio do Ambulatório Magalhães Neto (AMN), parte do COMHUPES. No ano de 1998 o SMURB possuía em seus registros 5.321 servidores ativos e 1.329 servidores aposentados, e com um total de 28.482 cadastros. Em 2007, já haviam sido registrados 11.339 e 3.185, respectivamente, ativos e aposentados, com um total de 55.368 prontuários de servidores ativos e aposentados, alunos, dependentes entre outros (Quadro I) (UFBA..., 2010a). Até 2012, foram cadastrados 165.210 prontuários médicos no SMURB, com a inclusão de servidores empossados, estudantes e seus dependentes e a comunidade, categorias atendidas pelos profissionais que atuam no serviço (Livro de registro interno).

Houve modificações históricas da situação funcional dos servidores técnico-administrativos das Universidades, assim como das outras Instituições Federais de Ensino ou Instituições de Ensino Superior (IES) (BRASIL..., 1996). Até antes de 1960, os cargos não estavam estruturados e os servidores realizavam atividades de apoio às atividades burocráticas. A partir de 1960, foi criada a Classificação de Cargos do Serviço Público Civil do Poder Executivo, sendo então estruturados cargos e funções técnicas, com a Lei nº 3.780 (BRASIL, 1960). Em 1970, foi implantado o Plano de Cargos e Carreiras para todo o serviço público federal (BRASIL, 1970). Em 1987, o Decreto nº

94.664/87, (BRASIL, 1987a) aprovou o Plano Único de Classificação e Retribuição de Cargos e Empregos (PUCRCE), Lei nº 7.596/1987, sendo nesta época implantada a primeira carreira formal técnico-administrativa própria das universidades federais (BRASIL, 1987b). Em 1990, foi instituído o Regime Jurídico Único (RJU), já alterado, que unificou a relação de trabalho dos servidores públicos federais, descaracterizando o PUCRCE (BRASIL, 1990a).

5.2. Caracterização do trabalhador e o servidor

Consideram-se trabalhadores, segundo a definição apresentada na Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz, o estagiário e os profissionais afastados do mercado de trabalho, temporária ou definitivamente, por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2004b). A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 7º, define que são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais além de outros que visem à melhoria de sua condição social: redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (BRASIL, 1988a).

Existem dificuldades quando se procura delimitar ou definir a terminologia Funcionário Público. Podem ser incluídos grande número de categorias profissionais e formas de vínculo empregatício. O termo “servidor” público precisa ser definido para fins desta pesquisa. Entende-se como funcionário público uma variedade de categorias profissionais, como professor, médico, físico, técnico de enfermagem, técnico administrativo, dentre muitas

outras, e também diversas características de vínculo empregatício. O servidor concursado, o prestador de serviço ao estado, o com vínculo de cargo de confiança, podem ser considerados funcionários públicos (BENETTI & ARAÚJO, 2008).

O trabalhador Estadual foi anteriormente denominado Funcionário Público. A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seus artigos 37 a 41, onde é abordado “Da Administração Pública”, observa a expressão servidor público civil para nomear os que exercem cargo, função ou emprego público, e, não-militar. A partir da Constituição de 1988, funcionário público teve seu uso substituído por servidor público civil (BRASIL, 1988a). Os termos servidor público civil e servidor público continuam a ser utilizados. A partir do Estatuto dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais (Lei nº 8.112/90), a denominação foi substituída pela de servidor (Brasil, 1990a).

No que se refere à categoria dos servidores docentes e técnico-administrativos atuantes nas IES brasileiras, a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, com alterações posteriormente introduzidas por Medidas Provisórias, estabeleceu o Regime Jurídico Único (RJU) para os indivíduos legalmente investidos em cargos públicos (BRASIL, 1990a).

No Brasil, o RJU define a categoria de servidor. Em seu artigo 8º prevê o provimento do cargo público através de: nomeação, promoção, readaptação, reversão, aproveitamento, reintegração e recondução. As duas maneiras de acesso são o concurso público (de provas ou de provas e títulos) e a nomeação para cargos em comissão (de confiança). Não existe a possibilidade de mudança de cargo senão por essas duas vias, uma vez que a ascensão, ou seja, mudança para cargo superior dentro de uma mesma carreira, e a transferência, qual seja a mudança para outra carreira, foram revogadas pela Lei 9.527, de 10 de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997).

De acordo com o RJU, o processo de investidura, ou seja, admissão no serviço público (nomeação para o cargo) depende de prévia habilitação em concurso público de provas e títulos, obedecendo à ordem de classificação e o prazo de validade. Os servidores contratados por concurso público têm a sua estabilidade garantida, após um período denominado de estágio probatório (que corresponde a três anos no exercício do cargo) (BRASIL, 1990a).

A Emenda Constitucional nº 19/98 conhecida como a Emenda da Reforma Administrativa alterou dispositivos da Constituição Federal de 1988, referentes à Administração Pública e ao servidor público. Foi extinto o chamado “regime jurídico único”. O artigo 39 da Constituição de 1988, em sua redação original dispunha que: “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas”. Pela nova redação tem-se: “Art. 39. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão conselho de política de Administração e remuneração de pessoal, integrado por servidores designados pelos respectivos Poderes” (BRASIL, 1998b).

Os servidores públicos exercem uma multiplicidade de atividades. Ser empregado público não determina uma categoria similar de trabalhadores, pois estes pertencem a diversas formações profissionais, exercendo diferentes funções. Cada função, atividade ou posto de trabalho dos servidores públicos apresenta características peculiares e especificidades na demanda de trabalho, segundo as diversas tarefas e atribuições do profissional. Dessa forma, o empregado público não representa um grupo homogêneo de trabalhadores, pois pertencem a diversas categorias, funções e classes sociais (FRANÇA, 1994). Categorizando-se ao conjunto de funcionário público, observa-se o auxiliar administrativo, o técnico de diversas áreas, como bibliotecários documentalistas, médicos, enfermeiros, físicos, químicos, advogados, farmacêuticos, biólogos, veterinários e os professores, também de diversas áreas, entre outros. Pode-se atribuir a definição de funcionário ou servidor público, por exemplo, ao professor e ao técnico administrativo. Segundo França (1994), existe indefinição enquanto categoria homogênea. Por esse motivo França (1994) pondera que os funcionários públicos não podem ser considerados como um grupo pertencente à determinada classe social. Pondera, também, que o Estado é formado por distintas classes sociais, representadas diferenciadamente, estando às classes sociais também representadas em sua diversidade (FRANÇA, 1994).

A depender do critério utilizado, tanto o profissional concursado, como o prestador de serviço, podem ser considerados funcionários públicos (DALLARI, 1989; FRANÇA, 1994). Os termos acima escritos continuam a ser utilizados,

entre outras denominações, sem uma definição rigorosa de cada um. O concursado, o prestador de serviço ao Estado, o ocupante de cargo de confiança, todos, indistintamente, podem ser considerados servidores (DALLARI, 1989; FRANÇA, 1994).

Segundo Dallari (1989), o termo agente público possui terminologia mais ampla. Para este autor, agente público é todo aquele profissional que exerce uma função de natureza pública, estando legalmente autorizado a agir em nome do Poder Público, havendo diversas atribuições e empossado mediante investidura legal (DALLARI, 1989, p. 15). Com a denominação de agentes públicos, podem-se incluir (DALLARI, 1989):

Agente político - os que exercem mandatos eletivos, como senadores, vereadores, presidente da República entre outros;

As pessoas particulares que colaboram com o serviço público, que, sem fazer parte das estruturas do governo, exercem funções de natureza pública e;

Os servidores públicos, os que trabalham para a administração pública em caráter profissional, não eventual, com vínculo de subordinação e dependência, que recebem remuneração paga diretamente do governo (DALLARI, 1989, p. 15, 16 e 17). Neste grupo podem ser citados o grupo das pessoas que são concursados e efetivos, os funcionários públicos e o grupo dos contratados sem concurso e em caráter emergencial.

Utiliza-se o termo servidores públicos para os agentes relacionados com o Estado por “vínculo jurídico de direito público, abrangendo os servidores civis e militares” (JUSTEN FILHO, 2005, p. 569).

Segundo Di Pietro (2010), a categoria servidor público compreende três categorias e existem diferenças consideráveis entre essas no que se refere à estabilidade no emprego, ao processo seletivo, remuneração e oportunidades de ascensão carreira.

Servidores estatutários, titulares de cargos públicos, submetidos em lei a regulamentos estabelecidos por cada uma das unidades da federação;

Empregados públicos subordinados às normas da CLT e ocupantes de emprego público e;

Servidores temporários contratados para exercerem funções por prazo determinado.

Portanto, o servidor é a pessoa legalmente investida em cargo público, cargo este criado por lei e com denominação específica, com determinadas atribuições e responsabilidades já previstas. O servidor passa a ter papel fundamental nos serviços que o Estado presta à sociedade. Foi instituído em 1952, pelo então presidente em exercício, Getúlio Vargas, o dia 28 de outubro como o Dia do Servidor Público, por meio do decreto nº 1.711/1952 (BRASIL, 1952).

No Brasil os servidores estatutários encontram-se vinculados a um estatuto próprio. Nas IES se encontram sob o regime da Lei Federal nº. 8.112, a qual dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União (RJS) (BRASIL, 1990a). Complementando o conjunto dos empregados públicos, têm-se os celetistas, que se submetem à Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1943). Esse estudo utilizou a terminologia “servidor” para designar o trabalhador ou a trabalhadora do serviço público.

5.3. Aspectos legais da saúde do trabalhador e do servidor

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica de Saúde (LOS), dispõe sobre a conceituação de saúde do trabalhador. Saúde do trabalhador é um conjunto de atividades realizadas por meio de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, que se destina à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990b).

A LOS aborda sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e ações, incluem também a realização de estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho e avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde (BRASIL, 1990b).

No Brasil a saúde, como direito de cidadania e dever do Estado, está regulamentado pela LOS. Incluíram-se entre as atribuições do Sistema Único

de Saúde (SUS) as ações de Saúde do Trabalhador, em seu artigo 200, define que [...] “ao Sistema Único de Saúde compete”...”executar as ações de saúde do trabalhador” [...]., “assim como” [...]. “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”...”. (BRASIL, 1990b).

Quanto ao RJS é o estabelecido para todos os servidores e determina modo de investidura no serviço público, a forma e limites de remuneração, os direitos e deveres dos servidores entre outras disposições que constituem o estatuto dos servidores públicos civis (Brasil, 1990a). Esse regime não prevê mecanismos de controle e vigilância nos locais de trabalho, como o previsto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 1943). Define sobre a licença para tratamento de saúde (Art. 202), a aposentadoria por invalidez (Art. 186), sobre o tipo de assistência a que têm direito, se pelo SUS e/ou por convênio (Art. 230). Não se identificou a previsão da instituição das Comissões Internas de Prevenção a Acidentes e a realização de ações voltadas para a vigilância dos ambientes de trabalho (BRASIL, 1990a).

O RJS, da administração pública direta, autárquica e fundacional, instituído pela Constituição vigente, afastou o trabalhador caracterizado como servidor do regime trabalhista, ficando marginalizados dos serviços em matéria de saúde, higiene e segurança no trabalho, estes previstos pelas Normas Regulamentadoras (NR's) do Ministério do Trabalho e Emprego (M T E) (BRASIL, 1978; MORAES, 2005). As NR's, relativas à segurança e à medicina do trabalho devem ser cumpridas pelas empresas privadas e públicas, como também pelos órgãos públicos que possuam empregados regidos pela CLT (BRASIL, 1978; MORAES, 2005).

O servidor público e seu trabalho apresentam realidades não muito bem estudadas e conhecidas, como por exemplo, a saúde dos servidores. Embora na legislação esteja garantido o direito à saúde do trabalhador e ações que visem proporcionar melhores condições de vida e trabalho, os servidores públicos, são “desrespeitados, pela carência de políticas públicas que viabilizem ações preventivas no que diz respeito à saúde e à segurança do trabalhador – servidor público” (PEREIRA, 2003).

Os servidores são cadastrados na base de dados oficial da Universidade, o Sistema Integrado de Pessoal (SIP) da Superintendência de Pessoal (SPE). Os dados fornecidos pelo SIP são alimentados pelo banco de

dados do registro geral administrativo do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE). O SIAPE é um sistema integrado de banco de dados, estão cadastrados todos os servidores civis da Administração Pública Federal direta, das autarquias e fundações públicas que recebem recursos provenientes do Tesouro Nacional. Foi instituído visando à administração de recursos humanos nas atividades de planejamento, coordenação, supervisão, controle e desenvolvimento de recursos humanos (BRASIL, 1990c e BORGES, 2009).

A saúde dos servidores públicos federais brasileiros foi objeto de discussões e motivou a construção de uma política de atenção à saúde dos servidores civis em nível nacional. Houve a concepção do Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público (SISOSP), do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), no sentido de possibilitar a instituição de um sistema centralizado de notificações de agravos e doenças, e a instituição da política de atenção à saúde dos servidores públicos federais (BRASIL, 2006b). O SISOSP revogado em 2009, pelo Decreto que instituiu o SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor (BRASIL..., 2009a). O SIASS tem por objetivo a execução de ações e atividades de prevenção aos agravos, promoção e acompanhamento da saúde dos servidores, perícia oficial e assistência, visando garantir a implantação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal (BRASIL..., 2009a).

Em caso de invalidez, a aposentadoria é devida ao servidor que for considerado incapaz de readaptação para o exercício de seu cargo ou outro de atribuições e atividades compatíveis com a limitação que tenha sofrido, respeitada a habilitação exigida, e ser-lhe-á paga a partir da data do laudo médico-pericial que declarar a incapacidade e enquanto permanecer nessa condição. A aposentadoria por invalidez geralmente é "...precedida de licença para tratamento de saúde por período não excedente a 24 meses" (BRASIL, lei 8.112/1990, artigo 188, § 1o) (BRASIL, 1990a). Os proventos da aposentadoria por invalidez são proporcionais ao tempo de contribuição, exceto "quando decorrentes de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável" (artigo 186, inciso I, lei 8.112/1990), nestes casos os proventos serão integrais (BRASIL, 1990a).

No caso do diagnóstico de doença especificada em lei o servidor poderá requerer o benefício da isenção do Imposto de Renda (Lei no 7.713/1988, art. 6, inciso XIV) (BRASIL, 1988b). Conforme a Lei 8.112/1990, artigo 186, § 1o, as seguintes doenças são consideradas graves, contagiosas ou incuráveis: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental; neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida, contaminação por radiação e hepatopatia (BRASIL, 1990a). O benefício administrativo acima citado, requerido por processo, e cujo parecer deverá ser exarado pela junta médica pericial do SMURB, possibilita constar nos prontuários médicos o histórico destas patologias.

5.4. Transição demográfica e epidemiológica

A transição demográfica originou-se na Europa na época da Revolução Industrial. Por quase dois séculos ocorreu à redução dos coeficientes de mortalidade e das taxas de natalidade, e um aumento da vida média da população (PRATA, 1992). Ocorreu alteração gradual dos problemas de saúde da população, mudanças no perfil epidemiológico de incidência e prevalência de doenças, com queda da mortalidade por doenças infecto-parasitárias (DIP), e aumento das mortes por doenças crônico-degenerativas, também chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MURRAY & LOPEZ, 1996).

Na primeira metade do século XX as doenças infecciosas transmissíveis eram as mais frequentes causas de mortalidade. A partir dos anos 60 do século passado as doenças e agravos não transmissíveis passaram a ser as causas habituais de morte (PEREIRA, 1998).

A este processo Omran (2001) em 1971 primariamente denominou de Transição Epidemiológica, ao demonstrar as complexas mudanças nos padrões de saúde e enfermidades nos países, que inicialmente estava restrito aos países desenvolvidos e posteriormente alcançou os países em desenvolvimento. As DCNT são um grupo de doenças reconhecido como problema de saúde pública nos países desenvolvidos e na maioria dos países

em desenvolvimento. Compõem um grupo de doenças que, de modo geral, se caracterizam por apresentar longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não completamente elucidada, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito (MURRAY & LOPEZ, 1997a).

A subdivisão das DCNT é uma classificação consagrada nos estudos publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS - WHO). O grupo de patologias das DCNT é representado em sua maioria pelas doenças cardiovasculares, diabetes mellitus (DM), neoplasias e doenças respiratórias crônicas. Estas patologias demandam por rotina de assistência contínua de serviços de saúde e encargos financeiros, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos (MURRAY & LOPEZ, 1997b).

O envelhecimento da população possibilita um maior período de tempo de exposição aos fatores de risco para as DCNT, como tabagismo, obesidade, alcoolismo, sedentarismo, dislipidemia, distúrbios nutricionais, hipertensão arterial não controlada e DM. Com o envelhecimento progressivo da população, associado ao processo de urbanização e ao controle das doenças infecciosas, a incidência das doenças crônicas apresenta crescimento (LOPEZ et al., 2006).

No período pré-industrial configuravam-se altas taxas de mortalidade, com a presença de picos ocasionados por epidemias e fomes (OMRAN, 2001). Após esse período observaram-se mudanças iniciadas nos países desenvolvidos e gradualmente observadas em outras regiões do mundo. A transição epidemiológica é descrita como uma mudança nos padrões de mortalidade e morbidade, as pandemias de infecções são gradualmente substituídas por doenças degenerativas (OMRAN, 2001). Nos países desenvolvidos foi observado um declínio lento e seguindo o desenvolvimento econômico. Nos países em desenvolvimento o processo ocorre de forma acelerada e tardia, e se deve principalmente a tecnologia médica e medidas de saúde pública importada dos países desenvolvidos (OMRAN, 2001; HORIUCHI, 1997). A implantação das ações necessárias para controle das doenças é consequência de processos políticos, sociais e econômicos e se torna importante a utilização de apoio nas medidas técnico-científicas.

Com relação a essas mudanças do perfil de morbi-mortalidade das populações do mundo, Horiuchi (1997) ampliou o conceito da teoria da

transição epidemiológica. Segundo o autor, o aumento da esperança de vida ao nascer de 20 para 80 anos ou mais é caracterizado pelas mudanças do padrão de mortalidade. A primeira transição da mortalidade caracterizou-se pela mudança das causas externas para as doenças infecciosas, pela mudança nos principais meios de sobrevivência, de caça e coleta para agricultura. A segunda transição caracterizou-se com a redução das doenças infecciosas e o início do predomínio das doenças degenerativas, o que causou um aumento significativo da esperança de vida ao nascer. A terceira transição é diferenciada pela redução da mortalidade por doenças degenerativas, em especial as doenças do aparelho cardiovascular (DACV), contribuindo para melhores condições de saúde dos idosos (HORIUCHI, 1997).

As três primeiras transições de Horiuchi (1997) já ocorreram em quase todas as regiões do mundo. Para este autor novos tipos de transição epidemiológica devem surgir como a redução da mortalidade por câncer, que seria a quarta transição epidemiológica de Horiuchi. A quinta transição epidemiológica é chamada de desaceleração do envelhecimento (HORIUCHI, 1997).

Neste estudo buscou-se caracterizar as mudanças no perfil de mortalidade dos servidores uma IES, no período de 15 anos. Procurou-se auxiliar a caracterização da fase da transição epidemiológica que este grupo populacional se encontra, trazer subsídios para orientação de políticas e da possível implantação de ações necessárias, objetivando o controle das patologias visando a redução da morbi-mortalidade da população do estudo.

5.5. Mortalidade em Salvador, no Brasil e no mundo

O envelhecimento da população mundial caracteriza-se como uma das mais importantes mudanças demográficas observadas nas últimas décadas. A média de idade da população está aumentando, significa a possibilidade de vida mais longa. A faixa etária superior a 80 anos aumenta mais rapidamente tanto nos países desenvolvidos quanto na população brasileira (BRASIL..., 2006c).

De acordo com as estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT/ILO) para o ano de 2000, existiram dois milhões de mortes relacionadas com a atividade laboral. No ano 2000, a OMS estimou que os fatores de risco no local de trabalho eram responsáveis, a nível mundial, por 37% de dores lombares, 16% de perdas de audição, 13% de doenças pulmonares obstrutivas crônicas, 11% de asma, 8% de ferimentos, 9% de câncer do pulmão e 2% de leucemias. Conforme Nelson e colaboradores (2005) estes riscos no trabalho provocaram 850.000 mortes em todo o mundo e resultaram na perda de cerca de 24 milhões de anos de vida saudável.

Em estudo realizado por Murray & Lopez (1996), evidenciou-se que o grupo das DCNT nos países desenvolvidos representava 86% do total de óbitos. Devido ao acelerado processo de envelhecimento da população as DCNT tornaram-se causa importante de mortalidade nos países em desenvolvimento, desde meados do século XX (CARVALHO & GARCIA, 2003). Nos países da América Latina a mortalidade permaneceu elevada até a década de 1930, quando iniciou acentuada queda. Conforme avaliação do projeto The Global Burden of Diseases, nos países Latinos Americanos e no Caribe, incluindo o Brasil, 56% das mortes foram atribuídas ao grupo das DCNT (MURRAY & LOPEZ, 1996).

Ocorreram transformações sociais e econômicas no Brasil, principalmente durante o século XX, com mudanças no perfil de ocorrência das doenças. A queda nas taxas de fecundidade e natalidade e um progressivo aumento na proporção de idosos favoreceram o aumento das doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 2005a). Houve declínio da mortalidade em idades avançadas, com aumento da esperança de vida livre de incapacidade.

O perfil epidemiológico da população brasileira tem apresentado redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) e um aumento das doenças crônico-degenerativas e agravos relacionados a acidentes e violências (BRASIL..., 2005b; BRASIL..., 2005c). No Brasil o processo de transição epidemiológica, explicitado pela estatística observada quando as DCNT superaram as DIP como causa principal de óbitos, ocorre de maneira desigual entre as várias regiões do país (BRASIL..., 2005b; LAURENTI, 1990, apud PRATA, 1992). No Brasil, no período de 1995 a 1999, as DACV representaram

aproximadamente 32% do total de óbitos no País, configurando-se 24% na região norte a 35% na região sul (MELLO et al., 2001a).

Observam-se desigualdades a depender do grau de desenvolvimento de cada região (OMRAN, 2001; HORIUCHI, 1997). Em especial nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, as DIP permanecem como importante grupo causador de doenças (CARMO, BARRETO & SILVA JUNIOR, 2003).

A tendência da mortalidade observada no Brasil se encaixa no modelo contemporâneo ou atrasado (OMRAN, 2001). O Brasil iniciou o seu processo transição demográfica com declínio da mortalidade principalmente infantil na década de 1940, acentuado a partir dos anos 50, com fortes diferenças regionais e tardiamente em relação aos países desenvolvidos, nos quais esse declínio já era observado de forma mais acelerada no século XIX (PRATA, 1992).

No Brasil o início do declínio efetivo da mortalidade foi observado na década de 1940, como acima descrito, resultado da importação de medidas de saúde pública e tecnologia médica. O declínio da mortalidade foi responsável por um crescimento populacional significativo entre as décadas de 1940 a 1970. Nesse período persistiam níveis altos de fecundidade, e seu declínio iniciado tardiamente na década de 1970 (CARVALHO & GARCIA, 2003). A redução do ritmo de crescimento populacional acelerou o processo de envelhecimento da população, em todas as regiões e classes sociais (CARVALHO & GARCIA, 2003). A partir da década de 60 ocorreu o aumento da morbi-mortalidade por DCNT, particularmente as doenças arteriais coronarianas (DAC), as neoplasias e o DM (CARMO et al., 2003).

Observada a redução progressiva das DIP e aumento simultâneo das DACV e das doenças neoplásicas. Esta redução produziu um aumento na expectativa de vida. Observado estabilização e posterior queda gradual nas taxas de mortalidade cardiovascular, principalmente a partir de 1980 (OLIVEIRA, KLEIN & SILVA, 2003). Existem diversos estudos a respeito de morbi-mortalidade por DACV (OLIVEIRA et al., 2003; TAUIL & LIMA, 2004). Considerando a importância do tema se faz necessário aprimorar a investigação e estudos a respeito de morbidade-mortalidade por DCNT.

A urbanização, a industrialização e a maior expectativa de vida da população são fatores que contribuem para o aumento da incidência das

doenças crônico-degenerativas, visto uma maior e mais prolongada exposição dos seres humanos a agentes de risco (FRANCO et al., 1988a). As DACV representam um dos mais importantes problemas de saúde da atualidade (LESSA et al., 1996). Dentre as DACV, caracterizaram-se como responsáveis por 21% dos óbitos no mundo em 1990, Individualizados como doença isquêmica do coração e a doença cerebrovascular eram respectivamente a primeira e segunda causa de mortes no mundo (MURRAY & LOPEZ, 1996). As DACV representam em todos os países, incluindo-se o Brasil, o primeiro grupo de causas de morte na população em geral, em idade inferior a 65 anos (WHO, 2007). Estima-se, para o ano de 2020, que 24,8 milhões de pessoas deverão morrer por DACV, das quais 45% por doenças isquemicas do coracao e 31% por doenças cerebrovasculares (OLIVEIRA et al., 2003). De acordo com projeções, em 2030 deverão falecer 223,6 milhões de pessoas devido a DACV (WHO, 2009). No Brasil, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte, em ambos os sexos (BRASIL..., 2010). Dados do Sistema da Informação de Mortalidade nacional - SIM, mostraram que no Brasil, a proporção de óbitos por doenças do aparelho respiratório apresentaram aumento nas últimas décadas em pessoas de 60 anos e mais (BRASIL..., 2010).

A partir do inicio do século XX o câncer começou a ser referido nos países desenvolvidos como uma das doenças de maior taxa de mortalidade, sendo considerado um verdadeiro problema de saúde pública no mundo (PARKIN et al., 2002).

O câncer se constitui um conjunto de diferentes tipos de doenças, com múltiplas de causas e com diversas histórias naturais. Existe grande variação na distribuição do câncer, segundo idade, gênero/sexo, a qual pode ser atribuída as diferenças locais no que se refere a prevalência dos diversos fatores de risco, a políticas publicas, a prevenção primária e secundária, a diferença na composição demográfica e de classes sociais, a exposição ambiental e ao estilo de vida (FRANCO et al., 1988a). Os óbitos por neoplasias podem refletir exposições diferenciadas a diversos agentes potencialmente carcinogênicos resultante de hábitos culturais e sociais (hábito de fumar, dieta, álcool) e em grupos populacionais refletir agentes presentes no ambiente laboral (DOLL & PETO, 1981).

O Ministério da Saúde do Brasil propõem indicadores de controle que incluem a mortalidade proporcional (MP) por DCNT (BRASIL..., 2005b). Existem diferenças no padrão de mortalidade brasileiro por DCNT quando comparado aos países desenvolvidos. As mortes por câncer de colo de útero, em grande parte evitável e/ou tratável com tecnologias disponíveis; as doenças cerebrovasculares decorrentes de quadros de hipertensão não tratados adequadamente ainda são elevadas no Brasil (CARMO et al., 2003).

Ocorreu aumento acelerado da expectativa de vida da população brasileira. A esperança de vida ao nascer registrada no país em 1940 era de aproximadamente 44 anos. Em 1960 o tempo de vida médio da população brasileira já havia aumentado 10 anos (CARVALHO, 2004). Este processo, no entanto, ocorre de maneira diferente nas grandes regiões do Brasil devido às diferenças das condições sócio-econômicas (MELLO et al., 2001). Com a continuação do declínio da mortalidade, no Brasil a esperança de vida ao nascer se aproximou de 72 anos em 2005 (IBGE, 2006). A esperança de vida ao nascer no Brasil era de 74 anos e 29 dias em 2011, caracterizando-se um aumento de três meses e 22 dias em relação a 2010. Em 2011, a esperança de vida para o gênero masculino era de 70,6 anos, enquanto um recém-nascido do gênero feminino tinha expectativa de vida de 77,7 anos (IBGE, 2012).

As DCNT respondem pelas maiores taxas de morbi-mortalidade e por mais de 70% dos gastos assistenciais com a saúde no Brasil, com tendência crescente, e com grande impacto sobre a área de saúde pública. A vigilância epidemiológica das DCNT e a avaliação de fatores de risco são essenciais para a estruturação e implantação de políticas públicas no sentido de prevenção, controle dessas patologias e a promoção geral da saúde (BRASIL..., 2008b).

Verificou-se o banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) para os anos de 1998 a 2010 (Quadro II). Neste período, dos óbitos informados no país, 52,7% foram devidos a três grupos de causas: DACV (26,1%), neoplasias (14,0%) e causas externas (12,6%) (BRASIL, 2012) (Quadro III). Os óbitos por DACV configuraram-se em primeiro lugar em todas as regiões do país. Como causa mais frequente para as idades de 40 anos e menos identifica-se o óbito por causas externas (acidentes, homicídios e suicídios), a seguir neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Os óbitos por DIP apresentam-se ainda elevados (TAUIL & LIMA, 2004).

No Brasil, em 2001, os cânceres representaram a terceira causa mais importante de morte na população masculina no Brasil, após as doenças cardiovasculares e as causas externas (BRASIL..., 2002b). O câncer em mulheres e em homens acima dos 40 anos representa a segunda causa de morte, após as DACV (WÜNSCH FILHO & MONCAU, 2002).

O câncer configura-se como importante causa de morbi-mortalidade, nos diferentes países do mundo, crescendo o interesse por sua distribuição epidemiológica, inclusive no Brasil (SILVA, 1999a; CARMO et al., 2003). No Brasil estudos de tendência sugerem que o câncer, posteriormente, poderá superar a mortalidade por DACV, tornando-se a principal causa de morte no país (WÜNSCH FILHO & MONCAU, 2002). As neoplasias foram responsáveis por 13,7% dos todos os óbitos registrados em 2004 no Brasil. As mortes por DACV ocuparam o primeiro lugar (30%), e as causas externas a terceira posição, perfazendo 12,4% (BRASIL..., 2006c).

As taxas de mortalidade distribuídas por todas as neoplasias, em ordem decrescente de magnitude, estão nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte (BRASIL..., 2002c; PINTO & CURI, 1991). Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e apresentaram coeficientes mais baixos, com tendência ascendente (CERVI et al.; WÜNSCH FILHO & MONCAU, 2002).

Os dados do Registro de Câncer de Base Populacional demonstram as diferenças de incidência entre as regiões do Brasil (BRASIL..., 2003). As neoplasias se constituíram em importante causa de morbi-mortalidade identificada principalmente na região sul no Brasil (HALLAL et al., 2001). O Sul e o Sudeste do Brasil apresentam um perfil epidemiológico similar a alguns países desenvolvidos, onde existe maior incidência dos cânceres de mama, próstata e cólon e reto. Nas regiões Norte e Nordeste apresentam um padrão mais próximo aos países em desenvolvimento, com incidências mais elevadas de tumores do colo do útero (WÜNSCH FILHO & MONCAU, 2002), estômago e cavidade oral (BRASIL..., 2002c; BRASIL..., 2003). Este fenômeno está relacionado ao desenvolvimento econômico diferenciado das regiões do país, caracterizado por um quadro em que se têm doenças ligadas a pobreza, típicas dos países em desenvolvimento, e doenças crônico-degenerativas, características dos países mais desenvolvidos (CARVALHO, 2001).

Na população geral observa-se que as neoplasias malignas têm incidência diferenciada por sexo. Também observado que no sexo feminino as maiores taxas de incidência são as neoplasias da mama e colo do útero. No grupo masculino destacam-se como maiores as incidências de câncer de pulmão, próstata e estômago. Para o ano de 2008 foram estimados 466.730 casos novos de câncer distribuídos em percentagens aproximados de 50% por sexo (BRASIL..., 2007a).

Os cânceres também são classificados de acordo com a localização topográfica, proposta na 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (WHO, 1997). O câncer de pele não-melanoma ocupa quase 25% de todos os casos de câncer, sendo o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (10,6%), de mama feminina (10,6%), pulmão (5,8%), cólon e reto (5,8%), estômago (4,7%) e colo do útero (4,0%). As neoplasias mais incidentes no sexo masculino, excluindo-se o câncer de pele não-melanoma, são os de próstata, pulmão, estômago e cólon e reto. No sexo feminino, destacam-se os tumores de mama, colo do útero, cólon e reto e pulmão (BRASIL..., 2007a).

Diversos fatores endógenos e exógenos são conhecidos na etiologia do câncer. Para alguns tipos de neoplasias malignas as diferenças encontradas entre diversos países ou regiões podem ser explicadas pelos diferentes níveis de exposição aos fatores etiológicos ambientais ou pelas características de suscetibilidade às doenças vinculadas à estrutura genética de seus indivíduos. As condições estritamente genéticas são raras e um grande número de cânceres está fortemente associado ao ambiente externo (DOLL & PETTO, 1981).

Franco (1997) destaca diversos fatores implicados na etiologia do câncer podem ser observados quando da análise da ocorrência nas populações e, o tempo entre o início da exposição a um carcinogênico e as manifestações clínicas pode exceder 20 anos, contrastando, em geral, com o curto período de incubação das doenças infecciosas.

A avaliação dos carcinogênicos ocupacionais, importantes para a saúde pública, pois exposições ocupacionais podem ser minimizadas ou evitadas mais facilmente do que os fatores relacionados ao estilo de vida, como o consumo do tabaco, a dieta, práticas sexuais e exposição solar, por exemplo.

Agentes químicos, físicos e biológicos têm sido identificados como causadores potenciais de câncer em humanos (IARC, 2003). Quando é realizada a prevenção da exposição ocupacional, normalmente, é evitada a exposição ambiental (PEARCE & MATOS, 1994).

Os óbitos ocorridos em Salvador, no período de 2000 a 2012, tabulados pela Subcoordenação de Informações em Saúde (SUIS) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) da cidade do Salvador (Quadro IV), 54,5% foram atribuídos a três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (22,0%), neoplasias (16,5%) e causas externas (16,1%) (SALVADOR, 2013). Caracterizaram-se as doenças do aparelho respiratório como quarto grupo (9,6%) (Quadro V). Três das quatro principais causas específicas de morte são pertencentes ao grupo das DCNT (SALVADOR, 2013) (Quadro V).

Quanto aos óbitos ocorridos em Salvador, por faixa etária e segundo a causa básica por capítulos da CID-10, no período de 2000 a 2012, também caracterizados pela SUIS/SMS da cidade do Salvador (Quadro VI), identificaram-se 6,9% dos óbitos para as idades entre 30 e 39 anos, 6,9% dos óbitos para as idades entre 40 e 49 anos, 12,8% dos óbitos entre 50 e 59 anos, 14,5% dos óbitos entre 60 e 69 anos, 15,6% dos óbitos entre 70 e 79 anos e para as idades com 80 anos e mais, 16,3% dos óbitos (Quadro VII) (SALVADOR, 2013). O índice de Swaroop-Uemura para Salvador (MP de 50 anos e mais) representou 59,2% no período de estudo (SALVADOR, 2013).

5.6. A saúde do servidor

Constatou-se uma escassez de estudos sobre mortalidade em servidores no Brasil e no mundo. Encontraram-se estudos internacionais sobre absenteísmo-doença e morbidade, e poucos específicos sobre mortalidade. No Reino Unido, Noruega e Suécia, pesquisadores têm estudado as causas do absenteísmo, redes de apoio social, associação com variáveis socioeconômicas e demográficas, política de benefícios, medidas de redução de absenteísmo, bem como reabilitação profissional (STANSFELD et al., 1997, BLIKVAER & HELLIESEN, 1997, HEIJBEL et al., 2005).

Estudos sobre a saúde em coortes de servidores públicos civis como os de Whitehall I e II, realizados na Inglaterra durante duas décadas, investigaram a saúde de servidores públicos, homens e mulheres, com idades entre 35 e 55 anos ao início do estudo, e a relação entre doenças e fatores sócio econômicos, demográficos e ocupacionais (MARMOT et al., 1999). Identificaram-se relação entre a situação socioeconômica e doenças coronarianas, DM e síndromes metabólicas (MARMOT & BRUNNER, 2004). Demonstraram-se para os servidores de classes mais baixas (de apoio e administrativos) apresentaram riscos mais elevados de morte prematura em comparação com os demais (administradores e servidores executivos), indicando para uma relação inversa entre nível de emprego e doenças (FERRIE et al., 2004).

Como parte do estudo Whitehall avaliou-se fatores como o apoio social e saúde durante as ausências por motivo de doenças. Stansfeld e colaboradores (1997) abordaram prospectivamente os efeitos de estressores crônicos e apoios sociais, em casa e no trabalho, comparando taxas de absentismo por doença psiquiátrica. Em homens os aspectos negativos relacionados à pessoa mais próxima poderiam aumentar o risco de longos períodos de ausência por doença psiquiátrica. Altos níveis de problemas materiais aumentariam o risco de curtos períodos de ausência por estas patologias. Evidenciou-se que o apoio dos colegas no trabalho está relacionado ao menor risco de curtos períodos de ausência por doença psiquiátrica. O apoio social no trabalho parece proteger contra curtos períodos de ausência motivados por doença psiquiátrica, o que sugeriu poderem ser reduzidos aumentando o suporte no trabalho.

Heijbel e colaboradores (2005) descreveram os motivos de licença médica de longo período, quatro semanas ou mais, em empregados no setor público e identificaram entre as causas mais comuns de afastamento as alterações músculo-esqueléticos, dor lombar e dor no ombro ou outros problemas nas articulações e problemas mentais. Quarenta e sete por cento dos homens e 57% das mulheres estavam na lista dos doentes por mais de um ano. Apenas metade deles tinham sido submetidos programas de reabilitação. Segundo estes autores há um grande potencial para a reabilitação a longo prazo no setor público, com o envolvimento e a cooperação entre os atores de

reabilitação já existentes, a fim de promover o retorno ao trabalho. Bliksvaer & Helliesen (1997) evidenciaram que as mulheres apresentaram taxas de afastamento mais elevadas que os homens, corroborando achados de outros estudos.

O California Teachers Study (CTS), estudo prospectivo iniciado em 1995, na Califórnia, EUA, avaliou 133.479 professores e administradores do sexo feminino (BERNSTEIN et al., 2002). Evidenciou-se no estudo CTS, entre os anos de 1995 e 2003, a maior parte da mortalidade foi atribuída a DACV, acidente vascular encefálico, câncer de mama, câncer de pulmão, bronquite ou asma e pneumonia ou gripe. Confirmaram-se taxas elevadas de incidência de câncer de mama entre as professoras, padronizadas por idade. Os participantes possuem 51,0% de taxa de incidência de câncer de mama invasivo e 67,0% de câncer de mama in-situ do que seria esperado, com base na raça, em todo o Estado da Califórnia. Neste estudo também foram evidenciadas taxas elevadas de câncer do endométrio, câncer de ovário, melanoma, linfoma não-Hodgkin e leucemia. Os autores referem que o CTS possibilita diversos estudos da saúde das mulheres em geral e de risco de câncer (CHANG et al., 2010; BERNSTEIN et al., 2002).

É importante compreender o contexto histórico em que está contido o servidor, sua relação com a estrutura, com a cultura e economia geral, e as especificidades locais. Sampaio e colaboradores (2003) analisaram as aposentadorias motivadas por incapacidade permanente em servidores públicos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) entre os anos 1966 e 1999 e assinalaram a falta de informações referentes aos diagnósticos de aposentadorias por invalidez no serviço público. Nesse estudo as DACV apresentaram maior proporção (32%), seguidas por doenças mentais (29%) e por patologias osteomusculares (6%). Observou-se o aumento das aposentadorias por doenças osteomusculares de membros superiores a partir da segunda metade dos anos 90. As doenças mentais e cardiovasculares apresentaram uma distribuição constante ao longo da série histórica.

Os autores acima referidos chamam a atenção para a associação entre nível de escolaridade e aposentadoria precoce. Os trabalhadores com menor escolaridade apresentaram menor chance de encontrar novas atividades e funções, se aposentando mais precocemente do que os servidores com maior

qualificação (SAMPAIO et al., 2003). A identificação de fatores associados a essas aposentadorias possibilita “melhor fundamentação das políticas de promoção e proteção à saúde do trabalhador” (SAMPAIO et al., 2003). Ainda segundo Sampaio e colaboradores (2003) as iniciativas de investigação em saúde dos servidores são dispersas e os altos índices de absenteísmo e de aposentadorias precoces exigem ações imediatas. No estudo, de Sampaio e colaboradores (2003), analisaram-se também os diagnósticos das causas médicas das consultas e das licenças médicas dos servidores atendidos no serviço de saúde da UFMG. Evidenciaram-se as doenças do aparelho osteomuscular (39%), doenças psiquiátricas/alcoolismo (11%) e doenças do aparelho respiratório (9%) como as mais freqüentes de afastamento.

Ferreira & Mendes (2003) ao investigarem a saúde de 1.916 Auditores Fiscais da Previdência Social perceberam que 50% da categoria profissional em todo país afirmavam não possuírem boas condições para o exercício da profissão. Evidenciaram-se sentimentos de desgaste, sobrecarga de trabalho e sentimento de insegurança relacionados ao trabalho.

Identificaram-se estudos referentes aos profissionais da área da saúde (PAS), grupo com características próprias (GUIMARÃES, 2005; ISOSAKI, 2004; BARBOZA & SOLER, 2003; ALVES & GODOY, 2001).

Guimarães (2005) analisou o absenteísmo por doença entre os servidores civis do Hospital Geral de Brasília no ano de 2003. Observou neste estudo percentual elevado de licenças médicas nas categorias com formação educacional abaixo do nível médio, e evidenciou para os grupos com o nível educacional universitário menor índice de absenteísmo. Tanto para o sexo masculino quanto para o feminino, o motivo mais freqüente de afastamento foi as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e estas com período de licenças mais prolongado. A autora considerou que o absenteísmo por doença poderia ser reduzido com a adoção de políticas preventivas que visassem melhorar as condições de saúde e trabalho.

Isosaki (2004) caracterizou o absenteísmo em trabalhadores em serviço de nutrição e dietética de hospital público e privado, na cidade de São Paulo. Não evidenciado diferenças entre os hospitais. Observou-se que gênero, tempo de trabalho e responsabilidade com crianças tiveram efeitos significativos nos dois hospitais. As ausências doenças representaram as maiores causas em

ambos os hospitais, principalmente as moléstias do sistema osteomuscular. Os acidentes de trabalho foram a quarta e a terceira causas de absenteísmo, respectivamente, nos hospitais público e privado e ocorrem principalmente no próprio local de trabalho. A motivação das ausências, além de doenças, esteve relacionada a problemas pessoais, familiares e ambientais e ao meio ambiente de trabalho e destacaram o papel das chefias no controle das ausências (ISOSAKI, 2004).

O trabalho de Barboza & Soler (2003) caracterizou os afastamentos entre trabalhadores de enfermagem de um hospital geral de ensino. Vários autores destacam que as condições de trabalho vivenciadas por trabalhadores da equipe de enfermagem em ambiente hospitalar podem provocar alterações de saúde (SILVA, 1999b; SILVA & MARZIALE, 2000). Segundo Vieira (1993), as condições inadequadas de trabalho podem expor trabalhadores a riscos contribuindo para o adoecimento.

Em estudo descritivo realizado no Hospital das Clínicas da UFMG, no ano de 1999, caracterizou-se o absenteísmo por doença entre os trabalhadores deste hospital por levantamento das licenças médicas. Identificou a predominância de afastamentos no sexo feminino, e evidenciou-se predomínio de doenças do aparelho respiratório, do sistema osteo-muscular e do tecido conjuntivo para ambos os sexos (ALVES & GODOY, 2001).

Hospital das Clínicas UFMG 1999 absenteísmo ALVES GODOY 2001

Ainda referente aos afastamentos do trabalho entre os trabalhadores de enfermagem, no estudo de Barboza & Soler (2003), foi observado no ano de 1999, que dentre os 585 afastamentos por agravos à saúde, os principais problemas foram os geniturinários e doenças mal definidas entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; e doenças dos órgãos dos sentidos, doenças infecto-parasitárias, doenças respiratórias e neoplasias malignas entre os atendentes de enfermagem.

Paula (2006) realizou estudo sobre condições de trabalho de servidores públicos federais fazendo referência aos agravos. Neste trabalho, o autor discorre que não há políticas consistentes para a proteção da saúde dos servidores públicos federais, não há regulamentações nos estatutos que prevêm mecanismos de controle, notificação e vigilância nos locais de

trabalho como o previsto na Consolidação das Leis Trabalhistas (PAULA, 2006).

No Brasil, Boff e colaboradores (2002) analisaram a morbidade tendo como base a concessão do auxílio-doença previdenciário, para o ano de 1998, aos trabalhadores de Porto Alegre - RS. As características do afastamento ao trabalho podem ser utilizadas como indicador das principais causas de adoecimento na população adulta trabalhadora. Os autores concluíram que as três principais causas de incapacidade identificadas (acidentes e violências, doenças osteomusculares e doenças mentais) estão potencialmente associadas à piora da qualidade de vida e trabalho.

Beltrão & Sugahara (2002) estudaram a mortalidade dos servidores públicos civis do Poder Executivo Federal. Os autores construíram uma tábua de mortalidade a partir dos dados do SIAPE para os servidores no período de 1993 a 1999. Essas tábuas foram construídas com a informação por sexo e nível educacional. Os autores encontraram taxas específicas de mortalidade masculinas aproximadamente duas vezes as taxas femininas, com pequenas variações e uma possível tendência de decréscimo da diferença nas idades mais avançadas. Observaram que as taxas de mortalidade para os servidores com nível superior de escolaridade eram inferiores às taxas dos com nível médio, para homens e mulheres, o que pareceu indicar para os autores, que as condições socioeconômicas associadas à escolaridade também afetam as taxas de mortalidade de funcionários servidores públicos civis do Poder Executivo Federal no Brasil.

O estudo de Borges (2009) também utilizou dados do SIAPE para computar tábuas de mortalidade dos funcionários públicos civis do Poder Executivo Federal. A partir das tábuas de mortalidade estimadas por sexo, idade e escolaridade, o autor percebeu que as probabilidades de morte de ativos e aposentados do sexo masculino eram maiores para ambos os níveis de escolaridade, do que as das mulheres correspondentes, e também que as probabilidades de morte encontradas foram maiores para o grupo de nível médio em comparação com o grupo de nível superior para ambos os sexos, corroborando os a dados de Beltrão & Sugahara (2002).

6. MÉTODOS

6.1 Desenho do estudo

Estudo de mortalidade proporcional.

6.2 População e área

Trata-se de estudo sobre mortalidade de servidores da UFBA de 1998 a 2012, cuja base de dados encontra-se no Setor de Arquivo e de Cadastro do SMURB. Paralelamente, para a identificação dos servidores falecidos utilizaram-se os dados de registros administrativos no Sistema Integrado de Pessoal (SIP) da Superintendência de Pessoal (SPE), base de dados da UFBA. Bloqueia-se o acesso ao cadastro completo e o histórico funcional dos servidores, quando da aposentadoria ou óbito. As informações sobre a causa básica de morte da população de estudo foram obtidas a partir das DO fornecidas pelo SUIS/SMS/Salvador, codificados pela CID-10 (Salvador, 2013).

O total de óbitos da população da cidade do Salvador ocorridos no período foi utilizado como de referência. Nessa cidade residia a maioria da população do estudo e se concentram as unidades universitárias. As informações sobre a mortalidade da população de Salvador foram obtidas a partir dos arquivos do TABNET – SUIS/SALVADOR, codificados pela CID-10, disponíveis a partir do ano 2000 (Salvador, 2013).

6.3 Caracterização de variáveis

Listaram-se as variáveis coletadas nos prontuários médicos dos servidores nos arquivos do SMURB e/ou nas declarações de óbito (DO) (BRASIL..., 2001 a) (Anexo 1): número do prontuário, nome, unidade de lotação, ocupação, sexo, cor, escolaridade, estado civil, data de nascimento,

data do óbito e causa básica da morte. A categorização destas encontra-se descrita no Quadro VIII.

A idade em anos foi categorizada em faixas etárias (30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89 e maiores que 90). A cor foi descrita segundo as categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, também caracterizada na DO: branca, preta, amarela, parda, indígena e não informada. As categorias das variáveis sexo, cor, estado civil, escolaridade e ocupação foram inicialmente caracterizadas com os dados da DO e posteriormente comparadas com dados do prontuário médico.

A caracterização da variável raça/cor foi introduzida na DO em 1995 e a partir do ano 2000 o Ministério da Saúde considerou possível utilizar estes dados para fins de estudos, quando raça/cor ignorada obteve a proporção nacional de 16% (BRASIL, 2007b). Segundo os dados para o Estado da Bahia, somente no ano de 2008 a proporção de raça/cor ignorada foi inferior a 20,0%, o que se configurou mais precocemente para a capital, quando no ano 2006 já se configurava inferior a 15,0%. Este campo vem apresentando maior proporção de adequação no seu preenchimento a cada ano (IBGE, 2013).

A escolaridade foi classificada em: nenhum/analfabeto (nenhuma ou sem estudo formal), um a quatro anos de estudo (primeiro grau incompleto ou 4ª série incompleta), cinco anos de estudo (primeiro grau completo ou 4ª série completa), seis a oito anos de estudo (segundo grau incompleto ou 8ª série incompleta), nove anos de estudo (segundo grau completo ou 8ª série completa), 10 a 11 anos de estudo (superior incompleto ou curso técnico) e superior (superior completo e/ou com especialização, mestrado, doutorado, pós-graduado ou 12 e mais anos de estudo). Identificou-se a escolaridade definida nas DO e a evidenciada em prontuários médicos individuais. Configurou-se a escolaridade dos servidores neste estudo, por haver melhor caracterização da informação, de acordo com a evidenciada em prontuários médicos individuais.

Configurou-se a ocupação do servidor de acordo com o campo “ocupação habitual” contido na DO, e conforme descrição nominal do cargo verificado em prontuário médico. Caracterizou-se a ocupação a partir da DO segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), dos anos respectivos (OIT, 1988; BRASIL, 1994; BRASIL, 2002d). No âmbito das Instituições

Federais de Ensino, vinculadas ao Ministério da Educação, os cargos subdividem-se em docentes e técnico-administrativos. A categorização de cargos dos técnico-administrativos é definida segundo o Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação (Anexo 4) (BRASIL, 2005c). Caracterizam-se os docentes, profissionais com nível de escolaridade superior completo e mais, conforme o Plano de Carreiras e Cargos de Magistério Federal (BRASIL, 2012a).

Analisou-se ainda a ocupação agregando-se quatro grandes grupos ocupacionais de acordo com as características do cargo, atividades e função prescrita e nível de escolaridade: assistente administrativo (ADM), auxiliar operacional de serviços diversos (AOSD), nível técnico (NT) e nível universitário (NU). Os servidores nos quais não foi possível verificar estas características compuseram o grupo ignorado. Caracterizou-se como ADM o grupo de servidores com atividades descritas como eminentemente administrativas, cargos para os quais não se configuraram, para o desempenho das atividades, riscos de natureza química, física ou biológica, são estas: assistente em administração (AST), agente de portaria, ascensorista, atendente, auxiliar de biblioteca, digitador, escrevente, inspetor de alunos, datilógrafo e contínuo. Caracterizou-se o grupo AOSD por servidores com atividades de apoio a estrutura e infraestrutura da Universidade, cargos com a descrição de nível de escolaridade médio ou inferior, são estes: açougueiro, cozinheiro, ajudante de cozinha, copeiro, agente telefonia e eletricidade, auxiliar e agente de atividade agropecuária, alfaiate, mecânico, auxiliar de anatomia e necropsia, operador de caldeira, auxiliar operacional de serviços gerais, artífice carpinteiro e marceneiro, costureiro, encanador, bombeiro hidráulico, jardineiro, lavadeiro, mestre ofício, motorista, pedreiro, pintor e servente. Caracterizaram-se os profissionais do grupo NT como os com nível de escolaridade técnico para o exercício do cargo, compondo diversas áreas do ensino e de risco. Compondo o grupo NT descrevem-se: auxiliar de enfermagem, auxiliar de farmácia, auxiliar de nutrição, fotografo, tipógrafo, impressor, técnico em artes gráficas, musicista, técnico em assuntos educacionais, técnico em contabilidade, técnico em enfermagem, técnico de laboratório, técnico em mecânica, técnico em nutrição e dietética, técnico em prótese dentária, técnico em telecomunicação e técnico em vídeo.

Caracterizou-se o grupo NU, dentre estes os professores/docentes, os com nível universitário ou superior de escolaridade, representando diversas categorias profissionais, como sociólogo, arquiteto, bibliotecário documentalista, biólogo, cirurgião dentista, engenheiro civil, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, jornalista medico musico, nutricionista, professor de primeiro e segundo graus, químico, agronomista e administrador.

A unidade de lotação foi caracterizada segundo dados contidos nos prontuários. Categorizaram-se as unidades de lotação segundo a área de conhecimento e ensino: área I - Exatas (Ciências Físicas, Matemática, Química e Tecnologia), área II - Biológicas (Ciências Biológicas e profissões da saúde); área III - Filosofia e Ciências Humanas; área IV - Letras e área V – Artes. Para fins de análise as áreas III, IV e V foram agrupadas. O último grupo de unidades foi composto por aquelas eminentemente administrativas (ADMIN), de suporte a estrutura da Universidade (UFBA, 2012b).

Utilizou-se a categorização da causa básica do óbito segundo Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10). A avaliação de mortalidade proposta neste estudo baseia-se no conceito de causa básica do óbito que é definido como “a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou b) as circunstâncias da lesão ou acidente que produziu a lesão fatal” (WHO, 1997).

Para fins de fluidez do texto quando não necessário se evitará fazer referência a gênero masculino e feminino separadamente. Será realizada a concordância nominal no masculino.

6.4 Instrumentos e coleta de dados

Os dados contidos nos prontuários foram transcritos para formulário específico. A coleta de dados teve apoio de uma estudante de enfermagem, inserida no Programa Permanecer da UFBA, no ano de 2012. Os questionários foram codificados e digitados. A estrutura do banco de dados foi digitada nas planilhas eletrônicas do Microsoft Office Excel 2010. As informações a respeito da mortalidade da população do Brasil e de Salvador foram exploradas

utilizando-se os programas Tabnet e Tabwin, utilizados pelo do DATASUS/Brasil e SMS/Salvador. A análise e gráficos realizados com apoio do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) e planilhas eletrônicas do Microsoft *Office Excel* 2007 e 2010.

6.5 Análise

Inicialmente realizou-se a análise descritiva das variáveis, e a seguir, calculou-se a mortalidade proporcional (MP) por ano, sexo, faixa etária, ocupação, grupos ocupacionais, áreas de ensino e agrupamento de causas básicas de óbito segundo os capítulos da CID-10. Em seguida, calcularam-se as razões de mortalidade proporcional (RMP), considerando-se as variáveis acima, numa perspectiva de comparação interna da mortalidade na Universidade, por um lado, e de comparação externa com a distribuição proporcional dos óbitos na cidade de Salvador, por outro. Para esta última comparação, foram excluídos os anos de 1998 e 1999, por não haver informação disponível para Salvador tabuladas pela SMS do Salvador. Realizou-se padronização por idade pelo método direto, tendo como referência os óbitos da cidade do Salvador. Como não houve procedimento amostral, não foram feitas análises relativas à inferência estatística.

Calculou-se a MP para cada um dos grupos de causas de morte por capítulos da CID-10. Calculou-se a MP utilizando-se como numerador o total de óbitos por capítulo da CID-10, e como denominador, o total de óbitos no período. Para cálculo da RMP para cada um dos grupos ocupacionais para os óbitos da Universidade, utilizou-se como denominador todos os demais grupos. Calcularam-se as razões de mortalidade proporcional brutas (RMPbr) e ajustadas (RMPaj) por idade pelo método direto, utilizando-se como referência a mortalidade proporcional da população da cidade do Salvador da faixa etária dos 30 anos e mais, no período de estudo.

7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, cujo certificado de apresentação para Apreciação ética está registrado sob N° CAAE: 9090013.9.0000.5531, em consonância com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). O parecer consubstanciado do projeto encontra-se no ANEXO 2.

Configurou-se quando do envio do projeto ao CEP a realização de entrevista com o familiar do servidor falecido, caracterizado o método de autópsia verbal “Reproductive Age Mortality Study” (RAMOS), para a complementação dos dados do servidor. Planejou-se a realização de entrevista com proxy domiciliar após esgotarem-se todos os recursos para o reconhecimento da causa de morte (LAURENTI et al., 2000; 2004). Neste caso, programou-se a explicitação ao familiar das características da pesquisa e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A). A entrevista acima referida não foi realizada nesta etapa do estudo.

A SMS do Salvador, depois de efetivada as rotinas solicitadas por meio do setor de capacitação e assegurado o compromisso de guarda sob sigilo e a confidencialidade das informações individuais, disponibilizou os dados das DO para o estudo.

Os resultados da pesquisa poderão ser publicados em revistas técnico-científicas, apresentados de forma coletiva como dados de grupo, sem identificação individual dos antigos servidores. A comunidade da UFBA será convidada a participar de apresentação dos resultados obtidos, o que permitirá a ampliação do conhecimento a respeito da própria comunidade e a produção deste poderá contribuir para a adoção de políticas públicas específicas.

8. RESULTADOS

Desde a criação da Universidade em 1946, foram registrados 2.318 óbitos de servidores, até o ano de 2012. Para esse estudo, foram selecionados 1.250 óbitos de servidores, ocorridos entre 1998 e 2012, correspondendo a uma média anual de 83,3 óbitos. Neste período, houve 240 (19,2%) registros de servidores nos quais não foi possível identificar a DO e não foi reconhecida a causa básica de morte. A distribuição do número de óbitos por ano, com ou sem identificação das DO está demonstrada no gráfico 1.

Após a exclusão dos óbitos sem definição da causa básica por ausência de DO, analisaram-se 1.010 casos, sendo 632 homens (62,6%) e 378 mulheres (37,4%). A idade dos indivíduos na data do óbito variou de 29,6 a 101,1 anos, com média de 72,2 anos. A MP acima dos 50 anos (indicador de Swaroop & Uemura) configurou-se em 95,6% e em 72,0% acima dos 65 anos. Metade dos indivíduos faleceu com idade superior a 73,2 anos e 25% com idade superior a 81,2 anos. Seis e meio por cento faleceram após a nona década de vida (Tabela 1). No período de estudo caracterizaram-se três óbitos com idade superior a 100 anos na Universidade.

A informação quanto à raça/cor dos servidores falecidos variou conforme a fonte de informação, se originária da DO ou do prontuário médico, detectando-se uma discordância em 572 casos (56,6%). Os falecidos foram caracterizados como de cor branca, tanto no prontuário médico (48,2%) quanto na DO (39,4%). Não apresentaram a caracterização de raça/cor em 16,0% das DO. Destas, a maior proporção (25,5%) ocorreu no primeiro ano da série (1998), e para os outros anos evidenciou-se proporção igual ou inferior a 17,0%. Este dado não foi estudado por haver inconsistência entre as informações contidas nas DO e nos prontuários médicos.

Aproximadamente metade dos servidores era casada quando do óbito (47,9%). Os solteiros e viúvos vieram a seguir, com 17,1% e 15,7%, respectivamente. Para um terço dos indivíduos não havia informação sobre a escolaridade (Tabela 1). Entre aqueles com disponibilidade da informação, a maioria concluiu o nível superior (41,1%), seguidos daqueles com segundo grau ou nível técnico (19,2%)

Observou-se como não preenchido o campo referente à “ocupação habitual” em 621 DO (61,5%) e preenchido em 389 DO (38,5%). Caracterizaram-se dentre as DO com o campo preenchido, como “ocupações que não podem ser classificadas” em 81 DO (8,0%), e aposentados em 102 DO (10,1%), totalizando sem determinação da ocupação 804 DO (79,6%). Identificou-se com a caracterização de ocupação em 206 DO (20,4%) (Tabela 2). Dentre as 206 DO com identificação da ocupação habitual, caracterizaram-se professores em 37 DO (18,0%), médicos em diversas especialidades em 34 DO (16,5%), auxiliar de enfermagem em 13 DO e demais ocupações em 122 DO (59,2%).

Ainda em relação à ocupação, categoria profissional, de acordo com o prontuário, os docentes (DCT) compuseram a maior categoria (23,0%), seguidos dos assistentes em administração (AST) (10,6%). Quando categorizados por grupos ocupacionais, o nível universitário (NU) representou 27,5%, o assistente administrativo (ADM) representou 16,3%, o auxiliar operacional de serviços diversos (AOSD) representou 15,5% e o nível técnico (NT) com menor proporção (8,8%). Para a maior parte dos servidores não foi possível verificar esta característica (31,8%) (Tabela 2).

A maioria dos servidores falecidos era lotada no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COMHUPES) (13,2%). Vistos de forma agrupada, quase um quarto dos óbitos (24,4%) ocorreu em servidores lotados no COMHUPES, na FMB e na Maternidade Climério de Oliveira (MCO), unidades da área II. Verificou-se que 122 falecidos (12,1%) estavam lotados na Superintendência de Pessoal, unidade da área administrativa (Tabela 3).

Realizou-se a distribuição da MP por grupo de causas, revelando-se das causas naturais de óbito três grupos principais: 287 casos de DACV (MP=28,4%), 249 neoplasias (MP=24,7%) e 120 casos de doenças do aparelho respiratório (MP=11,9%). Cinquenta e quatro mortes foram decorrentes de causas externas (MP=5,3%) e 29 mortes foram classificadas como de causa mal definida (MP=2,9%) (Tabela 4). A proporção de mortes por DACV apresentou tendência decrescente, enquanto se observou um aumento no que se refere às neoplasias, que se configuraram como principal causa de morte nos anos de 2009 e 2012 (Gráfico 2).

As DACV foram a primeira causa para as idades de 70 anos e mais, e para as demais idades representou a segunda causa. As doenças neoplásicas foram a principal causa de óbito nos indivíduos entre 30 e 69 anos, tendo a maior proporção para as idades entre 50 e 59 anos (MP= 34,2%). A terceira causa de óbito nos indivíduos entre 30 e 39 anos foram as causas externas (MP= 18,2%). A terceira causa de óbito nos indivíduos entre 40 a 49 anos foram as doenças do aparelho digestivo (MP= 12,8%). O grupo de sintomas, sinais e achados obteve mais proporção para as idades entre 40 e 49 anos (MP= 7,7%). Observou-se a participação relativa aumentada de outros grupos de causas básicas para os idosos longevos. O grupo das doenças do aparelho respiratório foi a segunda causa mais freqüente para as idades de 80 anos e mais (MP= 21,4%), com proporção aumentada com o progredir das idades (Tabela 5).

A distribuição dos óbitos segundo área de conhecimento e ensino evidenciou-se como se segue: área II (Biológicas) com 364 (35,6%), áreas III/IV/V (Humanas, Letras e Artes), vistas em conjunto, com 271 casos (26,9%), área I (exatas) com 119 casos (11,9%) e as unidades administrativas com 256 casos (25,6%) (Tabela 6).

Não se observou diferença na MP entre os sexos (masculino/feminino) para os grupos das DACV (RMP= 1,01) e doenças do aparelho geniturinário (DAGU) (RMP= 1,03). A proporção de mortes foi maior, entre os homens, para as doenças do sistema nervoso (RMP= 2,03), as doenças do aparelho digestivo (RMP= 1,32), causas externas (RMP= 1,20) e doenças do aparelho respiratório (RMP= 1,15). Houve uma menor proporção de mortes por neoplasia entre os homens (RMP= 0,89) (Tabela 7).

A maior proporção de óbitos por ocupação ocorreu entre os DCT (232 casos, 23,0%), seguidos dos assistentes em administração (AST) (107 casos, 10,6%). Identificou-se a RMP entre os DCT e AST para os transtornos mentais e comportamentais (RMP= 2,77) e para doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (RMP= 2,54) (Tabela 8). Da mesma forma, comparou-se o grupo DCT com os demais servidores (grupo técnico-administrativo, 457 casos), excluídos os servidores de ocupação ignorada (321 casos). A ocorrência de óbito por transtornos mentais e comportamentais foi de seis casos, cerca de três vezes maior no grupo DCT (RMP= 2,95), e de treze casos, quase o dobro

para as doenças do aparelho geniturinário (RMP= 1,82). O inverso se verificou para as doenças do aparelho digestivo (RMP= 0,51). A proporção de óbitos por causa mal definida foi menor entre os DCT (RMP= 0,12) (Tabela 9).

A classificação dos indivíduos em quatro grandes grupos ocupacionais revelou que entre os assistentes administrativos (ADM), auxiliares operacionais de serviços diversos (AOSD) e nível técnico (NT), a morte por DACV foi mais importante, o que difere do grupo de nível universitário (NU), no qual as neoplasias foi o principal grupo (Tabela 10).

Caracterizaram-se as unidades universitárias de acordo com as áreas de ensino. Nas unidades da área I identificaram-se duas causas com maiores proporções, as neoplasias (29,4%) e doenças cardiovasculares (DACV) (26,9%). Para a área II, observaram-se as DACV (30,8%) e neoplasias (20,9%) e para as áreas III/IV/V, as proporções entre as neoplasias e DACV foram semelhantes (29,9%). Nas unidades caracterizadas como da área administrativa, verificaram-se 24,2% e 22,3% para DACV e neoplasias, respectivamente (Tabela 11).

Calculou-se a RMP para cada área de ensino em relação às demais. Na área I chamaram a atenção os transtornos mentais e comportamentais (RMP= 3,62), com pequena casuística, as malformações congênitas, deformidades e anomalias (RMP= 3,06) e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (RMP= 2,55). Configuraram-se dois casos com o diagnóstico de malformações congênitas nas DO. Na área II as doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários e doenças do sistema nervoso foram as mais importantes (RMP= 2,08 para ambas). Para as áreas III/IV/V, as doenças do aparelho geniturinário tiveram maior importância proporcional (RMP= 1,92). O mesmo se verificou para as unidades administrativas (RMP= 1,93) (Tabela 12).

A comparação da mortalidade proporcional na UFBA com a observada na cidade de Salvador levou em consideração o óbito de 889 servidores, no período entre 2000 e 2012 (motivos referidos na seção de métodos). Realizou-se a comparação da mortalidade proporcional na UFBA com a observada na cidade de Salvador, considerando a padronização direta por idade. Na população de estudo as doenças do aparelho circulatório foram a causa básica de óbito em 287 (28,4%) servidores, com uma RMP bruta de 1,26, porém

quando ajustadas ajustada por idade obteve o valor 0,88. Na população de estudo a neoplasia foi a causa básica de óbito em 249 (24,7%) servidores, com uma RMP bruta de 1,57 e ajustada por idade de 1,27. Verificaram-se alterações na ordem de magnitude da RMP para as neoplasias, que ocupava a terceira posição em ordem de magnitude, e quando ajustada por idade passou a ocupar a sexta posição. As doenças do aparelho respiratório foram a causa básica de óbito em 120 (111,9%) servidores, com uma RMP bruta de 1,22, porém quando ajustada por idade obteve 0,88 (Tabela 13).

Excluindo-se o único óbito na por gravidez, as RMP, ajustadas por idade (RMPaj), apontam os transtornos mentais (RMPaj = 1,73), doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e do sistema nervoso (RMPaj = 1,50), doenças do aparelho geniturinário (RMPaj = 1,37) e neoplasias (RMPaj = 1,27) como as causas de maior mortalidade entre os servidores em comparação com a população de referência. (Tabela 13).

Quanto às causas mal definidas, a RMP bruta foi de 0,90, e ajustada por idade de 1,04. Em referência às causas externas, a RMP bruta foi de 0,31 e a ajustada de 0,94(Tabela 13).

Configuraram-se as doenças endócrinas e nutricionais e as doenças de pele e do tecido subcutâneo com menor RMP, ajustada por idade, entre os servidores em comparação com a população de referência (RMPaj= 0,66 e RMPaj= 0,64, respectivamente (Tabela 13)

Comparou-se também a RMP por sexo, ajustada por idade. Na população de estudo, para o sexo masculino, as doenças do aparelho circulatório obtiveram o valor de 0,98 e, para o feminino, de 0,84. Quanto às doenças infecciosas e parasitárias, a RMP ajustada por idade, para o sexo masculino foi de 0,30 e para o feminino de 1,34. Quanto às neoplasias, a RMP ajustada por idade para o sexo masculino foi de 1,20 e para o feminino de 1,32. Quanto aos transtornos mentais, a RMP ajustada por idade para o sexo masculino foi de 2,08 e para o feminino de 1,31 e para as doenças do sistema nervoso configurou-se respectivamente 2,18 e 0,72 (Tabela 14).

Quanto às patologias relacionadas à gravidez, configurou-se a RMP ajustada por idade, em 4,60 (um caso). Para as malformações congênitas, identificaram-se dois casos, configurando as RMP ajustadas em 3,13 e 2,77, para o sexo masculino e feminino, respectivamente (Tabela 14).

Quanto às causas mal definidas, a RMP ajustada para o sexo masculino foi de 1,07 e para o feminino de 0,99. Em referência às causas externas, a RMP ajustada foi de 0,81 para o sexo masculino e de 0,38 para o sexo feminino (Tabela 14).

A MP foi maior entre servidores do que na população de referência no grupo de idade de 60 anos e mais, comparado com a MP da população de referência de 30 anos e mais. Quanto à RMP por faixa etária, destacam-se as faixas entre 60 e 69 (RMP= 1,55) e acima de 70 anos (RMP= 2,00) para a população de servidores da universidade (Gráfico 3).

9. DISCUSSÃO

Este estudo descreveu a mortalidade dos servidores de uma IES em um período de 15 anos, no qual ocorreram alterações sociais e econômicas no País (MURRAY & LOPEZ, 1996), que podem ter contribuído para os resultados encontrados. O período de estudo foi selecionado por haver disponibilização das informações relativas à causa dos óbitos, resultado dos avanços apresentados pelo sistema de informação em saúde, e em especial a descentralização do DATASUS. No período de estudo, ocorreram melhorias e adequações no sistema de informação, tabulação de dados, campanhas para o adequado preenchimento das DO, normatização e advento da classificação das patologias com a 9ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-9) (WHO,1985) e o ajustamento pela CID-10 (BRASIL..., 2009b; WHO,1997). As DO são importante fonte de dados. Apesar das dificuldades encontradas, estudos nacionais avaliaram melhorias no seu preenchimento (HECKMANN et al., 1989) e a fidedignidade da causa básica (SCHNITMAN, 1990). A qualidade da informação dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) vem apresentando aumento de abrangência e captura de informações e com redução da presença de informações ignoradas ou não preenchidas nas DO (BRASIL..., 2009c, BECKER, 1989). O que necessita ser, realmente, estimulado é o aprimoramento do sistema de informação em mortalidade,

incluindo o melhor preenchimento da declaração médica da causa de morte (LAURENTI et al., 2000), a melhoria da captação dos dados, a gratuidade dos registros civis e a recomendação de utilização de dados de mortes informados pelo Programa de Saúde da Família (MELLO & GOTLIEB, 2001).

Existe indefinição do servidor enquanto categoria homogênea e não podem ser considerados como representantes de uma determinada classe social. O servidor apresenta diversas formações profissionais e representa diferentes classes sociais (FRANÇA, 1994). Porém, o trabalhador do Estado, servidor, é representado distintamente por diferentes classes sociais, estando estas representadas em sua diversidade (DALLARI, 1989; FRANÇA, 1994). Segundo Mendes & Dias (1991), os trabalhadores inseridos em uma população apresentam perfis de mortalidade semelhante ao da população geral, avaliando-se quanto à idade, sexo e grupo específico de riscos. Escolhida então para estudo comparativo, como população de referência, a da cidade do Salvador. A maioria dos servidores residia, trabalhou, e faleceu nesta cidade. Visando melhor caracterizar a população de referência selecionada para este estudo, foi utilizada a tabulação dos dados da SMS do Salvador, base de dados atualizada e completa, em detrimento das informações disponibilizadas pelo DATASUS nacional. Os dados para o estudo da população dos servidores provieram desta mesma fonte, ou seja, SMS/Salvador. Utilizar somente uma fonte de dados tem como vantagens não apresentar problemas de sub-registro e maior fidedignidade dos dados (BELTRÃO & SUGAHARA, 2002).

Visando minimizar o efeito do trabalhador sadio no estudo, foi explorado todo o quantitativo de óbitos no período, incluídos todos os óbitos de servidores na ativa, afastados ou aposentados. A população de servidores de uma Universidade Federal apresenta-se adequada para estudos epidemiológicos, se configura como população estável, possibilitando acompanhamento da evolução, avaliação individual, mesmo após a aposentadoria. A partir do ano de 1990 houve aumento do quantitativo de servidores na UFBA e a partir de 1997 foi iniciada a avaliação em prontuário médico com características ocupacionais. Anteriormente, quando empossados no serviço, havia somente pesquisa sobre doenças infecto contagiosas.

A MP segundo grupo de causas demonstra a proporção de óbitos por um determinado grupo de causas em relação ao total de óbitos, em

determinada população e período. A MP é influenciada pela participação relativa das causas, podendo alterar a distribuição proporcional de uma causa específica, sem necessariamente haver redução absoluta desta. Apresenta limitações por ser proporção de óbitos, sendo utilizada quando inexistem disponibilidade de denominadores apropriados, como a população base do período (BRASIL..., 2007b) para o cálculo de coeficientes. O Setor de Pessoal da Universidade disponibilizou o quantitativo da população de servidores da Universidade por período, correspondendo aos servidores na ativa, não se caracterizando como denominador apropriado para este estudo, e por isso não foi utilizado para cálculo de coeficientes.

Utilizaram-se os registros administrativos do SIP para a identificação nominal dos servidores falecidos. Quando do evento óbito ou aposentadoria as informações da vida laboral do servidor passam a ter acesso limitado, não possibilitando a obtenção quanto à data de início das atividades laborais na Universidade a partir destes registros. O desenvolvimento de estudos epidemiológicos para avaliar os efeitos das exposições à saúde da população apresenta a dificuldade de estimar ou determinar as características desta exposição. Utiliza-se a ocupação ou função e descrição das atividades do cargo, bem como a característica da Unidade de lotação, como a medida indireta da exposição. Os trabalhadores podem adoecer ou morrer também por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que sua atividade laboral era desenvolvida (MENDES & DIAS, 1994; BRASIL..., 2001b, p. 27).

Nos antigos prontuários médicos havia o registro da data de abertura deste, porém não foi possível identificar a data de investidura da grande maioria desses servidores por não haver o registro disponibilizado. O registro no prontuário poderia corresponder ao início da atividade acadêmica, vindo a ser empossado anos após, ou, por não haver concurso à época, o trabalhador poderia estar atuando na universidade com registro no setor de pessoal e sem o registro no serviço médico. Neste período os trabalhadores eram avaliados por atuação e comportamento e empossados por indicação. A partir de 1990, com o então RJU, foi configurada a seleção de pessoal com o registrado da avaliação admissional com características ocupacionais (BRASIL, 1990b). O início da utilização da história ocupacional e avaliação de exposição a riscos

ocupacionais ocorreu em 1997, conforme registros em prontuários. Ainda em relação ao prontuário médico, o registro irregular do endereço prejudicou os processos de procura dos casos. A qualidade do registro em saúde, característica de organização do serviço de atenção à saúde, não foi foco deste trabalho.

A idade quando do óbito representa informação relevante na análise da mortalidade. A informação para as variáveis sexo e idade vem apresentando boa qualidade no SIM nacional, permitindo que elas possam ser analisadas do ponto de vista epidemiológico, o que também foi observado para Salvador (BRASIL, 2013; SALVADOR, 2013). O indicador de Swaroop & Uemura para a população estudada da UFBA foi caracterizado como típico de população desenvolvida. Caracterizaram-se os óbitos de idosos longevos na população de estudo proporcionalmente superior ao da população geral de referência. Para a cidade do Salvador identificou-se o segundo nível do indicador, característico de países com certo desenvolvimento e regular organização dos serviços de saúde.

Estudos realizados com população específica podem fornecer subsídios para melhor compreender o adoecimento desta parcela da população e devem ser levados em consideração ao se realizar o planejamento de ações de saúde (BRANCO, 2001).

Inúmeros aspectos relacionados ao aumento da longevidade se mostram evidentes na nossa sociedade. A incidência dos quadros crônico-degenerativos que demandam cuidados médico hospitalares representa um desses desafios. Observou-se a participação relativa aumentada de outros grupos de causas básicas para os idosos, descrito para a população de referência, com incremento para os diagnósticos relacionados ao aparelho respiratório (SALVADOR, 2013). Torna-se necessário a adoção de políticas de saúde voltadas para a prevenção, como campanhas contra uso do fumo, do álcool, a hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia e o sedentarismo, os quais estão associados aos quadros crônico-degenerativos (BRASIL..., 2005b).

Quanto à caracterização de raça/cor não foi possível avaliar devido às disparidades entre as fontes de dados. Observou-se inconsistência entre as informações contidas nas DO e nos prontuários médicos. O campo para a variável raça/cor foi introduzida na DO em 1995 e a partir do ano 2000 o

Ministério da Saúde considerou possível utilizar estes dados para fins de estudos epidemiológicos (BRASIL..., 2009b). Para o estado da Bahia somente no ano de 2008 e para a capital a partir de 2006, foi possível utilizar a variável em estudos epidemiológicos. Segundo informações do SIM para o Brasil, a percentagem de DO sem a especificação do campo raça/cor vem apresentando tendência decrescente (BRASIL, 2013). Provavelmente por este motivo não foram evidenciados muitos estudos no Brasil sobre mortalidade que utilizaram a variável raça/cor (FIORIO et al., 2011).

Similar ao que foi evidenciado nesse estudo, Beltrão & Sugahara (2002) encontraram taxa de mortalidade duas vezes maior no sexo masculino. Quanto à MP em relação ao sexo chamam atenção os óbitos ocorridos para o grupo de causas externas no sexo masculino para Salvador (SALVADOR, 2013).

Contemporaneamente utiliza-se a caracterização da escolaridade por anos de estudo. Evidenciou-se em prontuários a caracterização de forma agrupada, realizando-se a correspondência. Os com nível superior completo e mais anos de estudo, ou seja, NU, dentre esses os DCT, apresentaram maior quantitativo dos óbitos e maior proporção com o diagnóstico de neoplasias em relação aos outros grupos. O estudo CTS evidenciou em professoras e administradoras a maior parte da mortalidade atribuída a DACV, acidente vascular encefálico, câncer de mama, câncer de pulmão, patologias pulmonares (BERNSTEIN et al., 2002).

A variável ocupação contida nas DO foi caracterizada de modo diverso de acordo com a legislação do período. A ocupação informada nas DO, pouco estudada em nosso meio, devido a falta de caracterização específica, o que dificultava a comparação. Atualmente a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações de trabalho brasileiro (BRASIL, 2008). Teve sua origem no Cadastro Brasileiro de Ocupações do Ministério do Trabalho e na Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIUO) da Organização Internacional do Trabalho, de 1968 (OIT, 1988). No Brasil, a Classificação brasileira de ocupações para o sub-sistema de informações de mortalidade foi editada pela em 1987 (BRASIL..., 1987c), e com nova versão em 1994 (BRASIL, 1994). A partir de 2008, houve normatização da CBO editada em 2002 (BRASIL, 2002d), com a uniformização

para o preenchimento das DO (BRASIL, 2008) e a partir de então houve melhoria na identificação da profissão. Segundo Mendes (1989), a ocupação tem sido utilizada em diversos estudos epidemiológicos como indicador da condição sócio-econômica dos indivíduos ou como uma possível categoria explicativa do processo saúde-doença. Na população do estudo identificou-se elevada proporção sem determinação da ocupação, decorrente do não preenchimento, excesso das categorias não especificadas e de aposentados. Identificaram-se duas ocupações, professores e médicos, com maior representatividade. A caracterização de ocupação com dados de prontuário configurou-se como mais abrangente.

Em referência à unidade de lotação, a maioria dos servidores falecidos era lotada no COMHUPES, o que pode ser explicado por se tratar de unidade antiga e, ainda hoje, com a lotação do maior quantitativo dos servidores dessa Universidade. Nessa unidade ocorreu o maior número de óbitos por DACV. Lessa e colaboradores, em estudo realizado entre 1980 e 1998, avaliaram a magnitude das DCNT como importante problema de saúde pública, atingindo com maior proporção em grupos populacionais de mais baixas condições de vida (LESSA et al., 1996; PAIM et al., 2003), o que pode ser característico dos servidores com nível médio e primário de escolaridade identificado na unidade acima referida. Os servidores sem informação de unidade de lotação quando da implantação do SIP, foram alocados na SPE. Foi evidenciado o maior quantitativo decorrente de patologias do aparelho respiratório nessa unidade. Caracterizaram-se dois dos três óbitos com idade superior a 100 nessa Unidade.

O perfil epidemiológico evidenciado nesse estudo segundo grandes grupos de causa de óbito apresentou-se semelhante ao perfil epidemiológico da população brasileira e da cidade do Salvador quanto à redução da mortalidade por DIP e um aumento das doenças crônico-degenerativas (CARMO et al., 2003), porém não correspondeu quanto aos agravos relacionados aos acidentes e violências.

A presença de causas de óbito mal definidas pode alterar a proporção dos óbitos por todas as demais causas e representa um importante obstáculo na identificação da distribuição das mortes segundo causas. Entre as causas de óbito referidas com apenas sintomas e sinais (causas mal definidas) estão

incluídos os óbitos sem assistência médica e aqueles que tiveram assistência médica, porém sem determinação da causa básica da morte. Uma forma de minimizar esse problema é fazer a redistribuição proporcional dos óbitos por causas mal definidas para cada um dos capítulos de causas definidas, segundo idades (BRASIL, 2008), porém este método pode alterar as taxas de mortalidade por doenças específicas. Alguns pesquisadores não recomendam essa técnica (MELLO e al., 2002a; MELLO et al., 2002b). Nesse estudo a proporção de óbitos cuja causa era mal definida foi maior entre aqueles com menor escolaridade, provavelmente em decorrência de acesso mais limitado aos serviços de saúde, e foi menor entre os docentes.

Importante chamar a atenção aos diagnósticos incompletos da causa básica de morte (MELLO et al., 2002a, 2002b). Os óbitos caracterizados como sem assistência médica, englobados nos óbitos por causas mal definidas, também apresentaram um declínio na sua proporção para o Brasil e Salvador com os anos (BRASIL, 2013; SALVADOR, 2013). Na população de estudo não foi evidenciado este diagnóstico, o que se pode apreender que o grupo de servidores da Universidade, parcela da população de Salvador, pode ter melhor acesso ao diagnóstico e a assistência a saúde e/ou atenção médica. Observou-se maior proporção de doenças infecciosas e parasitárias nos servidores técnicos e administrativos em relação ao NU, o que pode caracterizar desvantagem quanto ao nível socioeconômico, refletindo no acesso à assistência em saúde.

Proporcionalmente, a terceira maior causa de óbito em Salvador no período avaliado foi o grupo das causas externas de morbidade e mortalidade, com tendência ascendente até 2009 (SALVADOR, 2013). Evidenciaram-se causas externas para a Universidade como a terceira causa de óbito nos indivíduos abaixo de 40 anos, e evidenciado como primeira causa, neste grupo, na população de referência. A distribuição da mortalidade proporcional é influenciada pela idade. Nas faixas etárias mais jovens evidenciou-se nítido predomínio das causas externas (trânsito, outros acidentes e homicídios) em relação à faixa etária entre 45 e 64 anos onde se destacam as neoplasias e as cardiopatias (SALVADOR, 2013).

Os acidentes de trabalho não têm muita visibilidade na Instituição, não sendo possível caracteriza-los com os dados deste estudo. Os acidentes de

trabalho foram evidenciados como um dos temas mais comuns das investigações epidemiológicas na área da saúde do trabalhador na década de 80 (RÊGO et al., 2005). A descrição da sub-estimativa de mortalidade e morbidade por acidentes de trabalho no Brasil vem sendo observada em diversos estudos (SANTANA, NOBRE & WALDOVOGEL, 2005). Houve a institucionalização de melhorias no sistema de informações de doenças e acidentes ocupacionais no país (BRASIL, 2004c). Na Bahia, assim como no Brasil, existem profissionais qualificados e mais estão sendo treinados, sendo ampliada a infra-estrutura com a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST) na área da saúde do trabalhador (BRASIL, 2002a).

A urbanização, a industrialização e a maior expectativa de vida da população são fatores que contribuem para o aumento da incidência das DCNT, visto uma maior e mais prolongada exposição dos seres humanos a agentes de risco (FRANCO et al., 1988b). A MP para os AOSD caracterizou-se com a maioria dos diagnósticos por DACV. Segundo Paim e colaboradores (2003) a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório cresceu em Salvador à custa da população de baixas e de muito baixas condições de vida. O perfil de mortalidade das populações do Brasil, de Salvador e a do estudo, caracterizaram-se com a redução das doenças infecciosas e progressão do predomínio das doenças degenerativas, e em especial as doenças cardiovasculares.

Para o Brasil observou-se estabilização e posterior queda gradual nas taxas de mortalidade cardiovascular, principalmente a partir de 1980 (OLIVEIRA et al., 2003). Para a população de Salvador evidenciou-se queda na MP por DACV a partir de 2006. O processo explicitado por Omran (2001) em relação aos países em desenvolvimento, e extrapolando para a população de estudo, provavelmente decorre de acesso aos meios de tratamento e diagnóstico médico e medidas de saúde pública a qual este grupo tem acesso. A redução da MP por doenças degenerativas, em especial as doenças do aparelho circulatório pode ser evidenciada para a população do Salvador, provavelmente caracterizando a terceira transição (HORIUCHI, 1997), contribuindo para aumento de expectativa de vida (BRASIL..., 2005b).

O câncer configura-se como importante causa de morbi-mortalidade (SILVA, 1999; CARMO et al., 2003). A partir do início do século XX o câncer começou a ser referido nos países desenvolvidos como uma das doenças de maior taxa de mortalidade (PARKIN et al., 2002). Os cânceres são importante causa de morbidade e mortalidade entre indivíduos na idade produtiva, também evidenciada nos resultados nesse estudo e representam a segunda causa de morte nas estatísticas da população brasileira acima de 40 anos de idade, retirando-se as causas mal definidas e as causas externas (BRASIL, 2013). As Neoplasias ocuparam a segunda posição na MP em Salvador no período de estudo, com tendência ascendente (SALVADOR, 2013). Em estudo de população de militares da Marinha do Brasil, população específica, encontrou-se diferenças na MP por câncer em relação à população de referência. A maior MP por câncer entre os militares ocorreu com idade entre 50 e 60 anos, relacionada a presença de cancerígenos ocupacionais no trabalho naval (SILVA et al., 2000), o que não pode ser evidenciado com os dados disponíveis nesse estudo. Beltrão & Sugahara (2002) chamaram a atenção para o fato de que entre os servidores com nível superior verificou-se maior proporção de óbitos por neoplasias em relação aos outros grupos, similar ao evidenciado nesse estudo entre os NU, o que pode caracterizar provável melhor diagnóstico, além de fatores ligados ao estilo de vida. Paim e colaboradores (2003) descreveram para Salvador que a mortalidade por neoplasias duas vezes superior no grupo populacional de elevadas condições de vida que no grupo de muito baixas condições de vida, achados similares aos desse estudo.

O envelhecimento da população possibilita um maior período de tempo de exposição aos fatores de risco para as DCNT, como tabagismo, obesidade, alcoolismo, sedentarismo, dislipidemia, distúrbios nutricionais, hipertensão arterial não controlada e DM (MURRAY & LOPEZ, 2006). A padronização é usada para remover o efeito de uma variável não desejada, como idade, numa comparação entre duas populações.

Para o grupo de servidores da UFBA, avaliados nesse estudo, foram relevantes as proporções de óbito por transtornos mentais e comportamentais, mesmo quando ajustado por idade, contudo com pequena casuística. Estudos evidenciam que as categorias profissionais da área de serviços, os trabalhadores da educação, da saúde, policiais, assistentes sociais, agentes

penitenciários, professores, entre outros, esta exposta a ambientes conflituosos e de alta exigência de trabalho e estressante, o que leva a repercussões na saúde física e mental e no desempenho profissional (BRASIL..., 2001b; REIS et al., 2005), estatística que foi configurada para a população do estudo.

Configurou-se para a população de estudo a RMP ajustada para neoplasias superior ao da população de Salvador. Importante para a saúde pública a avaliação dos carcinogênicos ocupacionais. As exposições caracterizadas como ocupacionais podem ser minimizadas ou evitadas mais facilmente do que os fatores relacionados ao estilo de vida, como o consumo do tabaco, a dieta, práticas sexuais e exposição solar. Agentes químicos, físicos e biológicos têm sido identificados como causadores potenciais de câncer em humanos (IARC, 2003).

O pequeno número de óbitos em algumas unidades ou ocupações restringiu a possibilidade de análises mais detalhadas.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Importante no planejamento das ações sociais e na área de saúde o conhecimento das características da população de abrangência. A vigilância epidemiológica tem a finalidade de subsidiar o planejamento e a organização dos serviços de saúde, contribuindo com a disponibilização de informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças, agravos e dos fatores condicionantes numa área geográfica e/ou população definida (BRASIL, 2004c). As análises da situação de saúde disponíveis pelo Ministério da Saúde avaliam o perfil de morbi-mortalidade da população (BRASIL..., 2001b, p.21), retratam a falta de políticas de gestão da informação e de estudos epidemiológicas sobre a saúde dos trabalhadores.

Houve aumento da produção científica na área de saúde do trabalhador no Brasil nas últimas décadas e o conhecimento produzido por estudos necessitam ser aplicados visando auxiliar a nortear as ações de prevenção e o

estabelecimento de políticas que busquem a melhoria das condições de vida e saúde dos trabalhadores (WÜNSCH, 2004; SANTANA, 2006).

Estudos realizados com população restrita podem fornecer subsídios para melhor compreender o adoecimento desta parcela da população e devem ser levados em consideração ao se realizar o planejamento de serviços. Conhecer as tendências das causas de morte em uma dada população e em um dado período de tempo permite a compreensão dos processos da saúde/doença, possibilitando elementos para análise da situação de saúde desta dada população e subsidia as tomadas de decisões sobre as ações a serem executadas (BRANCO, 2001). O que mais importa nos estudos de condição de vida e saúde é o apoio à formulação de políticas públicas setoriais, que promovam a equidade e possibilitem intervenções sobre condições de vida e de saúde de determinados segmentos populacionais, e não a demonstração de relações causas definitivas (PAIM, 1997; PAIM et al., 2003).

A investigação em relação a exposições ocupacionais, que possibilitem a identificação dos fatores de risco ocupacionais específicos, que podem vir a contribuir para a avaliação das disparidades encontradas em relação à população de referência e possível apoio a definição e implementação de políticas públicas de promoção à saúde (DOLL & PETTO, 1981) e da proteção da saúde dos trabalhadores e meio ambiente, as quais poderão alcançar também o corpo discente da instituição, possibilitando a prevenção de danos à saúde ou mortes precoces.

A partir da divulgação dos resultados obtidos com a comunidade universitária, acredita-se possibilitar a ampliação da discussão sobre o tema, permitindo aprimorar o conhecimento sobre as questões de saúde dos trabalhadores dessa comunidade. O estudo apresentado será tema de discussão junto a SUIIS da SMS do Salvador, que gentilmente cedeu os dados. Espera-se oferecer subsídios no sentido de contribuir com a discussão dos aspectos relacionados a pesquisa.

11. PROPOSIÇÃO DE ESTUDOS

Propõem-se a realização de estudos de mortalidade específicos, que abranjam os servidores como categoria. Caracterizar as patologias relacionadas transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema nervoso. Sugere-se também o estudo específico das DCNT, como o DM, especificar o estudo das DACV, com identificação das patologias associadas à HAS, doenças isquêmicas e acidente vascular encefálico, com como estudos relacionando as neoplasias e de patologias relacionadas ao aparelho geniturinário. Importante especificar quanto a estudos relacionados com alcoolismo, ao tabagismo e acidentes de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M. & GODOY, S.C.B. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. *Revista Mineira de Enfermagem* (REME). Belo Horizonte. 2001; v. 5. p. 73-81.

BARBOZA, D.B. & SOLER, Z.A.S.G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto. mar./abr, 2003; v. 11, n.2, p.177-83.

BECKER, R.A.; LIMA, D.D.; LIMA, J.T.F. & COSTA JR., M.L. *Investigação sobre perfil de saúde: Brasil, 1984. Série C, Estudos e Projetos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

BELTRÃO, K.I. & SUGAHARA, S. *Tábua de mortalidade para os funcionários públicos civis federais do poder executivo por sexo e escolaridade: comparação com tábuas do mercado*. Texto para Discussão 3, ENCE/IBGE, Rio de Janeiro, novembro de 2002.

BENETTI, L.T. & ARAÚJO, A.F. AS RELAÇÕES DE TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO: REGIME ESTATUTÁRIO X REGIME CELETISTA. *Revista Científica Eletrônica de Ciências* Ano VI – Número 11 – Maio de 2008 – Periódicos Semestral. Disponível em: <<http://www.revista.inf.br/contabeis11/pages/artigos/cc-edic11-anoVI-art04.pdf>> Acesso em: 20 jan 2012.

BERNSTEIN, L.; ALLEN, M.; ANTON-CULVER, H.; DEAPEN, D.; HORN-ROSS, P.L.; PEEL, D.; PINDER, R.; REYNOLDS, P.; SULLIVAN-HALLEY, J.; WEST, D.; WREGHT, W.; ZIOGAS, A. & ROSS, R.K. High breast cancer incidence rates among California teachers: results from the California Teachers Study (United States). *Cancer Causes & Control*. 2002; Sep;13(7):625-35.

BLIKSVAER, T. & HELLIESEN, A. *Sickness Absence: A Study of 11 LES Countries*. Luxembourg Employment Study Working paper Series, Oslo, Nº 3, abr., 1997. Disponível em: <www.lisproject.org/publications/leswps/leswp3.pdf>. Acesso em: 20 jun 2012.

BOFF, B.M., LEITE, D.F. & AZAMBUJA, M.I.R. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. Jun., 2002; v.36, n.3, p.337-342.

BORGES, G.M. *Funcionalismo Público: construção e aplicação de tábuas biométricas*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE/ IBGE). Rio de Janeiro, 2009.

BRANCO, M.A.F. *Informação em saúde como elemento estratégico para gestão*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 163-164.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196*, de 10 de outubro de 1996. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: junho 2009.

BRASIL. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988a. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 27 abr 2011.

_____. *Decreto-Lei N.º 5.452*, de 1º de maio de 1943. Disponível em:
<<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/10/1943/5452.htm>>. Acesso em: 21 abr 2011.

_____. *Decreto-Lei Nº 9.155*, de 8 de abril de 1946. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del9155.htm>. Acesso em: 12 nov 2010.

_____. *Lei nº 1.711*, de 28 de outubro de 1952. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1711.htm> Acesso em: 12 nov 2011.

_____. *Lei nº 3.780*, de 12 de julho de 1960. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3780.htm> Acesso em: 12 nov 2011.

_____. *Lei nº 5.645*, de 10 de dezembro de 1970. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5645.htm> Acesso em: 12 nov 2011.

_____. *Lei nº 7.596*, de 10 de abril de 1987b. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7596.htm> Acesso em: 12 nov 2011.

_____. *Decreto nº 94.664*, de 23 de julho de 1987a. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D94664.htm> Acesso em: 10 set. 2010.

_____. *Lei nº 8112*, de 11 de dezembro de 1990a. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 27 abr 2009.

_____. *Lei Federal Nº 8080*, de 19 de setembro de 1990b. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n.155, 20 de set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 20 nov 2010.

_____. *Decreto do Executivo Nº 99.328*, de junho de 1990c. Disponível em:
<http://www.legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viv_Identificacao/D>

EC%2099 .328-1990?OpenDocument&AutoFramedLei Complementar 11.907 de 2009> Acesso em: 22 jul 2010.

_____. *Lei nº 9.527*, de 10 de dezembro de 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9527.htm> Acesso em: 12 nov 2012.

_____. *Emenda Constitucional nº 19*, de 04 de junho de 1998b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm> Acesso em: 10 set 2010.

_____. *Lei nº 11.091*, de 12 de janeiro de 2005c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11091.htm > Acesso em: jan 2013.

_____. *Decreto nº 5.961*, de 13 de novembro de 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5961.htm>, Acesso em: 12 nov 2010.

_____. *Lei nº 12.772*, de 28 de dezembro de 2012a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12772.htm > Acesso em: março 2013.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). *Estatutos e regimentos*. [1996?] [s.n.t.] Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/eries.pdf>> Acesso em: 10 março 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. *Classificação brasileira de ocupações para o sub-sistema de informações de mortalidade*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987c, 103p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de instrução para o preenchimento da declaração de óbito*. 3. ed. Brasília. 2001a. 44p.

_____. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2001b. 192p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002b. p.1-4.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer-Inca. *Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979-1999*. Brasília: 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional, volume 3*. – Rio de Janeiro: INCA, 2003. 147-153 Disponível em <<http://www.inca.gov.br/regpop/2003/versaofinal.pdf>> Acesso em: 29 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Registro hospitalar de câncer: dados dos hospitais do INCA, relatório anual 1994/1998*. - Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil*. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005b. 80 p.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, 2005c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf > Acesso em: 20 jan 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Declaração de óbito: documento necessário e importante*. 1. ed. Brasília, DF, 2006a, p.7.

_____. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro*. Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil 2006c; 15(1): 47-65.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil*. 2007a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf> > Acesso em: jan 2013.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSa. *Indicadores básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. OPAS, 2ª ed. Brasília, 2008a. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=20> > Acesso em: 20 jan 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. *A declaração de óbito: documento necessário e importante, Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. MELLO, JMHP, LAURENTI, R & GOTLIEB, SLD. *O sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM - Concepção, Implantação e Avaliação*1. In A Experiência Brasileira em Sistemas de Informação em Saúde

– Volume I - Produção e Disseminação de Informações sobre Saúde no Brasil. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF. 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Departamento de informática do SUS (DATASUS). *Indicadores de dados básicos para saúde*. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). [2013]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtsp.def>>. Acesso em: 15 nov 2008.

_____. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão (MPOG). *Decreto nº 6.833*, de 29 de abril de 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6833.htm#art9> Acesso em: 27 abr 2011.

_____. Ministério do Trabalho. *Portaria do Nº 1.334*, de 21 de dezembro de 1994. Disponível em: <<http://www.legisweb.com.br/legislacao/?legislacao=181305>> Acesso em: 27 abr 2012.

_____. Ministério do Trabalho. *Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST)*. 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf>. Acesso em: 27 abr 2011.

_____. *Portaria nº 3.214*, de 08 de junho de 1978. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_01.asp>. Acesso em: 23 nov 2007. E também disponível em: <www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/mte/1978/3214.htm> Acesso em: 12 nov 2012.

_____. *Portaria nº. 1.679/GM*, de 19 de setembro de 2002a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>> Acesso em: 27 abr 2012.

_____. *Portaria Inter-Ministerial nº. 397*, de 09 de outubro de 2002d. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/legislacao.jsf>> Acesso em: 27 abr 2011.

_____. *Portaria nº. 777/28*, de abril de 2004c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm>> Acesso em: 27 abr 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância Epidemiológica*. In: _____. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. p. 18-34.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. *Saúde Brasil 2005* – uma análise da situação de saúde. Análise da mortalidade segundo raça/cor em 2003. 2007b.

CARMO, E.H.; BARRETO, M.L. & SILVA Jr, J.B. Mudanças no padrão de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para o novo século. *Epidemiologia e serviço de saúde*, Brasília, 2003; v. 12, n. 2, p. 63-75.

CARVALHO, J.A.M. *Crescimento populacional e estrutura demográfica do Brasil*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, 2004.

CARVALHO, J.N. *Mortalidade por Câncer de Colo Uterino no Estado do Para, 1980-1997*. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Federal do Pará. 2001.

CARVALHO, J.A.C. & GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003; v. 19, n.3, p. 725-733, maio/jun.

CERVI, A.; HERMSDORFF, H.H.M. & RIBEIRO, R.D.C. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2005; 8, 407-418.

CHANG, E.T.; CLARKE, C.A.; CANCHOLA, A.J.; LU, Y.; WANG, S.S.; URSIN, G., WEST, D.W., BERNSTEIN, L. & HORN-ROSS, P.L. Alcohol consumption over time and risk of lymphoid malignancies in the California Teachers Study cohort. *American Journal of Epidemiology*, 2010; 172, 1373-1383.

DALLARI, A.A. *O que é funcionário público*. São Paulo, SP: Brasiliense; 1989. 78p.

DI PIETRO, M.S.Z. *Direito Administrativo*. 23 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 875p.

DOLL, R. & PETTO, R. The Causes of Cancer: Quantitative Estimates of Avoidable Risks of Cancer in the United States Today. *Journal of the National Cancer Institute*, 1981; 66: 1191-208.

FERREIRA, M.C. & MENDES, A.M. *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores fiscais da previdência social brasileira*. Brasília-DF: LPA Edições, 2003. p 120.

FERRIE, J.E; KIVIMAKI, M.; SHIPLEY, M.J.; VAHTERA, J. & MARMOT, M.G. A comparison of self-reported sickness absence with absences recorded in employers registers: evidence from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, Londres, 2004; v.62, p.77-79.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil, 1832 - 1930*. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/escirba.htm#publicacoes>> Acesso em: 10 março 2012.

FIORIO, N.M.; FLOR, L.S.; PADILHA, M.; CASTRO, D.S. & MOLINA, M.C.B. Mortalidade por raça/cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil. *Revista brasileira de epidemiologia*, São Paulo, v. 14, n. 3, Sept., 2011.

FRANÇA, B.H. Funcionário público: trabalhador como os outros? *Revista do Serviço Público*. Brasília. 1994; 118(2): 199-212.

FRANCO, E.L. *Epidemiology in the Study of Cancer*. In: Encyclopedia of Cancer. Academic Press, Inc. 1997, pp. 621-641.

FRANCO, E.L.; CAMPOS, F.N.; VILLA, L.L. & TORLONI, H. Correlation patterns of cancer relative frequencies with some socioeconomic and demographic indicators in Brazil: an ecologic study. *International Journal of Cancer*. 1988a; 41, 24-29.

FRANCO, L.J.; MAMERI, C.; PAGLIARO, H.; IOCHIDA, L.C. & GOLDENBERG, P. Diabetes como causa básica ou associada de morte no Estado de São Paulo, Brasil, 1992. *Revista de Saúde Pública*, 1998b; 32 (3): 237-45.

GOMEZ, C.M. & LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005; v.10, n.4, p.797-807.

GUIMARÃES, R.S.O. *O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar*. 2005. 83f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

HALLAL, A.L.C.; GOTLIEB, S.L. & LATORRE, M.R.D.O. Evolução da mortalidade por neoplasias malignas no Rio Grande do Sul, 1979-1995. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2001; 4(3)168-175.

HEIJBEL, B.; JOSEPHSON, M.; JENSEN, I. & VINGARG, E. Employer, insurance, and health system response to longterm sick leave in the public sector: policy implications. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Suécia, 2005; v.15, n.2, p.167-176, jun.

HECKMANN, I.C.; CANANI, L.H.; SANT'ANNA, U.L. & BORDIN, R. Análise do preenchimento de declarações de óbitos em localidade do estado do Rio Grande do Sul (Brasil), 1987. *Revista de Saúde pública*, 1989; 23(4):292-7.

HORIUCHI, S. *Epidemiological transitions in human history*. In: Health and Mortality: Issues of Global Concern. New York: United Nations, 1997; p. 54-71. Nov.

IBGE. *Breves notas sobre a mortalidade no Brasil no período 2000 – 2005*. 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2005/notatecnica.pdf>> Acesso em: 15 abril 2013.

IBGE. *Tábua da Vida de 2011*. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2011/default.htm>> Acesso em: 15 abril 2013.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). *Overall Evaluations of Carcinogenicity to Humans*. 2003. Disponível em: <<http://www.monographs.iarc.fr>> Acesso em: 12 maio 2012.

- ISOSAKI, M. Absenteísmo entre trabalhadores de serviços de nutrição e dietética de dois hospitais em São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 2004; v.28, n. 107/108, p. 107-118.
- JUSTEN FILHO, M. *Curso de Direito Administrativo*. São Paulo: Saraiva. 2005.
- LAURENTI, R.; MELLO, J.M.H.P. & GOTLIEB, S.L.D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cadernos de Saúde Pública*; 2000; 16: 1.
- LAURENTI, R; MELLO, J. M.H.P & GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Revista brasileira de epidemiologia*. 2004; 7(4):449-460, dez.
- LESSA, I.; MENDONÇA, G.A.S. & TEIXEIRA, M.T.B. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Boletín de La Oficina Sanitária Panamericana*. 1996; 120(5): 389-413.
- LOPEZ, A. D.; MATHERS, C. D.; EZZATI, M.; T. JAMISON, D. T. & MURRAY, C. J. L. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Disease Control Priorities Project. Edited by Alan D Lopez, Colin D Mathers, Majid Ezzati, Dean T Jamison, and Christopher JL Murray. Washington (DC): 2006.
- MARMOT, M. & BRUNNER, E. Cohort Profile: The Whitehall II study. *International Journal of Epidemiology*, Londres, 2004; v.34, n.2, p.251-256, dez.
- MARMOT, M.; STANFIELD, S.; PATEL, C.; NORTH, F. & WHITE, I. Health inequality among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 1999; 37(8753):1387-93.
- MELLO, J.M.H.P. & GOTLIEB, S.L.D. O Sistema de Informação de Atenção Básica como fonte de dados para os Sistemas de Informações sobre Mortalidade e sobre Nascidos vivos. *Informe Epidemiológico do SUS*. 2001; 10(1): 7-18.
- MELLO, J. M.H.P.; GOTLIEB, S.L. & LAURENTI, R. *A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999*. Brasília: OPAS / OMS, 2001a. 244 p.
- _____. O Sistema de Informações sobre Mortalidade: problemas e propostas para seu enfrentamento: I–Causas Naturais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2002 a; v. 5, n. 2, p. 197-211.
- _____. O Sistema de Informações sobre Mortalidade: problemas e propostas para seu enfrentamento: II–Causas Externas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2002b; v. 5, n. 2, p. 212-23.
- MENDES, R. Importância da ocupação como determinante de saúde-doença: aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 1989; 17(67): 18-30.
- MENDES, R. & DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*. 1991; 25:341-9.

_____. *Saúde do trabalhador*. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e saúde*. 4ª Ed., Editora Meds. São Paulo. 1994. p. 283-402.

MORAES, G.A. *Normas Regulamentadoras Comentadas*. Legislação de Segurança e Saúde no Trabalho. 5 ed. Rio de Janeiro: Gerenciamento Verde Editora e Livraria Virtual, 2005. Parte 1. II.1 e 2, Parte 2, NR 4, 5, 7, 9, 15, p.1696

MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health. *Global Burden of Disease and Injury Series*, vol. I, 1996.

MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990—2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997a; Volume 349, 9064, 1498 - 1504.

MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997b; May 17;349(9063):1436-42.

NELSON, D.I.; CONCHA-BARRIENTOS, M.; DRISCOLL, T.; STEENLAND, K.; FINGERHUT, M.; PUNNETT, L.; PRÜSS-ESTÜN, A.; LEIGH, J. & CORVALAN. The global burden of selected occupational disease and injury risks: methodology and summary. *American Journal of Industrial Medicine*. 2005; 48:400-418.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). *Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones – CIUO-88*, 1988. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/isco08/index.htm>> Acesso em: Nov. de 2013.

OLIVEIRA, G.M.M., KLEIN, C.H. & SILVA, N.A.S. Análise Crítica das Mudanças das Taxas de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório Ocorridas entre 1980 e 2000, no Estado do Rio de Janeiro. *Revista da SOCERJ*. 2003; 16(2), 95-100.

OMRAN, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001; v.79, n.2, p. 161-170.

PAIM, J.S. *Abordagens teórico-conceituais em estudo de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação*. In: Barata, R, (org) *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p.7-30.

PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V.; COSTA, M.C.N.; PRATA, P.R. & LESSA, I. Desigualdades da situação de saúde do município de Salvador e relações com as condições de vida. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador. 2003; v.2, n.1, p.30-39, jan/jun.

PARKIN, D.M.; WHELAN, J.; FERLAY, L.; TEPPON, L. & THOMAS, D.B. Cancer incidence in five continents. Volume VIII. *IARC Scientific Publication*. 1-781, 2002.

PAULA, C.R. *Condições de Trabalho, Atividade e Referência a Agravos: Um estudo em Servidores Públicos Federais de Santa Catarina*. 2006. 93f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PEARCE, N. & MATOS, E. *Strategies for the Prevention of Occupational Cancer in Developing Countries*. Occupational cancer in developing countries Lyon, IARC, 1994; p.31-39.

PEREIRA, C.L.G.A. *Programas de prevenção à saúde do trabalhador no serviço público: O Caso do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais*. 2003. 140f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

PINTO, F.G. & CURI, P.R. Mortalidade por neoplasias no Brasil (1980/1983/1985): agrupamento dos Estados, comportamento e tendências. *Revista de Saúde Pública*. 1991; 25, 276-281.

PRATA, P.R. A Transição epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1992; v. 8, n. 2, p.168-175, abr./jun.

REIS, E.J.F.B.; CARVALHO, F.M.; ARAÚJO, T.M.; PORTO, L.A. & NETO, M.A.S. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2005; 21(5):1480-1490, set-out.

RÊGO, M.; MENDONÇA, A.C.O.; SÁ, A.C.; LOPES, D.M.C.; MOURA, F.P. & ALCÂNTARA, T.Q. Saúde dos trabalhadores nos congressos brasileiros de epidemiologia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2005; 29:69-79.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *Estatísticas Vitais*. Disponível em < <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>>. Acesso durante o ano de 2009/13, para informações de 2000 a 2013.

SAMPAIO, R.F.; SILVEIRA, A.M.; PARREIRA, V.F.; MAKINO, A.T. & MATEO, M.M. Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo. 2003; v.49, n.1, p.60-66, jan./mar.

SANTANA, V.S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. 2006; 40(N Esp):101-11.

SANTANA, V.S.; NOBRE, L. & WALDVOGEL, B. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004 – uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10:841-55

SCHNITMAN, A. Análise da fidedignidade da declaração da causa básica de morte por câncer em Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 1990; 24(6):490-6.

SILVA, D.M.P.P. & MARZIALE, M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2000; out; 8(5):44-51.

SILVA, D.M.P.P. *O adoecer dos trabalhadores de enfermagem: estudo dos problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo-doença em um hospital universitário*. 1999b. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP.

SILVA, I.S. *Cancer Epidemiology: Principles and Methods*. 2a.ed. Espanha: IARC; 1999 a; p. 1-9.

SILVA, M.; SANTANA, V.S. & LOOMIS, D. Mortalidade por câncer em militares da Marinha do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2000, 34 (4): 373-79.

SORLIE, P.D.; ROGOT, E. & JOHNSON, N.J. Validity of demographic characteristics on the death certificate. *Epidemiology*. 1992; 3 (2):181-4.

STANSFELD, A.S; RAEL, E.G.S.; HEAD, J.; SHIPLEY, M. & MARMOT, M. Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine*. 1997; 27, pp 35-48.

TAUIL, P.L. & LIMA, D.D. *Aspectos Éticos da Mortalidade no Brasil*. Departamento de Saúde Pública Coletiva da Universidade de Brasília - DF. 2004. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v4/aspecto.html>> Acesso em 06 out 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). SERVIÇO MÉDICO UNIVERSITÁRIO RUBENS BRASIL (SMURB). *Estatísticas, 2010*. [2010a?] [s.n.t.] Disponível em: <http://www.smurb.ufba.br/usuarios_frames.html> Acesso em: 04 abr 2010.

_____. SERVIÇO MÉDICO UNIVERSITÁRIO RUBENS BRASIL (SMURB). *Usuários*. [2010b?] [s.n.t.] Disponível em: <http://www.smurb.ufba.br/usuarios_frames.html> Acesso em: 15 fev 2010.

_____. Assessoria para Assuntos Internacionais. *Histórico da UFBA*. 2012a Disponível em: <<http://www.aai.ufba.br/index.php?lang=pt-br&url=historico-da-ufba>> Acesso em: 10 março 2012.

_____. Universidade Federal da Bahia. *Mapa do Portal*. 2012b. Disponível em: <<https://www.ufba.br/mapadoportal>> Acesso em: 12 abril 2012.

_____. Regimento Interno da Reitoria, 1971.

VIEIRA, D.F.V.B. *Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em um hospital de ensino*. Porto Alegre (RS): Faculdade de Ciências Econômicas/UFRS; 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10*; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 5ª edição, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Manual de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito – CID 9*. 9ª Revisão. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevention of Cardiovascular Disease Pocket Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk Predicting Heart Attack and Stroke risk*. Genebra.2007

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Fact sheet n.o 317. 2009.

WÜNSCH FILHO, V. & MONCAU, J.E. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo. 2002; 48(3):250-257.

ANEXOS

ANEXO 1 – Declaração de óbito



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Declaração de Óbito Nº

I	Cartório	1	Cartório	Código	2	Registro	3	Data			
		4	Município	5	UF	6	Cemitério				
II	Identificação	7	Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Fetal <input type="checkbox"/> 2 - Não fetal		8	Óbito Dia: _____ Hora: _____		9	RIC		
		10	Naturalidade		11	Nome do falecido		12	Nome do pai		
		13	Nome da mãe		14	Data de Nascimento Anos completos: _____ Meses: _____ Dias: _____ Horas: _____ Minutos: _____ Ignorado: <input type="checkbox"/>		15	Idade		
		16	Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado.		17	Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - indígena		18	Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado judicialmente/Divorciado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
III	Residência	19	Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		20	Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) Código: _____		21	Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)		
		22	CEP		23	Bairro/Distrito	24	Município de residência	25	UF	
IV	Ocorrência	26	Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Via pública <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		27	Estabelecimento Código: _____		28	Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)		
		29	CEP		30	Bairro/Distrito	31	Município de ocorrência	32	UF	
V	Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE									
		33	Idade Anos: _____		34	Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		35	Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe Código: _____		
		36	Número de filhos tidos (Obs.: Utilizar 99 para Ignorados) Nascidos vivos: _____ Nascidos Mortos: _____		37	Duração da gestação (Em semanas) <input type="checkbox"/> 1 - Menos de 22 <input type="checkbox"/> 2 - De 22 a 27 <input type="checkbox"/> 3 - De 28 a 31 <input type="checkbox"/> 4 - De 32 a 36 <input type="checkbox"/> 5 - De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 6 - 42 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		38	Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Dupla <input type="checkbox"/> 3 - Tripla e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorada		
		39	Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		40	Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> 1 - Antes <input type="checkbox"/> 2 - Durante <input type="checkbox"/> 3 - Depois <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		41	Peso ao nascer Gramas: _____		
VI	Condições e causas do óbito	OBITOS EM MULHERES		ASSISTÊNCIA MÉDICA							
		43	A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		44	A morte ocorreu durante o puerpério? <input type="checkbox"/> 1 - Sim, até 42 dias <input type="checkbox"/> 2 - Sim de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> 3 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		45	Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:									
		46	Exame complementar? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		47	Cirurgia? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		48	Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
VII	Médico	49 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA									
		PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte									
		a	Devido ou como consequência de:		tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID				
		b	Devido ou como consequência de:								
VIII	Causas externas	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica									
		c	Devido ou como consequência de:								
IX	Localid. Sr. Médico	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima									
		50	Nome do médico		51	CRM		52	O médico que assina atendeu ao falecido? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Substituto <input type="checkbox"/> 3 - IML <input type="checkbox"/> 4 - SVO <input type="checkbox"/> 5 - Outros		
		53	Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)		54	Data do atestado		55	Assinatura		
		PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)									
		56	Tipo <input type="checkbox"/> 1 - Acidente <input type="checkbox"/> 2 - Suicídio <input type="checkbox"/> 3 - Homicídio <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		57	Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		58	Fonte da informação <input type="checkbox"/> 1 - Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> 2 - Hospital <input type="checkbox"/> 3 - Família <input type="checkbox"/> 4 - Outra <input type="checkbox"/> 9 - Ignorada		
		59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência									
		SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO									
		60	Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)					61	Código		
		61 Declarante				62 Testemunhas					
		A				B					

ANEXO 2 – Parecer consubstanciado do CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MORTALIDADE EM SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL

Pesquisador: Adriana Gregorcic

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09090013.9.0000.5531

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 198.352

Data da Relatoria: 06/03/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina da Bahia sobre a mortalidade dos servidores de uma universidade federal. Tema relevante para o cuidado à saúde do trabalhador em instituições de ensino superior e que poderá trazer contribuições para a saúde ocupacional. É um estudo epidemiológico de mortalidade proporcional tipo coorte.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral - Descrever a mortalidade dos servidores da UFBA, no período de 40 anos.

Objetivos específicos:

- 1 - Identificar as causas de morte nos servidores docentes, técnicos e administrativos da UFBA.
- 2 - Descrever mortalidade proporcional geral e por grupo de causas em servidores da UFBA.
- 3 - Analisar a mortalidade segundo sexo, idade, grupos ocupacionais e unidades da UFBA.
- 4 - Comparar a mortalidade encontrada com a mortalidade de população de referência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A autora descreve os cuidados que terá na presença de riscos: As informações existentes nos prontuários serão transcritas para um formulário próprio, e a guarda sob sigilo com acesso a identificação nominal somente pelos pesquisadores. Visando minimizar qualquer desconforto, os pesquisadores manterão a identidade dos antigos servidores em sigilo. A principal fonte de

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7815 **Fax:** (71)3283-7815 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Informações serão os prontuários dos servidores arquivados no SMURB. como medidas de minimização de riscos e de danos a entrevista com familiar do servidor falecido somente será realizada após esgotarem-se todos os recursos para o reconhecimento causa de morte.

Os benefícios elencados foram: 1- ampliação do conhecimento a respeito da própria comunidade; 2 - auxílio no exercício da prática diária de trabalho; 3 - contribuição para a adoção de políticas públicas; 4 - ampliação da discussão sobre o tema, ampliar

5 - aprimoramento do conhecimento sobre as questões de saúde dos trabalhadores de uma comunidade universitária. 6 - a proposição de melhorias e adequações em determinados ambientes de trabalho, as quais poderão alcançar também ao corpo discente da Instituição.

7 -oferecer subsídios para a adoção de políticas públicas no sentido da promoção e da proteção da saúde dos trabalhadores e meio ambiente; 8- contribuição para nortear a estruturação do modelo da política de assistência à saúde para os servidores docentes e técnico-administrativos de universidades, que contemplem ações nos diversos níveis de atenção à saúde, promoção e prevenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de dissertação de natureza exploratória descritiva, epidemiológica, tipo coorte tendo como objeto a mortalidade de docentes, técnicos e pessoal administrativo da UFBA.

Tem como HIPÓTESES:

1- Estudos sobre incidência e mortalidade de servidores públicos civis são escassos tanto no Brasil, quanto em nível internacional.

2- Existe uma importante lacuna no conhecimento a respeito das patologias que acometem essa categoria profissional

3 - No ambiente universitário, em função da multiplicidade de atividades, há a possibilidade de exposição dos trabalhadores a diversos agentes de risco.

Terá como fontes os prontuários arquivados no Serviço de Perícia Profissional do SMURB e a entrevista a familiares de docentes, funcionários técnicos e administrativos falecidos.

O estudo poderá "contribuir para o melhor conhecimento das características desta população, fornecer subsídios para a proposição de estudos específicos em ambientes ou processos de trabalho, avaliação das exposições e possivelmente sugerir medidas de prevenção à agravos a saúde dos profissionais, contribuindo para a melhor adequação dos ambientes de trabalho na universidade e possibilitar a prevenção de agravos ao meio ambiente".

As principais fontes de informações serão os prontuários dos servidores arquivados no SMURB e entrevista com o familiar do servidor falecido. A pesquisa só será realizada após esgotarem-se

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7815

Fax: (71)3283-7815

E-mail: cepes.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



todos os recursos para o reconhecimento causa de morte. Neste caso, o familiar será convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas com Proxy domiciliares poderão ser utilizadas caso se esgotem os recursos para identificação da causa básica de morte em 90 %.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos solicitados para apreciação ética, O Termo de confidencialidade, o de responsabilidade do pesquisador, em particular a CARTA DE ANUENCIA DA INSTITUIÇÃO aditada ao protocolo onde constam as assinatura e carimbo do representante Institucional responsável pela guarda dos documentos, fontes de coleta de dados.

Recomendações:

NDA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

NDA

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária Homologa o PARECER DE APROVAÇÃO emitido pelo relator.

SALVADOR, 18 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Cidade Nova CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7815 Fax: (71)3283-7815 E-mail: cepes.ufba@ufba.br

ANEXO 3 – Quadros

Quadro I – Distribuição dos usuários cadastrados no SMURB, segundo a categoria, de agosto de 1998 a dezembro de 2007. Salvador, 2012.

Categorias	Anos					
	1998	2000	2001	2002	2006	2007
Servidores Ativos	5.321	5.101	5.146	5.390	7.104	11.339
Servidores Aposentados	1.329	3.239	3.226	3.114	3.186	3.185
Alunos	17.071	18.132	18.931	22.048	32.989	33.712
Dependentes	4.650	5.154	5.343	4.494	4.220	4.277
Prestadores	752	968	1.054	695	75	161
FAPEX	-	-	-	-	221	245
SUS	692	1.047	1.631	1.718	2.318	2.449
Total	28.486	32.641	35.331	37.907	50.113	55.368

Fonte: Portal SMURB http://www.smurb.ufba.br/usuarios_frames.html

Quadro II – Número de óbitos no Brasil, de 1998 a 2010, segundo capítulos da CID-10. Salvador, 2013.

Capítulo da CID-10	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	931.895	938.658	946.686	961.492	982.807	1.002.340	1.024.073	1.006.827	1.031.691	1.047.824	1.077.007	1.103.088	1.136.947
D. infecciosas e parasitárias	48.792	46.496	44.515	45.032	45.175	46.533	46.067	46.628	46.508	45.945	47.295	47.010	48.823
Neoplasias	110.799	115.679	120.517	125.348	129.923	134.691	140.801	147.418	155.796	161.491	167.677	172.255	178.990
D. do sangue hematopoiéticos	4.173	4.657	4.800	5.240	5.217	5.354	4.978	4.999	5.496	5.719	5.825	6.011	6.284
D. endócrinas nutricionais	39.841	43.132	47.281	47.800	49.222	51.190	53.134	53.983	58.904	61.860	64.631	66.984	70.276
Transtornos mentais	5.478	5.831	6.139	6.655	7.011	7.356	8.158	8.931	10.256	10.948	11.852	11.861	12.759
D. do sistema nervoso	10.872	11.161	11.575	12.296	12.857	13.750	15.156	16.384	19.166	20.413	21.609	23.018	25.303
D. do olho	21	11	10	12	11	21	21	13	28	26	39	23	31
D. do ouvido e da apófise mastóide	117	127	133	129	115	120	119	112	145	118	125	125	125
D. do aparelho circulatório	256.511	257.179	260.603	263.417	267.496	274.068	285.543	283.927	302.817	308.466	317.797	320.074	326.371
D do aparelho. respiratório	91.983	89.084	88.370	90.288	94.754	97.656	102.168	97.397	102.866	104.498	104.989	114.539	119.114
D. aparelho digestivo	40.739	41.922	43.029	44.393	45.797	46.894	48.661	50.097	51.924	53.724	55.272	56.202	58.061
D. da pele e tecido subcutâneo	1.447	1.450	1.652	1.825	1.932	1.977	1.886	2.014	2.466	2.475	2.642	2.979	3.225
D. do sistema osteomuscular	2.076	2.321	2.478	2.606	2.885	3.001	3.002	3.084	3.597	3.789	4.094	4.216	4.541
D. do aparelho geniturinário	12.878	12.863	13.370	14.350	15.167	15.858	17.094	18.365	17.421	18.301	19.790	22.489	24.519
Gravidez parto e puerpério	1.997	1.825	1.646	1.587	1.650	1.597	1.672	1.661	1.637	1.615	1.691	1.884	1.728
Afecções no período perinatal	36.221	36.905	36.618	34.274	33.136	32.040	31.011	29.799	28.336	26.898	26.080	25.367	23.723
Malformações congênitas	9.331	9.468	9.804	9.520	9.733	10.143	10.210	9.927	10.397	10.262	10.502	10.360	10.196
Sintomas, sinais e achados anormais	140.929	141.653	135.749	135.766	134.176	133.434	126.922	104.455	85.543	80.244	79.161	78.994	79.622
Causas externas	117.690	116.894	118.397	120.954	126.550	126.657	127.470	127.633	128.388	131.032	135.936	138.697	143.256

Fonte: BRASIL/MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Quadro III - Mortalidade proporcional dos principais grupos de causa no Brasil, de 1998 a 2010. Salvador, 2013.

Capítulo CID-10	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
D infecciosas e parasitárias	5,2	5,0	4,7	4,7	4,6	4,6	4,5	4,6	4,6	4,4	4,4	4,3	4,3	4,6
Neoplasias	11,9	12,3	12,7	13,0	13,2	13,4	13,7	14,6	15,5	15,4	15,6	15,6	15,7	14,1
D do aparelho circulatório	27,5	27,4	27,5	27,4	27,2	27,3	27,9	28,2	30,1	29,4	29,5	29,0	28,7	28,2
D do aparelho respiratório	9,9	9,5	9,3	9,4	9,6	9,7	10,0	9,7	10,2	10,0	9,7	10,4	10,5	9,8
Sintomas, sinais e achados	15,1	15,1	14,3	14,1	13,7	13,3	12,4	10,4	8,5	7,7	7,4	7,2	7,0	11,0
Causas externas	12,6	12,5	12,5	12,6	12,9	12,6	12,4	12,7	12,8	12,5	12,6	12,6	12,6	12,6
Demais causas definidas	17,7	18,3	18,9	18,8	18,8	18,9	19,1	19,8	20,8	20,6	20,8	21,0	21,2	19,6

Fonte: adaptado BRASIL/MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM
Mortalidade proporcional em %

Quadro IV – Número de óbitos em Salvador, de 2000 a 2012, segundo capítulos da CID-10. Salvador, 2013..

Capítulo da CID-10	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	16.355	17.773	18.427	17.597	17.710	18.930	19.643	20.180	20.798	21.651	22.061	22.099	22.083
D.infecciosas e parasitárias	1.116	1.230	1.178	1.271	1.148	1.193	1.208	1.212	1.108	1.125	1.209	1.159	1.130
Neoplasias	2.365	2.641	2.756	2.773	2.850	3.096	3.131	3.372	3.438	3.754	3.893	4.120	4.026
D. do sangue órgãos hematopoiéticos	115	135	154	159	145	123	143	145	120	141	189	165	127
D. endócrinas nutricionais	915	1.041	1.127	1.077	1.041	1.031	1.035	1.033	1.016	1.026	1.035	1.001	1.015
Transtornos mentais	58	83	90	87	76	88	111	90	96	116	168	216	112
D. do sistema nervoso	211	254	255	240	245	305	289	310	349	365	418	424	405
D. do olho	0	0	0	0	0	1	2	2	1	1	0	0	2
D. do ouvido e da apófise mastóide	4	3	6	5	5	4	5	1	3	7	0	0	3
D. do aparelho circulatório	3.949	4.506	4.476	4.027	4.128	4.372	4.545	4.336	4.202	4.198	4.575	4.616	4.146
D do aparelho. respiratório	1.724	1.729	1.884	1.815	1.998	2.017	2.190	1.939	1.724	1.736	1.986	2.081	1.750
D. aparelho digestivo	848	964	1.081	974	1.075	1.120	1.031	1.092	1.073	1.115	1.258	1.241	1.150
D. da pele e tecido subcutâneo	54	70	94	72	60	33	103	65	70	83	99	87	94
D. do sistema osteomuscular	85	76	139	102	114	90	124	130	185	158	283	191	203
D. do aparelho geniturinário	353	378	410	381	417	431	463	391	396	402	404	447	427
Gravidez parto e puerpério	17	36	33	26	36	27	41	42	59	55	56	40	42
Algumas afecções originadas no período perinatal	2.003	2.012	1.804	1.760	1.590	1.572	1.640	1.505	1.314	1.366	1.330	1.284	1.297
Malformações congênicas	172	144	198	216	199	233	235	319	366	325	334	358	366
Sintomas, sinais e achados	477	407	347	282	227	338	425	800	1.214	1.459	492	603	1.575
Causas externas	1.889	2.064	2.395	2.330	2.356	2.856	2.922	3.396	4.064	4.219	4.332	4.066	4.213

Fonte: Salvador/SMS/SUIS-SIMW <<http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>>

Quadro V - Mortalidade proporcional dos principais grupos de causas em Salvador, de 2000 a 2012. Salvador, 2013.

Capítulo CID-10	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
D infecciosas e parasitárias	6,8	6,9	6,4	7,2	6,5	6,3	6,1	6,0	5,3	5,2	5,5	5,2	5,1	6,0
Neoplasias	14,5	14,9	15,0	15,8	16,1	16,4	15,9	16,7	16,5	17,3	17,6	18,6	18,2	16,5
D do aparelho circulatório	24,1	25,4	24,3	22,9	23,3	23,1	23,1	21,5	20,2	19,4	20,7	20,9	18,8	22,0
D do aparelho respiratório	10,5	9,7	10,2	10,3	11,3	10,7	11,1	9,6	8,3	8,0	9,0	9,4	7,9	9,6
Sintomas, sinais e achados	2,9	2,3	1,9	1,6	1,3	1,8	2,2	4,0	5,8	6,7	2,2	2,7	7,1	3,4
Causas externas	12,5	12,51	14,64	15,38	14,56	14,33	13,94	17,06	19,89	20,72	19,19	17,60	17,07	16,1
Demais causas definidas	28,7	28,3	27,56	26,82	26,94	27,37	27,66	25,14	24,01	22,68	25,81	25,6	25,83	26,4

Fonte: adaptado Salvador/SMS/SUIS-SIMW <<http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>>
Mortalidade proporcional em %

Quadro VI – Número de óbitos em Salvador, de 2000 a 2012, por faixa etária e segundo capítulos da CID-10. Salvador, 2013.

Capítulo da CID-10	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70-79 anos	80 e + anos	Total
TOTAL	17.700	24.457	32.798	37.105	39.852	41.524	255.307
D infecciosas e parasitárias	1.982	2.426	2.322	2.041	1.850	1.726	15.308
Neoplasias	2.354	5.007	8.317	9.423	8.829	5.686	42.253
D sangue e órgãos hematopoiéticos	181	203	203	235	257	300	1.862
D endócrinas, nutricionais	334	914	2.034	3.028	3.318	3.189	13.412
Transtornos mentais	114	220	208	168	190	474	1.402
D do sistema nervoso	300	350	350	329	560	900	4.080
D do aparelho circulatório	1.916	5.109	8.819	11.483	13.218	13.962	56.311
D do aparelho respiratório	1.077	1.885	2.483	3.512	5.062	7.910	24.645
D do aparelho digestivo	974	2.209	2.845	2.595	2.358	2.123	14.048
D da pele e do tecido subcutâneo	40	72	109	148	210	298	984
D do sistema osteomuscular	125	125	159	231	357	707	1.883
D do aparelho geniturinário	252	447	696	851	1.178	1.501	5.303
Gravidez, parto e puerpério	180	58	5	1	0	0	510
Malformações congênitas e deformidades	51	45	42	29	26	27	3.471
Sintomas, sinais e achados anormais	821	1.277	1.455	1.150	895	1.089	8.263
Causas externas	6.993	4.109	2.747	1.876	1.537	1.625	41.250

Fonte: Salvador/SMS/SUIS-SIMW <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>

Quadro VII - Mortalidade proporcional por faixa etária e principais grupos de causas em Salvador, de 2000 a 2012. Salvador, 2013.

Capítulo CID-10	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70-79 anos	80 e + anos	Total
TOTAL	6,9	9,6	12,8	14,5	15,61	16,3	75,8
D infecciosas e parasitárias	11,2	9,9	7,1	5,5	4,64	4,2	6,0
Neoplasias	13,3	20,5	25,4	25,4	22,15	13,7	16,5
D do aparelho circulatório	10,8	20,9	26,9	30,9	33,17	33,6	22,1
D do aparelho respiratório	6,1	7,7	7,6	9,5	12,70	19,0	9,7
Sintomas, sinais e achados anormais	4,6	5,2	4,4	3,1	2,25	2,6	3,2
Causas externas	39,5	16,8	8,4	5,1	3,86	3,9	16,2
Demais causas definidas	14,4	19,0	20,3	20,5	21,21	22,9	18,4

Fonte: adaptado Salvador/SMS/SUIS-SIMW <<http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>>

Mortalidade proporcional em %

Quadro VIII - Categorização das variáveis do estudo de MORTALIDADE DOS SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL. Salvador, 2013.

VARIÁVEL	CATEGORIA	TIPO
Data de óbito		Quantitativa Contínua
Data de nascimento		Quantitativa Contínua
Unidade de lotação	Unidades da lotação	Categórica nominal
Sexo	Masculino; feminino, ignorado	Categórica nominal
Raça ou cor	Branca; negra; amarela; parda; Indígena; não informado	Categórica nominal
Estado Civil	Casado (união estável); solteiro; viúvo; separado judicialmente (divorciado); ignorado	Categórica nominal
Escolaridade	Nenhum/analfabeto (nenhuma ou sem estudo formal), um a quatro anos de estudo (primeiro grau incompleto), cinco anos de estudo (primeiro grau completo), seis a oito anos de estudo (segundo grau incompleto), nove a 11 anos de estudo (segundo grau, completo superior incompleto ou curso técnico), 12 e mais anos de estudo (superior completo e/ou com especialização, mestrado, doutorado ou pós-graduado).	Categórica nominal
Ocupação	Categorização dos cargos de docentes (DCT) e técnico-administrativos (Anexo 4)	Categórica nominal
Grupos Ocupacionais	Assistente administrativo (ADM) Auxiliar operacional de serviços diversos (AOSD) Nível técnico (NT) Nível universitário (NU) Ignorado	Categórica nominal
Causa <i>Mortis</i>	Códigos da CID 10	Categórica nominal

ANEXO 4 – Categorização dos cargos técnico-administrativos em IES

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 11.091, DE 12 DE JANEIRO DE 2005.

Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Fica estruturado o Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, composto pelos cargos efetivos de técnico-administrativos e de técnico-marítimos de que trata a Lei nº 7.596, de 10 de abril de 1987, e pelos cargos referidos no § 5º do art. 15 desta Lei.

§ 1º Os cargos a que se refere o caput deste artigo, vagos e ocupados, integram o quadro de pessoal das Instituições Federais de Ensino.

§ 2º O regime jurídico dos cargos do Plano de Carreira é o instituído pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, são consideradas Instituições Federais de Ensino os órgãos e entidades públicos vinculados ao Ministério da Educação que tenham por atividade-fim o desenvolvimento e aperfeiçoamento do ensino, da pesquisa e extensão e que integram o Sistema Federal de Ensino.

ANEXO II

(Redação dada pela Lei nº 11.233 de 2005)

DISTRIBUIÇÃO DOS CARGOS POR NÍVEL DE

CLASSIFICAÇÃO E REQUISITOS PARA INGRESSO

CARGOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS EM EDUCAÇÃO		
NÍVEL DE	DENOMINAÇÃO DO	REQUISITOS PARA INGRESSO
CLASSIFICAÇÃO	CARGO	ESCOLARIDADE
A	Assistente de Estúdio	Fundamental Incompleto
A	Auxiliar de Alfaiate	Fundamental Incompleto

A	Auxiliar de Carpintaria	Fundamental Incompleto
A	Auxiliar de Dobrador	Fundamental Incompleto
A	Auxiliar de Encanador	Fundamental Incompleto
A	Auxiliar de Estofador	Fundamental Incompleto
A	Auxiliar de Forjador de Metais	Fundamental Incompleto
A	Auxiliar de Fundação de Metais	Fundamental Incompleto
A	Auxiliar de Infra-estrutura e Manutenção/área	Fundamental Incompleto
A	Auxiliar de Limpeza	Alfabetizado
A	Auxiliar de Marcenaria	Fundamental Incompleto
A	Auxiliar de Oficina de Instrumentos Musicais	Fundamental Incompleto
A	Auxiliar de Padeiro	Fundamental Incompleto
A	Auxiliar de Sapateiro	Alfabetizado
A	Auxiliar de Serralheria	Fundamental Incompleto
A	Auxiliar de Soldador	Fundamental Incompleto
A	Auxiliar Operacional	Alfabetizado
A	Auxiliar Rural	Fundamental Incompleto
A	Carvoejador	Fundamental Incompleto
A	Chaveiro	Fundamental Incompleto
A	Lavadeiro	Alfabetizado
A	Oleiro	Fundamental Incompleto
A	Operador de Máquinas de Lavanderia	Alfabetizado
A	Pescador Profissional	Fundamental Incompleto
A	Redeiro	Fundamental Incompleto
A	Servente de Limpeza	Alfabetizado
A	Servente de Obras	Alfabetizado
A	Taifeiro Fluvial	Fundamental Incompleto
A	Taifeiro Marítimo	Fundamental Incompleto
A	Vestiarista	Fundamental Incompleto
B	Açougueiro	Fundamental Incompleto
B	Ajustador Mecânico	Fundamental Incompleto
B	Apontador	Fundamental Incompleto
B	Armador	Fundamental Incompleto
B	Armazenista	Fundamental Incompleto
B	Arrais	Fundamental Completo + Habilitação
B	Assistente de Câmera	Fundamental Completo
B	Assistente de Montagem	Fundamental Completo
B	Assistente de Som	Fundamental Completo
B	Atendente de Consultório/área	Fundamental Completo
B	Atendente de Enfermagem	Fundamental Completo
B	Auxiliar de Agropecuária	Fundamental Incompleto
B	Auxiliar de Anatomia e Necropsia	Fundamental Incompleto
B	Auxiliar de Artes Gráficas	Fundamental Incompleto
B	Auxiliar de Cenografia	Fundamental Completo
B	Auxiliar de Cozinha	Alfabetizado
B	Auxiliar de Curtume e Tanantes	Fundamental Incompleto
B	Auxiliar de Eletricista	Fundamental Incompleto
B	Auxiliar de Farmácia	Fundamental Incompleto
B	Auxiliar de Figurino	Fundamental Completo
B	Auxiliar de Industrialização e Conservação de Alimentos	Fundamental Incompleto
B	Auxiliar de Laboratório	Fundamental Incompleto
B	Auxiliar de Mecânica	Fundamental Incompleto
B	Auxiliar de Meteorologia	Fundamental Completo
B	Auxiliar de Microfilmagem	Fundamental Incompleto
B	Auxiliar de Nutrição e Dietética	Fundamental Incompleto
B	Auxiliar de Processamento de Dados	Fundamental Completo
B	Barbeiro	Fundamental Incompleto
B	Barqueiro	Fundamental Incompleto
B	Bombeiro Hidráulico	Fundamental Incompleto
B	Carpinteiro	Fundamental Incompleto
B	Compositor Gráfico	Fundamental Incompleto
B	Conservador de Pescado	Fundamental Incompleto
B	Contramestre Fluvial/ Marítimo	Fundamental Completo
B	Copeiro	Fundamental Incompleto
B	Costureiro	Fundamental Completo
B	Desenhista Copista	Fundamental Incompleto
B	Eletricista de Embarcação	Fundamental Completo
B	Estofador	Fundamental Incompleto
B	Garçom	Fundamental Incompleto
B	Jardineiro	Fundamental Incompleto
B	Lancheiro	Fundamental Incompleto
B	Marceneiro	Fundamental Incompleto
B	Marinheiro	Fundamental Incompleto
B	Marinheiro Fluvial	Fundamental Incompleto

B	Massagista	Fundamental Incompleto
B	Mestre de Rede	Fundamental Incompleto
B	Montador/Soldador	Fundamental Incompleto
B	Motociclista	Fundamental Incompleto
B	Operador de Tele-impressora	Fundamental Completo
B	Padeiro	Fundamental Incompleto
B	Pedreiro	Fundamental Incompleto
B	Pintor de Construção Cênica e Painéis	Fundamental Incompleto
B	Pintor/área	Fundamental Incompleto
B	Sapateiro	Fundamental Incompleto
B	Seleiro	Fundamental Incompleto
B	Tratorista	Fundamental Incompleto
B	Vidraceiro	Fundamental Incompleto
C	Aderecista	Médio completo
C	Administrador de Edifícios	Médio completo
C	Afinador de Instrumentos Musicais	Fundamental Completo
C	Almoxarife	Médio completo
C	Ascensorista	Médio completo
C	Assistente de Alunos	Médio completo
C	Auxiliar de Creche	Fundamental Completo
C	Assistente de Laboratório	Fundamental Completo
C	Assistente de Tecnologia da Informação	Médio completo
C	Auxiliar de Biblioteca	Fundamental Completo
C	Auxiliar de Enfermagem	Médio completo + Profissionalizante (COREN)
C	Auxiliar de Saúde	Fundamental Completo
C	Auxiliar de Topografia	Fundamental Completo
C	Auxiliar de Veterinária e Zootecnia	Fundamental Completo
C	Auxiliar em Administração	Fundamental Completo
C	Auxiliar em Assuntos Educacionais	Médio completo
C	Brigadista de Incêndio	Fundamental Completo
C	Camareiro de Espetáculo	Médio completo
C	Cenotécnico	Médio completo
C	Condutor/Motorista Fluvial	Fundamental Completo + especialização + habilitação fluvial
C	Contínuo	Fundamental Completo
C	Contra-Mestre/Ofício	Fundamental Completo
C	Contra-regra	Médio completo
C	Costureiro de Espetáculo/Cenário	Médio completo
C	Cozinheiro	Fundamental Incompleto até a 4ª série
C	Cozinheiro de Embarcações	Fundamental Incompleto
C	Datilógrafo de Textos Gráficos	Médio completo
C	Detonador	Fundamental Completo
C	Discotecário	Fundamental Completo
C	Eletricista	Fundamental Completo
C	Eletricista de Espetáculo	Médio completo
C	Encadernador	Fundamental Incompleto
C	Encanador/Bombeiro	Fundamental Completo
C	Fotógrafo	Fundamental Completo
C	Fotogravador	Fundamental Completo
C	Impositor	Fundamental Completo
C	Guarda Florestal	Fundamental Completo
C	Hialotécnico	Fundamental Completo
C	Impressor	Fundamental Completo
C	Linotipista	Fundamental Completo
C	Locutor	Médio completo
C	Marinheiro de Máquinas	Fundamental Completo + especialização para marinheiro de máquinas
C	Marinheiro Fluvial de Máquinas	Fundamental Completo + especialização para marinheiro de máquinas
C	Maquinista de Artes Cênicas	Médio completo
C	Mateiro	Fundamental Incompleto
C	Mecânico	Fundamental Completo
C	Mecânico de Montagem e Manutenção	Fundamental Completo
C	Mestre de Embarcações de Pequeno Porte	Fundamental Incompleto
C	Motorista	Fundamental Completo
C	Operador de Caldeira	Fundamental Completo
C	Operador de Central Hidroelétrica	Fundamental Completo
C	Operador de Destilaria	Fundamental Completo
C	Operador de Estação de Tratamento D'água e Esgoto	Fundamental Completo
C	Operador de Luz	Médio completo
C	Operador de Máquinas de Construção Civil	Fundamental Incompleto
C	Operador de Máquina de Fotocompositora	Fundamental Completo
C	Operador de Máquinas de Terraplanagem	Fundamental Incompleto

C	Operador de Máquina Copiadora	Médio completo
C	Operador de Máquinas Agrícolas	Fundamental Completo + curso profissionalizante
C	Operador de Rádio-Telecomunicações	Médio completo
C	Mecânico de Montagem e Manutenção	Fundamental Completo
C	Porteiro	Médio completo
C	Programador de Rádio e Televisão	Médio completo
C	Recepcionista	Médio completo
C	Revisor de Provas Tipográficas	Fundamental Completo
C	Salva-vidas	Fundamental Incompleto
C	Segundo Condutor	Fundamental Completo + especialização + habilitação como segundo condutor
C	Seringueiro	Fundamental Incompleto
C	Sonoplasta	Médio completo
C	Telefonista	Fundamental Completo
C	Tipógrafo	Fundamental Completo
C	Torneiro Mecânico	Fundamental Completo
C	Vidreiro	Fundamental Completo
D	Assistente de Direção e Produção	Médio completo
D	Assistente em Administração	Médio Profissionalizante ou Médio completo + experiência
D	Confeccionador de Instrumentos Musicais	Médio completo
D	Desenhista Técnico/ Especialidade	Médio Profissionalizante ou Médio completo + conhecimento de programas de editoração eletrônica e desenho
D	Desenhista Projetista	Médio Profissionalizante ou Médio completo + experiência
D	Diagramador	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso de editoração eletrônica
D	Editor de Imagem	Médio Profissionalizante ou Médio completo + experiência
D	Instrumentador Cirúrgico	Médio completo
D	Mecânico (apoio marítimo)	Médio Completo + especialização + carta de primeiro condutor e de Mecânico
D	Mestre de Edificações e Infra-estrutura	Médio completo
D	Montador Cinematográfico	Médio completo
D	Operador de Câmera de Cinema e TV	Médio Profissionalizante ou Médio completo + experiência
D	Recreacionista	Médio completo
D	Revisor de Texto Braille	Médio completo + habilitação específica
D	Taxidermista	Médio completo
D	Técnico de Aerofotogrametria	Médio completo + habilitação
D	Técnico de Laboratório/área	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico de Tecnologia da Informação	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso técnico em eletrônica com ênfase em sistemas computacionais
D	Técnico em Agrimensura	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Agropecuária	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Alimentos e Laticínios	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnicos em Anatomia e Necropsia	Médio Profissionalizante ou Médio completo + experiência
D	Técnico em Arquivo	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Artes Gráficas	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Audiovisual	Médio Profissionalizante ou Médio completo + experiência
D	Técnico em Cartografia	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Cinematografia	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Contabilidade	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Curtume e Tanagem	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Economia Doméstica	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Edificações	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Educação Física	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Eletricidade	Médio Profissionalizante ou Médio Completo + Especialização
D	Técnico em Eletrônica	Médio Profissionalizante ou Médio Completo + Curso Técnico
D	Técnico em Eletroeletrônica	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Eletromecânica	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Eletrotécnica	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Enfermagem	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Enfermagem do Trabalho	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Enologia	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Equipamentos Médico-Odontológico	Médio Profissionalizante ou Médio completo + experiência
D	Técnico em Estatística	Médio Completo + Conhecimento específico
D	Técnico em Estrada	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Farmácia	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Geologia	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Herbário	Médio Profissionalizante ou Médio completo + experiência
D	Técnico em Hidrologia	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Higiene Dental	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Instrumentação	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Manutenção de Audio/Vídeo	Médio Profissionalizante ou Médio Completo + Curso Técnico
D	Técnico em Mecânica	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico

D	Técnico em Metalurgia	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Meteorologia	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Microfilmagem	Médio Profissionalizante ou Médio completo + experiência
D	Técnico em Mineração	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Móveis e Esquadrias	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Música	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Nutrição e Dietética	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Ortóptica	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Ótica	Médio Profissionalizante ou Médio completo + experiência
D	Técnico em Prótese Dentária	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Química	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Radiologia	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Reabilitação ou Fisioterapia	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Refrigeração	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Restauração	Médio Profissionalizante ou Médio completo + experiência
D	Técnico em Saneamento	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Secretariado	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Segurança do Trabalho	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Som	Médio Profissionalizante ou Médio completo + experiência
D	Técnico em Telecomunicações	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
D	Técnico em Telefonia	Médio Profissionalizante ou Médio completo + experiência
D	Tradutor e Intérprete de Linguagem de Sinais	Médio completo + proficiência em LIBRAS
D	Transcritor de Sistema Braille	Médio completo
D	Vigilante	Fundamental Completo e curso de formação
D	Visitador Sanitário	Médio Profissionalizante ou Médio completo + curso Técnico
E	Administrador	Curso Superior em Administração
E	Analista de Tecnologia da Informação	Curso Superior na área
E	Antropólogo	Curso Superior em Antropologia
E	Arqueólogo	Curso Superior em Arqueologia
E	Arquiteto e Urbanista	Curso Superior em Arquitetura e Urbanismo
E	Arquivista	Curso Superior em Arquivologia
E	Assistente Social	Curso Superior em Serviço Social
E	Assistente Técnico em Embarcações	Lei Específica: Ensino Médio Completo, conhecimento especializado em arte naval e máquinas
E	Astrônomo	Curso Superior em Astronomia
E	Auditor	Curso Superior em Economia ou Direito ou Ciências Contábeis
E	Bibliotecário-Documentalista	Curso Superior em Biblioteconomia ou Ciências da Informação
E	Biólogo	Curso Superior em Ciências Biológicas
E	Biomédico	Curso Superior em Biomedicina
E	Cenógrafo	Curso Superior na área
E	Comandante de Lancha	Lei Específica: Ensino Médio Completo, especialização na área e Carta de Patrão de Pesca
E	Comandante de Navio	Lei Específica: Ensino Médio Completo, especialização na área e Carta de Patrão de Alto Mar
E	Contador	Curso Superior em Ciências Contábeis
E	Coreógrafo	Curso Superior em Artes Cênicas, Teatro ou Educação Física
E	Decorador	Curso Superior em Artes Plásticas ou Arquitetura e Urbanismo
E	Desenhista Industrial	Curso Superior em Desenho Industrial
E	Diretor de Artes Cênicas	Curso Superior em Artes Cênicas
E	Diretor de Fotografia	Curso Superior em Comunicação Social
E	Diretor de Iluminação	Curso Superior em Comunicação Social ou Artes Cênicas
E	Diretor de Imagem	Curso Superior em Comunicação Social
E	Diretor de Produção	Curso Superior em Comunicação Social, Artes Plásticas e Artes Cênicas + habilitação
E	Diretor de Programa	Curso Superior em Comunicação Social
E	Diretor de Som	Curso Superior em Comunicação Social
E	Economista	Curso Superior em Economia
E	Economista Doméstico	Curso Superior em Economia Doméstica
E	Editor de Publicações	Curso Superior em Comunicação Social, Jornalismo ou Letras
E	Enfermeiro do Trabalho	Curso Superior em Enfermagem com Especialização em Enfermagem do Trabalho
E	Enfermeiro/área	Curso Superior em Enfermagem
E	Engenheiro de Segurança do Trabalho	Curso Superior em Engenharia com Especialização em Segurança do Trabalho
E	Engenheiro/área	Curso Superior na área
E	Engenheiro Agrônomo	Curso Superior na área
E	Estatístico	Curso Superior em Ciências Estatísticas ou Atuariais
E	Farmacêutico	Curso Superior na área
E	Farmacêutico Bioquímico	Curso Superior na área
E	Figurinista	Curso Superior em Artes Cênicas + habilitação em Indumentária
E	Filósofo	Curso Superior em Filosofia

E	Físico	Curso Superior na área
E	Fisioterapeuta	Curso Superior em Fisioterapia
E	Fonoaudiólogo	Curso Superior em Fonoaudiologia
E	Geógrafo	Curso Superior em Geografia
E	Geólogo	Curso Superior em Geologia
E	Historiador	Curso Superior em História
E	Imediato	Lei Específica: Médio Completo, Especialização na Área ou Carta de Padrão de Pesca
E	Jornalista	Curso Superior em Jornalismo ou Comunicação Social com Habilitação em Jornalismo
E	Matemático	Curso Superior em Matemática
E	Médico Veterinário	Curso Superior em Medicina Veterinária
E	Médico/área	Curso Superior em Medicina
E	Mestre Fluvial	Lei Específica: Médio Completo e Especialização e Carta de Mestre Fluvial
E	Mestre Regional	Lei Específica: Médio Completo e Especialização e Carta de Mestre Regional
E	Meteorologista	Curso Superior na área
E	Museólogo	Curso Superior em Museologia
E	Músico	Curso Superior em Música
E	Musicoterapeuta	Curso Superior em Musicoterapia
E	Nutricionista/habilitação	Curso Superior em Nutrição
E	Oceanólogo	Curso Superior em Oceanologia ou Oceanografia
E	Odontólogo	Curso Superior em Odontologia
E	Ortopista	Curso Superior em Ortopedia
E	Pedagogo/área	Curso Superior em Pedagogia
E	Primeiro Condutor	Lei Específica: Fundamental Completo + Curso de Especialização
E	Produtor Cultural	Curso Superior em Comunicação Social
E	Programador Visual	Curso Superior em Comunicação Visual ou Comunicação Social com Habilitação em Publicidade ou Desenho Industrial com habilitação em Programação Visual
E	Psicólogo/área	Curso Superior em Psicologia
E	Publicitário	Curso Superior em Comunicação Social com Habilitação em Publicidade e Propaganda
E	Químico	Curso Superior na área
E	Redator	Curso Superior em Comunicação Social ou Jornalismo ou Letras
E	Regente	Curso Superior em Música + Especialização em Regência
E	Relações Públicas	Curso Superior em Comunicação Social com Habilitação em Relações Públicas
E	Restaurador/área	Curso Superior na Área
E	Revisor de Texto	Curso Superior em Comunicação Social ou Letras
E	Roteirista	Curso Superior em Comunicação Social com Habilitação em Jornalismo ou Cinema ou Publicidade e Propaganda ou Letras
E	Sanitarista	Curso Superior com Especialização na Área
E	Secretário Executivo	Curso Superior em Letras ou Secretário Executivo Bilingüe
E	Sociólogo	Curso Superior em Sociologia
E	Técnico Desportivo	Curso Superior em Educação Física
E	Técnico em Assuntos Educacionais	Curso Superior em Pedagogia ou Licenciaturas
E	Tecnólogo em Cooperativismo	Curso Superior em Administração ou Gestão de Cooperativas
E	Tecnólogo/formação	Curso Superior na área
E	Teólogo	Curso Superior em Teologia
E	Terapeuta Ocupacional	Curso Superior em Terapia Ocupacional
E	Tradutor Intérprete	Curso Superior em Letras
E	Zootecnista	Curso Superior em Zootecnia

Fonte:

BRASIL, 2005. LEI Nº 11.091, DE 12 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11091.htm> Acesso em janeiro de 2013.

APENDICES

APÊNDICE – TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos de servidores de uma universidade, segundo as variáveis sócio-demográficas, de 1998 a 2012. Salvador, 2013.

Variável sócio-demográfica	N=1.010	%
Sexo		
Masculino	632	62,6
Feminino	378	37,4
Idade (anos)		
30 a 39	11	1,1
40 a 49	39	3,9
50 a 59	111	11,0
60 a 69	235	23,3
70 a 79	311	30,8
80 a 89	237	23,5
90 a 99	63	6,2
>100	3	0,3
Raça-cor*		
Branca	398	39,4
Parda	317	31,4
Negra	127	12,6
Indígena	7	0,7
Ignorado	161	15,9
Raça-cor**		
Branca	487	48,2
Parda	313	31,0
Negra	122	12,1
Indígena	3	0,2
Ignorado	86	8,5
Estado civil		
Casado	484	47,9
Solteiro	173	17,1
Viúvo	159	15,7
Separado	43	4,3
Ignorado	151	15,0
Escolaridade		
Nenhum/analfabeto	16	1,6
um a quatro anos de estudo	57	5,6
cinco anos de estudo	90	8,9
seis a oito anos de estudo	105	10,4
nove a 11 anos de estudo	130	12,9
12 e mais anos de estudo	278	27,5
Ignorado	334	33,1

*Fonte: DO; **Fonte: prontuário médico.

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos de servidores de uma universidade, segundo as variáveis ocupacionais, de 1998 a 2012. Salvador, 2013.

Categoria ocupacional	N= 1.010	%
Ocupação *		
Não preenchidos	621	61,5
Preenchidos	389	38,5
Não podem ser classificadas	81	8,0
Aposentados	102	10,1
Caracterização de ocupação	206	20,4
Ocupação **		
Docente	232	23,0
Assistente em administração	107	10,6
Porteiro	27	2,7
Servente	26	2,6
Contínuo	21	2,1
Auxiliar de enfermagem	21	2,1
Técnico de enfermagem	15	1,5
Vigilante	14	1,4
Cozinheiro	11	1,1
Outros	226	22,6
Ignorado	321	31,8
Grupos Ocupacionais		
Nível universitário	278	27,5
Assistente administrativo	164	16,3
Auxiliar operacional de serviços diversos	157	15,5
Nível técnico	89	8,8
Ignorado	322	31,9

*Fonte: DO; **Fonte: prontuário médico.

Tabela 3 – Distribuição dos óbitos de servidores de uma universidade, segundo unidade de lotação, de 1998 a 2012. Salvador, 2013.

Unidade	N	%
C-HUPES	133	13,2
Superintendência de Pessoal	122	12,1
Faculdade de Medicina da Bahia	64	6,3
Maternidade Climério de Oliveira	46	4,6
Escola Politécnica	40	4,0
Coordenação de Segurança nos Campi	35	3,5
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas	32	3,2
Instituto de Geociências	28	2,8
Instituto de Ciência da Saúde	27	2,7
Biblioteca Universitária Reitor Macedo Costa	27	2,7
Faculdade de Odontologia	25	2,5
Escola de Medicina Veterinária	24	2,4
Escola de Música	22	2,2
Faculdade de Direito	22	2,2
Faculdade de Ciências Econômicas	20	2,0
Faculdade de Educação	20	2,0
Outros	330	33,0
Total	1.010	100,0

Tabela 4 – Distribuição dos óbitos de servidores de uma universidade, segundo grupo de causas, de 1998 a 2012. Salvador, 2013.

Capítulo da CID-10	N	%	Ordem*
D infecciosas e parasitárias	58	5,7	5
Neoplasias	249	24,7	2
D sangue e órgãos hematopoiéticos	11	1,1	12
D endócrinas, nutricionais	51	5,0	7
Transtornos mentais	12	1,2	11
D do sistema nervoso	22	2,2	10
D do aparelho circulatório	287	28,4	1
D do aparelho respiratório	120	11,9	3
D do aparelho digestivo	64	6,3	4
D da pele e do tecido subcutâneo	4	0,4	13
D do sistema osteomuscular	8	0,8	8
D do aparelho geniturinário	38	3,8	16
Gravidez, parto e puerpério	1	0,1	15
Malformações congênitas e deformidades	2	0,2	9
Sintomas, sinais e achados anormais	29	2,9	6
Causas externas	54	5,3	14
Total	1.010	100,0	

* Ordem - classificação de ordenamento por magnitude.

Tabela 5 – Distribuição da mortalidade proporcional por faixa etária em servidores de uma Universidade segundo grupos de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.

Capítulo da CID-10	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	>80
D infecciosas e parasitárias	0	10,3	6,3	5,5	6,4	4,0
Neoplasias	36,4	30,8	34,2	30,2	23,5	14,6
D sangue e órgãos hematopoiéticos	0	0	2,7	0,9	1,6	1,5
D endócrinas, nutricionais	0	0	2,7	4,7	6,8	4,5
Transtornos mentais	0	2,6	0	0,4	1,0	2,6
D do sistema nervoso	9,1	0	1,8	0,4	2,3	4,0
D do aparelho circulatório	27,3	23,1	26,1	28,9	25,7	33,3
D do aparelho respiratório	0	0	7,2	8,5	12,9	21,4
D do aparelho digestivo	9,1	12,8	4,5	8,5	5,8	5,9
D da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0,4	0,3	0,8
D do sistema osteomuscular	0	0	0,9	0,4	0,3	2,1
D do aparelho geniturinário	0	2,6	3,6	3,0	2,9	4,1
Gravidez, parto e puerpério	0	2,6	0	0	0	0
Malformações congênitas e deformidades	0	0	0	0,4	0,3	0
Sintomas, sinais e achados anormais	0	7,7	3,6	2,6	3,9	1,7
Causas externas	18,2	7,7	6,3	5,1	6,4	2,7

Tabela 6 – Distribuição da mortalidade proporcional ocorrida em servidores de uma universidade conforme área de ensino da unidade de lotação, de 1998 a 2012. Salvador, 2013.

MP	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Área I *	15,0	8,2	17,2	9,8	8,8	17,0	9,1	12,3	12,6	16,7	7,2	10,3	11,7	13,0	9,3	11,9
Área II **	30,0	32,8	25,9	29,4	48,8	30,2	47,3	32,1	39,1	33,3	40,6	33,8	40,3	33,3	37,3	35,6
Área III/IV/V***	20,0	32,8	34,5	33,3	16,3	22,6	18,2	23,5	31,0	34,8	26,1	27,9	20,8	29,0	33,3	26,9
Administrativas ****	35,0	26,2	22,4	27,5	26,3	30,2	25,5	32,1	17,2	15,2	26,1	27,9	27,3	24,6	20,0	25,6

*Área I - Exatas (ciências físicas, matemática, química e tecnologia); **Área II - Biológicas (ciências biológicas e profissões da saúde); ***Área III - Filosofia e Ciências Humanas; Área IV – Letras; Área V – Artes; ****Área ADMIN: Unidades administrativas.

Tabela 7 – Distribuição da mortalidade proporcional (MP) e razão de mortalidade proporcional (RMP), segundo o sexo em servidores de uma Universidade segundo grupo de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.

Capítulo da CID-10	MP (%)		RMP	Ordem*
	Masculino (N=632)	Feminino (N=378)		
Algumas D infecciosas e parasitárias	5,2	6,6	0,79	11
Neoplasias	23,6	26,5	0,89	9
D do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	0,8	1,6	0,5	15
D endócrinas nutricionais e metabólicas	4,7	5,6	0,85	10
Transtornos mentais e comportamentais	1,4	0,8	1,79	2
D do sistema nervoso	2,7	1,3	2,03	1
D do aparelho circulatório	28,5	28,3	1,01	8
D do aparelho respiratório	12,5	10,8	1,15	5
D do aparelho digestivo	7,0	5,3	1,32	3
D da pele e do tecido subcutâneo	0,3	0,5	0,6	12
D do sistema osteomuscular	0,6	1,1	0,6	13
D do aparelho geniturinário	3,8	3,7	1,03	7
Gravidez parto e puerpério	-	0,3	-	16
Malformações congênitas e deformidades	0,2	0,3	0,6	14
Sintomas, sinais e achados anormais	3	2,6	1,14	6
Causas externas de morbidade e mortalidade	5,7	4,8	1,2	4

* Ordem - classificação de ordenamento por magnitude.

Tabela 8 - Distribuição da mortalidade proporcional (MP) e razão de mortalidade proporcional (RMP) em docentes e assistentes em administração de uma Universidade segundo grupos de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.

Capítulo da CID-10	Mortalidade proporcional (%)		RMP	Ordem*
	Docentes (N=232, 22,9%)	Assistente em administração (N=107, 10,6%)		
D infecciosas e parasitárias	3,0	4,7	0,65	10
Neoplasias	32,3	30,8	1,05	6
D do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	0,9	0,9	0,92	8
D endócrinas nutricionais e metabólicas	4,7	1,9	2,54	2
Transtornos mentais	2,6	0,9	2,77	1
D do sistema nervoso	3,0	2,8	1,08	5
D do aparelho circulatório	26,7	27,1	0,99	7
D do aparelho respiratório	13,4	12,1	1,10	4
D do aparelho digestivo	3,4	5,6	0,61	11
D do aparelho geniturinário	5,2	3,7	1,38	3
Sintomas, sinais e achados	0,4	1,9	0,23	12
Causas externas	3,9	5,6	0,69	9

* Ordem - classificação de ordenamento por magnitude.

Tabela 9 - Distribuição da mortalidade proporcional (MP) e razão de mortalidade proporcional (RMP) em servidores docentes e técnico-administrativos de uma Universidade segundo grupos de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.

Capítulo da CID-10	Mortalidade proporcional (%)		RMP	Ordem*
	Docentes (N=232, 22,9%)	Técnico- administrativos (N=457, 45,2%)		
D infecciosas e parasitárias	3,0	6,3	0,48	12
Neoplasias	32,3	22,5	1,43	3
D do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	0,9	1,5	0,56	9
D endócrinas nutricionais e metabólicas	4,7	4,8	0,98	6
Transtornos mentais	2,6	0,9	2,95	1
D do sistema nervoso	3,0	2,2	1,38	4
D do aparelho circulatório	26,7	30,0	0,89	7
D do aparelho respiratório	13,4	11,2	1,20	5
D do aparelho digestivo	3,4	6,8	0,51	10
D do sistema osteomuscular	0,4	0,9	0,49	11
D do aparelho geniturinário	5,2	2,8	1,82	2
Sintomas, sinais e achados	0,4	3,5	0,12	13
Causas externas	3,9	5,0	0,77	8

* Ordem - classificação de ordenamento por magnitude.

Tabela 10 – Distribuição da mortalidade proporcional por grupos ocupacionais em servidores de uma Universidade segundo grupos de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.

Capítulo da CID-10	Mortalidade proporcional (%)									
	AUX* (N=165)	# Ordem	AOSD** (N=157)	# Ordem	NT*** (N=89)	# Ordem	NU**** (N=278)	# Ordem	Ignorado (N=321)	# Ordem
D infecciosas e parasitárias	7,3	5	4,5	7	7,9	3	3,6	7	6,9	5
Neoplasias	23,6	2	18,5	2	24,7	2	31,7	1	22,1	2
D do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	0,6	12	0,6	12	1,1	6	2,2	9	0,6	11
D endócrinas, nutricionais	1,8	10	8,3	4	6,7	4	4	6	5,6	6
Transtornos mentais	0,6	13	1,3	10	1,1	6	2,2	9	0,6	11
D do sistema nervoso	3,0	9	0,6	13	1,1	6	3,6	7	1,6	9
D do aparelho circulatório	27,3	1	32,5	1	36,0	1	25,5	2	27,4	1
D do aparelho respiratório	11,5	3	12,7	3	6,7	4	13,3	3	11,8	3
D do aparelho digestivo	7,9	4	6,4	5	7,9	3	3,2	8	7,8	4
D da pele e do tecido subcutâneo	1,2	11	0,6	14	1,1	6	0		0	
D do sistema osteomuscular	0,6	14	1,3	11	1,1	6	0,4	11	0,9	10
D do aparelho geniturinário	3,6	8	3,8	8	0		4,7	4	4,0	7
Gravidez, parto e puerpério	0		0		1,1	6	0		0	
Malformações congênicas e deformidades	0,6	15	0,6	15	0		0		0	
Sintomas, sinais e achados	4,8	7	3,2	9	0		1,4	10	3,7	8
Causas externas	5,5	6	5,1	6	3,4	5	4,3	5	6,9	5

*AUX - auxiliar administrativo; **AOSD - auxiliar operacional de serviços diversos; ***NT - nível técnico; ****NU - nível universitário

#Ordem: classificação de ordenamento por magnitude.

Tabela 11 - Distribuição da mortalidade proporcional por área de ensino em servidores de uma Universidade segundo grupos de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.

Capítulo da CID-10	Mortalidade proporcional (%)							
	Área I* (N=119)	Ordem#	Área II** (N=364)	Ordem#	Áreas III, IV e V*** (N=271)	Ordem#	ADMIN**** (N=256)	Ordem#
D infecciosas e parasitárias	7,6	3	4,1	6	5,5	4	7,4	5
Neoplasias	29,4	1	20,9	2	29,9	1	22,3	2
D do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	0,8	7	1,6	9	0,4	10	1,2	11
D endócrinas nutricionais e metabólicas	5,0	4	4,7	5	4,1	6	6,6	7
Transtornos mentais	3,4	6	0,5	11	1,8	7	0,4	13
D do sistema nervoso	1,7	6	3,3	8	0,7	9	2,3	10
D do aparelho circulatório	26,9	2	30,8	1	29,9	1	24,2	1
D do aparelho respiratório	7,6	3	14,3	3	10,0	2	12,5	3
D do aparelho digestivo	7,6	3	6,6	4	4,1	6	7,8	4
D da pele e do tecido subcutâneo	0,8	7	0,5	11			0,4	13
D do sistema osteomuscular	1,7	6	0,8	10	0,4	10	0,8	12
D do aparelho geniturinário	0,8	7	4,1	6	5,2	5	3,1	9
Gravidez, parto e puerpério	0		0,3	12	0		0	
Malformações congênitas e deformidades	0,8	7	0,3	12	0		0	
Sintomas, sinais e achados	1,7	6	3,6	7	1,5	8	3,9	8
Causas externas	4,2	5	3,6	7	6,6	3	7,0	6

*Área I - Exatas (ciências físicas, matemática, química e tecnologia); **Área II - Biológicas (ciências biológicas e profissões da saúde); ***Área III - Filosofia e Ciências Humanas; Área IV - Letras; Área V - Artes; ****Área ADMIN: Unidades administrativas.

Ordem: classificação de ordenamento por magnitude.

Tabela 12 – Distribuição da razão de mortalidade proporcional por áreas de ensino em relação às outras áreas em uma Universidade segundo grupos de causas, período de 1998 a 2012. Salvador, 2013.

Capítulo da CID-10	Razão de Mortalidade Proporcional			
	Área I*/ Demais áreas [#]	Área II**/ Demais áreas [#]	Áreas III,IV e V***/ Demais áreas [#]	ADMIN****/ Demais áreas [#]
D infecciosas e parasitárias	1,33	0,60	0,87	1,29
Neoplasias	1,21	0,77	1,24	0,83
D do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	0,79	2,08	0,30	1,23
D endócrinas, nutricionais	0,98	0,89	0,74	1,45
Transtornos mentais	3,62	0,29	1,29	0,20
D do sistema nervoso	0,79	2,08	0,30	1,23
D do aparelho circulatório	0,95	1,14	1,10	0,83
D do aparelho respiratório	0,62	1,43	0,87	1,18
D do aparelho digestivo	1,23	1,02	0,55	1,29
D da pele e do tecido subcutâneo	1,79	0,89	0,00	0,56
D do sistema osteomuscular	2,55	0,87	0,34	0,82
D do aparelho geniturinário	0,20	1,35	1,92	1,93
Malformações congênitas	3,06	0,33	0,00	0,00
Sintomas, sinais e achados	0,56	1,52	0,48	1,74
Causas externas	0,73	0,60	1,35	1,46

*Área I - Exatas (ciências físicas, matemática, química e tecnologia); **Área II - Biológicas (ciências biológicas e profissões da saúde); ***Área III - Filosofia e Ciências Humanas; Área IV – Letras; Área V – Artes; ****Área ADMIN: Unidades administrativas.

[#] Demais áreas – utilizou-se como denominador as outras áreas.

Tabela 13 – Distribuição da mortalidade proporcional (MP) e razão de mortalidade proporcional bruta (RMPbr) e ajustada (RMPaj) em servidores de uma Universidade e na população de referência segundo grupos de causas, período de 2000 a 2012. Salvador, 2013.

Capítulo da CID-10	Mortalidade proporcional (%)		RMP br*	Ordem br**	RMP aj***	Ordem aj****
	Universidade	Salvador				
D infecciosas e parasitárias	5,1	6,0	0,85	13	0,98	9
Neoplasias	26,0	16,5	1,57	3	1,27	6
D sangue e órgãos hematopoiéticos	1,0	0,7	1,39	5	1,50	3
D endócrinas, nutricionais	5,1	5,2	0,96	10	0,66	14
Transtornos mentais	1,2	0,5	2,27	1	1,73	2
D do sistema nervoso	2,2	1,6	1,41	4	1,50	4
D do aparelho circulatório	27,8	22,0	1,26	6	0,88	12
D do aparelho respiratório	11,7	9,6	1,22	8	0,88	11
D do aparelho digestivo	6,3	5,5	1,15	9	1,00	8
D da pele e do tecido subcutâneo	0,3	0,4	0,88	12	0,64	15
D do sistema osteomuscular	0,9	0,7	1,22	7	0,87	13
D do aparelho geniturinário	3,9	2,1	1,90	2	1,37	5
Gravidez, parto e puerpério	0,1	0,2	0,56	14	5,74	1
Sintomas, sinais e achados anormais	3,0	3,4	0,90	11	1,04	7
Causas externas	5,1	16,1	0,31	15	0,94	10

*RMPbr – Razão de mortalidade proporcional bruta

**Ordem br – ordenamento por magnitude da RMP bruta

***RMPaj – Razão de mortalidade proporcional ajustada por idade

****Ordem aj – ordenamento por magnitude da RMP ajustada por idade

Tabela 14 – Distribuição da mortalidade proporcional (MP) e razão de mortalidade proporcional bruta e ajustada por sexo nos servidores de uma Universidade em relação à população de referência segundo grupos de causas, período de 2000 a 2012. Salvador, 2013.

CID 10 - Capítulo	Masculino				Feminino			
	MP (%)				MP (%)			
	Universidade (N=548)	Salvador	RMP br	RMP aj	Universidade (N=341)	Salvador	RMP Br	RMP aj
D infecciosas/ parasitárias	4,2	7,2	0,58	0,30	6,5	5,5	1,18	1,34
Neoplasias	25,4	19,0	1,33	1,20	27,0	22,2	1,22	1,32
D sangue	0,7	0,6	1,19	1,24	1,5	0,9	1,77	1,93
Doenças endócrinas	4,9	5,35	0,92	0,75	5,3	8,1	0,65	0,60
Transtornos mentais	1,5	0,8	1,83	2,08	0,9	0,6	1,44	1,31
D sist nervoso	2,9	1,3	2,26	2,18	1,2	1,6	0,73	0,72
D ap circulatório	27,7	25,1	1,10	0,94	27,9	31,7	0,88	0,84
D ap respiratório	11,9	10,8	1,10	0,87	11,4	11,9	0,96	0,88
D ap digestivo	7,3	8,0	0,91	1,02	4,7	5,4	0,87	0,88
D pele	0,2	0,4	0,52	0,43	0,6	0,6	1,03	0,95
D sist osteomusc	0,7	0,5	1,35	1,00	1,2	1,3	0,93	0,90
D ap geniturinário	3,8	2,4	1,57	1,24	4,1	2,7	1,54	1,50
Gravidez	-	-	-	-	0,3	0,3	1,09	4,60
Malformações congenitas	0,2	0,1	0,90	3,13	0,3	0,1	2,20	2,77
Sintomas, sinais	3,3	3,9	0,84	1,07	2,6	3,0	0,90	0,99
Causas externas	5,3	14,4	0,37	0,81	4,7	20,9	0,23	0,38

*denominador N referente a cada sexo para Universidade e para Salvador.

RMPbr – Razão de mortalidade proporcional bruta

RMPaj – Razão de mortalidade proporcional ajustada por idade

APÊNDICE – GRÁFICOS

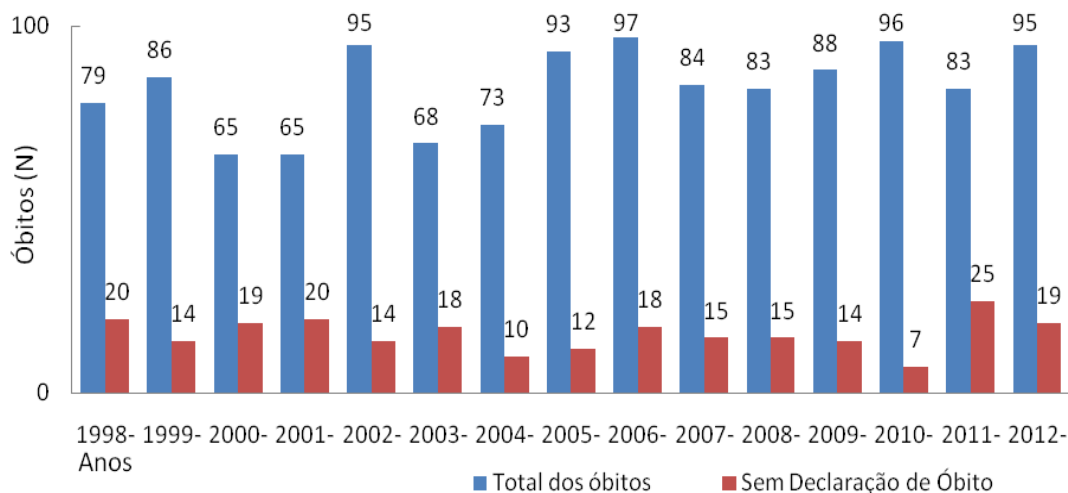


Gráfico 1 – Distribuição do total de óbitos e daqueles sem identificação da declaração de óbito em servidores de uma Universidade, de 1998 a 2012. Salvador, 2013.

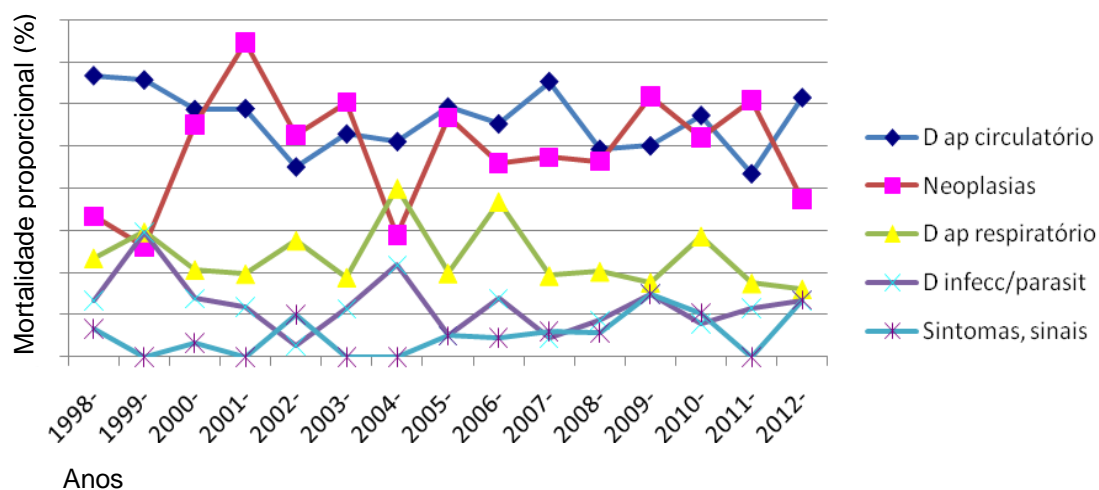
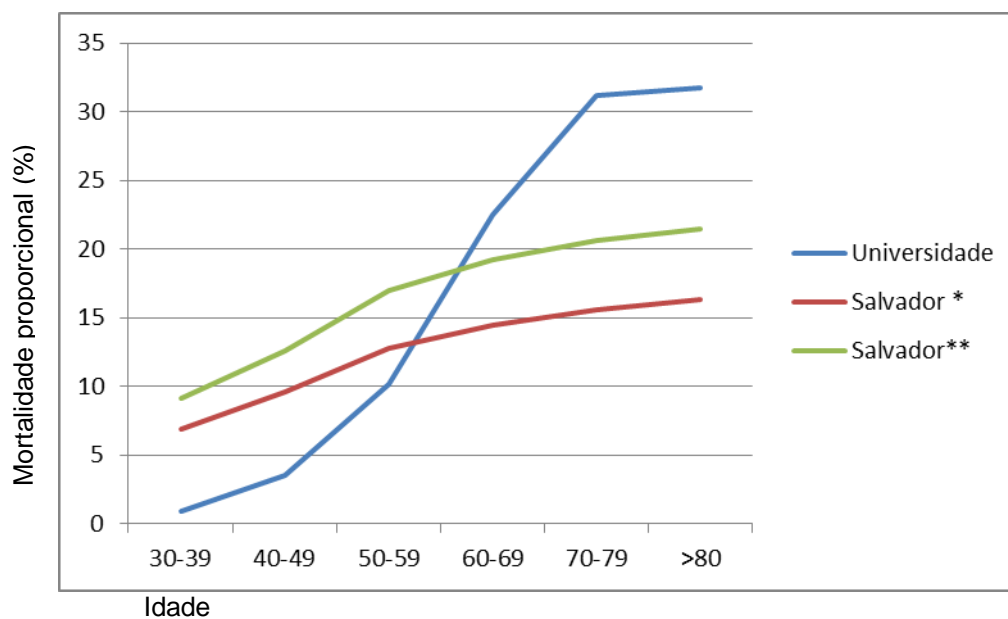


Gráfico 2 – Evolução da mortalidade proporcional em servidores de uma Universidade segundo as principais causas básicas, por causas externas e por causas mal definidas, 1998 a 2012. Salvador, 2013.



*Salvador – mortalidade proporcional da população utilizando de todas as faixas etárias.

**Salvador – mortalidade proporcional da população utilizando a faixa etária de 30 anos e mais

Gráfico 3 – Distribuição da mortalidade proporcional por faixa etária nos servidores de uma Universidade em relação à população de referência, 2000 a 2012. Salvador, 2013.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E TRABALHO**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conselho Nacional de Saúde, Resolução N 196/96, regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos,

Durante a leitura do documento abaixo fui informado(a) que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com objetivo de tirar dúvidas.

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa “Mortalidade dos Servidores de uma Universidade Federal”, sob a responsabilidade da mestranda Adriana Gregorcic e a orientação do Dr. Marco Antônio Vasconcelos Rêgo, apoiada pelo Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho (MSAT), da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

O estudo tem por objetivo contribuir com a avaliação do perfil de saúde dos servidores da Universidade e suas respostas nos ajudarão a melhor compreender características dos servidores e da universidade e auxiliará a nortear à adoção de políticas de atenção, de promoção e de proteção a saúde dos servidores.

No estudo você será solicitado a responder um questionário padrão individual, uma vez, com tempo estimado de resposta de 30 minutos. Você não precisa responder todas as questões, caso não deseje. Seu nome, sua identidade e a de seu familiar serão mantidos em sigilo, não serão feitos avaliação de comportamento ou julgamento de valor.

Buscamos minimizar constrangimento ou desconforto em responder ao questionário explicitando a necessidade de dispor de informações verídicas a respeito do servidor, contribuindo para a explicitação de um indicador de saúde de população.

A sua participação é voluntária e a recusa não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios, não trará qualquer custo para você e não está planejada qualquer espécie de reembolso ou gratificação devido à participação. Você possui ampla liberdade para recusar-se a participar, retirar

ou interromper a participação a qualquer momento. Você tem a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos riscos, benefícios e outros assuntos relacionados durante o curso da pesquisa. Este estudo foi submetido ao comitê de ética da pesquisa. Poderá entrar em contato com Adriana Gregorcic, no MSAT, sediado no Terreiro de Jesus, Pelourinho, Centro Histórico e/ou pelos telefones (71) 22018635/8637 ou (71) 99711950 ou e-mail: adrianag@ufba.br. Como também esclarecer suas dúvidas contatando o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Os resultados serão socializados a comunidade UFBA através de seminário, e caso deseje voce poderá ser convidado a participar. Os resultados da pesquisa poderão ser publicados em revistas técnicas como dados de grupo, sem a identificação individual dos indivíduos participantes e se publicados depoimentos serão utilizados nomes falsos.

O comprovante será arquivado e uma cópia deste consentimento informado será fornecida a voce.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA

Eu, _____ ,
abaixo assinado, tendo lido as informações acima e sendo informado(a) de modo claro e detalhado pela Mestranda Adriana Gregorcic a respeito de minha participação como voluntário no estudo “Mortalidade dos Servidores de uma Universidade Federal”, esclareci minhas dúvidas, compreendi perfeitamente os objetivos da pesquisa e os procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, os benefícios, a confidencialidade da pesquisa, a ausência de reembolso ou gratificação, e concordo em dela participar.

Fui também assegurado que antes e durante o decorrer da pesquisa poderei solicitar novas informações, que tenho a liberdade de me recusar a participar e de retirar o meu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento sem prejuízo ou qualquer penalidade.

Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde consta modo de contato do pesquisador principal.

Salvador, _____ de _____ de 2013

Nome do voluntário:

Desejo ser contatado para participar do seminário: ()sim ()não

Modo de contato:

Assinatura:

Pesquisadora: Adriana Gregorcic

Assinatura: _____